

Instrucciones para armar un hospital

Ramón Carrillo y la arquitectura para la salud pública en Argentina (1946-1954)

Instructions to assemble a hospital

Ramón Carrillo and the architecture for public health in Argentina (1946-1954)

Luis Alberto Müller

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina

Abstract

Ramón Carrillo, doctor and the first to be appointed National Minister of Public Health at the beginning of Juan Perón's presidency, occupied a preponderant place in the reorganization of health services in Argentina. Committed to the eugenic theories of his time and guided by a nationalist ideology, in his controversial work he took care of designing and implementing health policies, and also of delineating the architectural premises to project and manage hospitals, publishing two volumes of "Hospital Theory", one dedicated to architecture and the other to administration.

An extensive building production carried out during his management corresponds to the image generally associated with the representations of the peronist imaginary, based on the so-called "neo-colonial style" and with which he identified himself, but within the broad program of works there are also modern projects, developed by architects working outside the ministry.

The competition proposed by the Eva Perón Foundation, in the bid to concentrate the hegemony of the symbolic and political capital of the health area, as well as of the economic resources, weakened his capacity for action until finally displacing him, leaving behind a vast material production, theoretical and doctrinaire, stressed both by conservative values and by ideals of technical modernization.

Resumen

Ramón Carrillo, médico y el primero en ser designado Ministro de Salud Pública de la Nación al iniciar su gobierno Juan Perón, ocupó un lugar preponderante en la reorganización sanitaria de la Argentina. Comprometido con las teorías eugenésicas de su tiempo y orientado por un ideario nacionalista, en su controvertida labor se ocupó de idear e implementar las políticas sanitarias y también de delinear las premisas arquitectónicas para proyectar y gestionar hospitales, publicando dos tomos de *Teoría del Hospital*, uno dedicado a la arquitectura y otro a la administración.

Una extensa producción edilicia realizada en su gestión se corresponde con la imagen generalmente asociada con las representaciones del imaginario peronista, basadas en el llamado "estilo neocolonial" y con las que él mismo se identificaba, pero dentro del amplio programa de obras también se encuentran proyectos modernos, realizados por arquitectos externos al ministerio.

La competencia planteada por la Fundación Eva Perón en la puja por concentrar la hegemonía del capital simbólico y político del área de salud, así como de los recursos económicos, debilitó su capacidad de acción hasta desplazarlo definitivamente, dejando detrás una vasta producción material, teórica y doctrinaria, tensionada tanto por valores conservadores como por ideales de modernización técnica.

Key words

architecture; hospitals; peronism; Ramón Carrillo

Palabras clave

arquitectura; hospitales; peronismo; Ramón Carrillo

Universidad Nacional del Litoral (UNL). Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (FADU). Instituto de Teoría e Historia Urbano Arquitectónica (INTHUAR). Arquitecto (UNL)- Mg. en Cs. Sociales (en la misma institución). Profesor titular de Historia y Director de Maestría en Arquitectura de la FADU-UNLP

luisnuller.arq@gmail.com

Recibido el 4 de abril de 2018

Aceptado el 5 de junio 2018



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional



Ramón Carrillo había nacido en 1906 en Santiago del Estero (Argentina), en el seno de una familia tradicional con sólidas vinculaciones con la política provincial, en la que su padre fue diputado en tres ocasiones. En 1924 inicia estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires, egresando en 1929 con la medalla de oro al mejor alumno de su promoción, insertándose prontamente en los círculos profesionales y consiguiendo un cargo de practicante en el Hospital Nacional de Clínicas. En 1930 obtiene una beca otorgada por la Universidad Nacional de Buenos Aires, para la que presentó un plan de estadía de tres años en instituciones de Holanda, Francia y Alemania con el propósito de especializarse en neurología; en 1932 fue designado delegado argentino al Primer Congreso Internacional de Neurología, celebrado en Berna. Según proponen Biernat y Ramacciotti (2010, p. 108),

aunque el viaje tiene por objetivo tender redes profesionales y continuar con su formación académica, es imposible separar su formación científica del contexto europeo signado por las consecuencias generadas por la gran crisis de 1929 y la llegada al poder del fascismo y del nazismo.

A su regreso a la Argentina se vincula con el ámbito castrense. Organiza el Servicio de Neurocirugía y Neurología del Hospital Militar Central, en el que se desempeñará como jefe desde 1939, a la vez que dicta clases en distintas instituciones militares. En ese contexto amplía sus intereses hacia el estudio de la dinámica poblacional de la Argentina (participando con destacada actuación en el Primer Congreso de Población de 1940); su preocupación por dotar a la patria de soldados aptos y sanos para su servicio, lo lleva a plantear la necesidad de fortalecer la población nativa del interior del país desde sus raíces, aquellas en las que se encontrarían las bases más fuertes para definir el “tipo” humano nacional por excelencia, que de algún modo consideraba debilitado por la inmigración blanca urbana de fines del siglo XIX. Con todo ello, formula una retórica basada en dos premisas: “la búsqueda en el pasado colonial

y en el nativismo americano de elementos que indicaran claves para el porvenir” (Biernat y Ramacciotti, 2010, p. 109).

Estas ideas acerca de la gobernabilidad por “modulación biológica” se alimentaban de las teorías de la eugenesia y la biotipología, planteos que tuvieron gran desarrollo a fines del siglo XIX y principios del XX mediante un itinerario axiológico discutible en la ciencia mundial, pero que alcanzó un empleo extremo en las políticas raciales del nazismo. La eugenesia se divide en dos corrientes con mecanismos distintos: la denominada “positiva” (identificada como “eugenesia latina”), que fomenta la reproducción de “los más aptos” y en la que interviene también una componente de mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales, y la llamada “negativa” (identificada como “eugenesia anglosajona”), que promueve trabas o la incapacitación de “los menos aptos” para evitar que se reproduzcan, o incluso la directa eliminación de los “ejemplares defectuosos” que pudieran distorsionar el propósito de alcanzar el ideal.

Diego Armus, en un análisis historiográfico sobre los estudios acerca de la eugenesia en Argentina expresa que “si en la década de 1920 juristas, criminólogos y psiquiatras argentinos e italianos defendían la ‘ciencia latina’ frente al materialismo anglosajón, en la década de 1930 lo distintivo fue una activa diplomacia italiana que asociaba los valores de la latinidad con el fascismo” (Armus, 2016, pp. 153-154). Para luego agregar que estos cambios,

de la mano de la biotipología, terminaron conciliando discursivamente ciencia, catolicismo y preocupaciones por la maternidad y la infancia. Fue en ese marco que fructificó una imagen de la Argentina como mezcla de razas que ofrecería una base doctrinaria a la política social y sanitaria del primer peronismo. Por ello, no debe sorprender que la eugenesia también haya permeado muchas de las ideas de Ramón Carrillo, el sanitarista peronista más destacado de la segunda mitad de la década de 1940. (...)

Carrillo prefigura un “tipo ideal nacional” pasible de ser mejorado mediante intervenciones ambientales. (Armus, 2016, p. 154)

Pero, según la mirada que establecen Gustavo Vallejo y Marisa Miranda, la corriente eugenésica negativa habría prevalecido en el enfoque de Carrillo y el círculo del sanitarismo argentino vinculado con el primer peronismo:

Después de la Segunda Guerra Mundial, y especialmente luego de celebrados los juicios de Nüremberg, los experimentos eugenésicos fueron desactivados en la mayor parte de las naciones que los venían impulsando. Sin embargo, ello no sucedió en la Argentina, donde la Eugenesia mantuvo durante las siguientes tres décadas su injerencia en ámbitos políticos, sociales y académicos. (...)

Los seguidores de la “Eugenesia negativa”, se enrolaron en el gobierno del General Perón (1946-1955), donde el eugenista Ramón Carrillo tras suceder en las funciones a Eugenio Galli, tuvo amplias facultades para diseñar una política de salud que incluyó el programa de creación del Instituto Argentino del Hombre, sobre la base del Instituto de Biotipología y su correspondiente escuela. (Vallejo y Miranda, 2004, p. 436)

La composición de la inmigración llegada a la Argentina en los años de entreguerras difería de la de fines del siglo XIX y primeros años del XX, en tanto que los exiliados o perseguidos por cuestiones religiosas o políticas eran vistos por la élite dirigente como una amenaza al orden social y a una supuesta “homogeneidad racial” de la población, todo lo que vino a sumarse a una ya vigente corriente de pensamiento que, desde las primeras décadas del siglo XX, ponía en cuestión el ideal decimonónico que vinculaba a las corrientes migratorias europeas con la modernización y el progreso.

Es así entonces que, a fines de los años treinta,

Carrillo dibuja un prototipo de quien podría condensar la matriz poblacional de la Argentina. El habitante nativo sin influjos

negativos de las corrientes migratorias decimonónicas es puesto en un lugar protagónico para vehiculizar el progreso nacional. Dicho de otro modo, pareciera que el restablecimiento del orden y el progreso nacional encuentra sus raíces en el interior argentino. Pero esta observación trae otro problema: ¿cómo mejorar el estado sanitario de estas poblaciones? Es en este punto que las políticas sanitarias cobran un papel cada vez más protagónico en sus preocupaciones. (Biernat y Ramacciotti, 2010, p. 109)

Más adelante la oportunidad se le presentaría inmejorable. Los últimos años de la década de 1940 en Argentina perfilaron un particular momento para pensar la obra pública en gran escala: en el contexto de un gobierno que estaba transitando sus primeros años con un fuerte apoyo popular y con un líder personalista y carismático como Juan Domingo Perón en la presidencia, se desarrolló una plataforma doctrinaria que se proponía redefinir el orden social desde la intervención planificadora del Estado con el propósito de la generalización del bienestar, una condición que, para alcanzarla, requería de una firme actuación en el campo de la salud pública. Para eso en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública y el presidente puso a Carrillo al frente del nuevo organismo que, al ser elevado a la categoría de ministerio en 1949, lo convirtió en el primer Ministro de Salud Pública de la Nación.

