

EL HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES EN UNA PERSPECTIVA DE LARGO PLAZO (1857-1920)

ALEJANDRO E. FERNÁNDEZ



RESUMEN

El propósito de este artículo es analizar el desarrollo histórico y económico del Hospital Español de Buenos Aires, a través de las fuentes primarias conservadas en su archivo, tales como los diarios de sesiones de su directorio y de sus asambleas, los balances y memorias anuales, los libros contables, registros de socios y de internación de pacientes. Esto será complementado con la información proveniente de las agencias oficiales responsables de la preparación de estadísticas sobre asistencia sanitaria pública y privada. Es poco lo que se conoce hasta ahora acerca del funcionamiento operativo y los recursos financieros de los hospitales de las comunidades extranjeras en Argentina, aspectos que resultan centrales en esta contribución, considerando la estrecha relación que guardó el crecimiento de la inmigración de población extranjera, principalmente europea, a partir de mediados del siglo XIX, con la creación y expansión de un moderno sistema de salud en Argentina.

PALABRAS CLAVE: Hospitales, inmigración extranjera, Argentina, España, sistema de salud.



Alejandro E. Fernández
Universidad Nacional de Luján
Correo electrónico: fernan625@gmail.com
Tzintzun. Revista de Estudios Históricos • 84 (julio-diciembre 2026)
ISSN-e: 2007-963X

THE SPANISH HOSPITAL OF BUENOS AIRES: A LONG-TERM PERSPECTIVE (1857–1920)

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyse the historical and economic development of the Spanish Hospital of Buenos Aires, using primary sources preserved in its archives, such as the minutes of its board meetings and assemblies, annual balance sheets and reports, accounting books, membership records and patient admission records. This will be supplemented with information from the official agencies responsible for compiling statistics on public and private healthcare. Little is known to date about the operational functioning and financial resources of hospitals serving foreign communities in Argentina, aspects that are central to this contribution, considering the close relationship between the growth of foreign immigration, mainly from Europe, from the mid-19th century onwards, and the creation and expansion of a modern healthcare system in Argentina.

KEYWORDS: Hospitals, foreign immigration, Argentina, Spain, healthcare system.

L'HÔPITAL ESPAGNOL DE BUENOS AIRES DANS UNE PERSPECTIVE À LONG TERME (1857-1920)

RÉSUMÉ

Cet article a pour objectif d'analyser le développement historique et économique de l'Hôpital espagnol de Buenos Aires à partir des sources primaires conservées dans ses archives, telles que les procès-verbaux des réunions de son conseil d'administration et de ses assemblées, les bilans et rapports annuels, les livres comptables, les registres des membres et des admissions de patients. Ces informations seront complétées par celles provenant des agences officielles chargées de l'élaboration des statistiques sur les soins de santé publics et privés. On sait encore peu de choses sur le fonctionnement opérationnel et les ressources financières des hôpitaux des communautés étrangères en Argentine, aspects qui sont au cœur de cette contribution, compte tenu du lien étroit qui existait entre la croissance de l'immigration étrangère, principalement européenne, à partir du milieu du XIX^e siècle, et la création et l'expansion d'un système de santé moderne en Argentine.

MOTS CLÉS: Hôpitaux, immigration étrangère, Argentine, Espagne, système de santé.

INTRODUCCIÓN



La creación y expansión de un moderno sistema de salud en Argentina guardó una estrecha relación con la inmigración de población extranjera, principalmente europea, a partir de mediados del siglo XIX. Los hospitales y establecimientos asistenciales hasta entonces existentes, en parte públicos y en parte pertenecientes a instituciones caritativas, apenas cubrían las necesidades básicas de una población de baja densidad. La ciudad no contaba con centros de atención para los enfermos crónicos o con casas de aislamiento especialmente diseñadas para los contagiosos. Tampoco existían asociaciones o entidades que se ocuparan de la previsión de los riesgos vitales a través del pago de cuotas periódicas. La cantidad de médicos registrados era bastante inferior a la de quienes realizaban curaciones o atendían a enfermos sin contar con título habilitante, si bien la vinculación de la Escuela de Medicina con los hospitales ya por entonces estaba mejorando la formación profesional en Buenos Aires.¹ Incluso cuando se trataba de médicos diplomados, sólo unos pocos formaban parte del personal estable de los centros asistenciales, ya que la forma de atención más frecuente era la visita de aquellos a domicilio o la atención en consultorio particular.

¹ GONZÁLEZ LEANDRI, *Curar, persuadir, gobernar*.

La ciudad, que a mediados de la década de 1860 registraba aproximadamente cien mil habitantes, creció enormemente con la llegada de la inmigración durante las décadas siguientes, llegando a contar en 1914 con 1,5 millones. La mitad de ellos habían nacido en el extranjero, pero el porcentaje se elevaba hasta casi dos tercios si sólo se consideraba a la población adulta de la ciudad. Los servicios de atención médica habían experimentado entre tanto una gran expansión para atender las crecientes necesidades. La cantidad de camas disponibles en los hospitales, por ejemplo, creció a una tasa incluso superior a la del aumento de la población de la ciudad. Ese gran esfuerzo sanitario no solamente estuvo a cargo de los nosocomios que dependían del Estado argentino, sino que también desempeñaron un importante papel la Municipalidad de Buenos Aires, a través de la Asistencia Pública, creada en 1883, y el sector privado. Además de los sanatorios y clínicas fundados y gestionados por empresas particulares de médicos y farmacéuticos, este último sector estaba compuesto por los centros de salud pertenecientes a las colectividades extranjeras. Por una parte, los consultorios y sanatorios de las asociaciones de socorros mutuos italianas, españolas y de otras nacionalidades, que brindaban atención médica y medicinas a cambio de una cuota mensual, igual para todos los afiliados. Por la otra, los hospitales de colectividades, creados por sociedades de beneficencia cuyo propósito original era la asistencia sanitaria de los indigentes pertenecientes a cada una de esas comunidades extranjeras: el Británico (fundado en 1844), el Francés (1845), el Italiano (1872), el Español (1877), el Alemán (1878) y el Israelita (1921).

El propósito de este artículo es analizar el desarrollo de una de estas entidades, el Hospital Español, a través de las fuentes primarias conservadas en su archivo, como los diarios de sesiones de su directorio y de sus asambleas, los balances y memorias anuales, los libros contables, registros de socios y de internación de pacientes. Esto será complementado con la información proveniente de las agencias oficiales responsables de la preparación de estadísticas sobre asistencia sanitaria pública y privada. Hasta ahora, poco es lo que se conoce sobre el funcionamiento operativo y los recursos financieros de los hospitales de las comunidades extranjeras en Argentina, aspectos que resultan centrales para esta contribución. La hipó-

tesis que sostendremos es que, a lo largo de la última década del siglo XIX y las dos primeras del XX, el Hospital cambió su objetivo inicial, de concentrarse en la atención de los inmigrantes pobres e indigentes de ese origen, para convertirse en un establecimiento privado, moderno y complejo, abierto a los pacientes de otras nacionalidades, aun cuando no abandonara por completo sus objetivos benéficos. Hacia 1920, esta reorientación de propósitos —en parte provocada por la dinámica de funcionamiento de la propia entidad y en parte por la situación económica del país receptor— se había completado, por lo que emplearemos dicha fecha como límite de nuestro estudio.

