

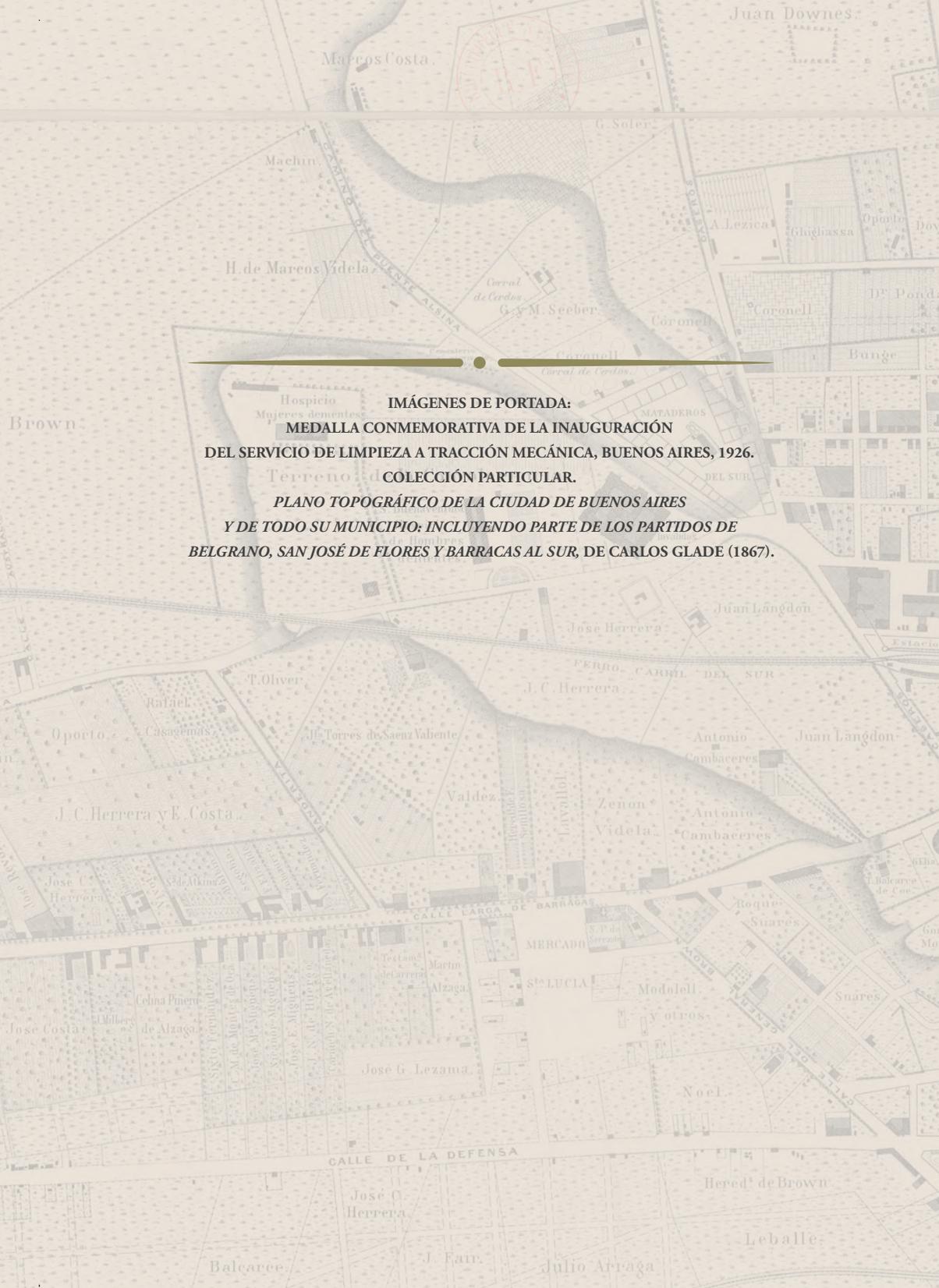
HIGIENE DE LA CIUDAD SALUD DEL PUEBLO

Una historia urbana de la sanidad
en Buenos Aires, 1855-1930



Horacio Caride Bartrons y David Dal Castello (editores)

Horacio Caride Bartrons, David Dal Castello, Matías Ruiz Díaz,
Ezequiel Fernández Morón, Laura J. Vazquez



IMÁGENES DE PORTADA:
MEDALLA CONMEMORATIVA DE LA INAUGURACIÓN
DEL SERVICIO DE LIMPIEZA A TRACCIÓN MECÁNICA, BUENOS AIRES, 1926.
COLECCIÓN PARTICULAR.
PLANO TOPOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Y DE TODO SU MUNICIPIO. INCLUYENDO PARTE DE LOS PARTIDOS DE
BELGRANO, SAN JOSÉ DE FLORES Y BARRACAS AL SUR, DE CARLOS GLADE (1867).

HIGIENE DE LA CIUDAD SALUD DEL PUEBLO



**Una historia urbana de la sanidad
en Buenos Aires, 1855-1930**

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Rector Dr. Ricardo Gelpi

Vicerrector C.P. Emiliano Yacobitti

FACULTAD DE ARQUITECTURA, DISEÑO Y URBANISMO

Decano DG. Carlos Venancio

Vicedecano Arq. Walter Gómez Diz

Secretaria de Investigación Dra. Arq. Rita Laura Molinos

Subsecretario de Investigación Dr. Arq. David Dal Castello

INSTITUTO DE ARTE AMERICANO E INVESTIGACIONES ESTÉTICAS

“MARIO J. BUSCHIAZZO” (IAA)

Director Dr. Arq. Mario Sabugo

Directora Alterna Dra. Arq. Alicia Novick

EDICIONES DIGITALES DEL IAA (EDIAA)

DIRECTOR DE EDIAA

Dr. Arq. Mario Sabugo

COMITÉ EDITORIAL EDIAA

Dr. Arq. David Dal Castello

Mg. Arq. Julieta Perrotti Poggio

Arq. Laura J. Vazquez

Mg. María Guillermina Zanzottera

Dr. Arq. Matías Ruiz Díaz

Arq. Eduardo Manuel Rodríguez Leirado

Coordinador de medios digitales

Arq. Eduardo Manuel Rodríguez Leirado

Asistente editorial

Arq. Yésica Soledad Lamanna

Diseño Gráfico

D.G Laura Corti

Corrección de textos

Lic. Aixa Rava

Institución editora

Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso” (IAA)

E-mail: iaa@fadu.uba.ar

Dirección postal

Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”.

Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (Universidad de Buenos Aires).

Intendente Güiraldes 2160. Ciudad Universitaria, Pabellón III, Piso 4°

C1428EGA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (+54 11) 5285 9299

Dirección web: www.iaa.fadu.uba.ar

Ediciones Digitales del IAA: <http://www.iaa.fadu.uba.ar/omp/index.php/iaa/index>

Higiene de la ciudad, salud del pueblo: una historia urbana de la sanidad en Buenos Aires, 1855-1930 / Horacio Eduardo Caride Bartrons... [et al.]; dirigido por Horacio Eduardo Caride Bartrons; editado por Horacio Eduardo Caride Bartrons; David Dal Castello. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. FADU. Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas "Mario J. Buschiazzo", 2022.

326 p.; 22 x 16 cm. - (Ediciones digitales del IAA, FADU-UBA / Mario Sebastián Sabugo)

ISBN 978-950-29-1948-5

1. Historia. 2. Historia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 3. Urbanismo. I. Caride Bartrons, Horacio Eduardo, dir. II. Dal Castello, David, ed.

CDD 711.40982

ISBN 978-950-29-1948-5

Archivo Digital: descarga y online. ISBN 978-950-29-1949-2

Ediciones Digitales del IAA utiliza la plataforma Open Monograph Press (OMP), de acceso abierto, libre y gratuito, bajo un licenciado Creative Commons Attribution License (CC BY-NC-ND 4.0).

Las opiniones vertidas en las publicaciones de Ediciones Digitales del IAA son responsabilidad de los autores, que también son responsables de contar con los derechos y/o autorizaciones correspondientes respecto de todo el material entregado para su publicación y difusión, ya sea texto, fotografías, dibujos, gráficos, croquis y/o diseños.

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina / Printed in Argentina

El material publicado en Ediciones Digitales del IAA podrá ser reproducido total o parcialmente a condición de citar la fuente original.

© 2022 Caride Bartrons, Dal Castello

Primera edición 100 ejemplares. Octubre de 2022

Este libro fue impreso en Imprenta Dorrego SRL,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

HIGIENE DE LA CIUDAD SALUD DEL PUEBLO

**Una historia urbana de la sanidad
en Buenos Aires, 1855-1930**

Horacio Caride Bartrons y David Dal Castello (editores)

Horacio Caride Bartrons, David Dal Castello, Matías Ruiz Díaz,
Ezequiel Fernández Morón, Laura J. Vazquez

Índice

- 11 **Presentación**
- 13 **Estudio preliminar**
Laura J. Vazquez y Horacio Caride Bartrons
- 29 **Terrenos al sur**
El caso de La Convalecencia, 1802-1890
Matías Ruiz Díaz, David Dal Castello y Laura J. Vazquez
- 63 **Fuera y lejos de las ciudades**
Análisis territorial de las instituciones sanitarias en la segunda mitad del siglo XIX
Ezequiel Fernández Morón
- 89 **Arquetipos de hospital**
El esquema pabellonario para la arquitectura hospitalaria, 1887-1901
Horacio Caride Bartrons y Ezequiel Fernández Morón
- 117 **Los puntos distantes**
La provisión de agua a los establecimientos públicos, 1859-1894
Laura J. Vazquez

Fumigar hasta el corazón <i>Transformaciones de la profilaxis a fines del siglo XIX</i> Matías Ruiz Díaz	163
La costumbre del fuego purificante <i>Cremación cadavérica, arquitectura y ciudad, 1884-1937</i> David Dal Castello y Matías Ruiz Díaz	211
Cruces en la ciudad <i>(Re)localizaciones y territorialización de los cementerios, 1821-1883</i> David Dal Castello	251
Buena ciudad, buena arquitectura y buena sociedad <i>El Instituto del Cáncer, 1914-1927</i> Horacio Caride Bartrons	293
Autores	323

Presentación

Esta publicación presenta algunos resultados de varios años de investigación. Es el final de un recorrido y, en consecuencia, el comienzo de nuevos senderos que se abren a partir de muchos interrogantes que, como se sabe, toda investigación deja sin responder.

Los textos que aquí se han compilado fueron escritos y organizados según un relato posible, elegido especialmente para este libro. Sin embargo, todos ellos han sido precedidos por una serie de indagaciones que hemos formalizado en diversos proyectos del Programa de la Universidad de Buenos Aires en Ciencia y Técnica (UBACyT), que comenzaron en algunos casos hace más de una década. Pero el origen de estas historias también debe reconocerse en los procesos de formación que encaramos como componente fundamental para intentar generar nuevos conocimientos en los campos de las historias territoriales, urbanas y arquitectónicas. Son justamente estas tres escalas las que se entrelazan en los textos, en el intento de acceder con alguna consistencia metodológica a un fenómeno tan complejo e inasible como es la historia de la sanidad de Buenos Aires.

En este sentido, una serie de trabajos para carreras de especialización, cuatro tesis de maestría (defendidas y en curso) y otras cuatro tesis de doctorado (defendidas, presentadas y en curso) han conformado la base para sostener este campo problemático. Un gran número de fuentes primarias se han entretreído en la trama de relaciones de diversos actores, instituciones, proyectos de país y distintos niveles simbólicos, manifestados en las formas

de la ciudad y de su arquitectura. Todo ello, bajo la hipótesis que sostiene que la Historia Urbana, con sus lógicas y proceder, tiene elementos para aportar al gran relato de la Historia Social de Buenos Aires.

Debemos comenzar aquí con una serie de agradecimientos. En primer lugar, a nuestra bicentennial Universidad de Buenos Aires que, a través de su Secretaría de Ciencia y Técnica ha apoyado nuestro trabajo desde la Dirección de Subsidios en todos estos años. A ello tenemos que sumar nuestro agradecimiento por las becas obtenidas, hayan sido de estímulo para estudiantes o de maestría para los jóvenes graduados. Sin ese apoyo, esta publicación hubiera sido muy poco probable. También a la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, cuya guía ha sido siempre indispensable en nuestras frecuentes confusiones administrativas.

Todo este trabajo no hubiera llegado a su fin sin el consejo y la constante ayuda de nuestros colegas docentes e investigadores y del intercambio con nuestros estudiantes en las cátedras de Historia de la Arquitectura e Historia del Diseño Industrial donde trabajamos, en algún caso, desde hace largas tres décadas. La docencia nos ha mantenido siempre en la obligación de estar al corriente de la agenda del campo; en el ejercicio de reflexionar sobre la metodología de investigación y sobre la necesidad de aportar argumentos diferentes y nuevas perspectivas. En este sentido, también debemos un agradecimiento público a los evaluadores anónimos que actuaron como réferis de los textos, con sus comentarios y sus críticas aunque, como es dable suponer, la responsabilidad por lo escrito y publicado es enteramente nuestra.

Una mención aparte merece el reconocimiento a los equipos de trabajo del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”, que ha sido y sigue siendo la sede de nuestras investigaciones y el ámbito de mayor estímulo para nuestros estudios. Dentro de él tuvimos el privilegio de publicar nuestras primeras tesis de maestría y doctorado bajo la forma de libros.

Finalmente, el agradecimiento reiterado a nuestras familias, que siempre nos acompañan en este camino de la investigación.

Los autores

Estudio preliminar

Este libro pretende narrar una historia de algunas arquitecturas y territorios urbanos destinados a la sanidad en la Ciudad de Buenos Aires, durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras tres décadas del siglo XX. Nuestros objetos de estudio han sido aquellos edificios y lugares que, según su concepción tradicional, habían sido pensados para la preservación de la salud de sus habitantes. Pero en realidad, también se fueron consolidando como piezas arquitectónicas para cumplir funciones médicas y sociales, que buscaban curar tanto las enfermedades físicas como las “desviaciones morales” de la población. En este sentido, nuestra intención ha sido indagar edificios, lugares y prácticas como emergentes particulares de la cultura porteña en esa doble condición, con la idea dual de sanación física y espiritual puesta en perspectiva histórica.

La *Higiene de la ciudad, la salud del pueblo*, es una expresión que parafraseamos de una medalla conmemorativa de 1926, que homenajea la inauguración de infraestructuras sanitarias de Buenos Aires. El evento, realizado durante la intendencia de Carlos M. Noel, se celebró cerca del final del período de estudio 1855-1930. Para nuestro trabajo, estos años marcan un ciclo de límites no demasiado nítidos, pero con acontecimientos decisivos de la historia argentina, como fueron el cambio que significó el

derrumbe del gobierno de Juan Manuel de Rosas y el golpe militar contra Hipólito Irigoyen. Pese a lo dilatado de este ciclo, es observable cierta inercia en muchos aspectos de la problemática en estudio y, consecuentemente, una relativa homogeneidad que mantuvo la sanidad de la ciudad. Esto se hizo evidente tanto en las formas de sus instituciones y las aplicaciones de los saberes, como en sus correlatos tipológicos y espaciales. El ingreso a una etapa “moderna” para el Estado Nacional constituyó el telón de fondo desde donde se recortaron los referentes europeos que proveyeron esta dimensión modélica. El cierre de este período fue determinado por el cuestionamiento a los paradigmas sanitarios decimonónicos, que constituyó el comienzo de una nueva fase, tanto para las teorías médicas como para sus hechos espaciales.

Dentro de esta argumentación, sostenemos como una suerte de enfoque general del libro, que los estudios sobre las problemáticas espaciales, tanto territoriales y urbanas como arquitectónicas, pueden generar mayores precisiones y, en algunos aspectos, contestar francamente ciertos tópicos tradicionales de la Historia Social de la ciudad. Los lugares de la muerte; el acceso al agua potable; el verde purificador; las arquitecturas apoyadas en teorías miasmáticas, primero, y luego bacteriológicas; la idea de enfermedad, sus espacios en la ciudad, la noción de enfermo o los ideales de salud urbana son algunos de los ejemplos y los problemas discutidos en estos textos. Fue a través de los cuestionamientos sobre las fuentes que intentamos construir un relato histórico que muestre algo de su complejidad y de sus tensiones.

Así, el problema central que motiva y da sentido a esta investigación es la revisión de importantes y recurrentes objetos arquitectónicos, en general poco estudiados por la Historia de la disciplina. En efecto, estos edificios con frecuencia pasaron desapercibidos en la construcción de la Historia de la Arquitectura de Buenos Aires, relegados a formar parte de su equipamiento urbano. Sin embargo, una revisión de los discursos intelectuales en nuestro recorte temporal quiere poner en evidencia un dispositivo funcional y espacial que buscaba resolver un gran número de problemas que afectaban a la sociedad. Este enfoque apunta al rol diversificado que desempeñaron las instituciones de la salud dentro de la constitución moderna

de Buenos Aires. Bajo estas premisas, el lector encontrará un relato histórico con múltiples referencias y en tres escalas, donde los distintos abordajes, desde la dimensión simbólica, moral, tangible o territorial, hasta las cuestiones de índole técnica y científica, se complementan para intentar comprender este objeto de estudio en su complejidad. El desarrollo de esta historia se sostiene, lógicamente, en la palabra escrita, pero también ocupan un lugar central en la publicación las imágenes, ciertas piezas gráficas y, en especial, las cartografías.

Siguiendo con cuestiones metodológicas, las investigaciones que componen este libro incluyen diferentes miradas dentro de los campos de la Historia de la Arquitectura y de la Historia Urbana, que buscamos problematizar con aportes provenientes de fuentes tradicionales de la Historia Social, la Medicina y la Ingeniería. Con esta intención, se han revisado una gran cantidad de autores y de fuentes. Sería imposible enumerar aquí todos los antecedentes internacionales en esta temática, siquiera en la más breve reseña. No obstante, queremos anotar los trabajos que fueron tomados como referentes para las investigaciones en general y para este trabajo en particular. Siempre centrados en la bibliografía occidental, los primeros estudios a los que nos remontamos proliferaron en la década de 1960 como un conjunto de investigaciones de distintos campos acerca de las relaciones entre el encierro, el confinamiento, el castigo y el tratamiento de los “cuerpos enfermos”.

Desde la teoría histórica y sociológica, hemos referido autores disímiles como Erving Goffman (1961), Henri Lefebvre (1974), Richard Sennett (1994) y Michel Foucault (1999); o David J. Rothman (1971), por ejemplo, para la medicina social. Desde ya que aparecen dentro de nuestros marcos teóricos importantes historias sociales y culturales de la enfermedad del ámbito nacional. Algunas enfocadas en el individuo —enfermo, aislado, o criminal— como las de Jorge Salessi (1995), Diego Armus (2001), Lila Caimari (2004), José Luis Moreno (2012), Melina Yangilevich (2012) y Hernán Otero (2020); otros en el rol de control que operaban las instituciones y agentes estatales, como ser médicos y policías, tal como propone Diego Galeano (2009). Dentro de ellas debemos destacar los trabajos de Armus sobre los discursos higienistas (2000, 2007 y 2010). Luego, dentro

de la Historia Social de la Medicina, se han analizado las relaciones entre la higiene (en el sentido de modelo de ideas vigentes) y la cuestión social, a la manera que lo hizo Ricardo González Leandri (2004 y 2013). Otro grupo de trabajos más recientes ahonda también en las relaciones entre los procesos de modernización y centralización de la administración estatal y la gestión de las medidas sanitarias, como los de Carolina Biernat (2016), y en otros casos con especial interés en los profesionales a cargo como los de Alicia Novick (2008), Karina Ramacciotti y Federico Rayez (2018). Es probable que el texto con el que nuestros trabajos mantienen una mayor deuda en cuanto a la mirada sobre las medidas higienistas en relación a la ciudad y el medio ambiente urbano, sea el que escribió Verónica Paiva (2000). Desde el punto de vista de las tipologías arquitectónicas, ha sido muy útil el trabajo de Jorge Czajkowski y Elías Rosenfeld (1993), uno de los escasos estudios sobre el tema. En cuanto a los estudios cartográficos sobre enfermedades, recurrimos al singular libro de Tom Koch (2017).

Más específicamente, al interior del equipo de investigación que conforma este libro, algunos trabajos se encuentran alineados con problemáticas que Gerardo Martínez Delgado y Germán Rodrigo Mejía Pavony (2021) interpretan como una agenda actual del campo de la Historia Urbana, cuyas tendencias se caracterizan por la mayor presencia de voces femeninas, el abandono del Período Colonial para centrarse en el siglo XIX, la emergencia de nuevos temas y la búsqueda en grupos de investigación. Por último, todos los estudios tienen como antecedente directo las tesis publicadas de algunos de los autores de esta publicación, como Horacio Caride Bartrons (2017), David Dal Castello (2017) y Matías Ruiz Díaz (2018).

Por fuera de todo el aparato teórico utilizado y de los métodos históricos aplicados, se necesita reconstruir cierta línea temporal de los procesos históricos a los que pretendemos aproximarnos. Se impone, así, recuperar algo de la narración general escrita para la historia urbana de Buenos Aires. Para comprender los orígenes y antecedentes del período de estudio, la historia de estos edificios debe remontarse prácticamente hasta la época virreinal, donde podemos ubicar los primeros registros de sitios de atención a la salud de la población. Se trataba de casas privadas y algunas fuentes

dan cuenta de la existencia de una enfermería. Durante todo el siglo XVIII debemos reconocer que la asistencia a la población fue limitada, e incluso hasta entrado el siglo XIX se mantuvieron vigentes los modos y procederes de la Colonia. Luego, durante el gobierno de Bernardino Rivadavia, se intentó dar impulso a la construcción de estas instituciones, proceso que tradicionalmente se reconoce detenido con el ascenso al poder de Rosas entre 1831 y 1854.

Más allá de otras consideraciones, es un hecho comprobable que luego de la Batalla de Caseros comenzó un período de proliferación de arquitecturas y otros lugares destinados a la sanidad urbana. El cambio político e institucional también generó una importante reactivación económica. Pero el crecimiento de las ciudades y el consecuente hacinamiento de la población dieron lugar a una serie de epidemias y brotes de enfermedades que afectaron gravemente y diezmaron algunas sociedades urbanas. Hacia fines del siglo XIX es posible reconocer un gran aumento de hospitales en Buenos Aires, a la vez que el incremento de grandes complejos asilares para todo grupo considerado desprotegido o peligroso para el cuerpo social. Para dimensionar estos fenómenos podemos decir que, sólo el centro de la ciudad, sin contar los partidos de Flores y Belgrano, ya contaba con más de veinticinco espacios para la salud y llegaría a cerca de cuarenta hacia 1910. Dichos centros pertenecían en su mayoría a distintos niveles del Estado, pero también contaba con varios centros privados —especialmente de las colectividades inmigrantes—, casas de socorros y hospitales vecinales, entre otras instituciones que tenían que ver con la reclusión, el confinamiento o la muerte. Aunque no se puede decir que la distribución de los hospitales fuera homogénea, sobre un total aproximado de quinientas manzanas una de cada veinte hacia finales de 1800 albergaba un lugar para la salud, llegando a alcanzar una ocupación de una de cada diez a comienzos de 1900. Este ritmo vertiginoso de construcción continuó hasta bien entrado el siglo XX, y durante la década de 1930 encontró cierto estancamiento. De esta manera, el final del período está marcado por un cambio sostenido en las prácticas médicas, especialmente sobre una importante modificación en la concepción de la enfermedad y de los enfermos que, lógicamente, tuvo su correlato espacial.

Pese a la inercia de ciertos mecanismos, este período de análisis también da cuenta de un largo proceso de transición, en varios niveles. En la ciencia médica, de los miasmas a la bacteriología y del médico moral a la medicina experimental; en lo institucional, con la profesionalización y diversificación de las oficinas bajo la órbita estatal; en lo arquitectónico, con la demanda de nuevos programas y tipologías para diversos sitios de salud e higiene. En diferentes aspectos urbanos y territoriales se consolidaron muchos ámbitos de Buenos Aires destinados a la atención médica, que integraban un nuevo y modernizado proyecto de ciudad. Dentro de este arco temporal, los distintos capítulos del libro van trabajando periodizaciones propias de acuerdo a cada problemática abordada. Ello rompe la secuencia lineal cronológica clásica en la narración de la historia, para proponer un relato multirreferencial que reconoce la coexistencia de problemáticas, discursos y opiniones, y permite debatir y aportar diferentes miradas de cada acontecimiento o caso de estudio.

Esto conlleva que, a lo largo de la publicación, se podrán encontrar diferentes posturas sobre nociones históricas y disciplinares, que intentan transparentar la lógica con que se entendían y desarrollaban las arquitecturas para la sanidad en este período. En este sentido, las fuentes también dan cuenta de las acaloradas discusiones que se suscitaban entre profesionales, políticos y otros actores relevantes. Para intentar recuperar estas voces en sus contextos, se generó una narración menos lineal y con ciertas superposiciones. También motiva esta estructura la independencia con que fueron concebidos los trabajos, y la necesidad de abordar la triple escala arquitectónica, urbana y territorial, para ofrecer algo de un panorama cambiante y dinámico, tanto en los aspectos institucionales como edilicios.

En consecuencia, el análisis desde el campo de la arquitectura se torna con frecuencia complejo, ya que tipológicamente fueron múltiples las formas que adoptaron las arquitecturas para la sanidad. Desde “las casas” (como casas de sanidad privadas, casas de socorros, casas de partos, casas de huérfanos, casa de la reclusión, casa de meretrices y de mujeres, de ejercicios, de aislamiento, entre otras), pasando por cárceles, cementerios, crematorios, hoteles, asilos, lazaretos, hospicios, orfelinatos, hasta los hospitales modernos.

En cuanto a lo edilicio propiamente dicho, las construcciones respondieron a una amplia diversidad de opciones. Ante la emergencia por incrementar las plazas para enfermos, que recrudecería con cada brote de enfermedades a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, como primera solución muchas instituciones comenzaron funcionando en inmuebles preexistentes o alquilados que eran, en el mejor de los casos, adaptados y refuncionalizados. Un ejemplo fue la Casa de Socorros de la Sociedad Francesa que comenzó a funcionar en 1848 en un inmueble arrendado en la calle Independencia 172, que luego se mudó hacia 1853 a un edificio comprado en la calle Libertad entre Córdoba y Paraguay, donde luego continuó como hospital hasta 1887, momento en que finalmente se mudó a La Rioja 951 y pasó a denominarse propiamente Hospital Francés. Si bien fue una constante sobre todo en las primeras décadas de nuestro período de estudio, aún hacia 1882 se implementaba la misma modalidad con la inauguración de la Casa de Aislamiento en una antigua quinta en la manzana de Azcuénaga y Paraguay.

En respuesta al mismo apremio, existieron otros casos que se inauguraron en edificaciones supuestamente provisorias, pero que se sostuvieron en funcionamiento mucho más tiempo del planificado inicialmente. Tal fue el caso de la Casa de Dementes inaugurada en 1863 con una determinada capacidad con la promesa de ampliarse, lo cual nunca sucedió sino que se perpetuó en funcionamiento hasta 1883, cuando el edificio tuvo que ser evacuado por su estado ruinoso y el hacinamiento de las asiladas. O el del Cementerio del Sud, proyecto presente en la agenda pública desde 1832, pero definitivamente construido a instancias del brote de cólera de 1867.

Las primeras edificaciones construidas propiamente con programas sanitarios aparecieron en Buenos Aires promediando los tres cuartos del siglo XIX. Éstas se proyectaron tomando como referentes las lógicas proyectuales de construcciones religiosas que habían cumplido funciones asistenciales con anterioridad. En el caso de los edificios, resultó en tipologías más bien compactas que en muchos casos respondían a la llamada forma de claustro. Son ejemplos de dichas edificaciones el Lazareto Municipal (1868) o el

Hospital Español (1872). El mismo criterio tipológico basado en referentes religiosos también se aplicó a los cementerios, como el del Norte (1822) levantado en el antiguo jardín de aclimatación adyacente al convento de los monjes recoletos. Recién hacia el final de la década de 1870 hicieron su aparición los primeros proyectos de tipologías sanitarias, hospitalarias y de pabellones como tales, y se materializaron en la ciudad casi diez años después, con el Hospital de Hombres (1880), la reforma del Hospital San Roque (1883) y el Hospital de Mujeres (1887). Cuando finalmente estos tipos también entraron en crisis a principios del siglo XX, con la caída del paradigma miasmático y los inicios de la modernidad arquitectónica, aparecieron los primeros proyectos de otras denominadas compactas o de bloque. Esta transición duró algunas décadas, siendo de los primeros en construirse de este tipo el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres (1949), ya en los umbrales de la gestión de Ramón Carrillo.

Por otra parte, en cuanto a su configuración institucional, eran sitios que podían permanecer en funcionamiento menos de un año, como el asilo de huérfanos en la calle Alsina y Virrey Ceballos que sólo funcionó durante algunos meses del año 1871, hasta abarcar ciclos centenarios, como el caso de la construcción de Humberto Primo 378 que fue fundada en 1800 como Casa de Meretrices y mujeres abandonadas; en 1860 se transformó en Cárcel de Deudores; en 1890, en cárcel correccional de mujeres, hasta que cerró sus puertas en 1975. Las principales causas por las cuales estos edificios se desafectaron o dejaron de funcionar con frecuencia fue el límite de su capacidad de atención. Otras veces se debió a problemas edilicios o por entrar en obsolescencia, en el menor de los casos. Estas razones contribuyeron a que pocos permanezcan en pie hasta nuestros días, menos aún con su fisonomía original. Solamente subsisten algunas partes de construcciones dentro de otros edificios actuales construidos en el siglo XX, como por ejemplo, el actual Hospital Nacional Moyano que se fundó en 1852 como Hospital Nacional de Alienadas. O el actual Hospital Ramos Mejía, que se fundó en su ubicación actual en 1868 como Lazareto Municipal, en 1883 se transformó en Hospital San Roque, y en 1914 adoptó su nombre actual. O como el edificio de la Casa Cuna, construido

en 1873 dentro del actual Hospital de Niños Pedro de Elizalde. En otros casos, subsisten partes de las construcciones decimonónicas pero en solares que ya no cumplen funciones sanitarias, como la construcción de la calle Reconquista 269, donde se encuentra el edificio original de 1876 de la Casa de Huérfanas; o una parte del Asilo de Mendigos construido en 1815 que se puede ver como parte del actual Centro Cultural Recoleta. Acaso la mayor paradoja de lo efímero se dio con los cementerios, para muchos de los cuales regía el criterio de clausura una vez que se hubiera colmado su capacidad de sepulturas. Varios de ellos se convertirían tiempo después en plazas y parques, tal es el caso de la Plaza Primero de Mayo (antiguo Cementerio de Disidentes), Parque Florentino Ameghino (Cementerio del Sud), Plaza Marcos Sastre (Segundo Cementerio de Belgrano), o Parque Los Andes (Primer Cementerio de Chacarita). En síntesis, estas cuestiones hacen que sea una historia de edificios que ya no pueden reconocerse físicamente en la ciudad, pero cuyos fragmentos o vestigios dejaron alguna huella urbana.

En cuanto a la financiación y operación de estos lugares, también existieron modalidades diversas. Podían ser de gestión completamente privada, pública o mixta. Los privados estuvieron a cargo de médicos; sociedades filantrópicas como la Sociedad de Beneficencia, la Sociedad de Señoritas Hermanas de los Pobres, la Sociedad Italiana de Beneficencia, la Asociación Protectora de los Inválidos; órdenes religiosas como por ejemplo los Jesuitas, Betlemitas, las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, las Hijas de la Misericordia de la Orden de Santa María Josefa Rosello, las Siervas del Espíritu Santo, las Hermanas del Huerto, las Hermanas de la Caridad de la Orden Virgen Niña de Milán, las Hermanas de la Congregación Siervas de Jesús, entre otras; y luego, ya bien entrado el siglo XIX, irrumpieron en la escena también las colectividades europeas. En algunos casos, éstas sostenían por sus propios medios las instituciones, y en otros, recibían además financiación gubernamental.

Si bien veremos que los ejemplos son muy variados, este arco temporal se caracteriza de principio a fin por una concepción particular de la salud: el paradigma médico-moral vigente en la época. Esta noción

intenta condensar ciertos discursos, sostenidos desde una cultura que mira y comprende a la ciudad en términos de salud y enfermedad. Originadas en los saberes médicos, estas concepciones se trasladaron a otras disciplinas —la sociología, la psicología, la antropología, la criminología, la epidemiología— y constituyeron un verdadero paradigma que administraba las dimensiones de la salud integral de una sociedad. La construcción y el desarrollo de este paradigma así constituido fue determinante para la cultura y la sociedad porteña de los años que van desde pasada la fiebre amarilla hasta la era del Centenario, y que se extendió luego hasta la década de 1930.

Respecto a los materiales con que se aborda este estudio, son muchas las fuentes de la época que brindan información y permiten argumentar el peso de estos edificios en la configuración de la ciudad y la agenda pública. Los mapas y cartografías —según anticipamos— son el principal insumo gráfico de esta publicación, que nos han permitido comenzar a identificar la ubicación y denominación o referencia que en la época se tenía de estas construcciones. Luego, las *Memorias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*, así como las que redactaron las distintas instituciones, fueron documentos de particular relevancia que registraron el funcionamiento operativo y las comunicaciones entre gobernantes, comisionados y directivos. Con ellas pudimos introducirnos en las decisiones políticas que las definieron y las que marcaron su devenir temporal. Las legislaciones, como complemento de éstas, nos permitieron ver con mayor precisión los momentos en que las reglamentaciones se hicieron eco de las necesidades y reclamos de estos lugares. Por último, las revistas, los diarios, las notas de viajeros, las medallas conmemorativas y distintos tipos de registros de la época nos permitieron conocer los discursos cotidianos sobre estos lugares, las problemáticas inherentes, sus aspiraciones, sus proyectos sociales y, por sobre todo, la imagen que se tenía de quienes eran atendidos o confinados en ellos.

Teniendo en consideración este enfoque particular, se pretende aportar otra línea de investigación a la Historia Urbana de la Ciudad de Buenos Aires. Con las arquitecturas sanitarias como punto de partida, se busca

comprender cuál ha sido el proceso de determinación de los lugares donde los espacios para la salud se colocaron, así como sus funciones sanitarias, morales y simbólicas. Es por ello que los casos de estudio son tanto obras realizadas como proyectos que, si bien no fueron materializados, permiten condensar visiones sobre el rol transformador de la arquitectura en un lugar determinado del medio urbano y, por lo tanto, su impacto en otras dimensiones territoriales e infraestructuras urbanas. Con esta intención, la publicación propone un relato compuesto de ocho textos que, a pesar de su concepción autonómica, pueden obrar como capítulos.

El libro presenta al lector un relato posible acerca de las arquitecturas para la sanidad en el período mencionado. Para ello, los capítulos se ordenan y estructuran bajo una lógica narrativa. Los primeros tres conforman una aproximación a ciertas nociones básicas como la idea de borde, el rol de los espacios verdes y los referentes europeos, a través de algunos casos de estudio paradigmáticos del período. En primer lugar, *Terrenos al sur* presenta una introducción general al asilo como tipología edilicia, desde una mirada multidimensional que incluye lo edilicio, lo urbano y lo moral, en cuanto enfoque principal del libro, para luego profundizar en el caso más emblemático y de mayor escala en la Ciudad de Buenos Aires: los terrenos de La Convalecencia. A continuación, *Fuera y lejos de las ciudades* propone un estudio minucioso a la vez que una revisión de la noción de extramuros y los modelos de sanidad franceses, y para ello realiza un análisis cartográfico de las instituciones sanitarias interrelacionando nociones teóricas, con modelos extranjeros y la topografía de Buenos Aires. El tercero, *Arquetipos de hospital*, analiza el esquema de pabellones ensayado para la arquitectura hospitalaria y nos devuelve a una mirada territorial sobre los asilos, pero continuando con la lógica del estudio de dos casos particulares: el Hospital General de Mujeres Rivadavia (1887) y el Hospital Italiano (1901).

Los siguientes cuatro capítulos analizan las relaciones de las arquitecturas de la sanidad con otras prácticas e infraestructuras asociadas a la respuesta a enfermedades físicas y morales y a la muerte misma que se sucedía en estos edificios para ello pensados, y las relaciones urbanas que se entretejieron. *Los*

puntos distantes propone una mirada sobre el requerimiento de agua en estos edificios, y defiende la hipótesis de cómo, en la puja por el recurso, estas construcciones terminaron por convertirse en piezas claves para la infraestructura urbana de redes de aguas corrientes, y determinaron la extensión del servicio y el acceso a este elemento fundamental en épocas de epidemias. *Fumigar hasta el corazón* introduce los distintos paradigmas de cuarentena y aislamiento que tuvieron lugar en este período, para profundizar luego en la profilaxis y cómo la implementación de estas medidas impactó en la creación de nuevos programas arquitectónicos inéditos hasta el momento en la ciudad. *La costumbre del fuego purificante* entra de lleno en la técnica de la cremación cadavérica y sus implicaciones arquitectónicas y urbanas. El análisis se expone en lo edilicio; en la ciudad, con sus recorridos y circuitos; y en los aspectos sociales, con sus símbolos, imaginarios y nociones. *Cruces en la ciudad* analiza el devenir de los cementerios en Buenos Aires, sus complejos procesos de localización, relocalización y territorialización, y su necesaria relación con las arquitecturas para la sanidad desde una mirada territorial, tanto desde la implantación como de recorridos que generaban dentro de la trama urbana, hasta transformar por completo la comprensión y referenciación de ciertos sectores urbanos.

El último capítulo vuelve a tratar un caso de relevancia para retomar algunas ideas de este período y marcar nuevas nociones médicas y arquitectónicas que, en la transición de las décadas de 1920 y 1930, darán lugar a una nueva etapa de modernidad hospitalaria. *Buena ciudad, buena arquitectura y buena sociedad* estudia el Instituto del Cáncer de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, para detenerse en la configuración de ese sector de la ciudad, en el impacto que supuso en la sociedad su ubicación, y en los avatares que suscitó una arquitectura para el tratamiento de una enfermedad desconocida.

Más allá de la intención y secuencia propuesta, que incluye algunas superposiciones que juzgamos necesarias, la relativa autonomía de los trabajos admite un abordaje individual. Los vínculos argumentativos o documentales, así como la profundización de un tema que se desarrolla en otro estudio, fueron señalados oportunamente a través de referencias internas.

Como un eje transversal a todos los textos, regresamos finalmente a un punto metodológico que debemos destacar. Todas estas investigaciones y miradas complementarias comparten el trabajo sobre las cartografías de la época, cuyo valor diferencial es la interpretación de las representaciones de la ciudad en cada momento. Es decir, el análisis no se detiene solamente en una interpretación histórica de una ciudad existente, sino en los esfuerzos para reconstruir una interpretación de Buenos Aires dinámica, que se expandía en proyectos de diferente duración. Esto creemos se logró, en primer lugar, por la diversidad de mapas trabajados, con la capacidad de condensar una gran cantidad de representaciones urbanas, al mismo tiempo que la idea de ciudad existente en cada momento. Pero además, las cartografías que se presentan a lo largo del libro, cruzan capas de información con nuevas relaciones o vinculaciones de los procesos históricos, difícilmente recuperables en otras fuentes.

Muchas preguntas que suscitaron estos trabajos han quedado sin respuesta. Pero proponer una agenda de futuras investigaciones que deriven en nuevos estudios para la Historia Urbana y Arquitectónica de Buenos Aires, también ha sido la intención de las páginas que siguen.

Bibliografía

Aliata, Fernando. (2005). “Técnica, higiene y sociedad. El hospital general para ambos sexos de Carlo Zucchi”. En *III Jornadas sobre Arte y Arquitectura en Argentina*, Oct 2, 2005. La Plata, Argentina: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

----- (2006). *La ciudad regular: arquitectura, programas e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario 1821-1835*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes-Prometeo.

- Armus, Diego. (2000). La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Cuadernos de Historia*, Serie Ec. y Soc., N.º 3, Secc. Art., 7-25.
- (2001). Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940. *Estudios Sociales*, año XI, N.º 20, primer semestre 2001, 53-80.
- (2007). *La ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- (2010). ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? [Editorial]. *Salud Colectiva*. 6 (1), 5-10.
- Biernat, Carolina. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización sanitaria argentina (1880-1945). *Trabajos y Comunicaciones* (44), e021. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe021>
- Caimari, Lila. (2004). *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2012). *Mientras la ciudad duerme. Pistoleros, policías y periodistas en Buenos Aires, 1920-1945*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Caride Bartrons, Horacio. (2017). *Lugares del mal vivir. Una historia cultural de los prostíbulos de Buenos Aires, 1875-1936*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”.
- Czajkowski, Jorge y Rosenfeld, Elías. (1993). “Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica”. *Actas del IV Congreso Latinoamericano y 7º Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. Buenos Aires. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Noviembre2004/pdf/spa/doc7308/doc7308.htm>.
- Dal Castello, David. (2017). *La Ciudad Circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires, 1868-1903*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”.
- Foucault, Michel. (1999). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galeano, Diego. (2009). *Escritores, detectives y archivistas. La cultura policial en Buenos Aires, 1821-1910*. Buenos Aires: Teseo.
- Goffman, Erving. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patient and other inmates*. Nueva York: Anchor Books.

- González Leandri, Ricardo. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una élite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de estudios americanos*, Vol. 61, N.º 2, 571-593.
- (2013). Internacionalidad, Higiene y Cuestión Social en Buenos Aires (1850-1910). Tres momentos históricos. *Revista de Indias*, 2013, Vol. LXXIII, N.º 257, 23-54.
- Gorelik, Adrián. (1998). *La grilla y el parque: espacio público y cultura urbana en Buenos Aires 1887-1936*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Favelukes, Graciela. (2020). *El plano de la Ciudad. Formas y culturas técnicas en la modernización temprana de Buenos Aires (1750-1870)*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Koch, Tom. (2017). *Cartographies of Disease, Maps, Mapping and Medicine*. Londres: Esri Press.
- Lefebvre, Henri. (1974). *La producción social del espacio*. Madrid: Capitán Swing.
- Martínez Delgado, Gerardo y Mejía Pavony, Germán. (Coordinadores). (2021). *Después de la heroica fase de exploración. La historiografía urbana en América Latina*. Guanaquato: FLACSO Ecuador.
- Moreno, José Luis. (2012). *Un asilo para los pobres. Los mendigos y sus historias de vida (Buenos Aires a mediados del siglo XIX)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Novick, Alicia. (2008). La ciudad como objeto de estudio y acción. Higienistas, ingenieros, arquitectos e instrumentos de planificación y gestión en Buenos Aires. *Registros*, 5 (5), 105-118.
- Otero, Hernán. (2020). *Historia de la vejez en la Argentina (1850-1950)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Paiva, Verónica. (2000). Teorías médicas y estrategias urbanas. Buenos Aires 1850-1920. *Estudios del Hábitat*, Vol. II, N.º 7, 5-19.
- Ramacciotti, Karina y Rayez, Federico. (2018). Los ingenieros sanitarios en la salud pública argentina entre 1870 y 1960. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 11, 122-143.

- Rothman, David. (1971). *The discovery of the asylum: Social order and disorder in the New Republic*. Boston y Toronto: Little, Brown and Company.
- Ruiz Diaz, Matías. (2018). *La ciudad de los réprobos; historia urbana de los espacios carcelarios de la ciudad de Buenos Aires*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzi”.
- Salessi, Jorge. (1995). *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Ed.
- Sennet, Richard. (1994). *Carne y piedra*. Madrid: Alianza.
- Pita, Valeria Silvina. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires 1852-1890*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Yangilevich, Melina. (2012). *Estado y criminalidad en la frontera sur de Buenos Aires (1850-1880)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

MATÍAS RUIZ DIAZ
DAVID DAL CASTELLO
LAURA J. VAZQUEZ

Terrenos al sur

El caso de La Convalecencia, 1802-1890¹

Los asilos fueron unas de las tantas instituciones para la *salud del pueblo* que se ensayaron durante el siglo XIX. Tuvieron un rol central en la contención y asistencia de la población, y se consolidaron como una tipología sanitaria y edilicia novedosa durante varias décadas. Entendidos entonces como partes relevantes de esta historia urbana de la sanidad, el objetivo del presente capítulo es reconstruir parte de los procesos de definición y transformación de los programas asilares en Buenos Aires. Con este fin se indagará un caso que condensó una multiplicidad de visiones coexistentes por aquellos años: los terrenos de La Convalecencia. Aquel sector de la ciudad quizás haya sido el primer fragmento urbano cuya denominación remitió directamente a la sanidad, e incluso ha llegado con algunas de esas connotaciones hasta nuestros días. Dicha referencia urbana, reforzada por una serie de programas que progresivamente se instalaron allí —entre ellos los asilos, pero también hospitales, penitenciarías y cementerios— hace que se trate de una pieza clave y recurrente dentro del relato histórico que propone este libro.

1 Una versión preliminar de este trabajo, de título “Las casas de los desviados. Aportes para una historia urbana de los asilos de la ciudad de Buenos Aires. El caso de La Convalecencia 1850-1890”, fue presentada en el *VIII Encuentro de Docentes e Investigadores en Historia del Diseño, la Arquitectura y la Ciudad*, celebrado en la ciudad de Córdoba, Argentina, en el mes de mayo de 2018.

Aquellos lotes tenían una superficie aproximada de diecisiete hectáreas, y se emplazaban al sur en las afueras de la ciudad. En la actualidad este sector comprende un área de hospitales cercana a la estación de ferrocarril Plaza Constitución, definida por las calles Dr. Ramón Carrillo, Suárez, Pedriel y la Avenida Amancio Alcorta. Las tierras pertenecieron a distintas órdenes religiosas desde el siglo XVIII, pero la que le dio este nombre con que frecuentemente se las conoce en la historia fue la de los hermanos Betlemitas, bajo la denominación de “La Combalecencia de los Betlemitas”. Aquel fue el apelativo de uno de los edificios de la congregación que allí se encontraba, pero con el tiempo terminó por convertirse en una forma de referir a la totalidad del fragmento urbano. Desde ese entonces estos terrenos fueron sitio de múltiples construcciones y proyectos para distintas tipologías de la salud, hasta bien entrado el siglo pasado. En esta ocasión se recorta el período de estudio al siglo XIX, dado que es cuando aparecen las primeras alusiones al lugar-práctica, y hacia sus postrimerías es posible marcar un corte en esta tradición, cuando la lógica asilar dejó su lugar a la hospitalaria.

El nombre “La Convalecencia” se registra por primera vez en los acuerdos del Cabildo de 1802, luego en 1805 en el plano de la ciudad elaborado por Eustaquio Giannini, y desde 1808 en adelante en el Registro Oficial. El topónimo tiene su raíz en una práctica médica —pero también de fuerte connotación religiosa— que se remonta a la época victoriana.² Ésta era indicada a los pacientes como un período transitorio de recuperación de salud luego de una enfermedad, o el proceso de salida de una situación de peligro o postración. Las acciones que se prescribían para esos días iban desde el reposo absoluto hasta el trabajo. Así fue implementada durante todo el siglo XIX hasta que luego, hacia las primeras décadas de 1900, fue quedando relegada como una posibilidad únicamente para las clases adineradas que podían disponer de ese tiempo. En cambio, para las clases bajas se fue convirtiendo poco a poco en una alternativa inalcanzable. Si sanaban debían volver a trabajar o, caso contrario si su condición no mejoraba y

2 Para profundizar, ver las interpretaciones de la práctica victoriana de la convalecencia de Krienke (2017).

daba lugar a discapacidades o invalidez, el estadio posterior se transformaba en una suerte de reclusión perpetua.

Uno de los propósitos de este libro es demostrar que dichas nociones médicas tuvieron su correlato en el territorio y en la arquitectura. A la luz de este supuesto se propone examinar una serie de relaciones entre proyectos para programas asilares, contemplando sus configuraciones y valoraciones culturales y materiales. Se asume que esta mirada transversal permitiría condensar visiones sobre el rol representativo y transformador de la arquitectura situada en un lugar determinado del medio urbano, como un intento por resolver un gran número de problemas que afectaban a la salud física y moral del cuerpo social, pero que a la vez terminó dando lugar a otros debates menos previstos.

A los fines de una primera aproximación general, se interpreta al asilo en su dimensión histórica, como instituciones de reclusión y aislamiento de individuos que por razones socioeconómicas, mentales o físicas no cumplían con los patrones de la normalidad urbana. En sentido amplio, son trabajados como una pieza arquitectónica central dentro de un sistema diseñado para contener y dar respuesta a lo que se entendía por las desviaciones morales de la sociedad. De esta manera, el enfoque que se propone abarca la cuestión urbana y tipológica, así como el problema de la implicación moral que suponían los proyectos de los diversos asilos para sus habitantes.

Con este objetivo, el presente capítulo se estructura en tres apartados. El primero está destinado a apuntar algunas nociones teóricas sobre el asilo como objeto de estudio, para luego analizarlas desde un enfoque urbano sobre los terrenos de La Convalecencia como enclave de programas destinados a la salud. Finalmente, se estudia el caso del primer asilo de Buenos Aires en escala arquitectónica para descubrir los pormenores del devenir de este nuevo programa. Los materiales fundamentales que sustentan este estudio son las Memorias institucionales y los Registros Oficiales de la época, que brindan información sobre los proyectos, las tensiones y los modelos de ciudad que se discutían y, en sintonía con el resto de la publicación, las cartografías que permiten reconstruir las miradas que se tenían sobre el sector en distintos momentos del siglo XIX.

El asilo como objeto de estudio

En términos etimológicos, la voz “asilo” deriva del griego *ásylon*, que hacía referencia a un lugar o templo inviolable, y que a su vez es la forma neutra del adjetivo *asylos*, que significa no saqueado o no violentado. Bajo estas consideraciones, estos sitios serían espacios de resguardo para quienes fueran allí internados. Sin embargo, la aplicación histórica del término que se recoge en este trabajo sugiere lo contrario: las instituciones como sitio de aislamiento de los “enfermos” para proteger al resto de la sociedad. Es decir, los habitantes “normales” serían, en términos estrictos de la palabra, los asilados.

En otra connotación, el término disciplinar “asilo” permite emparejar a una serie de instituciones cuya característica común es la de desplazar y confinar a una serie de individuos que, por diversos motivos, deben ser separados del cuerpo social. En particular se identifican para este trabajo tres tipos: aquellos que han transgredido las normas y las leyes (criminales), aquellos cuya salud mental no les permite integrarse a la sociedad (dementes), y finalmente aquellos que no se han introducido en las lógicas económicas laborales (pobres). Si bien las particularidades de cada uno de estos perfiles parecen demandar abordajes muy diferentes, a la manera que lo han hecho diversos autores como Michel Foucault (1975) o Robert Castel ([1976] 2009), desde hace varias décadas contamos con herramientas conceptuales que permitirían estudiar algunas dimensiones en forma conjunta, en especial su origen (Rothman, [1971] 2017).

Entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, el confinamiento se volvió el principal mecanismo de tratamiento y modificación de la conducta de aquellos individuos no integrados al cuerpo social. Esta suerte de tratamiento moral ideado por “médicos alienistas” se llevó a cabo, en primer lugar, dentro de los propios hospitales o espacios destinados a la salud, dando lugar posteriormente a tipologías arquitectónicas específicas con la intención de separar o clasificar a los “enfermos”. Con el tiempo, estos espacios que, en principio, servían como contención se convirtieron en lugares donde diversos profesionales ensayaron estrategias para lograr

la pretendida reinserción social. Independientemente de su función, las nuevas instituciones adoptaron el mismo patrón de organización ya sea para corregir el comportamiento de un criminal o para curar una desviación mental. Erving Goffman (1961) los ha denominado “instituciones totales”, estableciendo una unidad entre diseño y estructura.³

Desde esta interpretación, dichos edificios fueron emplazados como espacios separados de la sociedad en todo sentido, desde el lugar elegido para su implantación hasta la demarcación de un límite material en la muralla perimetral que separaba al internado del mundo exterior. El trabajo era considerado como un instrumento capaz de convertir a los marginados sociales en individuos útiles. En los asilos destinados a su confinamiento se seguía esta premisa, mientras las sociedades y las ciudades se industrializaban. Es así que la regulación del tiempo y de las actividades de los reclusos se volvió una característica común a todas las instituciones asilares que mediante la combinación de trabajo, tratamiento y separación permitirían la transformación del individuo.

Sin embargo, David Rothman ([1971] 2017) observa un proceso de degradación progresiva en el que la posibilidad de reforma moral se fue tergiversando en la medida en que las instituciones asilares se vieron saturadas y corrompidas.⁴ En la práctica, y salvo contadas excepciones, los asilos confinaron a las capas sociales más bajas, en especial a los pobres y las clases trabajadoras más humildes.⁵ Este proceso que va desde el proyecto del edificio hasta la degradación del objeto asilo es complejo y no siempre lineal. Las razones de la corrupción varían y se diferencian conforme los profesionales y los programas arquitectónicos se especializan, especifican y separan, pasando de una primera etapa de simple contención y una mixtura de individuos con patologías diversas, a una segunda etapa donde el asilo contiene a un sujeto específico a través del tratamiento determinado por un profesional especializado. Este devenir llevó a discusiones sobre cuáles programas eran compatibles, distinciones de género y estrategias de

3 Goffman (1962).

4 Rothman ([1971] 2017): XXIX.

5 Moreno (2012).

determinación y reconocimiento de patologías que tuvieron repercusiones en cómo eran pensados los sucesivos proyectos asilares.

En el caso de Buenos Aires, el problema del deterioro de las instalaciones destinadas a la sanidad fue una constante en el período de estudio. Han quedado registros de ello tanto en fuentes oficiales como los *Acuerdos del Cabildo*, las *Actas de las Sesiones Municipales* y las *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos* (en adelante *MMCBA*), así como en periódicos y diarios de viajeros. Dichas fuentes apuntan sobre todo a la condición edilicia. Los presupuestos, los materiales de construcción y en ocasiones la precariedad de las construcciones hicieron que su vida útil fuera, en términos inmuebles, corta, y sus condiciones habitacionales y salubres desfavorables para una población vulnerable. En una lectura demográfica, también estas instituciones se vieron durante la segunda mitad del siglo XIX constantemente sobrepasadas en su capacidad debido a las sucesivas epidemias y otros eventos, como la Guerra del Paraguay y las oleadas inmigratorias, que generaban una demanda constante de plazas para atender a los enfermos e inválidos. Por último, la degradación progresiva en un sentido moral de la que habla Rothman también encuentra su correlato en otro tipo de fuentes.

El surgimiento de los asilos en Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX fue interpretado como un símbolo de progreso. Al respecto, Alberto Meyer Arana (1911) construyó una cronología del tratamiento que se les dio a los alienados en ese período. Una primera etapa preliminar, denominada como “tiempos duros para los pobres insanos”, llegaría hasta 1863. Por esos años “Todo se reducía a tenerlos aglomerados sin sujetarlos a tratamiento alguno, usándose sistemas coercitivos de rigor, el cepo y la cadena, no como prescripción facultativa, porque los alienados no recibían cuidados médicos sino como recurso impuesto por sus guardianes”.⁶ Una segunda etapa, entre los años 1863 y 1876, se caracterizó por un “acentuado progreso médico” al adoptar un procedimiento curativo basado en prescripciones científicas, que combinaba el tratamiento moral del alienado con el cuidado médico, incorporando

⁶ Meyer Arana (1911): 335.

al trabajo como recurso clínico. La *Memoria Municipal* de 1877 parece acompañar este diagnóstico, en ella se destaca la gran cantidad de curaciones de alienados que se dieron en el año anterior. Posteriormente, en una tercera etapa, que llegaría hasta el año 1893, se dio un aparente estancamiento en lo referido a los tratamientos, y una suma de problemas edilicios que culminó con la transformación de los asilos en “institutos de psiquiatría de caridad”.

Este último período identificado como de degradación u ocaso —en sintonía con la hipótesis propuesta por Rothman— también tiene su sustento en fuentes primarias, como las *Memorias Anuales del Hospicio de las Mercedes*. En ellas ya en el año 1888 el director de la Asistencia Pública advertía que el hospicio estaba al límite de su capacidad, y solicitaba no derivar más enfermos a este asilo, y sobre todo que no se derivaran más “enfermos crónicos no locos” —lo que habla de un desborde del sistema sanitario y asilar en general— pues ya no era posible asistirlos con el esmero que deberían dado el escaso personal con que se contaba, y sus palabras ya insinuaban por ese entonces una degradación de la población asilar por falta de disciplina, vicios y malos hábitos.

Sin embargo, incluso aquellos años de supuesto progreso y buenos tratamientos pueden ser puestos en duda de acuerdo con otras fuentes. Por ejemplo, la revisión de los reglamentos de los asilos permite identificar la imposición de un régimen horario y de trabajo más similar al de una penitenciaría que al de un hospital, e incluso ciertas prácticas como la utilización de un número en vez del nombre y apellido para la identificación de los internados.⁷ También una serie de tesis de la Universidad de Buenos Aires discutieron con esta mirada optimista de los asilos, como la de Pedro López Anaut (1902). Este médico farmacéutico caracterizó a los edificios como tristes y sombríos, con celdas para los alienados con barrotes de hierro. Según su visión, fue recién a partir de 1886 que mejoró la suerte del loco, con la separación y tratamientos específicos para cada tipo de diagnóstico. Por último, investigaciones más recientes desde el campo

7 Moreno (2012).

de la Historia Social como las de Lila Caimari (2004) y Valeria Silvina Pita (2012), han discutido estas ideas de progreso y tratamiento.

Todas estas propuestas teóricas que articulan asilos con un proceso no lineal desde su diseño hasta su degradación serán estudiadas a la luz del caso de La Convalecencia, en un intento por establecer ciertos correlatos entre las mencionadas prácticas y los espacios. Estos terrenos fueron en aquellos tiempos el sector urbano suficientemente alejado del centro de la “ciudad sana” donde se pensaba el emplazamiento de asilos y otras funciones relativamente marginales, como por ejemplo, cárceles y cementerios.⁸ En ellos este supuesto de la degradación al interior de dichas instituciones también se tradujo en una suerte de tensión urbana, que osciló entre su concepción como marginal y degradado, a la vez que se convertía en una nueva referencia de relevancia para la ciudad.

Un terreno marginal

Los fundamentos del recorte temporal de este capítulo responden al período de tiempo en que se puede identificar a estos terrenos al sur de la ciudad vinculados al topónimo de “La Convalecencia”. Pero la historia de la asociación de esta porción de territorio con la sanidad se remonta incluso algunos años antes del siglo XIX.

En 1734 Ignacio Bustillo y Zeballos donó a los jesuitas una porción de tierra en el Alto de San Pedro. Hacia 1748 la congregación construyó allí una casa auxiliar que fue conocida como “Residencia de Belén”, y en consecuencia, los terrenos recibieron el nombre de Chacra de Belén. Veintiséis años después, Melchor García de Tagle fundó en el terreno contiguo una “Casa de Ejercicios para mujeres” que también fue donada a la Compañía de Jesús. Con la expulsión de los jesuitas a fines del siglo XVIII, los betlemitas solicitaron al Cabildo la cesión de los terrenos de la Residencia y de la Chacra de Belén. Su intención era trasladar allí el Hospital de Santa

8 Dal Castello (2017); Ruiz Diaz (2018).

Catalina, que se encontraba en la manzana formada por las calles México, Chile, Defensa y Balcarce. Este edificio conocido también como Hospital San Martín había sido fundado en el año 1611, y la Orden tomó su administración en 1748. Según el temprano estudio de José Ingenieros sobre la locura en la Argentina, ya desde ese entonces dicha institución presentaba signos de precariedad e insuficiencia de recursos.⁹ Parte de aquellos problemas serían el germen de los posteriores programas asilares, pues durante la dirección betlemita el Hospital recibió a algunos “dementes” que enviaba el Cabildo cuando consideraba que no debían permanecer en la cárcel y también a mendigos que deambulaban por la ciudad.

Cuando el pedido de cesión de terrenos a favor de los betlemitas fue aprobado el 6 de junio de 1800 por Orden Real del Virrey y comunicado en el Cabildo, la antigua Residencia de Belén se destinó a “Hospital de incurables, locos y contagiosos”, y allí fueron trasladadas la mayor parte de las personas que vivían en el Hospital de Santa Catalina. Este fue, según Ingenieros, el primer loquero de la ciudad.¹⁰ Por otra parte, en la Chacra de Belén existían dos ranchos precarios donde eran destinados los “regulares espulsos”¹¹ —convalecientes— al salir del hospital para completar su recuperación. Estas construcciones eran llamadas “La Combalecencia de los Betlemitas”, lo que con el tiempo dio lugar a que el nombre de “La Convalecencia” fuera utilizado para referirse a esta porción de la ciudad en general.¹²

Esta sucesión de hechos marca propiamente el inicio del período de tiempo delimitado para este estudio en particular. Los primeros registros oficiales de esta denominación se encuentran en el año 1802, cuando en los *Acuerdos del Cabildo* a estos terrenos se los refiere vinculados a “los convalecientes”.¹³ Se asume que este escrito da cuenta de cierto consenso cotidiano en la forma de identificar el área.

9 Ingenieros ([1919] 1957): 37.

10 Ingenieros ([1919] 1957): 33.

11 Término utilizado en las Actas de Acuerdos del Cabildo (6 de junio de 1800): libro LVII, f. 165.

12 Ingenieros ([1919] 1957): 46.

13 Actas de Acuerdos del Cabildo (6 de mayo de 1802): libro LVIII, foja 88v.

Luego, las cartografías son el segundo material que permite seguir los pasos de la consolidación de esta toponimia. En 1805 el ingeniero hidráulico Giannini elaboró dos planos de la ciudad donde denominó por primera vez estos terrenos con la leyenda “Z. Hospital y Combalecencia de los Betlemitas”. En la esquina superior izquierda de la **Figura 1** pueden observarse las dos construcciones descritas anteriormente con la letra “Z” de referencia. A juzgar por otras fuentes y planos posteriores, estos edificios parecieran estar graficados en una escala mucho mayor a la que realmente tenían, pero los terrenos de la Chacra de Belén, los caminos y su referencia parecieran ser correctos, y es el primer registro gráfico que se tiene de ellos con la denominación alusiva a La Convalecencia.



Figura 1: Fragmento que muestra los terrenos de La Convalecencia. Plano de la Ciudad de Buenos Aires situada en el Río de la Plata. Autor: Eustaquio Giannini (1805). Fuente: Taullard (1940): 91.

Esta cartografía fue luego tomada como referencia para subsiguientes, con lo cual es posible encontrar en un plano encargado en 1808 por el general inglés John Withelocke y elaborado por Mr. Gurney, nuevamente la referencia “Z Hospital de Combalecencia de los Betlemitas” sobre este sector que puede observarse en la Figura 2 arriba a la izquierda. Nótese que las **Figuras 1 y 2** están aproximadamente en una escala similar, y es posible observar que en

este segundo plano los edificios de La Convalecencia tienen prácticamente la mitad del tamaño que tenían en el primero, lo cual pareciera ser una representación gráfica ciertamente más verosímil a lo que eran por aquellos años.



Figura 2: Fragmento que muestra los terrenos de La Convalecencia. Fuente: Plano original de 1808, “Engraved for Mottleys Trial of General Withelocke taken in short hand by Mr. Gurney”.



Figura 3: Fragmento que muestra los terrenos de La Convalecencia. *Plano topográfico de la ciudad de Buenos Aires Capital de las Provincias Unidas del Río de la Plata.* Autor: Pedro Cerviño (1814). Fuente: <https://www.raremaps.com/gallery/detail/53113/plano-topografico-de-la-ciudad-de-buenos-ayres-capital-de-l-cervino>

En 1814 se elaboró el primer plano posterior a la Revolución de Mayo. Fue encargado a Pedro Cerviño por orden del Director Supremo Antonio Posadas y es puramente topográfico.¹⁴ En la **Figura 3** se presenta un fragmento de éste, y en el cuadro de referencias es posible leer por primera vez propiamente la leyenda “35 Convalecencia” para referirse a este sector.

Desde ese entonces en adelante, la leyenda “La Convalecencia” para referirse a este sector será una constante en las cartografías de la ciudad hasta los últimos años del siglo XIX. Este es un dato no menor, siendo que los planos no son sólo meras ilustraciones, sino manifestaciones de imaginarios y representaciones. Además, por estos años uno de los intereses detrás de la construcción de mapas estaba asociado a “inscribir mediante la toponimia, en el estrato de lo mental o imaginario, los nuevos valores republicanos y cívicos, de los que la propia ciudad —manipulada geométricamente en la imagen— debía formar su manifestación más elevada”.¹⁵ En tanto, es posible asumir que estas leyendas estuvieran dando cuenta de cierta forma cotidiana y oficializada de referir a dicho sector de la ciudad entre los habitantes.

En estas tres cartografías se presentan los terrenos como un lugar periférico de lo que en ese momento era el área urbana consolidada del centro, en una zona de chacras ubicada al sur de la ciudad, próxima a los mataderos y sin límites materiales demasiado definidos. Las dos construcciones de dimensiones modestas allí presentes son las que permiten reconstruir el inicio de este lugar como espacio asilar. La Convalecencia conservó esta fisonomía prácticamente durante cinco décadas, en parte debido a los acontecimientos políticos, pero también a otras causas de gestión urbana en las que intervenían técnicos, médicos y políticos.

Durante el gobierno de Bernardino Rivadavia se intervino la dirección de los Padres Betlemitas por diversas irregularidades observadas. Los establecimientos dedicados a la Asistencia Pública pasaron a manos de la administración civil. En 1823 se creó por decreto la Sociedad de Beneficencia, que operaba como contralor administrativo de la asistencia de niños y mu-

14 Favelukes (2020).

15 Favelukes (2020): 211.

jeros. Sin embargo, estas medidas, junto con otras decisiones destinadas a la mejora de la asistencia pública, fueron suspendidas con la gestión de Rosas.

Más allá de los cambios institucionales, los terrenos de La Convalecencia se posicionaron unívocamente como un espacio marginal destinado a la salud del pueblo. Hacia la década de 1830, con Rosas, se propuso el proyecto de creación de un cementerio en este sector, pero no prosperó ninguna construcción.¹⁶ Luego, tras la batalla de Caseros, se retomaron un número importante de iniciativas referidas a la asistencia pública, comenzadas en el período administrativo anterior. Parte de aquellas apuntaban a resolver el problema creciente de los “locos y locas” que vivían en la ciudad. Como principal solución resultaba imprescindible la construcción de edificios específicos, y La Convalecencia nuevamente fue uno de los sectores de la ciudad escogidos para su emplazamiento. Durante la segunda mitad del siglo XIX, este sitio sería objeto de múltiples proyectos y propuestas vinculadas a la asistencia en general, y al asilo en particular.

A mediados de 1852 comenzaron las gestiones para instalar un “Hospicio de Mujeres en la Convalecencia”. Los trabajos se iniciaron un año después. En 1854 todas las “dementes” fueron trasladadas allí. Su labor terapéutica asignada era la confección de ropas para el ejército. En 1860 comenzaron las gestiones para instalar en ese mismo sitio la “Casa de Dementes” (hombres), y tres años después fueron trasladados la totalidad de los asilados que antes estaban en el cuadro de dementes del Hospital General de Hombres.¹⁷ Para fines de la década de 1860, el Hospicio de Mujeres y la Casa de Dementes, un Asilo de inválidos y un cementerio provisorio formaban parte de La Convalecencia.

Aquellos terrenos al sur de la ciudad no sólo fueron destino para edificios vinculados con la locura. En 1858 se elaboraron dos proyectos de cementerios que, sin embargo, formaban parte de la agenda pública desde 1832.¹⁸ Uno, atribuido a Prilidiano Pueyrredón, que se localizaría en los

16 Ver *Cruces en la ciudad* en este libro.

17 La antigua Residencia de Belén fue habilitada como Hospital General de Hombres. Ingenieros ([1919] 1957): 47.

18 Ver *Cruces en la ciudad* en este libro.

terrenos correspondientes a los Mataderos del Sur, en el encuentro de las calles Caseros y el camino del Puente Alsina, es decir, frente a los terrenos de La Convalecencia. El segundo, presuntamente trazado por Pedro Loperti, se ubicaba directamente dentro de sus límites. Si bien avanzaron las gestiones para la construcción del primero, la obra se fue postergando por diversas causas hasta que se eligió otro solar en la esquina opuesta, con frente sobre la calle Caseros. Allí finalmente se instaló en 1867 el Cementerio del Sur, que poco tuvo que ver con los proyectos antes mencionados.

Por otra parte, en 1869 el concurso de proyectos para la Penitenciaría de Buenos Aires proponía como sitio de emplazamiento el terreno correspondiente a los Mataderos del Sur, aunque no sin algunas objeciones por parte de algunos grupos. El Consejo de Higiene había expresado que no convenía seguir reuniendo edificios considerados insalubres en un solo lugar de la ciudad. A esto se sumaba la voz del periodismo que en un artículo del diario *La Tribuna* proyectaba un futuro poco promisorio para ese fragmento del sur, debido a la reunión de programas que preexistían: el Hospital de Hombres, el Asilo, las casas de locos y locas, el recreo de expósitos, el nuevo cementerio, los corrales, los saladeros y las fábricas (**Figura 4**).¹⁹

Figura 4: *Plano Topográfico de la ciudad de Buenos Aires y de todo su Municipio levantado por el Departamento Topográfico (1867)*. Pueden verse los edificios emplazados en La Convalecencia, los terrenos de los Mataderos del sur (primera ubicación pensada para cementerio) y la ubicación definitiva del Cementerio del Sur. Fuente: Biblioteca Nacional de Francia.