Rápidamente el Dr. Carrillo diagramó el plan que debía llevar adelante su sector para alcanzar las metas propuestas, en todo consustanciadas con el Plan Quinquenal (1947-1951) que, el 21 de octubre de 1946 el presidente Perón –apenas a poco más de cuatro meses de su asunción, ocurrida el 4 de junio– había expuesto la Cámara de Diputados de la Nación. El plan, que como proyecto de ley fue aprobado, contenía un extenso capítulo II con dos apartados, el primero, dedicado a la “Organización de la Salud Pública” y el segundo a la “Construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios” (Presidencia de la Nación, 1946).

En términos generales, el espíritu del documento concentraba en el Estado Nacional la facultad de investigar y delinear las condiciones en que debía asegurarse la salud de la población mediante una definida centralización en lo administrativo, pero federal y distributivo en sus principios con el propósito de abocarse inmediatamente a preparar un proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social que debía presentarse en el siguiente período ordinario de sesiones, (lo que estaba expresado en la primera parte); en la segunda parte definía el modo de financiamiento del Plan de Salud y, en su artículo 1º, detallaba un ambicioso y extenso plan de construcciones de unidades de atención (hospitales generales, centros de atención especializada, unidades sanitarias, maternidades, instituciones de salud mental y enfermedades infecto contagiosas, entre otras) y una gran cantidad de institutos de investigación y tratamiento de diversas afecciones, todo ello a distribuirse en el territorio nacional.

A las acciones del Estado sobre los temas de la salud pública de fines del siglo XIX y principios del XX, que habían sentado una importante plataforma organizativa y de equipamientos, se le sumó una nueva corriente de interés en un contexto que no era casual ni aislado; en general, en el mundo se comenzó a entender el tema como “bien social” a partir de la Segunda Guerra Mundial, en la década de 1940. Según Karina Ramacciotti, (2015, p. 25)

Los planes de seguridad social diseñados en la segunda posguerra en Europa, EEUU y Canadá impulsaron un debate en torno al rol del Estado y de los sistemas de prestaciones sociales vigentes en Argentina y en América Latina. El contexto internacional, caracterizado por una creciente intervención estatal con el objetivo de proveer servicios que tuvieran como finalidad la seguridad social, dialogó con un proceso histórico local cuyos hitos principales fueron el gobierno de Juan Domingo Perón (1946-1955), su derrocamiento y la instauración de gobiernos civiles y militares; los gobiernos

de Arturo Frondizi (1958-1962); José María Guido (1962-1963) y Arturo Illia (1963-1966).

La Argentina ya estaba preparada para su implementación y en el continente se contaba con un antecedente importante en la Organización Sanitaria Internacional (1902-1923), más tarde Oficina Sanitaria Panamericana (1923), que había sido creada en 1902 con el propósito de fijar políticas técnicas y administrativas para fortalecer los sistemas sanitarios de la región, integrada a la Organización de los Estados Americanos instituida en 1948, y más tarde tomando el nombre de Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1958.

Luego de la fundación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) apenas al finalizar la guerra, en octubre de 1945, el Consejo Económico y Social del organismo internacional impulsó la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comenzó a sesionar por primera vez en Ginebra en 1948, y concentró los esfuerzos en definir estrategias sanitarias a nivel mundial. En ese contexto en que se promueve la fuerte intervención estatal a gran escala en el tema, la gestión del peronismo y la figura de Carrillo encontraron las condiciones apropiadas para insertarse en una corriente sanitarista a nivel mundial.

Como primer paso reunió a un equipo de médicos con los que se redactó en conjunto el “Plan analítico de Salud Pública”, un extenso documento que definía las condiciones y objetivos que se plantearían en el primer Plan Quinquenal del gobierno. En oportunidad de una visita a una institución de salud, “Perón, dirigiéndose a Carrillo, afirma que para la atención pública no hay límite en el presupuesto” (Ramacciotti, 2013, p. 111), lo que da una idea de la magnitud de los propósitos que se formulaban.

El despliegue de proyectos, obras y acciones tendría dos acontecimientos que le harían ganar gran visibilidad: la llamada “Primera Caravana Sanitaria”, realizada a mediados de 1947, en la que sesenta camiones del ejército

recorrieron el país entregando insumos e “inaugurando servicios hospitalarios, muchos de los cuales habían sido construidos en la gestión anterior” (Ramacciotti, 2013, p. 111), realizando práctica y simbólicamente la idea de la ampliación de la ciudadanía social a escala de masas por medio de la salud pública; el otro suceso sería la “Primera Exposición de Salud Pública” que se inauguró a mediados de 1948 en Buenos Aires, en la que mediante un gran despliegue de imágenes e información se daba cuenta de los importantes avances concretados en ese campo mediante la colaboración de la ciencia médica con la capacidad de gestión centralizada en el Estado. La dotación de hospitales, institutos y centros de salud que se mostraba, junto al equipamiento tecnológico y su organización en un plan integrado resultaba contundente: en pocos años se había duplicado la cantidad de camas en el país, las campañas de vacunación comenzaban a dar cifras elocuentes y la salud pública arrojaba números altamente positivos en todos sus aspectos. Protagonista excluyente de la exposición fue Ramón Carrillo, su figura exaltada en todos los *stands* y en las notas de prensa que daban cuenta de su accionar firme y decidido, comandando al modo militar, le otorgaron una máxima exposición pública. Pero, como observa Ramacciotti, (2013, p. 112):

es quizás ese marcado protagonismo el que perfila su ocaso. La magnética personalidad de Carrillo puede ser vista como un estorbo para quienes no lo tienen en su red de posicionamientos políticos. En forma paralela, la Fundación de Ayuda Social “María Eva Duarte de Perón” comienza a tener una mayor presencia y también se crea la Dirección de Asistencia Social, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

Al año siguiente se plantea una paradoja, si por un lado en 1949 se elevaba la secretaría de Carrillo al rango de Ministerio de Salud Pública de la Nación, otorgándole la máxima jerarquía y convirtiendo así al médico santiagueño en el primer ministro en ocupar ese cargo en la historia del país, por

otro, ello no implicó una ampliación de su presupuesto sino que, por el contrario, este comenzó a verse mermado por la captación de recursos de otras áreas institucionales, en particular por Asistencia Social, la fundación “Eva Perón” y nuevos actores que empezaban a cobrar cada vez más peso: las obras sociales sindicales. Al poco tiempo, en un contexto de campaña por la reelección en el gobierno, las relaciones al interior del peronismo se fueron reconfigurando y Carrillo vio como su figura era paulatinamente desplazada de los círculos centrales del poder.

Así, como bien lo expresa Karina Ramacciotti, en la intervención estatal en el área de salud durante el peronismo, pueden visualizarse dos grandes etapas:

la primera de ellas, que abarca desde 1946 a 1950, está caracterizada por la expansión de los centros hospitalarios y centros materno-infantiles y por el intento de lograr un cuerpo burocrático con mayores visos de profesionalidad aunque sin que se perdiera la lealtad al proyecto político. La segunda etapa va desde 1950 a 1954 y está marcada por un recorte presupuestario y por la búsqueda de nuevos pilares de legitimidad. Durante este segundo período, en el que la Fundación Eva Perón tuvo un mayor protagonismo en el área sanitaria, las campañas de difusión se mantuvieron y permitieron la visibilidad política del Ministerio.

La importante notoriedad pública que logró Ramón Carrillo en los primeros años desde su ministerio, en los que el impacto del plan de salud se mostró desde la plataforma del saber técnico con una imagen de eficiencia y dinamismo tal que abrió un camino para acercar la salud a las “masas”, terminó jugando en su contra. Como bien lo enuncia la autora citada, este protagonismo convirtió las acciones que emanaban de la Secretaría de Salud Pública en un área codiciada por otros actores sociales. Así pues, la atención sanitaria se convirtió en un tema central de la política y en un terreno de disputa entre

la agencia estatal, la Fundación Eva Perón y los sindicatos. (Ramacciotti, 2009, p. 16)

Tal vez movido por la necesidad de fijar su posición en el área, pero seguramente con el propósito de sentar doctrina sobre construcciones hospitalarias y su gestión, publicó dos libros que hacen un considerable tratado sobre el tema: *Teoría del Hospital*, Tomo I Arquitectura, Tomo II Administración. (Carrillo, 1951)

Vertical / horizontal

El hospital moderno es el resultado de siglos de experimentación tipológica, un proceso en el que el edificio se fue modelando de acuerdo con las posibilidades que aportaban los avances de la ciencia de la construcción y su tecnología, pero sobre todo en función de los adelantos propios de las ciencias médicas y sus técnicas subsidiarias.

En cada período el edificio ha traducido la práctica médica del momento y se puede apreciar un trazado histórico en que el hospital ha sido un tema con una especificidad particular y siempre desafiante para la arquitectura.

El racionalismo ilustrado impuso tipos que recorren todo el siglo XIX, como el panóptico diseñado para optimizar el control y los recursos; pabellones dispersos para el aislamiento por enfermedad; disposición en peine, entre otras formas que darán paso a los hospitales en bloque y en altura que van a surgir a principios del siglo XX. Habiéndose comprobado científicamente que los mecanismos de transmisión de muchas enfermedades contagiosas no se realizaban por las corrientes de aire, tal como en las teorías higienistas se había considerado durante mucho tiempo, con los avances de la microbiología y la bacteriología, fundamentalmente a partir de los descubrimientos de Louis Pasteur y Robert Koch y la aplicación sistemática de la vacunación, los hospitales de distribución en pabellones, uno de los tipos más frecuentados en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siguiente, dejaron de tener sentido.

Además, el tipo pabellonal resultaba ineficiente y antieconómico en muchos aspectos: la construcción de una cantidad importante de edificios individuales, un consumo excesivo de suelo ante la gran demanda de terreno que requiere su disposición, la extensa prolongación de las redes de infraestructura, los largos recorridos de circulación y la multiplicación de servicios y equipamientos, entre otros, fueron motivos suficientes para que se produjera una total reconsideración del modo organizativo de los hospitales, a la luz de innovaciones tecnológicas en la construcción y avances en el campo de la medicina, muchos de ellos surgidos a consecuencia de la intensa experimentación a la que se vio forzada su práctica en los escenarios de la primera guerra mundial. Por otra parte, las teorías médicas alineadas con la helioterapia provocaron también la búsqueda de mayores superficies disponibles para la exposición controlada de los enfermos a los rayos solares, propiciando los aterrazamientos y uso de balcones, como en los reconocidos casos de los sanatorios antituberculosos Zonnestraal (Hilversum, arquitectos Jan Duiker y Bernard Bijvoet, 1928-1940 y el de Paimio (arquitecto Alvar Aalto, 1929-1933).