El artículo presenta cuatro partes. En la primera de ellas pasamos revista a los aportes de la historiografía argentina vinculados de un modo u otro con los hospitales creados por las colectividades extranjeras, mostrando que, pese a los grandes avances logrados en los estudios sobre inmigración en el país, se trata aún de un tema poco desarrollado y en el que abundan aún las preguntas sin responder. En la segunda parte presentamos un panorama del desarrollo de los sistemas de salud, público y privado, de la ciudad de Buenos Aires entre mediados del siglo XIX y comienzos del XX, enfatizando las razones que llevaron, dentro de ese panorama, a la fundación de los hospitales de colectividades. Las últimas dos partes están específicamente dedicadas al caso del Hospital Español. Por un lado, consideramos la etapa de gestación del proyecto por parte de la Sociedad Española de Beneficencia, las estrategias empleadas por obtener recursos y las características iniciales del nosocomio, mientras que por el otro analizamos los motivos que condujeron a una modificación de esa propuesta y a la expansión y consolidación del Español como uno de los hospitales más prestigiosos y diversificados de la Argentina en cuanto a los servicios que brindaba.

LA HISTORIOGRAFÍA DE LOS HOSPITALES DE COLECTIVIDADES EXTRANJERAS

Los hospitales fundados por las comunidades extranjeras en la Argentina han sido objeto de diferentes aproximaciones parciales por parte de la historiografía. Por un lado, los historiadores de la inmigración se han ocupado en algunos casos de estos establecimientos como un apartado de sus

investigaciones sobre las respectivas colectividades instaladas en el país.² En las mismas se destacaron los objetivos que llevaron a la fundación de los hospitales y sus vinculaciones con otras instituciones comunitarias, aspectos ambos que también son abordados en el breve artículo de Guy.³ Algunos de estos trabajos aportan valiosas referencias a los mecanismos a través de los cuales fue posible la costosa construcción de estos establecimientos. En ese sentido, Bryce plantea una comparación con lo ocurrido en América del Norte, destacando el rol desempeñado por las élites inmigrantes de la Argentina para compensar el menor poder del Estado en materia de previsión social.⁴ Sin embargo, ninguna de estas historias de colectividades incluye un tratamiento del funcionamiento operativo de los hospitales o de sus formas de financiación una vez instalados, mientras que otras apenas mencionan su existencia.⁵

Un segundo campo de estudios que otorgó una cierta atención, si bien genérica, a los hospitales de colectividades, es el de la historia de la atención médica en el país y de las instituciones de salud.⁶ Esta línea, que ha realizado contribuciones seminales al análisis de la evolución de conjunto del sistema sanitario argentino, ha permitido ubicar con más precisión dentro del mismo a las modalidades asociadas directamente con los inmigrantes europeos. También ha recordado la relación de los hospitales de colectividades con la investigación científica y la enseñanza de la medicina a través de la actividad de sus profesionales —en muchos casos inmigrantes formados en el extranjero—, aspectos que anteriormente aparecían sólo asociados con las instituciones públicas. La atención gratuita de la población indigente, o la relación entre filantropía y servicios hospitalarios, muy presente en los objetivos iniciales de estos establecimientos, constituye otro aspecto en el que los avances historiográficos de este campo de estudios contribuyen al análisis de las influencias recíprocas las esferas pública y privada.

² MOYA, *Primos y extranjeros*; DEVOTO, *Historia de los italianos en la Argentina*; OTERO, *Historia de los franceses en la Argentina*.

³ GUY, “La beneficencia judía en un mundo cambiante”.

⁴ BRYCE, *Ser de Buenos Aires*.

⁵ SILVEIRA, *Gran Bretaña en la Reina del Plata*.

⁶ BELMARTINO, *La atención médica argentina en el siglo XX*; ARMÜS, *La ciudad impura*; BIERNAT Y RAMACCIOTTI, *Historia de la salud y la enfermedad*; BIERNAT, CERDÁ Y RAMACCIOTTI, *Historia de la medicina y la enfermería en Argentina*.

No obstante, cabe señalar que las modalidades asistenciales vinculadas con la inmigración europea (asociaciones de socorros mutuos y hospitales de colectividades) no ocupan un lugar central en este segundo grupo de investigaciones, que tienden a concentrarse en la acción de las instituciones públicas o de los sindicatos de trabajadores en materia de previsión social. Es así como la etapa más abordada es la que se inicia a mediados del siglo XX, cuando se echan las bases del “Estado de bienestar” y, por contrapartida, van perdiendo influencia las entidades fundadas por los inmigrantes en la centuria previa. En cambio, los hospitales de colectividades ocupan un lugar relevante en las historias elaboradas por médicos o por profesionales vinculados al sistema sanitario, pero se trata de abordajes descriptivos cuyo valor no va más allá de algunas de las informaciones que aportan.⁷

Más allá de las limitaciones apuntadas, este segundo campo de estudios ha influido sobre los historiadores de la inmigración transatlántica, renovando y ampliando su interés por la actividad de las colectividades extranjeras en cuanto a la provisión de servicios de salud. Como advirtiera González Bernaldo de Quirós quedaba aún mucho por investigar en cuanto a la historia de unas modalidades asistenciales que trataban de proteger a los miembros de dichas colectividades ante vicisitudes como la enfermedad o la consiguiente pérdida temporal de ingresos y salarios, que se agravaban por las incertidumbres que solían acompañar a las experiencias emigratorias.⁸

En ese marco, María Liliana Da Orden ha aportado una perspectiva mucho más centrada en las colectividades inmigrantes, al analizar sus contribuciones al sistema nacional de salud y diferenciar las características de sus instituciones.⁹ Esta investigadora consideró a las instituciones hospitalarias desde el punto de vista de la existencia de un “pluralismo étnico” en la sociedad argentina, que se manifestaría, entre otras cosas, en la preferencia de los pacientes por atenderse en los nosocomios de su propia colectividad. El idioma común y la cercanía cultural con médicos, enfermeras y demás pacientes de su mismo origen serían claves explicativas de esta inclinación,

⁷ ARCE, *Evolución histórica del sistema de salud argentino*, PÉRGOLA, *Historia de la medicina en Argentina*, JANKILEVICH, *El sector privado como actor social*.

⁸ GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS, “Movilidade e protección”.

⁹ DA ORDEN, “Inmigración y salud en la ciudad de Buenos Aires”.

sobre todo en el caso de las internaciones, que solían abarcar lapsos de varias semanas en la época estudiada por Da Orden. A la existencia de diferentes prestadores que canalizarían las demandas, como habían planteado Belmartino y otros historiadores de la atención médica, se agregaría así la dimensión étnica como factor a considerar, incluso en etapas en que la corriente de inmigración europea ya mostraba una mengua considerable.

En otra de sus pesquisas, los objetivos que se planteó fueron similares a los del presente artículo, en tanto buscó analizar la evolución del Centro Gallego de Buenos Aires a partir de 1930, con un enfoque centrado en las prestaciones asistenciales, en sus recursos financieros y en las razones de su sorprendente expansión.¹⁰ Demostró así que esta entidad, que llegó a ser la más importante de toda la historia del mutualismo en la Argentina, alcanzó niveles comparables a los hospitales de colectividades en cuanto a atención en consultorios, internaciones, cirugías, partos, odontología y farmacia, pese a que se trataba de una mutual. Si bien el Centro fue abriéndose a un público más amplio que la propia colectividad gallega a medida que se diversificaban sus servicios, la marca étnica subsistió a través de la afiliación de hijos y nietos de los nativos de Galicia, cuando la proporción de población extranjera fue disminuyendo en la ciudad. Los estudios de Da Orden, junto con los de González Bernaldo de Quirós, son por consiguiente los que más han avanzado en la integración de la historia de la atención médica con la de la inmigración transatlántica en la Argentina.

