

## **Paisajismo y políticas públicas higienistas en hospitales de Buenos Aires**

Lic. Gabriela Campari<sup>1</sup>  
gecampari@yahoo.com.ar

### **Resumen**

Las ideas fundamentales del pensamiento higienista de fines del siglo XIX en relación a la enfermedad como fenómeno social, extendieron su horizonte en la ciudad de Buenos Aires a diversos campos de acción, entre ellos, a la intervención paisajística de áreas verdes en instituciones hospitalarias, articulando un discurso y una práctica entre lo social, la salud y el espacio público. Estas medidas adoptadas siguieron los modelos europeos del utopismo reformista como los de Fourier [1829] y Garnier [1917] (1991), que bajo una mirada crítica de la situación social, examinaron la ciudad industrializada desde el desorden urbano, planteando alternativas de planificación urbanística basadas en el bienestar ciudadano, para elevar la calidad de vida de los habitantes y obtener mejores respuestas a los problemas de hacinamiento y enfermedades epidémicas que habían repercutido a nivel mundial. En el ámbito nacional, los paradigmas higienistas se instrumentaron a partir de la institucionalización de Buenos Aires como Capital de la República y la sanción de reglamentaciones que le dieron a la Ciudad una política profiláctica en su proceso de urbanización. En este marco se institucionalizó la Asistencia Pública (1883) y la Administración Sanitaria (1892) con el objeto de centralizar la dirección científica de los hospitales y los servicios de beneficencia como prioridades higiénicas del espacio urbano, encargadas de velar por el bienestar sanitario de su población en la prevención y la cura de la enfermedad. En ese contexto se emplazaron hospitales integrados por un sistema de pabellones distanciados y a la vez vinculados entre sí por áreas verdes perimetrales, concebidas como piezas articuladas y constituyentes de un concepto de conjunto hospitalario que, en su devenir histórico hasta el presente, fue envejeciendo su función (Santos, 1996), en la red de representaciones sociales.

En este sentido, el trabajo tiene como finalidad analizar la interacción entre el discurso médico, la práctica pública de la higiene y la intervención paisajística en los hospitales de Buenos Aires. Desde el punto de vista metodológico, se analizaron fuentes escritas como las memorias municipales y textos legales vinculadas al contexto histórico del higienismo y las políticas públicas implementadas en la Ciudad, como así también aportes conceptuales de fuentes bibliográficas para el análisis dinámico del paisaje urbano. El trabajo se organizó en tres capítulos. El primero da cuenta de la institucionalización de la Capital de la República a la Asistencia Pública y la sanción de reglamentaciones urbanas que dieron marco legal a la higiene, salud y obras públicas. En un segundo capítulo, se hace referencia a la Buenos Aires higiénica y el estado de infección que prevalecía en la Ciudad en base al Censo de 1904, como así también las prácticas en la higiene urbana

---

<sup>1</sup> Licenciada en Planificación y Diseño del Paisaje. Universidad de Buenos Aires (UBA) - Facultad de Agronomía y Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo FAUBA-FADU.  
Docente e investigadora UBA-FADU.

implementadas en la reorganización espacial del servicio hospitalario. En tercer lugar, se analizan las características compositivas que dieron morfología al paisaje hospitalario. Por último, extendemos algunas reflexiones que permitan reconsiderar la idea higiénica del conjunto hospitalario bajo la mirada del siglo XXI, a fin de que los revalorice como espacios sanitarios, instalando nuevos debates sobre la salud de la población y el ambiente, cuestiones que en las últimas décadas han adquirido una mayor importancia e interrelación a escala global.

## **Introducción**

La idea de construir una Buenos Aires higiénica, como modelo urbano de finales del siglo XIX, fue complejizando las representaciones sociales en las formas y maneras de ver la Ciudad. Esa organización espacial, definida por Horacio Capel (1975) como un producto social, modelado y condicionado por las relaciones socio-económicas y políticas contextuales, tuvo su incidencia en el tratamiento de los espacios verdes de las instituciones hospitalarias, como parte del plan de higiene pública llevado a cabo para el bienestar de la sociedad. Estas medidas siguieron los modelos de la escuela europea, cuyo pensamiento se orientaba a elevar la calidad de vida de los habitantes y obtener mejores respuestas a los problemas de hacinamiento y enfermedades epidémicas que habían repercutido a nivel mundial. En el ámbito nacional, estos pensamientos se vieron plasmados a partir de la institucionalización de la Ciudad de Buenos Aires como Capital de la Nación, circunstancia que dio lugar a reglamentar una estructura municipal que contempló las cuestiones higiénicas y de salud preventiva en el ámbito urbano.

El trabajo tiene como finalidad analizar la interacción entre el discurso médico, la práctica pública de la higiene y la intervención paisajística en los hospitales de Buenos Aires. Desde el punto de vista metodológico, se analizaron fuentes escritas como las memorias municipales y textos legales vinculadas al contexto histórico del higienismo y las políticas públicas implementadas en la Ciudad, como así también aportes conceptuales de fuentes bibliográficas para el análisis dinámico del paisaje urbano.

El trabajo se organizó en tres capítulos. El primero da cuenta de la institucionalización de la Capital de la República a la Asistencia Pública y la sanción de reglamentaciones urbanas que dieron marco legal a la higiene, salud y obras públicas. En un segundo capítulo, se hace referencia a la Buenos Aires higiénica y el estado de infección que prevalecía en la Ciudad en base al Censo de 1904, como así también las prácticas en la higiene urbana implementadas en la reorganización espacial del servicio hospitalario. En tercer lugar, se analizan las características compositivas que dieron morfología al paisaje hospitalario. Por último, extendemos algunas reflexiones que permitan reconsiderar la idea higiénica del conjunto hospitalario bajo la mirada del siglo XXI, a fin de que los revalorice como espacios sanitarios, instalando nuevos debates sobre la salud de la población y el ambiente, cuestiones que en las últimas décadas han adquirido una mayor importancia e interrelación a escala global.