A pesar de estos argumentos, las obras de ampliación y mejora de los asilos continuaron. El incremento de la capacidad física era un problema continuo, en especial porque las familias, ante la ausencia de una normativa clara sobre admisiones, cedían el cuidado de los dementes al Estado Municipal. En pocas palabras, los abandonaban en este tipo de instituciones en cuestión. Así fue que mientras que los edificios de La Convalecencia se consolidaban, la idea de construir otros programas asilares en las proximi-

¹⁹ *Diario La Tribuna* (23 de Julio de 1869): 2.

dades volvió a retomarse. En 1882, en el contexto de diversas epidemias que se presentaron en la ciudad de Buenos Aires, se encargó el proyecto de un Hospital Barraca para Enfermedades Contagiosas a construirse en un terreno adquirido por el Intendente Alvear, y definido por las calles Entre Ríos, Matheu, Camino Alsina y Patagones. En la **Figura 5** se identifica un “Lazareto Municipal” en esa ubicación.



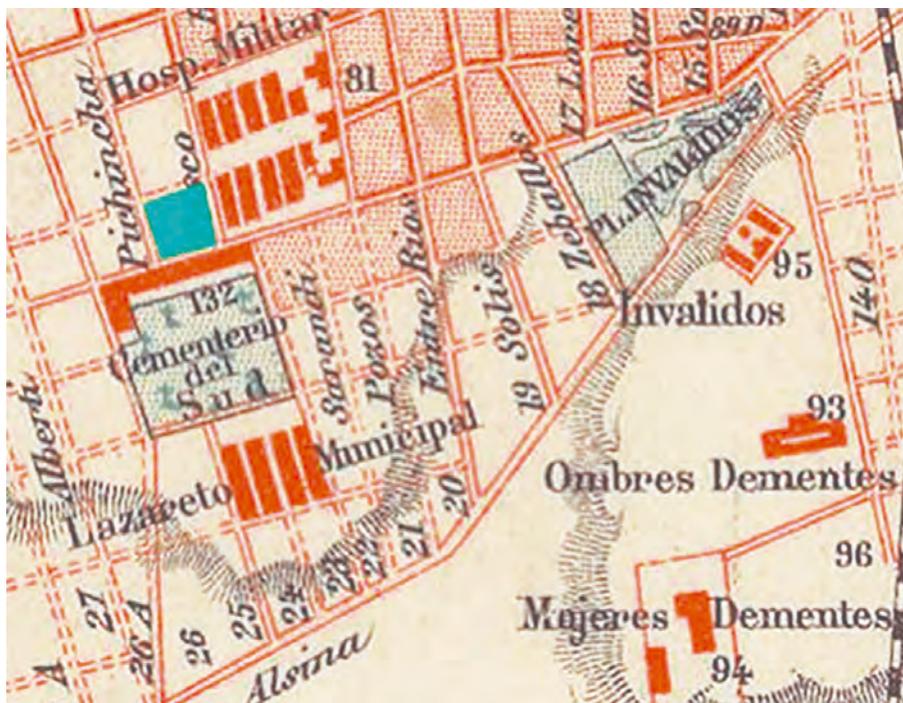


Figura 5: Plano de la Ciudad de Buenos Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano. Fuente: Latzina (1888).

Un año después, y mientras el Hospital Barraca se construía, Enrique Aberg presentó un proyecto de Cárcel Correccional para la esquina de Caseros y Puente Alsina. Su gestión avanzó con muchas dificultades, sin éxito en su concreción. El terreno terminó siendo destinado a espacio público, que en ciertos documentos cartográficos aparece denominado con el sugestivo nombre de “Plaza Inválidos”, y luego sería nombrado definitivamente como Plaza España.

No obstante, el plan de construir una prisión se concretó finalmente con el proyecto de la Cárcel de Menores, frente al Cementerio del Sur en 1894. Ese mismo año se presentó un proyecto de Casa de Aislamiento para reemplazar el provisorio Hospital Barraca/Lazareto Municipal. Su construcción se realizó en sucesivas etapas que se prolongaron hasta las prime-

ras décadas del siglo XX, cuando recibió su nombre definitivo de Hospital Francisco Javier Muñiz (**Figura 5**).

Como se ha podido observar, los terrenos de La Convalecencia fueron el destino posible de múltiples proyectos de aislamiento desde principios del siglo XIX, aunque sólo algunos pudieron ser efectivamente materializados. Luego de la batalla de Caseros, su carácter asociado a la sanidad ya desde tiempo coloniales y su lejanía con el centro de la vida urbana, parecían convertirlo en el lugar propicio para la instalación definitiva de algunos programas asilares que aún permanecían cercanos a la Plaza de Mayo. La intervención del Consejo de Higiene evitó en algún caso la construcción de estos programas durante un tiempo, pero ya hacia el final del siglo XIX edificios destinados a cárceles y lazaretos municipales fueron erigidos en las proximidades de La Convalecencia consolidando y ampliando aún más el carácter “sanitario” de este sector.

Esta recurrente asociación posicionó a dichos terrenos como marginales a la vez que autónomos en tanto fragmento urbano. En sus orígenes en el siglo XVIII correspondían a lo que se llamaba el ejido, una porción intermedia entre la traza y la campaña. A partir de la independencia de las Provincias Unidas del Río de la Plata se debatieron distintos proyectos acerca de extender la traza fundacional a los alrededores del centro y, al no ser exactamente viable debido a que ya existían títulos de propiedad en los alrededores, se implementó una rectificación parcial.²⁰ Ella alcanzó también a los alrededores de La Convalecencia, pero su perímetro se mantuvo inalterable y su superficie quedó inmersa en la trama ortogonal.

En los planos mencionados inicialmente, que eran de principios del siglo XIX, se veía al fragmento urbano claramente aislado y alejado de la ciudad regular. Como puede verse en la **Figura 6**, los planos de Buenos Aires fueron dejando registro de la forma en que los bordes de estos terrenos se fueron consolidando con la traza urbana amanzanada. A partir de la década de 1860, puede observarse todavía aislada de la traza pero en relación con los caminos que conducían a barracas y a las vías de ferrocarril. Hacia

20 Favelukes y Novick (2019).

los años 1880 ya se representó rodeada por la trama regular en tres de sus lados. Finalmente, para el año 1895 aparece completamente rodeada por manzanas, que es exactamente la misma forma urbana que uno puede encontrar si mira un mapa actual del sector.

Figura 6: De arriba hacia abajo: 1.º: Plano de Buenos Aires de la Guía Nacional. Autor: Pablo Basch (1895). 2.º: Plano de la Ciudad de Buenos Aires. Nomenclatura de las calles. Autor: Oficina Municipal de Obras Públicas (1882). 3.º: Plano de la Ciudad de Buenos Aires indicando las líneas de ferrocarriles y Trenways. Autor: Aymez (1866). Fuente: *Mapa Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*, Ministerio de Desarrollo Urbano del GCBA (2009).

Entonces, si bien esta agrupación de programas fue coherente en su momento con el concepto médico-moral de la implantación extramuros,²¹ generó otro tipo de complicaciones vinculadas a lo técnico arquitectónico y a la infraestructura urbana a medida que la mancha urbana se expandía. Ya desde los años posteriores a Caseros “después de levantado el terreno se sintieron las dificultades provenientes de la distancia adonde había que llevar los materiales”.²² Más tarde también acarrearía problemas, como se vio, con el trazado urbano regular, el empedrado, los servicios de aguas corrientes y cloacas,²³ por la lejanía del centro de la ciudad a la que este sitio se encontraba emplazado.

A lo largo de este complejo devenir que duró prácticamente un siglo, se consolidó la fisonomía de estos terrenos casi tal como los conocemos hoy. Las calles que los delimitan no han cambiado. Hacia el interior, en el sitio donde estuvo la Casa de Dementes, hoy hallamos el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres “Jose Tiburcio Borda”, sobre las huellas del Hospital Nacional de Alienadas hoy se emplaza el Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres “Braulio A. Moyano”, y sobre el Hospicio de los Inválidos hoy existe el Hogar de Ancianos “Guillermo Rawson”. Estas transiciones dan cuenta de la continuidad de la connotación vinculada a la locura que fue posible rastrear desde principios del siglo XIX con las prácticas de

21 Ver *Fuera y lejos de las ciudades* en este libro.

22 *MMCBA* (1860): 52.

23 Ver *Los puntos distantes* en este libro.



convalecencia. A continuación se analiza el caso del primer asilo de Buenos Aires, para lograr una aproximación en escala arquitectónica de este proceso de especialización y especificación de los programas de aislamiento.

Una Casa de Dementes

A pesar de las insuficiencias de recursos monetarios, el problema de alojar a los dementes era una preocupación recurrente para la Municipalidad desde mediados de 1850. El sitio elegido para tal fin fueron los ya mencionados terrenos de La Convalecencia, en parte con el criterio médico vigente de la época, pero también en respuesta a una cuestión pragmática de que se disponía allí de la superficie necesaria y por ese entonces no había más presupuesto disponible para la compra de nuevos lotes. En el año 1858, la Legislatura sancionó una ley y puso a disposición la suma de dos millones de pesos, provenientes de la venta de otras tierras municipales, para avanzar con la construcción de una “Casa de Dementes y el Cementerio del Sur”.²⁴ Se trataba de un programa conjunto que atendía a una mayor demanda de espacio para los dementes que el Hospital General de Hombres ya no podía alojar, puesto que “la humanidad y el progreso hacían ya urgente esta mejora”,²⁵ y de hacer sitio a las sepulturas que por causa de varias epidemias no daba abasto el único cementerio que tenía la ciudad, el del Norte (actual Recoleta).

Por el año 1858 circulaba más de un proyecto arquitectónico para la Casa de Dementes. Varios de ellos respondían a un llamado a concurso público, aunque también se habían presentado propuestas de forma privada. El Consejo de Obras Públicas, en conjunto con la Facultad de Medicina, obró como jurado para la selección del trabajo ganador, entre la decena de proyectos presentados. Se optó por la propuesta de los arquitectos Enrique Hunt y Hans Schroeder (**Figuras 7 y 8**).²⁶

²⁴ *MMCBA* (1858): 15.

²⁵ *MMCBA* (1860): 53.

²⁶ Los arquitectos Enrique Hunt y Hans Schroeder son reconocidos por algunos autores como los

Figura 7: Proyecto de Casa de dementes. Planta. Autores: Enrique Hunt y Hans Schroeder. Fuente: *MMCBA* (1859).

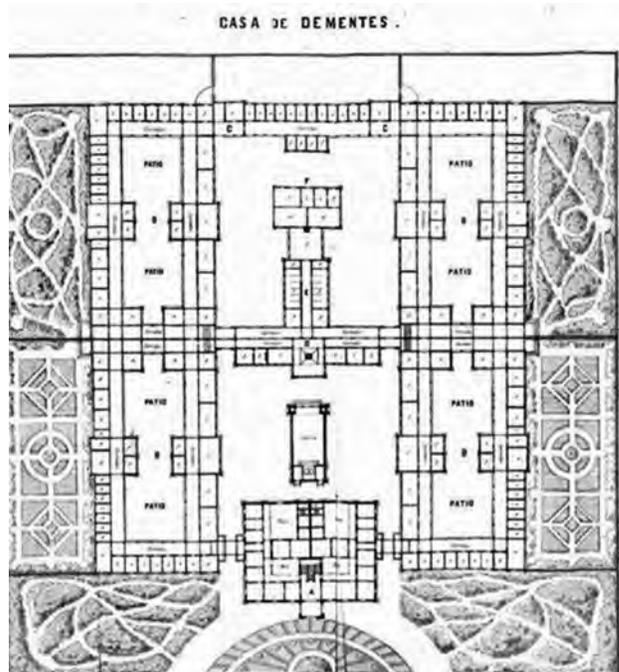


Figura 8: Proyecto de Casa de dementes. Perspectiva. Autores: Enrique Hunt y Hans Schroeder. Fuente: *MMCBA* (1859).



iniciadores de la arquitectura bancaria argentina, y a ellos se deben obras como el Banco de Londres (1867) y el Banco de la Provincia de Buenos Aires (1874), hoy demolidas, y el Banco Hipotecario de la Provincia de Buenos Aires (1876) que hoy es una de las sedes del Banco Central, ubicado en San Martín 275. En: http://www.bcra.gob.ar/Institucional/Patrimonio_Arquitectonico.asp

A tono con los proyectos hospitalarios de la época,²⁷ los arquitectos propusieron un planteo visiblemente racional y sistemático en planta. En el eje de simetría y en forma continua se ubicaban el acceso, la administración, la capilla, oficinas, baños y lavaderos. En el perímetro se situaban cuatro áreas de igual dimensión que permitirían la separación de los dementes según fuera necesario. Cada una de estas áreas se articulaba en función de un patio central al que rodeaban los dormitorios de los enfermos, salones y servicios. En cada una de las esquinas, un sector de guardia permitiría controlar a los pacientes. Finalmente, y separado del resto, un sector destinado a los “locos de atar”, considerados prácticamente incurables completaba la composición arquitectónica. La capacidad del establecimiento sería de 120 alienados.

Para la ejecución de esta obra se designó una Comisión integrada por el Dr. Ventura Bosch, como Presidente, Mariano Miró en el cargo de Tesorero y Felipe Botet en el de Secretario. El 8 de octubre de 1859, la Corporación Municipal sancionó:

Autorízase á las comisiones de Obras Públicas y Filantrópica para que contraten la obra de mano y materiales para la construcción de la Casa de Dementes en la parte designada en el plano aprobado por la Municipalidad, no excediendo su costo total de la suma de un millón doscientos mil pesos, calculada por el presupuesto respectivo.²⁸

De inmediato se celebraron tres contratos: uno para el área de carpintería (Pedro Capella), el otro de albañilería (Santiago Ferrando), y el último de herrería (Pedro Charamonte).

En el año 1866 el edificio estaba pronto a terminarse. Para ese momento 202 enfermos habían sido asilados allí, de los cuales prácticamente la mitad eran extranjeros, es decir que su capacidad ya estaba excedida. Con este primer asilo aún en construcción, surgió la necesidad de edificar otros programas complementarios en los mismos terrenos. Principalmente,

27 Ver *Arquetipos del hospital* en este libro.

28 *MMCBA* (1859): 29.

el proyecto de Hunt y Schroeder no incluía talleres de oficios, necesarios como parte de una propuesta de “terapia trabajo” que justamente mediante la inclusión de los asilados en distintos oficios pretendía lograr su reinserción en la sociedad y, por ende, en el medio urbano. Dicha propuesta fue transversal a distintos programas asilares, como también se vería luego en la Penitenciaría Nacional o la Cárcel Correccional.²⁹

De ello resultó, como primera medida, la construcción prácticamente en simultáneo a la finalización de la obra principal, de un lavadero de ropas a vapor en los terrenos del establecimiento. En él se podía emplear a los asilados y prestar servicios a los otros hospitales de la ciudad, sin costo alguno como parte de su “labor recreativa”.³⁰ Ya para 1872, bajo dirección del Dr. José M. Uriarte, se prestaba este servicio al Hospital General de Hombres, el Hospital San Roque, la Cárcel Pública y el Asilo de Mendigos.³¹ Con una intención similar, luego se diseñó un parque perimetral donde los asilados practicaban jardinería, una huerta que cultivaban, y se construyeron diversos talleres de oficios. En algunas ocasiones también se ha referido que estas ampliaciones al aire libre eran, en cierta forma más allá de la cuestión del empleo, una respuesta alternativa al hacinamiento y la falta de espacios cubiertos para emplear a todos los internados durante las horas del día.

En estas fechas se comenzaron a planificar ampliaciones edilicias necesarias y se formó una comisión a tal efecto. El número de alienados había aumentado al doble, llegando a albergar a 400 enfermos, por lo que se encargó nuevamente a Enrique Hunt la construcción de una nueva administración para utilizar el espacio que ésta ocupaba en ese momento para asilar nuevos enfermos mientras se planificaba un futuro ensanche.³² En el contrato celebrado con el arquitecto ya aparece la nueva denominación de la Casa de Dementes como Hospicio de las Mercedes.

29 Caimari (2004); Vezzetti (1985).

30 *MMCBA* (1876): 27.

31 *MMCBA* (1872): 33.

32 *MMCBA* (1873): 205.

Los fondos que hubieran sido necesarios para llevar a cabo la obra fueron empleados en el pago de sueldos atrasados del personal de diversos hospitales, por lo que las obras fueron postergadas sucesivamente. Si la situación continuaba de esta manera, señalaba el director Uriarte, no quedaría más remedio que “disminuir el número de alienados, los que tendrían que vagar por las calles de la ciudad sirviendo de escarnio a la muchedumbre y acusando nuestra indolencia”.³³ Esto efectivamente sucedió en 1877 con el pedido de la Municipalidad a la Nación de que las provincias ya no enviaran a sus dementes allí, aunque las *Memorias Municipales* posteriores denuncian que esta orden no era cumplida.³⁴ Debe considerarse que las provincias no contaban con establecimientos acordes para esta necesidad.

Para el año 1878 la Comisión finalmente se volcó por un primer proyecto de ensanche presentado por el arquitecto Enrique Aberg, quien también había presentado propuestas para el concurso de la Penitenciaría de Buenos Aires, y que en este caso no cobraría honorarios ni por la confección del proyecto ni por la dirección de obras. En la **Figura 9** puede verse una serie de plantas que formaban parte de sus propuestas, que en todos los casos consistía en formar nuevos sistemas de patios rodeados por habitaciones, de forma similar al proyecto original.

Sin la aprobación municipal para la ampliación se procedió a construir dos galpones para 60 enfermos y luego se alquiló una propiedad vecina, pero aun así la capacidad resultaba insuficiente.

Las obras finalmente iniciaron en 1882, con un proyecto más ambicioso que el anterior. Como puede verse en la planta (**Figuras 10 y 11**), los nuevos sectores en construcción permitirían sumar nuevos dormitorios y áreas destinadas a comedores. Según la memoria de proyecto elaborada por Enrique Aberg, “(...) el ensanche corresponde al incremento que este Hospicio ha de tomar desde que Buenos Aires es la Capital de la República y que su población aumenta extraordinariamente”.³⁵ Allí señalaba también que la distribución general se había planificado siguiendo los consejos e

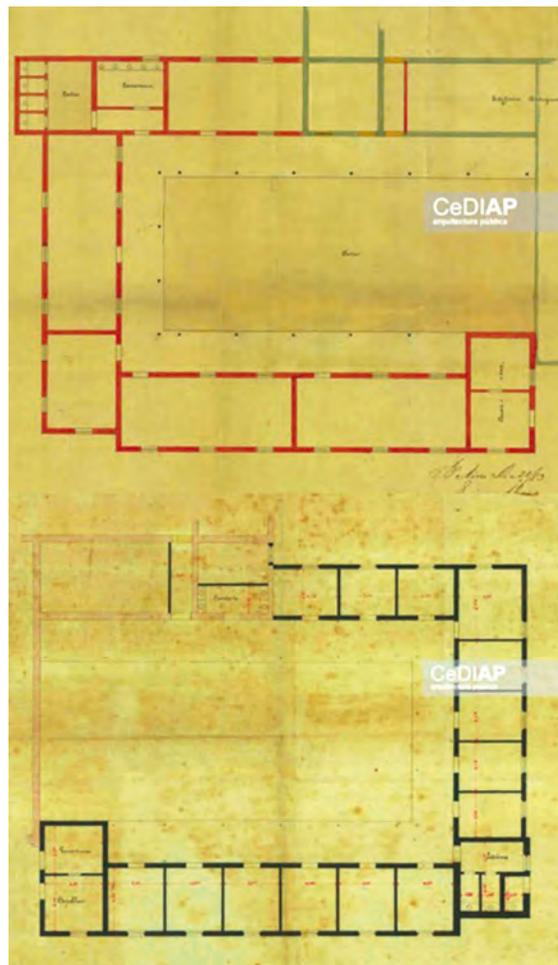
33 *MMCBA* (1876): 27.

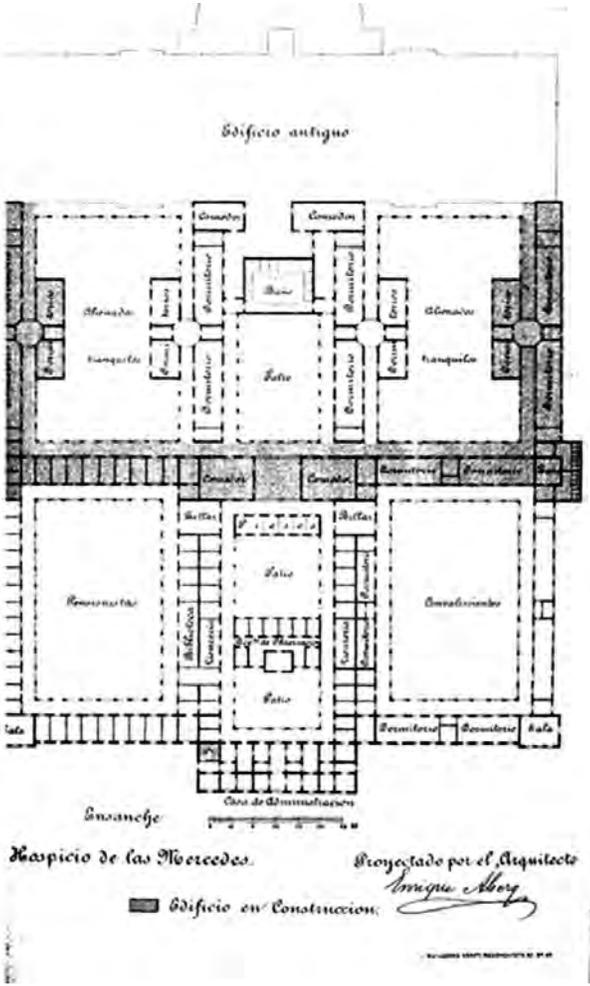
34 *MMCBA* (1877): 89.

35 *MMCBA* (1882): 271.

indicaciones de los hombres de ciencia, sectorizando el conjunto entre los alienados tranquilos (150 camas), los pensionistas de primera clase (55 camas) y los de segunda clase (60 camas). Todos los dormitorios se ubicarían rodeando a los patios de manera que un mismo guardián pudiera vigilar 2 o 3 dormitorios a la vez. En un sector apartado, cercano al edificio antiguo, se construiría un departamento de furiosos con capacidad para 18 alienados. En total, sumando espacios de observación, la capacidad del establecimiento ascendería a 300 camas.

Figura 9: Serie de propuestas de Aberg para el ensanche de La Convalecencia y la Penitenciaría, 1882. Fuente: Documento perteneciente al Archivo del Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública — CeDIAP— del CDI del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas.





Figuras 10 y 11: Proyecto de ensanche para el Hospicio de las Mercedes. Planta y Frente. Autor: Enrique Aberg (1882). Fuente: *MMCBA* (1882): 271.

Como puede verse a partir de la memoria de Aberg, las obras de ensanche del Hospicio se vinculaban con el carácter que debían ahora tener las obras de la ciudad de Buenos Aires como capital de la Nación. En ese sentido, debía poder estar a la altura de las instituciones análogas ubicadas en los países más desarrollados. En *Memorias Municipales* previas ya podía percibirse la comparación con aquellas, fundamentalmente a través de la estadística. Pero con el nuevo ensanche en proceso de construcción se pensó en un estudio más cercano, con el objetivo de poder importar los avances científicos de vanguardia. Con tal fin, el Concejo Deliberante de la Municipalidad encargó al Dr. Eduardo Pérez el relevamiento de los principales establecimientos frenopáticos y manicomiales de Europa.

Así se consolidó uno de los primeros edificios asilares proyectado y construido en Buenos Aires según principios de separación de los individuos acorde a determinadas afecciones. Progresivamente, los primeros edificios fueron entrando en desuso debido a las malas condiciones higiénicas que presentaban, y se reemplazaron por las nuevas instalaciones que mejoraron las condiciones de habitabilidad de los enfermos. Este aspecto y otros continuarían mejorándose con la construcción de talleres de zapatería, carpintería, escobería y sastrería, junto con la separación del resto de la ciudad, materializando un muro perimetral en 1892 (**Figura 12**). Estos últimos eran solicitados por el director Lucio Meléndez desde hacía algunos años, como señal de lo dificultosa que se estaba haciendo la tarea de sostener la disciplina y el tratamiento a todos los dementes que eran derivados al Hospicio. Las estadísticas que se presentaban año a año en las *Memorias Municipales* daban cuenta de que el porcentaje de “curados” y “mejorados” fue disminuyendo durante la década de 1890, en línea con la teoría de Rothman de cierto proceso de degradación de la institución y la eficiencia de sus prácticas en el tratamiento.

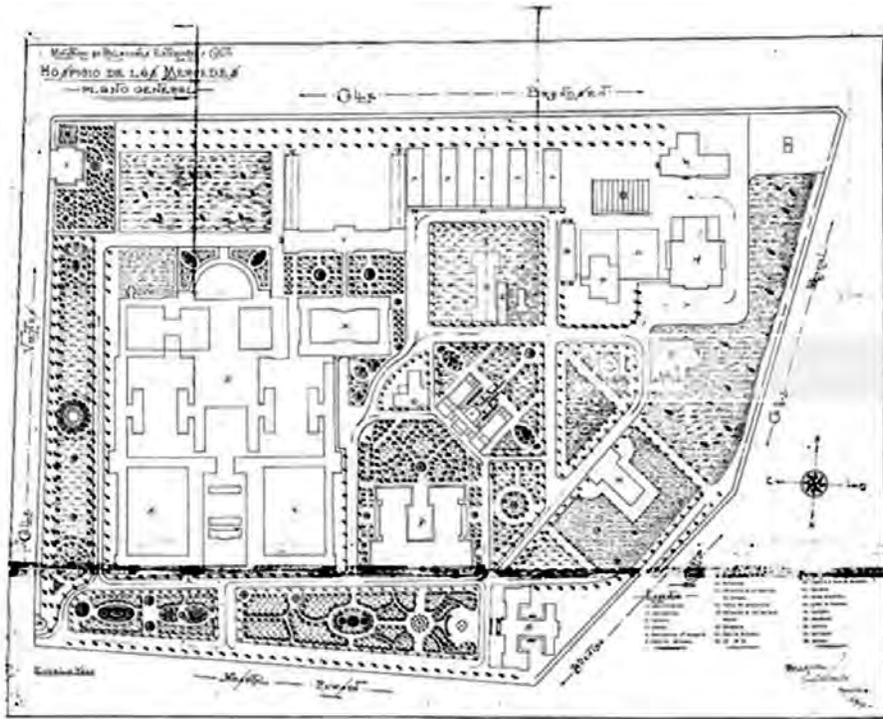


Figura 12: Hospicio de las Mercedes. Planta general. Fuente: Documento perteneciente al Archivo del Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública —CeDIAP— del CDI del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas (1915).

A partir de 1893, con la asunción de la dirección por parte del Dr. Domingo Cabred, se daría un quiebre institucional y funcional que, ante la necesidad de implementar nuevas medidas que devolvieran la eficiencia a la institución y en sintonía con las nuevas nociones médicas, lo convertiría en un “notable instituto de psiquiatría de caridad, de curación y docente”.³⁶ Más allá de este caso particular, el movimiento de individuos, como los locos-mendigos y los locos-criminales entre instituciones asilares distintas, da cuenta de que el problema de la determinación y el tratamiento de las afecciones morales estaba, a fines del siglo XIX, lejos de resolverse.

³⁶ Meyer Arana (1911): 340.

Palabras finales. De marginal a cardinal, de locos a pacientes

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, el sur de Buenos Aires en general y estos terrenos en particular fueron los sectores de la ciudad donde se proyectaron y se buscaron instalar prácticamente la totalidad de los proyectos asilares propios del siglo XIX. En efecto, dentro de La Convalecencia o en sus cercanías se propuso la construcción de asilos de dementes, cárceles, lazaretos, hospicios, cementerios y hospitales. Bajo el argumento de que sus condiciones topográficas permitían la correcta aireación gracias a su relativa altura con respecto a sus alrededores, parecía ser el lugar propicio para instalar este tipo de programas que necesitaban estar alejados del medio urbano regular. A pesar de que muchos de estos proyectos finalmente no se materializaron, tanto por cuestiones presupuestarias como por el riesgo que para algunos organismos significaba la reunión de tantos programas “contaminantes” en un mismo lugar, lo cierto es que La Convalecencia volvía a aparecer recurrentemente como posibilidad a la hora de proyectar nuevas arquitecturas de reclusión.

En cierta forma, esto posibilita revisar la condición de “marginal” de estos terrenos. En parte, el hecho de que la trama urbana haya permanecido irregular hasta el día de hoy enfatiza el carácter autónomo de esta pieza urbana y su fragmentación del resto de la ciudad regular.³⁷ Pero por otro lado, se consolidó como un área central o epicentro en lo referido a la sanidad en Buenos Aires. En la sucesión de distintas cartografías se puede ver cómo, ya para fines del siglo XIX, grandes superficies del sur de la ciudad habían sido destinadas efectivamente a arquitecturas sanitarias que en el cambio de siglo se completaron y complejizaron atendiendo a un nuevo paradigma hospitalario.

En ese sentido, se ha podido describir y analizar el proceso de especialización de uno de esos programas, la Casa de Dementes. En su trayectoria, como también sucedió con otros de los establecimientos construidos para el aislamiento, se entrelazaron problemas técnicos, presupuestarios

³⁷ Novick (2022).

y habitacionales, que volvieron sumamente complejo el funcionamiento para el que fueron proyectados. A la vez, su estudio resulta interesante ya que en su desarrollo es posible reconocer la incorporación de distintos cambios que buscaron transformarlo de un espacio netamente de contención a un ámbito de investigación. Esto permitía la observación de los pacientes, la sistematización de los saberes y el desarrollo de nuevas teorías médicas. El espacio asilar se convertía así en campo de ensayo de nuevos tratamientos de vanguardia.

Bibliografía

- Aliata, Fernando. (2006). *La ciudad regular: arquitectura, programas e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario 1821-1835*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes-Prometeo.
- Archivo General de la Nación. (1933). *Acuerdos del extinguido Cabildo de Buenos Aires*, serie III, tomo XI, años 1796 a 1800. Buenos Aires: Kraft.
- Archivo General de la Nación. (1933). *Acuerdos del extinguido Cabildo de Buenos Aires*, serie IV, tomo I, años 1801 a 1804. Buenos Aires: Kraft.
- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Caimari, Lila. (2004). *Apenas un delincuente, crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2009). *La ciudad y el crimen, delito y vida cotidiana en Buenos Aires, 1880-1940*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- (2012). *Mientras la ciudad duerme, pistoleros, policías y periodistas en Buenos Aires, 1920-1945*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Caride Bartrons, Horacio. (2011). Cuerpo y ciudad. Una metáfora orgánica para Buenos Aires a fines del siglo XIX. *Anales del IAA*, 41, 37-52.

- Casal, Pedro. (1900). *Sistemas penitenciarios*. (Tesis inédita). Buenos Aires.
- Castel, Robert. ([1976] 2009). *El orden psiquiátrico, edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Castoriadis, Cornelius. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Dal Castello, David. (2017). *La ciudad circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires (1868-1903)*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.
- Delumeau, Jean (1989). *El miedo en occidente*. Madrid: Taurus.
- Diario La Tribuna*, (23 de julio de 1869). Buenos Aires.
- Favelukes, Graciela y Novick, Alicia. (2019). Los bordes de la región de Buenos Aires. Algunas hipótesis de trabajo para la construcción de historias de larga duración. *Revista electrónica Urbana*, 11 (1), 7-41.
- Favelukes, Graciela. (2020). *El plano de la ciudad. Formas y culturas técnicas en la modernización temprana de Buenos Aires (1750-1870)*. Buenos Aires, Argentina: Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Foucault, Michel. ([1963] 2008). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- ([1964] 2003). *Historia de la locura*. Madrid: Editora Nacional.
- ([1975] 2009). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- ([1981] 2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- ([1997] 2007). *Seguridad, territorio, población, curso en el College de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gache, Samuel. (1879). *La locura en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta de M. Biedma.
- García Basalo, Juan Carlos. (1979). *Historia de la Penitenciaría de Buenos Aires (1869-1880)*. Buenos Aires: Editorial Penitenciaría Argentina.
- Goffman, Erving. (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Nueva York: Doudleday & Company Inc.

- Gorelik, Adrián. (1998). *La grilla y el parque, espacio público y cultura urbana en Buenos Aires, 1887-1936*. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Ingenieros, José. ([1919] 1957). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Elmer.
- ([1919] 1957a). *Criminología*. Buenos Aires: La Técnica Impresora.
- Kessler, Gabriel. (2009). *El sentimiento de inseguridad, sociología del temor al delito*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Krienke, Hossana. (2017). La “vida después” de la enfermedad. *Literatura y cultura victorianas*, 45 (1), 35-53.
- Korn, Alejandro. (1883). *Locura y crimen*. Buenos Aires: Imprenta LA NACIÓN.
- Liernur, Francisco y Silvestri, Graciela. (1993). *El umbral de la metrópolis, Transformaciones técnicas y cultura en la modernización de Buenos Aires 1870-1930*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- López Anaut, Pedro. (1902). *Alienados llamados delincuentes, contribución a su estudio* (Tesis). Buenos Aires: La semana médica. Imprenta de obras de Emilio Spinelli.
- Ministerio de Desarrollo Urbano del GCBA. (2009). *Mapa oficial de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1868-1873). *Actas de las sesiones de la Comisión Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta del Orden.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1856-1888). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Argentina: Imprenta de Jorge E. Cook.
- Meyer Arana, Alberto. (1911). *La caridad en Buenos Aires, Tomo I*. Barcelona: Imprenta Sopena.
- Moreno, José Luis. (2012). *Un asilo para los pobres. Los mendigos y sus historias de vida. Buenos Aires a mediados del siglo XIX*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Novick, Alicia. (2022). *Pensar y construir la ciudad moderna. Planes y proyectos para Buenos Aires, 1898-1938*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA, FADU-UBA.
- Otero, Hernán. (2020). A puertas cerradas. La vejez en instituciones en Buenos Aires y el Interior, 1850-1950. *Población de Buenos Aires*, vol. 17, núm. 29, 5-18.
- Paiva, Verónica. (2001). “El medio ambiente urbano porteño”. En *Seminario de Crítica del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” N.º 115*.

- Pita, Valeria Silvina. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Ramos Mejía, José María. (1899). *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Nación.
- Rothman, David. ([1971] 2017). *The discovery of the Asylum: social order and disorder in the new Republic*. Nueva York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Ruiz Diaz, Matías. (2018). *La ciudad de los réprobos. Historia urbana de los espacios carcelarios de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA, FADU-UBA.
- Salvatore, Ricardo y Aguirre, Carlos. (1996). *The birth of the penitentiary in Latin America: Essays on criminology, prison reform, and social control, 1830-1940*. Austin: University of Texas Press.
- Taullard, Alfredo. (1940). *Los planos más antiguos de Buenos Aires 1580-1880*. Buenos Aires: Peuser editores.
- Vezzetti, Hugo. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Fuera y lejos de las ciudades

Análisis territorial de las instituciones sanitarias en la segunda mitad del siglo XIX

En este trabajo la intención es estudiar las lógicas de ubicación e implantación de algunos dispositivos asistenciales y sanitarios, especialmente los hospitales, a partir de la idea de enfermedad, su fuerte vinculación con el agua y su impacto en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX.

Nos interesa el rol que tuvo el paradigma miasmático y la idea de enfermedad en la construcción de la ciudad –entendida como un cuerpo– y cómo estas ideas, moldeadas por el pensamiento médico de la época, son las que determinaron algunas intervenciones en la ciudad.

Sostenemos como hipótesis que el territorio circundante a la Ciudad de Buenos Aires, sus límites y bordes, como la costa del Río de la Plata y las tierras inundables en torno a esta, fueron fundamentales en la delimitación de los espacios para la salud y la enfermedad. Nuestro objetivo es caracterizar los territorios de la enfermedad en función de sus bordes naturales y artificiales.

Entendemos la gran relevancia que tuvo la tratadística francesa en el campo hospitalario, tanto en la escala arquitectónica como en la urbana y territorial. Por eso, para esta investigación se revisarán algunos discursos del higienismo local en el período mencionado, contrastándolo con algunas ideas del higienismo francés en lo que concierne a lo urbano. Es-

tos discursos presentaban a la ciudad como un organismo que debía ser intervenido y curado, a través del despliegue estratégico de una serie de dispositivos sanitarios sobre la topografía del cuerpo urbano.

Como metodología, proponemos entrecruzar las fuentes escritas con las fuentes gráficas. Es decir, contrastar las ideas presentes en los discursos con la información plasmada en las cartografías de la época. Para tal fin haremos un mapeo de las locaciones de las distintas instituciones de control sanitario —hospitales, hospicios, asilos— así como de otros programas insalubres —cementeros y mataderos— en el medio físico-geográfico de la Ciudad de Buenos Aires. Las cartografías seleccionadas nos permitirán revisar algunos procesos que se dan en Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX, previos a la Batalla de Caseros, y hasta finales del siglo, atravesando momentos importantes de la ciudad como fue el proceso de Federalización de la Capital en 1880, y su Ensanche en 1887.

La analogía biológica del cuerpo urbano

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la higiene ocupó un lugar central en ámbitos tan diversos como la medicina, la política, la arquitectura, lo social y lo urbano. Fue una forma de ejercitación del poder, que prevenía y anticipaba los problemas colectivos de la ciudad, convirtiéndose en una herramienta fundamental para observar, corregir, mejorar y reinventar el medio físico. Muchas de las ideas del higienismo tuvieron impacto en los instrumentos de planificación en la ciudad.¹ En términos urbanos, significaron la necesidad de saneamiento físico y moral de los cuerpos individuales, del cuerpo social, así como del cuerpo urbano.

La idea corporal de lo urbano se constituyó en la expresión más favorecida de la modernización de la ciudad y su metáfora funcional por excelencia. En los discursos de algunas figuras locales como Guillermo Rawson, Eduardo Wilde, y José Ramos Mejía —los tres eran políticos y médicos—

1 Paiva (1997).

se recurría a la analogía de lo corporal para referirse a las distintas partes e infraestructuras de la ciudad. Las calles eran los pulmones, luego reemplazadas por los parques en la función respiratoria de la ciudad.² Las cañerías de agua eran consideradas las arterias,³ y la capital en su totalidad era el cerebro de la Nación.⁴

Así proponían un vínculo estrecho entre la salud, la moral y la civilización, por lo que la enfermedad venía a encarnar todo lo contrario, lo indecente y el atraso tecnológico. Esta analogía se extendió a la esfera de la Nación, estableciendo las condiciones para un estado física y moralmente sano.⁵ La categoría de enfermedad significó para el higienismo “una oportunidad para imaginar escenarios alternativos”⁶ y pasó a ser operativa a la analogía biológica del cuerpo urbano, como excusa para intervenirlo y sanarlo: “El dispositivo de control de la enfermedad conllevaba, al mismo tiempo, la creación y consolidación de nuevas pericias científicas, nuevos espacios de discusión y nuevos instrumentos de regulación”.⁷

Dentro de este movimiento surge el concepto de higiene pública, entendida como la higiene de los pobres y desamparados, bajo la administración del Estado nacional y las autoridades municipales, que se convirtieron en los encargados de “vigilar todo el terreno en que ha de ejecutarse el desenvolvimiento social”.⁸ Entendemos así los dispositivos sanitarios del higienismo imbricados en una relación de control y vigilancia higiénica de la ciudad, y de los cuerpos. La ciudad en sí misma era considerada un cuerpo que debía ser vigilado para evitar la enfermedad e intervenido para poder ser curado.⁹

En las intervenciones urbanas iniciadas por la higiene pública tuvieron un rol central los médicos y aquellos encargados de la administración del Estado, que fueron quienes tomaron las medidas sobre el saneamiento de

2 Rawson (1876): 2 y 106.

3 Wilde ([1878] 1885): 111.

4 Ramos Mejía (1899): 288.

5 Caride (2017): 30.

6 Armus (2007): 31.

7 Caride (2011): 43.

8 Wilde ([1878] 1885): 8.

9 Wilde ([1878] 1885): 26 y 31.

las ciudades y la higiene de todo el territorio.¹⁰

Bajo estos parámetros cobró impulso la intervención higiénica de Buenos Aires. Al igual que otras ciudades modernas, era considerada por los referentes de la época como una ciudad enferma. El número óptimo de habitantes para asegurar la buena higiene y sanidad de la población era cincuenta mil, cifra que para mediados del siglo XIX muchas capitales ya sobrepasaban. Buenos Aires en 1869 tenía ciento cincuenta mil habitantes y en 1885 trescientos mil, es decir, estaba lejos de aproximarse al ideal pretendido de ciudad sana.¹¹

Lógicas de implantación en la ciudad según los modelos franceses

A partir del siglo XVIII la profesionalización de la medicina, impulsada por la ilustración y el enciclopedismo, trajo aparejada la sistematización y estandarización de los saberes médicos y sus procedimientos. Esto se vio reflejado en la cantidad y diversidad de producciones escritas y tratados sobre el tema. Como se explica en el capítulo *Arquetipos de hospital* de esta publicación, gran parte de la tratadística médica sobre la higiene fue elaborada en Francia, más específicamente en París.¹²

La modernización de la práctica médica implicó también la intervención del espacio hospitalario, por lo cual la “cuestión hospitalaria” se volvió central en la tratadística francesa, en términos arquitectónicos, urbanos y territoriales.

La intervención médica o medicalización¹³ del espacio hospitalario instrumentalizó al hospital como baluarte del conocimiento médico y desplazó la función asistencial y caritativa que lo caracterizaba para conver-

10 Rawson (1876): 1.

11 Wilde ([1878] 1885): 32.

12 Entendemos que Inglaterra también destacó en el diseño y la construcción de hospitales. Sin embargo, sus mayores esfuerzos estuvieron en la clasificación, aislamiento y reclusión de sus pacientes —lo cual puede verse en la variedad de lazaretos y “*asylums*” que construyeron— por lo que para este trabajo decidimos tomar el modelo francés. Para profundizar en las relaciones y vínculos entre Francia e Inglaterra en términos de arquitectura hospitalaria ver Rosenau (1970).

13 Para profundizar sobre la medicalización del espacio hospitalario ver Foucault (1979).

tirse en un dispositivo sanitario para curar y vigilar a la población. De esta manera, aquellos “pobres desamparados” como los ancianos, mendigos, huérfanos, expósitos, inválidos y dementes, fueron expulsados del espacio hospitalario. Esto generó la necesidad de crear nuevos programas arquitectónicos para contenerlos, como los hospicios, los asilos, las casas de sanidad, etc., lo cual explica la obsesión de médicos e higienistas en este período por separar, caracterizar y definir cada uno de estos programas.

Uno de los exponentes médicos de estos discursos fue el cirujano francés Jacques-René Tenon, miembro de la *Academie royale de sciences*, que en 1788 publicó su obra más difundida, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Se trataba de un relevamiento de los distintos hospitales de la capital francesa, a fin de sintetizar una serie de premisas para la organización y ubicación de los hospitales en la ciudad, que inspiró en gran medida las políticas hospitalarias del siglo XIX.

Según Tenon, algunas enfermedades incurables y contagiosas, como la lepra y la tuberculosis, crearon la necesidad de colocar los hospitales en el perímetro de la ciudad.¹⁴ En su trabajo proponía una categorización para los hospitales, y sus lógicas de ubicación. Los hospitales pequeños podían estar en el centro de la ciudad, mientras no fueran de enfermos contagiosos. Los hospitales de mayor tamaño por una cuestión de espacio y para evitar el hacinamiento debían estar en las afueras. Los hospitales de enfermedades contagiosas, fueran grandes o pequeños, debían necesariamente ubicarse en las afueras de la ciudad.

Para la implantación de un hospital, el terreno debía ser preferentemente en “pendiente, lejos de los lugares húmedos, de las aguas estancadas y fangosas”,¹⁵ lo cual significaba también fuera de la ciudad, en la periferia, en lugares secos y alejados de la humedad. En la **Figura 1** se ve el impacto de estas ideas en el campo hospitalario de la capital francesa. La mayoría de los hospitales se ubicaban alejados del centro de la ciudad, y alejados del curso del Sena, en búsqueda de altura y a una considerable distancia de las de zonas húmedas.

¹⁴ Tenon (1788): 144.

¹⁵ Texto original: “*qu'on les placera de préférence sur un terrain en pente, loin des lieux humides, des eaux stagnantes et vaseuses*” (traducción propia). Tenon (1788): 116.

Figura 1: Hospitales, hospicios e instituciones asistenciales de París.
Fuente: Elaboración propia sobre la base del plano del Consejo General de la administración de instituciones públicas de París (1820).

Estas pautas proyectuales y organizacionales fueron retomadas en la tratadística de Michel Levy,¹⁶ un médico y profesor de higiene francés, que en su trabajo *Traité d'hygiène publique et privée* (1844) propuso un abordaje a temas relacionados con la higiene, aunque tan diversos que parecerían no tener un correlato, como las enfermedades, sus síntomas y tratamientos, hasta los hábitos de limpieza, la buena alimentación, la educación, los materiales en general, los distintos climas, los tipos de suelo, llegando a abarcar también la arquitectura y la ciudad.

En lo relativo a los hospitales y hospicios, algunos de los interrogantes y debates ya habían sido discutidos por Tenon, como el tamaño y extensión que debían tener, así como su tipología y organización general. Levy se inclinaba a considerar más adecuados los hospitales pequeños por sobre los grandes, para evitar la aglomeración y hacinamiento de enfermos, bajo la consigna *Mínima de malis*: “mientras menos enfermos contengan [los hospitales], más saludables serán”.¹⁷

En cuanto a la ubicación de los hospitales era más claro y contundente. Indistintamente de su función y tamaño, todas las instituciones sanitarias debían ubicarse “fuera y lejos de las ciudades”,¹⁸ y de implantarse en la ciudad deberían estar en el barrio menos poblado, en un terreno elevado, “alejado de fábricas, fosos de murallas, pantanos, mataderos, orillas de ríos, y cementerios”.^{19 20}

16 Este autor resulta especialmente relevante ya que es citado en numerosas ocasiones por Guillermo Rawson en *Conferencias sobre Higiene pública* (1876).

17 Texto original: “*Moins ils contiennent de malades, plus ils sont salubres*” (Traducción propia). Levy ([1844] 1879): 526.

18 Texto original: “*hors et loin des villes*” (Traducción propia). Levy ([1844] 1879): 525.

19 Texto original: “*éloigné des usines, des fossés de remparts, des marais, des abattoirs, du bord des rivières, des cimetières*” (Traducción propia). Levy ([1844] 1879): 525.

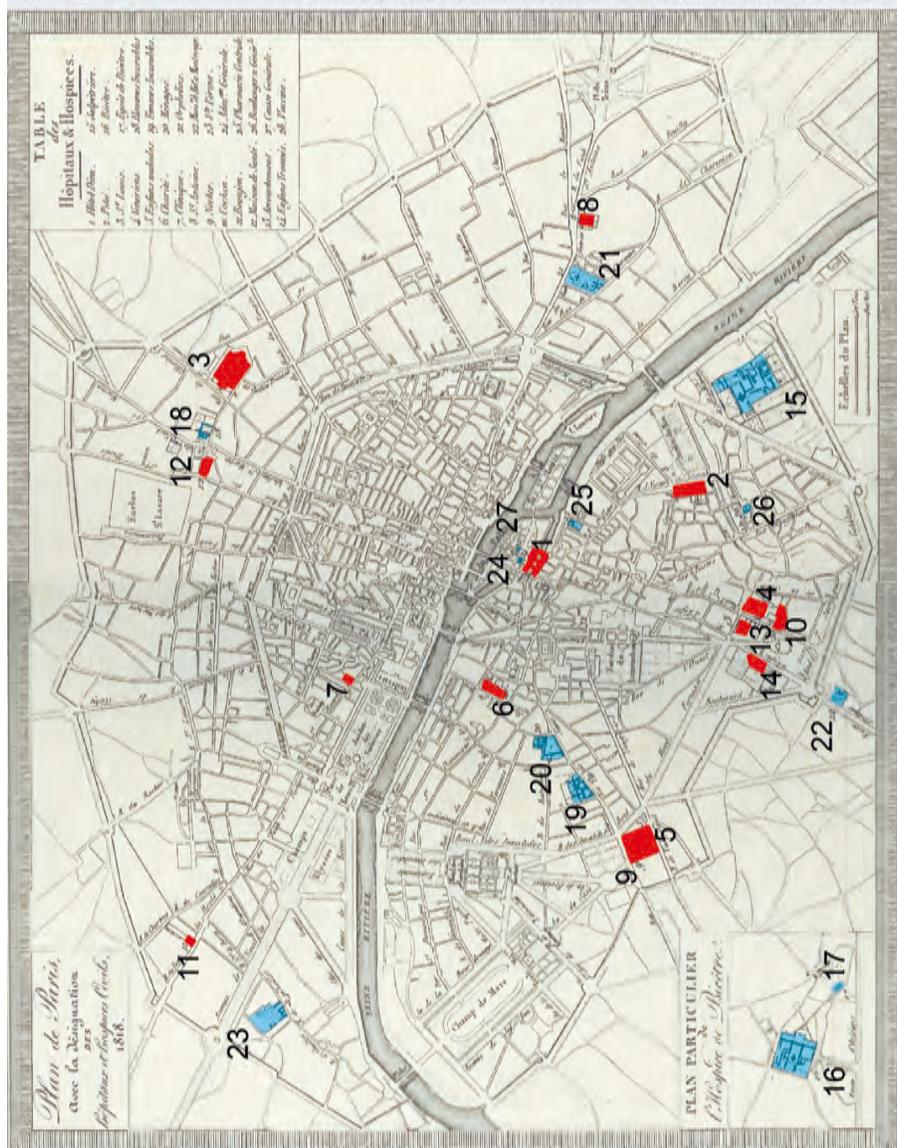
20 La indicación de Levy de ubicar los hospitales lejos de mataderos y cementerios entra en tensión con la realidad de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX, donde los hospitales, cementerios, asilos, basurales y mataderos se ubican en las mismas locaciones por ser considerados todos espacios insalubres.

Referencias:

● Hospitales

● Hospicios, instituciones asistenciales, edificios administrativos

- 1- Hôtel-Dieu
- 2- Hospital de la Pitié
- 3- Hospital Saint-Louis
- 4- Hospital de enfermedades venereas
- 5- Hospital de niños enfermos
- 6- Hospital de la Caridad
- 7- Hospital de la Clínica
- 8- Hospital Saint-Antoine
- 9- Hospital Necker
- 10- Hospital Cochin
- 11- Hospital Beaujon
- 12- Casa Real de la salud
- 13- Hospital obstetrico/de partos
- 14- Hospital de niños expositos
- 15- Hospicio de la Salpêtrière
- 16- Hospicio de Bicêtre
- 17- Desagüe de Bicêtre
- 18- Hospicio de hombres incurables
- 19- Hospicio de mujeres incurables
- 20- Hospicio de ancianos
- 21- Hospicio de huérfanos
- 22- Casa de retiro de Mantes
- 23- Inoculación de Sainte-Péline
- 24- Administración General
- 25- Farmacia Central
- 26- Parahera general
- 27- Caja y archivo de la Administración General
- 28- Hospicio central de inoculación



En 1844, el año en que se publicó la primera edición del trabajo de Levy, también se publicaba *Des hôpitaux et hospices civils de la ville de Paris* de Ange Blaize. El texto presentaba una serie de críticas a las autoridades ante el estado de abandono de las instituciones hospitalarias, un proceso similar al que estaba atravesando la ciudad de Buenos Aires en ese mismo período.²¹

Ciertos planteos de Blaize deben comprenderse a la luz de lo que planteaba Diderot sobre la intervención médica del diseño hospitalario. Los antiguos hospitales de la capital francesa se construyeron bajo unas premisas que no consideraban el posible hacinamiento, ventilación, iluminación de las salas, lo que posicionaba a los médicos en el lugar de administradores y gestores para remediar tanto los defectos de la construcción como los inconvenientes que trae consigo una aglomeración de personas que padecen enfermedades contagiosas.²²

Los procesos de modernización de la práctica médica y, por consiguiente, del hospital se dieron con la ascensión del médico como personaje fundamental en la gestión y construcción de estos espacios, e implicaron no sólo cambios en su arquitectura,²³ sino también en su ubicación e implantación, con la expulsión extramuros de estas instituciones. Además experimentaron un cambio en su funcionamiento, donde el foco pasó a estar en la curación más que en la contención, desplazando a una serie de sujetos “desamparados”. Esto trajo aparejado una gran diversificación programática de las instituciones asistenciales para poder clasificar a la población y poder darles los cuidados y la asistencia adecuada a sus dolencias y/o carencias. Dichas ideas y nociones serán reproducidas en los discursos de algunos higienistas porteños y tendrán un gran impacto en el espacio médico-asistencial de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX.

21 Aliata (2005).

22 Blaize (1844): 22.

23 Ver *Arquetipos de hospital*, en este libro.

La enfermedad como instrumento de intervención

Desde la segunda mitad del siglo XVIII, la noción de miasma resultó central en la explicación médica de la enfermedad. Los miasmas eran los efluvios y emanaciones pútridas que se desprenden de los cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas.

Sin embargo, con el surgimiento de la teoría microbiana en 1865 — impulsada especialmente por los descubrimientos de Louis Pasteur— las teorías miasmáticas comenzaron a ser cuestionadas. El paradigma miasmático que sostenía el higienismo necesitó varios años para perder vigencia. Hasta finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, muchas intervenciones en el espacio público, así como sus estrategias y lógicas para la ubicación de hospitales y otros dispositivos sanitario-asistenciales en la ciudad²⁴ aún suscribían a las ideas pre-bacteriológicas, alejando todo lo que pueda ser contaminante o causa de enfermedad.²⁵

Durante este periodo, en el ámbito del higienismo local, cobraron una especial importancia los factores geográficos, estacionales y atmosféricos. Las condiciones del aire y del agua fueron consideradas causas determinantes de epidemias.²⁶ Wilde en su *Curso de higiene pública* plantea que su estudio se tratará especialmente “del sitio en donde estamos, de la ciudad que habitamos, de lo que nos toca más directamente, de la luz, del aire, del agua, del suelo”.²⁷

Rawson, en *Conferencias sobre Higiene pública*, reproducía algunas de las ideas del ámbito francés, haciendo especial énfasis en la localización de los hospitales, donde explicaba que debían ser “extra-urbanos” como los cementerios.²⁸ En cuanto a las condiciones del terreno, este debía ser elevado, con buen drenaje, y alejado de los terrenos cenagosos o inundables, donde las materias orgánicas dejadas en las riberas por el movimiento de

24 Ver *Buena ciudad, buena arquitectura, buena sociedad*, en este libro.

25 Paiva (1997): 7.

26 Paiva (1997).

27 Wilde ([1878] 1885): 24.

28 Rawson (1876): 234.

las aguas se descomponían, generando los miasmas que envenenaban la atmósfera y ponían en riesgo la vida de la población.²⁹

Encontramos una diferencia significativa entre el discurso de Rawson y los referentes franceses, y es que el primero persistía en su visión del hospital como un establecimiento insalubre de primera clase. Esta noción ya había sido superada en muchos de los tratados de fines del siglo XVIII, donde se entendía al hospital como un instrumento médico que facilitaba la curación y la vigilancia de la enfermedad.³⁰ Debido a esta categorización del hospital como lugar insano es que se lo asociaba con otros dispositivos insalubres como los cementerios, mataderos, etc. Como vimos anteriormente, esta visión contrasta con el planteo de Levy, en donde el hospital era entendido como un lugar de salud, una máquina para la curación, por lo que no haría sentido agruparla junto con los programas insalubres. Sin embargo, esta divergencia sólo reforzó las iniciativas por localizarlos fuera de la ciudad.

Bajo este paradigma, la persistencia en seguir considerando al hospital como un lugar insalubre o enfermo permitía también continuar interviéndolo. Los discursos higienistas reconocieron en la enfermedad no sólo un virus o una bacteria sino también

una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, facilitar y justificar la creación y el uso de ciertas tecnologías y desarrollos institucionales, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud.³¹

La enfermedad y la medicina fueron considerados

un arsenal de recursos normalizadores constitutivos de la modernidad, las más de las veces entendidos como esfuerzos de racionalización capaces de desarrollar conocimientos y lenguajes disciplinares particulares destinados a controlar a los

29 Rawson (1876): 93 y 96.

30 Tenon (1788): 358.

31 Armus (2007): 17.

individuos y a sus cuerpos, a regular la sociedad, a etiquetar la diferencia y a legitimizar los sistemas ideológicos y culturales.³²

La enfermedad se constituyó como un instrumento de intervención que operaba evocando fantasías fruto del desconocimiento, incurabilidad y misterio que generaba en un período en donde el foco principal de la medicina era curar todos los males. El miedo a lo desconocido era el que ayudaba a construir estas miradas: “Toda enfermedad que es tratada como un misterio y temida lo suficiente será percibida como moral y físicamente contagiosa”.³³ La enfermedad no es solamente su sintomatología, sino que es una construcción o geografía imaginaria, no real, basada en estereotipos.³⁴

Existía una valoración negativa de la enfermedad en términos morales, considerada como algo que ocultar, algo de que avergonzarse.³⁵ La enfermedad era “considerada obscena —en el sentido original de la palabra— de mal agüero, abominable, repugnante para los sentidos”.³⁶ Se constituía como una idea que atraviesa tanto el plano físico y material como el moral, alimentado por el miedo y la ignorancia, la muerte, lo obsceno, y fundamentalmente basada en estereotipos y preconceptos.

En este período adquirió especial relevancia la tuberculosis, como el marco a través del cual interpretar la salud y la enfermedad.³⁷ La tuberculosis estaba asociada a los líquidos, las flemas, mocos y esputos, era considerada una “enfermedad húmeda” propia de las ciudades próximas a ríos y cuerpos de agua.³⁸ Por esto el agua y la topografía cobraron un rol central en términos de la salubridad de la población.

32 Armus (2007): 19.

33 Texto original: “*Any disease that is treated as a mystery and acutely enough feared will be felt to be morally, if not literally, contagious*” (Traducción propia). Sontag (1978): 6.

34 Sontag (1978): 3.

35 Texto original: “*so that disease widely considered a synonym for death is experienced as something to hide*” (Traducción propia). Sontag (1978): 8.

36 Texto original: “*it is felt to be obscene—in the original meaning of that word: ill-omened, abominable, repugnant to the senses*” (Traducción propia). Sontag (1978): 99.

37 Armus (2007): 16 y 17.

38 Sontag (1978): 13 y 15.

La topografía del cuerpo urbano

Como ya mencionamos, la conformación física de la ciudad se regía por la mirada médica en cuestiones relativas al ordenamiento y localización de infraestructura sanitaria, y la ubicación extramuros de dispositivos patógenos como mataderos, cementerios, saladeros, etc.³⁹

Tanto los dispositivos terapéuticos como los de control se volvieron fundamentales para asegurar la salud futura del cuerpo urbano. Aquellos lugares de la sociedad donde se había producido la enfermedad debían ser reorganizados, intervenidos y saneados.⁴⁰

La mirada médica del higienismo utilizó la idea de enfermedad y la metáfora del cuerpo como un recurso para normalizar, ordenar y controlar tanto a los individuos como al espacio urbano. La higiene no sólo debía regenerar el cuerpo sino también el alma, asignándole una valoración moral a la salud, donde la enfermedad era obscena, inmoral e indeseable.

Buenos Aires, en tanto ciudad fluvial, presentaba un conflicto entre el discurso del higienismo local y su modelo francés, que se veía materializado en la realidad geográfica del territorio y el espacio hospitalario. El centro de la ciudad no es atravesado por un río lineal como sucede en París, sino que la ciudad misma se despliega sobre la costa del río y sus afluentes donde la mancha urbana no sólo sigue la ribera sino que se configura a partir de una serie de valles fluviales.⁴¹

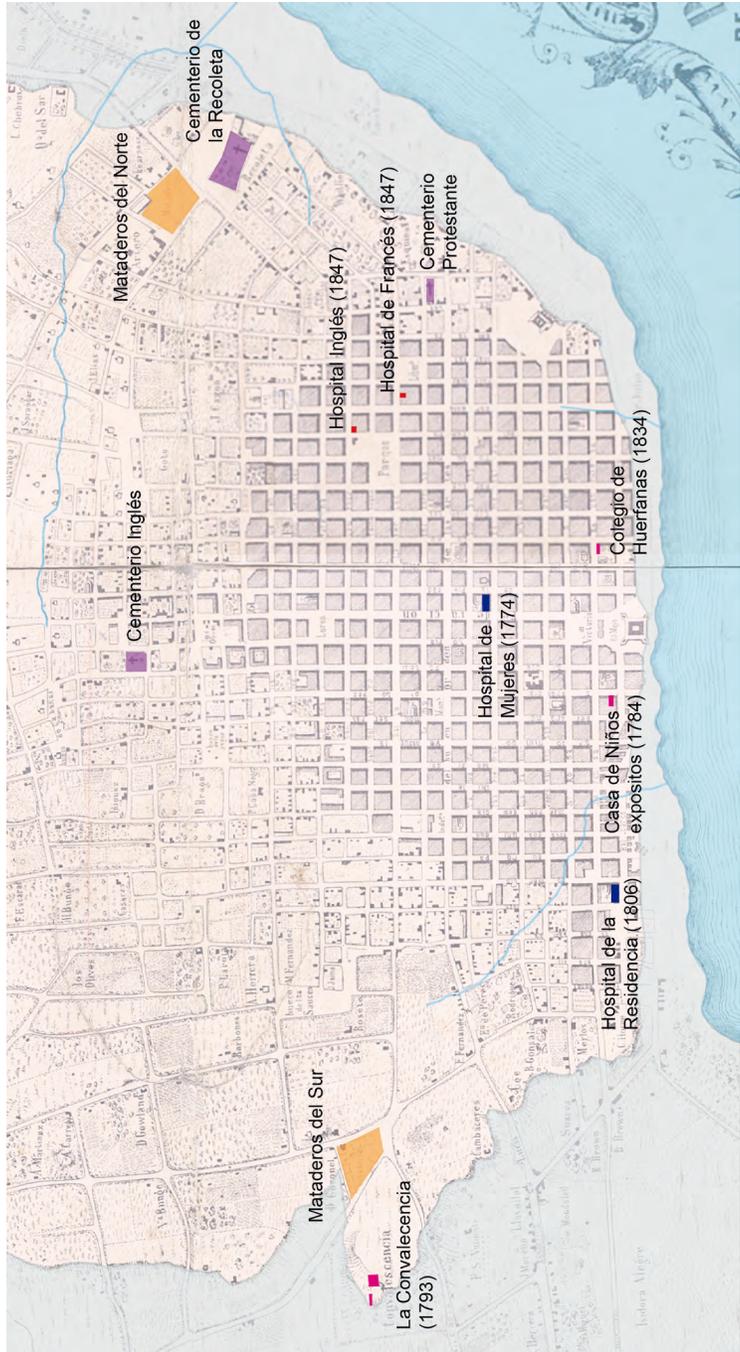
En otras palabras, la tratadística y los discursos entraban en tensión con la realidad topográfica del territorio. Esto generó que muchos de los programas insalubres quedasen ubicados próximos al borde del río, la barranca y el área inundable, como podemos ver en el plano topográfico de Adolfo Sourdeaux de 1850 (**Figura 2**).

Figura 2: Instituciones sanitarias de Buenos Aires y su relación con la barranca y el agua. Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano topográfico de los alrededores de Buenos Ayres* de Adolfo Sourdeaux (1850).

39 Caride (2017): 37.

40 Caride (2017): 37 y 38.

41 Williams (2017): 18.



Dos años antes de la batalla de Caseros, la ciudad construida no llegaba a los bordes delimitados por la barranca, salvo al este sobre el río. Entre la ciudad y la barranca había un espacio intersticial en donde se ubicaban mataderos, cementerios y los asilos de La Convalecencia,⁴² a diferencia de los hospitales que en ese momento se encontraban próximos al centro de la ciudad. Entre los hospitales más importantes de Buenos Aires se encontraban el Hospital de Mujeres y el Hospital de Hombres, ambas instituciones de origen colonial. El primero se ubicaba en la calle Esmeralda entre De la Piedad y Federación (hoy Mitre y Rivadavia), mientras que el segundo se ubicaba sobre calle Balcarce y del Comercio, a pocos metros de la barranca. Por su localización central en la ciudad consolidada eran considerados “una amenaza constante a la higiene de la población bonaerense”.⁴³

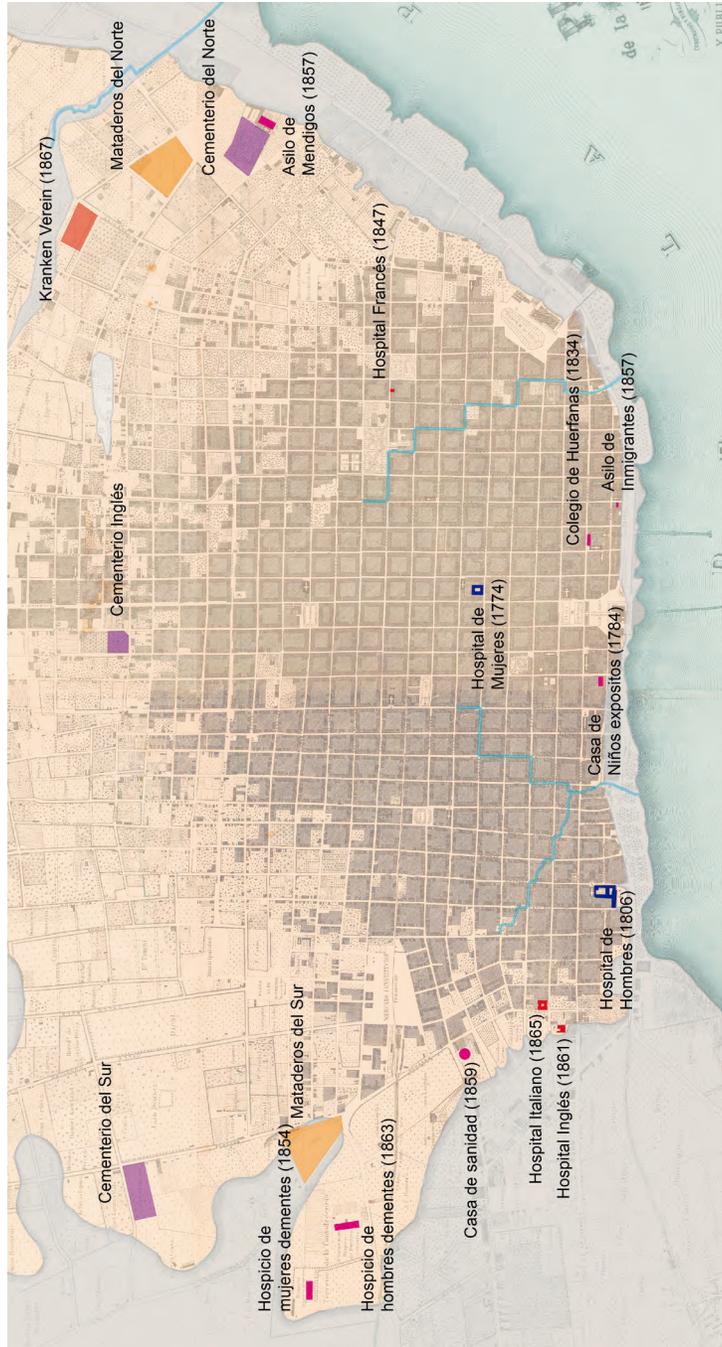
Estos hospitales eran insuficientes para atender la creciente población de la ciudad, en términos de su capacidad como de su infraestructura. Tal circunstancia fue la que dio pie al surgimiento de otras instituciones asistenciales y sanitarias, para suplir el servicio y la atención que el Estado no podía ofrecer. Estamos hablando de los hospitales de colectividades inmigrantes. Entre ellos se encontraba el Hospital Inglés (1844) y el Hospital Francés (1845), ambos sobre la calle Independencia, cerca de la barranca del río. Luego, en el año 1847, ambas instituciones se mudan hacia el norte, próximos a la Plaza Libertad, en un área más elevada de la ciudad.

El hospital de colectividad no sólo ocupó un vacío en el espacio hospitalario, sino que también se constituyó como un lugar de pertenencia ante una sociedad hostil, diferente de lo que imaginaba un inmigrante al venir a Buenos Aires.

Figura 3: Instituciones sanitarias de Buenos Aires y su relación con la barranca y el agua. Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano topográfico de la Ciudad de Buenos Aires y de todo su Municipio: incluyendo parte de los partidos de Belgrano, San José de Flores y Barracas al sur*, de Carlos Glade (1867).

42 Ver *Terrenos al sur*, en este libro.

43 Rawson (1876): 238.



Conforme la ciudad se fue expandiendo en los años sucesivos (**Figura 3**), las zonas bajas e inundables comenzaron a consolidarse como borde urbano construido, y eran elegidas como el lugar de los programas marginales, entre ellos los dispositivos asistenciales y sanitarios.

En el área de La Convalecencia convivían el Hospicio de Hombres dementes y el de Mujeres dementes con los Mataderos y el Cementerio del Sur. Mientras que en el extremo opuesto se ubicaban el Asilo de Mendigos junto con el Cementerio del Norte y el Matadero del Norte, constituyendo grandes piezas programáticas de lo marginal y de lo indeseable.