El resultado de estas condiciones iba a dar lugar al inicio de los hospitales en altura y, por consiguiente, a la discusión por las opciones entre los tipos "horizontal y vertical", aunque, según Thompson y Goldin (1975, p. 187), "los avances científicos del siglo XIX, adelantos reales en la comprensión de las causas de la enfermedad, no se comprendieron completamente en su tiempo y sólo en el siglo XX se tradujeron en cambios en el diseño hospitalario." Sería entonces, en los inicios del siglo pasado, que se conjugaron variantes para hacer posible una nueva y radical renovación de las formas arquitectónicas.

Con una tradición arquitectónica enraizada en la arquitectura del rascacielos, los hospitales se verticalizaron en Estados Unidos adoptando variantes tipológicas diversas, como bloque, adoptando formas de T, Y, X, H o de peine, tratando de optimizar recorridos, distancias entre los distintos servicios y concentrando

la circulación vertical mediante baterías de ascensores. Algunos primeros ejemplos serían el *Fifth Avenue Hospital* que alcanzó las once plantas (York y Sawier, Nueva York, 1915-1920) y algo más tarde el *Medical Center* con veintidós niveles (James Gamble Rogers, Nueva York, 1925); luego en Francia serían el Hôpital Beujon (Walter y Cassan, Clichy, 1935) y en Inglaterra el nuevo *Westminster Hospital* (Londres, 1939), entre muchos otros.

La creciente complejidad y magnitud que adquirieron estas instalaciones, como en el caso del *Medical Center* de New York que, además de sus veintidós niveles se organizaba en doce unidades agrupadas, dio lugar al tipo llamado "polibloque" (Cotini, 1980, pp. 191-192) verdaderos centros hospitalarios que proliferaron rápidamente en Estados Unidos. Algunos edificios para hospitales ganaron su prestigio por distintos motivos, algunos por la excelencia de su diseño, como el celebrado hospital antituberculoso de Paimio, Finlandia o el hospital memorial de Francia-Estados Unidos en Saint Lô, Francia, proyectado por Paul Nelson (1946-1956), que trazó el camino para los hospitales de la posguerra:

El partido arquitectónico adoptado correspondía por una parte a la restricción climática (...) y por otra parte a un cierto número de principios presumiblemente heredados de las técnicas hospitalarias americanas consideradas por Paul Nelson como intangibles: la división entre los servicios técnicos montados en superficie y la hospitalización en altura; la completa separación entre el área de los pacientes y la circulación de los visitantes; la organización de servicios en unidades de atención de veinte a treinta camas máximo; la construcción de corredores muy amplios y grandes circulaciones; la importancia del color. (Beisson, 2004, p. 14)

El hospital proyectado por Nelson adoptó una solución que se denominó "de plataforma y torre", es decir, un podio extendido de baja altura que contiene los servicios generales, administración, consultorios externos, radiología, etc., sobre el que se superpone una torre

de internación de diez plantas y, además, cuenta con un gran mural de Fernand Léger, un mosaico en memoria de los ciudadanos de Saint Lô que murieron durante los bombardeos norteamericanos durante la invasión a Normandía, con el que se consuma el propósito de la integración de las artes, del cual Léger era uno de sus promotores. Con todo ello, el edificio condensaba muchas de las directrices que delineaban la arquitectura hospitalaria moderna y su proyecto fue conocido tempranamente entre los arquitectos argentinos dada su publicación en *Nuestra Arquitectura* en el número 249 de abril de 1950.

En cuanto a la arquitectura hospitalaria en la Argentina, sería en la segunda mitad del siglo XIX que la asistencia médica trasciende el asistencialismo y se complejiza al punto de requerir instalaciones especializadas de mayor rango que aquellas provenientes del período colonial o de los inicios republicanos, y en sus últimas décadas y en las primeras del siglo XX se cristalizan las mayores transformaciones. Según Aliata y Gentile, "para el caso de Buenos Aires puede observarse cómo los grandes hospitales estatales, cuya disponibilidad de terreno es mayor, siguen radicalmente las transformaciones tipológicas operadas a nivel internacional" (Aliata y Gentile, 2004, pp. 190-191).

Estas condiciones, que en algunos casos pueden extrapolarse a las ciudades capitales de provincia, verían que el paso del sistema de pabellones al desarrollo del tipo edificio de block en altura recién sería asimilado por el Estado al promediar la década de 1930.

Grandes ejemplos de estos desarrollos bloques verticales son, entre otros, el Hospital de Clínicas en correspondencia con la Facultad de Medicina de la UBA (Buenos Aires, Comisión Técnica y Dirección de Ingenieros, Secretaría de Guerra, 1939); el Hospital Churrucá (Buenos Aires, Ing. Antonio U. Vilar, arquitectos Carlos Vilar, Martín Noel, Fernández Saralegui y Escasany, 1942); el Hospital Central de Mendoza (Mendoza, arquitectos Manuel y Arturo Civit, 1937-1941).

Esta tendencia sería revertida, en parte, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo como Secretario primero y luego Ministro de Salud Pública de la Nación al definir, en el marco de un plan racional de sistematización del sistema nacional de salud, que los hospitales verticales serían admisibles solo en los grandes centros urbanos, privilegiando por lo general a los esquemas de tránsito horizontal.

Un tratado sobre hospitales

Ramón Carrillo hace conocer su *Teoría del Hospital* en dos volúmenes en 1951. El "tratado" venía a condensar una serie de exposiciones previas sobre el tema, directivas y resoluciones que, como antecedentes, daban cuenta de sus intereses y conceptos respecto de cómo debía ser la arquitectura y la gestión de los hospitales. Esta información y principios organizativos seguramente ya habían sido impartidos con anterioridad a los arquitectos que recibieron encargos y a los cuerpos técnicos que venían colaborando con su gestión, materiales que estaban a disposición y en circulación. En las "Advertencias al lector" el autor reconocía:

Este libro está compuesto por versiones taquigráficas de conferencias del autor.

La introducción corresponde a disertaciones diversas, pronunciadas, en su mayoría, en reuniones médicas o de divulgación peronista, entre 1947 y 1948. Por eso muchos datos y algunos conceptos ya son inactuales en 1951.

El resto de la exposición es texto, más o menos perfeccionado o ampliado, del curso intensivo que dicté en febrero de 1950, destinado a los directores de hospital. Un anexo, a cargo de los señores subsecretarios, en sus respectivas especialidades, completa el ciclo. (Carrillo, 1951, T I p. 11)

Como cierre, en el colofón del segundo tomo además expresa: "Al terminar este libro, dejo constancia de la amistosa colaboración que me ha prestado con su talento cordial

el arquitecto Pedro Lacoste, con quien he discutido largas horas los temas aquí tratados, y a la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública" (Carrillo, 1951, T II, p. 783). El trabajo compartido con arquitectos y las instrucciones dadas a aquellos que participaban de los cuadros técnicos ya habían puesto en circulación los aspectos básicos y principales de su "manual de procedimientos", que serían desplegados en *Teoría del Hospital* (donde también figuran como anexo). Las instrucciones habían sido comunicadas y fijadas mediante resoluciones, tales como las normas para la ejecución de construcciones hospitalarias (Res. N° 5.078 del 20 de noviembre de 1947), (Carrillo, 1951, TII, anexo, p. 747) y otras del mismo año, y los siguientes; siendo prácticamente definitoria, la más extensa y que fija toda su doctrina en cuestiones organizativas y funcionales, la Resolución N° 15.483, emitida el 18 de febrero de 1949 (Carrillo, 1951, p. 764).

Por otra parte, según se anunciaba en la conferencia pronunciada por Carrillo en la sede de la Liga por los Derechos del Trabajador el 2 de septiembre de 1949, mediante su iniciativa se incorporó como nueva asignatura la materia "Arquitectura Hospitalaria" en el programa de estudios de la Facultad de Arquitectura, correspondiente a una materia análoga creada en la Facultad de Medicina, la de "Organización Sanitaria y Planificación Hospitalaria" (obligatoria para el ciclo de adscripción al profesorado para los postgraduados) (Carrillo, 1951, T I, p. 72).

Todo el discurso emitido en esas conferencias, resoluciones y presentaciones varias (incluidos los dos tomos de *Teoría del Hospital*), ya sea en lo conceptual, político o técnico, se basa en el eje de la salud preventiva como meta a instalar y sostener, por lo que según las palabras del médico y ministro, se trata de

que los hospitales argentinos no sean sólo *casas de enfermedad*, sino *casas de salud*, de acuerdo a la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier

padecimiento cuando éste es fácilmente curable. En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales –que actualmente son *centro de cura*, en “centros de medicina preventiva”– y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, para que sean verdaderos *centros de salud*. (Carrillo, 1951, TI p. 20)

En una posición sesgada e interesada en establecer un fuerte contraste con su plan, el análisis que hace Carrillo de las condiciones previas (anteriores a 1946), muestran a la sanidad como una cuestión pasiva, a la espera de que las enfermedades se produjeran, que se propagaran epidemias, para recién entonces actuar intentando remediar lo acontecido. Por el contrario, la política sanitaria impulsada según el nuevo ordenamiento instalado desde el peronismo y respaldada por la política social del Estado, debía actuar preventivamente, instruyendo, vacunando y atacando el hambre, el pauperismo y la desocupación como causales de la enfermedad, antes de que esta se manifieste. En realidad, Carrillo prefiere hablar de “política médicosocial” en lugar de “política sanitaria” o, con un dejo chauvinista, mencionarla como “política argentina de salud pública”, marcando la singularidad del plan implementado (Carrillo, 1951, TI p. 52). La sistematización del plan de salud pública, entonces, se organizó en tres grandes ramas: medicina asistencial, medicina sanitaria y medicina social, que a su vez determinan tres escalas, individual, colectiva y social siguiendo el mismo orden correlativo.