## **De la Capital de La Republica a la Asistencia Publica**

Una vez consolidada institucionalmente la Ciudad de Buenos Aires como Capital de la Nación (1880), el Congreso Nacional debió avocarse a estudiar y sancionar una ley dirigida a estructurar su régimen municipal. Luego de presentarse un proyecto del Poder Ejecutivo y ser sancionada la Ley N° 1129 que generó una serie de observaciones, se inició un nuevo estudio que finalmente dio lugar a la sanción de la Ley Orgánica de la Municipalidad de la Capital de la República N° 1260 el 23 de octubre de 1882. Esta ley permitió estructurar el régimen municipal de Buenos Aires, constituyéndose en un verdadero hito en la organización de la Ciudad, y si bien fue modificada a lo largo del tiempo a fin de adecuarla a las transformaciones de Buenos Aires, su esencia se mantuvo inalterable poniendo en evidencia la jerarquía de la misma como instrumento legal.

Evidentemente, la ciudad evolucionaba y crecía incesantemente, problematizando las cuestiones relativas a la infraestructura y a las condiciones dignas de habitabilidad, en especial para aquellos inmigrantes recién llegados de origen europeo, que pasaban a formar parte de los sectores populares urbanos de una Ciudad en pleno proceso de cambios políticos, sociales, económicos y urbanísticos, que reflejaba la complejidad de una gran urbe que había comenzado a dispersarse. Tan sólo cuatro años después de la federalización del territorio capitalino, la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires sancionó la Ley Provincial del 28 de octubre de 1884, que dispuso la cesión a la Nación de los territorios de los municipios de Belgrano y de San José de Flores. Ahora bien, tres años después el 28 de septiembre de 1887, la Legislatura Provincial dictó la Ley N° 1899, rectificando, en una primera instancia, la incorporación de los municipios mencionados a la trama urbana de Buenos Aires, como así también el acto de cederle a la Capital Federal todo el territorio de Belgrano y Flores; resultando el ejido así conformado el que integra hasta hoy el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En esta etapa de mutación del paisaje por cambios estructurales y funcionales de la sociedad (Santos, 1996), la Ciudad contaba con un orden normativo que se ajustó a esos nuevos cambios e inquietudes emergentes que quedaron de manifiesto por su proceso de construcción ciudadana. No es casual que en la instancia del estudio y sanción de la Ley Orgánica, los antecedentes de las enfermedades epidémicas de cólera (1869) y fiebre amarilla (1871) acontecidas en Buenos Aires, hicieran cuestionar las condiciones higiénicas en las cuales se encontraba la Ciudad, y reglamentar cuestiones referidas a la higiene urbana y la salud preventiva de la población, que resultaron ser pilares estructurales de las políticas públicas que se llevarían a cabo.

Conforme su texto original, la Municipalidad de la Capital de la República quedó formada por un Concejo Deliberante y un Departamento Ejecutivo (Art. 1°), encargados de dictar todas las medidas, ordenanzas y disposiciones ejerciendo la dirección y administración de las propiedades, o intereses locales del municipio. (Art. 43°). Estas atribuciones quedaron referidas a tres secciones: Hacienda; Obras Públicas y Seguridad, Higiene, Beneficencia y Moralidad Pública, dictaminando cada una, desde sus propias incumbencias, cuestiones que pugnaron en la idea de construcción hospitalaria asociada a la organización del espacio urbano de la ciudad de Buenos Aires. En el caso de Hacienda en uno de sus artículos publicados, se expresó la necesidad de aumentar la disponibilidad presupuestaria a través de un organismo oficial, para destinar lo recaudado al mantenimiento y formación de instituciones públicas en el ámbito, principalmente de

salud. Fue así como se estableció “crear una lotería pública municipal cuyos beneficios se destinarán exclusivamente a subvenciones para la Sociedad de Beneficencia, Hospicio de Dementes, asilos y demás establecimientos de esta clase existentes o que se funden en adelante (...)” (Art. 44°, inc. 8°). En relación a la Sección de Obras Públicas quedaron explicitados las cuestiones del espacio urbano a través de “ordenar el ensanche y apertura de las calles, la fijación de la altura de los edificios particulares y de las delineaciones de la ciudad, el establecimiento de plazas, paseos y parques, y autorizar la compra o solicitar la expropiación de los terrenos necesarios al efecto; proveer a la construcción de drenajes y acueductos para la circulación de aguas” (Art. 46°, inc. 1°). En la misma sección quedó mencionada la proveeduría de servicios públicos como aguas corrientes (Art. 46°, inc. 2°), la construcción de caminos, puentes, desagües y calzadas (Art. 46°, inc. 3°), y todo lo referido al espacio público en lo que hacía a equipamiento y restauración como “proveer la construcción, conservación y mejora de los edificios y monumentos públicos, paseos, plazas, empedrados, puentes, caminos y demás obras públicas municipales. (Art. 46°, inc. 6°).

Por otra parte en la sección de Seguridad, Higiene, Beneficencia y Moralidad Pública, se reglamentó lo correspondiente al Concejo en lo referido a la Higiene Pública en lo que hacía a: la limpieza general del municipio (Art. 48°, inc. 1°), la desinfección del aire, de las aguas y de las habitaciones (Art. 48°, inc. 2°), la propagación de la vacuna y medios de hacerla obligatoria. (Art. 48°, inc. 3°), la reglamentación higiénica de edificios públicos, casas de diversión y de inquilinato, pudiendo determinar en cuanto a estos últimos, la extensión de las habitaciones y patios, número de habitantes, y servicio interior de limpieza. (Art. 48°, inc. 4°), la reglamentación de los establecimientos e industrias clasificadas de incómodas e insalubres, pudiendo ordenar su remoción, siempre que no fueran cumplidas las condiciones que impusiese a su ejercicio, o que éste se hiciera incompatible con la salud pública. (Art. 48°, inc. 5°), la vigilancia de expendio de substancias alimenticias, prohibiendo la venta de aquellas que por su calidad o condiciones sean perjudicial a la salud pública. (Art. 48°, inc. 6°), la conservación y reglamentación de cementerios. (Art. 48°, inc. 7°), el aseo y mejora de los mercados, mataderos y corrales. (Art. 48°, inc. 8°), y la adopción de todas las medidas y disposiciones tendientes a evitar las epidemias, disminuir sus extragos, investigar y remover las causas que las produzcan o sostengan y general, todas las que concurren a asegurar la salud y bienestar de la población, comprendiéndose entre ellas las visitas domiciliarias a este objeto”. (Art. 48°, inc. 9°). A su vez se resaltó en el artículo siguiente, que a través del Consejo Nacional de Higiene la Municipalidad debía ser asesorada en todas las cuestiones de salubridad pública.