EL DESARROLLO HOSPITALARIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Entre 1850 y 1914, la población de la ciudad de Buenos Aires creció a la muy elevada tasa del 4,6% anual acumulativo, principalmente debido a la gran corriente de inmigración transatlántica recibida por el país. Aunque resulta difícil hacer un cálculo similar del crecimiento de los hospitales y sanatorios porteños durante el mismo período –y, sobre todo, de su modernización en términos de instalaciones, equipamiento y personal– es indudable que el sistema hospitalario fue capaz de afrontar los desafíos provenientes de semejante expansión, si tenemos en cuenta que, en el últi-

¹⁰ DA ORDEN, “Salud, inmigración y ayuda mutua en Argentina”.

mo de los años indicados, los servicios de atención médica y farmacéutica alcanzaban a una proporción mucho mayor de los habitantes de la ciudad que al inicio del período, además de incluir una gama de prestaciones notoriamente más amplia. Esa mejoría es principalmente atribuible a los centros de asistencia pública, aunque también los establecimientos de carácter privado —entre los que se hallaban los hospitales de colectividades— venían realizando una gran contribución.

Este panorama se vería ratificado por estimaciones parciales realizadas por Belmartino correspondientes al período 1890-1910.¹¹ Según esta autora, mientras la población de la ciudad creció un 130% en esos veinte años, la internación en hospitales de la ciudad lo hizo en un 271%, y en los pertenecientes a colectividades extranjeras un 116%. Todavía mayores son los porcentajes correspondientes a ciertos segmentos específicos de la atención médica, como por ejemplo las internaciones en el Hospital de Niños o las consultas externas y prácticas ginecológicas en el Hospital Rivadavia, el principal establecimiento de la ciudad dedicado a la atención de las mujeres. Paralelamente, la mortalidad intra-hospitalaria había disminuido drásticamente, en algunos casos en una proporción de dos tercios durante dicho período, lo cual probaría que no solo se incrementaba la infraestructura de internación y atención médica, sino también la calidad de los servicios.

Al igual que en otras latitudes, los hospitales porteños no tuvieron como único objetivo en su origen el de la asistencia médica, sino que también dedicaban parte de sus recursos humanos y económicos al cuidado de los pobres e indigentes y al aislamiento de quienes padecían enfermedades crónicas o contagiosas. En este contexto, no resulta sencillo distinguir entre las funciones de los primeros hospitales y las de otras entidades que ya estaban presentes desde los tiempos coloniales, como los asilos y lazaretos. El gran desarrollo de la medicina durante la segunda mitad del siglo XIX y, en el caso particular de la Argentina, la organización de los Estados nacional y municipal luego de décadas de guerras civiles, permitieron diferenciar más claramente a los hospitales y constituirlos en objeto de un mayor interés público. Es así que, en 1883, tres años después de que la ciudad se convirtiera en la capital federal, fue creada la Asistencia Pública, encargada de admi-

¹¹ BELMARTINO, *La atención médica argentina en el siglo XX*, pp. 29-30.

nistrar cuatro hospitales municipales, a los que se sumarían otros tres en las siguientes décadas.¹² Paralelamente, cinco nosocomios siguieron estando a cargo del Estado nacional, incluyendo un establecimiento para la atención de mujeres y otro para la de niños. En conjunto, hacia 1910 los hospitales públicos de la ciudad disponían de unas cinco mil camas y, en la mayor parte de los casos, de unas instalaciones y laboratorios completamente renovados.

Otro factor que debe considerarse, por sus favorables consecuencias, es el de la creciente integración entre los hospitales de la ciudad y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. El ejemplo más característico estuvo constituido por el Hospital de Clínicas, al cual, desde su fundación en 1881, se le asignó la función de hospital escuela para los estudiantes de la carrera de medicina, siguiendo el modelo alemán. Esta característica se fue consolidando desde comienzos del siglo XX, con el aumento en la matrícula de la carrera, la diversificación de las cátedras y el acceso a ellas por parte de profesionales que obtenían sus plazas mediante concursos de oposición.¹³ Sin embargo, el Clínicas no fue el único caso de integración con la universidad, puesto que existen numerosos ejemplos de catedráticos de la universidad que ejercían simultáneamente como jefes de sección o facultativos de otros hospitales y sanatorios públicos y privados.¹⁴ Estos últimos constituían además una excelente alternativa para los nuevos graduados de la carrera, o incluso para quienes realizaban sus prácticas de residencia, tanto por las oportunidades de iniciar su actividad profesional como por la posibilidad de ir obteniendo una clientela de pacientes.¹⁵

Pese a este potente desarrollo de la asistencia médica de orden público, las sociedades de beneficencia pertenecientes a las principales colectividades extranjeras residentes en Buenos Aires crearon sus propios hospitales, en la mayor parte de los casos, entre 1840 y 1880. En principio, estos establecimientos apuntaban a un objetivo específico, el de atender a sus compatriotas sin recursos o relaciones en la sociedad receptora. Esta demanda se veía potenciada por las características del mercado laboral ar-

¹² *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*, pp. 326-328.

¹³ PÉRGOLA Y SANGUINETTI, *Historia del Hospital de Clínicas*.

¹⁴ LANDABURU, "La enseñanza médica con jerarquía universitaria".

¹⁵ PÉRGOLA Y SANGUINETTI, *Historia del Hospital de Clínicas*.

gentino de la época, el cual presentaba una marcada variación estacional, vinculada a los ciclos anuales de las actividades agropecuarias. Eso hacía que muchos trabajadores inmigrantes se hallaran desocupados y carentes de un salario estable durante parte del año. Se trataba además de un segmento de población en el que abundaban los hombres adultos y solteros, que no contaban con familia en el país. Por otro lado, las últimas epidemias de alta mortalidad que se abatieron sobre la ciudad, en particular la de fiebre amarilla de los primeros meses de 1871, volvieron más perentoria la necesidad de contar con hospitales propios con los que afrontar tales emergencias.

Durante la década de 1840-49 ya habían logrado erigir sus hospitales las colectividades británica y francesa, que hasta entonces gozaban de la mayor influencia en el área rioplatense y habían obtenido derechos específicos por parte de los sucesivos gobiernos. No obstante, en el caso francés, el establecimiento inicial, que sólo disponía de unos pocos consultorios y de un despacho de medicamentos, debió ser reemplazado por otro más amplio y mucho mejor equipado, cuatro decenios más tarde. Para el resto de las comunidades extranjeras, que no contaban con la misma influencia o capacidad de presión sobre el gobierno, fue determinante la sanción de la constitución nacional de 1853, que incluía el reconocimiento de derechos civiles como las libertades de reunión y de asociación con fines lícitos, lo que les permitió agruparse sin temor a la injerencia estatal. Es así que las dos comunidades residentes en el país que ya por entonces contaban con la mayor cantidad de integrantes —la italiana y la española— pudieron fundar en los años inmediatamente siguientes las sociedades de beneficencia que tendrían a su cargo la erección de sus hospitales.