Entre los hospitales de colectividades aparece en la cartografía de Carlos Glade el Hospital Italiano (1854),⁴⁴ en la esquina de Santa Rosa (actual Bolívar) y la calle Ituzaingó (actual Caseros); a pocos metros se relocalizó el Hospital Inglés (1861), ambos próximos a la barranca. En el extremo opuesto de la ciudad se pueden distinguir los terrenos de la *Deutscher Kranker Verein* (DKV), la Sociedad Alemana de Socorro a Enfermos, sobre la Av. Centroamérica, actual Pueyrredón, donde el suelo tiene una pendiente considerable. En 1867 los miembros de la Sociedad Alemana de Socorros tratan el tema del hospital y crean la Sociedad del Hospital Alemán, la *Deutsches Hospital Verein* (DHV), en vistas de construir un hospital, que se terminaría inaugurando recién en 1878.

A pesar del surgimiento de nuevas instituciones privadas para el tratamiento de los enfermos, a fines de la década de 1870, los hospitales del Estado continuaban siendo insuficientes. El Hospital de Hombres —el mayor hospital de la ciudad en términos de importancia y superficie construida— se encontraba en un estado crítico, desde un punto de vista edilicio y sanitario. Bajo estas circunstancias se creó el Lazareto San Roque, que luego será el Hospital San Roque,⁴⁵ para complementar la tarea médica

44 El caso del Hospital Italiano es complejo, ya que su historia es atravesada por varios quiebres y discontinuidades. En el año 1854 se organiza una comisión para la organización de la construcción del hospital y se adquiere el terreno. Recién en 1865 entraría en funcionamiento —sin haber sido terminado— en préstamo al Estado Nacional, Provincial y Municipal, de manera sucesiva hasta 1872, año en que se inaugura oficialmente.

45 Actualmente es el Hospital Ramos Mejía.

que llevaba adelante el Hospital de Hombres. Se lo ubicó en lo que en ese momento se conocía como los Corrales de Miserere, en un sector alejado de la ciudad consolidada, en terreno alto, seco y con abundante vegetación. En 1868 se habilitó una construcción precaria y luego en 1881 se iniciaron obras a cargo de Juan Buschiazzo para convertirlo en Hospital, que finalmente se inauguró en 1883.

Motivado por la misma situación de emergencia sanitaria y social, en lo relativo al cuidado médico ofrecido por los hospitales públicos, el gobernador de la provincia, Carlos Tejedor, decidió construir un nuevo hospital, bajo la recomendación de la Academia Nacional de Medicina, para reemplazar al Hospital General de Hombres.⁴⁶

Las obras para el nuevo Hospital de Hombres iniciaron en 1877, en la manzana comprendida por la avenida Córdoba, y las calles Paraguay, Junín y Andes (actualmente Uriburu). El edificio del Hospital entró en funcionamiento, con las obras inconclusas, como centro de asistencia para los heridos de los enfrentamientos que se produjeron por la federalización de Buenos Aires en 1880. A partir de la derrota de la provincia de Buenos Aires el Gobierno nacional transfirió la administración del hospital a la Facultad de Medicina, momento en que se pasó a llamar Hospital de Buenos Aires, y luego Hospital de Clínicas.

La construcción y relocalización extramuros de este edificio —pautado por el proceso de medicalización del espacio hospitalario— significó la transición del hospital estatal como lugar de reclusión y contención de los sectores populares, bajo la administración de instituciones religiosas, a un modelo de hospital entendido como “instrumento” médico para aplicación de políticas sanitarias, una herramienta de control y curación, por medio de la vigilancia del enfermo y de la enfermedad, para evitar su propagación por la ciudad, que se vio materializado en la tipología pabellonal.

El esquema de pabellones aislados obedecía al paradigma miasmático, que consideraba al agua pútrida como origen de la enfermedad, y al aire como su medio de propagación. Este modelo de hospital se constituía como una

46 Visillac (2017): 333.

pequeña ciudad, un modelo de “perfecta” organización urbana, “la primera máquina perfecta” donde era fundamental asegurar la higiene física y moral.⁴⁷

El proceso de medicalización y modernización hospitalaria en Buenos Aires no sólo transformó el espacio hospitalario, sino que también trajo aparejado el surgimiento de nuevos programas arquitectónicos, con la instauración de varias instituciones asilares que debían contener a la masa de sujetos desplazados de los hospitales, entre ellos los inmigrantes, los mendigos, los ancianos, los dementes y los alienados. Así es que surge una diversidad de asilos categorizados según el paciente a quien estaba destinado el cuidado, como el ya mencionado asilo de mendigos en el convento de los recoletos (1857),⁴⁸ el asilo de inmigrantes cercano al puerto (1857)⁴⁹ y el asilo de inválidos⁵⁰ en La Convalecencia (1868),⁵¹ todos próximos a la barranca del río. Estas condiciones reforzaron también el rol de los hospitales de colectividad, entendiéndolos como lugar de contención para los inmigrantes que recién arribaban a la ciudad.⁵²

La lógica de clasificación, aislamiento y exclusión de enfermos y padecientes a escala arquitectónica —propia del paradigma miasmático y la “maquinización” del hospital— tuvo su correlato en el espacio urbano, en vistas de purificar y preservar la salud de la población, llevando todo lo indeseable fuera de la ciudad. En el plano de J.B.A. Bianchi de 1882 (**Figura 4**) puede verse el proceso de expulsión de las instituciones sanitario-asistenciales en Buenos Aires luego de la Federalización de la Capital.

Figura 4: Instituciones sanitarias de Buenos Aires y su relación con la barranca y el agua.
Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina. De los suburbios Boca y Barracas al Nord y de los pueblos limítrofes Belgrano y San José de Flores*, de J. B. A. Bianchi (1882).

47 Liernur (2000): 449 y 450.

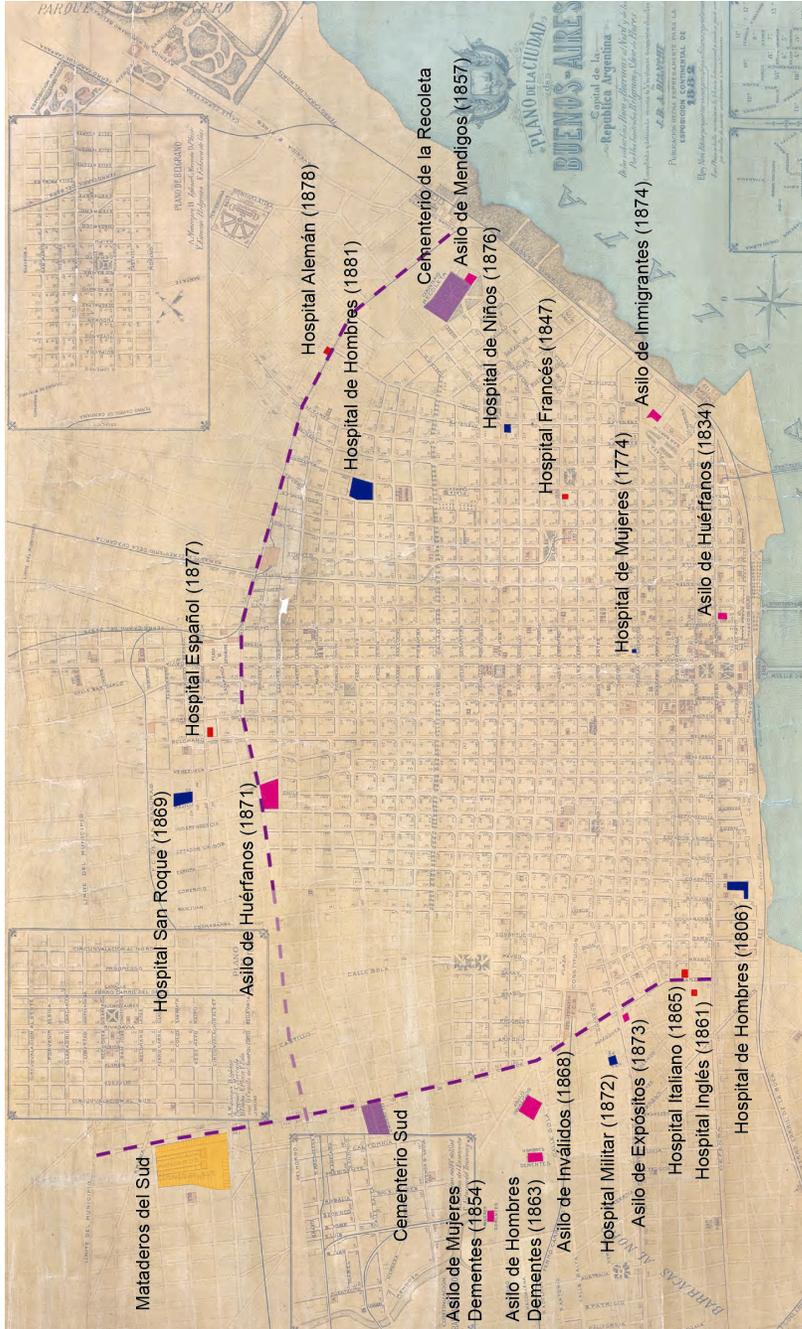
48 Jankilevich (1999): 89.

49 El asilo de inmigrantes se relocizó frente a la Plaza San Martín en 1874.

50 Luego, en 1894, se convertiría en el Hospital Rawson.

51 Pérgola (2014): 227.

52 Por las fechas en que surgen los distintos asilos podemos ver que la diversificación programática de los aparatos asistenciales es previa a la adopción del esquema pabellonal, propio del hospital medicalizado entendido como máquina de curar.



Como vimos anteriormente en los escritos de Rawson, el hospital fue acompañado por otros programas marginales: “el complejo asistencial y los mataderos en el sur, el cementerio de la Recoleta en el norte y el de la Chacarita de los Colegiales (Chacarita) en el oeste, y más al norte aún, llegando a Palermo, la cárcel”.⁵³

No había un plan preestablecido, pero sí una lógica urbana orientada a preservar un área que constituía una “ciudad ideal” en la que se albergarían las actividades burocráticas y distributivas: “En Buenos Aires esta área coincidía con el primer límite del territorio federal, la avenida Pueyrredón y su continuación por Jujuy”.⁵⁴

Este eje consolidaba el perímetro de la ciudad sana al norte y al este y se completaba con el eje Caseros al sur. “En la superficie remanente entre esta área y el límite del ejido finalmente asignado a la Capital se preveían las funciones técnicas, de servicio y aprovisionamiento o ‘marginales’, que hemos nombrado”.⁵⁵

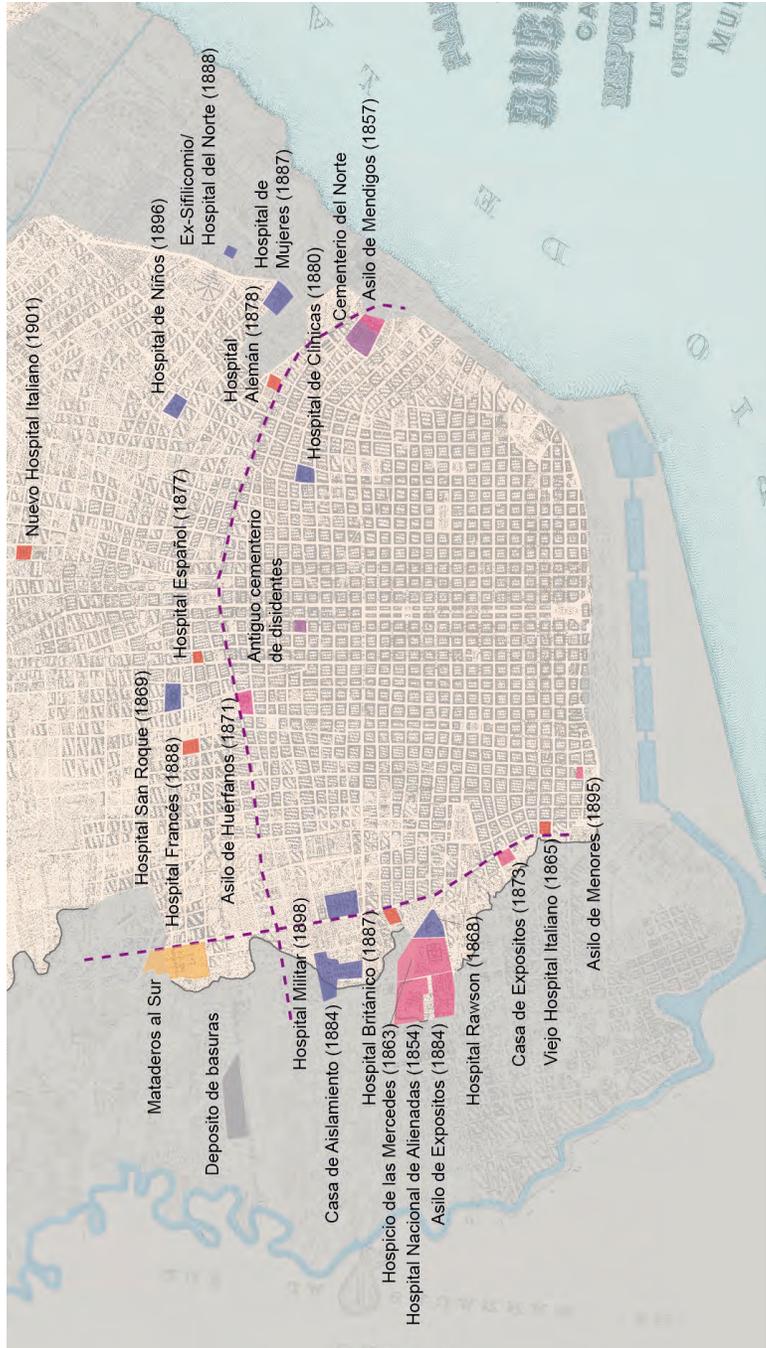
Luego del ensanche de la Capital en 1887, la ciudad no sólo aumentó su superficie sino que densificó su casco urbano (**Figura 5**). La ubicación de las instituciones sanitarias y asistenciales terminó por definir un cinturón sanitario perimetral al casco antiguo de la ciudad como proponían los discursos higienistas de finales del siglo XIX. No obstante, esta ubicación dejó de ser extraurbana, y perdió su sentido, en tanto que la ciudad construida sobrepasó sus límites originales e instaló a la población en las proximidades de estos programas marginales.

Figura 5: Instituciones sanitarias de Buenos Aires y su relación con la barranca y el agua. Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano topográfico de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina* (1895).

53 Liernur (2000): 415.

54 Liernur (2000): 415.

55 Liernur (2000): 415.



El crecimiento de la ciudad real terminó desplazando el proyecto deseado de la “ciudad ideal”. Una mirada nostálgica idealizada de un pasado de equilibrio y mesura, donde la urbanización era una enfermedad que venía a corromper ese orden.⁵⁶

En términos arquitectónicos y urbanos, los pequeños asilos fueron desplazados por grandes unidades asilares, ocupando grandes superficies en la ciudad, como en el caso del Asilo de Huérfanos (1871), el Asilo de Expósitos (1884) y el Asilo de Menores (1895).⁵⁷ También aumentó exponencialmente la cantidad de hospitales del Estado, como el Hospital de Mujeres (1887), el Hospital del Norte (1888), el Hospital Rawson (1894), el Hospital de Niños (1896) y el Hospital Militar (1898).⁵⁸ En cuanto a los hospitales de colectividad, asumieron sus ubicaciones definitivas, que mantienen hoy en día. El Hospital Francés, el Español, el Italiano y el Alemán se ubicaron al oeste de la Avenida Jujuy-Pueyrredón, coincidente con las áreas más altas de la ciudad, a diferencia del Británico que se relocalizó próximo al área de La Convalecencia (1887).

Como mencionamos anteriormente, para finales del siglo XIX, el paradigma miasmático ya había sido superado, y con esto cayeron todos los presupuestos y estrategias alineadas a esa teoría. Esto significó que los lugares húmedos, las áreas inundables, y las aguas estancadas dejaron de ser considerados el origen de la infección y la enfermedad, ya que la teoría microbiana o bacteriológica planteaba la idea de que las enfermedades eran generadas por virus y bacterias, y no por materia pútrida.

Sin embargo, estas ideas quedaron arraigadas en las prácticas e intervenciones de la ciudad, determinando y delimitando espacios que se materializaron por las ubicaciones de las instituciones sanitarias y asistenciales, que persisten hasta el día de hoy.

56 Liernur (2000): 417.

57 Ubicado en la parcela donde antes estuvo el Hospital de Hombres.

58 Hoy en día el Hospital Rivadavia, el Hospital Fernández, el Hospital Tobar García, el Hospital Gutiérrez, y el Hospital Udaondo.

Palabras finales. Tensiones entre los discursos y el territorio

La idea de enfermedad bajo el paradigma miasmático acompañada por la analogía biológica del cuerpo urbano fue fundamental para representar algunos de los problemas de salubridad en la ciudad y para poner en funcionamiento, consecuentemente, una serie de respuestas e intervenciones por parte del higienismo local, en el contexto de la crisis sanitaria y social que atravesó Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XIX. Estas operaciones se vieron atravesadas por la medicalización del espacio hospitalario e implicaron una serie de cambios en las instituciones sanitarias y asistenciales.

La modernización y especialización del hospital en su funcionamiento terapéutico para la curación implicó necesariamente el surgimiento de otros programas que llevaran a cabo aquellas funciones de cuidado y asistencia que habían sido desestimadas por las nuevas prácticas médicas. Así es como el paradigma médico impulsó también la creación de instituciones para contener a los “pobres” sujetos desplazados del hospital medicalizado, proceso que puede verse en las distintas cartografías, con la aparición de una diversidad de asilos, hospicios, casas de sanidad, etc.

La medicalización no generó solamente cambios en su funcionamiento y programa, sino también en las lógicas y pautas de los proyectos arquitectónicos, y sobre todo en las disposiciones e implantaciones que asumieron en la ciudad.

En las tres escalas podemos ver una búsqueda por aislar y categorizar al enfermo, y mantener bajo control a la enfermedad, bajo la mirada médica del Estado. En este trabajo nos enfocamos en las lógicas de ubicación y la importancia que tuvo el territorio para definir estas pautas. En Buenos Aires, ciudad fluvial en la que toman más relevancia sus valles y terrenos de inundación que el curso de agua en sí mismo, los discursos importados se enfrentaron con la topografía local y generaron tensiones y desajustes, un entrecruzamiento entre los lugares de salud y enfermedad.

El mayor conflicto se produjo debido a la adopción acrítica y literal de las consignas del higienismo francés y su implementación en el territorio local, con diferencias importantes en su geografía. Así, la máxima francesa

de evitar los lugares húmedos e inundables, alejándose hacia la periferia, en el territorio de Buenos Aires significó lo contrario, ya que los bordes del casco urbano estaban delimitados por la barranca y el área de inundación.

Esta tensión dificultó el buen funcionamiento de las instituciones médico-asistenciales, bajo el paradigma miasmático, y las convirtió —dependiendo de su implantación— en lugares insalubres, que era precisamente lo que se quería evitar. Muchos hospitales, asilos, hospicios, y otros programas asistenciales, fueron expulsados de la ciudad, hacia la barranca del río. Su función de curación del enfermo, vigilancia de la enfermedad y contención de los desamparados —en el caso de los asilos— se vio comprometida por la incidencia de las características topográficas del territorio, sumado a la proximidad con otros programas insalubres, que definieron sectores donde se encontraban y superponían la salud y la enfermedad.

Entendemos que esta experiencia no se agota en las cartografías estudiadas ni en las instituciones mencionadas y esperamos que este trabajo sirva como disparador para otras investigaciones.

Bibliografía

- Aliata, Fernando. (2005). “Técnica, higiene y sociedad. El hospital general para ambos sexos de Carlo Zucchi”. En *III Jornadas sobre Arte y Arquitectura en Argentina*, Oct 2, 2005. La Plata, Argentina: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Arquitectura y Urbanismo.
- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Blaize, Ange. (1844). *Des hopitaux et hospices civils de la ville de Paris*. París: Bureau de la revue indépendante.
- Caride Bartrons, Horacio. (2011). Cuerpo y ciudad. Una metáfora orgánica para Buenos Aires a fines del siglo XIX. *Anales del IAA*, 41, 37-52.

- (2017). *Lugares de mal vivir. Una historia cultural de los prostíbulos de Buenos Aires, 1875-1936*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Colomina, Beatriz. (2019). *X-ray Architecture*. Berlín: Lars Muller Publishers.
- Foucault, Michel. (1979). *Les Machines à guérir*. Bruselas: Pierre Mardaga.
- Jankilevich, Ángel. (1999). *Hospital y Comunidad*. Buenos Aires: Ángel Jankilevich Ed.
- Levy, Michel. ([1844] 1879). *Traité d'hygiène publique et privée*. París: J. B. Balliere et Fils.
- Liernur, Francisco. (2000). La construcción del país urbano. En Mirtha Zaida Lobato, *Nueva historia argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Paiva, Verónica. (1996). Entre miasmas y microbios. *Revista AREA*, 4, 23-31.
- (1997). “Higienismo: Ciencia, instituciones y normativa. Buenos Aires, siglo XIX”. En *Seminario de Crítica del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” N.º 82*.
- Pérgola, Federico. (2014). *Historia de la medicina argentina*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ramos Mejía, José María. (1899). *Las Multitudes Argentinas*. Buenos Aires: Félix Lajouane Editor.
- Rawson, Guillermo. (1876). *Conferencias sobre Higiene pública*. París: Donnemette & Hattu.
- Rosenau, Helen. (1970). *Social purpose in architecture*. Londres: Studio Vista Limited.
- Sontag, Susan (1978). *Illness as Metaphor*. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux Ed.
- Tenon, Jacques-René. (1788). *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. París: PH.-D. Pierres.
- Visillac, Enrique. (2017). *Pioneros de la salud. Historia de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Olmo ediciones.
- Wilde, Eduardo. ([1878] 1885). *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires: Casavalle Editor.
- Williams, Fernando. (2017). Los ríos de Buenos Aires, una perspectiva histórica. En Margarita Charriere, *Costas y cuencas de la Región Metropolitana de Buenos Aires*. Estudios, planes y proyectos. Buenos Aires: Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.

Arquetipos de hospital

El esquema pabellonario para la arquitectura hospitalaria, 1887-1901

Introducción

Durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871, Buenos Aires tuvo, hasta ese momento, la mayor catástrofe sanitaria de su historia.¹ Con más del 10 % de su población muerta y con cerca del 70 % de sus habitantes expulsados a la campaña, la ciudad se convirtió en un paisaje desolador.² Luego de este hecho fundamental, una serie de instituciones asistenciales se fueron organizando para velar por la salud de la población. En su mayoría se trataba de hospitales que con el tiempo adquirieron diferente especificidad, y asilos dedicados a los sectores más vulnerables y desprotegidos. Estas instituciones fueron tomando forma a partir de un discurso del Estado, en el cual proteger a la sociedad era sinónimo de controlar sus focos epidémicos y, a la vez, sus miserias morales.

1 En la ciudad de la segunda mitad del siglo XIX, las condiciones sanitarias eran escasas o nulas. El Río de la Plata era el principal proveedor de agua y receptor (como hasta el día de hoy) de los efluentes cloacales. Además, la población recurría a aljibes abastecidos por aguas pluviales pero a veces en contacto con los pozos ciegos. En las dos décadas anteriores a la fiebre amarilla, la ciudad había sido afectada por varias epidemias: viruela (1852), escarlatina (1853), disentería (1855, 1859, 1860, 1862, 1864 y 1868), cólera (1867) y fiebre tifoidea (1869). Durante la década de 1870 hubo cuatro epidemias de sarampión, dos de viruela y una de difteria, enfermedades que se repitieron hasta 1915. Incluso la peste bubónica cobró varias víctimas en 1900. Armus (2000): 521.

2 Caride Bartrons (2017): 29; Scenna ([1974] 2009): 22.

En relación a la historia urbana y arquitectónica porteña, ciertas instituciones hospitalarias replicaron de manera acrítica modelos de implantación y tipologías arquitectónicas que habían demostrado ser exitosas, especialmente en Francia. Esta hipótesis, planteada de manera general, da cuenta de una distribución perimetral de asilos y hospitales que construían una especie de “barrera de protección” para la ciudad.³ Sin embargo, dentro de los límites de este trabajo nos dedicaremos específicamente a desarrollar la dimensión arquitectónica. Nuestro objeto de estudio se detiene en dos casos que podrían ilustrar este proceso con el gran evento de la capitalización de Buenos Aires de por medio: El Hospital General de Mujeres, luego denominado “Bernardino Rivadavia” (1887), y el Nuevo Hospital Italiano (1901), cuyas fechas de inauguración han definido el recorte para este trabajo. Estos ejemplos fueron seleccionados según su capacidad de condensar dos lógicas institucionales diferentes que pueden dar una idea del espectro sanitario para la ciudad de aquellos años. El primero es un hospital con raíces históricas, que representa la intervención del Estado en cuestiones de salud. Mientras que el italiano resulta el ejemplo más representativo de la gran cantidad de hospitales de colectividades que surgieron a partir del aluvión inmigratorio.

Dentro del carácter exploratorio de esta aproximación, con estos casos buscamos recuperar algo de las lógicas funcionales que, con respecto a la salud, tuvieron dichas instituciones hospitalarias en los procesos de modernización de Buenos Aires.

Muros invisibles

Mientras las consecuencias sociales de la fiebre determinaron una agenda de medidas urbanas a seguir para evitar la repetición de semejante tragedia, la capitalización de Buenos Aires habilitó otras lógicas espaciales para las nuevas intervenciones en el territorio. El higienismo en la Argentina tomó del modelo francés la idea de un control higiénico de la ciudad, ligado a

³ Esta hipótesis sobre la territorialización de la salud para Buenos Aires se desarrolla en el trabajo *Fuera y lejos de las ciudades* de Ezequiel Fernández Morón, en este libro.

la imagen del médico en tanto experto.⁴ Esta situación provocó que los profesionales de la medicina se convirtieran también en la voz que se escucharía con mayor resonancia sobre los problemas urbanos. La literatura francesa sobre la materia abundaba tanto en los catálogos de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires como en las citas de las primeras publicaciones científicas como la *Revista Médico Quirúrgica* (en adelante *RMQ*).⁵ En el tratamiento de enfermedades contagiosas como el sarampión, la viruela y la escarlatina se siguieron a especialistas como Chamel, Blache, Labb, Blin o Goselin.⁶ Textos como *Principes de l'assainissement des Villes*, de Jean Baptiste Fonsagrives (1874) fueron tempranamente citados por los higienistas porteños.⁷

El artículo 2º de la ley que declaró a Buenos Aires Capital Federal de la República Argentina, el 21 de septiembre de 1880, estableció que “(...) Todos los establecimientos públicos situados en Municipio quedarán bajo la jurisdicción de la Nación, sin que los municipales pierdan por eso su carácter”.⁸ El Hospital de Mujeres, que antecedió en dos años al propio Virreinato del Río de la Plata, sobrevivió a la etapa colonial y se terminó convirtiendo en la institución hospitalaria más antigua de la ciudad, que transitó la etapa republicana y conservó su localización hasta mediados del siglo XIX.

El *Plano de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina. De los suburbios Boca y Barracas al Nord y de los pueblos limítrofes Belgrano y San José de Flores*, de Juan Bautista Bianchi de 1882 muestra el grado de consolidación de la trama urbana de Buenos Aires durante el evento de su capitalización y la ubicación de algunos de sus edificios principales (**Figura 1**). En este plano hemos destacado una cronología para las instituciones sanitarias, mayormente aquellas inauguradas durante la segunda mitad del siglo XIX. En el centro sur se indicaron tres establecimientos que provenían de las etapas colonial y

4 González Leandri (1999): 62.

5 La *Revista Médico Quirúrgica* fue la primera publicación médica argentina. Se editó entre los años 1864 y 1887.

6 *RMQ* (1865): 362.

7 *RMQ* (1875): 82.

8 Ruiz Moreno (1986): 156.

republicana: el mencionado Hospital de Mujeres (1774) junto al de Hombres (1806) y el Asilo de Huérfanos (1834). Al norte, el Hospital Francés se agregó como la primera institución sanitaria fundada por una asociación filantrópica de inmigrantes que se instaló en su locación de la calle Libertad en 1847, en pleno período rosista. Próximo a este se instaló el Hospital Inglés, que para la década de 1860 se relocalizó cerca del Parque Lezama, donde también se ubicaría el primer Hospital Italiano.

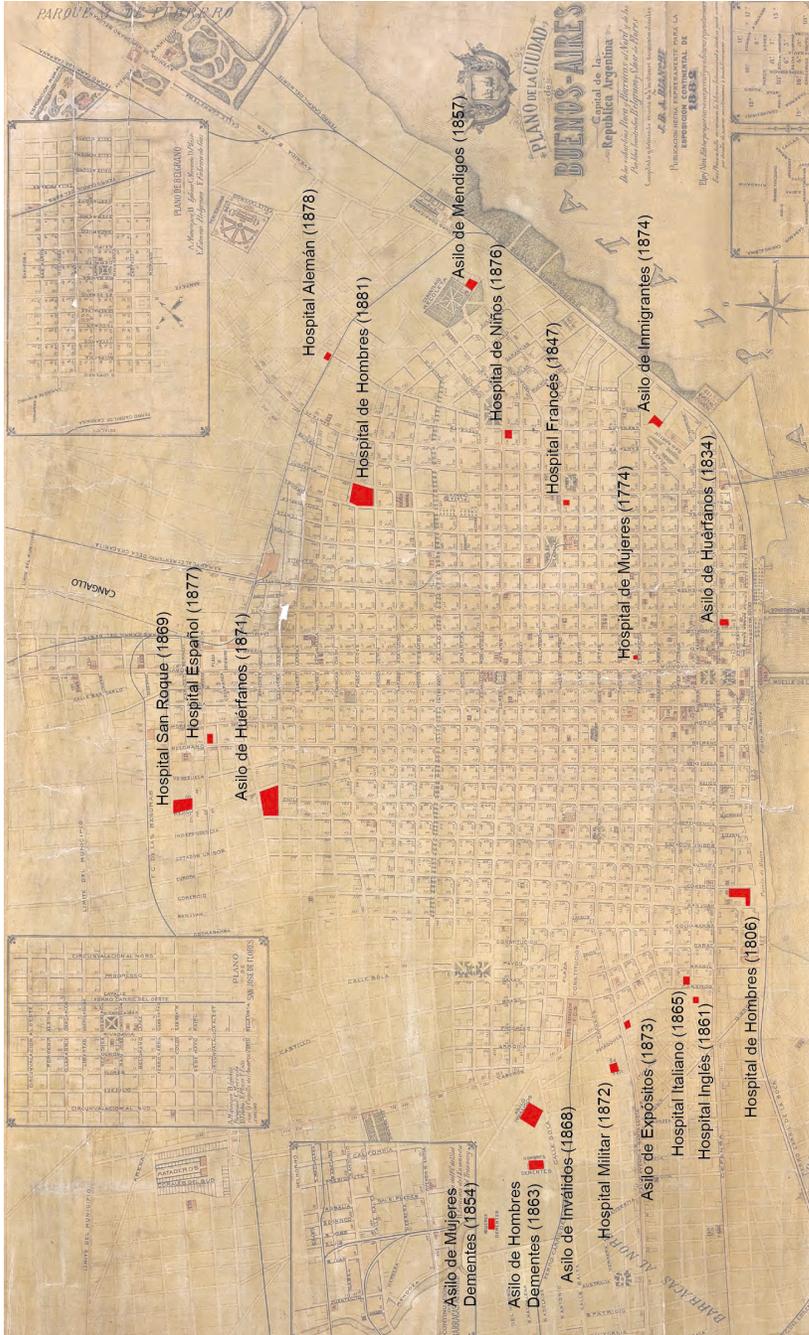
Figura 1: Instituciones sanitarias de Buenos Aires de la segunda mitad del siglo XIX. Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina. De los suburbios Boca y Barracas al Nord y de los pueblos limítrofes Belgrano y San José de Flores*, de J.B.A. Bianchi (1882).

¿Para quiénes eran estos hospitales? En este punto sería conveniente tipificar las características de los pacientes, entre las que se podían diferenciar los conceptos de “extranjero”, “pobre” e “inmigrante”. A comienzos de 1870, una nota editorial de *La Prensa* alertaba sobre la precariedad de las instituciones asistenciales de Buenos Aires que “(...) no puede presentar a los ojos del extranjero que la visite, un hospital digno de su rango, un monumento levantado por la sociedad en nombre de la caridad pública”. Este “extranjero”, al mismo tiempo, no resultaba ser el inmigrante pobre que carecía de la más elemental contención social. Alguna voz se levantó para denunciar este doble discurso “(...) donde el emigrante es llamado con promesas tan halagadoras como mentidas, [pero] el proletario enfermo muere en la calle sin más amparo que su propia miseria”.⁹

El hospital resultaba una pieza necesaria de la modernización en tanto evidencia de progreso. Así, un anillo de instituciones sanitarias se fue consolidando en los bordes urbanos. Buena parte de ellas fueron hospitales —tanto públicos como de diversas colectividades— y asilos que recibieron a los numerosos huérfanos, consecuencia de las pestes.¹⁰ A ellos se sumaron otros asilos para dementes, mendigos e inválidos. Pero estos emplazamientos de-

9 Citado en González Leandri (1999): 86.

10 Moreno (2009): 64.



ben ser explicados también dentro de las prescripciones del discurso higienista. Para la cultura miasmática o prebacteriológica de Buenos Aires posterior a la fiebre amarilla, “la inmunidad era en estos casos conferida por la localidad y sus condiciones sanitarias, obrando en forma misteriosa, rompían la ley y la lógica de las transmisiones de la infección por medios difíciles de explicar”.¹¹

Según Guillermo Rawson, médico y político argentino, la idea de “localidad” se refiere a los pueblos vecinos —a Flores y a Belgrano concretamente— y a la campaña circundante.¹² Entre estos y la ciudad sería previsible ubicar una zona de atención para controlar la propagación de enfermedades en un ambiente semirural. Sin embargo, unos años antes, Eduardo Wilde afirmó que

(...) en los arrabales se aglomera todo cuanto hay de malo, de inmundo, de miserable, de corrompido y de mal sano (...) Las partes bajas de las ciudades, en las cercanías de las murallas donde las hay o las que tocan el límite del municipio son frecuentemente convertidas en muladares donde se vacían los desperdicios de la población.¹³

En este sentido, también resultaría natural ubicar en aquellos lugares a las instituciones hospitalarias con una función regeneradora aunque pertenezcan, paradójicamente, al mismo conjunto de instituciones insalubres. Así, tanto en su dimensión de contención como en la necesidad de cuidar los bordes para proteger al centro, subyace un nuevo concepto de salud.¹⁴ El propio Wilde en la introducción de su *Curso de Higiene Pública* definió que “(...) salud del pueblo quiere decir instrucción, moralidad, buena alimentación, buen aire, precauciones sanitarias, asistencia pública, benefi-

11 Rawson ([1884] 1945): 151-152.

12 Rawson murió en 1890, y no vio la refutación de su hipótesis a través de la “pequeña” epidemia de fiebre amarilla que cobró la vida de 34 personas en Belgrano en 1896. Scenna ([1974] 2009): 446.

13 Wilde ([1878] 1885): 270-271.

14 Esta idea es tributaria de las investigaciones de Verónica Paiva sobre el discurso higienista para Buenos Aires para la segunda mitad del siglo XIX. Ver Paiva (1996 y 1997).

cencia pública (...).¹⁵ En términos territoriales, esta noción encontró una metáfora concreta que la sintetizaba y transmitía. Como si fueran muros invisibles, las medidas de salubridad debían rodear a la urbe sana. Esta idea de límite que separa dos realidades también está presente en Rawson, quien sostenía que las enfermedades infecciosas se presentaban “ante las puertas de una ciudad”.¹⁶ El dispositivo sanitario de la reciente Capital Federal reconoció estas puertas en los tres rumbos históricos, confirmados por las adyacencias a los caminos de acceso, las plazas de mercados y las estaciones ferroviarias. La cuarta puerta de entrada estaba el Río de la Plata, concretamente a través del sistema cuarentenario de la isla Martín García, más activa a partir de la epidemia de cólera de 1886.¹⁷

“Los hospitales deben ser, pues, extra urbanos como los cementerios y estos con más razón (...)”, reclamó Rawson en una de las conferencias dictadas desde la cátedra de Higiene Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, creada dos años después de la Gran Epidemia.¹⁸

En el *Plano Topográfico de la ciudad de Buenos Aires* de 1895 (**Figura 2**) se puede verificar la tendencia de configuración sanitaria de los bordes urbanos de la ciudad poscapitalización.

Las pocas instituciones que permanecían en el centro se retiraron a nuevos emplazamientos en los suburbios. En especial al sector sur cercano al puerto del Riachuelo, de donde se sostenía un posible origen para las enfermedades infecciosas y probablemente donde se originaba la imagen de suburbio malsano que proporcionó Wilde. En la zona llamada “La Convalecencia”,¹⁹ desde la primera mitad del siglo XIX y registrada en la cartografía de la época como hemos visto, ya se ubicaban diferentes asilos, un primer Hospital Nacional de Alienadas y el Hospicio de las Mercedes (luego Hospital de Hombres Dementes) y el Asilo de Inválidos.²⁰

15 Wilde ([1878] 1885): 9.

16 Rawson ([1884] 1945): 151-152.

17 Esta cuarta puerta en realidad se controlaba con barcos de inspección, lazaretos flotantes y alguna instalación precaria en la isla.

18 Rawson (1876): 234.

19 Ver *Terrenos al sur*, en este libro.

20 Ver *Cruces en la ciudad*, en este libro.

Figura 2: Instituciones sanitarias de Buenos Aires a fines del siglo XIX. Fuente: Elaboración propia sobre la base del *Plano topográfico de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina*, de la Oficina de Obras Públicas de la Municipalidad (1885).

En sus inmediaciones entre 1884 y 1898 se establecieron la Casa de Aislamiento, el Asilo de Expósitos, el Hospital Británico, el Asilo de Menores y un nuevo Hospital Militar. Hacia el oeste, el Hospital Francés (1888) y bastante más alejado, el Nuevo Hospital Italiano (1901). En el norte se restablecieron entre 1880 y 1896 los Hospitales de Clínicas, del Norte (sífilicomio y actual “Juan Fernández”), el Hospital de Mujeres en su nueva ubicación y el Hospital de Niños. Cada institución estaba dedicada a un sujeto enfermo específico. Los hospitales de inmigrantes sumaban al estado de enfermedad la nacionalidad como una “condición patológica”.²¹

En la medida en que todo el aparato ideológico y epidemiológico francés aparecía una y otra vez en el ámbito médico de Buenos Aires, resulta lógico suponer que las formas y el funcionamiento de los hospitales porteños también provendrían de una matriz tipológica originada en Francia, con una larga tradición.

Máquinas Higiénicas

La noción de hospital como entidad de protección en el ejercicio de la caridad pública, podría remontarse hasta la Edad Media. El significado originario de la palabra hospital no hacía referencia únicamente a una casa para enfermos, sino que también se aplicaba, en tanto lo hospitalario, a un edificio que ofrece ayuda y consuelo en cualquier circunstancia.²² La Iglesia Católica y luego distintas confesiones religiosas se ocuparon especialmente de la atención de enfermos, pobres y desvalidos. De esta manera, la palabra hospital fue sinónimo de asilo y de hospedaje para los más necesitados. La voz “*hôpital*” de *l'Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* de Denis Diderot indicaba que:

21 Santi (2007): 23.

22 Rosenau (1970): 64.



Los hospitales son casas públicas donde los viajeros extranjeros reciben la ayuda de la hospitalidad. Ya no existen tales casas; ahora son lugares donde se refugian los pobres de todo tipo, y donde están bien o mal provistos para las necesidades urgentes de la vida.²³

Diderot luego agregó que “un hospital para enfermos es un edificio donde la arquitectura debe subordinar el arte a las opiniones del médico”.²⁴ La idea de hospital estaba ligada no sólo a la enfermedad, sino también a la pobreza y la mendicidad, siendo estas últimas consideradas como patologías.

La historiografía francesa indica que en el siglo XVIII surge la medicina moderna, con esto un proceso de profesionalización de la actividad médica y, al mismo tiempo, el comienzo de la medicalización de la ciudad a través del rol protagónico del hospital en la escena urbana.²⁵ El médico se establece con una serie de atribuciones que exceden la salud, siendo además el vigilante de la moral, así como uno de los mayores agentes en el diseño de la arquitectura hospitalaria.²⁶

Jacques-René Tenon, uno de los grandes exponentes médicos de finales del siglo XVIII en Francia, publicó en 1788 su *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, que él mismo define como el primer manual para diseñar y ubicar hospitales en la ciudad. Es un relevamiento de los distintos hospitales de París, y algunos referentes internacionales, a fin de sintetizar una serie de premisas para la organización y distribución espacial de los hospitales —específicamente del Hotel-Dieu—, tanto en su arquitectura como en su ubicación en la ciudad.

Explicó que el hospital debía

23 Texto original: “*Les hôpitaux étoient des maisons publiques où les voyageurs étrangers reçoivent les secours de l’hospitalité. Il n’y a plus de ces maisons; ce sont aujourd’hui des lieux où des pauvres de toute espèce se réfugient, & où ils sont bien ou mal pourvus des choses nécessaires aux besoins urgents de la vie*” (Traducción de los autores). Diderot ([1766] 2020): 293 y 294.

24 Texto original: “*Un hôpital de malades est un édifice où l’architecture doit subordonner son art aux vues du médecin*” (Traducción de los autores). Diderot ([1766] 2020): 293 y 294.

25 Foucault ([1953] 2001).

26 Foucault ([1953] 2001): 68.

clasificar de tal modo a los enfermos, para que cada uno encuentre lo que conviene a su estado sin agravar por su vecindad el mal de otro, sin difundir el contagio, sea dentro del hospital, sea por fuera y sobre todo en la Capital.²⁷

Tenon planteó al hospital como agente de vigilancia de la ciudad: “Mientras más grande es una ciudad, en general es menos sana, y por eso es más prudente vigilarla”,²⁸ pero además lo caracteriza como “un instrumento que facilita la curación”.²⁹

La instrumentalización del hospital como una herramienta terapéutica para la curación y la vigilancia, es coincidente con la profesionalización de la práctica médica e implicó necesariamente políticas de la salud respaldadas por un aparato administrativo del Estado que permitieran intervenir en el espacio urbano. Estas políticas surgen durante el siglo XVIII, en el cruce entre una nueva economía de la asistencia y una gestión del cuerpo social en su materialidad, que incluye los fenómenos biológicos propios de su población.³⁰ Se caracterizó por el distanciamiento de la medicina de otras prácticas asistenciales. Perdió vigencia la figura del “pobre necesitado”, que incluía al enfermo, al discapacitado, al anciano, al desocupado, al pobre y al hambriento, contemplados en la definición de Diderot. Ante esta diversidad de sujetos se propone clasificar la población, para poder categorizarla y separarla, y así mejorar la administración del tratamiento y asegurar el bien común. Estas políticas tenían dos objetivos principales: la constitución de un aparato que se hiciera cargo de los enfermos —para restituir su bienestar—, y el diseño de un dispositivo que permitiera observar, medir y mejorar el estado de salud de la población, donde la enfermedad es una variable más de la larga lista de factores. La higiene y la medicina serán instancias de control social que tendrán al hospital como agente material, entendiéndose como máquinas de curación y vigilancia.

27 Tenon (1788): 354.

28 Texto original: “*Plus une ville est grande, moins en général elle est saine, et plus il est prudent de la surveiller*” (Traducción de los autores). Tenon (1788): 358.

29 Tenon (1788): 393.

30 Foucault (1979).

Estos cambios propios de la medicalización se proyectaron desde el hospital hacia la ciudad, pero también hacia el interior de su propia espacialidad. Los proyectos para el *Hotel-Dieu* de París son quizás en su conjunto uno de los mejores ejemplos para identificar estos procesos, como aparece en la **Figura 3**.

El primero es un proyecto de Hospital para enfermos y embarazadas en la calle de La Roquette de Jacques-René Tenon, publicado en su *Mémoire*. A continuación está el proyecto presentado por Bernard Poyet a *l'Académie de Sciences* para el Hospital de la Roquette publicado en el *Recueil et parallèle des édifices de tout genre* de Jean-Nicolas-Louis Durand. Ambos proyectos fueron concebidos para aliviar el flujo de enfermos del *Hotel-Dieu*.

La diferencia fundamental entre ambos es que el gran pasillo de circulación que da acceso a los distintos pabellones y remata en una capilla es reemplazado por un *grand cour* con zonas verdes. Tenon argumenta que, en los hospitales civiles, donde se tratan diversos pacientes con diversas dolencias, el esquema de este *grand cour* resulta problemático. Es por eso que propone eliminarlo y establecer una circulación axial, para optimizar la actividad del servicio, facilitar la vigilancia y disminuir los recorridos.³¹

Sin embargo, en los proyectos hospitalarios que siguieron, se omitió la recomendación de Tenon. Es el caso del Hospital *Lariboisière* de 1854, proyectado por Martin Pierre Gauthier, que fue visitado por Guillermo Rawson, quien lo caracterizó como una “obra de arte”, considerándolo “hermoso como tal vez no haya otro en toda Europa”.³² Finalmente, el último proyecto de *Hotel-Dieu*, proyectado por Emile Jacques Gilbert e inaugurado en 1876, es la síntesis de un modelo gestado a partir del devenir proyectual del hospital medicalizado durante el siglo XIX.

31 Tenon (1788): 390.

32 Rawson (1876): 238.

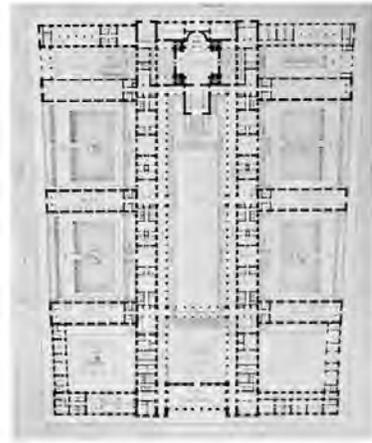
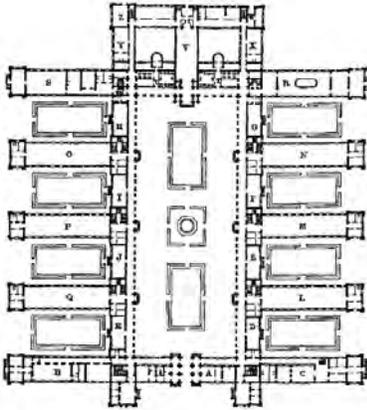
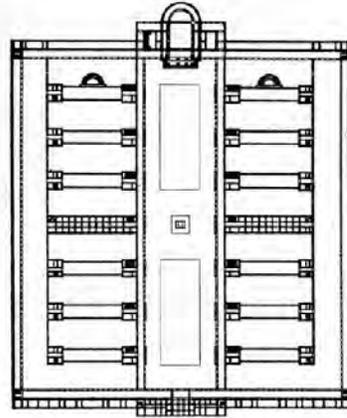
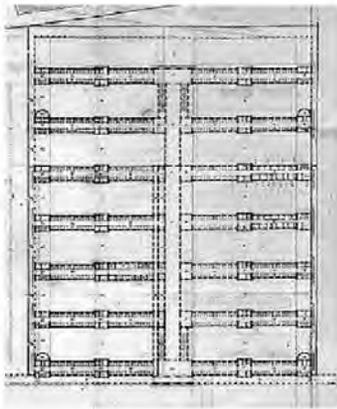


Figura 3: Arriba, plantas de los proyectos hospitalarios para el *Hôtel-Dieu* en París, de Jacques Tenon y Bernard Poyet (1708); abajo a la izquierda, *Hôpital Lariboisière*, proyecto de Martin Pierre Gauthier; abajo a la derecha, *Hôtel-Dieu*, proyecto de Emile Jacques Gilbert (1866-1876). Fuente: Elaboración propia a partir de los planos de *Mémoire sur les hôpitaux de Paris, Recueil et parallèle des edifices de tout genre, Traité d'hygiène publique et privée* y las colecciones de la Biblioteca del INHA.

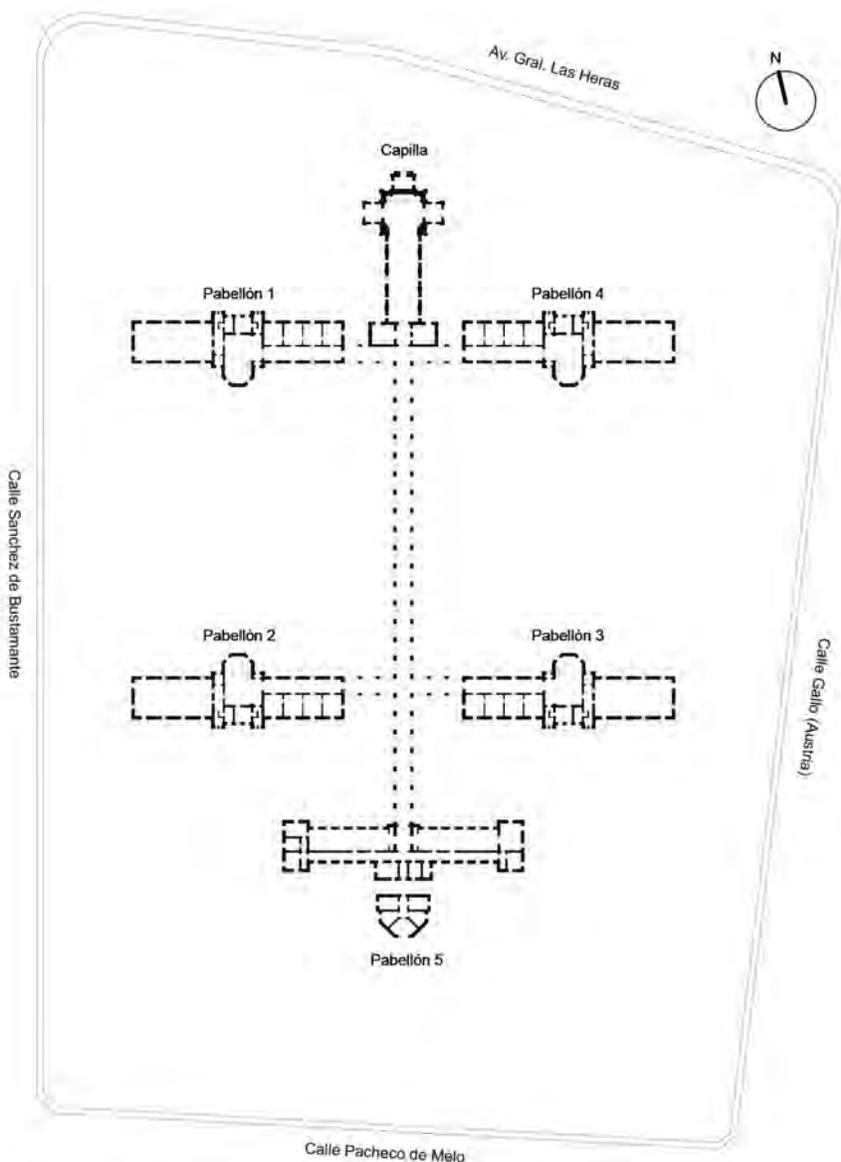
Estas consideraciones exponen ciertas características de la matriz tipológica francesa que pueden ser identificadas en algunos proyectos hospitalarios en Buenos Aires. Rawson, en *Conferencias de Higiene pública* (1876), no cita directamente a Tenon pero sí a través de las numerosas referencias a Michel Levy, un médico y profesor de higiene francés, cuyos trabajos podrían considerarse en muchos aspectos una paráfrasis de la *Mémoire sur les Hopitaux de Paris* del propio Tenon. En 1844 publicó *Traité d'hygiène publique et privée*, donde realizó un estudio sobre los hospitales. A diferencia de Tenon, Levy no se centró solamente en la experiencia proyectual y arquitectónica del *Hotel-Dieu*, sino que tuvo una mirada más amplia sobre los distintos hospitales de París, y se enfocó en el caso paradigmático del Hospital *Lariboisière* (1839-1854). Utilizó este caso como modelo para fijar las pautas y lógicas proyectuales correspondientes a los hospitales, reproduciendo casi sin modificaciones el discurso de Tenon.

Todos los elementos básicos de la matriz tipológica de estas derivas proyectuales para el *Hotel-Dieu* y el Hospital *Lariboisière* aparecen representados en la planta del Hospital de Mujeres de Buenos Aires (**Figura 4**). Fue proyectado por el arquitecto Enrique Aberg, que dentro de la función pública ejerció el cargo de Arquitecto Nacional e Inspector en Jefe del Departamento de Ingeniería Civil del Ministerio del Interior (1874-1884).³³

La edificación del Hospital de Mujeres comenzó el primero de mayo de 1881 bajo la dirección técnica de Aberg. En 1886 debió ausentarse, por lo que la obra fue terminada por Carlos Heynemann. El hospital se inauguró en 1887, el mismo año en que se inauguró el Palacio de Obras Sanitarias de la Nación y se sancionó la Ley de Ensanche de la Capital Federal, lo que expone su lugar dentro de la modernización prevista para la ciudad.

Figura 4: Hospital de Mujeres. Fuente: Elaboración propia a partir de los planos del Archivo del Museo Histórico del Hospital Rivadavia.

³³ Sus obras principales fueron casi exclusivamente para el Estado, entre ellas se encuentra el edificio para oficinas de gobierno (1882) sobre las calles 25 de Mayo y Rivadavia que luego de la ampliación del arquitecto Francisco Tamburini formaría parte de la actual Casa Rosada. Tartarini (2004): 14.



- 1- Pabellón de medicina clínica y de la piel.
- 2- Pabellón de cirugía.
- 3- Pabellón de cirugía general y ginecología.
- 4- Pabellón de medicina general.
- 5- Pabellón de la maternidad.
- 6- Capilla.

De manera análoga a sus referentes franceses, el Hospital estaba en un lugar excéntrico, abierto y rodeado de jardines (**Figura 5**). Tanto se distinguía este edificio del resto de las construcciones de la zona que, según Eduardo Wilde en su discurso inaugural, “La clínica en un palacio de esta especie debe responder al esplendor de su instalación”.³⁴ La bibliografía médica de finales de siglo XIX aconsejaba la disposición de parques y plazas según la metáfora del pulmón que oxigenaba y daba aire a las ciudades malsanas.³⁵ Bajo estas premisas y como parte de la agenda oficial de decisiones sanitarias la Municipalidad también se hizo cargo de la parquización a través de la Dirección de Paseos Públicos de la Municipalidad. Los jardines fueron diseñados en 1882 y finalizados en 1888.

Figura 5: Hospital de Mujeres. Fuente: La foto corresponde a una publicación de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, acerca del Hospital de Mujeres en el año 1910, perteneciente al Archivo del Museo Histórico del Hospital Rivadavia.

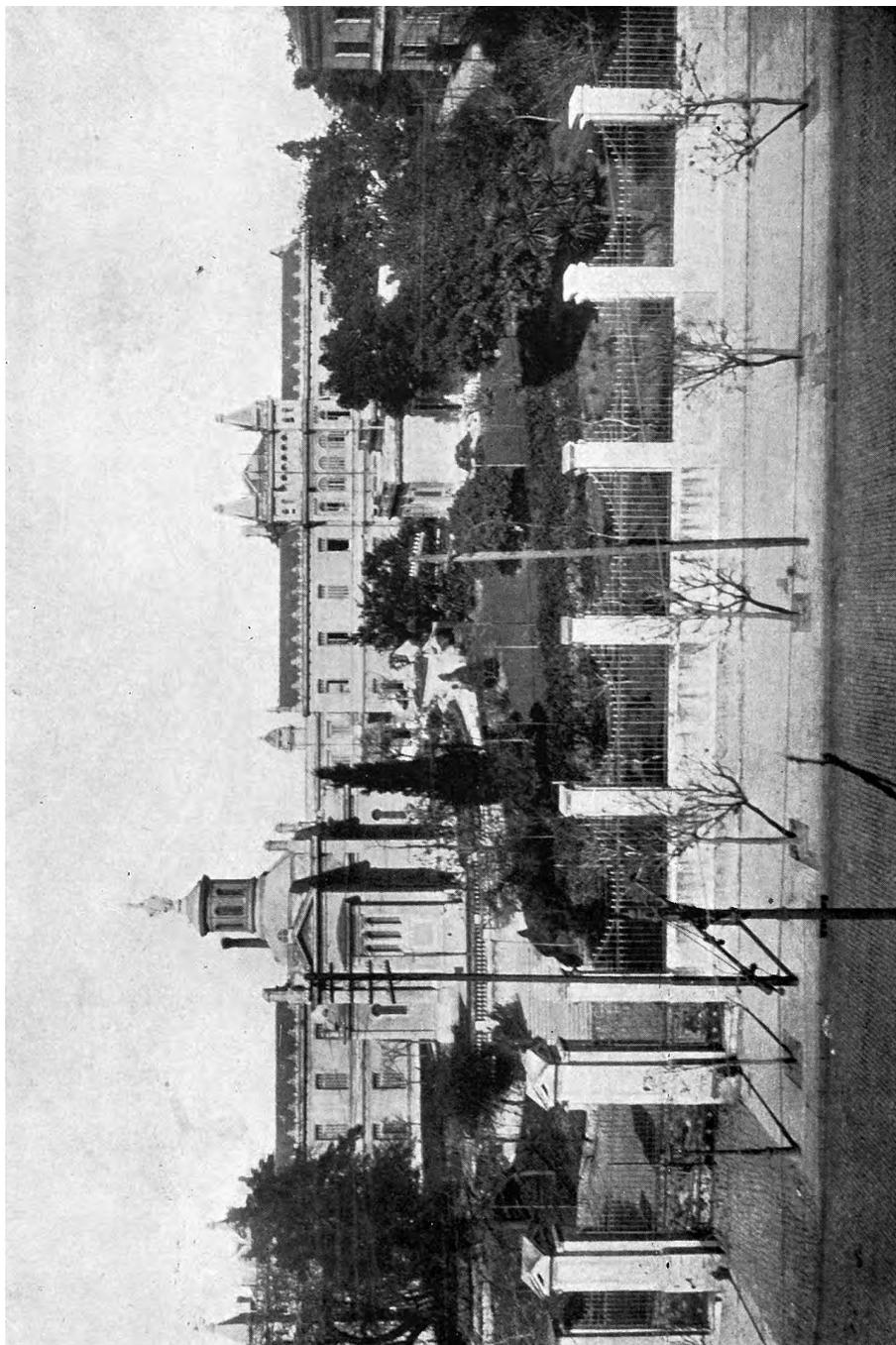
El Hospital de Mujeres, como institución, antecede bastante a la obra de Aberg, y originalmente estaba ubicado en el centro de la ciudad, en las actuales calles Esmeralda entre Mitre y Rivadavia.³⁶ El crecimiento demográfico de la ciudad marcó la necesidad de edificar un hospital de mayores dimensiones. Hubo varias locaciones donde se consideró trasladar el Hospital, entre ellas “La Convalecencia”, así como los Mataderos de la Recoleta. Finalmente, el 9 de diciembre de 1875 se rubricó un convenio entre la Sociedad de Beneficencia y la dueña, la señora Mercedes del Sar de Terry, para la adquisición de unas tierras en las calles Chavango y del Sar (Las Heras y Bustamante) que contaban ya desde 1874 con la aprobación de la Sociedad de Beneficencia, del Consejo de Higiene Pública y del propio Gobierno.³⁷

34 Pérgola (2014): 224.

35 Armus (2007): 48.

36 El origen del Hospital de Mujeres Rivadavia se remonta a 1727, cuando tras una epidemia de viruela negra muere el 10 % de la población, y se crea la Hermandad de la Santa Caridad para enterrar los cadáveres. La historia colonial y republicana del Hospital de Mujeres está narrada en el texto de Rodio Raíces (2000).

37 Raíces (2000): 25.



El sector de la ciudad en donde se implantó el proyecto de Aberg para el Hospital de Mujeres estaba próximo a una zona que al menos desde el último cuarto del siglo XIX era conocida como “Tierra del Fuego”, debido al carácter criminal asociado con los territorios patagónicos a partir de la instalación del penal en Ushuaia.³⁸ De hecho, varias instituciones fueron confirmando este lugar marginal en el que el Hospital se encontraba, cercano a la Penitenciaría de Buenos Aires (Nacional a partir de 1880), el Cementerio del Norte (1822), el Hospital Alemán (1867) y el Sifilicomio Municipal (1888) acentuando la idea de “extramuros” insalubres.³⁹

El edificio estaba organizado por un gran eje circulatorio, materializado en una galería cubierta de unos 100 metros de largo, orientado según los puntos cardinales. En uno de los extremos de este eje se ubica la Maternidad (el pabellón 5) y en el otro —al igual que los modelos franceses— la capilla, otorgando un privilegiado capital simbólico a ambas funciones. En el pabellón 5 además se disponían los cuartos para pensionistas y un anexo para pacientes en situación de aislamiento.

En el ala oeste se encontraba el pabellón 1, que albergaba las dos salas de Medicina Clínica y de la Piel, y además funcionaba como residencia para las hermanas de Nuestra Señora del Huerto encargadas del funcionamiento del hospital. También era donde se alojaban las presidiarias que requerían atención médica. El pabellón 2 de cirugía, se ubicaba en el mismo sector más cercano a la maternidad. De forma espejada, el pabellón 3, dedicado a cirugía general y ginecología, se emplazaba en el sector este al igual que el pabellón 4, dedicado a medicina general.

Esta tipología de pabellones aislados, conectados por una circulación a veces cubierta, a veces semicubierta, respondía a razones elementales de salubridad. Además de rodearse “un verde regenerador”, como hemos mencionado, respondía al concepto de preservar del contagio a través de los miasmas en una época prebacteriológica.⁴⁰

38 Ruiz Diaz (2018): 101.

39 Ver *Cruces en la ciudad*, en este libro.

40 Ver *Fuera y lejos de las ciudades*, en este libro.

Bajo las mismas lógicas proyectuales y otras necesidades institucionales fue diseñado el Nuevo Hospital Italiano. La idea de un hospital para la numerosa y creciente colectividad italiana como institución asistencial antecede a este proyecto y se remonta a 1853 —un año después de la Batalla de Caseros— con la creación por parte del Reino de Cerdeña y algunas figuras locales de una Comisión encargada de llevar adelante el proyecto.

En la *Memoria sugli Ospedali Sardi a Montevideo e Buenos Aires, proposta de sussidio (1854)* que cita Fernando Devoto, se establece que el hospital sería una herramienta de acción valiosa para la Corona en el Río de la Plata.⁴¹ Así, el Hospital Italiano fue una institución sarda puesta bajo la exclusiva protección del Rey de Cerdeña, eliminando la injerencia de otros estados o gobiernos, pero abierto a todos los connacionales en igualdad de condiciones, razón por la cual se aceptarían donaciones de otros italianos no sardos.⁴²

Este primer hospital, proyectado por Pedro Fossatti e inaugurado oficialmente en 1872, se ubicaba en la esquina de Santa Rosa (actual Bolívar) y la calle Ituzaingó (actual Caseros), en Barracas, uno de los centros primarios de población italiana.⁴³ Esta lógica de implantación es coincidente con aquella de otros aparatos asistenciales que se ubicaban próximos al área de La Convalecencia configurando un eje sanitario sobre Caseros.⁴⁴

En 1888 la Intendencia Municipal cursó una nota para solicitar el traslado del viejo hospital a un sitio más apropiado que no ofreciera riesgos para la higiene pública.⁴⁵ Ese mismo año se adquirió el terreno en la manzana comprendida por las calles Gascón, Cangallo (actual Perón), Rawson, 2da Cangallo (actual Potosí), actualmente en el barrio de Almagro. Esta ubicación se correspondía con las ideas higienistas que entendían al hospital como un foco de infección y un lugar insalubre, por eso la necesidad de ubicarlo en las afueras de la ciudad, en un cinturón verde, donde corriera

41 Podemos ver que la idea de Hospital Italiano es previa a la unificación nacional italiana y al surgimiento del Reino de Italia.

42 Rezzonico (1985): 23.

43 Rezzonico (1985): 23.

44 Ver *Fuera y lejos de las ciudades*, en este libro.

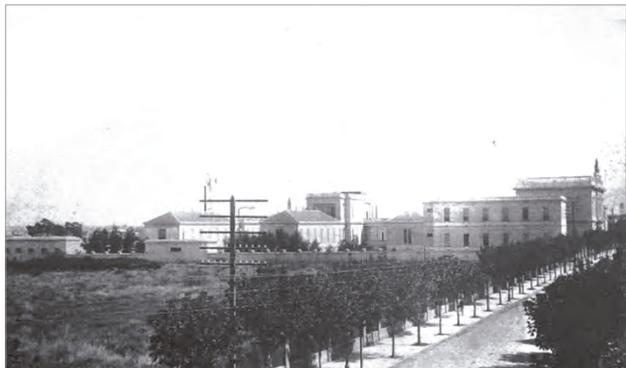
45 Rezzonico (1985): 24.

el viento para airear los espacios y evitar los miasmas tóxicos. En 1889 se colocó la piedra fundamental del nuevo hospital. La financiación fue por medio de unos préstamos del Banco de Italia y Río de la Plata (100.000 pesos), del Nuevo Banco Italiano (50.000 pesos) y del Banco de Comercio (50.000 pesos), y por donaciones de las Sociedades Benéficas, desplazando a la Corona Italiana como benefactora.

El Nuevo Hospital Italiano fue proyectado por Juan Antonio Buschiazzo, “el arquitecto más representativo de la generación del ochenta”.⁴⁶ Fuertemente involucrado con los organismos públicos y las instituciones del Estado fue el arquitecto predilecto de la intendencia de Torcuato de Alvear.⁴⁷ Construyó y modificó otros hospitales en Buenos Aires, entre ellos el Hospital San Roque (1882-84),⁴⁸ el proyecto del Hospital Barraca (1882),⁴⁹ el Borda (1885), el Rawson (1885) y el Durand (1909).⁵⁰

El 21 de diciembre de 1901 se inauguró el Nuevo Hospital Italiano (**Figura 6**) en su ubicación actual: “(...) pocas causas fueron más populares y más unánimes entre los italianos de Buenos Aires en esas décadas, que la del hospital”.⁵¹

Figura 6: Hospital Italiano. Fuente: La foto corresponde a una publicación anónima titulada *Nuovo Ospedale Italiano in Buenos Ayres* que se encuentra en la biblioteca de la Sociedad Central de Arquitectos (SCA).



46 Schávelzon (2004): 216.

47 Schávelzon (2004): 216.

48 Actualmente el Hospital Ramos Mejía.

49 Actualmente el Hospital Muñiz.

50 Schmidt (1995): 24.

51 Devoto (2006): 193.

La materialización de este Hospital significó la concreción de un lugar de pertenencia ante una sociedad hostil, diferente de lo que imaginaba un inmigrante al venir a Buenos Aires: “se convirtió rápidamente en la casa de asistencia para los enfermos que había prometido ser para las numerosas sociedades italianas de socorros mutuos, cumpliendo la necesaria función asistencial en resguardo de sus asociados”.⁵²

Este Hospital fue por mucho tiempo el “más importante y mejor montado”⁵³ de todos los hospitales de colectividades extranjeras en Buenos Aires y constituyó para Buschiazzo una oportunidad para materializar de manera más acabada la tipología pabellonaria, dictada por las máximas higienistas (**Figura 7**). El proyecto tomó el mismo esquema del *Hotel-Dieu* de Gilbert con el eje axial y los pabellones a los costados. Pero reemplazó el patio central o *cour* por una circulación que se asemeja al proyecto original de Tenon, y en el ámbito local tiene un correlato con el Hospital de Mujeres.

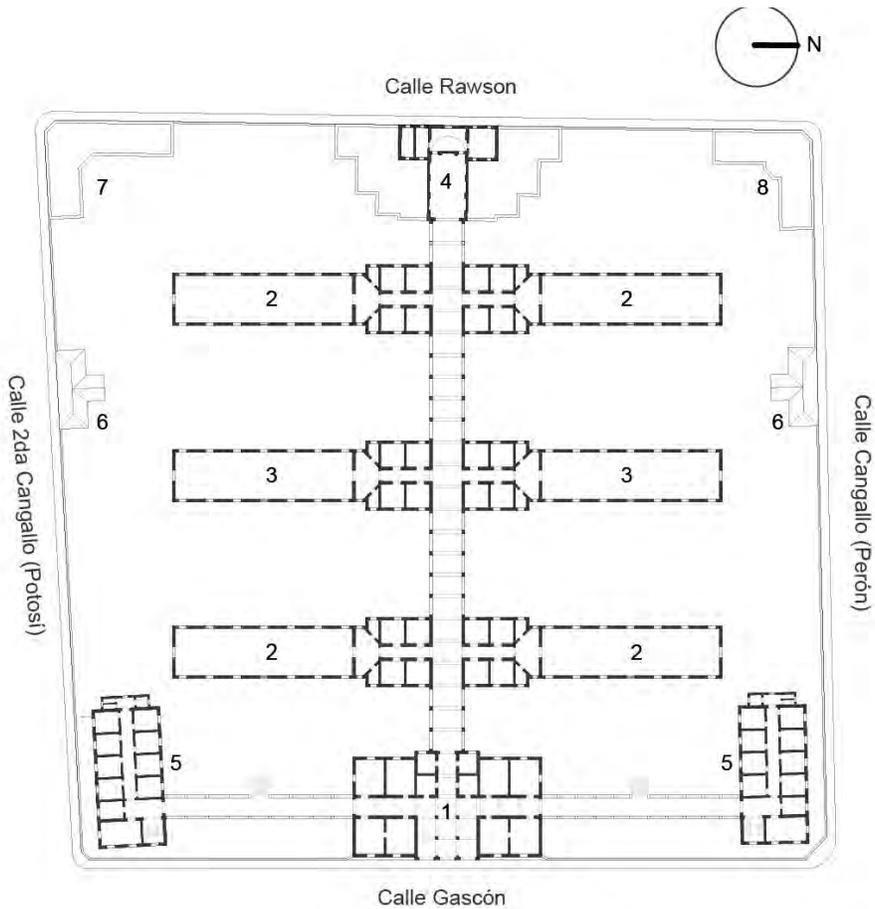
Tenía seis pabellones, tres de cada lado de la circulación. El acceso se ubicaba en la calle Gascón, y el eje se extendía hasta la calle Rawson donde remata la circulación con una capilla, igual que su modelo parisino. Allí se encontraban la sacristía, habitaciones del Capellán y el resto de los servicios, como ocurría con los proyectos de Gauthier y Gilbert. Sobre la calle Rawson no había pabellones, pero completaba las esquinas con unos edificios donde ubicó la morgue y la casa de las Hermanas. Sobre Gascón se encontraban los pabellones de pensionados, que completaban el conjunto.⁵⁴

No sólo la organización del hospital respondía a los modelos franceses, sino también la pieza fundamental que permitía este esquema, el pabellón. Tenon en la plancheta XIII de su *Mémoire* presenta dos tipologías de pabellones, para enfermos contagiosos y no contagiosos, que podemos ver en la **Figura 8**. El esquema compartimentado es para los primeros, mientras que el de planta abierta era para los pacientes de enfermedades no contagiosas.