En cuanto a lo correspondiente al Concejo en lo que se refirió a la beneficencia y moralidad pública fue destacado lo relacionado a “fundar y reglamentar casas de corrección y de trabajo, asilos para pobres imposibilitados de trabajar, asilos y colegios de huérfanos, casas de expósitos y hospicios de dementes” (Art. 50°, inc. 1°), y principalmente en lo referido a “la creación, dirección y administración de hospitales y demás establecimientos de caridad que estuviesen a su cargo” (Art. 50°, inc. 2°).

Varias de las actividades que de un modo u otro afectaban la higiene, eran obligadas a contribuir al erario municipal, así el Art. 65° declara impuestos y rentas municipales: El impuesto de abasto (inc. 1); El de extracción de arena, resaca y cascajo (inc. 2); El derecho de piso en los mercados de frutos del país (inc. 3); El impuesto y arrendamiento de los mercados de abasto (inc. 4); El impuesto de alumbrado, limpieza y barrido (inc. 5); Las

patentes sobre mercados particulares o sobre tranvías, carruajes y vehículos en general, sobre perros, sobre establecimientos de máquinas a vapor, (inc. 7); El producto de la conducción de cadáveres y de la venta y reparto de sepulturas (inc. 12); El producto de las hospitalidades y de las casas de dementes (inc. 13); El producto de la venta de los residuos de basuras (inc. 14) entre otros.

Sancionada la Ley Orgánica Municipal, a lo que se sumaron los comienzos de la primera Intendencia de Buenos Aires de Torcuato de Alvear junto a la institucionalización de la Asistencia Pública (1883), y la Administración Sanitaria años más tarde (1892); se ampliaba la capacidad de gestión pública, intentando dar respuestas higiénicas a ciertas realidades que requerían una eminente intervención. Según Michael Foucault con el ejercicio de la medicina en el ámbito urbano surge la noción de salubridad “ (...) la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos (...) con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud” ([1980] 1996:100).

En materia de salubridad, si bien Buenos Aires fue exhibiendo sus progresos urbanos, no faltaron comentarios, como los del médico José Penna, que dieron cuenta de que esta realidad resultaba sólo en apariencias, y que las falencias en la prestación de un servicio higiénico por parte de la Ciudad era incompleto desde las prácticas de saneamiento. “(...) fundada sobre un suelo de condiciones geológicas y topográficas favorables, se resintió desde muy temprano de la desidia y abandono de sus primeros pobladores que lo infectaron, arrojando en sus capas más superficiales, los residuos (...) Y si bien es cierto que (...) han de haber operado en él cambios favorables, ateniendo el grado de insalubridad, no podría dejarse de admitir que, a pesar de esas circunstancias, existen todavía en el suelo focos de infección capaces de entrar en actividad el día en que un concurso de causas favorables se reúnan y establezcan vías de acceso que franqueen su aislamiento. La supervivencia de ciertos gérmenes patógenos autoriza a desconfiar (...) como la aparición de la fiebre tifoidea (...)” (Penna y Madero, 1910: 52).

En lo que respecta a la Asistencia Pública, la misma tuvo a su cargo la creación de los servicios auxiliares como: 1) la Asistencia domiciliaria o seccional, con el objeto de beneficiar y promover la privacidad y familiaridad de los enfermos leves o crónicos, ampliando, a su vez, la disponibilidad de camas y la reducción del gasto por internación; 2) la Asistencia hospitalaria y 3) la de los Consultorios externos. Estos servicios complementaron las funciones que se le habían incorporado a la Asistencia Pública como los de profilaxis, Administración de la Vacuna y Casa de Aislamiento para las enfermedades infecto-contagiosas. La Administración Sanitaria, como sección constitutiva de la institución anterior, en cambio se hizo cargo de las atribuciones referidas a todos los factores que pudiesen perturbar la salud pública del municipio, por consiguiente era de su incumbencia el “investigar, por los medios a su alcance, las causas, el origen y la propagación de las enfermedades que existan en el municipio, y averiguar hasta donde dependen estas enfermedades de condiciones que se puedan remover ó mitigar”, como así también, “informarse por medio de la inspección sistemática, respecto de las condiciones perjudiciales a la salud pública que existan en el municipio y proponer las medidas que sea necesario tomar para mejorar el estado higiénico de la comunidad ó combatir las causas que puedan perjudicar a ésta. (Penna y Madero, 1910: 42). Dentro de sus funciones programadas cabía la obligación de visitar los casos particulares en los cuales se produjeran enfermedades infecto-contagiosas o epidémicas; asistir a la vigilia de aquellos

establecimientos insalubres, a los lugares con presencia de animales o sustancias que puedan perjudicar la salud de la población. Asimismo tenía a su cargo el seguimiento y la elaboración estadística de las defunciones por enfermedad y las medidas implementadas, como así también la dirección de las Comisiones de Higiene Parroquial y las dependencias como la “Casa de Aislamiento” (hoy Hospital de Infecciosas “Doctor Francisco Muñiz”), Desinfección, Dispensario de Salubridad, los Laboratorios de Bacteriología y de Vacuna Antirrábica, Tren Central de Ambulancias, y las inspecciones comerciales como la de los mercados, abasto, tambos y carnicerías, a fin de procurar la mejor calidad y condición de los productos alimenticios. La Administración debía ejercitar dentro de sus posibilidades todas aquellas prácticas de saneamiento y de profilaxis para promulgar la conservación de la salud y la prolongación de la vida de los ciudadanos, limitando la proliferación de las enfermedades endémicas y el progreso de las epidémicas.