Para cumplir con los objetivos propuestos se debía multiplicar la cantidad de camas de atención hospitalaria, hasta alcanzar el número equivalente a una cada cien habitantes. Según enumera Carrillo, en 1946, con una población estimada de catorce millones se contaba con 60.000 camas, es decir un número deficitario en el orden de las 80.000 unidades, aunque a falta de datos estadísticos poblacionales certeros se pensaba mucho mayor; para 1951 se habían incorporado 10.000 camas, aunque

la confirmación de una población de dieciséis millones hacía ver el déficit aún estancado (Carrillo, 1951, TI p. 58).

En su libro sobre la arquitectura, en el que expone los conceptos y las diferencias que hacen al centro sanitario, el hospital y la ciudad hospital, establece los parámetros de tamaño y ubicación de las unidades sanitarias en relación con la población, recomendando evitar la pequeña escala por antieconómica. La unidad de medida funcional que se fija es la de sala o servicio de 30 camas, siendo un hospital de esa envergadura el que mayor relación de superficie cubierta por cama presenta, debiendo ser el núcleo que permita su ampliación en unidades sucesivas para optimizar la utilización de los servicios. El número de camas por habitante estimado como necesario para atender satisfactoriamente a la población del país que se propuso estaba entre 10 y 13 cada mil personas, es decir en el orden del 1 a 1,3 %.

Carrillo define “los tres principios cardinales de la arquitectura hospitalaria” (Carrillo, TI 1951, p. 92). El primero es el de la “evolución”, es decir, la posibilidad de crecimiento en módulos de treinta camas por etapas sucesivas y definiendo que recién a partir de las cuatrocientas camas se debe optar por el tipo monobloque vertical, caso contrario el hospital deberá plantearse en plano horizontal; el segundo principio establece que inevitablemente deben existir tres sectores separados entre sí sin confundirse ni interferir entre sí: un sector de internación, otro de servicios externos y los servicios generales, estableciendo la forma de “**U**” como unidad tipológica básica, correspondiendo a cada sector uno de sus tramos. Sin dejar lugar a dudas afirma: la **U** es el punto de partida de toda la arquitectura hospitalaria (Carrillo, 1951, TI p. 94). Por último, el tercer principio impone la “fórmula oficial” para establecer la amplitud del terreno en que debe construirse un hospital: una hectárea cada treinta camas (unidad de medida funcional), dando lugar con ello a la previsión de las ampliaciones futuras.

la forma de una U, y la U es el punto de partida de toda la arquitectura hospitalaria.

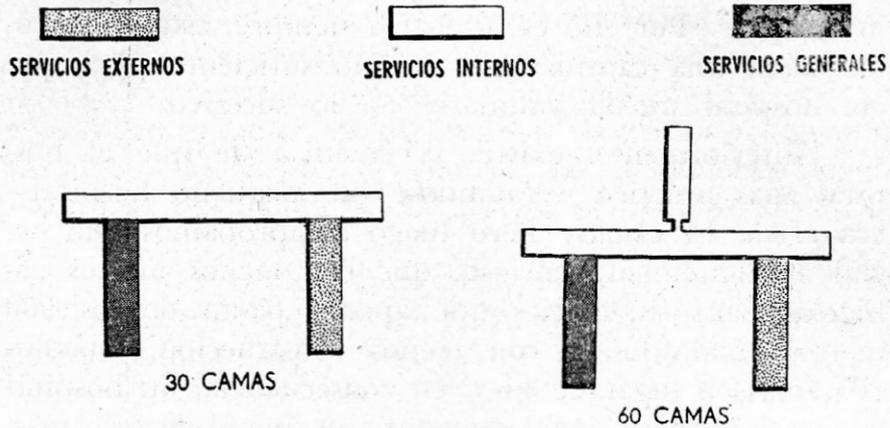


FIG. 7. — Ley de los tres sectores funcionales de un hospital (servicios externos, servicios internos y servicios generales). Modelo de 30 camas (primera resultante); modelo de 60 camas (segunda variante).

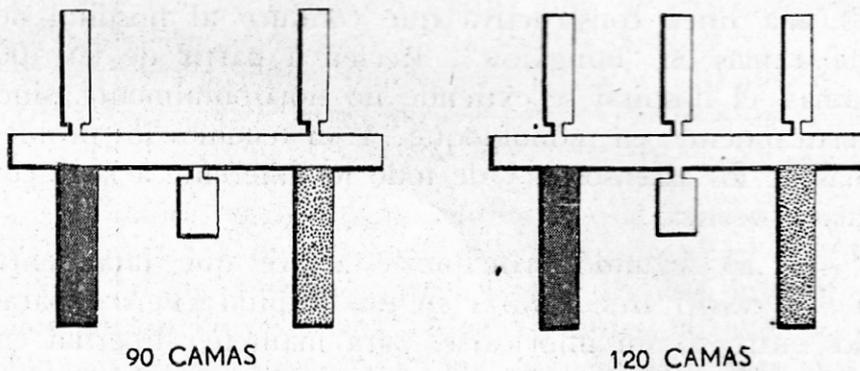


FIG. 8. — Ilustración de la ley de la evolución. Hospitales subsiguientes a los prototipos de 30 y 60 camas y que son, en esta figura, de 90 y 120 camas.

Nosotros tenemos ya en Salud Pública una larga escala de hospitales prototipos óptimos a partir de la U. *El óptimo es aquel que con el mínimo de superficie*

Figura 1. Esquema en "U" como unidad organizadora del hospital, identificando Servicios Externos / Servicios Internos / Servicios generales. Carrillo R. (1951). *Teoría del hospital*, T1, p 94.

La relación entre dimensiones se define:

1° Hospitales de 30 a 300 camas en una planta sin ascensores.

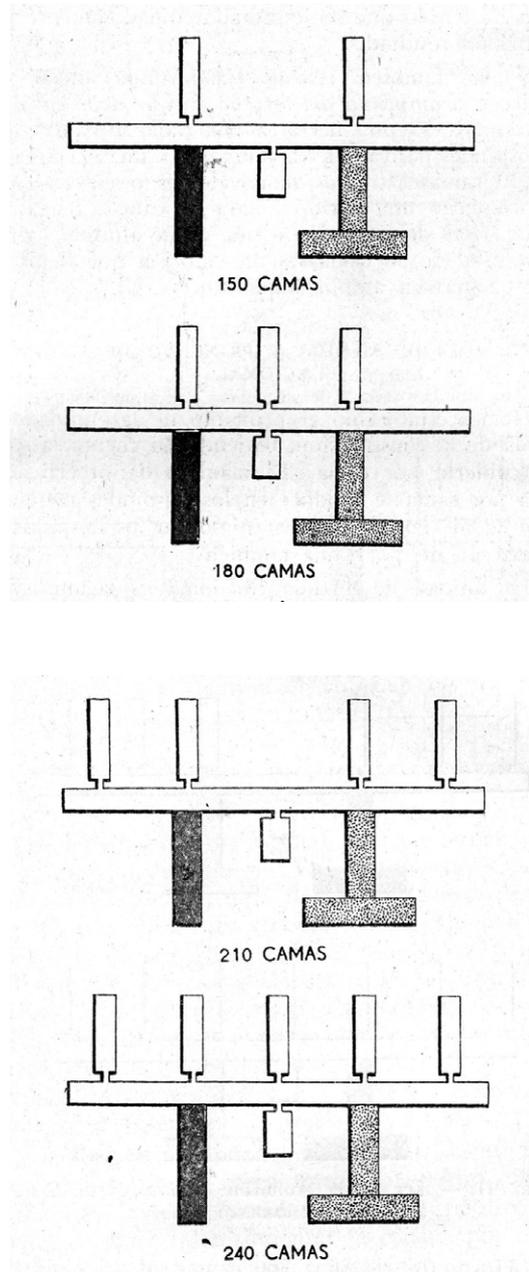
2° Hospitales de 300 a 480 camas en dos plantas (sin ascensores y con rampas o escaleras).

3° hospitales de más de 480 camas en tres o seis plantas. Pero es preferible pasar de 480 a 1.000, porque el hospital de 600, 700, 800 y 900 camas cuesta prácticamente lo mismo que uno de 1.000, tanto en construcción como en habilitación y funcionamiento. En los hospitales de crónicos el ideal es de 2.000 camas en dos plantas o de 1.000 en una planta. (Carrillo, 1951, T1 pp. 98-99)

Incluyendo gráficos representativos de las distribuciones posibles en distintas etapas de crecimiento, los esquemas se multiplican siempre a partir de un eje longitudinal que corresponde a los servicios internos, al que se acoplan módulos de los servicios externos y generales conformando la consabida forma de "U".

A los tres "principios cardinales" enunciados previamente (evolución o crecimiento, separación funcional en tres sectores y relación proporcional entre terreno - magnitud del hospital), se le agregaría un cuarto, el de la "diferenciación", que "expresa la forma en que se especializan y subdividen los sectores y subsectores a medida que crece el hospital en su número de camas (Carrillo, 1951, T1 p. 105).

Carrillo implica al proyectista en todo el proceso, indica que "cuando un arquitecto de Salud Pública prepara un proyecto, debe hacer un 'proyecto integral'", esto es compuesto por los planos de construcción y de habilitación, el presupuesto y los gastos de equipamiento, los gastos de personal considerando la relación entre distribución y circulación racional de empleados, enfermos y visitas, y los gastos de sostenimiento estimados en función del número de camas y concurrentes a consultorios externos. Es decir, una completa planificación del edificio para su construcción



Figuras 2 y 3: Esquemas indicando crecimiento por agregación. Carrillo R. (1951). *Teoría del hospital*, T1, pp. 96 y 97.

y posterior funcionamiento, para lo cual incluye tablas de cálculo para “sistematizar la administración teniendo como base los prototipos arquitectónicos” (Carrillo, 1951, TI 117).

Recién terminada esta sección introductoria, comienza una serie de capítulos que componen la parte denominada “Arquitectura”, en la que se vierten conceptos generales sobre planificación, la organización y el funcionamiento dinámico del hospital, su genealogía, crecimiento y desarrollo, el ordenamiento tipológico según las características del mismo, cálculos estadísticos funcionales y, finalmente, su “formulación espacial”. Por último, se incluye un breve capítulo (algo más de cuatro páginas) titulado “Acerca de cómo en el monobloque vertical se cumplen las leyes de la teoría del hospital” (Carrillo, 1951, TI p. 416) de Eduardo Martín, un joven arquitecto que integraba el equipo y que en 1941 había obtenido una segunda mención en el Premio Estímulo (concurso organizado por la Sociedad Central de Arquitectos para alumnos de los dos últimos años de la carrera, que en esa edición tuvo como objeto el proyecto de un “Instituto de Etnografía”) (Martín, 1942, pp. 76-79).