El proceso de construcción de estos edificios solía dilatarse, a veces durante décadas, debido a los altos costos que suponía y a las dificultades de reunir recursos para unas entidades que aún no brindaban servicios. En el caso italiano, por ejemplo, no bastó con una gran suscripción a la que contribuyeron con aportes pecuniarios algunos de los miembros más encumbrados de la colectividad, sino que fue necesaria la cooperación de la principal entidad bancaria perteneciente a la misma, el recién fundado Banco de Italia y Río de la Plata. Más sustancial aún fue la intervención de esa entidad, así como del Nuevo Banco Italiano, para financiar la construcción

del gran edificio al que fue trasladado el hospital en 1901, debido a las severas limitaciones del inmueble original. Con ello quedaba demostrado que, aun cuando el policlínico ya venía funcionando desde hacía tres décadas y generaba sustanciosos ingresos anuales derivados de la gran cantidad de afiliados y pacientes, no bastaban los excedentes acumulados de aquellos respecto de los gastos como para poder solventar la gran inversión que suponía el nuevo emprendimiento.¹⁶

Algo similar, aunque quizá en menor medida, ocurrió con el Hospital Francés, en cuya construcción le cupo un papel central a la élite comercial y financiera de ese origen radicada en Buenos Aires. Esto se acentuó en el caso del traslado, durante la década de 1880, al nuevo edificio, en gran parte sufragado por un industrial de origen alsaciano, propietario de la mayor fábrica de cerveza del país.¹⁷ Por su parte, para el caso de la colectividad alemana, Bryce ha sostenido que sus instituciones filantrópicas —entre ellas el Hospital— fueron financiadas por un importante grupo de comerciantes, profesionales y directivos de sucursales de empresas de ese origen.¹⁸ Como señaláramos en la revisión historiográfica, en opinión de este autor, la intervención de estas élites inmigrantes, con el propósito de cubrir las necesidades asistenciales de la comunidad propia, fue más decisiva en Buenos Aires que entre los alemanes radicados en las grandes ciudades de América del Norte. Ello se explicaría por la menor capacidad del Estado argentino para desarrollar las funciones de previsión social, lo cual obligaría a una actividad supletoria por parte de tales élites.

Los hospitales de colectividades constituyeron, por lo tanto, un instrumento idóneo para compensar parcialmente las limitaciones que podían presentarse, en cuanto a la atención médica y farmacéutica de la población extranjera, en una ciudad cuyo crecimiento era tan veloz como Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Además, estos hospitales mantenían una estrecha relación con otra modalidad asistencial que se desarrolló debido a las iniciativas de los inmigrantes transatlánticos: la conformada por las asociaciones de socorros mutuos. Estas entidades, sobre las que volveremos en las siguientes páginas, pueden agru-

¹⁶ DEVOTO, *Historia de los italianos en la Argentina*, pp. 191-195.

¹⁷ OTERO, *Historia de los franceses en la Argentina*, pp. 236-238.

¹⁸ BRYCE, *Ser de Buenos Aires*.

parse en dos tipos. Por una parte estaban las mutuales étnicas, que representaban a las diferentes colectividades y que en muchos casos no incluían solo a los trabajadores manuales, sino también a pequeños comerciantes, empleados y profesionales. Por la otra, las mutuales cosmopolitas, en las cuales no había distinción de nacionalidad de origen para sus afiliados, la extracción social era más decididamente obrera y, en algunas oportunidades, la vinculación con un oficio, ocupación o rama de actividad económica quedaba en evidencia ya en su denominación. Ambos tipos de asociaciones brindaban asimismo atención médica y farmacéutica, aunque solo en casos excepcionales llegaron a construir sus propias clínicas.

La cobertura asistencial de la ciudad se completaba con las empresas privadas que brindaban sus servicios a cambio de una cuota mensual, lo cual las aproximaba a las asociaciones de socorros mutuos. Sin embargo, a diferencia de estas últimas, admitían afiliados sin discriminación en cuanto a origen nacional u ocupaciones y no perseguían objetivos filantrópicos o de reivindicación de una idealidad patriótica en el extranjero. Se trata del tipo de entidades que han sido menos abordadas por la historiografía, aunque sabemos por testimonios de la época que en su mayoría fueron creadas y dirigidas por médicos o farmacéuticos, como una modalidad de pre-financiación de los servicios que brindaban a sus clientelas.¹⁹ Aunque estrictamente no tenían una relación institucional con las colectividades de extranjeros residentes, a menudo celebraban convenios con los hospitales de las mismas para internaciones, cirugías o tratamientos de cierta complejidad. Con el propósito de captar afiliados, recurrían a veces a denominaciones que las vinculaban con dichas colectividades, dado el prestigio que habían adquirido sus entidades de salud.²⁰

¹⁹ Ver las observaciones vertidas en ese sentido por el comentarista del censo de mutualidades realizado a finales del año 1913, en BÓREA, "La mutualidad y el cooperativismo en la República Argentina".

²⁰ Un ejemplo, entre otros, puede verse en las críticas que el presidente del Centro Gallego de Buenos Aires planteaba contra una empresa privada de salud denominada "La Patria Española", la cual usufructuaría ese nombre como forma de engaño a sus afiliados, aunque no tenía relación alguna con la colectividad. El cálculo que incluía este dirigente en su alegato, probablemente exagerado, mostraba que al menos cien mil españoles estaban afiliados a este tipo de empresas, en lugar de hacerlo a una mutual étnica. Ver *Confederación Española en la República Argentina*, pp. 82-84.

FUNDACIÓN Y ETAPA INICIAL DEL HOSPITAL

El Hospital Español de Buenos Aires fue inaugurado en 1877 con el objetivo filantrópico de brindar atención médica y farmacéutica a los inmigrantes de esa nacionalidad que no contaban con recursos para pagar tales servicios. La organización que adoptó en los primeros tiempos respondía a ese propósito, ya que el Hospital fue creado por la Sociedad Española de Beneficencia (SEB), fundada en 1857. La asamblea de socios elegía cada año a la junta directiva de la Sociedad, que a su vez designaba o confirmaba al director médico y al administrador del Hospital y supervisaba su trabajo. Si bien los socios tenían derecho a la atención médica como contrapartida de las cuotas mensuales que pagaban, la mayor parte de la atención estaba dirigida a los inmigrantes indigentes, que no pagaban cuotas y que ocupaban las llamadas “camas de caridad”.²¹

Esta forma de organización tenía diferencias con el mutualismo, el sistema de atención médica más difundido entre los inmigrantes establecidos en Argentina. Las asociaciones de socorros mutuos no perseguían propósitos benéficos, por lo que era obligatorio el pago de cuotas para recibir tratamiento y medicinas. Esas cuotas constituían, a gran distancia, el principal rubro de ingresos de esas entidades (Fernández, 2021). Los hospitales de colectividades, en cambio, debían agregar a las cuotas de socios otros recursos que les permitieran financiar la atención de los indigentes. Los donativos y legados de los españoles enriquecidos no solamente permitían cubrir una parte del gasto, sino que, cuando se trataba de bienes inmuebles, generaban rentas para la SEB a lo largo del tiempo. Un artículo del reglamento prescribía incluso que la mitad de los fondos ingresados por donativos debía destinarse a la compra de fincas o de títulos de renta, como una forma de asegurar ingresos periódicos. El objetivo benéfico y la significación que tenían los donativos y legados contribuye a explicar que la junta directiva de la entidad tuviera una composición socio-ocupacional más elevada que la habitual en las asociaciones mutuales. Mientras que la dirigencia de estas últimas estaba conformada por comerciantes, profesionales liberales, empleados de comercio y artesanos, las juntas directivas de la SEB entre

²¹ Sociedad Española de Beneficencia (en adelante SEB) (1878), Reglamento. Buenos Aires, Imprenta de “El Correo Español”.