A partir de este contexto normativo, quedó estructurado el régimen municipal y se enfatizó la aplicación de medidas preventivas de higiene, a cuestiones que se hacían evidentes, como la expresada en la Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Concejo la cual expresaba: “¿En qué condiciones de salubridad se halla nuestro municipio? ¿Son ellas ventajosas? Si hemos de estar á las reglas que como indispensables señalan los modernos higienistas, nuestra deficiencia es mucha y mucho habrá que hacer para alejarla de los peligros inherentes á todas las que se encuentran en su estado. No tenemos calles anchas ni bien aereadas, ni plazas y paseos públicos cómodos y en número que se relacione con la población; los establecimientos insalubres pueblan su centro cuando debieran encontrarse completamente alejados de él”. (1882: 324 tomo I)

### **Hospitales en la ciudad higiénica**

Cuidar la Ciudad implicaba primordialmente, conservar la salud de sus pobladores y prevenirlos de las enfermedades trasmisibles. Esta preocupación sostenida en el grado de insalubridad y de infección que exhibía Buenos Aires, determinó la aplicación pública de la higiene como práctica para la prescripción de reglas profilácticas que organizaran y velaran el adecuado desarrollando en el ámbito urbano. Si hacemos referencia al sistema hospitalario presente en la organización administrativa de la Ciudad de finales del siglo XIX, conformado por nosocomios destinados a construir ámbitos higiénicos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, debemos hacer mención de la situación con la cual se encontró el primer Director General de la Asistencia Pública, Doctor José María Ramos Mejía, el 9 de febrero de 1883 al asumir su cargo. La Capital sólo contaba con la disponibilidad prestataria de cinco establecimientos médicos que dependían directamente de ella, entre los que se encontraban, según enunciados en (Penna y Madero, 1910): Hospicio de las Mercedes (320 enfermos), Hospital de Buenos Aires (244 enfermos), Antiguo Hospital General de Hombres (173 enfermos), Casa de Aislamiento (80 enfermos) y Hospital San Roque (36 enfermos). Un mes más tarde el Hospital de Buenos Aires, cuyo servicio se orientó a la medicina clínica, pasó a formar parte de la jurisdicción nacional y el de Hombres fue clausurado definitivamente el 21 de noviembre del mismo año, trasladando los servicios de éste, al Hospicio de las Mercedes y al Hospital San Roque, que había sido el 12 de agosto de 1883, inaugurado con nuevas instalaciones para la prestación del servicio médico. En la búsqueda de una solución al hacinamiento en los hospitales municipales por presentar camas permanentemente ocupadas para la atención de enfermos

crónicos, se instaló, en octubre de 1885, el Hospital de Crónicos o Casa de las Hermanas en el antiguo Departamento de Hermanas que había quedado en el Hospital General de Hombres, si bien por razones presupuestarias, sus servicios quedaron clausurados en enero de 1892<sup>2</sup>, la necesidad de adecuar espacios específicos para el servicio de los convalecientes se sumó a los primeros lineamientos de una renovación hospitalaria que requería nuevas estructuras y readecuación de viejas formas. Ante esta situación la inmediatez para reorganizar y ampliar el sistema hospitalario se hacía cada vez más urgente; y como señalara el Doctor Ramos Mejía, “ (...) tan indispensable en la organización administrativa de una ciudad culta, que sabe valorar la importancia real y positiva de sus elementos componentes y el significado que en la ecuación de la vida de los pueblos tiene el hombre sano y lo que representa en su progreso la atenuación de la morbilidad y la reducción de su mortalidad”. (Penna y Madero, 1910: 135).

A partir del Censo General de Población de 1904, la ciudad de Buenos Aires contaba con un total de 944.742 habitantes, sin considerar los 6.149 habitantes fluviales, según las observaciones (Penna y Madero, 1910). La Ciudad se encontraba dividida en 20 Secciones: 1° Vélez Sársfield, 2° San Cristóbal Sud, 3° Santa Lucía, 4° San Juan Evangelista, 5° Flores, 6° San Carlos Sud, 7° San Carlos Norte, 8° San Cristóbal, 9° Balvanera Oeste, 10 Balvanera Sud, 11° Balvanera Norte, 12° Concepción, 13° Monserrat, 14° San Nicolás, 15° San Bernardo, 16° Belgrano, 17° Palermo, 18° Las Heras, 19° Pilar y 20° Socorro. La mayor densidad poblacional se encontraba en las Secciones 10 (320,28 hab/ha), 11 (290,94 hab/ha), 8 (272,48 hab/ha) y 12 (232,21 hab/ha), que concentraban el 22% de la población total y en las Secciones 9 (227,73 hab/ha), 14 (226,45 hab/ha), 13 (193,08 hab/ha) y 20 (172,84 hab/ha), que concentraban el 26% de la población. Más de la mitad de la población, el 51,23% de su total, residía en las Secciones 3 (8,98%), 19 (7,53%), 8 (7,14%), 13 (7,11%), 9 (6,98%), 18 y 12 (6,75% cada una).

De acuerdo a la clasificación (Penna y Madero, 1910), en base a los datos del mismo Censo, la ciudad de Buenos Aires contaba con 5.981 manzanas habitadas, de las cuales el 47,83% (2.861) estaban infectadas, entre otras, por las siguientes enfermedades: viruela, sarampión, escarlatina, fiebre tifoidea, tuberculosis, difteria, fiebre puerperal y meningitis. Estas manzanas, principalmente se encontraban ubicadas en las Secciones 3, 4, 18, 5, 9, 19, 2 y 6 que reunían en total 1.491 manzanas, es decir, el 52,11% de las infectadas; pudiendo afirmarse que las defunciones ocurridas por enfermedades infecciosas en la Capital Federal entre 1872/1904, en base al cuadro (Penna y Madero, 1910: 71) se debían predominantemente a: tuberculosis, meningitis, neumonía, bronconeumonía, bronquitis, difteria y cruz, tétano y fiebre tifoidea.