Para Carrillo, el desafío que debían afrontar los arquitectos de sus oficinas técnicas era excepcional y lo expresaba en el siguiente párrafo:

En los países europeos, por lo general, se construye un gran hospital o se recompone uno viejo. Ello impide que se extraigan principios o leyes generales de una planificación hospitalaria, pues los arquitectos sólo tienen el problema de hacer *un hospital* y no un centenar de hospitales como es nuestro caso. En la Argentina, hemos debido construir, en un breve lapso, doscientos hospitales y construiremos mil si hacen falta. (Carrillo, 1951, TI, p. 127)

Más allá del carácter propagandístico de la afirmación, algo había de cierto en su apreciación, era una oportunidad extraordinaria para estudiar y definir tipos arquitectónicos reproducibles, sistemas de organización y construcción e, incluso, una

expresión arquitectónica identificable que diera cuenta de la magnitud de la obra y su pertenencia a la misma en cualquier punto del país en que se realizase.

El capítulo II de esta sección “Estática del hospital” (leyes morfológicas), expone principios organizativos en base a esquemas sencillos que van desde los más simples, (la inapelable unidad en forma de “U” impuesta como modelo a seguir) a un mayor grado de complejidad, analizando posibilidades en forma de “H” (en realidad dos “U” simétricas unidas por la base), en “T” (que puede leerse como una “H” parcial), en forma de peine (que puede entenderse como una sucesión continua de la forma “U”, en formas de “+”, “X”, “Y”, estrelladas, radiales quebradas, compuestas, entre otras, desdeñando y desaconsejándose la forma lineal y sus variantes (lineal quebrada y lineal angulada) y la forma en bloque (con o sin patio central), las formas irregulares (solo atendibles cuando lo exige la adaptación al terreno) y las formas cuadradas o rectangulares “macizas”.

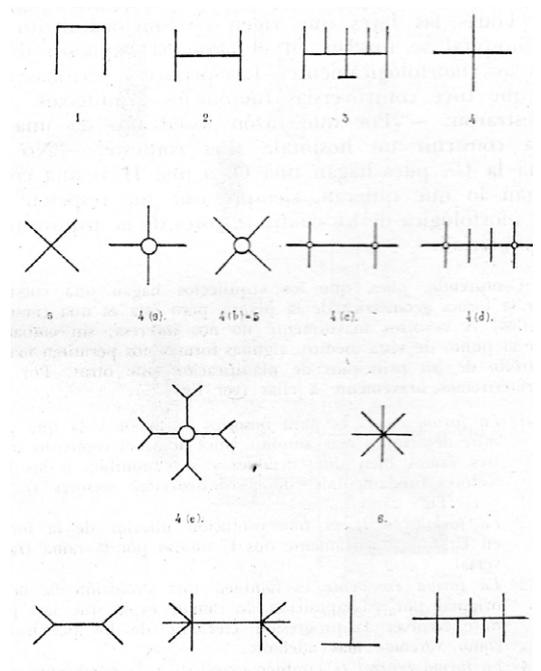


Figura 4: Esquemas organizativos que se desarrollan en figuras de menor a mayor complejidad. Carrillo R. (año). *Teoría del hospital* TI.

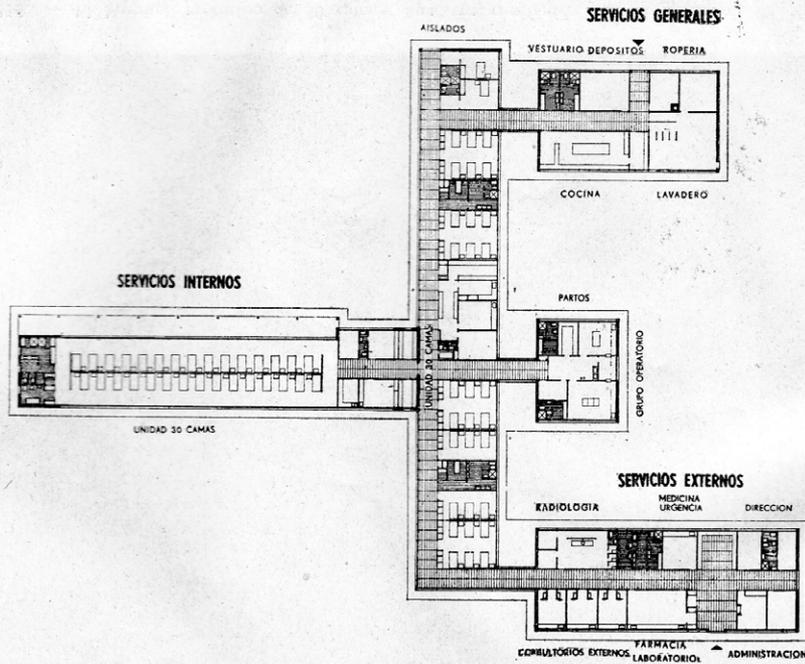


Fig. 117. — Hospital prototipo de 60 camas que resulta de la aposición de un nuevo "servicio" de 30 camas al prototipo de 30.

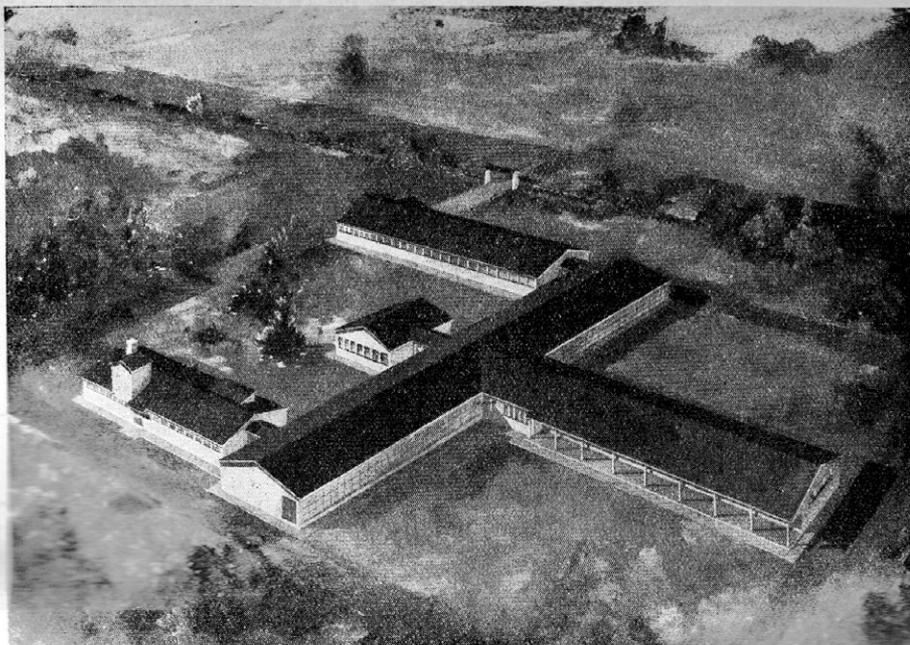


Fig. 118. — Desarrollo espacial y perspectiva de un hospital prototipo de 60 camas correspondiente a la figura anterior. 117.

Figura 5. Doble página que muestra la planta funcional de un hospital tipo y su imagen arquitectónica. Carrillo R. (1951). *Teoría del hospital*, T1, p. 392-393.

Sin embargo, en un pasaje incorpora una “regla de los cuatro sectores” (añadiendo el sector de “servicios anexos” a los iniciales “servicios internos, externos y generales”) que lo lleva a enunciar una “cuarta regla” que dice: “la forma del hospital puede ser cualquiera, siempre que respete la ley de los cuatro sectores y permita un ulterior crecimiento y diferenciación” (Carrillo, 1951, TI pp. 158-159). De todos modos, para que no queden dudas de sus directivas agrega que “la forma de planta-tipo que hemos adoptado para nuestras construcciones es el de una letra **U**” (Carrillo, 1951, TI p. 159) aunque aclarando luego: “en esto me confieso ‘no euclidiano’ en beneficio de los señores arquitectos. Si yo hago mi propia geometría en base a una **U**, no hay inconveniente en que ellos hagan la suya con otros axiomas o figuras geométricas” (Carrillo, 1951, TI p. 165).

El capítulo III, Dinámica del hospital (leyes funcionales) trata sobre reglas para llegar al máximo de la economía, de espacio y costos de construcción. Plantea ocho leyes rectoras que incluyen la independencia funcional de los sectores, la independencia de las circulaciones internas, su cuantificación, la horizontalidad expresada en los siguientes términos: “Debe elevarse al máximo el tráfico horizontal. El tráfico vertical será evitado, pudiendo adoptárselo por excepción y sólo en los centros urbanos” (Carrillo, 1951, TI p. 177), la organización en circuito cerrado de los sectores de grupo operatorio y radiología, de la economía de la construcción y de costos de habilitación y funcionamiento, entre otros detalles orientados a la optimización del servicio y su impacto en lo económico.

Los siguientes capítulos son de carácter más técnico aún y profundizan en aspectos cuanti y cualitativos de la organización, crecimiento, estructuración interna de los servicios y su eficiencia en razón de cálculos estadísticos y funcionales para cada sector, ampliamente detallados con tablas, fórmulas explicativas, y profusamente ilustrados mediante diagramas, esquemas, planos y fotografías de ejemplos contruidos y proyectos avanzados.

El segundo tomo de la obra está destinado a la gestión y administración de las unidades hospitalarias. Todo el trabajo se concentra en definir parámetros para optimizar el rendimiento técnico y administrativo acompañando el texto con gran cantidad de cuadros estadísticos, datos, fórmulas y, tal vez para no resultar tan árido en la exposición, ilustrado mediante fotografías de obras concluidas, en las que se aprecian las características arquitectónicas de un importante conjunto de obras, como se expone en la figura 5.