1877 y 1913 también incluían a grandes propietarios de tierras, empresarios de colonización, banqueros y otros inversores.²²

No obstante, el alto costo de las construcciones y equipos explica el prolongado período que transcurrió entre la fundación de la SEB y la puesta en marcha del Hospital, tal como ya señalamos para el caso italiano. Cuando la inauguración finalmente se produjo, sólo comprendía una sala de cirugía, dos consultorios, una farmacia interna y un pabellón de internación dotado de 120 camas, exclusivamente para pacientes masculinos. El pabellón estaba dividido en seis salas, de las cuales dos correspondían a los socios o “enfermos particulares” y cuatro a los “enfermos generales”, o sea españoles sin recursos que no pagaban cuotas. Para poder concluir esta primera parte de la obra, el Hospital Español no pudo contar con el aporte monetario del gobierno del país de origen, como ocurrió en el caso del Británico, ni de los bancos creados por la propia colectividad, como sucedería más tarde con el Italiano, ya que éstos aún no existían. Recién en 1888, cuando se emprendió la obra de construcción de un segundo pabellón de internación, destinado a las mujeres, el Hospital pudo contar con un crédito del Banco Español del Río de la Plata, fundado poco tiempo antes. Para ello actuaron como garantes tres de los integrantes de la junta directiva del Hospital, que eran a la vez miembros del directorio de la entidad bancaria. Además de esa contribución, el Banco mantendría hasta 1911 la práctica de donar al Hospital el 1% de sus ganancias anuales.²³

Otra estrategia a la que recurrió la SEB para tratar de reunir fondos con los cuales concluir la primera etapa del Hospital e iniciar su funcionamiento fue la creación de las llamadas “sucursales”. Éstas eran agrupaciones de españoles que se constituían fuera de la ciudad de Buenos Aires, en pueblos y pequeñas ciudades, con el objetivo de recaudar cuotas mensuales para tener derecho a la atención médica gratuita en el caso de dolencias que justificaran el traslado de los pacientes. La recaudación se inició varios años antes de la inauguración del Hospital, llegándose a contar con un máximo de casi 60 sucursales, principalmente en la provincia de Buenos Aires.²⁴ Sin embargo, el sistema comenzó a declinar a mediados de la década de 1880,

²² SEB (1877-1914), años correspondientes.

²³ FERNÁNDEZ, “El Banco Español del Río de la Plata”.

²⁴ Archivo del Hospital Español de Buenos Aires (AHEBA), Libro de Actas de Comisión Directiva (LACD), Vol. II, sesión del 29 de agosto de 1877, f. 49.

debido a que las sucursales tendieron a convertirse en asociaciones de socorros mutuos independientes, que brindaban atención médica y farmacéutica en las localidades en las que estaban instaladas y firmaban convenios con el Hospital para el caso de internaciones o cirugías, con tarifas preferenciales. En 1886-88 la SEB ya había firmado más de treinta convenios de este tipo, sea con anteriores sucursales o bien con asociaciones españolas de socorros mutuos que habían sido autónomas desde su origen.²⁵

Fuera de los donativos y rentas de títulos e inmuebles, los ingresos corrientes de la SEB tenían un origen variado, según el tipo de servicios hospitalarios brindados a los pacientes. Una primera categoría eran los pacientes no socios, es decir aquellos que no pagaban cuotas mensuales sino las tarifas fijadas por el Hospital para las consultas médicas, cirugías o internaciones. La relación de tales pacientes con la entidad era sólo ocasional, limitándose al momento de la atención. No eran necesariamente españoles nativos, sino que podían ser argentinos o de otras nacionalidades.²⁶ Se trata de una modalidad que fue adoptada por todos los hospitales de colectividades, en la medida en que proporcionaba una corriente de ingresos no desdeñables. Aunque tales hospitales habían sido originalmente pensados para atender exclusivamente a los integrantes de las propias colectividades, prácticamente desde el comienzo promovieron la admisión de este tipo de pacientes, aun cuando no pertenecieran a las mismas. Por su parte, también los hospitales públicos recurrieron a esta práctica hasta bien avanzado el siglo XX.²⁷

Una segunda categoría estaba constituida por los socios de la SEB, que pagaban cuotas mensuales o contribuían a las suscripciones de aportes en los momentos en que debían realizarse determinadas obras en el Hospital. Estos pacientes recibían atención médica libre de pago, excepto en el caso de tratamientos prolongados o complejos. Cuando se trataba de internaciones, estaban exceptuados de pagar hasta el décimo día, debiendo hacerlo a continuación por el servicio. Una tercera categoría correspondía a los pacientes enviados por las asociaciones de socorros mutuos con las cuales, según vimos, se había arribado a convenios de tratamiento médico

²⁵ SEB (1877-1914), 1888, pp.11-12.

²⁶ Mención a esta categoría en AHEBA, LACD, vol. VI, sesión del 25 de noviembre de 1889, ff.21-23.

²⁷ BELMARTINO, *La atención médica argentina en el siglo XX*.

o internación. A diferencia de los anteriores, estos pacientes no estaban afiliados a la SEB, pero en su gran mayoría eran españoles, dado que pertenecían a las mutuales de ese origen y contribuían a ellas con sus cuotas mensuales.²⁸

Finalmente, la cuarta categoría era la más vinculada con los objetivos primigenios del Hospital Español, ya que estaba compuesta por los pobres o indigentes que no podían pagar cuotas y recibían atención médica a título de caridad. Todos los pacientes de esta categoría habían nacido en España y, para ser admitidos en consultorios o internación, debían ser presentados por dos socios de la SEB que dieran fe de su condición de “pobres de solemnidad”. Un problema que se presentó con cierta frecuencia fue el de los enfermos crónicos pertenecientes a esta categoría, debido al número necesariamente limitado de “camas de caridad” de las que disponía el Hospital.²⁹ Se trata de una cuestión que también afectaba a las asociaciones mutuales, sobre todo a las más pequeñas, debido a que incluso una baja cantidad de enfermos crónicos podía representar un desafío para el equilibrio financiero de las entidades. En el caso de la SEB el problema se agravaba porque, al tratarse de indigentes, no sólo buscaban en el Hospital la cura de sus enfermedades sino a veces un lugar donde vivir.

Una solución, siquiera parcial, consistió en ofrecer en ciertos casos a los enfermos crónicos la repatriación a España con pasaje pago por la SEB. Para ello se debía demostrar que el paciente no contaba con familia en Argentina, pero sí con quienes lo podían acoger una vez retornado a la península.³⁰ Algunas de las navieras españolas que cubrían el periplo a Buenos Aires, como la Compañía Trasatlántica de Barcelona, otorgaron al Hospital un descuento sobre el precio de tales pasajes.³¹ En el quinquenio 1885-1889 los pasajes gratuitos de repatriación otorgados por la SEB a enfermos crónicos estuvieron entre 30 y 40 anuales. Por su parte, la proporción de pacientes de la cuarta categoría, es decir indigentes, entre los internados en el Hospital en ese mismo período se situó en aproximadamente el ochenta

²⁸ Los requisitos y derechos de las diferentes categorías aparecen detallados en Sociedad Española de Beneficencia (1900), *passim*.

²⁹ AHEBA, LACD, vol. V, sesión del 23 de abril de 1889, ff. 339-340.

³⁰ SEB (1877-1914), 1882, p. 14.