52 Jankilevich (1999): 180.

53 Devoto (2006): 194.

54 Buschiazzo (1896): 37.



- 1- Pabellón de administración.
- 2- Pabellón de enfermos comunes.
- 3- Pabellón de cirugía.
- 4- Capilla.
- 5- Pabellón de pensionistas.
- 6- Pabellón de aislamiento.
- 7- Pabellón de las hermanas.
- 8- Departamento necroscópico.



Figura 7: Hospital Italiano. Fuente: Elaboración propia a partir de los planos de Juan A. Buschiazzo en los *Anales de la Sociedad Científica Argentina* (1896).

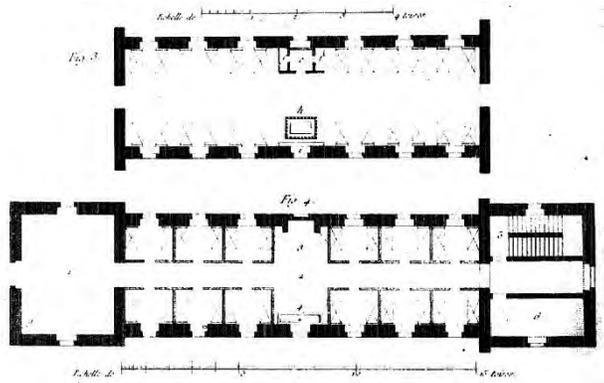


Figura 8: Pabellones para enfermedades contagiosas y no contagiosas. Fuente: Detalle de la plancheta XIII de la *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* (1788): 369.

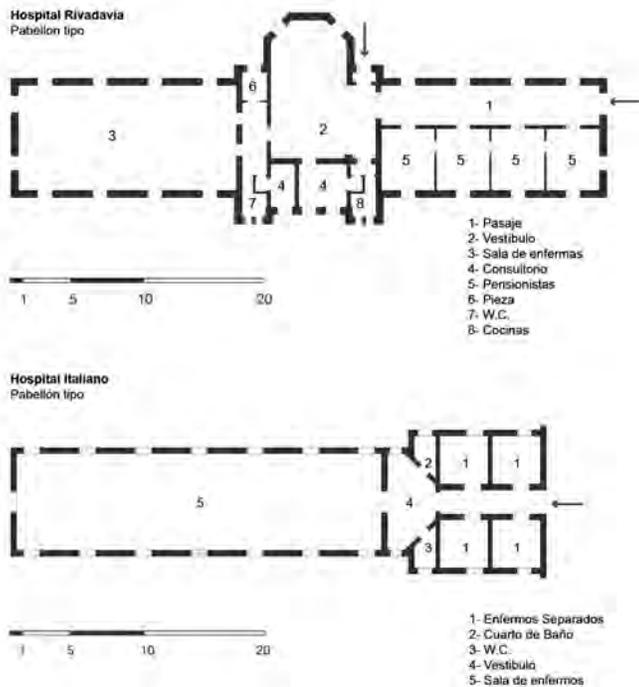


Figura 9: Pabellones tipo del Hospital de Mujeres y el Hospital Italiano. Fuente: Redibujo de elaboración propia a partir de los planos del Archivo del Museo Histórico del Hospital Rivadavia y de los planos de Juan A. Buschiazzi en los *Anales de la Sociedad Científica Argentina* (1896).

En la **Figura 9** se puede ver que en el Hospital de Mujeres se optó por el esquema compartimentado de habitaciones aisladas para prevenir los contagios, con un vestíbulo que vincula las habitaciones con la sala de enfermeras, los servicios, los consultorios externos y la circulación vertical. Mientras que en el Italiano, el pabellón tenía una gran sala común donde se atendía a los pacientes, al cual se accedía por medio de un vestíbulo ventilado, con ventanas de ambos lados, que hacía de fuelle entre la sala común y las habitaciones aisladas, las circulaciones y los servicios, muy similar al Hospital Barraca que el mismo Buschiazzo había diseñado.⁵⁵

En ambos casos se diseñaron los pabellones no como meros recintos, sino como partes constitutivas de un aparato más complejo, que lo componen y le dan sentido. Son las piezas fundamentales que garantizan el buen funcionamiento del hospital entendido como una máquina higiénica de curar y vigilar.

Tanto el Hospital de Mujeres como el Nuevo Hospital Italiano dan cuenta de algunas ideas propulsadas por el paradigma miasmático, que se importaron de la capital francesa y se materializaron en el campo hospitalario local, con pocas alteraciones, para diversas y variadas funciones.

La tipología pabellonaria representó un símbolo de modernidad urbana e institucional y un reflejo de estatus para la sociedad. Fue explotada y sostenida hasta principios del siglo XX, a pesar del surgimiento de las teorías bacteriológicas que desplazaron a los miasmas como el origen de la enfermedad, y le quitaron sentido a la organización por medio de pabellones.

55 Los enfermos de infecciones contagiosas eran internados en un pabellón aislado sobre la calle Cangallo (hoy Perón) y otro idéntico sobre la calle Potosí.

Palabras finales. La hegemonía francesa

A partir de la epidemia de fiebre amarilla de 1871 se definió un nuevo concepto de salud para la ciudad de Buenos Aires. Como en casi todos los programas de orden “civilizador” de finales del siglo XIX el discurso higienista prescribía emplazamientos de instituciones insalubres, como los hospitales, alejadas del recinto urbano. En casos como Buenos Aires, la disponibilidad de tierras baldías o dedicadas a usos rurales hacía más factible estas ubicaciones y materializaba de manera fehaciente las nociones de salubridad en el territorio.

Si en la escala territorial y urbana estos procesos de adaptación son verificables, en el caso de las matrices tipológicas, los desplazamientos fueron aún más acríticos y se reprodujeron con fidelidad a pesar de la abrumadora diferencia de las condiciones sociales de Buenos Aires. En este sentido, pese a la vinculación a través de los mismos referentes arquitectónicos, la explicación de estas instituciones debe considerar diferentes matices que expondrían sus objetivos y alcances en relación con la sociedad que los contiene y al discurso que los sostiene.

A pesar de estas diferencias, el patrón de implantación urbana y en particular las características tipológicas, tanto del Hospital de Mujeres como del Nuevo Hospital Italiano, respondieron a una poderosa matriz conceptual desarrollada en Francia. Es posible sumar las diferencias programáticas y las características diversas de los pacientes a los que estaban dirigidas ambas instituciones. En la primera, directamente vinculada al Estado —Municipal y luego Nacional—, que tiende a reorganizar los territorios urbanos bajo sentidos sanitarios y morales, supeditados a un reformismo social. En la segunda, administrada y organizada por una sociedad de beneficencia de un colectivo inmigratorio. Aun así, la hegemonía cultural europea proveyó, al menos por un tiempo, las soluciones que necesitaba una sociedad que había desbordado en sus previsiones demográficas y que, al mismo tiempo, pretendía ingresar al proyecto moderno.

Bibliografía

- Armus, Diego. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En Mirta Zaida Lobato (Dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*, tomo V de *Nueva Historia Argentina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Buschiazzo, Juan Antonio. (1896). Memoria Descriptiva Del Proyecto De Nuevo Hospital Italiano Actualmente en Ejecución. *Anales de la Sociedad Científica Argentina*. Enero, 1896 - Entrega 1 - Tomo XLI.
- Caride Bartrons, Horacio. (2017). *Lugares de mal vivir. Una historia cultural de los prostíbulos de Buenos Aires, 1875-1936*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- (2019). Agua Florida. Lugares del tango en Buenos Aires a comienzos del siglo XX. *Anales de Investigación en Arquitectura*, N.º 2, Vol. 9, 7-24.
- Caride Bartrons, Horacio; Dal Castello, David y Ruiz Diaz, Matías. (2018). “Las casas de los desviados. Aportes para una historia urbana de los asilos de la ciudad de Buenos Aires. El caso de La Convalecencia 1850-1890”. En *VIII Encuentro de Docentes e investigadores en Historia del Diseño, la Arquitectura y la Ciudad*. Córdoba, Argentina. Consultado el 20-02-2020 en https://www.academia.edu/41988614/Las_casas_de_los_desviados._Aportes_para_una_historia_urbana_de_los_asilos_de_la_ciudad_de_Buenos_Aires
- Dal Castello, David. (2015). Transformaciones urbanas de la muerte. Buenos Aires, fin de siglo XIX. *Revista Convivencia*, N.º 2, noviembre, 27-44.
- (2017). *La ciudad circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires, 1868-1903*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Devoto, Fernando. (2006). *Historia de los Italianos en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Diderot, Denis. ([1766] 2020). Hôpital. En *Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Tomo VIII. (pp. 293-294). Consultado el 04-09-2019 en https://fr.wikisource.org/wiki/L%E2%80%99Encyclop%C3%A9die/1re_%C3%A9dition/HOPITAL

- Durand, Jacques Guillaume Legrand. (1799). *Recueil et parallèle des édifices de tout genre, anciens et modernes*. París: Gillé Fils.
- Foucault, Michel. ([1953] 2001). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
 ----- (1979). *Les Machines à guérir*. Bruselas: Pierre Mardaga.
- González Leandri, Ricardo. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Jankilevich, Ángel. (1999) *Hospital y Comunidad*. Buenos Aires: Ángel Jankilevich Ed.
- Levy, Michel. ([1844] 1879). *Traité d'hygiène publique et privée*. París: J. B. Balliere et Fils.
- Moreno, José Luis. (2009). *Éramos tan pobres... De la caridad colonial a la Fundación Eva Perón*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Paiva, Verónica. (1996). Entre microbios y miasmas. La ciudad bajo la lente del higienismo. Buenos Aires 1850-1890. *Revista Área*, N.º 4, 23-31.
 ----- (1997). Higienismo: ciencia, instituciones y normativa, Buenos Aires, siglo XIX. *Seminario de Crítica del IAA*, N.º 82.
- Pérgola, Federico. (2014). *Historia de la Medicina Argentina*. Buenos Aires: Eudeba.
- Raíces, Rodio. (2000). *Breve Historia del Hospital Rivadavia*. Buenos Aires: Akadia.
- Rezzonico, Carlos A. (1985). Historia del Hospital Italiano. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, Número extraordinario, 22-26.
- Rawson, Guillermo. (1876). *Conferencias sobre Higiene Pública*. París: Donnemette & Hattu.
 ----- ([1884] 1945). *Escritos Científicos*. Buenos Aires: Editorial Jackson.
- Rosenau, Helen. (1970). *Social purpose in architecture*. Londres: Studio Vista Limited.
- Ruiz Diaz, Matías. (2016). Los lugares de la cárcel. Aproximaciones desde la historia de los espacios y el territorio. Buenos Aires 1877-1927. *Revista de Historia de la Prisiones*, N.º 3, julio-diciembre, 131-149.
 ----- (2018). *La ciudad de los réprobos. Historia urbana de los espacios carcelarios de Buenos Aires, 1869-1927*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.

- Ruiz Moreno, Isidoro. (1986). *La federalización de Buenos Aires*. Buenos Aires: Hyspamérica.
- Santi, Isabel. (2007). El paciente inmigrante en Buenos Aires a fines del siglo XIX. De la filantropía a la tecnología alienista. *Amérique Latine Histoire et Mémoire*. Les Cahiers ALHIM. N.º 12. Septiembre de 2007. Consultado el 23-12-2019 en <<http://journals.openedition.org/alhim/1322>>
- Scenna, Miguel Ángel. ([1974] 2009). *Cuando murió Buenos Aires. 1871*. Buenos Aires: Cántaro.
- Schávelzon, Daniel. (2004). Buschiazzo, Juan Antonio. En J. Liernur y F. Aliata (Dir.). *Diccionario de Arquitectura en la Argentina*. Buenos Aires: AGEA.
- Schmidt, Claudia. (1995) Juan A. Buschiazzo. Un profesional entre la arquitectura y la construcción. *Cuadernos De Historia IAA*, N.º 6, 5-27.
- Tartarini, Jorge. (2004). Aberg, Enrique. En J. Liernur y F. Aliata (Dir.). *Diccionario de Arquitectura en la Argentina*. Buenos Aires: AGEA.
- Tenon, Jacques René. (1788). *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. París: PH.-D. Pierres.
- Wilde, Eduardo. ([1878] 1885). *Curso de Higiene Pública*. Buenos Aires: Casavalle Editor.

Los puntos distantes

La provisión de agua a los establecimientos públicos, 1859-1894

Buenos Aires fue la primera ciudad de Latinoamérica en inaugurar un servicio de agua corriente de red en el año 1868. Se tomaba agua del Río de la Plata a la altura del barrio de Recoleta, se filtraba y se distribuía en algunas canillas públicas ubicadas en plazas y parques. En su momento este suceso fue considerado todo un símbolo de progreso, ya que en el marco del paradigma médico moral¹ este recurso estaba íntimamente ligado al ideal de una población sana y limpia y, en analogía, a un cuerpo urbano higiénico. Aquellas ideas condujeron entonces a una carrera de tres décadas por proveer a la ciudad de un volumen de agua cada vez mayor y conducirla a una distancia cada vez más lejana del centro.

Los estudios históricos sobre este sistema de aguas corrientes por lo general relatan la sucesión de debates, planes y proyectos teóricos que se dieron a lo largo del siglo XIX. Pero es posible contar otra historia del agua cuando se analizan las obras de infraestructura que efectivamente se llevaron a cabo (que no siempre respondieron a lo planificado), sobre todo si se presta atención a su correlato con distintas capas de información del tejido urbano, como calles, plazas, parques y edificios.

¹ Ver *Estudio preliminar*, en este libro.

En línea con la temática de este libro, el presente capítulo busca detectar qué lugar tuvieron entonces los establecimientos públicos de beneficencia, educación, y salubridad en esta historia de las aguas corrientes. Esta vinculación no es azarosa, sino que al estudiar el avance de los tendidos en Buenos Aires a través de los años aparecen indicios que hacen pensar que aquellos no fueron simplemente abastecidos de la red al igual que cualquier inmueble. Por el contrario, parecieran haber sido determinantes en la definición de los recorridos de cañerías, incluso llegando a desviarlas por fuera de los planes iniciales. Por ende, estas relaciones no serían detectables desde el abordaje tradicional que estudia las propuestas teóricas, ni perceptibles a simple vista sobre las fuentes y planos disponibles. Para poder encontrar y visualizar estas relaciones es necesario un tipo de estudio histórico particular que reconstruya esas imágenes de la ciudad, por eso el insumo central de este capítulo —al igual que en el resto del libro— son las cartografías.

El primer paso de esta investigación fue entonces la elaboración de una serie de representaciones gráficas que permitieran visibilizar aquellos cruces con mayor claridad para poder estudiarlos. Sobre los mapas disponibles de la época se fueron marcando las calles por las cuales avanzaba la construcción de cañerías de agua a través de los años, y en otra capa de información se resaltaron las manzanas en las que se encontraban las arquitecturas para la sanidad. Si bien existen posiciones encontradas al respecto de este tipo de intervenciones de las cartografías, en este trabajo se asume que “la escasez de cartografía histórica y actual (...) lleva en ocasiones a abordar manualmente el esfuerzo de dibujar minuciosamente el territorio. Y cuando dicho laborioso e imprescindible levantamiento se realiza con precisa intención y rigor, resulta un extraordinario generador de conocimiento”.² Por lo tanto, de modo que dicha reconstrucción fuera lo más rigurosa posible, se llevó a cabo en función de la información obtenida de fuentes tales como las carpetas técnicas de los proyectos de redes, las *Memorias de la Municipalidad de Buenos Aires* (en adelante *MMCBA*), legislaciones, periódicos, revistas de la época, censos, y todos aquellos documentos que

2 Sabaté Bel, Pesoa Mercilla y Novick (2016): 3.

permiten obtener datos estadísticos de la realidad material de las obras a través de los años.

Este trabajo dio como resultado nuevas imágenes históricas de Buenos Aires. En ellas, el análisis solapado de cañerías y edificios para la sanidad pone de manifiesto la contemporaneidad de estas obras, una sucesión de interacciones urbanas muy particulares, y ciertos procesos paralelos de inicio, auge y consolidación. Los hallazgos iniciales hubiesen sido imperceptibles a simple vista de los dos objetos por separado y motivan la historia que se escribe a continuación.

El texto propone, así, un recorrido a lo largo de estas vinculaciones en el período 1859-1894. En primer lugar, se exploran las relaciones existentes entre las aguas corrientes y la idea de salud y enfermedad. En ese marco general luego se busca interpretar el rol que tuvo el agua como recurso dentro de las arquitecturas y prácticas para la sanidad, así como la implicación inversa de dichos edificios en las redes de infraestructura. Finalmente, con todos estos materiales se busca poner a prueba el supuesto de partida de este texto, acerca de que estas construcciones formaron parte de cierto grupo de estrategias urbanas donde pasaron de ser consideradas como puntos distantes a verdaderos hitos urbanos hacia el final del período.

Aguas corrientes y sanidad

Durante el siglo XIX se ensayaron en Buenos Aires una serie de programas arquitectónicos y adelantos tecnológicos con el fin de salvaguardar y mejorar la salud de la población. Los años posteriores a la revolución estuvieron marcados por la proliferación de instituciones de beneficencia y asistencia, y múltiples proyectos para la construcción de hospitales, edificios educativos y cárceles. Luego, en la segunda mitad del siglo XIX, se iniciaron y extendieron las grandes obras de infraestructura: empedrado de las calles, desagües, iluminación a gas, tendidos de aguas corrientes y, hacia final del siglo, las cloacas. En su mayoría fueron llevados a cabo gracias a los nuevos saberes médicos en combinación con los avances de la ingeniería.

En ese momento, la ciudad era entendida como un “cuerpo urbano”, y cada uno de estos elementos era considerado un instrumento técnico para “sanarlo”.³ De modo que los edificios, las redes y el trazado de calles fueron concebidos como parte de un mismo paradigma cultural. Incluso, una interpretación posterior de las ciudades en este período a mano de urbanistas como Kevin Lynch (1960) y Gabriele Dupuy ([1992] 1998) afirma que las infraestructuras terminaron siendo por ese entonces una nueva forma de entender la ciudad, superadora del modelo de la grilla vigente desde la época fundacional. A tal punto fueron obras de relevancia que las redes superaron su función técnica inicial y se posicionaron como forma de “organización de la relación de una sociedad con sus territorios”.⁴ Esta interpretación también se ve reforzada por una mirada actual que entiende “a las redes de infraestructuras, no solo desde su lógica económica, funcional o ambiental, sino a su vez, desde su contribución a la estructura urbanística de los asentamientos”.⁵ En consecuencia, este marco conceptual posibilita hacer otro tipo de lecturas sobre estas obras. De allí surge esta propuesta de una historia urbana de las aguas corrientes.

También entendidas dentro del mismo paradigma, las arquitecturas para la sanidad objeto de esta publicación fueron un conjunto de instituciones funcionales a estrategias y necesidades urbanas, no sólo edificios aislados. Estudios antecedentes han demostrado que fueron proyectadas en relación a variables urbanas, como el tejido consolidado y los espacios verdes; territoriales, como el río y ciertos recorridos urbanos;⁶ y propiamente infraestructurales, como la iluminación a gas⁷ y las aguas corrientes, como se verá en este caso.

3 Para profundizar en esta metáfora, ver Caride Bartrons (2011).

4 Dupuy ([1992] 1998): 54.

5 Sabaté Bel (2010): 18.

6 Paiva (2004); Armus (2007); Novick (2008); Caride Bartrons (2011) y Dal Castello (2017).

7 Caride, por ejemplo, ha demostrado que “la iluminación a gas de calles y plazas sirve como indicador para establecer las posibilidades de ubicación de los prostíbulos como parte de una constelación de actividades nocturnas que se iban consolidando según el avance de nuevas tecnologías. Pero, lo que es más significativo, ayuda a comprender que su distribución espacial estaba orientada por lógicas similares a otras construcciones que iban densificando el centro”. Caride (2017): 119.

En cuanto a historias precedentes sobre las redes de aguas corrientes, como se introdujo, las más tradicionales barren planes, proyectos y adelantos técnicos a modo de cronología.⁸ Pero también existen investigaciones históricas con miradas técnico-tecnológicas,⁹ institucionales y profesionales,¹⁰ metafóricas y simbólicas,¹¹ y finalmente algunas miradas locales desde el campo del urbanismo.¹² Dentro de esta última línea de investigación, existe una hipótesis común a varios trabajos acerca de que:

buena parte de las propuestas del higienismo para la ciudad, fueron coherentes con los criterios científicos de los médicos acerca del origen y transmisión de las enfermedades. Dado que este pensamiento epidemiológico fue variando a lo largo del siglo XIX, conocer sobre sus transformaciones, es conocer (...) sobre los distintos programas que los higienistas fueron elaborando para la ciudad, durante todo el período que corre entre 1870 y 1910.¹³

Este supuesto se verifica, por ejemplo, en la idea de llevar a las afueras de la ciudad los “focos de infección” como asilos, hospitales y cementerios.¹⁴ Pero esa aparente coherencia interna entre teorías higienistas y ciudad se ve en cierta forma relativizada con el mapeo y análisis de infraestructuras e instituciones en el territorio. Las cartografías que se irán presentando a lo largo de este texto, al cruzar ambas capas de información, ponen de relieve ciertas contradicciones. Por ejemplo, que si bien el agua era un recurso fundamental en estas instituciones, el abastecimiento por redes se proyectó

8 Como realizan Tartarini (2018); Garzonio (2012) y las publicaciones de AYSA (2014).

9 Méndez (2013).

10 Biernat (2016), Gonzalez Leandri (2004), Regalsky y Salerno (2008) y Ballent (2008).

11 Salessi (1995).

12 En orden cronológico, la primera es Olga Bordi de Ragucci (1985), quien interpreta a las redes de saneamiento como motor de crecimiento de la ciudad, y como factor de especulación inmobiliaria. Luego Verónica Paiva (2000) las analiza como parte del medio ambiente urbano porteño. Finalmente Luis Babbo (2017 y 2019) estudia las relaciones territoriales entre la mancha urbana y el área de cobertura de las infraestructuras.

13 Paiva (2014).

14 David Dal Castello (2020) ya ha revisado este mismo supuesto anteriormente y ver *Fuera y lejos de las ciudades*, en este libro, para profundizar en el concepto de extramuros.

siempre en el centro de la ciudad de donde había que sacar a los programas contaminantes. Con lo cual se lograba el propósito de alejar estos lugares nocivos, pero en detrimento de contar con los recursos necesarios para el tratamiento de los enfermos que los mismos médicos exigían. Por otra parte, no hay dudas de que las ideas de origen y transmisión de enfermedades fueron determinantes en ciertas estrategias urbanas. Sin embargo, en las fuentes son constantes los registros de otros tipos de reclamos más pragmáticos por parte de las instituciones sanitarias, que también incidieron en la definición de ciertos sectores de la ciudad. Estos son solo algunos de los interrogantes que surgen de la representación para problematizar estos cruces en el territorio.

Dichas imágenes permiten, además, pensar nuevas metáforas gráficas que enriquezcan el análisis. Los mapas que relacionan arquitecturas y servicios se asemejan a un diagrama de red, con lazos y puntos. Bajo esta figura, la red de agua se conforma físicamente como tal, conectando sitios por medio de cañerías, y ciertos edificios pueden ser interpretados como hitos (o “*landmarks*” parafraseando las teorías de Lynch) dentro de ella. Los principales fueron las casas de bombas y tanques propios del sistema. En forma análoga, se verá que los establecimientos públicos, por sus funciones técnicas y sociales, también determinaron límites y recorridos de esa red.

Profundizando en estas interacciones, los procesos de proliferación y consolidación de estos dos objetos —aguas corrientes y establecimientos para la sanidad— se dieron simultáneamente durante un período que se inició en 1859 con el retorno del tratamiento del asunto de las aguas corrientes en las sesiones de la Comisión Municipal. Éste tuvo un primer intento de promoción durante el gobierno de Martín Rodríguez en la Provincia de Buenos Aires, con Bernardino Rivadavia como Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, cuando se encargaron proyectos para la provisión de aguas filtradas a Santiago Bevans y Carlos Pellegrini, pero nunca se logró su concreción. El tema se posicionó nuevamente en agenda por estos años, en gran medida, debido al paradigma médico moral vigen-

te.¹⁵ En este contexto, se consideraba que el agua como recurso era la primera condición fundamental para la salubridad de las ciudades,¹⁶ y tenía múltiples aplicaciones “como el lavado de ropa, riego de las calles, lavado del frente de las casas, colocación de taponos para el fuego, de bitoques públicos para el beneficio de los pobres, de fuentes públicas para el adorno de la ciudad”.¹⁷ Así fue que, como infraestructura, las obras de aguas corrientes y saneamiento estuvieron entre las de mayor relevancia por estos años:¹⁸

La provisión de aguas corrientes á esta ciudad ha sido uno de los proyectos más importantes que se hayan iniciado en el país. Diversas propuestas habían sido presentadas al Gobierno, constando de varios cuerpos el espediente formalizado para conocer cual de ellas era la más ventajosa, y lo que tuviera de realizable el pensamiento. () Pero el pensamiento de las aguas corrientes parecía punto secundario en las jestionos que se seguía ante el Gobierno. () Tal era el estado de este asunto cuando el Gobierno le pasó á informe del Dr. D. José Roque Pérez, nombrado asesor especial. Su dictamen y el del Injeniero Civil D. Juan Coghlan son las piezas más importantes que corren en este voluminoso espediente, y las cuales se hallan entre los documentos de esta memoria.¹⁹

Fue también en el año 1859 que Coghlan presentó su primer informe relativo al servicio de agua. La ejecución de las obras estuvo a cargo de la Comisión de Aguas Corrientes dependiente de la dirección del Ferrocarril del Oeste. Luego de varias versiones de su plan, en 1867 se ordenó la cons-

15 El tema del paradigma médico moral se desarrolla en *Estudio Preliminar*, en este libro.

16 Coghlan, en su primer informe de evaluación de proyectos para el servicio de las aguas corrientes, cita como argumento de su postura que “Se ha observado por una Sociedad de médicos experimentados, que la salubridad de las ciudades y su inmunidad contra la fiebre y las enfermedades semejantes dependen principalmente de cuatro condiciones: 1° abundante provisión de agua pura”. Coghlan (1859): 18.

17 Coghlan (1859): 10.

18 En este caso se excluyen del análisis las obras de drenajes cloacales y pluviales porque responden a lógicas diferentes en su configuración territorial; tienen otras periodizaciones; tuvieron implicaciones diferentes con los asilos; y por la extensión de la publicación no sería posible trabajar todas en profundidad.

19 *MMCBA (1859)*: 57.

trucción de las obras y en 1868, tan sólo un año después, se inauguró el primer servicio de aguas corrientes de Latinoamérica. La **Figura 1** muestra un par de medallas conmemorativas que registran estos dos hechos, dando cuenta nuevamente de la importancia que tuvieron para la época. De izquierda a derecha se ven anverso y reverso de la medalla conmemorativa del decreto de las aguas corrientes en 1867, y luego en mismo orden las caras de una editada con motivo de la inauguración de las aguas filtradas en 1868. En ellas se ven la Casa de Bombas, el tanque torre, la fuente y el surtidor, cuatro construcciones icónicas que caracterizarían un nuevo paisaje urbano.



Figura 1: Dos medallas conmemorativas. Fuente: colección particular.

A pesar de los reconocimientos y el fulgor de la inauguración, la gestión de Coghlan al mando de las obras duraría solamente tres años. Hacia 1870 una serie de sucesos hicieron tambalear su credibilidad. En primer lugar, los estudios de los doctores en química Bernardo Weiss, Miguel Puiggari y el ingeniero Valentín Balbín comenzaron a cuestionar que el agua que consumía la población no era adecuada, afirmando que “el agua de pozo es impotable, (y) que la de lluvia recojida en aljibes se encuentra en malas condiciones higiénicas”.²⁰ Dichas investigaciones fueron discutidas al interior de la comunidad académica, a la vez que difundidas al público en general en periódicos como *La Nación* y *Río de la Plata*, poniendo en agenda pública la urgencia de la conclusión de las obras y la provisión de agua filtrada a todos los inmuebles. Estos reclamos se potenciaron con los

²⁰ Balbín (1870): 8.

nuevos brotes epidémicos y el deficiente funcionamiento del sistema construido hasta entonces, que sólo podía ser utilizado en horarios acotados y cuyas cañerías comenzaron a sufrir incrustaciones, obstrucciones y roturas.

Producto de estas discusiones, en septiembre de 1870 se sancionó la ley N.º 671 por la cual la ejecución de las obras dejó de pertenecer a la órbita de Ferrocarril del Oeste, y en tanto Coghlan, como director de éste, también quedó fuera de los proyectos. La financiación pasó a estar a cargo del Gobierno provincial y se creó una nueva Comisión de Aguas, Cloacas y Adoquinados que contrató al ingeniero John Frederic Bateman para que proyectara un diseño ampliado de la red. El recrudescimiento de las epidemias en los primeros meses de 1871 haría que en agosto, septiembre y octubre del mismo año se sancionaran nuevas leyes provinciales relativas a las obras, pero aún hacia fines de 1872 no tuvieron cumplimiento en la práctica. Pasaron algunos años más hasta que recién en 1876 Bateman entregó su proyecto definitivo con el depósito en la Avenida Córdoba. Las obras se fueron construyendo bajo esta administración, y en 1880 con la capitalización de Buenos Aires pasaron definitivamente a manos del Gobierno de dicha jurisdicción. Finalmente, hacia el año 1892 se dio un cierre de ciclo marcado por la conclusión del proyecto de Bateman que abastecía a todo el radio antiguo, y por la cantidad de conexiones existentes a los servicios de agua y obras domiciliarias.²¹ Estas últimas incluían también a las arquitecturas para la salud, que para esa fecha ya contaban prácticamente en su totalidad con ambas acometidas.

A pesar de estos avances, la provisión de agua a los inmuebles se mantendría por sistemas mixtos hasta entrado el siglo XX. Los datos del *Censo General población, edificación, comercio e industrias de la Ciudad de Buenos*

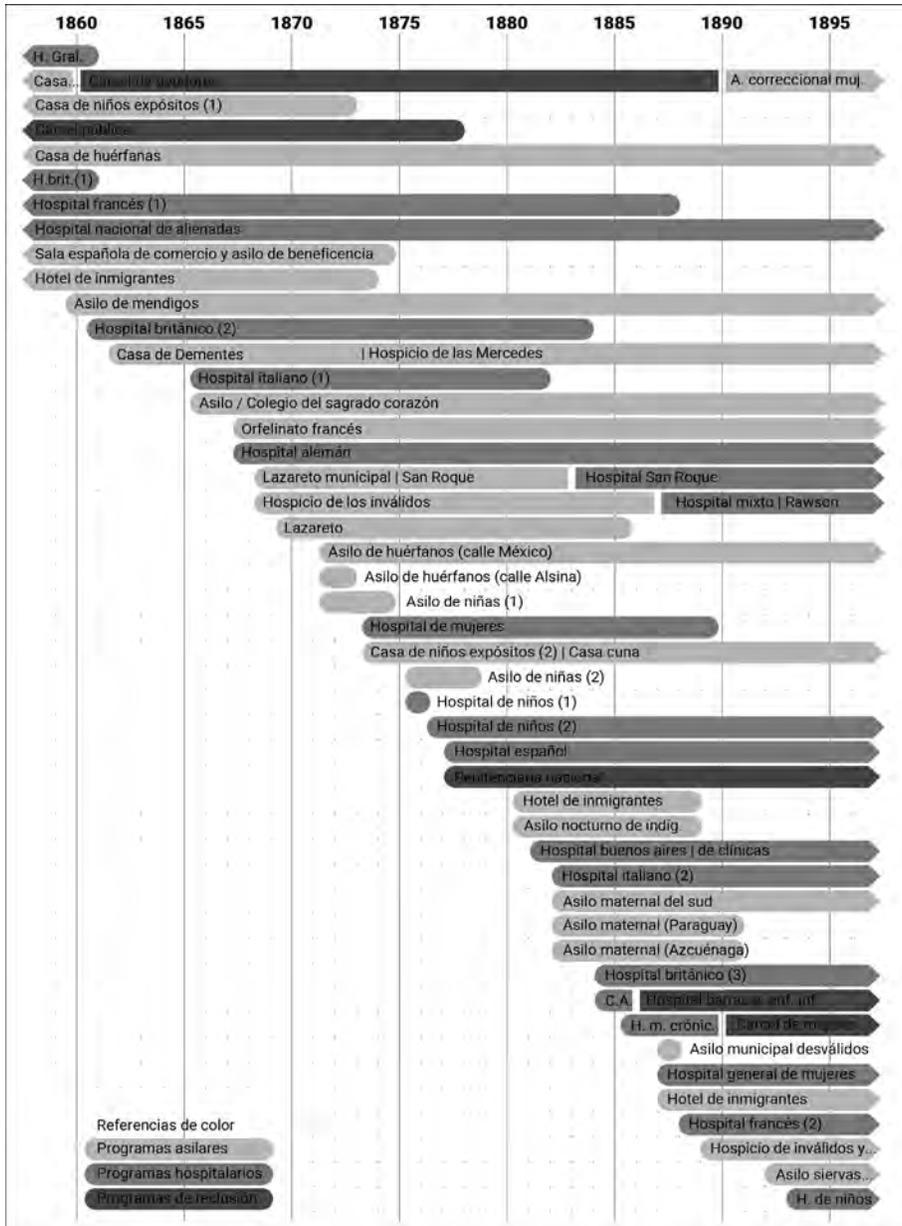
21 Varias fuentes y autores coinciden en esta fecha. Por ejemplo: “una fecha clave es 1892, pues la estadística revela que en ese año la cantidad de casas provistas de agua corriente y dispositivos cloacales eficientes aumentó en 150 % con respecto al número del año anterior. Esto significa, simplemente, una verdadera revolución urbana”. Salessi (1995): 22. También en la *Memoria de la Comisión de las Obras de Salubridad de la Capital*, del año 1893, se resalta la gran cantidad de conexiones realizadas hacia finales de 1892: 10.000 cloacas domiciliarias (que representaban aproximadamente el 40 % de la cantidad total a construir en la ciudad) y 26.410 servicios de agua (lo que verifica que prácticamente la totalidad de los inmuebles contaban con éstos).

Aires del año 1887 ilustran que la principal fuente de agua eran, aún por esa época, los pozos, en un total de 14.685 inmuebles. El segundo tipo de alimentación combinaba dos o tres sistemas, que sumaban un total de 9401 casas. Luego, 4089 inmuebles tenían provisión exclusivamente de agua de red y en último lugar, 3346 conservaban solamente un aljibe.²² Si bien hacia el final del período las memorias indican que la totalidad de las construcciones de la Ciudad de Buenos Aires contaban con acometida a la red, eso no quita que mantuvieran aún sus otros sistemas en funcionamiento.

Por su parte, los establecimientos para la sanidad también tuvieron hacia el final del siglo XIX una merma en su presencia en Buenos Aires. Entre 1883 y 1930 muchos de ellos se transformaron en hospitales o se cerraron, y las nuevas instituciones se construyeron ya bajo esta tipología, como puede observarse en la **Figura 2**. Este gráfico representa los períodos de funcionamiento de distintos edificios de sanidad. En sentido vertical se ordenan por criterio geográfico, donde cada fila representa un terreno o lote. En sentido horizontal se disponen cronológicamente y la barra de color representa el período en que cada uno se mantuvo en funcionamiento. En escala de grises de más claro a más oscuro se diferencian asilos, hospitales y cárceles respectivamente. Aquellos que cambian de color son los que transformaron su función aunque mantuvieron su ubicación geográfica (y por lo general también el inmueble), y los que ocupan dos filas con el mismo nombre son los que en algún momento se mudaron. Contabilizando la cantidad de establecimientos asilares y hospitales en funcionamiento en cada año es posible visualizar la preeminencia de unas y otras tipologías en distintos momentos del recorte temporal, así como también la transformación que se inicia en los últimos años del período 1859 - 1894, como se grafica en la **Figura 3**.

Figura 2: Período de funcionamiento de instituciones destinadas a la sanidad en Buenos Aires en el período 1859-1894. Fuente: Elaboración propia en base a *Memorias Municipales* y Registros de las instituciones.

²² *MMCBA* (1887): 138.



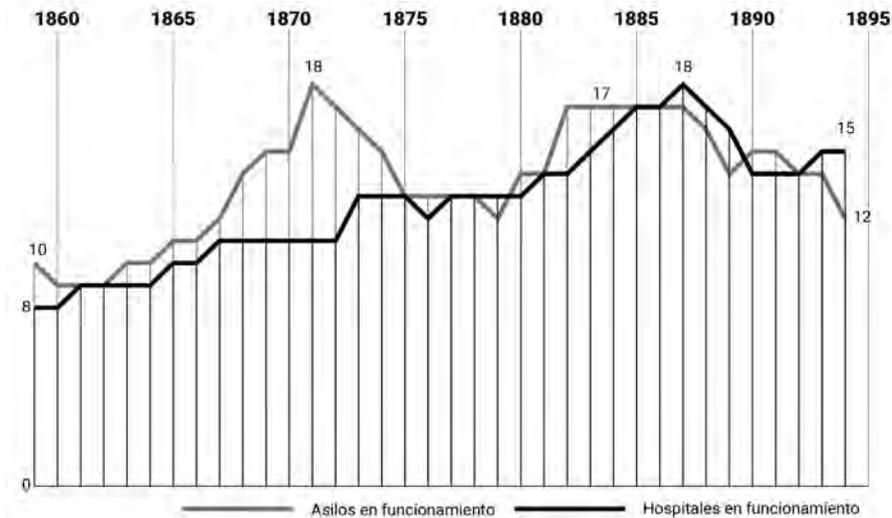


Figura 3: Cantidades de asilos y hospitales en funcionamiento en Buenos Aires en el período 1859-1894. Fuente: Elaboración propia en base a *Memorias Municipales* y Registros de las instituciones.

Dicha transición estuvo justificada en un nuevo paradigma científico originado en las teorías microbianas, que transformó los tratamientos de las enfermedades, los espacios para la salud, y las estrategias de salubridad para la ciudad.²³ A su vez, fue acompañado de un cambio de paradigma institucional, con un proceso de centralización de la administración sanitaria que tuvo como fechas claves el año 1880, con la creación del Departamento Nacional de Higiene, y 1892, cuando se le otorgó a dicha oficina el carácter de repartición nacional de carácter técnico.²⁴ Esta convivencia cronológica e institucional se analiza a continuación desde dos perspectivas complementarias.

23 Paiva (2004): 6.

24 Para profundizar en el proceso de centralización de la administración sanitaria ver Biernat (2015).

El agua en los establecimientos

Para comprender la incidencia que tuvieron los edificios destinados a la sanidad en las redes es necesario conocer por qué el agua era importante dentro de estas instituciones. En primer lugar, desde el comienzo del período fue fundamental para el tratamiento de enfermedades y heridas. La gran mayoría de las prescripciones médicas para curas indicaban su utilización bajo diversas aplicaciones:

En caso de herida. (...) lavar con esponja trapo mojado en agua fresca, para limpiarla de la sangre cuerpos estraños que pueda tener. En caso de contusion ó hinchazon se debe aplicar en la parte contusa hinchada compresas de agua fresca con acetato de plomo (agua blanca). Si el herido espata ó gomita sangre (...) aplicarse compresas de agua fresca sobre el pecho y la cavidad del estómago. Quemaduras: (...) cubrir la parte quemada con compresas mojadas en agua tibia que se renovarán constantemente. En caso de caída ó torcedura se hará introducir si es posible la parte dañada en agua fresca. En caso de síncope ó desmayo () reanimarlo por medio de fuertes rocíos de agua fresca en la cara, de fricciones con vinagre en las sienes y al rededor de la nariz.²⁵

También porque los medicamentos eran en su mayoría preparados a base de agua. Pero además, era considerada fundamental para la cura de los enfermos en un sentido más amplio, “no solo con el objeto de que conserven la salud física de los detenidos en ellas, sino con el de que recuperen la salud moral perdida”.²⁶ Bajo esta lógica se pronunciaba la necesidad de dotar de abundante agua a las arquitecturas para la salud, y se prescribía que “el agua sea administrada a esas desgraciadas bajo las formas más variadas y á todas las temperaturas”.²⁷ En tanto, a los usos mencionados para curas de males físicos se sumaban distintos tipos de terapias con agua, alegando que “una sala de baños (es un) elemento poderoso de curación” y bajo las indicaciones de que

25 Coni (1891): 3 y 4.

26 Maldonado (1874): 9.

27 *Revista del Plata* (febrero de 1854): 81.

no incurrirán en la falta que se advierte hasta en el local destinado a nuestras pobres dementes, cuya cabeza, abrasada por su propia desorganización, y á veces por el fuego del cielo, jamás han sentido el refrigerante de un chorro de agua. Colocarán una bomba en un vasto algibe, que rechazando el agua en una pileta elevada, la distribuya por caños a la cocina, al lavadero, a la farmacia, a los baños, a los comunes; si posible fuera, hasta las alcobas de los enfermos.²⁸

Con el pasar de los años, estas terapias y la utilización de máquinas a vapor se fueron diversificando y multiplicando, hasta llegar al punto de contar con un depósito secundario de agua en cada sala, como se inauguró en el Hospital San Roque en 1883.

En segundo lugar, el agua era un recurso fundamental para el aseo de estos edificios, como forma de desinfectar los elementos que habían estado en contacto con determinado tipo de enfermos infectocontagiosos. En locales que habían habitado se debía “lavar con agua abundante las paredes, pisos y techos”²⁹ y “los colchones se abrirán, y estos, las sábanas, frazadas, etc., se harán hervir en agua unas cuantas horas y después se lavarán con una solución de bicloruro de mercurio”.³⁰

En tercer lugar, el incremento de la población asilada, hospitalizada y recluida impulsó la necesidad de contar con lavaderos dentro de estos edificios, debido a los usos indicados en el punto anterior y al elevado costo que tenía hacerlo fuera del predio. A raíz de ello fue que en 1866, a pedido del administrador del Hospital de Hombres, la Comisión Municipal ordenó construir un lavadero a vapor en parte del terreno de la Casa de Dementes, junto a la noria de La Convalecencia.³¹ Realizaba el lavado de las ropas de estas dos instituciones, pero desde el comienzo se mencionó la posibilidad de brindar el servicio a todos los hospitales de la Capital. Años más tarde, hacia 1873 se construyó un nuevo lavadero en el Hospicio de las Mercedes, cercano al anterior. En este se efectivizó el plan de utilizarlo para el lavado de

28 *Revista del Plata* (febrero de 1854): 81.

29 Coni (1891): 46.

30 Coni (1891): 48.

31 *MMCBA* (1866): 22.

ropa de varios establecimientos municipales: el Hospital San Roque, el Hospital Buenos Aires, el Asilo de Mendigos y el Hospicio General de Hombres. Continuó en sus funciones hasta el año 1880 cuando se descentralizó la tarea, con la construcción al norte de otro lavadero en el Asilo de Mendigos, en el que probablemente se lavasen también las ropas del Hospital de Mujeres inaugurado algunos años antes, en 1873, dada su proximidad (ver ubicaciones en la **Figura 4**), quedando el de las Mercedes solamente para el usufructo de las instituciones situadas en el sur de la ciudad.³² En la **Figura 5** pueden observarse cinco edificios allí implantados hacia las décadas de 1880 y 1890: el Hospital San Roque, el Hospital Rawson, el Hospicio General de Hombres Dementes, el Asilo del Buen Pastor y el Asilo de Mujeres Dementes.



Figura 4: Porción de cartografía que muestra el norte de la ciudad. Fuente: elaboración propia sobre la base de Pablo Ludwíg (1892), *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y Distrito Federal*.



Figura 5: Porción de cartografía que muestra el sur de la ciudad. Fuente: elaboración propia sobre la base de Pablo Ludwíg (1892), *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y Distrito Federal*.

32 *MMCBA* (1883): 144. Ver *Fumigar hasta el corazón* en este libro para profundizar en la hipótesis del agrupamiento urbano de estas funciones e instituciones.

Un cuarto uso importante dentro de estos edificios era el riego. Era necesario para el mantenimiento de plazas, jardines y quintas que los rodeaban, pero no sólo por una cuestión estética, sino que la jardinería y la huerta eran trabajos que se le asignaban a la población asilar como parte de su tratamiento y cura de sus enfermedades físicas y morales.

Debido a todos estos requerimientos, los establecimientos de sanidad se constituyeron en un lugar de gran demanda de agua. En las *Memorias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* fueron constantes los registros de reclamos sobre este tema:

El aljibe actual escasea de agua. Es de urgencia darle más entradas mientras se resuelva y ejecuta, la construcción de un segundo muy necesario en el establecimiento, según el parecer de la comisión, si es que no se adopta pronto el sistema de aguas corrientes y se aplicase como se ha practicado con el gas.³³

Pero la llegada de la red demoraría todavía algunos años, por lo que se llevaron a cabo una serie de construcciones y ampliaciones de aljibes y pozos para satisfacer la demanda creciente. La mayoría contaba con sistemas de recolección de aguas de lluvias, y los que no lo tenían (como la Cárcel Pública) los construyeron en estas décadas. Pero ya no era suficiente con uno, sino que, por ejemplo, el proyecto de la Casa de Dementes presentado el mismo año contaba con dos aljibes. El del Hospital General de Hombres tuvo dos ampliaciones sucesivas en 1858 y 1860. En 1861 también se reemplazó la noria de La Convalecencia por una traída de Francia. Incluso en 1881, a pesar de ya contar con aguas corrientes, se construyó en el Hospital General de Hombres un pozo inagotable y en el Hospital Buenos Aires se instalaron nuevos recipientes para las aguas de lluvia. Como se mencionó al comenzar, muchos inmuebles mantendrían sistemas mixtos de abastecimiento aún después de concluidas las obras, y estos establecimientos no fueron la excepción.

Los reclamos se intensificaron hacia 1870, debido a la difusión de los estudios mencionados anteriormente de Puiggari y Balbin, y a la par del

33 *MMCBA* (1861): 8.

creciente número de enfermos producto de las epidemias. Las presiones aumentaban por estas motivaciones de salubridad, pero también por cuestiones económicas. Se hacía difícil para las administraciones y asociaciones de beneficencia el sostenimiento de todas estas demandas de aguas e infraestructuras asociadas.

Como respuesta, se promulgaron una serie de legislaciones que posicionaron a los asilos y lugares para la salud en un lugar prioritario de acceso al agua de red. El 26 de septiembre de 1870 se sancionó la Ley N.º 671 *Obras de Salubridad y Pavimentación para la Capital* que autorizó “la construcción de las obras necesarias para proveer a la Ciudad de Buenos Aires de aguas corrientes, caños de desagües y cloacas”.³⁴ Ese mismo año se reglamentó la norma y se creó una comisión para el seguimiento de estos trabajos y se puso fin al servicio de aguas a cargo de la empresa ferroviaria.

Un año después, en septiembre de 1871, se sancionó la Ley N.º 727, que hizo lugar a los reclamos de la Municipalidad y el Consejo de Higiene, y determinó que quedaba “facultado el Poder Ejecutivo para ordenar se provea de agua a todos los establecimientos públicos que designe, sin cargo alguno para ellos. La comisión de agua corrientes, llevará en una cuenta especial los gastos que originen los servicios”.³⁵ Y luego, en octubre del mismo año, se aprobó la Ley N.º 743 en la que aparecían explícitamente mencionadas las arquitecturas para la salud. El cuerpo de la norma indicaba que se “proveerá de agua gratuitamente a los establecimientos públicos de beneficencia, educación y salubridad, que se encuentran situados o que se situaren donde pasen los caños, debiéndosele abonar el costo de los caños y demás materiales de construcción”.³⁶ Mediante la reglamentación de este conjunto de medidas quedaron cubiertos los dos reclamos de provisión y financiación de estas obras.

Este acceso prioritario a la red los posicionó también como lugares de acercamiento al agua para la población en general. A medida que se construían las obras y se tendían las cañerías se habilitaban llaves de agua para

34 Senado y Cámara de Representantes de la Provincia de Bs. As. (1870). Ley N.º 671, art. 1.º

35 Senado y Cámara de Representantes de la Provincia de Bs. As. (1871). Ley N.º 727, art. 2.º y 3.º

36 Senado y Cámara de Representantes de la Provincia de Bs. As. (1871). Ley N.º 743, art. 6.º

su utilización pública bajo distintas formas: surtidores, surtidores de balde, fuentes de adorno, fuentes de beber, fuentes para animales y bocas para incendio. Como las cañerías debían llegar a los edificios públicos, plazas y parques, muchos se instalaron cerca de éstos.

La **Figura 6** marca la ubicación de todas las llaves para consumo de la población (surtidores y fuentes de beber) existentes al año 1885, indicados gráficamente con un punto negro. Algunos estaban directamente vinculados a los establecimientos públicos, como en la calle Coronel frente a la Penitenciaría (1), en Callao y General Lavalle en la esquina del Asilo del Sagrado Corazón (2), en Paseo de Julio y Corrientes donde supo estar el viejo Hotel de Inmigrantes (3) y en Bolívar y Comercio en cercanías al Hospital Municipal de Crónicos-Cárcel de Mujeres y a diversos edificios públicos vecinos (4). Otros estaban ubicados en las plazas aledañas a estos edificios, como el de los Corrales del Sud frente a la Casa de Aislamiento y al Hospital Militar (5), en la Plaza de los Inválidos frente a La Convalecencia (6), en la Plaza General Lavalle en diagonal al Hospital Francés donde había estado la Estación del Parque (7), en Plaza Libertad frente al Asilo Maternal (8), en la Plaza 6 de Junio había dos (uno de manga y uno de balde) frente al Hospital de Niños de la calle Arenales (9), y en la Plaza Recoleta frente al Cementerio y Asilo de Mendigos (10). Es decir que, sobre un total de veintitrés surtidores, once se encontraban instalados en proximidades a estos edificios. Los doce restantes se relacionaban con otros puntos urbanos de relevancia: dos en la Boca, tres cerca de las estaciones de tren, cuatro en las Plazas Concepción, Monserrat, San Martín y Santa Lucía, dos en intersecciones de calles importantes y uno en la Plaza Lorea, donde supo estar el tanque del plan de Coghlan. También había una fuente de adorno dentro del Asilo de Huérfanos.³⁷

Figura 6: Plano de surtidores públicos para manga y de balde en funcionamiento en el año 1885 y ubicación de asilos cercanos. Fuente: elaboración propia sobre la base de Pablo Ludwig (1892), *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal*.

37 Fuente de los datos: *MMCBA* (1885): 148-149.

Tal era la asociación de este tipo de instituciones con el agua que se llegó a plantear la utilización de los asilos como baños públicos. En 1881 se propuso “poner en ejecución esta mejora (los baños públicos), utilizando el edificio del Hospital San Roque, situado en otro extremo del Municipio y en donde la construcción de un pozo surjente, que se efectúa, proveería sin costo el agua necesaria”.³⁸ No se encontraron fuentes que indiquen que este proyecto se haya llevado a cabo efectivamente, pero la propuesta ratifica la mirada sobre los asilos como lugar de acceso al agua, no solamente para la población asilar sino para el público —y sobre todo pobres— en general.

Para llegar a gozar de estos servicios e implementar las legislaciones, se dieron una serie de interacciones territoriales entre redes y edificios de sanidad. Hasta aquí la forma en que se planificó y legisló la llegada del agua a estos establecimientos y los reclamos que las traccionaron. Pero las obras no siempre se llevaron a cabo siguiendo los planes, sino que es necesario analizar cómo se materializaron realmente las conexiones para descubrir otra historia de las infraestructuras.

Los establecimientos en las obras de aguas corrientes

Vistas las funciones y la importancia del agua como recurso en los edificios de la sanidad, es momento de estudiar ciertos procesos por los cuales el servicio llegó hasta ellos para conocer la contracara de estas teorías médicas y reclamos. Para reconstruir los diferentes estadios de las redes existen muchas fuentes y planos de detalles de las tomas del río, las casas de bombas y los depósitos centrales, pero en general pocos registros oficiales de la instalación de cañerías en las calles durante estos años; a diferencia de lo que sucedía con otras obras de la época, como el adoquinado o el alumbrado a gas, de los cuales se registraban calle a calle los servicios instalados en las *Memorias de la Municipalidad*. A pesar de ello, con algunas cartografías, registros parciales disponibles y las memorias escritas de los ingenieros a cargo de los proyectos fue posible capturar imágenes del estado de la red en algunos momentos.

38 *MMCBA* (1881): 374.

Esta información cruzada con el mapeo de arquitecturas para la sanidad da lugar a interpretaciones acerca del rol que éstas tuvieron en los tendidos.

Como se anticipó, el primer momento de la relación comenzó en la década de 1850 con los reclamos de la necesidad de ejecutar las obras de aguas corrientes en la ciudad. Aquellos fueron encabezados, en parte, por los directores de los asilos, hospitales y los médicos químicos. Sus dos principales argumentos eran la salubridad y la economía. También la prensa ejercía presión sobre el tema, aludiendo que:

En vano la cámara de diputados, por un voto unánime, ha manifestado el aprecio que hace del proyecto de abastecer a la capital con el agua del Plata clarificada. () En vano ha clamado la prensa. En vano se han quejado los pobres, que, á más de ser pobres, compran la vida á un precio más caro que los ricos, pues viven a mayor distancia del río, y no tienen algibes.³⁹

Estos reclamos de distintos actores posicionaron el tema en la agenda pública, pero el detonante que puso en marcha las obras fue el brote de cólera de 1859. En ese año se reconoció oficialmente la necesidad inminente de dotar de agua a la ciudad, y se dispuso “Que sobre la necesidad y urgencia de la realización de la obra, se oiga previamente a la Municipalidad.”⁴⁰ Este comentario venía a proponer, además, que las obras estuvieran a cargo de la gobernación y no de empresas privadas, bajo el argumento de que:

el asunto de proveer á esta ciudad de aguas corrientes, se trata de dotar á la población con un bien positivo, sin ligarlo á especulaciones personales, sino en cuanto esos intereses tengan que ser los vehículos por medio de los que este bien ha de conseguirse, armonizando la utilidad pública con el interés individual o de la empresa.⁴¹

39 *Revista del Plata* (enero de 1855): 342. Valga la aclaración de que muchos artículos sobre este tema en *Revista del Plata* eran escritos por Pellegrini, quien fue el primer convocado para el tratamiento del tema de las aguas corrientes durante el gobierno de Martín Rodríguez y Bernardino Rivadavia.

40 Roque Pérez (1859): 7.

41 Roque Pérez (1859): 3.

Esta determinación estableció desde el principio diálogos institucionales entre las comisiones y direcciones de los establecimientos públicos y las obras de salubridad, y coordinación de acciones en conjunto.⁴²

Por ese entonces ya existían cañerías que conducían agua del Río de la Plata a ciertos puntos. Había dos tomas de agua del río (indicadas en la **Figura 7** con líneas negras). La primera y más antigua inaugurada en 1846 se ubicaba en el centro de la ciudad, sobre el río, entre las calles Potosí y Victoria (actualmente Adolfo Alsina y Av. Hipólito Yrigoyen), junto a la Plaza de la Victoria (actual Plaza de Mayo) (ver punto 1 en **Figura 7**). Sur- tía al molino San Francisco, ubicado sobre la calle Potosí, entre la ribera y Balcarce. Una segunda inaugurada en 1856 se encontraba al norte de la ciudad, en el Bajo de la Recoleta (actualmente entre las calles Dr. Luis Agote y Agüero, ver punto 2). Allí se filtraba el agua tomada del río y proveía al ferrocarril para abastecer a sus locomotoras a vapor, que no podían funcionar con agua de perforaciones debido a la composición salobre que dañaba las máquinas. De esta manera, el abastecimiento era para ciertos servicios particulares. La población en general se proveía de agua de río por medio de aguateros. Tal era el caso de los seis asilos que se encontraban en el centro de la Ciudad, marcados en el plano con rectángulos color negro (3). La Convalecencia (4), por la distancia a la que se encontraba, contaba con un pozo particular. El Hospital Francés (5) se ubicaba sobre la cañería de agua que llegaba hasta la estación del parque, pero en este momento el agua era de uso exclusivo ferroviario y no alimentaba otros inmuebles, aunque sí se habían instalado grifos públicos sobre la línea que llegaba hasta la estación que probablemente esta institución haya usufructuado.⁴³

Figura 7: Plano de edificios de sanidad y cañerías de agua existentes al año 1859. Fuente: elaboración propia sobre la base de Ricardo Trelles (1859), *Plano de División Eclesiástica*.

42 La principal fuente de la que disponemos son las cartas e intercambios escritos entre los directores de los asilos y la Comisión de Higiene, la de Obras Públicas, y la Municipal como muestran las *Memorias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*.

43 Luqui Lagleyze (1994).

En este contexto, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires contrató al ingeniero John Coghlan como asesor de obras públicas, para que evaluara diferentes propuestas que habían presentado firmas privadas para la provisión de aguas corrientes. Éste elaboró en 1862 un primer informe titulado “Aguas corrientes de Buenos Aires” donde explicaba que:

Informado que la Municipalidad ha determinado que la provisión de aguas corrientes para el abasto de esta ciudad sea llevado á efecto por cuenta y bajo la inspección de dicha Corporación, me tomo la libertad de informar á Ud. que habiendo estudiado cuidadosamente el asunto aquí, y sometido mis cálculos y diseños á los fabricantes de máquinas é ingenieros hidráulicos más eminentes de Londres, he recibido una propuesta de la casa de los Sres. Easton Amos e hijo, los ingenieros hidráulicos más eminentes de Inglaterra para la ejecución de las obras necesarias para proveer a la ciudad de Buenos Aires con la cantidad máxima de 1.500.000 galones de agua diarios, sean 15.000 pipas.⁴⁴

Si bien la mayoría de las fuentes atribuyen el proyecto a Coghlan, queda claro que el proyecto ejecutivo fue elaborado por la firma inglesa. Es así que en 1863 el ingeniero presentó a la Municipalidad la carpeta⁴⁵ recibida de Inglaterra, con el proyecto ejecutivo elaborado por Easton Amos y Compañía. La propuesta de estos fabricantes venía con una carta de recomendación adjunta de Baring Hermanos y Compañía y otra firmada por el mismo Coghlan. En él se proponía abastecer un área de 340 manzanas (ver en la **Figura 9** el área que delimitaban), y proveer

Además de los caños para esa área, una cantidad de caños correspondientes á 5 millas, puesta á la disposición de la Municipalidad para colocarse, por cuenta de los empresarios, hasta los puntos distantes que se eligiese, tales como mercados públicos, mataderos, ó donde se considerase oportuno construir fuentes públicas.⁴⁶

Como se afirmó anteriormente, los asilos, hospitales y cárceles formarían parte, para las estrategias urbanas higienistas, del mismo conjunto de pro-

44 Coghlan (1862): 1.

45 Easton Amos y Compañía (1861).

46 Coghlan (1862): 1.

gramas que los mercados y mataderos que se mencionan. De esta manera, entran en escena por primera vez los establecimientos públicos en los planes de las aguas corrientes.

La puesta en marcha de las obras tendría que esperar casi diez años después de tomada la decisión de encarar el proyecto. Esta demora se debió a opiniones encontradas que dieron lugar a discusiones públicas acerca de la urgencia o no de las obras y su financiación. La crítica de algunos médicos y profesionales ante esta demora era que “se ocupan antes del asunto como negocio que como cuestión de higiene”,⁴⁷ siendo que las cañerías existentes eran para el ferrocarril pero no se tomaba la decisión de construir la provisión para la población.

En diciembre de 1867 el Gobierno provincial reglamentó el comienzo de las obras, brindando el empréstito necesario para llevarlas a cabo. Los primeros trabajos se iniciaron sobre la cañería existente desde la toma de la Recoleta hasta la Plaza del Parque. El primer servicio en inaugurarse rápidamente en los primeros meses de 1868 fue una prolongación de la cañería que alimentaba al ferrocarril sobre la calle del Temple, que brindó servicio a algunas casas. Nuevamente el Hospital Francés es probable que haya sido el primero en disfrutar del servicio.

A continuación, se iniciaron las obras para la casa de filtros y bombas en la Recoleta, y la colocación de cañerías principales en toda la ciudad. Por lo general se dice que se ejecutaron siguiendo una “versión ampliada” del proyecto de Coghlan (en verdad de Easton Amos y Compañía) de 1862. Pero en realidad, las primeras propuestas hechas en febrero de 1868 eran más chicas que las originales de 1862, como se puede observar comparando las distintas columnas de la tabla presentada por el ingeniero como anexo de su informe, donde detalló las características de las distintos proyectos elevados al Gobierno provincial (**Figura 8**). La explicación que la compañía indica que las sucesivas ampliaciones tuvieron que ver con que se partió de un plan lo más económico y austero posible, y luego se fue ampliando a las obras que la comisión iba aprobando. Se observa, por

⁴⁷ Puiggari (1866): 99.

ejemplo, en los *Scheme* (esquemas) N.º 2 y N.º 3 que la cantidad de agua a distribuir en 24 horas era menor que los 1.500.000 galones (o 15.000 pipas) propuestos en el proyecto original. La cantidad de manzanas abastecidas se había reducido a 96, y la cantidad de cañerías pasó de 49 millas a 12 ½. Además, los fabricantes Easton Amos y Compañía habían planteado la colocación de hidrantes o llaves de incendio, que en los esquemas I y II desaparecen por completo. La única parte del proyecto que se mantuvo sin variaciones al momento de comenzar las obras fue la casa de filtros y bombas, con una capacidad de filtrado de 1.500.000 galones en 24 horas.

La columna III da cuenta de las características del proyecto que finalmente se construyó entre 1868 y 1869, que se correspondía con el plan original de Easton Amos que la comisión terminó por aprobar luego de las idas y vueltas con los dos primeros esquemas. Se conservaron en este caso un filtrado y provisión de 1.500.000 galones en 24 horas; la torre cisterna de la Plaza Lorea de 60.000 galones, aunque con una altura mayor (habían propuesto una altura de 64 pies en 1862 y Coghlan la eleva a 88 pies); pero con la cantidad de cuadras reducidas a 140 y las llaves de incendio a 50 en vez de 320 de cada una.⁴⁸ El proyecto que habitualmente se reconoce como “ampliado” respecto del de 1862 es el que se propone en la columna IV, en julio de 1869, pero no es el plan bajo el que se iniciaron las obras.

Volviendo a los puntos distantes, desde el primer esquema (I) puede observarse la consideración de Coghlan por abastecer a los hospitales y a los edificios públicos, lo que vuelve a ratificar la hipótesis de que para esta época ya estaban en la agenda de las obras de salubridad.

Figura 8: Tabla que muestra las principales características de los diferentes esquemas propuestos por Coghlan en 1868. Autor: John Coghlan (1869a). Fuente: Coghlan (1869a) - Anexo 1. Buenos Aires: Standard Printing Office.

⁴⁸ Todos estos datos son de elaboración propia, y surgen de la comparación del informe del proyecto ejecutivo de Easton Amos y Compañía (1863), *Propuesta sobre Aguas Corrientes para la Ciudad de Buenos Aires*, con el informe técnico de avance de las obras: Coghlan (1869a). *City improvements in Buenos Aires. Waterworks, Drainage and Street Improvements*. Buenos Aires: Standard Printing Office.

I.

WATER SUPPLY IN THE CITY OF BUENOS AIRES.

Table showing the principal features of different schemes proposed.

	I. SCHEME No. 2. Proposed to the Provincial Government, February, 1866.	II SCHEME No. 3. Proposed to the Provincial Government, February, 1866.	III. Works carried out.	IV. COMPLETE SCHEME Proposed in present Report, July, 1869.
Quantity to be supplied in twenty-four hours	1,200,000 gallons	2,000,000 gallons	1,600,000 gallons	3,000,000 gallons
Head of Water over level of River	140 feet	140 feet	154 feet	154 feet
Total power of Engines; supply in twenty-four hours	2,400,000 gallons	4,000,000 gallons	2,900,000 gallons	4,600,000 gallons
System of Supply	In the hospitals and public buildings, 96 squares of streets, and by standposts in the plazas	As in No. 1.	As in No. 1, but with the number of squares supplied extended to 140	General supply in 960 squares and in the Boca and Barracas
	3,333 yards 18 inches 4,600 " 10 " 4,600 " 8 " 7,303 " 4 " 7,000 " 3 "	3,600 yards 18 inches 3,400 " 18 " 3,400 " 8 " 4,000 " 4 " 6,646 " 3 "	4,688 yards 18 inches 4,688 " 18 " 1,860 " 17 " 1,860 " 19 " 3,900 " 8 " 11,270 " 6 " 37,770 " 4 " 89,304 " 3 "	4,688 yards 18 inches 4,688 " 18 " 1,860 " 17 " 1,860 " 19 " 3,900 " 8 " 11,270 " 6 " 37,770 " 4 " 89,304 " 3 "
Settling Reservoirs, capacity of	12½ miles	12½ miles	15 miles	87 miles
Filters, capacity for filtering in twenty-four hours	4,600,000 gallons	4,600,000 gallons	6,000,000 gallons	15,000,000 gallons
Central Tank on Cast-Iron Tower	1,600,000	1,000,000	Capacity, 60,000 gallons	5,000,000
Hydrants, &c.	Capacity, 60,000 gallons Height,64 feet None.	As in No. 1. None	Height, 88 feet 50, with copper standposts and hoses	As in No. 3 2,600, with copper handposts and hoses
Estimate	£49,225	£71,645	£69,000	£164,000

JOHN COGHLAN,
M. Inst. C. E.

Buenos Aires, July 5, 1869.

El plan de 1868 (con las características que indica la columna III de la **Figura 8**) se ejecutó parcialmente antes de la salida del ingeniero. Se llegaron a construir los depósitos, los filtros, la maquinaria, las bombas, y las cañerías principales de la red con una extensión de 177 cuadras, y se inauguró el servicio un año después.⁴⁹ También se habían colocado algunas cañerías menores, que alcanzaban a 30.000 personas, contando hacia 1869 con 1200 casas conectadas.

No hay un registro exacto de qué propiedades tenían acometidas del suministro hacia el momento de la inauguración de las obras más allá de estos números generales, pero el recurso de la cartografía nos permite graficar qué cañerías estaban tendidas en función de los planos del proyecto y del discurso escrito del ingeniero Coghlan. Aproximadamente, si 177 cuadras eran las que tenían servicio y 1200 propiedades acometidas a la red, esto significa que eran en promedio siete acometidas por cuadra, es decir, prácticamente la totalidad de los lotes con frente sobre las calles por las que pasaba la red.

Al superponer esta información con la ubicación de los establecimientos públicos de Buenos Aires, el mapa permite inferir que para esta época los asilos y hospitales del centro debían ya tener suministro de agua corriente (**Figura 9**). Se identifican el Hospital Francés (1) alimentado desde el troncal principal que llegaba desde la casa de bombas; el Hospital General de Mujeres (2); la Casa de Huérfanas, Casa de Niños Expósitos y Cárcel de Deudores alimentados desde la cañería principal de la calle Reconquista-Defensa (3) y La Convalecencia (4) donde pasaba el ramal que conducía agua filtrada hasta la Boca. Los que no contaban con acometidas eran la Casa de Sanidad (5) y el Hospital italiano (6) y el Hospital San Roque (7) por quedar fuera del radio de abastecimiento, incluso los dos últimos de la versión ampliada propuesta en 1869.

Figura 9: Plano de asilos y cañerías de agua existentes al año 1869. Fuente: elaboración propia sobre la base de John Coghlan (1869b).