Los resultados figurativos en las obras que se exponen no son homogéneos, pero sin duda prevalece la expresión de un lenguaje neocolonial derivado del *mission style* californiano, con muros blanqueados, presencia de arcos, motivos ornamentales y techos de tejas coloniales a dos aguas. Sin embargo, también se pueden apreciar algunos ejemplos que eluden las referencias historicistas, como el caso del hospital de tuberculosos de Villaguay, que ofrece una imagen modernista aunque retrasada al menos en tres décadas respecto del desarrollo de las formas modernas de la arquitectura.

De acuerdo con el análisis de Anahí Ballent (2005, pp. 24-25) en el período del peronismo la arquitectura ofrece un “universo plural” que obliga a “renunciar a toda búsqueda de una ‘arquitectura peronista’, entendida como un único conjunto de formas expresivas de la política”, y propone

reconocer la diversidad de la producción del período, en la cual se distinguen por lo menos cuatro estéticas: la arquitectura rústica o pintoresca (obras de la Fundación Eva Perón, chalets del Ministerio de Obras Públicas, Plan Eva Perón del Banco Hipotecario Nacional), el modernismo atenuado (diversos edificios públicos estatales, como el aeropuerto de Ezeiza), el neoclasicismo (sede central de la Fundación, Monumento a Eva Perón) y el modernismo radical (Estudio para el Plan de Buenos Aires –EPBA–, edificios de la Secretaría de Comunicaciones, entre otras).

En el cuerpo principal de los dos tomos de *Teoría del Hospital* se atienden aspectos centrales de la organización distributiva y funcional de los edificios hospitalarios, pero en ningún pasaje se establecen condiciones o se definen preferencias acerca de expresiones arquitectónicas a recomendar o directamente designarlas como obligatorias. Pero sucede que en realidad ese tema ya estaba despejado y resuelto mediante la Resolución N° 5.127 del 26 de noviembre de 1947, reproducida en la sección de anexos del tomo II y que ya había sido impresa en 1949 integrando una publicación del MSP con autoría de Carrillo: *Construcciones hospitalarias. Normas para su ejecución* (Carrillo, 1949). La resolución mencionada, titulada "Ciudades Hospitalares y Centros Sanitarios. Adóptase el sistema monobloque y el estilo colonial español o americano colonial para su construcción", refiere a que:

es conveniente adoptar desde el comienzo un criterio uniforme de los proyectos de los monobloques que integrarán las ciudades hospitalares, como asimismo en los proyectos que se elaborarán por la Dirección General de Construcciones e Ingeniería Sanitaria para los Centros Sanitarios. (Carrillo, 1949 - 1951, TI p. 754)

La opción por el monobloque se fijaba para el caso de las ciudades hospitalares en lugar de los pabellones dispersos, una opción que optimizaba costos de construcción y recursos, y tanto para éstos como para los centros sanitarios, el artículo 3° de la resolución indica "adoptar el estilo colonial o americano colonial para dichas construcciones, estilo que sufrirá las simplificaciones y la modernización necesaria para dar un máximo de sobriedad a la línea arquitectónica de aquellas" (Carrillo, 1949 - 1951, TI p. 754 p. 755).

Cierto margen de divergencia estaba contemplado en el artículo 5°: "los señores arquitectos tendrán en cuenta estas directivas generales, pudiendo en cada caso sugerir todas las reformas o los cambios de estilo que conviniera adoptar" (Carrillo, 1949 - 1951, TI p. 754 p. 755). En el siguiente se

aclara que "En los centros sanitarios podrá adoptarse también el sistema de recobas (sic), si ello cuadra al estilo español o al colonial americano" (Carrillo, 1949, - TI p. 755) para finalmente agregar en el séptimo que,

estas indicaciones deben considerarse solamente como normas generales y no ser interpretadas en sentido rígido, ya que no debe trabarse el espíritu creador de los arquitectos, quienes se ajustarán solamente a la idea de adecuar el edificio al paisaje y a las construcciones preexistentes, pudiendo introducir las innovaciones modernas en cuanto a amplitud de ventilación y tipos de iluminación que correspondiere dentro de los estilos señalados. (Carrillo, 1949 - 1951, TI p.755)

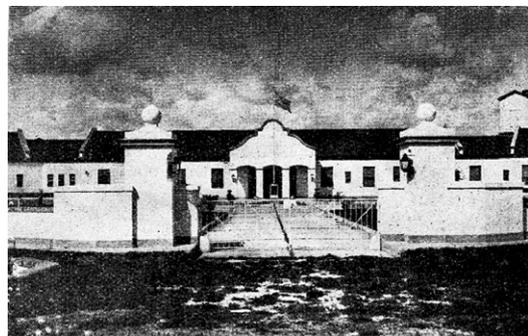


Figura 6. Imagen de la entrada del Hospital de San Vicente, destacando el "estilo neocolonial" y la utilización de recovas. Carrillo R. (1951). *Teoría del hospital*, TI, p. 431.



FIG. 160. — Panorama arquitectónico de los tipos habituales de construcción del Ministerio de Salud Pública.

Figura 7. "Panorama arquitectónico de los tipos habituales de construcción del Ministerio de Salud Pública". Carrillo R. (1951). *Teoría del hospital*, TII, p. 493.

Desde entonces quedaban en claro las preferencias de quien en aquel momento era el Secretario de Salud Pública de la Nación y luego ministro, cuando delineaba las construcciones que el gobierno esperaba construir, las “innovaciones modernas” se orientaban a cuestiones de iluminación y ventilación, en tanto que la indicación de adoptar un “criterio uniforme” pasaba por el “estilo colonial o americano colonial” el que, si bien no tenía más referencias que esas y la de la conveniencia de utilizar recovas, era bien conocido en sus versiones más simplificadas ya que no era una novedad de esa gestión; una vez decantadas las discusiones teóricas acerca la conveniencia de definir un “estilo nacional” en base a las búsquedas en el pasado colonial, que desde la década de 1920 en adelante involucraron a Christophersen, Hary, Greslebin, Ancell, Noel y otros, desde la década de 1930 ya se venía aplicando con insistencia en las obras públicas el “estilo californiano” como una “arquitectura burocrática del Estado”, según calificara Liernur acertadamente (Liernur, 2004, pp. 182-189). Como muestra temprana se puede mencionar el Barrio “Sargento Cabral” de Suboficiales del Ejército (arquitectos Prebisch, Bereterbide y Muzio, 1934-1937), que llegó a publicarse en Estados Unidos (*The Architectural Record*, sept. 1937, p. 30-31).

Este tipo de arquitectura empleada por el ejército en la década de 1930, como es en el caso del barrio militar mencionado, con sus viviendas, capilla y equipamientos colectivos, sería el modelo que llegaría hasta el peronismo, que lo adoptó para la mayoría de sus obras en áreas de vivienda, salud y educación. Según Liernur, “la adopción y masiva difusión de la variante ‘californiana’ del Neocolonial fue una consecuencia del triunfo de la doctrina funcionalista en la arquitectura argentina de la década del treinta” (2004, p. 182). Una vez aceptada y difundida, la sencillez de la organización funcionalista recibió una cuota de “carácter” que la “completaba” para adaptarla al gusto popular, mediante la aplicación de formas reconocibles y tranquilizadoras que se basaban en pocos recursos: tejados a dos aguas, figuras simples, arcos, muros blancos,

aberturas y algún detalle de madera, pisos de baldosas rojas y pocas cosas más resultaban suficientes para configurar una imagen altamente identificable, que proporcionaba una básica gestualidad, aunque suficiente para evocar un pasado y una vaga idea de la “patria”.

Ese “californiano burocrático” se desplegó en todo el país de la mano de la expansión de la obra pública en todos sus niveles (nacional, provincial, municipal) desde fines de los años treinta y atravesó la década del cuarenta hasta convertirse en marca registrada de la obra pública del peronismo, que si bien produjo una arquitectura de variadas expresiones, incluyendo buenos ejemplos modernos como la serie de edificios de correos y otras empresas del Estado, el Teatro General San Martín, obra de Álvarez y Ruiz (1953), entre muchas otras, en razón de que el “californiano” fue muy difundido en las obras de la Fundación Eva Perón, en el imaginario social terminó identificado como “arquitectura peronista” por ser su expresión más evidente.

Los hechos posteriores demuestran que la gran mayoría de los edificios construidos por el organismo de Salud Pública se realizó dentro de las acotadas directivas formales indicadas por Carrillo, con algunas destacadas excepciones que provenían del tablero de arquitectos con afinada lectura de la arquitectura moderna, que fueron contratados por fuera de las oficinas técnicas del ministerio. Se realizaban Centros Sanitarios en Catamarca, Tucumán, Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Corrientes y en 1948 la Secretaría de Salud Pública encargó proyectos para estas unidades, que eran centros regionales donde se desarrollaban acciones preventivas, sociales y curativas. Un caso interesante es el de Catamarca, proyectado por Mario Roberto Álvarez y Macedonio Oscar Ruiz, quienes desarrollaron un planteo abierto que se adapta al terreno irregular incorporando patios, galerías y tejas, aunque sorteando hábilmente las referencias neocoloniales (Shmidt y Plotquin, 2014); con inteligencia aplicaron las tejas en faldones a una sola agua y con pendiente mínima, con lo que apenas asoma una línea ondulada como



Figura 8. Centro Sanitario de Catamarca en construcción, Mario Roberto Álvarez. Estudio Mario Roberto Álvarez y Asociados (gentileza Claudia Shmidt).



Figura 9. Centro Sanitario de Salta, Mario Roberto Álvarez. Estudio Mario Roberto Álvarez y Asociados (gentileza Claudia Shmidt).



Figura 10. Centro Sanitario de Corrientes, Mario Roberto Álvarez. Foto. Carlos Gómez Sierra

remate y cierre horizontal de los extendidos volúmenes, en una operación que recuerda al Grande Hotel de Ouro Preto proyectado por Oscar Niemeyer (1935-1944).