³¹ AHEBA, LACD, vol. VI, sesiones del 6 y 13 de julio de 1891, ff. 190-194.

por ciento del total, lo cual es una prueba de la importancia que mantenía el objetivo de la beneficencia.³²

CRISIS Y TRANSFORMACIÓN

Otro problema que podía afectar a las asociaciones de inmigrantes que brindaban atención médica era el de la interrupción o fuerte disminución de la corriente inmigratoria desde el país de origen. Por una parte, menguaba la cantidad de socios que pagaban cuotas durante tales períodos. Por la otra, se elevaba la edad media de tales socios, lo cual aumentaba la demanda de prestaciones asistenciales y con ello los gastos a cubrir. Paradójicamente, en el caso de las sociedades de beneficencia, un riesgo para tener en cuenta podía ser el opuesto: que llegaran demasiados inmigrantes de la propia nacionalidad en un período breve, sobre todo si se trataba de trabajadores de bajos o nulos recursos. Esto es precisamente lo que ocurrió con la inmigración española entre 1888 y 1890, lo cual generó en la SEB serias dificultades financieras por la necesidad de atender unas demandas más urgentes y graves que en períodos normales.

En ese trienio, el gobierno argentino modificó por única vez su política en materia inmigratoria, distribuyendo pasajes gratuitos en Europa. El principal país beneficiario fue España, donde se entregaron más de 60 mil pasajes de este tipo, aunque la distribución no se hizo mayormente en las regiones del norte, desde donde procedía el grueso de la corriente emigratoria, sino en las del sur (Andalucía, Extremadura, Murcia). Estas regiones estaban menos conectadas con el país receptor y los emigrantes eran en general más pobres que los del norte. En 1890 la Argentina sufrió una severa crisis económica, lo cual no solamente llevó al abandono de la política de pasajes subsidiados, sino que aumentó el desempleo, en particular entre los inmigrantes recién llegados. Esta situación fue más dramática entre quienes no contaban con familia o amigos previamente instalados en el país, que pudieran ayudarlos, como fue el caso de muchos de los beneficiarios de los pasajes subsidiados.³³

³² AHEBA, LACD, 1885-1889. Lamentablemente esta fuente sólo discrimina entre las categorías de pacientes en el caso de las internaciones, por lo que no es posible asegurar si tal proporción se mantenía en el caso de los consultorios, las recetas farmacéuticas o las cirugías.

³³ FERNÁNDEZ, "The Argentine State and the Transfer of Inmigrants", pp. 89-104.

Esta situación repercutió sobre el Hospital Español, generando graves dificultades financieras entre 1890 y 1892. Aumentó la demanda de servicios de atención médica por parte de quienes no podían pagar las cuotas, superando incluso la capacidad de “camas de caridad” con la que se contaba hasta entonces. La cantidad de repatriaciones prácticamente se quintuplicó, llegando a casi doscientas en 1891. Para complicar aún más la situación financiera, el Banco de Carabassa, cuyo propietario era un capitalista catalán radicado en Buenos Aires, fue a la quiebra como consecuencia de la crisis, generando una pérdida ulterior para la asociación, que tenía depositados parte de sus fondos en dicha entidad. Asimismo, se devaluaron los títulos de la deuda del Estado argentino, otro rubro en el que la SEB había invertido. En cambio, los inmuebles adquiridos con los excedentes obtenidos durante la próspera década de 1880-89, siguieron generando ingresos en concepto de alquileres, lo cual atenuó un tanto las graves dificultades. En cualquier caso, en 1891, por única vez en todo el período 1877-1914, la asociación presentó un déficit en su balance anual, que debió ser compensado con una suscripción especial de fondos entre los socios y con la venta de unos terrenos recibidos como legado.³⁴

La situación comenzó a mejorar gradualmente a partir de 1893, con la recuperación de la economía argentina y del empleo y con el gran aumento de la inmigración española a comienzos del nuevo siglo. Esta última ya no estuvo compuesta por trabajadores que llegaran con pasajes subsidiados y desprovistos de vínculos primarios, sino que respondió principalmente a la atracción del crecimiento económico del país receptor. De esta forma, mientras el producto bruto asociado a la construcción se triplicaba entre 1900 y 1912, la corriente migratoria española se multiplicaba tres veces y media.³⁵ Por ende, más inmigrantes estuvieron en condiciones de pagar cuotas por la atención médica, al mismo tiempo que disminuía la proporción de los indigentes, la edad media de los afiliados y, por consiguiente, la cantidad de prestaciones asistenciales requeridas por cada uno de ellos en promedio.

³⁴ AHEBA, LACD, vol. VIII, sesión del 16 de febrero de 1892, ff. 99-102.

³⁵ Medias trienales del período 1900-1912 basadas en datos procedentes de Ferreres (2020) y de República Argentina (1899-1913).

Por su parte, la organización hospitalaria fue profundamente renovada durante esa etapa, ampliando la profesionalización. El cargo de director del Hospital Español, que hasta entonces era designado por la junta directiva de la SEB, pasó a ser concursado ante un tribunal integrado por médicos externos, en general catedráticos de la Universidad de Buenos Aires. Entre 1895 y 1920 los tres directores que se sucedieron eran nativos de España, aunque uno de ellos había estudiado la carrera de medicina en Argentina. La reforma del reglamento introducida en 1900 extendió la obligación del concurso de oposición a todas las vacantes de médicos internos y de farmacéuticos que se produjeran. También se estableció que los practicantes debían ser estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, con un mínimo de los cuatro primeros años aprobados.³⁶ Sin embargo, la modernización del Hospital no fue completa, ya que, a diferencia de otras entidades similares, no creó su propia escuela de enfermería ni contrató a personal profesional para dichas funciones. El Hospital Británico, por ejemplo, había creado en 1890 su escuela de enfermería como anexo, con alumnas y egresadas que residían en el mismo. El Hospital Alemán hizo lo propio en 1903, empleando como instructoras a las enfermeras que habían llegado desde Alemania a partir de 1886 (Pérgola, 2014:272-274). Los servicios de enfermería del Hospital Español, en cambio, siguieron estando a cargo de las monjas de una orden religiosa, las Hermanas de Caridad de la Orden de San Francisco, en su mayoría llegadas desde Barcelona.

Las secciones del Hospital también se ampliaron hacia el cambio de siglo, incluyendo oftalmología, otorrinolaringología, vías urinarias y enfermedades venéreo-sifilíticas, e incorporando servicios dirigidos específicamente a las mujeres y niños, que fueron admitidos como asociados, tales como ginecología y pediatría. En 1906, cuando se concluyeron las nuevas obras de ampliación, la capacidad del Hospital pasó a ser de doscientas cincuenta camas de internación —aumentadas a trecientas en 1912—, en cuatro pabellones de dos pisos, divididos en cuartos para pensionistas y socios y en salas de caridad, de treinta y seis pacientes cada una. Cada pabellón, separado del resto por amplios jardines, representaba una unidad funcional con sentido de descentralización médica, alimenticia y administrativa.

³⁶ SEB (1900), pp. 7-10.