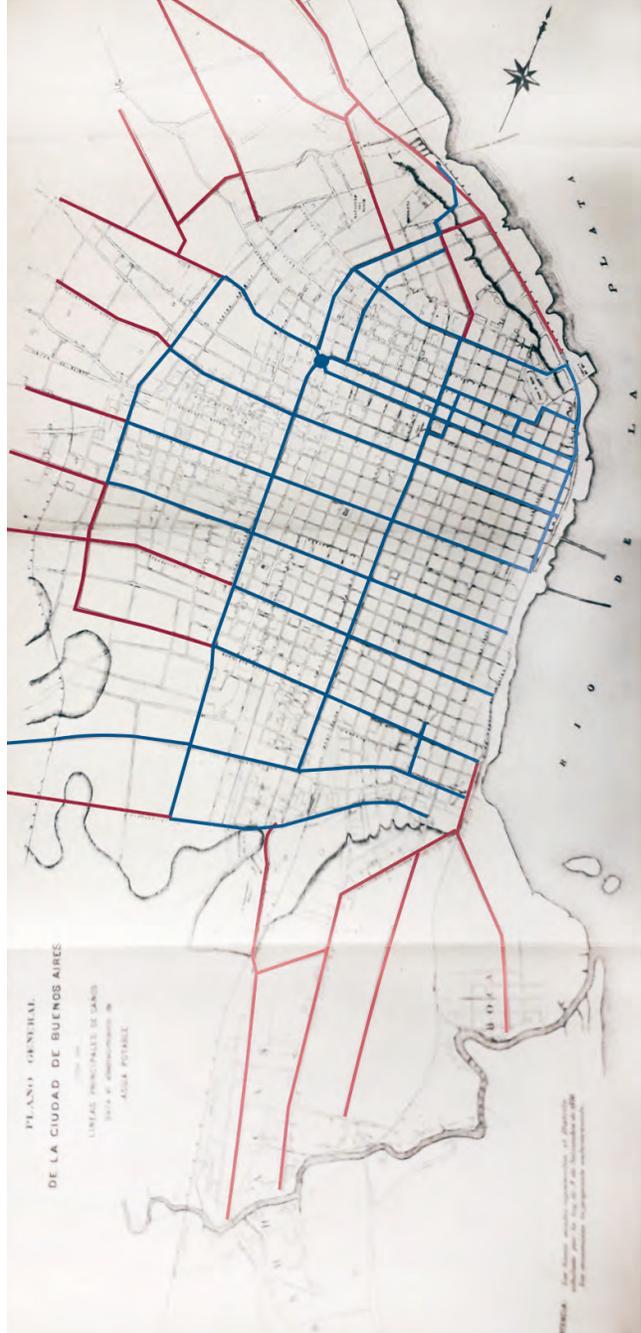
49 Hay discrepancias respecto de este número entre los distintos autores. Por lo general se enuncia que la extensión era de 20 kilómetros o 17.000 metros o 12 millas. Pero el informe *City improvements in Buenos Aires* elaborado por Coghlan (1869a) indica 177 cuadras.

Observando solamente la cartografía, se podría pensar que las líneas de cañerías coinciden llamativamente con la ubicación de asilos, pero hasta donde se conoce este tendido coincide con el proyecto de redes que estaba siguiendo el ingeniero Coghlan. La **Figura 9** muestra las obras que llegó a construir éste hasta el momento de su salida.

Hacia 1870 se dio un quiebre institucional con la creación de la Comisión de Aguas Corrientes, cloacas y adoquinados, independiente de la empresa ferroviaria. A partir de allí John Frederic Bateman asumió el proyecto y la dirección de las obras, marcando una segunda etapa que duraría hasta 1894. Éste también elaboró varias versiones de su plan, las primeras desde Inglaterra en 1870 y 1871 sin conocer personalmente Buenos Aires. En 1876 elaboró el plan que finalmente se llevaría a cabo, con el depósito en la calle Córdoba. En la **Figura 10** puede observarse el plano que acompañó el informe presentado a la Gobernación. Las líneas azules representan el distrito que se abastecería según la ley aprobada y las rojas una extensión propuesta por el ingeniero. Se indicaba el reemplazo de prácticamente la totalidad de las cañerías instaladas por Coghlan por otras de mayor sección, la ampliación de la casa de bombas, el reemplazo del depósito de la calle Lorea por el de Avenida Córdoba de mayor capacidad, y el abastecimiento de toda el área de la Capital.

Figura 10: Plan de obras de aguas corrientes para la ciudad por Bateman. Autor: John Frederic Bateman (1876). Fuente: *Mejoras de la Ciudad de Buenos Aires*.

La lógica del plan era la colocación de cañerías principales cada ocho cuadras en el sentido norte-sur, y cada cuatro en el sentido este-oeste. Pero al momento de la ejecución de las obras, el criterio de extensión del tendido de cañerías fue otro. Se podría decir que se inició una etapa en la que las obras fueron a demanda más que siguiendo el plan como había sido bajo la dirección de Coghlan. Al respecto, Olga Bordi de Ragucci (1985) ya ha estudiado la especulación inmobiliaria que se generó en torno a las obras de las aguas corrientes justamente por esta cuestión. La autora da cuenta de que, por ejemplo, las casas de inquilinatos se construían en cercanías a caños maestros pero fuera del radio de cañerías en construcción. Así, una

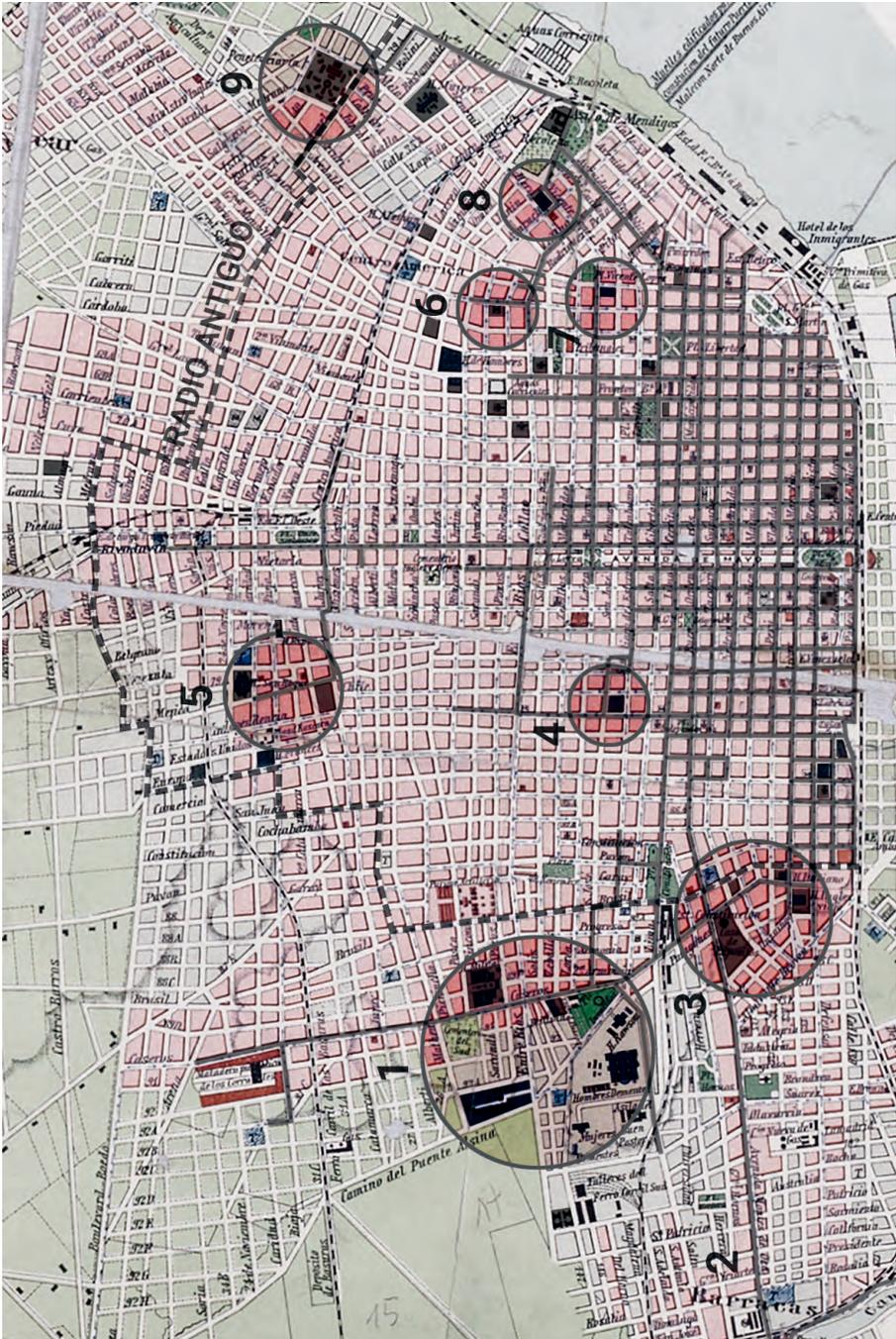


vez edificado reclamaban que el suelo no era apto para pozos de extracción y solicitaban la extensión de la red hasta allí. Este relato puede verificarse, por ejemplo, en el periódico *Río de la Plata*, donde se publicaban como noticia las casas de inquilinato que serían alimentadas con la red de agua, y al ubicarlas en las cartografías aquí presentadas se evidencia que debían llegar a ellas con una cañería exclusiva. No se profundiza en estos casos porque no son la tipología en cuestión, pero estos datos alimentan en cierto modo la hipótesis acerca de la forma en que se tendieron las cañerías por estos años.

Esta lógica de construcción fue la que posicionó, en cierta forma, a los asilos como hitos urbanos para los tendidos. Se vio en el apartado anterior que los reclamos de los directores de estos establecimientos fueron constantes, y se intensificaron con el inicio de las obras. En esta época comenzaron a ser subsanados, dando lugar a un entrecruzamiento muy particular y clave para la comprensión de la historia urbana de las infraestructuras. Una vez más, las cartografías nos permiten verificar este supuesto de tendido a demanda (**Figura 11**).

Figura 11: Plano de asilos y cañerías de agua existentes al año 1885. Fuente: elaboración propia sobre la base de Pablo Ludwig (1892), *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal*.

En el radio antiguo de la ciudad pareciera que las obras se construyeron siguiendo la grilla de forma ordenada. No se dispone de fuentes que den cuenta de los tendidos algunos años antes como para verificarlo. Pero en los puntos distantes se evidencia esta idea de tendido a demanda. No hay un registro claro de cómo se las iba construyendo, ya que la normativa decía que se proveería de agua corriente a establecimientos y edificios públicos que estuvieran sobre la línea de alimentación existente, pero lo que terminó llegando era una línea exclusiva desde. Evidentemente la instalación de cañerías no se realizó en ciertos sectores de acuerdo al plan de Bateman, ni siguiendo la lógica de grilla, ni por el criterio de las cañerías principales cada ocho y cuatro cuadras. Esto conduce a buscar alguna otra explicación del proceso de construcción de las obras, y justamente en esos sectores aparecen los establecimientos públicos de beneficencia, educación, y salubridad (ver referencias



en **Figura 11**). El caso más evidente se dio hacia el suroeste, donde la red se extendió incluso por fuera del radio de cobertura previsto (1). La cañería sobre la calle Caseros tiene correlato con el abastecimiento a las instituciones que allí se encontraban: los edificios dentro de La Convalecencia, el Hospital Británico, la Casa de Aislamiento y el Hospital Militar. Al oeste sobre la misma calle se encontraba el Matadero donde terminaban las cañerías, pero en las *Actas de las Sesiones de la Comisión Municipal* existe registro de que se trataba de una segunda etapa de extensión de aquella cañería. Un primer tramo había sido tendido en 1870 hasta el área de los edificios para la salud.

Hacia el sur se extendía por la Avenida Montes de Oca una cañería principal que alimentaba a los pueblos de Barracas y la Boca (2). De esta hacia el río se extendió también por la calle Caseros una cañería que alimentó al Asilo Maternal ubicado entre las calles Tacuarí y Piedras, al Hospital Inglés entre Bolívar y Perú y al Hospital Italiano entre Defensa y Bolívar, por las cuales incluso se prolongó el servicio para llegar hasta esta manzana (3).

El caso del asilo ubicado entre las calles Santiago del Estero, Chile, San José e Independencia es un caso paradigmático de esta desviación a demanda por fuera del plan original de trazados (4). Se puede observar el cuadrilátero definido por las calles Lima, Belgrano, Entre Ríos e Independencia que responde a las cañerías principales propuestas por Bateman, cada cuatro cuadras en sentido norte-sur y cada ocho en sentido este-oeste. Pero se realizó esta prolongación sobre la calle San José para alcanzar el establecimiento.

Otros casos análogos a los que la cañería secundaria llega exclusivamente a hospitales, asilos y cárceles son sobre la calle Méjico, donde se encontraban el Asilo de Huérfanos en la intersección con Jujuy, y hacia el oeste el Hospital Ramos Mejía (5); el Hospital de Clínicas sobre la Avenida Santa Fe (6), el Hospital de Niños sobre la calle Paraná (7), el Asilo Maternal en la manzana delimitada por las calles Vicente López, Junín, General Las Heras y Ayacucho (8) y la Penitenciaría Nacional (9).

Figura 12: Plano esquemático de una porción de la ciudad mostrando la forma en que las cañerías de alimentación serán conectadas. Autor: John Frederic Bateman (1871).

Fuente: Bateman (1871) – *Anexo 4*. Londres: Vacher & Sons.

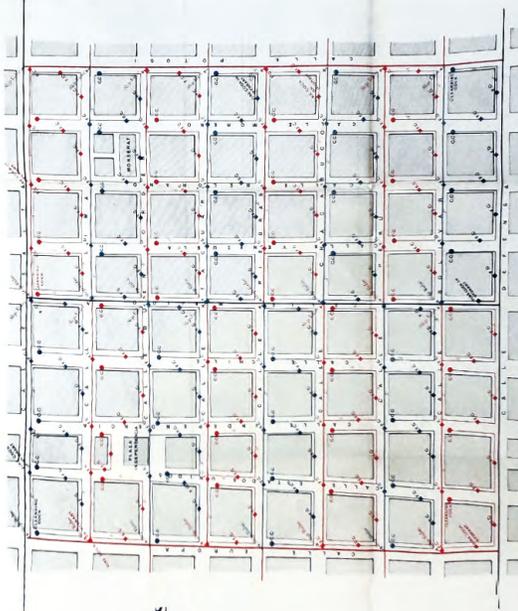
PLAN No 4.

EXPLANATION.

The relative sizes of the PIPES are shown by the relative thickness.
 The DISTRIBUTING PIPES attached to each building by the main
 are distinguished by the same color as the main lines of wall.
 The main lines attached to the main stations BLUE supply
 alternate lines alternatingly being being supplied from the
 main referred RED.

NOTE

STOP VALVES on main lines
 FIRE COCKS OR HYDRANTS on alleys
 CLEANING COCKS for economy but which may
 be used on FIRE COCKS on
 on main lines on



CITY OF BUENOS AYRES IMPROVEMENTS
WATER SUPPLY,
 SKETCH PLAN
 OF A
PORTION OF THE CITY
 Showing the roads on which the
 DISTRIBUTING PIPES
 are to be laid.

Estas interpretaciones se fundan, más allá de lo visualizable en el mapa, en la lógica de conexión de cañerías principales-secundarias que proponía el plan de Bateman (**Figura 12**). De cada cañería principal (azul o roja en sentido vertical) saldrían las horizontales alternadas una por calle, y un ramal de esa cañería secundaria rodearía cada manzana abasteciendo a los inmuebles. En la **Figura 13** se ve con mayor detalle que en cada esquina habría llaves de incendio (indicadas en el plano como F.C. que significa “fire cocks”) y/o de limpieza (C.C., abreviatura de “cleansing cocks”). Este criterio de tendido y acometidas indicaría que bastaría el registro de una cañería pasando por uno de los lados de una manzana para que todos los inmuebles de la misma estuvieran en condiciones de disponer del servicio.

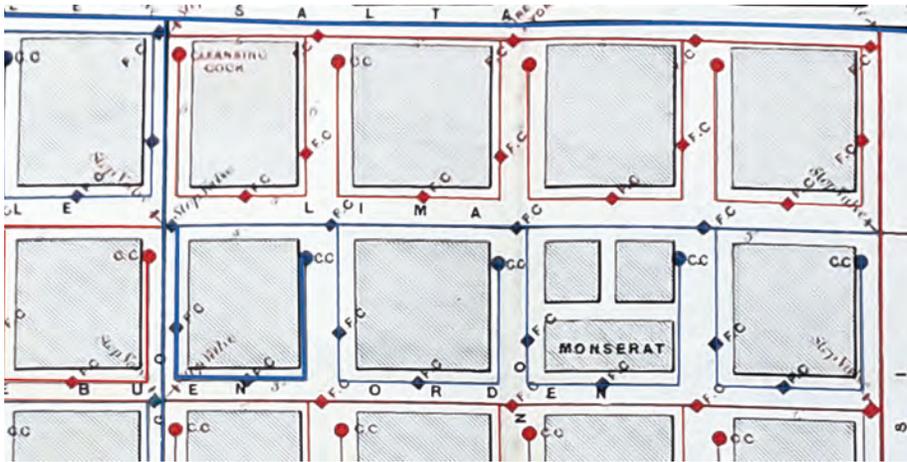


Figura 13: Detalle de las 10 manzanas ubicadas arriba a la derecha en el sector ejemplificado por Bateman. Autor: John Frederic Bateman (1871). Fuente: Bateman (1871) – *Anexo 4*. Londres: Vacher & Sons.

Resumiendo, la cantidad de cruces en el territorio entre arquitecturas para la sanidad y cañerías de agua así como también su correlato en las fuentes escritas permite argumentar el posicionamiento de los asilos como hitos urbanos. Además, permite discutir con cierta imagen o prefiguración de regularidad en la construcción de las obras que pretendían imponer los

planos de los originales⁵⁰. Estas nuevas cartografías históricas construidas ponen de manifiesto que el proceso por el cual se ejecutaron lejos quedó de la regularidad y extensión de cañerías siguiendo calle a calle ordenadamente la trama urbana ortogonal planificada.

Finalmente, este proceso de construcción de la red a demanda tuvo un cierre hacia el final del siglo. En el censo realizado en 1887, dos años después del mapa expuesto, se da cuenta de que ya la mayoría de los inmuebles del radio antiguo estaban abastecidos por un sistema mixto de agua de red y algún tipo de perforación. Sólo un 10 % se alimentaba exclusivamente de agua de red, y un 5 % aún no tenía provisión de agua de ningún tipo. Luego, hacia 1894, ya todos en el radio antiguo tenían agua corriente:

Como se vé, es ya muy reducido el número de casas que todavía no tiene establecido su servicio de provisión de agua y en breve no quedará una sola que no lo tenga. Toda la población comprendida dentro del expresado radio, podrá disponer de abundante agua y de excelente calidad para todos los usos de la vida, quedando para siempre desterrado el uso del agua de los pozos de la primera napa, que está completamente contaminada con las filtraciones de letrinas y sumideros.⁵¹

En 1894 también se inauguró el depósito de la Avenida Córdoba, que marcó la conclusión del plan de obras de Bateman. Finalmente, para este año “las instalaciones para la distribución tenían surtidores públicos en todos los hospitales, edificios públicos, hoteles, teatros, mercados, plazas y en las principales calles cada 4 cuadras y llaves de incendio en cada bocacalle”.⁵² Como se ha visto, el proceso para llegar a esta instancia de consolidación del servicio de aguas corrientes fue complejo y en absoluto lineal. La serie de cartografías presentadas (**Figura 14**) da cuenta de tres momentos significativos de la aparición, el crecimiento y la consolidación tanto del sistema de arquitecturas para la sanidad como de las redes de aguas corrientes. Sin embargo, no hay que perder de vista que no se trató de un proceso

50 Favelukes (2020).

51 *MMCBA* (1894): 38-39.

52 *MMCBA* (1894).

continuo ni “evolutivo”, sino que por el contrario cada cartografía está dando cuenta de una lógica de extensión de la red diferente, pasando de un servicio inicial muy acotado a una extensión regular, para culminar en un proceso de consolidación del servicio con tendidos a demanda donde los puntos distantes tuvieron ciertamente protagonismo.

Figura 14: Serie de cartografías ordenadas cronológicamente, de abajo hacia arriba. Fuente: elaboración propia sobre la base de Ricardo Trelles (1859), *Plano de División Eclesiástica*, John Coghlan (1869) y Pablo Ludwig (1892), *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y Distrito Federal*, respectivamente.

Palabras finales. De puntos distantes a hitos urbanos

Como se ha podido ver, en el período 1859-1894 la relación entre los distintos establecimientos públicos de beneficencia, educación, y salubridad y las aguas corrientes, se inició en un primer momento en el que se los consideró como puntos distantes —parafraseando la forma de referirse que utilizan en el primer informe de 1859 Roque Pérez y Coghlan— a los que habría que llegar con las cañerías, pero como parte del crecimiento progresivo del tendido, sin otorgarle demasiada prioridad o entidad en los primeros planes más que nombrar que el sistema alimentaría a hospitales y edificios públicos. Luego atravesaron algunos años de transición y turbulencias administrativas, para finalmente hacia las décadas de 1880 y 1890 consolidarse como verdaderos hitos urbanos, entendidos a la manera de Lynch como puntos de referencia. Esto significa que, con el pasar del tiempo, se volvieron mojones que referenciaron sectores de la ciudad, pero que además terminaron impactando en las definiciones del territorio y los tendidos de las cañerías de agua.

Tuvieron injerencia en la escala de la infraestructura, con la modificación del criterio de avance de las obras y empujando los límites del radio de abastecimiento previsto en los sucesivos proyectos; de la ciudad, con la forma de entenderla y referirla en relación a los mojones o *landmarks* que propone Lynch; y del territorio, con la significación de límites y forma de organización. Tradicionalmente se cuenta la historia de las redes desde su planificación, pero

dejando por fuera estas intervenciones puntuales e interacciones con otras infraestructuras y arquitecturas que fueron determinantes en los trazados.

La aparente coherencia interna del plan de los médicos higienistas en alejar los programas contaminantes del centro de la ciudad que se propuso discutir quedó, en cierta forma, relativizada. Las medidas urbanas de implantación de asilos, hospitales y cárceles por su parte fueron congruentes. Los planes de redes fueron coherentes en priorizar el suministro a las zonas más densamente pobladas que eran las del centro, siguiendo también los lineamientos médico-morales. Pero cuando todas esas medidas se pusieron en marcha en simultáneo y al pensarlas superpuestas, surgieron complicaciones que debieron subsanarse por negociaciones entre actores y obras complementarias a las inicialmente previstas.

También las cartografías permitieron observar cierto correlato en los procesos de aparición, proliferación, auge y fin de ciclo entre las arquitecturas para la salud y aguas corrientes, que no hubiese sido visible analizando ambos objetos de forma individual. A su vez, permitieron comprender que no fueron desarrollos lineales ni fases consecutivas, sino que cada proceso respondió a diferentes lógicas a través de los años. Se destaca este trabajo con distintas capas de información sobre la ciudad para poder visualizarla y comprenderla de formas que hasta ahora no se habían visto.

Este estudio tiene varias proyecciones. Por un lado, existieron otros edificios que fueron piezas claves en la conformación de infraestructuras, que se pueden verificar en el último mapa pero que no se han profundizado aquí por exceder el objeto de estudio. Por otra parte, se podría profundizar en cada caso de los identificados en la última cartografía verificando cómo era exactamente que se solicitaba y decidía realizar esos tendidos en manzanas puntuales, por ejemplo si todos fueron otorgados por comisión o si todos fueron gestionados de la misma forma; pero ya sería un enfoque caso por caso y no de la constelación de arquitecturas sanitarias como conjunto, como era el propósito en este artículo. También quedarán por ver otros impactos en la historia urbana de la ciudad, como por ejemplo, quiénes o qué otros edificios fueron beneficiados con el acceso al agua en estas mismas manzanas y calles, o cómo estas infraestructuras terminaron por valorizar ciertos solares.

Bibliografía

- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- AYSA (2014). *La ingeniería sanitaria en la Argentina. Un recorrido por el desarrollo de la profesión*. Buenos Aires: Lazos de Agua.
- Babbo, Luis. (2017). Interacción entre Redes de Infraestructura y Ciudad. El territorio del saneamiento en la conformación espacial del Área Metropolitana de Buenos Aires. En C. A. Lebrero y J. R. Dadón (Eds.), *Gestión Ambiental en entornos metropolitanos*, (pp. 23-47). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo.
- (2019). El territorio del saneamiento en la conformación espacial del Área Metropolitana de Buenos Aires (1871-1941). *Registros*, 15 (1), 5-21.
- Ballent, Anahí. (2008). Ingeniería y Estado: la red nacional de caminos y las obras públicas en la Argentina, 1930-1943. *Historia, Ciencias, Saúde*, 15 (3), 827-847.
- Biernat, Carolina. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945). *Trabajos y Comunicaciones*, 2da. Época, (44).
- Bordi de Ragucci, Olga N. (1985). Las obras de salubridad en el desarrollo urbano de la ciudad de Buenos Aires 1870-1900. *Actas de las Primeras Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires*.
- Caride Bartrons, Horacio. (2011). Cuerpo y ciudad. Una metáfora orgánica para Buenos Aires a fines del siglo XIX. *Anales del IAA*, 41, 37-52.
- (2017). *Lugares del mal vivir. Una historia cultural de los prostíbulos de Buenos Aires, 1875-1936*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Dal Castello, David. (2017). *La ciudad circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires, 1868-1903*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- (2020). A una distancia ni exigua ni exagerada. Una lectura histórica al concepto de cementerios extramuros. En *Muerte, morir, sociedad y cultura*. César Iván Bondar (Compilador/editor) (en prensa).

- Dupuy, George. ([1992] 1998). *El urbanismo de las redes. Teorías y métodos*. Barcelona: Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos.
- Favelukes, Graciela. (2020). *El plano de la ciudad. Formas y culturas técnicas en la modernización temprana de Buenos Aires (1750-1870)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Fac. de Arq. Diseño y Urbanismo. Inst. de Arte Americano e Inv. Estéticas Mario J. Buschiazzo.
- Garzonio, Omar. (2012). *Cronología del desarrollo de los servicios de agua y saneamiento*. Buenos Aires: FODECO.
- Gonzalez Leandri, Ricardo. (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de estudios americanos*, 61 (2), 571-593.
- Liernur, Francisco. (2014). Precariedad y modernización. La habitación popular en el umbral de la metrópolis. En Anahí Ballent y Francisco Liernur, *La casa y la multitud. Vivienda Política y Cultura en la Argentina Moderna*, (pp. 57-110). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Luqui Lagleyze, Julio A. (1994). *Buenos Aires: Sencilla historia*. Buenos Aires, Argentina: Librerías Turísticas.
- Lynch, Kevin. ([1960] 2006). *La imagen de la ciudad*. Barcelona: Gustavo Gilli.
- Méndez, Patricia. (2013). Tecnología extranjera en las obras de salubridad rioplatenses de los siglos XIX-XX. *Agua y territorio*, (1), 41-54.
- Novick, Alicia. (2008). La ciudad como objeto de estudio y acción. Higienistas, ingenieros, arquitectos e instrumentos de planificación y gestión en Buenos Aires. *Registros*, (5), 105-118.
- Paiva, Verónica. (2004). Teorías médicas y estrategias urbanas. Buenos Aires 1850-1920. *Estudios del hábitat*, II, (7), 5-19.
- Regalsky, Andrés y Salerno, Elena. (2008). En los comienzos de la empresa pública argentina: la Administración de los Ferrocarriles del Estado y las Obras Sanitarias de la Nación antes de 1930. *Investigaciones de historia económica*, (11), 107-136.
- Sabaté Bel, Joaquín. (2010). Planes de las ciudades (I). De la cartografía urbana al proyecto territorial. *Café de las ciudades*, 9, (93). Disponible en: https://cafedelasciudades.com.ar/planes_93_1.htm

Sabaté Bel, Joaquín; Pesoa Marcilla, Melisa y Novick, Alicia. (2016). Algunos retos en la representación del territorio: el dibujo como instrumento interpretativo, narrativo y de proyecto. *Estudios del Hábitat*, 14, (2). Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=636467244005>

Salessi, Jorge. (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871-1914)*. Buenos Aires: Estudios culturales.

Tartarini, Jorge D. (2018). *Historias del agua en Buenos Aires. De aljibes, aguateros y aguas corrientes*. Buenos Aires: AYSA.

Fuentes consultadas para esta publicación

Bateman, John Frederic. (1871). *City of Buenos Aires improvements. Report on the drainage and sewerage and water supply of the city of Buenos Aires*. Londres: Vacher & Sons.

----- (1876). *Mejoras de la Ciudad de Buenos Aires. Informe sobre drenaje, sistema de cloacas para desagüe y sobre provisión de agua de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: El Siglo.

Coghlan, John. (1859). Informe del Ingeniero del Gobierno. En *Documentos relativos a la provisión de aguas corrientes para la Ciudad de Buenos Aires*, (7-14). Buenos Aires: Imprenta del Orden.

----- (1862). *Aguas corrientes de Buenos Aires*. Buenos Aires: manuscrito.

----- (1869a). *City improvements in Buenos Aires. Waterworks, Drainage and Street Improvements*. Buenos Aires: Standard Printing Office.

----- (1869b). *Mejoras en la Ciudad de Buenos Aires. Provisión de agua, cloacas, desagües y adoquinado*. Buenos Aires: Editorial Buenos Aires.

----- (1869c). *Informe sobre las propuestas para caños de desagüe, aguas corrientes y adoquinado*. Buenos Aires: Imprenta de la Tribuna.

Coni, Emilio. (1891). *Código de higiene y medicina legal de la República Argentina. Tomo II*. Buenos Aires: Librería de Juan Etchepareborda.

Davies, Guillermo. (1864). *Memoria documentada sobre el proyecto de aguas corrientes*. Buenos Aires: [s.n.].

Easton Amos y Compañía. (1861). *Propuesta sobre Aguas Corrientes para la Ciudad de Buenos Aires*. Montevideo: Porvenir.

La Nación (periódico), números varios.

Senado y Cámara de Representantes de la Provincia de Buenos Aires. (1870). Ley N.º 671. Obras de salubridad y pavimentación para la Capital. *Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires*, 637-639.

----- (1871). Ley N.º 707. Proyectos y estudios para la higienización de la Capital. *Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires*, 595.

----- (1871). Ley N.º 727. Aguas corrientes en la Capital. *Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires*, 657.

----- (1871). Ley N.º 743. Agua de consumo y regadío. (Concesión a Francisco B. Madero). *Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires*, 721-722.

Maldonado, Tomás F. (1874). *Higiene de cárceles y presidios*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta especial para obras de P. E. Coni.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1859). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Argentina: Imprenta del Orden.

----- (1861). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Argentina: El Nacional.

----- (1866). *Memoria presentada por la Comisión Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta del Porvenir.

----- (1881). *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Consejo*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martín Biedma.

----- (1883). *Memoria de la Intendencia Municipal*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martín Biedma.

----- (1885). *Memoria de la Comisión Directiva de las Obras de Salubridad de la Capital*. Buenos Aires, Argentina: El Nacional.

----- (1887). *Censo General población, edificación, comercio e industrias*. Buenos Aires, Argentina: Compañía Sud-americana de Billetes de Banco.

----- (1893). *Memoria de la Comisión de las Obras de Salubridad de la Capital*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martín Biedma.

- (1894). *Memoria de la Comisión de las Obras de Salubridad de la Capital*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martín Biedma.
- Puiggari, Miguel. (1866). Hidrotimetría. *Revista Médico Quirúrgica*, 3, (7), 99-106.
- Rawson, Guillermo. (1876). *Conferencias de higiene pública*. París: Dommamette y Hattu.
- Revista del Plata*, (1-17).
- Revista Médico Quirúrgica (RMQ)*, números varios.
- Río de la Plata*, números varios.
- Roque Pérez, José. (1859). Dictamen del Asesor especial Dr. José Roque Pérez. En *Documentos relativos a la provisión de aguas corrientes para la Ciudad de Buenos Aires*, (3-7). Buenos Aires: Imprenta del Orden.

Fumigar hasta el corazón

Transformaciones de la profilaxis a fines del siglo XIX

Introducción

En este trabajo abordaremos el inicio de un proceso de transformación de las medidas sanitarias implementadas en la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX. Hasta ese momento, estas medidas consistían en la aplicación de cuarentenas para el aislamiento de casos sospechosos —fueran personas u objetos— por un tiempo determinado en un espacio denominado lazareto. Los lazaretos tuvieron múltiples formas, pudiendo ser islas o sectores urbanos alejados prudencialmente de los centros de población, como también barcos adaptados para tal fin. Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XIX comenzó un cambio que dio lugar a nuevas prácticas ligadas al avance del conocimiento científico, en especial de la bacteriología. En ese contexto la desinfección empezó a tomar relevancia como el método que permitía evitar la entrada de agentes patógenos del puerto a la ciudad.

La desinfección como práctica sanitaria no era nueva, no obstante, médicos y particulares la llevaban adelante como una práctica heredada, de generación en generación, sin tener demasiadas certezas sobre la acción real de un agente químico sobre las causas de las enfermedades. Pero a fines del siglo XIX, la bacteriología como parte de la microbiología ya podía señalar con mayor precisión a aquellas especies bacterianas que provocaban algunas de las enfermedades más temidas y combatidas a nivel

global, como por ejemplo, el cólera. A pesar de esto, y como todo nuevo paradigma, la incorporación y transformación de esos saberes en medidas sanitarias concretas llevó un tiempo y debió enfrentar las resistencias del paradigma médico anterior, asociado a la teoría miasmática. En distintos encuentros médicos y diplomáticos veremos cómo lentamente la desinfección fue ganando lugar como el medio científico que permitía mantener los intercambios comerciales en forma segura, aplicando un protocolo afín con la llegada de los barcos a puerto y evitando las delaciones que la antigua cuarentena planteaba.

La aplicación de la desinfección se extendió más allá del área portuaria, llegando a lazaretos, hospitales, y a la vez definiendo nuevos programas arquitectónicos que no habían sido vistos en nuestro país y que se dieron en forma casi simultánea a importantes ciudades europeas. Según Lukas Engelmann y Christos Lynteris, las historias de la fumigación, desinfección, “desinfestación” y cuarentena convergieron a fines del siglo XIX en una única configuración que denominaron “utopía sulfúrica” (*sulphuric utopía*), entendida como el deseo de devolver el medio ambiente construido, afectado o infectado por una enfermedad, a un estado de pureza higiénica mediante un proceso de sanitización basado en la química.¹ Para estos autores, esa “utopía tecnocientífica” en nuestro país se corporizó a principios del siglo XX en la utilización del “Aparato Marot”, como instrumento técnico de desinfección urbana. Sostenemos que esa afirmación debe matizarse para el caso de Buenos Aires, considerando limitaciones económicas y ciertas resistencias observadas ya a fines del siglo XIX. A la vez, la dicotomía entre construir instalaciones provisorias o permanentes que hemos venido analizando para los edificios de aislamiento también se hizo manifiesta y representó una problemática en este campo. Más notoria ha sido la diferencia entre edificios proyectados y construidos que, si bien pueden dar cuenta de un impulso modernizador, claramente su permanencia en el papel determinó un límite en el desarrollo pleno del sistema sanitario en general y los servicios de desinfección.

¹ Engelmann y Lynteris (2020): X.

En este trabajo nos proponemos observar estos programas prestando especial atención a las nuevas prácticas que suponían, las resistencias que manifestaron, sus lógicas de implantación en relación con otras “máquinas higiénicas” y cómo estas contribuyeron a definir diferentes sectores urbanos de la ciudad de Buenos Aires.

Conferencias europeas y americanas. El avance de la bacteriología

En 1886 una importante epidemia de cólera ocurrió en Buenos Aires. A diferencia de la epidemia de fiebre amarilla de 1871, este suceso tuvo menores consecuencias si consideramos el número de víctimas fatales, por lo cual no es tan recordado como parte de la historia de la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, podemos afirmar que esta epidemia tuvo repercusiones a diferentes escalas que resultan pertinentes para este trabajo.

Es posible situar este evento dentro del quinto ciclo pandémico del cólera que, al igual que el cuarto, se presentó tanto en Europa como en América.² A diferencia del anterior, cuya duración fue relativamente corta (1866-1868), este quinto ciclo se extendió durante más de una década (1881-1896) y afectó a diferentes partes del globo.

En respuesta, dos Conferencias Sanitarias fueron organizadas a uno y otro lado del Atlántico para abordar esta problemática. En efecto, desde 1851 distintos encuentros médico-diplomáticos se desarrollaron en Europa con el fin de lograr acuerdos internacionales en lo referido a medidas de contención contra las enfermedades infecciosas. Es importante aclarar que la finalidad de estas reuniones no era discutir teorías médicas y consen-

2 Fiquepron identifica seis grandes ciclos pandémicos del cólera. El primero, de 1817 a 1823, se inició en la India y afectó al continente asiático; el segundo, de 1826 a 1837, alcanzó también a Europa Occidental y el norte de África; el tercero, de 1841 a 1863, siguió un curso similar pero también sumó distintas zonas de Centroamérica; el cuarto, de 1866 a 1868, atacó a todas las áreas mencionadas y apareció con gran fuerza en Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay; el quinto, de 1881 a 1896, generó serios problemas en América del Sur pero tuvo un menor alcance en América del Norte y Europa; finalmente el sexto ciclo, de 1899 a 1926, se limitó a India, Medio Oriente y Rusia. Fiquepron (2020): 51.

suarlas, sino compatibilizar, hasta cierto punto, esos conocimientos para destrabar conflictos políticos y económicos entre ciudades comercialmente vinculadas. Aun así era posible que esos acuerdos logrados no fueran ratificados con fuerza de ley por los países participantes. Abordaremos brevemente el sexto de estos encuentros, para observar el tipo de conflictos a los que nos referimos, los intereses en juego y la clase de acuerdos logrados.

En mayo de 1885 tuvo lugar la sexta Conferencia Sanitaria Internacional europea cuya sede en esta oportunidad fue la ciudad de Roma. El encuentro fue convocado por el gobierno italiano luego de la reaparición y propagación del cólera a partir de un brote en Egipto dos años antes.³ Equipos de investigación de Francia y Alemania fueron enviados allí para investigar las causas. Dentro del equipo alemán se encontraba Robert Koch, quien venía desarrollando diferentes estudios dentro del reciente campo de la bacteriología, tendientes a identificar y aislar los microorganismos causantes de diferentes enfermedades. Así pudo descubrir en 1882 la bacteria responsable de la tuberculosis. Como parte de la comitiva alemana en Egipto, realizó diversos estudios en animales y en cadáveres de fallecidos por cólera. Luego de que la epidemia mermara allí, su investigación prosiguió en Calcuta, donde finalmente pudo aislar la bacteria que provocaba la enfermedad. Con estos hallazgos regresó a Berlín en 1884, donde sus teorías tuvieron una gran recepción y fue ampliamente condecorado por su investigación.⁴

En la Conferencia Sanitaria Internacional de Roma, Koch fue elegido parte de la comitiva que representaría a Alemania; sin embargo, su participación durante el encuentro fue muy limitada. Fuera de su país, su teoría sobre las causas del cólera era considerablemente discutida, lo cual reflejaba los límites en la aceptación de los preceptos teóricos de la bacteriología y del reciente campo de estudio de la microbiología como parte de la disciplina médica.

3 Howard-Jones (1975): 54.

4 La bacteria había sido aislada previamente por el anatomista Filippo Pacini en 1854, pero su trabajo no tuvo una gran recepción y su difusión fue muy limitada. Se presume que Robert Koch ignoraba la investigación de Pacini.

Durante la Conferencia Sanitaria de Roma se evitó deliberadamente discutir sobre la naturaleza y la forma de transmisión del cólera, sobre lo que no había acuerdo, en especial por parte de los delegados de Gran Bretaña y de la India que se presentaron como naciones separadas a pesar del control británico sobre dicho territorio. Al igual que en conferencias anteriores, su principal preocupación era evitar los controles sanitarios que el resto de los participantes buscaban imponer a sus embarcaciones que atravesaban el Canal de Suez. En ese momento, más del 70 % de los barcos que atravesaban el canal eran británicos y en su mayoría provenían de Bombay, el puerto más importante de la India, de donde importaban algodón y lana.⁵ La aplicación de restricciones los afectaba sustancialmente. No obstante, en la votación fue aprobada la propuesta que planteaba que, si durante la travesía por el canal se detectaban casos de cólera a bordo, se debería desembarcar a los pasajeros, aislarlos y separarlos en grupos para controlar la evolución de la enfermedad durante cinco días.

Gran Bretaña se negaba rotundamente a desembarcar pasajeros en los lazaretos egipcios, a los que calificaban de sucios y descuidados. La cuarentena de cinco días además representaba una pérdida casi total del tiempo ganado mediante el Canal de Suez, en el cual Gran Bretaña había invertido un gran capital. Desde mediados de la década de 1870, la política sanitaria británica había prácticamente abolido las cuarentenas, aunque nunca las había puesto en práctica con el mismo rigor que el resto de los países del sur de Europa. Por el contrario, el denominado *English System* prefería recibir a todas las embarcaciones en sus puertos y aplicar una inspección exhaustiva pudiendo enviar a los enfermos detectados al hospital y aislar sólo a los casos sospechosos. Así, este sistema restaba importancia al puerto de origen de las embarcaciones y su estado sanitario, criterio fundamental en el sistema de cuarentena tradicional, y sólo las retenía el tiempo que demandaba la inspección y la desinfección necesaria.⁶

5 Howard-Jones (1975): 56.

6 Bonastra Tolos (2018): 21; Baldwin ([1999] 2004): 27.

A pesar de los avances de Robert Koch, las cuarentenas seguían siendo el mecanismo de prevención de entrada de las enfermedades, aplicadas con menor o mayor rigor en las principales ciudades portuarias; aunque la intención general progresivamente iría inclinando la balanza hacia un sistema mixto, entre las cuarentenas y el *English System*. Además, el descubrimiento de las causas de la enfermedad no modificaba la necesidad de aislar a las personas contagiadas.⁷

Al igual que en Europa, en Sudamérica también se convocó a una conferencia para tratar el problema del cólera. La epidemia de 1886 no sólo atacó a Buenos Aires, sino también a Montevideo, donde produjo un brote de similares proporciones. Frente a esto, Brasil tomó la decisión el 13 de noviembre de 1886 de cerrar sus puertos a todos los barcos de la Argentina y de cualquier puerto en que se presentaran casos de cólera. En diciembre estableció cuarentenas obligatorias de 15 días en el lazareto de Ilha Grande para los navíos de Argentina y Uruguay.⁸ Esto tuvo un gran impacto en la economía de la región, en especial en lo que respecta a la exportación de carne de charque argentina y fundamentalmente uruguayo al Brasil, su principal consumidor que importaba entre el 62 % y el 85 % de lo que la República Oriental producía. Argentina, por su parte, había logrado diversificar los productos que exportaba, incorporando a la creciente industria lanera la exportación de carne bovina a Europa mediante nuevos barcos frigoríficos. El impacto de las restricciones de Brasil en el balance de la economía argentina era importante, aunque menor.

Argentina, Brasil y Uruguay ya habían tenido un primer encuentro en 1873, en el que habían llegado a una serie de acuerdos básicos para un reglamento sanitario compartido que luego no fue ratificado por los gobiernos, pero fue parcialmente respetado por las autoridades sanitarias de los tres países.

Ante las medidas impuestas por Brasil, se iniciaron los diálogos para un nuevo encuentro internacional que permitiera la continuidad de los

7 Harrison (2012): 172.

8 Lima Chaves (2009): 126.

intercambios. Tan relevante era el tema que se definió una comisión específica, compuesta por dos médicos brasileños y un farmacéutico uruguayo, para estudiar si la carne de charque era efectivamente un posible vehículo transmisor del cólera. Se sospechaba además que, detrás de las restricciones, había una intención proteccionista por parte del Imperio de su propio mercado interno, en especial de la producción de charque de Rio Grande do Sul, que era de menor calidad que la platense y resultaba beneficiada con la eliminación de la competencia.⁹

Este no era el único tema por resolver, las medidas de cierre adoptadas por Brasil afectaban negativamente los planes de captación de inmigración implementados por Argentina y Uruguay. Ante el riesgo de arribar a ciudades donde estaba presente una enfermedad epidémica, los inmigrantes podían tender a optar por las ciudades brasileñas como su destino final.

Este evento nos permite introducirnos en las primeras “experiencias bacteriológicas” en la región, que tuvieron vistas de definir conflictos en materia sanitaria internacional. Y es que, ante la negativa de Brasil de levantar la suspensión, el farmacéutico uruguayo José Arechavaleta inició una investigación sobre la carne de charque en el recientemente inaugurado laboratorio bacteriológico de la Facultad de Medicina de Montevideo, creado por él. Con importantes conexiones con las asociaciones rurales del Uruguay, Arechavaleta realizó dos experiencias sobre la carne de charque, rociándola con caldo que contenía el *bacillus vírgula* descubierto por Koch. Arechavaleta concluyó que la carne no ofrecía un ambiente propicio para la multiplicación y propagación del bacilo por tratarse de un medio orgánico ácido.¹⁰

Estas conclusiones fueron parcialmente aceptadas en Brasil. Por un lado, el representante de la Academia Imperial de Medicina, Joao Batista Lacerda, se volcaba a aceptar esos hallazgos como válidos. Sin embargo, el Inspector de Salud de Puertos, Nuno de Andrade, quien había propuesto el cierre a la importación de carne platense, se basaba en las investigaciones de Koch para afirmar que, contrariamente a la hipótesis de Arechavaleta, los cultivos de

9 Lima Chaves (2009): 145.

10 Lima Chaves (2009): 145.

bacillus vírgula hallaban en un medio orgánico ácido el ambiente propicio para su multiplicación. Asimismo, fuera de esta diferencia particular, Lacerda reconocía que no estaba totalmente comprobado que dicha bacteria fuera la causante del cólera. Como vemos, las mismas dudas sobre la etiología de la enfermedad estaban presentes a uno y otro lado del Atlántico. Las medidas restrictivas fueron finalmente levantadas en julio de 1887, pero el conflicto diplomático fue tal que la problemática fue retomada en noviembre, durante la Convención Sanitaria Internacional con sede en Río de Janeiro.

Para comprender la postura argentina durante ese encuentro, resulta pertinente observar antes el *Informe sobre Lazaretos y Hospitales de Aislamiento*, realizado por Bartolomé Novaro como miembro de la Comisión Sanitaria Nacional y publicado en mayo de 1887. Para estas fechas, Novaro ya era un reconocido profesional que en 1883 ejerció la presidencia del Círculo Médico Argentino y era frecuente columnista en su publicación oficial, los *Anales del Círculo Médico Argentino*. Además, a partir de 1884 fue Profesor Titular de Medicina Operatoria y en 1890 sería elegido diputado por la Capital Federal.¹¹ En su informe, publicado en los *Anales* antes mencionados, Novaro bregaba por la adopción urgente de medidas de higiene frente a la invasión repetida de enfermedades exóticas y transmisibles. Dichas medidas, sin embargo, estaban:

() fundadas en gran parte sobre los hechos de la bacteriología, así como sobre pacientes, estadísticas y numerosas observaciones hechas en distintos puntos del globo ()” y “() no consisten en la clausura absoluta de los puertos para los buques infestados o procedentes de los países infestados, ni en la suspensión completa de toda comunicación entre las localidades inmunes y las contaminadas.¹²

Aseguraba Novaro que un país civilizado no debía tener leyes tan inhumanas que abandonaran a los pasajeros y tripulantes de un buque o que encerrarán a los habitantes de una localidad azotada. Esas leyes eran contrarias

11 <http://www.fmv-uba.org.ar/galeria-de-profesores/profesores.asp>

12 *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 171.

a la dignidad del hombre, su libertad y el progreso individual y social. Como alternativa, el médico proponía un sistema conceptualmente similar al *English System* que consistía en “() aislar a los atacados de una enfermedad contagiosa, a los que ya se han expuesto al contagio, y en la desinfección de todo lo que puede servir de vehículo a los gérmenes contagiosos”.¹³ Novaro afirmaba justamente que era Inglaterra la que podía ofrecernos más enseñanzas en esta materia; sin embargo, sus condiciones naturales, en especial su clima frío y su condición de aislamiento, dificultaban el poder trasladar su experiencia a nuestras latitudes. Por lo tanto, debíamos poder desarrollar un sistema de reglas más acorde a nuestro territorio, procurando resolver aislamiento y desinfección en tres espacios diferentes: los puertos, la capital y las provincias.¹⁴

En lo referido a los puertos, la propuesta continuaba favoreciendo la instalación de lazaretos en islas, ubicados a una distancia necesaria o, en caso contrario, sustituirlos por lazaretos flotantes construidos a tal fin y ubicados aguas abajo de las ciudades a las cuales sirvieran. Aquellos puertos nacionales conectados con Europa, pero con un movimiento limitado, como La Plata, Campana, San Nicolás o Rosario, deberían tener dos buques, uno destinado a lazareto flotante de observación/desinfección y otro destinado a hospital. Los puertos de mayor importancia, como el de Buenos Aires, debían hacerse de instalaciones sanitarias a gran escala, sin reparar en gastos, considerando lo que una epidemia suponía para la ciudad. En este caso particular, el informe recomendaba que el puerto de la capital afectara para lazaretos a un hospital flotante dividido en varias salas y a la isla Martín García, que ya había oficiado como lazareto utilizando instalaciones provisorias.

En el primer caso se sugería como modelo el vapor de doble casco Castalia, hospital flotante adquirido y adaptado por el *Metropolitan Asylum Board* en julio de 1884 para servir como hospital de variolosos graves en el puerto de Londres luego de dos brotes epidémicos, uno sucedido en 1870

13 *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 173.

14 *Anales del Círculo Médico Argentino* (1887): 174.

y otro en 1880 (**Figura 1**). Dicha adaptación consistió en la remoción de ambos motores y las paletas, lo que permitió dividir al hospital en dos partes con cinco salas cada una, siendo aquellas construidas sobre la cubierta las más fácilmente aislables. En total, el Castalia tenía capacidad para 150 camas para pacientes mujeres, 80 en el denominado *Lower Hospital* y 70 en el *Upper Hospital*.

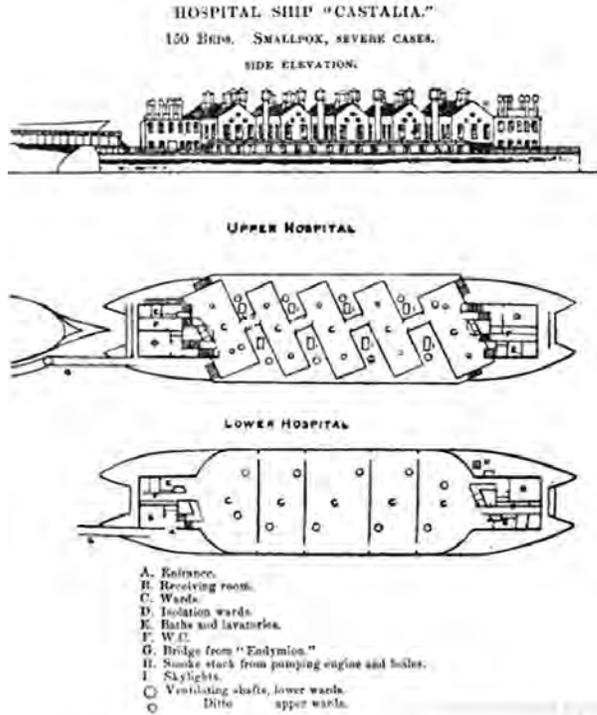


Figura 1: Esquema del Hospital Flotante “Castalia”. Autor: Peter Higginbotham (2016). Fuente: <http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/>

El Castalia era el tercero de tres barcos adquiridos por las autoridades sanitarias londinenses, siendo los primeros dos el Atlas y el Endymion. El primero de ellos tenía una capacidad para 200 pacientes hombres, mientras que el Endymion era utilizado con fines administrativos. Las tres embarcaciones estaban vinculadas entre sí por puentes y configuraban una “unidad hospitalaria” ubicada cerca de Long Reach, a unos 25 kilómetros del London Bridge.

En cuanto a la isla Martín García, el informe la reconocía como el único paraje con el que contaba la ciudad de Buenos Aires para erigir su lazareto fijo. Sus dimensiones permitían construir varios pabellones aislados, muchos de los cuales ya estaban en obra y podrían destinarse a hospitales de infecciosos. Lo que resultaba imperioso era la construcción de un departamento para la desinfección de los viajeros y el personal, que podía seguir el siguiente esquema tipo (**Figura 2**):

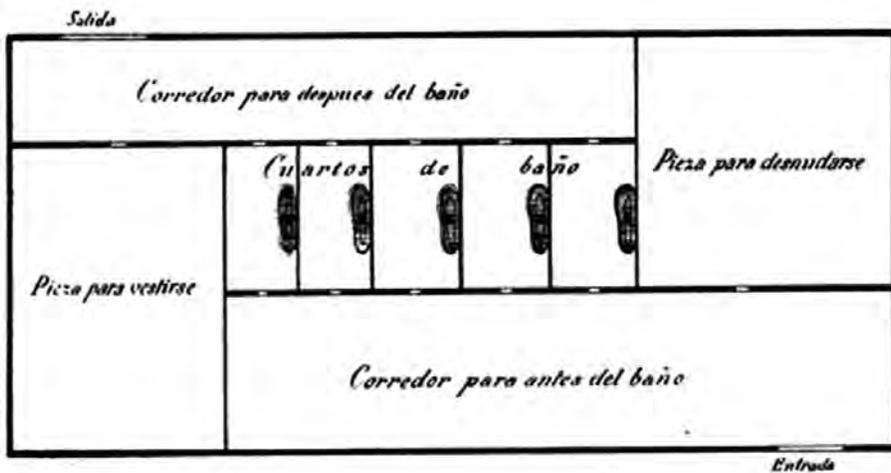


Figura 2: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martín García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 179.

Básicamente la idea consistía en que, luego del desembarco, los pasajeros ingresarían al edificio donde tendrían una primera pieza para desnudarse, pasarían luego a un corredor que los comunicaría con los cuartos de baño, para los cuales se había preparado una solución desinfectante a base de ácido fénico o bicloruro de mercurio. Terminado el baño se dirigirían a un corredor análogo al anterior pero aislado del sector sucio y, finalmente, a una habitación para volver a vestirse, donde encontrarían sus ropas ya previamente desinfectadas. Dicho proceso ocurriría en un espacio conceptualmente similar al que hemos mencionado (**Figura 3**).

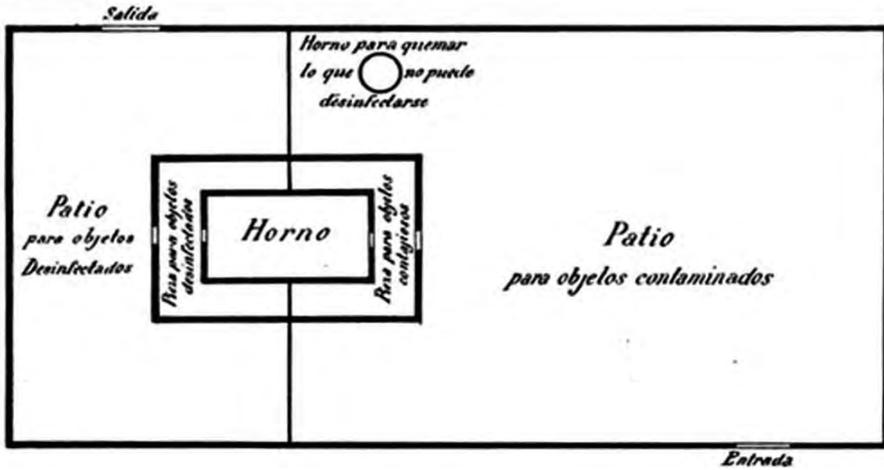


Figura 3: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martín García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 180.

Nuevamente se planteaban dos accesos independientes. El ingreso se vincularía con un primer patio para objetos contaminados donde se encontraría un horno de aire seco que se utilizaría para desinfectar los objetos, los cuales pasarían a un segundo patio donde se irían acumulando aquellos bienes ya esterilizados. En este primer patio también podría haber un segundo horno para quemar lo que no pudiera desinfectarse. Este sistema ya había sido puesto a prueba en Europa, no sólo en Inglaterra, sino también en distintos establecimientos de Múnich, Berlín y Bélgica, entre otros.¹⁵

El trabajo de Novaro planteaba la idea de erigir un nuevo lazareto cercano al puerto de Bahía Blanca, concretamente en la isla Zoraita, también conocida como Trinidad, que se destacaba por sobre las otras islas cercanas por sus generosas dimensiones y sus condiciones geográficas, aunque era necesario realizar trabajos de balizamiento para evitar que las embarcaciones quedaran varadas en los bancos de arena próximos. Si estas obras se realizaran, las instalaciones de Martín García podrían ser reconfiguradas como lazareto de observación, siendo este nuevo establecimiento en Bahía Blanca el lazareto de rigor.

¹⁵ *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 179.

Cabía la posibilidad aún de que estas medidas de profilaxis no fueran efectivas, o que una enfermedad endémica recrudeciera en la ciudad, por lo que era necesario que Buenos Aires tuviera “hospitales a la moderna”, no sólo para el tratamiento de las enfermedades importables (fiebre amarilla y cólera), sino también para las consideradas locales (viruela, escarlatina, sarampión, difteria y tuberculosis). En estos hospitales debía darse el aislamiento colectivo, sin temor de creer que la aglomeración de un gran número de enfermos de un mismo mal necesariamente podía generar un foco de infección que luego se propagaría a los alrededores. Debía combatirse esta imagen de las “casas de aislamiento” como lugares donde “() la sociedad arroja inhumanamente a los enfermos para desembarazarse más pronto de ellos”.¹⁶ Siempre que las condiciones lo permitieran, se debía optar por tener un hospital especial destinado a cada enfermedad contagiosa transmisible, ubicado en la periferia de la ciudad o lejos de ella. Si esto no fuera posible, se debía seguir los ejemplos de los *Fever Hospitals* de Londres o Glasgow, de tipo pabellonal, que permitían fácilmente el aislamiento y sectorización del conjunto hospitalario según fuera necesario (**Figura 4**).



Figura 4: Planta de conjunto del Hospital Belvidere de Glasgow, aprox. en 1882. Autor: Richardson, Harriet (2016).

¹⁶ *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 190.

También en estos establecimientos la desinfección jugaría un rol central, debiendo realizarse tanto a los enfermos, sus ropas y al personal general; de manera de transformar los hospitales de aislamiento en “focos de desinfección de la enfermedad contagiosa”.¹⁷ Novaro iba más allá y sugería que la ciudad de Buenos Aires debía instalar establecimientos públicos de desinfección, situados convenientemente al alcance de toda la población. Las medidas de profilaxia, sostenía el médico,

() deben ser como grandes filtros que dejan pasar, más o menos libremente, al hombre y a todo lo que se refiere a las necesidades de su existencia, pero que retienen en cuanto es posible lo que parece más peligroso en las proveniencias y el medio que lo acompañan.¹⁸

Por eso era importante que las provincias también contaran con los beneficios de este sistema, y se equiparan con departamentos de desinfección y hospitales de aislamiento, que podrían estar próximos a la vías férreas, con el fin de que los pasajeros provenientes de localidades en las que hubiera alguna enfermedad, pudieran hacer una corta cuarentena mientras sus ropas y pertenencias fueran desinfectadas. Aunque durante gran parte del año el hospital estuviera vacío, esto no debería ser visto como una mala inversión, sino como una muestra de la eficacia del sistema si es que este permitía aislar rápidamente los primeros casos de una enfermedad en dichas instalaciones sanitarias.

Si bien su finalidad es claramente diferente a la que perseguía la Convención Sanitaria Internacional, algunas de las propuestas de Novaro abordaban la escala regional y una cuestión crucial, la prosecución o no de las cuarentenas como estrategia sanitaria. En su lugar, la desinfección aparecía como elemento fundamental para esta nueva etapa de la profilaxia en todas las escalas: portuaria, urbana y regional.

17 *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 188.

18 *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5: 195.

Como sucedió en Roma, las cuarentenas también fueron mantenidas por la conferencia americana, a pesar de que algunos profesionales afirmaban que, con los avances en bacteriología, su función, y la de los lazaretos, quedaba anulada. Sin embargo, optaban por seguir apuntando a evitar la entrada de las enfermedades al territorio, por lo que mantenían las cuarentenas en sus dos formas, observación y rigor, pero en plazos de tiempo relativamente más cortos: 8 días para el cólera, 10 para la fiebre amarilla y 20 para la peste.

En cuanto a la exportación de carne del Plata, la comisión técnica decidió realizar pruebas en el laboratorio de fisiología de Museu Nacional. En lugar de discutir en el campo teórico, en este caso, el espacio de debate se trasladó al laboratorio para saldar las diferencias a través de la experimentación directa y conjunta. En paralelo se encargó a los laboratorios de Montevideo y de la Asistencia Pública de Buenos Aires que realizaran las mismas pruebas para ratificar los resultados externamente. El gobierno uruguayo, el más interesado en reactivar la exportación libre, le encomendó la misma tarea al laboratorio de Robert Koch en Berlín. Todas estas experiencias dieron el mismo resultado, la carne no oficiaba como vehículo para la transmisión del cólera, lo cual permitiría retomar los intercambios con libertad.¹⁹

Este evento significaba un reconocimiento para las instituciones sudamericanas que habían obtenido los mismos resultados que el laboratorio más avanzado de Europa. La experiencia valía además para asentar la confianza entre los estados participantes. Convalidar la metodología empleada por los respectivos laboratorios permitiría a futuro confiar en los resultados obtenidos de nuevas investigaciones particulares.

No obstante, la comisión no logró los mismos avances al tratar el tema de la fiebre amarilla. A diferencia del origen del cólera, para el cual existía la hipótesis de Koch, el agente de transmisión de la fiebre amarilla no había sido precisado. A pesar de esto, había un cierto consenso en que el cólera, la fiebre amarilla y la peste de Oriente podían transmitirse mediante el contacto con ciertos objetos, y que la mejor manera de prevenirlos era mediante un proceso de desinfección determinado.

19 Lima Chaves (2009): 184.

Con estos fines se llevaban adelante fumigaciones utilizando distintas sustancias como el azufre, el cloro o vapores nitrosos. Pero su aplicación radicaba más en procedimientos empíricos que se transmitían de generación en generación que en pruebas concretas de que determinada sustancia era realmente eficaz frente a los vectores de contagio de una enfermedad específica. La forma rudimentaria de aplicación además no lograba sanear plenamente los lugares infectados.²⁰ Como sostenía José Penna, “() actuaban más bien sobre la imaginación amedrentada del pueblo que sobre los agentes patógenos que las determinaban”.²¹

En la conferencia se acordó que se debía utilizar calor húmedo mediante una estufa de vapor apropiada, cuyo modelo sería elegido por la autoridad sanitaria. Luego debían ser aireados para favorecer su desecación, lo que suponían que provocaba la muerte del agente mórbido. Finalmente se señalaba el uso de agentes químicos cuya eficacia hubiera sido comprobada experimentalmente. En ese sentido, la comisión “() rechazaba por inútiles e inconvenientes la práctica de fumigaciones de ácido sulfuroso, consideradas hasta hace poco tiempo, como medio de desinfección seguro y muy comúnmente empleadas”.²² Sin embargo, seguían sosteniendo la fumigación para el caso de la fiebre amarilla por la ausencia de un vector de contagio definido.

En relación con los lazaretos, la convención seguía afirmando la conveniencia de fundar lazaretos fijos en islas. A estos se sumaban lazaretos y hospitales flotantes en caso de epidemia que permitieran aislar los episodios de enfermedades exóticas. Todas las instalaciones debían contar con estufas de desinfección por vapor de agua que se utilizarían en el momento de entrada de los cuarentenarios a las respectivas instalaciones. Los tres Estados se comprometían a convalidar las cuarentenas definidas por los otros, así como a no recurrir a la clausura de puertos ni al rechazo de los navíos, cualquiera fuera su estado sanitario.²³ El reglamento también obligaba a las

20 Álvarez (1999): 311.

21 Penna (1910): 142.

22 Lima Chaves (2009): 190.

23 Reglamento Sanitario Internacional correspondiente al año 1887. Archivo Histórico de la Cancillería. AH0033.

embarcaciones a contar con estufa de desinfección por vapor de agua y de los equipos de desinfección necesarios.

Contrario a lo que había sucedido al final de la Convención Sanitaria de 1873, el Reglamento Sanitario de 1887 fue ratificado por los gobiernos de los tres países y puesto en práctica al año siguiente, en 1888. Los congresos europeos recién lograrían un resultado similar en 1892, luego del encuentro de Venecia.

La desinfección urbana

Como vimos, la práctica de la desinfección comenzó a tomar un mayor protagonismo para la prevención de la entrada de las enfermedades en el territorio, debiendo equiparse barcos, hospitales y lazaretos con estufas de desinfección a vapor de agua. Sin embargo, para poder dimensionar su real alcance es necesario abordar la escala urbana y arquitectónica, donde también adquirió una gran importancia. Como señalaba Penna, “() el advenimiento de la doctrina bacteriana en la génesis de las enfermedades infecciosas ilustró a la ciencia sobre el verdadero valor de los microbios patógenos y sobre la importancia de la esterilización”.²⁴

En 1888, un año después de la Convención Sanitaria, comenzó a funcionar en Buenos Aires un servicio de desinfección dependiente de la Asistencia Pública, que se componía de seis cuadrillas, cada una con un capataz, tres peones y un cochero. Este servicio era esencial como complemento de la ordenanza municipal de declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas del 30 de junio 1887, que obligaba a los ciudadanos y a los médicos a notificar a las autoridades sobre los casos positivos.²⁵

Si bien la declaración de enfermedades resultaba obligatoria, la desinfección no lo fue hasta agosto de 1892 cuando finalmente fue tratado el proyecto de ley, luego de reiterados pedidos de las autoridades municipales. A partir de su sanción se establecía que, ante casos de cólera, fiebre amarilla,

24 Penna (1910): 144.

25 *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* (1890-1892): 268. En adelante (*MMCBA*).

viruela, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, sarampión o fibrosis pulmonar, este servicio se dirigía al domicilio para efectuar su desinfección mediante el quemado de azufre en las habitaciones y lavado de paredes y pisos con una solución de bicloruro de mercurio. Según un informe publicado en el primer número de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* en 1891, también deberían desinfectarse las personas, pero esto no se hacía por falta de medios y porque “nadie quiere prestarse a ella”.²⁶ Finalizado el procedimiento en las habitaciones, se retiraban los objetos y ropas del enfermo para realizar la desinfección en la Casa de Aislamiento, hoy Hospital Muñiz, que era el único local que contaba con una estufa *Schimmel*.²⁷

Además de esto, la Casa de Aislamiento era el único establecimiento que contaba con un horno para la cremación cadavérica, práctica que había iniciado con la reciente epidemia de cólera, y que luego fue obligatoria para los cadáveres de los hospitales y los no reclamados. Este servicio fue el único de la ciudad hasta 1903, cuando fue reemplazado por el templo crematorio del Cementerio de la Chacarita.²⁸

El servicio lentamente se fue ampliando mediante la construcción de Estaciones de Desinfección. La iniciativa fue originalmente publicada en 1887 en la *Revista Médico Quirúrgica* por Emilio Coni,²⁹ quien sugería la instalación de dos establecimientos públicos de desinfección, uno ubicado al norte y otro al sur de la ciudad, siguiendo los modelos que habían comenzado a funcionar recientemente en Londres, Berlín (noviembre de 1886), París (propuestos en 1887) y Bruselas. El Intendente Municipal, Dr. Antonio Crespo, tomó la propuesta y ordenó a la Oficina de Obras Públicas la confección de los respectivos planos. En 1892 finalmente se

²⁶ *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1891): 81.

²⁷ Originalmente dedicado a la fabricación de máquinas para hilar algodón, Oscar Schimmel desarrolló una máquina lavadora que permitía un estado de higiene uniforme, ya sea calentando los textiles o hirviendo el líquido de lavado. Su invento fue utilizado en hospitales, cuarteles, prisiones y empresas privadas, lo que le permitió ampliar su producción a todas las máquinas relacionadas al lavado industrial y abrir más de 1000 lavanderías en Alemania y en el extranjero. Scholz (2005).

²⁸ Penna (1910): 299.

²⁹ *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1891): 83.

inauguró la Estación Norte de Desinfección diseñada por el ingeniero municipal Giovanni María Cagnoni, profesional italiano formado en Buenos Aires,³⁰ según los planos de su análoga en Berlín, la cual había recibido elogios por parte de higienistas y médicos franceses.³¹ Con dicha apertura, la Casa de Aislamiento ya no recibió ropas del municipio para desinfección.

Esta primera estación se ubicaba en la manzana comprendida por las calles Pueyrredón, Las Heras, Melo y Larrea (**Figura 5**). Considerando una de las hipótesis generales de este libro sobre el intento de agrupar aquellos programas contaminantes, cabe destacar la proximidad con el Cementerio de la Recoleta, el Asilo de Mendigos y su cercanía con el Hospital de Mujeres y la Penitenciaría Nacional. Asimismo, en la manzana contigua donde antes funcionaba el Matadero del Norte, Francesco Tamburini había proyectado una Cárcel Correccional a partir de un encargo del Departamento de Ingenieros de 1887 que finalmente no se concretaría.³²

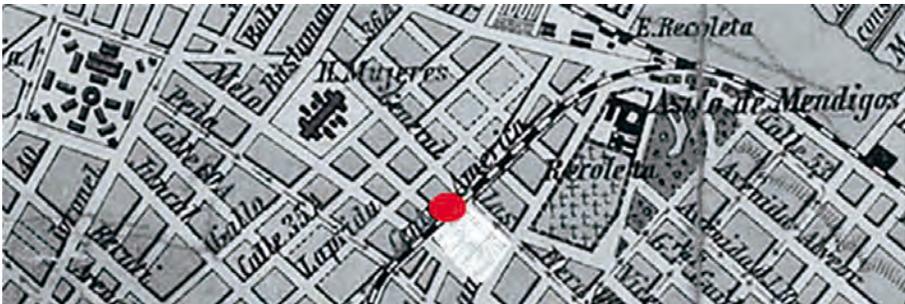


Figura 5: Ubicación de la Estación Norte de Desinfección (rojo) en las proximidades del Cementerio de la Recoleta y el Asilo de Mendigos; unos años antes Francesco Tamburini había proyectado una Cárcel Correccional ubicada frente a la estación. Autor: Pablo Ludwig (1892). Fuente: *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal*.