Por consiguiente, la necesidad de contar con acciones preventivas ante las enfermedades transmisibles, que amplíen el radio de atención y prevención médica de la Capital, hizo que el servicio delegado a la Asistencia Pública de la Administración de la Vacuna, mencionado en el capítulo anterior, se consolidara como una medida profiláctica indispensable para el cuidado de la ciudadanía. Con la vacunación antivariólica, el registro estadístico y la folletería distribuida gratuitamente, el programa desarrolló una estructura administrativa basada en el emplazamiento de ocho oficinas seccionales de vacunación,

---

<sup>2</sup> En el año 1906 se inauguró las instalaciones del nuevo Hospital “Intendente Dr. Antonio Crespo”, emplazado en un terreno análogo al anterior de Crónicos. A partir de esta situación se trabajó sobre un proyecto dirigido a construir un hospicio-asilo para los enfermos crónicos, mendigos de ambos sexos. En 1909 se dio traslado a todos los enfermos del Hospital Crespo hacia el nuevo establecimiento “Hospicio Intendente Torcuato de Alvear”.

comprendidas por dos o tres Secciones del Registro Civil, emplazadas en la zona céntrica de cada área asignada. Este servicio público se complementó a través de las comisiones de vacunación a domicilio, a fin de hacer más extensible la inoculación a un número mayor de habitantes. Estas comisiones visitaban las distintas parcelas en cada manzana detectando los focos contagiosos y las anomalías en caso de ausencia en el domicilio, resistencia a ser vacunados o no disponibilidad del comprobante correspondiente de la aplicación. En este acto de ejercer o no la inoculación, funcionaron estas comisiones que se diferenciaron de sucias cuando practicaban la vacunación en sitios infectados y de limpias cuando lo hacían en aquellos casos con probabilidad de contagio. Bajo la Ley N° 4202, la obligatoriedad de la vacunación y revacunación quedó sancionada para los niños de 0 a 1 año de edad; personas adultas que prestaban servicio activo en el Ejército y la Armada, estudiantes de colegios militares, inmigrantes, huérfanos, inválidos, mendigos, enfermos ingresados en los hospitales; como así también, toda aquella persona dedicada a la venta, manipulación y reparto de sustancias alimenticias.

Esta preocupación por las tasas de mortalidad en el ámbito urbano, no tuvo su correspondencia inmediata en resolver la habilitación de nuevos establecimientos al servicio de la comunidad. Si bien la Asistencia Pública de la Capital desde su formación pudo desarrollar algunos servicios básicos para el bienestar de la población, resultó, contrariamente muy limitada su actuación para instalar cambios sustanciales en el funcionamiento hospitalario para adecuarlo a las necesidades sociales y al crecimiento demográfico de la Ciudad, tanto sea en materia de mantenimiento, reformulación, ampliación y construcción de nuevos establecimientos siguiendo los lineamientos higiénicos que se requerían para la conformación del espacio hospitalario. Separado de la dirección el Doctor Ramos Mejía el 2 de marzo de 1887 y nombrado el nuevo Director Doctor José María Astigueta, se constituyó una Comisión Inspectorá para diagnosticar el estado de los hospitales y demás establecimientos de la Asistencia Pública. El informe arrojó, de manera no casual y novedosa, la urgencia por atender los inconvenientes que se venían manifestando en el servicio sanitario desde la institucionalización de la Asistencia Pública, y la necesidad de que la Municipalidad no deje librada la situación presupuestaria a los donativos y a las sociedades de beneficencia para su normal funcionamiento. De las observaciones tajantes que se elevaron con respecto al estado de los establecimientos que prestaban servicio hasta ese momento, los informantes concluyeron que los Hospitales San Roque, de Crónicos o Casa de las Hermanas y la Casa de Aislamiento no podían continuar su labor en esos lugares por no responder a los principios higiénicos que se requerían para el emplazamiento de estos nosocomios.

A partir de este informe hubo varias idas y vueltas no solo en la dirección de la Asistencia Pública sino en el ámbito político de la Ciudad. Lo cierto es que hubo nuevos servicios que se implementaron que resultaron de relevancia: con la restitución del Doctor Ramos Mejía como Director de la Asistencia Pública, se creó un nuevo servicio de Salas de Urgencia para la atención inmediata de enfermos graves y accidentados antes de su destino definitivo, Registro de Pobres, Escuela de Enfermeros, Laboratorio Bacteriológico, Instituto Anti-Rábico y se mantuvo la disponibilidad de concursos para la cobertura de puestos técnicos. En la dirección del Doctor José María Astigueta se inauguró el 22 de abril de 1889 el Hospital llamado de Inválidos, Mixto Inválidos y finalmente conocido como Rawson, la Inspección Médica de la Prostitución llamado posteriormente Dispensario de Salubridad, incorporándose estos organismos y servicios a la jurisdicción municipal. En materia de construcción hospitalaria, bajo la Dirección del Doctor Juan

Bautista Señorans, tuvieron inicio de obra en el año 1894, el nuevo Hospital de Asilamiento (Casa de Aislamiento) luego Hospital Muñiz y el hospital Belgrano luego Hospital Doctor Pirovano. Años más tarde siendo Director de la Asistencia Pública el Doctor Telémaco Susini se comenzó con la construcción de la primera sección del edificio de la Casa Central de la Asistencia Pública, emplazado en el lugar que ocupara el antiguo Hospital de Mujeres, la construcción del Hospital de Flores luego Doctor Alvarez, el pabellón de cirugía y obstetricia del Hospital San Roque, los pabellones del Hospital del Norte, el proyecto de construcción de un hospital para tuberculosos luego Sanatorio Tornú, Hospital seccional de la Boca luego Argerich, los cuales resultaron ser la base edilicia primordial de la ampliación del servicio hospitalario de las próximas décadas.