El Hospital también contaba para entonces con un nuevo laboratorio de análisis clínicos y anatómo-patológicos y con un gabinete de electroterapia y rayos X.³⁷

El número de consultorios externos se había multiplicado por diez respecto de los originales, respondiendo a la tendencia al aumento de la proporción de pacientes que acudían al Hospital aun cuando no se internaran. Ello puede comprobarse fácilmente comparando la cantidad de internados anuales —que había pasado de 114 en 1881 a 1.852 en 1908— con el número de consultas de este último año (14.691) y con la cantidad de recetas despachadas (96.097). En cuanto al problema de los enfermos crónicos, la SEB siguió pagando un promedio de ochenta pasajes anuales, con descuentos especiales de las navieras, entre 1905 y 1912. Pero en 1907, una vez completas las obras del edificio central, decidió encarar una solución de fondo, iniciando la construcción de un anexo para enfermos crónicos y contagiosos, en uno de los suburbios al sur de la ciudad. El anexo, inaugurado en 1913 con capacidad para treientos residentes, estaba destinado a pacientes que no contaran con recursos ni familia en la Argentina, e incluía una sección para enfermos contagiosos.³⁸

La división en las cuatro categorías de pacientes, que ya estaba presente en la etapa inicial del Hospital Español, se fue confirmando con el tiempo, aunque modificándose la proporción que ellas tenían sobre el total. Los pensionistas pagaban tarifas que oscilaban entre 4 y 12 pesos por día de internación, según se tratase de cuartos individuales o de dos o cuatro camas. Por su parte, las sociedades españolas de socorros mutuos pagaban 3 pesos diarios por los pacientes que enviaran al Hospital, mientras que las mutuales no españolas —a las cuales la SEB también incluyó en sus convenios luego de 1890— pagaban 4 pesos diarios. Dado que el costo de hospitalización promedio en Buenos Aires se calculaba en 1904-1910 entre 2,3 y 2,5 pesos diarios (Penna-Madero 1910), los ingresos aportados por estas categorías permitían obtener un superávit para destinar a las actividades de beneficencia.

Estas últimas seguían estando destinadas, casi con exclusividad, a los nativos de España. De acuerdo con los registros de internaciones de 1908-

³⁷ SEB (1877-1914), 1906, pp. 8-9; 1912, pp. 7-11.

³⁸ AHEBA, LACD, Vol. XIX, sesión del 7 de octubre de 1913, f. 44.

1910, el 92% de los internados en “camas de caridad”, eran españoles nativos, mientras que sólo lo eran el 44% de los pensionistas, aunque es posible que una parte importante de los restantes fueran a su vez hijos o nietos de españoles.³⁹ Lamentablemente, no es posible conocer las nacionalidades de los pacientes que no se internaban, pero es probable que la proporción de no españoles se elevara aún más entre ellos. Esto sería consistente con el hecho de que los españoles que eran atendidos por caridad, que a mediados de la década de 1880 constituían casi dos tercios del total de internados, habían disminuido a menos de un tercio en 1910-1912.

Aunque la inmigración española al país alcanzó en este último trienio las cifras más altas de toda la serie histórica, la bonanza económica general, por una parte, y el afianzamiento médico y financiero del Hospital, por la otra, impedían que una mayor demanda de atención médica derivara en una crisis como la que había debido enfrentarse en 1890. Como advirtiera en 1905 un político y empresario catalán que visitó Buenos Aires, el prestigio adquirido por el Hospital Español había hecho posible que una diversidad de naciones europeas estuviera representada entre sus enfermos, sin que faltaran argentinos y uruguayos. La diversidad era también socioeconómica, desde las salas de pensionistas que podían albergar a personas pertenecientes a la clase alta de la ciudad, hasta las camas ocupadas por los españoles más pobres y sostenidas por la caridad.⁴⁰

Para entonces, la cantidad de socios de la SEB no era ya la principal variable explicativa del crecimiento del Hospital Español. Si otorgamos un número índice de 100 para la media de afiliados del trienio 1892-1894, la misma se había elevado a 275 en 1912. Pero durante el mismo lapso, el capital de la asociación se había quintuplicado, los ingresos anuales procedentes del Hospital, en moneda constante, se habían multiplicado seis veces y media, mientras que la cantidad de recetas farmacéuticas expedidas habían llegado al índice de 514. La dinámica de funcionamiento propia del Hospital generaba mucho más movimiento e ingresos que lo que podían aportar las cuotas sociales, si bien en los balances seguía siendo importante el rubro de “donativos y legados” procedentes de sus miembros más acaudalados. Asimismo, estas cifras tienden a ratificar que el Hospital se iba

³⁹ AHEBA, Registro de internación del Hospital Español, 1908-1910.

⁴⁰ RAHOLA, *Sangre nueva. Impresiones de un viaje*, pp. 131-132.

convirtiendo paulatinamente en un establecimiento abierto a la clientela en general, lo cual le permitía obtener muchos más recursos de los que originalmente habían sido previstos apelando a la filantropía. En igual sentido, la cantidad de recetas expedidas y la de consultas evacuadas —tanto en el propio Hospital como a domicilio— guardarían una estrecha relación con los ingresos anuales, despegándose cada vez más de la cantidad de internaciones, como ya se ha indicado. Esto último viene a ratificar la importancia cada vez mayor de la atención ambulatoria como parte de los servicios hospitalarios, una tendencia que excedía al caso del Español para proyectarse al conjunto del sistema.

Otro dato que confirma la reorientación del Hospital respecto de sus objetivos originales puede hallarse en la proporción de internados de nacionalidad argentina, que pasaron de 4,2% en 1890 a 14,4% en 1913, si bien es posible que, entre estos últimos, abundasen los hijos de españoles.⁴¹ En cualquier caso, si tenemos en cuenta que se trata del período de más intensa inmigración hispánica, el hecho de que aumente dicha proporción puede considerarse como un indicador de la creciente vinculación de la entidad con la atención privada de la salud. Con variantes según los casos, se trata de una pista que puede rastrearse en el conjunto de los hospitales de colectividades, según nos muestran los datos del censo municipal de 1909. El porcentaje de argentinos sobre el total de internados en el sistema hospitalario de la ciudad alcanzó el 30,7% entre 1890 y 1909, aunque con tendencia ascendente a medida que transcurría el tiempo. Pero si se discrimina a los hospitales públicos respecto de los de colectividades, podemos observar que, mientras en los primeros la proporción de nacionales era del 39,4%, en los de colectividades sólo llegaba al 9,5%.⁴²

Los datos del censo también confirman la importancia que, dentro del sistema sanitario de la ciudad, habían llegado a adquirir los hospitales de colectividades hacia el cambio de siglo, con casi un 30% del total de internados. Si consideramos su participación en la oferta de camas para internación, aún era del 18% en 1909. Este menor porcentaje respecto de lo alcanzado en el total de internados de 1890-1909 se explica porque a co-

⁴¹ El dato no se halla especificado en la fuente, que es AHEBA, Registro de internación del Hospital Español, 1890 y 1913, puesto que la misma sólo discrimina la nacionalidad de los pacientes.

⁴² *Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*, 1910.

mienzos del siglo XX la oferta de los hospitales públicos ya estaba creciendo a un ritmo más veloz que la de los privados.⁴³ Por último, cabe señalar que en 1904 la cifra de 5 sociedades de beneficencia que sostenían hospitales de colectividades resultaba diminuta frente a la de 97 asociaciones de socorros mutuos por entonces existentes en la ciudad que brindaban atención médica y farmacéutica. Sin embargo, ninguna de estas últimas contaba con unos ingresos que se aproximaran siquiera a los del Hospital Español (286 mil pesos anuales) o a los del Italiano (261 mil). El promedio de ingresos de las 97 mutuales estaba en los 36 mil pesos anuales, lo cual da una idea de la diferencia de magnitudes entre ambos sistemas.

CONCLUSIONES

La creación de hospitales de las colectividades extranjeras durante las décadas centrales del siglo XIX constituyó una razonable opción sanitaria en una ciudad como Buenos Aires, que por una parte presentaba importantes limitaciones en cuanto a la cobertura médica de su población y, por la otra, comenzaba a crecer a un ritmo muy veloz, principalmente como consecuencia de la inmigración transatlántica. Al igual que otros similares, el Hospital Español se orientó en sus orígenes a los objetivos benéfico-filantropicos de atención de los compatriotas indigentes o de bajos recursos, pero, con el correr del tiempo, fue otorgando mayor atención a la oferta de servicios asistenciales que permitían incrementar sus ingresos. Un hito crucial en ese sentido fue la crisis económica de 1890-91, que desafió el equilibrio financiero de la entidad y obligó a pensar en nuevas estrategias de supervivencia y expansión.