30 Ave y De Menna (2011): 65. La trayectoria de Giovanni María Cagnoni no ha sido abordada en profundidad por la historiografía de la disciplina. Asignamos su título de ingeniero municipal basándonos en un informe sobre el nuevo Teatro Colón en el que aparece con este cargo. Se hace referencia a él en el *Registro Oficial de la República Argentina* (1893, segundo semestre): 24.

31 *MMCBA* (1889): 74.

32 Ruiz Díaz (2018): 78.

Con la sanción de la desinfección obligatoria se incorporaron ocho cuadrillas provistas de pulverizadores de presión a chorro Geneste-Herschel (**Figura 6**) y dos ambulancias, una pintada de rojo, que trasladaba las ropas infectadas, y otra de azul para su entrega luego de la desinfección.³³ La coordinación estaba a cargo del Director Técnico Jaime R. Costa, joven médico de 32 años, que contaba además con un Administrador de la Estación y dos inspectores como personal estable.³⁴



Figura 6: Desinfección de una habitación utilizando pulverizadores Geneste-Herschel. Autor: José Penna (1910). Fuente: *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* (1910): 232.

Entre 1888 y 1892 se procedió a la desinfección de 14.068 casas, con las respectivas ropas y objetos, que se trasladaron para su desinfección a la Estación de Desinfección Norte, la única que continuaría hasta que la terminación de la Estación de Desinfección Sur (**Figura 7**). Las cifras correspondientes a desinfecciones realizadas comenzaron a publicarse periódicamente.

33 Geneste-Herschel & Cía. fue una empresa radicada en París dedicada a la fabricación de maquinarias para ventilación, desinfección y calefacción. Sus productos incluían pulverizadores portátiles como el mencionado y también vehículos para desinfección urbana.

34 *MMCBA* (1890-1892): 269.

dicamente en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* desde su primer número de 1891, dando cuenta del número de casas particulares y de inquilinato desinfectadas, con el número de habitaciones correspondiente en cada caso.

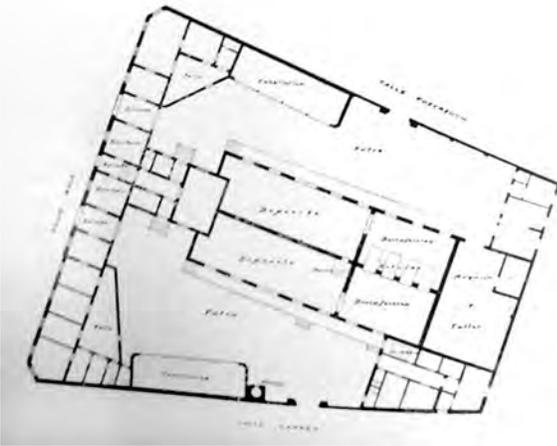


Figura 7: Plano de la Estación Norte de Desinfección. El acceso sucio se ubicaba sobre la calle Larrea (abajo en la imagen) y el limpio sobre la calle Pueyrredón (arriba). Autor: José Penna (1910). Fuente: *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* (1910): 214.

Según Jaime Costa, “el propósito que ha dirigido la construcción de todos estos establecimientos es el de establecer una incomunicación absoluta de personal, vehículos, depósitos, etc., entre la sección contaminada y la sección limpia”.³⁵ Esta intención puede verse con claridad en la disposición de la planta del edificio. El planteo resulta prácticamente simétrico y establece dos secciones divididas casi completamente una de la otra, excepto por dos puntos, uno cercano al acceso de la calle Melo, y el otro en la sección de estufas donde las ropas y los objetos desinfectados pasaban de un lado al otro. Así el acceso “sucio” y la salida “limpia” se hacían por las calles Larrea y Pueyrredón respectivamente, sin contacto alguno entre sí. En ambos sectores se establecía un gran patio de carga/descarga donde los empleados cubiertos con trajes protectores pasaban la carga a depósitos y luego a las estufas de desinfección. Del otro lado, el procedimiento era a la inversa (**Figuras 8 y 9**).

³⁵ Penna (1910): 213.

Una diferencia entre ambos sectores radicaba en un horno de cremación, ubicado en la sección sucia, y destinado a los objetos contaminados que no podían recuperarse, así como a los residuos que se producían en este sector del edificio. Otra diferencia era la sección de baños, también ubicada en la sección sucia, donde los empleados del sector y los cocheros debían desinfectarse antes de salir. Las ropas que habían utilizado y los vehículos también eran desinfectados.

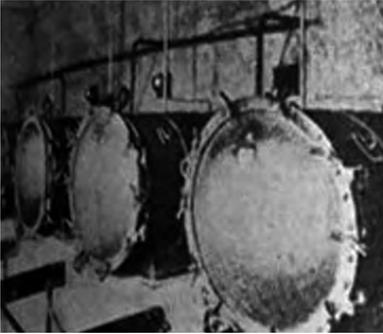
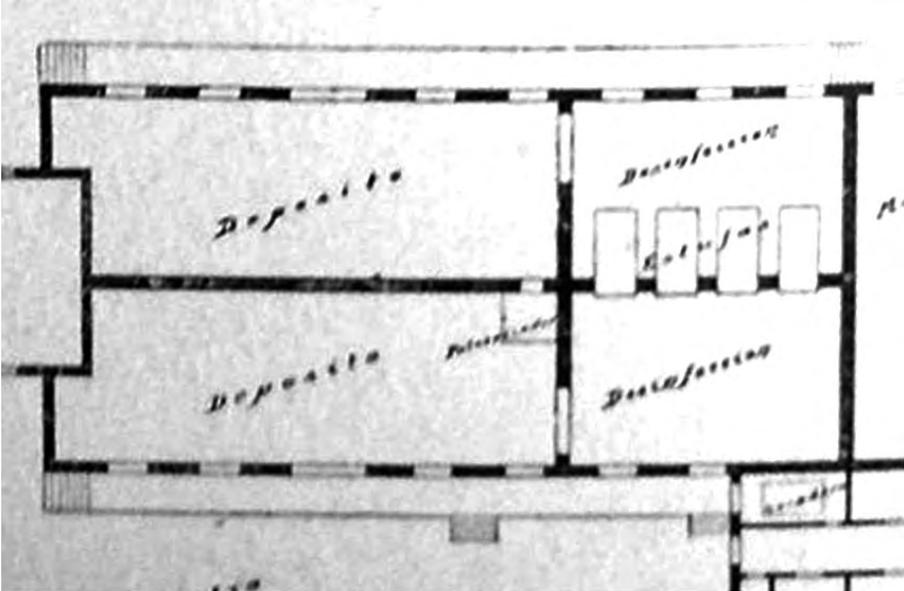


Figura 8: Estación Norte de Desinfección. A la izquierda, entrada de objetos y ropas sucias. A la derecha, salida luego de la desinfección. Autor: José Penna (1910). Fuente: *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* (1910): 214.

Figura 9: Plano de la Estación Norte de Desinfección, sección de las estufas. Abajo a la izquierda, sector limpio; abajo a la derecha, sector sucio. Autor: José Penna (1910). Fuente: *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. (1910): 214.

El establecimiento también contaba con un taller que permitía la reparación de los vehículos y de las bombas de los dispositivos Geneste-Herschel que, según Costa, se dañaban permanentemente por el efecto del bicloruro de mercurio en las partes metálicas. Esto logró resolverse recubriendo las bombas interiormente con una mezcla de alquitrán y arena; reemplazando también las boquillas de bronce por ebonita, aumentando así su vida útil.³⁶ Sumado a esto se formó una Escuela de Desinfectadores también a cargo de Costa.

³⁶ Penna (1910): 217.



En 1894 se establecieron la Estación Sur, en la calle Comercio 1586, y la Estación Central, ubicada en la calle Esmeralda 66. En ambas había únicamente cuadrillas de guardia y depósitos.³⁷ Al año siguiente se sumó al servicio una estufa móvil *Leblanc*, básicamente una estufa de desinfección portátil que compensaba la ausencia de dispositivos fijos fuera de los de la Estación Norte (**Figura 10**).

³⁷ *MMCBA* (1893-1894): 92.



Figura 10: Estufa móvil *Leblanc*. Autor: José Penna (1910). Fuente: *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*: 149.

En la *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* correspondiente al bienio 1893-1894 se afirmaba que “este servicio tan benéfico para el estado sanitario de la población ha tenido y tiene que luchar con las resistencias de una parte del público, que debía interesarse en facilitararlo”.³⁸ Cabe aquí aclarar que el servicio comenzó siendo gratuito, pero luego se estableció un arancel que no todos querían pagar y que de todas formas resultaba deficitario para el municipio en relación con los costos generales del procedimiento. En ese sentido había serias dudas sobre volver a la gratuidad, que había sido abandonada a partir de que algunos dueños solicitaran que se les desinfectara toda la casa, con lo cual el servicio no daba abasto; o imponer un arancel más alto, que podía generar que un mayor número de personas no desinfectara el domicilio para no pagar el costo. Europa ofrecía ejemplos de ambas posibilidades, en París el servicio era gratuito mientras que en Berlín tenía un costo acorde que permitía mantener la actividad.³⁹ Aun así, este nuevo programa sirvió como modelo en la región y fue visitado por los directores de establecimientos análogos proyectados para las ciudades de La Plata, Montevideo y Santiago de Chile.⁴⁰

38 *MMCBA* (1893-1894): XXXIII.

39 *MMCBA* (1893-1894): 97.

40 *MMCBA* (1893-1894): 93.

Las estaciones de desinfección no eran la única tipología presente en Europa que se quería incorporar al medio urbano vinculada a la esterilización. Ya desde principios de la década de 1880 se produjeron pedidos para la instalación de lavaderos públicos en la ciudad, que pudieran reemplazar la práctica del lavado de ropas tal cual se la conocía, por primitiva y anti-higiénica.⁴¹ Finalmente, en 1887, la municipalidad aprobó la concesión a una empresa particular, propiedad del señor Juan Plá, para la construcción de doce lavaderos públicos bajo el nombre “Compañía Anónima Lavaderos Públicos de la Capital”.⁴² Con esto se buscaba sustituir definitivamente el trabajo de las lavanderas que se dirigían diariamente al río para el lavado de ropas, lo cual era común hasta épocas recientes, pero en el contexto de sucesivas epidemias era visto como algo peligroso:

No se puede continuar por más tiempo con el espectáculo sucio y peligroso de que la ropa se lavase en los pozos próximos al río, en aguas que muchas veces no se renovaban en una semana, mezclándose la ropa de las personas sanas con aquellas de gente atacada de enfermedades contagiosas.⁴³

Además, las obras del puerto Madero en la zona sur de la ciudad no hacían más que sumar al estancamiento del agua en ese sector. Los lavaderos públicos vendrían a reemplazar esta práctica, que ya había sido prohibida en el sector norte por una ordenanza, incorporando la tecnología de las estufas de desinfección y secadores a vapor que, si bien disminuía la duración de las ropas, garantizaba las condiciones de higiene.⁴⁴

En principio lograron construirse seis establecimientos, de los que se conservan las direcciones de los ubicados en Estados Unidos y Pichincha, French y Centroamérica, Montevideo 1923, otro sobre la calle Solís y uno más sobre la calle Brasil. Las lavanderas se rehusaron a utilizarlos a pesar de que, según las autoridades, tenían mayores comodidades, estaban resguar-

41 *MMCBA* (1881): 372.

42 *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1901): 407.

43 *MMCBA* (1889): 71.

44 *MMCBA* (1889): 371.

Los tres establecimientos contaban con 128 piletas de lavado que se alquilaban a 50 centavos por semana y que nunca estaban vacantes. La tarifa había sufrido una reducción —antes costaba 2 pesos semanales— con el fin de fomentar la concurrencia de las lavanderas y favorecer la higiene de la ciudad. Esto se lograba mediante la separación interna de los lavaderos, que contaban con un departamento de lavado, otro de secado y finalmente el de tendido (**Figuras 12 y 13**). Así no había riesgo de

() contacto las de un cliente (se refiere a las ropas) con las de otro, y suprimido en absoluto el perjuicio para la salud, proveniente de aquellas mezcolanzas en que un solo ciudadano podía impunemente poner en circulación algunos milares de microbios pestosos e infeccionar con ellos media población.⁴⁸

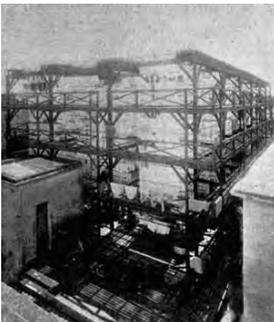


Figura 12: Departamento de lavado del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). *Año II*, 56: 22.

Figura 13: Departamento de tendido del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). *Año II*, 56: 22.

⁴⁸ *Revista Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). *Año II*, 56: 24.

Como contrapunto con este artículo, un estudio posterior realizado en 1901 por el Departamento Nacional de Higiene daba cuenta de las formas incorrectas de uso de los lavaderos, afirmando que las lavanderas habían llevado allí su “() hábito inveterado de lavar pronto, golpear mucho, usar a mansalva las sustancias químicas y amparar en su ignorancia el germen de la enfermedad, oculto a su mirada, pero vivo, tangible, real, al concepto científico”.⁴⁹

Dicho informe contabilizaba los establecimientos existentes juzgándolos como instalaciones modelo en su género. Para este momento el número de lavaderos se había incrementado y expandido a otros barrios de la ciudad, incluyendo Flores y Belgrano. Sus nombres y ubicaciones eran las siguientes: Lavadero Pilar —Montevideo 1923—, Lavadero a vapor de la Sociedad Argentina de Industria Textil —Terrero 1640—, Lavadero Canning 3249, Lavadero Bulnes 2728, Lavadero Sirena —Cañitas y Dorego—, Lavadero Gran Republicano —Santa Rosalía 1600—, Lavadero Modelo —Herrera 880—, Lavadero de los Sres. Laborde y Birra —Blanco Encalada 1439—, Lavadero Santa Rosalía 1602.

Sin embargo, las condiciones que ofrecían en cuanto a sistemas de desinfección, disposición espacial e instalaciones eran desiguales, por lo que se debían realizar modificaciones, en especial para que los posibles gérmenes presentes en las ropas fueran destruidos en la entrada, de manera que estas ya no fueran el vehículo de transmisibilidad de las enfermedades infecto-contagiosas.⁵⁰ Esto se resolvería trasladando la sala de clasificación de la ropa a la entrada donde existiría una estufa de desinfección de vapor y tachos de remojo con lejía, para aquellas prendas que no podían someterse directamente a las altas temperaturas. Las aguas procedentes de estos tachos eran consideradas las más contaminadas, por lo que debían desinfectarse mediante lechada de cal o por ebullición prolongada. Se adjuntaba un croquis modelo de un establecimiento que cumplía con estas condiciones elaborado por el jefe mecánico de los lavaderos municipales Eduardo Garón, en el que se esboza una suerte de circuito de ingreso con la ropa sucia y salida con la ropa limpia, evitando el entrecruzamiento (**Figura 14**).

49 *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1901): 407.

50 *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1901): 408.

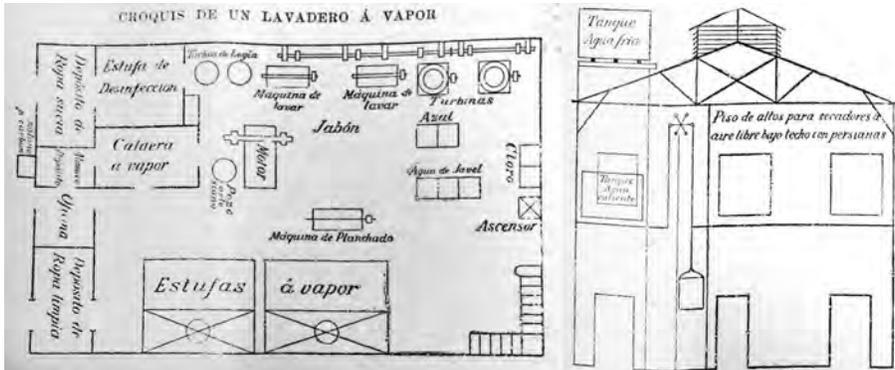


Figura 14: Croquis de un lavadero a vapor modelo. Fuente: *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1901): 410.

Aun con el mayor número de lavaderos abiertos, el informe señalaba una concurrencia limitada. Esto se debía al costo de los establecimientos y también a que ciertos conventillos ofrecían espacios de secado ilegalmente. El redactor del informe afirmaba haber visto desde el secadero del lavadero de la calle Montevideo numerosos conventillos sobre la calle Paseo de Julio convertidos en verdaderos lavaderos públicos con espacios de secado al aire libre. Según la normativa vigente, ese uso estaba habilitado sólo para los moradores del conventillo.⁵¹ La municipalidad debía realizar una mayor propaganda sobre los beneficios higiénicos de estos establecimientos, como también promover su construcción en barrios que los necesitaban como La Boca, Barracas y San Cristóbal.

Puede verse el proceso, no sin dificultades, para incorporar nuevas prácticas “desinfección, vacunación” o reemplazar antiguas “cremación, lavado” como vías necesarias para mejorar la salubridad del medio urbano. En eso se mezclaban proyectos de ordenanza de relativamente fácil implementación, la desinfección de los muebles destinados a remate y de los elementos ornamentales utilizados en las ceremonias fúnebres; y otros más difíciles de llevar adelante, como la obligatoriedad de que las casas de inquilinato tuvieran un cuarto de aislamiento para recluir a los enfermos contagiosos.

⁵¹ *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1901): 415.

Lo primero tenía que ver con los objetos que seguían circulando y llevando microbios o agentes patógenos luego del contacto con enfermos. En el caso del ornamento fúnebre se refería a los objetos utilizados en varias ceremonias durante el día, sin desinfección intermedia entre servicio y servicio. En el caso de los remates se buscaba controlar una práctica relativamente frecuente de deshacerse de parte del mobiliario y las ropas utilizadas por un enfermo fallecido. En algunos casos se donaban a la misma Estación de Desinfección, la cual a su vez donaba al Asilo Nocturno. En otros se optaba por el remate de dichos muebles. En referencia a esto, el director de la estación citaba el caso de una cuadrilla de desinfección que se dirigió a un domicilio sobre la calle Alsina a realizar un servicio, pero encontró la habitación totalmente desocupada por lo cual debió rastrear los objetos a desinfectar. Un colchón fue encontrado en la casa de un vecino, mientras que la cama había sido trasladada a un remate de la calle Rivadavia.⁵² Estas situaciones parecían darse frecuentemente, por lo cual se proponía sellar los muebles con la leyenda “Desinfectado” junto con la fecha de realización del procedimiento.

Poco a poco, a medida que el público se convezca de la utilidad de la desinfección, de la modicidad de su precio, de que los muebles y objetos no se deterioran, de que la estufa de desinfección no quema las ropas como parecería indicarlo su nombre, irá notándose la desaparición de esas resistencias, desaparición que debe ser gradual, traída por el convencimiento de la inocuidad de la operación y de las ventajas que reporta.⁵³

Con la entrada de la desinfección a la escena urbana no solo se incorporaron nuevos programas arquitectónicos, sino que se buscaba mejorar parte de la infraestructura existente. En ese sentido, la Casa de Aislamiento consistía en una serie de pabellones provisorios de madera, que en su momento se pensaba que podrían armarse y desarmarse según el contexto lo demandara.

52 *MMCBA* (1893-1894): 98.

53 *MMCBA* (1893-1894): 99.

Durante su mandato, el intendente Crespo creía que la ubicación de la Casa de Aislamiento era incorrecta por encontrarse “() ahora en un centro importante de población”,⁵⁴ y que debía trasladarse a una distancia prudencial del centro de la ciudad, específicamente al menos a 6,5 km de la Plaza Lorea. Como vemos en la **Figura 15**, la Casa de Aislamiento, aquí nombrada como Lazareto Municipal, se encontraba en las proximidades de la Convalecencia, aproximadamente a 3 km del punto de referencia citado por Crespo, por lo que su locación ya no era conveniente.

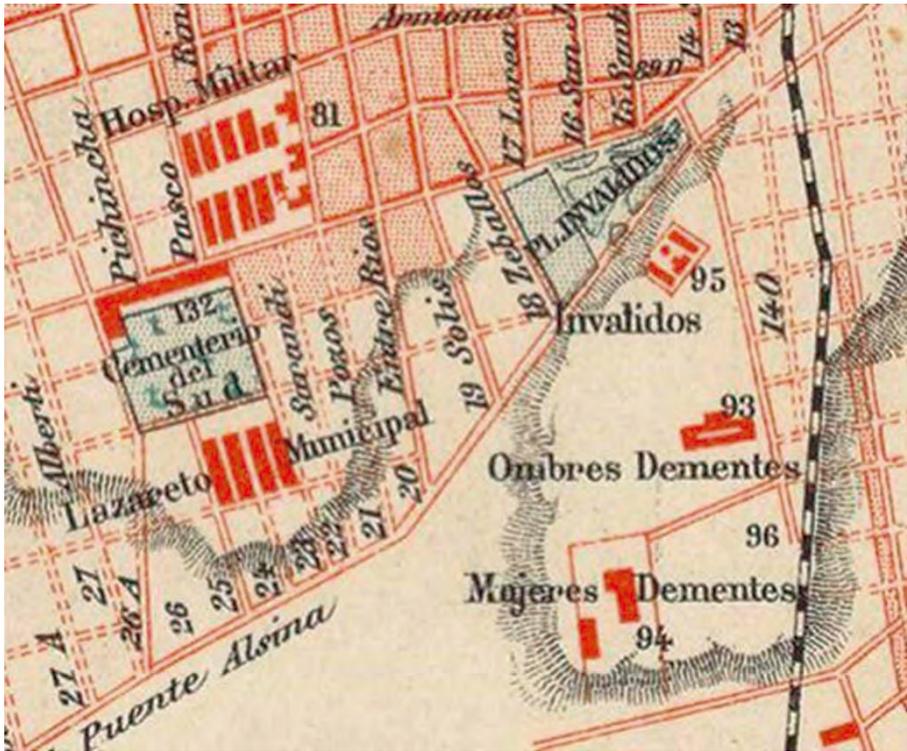


Figura 15: Ubicación de la Casa de Aislamiento. En el plano se la denomina como Lazareto Municipal. Autor: Francisco Latzina (1888). Fuente: *Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano*.

⁵⁴ MMCBA (1887): 229.

Para éste se llamó a licitación pública a fines de 1887 para la compra de un terreno que estuviera comprendido dentro de las calles Europa al norte, Santa Fe al sur, y el límite municipal al este. Se presentaron cinco propuestas que fueron evaluadas por una comisión integrada por el vicepresidente del Consejo de Higiene Juan A. Boeri, el director de la Asistencia Pública José María Ramos Mejía y el director de la Casa de Aislamiento José Penna. Dicha comisión seleccionó la propuesta de un terreno ubicado “() a dos cuadras del ángulo sudoeste del Cementerio de la Chacarita”.⁵⁵ Nuevamente aquí vemos la intención de alejar estos programas del centro de la ciudad.

Para el nuevo proyecto en este terreno de aproximadamente 100.000 varas cuadradas se formó otra comisión compuesta por el Jefe de la Oficina de Obras Públicas, el Ingeniero Rómulo Otamendi, y José Penna para que confeccionaran los planos. En paralelo se presentó un proyecto de ordenanza para la venta del terreno del establecimiento actual y su destrucción por medio del fuego una vez se terminara la nueva Casa de Aislamiento, aunque luego se consideró instalar allí el nuevo Hospital de la Bolsa.

En cuanto a la nueva Casa de Aislamiento, según la descripción presentada en el censo de la ciudad, en primer lugar, el terreno estaría rodeado por una doble fila de árboles y una avenida que aislaría al conjunto edilicio del exterior. Hacia adentro, el planteo consistiría en cuatro hospitales independientes configurados en pabellones aislados. El de mayores dimensiones sería el de variolosos que estaría dividido según género en dos departamentos de dos pisos, separados por un cuerpo donde se encontrarían los baños, salas y corredores de convalecientes, y sector de desinfección. Separados del edificio para variolosos por muros y dobles filas de árboles se edificarían otros tres hospitales destinados a diftéricos, tifoideos y sarampionosos. Todos ellos tendrían en la entrada una sala de desinfección obligatoria. Los cuatro hospitales se comunicarían con un pabellón general de servicio, ubicado en el centro del proyecto y comunicado con los demás sectores mediante túneles independientes garantizando así el aislamiento. El conjunto se completaría con un horno de desinfección, un lavadero a vapor, un horno de cremación,

55 *MMCB*A (1887): 231.

y otro para la destrucción de residuos y basuras.⁵⁶

En este punto las fuentes presentan discrepancias. En la *Memoria Municipal* elaborada por Francisco Seeber en 1889, su primer año al frente de la intendencia, se afirmaba que la obra ya estaba iniciada, pero que Seeber consideró que la orientación de los pabellones era inconveniente por lo que suspendió la obra y nombró una Comisión formada por los doctores Penna, Susini, Wernicke y Beek; y los arquitectos Buschiazzo, Büttner y Moog, para que elaboraran un informe. Este fue concluyente y rechazó unánimemente el proyecto elaborando uno nuevo, pero con un costo mayor. Ante ese panorama, sin capacidad de financiar los cambios necesarios, Seeber suspendió la obra en forma definitiva. En ese terreno luego se edificaría el Hospital Tornú (**Figura 16**).



Figura 16: Ubicación de la Nueva Casa de Aislamiento, luego Hospital Tornú. Autor: Carlos Beyer (1889). Fuente: Fragmento del *Plano de la Ciudad y Distrito Federal de Buenos Aires*.

Como vemos, según las *Memorias Municipales* Penna fue convocado a comisiones relacionadas al proyecto al menos en tres oportunidades: para decidir terreno apropiado, confección de plano junto a Rómulo Otamendi y ajuste de proyecto en la última comisión que acabamos de nombrar. Sin embargo, en su libro de 1910 *La administración sanitaria y la Asistencia Pública*, Penna aseguraba que tuvo conocimiento extraoficial de que un constructor

⁵⁶ *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires* (1887): 170.

estaba edificando una nueva casa de aislamiento sin planos estudiados y sin consultar a las personas competentes. Esto lo habría motivado a presentar un reclamo frente a Francisco Seeber, para que se le diera intervención en su calidad de director de la Casa de Aislamiento, al que se le dio lugar y se suspendieron las obras. Esto resulta llamativo porque uno de los puntos problemáticos que señalaba Penna era justamente la nueva ubicación propuesta, que no considera un balance entre la distancia y la conveniencia:

“() puede admitirse que los hospitales de infecciosos deben hallarse distantes de los centros urbanos, también hay que convenir en que esa distancia no debe ser tal, que, en caso de epidemia dificulte y haga peligroso el transporte de los enfermos. La epidemia de cólera sufrida nos mostró que muchos sujetos procedentes de Flores, Boca y Belgrano llegaban muertos al hospital”.⁵⁷

Más allá de estas diferencias en las versiones de cada uno, lo cierto es que las obras fueron suspendidas definitivamente. En 1893 Penna solicitó al director de la Asistencia Pública, José Ayerza, que se formara una comisión para un proyecto de nuevo hospital. Dicha Comisión se conformó tanto por médicos —José Ayerza, Manuel Podestá y José Penna—, como por ingenieros —R. Ayerza, Clerice y Giovanni María Cagnoni—. ⁵⁸

Resulta interesante destacar que al momento de proyectar el nuevo hospital se tomaban como condición necesaria los servicios y reglamentaciones que venimos abordando. En efecto, Penna consideraba que, si las medidas de profilaxis urbana se aplicaban y la declaración de nuevos casos se hacía efectiva, las nuevas epidemias ya no tendrían el impacto de las anteriores, con lo cual no sería necesario construir un hospital de enormes dimensiones, que podría estar vacío gran parte del año. Además, argumentaba que hasta cierto punto los ciclos de estas enfermedades se podían prever, habiendo un mayor número de casos en ciertos momentos del año y descendiendo en otros. Los cuadros y curvas estadísticas que se realizaban anualmente en la ciudad a

57 Penna (1910): 303.

58 En distintas fuentes el nombre de Cagnoni se encuentra alternativamente como “Giovanni” y en otros casos como “Juan”.

partir de la experiencia de la Casa de Aislamiento, y que se publicaban en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, ofrecían una herramienta para proyectar áreas hospitalarias según el nivel de presencia de las enfermedades en el territorio. Aun así, llegado el caso que dicho cálculo fallara y que un episodio epidémico superara la capacidad instalada, se debía contar con instalaciones desmontables que permitieran salvar esta dificultad.

Aprovechando la forma irregular del terreno de la actual Casa de Aislamiento, José Penna planteó un croquis de proyecto en forma de T que definía, de alguna manera, tres hospitales diferentes aislados entre sí, y vinculados por un área común donde se ubicarían los servicios generales necesarios para el funcionamiento de todo el establecimiento (administración, personal, ropería, comedores, farmacia, etc.) (**Figura 17**).

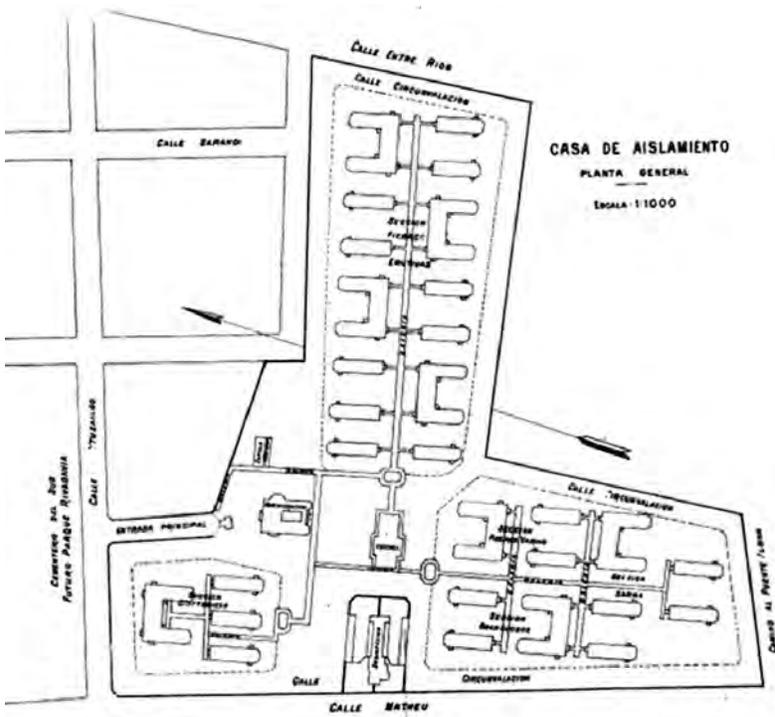


Figura 17: Casa de Aislamiento. Plano general. En línea punteada se denotan los sectores diferenciados dentro del conjunto. Autor: José Penna. Fuente: *MMCB*A (1893-1894).

La comunicación entre sectores se realizaría mediante galerías semicubiertas de circulación limitada mediante rejas, que restringirían el paso entre diferentes áreas y que obligarían a pasar por un espacio de desinfección toda vez que se ingresara a un área peligrosa. Así cada departamento del hospital tendría su sala de desinfección además de la del acceso principal a todo el conjunto.

El planteo de Penna consistía en pabellones aislados paralelos que permitirían justamente separar a distintos enfermos. Sin embargo, aquí se introduce un cambio tipológico importante consistente en la posibilidad de expansión. En efecto, la tipología “poste de telégrafo” combinaba el pabellón aislado con el corredor longitudinal,⁵⁹ permitiendo que si el terreno se expandía (adquiriendo el lote vecino por ejemplo) el hospital pudiera crecer continuando el mismo planteo sin grandes dificultades. Marcaba así un cambio con tipologías hospitalarias anteriores que si bien utilizaban pabellones paralelos también consolidaban un perímetro definido y estático. Este nuevo planteo de poste de telégrafo, que puede verse tempranamente en el proyecto de 1872 para el *Hospital for Sick Children* de Pennington & Bridges (**Figura 18**), ganó importancia en el último tercio del siglo XIX debido a sus posibilidades de aislamiento, expansión y facilidad de construcción, especialmente por la similitud de los distintos pabellones lo que permitía la reiteración de procesos constructivos y estandarización de las distintas partes (carpinterías, aberturas, equipos, etc.), por lo que fue utilizado también para resolver otros programas arquitectónicos, como asilos, cárceles y escuelas.⁶⁰

Figura 18: Pennington & Bridges. Proyecto para el *Hospital for Sick Children*, Pendlebury, 1872. Autor: Nikolaus Pevsner (1979).
Fuente: Pevsner (1979): 156.

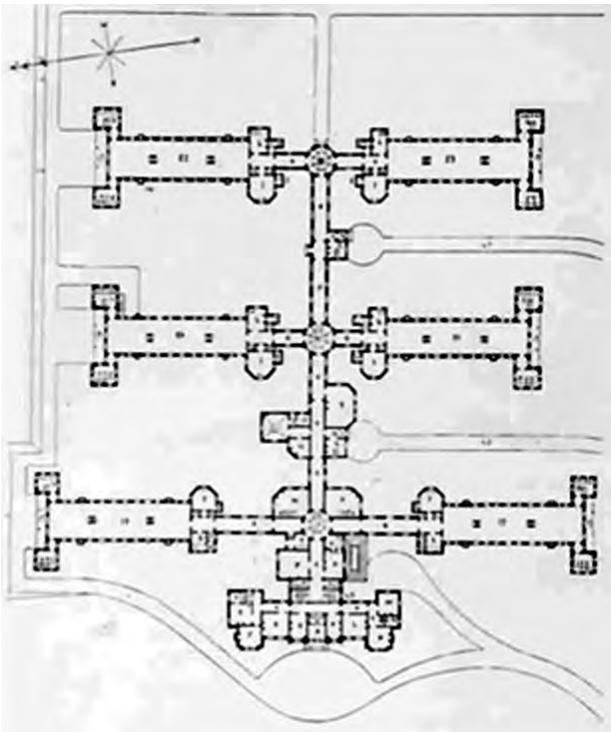
En el proyecto de Penna justamente se plantearon dos tipos de pabellones, aunque no muy diferentes entre sí. Para el director del establecimiento esto permitiría adaptarlos fácilmente si una epidemia demandara un pabellón,

59 Matthews ([1999] 2009).

60 Pevsner (1979): 156.

dos, un área o todo el conjunto hospitalario al mismo tiempo. Cada pabellón de 12,50 metros de largo, 8 metros de ancho y 7 metros de altura contaría con la sala propiamente dicha en el centro, mientras que en los extremos se situarían las áreas de servicio incluyendo el sector de desinfección, enfermería, baños y cocina. En el extremo se situaba una sala multifunción, señalada en el plano como sala de operaciones, pero que según la *Memoria* podía utilizarse como comedor, sala de recreo, de aislamiento o ampliación de la sala principal (**Figura 19**).

Por otro lado, las salas dobles resultaban de la unión de dos de estos pabellones mediante un bloque transversal en el que se sumaban ocho habitaciones independientes multipropósito. Es destacable el cambio que propuso Penna al proyecto de estos pabellones dobles, solicitando que no hubiera una habitación de contacto entre las distintas partes, sino amplios vestíbulos que facilitarían el aislamiento.



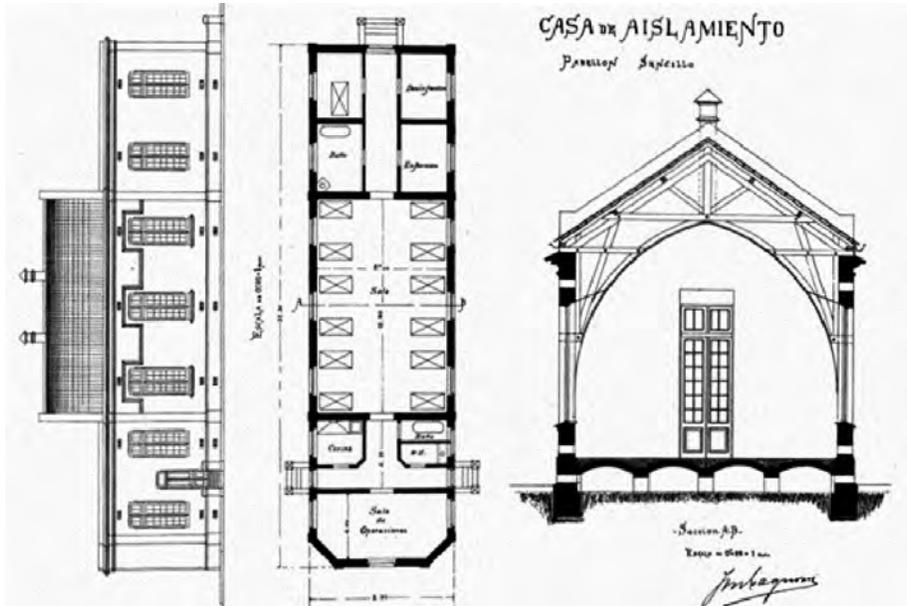


Figura 19: Giovanni, C.: Casa de Aislamiento. Pabellón sencillo. El área de desinfección es el primer espacio vinculado al acceso. Fuente: *MMCBA* (1893-1894).

En lo que respecta al régimen diario para los enfermos, este consistiría en la vacunación antivariólica para los que no tuvieran viruela, la desinfección de sus ropas, desinfección regular de todos los objetos de las salas, baños de higiene periódicos y el aislamiento en sectores separados en caso de dudas en el diagnóstico. La separación entre pabellones y con el exterior se lograría además mediante plantaciones de árboles tupidos de diferentes alturas que permitieran “purificar la atmósfera hospitalaria”.⁶¹ Puede verse aquí el imaginario general que se aplicaba también a los grandes parques, como el Parque 3 de febrero, entendidos como los espacios modernos de recomposición física a través de los cuales la ciudad “respiraba” y se purificaba.⁶²

⁶¹Penna (1910): 309.

⁶²Armus (2007): 48; Gorelik (1998): 75.

Las ideas de Penna fueron aceptadas y nuevos planos fueron confeccionados y aprobados bajo la firma de Giovanni María Cagnoni, iniciándose la construcción el 15 de agosto de 1894.⁶³ Sin embargo, y como con otros proyectos de relevancia del mismo período, el avance de las obras fue lento y se extendió hasta las primeras décadas del siglo XX.

La isla lazareto

La desinfección también estaba muy presente, y en forma combinada con el aislamiento, en el lazareto de Martín García, que luego de varios años de contar con instalaciones provisionarias comenzaba a adquirir un planteo más acorde a su función. Dicha configuración puede ser vista en el plano de la ciudad de Buenos Aires confeccionado en 1889 por el ingeniero geógrafo Carlos Beyer para la casa editora de Ángel Estrada. La inclusión de la isla en un plano de estas características resulta llamativa y es la primera de la que tenemos registro (**Figura 20**).

El plano nos permite observar diversas áreas de la isla, tanto aquellas que funcionaban en relación con el lazareto —sectores norte y central— como también al destacamento militar instalado allí —principalmente en el sector sur—. Además se señalaban unas ruinas del lazareto de 1874, luego de la epidemia de fiebre amarilla, cercanas al cementerio y que ya no se encontraban en funcionamiento.

Para recorrer la totalidad del programa de aislamiento nos proponemos seguir el trayecto que realizaría una embarcación destinada a cuarentena en la isla, empezando entonces por el sector norte donde se encontraba la estación de desinfección, que contaba con cinco estufas Geneste-Herschel y una sala destinada a la desinfección química. Los galpones para que los pasajeros esperaran allí hasta terminado el proceso y el muelle de desembarco se encontraban al momento en fase de proyecto. Cercanas a la estación había dos áreas sobre la costa destinadas a enfermos infecciosos.

63 *MMCBA* (1893-1894): XXXVI.



Figura 20: Isla Martín García. Autor: Carlos Beyer (1889). Fuente: *Fragmento del Plano de la Ciudad y Distrito Federal de Buenos Aires*. Disponible en: *Atlas Histórico de Planos Urbanos/Archivo Buenos Aires*. Recuperado de: <https://sites.google.com/view/ba-encartografia/p%C3%A1gina-principal>

Una gran distancia separaba estos sectores del área central donde se ubicaba la mayor parte del programa cuarentenario. Una extensa superficie la ocupaban ocho grandes pabellones dispuestos perpendicularmente entre sí, dedicados a los pasajeros de tercera clase y nombrados como algunas provincias argentinas: Pabellón San Juan, Mendoza, Misiones, Santiago, Tucumán, Chaco, Corrientes y San Luis. Cercanos a estos se ubicaban otros cuatro pabellones paralelos destinados a los pasajeros de primera y segunda clase. Se mantenía el mismo criterio para nombrarlos, pero bajo la categoría de hotel: Hotel Buenos Aires, Hotel Córdoba, Hotel Santa Fe y Hotel Entre Ríos (**Figura 21**).



Figura 21: Lazareto de Martín García. Vista de los pabellones de primera. Fuente: Archivo General de la Nación, N.º de registro fototeca: 144626_A.

Cercanos a estos se encontraba el Hospital de afecciones comunes, compuesto por dos pabellones para sala con capacidad para 20 camas y otros dos perpendiculares destinados a cocina, vivienda del enfermero, consultorio, cuarto de baño, letrinas y dormitorio del médico. El programa se

completaba con un Hospital sucio —también mencionado como “Enfermería”—, lavaderos, talleres, depósitos de equipaje, proveeduría, cuatro hornos crematorios individuales, un crematorio para 25 cadáveres y administración. Todas las áreas se separaban con respectivos alambrados para garantizar el aislamiento necesario y se vinculaban gracias un *tramway* que efectuaba los traslados desde el muelle de llegada hasta la zona sur.

La *Memoria* de Acevedo, presentada en 1894 en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, nos permite entender la dinámica de la isla al momento de recibir un barco derivado al lazareto. Si no había cuarentenarios previamente, se comenzaban a preparar las cocinas y pabellones de habitación según las distintas clases. El intendente y el escribiente concurrían al muelle a recibir y ubicar a los pasajeros de primera clase; hecho esto, desembarcaban los de tercera. El auxiliar y los peones se encargaban de la descarga del equipaje de mano y de mayor volumen, para su traslado a la sección de desinfección. Allí entraban los pasajeros en grupos de 20 personas, los cuales debían abrir sus valijas, cambiarse por ropas limpias y armar un paquete con la muda sucia y todo lo que el médico les indicara. Luego de la revisión salían al sector limpio a esperar la salida del paquete de la estufa de desinfección. Este procedimiento podría realizarse si los cuarentenarios llegaban a la isla durante el día, si lo hacían durante la noche entonces se los ubicaba primero en los pabellones y luego se lo desinfectaba. Si se llegaba a producir un caso de enfermedad pestilencial exótica, se debía volver a realizar todo el procedimiento de desinfección.⁶⁴

Durante este proceso parte de los peones debían hacer guardia para evitar que los pasajeros no pasaran de la sección limpia a la sucia, y en general para prevenir que los cuarentenarios salieran de los límites del lazareto, aunque Acevedo mencionaba que los habitantes de la isla violaban esa separación permanentemente, por lo que solicitaba la instalación de doble cerco de alambre con una altura de dos metros. Los pasajeros de tercera debían estar dentro de sus pabellones a las 20 h en invierno y a las 22 h en verano, pudiendo ser castigados con reclusión si desobedecían esta norma.

⁶⁴ *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1894): 38.

Luego del desembarco, se dividía a los pasajeros en grupos de diez personas y se nombraba un capataz al que se le entregaban frazadas, utensilios y vajilla; quedando a cargo de estos elementos por lo que durara la cuarentena. Cuando esta terminaba y los pasajeros se embarcaban, se debía proceder a la desinfección de las instalaciones y equipamiento de la isla. Los pabellones, letrinas y las mismas estaciones de desinfección pasaban por una limpieza exhaustiva. Los colchones y las almohadas se pasaban por las estufas hasta que los pabellones estuvieran limpios. Una vez hecho esto, se los volvía a armar a la espera de un nuevo contingente, manteniendo los pabellones cerrados con llave y ventilándolos por algunas horas.

Lo más complejo era la convivencia de dos grupos cuarentenarios distintos. Cuando esto sucedía, el grupo que ya estaba en la isla era encerrado durante todo el procedimiento de recepción del nuevo grupo, descrito anteriormente. En líneas generales, los controles internos aumentaban, y se prestaba mayor atención a los pasajeros de primera que eran atendidos en sus pabellones, no en el hospital. Asimismo, los horarios de comida se separaban para intentar que el contacto entre grupos fuera nulo, aunque esto era más complejo a mayor cantidad de grupos cuarentenarios simultáneos.

En sus escasos cuatro años de funcionamiento, 1889-1893, el lazareto de Martín García recibió una cantidad variable de pasajeros de primera y tercera. Aunque los últimos dos años ya comenzaban a anticipar la gran inmigración que vendría con el cambio de siglo:

Año	Pasajeros de 1.º	Pasajeros de 3.º
1889	433	4084
1891	37	106
1892	605	4692
1893	262	9629
Total ⁶⁵	1337	18.511

65 No se consignan cifras para el año 1890. *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1894): 42.

Es interesante señalar que estas estadísticas fueron acompañadas por un número aproximado de objetos desinfectados, procedimiento que se había iniciado ese año y que daba cuenta del movimiento de esa sección en la isla, cuyo número ascendía a 2750 baúles, 1482 valijas, 395 cestos, 347 colchones, 770 bolsas y 1537 atados con ropa sucia.

La desinfección parecía ser el método científico en ascenso que permitía la circulación segura entre diferentes territorios. En el congreso panamericano celebrado en Estados Unidos ese mismo año se había aceptado como resolución que todo barco que llegara a puertos norteamericanos con inmigrantes debía ser sometido a una rigurosa desinfección de todos los equipajes y artículos personales, así como la desinfección del propio barco. Ese procedimiento debía realizarse durante todo el año, a diferencia de los protocolos que vimos anteriormente que endurecían los controles sólo en períodos de mayor prevalencia de las enfermedades exóticas. Esto se asentaba en la experiencia italiana, presentada a su vez en la Conferencia de Dresde de 1893 —un año después de la de Venecia—, que había impuesto desinfecciones obligatorias, las cuales habían logrado la disminución de casos frente a un importante brote de cólera ocurrido en 1892. Dicho brote, originado en Afganistán y Persia, y que llegó luego a Moscú, San Petersburgo, París y Hamburgo, provocó que diferentes naciones, incluido el gobierno argentino, impusieran restricciones a importantes ciudades de Europa.⁶⁶ A ambos lados del Atlántico las cuarentenas marítimas comenzaban a cederle lugar a alguna forma de inspección sanitaria de los navíos, y en este nuevo procedimiento, la desinfección tenía un destacado lugar.

Para el Departamento Nacional de Higiene, la desinfección era un procedimiento que debía aplicarse a nivel nacional como forma de combate de las enfermedades infecciosas. En el presupuesto de 1894, el departamento previó una partida de 6000 pesos mensuales destinados a la instalación de estufas de desinfección en distintas ciudades de la República. Según su proyecto, se debía realizar un estudio por medio de la Oficina Sanitaria que permitiera:

66 Howard-Jones (1975): 66.

- analizar la población y las condiciones físicas de las ciudades más importantes de las provincias del país;

- observar la morbilidad y mortalidad presente en cada una de ellas, en especial referido a la escarlatina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea, fiebre puerperal y tuberculosis;

- relevar al personal médico, los hospitales, las casas de sanidad con sus respectivos planos y demás recursos con los que contara cada provincia.

Una vez hecho este estudio, se procedería a asignar aquellas ciudades que deberían contar con un servicio de desinfección, junto con un reglamento respectivo para el combate de las enfermedades infecciosas.⁶⁷

Palabras finales. Una sanidad tecnocientífica

En este trabajo hemos abordado distintos proyectos y programas que consideraban a la desinfección como medida de profilaxis científica y moderna, capaz de prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, como parte del desarrollo de la bacteriología y la microbiología. Así, y a pesar de ciertas resistencias iniciales, este método que empezó siendo esencialmente una medida profiláctica marítima comenzó a definir nuevas prácticas en la ciudad y el territorio.

En Buenos Aires esto se tradujo en la importación de dispositivos tecnológicos de vanguardia, como estufas y pulverizadores, en combinación con nuevos programas arquitectónicos nunca vistos en la región, como los lavaderos públicos y las estaciones de desinfección. Asimismo, también implicó la actualización de otros existentes como la Casa de Aislamiento, cuya ubicación fue definida estratégicamente para agruparlos junto con otros programas de aislamiento o considerados “contaminantes”, y el lazareto de la Isla Martín García, que con la incorporación de estos dispositivos dejaba de ser simplemente un espacio de cuarentena para convertirse en una moderna estación sanitaria de desinfección. Sin embargo, en ese

67 *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (1894): 298.

proceso se encontraron con resistencias propias de las tradiciones locales y dificultades presupuestarias, que impedían alcanzar las dimensiones en infraestructura necesarias para dar respuesta a la demanda urbana. Sumado a esto, la etiología y forma de transmisión de algunas de las enfermedades más amenazantes aún no habían sido precisadas con seguridad.

De todos modos, progresivamente diversas potencias comenzaron a sustituir las medidas sanitarias restrictivas por estas nuevas prácticas que permitían la circulación de productos y objetos, evitando así algunos de los conflictos diplomáticos previos y que tomaban un lugar importante en los Congresos Sanitarios Internacionales. No obstante, habría que esperar al cambio de siglo para que nuevos avances científicos y técnicos lograran consolidar este tipo de abordaje de las enfermedades infecciosas, con la desinfección urbana en franca expansión como punta de lanza.

Bibliografía

- Álvarez, Adriana. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *Historia, Ciencias, Saude – Manguinhos*, VI (2), 293-314.
- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.
- Ave, Gastone y De Menna, Emanuela. (2011). *Architettura e urbanistica di origine italiana in Argentina; tutela e valorizzazione di uno straordinario patrimonio culturale*. Roma, Italia: Gangemi Editore.
- Baldwin, Peter. ([1999] 2004). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bonastra Tolos, Joaquim. (2018). *Quarantine and territory in Spain during the second half of the nineteenth century*. En John Chircop y Francisco Javier Martinez (Eds.), *Mediterranean quarantines, 1750-1914; space, identity and power*. Manchester: Manchester University Press.

- Engelmann, Lukas y Lynteris, Christos. (2020). *Sulphuric utopias: a history of maritime fumigation*. Massachusetts: The MIT Press.
- Fiquepron, Maximiliano. (2020). *Morir en las grandes pestes; las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Gorelik, Adrián. (1998). *La grilla y el parque: espacio público y cultura urbana en Buenos Aires 1887-1936*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Harrison, Mark. (2012). *Contagion: how commerce has spread disease*. Londres: Yale University Press.
- Higginbotham, Peter. (2016). *The MAB Hospital Ships, Long Reach, Dartford*. Disponible en: <http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/>
- Howard-Jones, Norman. (1975). *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*. Ginebra: World Health Organization.
- Lima Chaves, Cleide de. (2009). *As convenções sanitárias internacionais entre o Império Brasileiro e as Republicas Platinas (1873 e 1887)*. Río de Janeiro: UFRJ/IFCS.
- Matthews, Roger. ([1999] 2009). *Doing time: an introduction to the sociology of imprisonment*. Londres: Palgrave Macmillan Press.
- Penna, José. (1910). *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta, Cartografía y Encuadernación Kraft.
- Pevsner, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
- Richardson, Harriet (2016). *Belvidere Hospital*. Recuperado de <https://historic-hospitals.com/2016/07/26/belvidere-hospital/>
- Ruiz Diaz, Matías. (2018). *La ciudad de los réprobos. Historia urbana de los espacios carcelarios de Buenos Aires, 1869-1927*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”.
- Scholz, Manfred (2005). *Schimmel, Oscar*. En *Neue Deutsche Biographie*, n° 22, pp. 778-779. Disponible en: <https://www.deutsche-biographie.de/pnd13957140X.html#ndbcontent>
- Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887). Año X, Tomo X, N.º 5.
- Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1891.

Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1894.

Anales del Departamento Nacional de Higiene, 1901.

Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1887.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1881). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1887). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1889). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1890-1892). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1893-1894). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Reglamento Sanitario Internacional correspondiente al año 1887.

Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899). *Año II*, 56: 22.

La costumbre del fuego purificante

Cremación cadavérica, arquitectura y ciudad, 1884-1937

(...) Yo, aunque se me tache de inmodesto, la aplaudo y la bendigo, toda vez que ella nos ha hecho entrar con fuego la costumbre del fuego purificante, como procedimiento irremplazable en las epidemias y como sistema higiénico y tan santo como el que más, para aplicar a la muerte de los seres más queridos, sin excluir, llegado el caso, el nuestro propio, como toda caridad bien entendida.¹

José Penna

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre las ideas y prácticas de cremación cadavérica, la ciudad y la arquitectura en Buenos Aires durante el período 1884-1937. El proceso de institución de la cremación, entendida como práctica positiva y modernizadora, asociada a los valores de progreso y civilización no fue inmediato ni definitivo, y atravesó buena parte del siglo XX. La idea de “purificación” fue un significante común a esos valores que, con sus variaciones históricas, permaneció durante el período que estudiamos.

Podría decirse que la implementación experimental de la cremación en la ciudad de Buenos Aires comenzó en 1884, ante un caso de fiebre amarilla y el supuesto riesgo que significaba el cadáver como vector de propa-

¹ Palabras del doctor José Penna en el año 1886, cuando aún era Director de la Casa de Aislamiento. Cita disponible en Baca (1923): 15.

gación de enfermedad en el medio urbano. Recién en 1903 fue oficializada como práctica por el Municipio, a instancias de la inauguración del primer Templo Crematorio de la ciudad. Sin embargo, la aceptación social de la práctica no fue inmediata.

En el año 1937, el ingeniero Alfredo Natale presentó un proyecto de “Sistema de aceleración cadavérica”, que consistía en un procedimiento alternativo entre la sepultura tradicional y la cremación: proponía acelerar la desintegración de los cadáveres sepultados en nichos mediante la introducción y circulación de aire ionizado al interior de los ataúdes. La invención de Natale encarnaba los debates y tensiones provocados por la cremación, más de tres décadas después de su oficialización, y presentaba nuevas preocupaciones, dilemas, conflictos y métodos para reeditar los vínculos entre cementerios y ciudad.

El correlato entre cremación y arquitectura fue directo; su oficialización exigía nuevas infraestructuras y artefactos que modificaban los procedimientos, resultados técnicos y, en definitiva, el espacio ritual. También afectó las relaciones entre ciudad, salubridad y muerte, en tanto se lo consideraba un método capaz de garantizar la higiene urbana, cuyos argumentos se tejían en el cruce de las tradiciones de civilizaciones antiguas y, al mismo tiempo, de los avances científicos producidos por ciertos países considerados vanguardia en materia sanitaria. Más evidente aún resulta la relación entre cremación y cementerios dado que la transformación de los cuerpos a cenizas ofrecía nuevas opciones de sepultura que ponían en crisis su centralidad como lugar urbano de la muerte.

Michel Ragon señala que en las civilizaciones extraeuropeas la incineración se asociaba al culto del fuego, y que en el mundo grecorromano se la empleaba en procura de garantizar la higiene y la protección del muerto contra los profanadores de tumbas. En el mundo moderno, en cambio, se inscribía según las pautas del funcionalismo que Ragon asocia al valor de la tierra, la capacidad productiva de los suelos, y los postulados del urbanismo moderno bajo la figura de Le Corbusier.² Analizaremos aquí

² Ragon (1981): 287-288.

los diversos significados de aquella purificación asociada al fuego, como sentido relativamente transversal a las décadas estudiadas. Aquella metáfora ha servido para sostener el discurso cremacionista y articuló, al mismo tiempo, la modernidad con los imaginarios históricos.³

Para un estudio de aquellas relaciones es necesario considerar los resultados materiales, tanto como las edificaciones que han quedado en el papel, las ideas y los debates surgidos, todo esto en el cruce entre los discursos médico-higienistas, los argumentos teológicos, las disciplinas del proyecto, y las tradiciones funerarias porteñas.

Higiene y pureza

La primera propuesta de cremación cadavérica en nuestro país se remonta al año 1879, a partir de las lecciones presentadas en la Facultad de Medicina de Buenos Aires por el Dr. Pedro Mallo sobre “Higiene Pública”. Por entonces Mallo ya contaba con una amplia trayectoria como catedrático y era reconocido también por su tarea en la Junta de Sanidad del Puerto Central, donde se desempeñaba como médico de sanidad junto a Eduardo Wilde, desde 1869. Ocupando ese cargo había elaborado un proyecto de Reglamento Sanitario para el puerto, y enfrentado sucesivos casos de enfermedades infecciosas, incluida la epidemia de fiebre amarilla de 1871 y la llamada “pequeña epidemia” de cólera del *Pontón Mora* en 1873, entre otras.

3 La divinidad de Asia Menor, Moroch Baal, era, entre otras cosas, símbolo del fuego purificante. Ha señalado por su parte Ragon la multiplicidad de sentidos y variaciones vinculadas con el fuego purificante, entendido como ayuda para la liberación espiritual, protección contra la violación de las tumbas, e incluso experiencias votivas del mundo oriental. Ver Ragon (1981): 291. Además, no podemos omitir el sentido negativo que el fuego adquiría para algunos sistemas de creencias basados en la idea de un infierno situado en el centro de la Tierra, ardiente y en ebullición. Es una constante que se retoma, entre otros relatos, en el mito de *Er* de Platón, en *La Eneida* y el *Apocalipsis* de San Juan, donde se describe un lago de fuego y azufre. El mismo Athanasius Kircher formulaba en el siglo XVII, con pretensión cientificista, la hipótesis de que el centro de la tierra estaba formado por una masa ígnea. Dal Castello (2022): 138. Se podría deducir con esto parte del argumento anticremacionista cristiano. Por último, es necesario aclarar que las culturas hebreas y musulmanas también sostienen un rechazo a la cremación.

Su publicación no sólo impartía lecciones propiamente dichas, sino que también incluía una memoria acerca de la aplicación de cuarentenas —que fue presentada a la Asociación Médica Bonaerense—, y un apéndice sobre los cementerios —presentado a la Sociedad Científica Argentina—, donde comparaba distintas formas de dar destino a los restos humanos, entre las cuales se incluían el enterramiento; el sepultamiento en el mar —propio de islas de suelo rocoso—; en el hielo —prácticamente obligatorio en las regiones frías—; la petrificación —aún en estudio pero que implicaba un problema de espacio disponible—; la inhumación —en nichos, sarcófagos, etc.—; el embalsamamiento; el aprovechamiento industrial —que implicaba la utilización del cuerpo como abono, por lo que era considerada prácticamente inmoral—; y finalmente la cremación.⁴

Mallo consideraba que los cementerios eran establecimientos públicos insalubres de primera clase, donde existía un “mefitismo pútrido permanente” denominado “miasma”, por ser el lugar donde se producía la descomposición y putrefacción de los restos humanos. De modo que la proximidad de los cementerios a los centros de población era un tema que debía preocupar a las autoridades que velaban por la salud pública.⁵ Asimismo, algunos de los argumentos de Mallo también parecían señalar a los cementerios como territorios en disputa entre las autoridades religiosas y las civiles, aduciendo que en los pueblos cultos estas últimas estaban recuperando los derechos usurpados por el clero debido a la “(...) ignorancia, el fanatismo o las necesidades de pasados tiempos”.⁶

Efectivamente, en algunas naciones europeas había comenzado un proceso de adopción de la cremación como práctica alternativa al enterramiento cristiano. Durante los primeros años de la Revolución Francesa, sus promotores intentaron “descristianizar” los rituales funerarios, logrando que en 1799 el Departamento del Sena aprobara una ley que favorecía la cremación. Aun así, en estos primeros años la opción por la cremación se limitaba a algunos hechos y esfuerzos aislados. Pero en la segunda mitad

4 Mallo (1879): 956.

5 Mallo (1879): 836.

6 Mallo (1879): 836.

del siglo XIX la propuesta cobró nuevo impulso. El movimiento pro-cremación fue apoyado por la prensa periódica francesa, en especial por Emile de Girardin, fundador del periódico *La Presse*. En 1869 expertos reunidos en un congreso médico en la ciudad de Florencia denunciaban el enterramiento como práctica antihigiénica y promovían la cremación en el nombre de la salud pública y de la civilización.⁷ Cinco años después se fundaba en Inglaterra la *Cremation Society of England*. Allí también se escribió uno de los textos de mayor influencia a favor de la cremación: *Cremation; The treatment of the body after death*, escrito por Sir Henry Thompson, médico personal de la Reina Victoria, de gran influencia también en Norteamérica.⁸ Thompson afirmaba que el enterramiento no podía llevarse adelante sin representar un serio riesgo para los vivos, además de demandar amplios cementerios completamente aislados del resto de la población. La práctica era en sí una “(...) antagonista de la salud de los sobrevivientes”.⁹ El uso del término “sobrevivientes” también permite establecer un primer vínculo entre la experiencia europea y la local, consistente en la cremación como respuesta sanitaria ante los ciclos epidémicos. Alemania e Italia se sumaron al movimiento pro-cremación con la construcción de varios modelos de hornos crematorios. La primera cremación tuvo lugar en la ciudad de Dresde en mayo de 1874 y dos años después, en 1876, se inauguraba un horno crematorio en la ciudad de Milán.¹⁰ El desarrollo posterior transcurrió por sendas diferentes. En Francia e Italia el servicio fue municipal, mientras que en el resto de Europa el servicio fue llevado adelante por empresas privadas que en algunos casos eran autónomas de los cementerios y contaban con parques propios para depositar las cenizas. Este impulso inicial, que incluyó la formación de sociedades específicas y la construcción de hornos crematorios en importantes ciudades del globo, no debe confundirse con una popularización inmediata de la cremación. Un estudio de las fuentes permite observar que el “boom” de la cremación tuvo lugar en la segunda

7 Prothero (2001): 9.

8 Prothero (2001): 9.

9 Thompson (1874): 55.

10 *Boletín de la Asociación Argentina de Cremación* (en adelante, *BAAC*) (1927): 10.

mitad del siglo XX, especialmente a partir del Concilio Vaticano II que suprimió la prohibición que regía sobre esta práctica.¹¹

Para el momento de aquel primer impulso, la ciudad de Buenos Aires contaba con cuatro cementerios públicos: el del Norte o de la Recoleta —que era el más antiguo, inaugurado en 1822, y cuya última ampliación había ocurrido en el mes de abril de 1867, en tiempos críticos de la epidemia de cólera—; el del Sur, inaugurado en diciembre de ese mismo año y que fue clausurado durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871, cuando se inauguró el Cementerio del Oeste, y en cuarto lugar, el “Cementerio Ingles”, que fue inaugurado en 1821 bajo el nombre de “Disidentes” y hasta ese momento había recibido 5746 sepulturas.

Todos ellos se encontraban prácticamente completos al momento en que Buenos Aires contaba con una población aproximada de 250.000 habitantes, que seguía en aumento. En julio de 1875, un proyecto de ley planteaba la creación de un cementerio rural y el ensanchamiento provisorio del Cementerio de la Chacarita para las inhumaciones.

Frente a la amenaza que para ciertos sectores de la matrícula médica representaban los cementerios, Mallo afirmaba que la cremación planteaba una triple solución. En primer lugar, resolvía el problema de la demanda de superficie, la cual sería constante en la medida que la cantidad de fallecidos continuara aumentando como consecuencia del progresivo crecimiento poblacional. En segundo lugar, prevenía el peligro que significaba la proximidad de los cementerios a los centros urbanos por eliminación de los miasmas que se producían durante el proceso de putrefacción cadavérica. Por último, ofrecía la posibilidad de devolver terrenos ahora improductivos a la agricultura.

11 La instrucción *Piam et constantem* de 1963 admitía que la cremación no era “contraria a ninguna verdad natural o sobrenatural” mientras no haya sido practicada como “negación de los dogmas cristianos o por odio contra la religión católica y la Iglesia” y mientras las cenizas fueran siempre depositadas en los cementerios. Fuente consultada en http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20160815_ad-resurgendum-cum-christo_sp.html el 09/07/2019. Aquel cambio de postura de la Iglesia Católica coincide con la masificación de la cremación en Estados Unidos y también en Gran Bretaña, incluso a pesar de su perfil protestante. Ver Mitford ([1963] 1964): 129-137; Prothero (2001): 161; Jupp (2006): 156.

Aun así, reconocía que existían objeciones a este método que era “(...) el más racional y científico” de los que se podían emplear. Las críticas de la cremación apuntaban a cuestiones religiosas y morales, vinculadas con la inmortalidad del alma, la resurrección y las “buenas costumbres”¹², a las que el médico, perteneciente a la logia masónica, intentaba responder desde la racionalidad afirmando que la cremación no impedía en absoluto la celebración de los rituales tradicionales involucrados en el culto a la muerte, intercambiando la tumba por la urna cineraria: “no inspirara la urna el mismo recojimiento (sic) y respeto que la tierra, la cruz de madera o de piedra y los monumentos mismos, de que están llenos los cementerios”.¹³

Para Mallo, esas discrepancias basadas en las creencias religiosas no ofrecían un argumento debidamente fundado. Distinto era el caso de la administración de justicia, que temía que la posibilidad de exhumar un cuerpo como parte de un proceso judicial estuviera descartada, especialmente en los casos de envenenamiento, que podrían terminar con la impunidad del asesino. Aun así, para el médico, la cremación era el mejor destino que podía darse a los cadáveres, por lo que pedía a la Junta Directiva de la Sociedad Científica Argentina dar los pasos necesarios para que las Cámaras del Congreso declararan facultativa la cremación, y que se llamara a concursos para la presentación de los mejores procederes crematorios y para la confección de planos para un cementerio-crematorio.¹⁴ Sin embargo, la iniciativa no prosperó.

La misma suerte corrió la propuesta presentada en 1884 por el Dr. Samuel Gache, Presidente del Círculo Médico Argentino, para la creación de una Sociedad de Cremación de la República Argentina y para garantizar el reconocimiento por parte de los poderes ejecutivo y legislativo nacionales de la cremación como facultativa. No obstante, el 26 de diciembre de ese mismo año, ante un caso de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires, los médicos José María Ramos Mejía y José Penna, directores de la Asistencia Pública y de la Casa de Aislamiento Municipal, respectivamente, dispusieron

12 Mallo (1879): 924.

13 Mallo (1879): 925.

14 Mallo (1879): 928; *BAAC* (1923): 10.

la cremación del cadáver del enfermo Pedro Doime. En su memoria del hecho, Penna afirmaba que con aquella decisión no sólo se satisfacía a la opinión pública alarmada —que no emitió grandes protestas—, sino que vio un resultado benéfico y necesario tendente a salvar la salud del pueblo.¹⁵

Es necesario destacar que esta primera cremación se realizó en el marco de instalaciones provisionarias, tanto en lo que se refiere al horno crematorio como también a la Casa de Aislamiento. En efecto, este establecimiento estaba siendo construido como reemplazo del que funcionaba en la denominada “Quinta de Leslie”, casa de sanidad construida por el médico homónimo, que fue utilizada como lazareto durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla. Bajo el proyecto de 1882 de Juan A. Buschiazzo, se había comenzado a construir una Casa de Aislamiento en un terreno comprado por el Intendente Torcuato de Alvear, ubicado entre las calles Entre Ríos, Matheu, Camino Alsina y Patagones.

Señalaba Juan Antonio Buschiazzo que, por su función de hospital destinado a la asistencia de enfermedades contagiosas, era indispensable construirlo en un terreno de grandes dimensiones, alejado del centro de la ciudad, en paraje alto y si era posible en la zona sur, con lo que el terreno adquirido por Alvear cumplía con esas disposiciones (**Figura 1**).



Figura 1: Ubicación de la Casa de Aislamiento referida en el plano como Lazareto Municipal. Autor: Francisco Latzina (1888). Fuente: *Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano*.

15 Penna (1889): 252.

Para la cremación de Pedro Doime se dispuso la construcción de un horno provisorio, que en realidad semejaba más una “parrilla abierta”, como el mismo Penna lo describió posteriormente en su *Memoria* ya que no constituía un espacio cerrado. Este primer “horno” se configuró a partir de una reja común de ventana, alambre y cuatro columnas de ladrillo que permitían colocar el cadáver por encima elevándolo a un metro del nivel del suelo y material combustible por debajo, en este caso madera.¹⁶ El fuego se encendió apenas pasadas las diez de la noche y llevó más de dos horas en completar la operación.

Habría que esperar dos años hasta que una nueva cremación se produjera en la Casa de Aislamiento, el 5 de noviembre de 1886, en el marco, esta vez, de una epidemia de cólera. Sin embargo, dos episodios ya anticipaban la introducción de la práctica en nuestro país. Por un lado, en octubre de 1885 se había inaugurado el horno crematorio del lazareto de la Isla Martín García, proyectado por el ingeniero Federico Stavelius, destinado a la incineración de los fallecidos allí durante el período de cuarentena sanitaria. Dicho horno pertenecía a la categoría de los “colectivos”, dado que consistía en cuatro espacios independientes que podían funcionar en conjunto o en forma separada. Aquí el cuerpo descansaba sobre una placa de hierro que permitía que las llamas describieran un efecto envolvente, a diferencia de la grilla de alambre utilizada previamente.