Transcurridos más de veinte años, la ciudad de Buenos Aires presentaba otra realidad de su infraestructura médica edilicia. Haciendo referencia al cuadro presentado por (Penna y Madero, 1910: 250-251), la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires contaba con los servicios médicos de la Capital distribuidos por la jurisdicción de los establecimientos y el servicio internos de salas y consultorios externos que disponían. Entre los establecimientos se encontraban los de la Asistencia Pública, los Nacionales, los pertenecientes a la Sociedad de Beneficencia, al Patronato de la Infancia, aquellos hospitales de origen Extranjero y los Particulares, que sumaban un total de 59 establecimientos de asistencia médica (entre hospitales, sanatorios, casas -de socorro, expósitos, huérfanas-, maternidad, enfermerías y consultorios, escuela de arte y oficios, internados, e institutos). En relación a la conformación de la Asistencia Pública en el sistema hospitalario, a parte de fiscalizar la asistencia médica de los demás establecimientos, prestaba un servicio público en clínica médica y quirúrgica de hombres y mujeres; ginecología, enfermedades de tipo nerviosas, genito urinarias, dermatología y venéreas, otorrinolaringología, oftalmología, enfermedades de niños, infecto-contagiosas, de tuberculosos y las crónicas. Su estructura edilicia estaba formada por: una Oficina o Casa Central de la Asistencia Pública (donde funcionaban la Dirección, la Administración Sanitaria, el Servicio Médico Central y de Primeros Auxilios), ocho Hospitales donde se desempeñaban los Consultorios o Dispensarios externos (San Roque, Alvarez, Fernández, Rawson, Muñiz, Crespo, Pirovano y Argerich), y dos en construcción (Durand y Piñero); un sanatorio (Tornú); ocho Casas de Socorro como pequeños centros de asistencia médica pero con iguales funciones que un hospital, dos asilos (uno en construcción), un Laboratorio Central de Bacteriología y una Escuela de Enfermeros. Bajo esta nueva estructura hospitalaria de 1910, y recurriendo a los datos deducidos del Censo General de Población de 1904, las cinco Secciones de mayor extensión de la Ciudad: 1, 15, 16, 17 y 5 reunían en conjunto el 70,59% de la superficie total de la Ciudad, a la vez que concentraban el 11,27% de la población y el 21,25% de las manzanas infectadas (608), es de destacar que en esa amplia zona el servicio hospitalario de la Asistencia Pública contaría con cuatro establecimientos: Alvarez, Pirovano, Piñero y el sanatorio Tornú.

Con el higienismo se incorporó la idea de “verde” como instrumento sanador de un modelo de ciudad sana, bajo una noción organicista de la trama urbana, en la cual se consideraba a la ciudad como un “organismo vivo” que respiraba a través de la vegetación, promoviendo la calidad de vida y bienestar de sus habitantes. Esta concepción primó en la planificación de los espacios públicos como el arbolado de aceras en calles y avenidas, jardines, plazas y parques, y en la incorporación de tareas especializadas en jardinería y producción en el “criadero de plantas” para la provisión de diversas especies vegetales en sitios existentes y proyectados de la Ciudad. Estas intervenciones paisajísticas se vieron

potenciadas en las gestiones consecutivas de la Dirección de Parques y Paseos de la Municipalidad de la Capital del Arquitecto Charles Thays (1891-1914), y del Ingeniero Agrónomo Benito Carrasco (1914-1918); los cuales trazaron los ejes rectores para la gestión de los trabajos realizados en el espacio público, a través de un adecuado tratamiento de las áreas verdes, que no sólo se contemplaron desde su importancia estética, como diría Carrasco (1924), sino también por higiene, solaz y expansión de la población. Este concepto de paisaje urbano se basaba en la jerarquía y relevancia de las áreas verdes las cuales resultaban primordiales para mostrar el progreso y la “civilización” de una Ciudad. Paisajísticamente Buenos Aires mostraba otra morfología que según Armus (2007) se tradujo en tres instancias muy marcadas en el proceso urbano de finales del siglo XIX y principios del XX en las cuales esta Ciudad verde describió su funcionalidad como pulmón, ámbito de civilización y recreación.

En este marco urbanístico se desarrollaron programas para la implementación del servicio y la calidad del agua potable, el tratamiento e incineración de los residuos, el saneamiento cloacal, las inspecciones sanitarias de los mataderos, cementerios, sumándose a las habilitaciones de hospitales y construcción de establecimientos sanitarios como se mencionaron anteriormente. En ese modelo de ciudad higiénica y de nuevos criterios paisajísticos ligados a la gestación y valorización de los espacios verdes públicos, basado en el pensamiento epidemiológico, se instauró un discurso político y un saber científico, institucionalizando al hospital como medida indispensable de protección higiénica y disciplinar. Se configuró un paisaje hospitalario que respondió a una norma de organización sanitaria, en la cual cada hospital estaría compuesto por un sistema de pabellones aislados y a la vez vinculados entre sí, por áreas verdes perimetrales como piezas, articuladas y constituyentes, de un concepto de conjunto hospitalario, rodeados externamente por un muro divisorio como límite entre lo sano y lo insano de la Ciudad.

### **Paisaje hospitalario**

Este paisaje de la Buenos Aires higiénica con sus dinámicas urbanas y su nueva organización espacial fue modelando lo hospitalario; complejizando y diversificando la vida en sociedad y de las formas paisajísticas de ver Ciudad. Este paisaje “como el dominio de lo visible, lo que la vista abarca. No sólo está formado por volúmenes, sino también por colores, movimientos, olores, sonidos, etc.” (Santos, 1996: 59), también en el decir del autor, se fue organizando por niveles circulatorios, constructivos y de distribución en un proceso que traspasó una lectura de escrituras superpuestas con edades diferentes, como una herencia de muchos momentos pasados en el cual se yuxtaponen formas heterogéneas de diversas maneras de producir y construir el espacio urbano. En una Ciudad en la cual la higiene prevalecía como práctica pública para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles, se estableció un borde entre lo sano y lo enfermo. Este borde materializaría la decisión de aislar todo aquello que comprometiera la sanidad pública, lo cual conllevó a la división de la Ciudad en un “adentro” y un “afuera”: por un lado, el área urbana (central) de características fundacionales, residenciales, comerciales y de paseo y, por el otro, los suburbios (la periferia) donde se instalaron las industrias, mataderos, basurales, cementerios, cárceles y hospitales; actividades y servicios que fueron expulsados por “sucios” y “peligrosos” hacia los márgenes, modelando un particular paisaje urbano como expresión del ordenamiento geográfico. A partir del acto de aislar, se apartaba lo

contaminado de lo higiénico, sustrayendo lo infecto de lo puro y separando de la cotidianeidad los cuerpos y elementos dudosos que se encontraban en el medio.