Álvarez y Ruiz recibieron encargos para distintas provincias involucradas, pero tal vez el más importante de ellos haya sido el correntino: un Centro Sanitario (al que se anexaba una maternidad con 400 camas) y el Hospital Escuela de la ciudad de Corrientes, donde también encontraron el modo de eludir la sugerencia estilística trabajando con volúmenes prismáticos de ladrillo y cubiertas de tejas apenas visibles, en una clave más cercana a las tendencias regionales de arquitecturas como las que proponían Alvar Aalto o Richard Neutra, entre otros y, lo más interesante del caso, cómo adaptaron el proyecto a las exigencias climáticas del nordeste, mediante galerías, patios, parasoles, ventilaciones cruzadas y otros dispositivos para afrontar las altas temperaturas. Como propone Claudia Schmidt, “más allá de las diferencias programáticas los centros sanitarios de Álvarez se ajustan a las premisas de Carrillo por su interpretación pragmática” (Schmidt, 2012, p. 64).

El propio arquitecto, consciente de su habilidad para desenvolverse con eficacia en la trama burocrática, y adaptar su arquitectura sin resignarse a la mera aplicación de las normativas, explicaría el artificio empleado en los centros sanitarios, en los que, por ejemplo, en el caso de Santiago del Estero se incluyó un mural de mayólicas –diseñado por su estudio– con motivos de la cultura chaco - santiagueña documentados en el Museo Antropológico de la capital provincial, en sintonía con la premisa de la “integración de las artes” y resolviendo escapar al mandato neocolonial con recursos modernos:

Dada la condición previa: arquitectura colonial con techos de tejas, se elaboró una plástica que mantuvo los valores positivos de la arquitectura de la zona, formas simples con patios, jardines y galerías interiores. La teja obligó a un sistema de pabellones alargados, los que se entrelazaron y

equilibraron con volúmenes bajos de techo plano. (Álvarez, 1974, p. 44)

En la provincia de Tucumán también se dieron situaciones semejantes en relación con la distancia impuesta entre los propósitos estéticos de Carrillo y los resultados arquitectónicos. Una de ellas es la del Hospital Antilúético (1947-1958, hoy Hospital de Niños) de la ciudad de San Miguel de Tucumán, el que fuera resuelto mediante un concurso provincial ganado por el arquitecto Eduardo Sacriste. En ese caso Sacriste adoptó una configuración lineal de planta rectangular que se extiende por 150 metros, con una galería que recorre todo el frente dando lugar a los accesos y una fachada que expresa la modulación estructural interrumpiendo las bandas de antepechos y aventanamientos corridos, es decir, una propuesta moderna y exenta de estilismos que, como remate, concluye en una terraza jardín corbusierana, cerrada por un parapeto con extensas perforaciones rectangulares “à la Ville Savoie”.

También en Tucumán se daría la inconclusa obra del “Núcleo hospitalario” o “Ciudad Hospital” en Horco Molle, al pie del Cerro San Javier. En 1952 el arquitecto Eithel Federico Traine fue enviado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación a la ciudad de San Miguel de Tucumán con el propósito de desarrollar el proyecto. Traine se vinculó con la Facultad de Arquitectura, que estaba en pleno desarrollo de una extraordinaria experiencia renovadora de la enseñanza, y con profesores y alumnos constituyó un equipo de trabajo. El resultado, si bien utiliza materiales de la zona como piedra a la vista, está lejos de ofrecer un panorama folclórico o colonial. Los edificios se despliegan en clave moderna y se destaca el pabellón de servicios, cubierto por una serie de casquetes semiesféricos de hormigón armado prefabricados, una tecnología innovadora para el lugar, que genera un paisaje ondulado por las cúpulas creando una imagen fácilmente asimilable con las bóvedas proyectadas por Eduardo Catalano para la cubierta del Centro Comunal, en la Ciudad Universitaria que se emplazaba en un sitio cercano. Incorporaba, además, gestos de la arquitectura del Le



Figura 11. Hospital Antilúético (hoy Hospital del Niño Jesús), Eduardo Sacriste. Foto Luis Müller

Corbusier de posguerra, como las estructuras de hormigón armado a la vista y los *brise-soleil* del edificio para la escuela de enfermeras.

Un caso excepcional, aunque finalmente no llegaron a construirse, fueron los tres hospitales encargados a Amancio Williams para ser ubicados en Esquina, Curuzú Cuatía y Mburucuyá, en la provincia de Corrientes, en los que salvo la premisa de organización horizontal en planta baja, ninguna de las directivas de Carrillo fueron cumplidas. Probablemente por haber sido antes designado como Asesor Honorario de la Secretaría de Salud Pública (entre 1947 y 1948), instancia en la que Williams desarrolló un diagrama organizativo del sector de arquitectura y planeamiento de la secretaría y trabajó amistad con el médico, le hayan sido otorgadas ciertas licencias para realizar un tipo hospitalario experimental.

Con argumentos contra las imposiciones estilísticas batalló Williams intentando, infructuosamente, convencer a las autoridades de la necesidad de constituir un equipo de arquitectos que defina las características de la nueva arquitectura producida por el Estado. En una extensa carta dirigida a Clive Entwistle¹ en febrero de 1948, narra estas desventuras

sugiriendo incluso que allí podrían encontrarse las causas de su renuncia como Asesor del organismo dirigido por Carrillo:

Mi lucha, desde que volví de Europa, ha sido muy intensa, tratando de resolver problemas con un sentido de jerarquía a alto nivel. Peleo con la ignorancia y la sordidez.

En la Secretaría de "Salud Pública", se adoptó una serie de resoluciones, por las cuales se ha impuesto el «estilo colonial español» para todos los edificios. Imagine lo que eso significa. He hablado varias veces, con gran claridad, con el ministro. Mi situación ahora es la siguiente: renuncié a mi cargo de asesor; el ministro, que personalmente me estima, ha dicho repetidas veces y públicamente –y personalmente a mí–, que me encargará, como arquitecto particular, la obra más importante del ministerio, que posiblemente será la ciudad-hospital próxima a Rosario, nuestra segunda mejor ciudad. Se me permitirá hacerlo moderno, y la dirección de la construcción estará a mi cargo.

Sin embargo, pocos meses después de escribir esa carta se le concedió el encargo de los tres hospitales para Corrientes y más



Figura 12. "Proyecto de tres hospitales para la provincia de Corrientes, Amancio Williams". Archivo Amancio Williams.

tarde le fueron aceptados unos proyectos de orden sistémico, racionales, modernos en concepción y expresión, caracterizados por un sistema de control climático como era el techo alto de "bóvedas cáscara", aunque ya para 1951, cuando los legajos del llamado a licitación estaban preparados, la buena estrella de Carrillo en el gobierno se apagaba, y también con ello se desvanecía la posibilidad de concretar las obras.

Por lo visto, entonces, en la arquitectura producida por Salud Pública convivieron al menos dos estéticas distintas, que según aquellas identificadas por Anahí Ballent (2005) serían la arquitectura "rústica o pintoresca" (en su versión neocolonial - californiana) y la del "modernismo radical"; por un lado aquellas surgidas de las oficinas técnicas de la Dirección de Arquitectura Hospitalaria, que dependía directamente del Ministerio de Salud Pública de la Nación y cuyos arquitectos se verían compelidos a seguir las directivas del ministro y, por otro, la de los profesionales que fueron contratados por fuera de las estructuras administrativas del Estado, que se desobligaron

de las mismas en lo relativo a la estilística requerida. Siguiendo sus propios criterios y tomándose, seguramente, de aquel párrafo en que Carrillo decía que aquellas indicaciones eran generales y no rígidas, "ya que no debe trabarse el espíritu creador de los arquitectos", tanto Álvarez y Ruiz, Traine y Sacriste, entre otros, cumplieron eficazmente los programas funcionales y la premisa de ajustar sus trabajos "a la idea de adecuar el edificio al paisaje y a las construcciones preexistentes" (Carrillo, 1949 - 1951, TI p. 755) desarrollando edificios modernos, tanto en los planteos funcionales como en los tecnológicos y expresivos. Una actitud que Amancio Williams llevó al extremo en sus proyectos para los hospitales de Curuzú Cuatiá, Esquina y Mburucuyá, localidades rurales del interior de una provincia pobre a la que, tal vez por haber sido la única gobernación que Perón no pudo conquistar en las elecciones, se le ofreció un generoso caudal de dotaciones sanitarias, probablemente en plan de seducción a su electorado.

Fuera de juego

Llegando al fin de la década los tiempos políticos se aceleraban, y a medida que la figura presidencial se fortalecía y la imagen de su mujer concentraba la representación de la asistencia social en el imaginario colectivo, la concentración de las decisiones era cada vez más cerrada en la cúpula del poder y su vínculo con otros organismos una constante puja, en la que “la relación entre aparato estatal e instituciones intermedias se articula en un juego de beneficios y concesiones recíprocas, con un fuerte control vertical basado en la singular capacidad del Presidente de movilizar recursos y adhesiones para su política” (Belmartino, 2005, p. 105).

El crecimiento de la figura de Eva Perón como “abanderada de los necesitados” y el programa asistencial de la fundación que llevaba su nombre, fue superponiéndose cada vez más a las funciones del Ministerio, construyendo hospitales, centros asistenciales y maternidades, entre otras obras caracterizadas por un lenguaje arquitectónico cercano al colonial californiano. Esta puja de poderes fue mermando la capacidad de acción de Carrillo a punto tal que las principales fuentes presupuestarias del Ministerio, a partir de 1950, fueron derivándose a la Fundación Eva Perón, la que progresivamente fue acumulando cada vez más capital simbólico, político y económico. Por otra parte, las políticas distributivas del peronismo habían estado asentadas en una coyuntura económica favorable que se agotó rápidamente, con lo que la pugna por la captación de recursos por parte de los distintos organismos fue cada vez más intensa y la merma en la órbita del Ministerio de Salud se hizo sentir con fuerza.

Si bien la propaganda sobre la construcción de hospitales y centros de salud, así como de las transformaciones en el área siguieron ocupando las páginas de *Mundo peronista*,² y otros medios de comunicación, los referentes de las obras y acciones eran directamente el presidente y su esposa, desalojando al ministro de su visibilización pública.

La situación para el antes poderoso Carrillo, devenido ahora crítico rival de la primera dama (con las convenientes moderaciones que imponían las circunstancias), hizo que en los últimos cinco años de su gestión, entre 1949 y 1954, debiera buscar resquicios para mantener un cada vez más limitado espacio de poder. Algunos intentos consistieron en incrementar las campañas de educación sanitaria para la población, que insumían menos recursos que la construcción de hospitales.