Por otro lado, en abril de 1886 se produjo un avance legislativo para la formalización del servicio de cremación en la ciudad. Durante la sesión del Concejo Deliberante de la Capital se volvió a tratar la clausura de los cementerios Norte, Sur y el de Disidentes, ya programadas por decreto del mes de marzo de 1871, luego de la epidemia de fiebre amarilla.¹⁷ De los tres, sólo el del Sur había sido desafectado mientras que los otros dos seguían operando. Durante aquella sesión los médicos Manuel Blancas y Benjamín Dupont expusieron los riesgos de mantener los cementerios intraurbanos en términos similares a los argumentados por Pedro Mallo. A

16 Penna (1889): 253.

17 Penna (1889): 261.

partir de estos argumentos se sancionó que desde el 1 de julio de 1887 sólo se recibirían cadáveres en el Cementerio del Oeste para ser sepultados a una profundidad mínima de 2 metros bajo tierra. También disponía la construcción de un horno crematorio en paraje adecuado, cuyo uso sería obligatorio para aquellos fallecidos por enfermedad epidémica y electivo para aquellas familias que así lo desearan.

A diferencia del caso de fiebre amarilla que causó la muerte de Pedro Doime, el episodio de cólera comenzado en octubre de 1886 generó una mayor preocupación por el número de contagios y su propagación a otras ciudades del país, como Rosario y Mendoza, con un saldo final de más de 20.000 víctimas.¹⁸ Esto nos permite ver que la experiencia de la cremación fue dispar en el país. En efecto, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, ante casos de cólera, el médico a cargo solicitó permiso para incinerar los cadáveres que se produjeran. Dicha autorización fue denegada por ser la cremación contraria a los preceptos católicos.

En lo que respecta a la ciudad de Buenos Aires, por el grado de emergencia, el Ministro del Interior Eduardo Wilde nombró a la Asistencia Pública, que dirigía José María Ramos Mejía, como el máximo organismo responsable para llevar adelante las medidas sanitarias, con atribuciones que superaban inclusive a las del Intendente municipal Torcuato de Alvear. Si bien esto inició una disputa de poder entre el Intendente y Ramos Mejía, que terminó en la destitución de este último luego de que criticara la gestión municipal, lo cierto es que en ese tiempo se establecieron medidas sustanciales para combatir las enfermedades epidémicas, como la separación de los enfermos en la Casa de Aislamiento, la denuncia obligatoria de posibles casos y la puesta en práctica de la cremación cadavérica obligatoria de los enfermos fallecidos. Esto último surgió a pedido de José Penna, que había solicitado autorización para cremar el cadáver de Martín Cortina, primer paciente colérico recibido en la Casa de Aislamiento y de todos los futuros cuerpos que llegaran al establecimiento durante la epidemia. Nuevamente, y a falta de un horno crematorio, se improvisó una estructura,

18 *BAAC* (1923): 12.

en este caso construida con una “cama de fierro” reforzada con alambre. El procedimiento se llevó a cabo el 5 de noviembre de 1886.

Debido a la acumulación de cuerpos, Penna no vio más alternativa que mandar a construir un horno. El 10 de noviembre, albañiles —que debieron ser custodiados por guardias por la “(...) repulsión y terror que les inspiraba la proximidad de este centro de contagio”—,¹⁹ levantaron un pequeño horno que fue inaugurado esa misma noche. Este dispositivo tuvo que ser reemplazado rápidamente por un segundo horno. Ambos contaban con las mismas dimensiones, 2,50 m × 1,00 m, y los mismos materiales: ladrillo unido con barro y una grilla de hierro elevada 80 centímetros donde se alojaba el cuerpo. El horno se cerraba con puertas de hierro que le otorgaban cierta hermeticidad, lo que redujo considerablemente los tiempos de cremación, recordemos que la primera había demorado más de 2 horas mientras que la segunda más de tres. Aquel tercer y último horno, si bien imperfecto, permitía la combustión del cuerpo en poco más de una hora. Para Penna, ya esto había valido el esfuerzo además de que consideraba que los constructores habían “(...) trabajado bajo la presión del miedo y el horror que les causaba la epidemia, y aun cuando se les estimulaba pagándoles un buen jornal, un día faltaba un oficial, al día siguiente un albañil”.²⁰ Este dispositivo ya pertenecía al tipo de horno denominado “colectivo”, formado por dos unidades independientes conectadas que podían trabajar en simultáneo, o individualmente. Por estas características, sus dimensiones eran un poco superiores a los anteriores, 5,24 m × 3,50 m y 2,70 m de altura.

Durante la epidemia de cólera, también se instalaron hornos crematorios en el lazareto del Riachuelo —situado en La Boca—; en la Ensenada —ubicada en la Isla de Santiago— y en el cementerio de La Plata. Ese mismo año se fundó una primitiva Sociedad Argentina de Cremación. Los hornos instalados recientemente dejaron de funcionar cuando la epidemia fue superada, a mediados de 1887, y sólo quedaron en servicio el de la Isla Martín García y el de la Casa de Aislamiento.²¹ En 1889, Penna ya había

19 Penna (1889): 271.

20 Penna (1889): 275.

21 *BAAC* (1923): 14.

pedido el reemplazo del último horno por otro de eficacia comprobada bajo el sistema Gorini, en referencia a Paolo Gorini, constructor del horno del crematorio de la ciudad de Woking, primer establecimiento de estas características edificado en Inglaterra en 1885.²²

Todo indicaría que el nuevo horno comenzó a construirse en la década de 1890, en la Casa de Aislamiento, y que funcionó hasta el año 1903.²³ Durante ese tiempo el establecimiento incineró tanto a sus propios pacientes fallecidos, como a otros cadáveres de la ciudad, por lo que se introdujeron algunas modificaciones operativas para facilitar la separación de cenizas.²⁴ De todas formas, la gran mayoría no reclamaba las cenizas, por lo que Penna sugirió la erección de un monumento conmemorativo a la cremación en el Cementerio de la Chacarita, que sirviera también de depósito para esos restos.²⁵ Según la *Memoria Municipal*, ese “*cinerarium*” fue inaugurado en 1892 con una leyenda que conmemoraba la institución de la cremación cadavérica iniciada el 26 de diciembre de 1884 y que podría interpretarse como un verdadero postulado: “Cuando decimos entrar sigilosamente, somos consumidos por fuego puro. La prohibición ignorante exige una mente renovada” (**Figura 2**).²⁶

Figura 2: Cinerario municipal del Cementerio de la Chacarita. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899), año II, N.º 56.



22 Wilkinson (2016).

23 *MMCBA* (1890-1892): 324.

24 Penna (1889): 297.

25 Penna (1889): 301.

26 La leyenda original en latín era la siguiente: *Verbimus crepti puro consumimur igni. Indocte vetitum mens renovata petit.*

Durante ese tiempo, las incineraciones se hicieron por la noche para evitar que otros pacientes vieran los preparativos desde los patios, aunque el sitio del horno estaba ubicado por fuera del conjunto y, según Penna, protegido de la mirada de los curiosos. En la *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* correspondiente a los años 1890-1892 se informó el número de cremaciones realizadas durante el período de funcionamiento del horno de la Casa de Aislamiento. Las cifras fueron las siguientes (**Figura 3**):

Año	Cremaciones
1887-1888	2355
1889	2108
1890	2233
1891	824
1892	188

Figura 3: Cremaciones realizadas en la Casa de Aislamiento entre 1887 y 1892. Fuente: *MMCBA* (1890-1892): 324. En la *Memoria* no constan las cifras correspondientes al bienio 1887-1888. Dichas cifras fueron tomadas de Penna (1889).

En la Revista *Caras y Caretas* del 28 de octubre de 1899, es decir, siete años después de aquel informe, se mencionaba la inauguración de un servicio de cremación que “acaba de instalar la Municipalidad” como “verdadera novedad” en el Cementerio de la Chacarita, que implicó la construcción de un horno crematorio (**Figura 4**).²⁷ Parte de la documentación, específicamente la fachada, apareció por primera vez en la *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* correspondiente al año 1897, bajo la firma del ingeniero Juan María Cagnoni,²⁸ aunque no se ofrecían las motivaciones específicas del proyecto ni su descripción (**Figura 5**).²⁹

27 Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899), año II, N.º 56.

28 Ave y De Menna (2011): 65. La trayectoria de Giovanni María Cagnoni no ha sido abordada en profundidad por la historiografía de la disciplina. Asignamos su título de ingeniero municipal basándonos en un informe sobre el nuevo Teatro Colón en el que aparece con este cargo. Se hace referencia a él en el *Registro Oficial de la República Argentina* (1893) (segundo semestre): 24.

29 *MMCBA* (1897): 153.



Figura 4: Fotografía del Templo Crematorio del Oeste, recientemente construido. Se nota que el edificio aún no había recibido ninguna de sus ampliaciones posteriores, realizadas hacia la parte posterior. Más atrás se advierte el muro almenado construido apenas una década atrás. Fuente: Archivo General de la Nación (AGN), inventario N.º 213815.

En el artículo de *Caras y Caretas* se explicaba que, aunque la cremación cadavérica aún no era obligatoria en nuestro país, ya algunas personas la habían elegido, y vaticinaba que “(...) de adoptarse uniformemente haría desaparecer a los cementerios actuales”. En cuanto al cinerario, se lo comparaba con el del Lazareto de la Isla Martín García, del cual no queda claro su fecha de construcción. En ambos casos se trataba de un armario metálico que contenía cajones ordenados alfabéticamente, allí se disponían por nombre y fecha las cenizas. Para el momento de publicación de la nota (1899), los hornos del Cementerio del Oeste no se habían inaugurado,

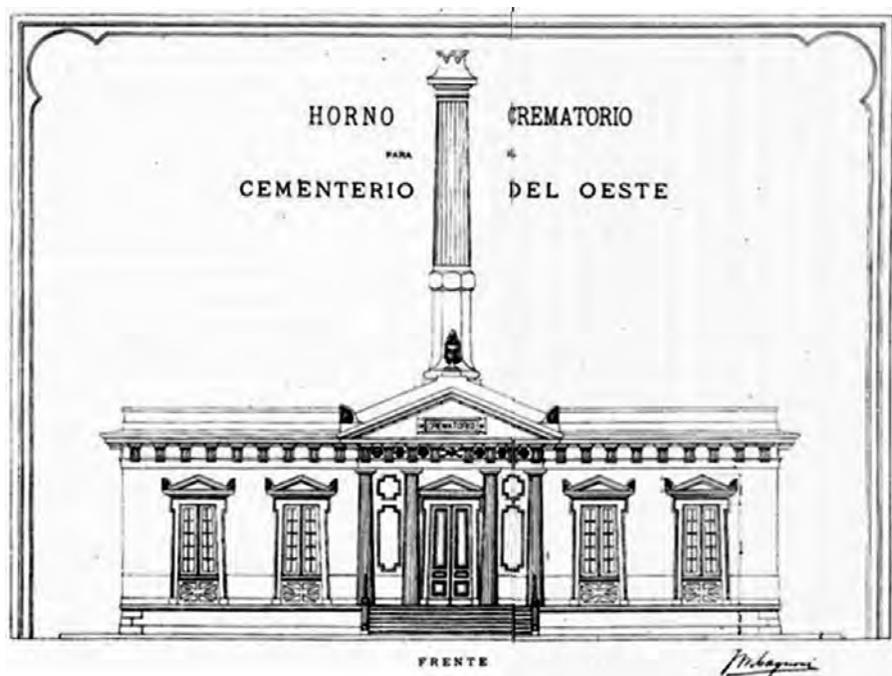


Figura 5: Plano de fachada del “Horno Crematorio del Cementerio de la Chacarita”, que lleva la firma del ingeniero Cagnoni. Fuente: *MMCBA* (1897): 153.

excepto por la prueba inicial a la cual habían asistido el Intendente Municipal Adolfo Bullrich, el Presidente del Departamento Nacional de Higiene Eduardo Wilde, y los ingenieros Morales y Silva. De todas maneras, señalaba el autor de la nota que esta forma de inhumación “(...) es hoy seriamente combatida por todo este mundo industrial que vive del culto que la humanidad tiene por los muertos, y seguramente no prosperara hasta tanto que sus adversarios no disminuyan su propaganda”.³⁰

³⁰ Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899), año II, N.º 56.

El Templo Crematorio fue habilitado oficialmente por Ordenanza Municipal del 13 de noviembre de 1903, acto que implicó la inmediata clausura del horno crematorio de la Casa de Aislamiento. En un artículo publicado en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, el Dr. Ricardo Schatz celebraba la sanción de la nueva reglamentación que ponía a nuestro país en la senda de las potencias de avanzada. Para ese momento Italia llevaba una holgada ventaja con 27 templos crematorios habilitados, seguía Estados Unidos con 20, Japón con 7, Alemania con 6, Inglaterra con 5, Francia con 3, Suiza con 2 y Suecia con 1.³¹ En relación con la cantidad numérica de cremaciones practicadas, quien llevaba la delantera era Japón, que en 1899 había cremado el 43 % de sus cadáveres.

Schatz afirmaba que, con la construcción del Templo Crematorio de la Chacarita, se cumplían varios de los requisitos exhibidos en el informe al Congreso de París redactado por el ingeniero Georges Salomon, fundador de la *Sociedad para la Propagación de la Incineración*, en 1881.³² Allí Salomon afirmaba que dichos templos debían estar de acuerdo con los hábitos religiosos, artísticos y filosóficos de las poblaciones, no debían oponerse en nada al sentimiento de la veneración de los muertos y debían facilitar por su distribución, ornamentación y dependencias toda la suntuosidad propia de los funerales.³³ En ese sentido, Schatz señalaba la falta de elementos de ornamentación: “(...) hay pobreza suma de todo lo que pueda permitir práctica, no diré ya suntuosas, sino simplemente respetuosas de esa sagrada veneración por los muertos”.³⁴

Fuera de este aspecto, el médico también señalaba que la ordenanza exigía una autopsia previa, lo cual podía significar que parte de la sociedad no optara por esta alternativa por considerarla una práctica profanadora e inaceptable del cadáver, aspecto que ni siquiera estaba incluido en el reglamento francés que era el más exigente de todos.

31 Departamento Nacional de Higiene (1903): 46. Con respecto a Japón, el artículo sólo da cuenta de la ciudad de Tokio, donde se situaban los siete templos crematorios mencionados.

32 Hintermayer (2013): 108.

33 Departamento Nacional de Higiene (1903): 547.

34 Departamento Nacional de Higiene (1903): 547.

En septiembre de 1921 un nuevo proyecto de ordenanza sobre cremación cadavérica fue presentado al Honorable Concejo Deliberante por los concejales Remiglio Iriondo, Juan José Díaz Arana y Virgilio Tedin Urriburu. Sus propulsores destacaban la falta de espacio disponible en los cementerios de la ciudad, por lo cual la cremación nuevamente podía ser la solución más evidentemente práctica además de higiénica.

La edificación del Templo Crematorio

La construcción del nuevo Templo Crematorio de la ciudad de Buenos Aires corolaba un ciclo de experimentaciones preliminares y debates, y simbolizó, ante todo, una verdadera conquista de quienes defendían la práctica cremacionista, nucleados en su mayoría en torno a la primitiva y poco exitosa Sociedad Argentina de Cremación formada en 1886, y su sucedánea Asociación Argentina de la Cremación (de aquí en más, AAC), fundada en 1922.

Seis años después de su inauguración, el Templo Crematorio había sido ampliado por indicación de José Penna, quien para ese tiempo ya era Director de la Asistencia Pública y contaba con conocimientos teóricos y experiencia en la fabricación de los primitivos hornos de la ciudad. De modo que las instalaciones iniciales funcionaron hasta el año 1909 cuando la infraestructura fue ampliada con dos baterías, de dos celdas cada una, de hornos sistema *Baker*³⁵ que entraron en servicio dos años después, en 1911 (**Figuras 6, 7 y 8**).

35 Para ese entonces, el sistema *Baker* estaba siendo ensayado en el barrio de Palermo en comparación con el sistema *Horsfall*, con el fin de instalar usinas destinadas a la cremación de basuras. El *Baker* fue el sistema elegido para ambos fines.

Tanto la fotografía del flamante Templo, como la fachada dibujada por Cagnoni (**Figuras 4 y 5**) atestiguan un momento inicial del edificio, que aún no había recibido ninguna ampliación. Para alojar los cuatro hornos *Baker*, había sido necesario extenderlo hacia la parte posterior, mediante la incorporación de un volumen de planta rectangular, más ancho que el edificio original. Se puede reconocer aquella operación tanto en la planta como en las fotografías interiores de las **Figuras 6, 7 y 8**. La última fotografía, que corresponde a la “sala de incineración”, permite notar la dual solución lingüística del proyecto, que mantenía hacia afuera los códigos academicistas originales y adquiría hacia adentro una estética más industrial, o de galpón, característica que se advierte por las cerchas metálicas a la vista.

Por otra parte, en la planta de la ampliación se constata el carácter utilitario y decididamente técnico (espacios de guardarropas, patios, sala de autopsias, depósito de cadáveres, depósito de restos, laboratorio y fotografía y los hornos propiamente dichos), mientras que el edificio primitivo se limitó a funciones administrativas y ceremoniales. Las salas de autopsias merecen un comentario particular, en tanto han sido objeto de un extendido debate durante las dos primeras décadas del siglo. Los cremacionistas sostenían que las autopsias a todos los cadáveres —prescriptas en las ordenanzas previas a la de 1922— obstaculizaban la práctica y su difusión, mientras que había quienes las defendían para impedir posibles encubrimientos de asesinatos, o de muertes dudosas.³⁶

Con la muerte del pionero José Penna en 1919, y a instancias de los intercambios surgidos en congresos nacionales e internacionales de medicina de los años veinte, se imponía la modernización de los procesos, impulsada no tanto para reformar las características de la envolvente edilicia, sino más bien para mejorar la infraestructura técnica. Es necesario aclarar que más allá de aquella primera ampliación, no hemos podido advertir transformaciones edilicias significativas durante el período que estudiamos. En efecto,

36 Por otra parte, la necesidad de que el Cementerio contara con su propia sala de autopsias era un reclamo que se venía haciendo desde décadas anteriores. Ya desde el Reglamento de Cementerios de 1868 existía la exigencia y hasta por lo menos 1896 se realizaban bajo una carpa, casi sin elementos de desinfección y aseo. Ver *MMCBA* (1896): 111.

el edificio sigue existiendo y funcionando en el mismo lugar que ocupa desde 1903. En la actualidad, sólo puede reconocerse otra ampliación de la que no tenemos mayor información —pero es, seguramente, muy posterior—, que consta del adosamiento de un nuevo volumen, adyacente al que contenía los cuatro hornos *Baker*, y también se nota que la chimenea original de mampostería ha desaparecido. En su lugar existe hoy una chimenea metálica, de sección circular regular.

Hecha esta descripción general del edificio, es necesario remarcar que las relaciones entre su desarrollo material y las cremaciones reales no han sido lineales. Durante el proceso de ampliación, entre 1909 y 1911, las ordenanzas que imponían la cremación en casos específicos no fueron cumplidas, y luego de la puesta en funcionamiento de los nuevos hornos, la demanda fue mucho menor. Entre 1914 y 1923 sólo se habían realizado 64 cremaciones.³⁷

La existencia material de un edificio dedicado especialmente a la cremación superaba ya el plano de las ideas y los debates teóricos, e introducía el problema de la cremación como procedimiento físico que debería perfeccionarse mediante el buen empleo de las técnicas de la modernidad. Allí se reflejaba la incipiente aspiración municipalizadora, caracterizada por un progresivo interés en organizar y especializar sus diversas reparticiones, y cuyo horizonte era la formación de una “ciencia municipal”, como instrumento de gestión.³⁸

Los casi veinte años que transcurrieron entre la edificación del Templo y los primeros años de la década de 1920 no parecieron, al menos a los ojos de los cremacionistas, productivos. Es necesario recordar que en 1903 se sancionó la Ordenanza que reglamentaba la cremación cadavérica, y que en 1923 entró en vigencia la nueva Ordenanza para reglamentar la cremación a partir de “nuevas normas científicas”, redactada por el médico Eduardo Baca. La sanción había ocurrido un año antes, cuando también se fundó la

37 *BAAC* (1923): 19.

38 Ver el artículo *Ciencia Municipal y Urbanismo* (1943-1944-1945). *Boletín del Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires*, Año VII, Tomo X (1943-1944-1945): 33-213 a 75-255.

AAC.³⁹ Con sus matices, los diversos artículos publicados en el *Boletín de la Asociación Argentina de la Cremación (BAAC)* coincidían en señalar una falta de interés, de difusión y de acciones desde la política. Asimismo, las estadísticas de cremaciones practicadas durante aquellas dos décadas evidenciaban una escasísima actividad.⁴⁰ Los textos de la Ordenanza de 1903, su modificación —menor— de 1910, y la de 1923, que citamos anteriormente, distinguían entre cremaciones obligatorias (relacionadas con casos peligrosos, provenientes de instituciones hospitalarias, la Casa de Aislamiento, o de otras instituciones donde los cuerpos no hubieran sido reclamados, como la morgue o el Anfiteatro de Medicina), y cremaciones voluntarias. En ese sentido, el primer número del *BAAC* de 1923 hacía especial hincapié en su función de “educar y comunicar a sus lectores”.⁴¹ Para los defensores de la cremación, el Estado obstaculizaba el desarrollo y la difusión de la práctica, y la Iglesia Católica era un objetor moral que influía en las voluntades populares.

Eduardo Baca señalaba que durante el período 1903-1922 “el Templo Crematorio (...) no era un monumento digno del objeto a que se destinaba, como era el de la reducción a blancas cenizas (...) pues era una dependencia del cementerio que lo usaba como depósito de cadáveres o trastos viejos”.⁴² Utilizaba ese argumento para contrastar las acciones y logros atribuidos a su propia gestión como Director del Crematorio de Buenos Aires, cargo que había iniciado en 1923, por propuesta directa del Intendente de la ciudad, Carlos Noël.

Por otra parte, la municipalización de la actividad y la propia localización del edificio representaban un obstáculo para los cremacionistas más ortodoxos. Aquel sector más radical de la matrícula planteaba extirpar los cementerios del interior de la ciudad y que el lugar de los muertos se convirtiera en parques. Tal era la visión de la médica Sara Justo:

39 Ordenanza que reglamentaba la cremación cadavérica, sancionada el 13 de noviembre de 1903. El texto completo puede consultarse en Baca (1923): 1-2.

40 Según Eduardo Baca, las estadísticas de cremaciones voluntarias practicadas en el Templo Crematorio de Buenos Aires se mantuvieron en un rango entre 2 y 15 durante el período 1904-1922, y la actividad comenzó a crecer desde 28 a 215 entre los años 1923 y 1927. *BAAC* (1928): 24.

41 *BAAC* (1923): 1.

42 Baca (1928): 7.

(...) no podemos ya concebir una ciudad con enormes extensiones de tierra como la Chacarita, destinadas para enterratorio de cadáveres: no sólo porque es antihigiénico, sino por el aspecto de tristeza que provoca la vista de tantas tumbas en medio de una ciudad; ¡Cuánto más ideal sería un inmenso parque, donde, sin perjuicio para la física y espiritual de los habitantes, pudiéramos pasear con el más profundo de los respetos, entre los rústicos montículos que servirán de columbarios particulares! (...).⁴³

Manteniendo una tónica moralista e higienista similar a la de Sara Justo, un autor que llevaba el seudónimo Juan Mapuche acusaba, seguidamente en el mismo Boletín que,

¡(...) es inconcebible que un cementerio como la Chacarita, esté dentro de la ciudad! ¡Y cuando se piensa que el día que la cristianidad, recuerda a los muertos, van a ese lugar miles de personas, a contaminarse con las miasmas más pútridas, que allí se respiran! Y lo peor, es que a esta ‘fiesta’ de los muertos la van convirtiendo en diversiones (...).⁴⁴

Otras voces más moderadas se conformaban con reemplazar el edificio existente por uno nuevo, que a su juicio debía localizarse en la sección “Anexo” del Cementerio del Oeste —correspondiente a la franja de tierra que hace frente sobre la actual Avenida Elcano—, adyacente a los “Cementerios de las Colectividades”, lo cual representaría un beneficio compartido para otros credos, y una fácil comunicación con la vía pública. Sin exponer demasiadas aclaraciones, aquel proyecto que impulsó el Dr. Leonardo O. Costas era crítico del actual Templo Crematorio por “no reunir las

43 Justo (1925): 5-6.

44 Justo (1925): 7. No es noticia que la muerte siempre fue un factor de valoración moral. En la Buenos Aires de cambio de siglo se imponía la solemnidad como una actitud esperada, normalmente asociada a las clases sociales altas, en oposición a las actitudes festivas y “carnavalescas” con las que se acusaba a los sectores de menor jerarquía socioeconómica. Aquella doble valoración mantenía un correlato espacial, donde las grandes mansiones eran asociadas a la buena salud mientras que los conventillos, o el espacio público de la calle o patios eran asociados al desenfreno popular. Para un estudio de estas relaciones, ver Dal Castello (2017): 100-103.

condiciones que deben reunir esta clase de establecimientos”.⁴⁵ Y cuando hacía mención del nuevo edificio se apoyaba en los estudios realizados por Eduardo Baca, así como los planos y fotografías de establecimientos relevados en el extranjero.

(...) convencido del atraso en que estamos en este punto y de la necesidad imperiosa de promoverlo de una vez con un criterio exacto, científica y razonable, sin atender a las falsas leyendas que los enemigos de la nación han inventado (...) Es necesaria la construcción de un Templo Crematorio de acuerdo con las últimas exigencias de la higiene moderna, un Templo Crematorio monumental, algo que se asemeje al Golden's Green de Londres, al de Leipzig en Alemania, al de Zurich o Aarau en Suiza, al de Milán en Italia, al de Lyon en Francia, al de Nueva York o San Francisco (...).⁴⁶

Entendemos que Costas se refería a dos textos que Baca había publicado un año antes: el *Proyecto de ordenanza que reglamenta la cremación de cadáveres en la ciudad de Buenos Aires*, sancionado en 1922, y *Cremación de cadáveres*, comunicación pasada al Segundo Congreso Nacional de Medicina, del mismo año, aunque existían desde décadas previas algunas tesis y textos diversos relacionados con el estudio del tema.

La referencia a modelos extranjeros contemporáneos, en especial europeos y norteamericanos, se advierte en el texto de Costas y en otras historias de la cremación publicadas por el mismo órgano. Ubicaban aquellos ejemplos como último eslabón evolutivo de una secuencia histórica iniciada en el mundo Grecolatino de la Antigüedad Clásica. Aquellas narraciones guardaban cierta relación con las historias más clásicas de la Historia de la Arquitectura Moderna, en el sentido en que realizaban una apretada selección de ejemplos empleados para justificar los ideales de civilización, progreso y modernidad.⁴⁷

45 Costas (1923): 29-30.

46 Costas (1923): 29-30. *Construcción de un nuevo crematorio y sus anexos* (texto del proyecto de ordenanza para la construcción de un nuevo Templo Crematorio).

47 Nos referimos a ejemplos como *Pioneros del Diseño Moderno*, de Nikolaus Pevsner (1936),

En efecto, como hemos anticipado previamente, la estética edilicia no parecía guardar un correlato con el artefacto técnico de la cremación. Claro ejemplo de ello fueron los concitados crematorios de Golden's Green o el pionero Woking, que muestran una disociación palmaria entre el artefacto técnico, y la caja edificada, definida esta última por ciertos códigos estéticos propios de las tradiciones funerarias y religiosas.⁴⁸ Similar resolución le cupo al crematorio de Dortmund (1924) que, como puede apreciarse en el detalle que corta por la torre del edificio, los hornos se ocultan bajo tierra, al igual que los conductos de extracción de humos que pasan entre la cúpula y el cielorraso de la sala de ceremonias (**Figura 9**).

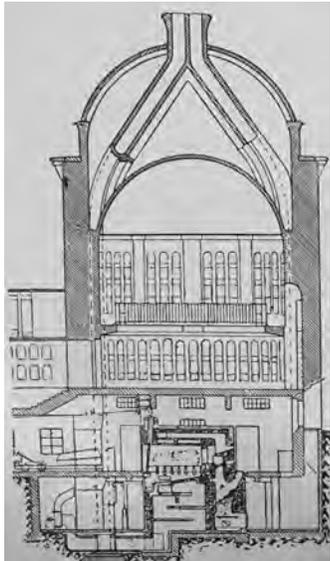


Figura 9: Sección de la torre del Crematorio de Dortmund donde se aprecia la separación entre hornos y sala de ceremonias. A la derecha, fotografía del conjunto edilicio. El Crematorio es de 1924, y en 1999 se construyó un nuevo edificio con tres hornos nuevos. Fuentes: Aloï (1948): LXV, y https://www.dortmund.de/de/leben_in_dortmund/umwelt/friedhofe/krematorium/index.html



Historia de la Arquitectura Moderna, de Bruno Zevi (1950), e *Historia de la Arquitectura Moderna* de Leonardo Benevolo (1960). No han sido pocos los textos que a lo largo de las últimas décadas del siglo XX fueron discutiendo las narrativas canónicas modernas. Para un análisis crítico del caso local se sugiere el texto de Francisco J. Liernur, *El discreto encanto de nuestra arquitectura 1930-1960* (1986).

⁴⁸ Edificios que, por otra parte, expresaban las ideas neomedievalistas de la época sostenidas por Morris, Ruskin y Pugin, entre otros.

En esos ejemplos se advierte que, además de las valoraciones neomedievalistas defendidas por William Morris y John Ruskin desde mediados del siglo XIX, el universo funerario parecía no admitir transformaciones por fuera de las normas estético-religiosas. En el marco de la inauguración del Templo Crematorio de Buenos Aires, en 1903, Schatz señalaba la necesidad de restituir la fastuosidad funeraria, como un factor esencial,

Los templos crematorios deben estar de acuerdo, dice Salomón en su último informe al congreso de París con los hábitos religiosos, artísticos y filosóficos de las poblaciones, no deben oponerse en nada al sentimiento tan imbuido en todos de la veneración por los muertos, deben facilitar por su distribución, ornamentación, dependencias, etc., todas esas suntuosidades de los funerales que tan arraigada está en las costumbres. Y nuestro pobre antiguo horno de la Casa de Aislamiento poco favorece todo esto (...) se ha construido en la Chacarita un edificio especial con pretensiones de llenar todos estos requisitos de Salomon, y decimos pretensión porque en la última visita que hemos practicado al establecimiento, hemos podido notar que aún cuando la fábrica parece buena, hay carencia absoluta de elementos de ornamentación, hay pobreza suma de todo lo que pueda permitir prácticas, no diré ya suntuosas, sino simplemente respetuosas de esa sagrada veneración por los muertos á que he hecho referencia.⁴⁹

Aquella cita a Salomón invita a comprender o, mejor dicho, expone la compleja relación entre los términos “templo” y “crematorio”. Desde un punto de vista estético, la AAC parecía inclinarse más por la reivindicación del canon clásico occidental mediante arquitecturas historicistas, que por las experiencias modernas contemporáneas. En las páginas de los *BAAC* publicados entre 1923 y 1925, abundaban ejemplos clásicos como Working, Golden’s Green, y también otros menos conocidos, como Davos, Lausanne, Saint Gall, Chaux de Fonds, o el de Freiburg que reproducía un templo griego (**Figura 10**).

49 Departamento Nacional de Higiene (1903): 547.



Figura 10: Fotografía del crematorio de Freiburg en Breisgau, Alemania. Imagen que compone la portada del *BAAC* del período julio 1926-junio 1927. Fuente: *BAAC* (1927): 1.

Si contrastamos aquellos referentes con algunas de las edificaciones europeas y norteamericanas que habían sido proyectadas durante las tres primeras décadas del siglo XX, publicados en el libro *Architettura Moderna Funeraria* de Roberto Aloï (1948), se comprenderá mejor la clase de modernidad que tenían en mente los portavoces de la AAC, selección que no coincidía precisamente con la expresión de las vanguardias arquitectónicas contemporáneas (**Figura 11**).

El reformismo local parecía orientarse más en la introducción de nuevos procedimientos que en la transformación de los códigos estéticos del campo funerario, lo cual desdoblaba forma y función. Subyacía la sospecha, acaso, de que la arquitectura moderna no podría lograr una aceptable representación de la muerte. Aquella misma tensión entre “racionalismo” y arquitectura funeraria no fue un acontecimiento aislado local, sino que se sostuvo incluso décadas más tarde, aunque en otro contexto de debates posmodernos, cuando el arquitecto español Oriol Bohigas sentenciaba, en 1973, que

La arquitectura funeraria parece acabarse en el momento en que irrumpen el movimiento radicalmente moderno, es decir, el racionalismo (...) En el racionalismo se plantea, además —incluso a niveles polémicos— una ética basada en una pretendida relación función-forma y en la aceptación exclusiva de unos contenidos socialmente revolucionarios y arrancados de la mentalidad positiva. En este campo, la muerte y la inmortalidad pasaban a ser unos temas difícilmente asequibles.⁵⁰

50 Bohigas (1973): 57.

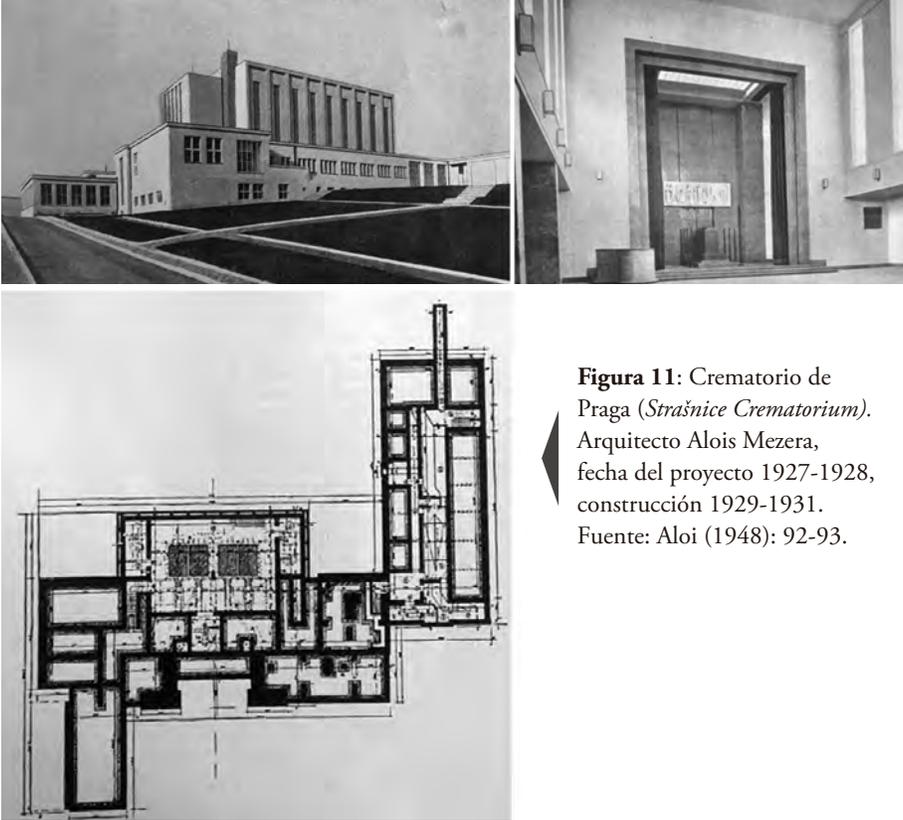


Figura 11: Crematorio de Praga (*Strašnice Crematorium*). Arquitecto Alois Mezera, fecha del proyecto 1927-1928, construcción 1929-1931. Fuente: Alois (1948): 92-93.

La propuesta de Costas para proyectar un nuevo Templo Crematorio en la Chacarita no había recibido mayor atención, aunque trece años más tarde la idea fue retomada en el marco del proyecto para transformar el Cementerio del Oeste que el Municipio encomendó a una Comisión Especial conformada por el señor Domingo Basili, quien era el Director de Cementerios desde por lo menos la década de 1920; el ingeniero Ángel E. Ibarra García y el arquitecto Raúl Pérez Irigoyen.⁵¹

51 Honorable Concejo Deliberante, Resolución N.º 6787 (16 de agosto de 1935).

En el texto de la Resolución de 1935 se pedía al equipo el

proyecto de un nuevo trazado, en lo posible con las características de cementerio-parque, delimitando los espacios destinados a sepulturas, jardines, pasajes y calles en forma racional y determinando, a la vez, la ubicación más conveniente a darse a las nuevas galerías para nichos, nuevo crematorio y edificios administrativos (...).

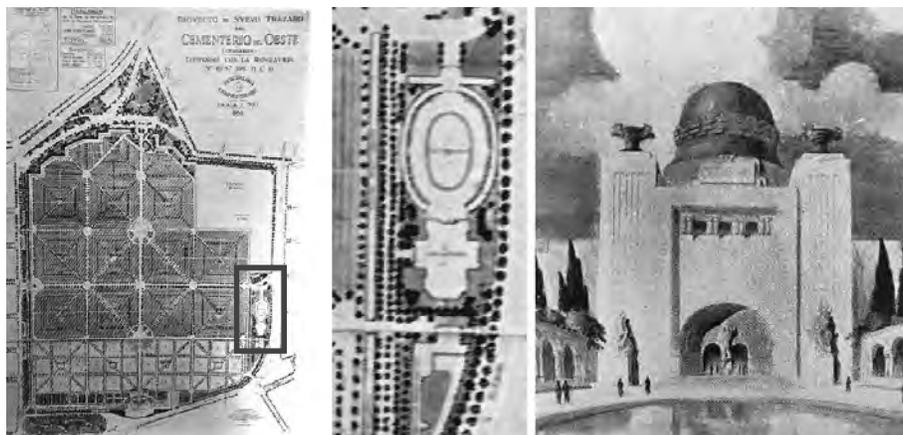


Figura 12: Templo Crematorio diseñado por la Comisión Especial en 1936. De izquierda a derecha: planta general del proyecto, planta del edificio y perspectiva de la fachada. Fuente: *Revista Obras Públicas y Privadas, Turismo e Industrias* (1938), Año I, Vol. I, N.º 5: 491 y 494.

El nuevo edificio no escapaba a las tendencias de la época. En la perspectiva del proyecto se lee una depuración ornamental, la predominancia del ángulo recto, y blancas superficies continuas. A falta de una planimetría que nos permita examinar el esquema funcional del edificio, se podría deducir un esquema central coronado por la cúpula, que además incorpora elementos de la tradición religiosa, como el portal de acceso abocinado, y otros símbolos específicos de la cremación, como las urnas que sirven de remate a las pilas-tras estriadas laterales, y el cartel superior que lleva el título “crematorio”. Del proyecto general de la Comisión Especial sólo algunos edificios han llegado a construirse, como las galerías de nichos laterales al Cementerio, dispuestas a lo largo de la actual calle Jorge Newbery, o algunas características de la traza general. Menos éxito tuvo el proyecto para el nuevo templo crematorio.

La mecanización del cementerio⁵²

El edificio del crematorio fue una entidad compuesta, una maquinización de la arquitectura donde, aun así, edificio y artefacto tecnológico eran objetos claramente separados. Su incorporación transformaría para siempre al Cementerio y, por añadidura, a la ciudad. Aunque aquella introducción no había sido la única, ni la primera. Ya desde el primer Reglamento de Cementerios de 1868 se establecían ciertas pautas de tecnificación: la incorporación de salas de observación, métodos de vigilancia cadavérica, medios de transporte, montaje, o las propias galerías de nichos provistas de sistemas de ventilación, por citar algunos ejemplos. Acaso los hornos crematorios representaban el corolario de aquellos procesos de sofisticación técnica de los cementerios, y de los tratamientos funerarios en general. Para comprenderlo mejor, vasta considerar los logros y transformaciones desde los primeros ensayos de Penna para la Casa de Aislamiento y la actualidad, cuando Eduardo Baca, Director del Templo Crematorio de Buenos Aires, describía el funcionamiento de los actuales hornos, en 1926:

Extraído el cadáver del ataúd es introducido en el horno, de los que se dispone de dos. Constituido cada uno de un espacio cerrado, cuya parte interior, donde está el cadáver, recibe las llamas lateralmente, durando el proceso de la combustión más o menos una hora. Las cenizas caen en una caja, colocada en su

52 El libro *Mechanization takes command, a contribution to anonymous history*, de Siegfried Giedion, fue una apoteosis a la mecanización que atravesó a la sociedad norteamericana desde por lo menos el siglo XIX hasta 1948, cuando fue publicado por vez primera. El capítulo *Mechanization and Death* examinaba los procesos de producción industrial de la carne para consumo humano. De la mecanización de los procesos rituales funerarios nada se mencionaba. En algún sentido era comprensible, pues la popularización de la cremación en Estados Unidos ocurriría, como sugirió Mitford, recién hacia la década de 1960, ver Mitford ([1963] 1964). Desde por lo menos 1868, con el primer Reglamento de Cementerios, los cementerios porteños se han ido institucionalizando e incorporando nuevas tecnologías y procedimientos vinculados sobre todo con las prácticas médico-higienistas. Hacia la década de 1930-1940 se han introducido —además del preexistente Crematorio—, nuevas edificaciones y artefactos que convirtieron a los enterratorios primitivos en complejas instituciones. Ver Dal Castello (2017); Dal Castello (2022).

parte inferior, las que separadas de cuerpos extraños en una mesa de acero, son guardadas en cajas de un decímetro cúbico.⁵³

La introducción de nuevas fuentes de energía para el funcionamiento de los hornos (coque, fuel, gas y electricidad) los convertía en artefactos plenamente racionales, cambiantes, eficaces y eficientes. Ya no era necesario talar extensos bosques como ocurría en la Antigüedad Grecorromana.⁵⁴

De aquellas tradiciones primitivas se heredaron las técnicas de cremación por llama directa, que también practicó Penna en sus primeros ensayos, y progresivamente se fueron introduciendo nuevos sistemas de hornos de cremación por efecto indirecto. En sus *Reflexiones Históricas sobre prácticas Funerarias* (1927), el médico tucumano Eliseo Cantón señalaba que “la incineración moderna, muy diferente por cierto de la hoguera o pira antigua, costosa, lenta e imperfecta, perfeccionada mediante crematorios que en el término de una hora reduce a un kilo de cenizas un cuerpo humano (...)”.⁵⁵

Los dibujos que presentaba Aloï en su libro de 1948 ponían en relieve aquel tono funcionalista, donde además se reforzaba la separación entre hornos —normalmente ubicados en los subsuelos— y edificio propiamente, tal como hemos podido comprobar en el Crematorio de Dortmund, o en la ampliación del Templo Crematorio de Buenos Aires (**Figura 13**).

Se ocultaba todo aquel despliegue técnico, no sólo por la necesidad propia de que debieran operar cerrados para evitar la fuga de gases y de calor, sino porque formaban parte de una inmoral violencia que no se podía tolerar. Su existencia visual se reducía, en el interior del edificio, a una puerta que los separaba de la sala de ceremonias donde el catafalco era el conector entre ambos espacios, y a las chimeneas, en el exterior. Aquella higiene visual (claramente relacionada con un minimalismo estético) se sostuvo en el tiempo y se fue acentuando. La actual sala del edificio crematorio de Dortmund, construido en 1999 para sustituir las instalaciones de 1924 consiste en un espacio de absoluta síntesis, provisto por un brazo

53 *BAAC* (1926): 15.

54 Ragon (1981): 289.

55 Cantón (1927): 12.

mecánico que realiza los traslados de los ataúdes a las mínimas puertas que comunican al interior de los hornos (**Figura 14**).

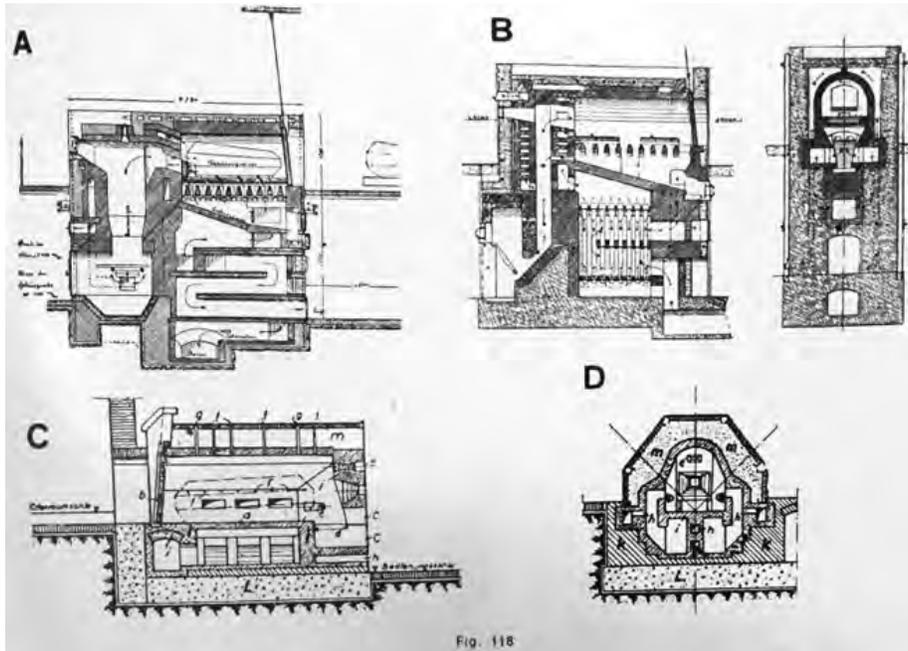


Figura 13: Sección de hornos crematorios: A) sistema R. Scheider; B) sistema Klingensteinia-Beck; sistema a gas Volkmann-Ludwig; C) sistema Högånas. Fuente: Aloï (1948): LXIII.



Figura 14: A la izquierda, sala de cremaciones del actual Crematorio de Dortmund y fotografía exterior del mismo edificio. Al fondo se advierte la existencia de la antigua torre. Fuente: https://www.dortmund.de/media/p/friedhoefe/bilder_friedhoefe/Kremagalerie_05.jpg

En lo que respecta a las características edilicias generales de nuestro Templo Crematorio de la Chacarita, se pueden identificar tres transformaciones notorias: el edificio construido en 1903, su ampliación hacia la parte posterior, bloque que albergaba estrictamente el sector de operaciones, con la batería de hornos *Baker*, y un agregado posterior de otro bloque que contiene los actuales hornos. En cuanto al proyecto de Costas de 1921 para instalar un nuevo edificio —que fue retomado en 1936 por la Comisión Especial—, no se supo más. Apenas un año después, en 1937, el ingeniero Alfredo Natale, una figura poco conocida por su actuación en la gestión pública, presentó dos proyectos al Municipio. El *Proyecto de nuevo sistema de panteón integral para nichos-sepulturas, nichos-urnas y nichos-ceniceros tendiente a la racionalización en el empleo de la tierra en los cementerios*,⁵⁶ que fue aprobado, adaptado al Cementerio del Oeste, y que se concretó en gran parte de acuerdo al proyecto original, entre los años 1939 y 1944. El otro proyecto, que nos interesa particularmente aquí, fue el *Sistema de reducción acelerada de cadáveres, con extracción, purificación, desinfección y deodorización de gases fétidos o nocivos, aplicables a bóvedas, panteones y nichos*, en la medida en que proponía una particular combinación entre la sepultura en nichos, que, a juzgar por los higienistas, era la más peligrosa, y la destrucción cadavérica (**Figura 15**).

En la memoria presentada para la patente de invención, Natale explicaba que:

El invento consiste esencialmente, en provocar dentro del nicho, como asimismo dentro del cajón, que contiene el cadáver, una renovación constante de aire en estado higrométrico adecuado mantenido a la temperatura biológica de proliferación de las bacterias de la putrefacción, con desprendimiento de enzimas, que favorecen las reacciones orgánicas al actuar como cuerpos catalizadores (...) originando **una verdadera combustión a baja temperatura** (...) Otro efecto de la incorporación de ozono en la corriente de aire circundante, es el de producir la deodorización completa de los gases de la descomposición cadavérica.⁵⁷

56 Natale (1937).

57 Natale (1937): 29. El resaltado es nuestro.

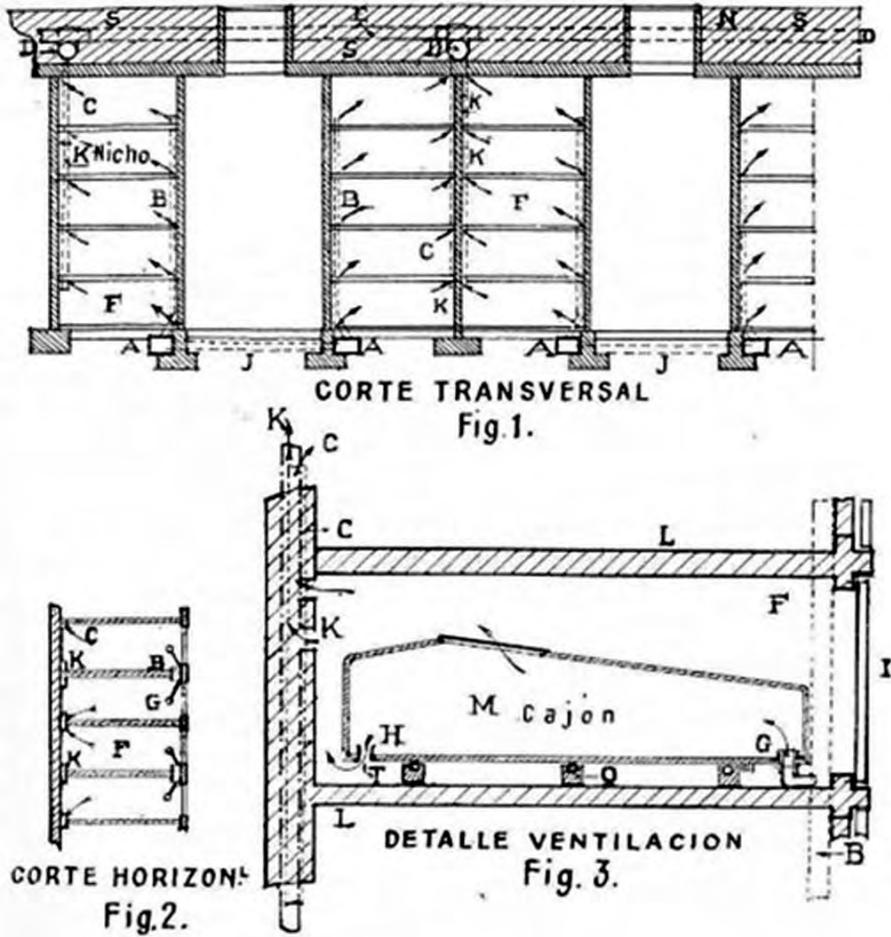


Figura 15: Detalles técnicos del Sistema presentado por Natale para acelerar la descomposición cadavérica. Fuente: Natale (1937).

Aquella “combustión a baja temperatura” suponía intervenir los tiempos y procesos químicos “naturales”, aunque de un modo suficientemente moderado, que recibió el apoyo de algunos sectores de la Iglesia Católica, que hasta el año 1963 había rechazado la cremación, incondicionalmente. El invento de Natale llegó a ser ensayado en una prueba piloto en un sector

disponible del Cementerio del Oeste.⁵⁸ En reemplazo de los ataúdes, se utilizaron dos cajas vidriadas que permitían visualizar el proceso mientras se inyectaban y circulaban los gases. Fueron convocados a seguir la experiencia ni más ni menos que el Cardenal Arzobispo de Buenos Aires, Santiago Luis Copello, quien confesó que

Si el sistema diera, como parece, el resultado que el ingeniero Natale espera, y fuera adoptado, el lugar que en la actualidad ocupa un solo cuerpo durante cinco años sería suficiente para seis o más, que no requerirían sino un año para su reducción completa (...) Desde el punto de vista de la moral católica, y dejando a salvo lo que en su oportunidad tenga que decir al respecto la Jerarquía de la Iglesia, el procedimiento descripto no parece reprochable, por cuanto no emplea ninguna clase de violencia con los cuerpos, sino una simple facilitación de la obra que realiza la naturaleza, San Miguel, 1º de noviembre de 1941.⁵⁹

Otro miembro de la Iglesia, el Director del Observatorio de San Miguel, Ignacio Puig, actuó como testigo de aquellas pruebas piloto. Acompañado por el Director de Cementerios Domingo Basili y el propio autor del proyecto, Puig arribó a conclusiones similares a las de Santiago Luis Copello,

Mi parecer es que la corrupción cadavérica, obtenida por el sistema del Ingeniero Natale coincide enteramente con el proceso natural, puesto que la reducción de tiempo en la corrupción se debe sólo al hecho de ser mantenido constantemente el cadáver bajo las condiciones óptimas de temperatura, humedad y aireación (...) El método del ingeniero Natale para reducir a menos de un año la corrupción nada tiene que ver con la cremación proscripta por nuestra Santa Madre La Iglesia.⁶⁰

58 Con fecha del 5 de diciembre de 1941, el Intendente Carlos A. Pueyrredón se expidió “de acuerdo con el temperamento propuesto precedentemente por la Dirección de Cementerios a fin de contar con algunas zonas libres en el Cementerio del Oeste, para emplazar en ellas en su oportunidad la construcción subterránea de nichos para ataúdes, que es complementaria del procedimiento de reducción acelerada de cadáveres”. Exp. 159.645 C.1941, en *BMMCBA*, N.º 6410, 13 de diciembre de 1941.

59 Santiago Luis Copello en Meinvielle (c. 1941): 58.

60 Ignacio Puig en Meinvielle (c. 1941): 58.

Las anuencias de Copello y Puig convergían en la figura de Alfredo Natale, que poco ha brillado en los textos de Historia, como una pieza clave e influyente entre el Municipio y algunos sectores de la Iglesia Católica.

Una mención particular merecen las referencias a lo “natural” en los discursos de Copello y Puig. La “obra que realiza la naturaleza” o el “proceso natural” mencionado por ambos podría ser discutible, en tanto que los procedimientos de sepultura en tierra, o en nichos, o bóvedas también eran artificios culturales, que tanto por los materiales empleados como por los tratamientos aplicados sobre los cuerpos introducían cambios en los factores y tiempos de descomposición.

Tanto el proyecto de Natale, como los discursos en torno a las pruebas piloto introdujeron una matización de los extremos sepultura-cremación. Asimismo, permiten incorporar otros actores, poner en evidencia ciertas redes de relación y negociaciones orientadas a dar respuesta a la falta de espacio físico para dar sepulturas, que estaba instalado como un problema transversal. La invención de Natale llevaba en su título la promesa de purificación de los gases fétidos o nocivos, aunque ya no dependía del fuego como símbolo atávico y de modernidad.

Con las variaciones discursivas, representaciones, propuestas, marchas y contramarchas, la ciudad de Buenos Aires mantiene hasta la actualidad su único crematorio desde 1903. Debido a una limitación normativa, sólo se han podido instalar crematorios fuera de Buenos Aires, razón por la cual desde la década de 1990 han ido sumándose nuevos edificios en el conurbano bonaerense. La cremación cadavérica es un tema que aún 137 años después de la primera experiencia oficial no logró estabilizarse, y sigue provocando tensiones y controversias. En la base del problema continúan operando aspectos religiosos, económicos, arquitectónicos y urbanos, propios de una modernidad compleja y por momentos contradictoria.

Palabras finales. Derivas de la cremación

Entre los años 1884-1937 se han podido observar algunas variaciones significativas en cuanto al perfeccionamiento de los procedimientos, edificios y artefactos vinculados a la cremación, aún a pesar de que la práctica adquirió una popularidad y aceptación mayores a finales del siglo XX. En ese sentido hay que aclarar que, si bien las sociedades norteamericanas y europeas fueron referencias locales durante nuestro período de estudio, el “boom” en Estados Unidos, por ejemplo, se dio a partir de la década de 1960, tendencia que por otra parte coincide con la —parcial— aceptación de la práctica por parte de la Iglesia Católica, con fecha de 1963.

La lectura de la cremación en el período 1884-1937 ha permitido también notar cierta transición y redefinición de los problemas de higiene urbana, y la progresiva incorporación de un discurso cientificista, basado en el cálculo. Al respecto, lejos de la maniquea interpretación clásica que postula una posición laica representada por el Estado y la matrícula médico higienista opuesta a las ideas de religiosidad, resulta discutible en la medida en que hemos podido reconocer ciertas zonas grises. Estos matices se han apreciado mejor en la edificación de los templos crematorios que mantuvieron, al menos hasta la tercera década del siglo XX, características estéticas y espaciales interiores estrechas con las tradiciones religiosas y, en consecuencia, funerarias. Y aquellos eran los casos más citados por la bibliografía local que defendía la cremación. Las ideas de civilización y progreso defendidas por los cremacionistas estaban más orientadas a la ejecución concreta de la práctica, y al perfeccionamiento de las técnicas y artefactos, que a los edificios donde ocurrían. Y en ocasiones, la fastuosidad estilística y ornamental propia de las representaciones funerarias antiguas era defendida como rasgo propio de una tradición y actitudes populares que deberían sostenerse; al punto de considerar al Templo Crematorio de Buenos Aires demasiado despojado del debido aparato comunicacional funerario. La modernización cremacionista puede leerse entonces con cierta autonomía respecto de las prerrogativas del vanguardista proyecto arquitectónico moderno europeo.

Para decirlo de otro modo, la tecnificación de los hornos no se condecía con la actitud conservadora estilística de los edificios que los contenían y que, al mismo tiempo, los aislaban. Por otra parte, el universo funerario parecía ser uno de los pocos programas edilicios que la modernidad arquitectónica no había podido gobernar plenamente. Y tales reticencias se extendieron hasta décadas después.

Aun así, consideramos que esta investigación permite establecer nuevas relaciones entre la práctica de la cremación, la arquitectura y la ciudad que permiten producir otras interpretaciones de la modernidad local.

Puesto en perspectiva, el relato cremacionista se ha sostenido a partir de la idea de purificación, lo cual podría leerse en término de higiene pero también estética y visual, dado que todo lo que se asociaba a las prácticas funerarias representaba una abyecta sobrecarga. La fórmula cremación-civilización también se apoyaba en las mismas bases imaginarias de pureza. Con el tiempo, esas ideas se fueron articulando con la noción de practicidad y la capacidad de reducción del espacio físico, en términos de funcionalismo y “*economie de terrain*”, en palabras de Ragon. Esos discursos se llevaban a punto tal de que los cementerios, como instituciones urbanas, se vieran amenazados por ser considerados espacios ociosos y poco agradables, tal como sostenía Sara Justo en 1925.

Los proyectos de nichos circulares enterrados del ingeniero Natale y el *Sistema de Aceleración Cadavérica* de 1937 han servido en alguna medida como rescate de los cementerios de la ciudad, en tanto resistían su exclusión de la ciudad. Pero también se orientaban hacia la transformación de los cementerios monumentales clásicos en cementerios parque, y a la rápida renovación de las plazas de sepultura, mediante un método alternativo a la cremación, incluso cuando para el ingeniero Natale aquella no dejaba de ser una “verdadera combustión a baja temperatura”.

Bibliografía

- Aloi, Roberto. (1948). *Architettura funeraria moderna. Architettura monumentale, crematori, cimiteri edicole, cappelle, tombe, stele, decorazione*. Milano: Editore Ulrico Hoepli.
- Ave, Gastone y De Menna, Emanuela. (2011). *Architettura e urbanística di origine italiana in Argentina; tutela e valorizzazione di uno straordinario patrimonio culturale*. Roma: Gangemi Editore.
- Baca, Eduardo. (1923). Breve historia de la cremación cadavérica en la ciudad de Buenos Aires (1879-1923), en *Boletín de la Asociación Argentina de la Cremación (BAAC)*, Año I, N.º 1, enero y febrero de 1923. Buenos Aires: s/c.
- (1928). Estadística de la cremación de cadáveres humanos en la ciudad de Buenos Aires 1884-1927, en *BAAC*, Año VI, N.º 12, enero a julio de 1928. Buenos Aires: s/c.
- Bataille, Georges. ([1957] 2012). *El erotismo*. Buenos Aires: Tusquets.
- Bohigas, Oriol. (1973). Los cementerios como catálogo de arquitectura. *Revista de Construcción Arquitectura y Urbanismo (CAU)*, N.º 17, 56-65.
- Boletín de la Asociación Argentina de Cremación* (1923), enero y febrero de 1923, Año I, N.º 1, 12.
- Boletín de la Asociación Argentina de Cremación* (1927), julio de 1927, Año V, N.º 11, 10. Buenos Aires: s/c.
- Boletín Municipal de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* (1941), N.º 6410, 13 de diciembre de 1941. Buenos Aires, Argentina: s/c.
- Boletín del Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires* (1943-1944-1945). *Ciencia Municipal y Urbanismo*. Año VII, Tomo X, 33-213 a 75-255.
- Cantón, Eliseo. (1927). Reflexiones Históricas sobre prácticas Funerarias, en *BAAC*, Año V, N.º 11, julio de 1927. Buenos Aires, Argentina: s/c.
- Costas, Leonardo. (1923). Construcción de un nuevo crematorio y sus anexos (texto del proyecto de ordenanza para la construcción de un nuevo Templo Crematorio), en *BAAC*, Año I, N.º 1, enero y febrero de 1923. Buenos Aires, Argentina: s/c.
- Dal Castello, David. (2017). *La ciudad circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires, 1868-1903*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte

Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.

----- (2022). *Muerte en el parque. Cementerios de Buenos Aires, 1935-1965*. (Tesis doctoral inédita, defendida el 11 de agosto de 2022). Buenos Aires, Argentina: FADU-UBA.

Departamento Nacional de Higiene (1903). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Jupp, Peter. (2006). *From dust to ashes; cremation and the british way of death*. Nueva York: Palgrave MacMillan.

Justo, Sara. (1925). La cremación en Buenos Aires, en *BAAC*, Año III, N.º 8, julio de 1925. Buenos Aires: s/c.

Hintermayer, Pascal. (2013). Diffusion de la crémation et maîtrise de la thanatomorphose. *CORPS*, N.º 11, 107-116.

Honorable Concejo Deliberante, Resolución N.º 6787 (16 de agosto de 1935).

Mallo, Pedro. (1879). *Higiene pública; lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta de La Tribuna.

Meinvielle, Julio. (c. 1941). *Informe sobre los cementerios en la ciudad de Buenos Aires*. (s/d).

Mitford, Jessica. ([1963] 1964). *The American way of death*. Nueva York: Crest Book.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1882). *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Consejo*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

----- (1890-1892). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

----- (1896). *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Buenos Aires: Imprenta de Martín Biedma.

Natale, Alfredo. (1937). *Nuevo Sistema de Panteón Integral* (proyecto en formato folleto). (s/d).

Penna, José. (1889). *La cremación en América y particularmente en Argentina*. Tomo Tercero. Buenos Aires: Establecimiento tipográfico de El Censor.

Prothero, Stephen. (2001). *Purified by fire; a history of cremation in America*. California: University of California Press.

Ragon, Michel. (1981). *L'espace de la mort. Essai sur l'architecture, la décoration, et l'urbanisme funéraires*. París: Albin Michel.

República Argentina (1896). *Registro Nacional de la República Argentina, primer semestre*. Buenos Aires: Talleres Tipográficos de la Penitenciaría Nacional.

Revista Caras y Caretas (28 de octubre de 1899), Año II, N.º 56.

Revista Obras Públicas y Privadas, Turismo e Industrias (1938), Año I, Vol. I, N.º 5, 494.

Thompson, Henry. (1874). *Cremation: the treatment of the body after death*. Londres: Henry S. King & Co.

Wilkinson, Tom. (2016). Typology: Crematorium. *Architectural Review*, recuperado de <https://www.architectural-review.com/essays/typology/typology-crematorium>.

Cruces en la ciudad

(Re)localizaciones y territorialización de los cementerios, 1821-1883¹

Introducción

En este trabajo proponemos estudiar los cementerios de Buenos Aires como instituciones históricas vinculadas a la salud urbana, capaces de incidir en la formación de territorios marginales, pero también de reintegrarse al tejido urbano y establecer “patrimonio o herencia del pasado”.² El estudio de estas dinámicas de ocupación y significación en la ciudad contribuye a iluminar un arco cambiante de actitudes ante los supuestos de contaminación, que dependió en gran medida del cruce entre ideas de base higienista, y la actuación de las gestiones públicas. La muerte era concebida como vector de contagio y, por lo tanto, el Estado debía garantizar su manejo, control y localización en áreas alejadas de la ciudad asociadas con la naturaleza pasiva pero también con su cualidad regenerativa.³

1 Este trabajo fue un avance preliminar del capítulo *Tres cementerios porteños*, de la tesis doctoral *Muerte en el Parque. Cementerios de Buenos Aires, 1935-1965*.

2 Dematteis y Governa (2005): 38-39. Para una aproximación normativa, cartográfica e imaginaria en general de la ciudad, y las diversas clasificaciones de sus alrededores (traza, ejido, campaña, etc.), ver Favelukes (2020).

3 Dematteis y Governa (2005): 39, han desarrollado la relación entre ciudad y naturaleza pasiva. Acerca de los diversos imaginarios en torno al verde regenerador, ver Armus (1996) y López Durán (2009), para el tratamiento de las teorías eugenésicas y el concepto de parque transformador.

Durante buena parte del siglo XIX los cementerios ocuparon un papel crucial como programas capaces de controlar y estabilizar los efectos de las epidemias, y de la salud urbana en términos generales. Si bien las relaciones entre ciudad, cementerios e higienismo formaban parte de la agenda local impuesta desde finales del siglo XVIII,⁴ la creación del primer cementerio público de Buenos Aires fijó fecha decisiva en 1821, cuando se llevaron a la práctica ideas locales e internacionales que circulaban desde tiempo atrás.⁵ En ese sentido, dónde localizar los cementerios fue un problema permanente y particularmente sensible hasta, por lo menos, la década de 1880 cuando se reinaugaron los cementerios del Norte (1881) y del Oeste (1883). Por lo tanto, si trazamos una relación histórica entre los diversos cementerios de Buenos Aires y sus localizaciones durante las seis décadas que separan la creación del primer cementerio público y la década de 1880, sería posible tener una idea más compleja sobre la hegemónica noción extramuros y, en consecuencia, de las cambiantes ideas y versiones de contagio.⁶

En este trabajo nos interesa examinar las ideas y acciones que llevaron a proponer y construir cementerios al norte, sur y oeste de la ciudad, y cómo aquellas acciones impulsadas por “actores sintagmáticos” definieron territorios generados a partir del espacio y producían, al mismo tiempo, espacio.⁷ Si bien entendemos que en la práctica el territorio es un ejercicio y un resultado de construcciones sociales complejas, observaremos especialmente el papel del recientemente formado Estado Municipal, como actuación “tentativa de un individuo o de un grupo de influir o controlar las personas, los fenómenos y las relaciones, delimitando y ejerciendo un control sobre un área geográfica”, a los fines de garantizar la salud urbana.⁸

4 Dal Castello (2022): 34-37.

5 Tomamos como fecha el decreto del 13 de diciembre de 1821, si bien la inauguración efectiva en el solar que conocemos ocurrió el 17 de noviembre de 1822.

6 Dal Castello (2020).

7 Según el geógrafo suizo Claude Raffestin (1981), “el territorio es el resultado de una acción conducida por un actor sintagmático (actor que realiza un programa) a cualquier nivel. Apropiándose concretamente o de manera abstracta (por ejemplo, mediante la representación) de un espacio, el actor territorializa el espacio”. Raffestin en Dematteis y Governa (2005): 38.

8 Sack (1986) en Dematteis y Governa (2005): 43.

En un doble desplazamiento cronológico y espacial, los cementerios ocuparon y contribuyeron a la consolidación edilicia e imaginaria de tres nodos cardinales, sectores urbanos en los que ya existían, o se construirían tiempo después otros programas edilicios socialmente marginales. Nos interesa tratar aquellos tres nodos como agrupaciones programáticas relativamente independientes que a su vez mantuvieron una relación de triangulación geográfica y simbólica entre sí (a la vez que el triángulo en sí mismo se evidencia como figura propia de aquellas tramas irregulares de la ciudad).⁹ La concentración de dichos programas no se daba por casualidad ni tampoco aleatoriamente, y si bien esos sectores funcionaron como tierras experimentales sin miramientos a planificación futura, cada una de aquellas actividades representaba focos de contagio o de comportamientos inmorales que debían ser debidamente separados del centro urbano. Si bien serán tenidas en cuenta ciertas relaciones entre cementerios y otros programas edilicios asociados a la corrección social y la cura, nos importa observar particularmente de qué modo los cementerios contribuyeron a “una estratificación muy larga y muy lenta” de ciertos territorios de la ciudad.¹⁰

A diferencia de las historias más clásicas de los cementerios de Buenos Aires, en las que se los suele examinar individualmente, se propone aquí una narración sincrónica, porque asumimos que han operado como un conjunto dinámico, y en ocasiones interactiva y simultáneamente. Las *Memorias de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* serán un insumo central para comprender los discursos oficiales, aún con sus parcialidades e imprecisiones. De modo similar, las cartografías de época nos han resultado oportunas para rastrear aquellos movimientos, en la medida en que admitimos que fueron artefactos que si bien en ocasiones

9 Curiosamente, los proyectos de Coghlan y Bateman para las redes de provisión de agua terminaron siendo construidos mediante ramales principales que reconstruían en alguna medida la triangulación norte, sur, oeste. Esto se hace visible en el mapa de la Figura 3 de *Los puntos distantes*, en este libro.