En esta organización espacial quedó delineada la idea de paisaje hospitalario, con sus pares dialécticos entre lo sano/enfermo, centro/periferia, limpio/sucio, interno/externo higiénico/infecto como contradicciones geográficas; y en esa misma imagen quedaban aislados los “anormales” al decir de Michel Foucault ([1974-75] 2000): locos, presos y enfermos infecto-contagiosos; como también aquellas mujeres que ejercían la prostitución y requerían un estricto control, que mediante la “(...) secuestro de las enfermas en el Hospital “J. A. Fernández””. (Penna y Madero, 1910: 45) se llevaban a cabo los tratamientos de las enfermedades venéreas contraídas. Este aislar implicaba contar con sitios especiales que sirviesen como instrumentos de contención y terapéuticos para el cumplimiento de las políticas higiénicas. Estos lugares o establecimientos públicos, como lo eran los hospitales, debían emplazarse lo más lejos posible del centro urbano de la Ciudad, y garantizar la especialización en el cuidado de los enfermos, y el resguardo estricto por aquellas enfermedades infecciosas que pudiesen presentar signos de propagación y consecuentemente peligros de contagio a la población. En este marco, la institución hospitalaria debía asegurar un correcto funcionamiento acorde a las circunstancias que se habían planteado. Ese alejamiento no sólo tuvo una correspondencia entre el centro y la periferia, sino que se vio instrumentado en la propia funcionalidad interna del hospital. Funcionalidad contenida espacialmente a partir de polígonos cercados que articularon lo construido y lo verde en su interior, plasmando la diferencia con la trama reticular de Buenos Aires y los espacios verdes abiertos que urbanizaban el suelo. A su vez, en el mismo interior del hospital se encontrarían alejados entre sí los convalecientes de los enfermos comunes, los infectados de su entorno familiar y del resto de los hospitalizados, los vacunados de los no inmunes, como así también, el personal que prestaba un servicio público, responsable de custodiar la efectividad de las prácticas higiénicas mediante el encierro.

La erradicación de lo antihigiénico, hizo ajustar las prácticas higienistas en torno al “aislamiento” como medida profiláctica directriz, en la prevención y terapéutica de las enfermedades en el ámbito urbano; saneando y desinfectando todo aquello que resultara infecto, a través del alejamiento y destrucción de cualquier objeto y sitio que pudiese poner en evidencia las falencias sanitarias de un sistema en permanente vigilia y control social. Un sistema que gobernaba mediante el control, ejerciendo el poder de la “disciplina” en los términos de Michel Foucault ([1976] 2000) que funcionaba con el hecho de ordenar y encauzar conductas, garantizando multiplicar ese accionar de los individuos de la manera más efectiva y extensivamente posible. Ese ejercicio disciplinario suponía un dispositivo de coacción que “normalizara” el mismísimo sistema hospitalario, capaz de hacer funcionar la reglamentación sobre la higiene pública que había sido sancionada y que requería obligatoriamente generalizar los actos que implicaban la denuncia-inspección-sanción-examen de las fuentes originarias que daban origen a la afección y comprometían el sistema profiláctico sanitario que se había instalado. Este diseño espacial de panoptismo disciplinario promovido desde el sistema hospitalario conjugó “(...) una estricta división espacial (...) espacio recortado, inmóvil, petrificado. Cada cual está pegado a su puesto, Y si se mueve, le va en ello la vida, contagio o castigo.” (Foucault, [1975] 2000: 199), que planeaba el de una conducta de registro permanente; diferenciando y marcando el desorden mediante la penetración de la ley. Para el autor, las enfermedades epidémicas formaban parte de ese desorden, leyéndose la obsesión por el contagio detrás de los dispositivos

disciplinarios como lo era el hospital. “Pero cuando la enfermedad es de marcha prolongada como sucede con las infecciones crónicas, entonces el aislamiento pierde toda su importancia, en vista de la imposibilidad de poderlo cumplir regularmente. Nadie, por más convencido que esté de lo peligroso de la enfermedad que lo afecta, se conforma con agregar á su mal incurable, la suerte del prisionero”. (Penna y Madero, 1910: 110).

Si bien la custodia de la Ciudad era considerada prioritaria en la agenda pública, para lo cual se sancionaron y modificaron ordenanzas para hacer más efectiva la gestión, no lograría abarcar toda la extensión a pesar de los instrumentos y medidas implementados para el control. “(...) La Administración Sanitaria jamás podrá conocer la situación sanitaria de los habitantes de esta ciudad, (...) ignora la proporcionalidad relativa entre esta mortalidad y la morbilidad que le ha dado origen, á la cual sólo le es permitido remontarse por aproximación, (...) la proporción alcanzada en los hospitales. (...)” (Penna y Madero, 1910: 104). Asimismo, la generalización del aislamiento como recurso defensivo ante las enfermedades transmisibles, tuvo sus diferencias de aplicación en cuanto a las dolencias que debía atender. Es decir, como mencionaron los médicos José Penna y Horacio Madero (1910), el aislar se hizo aplicable en los casos de escarlatina y difteria, por la facilidad en obtener un diagnóstico precoz del paciente; pero no lo era eficaz, el alejar aquellos casos como el sarampión y la coqueluche, dado que al ser enfermedades que no presentaban síntomas iniciales adversos, a lo que se agregaba el no saber de su manifestación como padecimiento, los enfermos circulaban propagando los gérmenes del contagio y la instancia de aislar no llegaba a tiempo. En igual medida resultaba el hecho de reducir el tratamiento por peste bubónica y pústula maligna con el solo hecho de alejar a los enfermos, sino se tenían en cuenta las causas que la Ciudad propiciaba por la carencia de tratamientos que controlaran los focos contaminantes por roedores y animales infectados, que hacían del aislamiento un recurso anómalo para la cura y prevención sanitaria. Y en la organización de los espacios urbanos primó el emplazamiento de estos hospitales contenidos, en los cuales la forma preventiva era construir un ámbito higiénico, y tal como señala Michel Foucault: “el orden arquitectónico, (...) impone en el suelo sus reglas y su geometría a los hombres disciplinados”. ([1975] 2000, 193). En este sentido, plasmado en la generalidad, el hospital fue concebido bajo criterios higienistas en los cuales se evidenció la acción benefactora de la luz natural, los ambientes ventilados y la altura de los edificios, que se vieron favorecidos por la distribución aislada de los pabellones y del uso adecuado de la vegetación como manto circundante de saneamiento exterior. “Los jardines llenos de árboles que aíslan y separan los distintos pabellones, contribuyen á dar al hospital, un aspecto alegre que contrasta con la idea que en general se tiene de estos establecimientos, y al mismo tiempo proporcionan á los convalecientes sitios agradables donde pueden reposar durante el día, respirando un aire más puro y vivificante que el de las salas” (Penna y Madero, 1910: 274). En este contexto se fueron articulando esos espacios verdes a modo de jardines en los hospitales, sujetos a la idea de materializar la separación entre los pabellones, pero a la vez comunicando a todo un conjunto sanitario. En esta noción de espacio verde hospitalario se hizo hincapié en las especies arbóreas dispuestas como masas envolventes y coberturas de césped, como elementos compositivos fundamentales para el tratamiento exterior. Estos espacios ajardinados se incorporaron como módulos repetitivos, incluidos en un dispositivo mayor como lo era la institución hospitalaria, modelando un diseño espacial que determinó, no solo el beneficio que estos espacios verdes reunían para el ambiente urbano, cada más acelerado e industrial, sino que además, normalizó el modelo de hospital con jardines como recursos de aislamiento, decoración y terapéutico hospitalarios, que en su devenir histórico hasta el presente, reflejó nuevas representaciones