En esas condiciones, entre agosto y noviembre de 1951, concilia con la Fundación Eva Perón la organización compartida entre esa organización y el Ministerio de Salud Pública la realización de campañas con el Tren Sanitario “Eva Perón” recorriendo provincias del noroeste, Salta, Tucumán y Jujuy. A partir del fallecimiento de la primera dama ocurrido en julio de 1952, “con la muerte de Evita y las enconadas querellas que se suscitaron por hacerse cargo del capital material y político que su ausencia generó, conducen a Carrillo a realizar dos giras del Tren Sanitario Eva Perón en 1953” (Ramacciotti, 2013, p. 113).

En esas circunstancias los resultados fueron más bien modestos, recorriendo apenas la provincia “Presidente Perón”, recientemente constituida en el marco de la provincialización de territorios nacionales (hoy Chaco) y Santiago del Estero, su tierra natal.

Al año siguiente, las internas en pugna dentro de la densa trama del peronismo (en especial la tensa relación de Carrillo con el vicepresidente Contraalmirante Alberto Tesaire), (Alzugaray, 2008, p. 137) las disminuidas condiciones de las arcas del Estado, el clima social que empezaba a sacudir las estructuras antes monolíticas del poder, y la conciencia asumida de su propia debilidad dentro del encuadre político, a lo que se sumaban importantes problemas en su salud personal, lo llevaron a presentar su renuncia, que le fue aceptada y con ello, en julio de 1954, presentó la renuncia al cargo de ministro, que le fue aceptada. Pero Carrillo no solo abandonó el cargo si no también el país; pocos meses después, en octubre del mismo año emprendía

viaje hacia Nueva York con su familia, con la esperanza de obtener un tratamiento efectivo para la enfermedad que le aquejaba. La revolución que derrocó a Perón en septiembre de 1955 ya le hizo imposible el regreso al país, con lo que su exilio comenzaba a ser definitivo. “Cuando ya le resultaba imposible sostenerse en Nueva York, Carrillo obtiene un empleo en la empresa norteamericana «Hanna Mineralization and Company», que tenía una explotación a 150 kilómetros de Belém do Pará, en Brasil” (Alzugaray, 2008, p. 151), ciudad del norte, casi ecuatorial y puerta de entrada a la Amazonia, donde finalmente muere en diciembre de 1956.

La imagen de Ramón Carrillo comenzó a ser revalorizada recién en la década de 1970 y a partir de allí magnificada al punto de proponerlo como un parteaguas en la historia del sanitarismo en la Argentina, marcando un antes y un después” de su gestión. Su tarea fue un punto de apoyo del primer peronismo tanto como un posterior escollo para las fracciones internas más cercanas al núcleo duro del poder, que vieron en su persona un posible competidor en la puja por los recursos y el capital simbólico de la salud pública, al que había que poner fuera de juego.

Carrillo tuvo una visión compleja de su situación histórica, en la que se cruzaban cuestiones ideológicas con saberes específicos. Intentó la construcción de una política para los problemas sanitarios de la nación, articulando la nueva burocracia de las instituciones del Estado con los avances de la medicina y una particular sensibilidad hacia la arquitectura, manifiesta en sus “instrucciones para armar un hospital”. A su modo, constituye un caso demostrativo de que

las redefiniciones de los espacios de intervención del Estado no han sido sólo el resultado de cambios ideológicos (grandes narrativas, o cosmovisiones, tales como el liberalismo o el socialismo), sino que han ocurrido también a partir del desarrollo de saberes específicos y de las reformulaciones que los mismos produjeron en percepciones sociales más amplias, las que a su vez

han influido, de manera dialéctica, en la evolución de estos saberes. (Plotkin y Zimmerman, 2012, pp. 11-12)

Son indiscutibles sus logros en materia de planificación sanitaria, de implementación de la salud pública mediante la educación y la medicina preventiva instalando una modernización técnica en sus equipamientos y principios organizativos, así como de la construcción, organización, equipamiento y gestión de una gran dotación de hospitales y centros sanitarios de distintos niveles de complejidad en todo el territorio nacional, tanto como, por otra parte, en razón de sus intereses vinculados con la eugenesia y la adhesión a principios ideológicos del nacionalismo más reactivo, sería difícil evitar considerarlo – según la categoría instalada por Jeffrey Herf – como un “modernista reaccionario”,³ (Herf, 1990) condición en la que su figura encaja ajustadamente.

Notas

¹ Clive Entwistle era un arquitecto inglés integrante de CIAM (Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna) a quien Williams conoció en su primer viaje a Europa en 1947. Ambos arquitectos trabaron amistad personal, llegando Entwistle a proponer ubicar el auditorio ideado por Williams en sus proyectos urbanos para *Crescent Park* (Londres) y la ciudad de Aycliffe. Posteriormente viajó a Argentina colaborando en el estudio de Williams por algunos meses. Archivo Amancio Williams.

² Publicación que entre 1951 y 1955, a través de 93 números y con una tirada aproximada de cien mil ejemplares se dedicó a propagandizar la doctrina oficial del justicialismo e instalarla en la sociedad.

³ Del análisis que hizo Jeffrey Herf sobre las relaciones entre cultura, tecnología y política en la Alemania de las primeras décadas del siglo XX se instala la categoría de “modernismos reaccionarios” para referir al desajuste entre los procesos de modernización técnica y su aplicación mediante políticas de valores conservadores y reactivos. En consecuencia, los agentes involucrados en esos procesos serían considerados como “modernistas reaccionarios”.

Referencias Bibliográficas

- Aliata, F. y Gentile, E. (2004). Voz Hospital. En F. Liernur y F. Aliata (Comps.), *Diccionario de arquitectura en la Argentina* (Vol e-h, pp. 187-198). Buenos Aires: Clarín Arquitectura.
- Álvarez, M. R. (1974). Centros Sanitarios y delegaciones regionales del Ministerio de Salud Pública de la Nación. *Summa*, 80-81, 43-45.
- Alzugaray, R. (2008). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Colihue.
- Armus, D. (2016). Eugenesia en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 149-170. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000500009>
- Ballent, A. (1997). El kitsch inolvidable: imágenes en torno a Eva Perón. *Block*, 1, 54-60.
- Ballent, A. (2005). *Las huellas de la política: vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires, 1943-1955*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.
- Beisson, G. (2004). L'hôpital mémorial France-État-Unis de Saint Lô (1956): le premier hôpital en hauteur moderne de France. *Livraisons d'histoire de l'architecture*, 7 (1), 9-23. Recuperado de http://www.persee.fr/doc/lha_1627-4970_2004_num_7_1_961
- Belmartino, S. (2005). Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970. En D. Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 101-144). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2010). La técnica y la política en la configuración de la segunda línea del peronismo. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* 21(2): 97-122. Recuperado de <http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/download/31/15>
- Binet, J.-L. (1996). *Les architectes de la médecine*. Besançon: Les éditions de b'imprimeur.
- Carrillo, R. (1949). *Construcciones hospitalarias. Normas para su ejecución*. Buenos Aires: Imprenta Central del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Reproducido en: *Teoría del Hospital*, Tomo II. pp. 754-755.
- Carrillo, R. (1951). *Teoría del Hospital. Tomo I Arquitectura - Tomo II Administración*. Buenos Aires: Departamento de talleres gráficos del Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Cotini, A. (1980). *El hospital en la historia*. Mendoza: Universidad de Mendoza. Facultad de Arquitectura y Urbanismo - Idearium.
- Foucault, M., Fortier, B., et al (1979). *Les machines à guérir. (Aux origines de l'hôpital moderne)*. Bruxelles: Pierre Mardaga éditeur.
- Herf, J. (1990). *El modernismo reaccionario. Tecnología, cultura y política en Weimar y el Tercer Reich*. México: Fondo de Cultura Económica,.
- Liernur, J. F. (2004). Neocolonial. En F. Liernur y F. Aliata (Comps.), *Diccionario de Arquitectura en la Argentina* (Vol. i/n, pp. 182-189). Buenos Aires: Clarín Arquitectura
- Martín, E. (febrero, 1942). Premio Estímulo 1941. *Revista de Arquitectura*, 254, 76-79.
- Molina y Vedia, J. (1988). Arquitectura para la salud. Situación actual. *Trama*, 21, 11-21.
- Nelson, P. (abril, 1950). Nuevo hospital de Saint Lô. *Nuestra Arquitectura*, 249, 122-117.
- Plotkin, M. B. y Zimmerman, E. (2012). (Comps.). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires, Edhasa.
- Presidencia de la Nación. *Plan de Gobierno 1947-1951*. (Tomo 1), (1946):100-115. Buenos Aires, Secretaría Técnica.

- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. (2013). Ramón Carrillo. Neurocirujano, político y héroe. En R. Rein y C. Panella (Comps.), *La segunda línea. Liderazgo peronista 1945-1955* (pp. 95-114). Buenos Aires: Pueblo heredero / Eduntref.
- Ramacciotti, K. (2015). Saberes médicos y políticas sanitarias en la Argentina durante la guerra fría. *Boletín científico Sapiens Research*, 5 (1), 25-32.
- Santos Guerras, J. J. (2003). Verticalidad Vs. Horizontalidad. Historia de la construcción de hospitales en el siglo XX. *Informes de la construcción*, 55 (485), 14.
- Shmidt, C. (2012). «...mucho costó que la arquitectura «oficial» fuera moderna...» En torno a las obras del Estado nacional en Argentina (1947-1955). *Block*, 9, 60-69.
- Shmidt, C. y Plotquin, S. (2014). *Mario Roberto Álvarez*. Buenos Aires: IAA FADU UBA / AGEA.
- Thompson, J. and Goldin, G. (1975). *The hospital: a social and architectural history*. New Haven: Yale University Press.
- Vallejo, G. y Miranda, M. (2004). Los saberes del poder. Eugenesia y Biotipología en la Argentina del siglo XX. *Revista de Indias*, LXIV(231), 425-444. Recuperado de <http://revistadeindias.revistas.csic.es/index.php/revistadeindias/article/viewFile/547/614>