La creciente profesionalización de los órganos de dirección y, más en general, del cuerpo médico, la ampliación y modernización de las instalaciones y del equipamiento y, finalmente, la construcción de un anexo suburbano con el cual afrontar el persistente problema de los enfermos crónicos, mejoraron considerablemente la oferta del Hospital Español, convirtiéndolo en uno de los principales referentes entre las entidades de salud

⁴³ Entre 1891 y 1909 la suma de la cantidad de internados en los cinco hospitales de colectividades (Italiano, Español, Francés, Británico y Alemán) creció en una proporción del 91%, mientras que la del conjunto de los hospitales municipales lo hizo al 271%. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1910, II, pp. 281-290.

de la ciudad. La vinculación con la Universidad de Buenos Aires, a través de algunas de las cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas, obró en el mismo sentido, asegurando una amplia clientela de pacientes internados y, sobre todo, ambulatorios, lo cual le permitió al Hospital depender cada vez menos del crecimiento de su padrón de afiliados. Hacia 1912-13, se trataba de un nosocomio moderno y eficiente, sólo comparable con el Hospital Italiano en cuanto a la magnitud de sus principales indicadores. La expansión de la salud pública había vuelto menos imprescindible el aporte de los hospitales de colectividades para cubrir las deficiencias, pero la capacidad de algunos de ellos para adaptarse a las nuevas circunstancias les permitiría continuar ocupando un lugar destacado en el mapa sanitario de la ciudad.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- ARCE, Hugo, *Evolución histórica del sistema de salud argentino a lo largo del siglo XX*. Tesis de doctorado, Buenos Aires, Fundación Barceló, 2013.
- ARMUS, Diego, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- BELMARTINO, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.
- BIERNAT, Carolina y RAMACCIOTTI, Karina (eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos, 2014.
- BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan M. y Karina RAMACCIOTTI (eds.), *Historia de la medicina y la enfermería en Argentina*, Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes, 2015.
- BRYCE, Benjamín, *Ser de Buenos Aires. Alemanes, argentinos y el surgimiento de una sociedad plural, 1880-1930*, Buenos Aires, Biblos, 2019.
- DA ORDEN, María Liliana, “Hacia un nuevo abordaje del pluralismo social y cultural. Inmigración y salud en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1950”, en LINARES, María Dolores y María Silvia DI LISCIA (comps.), *Migraciones en Argentina. Una historia de largo plazo*, Rosario, Prohistoria, Publicaciones de la Universidad de la Pampa, 2021, pp. 105-123.
- DA ORDEN, María Liliana, “Salud, inmigración y ayuda mutua en Argentina: el Centro Gallego de Buenos Aires entre la crisis y la emergencia de un nuevo sistema sanitario (1930-1950)”, *Revista de Indias*, LXXX, 280, 2020, pp. 847-880.

- DEVOTO, Fernando, *Historia de los italianos en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 2006.
- FERNÁNDEZ, Alejandro, “El Banco Español del Río de la Plata y las redes empresariales en la colectividad (1887-1914)”, en NAVARRO, Concepción, Gustavo PRADO y Arrigo AMADORI (comps.), *Vaivenes del destino. Migrantes europeos y latinoamericanos en los espacios atlánticos* Madrid, Polifemo, 2014, pp. 151-178.
- FERNÁNDEZ, Alejandro, “Los inmigrantes y la sanidad. Mutualismo y beneficencia entre los españoles de Buenos Aires (1850-1950)”, en LINARES, María Dolores y María SILVIA DI LISCIA (comps.), *Migraciones en Argentina. Una historia de largo plazo*, Rosario, Prohistoria, Publicaciones de la Universidad de la Pampa, 2021, pp. 87-104.
- FERNÁNDEZ, Alejandro, “The Argentine State and the Transfer of Inmigrants to the Country (1850-1914)”, en TSEGAY, SAMSON M. (ed.), *Migration and Forced Displacement – Vulnerability and Resilience*, London, IntechOpen, 2024, vol. 2, pp. 89-104.
- FERRERES, Orlando, *Dos siglos de economía argentina: 1810-2018*, Buenos Aires, Fundación Norte y Sur, 2020.
- GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS, Pilar, “Mobilidade e proteção: unha aproximación comparativa do desenvolvemento de formas de axuda mútua en Francia e Arxentina”, *Estudios Migratorios*, 1, 2008, pp. 81-117.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.
- GUY, Donna, “La beneficencia judía en un mundo cambiante: el Hospital Israelita de Buenos Aires”, en *Travesía*, 9, 2007, pp. 215-221.
- JANKILEVICH, Ángel, *El sector privado como actor social. Aportes a las acciones de atención de la salud*. Buenos Aires, Leviatán, 2017.
- LANDABURU, Antonio, “La enseñanza médica con jerarquía universitaria”, *Rassegna Médica*, IV: 5, 1971, pp.55-60.
- MOYA, José Carlos, *Primos y extranjeros. La inmigración española en Buenos Aires, 1850-1930*, Buenos Aires, Emecé, 2004.
- OTERO, Hernán, *Historia de los franceses en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 2012.
- PÉRGOLA, Federico, *Historia de la medicina en Argentina. Desde la época de la dominación hispánica hasta la actualidad*, Buenos Aires, Eudeba, 2014.
- PÉRGOLA, Federico y Florentino SANGUINETTI, *Historia del Hospital de Clínicas*, Buenos Aires, Ediciones Argentinas, 1998.
- SILVEIRA, Alina, *Gran Bretaña en la Reina del Plata. Ingleses y escoceses en Buenos Aires 1800-1880*, Buenos Aires, Biblos, 2017.

FUENTES IMPRESAS

- BÓREA, Domingo, “La mutualidad y el cooperativismo en la República Argentina”, en REPÚBLICA ARGENTINA, *Tercer Censo Nacional*, Buenos Aires, Talleres Gráficos Rosso, 1916, tomo X, pp. 3-29.
- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA, *Primer Congreso de la Confederación Española de Sociedades Mutualistas*, Buenos Aires, Club Español-Torner Impresor, 1913.
- MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, *Censo general de la ciudad de Buenos Aires levantado en los días 11 y 18 de septiembre de 1904*, Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco, 1906.
- MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, *Censo general de población, edificación, comercio e industrias de la Ciudad de Buenos Aires levantado en los días 15 al 24 de octubre de 1909*, Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco, 1910.
- PENNA, José y Horacio MADERO, *La administración sanitaria y asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta Kraft, 1910.
- RAHOLA, Federico, *Sangre nueva. Impresiones de un viaje a la América del Sud*, Barcelona, Tipografía La Académica, 1905.
- REPÚBLICA ARGENTINA, *Memoria del Departamento General de Inmigración*, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni e Hijos, 1899-1913.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BENEFICENCIA, *Memoria presentada a la Asamblea Ordinaria*, Buenos Aires, editoriales varias, 1877-1914.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BENEFICENCIA, *Reglamento*, Buenos Aires, Imprenta de “El Correo Español”, 1878.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BENEFICENCIA, *Estatutos y reglamento*, Buenos Aires, Imprenta de “El Correo Español”, 1900.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2026

Fecha de aceptación: 19 de abril de 2026