en el marco de las propuestas sanitarias que se instalaron en la complejidad de la sociedad actual.

### **Consideraciones finales**

Los procesos de reorganización de la ciudad de Buenos Aires transparentaron cuestiones urbanas referidas específicamente a la higiene y a la salud preventiva de la población que comprometieron el abordaje de políticas públicas ajustables a las situaciones que se suscitaban. En este marco el servicio sanitario de la Ciudad mostró su debilidad para hacer frente a las realidades más urgentes que requerían la implementación y adecuación de nuevos servicios médicos. Ante las cifras alarmantes de infección en las secciones de la Ciudad, el discurso médico delineó principales acciones de intervención que alcanzaron hasta las definiciones prioritarias que debían llevarse a cabo en los ámbitos hospitalarios. Esta articulación entre lo médico, la práctica pública de la higiene y la intervención paisajística en los hospitales de Buenos Aires, quedó sujeta con la institucionalización de Buenos Aires como Capital de la Nación con su propia Ley Orgánica Municipal; a partir de la cual se armó un plan urbanístico, que articuló la construcción de un modelo de hospital. Este dispositivo sanitario irrumpe para hacer cumplir las normas y ordenar una gestión estatal centralizada en aminorar y erradicar la proliferación de las enfermedades endémicas y epidémicas, que ponían en peligro la salud de la comunidad. En este diseño de hospital se instrumentó la acción del “aislar”, como medida de contención y diferenciación de lo que resultara enfermo y debía ser tratado. Mediante un espacio cercado disponiendo aisladamente pabellones y áreas verdes a modo de jardines, pero sirviendo a la vez, como elementos comunicantes y envolventes del conjunto; la institución hospitalaria marcó una diferenciación entre los espacios verdes públicos de parques, plazas y jardines del municipio, de su paisaje hospitalario.

Ahora bien, con una mirada en el siglo XXI, estos espacios modelados tiempo atrás, aún persisten, y no solamente desde su morfología, sino como instituciones hospitalarias públicas que continúan brindando asistencia médica ininterrumpidamente desde hace más de 100 años. Algunas transformadas y otras casi intactas, dan cuenta de una idea que pone en juego las diferencias en el sistema actual de salud. Lo cierto es, que hoy en día, algunas realidades siguen por lo visto presentes: no escapamos a las situaciones de pobreza, las malas condiciones de salubridad urbana y la presencia de enfermedades transmisibles. El binomio salud e higiene sigue en curso, restaría pensar la idea de Ciudad, redefiniendo lo higiénico y lo verde en la construcción o readecuación del sistema hospitalario a la vista de las claves de este siglo.

### **Bibliografía**

Armus, Diego (2007) *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Carrasco, Benito (1924) *Parques y Jardines*. Buenos Aires: Editorial Peuser.

Capel, Horacio (1975) La definición de lo urbano. En: *Revista Scripta Vetera* Edición electrónica de trabajos publicados sobre Geografía y Ciencias Sociales. *Estudios Geográficos*, N° 138-139 febrero-mayo. (acceso Diciembre 2008) (<http://www.ub.es/geocrit/defin.htm>)

Enciclopedia Vniversal Ilustrada. Europeo – Americana (1925) Tomo XXVIII (Primera Parte). Madrid-Barcelona: Espasa Calpe S.A.

Foucault, Michel ([1974-75] 2000) *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel ([1976] 2000) *Vigilar y castigar*. Nacimiento de la prisión. 3° edición Nueva Criminología. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel ([1980] 1996) *La vida de los hombres infames*. Barcelona: Ariel.

Honorable Concejo Deliberante (1963) *Evolución Institucional del Municipio de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones del H. Concejo Deliberante.

Municipalidad de Buenos Aires (1882) *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Concejo* correspondiente al ejercicio de 1881 Febrero de 1882. Tomo I y II. Buenos Aires: Imprenta y Litografía de M. Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1904) Censo General de población, edificación, comercio e industrias de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

Penna, José; Madero, Horacio (1910) *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*: estudio de los servicios de higiene y beneficencia pública, desde la época colonial hasta el presente. Tomo I y II. Municipalidad de la Capital: Imprenta Litográfica y Encuadernación de G. Kraft.

Owen [1816], Fourier [1829], Garnier [1917], Le Corbusier [1922] (1991) *Ciudad y utopía*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Santos, Milton (1996) *Metamorfosis del espacio habitado*. Barcelona: Oikos-Tau.