10 Corboz ([1983] 2015): 214.

han representado realidades construidas, muchas otras veces proyectaron aspiraciones, imaginaciones o intereses parciales de una compleja realidad urbana.¹¹

Norte

En Buenos Aires, el proceso de transformación cultural desde la recepción de las primeras Reales Cédulas de finales del siglo XVIII hasta la promulgación del decreto que establecía la creación y obligatoriedad de enterrar en cementerios públicos tomó poco más de tres décadas. El 13 de diciembre de 1821 se promulgó el primero de los decretos que dio lugar al primer cementerio público de la ciudad, como objeto de “sanidad, comodidad, decencia” y símbolo de “dignidad” y “civilización del país”.¹²

Inmediatamente se redactó el primer Reglamento que asignaba al capellán del cementerio de Miserere los deberes de cuidado del cementerio, las condiciones rituales de las sepulturas, la vigilancia de la solemnidad y la obligación de informar los datos administrativos de las sepulturas al Jefe de Policía.¹³ Dicho de otro modo, establecía ajustes a las atribuciones religiosas sobre los cementerios y un aumento del control estatal.

En rigor, aquel decreto determinaba la creación de dos cementerios al oeste de la ciudad; uno de ellos, el de Miserere, se establecía en el edificio que ocupaba el Hospicio de los Misioneros Franciscanos (solar que hoy ocupa la Parroquia Nuestra señora de Balvanera), mientras que el otro terreno debía ser escogido y comprado según decisión del Ministro de Gobierno. Por otra parte, es probable que la orientación cardinal oeste que proponían Bernardino Rivadavia y Martín Rodríguez respondiera a la dirección predominante de los vientos este-oeste y a las condiciones de

11 Para una interpretación de las cartografías urbanas de Buenos Aires, ver Favelukes (2020).

12 *Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires* (en adelante, *ROPBA*), 03-09-1823. Buenos Aires: Imprenta de la independencia. Consultado el 21/10/2019 en <https://books.google.com.ar/books/about/Registro_oficial_de_la_provincia_de_Buen.html?id=G60EAAAAQAAJ&redir_

13 *ROPBA*, 19-12-1821.

mayor altitud de ese sector de la ciudad. La valoración de la topografía y las condiciones climáticas específicas de aquel emplazamiento fueron un aspecto considerado positivamente a lo largo del siglo.¹⁴

Transcurridos apenas 14 días de aquel decreto, las autoridades comenzaron a estimar que la construcción del Cementerio de Miserere llevaría más tiempo de lo previsto inicialmente, razón por la cual el día 4 de enero de 1822 se acordó provisoriamente que “los curas de la parroquia de la catedral convendrán con los de las parroquias más inmediatas sobre los términos de hacer en éstas las inhumaciones de los cadáveres” durante el tiempo que demorase en disponerse el Cementerio de Miserere.¹⁵ Lo cierto es que poco tiempo después se reconoció que la “la estrechez y estado ruinoso del edificio destinado para el cementerio [el Hospicio] (...) volvían inviable la voluntad original de crear allí el primer cementerio de la ciudad”.¹⁶ De la construcción del segundo cementerio también desistió el Gobierno. La demora prevista por el Departamento de Ingenieros para la confección de los planos para el nuevo proyecto y los cálculos de tiempos previstos para su posterior construcción, en función del escaso presupuesto disponible, daban una estimación de dos años o más. Además, aquellos recursos debían ser compartidos para la construcción de cárceles que, en comparación con los cementerios, resultaban de mayor urgencia.

Ante los obstáculos que se precipitaron con sorprendente inmediatez, se optó por la elección de otro emplazamiento, se ocupó entonces el Convento de los Monjes Recoletos:

El edificio llamado de la Recoleta, sobre las ventajas de su posición, presenta con gran capacidad todas las de un cementerio hábilmente construido al intento. Uno de los principios característicos de los regulares que han ocupado el expresado edificio, es el de no tener propiedad alguna; y consiguiente á ello, en la razón presentada al gobierno, se asienta, que el indicado convento no tiene ni propie-

14 Sobre las relaciones entre centro y borde de Buenos Aires durante la década de 1820, en el marco de la propuesta de capitalización de Rivadavia (1826), ver Aliata y Caride Bartrons (2017).

15 *ROPBA*, 04-01-1822: 253-254.

16 *ROPBA*, 21-07-1822: 231.

dad, ni capellanía, ni renta alguna. Aun cuando así no fuese, la cédula datada en el Pardo é 28 de junio de 1716, que otorga el permiso de edificar dicho templo convento, comprueba que la propiedad de uno y otro correspondía al pueblo, que daba todos los medios de construirlos en su territorio.¹⁷

En función de estos argumentos sobre la propiedad jurídica y sobre la supuesta caducidad de los fines para los cuales había sido construido el antiguo convento, Martín Rodríguez y Bernardino Rivadavia enmendaron el decreto del 13 de diciembre y ordenaron el traslado de los religiosos que ocupaban la Recoleta hacia otros conventos y la transformación del edificio en cementerio público. Esa voluntad se ratificó en el decreto del 8 de julio de 1822 que disponía que “el cementerio de la recoleta se denominará cementerio del Norte” y dio especificaciones para el desempeño de las actividades que correspondían al capellán elegido para servirlo, para quien rigiera el mismo Reglamento que ya se había redactado para el Cementerio de Miserere.¹⁸ El 17 de noviembre de 1822, el Cementerio fue inaugurado y al día siguiente comenzaron a recibirse sepulturas.¹⁹ La confección del plano “por el cual debía decorarse el Cementerio del Norte”²⁰ fue asignada a Próspero Catelin,²¹ ingeniero arquitecto en jefe de la provincia de Buenos Aires que provenía del recientemente creado Departamento de Ingenieros.

17 *ROPBA*, 21-07-1822: 231-232.

18 *ROPBA*, 08-07-1822: 263.

19 Núñez (1970): 37.

20 “Después (de) que se espidieron los decretos de 13 de Diciembre de 1821 y 8 de julio de 1823 [1822] sobre Cementerios Públicos, el Gobierno ha tratado de elevar estos establecimientos al grado de dignidad que corresponde á su destino y á la civilización del país. A este efecto dispuso la formación del plano por el cual debía decorarse el Cementerio del Norte, y habiéndosele presentado ha sido aprobado y mandado se ponga en ejecución bajo la dirección de un ingeniero”. Sección “Sepulturas” en *ROPBA*, 03-09-1823, N.º 705.

21 “En 1821 se crearon dos nuevos empleos dentro del gobierno, los de Ingeniero Hidráulico e Ingeniero Arquitecto, —que poco después constituirían un Departamento de Ingenieros-Arquitectos—, que pasaron a desempeñarse en los proyectos de obras que iba emprendiendo el gobierno, además de encargarse de los aspectos técnicos del control edilicio y de salubridad”. Próspero Catelin asumió el cargo de Ingeniero Jefe, según resolución del 23-10-1821, es decir, apenas dos meses antes de redactado el primer decreto que promovía la construcción del nuevo cementerio de la ciudad. Favelukes (2020): 146.



Figura 1: Izquierda:
Localización del Cementerio
del Norte y los Corrales
del Norte según el plano
topográfico de Bacle (1836).
Abajo: Plano del sector norte
de la ciudad, de Latzina
(1888) donde se evidencia la
permanencia e incorporación
de nuevos programas edilicios
considerados marginales e
incompatibles con la idea de
ciudad de finales de siglo.
El Cementerio del Norte, la
Casa de Aguas Corrientes,
el Hospital de Mujeres,
la Penitenciaría Nacional.



El plano topográfico de Hipólito Bacle, de 1836, que muestra una extensión de la ciudad inédita para la época, permite apreciar la distancia entre la cuadrícula regular y los terrenos más irregulares del ejido y la campaña.²²

22 Hipólito Bacle fue un litógrafo ginebrino que llegó a Buenos Aires en 1828 y fue escogido por Rosas para dirigir la litografía del Estado. En el año 1837 fue encarcelado por supuestas connivencias con los unitarios. El nombre completo del plano que mencionamos aquí es: *Plano topográfico de la ciudad e inmediaciones de Buenos Aires, dedicado a su E^a el Ilustre Rdor de las Leyes, Gobernador y Capitán General Brigadier, Dn Juan M. de Rosas y levantado por C.H. Bacle. Propietario de Imprenta del Comercio y litografía del Estado -1836.* Para Taullard estamos ante un plano que muestra con nitidez las edificaciones, instituciones, arroyos, calles nuevas y proyectadas más allá del centro de la ciudad. Taullard (1940): 130-137. Según Favelukes, se trata de “un plano topográfico que asume sin conflictos aparentes una periferia irregular que,

A juzgar por aquel mismo plano, en ese sector de la ciudad donde finalmente se instaló el Cementerio del Norte, ya existían los “Corrales del Norte”, y planos posteriores señalan la existencia de un Matadero, un Saladero, e incluso dos “casas de pólvora” más al norte (Sourdeaux 1854), y la Penitenciaría (1877) y el Hospital de Mujeres (proyecto y construcción 1880-1887), en el plano de Latzina, de 1888 (**Figura 1**). Completaba aquel diverso panorama la primera casa de bombas (1869) —que figura en los planos con el título “Aguas Corrientes”—, a una notable proximidad del cementerio.

Que el del Norte haya sido el primer cementerio de la ciudad, conviene aclararlo, es un hecho discutible a raíz de la preexistencia del primer Cementerio de Disidentes que se había inaugurado el 1 de abril de 1821 en un terreno que la Corporación del Cementerio Inglés adquirió, previa autorización gubernamental del 22 de febrero del año anterior.²³ También se lo llamó Cementerio Inglés y emergió debido a las imposibilidades de enterrar a sus muertos en camposantos católicos. Ocupaba un terreno de 15 por 63 metros, relativamente externo a la ciudad, con acceso sobre la calle Juncal, entre Esmeralda y Suipacha,²⁴ “donde se erigió una capillita con un pórtico de orden dórico”,²⁵ primer oratorio construido para la comunidad protestante en la ciudad. Doce años después, en 1833, aquel primer cementerio protestante fue trasladado a un terreno de mayores dimensiones que adquirió la Corporación Británica —junto con las comunidades norteamericana y alemana,

a diferencia de planos anteriores, no se distingue en su calidad gráfica o informativa del sector central más regular. Ya no hay ejido con poseedores identificables por estar sujetos a tributo, ya no hay sectores diferenciados administrativamente. Es más bien una ciudad que se extiende gradualmente en una periferia laxa y abierta, sin que sea posible identificar ninguna intencionalidad de futuro para su forma total o la de su tejido”. Favelukes (2020): 252-253.

23 José Antonio Wilde describía que “En septiembre de 1824 se instaló el primer templo de protestantes ingleses en Buenos Aires, en virtud del tratado de la República Argentina con la Gran Bretaña”. Wilde ([1908] 1960), capítulo X, Sección VI.

24 Wilde explicaba que “Hasta 1821, los protestantes no tuvieron cementerio propio. En ese año que el Gobierno dio su asentimiento, y compraron un terreno inmediato al Socorro, cercándolo y construyendo una pequeña capilla. Costó el todo 5.000 pesos de aquellos tiempos, que se reunieron por suscripción entre los protestantes siendo los ingleses los que más contribuyeron”. Wilde ([1908] 1960): 51.

25 de Paula (1968): 43-48.

en menor proporción—,²⁶ con frente sobre la calle Victoria (actual Hipólito Yrigoyen 946), entre Pasco y Alsina. Al arquitecto Richard Adams también se le adjudicó el proyecto completo del camposanto que incluía muro perimetral, el trazado de calles interiores, el pabellón de portería y la capilla.²⁷

Hasta la década de 1860, el Cementerio del Norte y el de Disidentes fueron los únicos dos cementerios de la ciudad.²⁸ El segundo Cementerio de Flores —dado que el primero funcionaba desde 1807, adyacente a la parroquia— también existía hacia 1832, aunque aún no formaba parte del territorio de la ciudad, sino del municipio que llevaba el mismo nombre.

Se trata de un período de relativa estabilidad. No se construyeron nuevos cementerios, pero sí han existido modificaciones, proyectos de ensanches, e incluso las primeras críticas por proximidad a la ciudad formal. Cinco años antes de que el primer Cementerio de Disidentes fuera desactivado y trasladado desde el norte hacia el oeste de la ciudad, las autoridades del Gobierno advertían, por asesoramiento del tribunal de medicina, los peligros que un cementerio como el del Norte podría representar si no se comenzaba a proyectar un nuevo enterratorio para dar respuesta a la creciente población urbana.²⁹ Por decreto del 14 de febrero de 1828, el Gobernador Manuel Dorrego estableció que el terreno contiguo al Cementerio existente

26 De los gastos surgidos para la compra del terreno al señor Manuel Serna (£131) y los diferentes costos de muro perimetral y cerramientos (£561), construcción de capilla y casa de Sexton (£447), trabajos de nivelación y construcción de senderos (£118) y honorarios profesionales al arquitecto Richard Adams (£61) que arrojaban un importe total de £1318, los británicos aportaron £998 libras, mientras que norteamericanos y alemanes sumaron £320. Los valores expresados en el documento original fueron redondeados a números enteros a los fines de mostrar un esquema general. Dodds (1897): 348.

27 de Paula estableció la relación entre la acuarela de Carlos Enrique Pellegrini (extraída de su obra *Recuerdos del Río de la Plata* de 1841) y la capilla adjudicada al arquitecto Adams. de Paula (1968): 68.

28 Debe aclararse que en el año 1853 funcionó por un lapso muy corto de tiempo el Cementerio Provisorio por el sitio de Buenos Aires en un solar que hoy se delimita entre las calles Junca, Cerrito y Carlos Pellegrini. En *Buenos Aires: enterratorios y cementerios. Lugares de memoria*, Ministerio de Cultura, Gobierno de la ciudad de Buenos Aires (folleto), sin fecha.

29 Según el censo de Ventura de Arzac de 1822, la población de Buenos Aires era de 55.416 habitantes, mientras que en el primer censo de Rosas de 1836 la cifra ascendió a 62.228. Faivelukes (2020): 222.

era el más indicado y, en consecuencia, basado en ese análisis, ordenó suprimir el jardín de aclimatación (Escuela de Agricultura Práctica y Jardín de Aclimatación) que funcionó en el Convento de los Recoletos para adosarlo al cementerio existente.³⁰ Este fue el primer antecedente de ampliación de los cementerios públicos de la ciudad, operación que implicó la adición de una parcela adyacente y el borrado de los límites originales.

La iglesia lindaba con el Cementerio del Norte y en una visión de conjunto, no sería insensato hipotetizar cierta forma de permanencia histórica de los camposantos, como programas ligados a la institución religiosa, a pesar de los esfuerzos gubernamentales por autonomizarlos. El cuartel era otro de los edificios que limitaba con el Cementerio hacia el este y los terrenos de la margen oriental de la Iglesia del Pilar sirvieron para la creación del Asilo de Mendigos Viamonte (actual Centro Cultural Recoleta) hacia la década de 1880,³¹ mientras estaba llevándose a cabo la transformación y reinauguración del Cementerio del Norte. Una estampa de Julio Daufresne de 1844 ofrecía una visión privilegiada del conjunto, desde la barranca del río que mostraba la extensión y la muy baja —o inexistente— ocupación del suelo de las periferias (**Figura 2**).³²

En 1831, como una derivación indirecta de la ampliación propuesta por Dorego, existió un proyecto de Carlo Zucchi para regular la parcela correspondiente al Jardín de Aclimatación. Fernando Aliata advierte en la propuesta de repartición cuadrangular del terreno, principios de racionalidad, moderación y austeridad republicanas para ordenar las sepulturas y señala una crítica

30 Ese mismo año, se suprimió el Departamento de Ingenieros Arquitectos por considerarse “innecesario y superfluo”, porque las tareas que antes desempeñaba pasaron a ser asumidas por el Departamento Topográfico. Esta acción también fue dirigida por Decreto Provincial de Dorego con fecha del 14 de febrero de 1828. Favelukes (2020). Durante aquellos años existían en Inglaterra y Estados Unidos la tradición de las *Horticultural Societies* vinculadas a su vez con la idea de *landscape* y de los *Rural Cemeteries*. Ciucci, Dal Co, Manieri Elia y Taffuri (1975): 156. 31 Schávelzon (1991): 30.

32 Corresponde a una estampa de la publicación *Usos y Costumbres de Buenos Aires* de Jules Daufresne en del Carril (1982). Daufresne recaló en las costas del Río de la Plata, como desertor de un buque hacia 1835. Fue aprendiz de Hipólito Bacle y trabajó durante un tiempo en su taller de litografía.

que el mismo Zucchi hacía sobre el trazado de diagonales que Catelin había dispuesto en el proyecto original por cuanto “permitía el abuso de los particulares que avanzaban sobre el espacio público” (**Figura 3**).³³



Figura 2: Estampa desde la barranca, publicada en *Usos y Costumbres de Buenos Aires* (1844), de Jules Daufresne. Fuente: del Carril y Aguirre Saravia (1982).

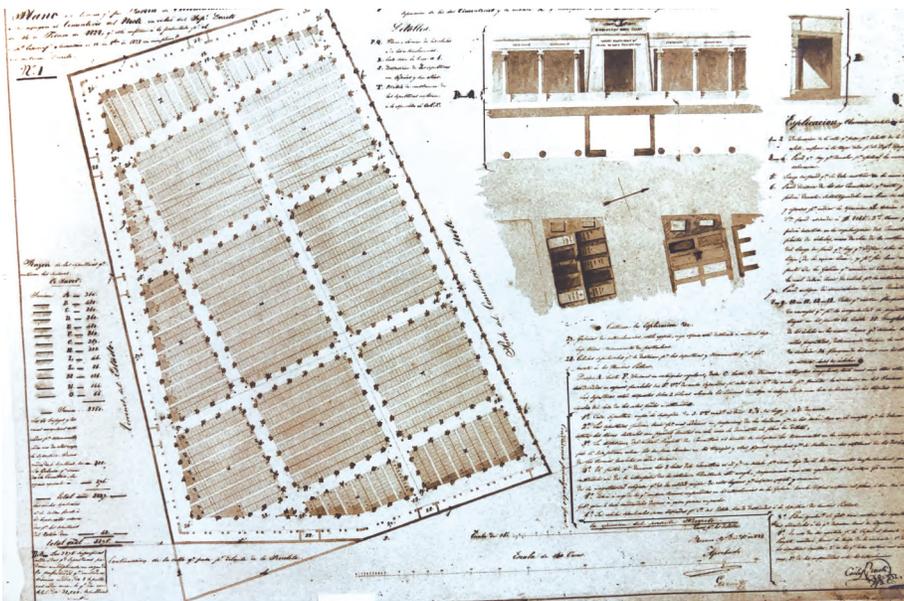


Figura 3: Proyecto de Zucchi para el Cementerio del Norte (1831). Fuente: Aliata (2009).

33 Aliata (2009): 74.

Sur

Una vez incorporado el Jardín de Aclimatación, y un año después de la propuesta de Zucchi, el Gobierno planteó la necesidad de “fabricar” un nuevo enterratorio al sur de la ciudad. El documento lleva la fecha del 1.º de junio de 1832 y la letra de Juan Manuel de Rosas, quien ordenaba erigir un cementerio con el nombre de “Cementerio del Sud (...) en la finca y terreno del Estado, denominado la Convalecencia”, sobre una superficie de “seis cuabras cuadradas quedando dentro todo el edificio que allí existe”, establecía además la formación de un nuevo curato. Por último, asignaba a un terrero, también estatal, ubicado “a más de las seis cuabras destinadas al cementerio” para campamentos y asambleas militares.³⁴ La gestión de Rosas fracasó inicialmente, aunque la voluntad política de que se estableciera un cementerio al sur trascendió su gobierno. El 14 de octubre de 1858 el Senado y la Cámara de Representantes del Estado de Buenos Aires sancionaron con fuerza de ley la autorización para que la Municipalidad de la ciudad hiciera uso de 2.000.000 de pesos para la construcción de “una casa de dementes y un cementerio público al sud de la ciudad”. La firmaba el presidente de la Honorable Cámara de Diputados, Eduardo Costa.³⁵

En relación con este nuevo intento, se conocieron al menos dos propuestas. Prilidiano Pueyrredón, que integraba el Consejo de Obras Públicas de Buenos Aires desde 1854, presentó un proyecto ante la Comisión de Obras Públicas el 18 de junio de 1858, tiempo antes de que se sancionara la concitada ley del 14 de octubre. Suponemos que al desempeñar la función pública, conocía los detalles solicitados para aquel proyecto y el austero presupuesto con que se contaba para su creación, lo que remarcó en la memoria del proyecto. Los planos fueron aprobados y se acordó el llamado a licitación y el pedido de nivelación del terreno al Departamento Topográfico, en el lugar que actualmente ocupa el Parque España, entre las Avenidas Caseros y Amancio Alcorta.

34 *ROPBA*, 01-06-1832, Decreto N.º 341.

35 *ROPBA*, 14-10-1858.

Los planos del proyecto tomaban la forma triangular del solar que había pertenecido a los “Corrales del Sur” (Bacle, 1836) e incorporaban, por encargo expreso de la Municipalidad, la construcción de una iglesia, que nuevamente rememoraba los camposantos coloniales, debido a la ubicación protagónica que Pueyrredón le había concedido en el proyecto. Un conjunto de atrios y patios que albergarían prioritariamente nichos (“no podrían ser enterrados fuera de ellos [los nichos] sino los pobres de solemnidad, y cadáveres procedentes de enfermos de los Hospitales de Estado ó de Cuna”)³⁶ que rodeaban al edificio principal, diseñado en “estilo gótico sencillo, por ser el más económico á causa de no requerir ornamentos” (Figura 4).³⁷

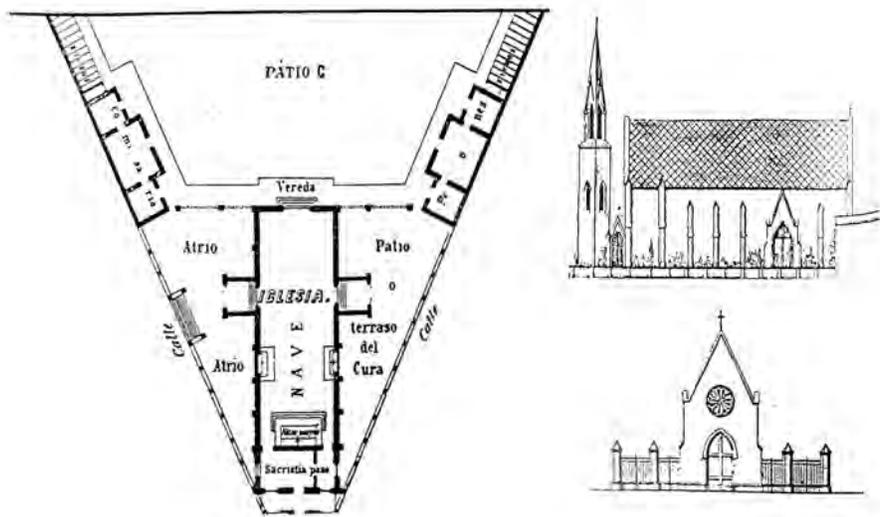


Figura 4: Detalle del proyecto de Prilidiano Pueyrredón para el Cementerio del Sud (1858). Resalta en los dibujos la presencia de la Iglesia, que reproducía lógicas de los camposantos religiosos del siglo anterior. Fuente: Cortese (2000): 52-53.

36 Cortese (2000): 54.

37 Cortese (2000): 55.

Existió un proyecto previo al de Pueyrredón en 1856, aunque la poca legibilidad del documento original impide constatar la precisión de aquella fecha. Luis Cortese nos informa de aquel documento cuyo autor fue un arquitecto llamado Pedro Loperti.³⁸ Allí se mencionaban aspectos de definición formal como “la disposición arquitectónica greco-romana (...) carácter profundamente serio y propio para el objeto del Edificio”, la existencia de una única entrada, casas de habitación para el capellán y el sepulturero, con hileras de cipreses a sus costados, capilla y un sector de terreno especialmente demarcado para muertos por causa de suicidio.³⁹ Este proyecto y el de Pueyrredón habían sido parte de un largo proceso de concreción del cementerio que quedó truncado desde 1832.

Respecto de los planos que ya habían sido aprobados y que se encontraban a la espera de los concursos de precios y los trabajos de nivelación del terreno, la *Memoria de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires* de 1858 se mostraba optimista al suponer que el informe del año siguiente “podría incluir esta obra como una adquisición ya hecha”.⁴⁰ Pero, en la urgencia por contar con un enterratorio que minimizara “las dificultades que presenta uno solo para la conducción de los cadáveres de lejanas distancias, y porque el aumento de la población lo reclama”, la escasez de fondos y ciertas demoras surgidas por la reubicación del proyecto en otro terreno más alejado, retrasaron la ejecución de las obras nueve años más.⁴¹ En 1860, se realizaron variaciones del proyecto original: el cementerio ya no se ubicaría en los terrenos de la Convalecencia sino en un terreno comprado por la Municipalidad “a 32 cuadras de la Plaza de la Victoria”, el edificio vecino ya no sería ni el Curato —como había sido planteado en 1832—, ni la Casa de Dementes, sino los nuevos Corrales al Sud. A partir de allí fueron presentándose nuevos obstáculos: a) con observaciones por las insuficientes dimensiones del terreno que derivaron en largos procesos de litigio; b) por “no haberse resuelto aún, si la Municipalidad ha de hacerlo por sí misma, ó por empresa

38 Cortese (2000).

39 Cortese (2000): 56.

40 *MMCBA* (1858): 36.

41 *MMCBA* (1858): 36.

particular”;⁴² c) con reclamos por parte de los abastecedores de la zona que consideraban que esos terrenos debían destinarse exclusivamente a corrales de abasto porque decían haberlos adquirido con el producto de un aumento impositivo que el ramo había recibido tiempo atrás.⁴³ Postergada la apertura del nuevo cementerio al sur de la ciudad, se advertían las complicaciones que el del Norte presentaba y se pensaban alternativas para ampliarlo y para controlar la especulación con la compra y venta de sepulturas.⁴⁴ El 28 de febrero de 1862, el empresario constructor Leopoldo Rouchi dirigió una carta al Presidente de la Municipalidad, con el título “propuesta para construir El cementerio del Sud y el Matadero General”. Asumimos que se trataba de una propuesta basada en las modificaciones del proyecto de 1860.

Proceso de institución y expansión

A partir de la década de 1860 ocurrieron eventos que provocaron nuevas relaciones entre ciudad y cementerio, y al mismo tiempo se inauguraba un inusitado período expansivo. Desde aquellos tiempos, y hasta finales del siglo, la ciudad pasó a tener la mayor cantidad de cementerios activos de toda su historia.

En 1862, el Cementerio del Norte, único cementerio público de la ciudad al momento dejó de ser administrado por la Superintendencia de Policía y pasó a manos de la Municipalidad, creada ocho años antes. En simultáneo, la Comisión de Higiene encomendó la redacción de un reglamento y el relevamiento de cada sección del Cementerio al señor José Costa. Si bien la Municipalidad se ocupaba de la administración, la Iglesia católica aún mantenía una participación significativa sobre el otorgamiento de las sepulturas hasta 1863 cuando, por un conflicto devenido de la prohibición de dar sepultura a un miembro de sociedad masónica, Bartolomé Mitre y Eduardo Costa establecieron por decreto la no obligatoriedad de consa-

42 *MMCBA* (1862): 86.

43 *MMCBA* (1866): 29.

44 *MMCBA* (1866): 26.

gración religiosa del camposanto. Este fue el corolario de aquella tensión y disputa del dominio funerario entre la Iglesia católica y el Estado laico que tenía un origen más antiguo. En líneas generales, la clase política mantuvo cierto consenso respecto de la laicidad durante todo el siglo XIX. Domingo Faustino Sarmiento que había escrito mucho sobre su ideal de cementerio, lo describía como una institución civil en la cual la religión cumplía una función más bien burocrática “su erección, construcción y conservación, pertenece á las autoridades civiles, y la ingerencia eclesiástica no pasa de la verificación de una cuenta, para el pago de los derechos parroquiales”.⁴⁵

Por otra parte, a partir de la década de 1860 los cementerios se fueron consolidando institucionalmente, producto de la municipalización, pero también resultado de las frágiles condiciones sanitarias que sufría la ciudad. En 1867, la Comisión Municipal exigía la necesidad de un Reglamento para el Cementerio del Sud que estableciera las prescripciones higiénicas, constructivas —para evitar la exhibición de los cadáveres— y lucrativas surgidas de las reventas de sepulturas. Un año después se publicó el primer Reglamento que luego regiría para todos los cementerios de la ciudad, en él se indicaban procedimientos operativos para prevenir contagios y transformar los programas de los cementerios mediante la incorporación de nuevos locales y funciones.⁴⁶ Durante aquella década también se inauguraban los cementerios de las principales poblaciones extraurbanas como Morón (1864) al oeste, Avellaneda (1865) al sur y Las Conchas (1863) al norte, lo que evidencia el desarrollo paralelo —aunque seguido de otras lógicas de crecimiento— de las poblaciones de las afueras de la ciudad, y cierta concepción tipológica y estética que estos cementerios mantenían en común con los de Buenos Aires.⁴⁷

Por último, la incidencia de la epidemia de cólera de 1867 fue decisiva porque destrabó las gestiones para crear el Cementerio del Sud que habían

45 Dal Castello (2017): 157.

46 Las características y los efectos de aquel Primer Reglamento de Cementerios se tratan en Dal Castello (2017): 157.

47 Ver *Revista Histórica Bonaerense*, consultada el 23/11/2019 en <https://issuu.com/revista-historiabonaerense/docs/09_rbh_-_origen_y_fundaci__n_de_loshttps://historiamoron.wordpress.com/2016/07/13/revista-de-historia-bonaerense/>

iniciado indirectamente en 1832. Ese año se estableció la medida de abrir “dos cementerios provisorios, uno al sur y otro al oeste”.⁴⁸ Sólo se conoció la existencia del primero por indicación de la Municipalidad, a través del Jefe de Policía, Cayetano María Garzón, el 28 de abril. Se ordenó que los cadáveres de los pobres desde la Avenida Rivadavia al sur fueran conducidos al nuevo cementerio provisorio.⁴⁹ No se conocen planos específicos de aquel enterratorio, suponemos que más de un proyecto de arquitectura surgió por acción improvisada y con condiciones materiales precarias. Pese a la ausencia de documentos gráficos, el ya citado Plano Topográfico de Glade, de 1867, nos ofrece una idea bastante precisa de su ubicación, y de su precariedad. En aquel plano figuraba también el Cementerio del Sur “definitivo” que fue inaugurado poco tiempo después, a algunas cuadras en dirección oeste (Figura 5).

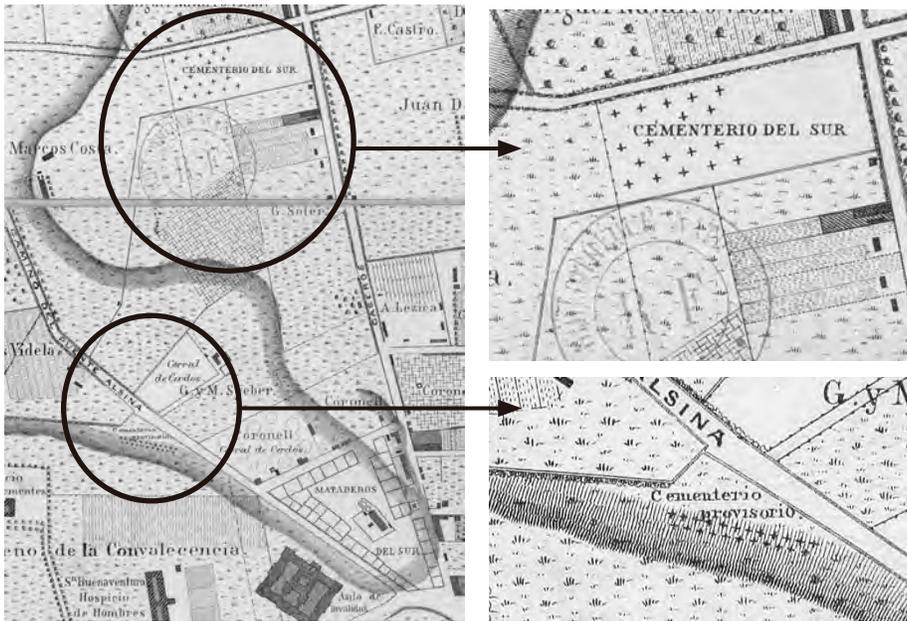


Figura 5: Plano (y ampliaciones) del sector que ocupó el Cementerio del Sud oficial (arriba) y el Cementerio Provisorio del Sud (abajo). Fuente: Glade (1867).

48 Cortese (1999): 72.

49 Cortese (1999): 72.

El Cementerio Provisorio del Sud prestó servicio por poco más de un mes, hasta el 4 de junio de 1867. Aquel día la Comisión de Higiene solicitó al Ministro de Gobierno Nicolás Avellaneda “la suspensión de entierro de cadáveres en el llamado Cementerio Provisorio del Sud”.⁵⁰ Al día siguiente, Avellaneda refrendó la solicitud y procedió a agilizar la fundación del Cementerio del Sud. La apertura definitiva al servicio público fue el 24 de diciembre de 1867, ocupó el terreno que se adquirió por la compra realizada al señor Claudio Mejía, de casi más de cuatro hectáreas distribuidas de la siguiente manera: 194 metros sobre el frente de la calle Caseros, 193 metros sobre Ituzaingó y 245 metros sobre la calle Pozos. Difería de la propuesta de Pueyrredón por su división interna, ya que constaba de cuatro secciones (A, B, C, D) “repartidas en calles rectas de diez metros de ancho en toda su longitud, subdivididas en rectángulos de 25 por 5 metros, separados unos de otros 4 metros y observando simetría”.⁵¹ Se mantuvo activo por poco más de tres años, según narran las *Memorias Municipales* posteriores, al punto límite de haberse sepultado cadáveres hasta en las calles.⁵² El 14 de abril de 1871 se estableció la primera orden de clausura, pero, como era habitual, los plazos se extendieron un tiempo más. El cierre definitivo ocurrió, según algunas crónicas, el 28 de septiembre de 1871, aunque es un dato aún discutible, pues los registros oficiales no son claros al respecto. Lo cierto es que al año siguiente ya no recibía más sepulturas; las *Memorias de la Municipalidad* de 1872 afirmaban que “el cementerio del Sur permanece cerrado”.⁵³ Las poco más de cuatro hectáreas resultaron insuficientes ante el inminente brote de cólera seguido de fiebre amarilla en 1871.⁵⁴

Recordemos que había sido creado para equilibrar las demandas del Cementerio del Norte. Y lo cierto es que su vecindad a corrales, mataderos e instituciones de salud (por no mencionar otros proyectos inconclusos)

50 Cortese (1999): 74.

51 *MMCBA* (1884), tomo I: 259.

52 *MMCBA* (1873): 199.

53 *MMCBA* (1872): 20.

54 Recordemos que en 1832 Rosas pretendía para el Cementerio del Sud una superficie de seis cuerdas cuadradas, es decir, una dimensión análoga a la del cementerio que 35 años después fue inaugurado.

reafirma una innegable decisión geopolítica que anticipa, por varias décadas todo mandato higienista de reunir “establecimientos insalubres” que pudieran contaminar el aire, el suelo, o el agua.⁵⁵ Las connotaciones negativas de los terrenos de la Convalecencia databan de fecha antigua. Habían sido los lugares de la Mazorca rosista y, en efecto, el terreno original donde Pueyrredón había proyectado el cementerio había servido de escenario para la novela de Esteban Echeverría.⁵⁶ Se trata de un sector urbano que en lo general había sido destinado a programas arquitectónicos marginales y diversos, como prisiones y otros lugares de encierro que tuvo también su correlato a lo largo del siglo XIX y principios del XX.⁵⁷ Se producía allí una conjunción entre programas urbanos peligrosos, tramas urbanas irregulares y valoraciones populares de negativa moralidad. En julio de 1869, mientras el Cementerio del Sud aún existía, el *Diario La Tribuna* publicaba una nota que veía en la “aglomeración de elementos insalubres y peligrosos de esa parte de la población” una condena al atraso y lo repugnante.⁵⁸ En aquellos tiempos seguían activos el del Norte, el de Disidentes y el Provisorio del Sud, y también se inauguraba el Tercer Cementerio de Flores (aunque aún pertenecía a otra jurisdicción).

Por su parte, el municipio de Belgrano —que años más tarde, como el de Flores, también fue anexado a la ciudad— tuvo dos cementerios. El

55 Paiva (2000).

56 *El Matadero* de Esteban Echeverría fue escrito entre 1838 y 1840, aunque publicado póstumamente en 1871. La obra encarnaba los conflictos entre unitarios y federales, funcionaba como metáfora ya que pretendía caracterizar al gobierno de Juan Manuel de Rosas.

57 Ruiz Díaz (2018); Caride, Dal Castello y Ruiz Díaz (2018). Ver *Terrenos al sur*, en este libro.

58 “Con razón se alarma el vecindario del Sud, como hemos tenido ocasión de notarlo, al solo anuncio del local designado: pues la aglomeración de elementos insalubres y peligrosos en esa parte de la población, la han condenado hace tiempo a un atraso deplorable, sin ningún título ni derecho para hacerlo.

¿Con que derecho, en virtud de que razón de conveniencia publica se está desde hace tiempo aglomerando en un solo lado de la ciudad todo cuanto hay de peligroso o repugnante? (...) En efecto: al Sud tenemos el Hospital General de Hombres, la Penitenciaria, el Asilo, las Casas de locos y locas, el recreo de expósitos, el nuevo cementerio, los corrales, los saladeros e infinidad de fábricas de todo género. A poco más, llegara a ser un barrio condenado, al que solo se aproximara el que más no pueda”. *Diario La Tribuna*, (23 de Julio de 1869).

más antiguo había estado ubicado entre las calles Monroe, Blanco Encalada, Zapiola y Balbín, no muy lejos de la antigua sede municipal. No es cierta la fecha de su apertura, pero se estima que no fue mucho después de la creación del Partido en 1857.⁵⁹ El Segundo Cementerio fue habilitado finalmente en 1875, en el espacio que hoy ocupa la Plaza Marcos Sastre, entre las calles Monroe, Balbín, Valdenegro y las actuales vías del ferrocarril Mitre.

Respecto de la medida de emergencia de 1867 antes citada —de abrir dos cementerios provisorios, uno al sur y otro al oeste—, hasta ahora sólo hemos podido dar cuenta de la existencia del primero. La apertura de un cementerio al oeste ocurrió de manera forzada en 1871 ante el brote epidémico de la fiebre amarilla. Sin embargo, existe una versión bastante instalada que se basó en los supuestos del historiador Jorge Alfonsín que afirmaba su existencia desde 1867 en los terrenos de la Chacarita de los Colegiales, proyecto adjudicado a Pedro Benoit.⁶⁰ Esta versión, que fue aceptada y retomada por otros autores con posterioridad, provoca hoy imprecisiones que pueden ser confrontadas con fuentes de época. Miguel Cané, por ejemplo, narra que la inauguración del Cementerio de la Chacarita en 1871 introdujo una transformación significativa en aquel lugar que los estudiantes del Colegio Nacional disfrutaban durante los períodos de receso vacacional, sin señalar ningún antecedente de cambios previos (**Figura 6**).⁶¹

59 Belgrano se crea en 1857, el 3 de diciembre de 1856 se constituye como Partido judicial de Belgrano. Según la *Revista Fray Mocho* de 1912, el Partido limitaba al sur con la calle Ministro Inglés, al norte con el arroyo Maldonado, al este con el Río de la Plata y al oeste con los terrenos de White, Chacarita y herederos de Manuel Leche.

60 Es muy probable que esta idea haya surgido originalmente del texto de Jorge Alfonsín, que luego citan Boragno (2010) y Patti y Poltarak (1991), entre otros. Los fundamentos que prueban que el cementerio Viejo de la Chacarita haya existido desde 1867 no son completos. Los de Alfonsín se fundan en relatos muy posteriores a los hechos y en una discutible interpretación de un plano catastral de 1871, adjudicado a Pedro Benoit. Sin embargo, el autor provee en su texto algunos redibujos propios de aquella fuente. Sus fundamentos, en suma, aún no parecen lo suficientemente sólidos como para rebatir los discursos oficiales que asignan la fecha 1871 como los inicios del Cementerio.

61 El libro *Juvenilia* del escritor y político Miguel Cané narra sus propios recuerdos como estudiante del Colegio Nacional de Buenos Aires, entre 1863 y 1868. La obra fue publicada en 1884.

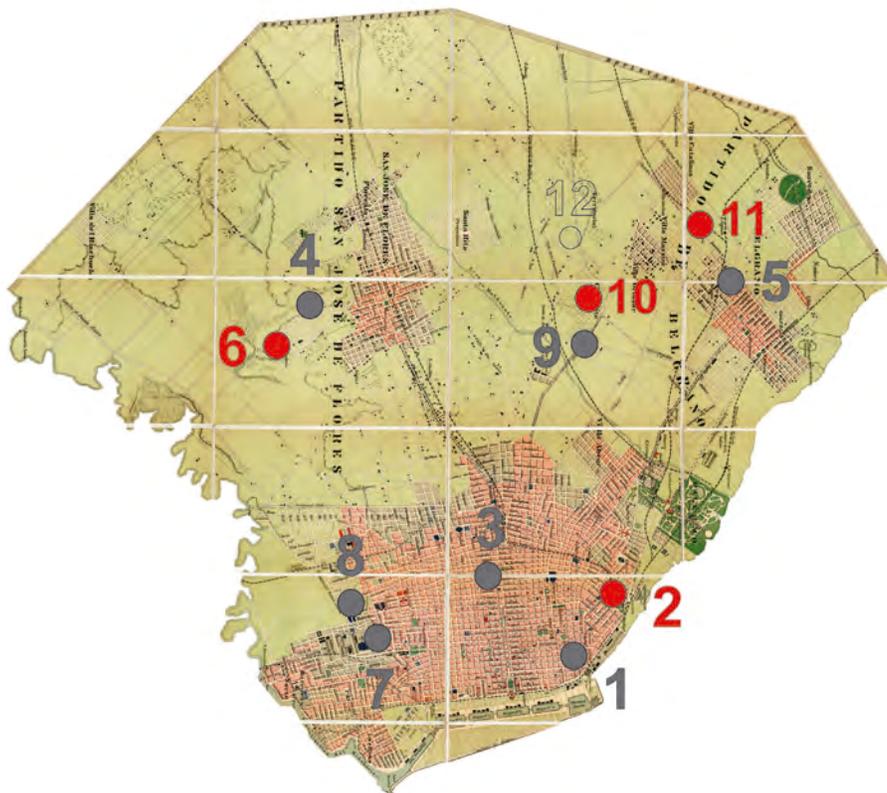


Figura 6: Mapeo de los cementerios existentes y los inactivos hasta el año 1892. N.º 1 Primer Cementerio de Disidentes (1821-1833); N.º 2 Cementerio del Norte (1821-actualidad); N.º 3 Segundo Cementerio de Disidentes (1833-1892); N.º 4 Segundo Cementerio de Flores (c. 1832-c. 1860); N.º 5 Primer Cementerio de Belgrano (c. 1860-1874); N.º 6 Tercer Cementerio de Flores (c. 1860-actualidad); N.º 7 Cementerio Provisorio del Sud (1867); N.º 8 Cementerio del Sud (1867-1871); N.º 9 Cementerio Viejo de Chacarita (1867-1871) (1871-1888); N.º 10 Enterratorio General del Oeste (o Nuevo de Chacarita) (1873-actualidad); N.º 11 Segundo Cementerio de Belgrano (1875-1898); N.º 12 Solar donde iba a constituirse el Cementerio Israelita (1921). Fuente: Elaboración propia sobre el plano de Pablo Ludwig (1892).

Oeste

Un decreto del 11 de marzo de 1871 que por disposición del Gobernador Emilio Castro establecía la clausura de los cementerios de Buenos Aires, ordenaba la apertura de un enterratorio general en la “Chacarita de los Colegiales”.⁶² Emilio Castro ya había advertido la magnitud de la epidemia que poco menos de un mes después obligó la clausura del Cementerio del Sud. La fecha establecida para su cierre fue el 14 de abril, simultáneamente, ese mismo día se estaba inaugurando el de la Chacarita.

Aquellos territorios al oeste de la ciudad eran aún poco poblados, pero no desiertos. En su paso por las aulas del Colegio Nacional (1863-1868), Miguel Cané recordaba aquel lugar, que tiempo atrás había sido “casa de campo” donde los estudiantes del Colegio vacacionaban, y mencionaba su gran extensión y su localización estratégica “a igual distancia de Flores, Belgrano y la capital”.⁶³ Desde las *Memorias Municipales* también se ponderaban las condiciones de relativa altura —poco menos de 20 metros sobre el nivel del mar— que “dominan” la ciudad,⁶⁴ así como la condición favorable de los vientos. Algunos años más tarde Eduardo Wilde, en su

62 Esta hipótesis corresponde a Luis Núñez (1871): 56, y Del Pino (1971), entre otros.

Respecto de aquel sector de la ciudad, este había pertenecido primero a la Orden de los Jesuitas que fueron expulsados en 1767 y se establecieron luego en el Colegio Máximo de San Ignacio, el Real de San Carlos más tarde, el Colegio Seminario después y, por último, el Colegio Nacional que fundó Mitre en 1863. La denominación Chacarita de los Colegiales proviene de los tiempos del Colegio de San Carlos (1777), cuyo Reglamento ordenaba ir de vacaciones generales a la “Casa de Campo del Colegio”. Del Pino (1971).

El proceso de población fue muy variado y diverso. Tal vez las primeras trazas hayan sido las que resultaron de una orden de Rivadavia, del 23 de septiembre de 1826, para formar un pueblo “en el lugar conocido con el nombre de Chacarita de los colegiales, de la propiedad del estado”. Todo terreno de ese lugar que no haya sido dado en arriendo pasaría a formar un pueblo que se llamaría Chorroarín. La letra del texto decía que cada manzana se dividía en doce solares iguales. Aquellas “suerte de quintas” estaban principalmente destinadas a las familias emigradas “industriosas”, se refería, según Diego Del Pino, principalmente a colonos alemanes. La ocupación de esos terrenos y las actividades productivas proyectadas allí eran parte constitutiva del plan de “progreso” del país. *ROPBA*, 23-09-1826.

63 Cané ([1884] 2003).

64 *MMCA* (1873): 198.

Curso de Higiene Pública de 1885, celebraba la decisión de localizar allí al Enterratorio General del Oeste, dadas las características geológicas, topográficas y la distancia “ni exigua ni exagerada” con la ciudad.⁶⁵

Aquel primer cementerio que debía reemplazar a los otros que existían en la ciudad era hasta la fecha el más alejado de todos, situado a 9 kilómetros de la Plaza de la Victoria. Ocupaba una superficie de 5 hectáreas,⁶⁶ casi idéntica a la de los cementerios del Norte y del Sud previos a este, y era “de forma romboidal, dividido en dos secciones —1.º y 2.º, midiendo sus lados 129,50 por 416,50 [metros] lineales”.⁶⁷ Ocupó los terrenos que actualmente conforman el Parque de Los Andes. De cualquier forma, la medida de urgencia que le dio origen y sitio resultó apenas provisoria.⁶⁸

Colmado el Cementerio del Sud, el nuevo Cementerio de la Chacarita estaba destinado a recibir cadáveres “sospechosos” o de enfermedad epidémica. No obstante a estas medidas, el Cementerio del Norte seguía ofreciendo sepulturas para los “casos ordinarios” y exclusivamente para los que tenían propiedad adquirida.⁶⁹ Por ley del 26 de agosto de 1873 y por un decreto del 17 de agosto posterior a la ley, se estableció un Enterratorio General en los terrenos de la Chacarita para clausurar los que ya existían en el municipio —incluido el primero de Chacarita—, decisión que retoma las voluntades expresadas por Emilio Castro en 1871.⁷⁰ Pero los intentos oficiales de 1871, 1873 y posterior a 1875 no fueron completamente eficaces. El Cementerio del Sud sí fue cerrado y reemplazado por el de Chacarita en 1871, pero el del Norte jamás llegó a clausurarse definitivamente: durante

65 Wilde ([1878] 1885).

66 *MMCBA* (1884), tomo 2: 257.

67 *MMCBA* (1884), tomo 2: 257.

68 “Los aterradores estragos de la epidemia de 1871 sorprendieron á la Municipalidad sin Enterratorio, en que inhumar el sin número de víctimas que ella causaba”. *MMCBA* (1884): 267.

69 *MMCBA* (1872).

70 Es importante señalar que las *Memorias Municipales* consideraban, en muchas ocasiones, como objetos diferentes al Cementerio de la Chacarita y al Enterratorio General, aunque esta no fue una pauta permanente, los textos oficiales en muchas otras oportunidades hacían uso indistinto de estos nombres para referirse tanto al viejo como al nuevo enterratorio. Por tal motivo, la articulación de estos documentos con los cartográficos permitía establecer una comprensión más clara de los procesos de aparición, expansión y transformación de los solares.

aquella década de 1870 algunas inhumaciones siguieron llevándose a cabo, a excepción de algunas tareas de conservación y limpieza, y la construcción de algunas edificaciones de bóvedas aisladas, no hay registro de transformaciones significativas desde su mayor ampliación de superficie en 1828; Informes municipales indicaban que, aun rigiendo la ley de clausura, seguían vendiéndose sepulturas para costear los gastos internos.⁷¹

Respecto del original Cementerio de Chacarita (denominado por algunos autores como Viejo Cementerio de la Chacarita) no hubo mayores transformaciones en los años que siguieron hasta su clausura definitiva en 1888.⁷² Hasta aquel momento, el enterratorio primitivo ocupó prácticamente el mismo solar y no recibió ningún ensanche. Mientras tanto se publicaban las primeras noticias sobre la proyección de un nuevo Enterratorio General en las adyacencias. A pesar de la escasez y naturaleza ambigua e imprecisa de los documentos de aquellos años, estos testimonios nos permiten inferir que el viejo cementerio y el nuevo coexistieron durante unos pocos años. Mientras este ya estaba instalado y, probablemente colmado, ya se disponía de un terreno vecino, localizado del otro lado de la calle, que estaba siendo delimitado por un alambrado y preparado para funcionar como cementerio. Aquel nuevo terreno fue el solar matriz del Enterratorio General que en los sucesivos años fue incorporando nuevos terrenos linderos.

También informaban las *Memorias* de 1873 sobre las tareas realizadas en el Cementerio del Norte que se limitaban prácticamente a tareas de

71 *MMCBA* (1876).

72 “Habiendo llegado el momento de tener que regularizar la parte antigua del enterratorio comprendida en el ensanche, la superioridad decretó, en vista de la necesidad de clausuración de ella para las inhumaciones comprendiendo también las del primer cuerpo ó departamento; acordando un plazo para que los deudos ó interesados puedan practicar las inhumaciones de los restos que les interese (...) con esta resolución se logrará el objeto que se persigue, cual es la prosecución de las obras proyectadas pues de otro modo no hubiera llegado nunca la época oportuna por que los vendedores de sepulturas por su voluntad no habrían coadyugado á la práctica de una mejora que muchos de ellos consideran con indiferencia é innecesaria (...) Las secciones clausuradas son la 1º. Y 2º. Del antiguo cuerpo [el primer Cementerio] y la 5º. 6º. 7º 8º. Del segundo que corresponde al terreno que se compró en 1875 (...)”. *MMCBA* (1888): 353-354.

mantenimiento. En cuanto al Cementerio del Sud, si bien ya no estaba en servicio, se lo cuidaba minuciosamente, pues se mencionaba que durante esos años posteriores a la clausura fue el más visitado de la ciudad; recordemos que había recibido sepulturas de muertes de cólera *morbis* y algunas de fiebre amarilla y que, a diferencia del de Chacarita, era más accesible viniendo desde la ciudad y, por haber sido planificado, las tumbas estaban individualizadas, a diferencia de las fosas comunes que por urgencia debieron ser improvisadas durante los primeros tiempos de Chacarita.

La construcción del Nuevo Enterratorio al oeste de la ciudad no fue inmediata, aquel sitio no era para las autoridades “sino un potrero con cerco alambrado, donde al menor descuido lo invaden los animales”. El proceso de ampliación acontecería después por medio de una ley del 26 de junio de 1875 que encargó el proyecto de ensanche, que llevó varios años y etapas. Seis meses después se realizó la compra de un terreno adyacente a don Mariano Medrano, pero calle de por medio, de 6 a 77 y forma cuadrilonga denominado “2º. Departamento” que tampoco tardó en colmarse.⁷³ Informaban las *Memorias Municipales* que ya en 1883 se volvía imperioso realizar sepulturas sobre las calles, recurso que ya se había empleado en el Cementerio del Sud y el primitivo de la Chacarita.⁷⁴ Durante aquellos años el aspecto general del nuevo Cementerio no ofrecía mejoras sustantivas. Hasta por lo menos los primeros años de la década de 1880, diversas versiones confirmaban la imagen de un campo abierto y desordenado.

Una vez más los cercanos antecedentes epidémicos fueron motivo decisivo para movilizar la ampliación del cementerio a dimensiones más acordes a la población actual; se previó, sobre todo, una aceleración de la tasa de mortalidad en caso de que ocurriera una nueva catástrofe. Un reciente brote de viruela había impulsado la creación de una Comisión para el Ensanche del nuevo Cementerio de Chacarita —o Enterratorio Gene-

73 Esta fecha no es del todo precisa pues las *Memorias* de 1875 explicaban que el 25 de noviembre de 1875 se habían comenzado a realizar las primeras inhumaciones, ver *MMCBA* (1875): 37.

74 *MMCBA* (1884): 257.

ral, como se lo llamó de manera indistinta—. ⁷⁵ Una ordenanza del 13 de agosto de 1883 autorizaba el ensanche y ordenaba a la Oficina de Obras Públicas el plano general de su distribución interior y el muro que debía cercarlo. El plano fue presentado por la Oficina de Ingenieros Municipales e inmediatamente aprobado por la Comisión Municipal. ⁷⁶ Se debe mencionar que con el nuevo proyecto de Buschiazzo el municipio ya estaba en condiciones de dar curso al convenio establecido con las congregaciones protestantes para mudar allí el Cementerio de los Disidentes (**Figura 7**). ⁷⁷

Poco menos de un año después, el Concejo Deliberante autorizó al Intendente para que tomara las medidas necesarias para ejecutar la obra. Entre las negociaciones pendientes figuraba, nada menos que la gestión para obtener los terrenos. Parte de ellos eran de propiedad particular y otros de la Nación, habían sido elegidos por ser elevados y de naturaleza calcárea, pero, sobre todo, por su proximidad al terreno que se le había comprado a Medrano en 1875. Esta era una condición importante, en virtud de aprovechar las costosas obras realizadas allí hasta el momento. ⁷⁸

75 Nombrada por la Comisión de Higiene, la Comisión para el Ensanche estaba integrada por el Dr. Teodoro Baca, Lorenzo Martínez y el arquitecto Juan Antonio Buschiazzo. En el propósito de la ampliación, se incluía también la clausura del cementerio de Disidentes que desde 1833 ocupaba la manzana delimitada por las calles Victoria, Pasco y Alsina. Sin embargo, ya no se mencionaba la clausura de CN que, como veremos, había sido elevado por aquellos años a categoría patricia, mediante las operaciones de remodelación llevadas a cabo por el mismo Buschiazzo. *MMCBA* (1882).

76 *MMCBA* (1882): 124-131. “Siendo pequeña e irregular el área de terreno que éste ocupa y necesario adquirir mayor estension para destinar conveniente al Enterratorio de Disidentes”.

77 *MMCBA* (1884): 259. Se había acordado en 1869 la donación municipal a perpetuidad de un terreno para la comunidad protestante, en el sitio en el que se había establecido el nuevo cementerio de la ciudad, a cambio de que éstos cedieran la manzana que ocupaban en las calles Yrigoyen, Pasco y Alsina. La Municipalidad se comprometía a construir una capilla de iguales dimensiones a la existente. *MMCBA* (1884): 263. El traslado se hizo efectivo en 1892.

78 *MMCBA* (1883): 259. Se tomaba como base para la expropiación de los terrenos la ley, aún vigente, del 12-09-1866.

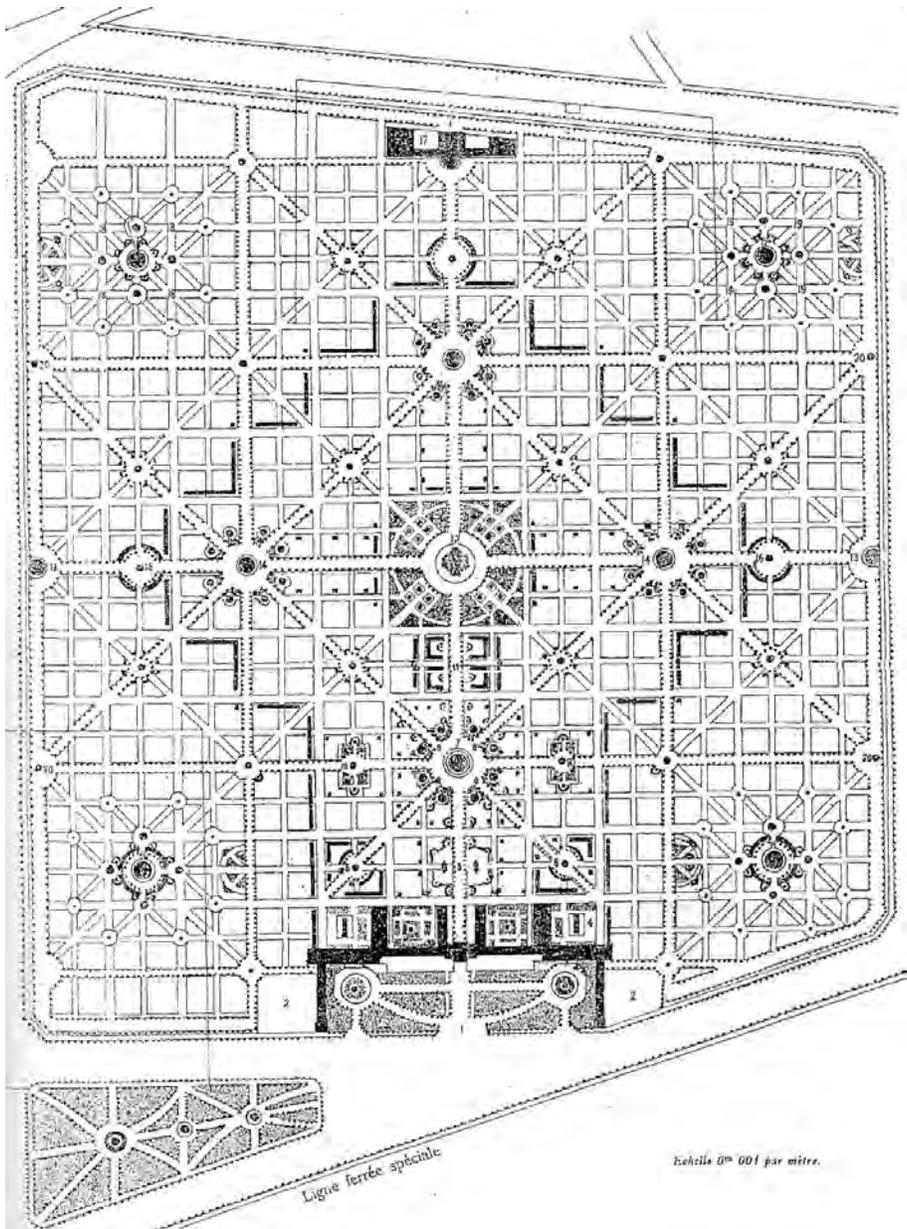


Figura 7: Plano del proyecto de ensanche de 1885, autoría de Juan Antonio Buschiazzo. Fuente: Coni (1887).

Negociaciones

El 4 de abril de 1884 se habilitó por ordenanza la Segunda División para el ensanche que dependía de la posesión de nuevas tierras. Agustín Comastri, al sur, y Ángel Roncoroni y Jorge Gowland, al norte y oeste, eran los propietarios de las parcelas privadas que debían adquirirse según indicación de Buschiazzo. En cuanto a las del erario público, siete manzanas fueron solicitadas al Municipio de Belgrano y cedidas con mayor inmediatez. La negociación entre el Presidente de la Comisión Municipal de Buenos Aires, Torcuato de Alvear y el Intendente de Belgrano, Julio Fonrouge, obtuvo resultados beneficiosos para ambos partidos. Buenos Aires obtenía los primeros terrenos para el ensanche a cambio de ceder una manzana para fallecidos que provinieran del partido vecino, y tenía que realizar y mantener una calle de importancia que conectaba con el Cementerio.⁷⁹ El beneficio para Belgrano era previsible pues no era difícil pensar que las escasas dimensiones de su segundo Cementerio y la inminente proximidad a la ciudad que se extendía derivarían en una no muy lejana clausura, que efectivamente ocurrió en 1898.

El tercer y más arduo capítulo de negociaciones para ampliar la superficie del nuevo Enterratorio, enfrentaba al Gobierno Municipal, al Gobierno Nacional y el Ministerio de Guerra y Marina. El terreno que ocupaba el Cuartel 6.º Regimiento de Caballería era la pieza que completaba esa fase del ensanche. A cambio, el Ministerio pedía la cesión de dos manzanas ubicadas al sur de la ciudad, que correspondían a la Administración de Limpieza (**Figura 8**).

Las *Memorias Municipales* celebraban la inauguración oficial del nuevo Enterratorio con fecha del 9 de diciembre de 1886, sin embargo, nos hemos dado cuenta de que el curso de las transformaciones no fue sostenido ni inmediato.⁸⁰ Los sucesos que narramos matizan toda idea de lo definitivo que

⁷⁹ *MMCBA* (1884): 270.

⁸⁰ “Tiene al fin la metrópoli un enterratorio vasto como se cree, no hay otro; pues la superficie que abarca es de cerca de 2.900,000 metros cuadrados (...) circundado de fuertes muros almenados, con pilares cuyas cúspides coronan capiteles sencillos terminados con caperusa de pirámides que, cual inmensas cortinas encenefadas parecen vedar el misterio y secreto que en su recinto se

pueda imaginarse de aquella inauguración. Es decir que aquel acto oficial de apertura no fue más que una instancia provisoria de un proceso aún incompleto, aunque también un acto simbólico que marcó una trayectoria de institucionalización y formalización del cementerio intraurbano.

Todavía en 1887 se conservaba la vieja capilla de los Colegiales, que había sido recientemente refaccionada, pero se demolió parte del antiguo edificio de los Colegiales y 150 metros de muro del antiguo Cementerio.⁸¹ Sin embargo, en 1896 aún seguían sin terminar los trabajos de cierre perimetral, pavimentación y montaje de portones y verjas, incluso las de cierre del recinto. La imagen interior todavía estaba lejos de aproximarse al gran enterratorio monumental de la ciudad, pues los primeros sepulcros fueron construidos recién en 1893.⁸² Una vez definido el perímetro general, en 1888 ya se estaba en condiciones de establecer definitivamente la clausura de las secciones 1.º

encierra y guarda; é indican pues el sagrado lugar instituido hasta para una época indeterminada. (...) Según el plano de la necrópolis se divide en dieciséis secciones regulares que presentan la figura de un rectángulo (...) fuera de esta, dividido por una ancha vía existe otra porción grande de terreno destinada para casos de epidemia. (Las secciones se componen de cuadrados denominados manzanas; éstas subdividense en letras y tablones hasta la mínima unidad que forman dos metros y medio por uno cuadrado. Los puntos determinativos están colocados, sólo falta que el pico y la pala hagan, cual cincel, los relieves demarcadores de las calles, etc.; y para complemento que los artífices levanten los edificios necesarios de la administración. Las calles espaciosas y estensas son diagonales y rectangulares, estas tienen dirección N.O. á S.E y N.E. á S.O. las otras rumbean de Norte á Sud. Dichas calles figuran en número de 190; siendo 80 de 5 á 20 metros de ancho, las demás de 185 metros; la longitud de todas está en 800 y 900 metros lineales. Las plazas y plazuelas en número de 95, todas circulares son diferentes, por el momento, entre sí por su diámetro, cuyo está entre 20 y 80 metros. La superficie invertida en calles, plazas y algunos espacios es próximamente de 760,000 metros cuadrados. La distribución ornática de las figuras geométricas, se presentan en el plano, bajo una rigurosidad tan simétrica y sin monotonía que dan una perspectiva agradable. (...) Las reformas avanzadas que vengan son las que harán producir la economía del terreno, tiempo, trabajo y pecuniaria". *MMCBA* (1886): 141-143, sección informe del administrador del Cementerio de la Chacarita.

"El ensanche del cementerio que es actualmente el 'Enterratorio General' se inauguró modestamente y en fuerza de las circunstancias el día 9 de diciembre con la inhumación practicada en la sepultura 1º de la letra A de la manzana 4º, de la 2º sección. De consiguiente, con empezar el servicio, han desaparecido las dificultades que cada dos, cuatro ó más años se presentaban por la falta de tierra". *MMCBA* (1886): 143, sección informe del administrador del Cementerio de la Chacarita.

81 *MMCBA* (1887): 540.

82 *MMCBA* (1896): 111-112.

y 2.º del “antiguo cuerpo”, y las 5.º, 6.º, 7.º y 8.º del segundo (cementerio), aquel que se inauguró tras la compra del terreno a Medrano en 1875.⁸³ La clausura y posterior traslado de los cuerpos al nuevo cementerio en 1897 daba lugar a que el más antiguo pasara a convertirse, 16 años después, el 28 de octubre de 1904, en el Parque Los Andes.⁸⁴ La clausura y exhumaciones hechas en el predio, que funcionó desde 1875, eran imprescindibles para poder llevar a cabo el nuevo trazado, en el cual estaba incluido (**Figura 9**).

La gestión de Torcuato de Alvear, junto con su brazo ejecutor de obras públicas, Juan Antonio Buschiazzo, fue positiva en lo que respecta a la construcción y valoración del Enterratorio General del Oeste, pero también al mantenimiento y mejora del Cementerio del Norte. Hemos podido dar cuenta de que aquel primer Cementerio resistió la clausura en la más amenazante década de 1870. Una conocida epístola de Torcuato de Alvear dirigida al Ministro de Gobierno con fecha del 27 de octubre de 1880 constituyó un punto de partida para las transformaciones que desde 1830 no ocurrían en Recoleta. La carta de Alvear condensaba ideas que ya circulaban y expresaba un decidido gesto político que por otra parte daba cuenta de un contexto de debates y definiciones jurisdiccionales en torno a la capitalización⁸⁵ y de la necesidad de configurar una idea de nación y patria a través de los muertos.⁸⁶

83 *MMCBA* (1888): 353-354.

84 Respecto de las exhumaciones que debieron practicarse para desafectar el viejo cementerio, se las debía practicar, por indicación municipal, de noche y, en especial, durante las estaciones del año más frías, para evitar propagación de miasmas y, probablemente, reducción de olores. Esta norma rigió para este cementerio y también para el Cementerio del Sud y para el de Disidentes. Crónicas actuales de trabajadores del subterráneo de la línea B, cuya playa de maniobras de la terminal ocupa parte del subsuelo del viejo cementerio, nos permitieron corroborar que la remoción de cadáveres no fue completada, pues explicaron que permanecía a la vista de las instalaciones subterráneas restos óseos de aquellos cuerpos. Además de los relatos orales a los que el autor pudo acceder, Jorge Alfonsín mencionaba referencias similares, al añadir que su propio padre, quien había trabajado en 1929 en las obras del subterráneo, había sido testigo de estos acontecimientos. Alfonsín (1994): 13.

85 Claudia Shmidt asociaba las obras de reinauguración del Cementerio del Norte, así como la Avenida de Mayo o la transformación de la Plaza de Mayo, a un plan de embellecimiento urbano y modernización que estaba ligado con el proceso de capitalización de la ciudad. Shmidt (1995): 8-43.

86 “Señor Ministro de Gobierno. En el Cementerio del Norte tengo que practicar inmediata-



Figura 9: Arriba a la izquierda, imagen de la década de 1880 que da cuenta del aspecto general del Enterratorio; para esos años, su extensión ya se había producido, al menos las primeras fases de ensanche. La segunda imagen, a su derecha, corresponde a la vieja capilla de la Chacarita de los Colegiales que fue incorporada y utilizada por el cementerio (1891). Abajo a la izquierda sobresale un edificio icónico que las sucesivas fotografías del Cementerio habían tomado como encuadre referencial: el Panteón de la Asociación Española de Socorros Mutuos, proyectado por el arquitecto Alejandro Christophersen en 1898. Recién aquí puede apreciarse una variación formal hacia el interior del cementerio porque algunas calles fueron pavimentadas, y los sepulcros comenzaban a otorgarle una consolidación de cementerio. La última imagen, a su derecha, corresponde al flamante Templo Crematorio de 1903 y muestra cómo aún en los albores del siglo XX los fondos del Cementerio daban cuenta de un paisaje virgen, aunque delimitado por los muros almenados perimetrales, diferente del construido y geometrizado que se apreciaba en la fotografía anterior. Fuente: Archivo General de la Nación (AGN). Las últimas dos imágenes corresponden a los inventarios N.º 213810 y 213815.

mente reparaciones indispensables y necesarias, pues su estado es deplorable. Los particulares han enterrado allí ingentes sumas en mausoleos suntuosos para depositar los restos de sus deudos y la autoridad no ha hecho nada para hacer siquiera transitable aquella triste mansión. Me preocupo de hacer algo y para ello cuento con el concurso del Superior Gobierno de que V.E forma parte (...). *MMCB* (1880): 147.

“La clausura del Cementerio del Norte (...) no puede ya tener lugar después de declarar el Municipio de la ciudad, Capital de la República, sino se le dá mas amplitud a sus límites”.⁸⁷ Por otra parte, Alvear declaraba la inocuidad de los cementerios, se apoyaba en los testimonios científicos de médicos, como los del higienista Robinet que fue quien hacia 1860 rechazaba el traslado de los cementerios parisinos a los suburbios. Estas declaraciones ocurrieron *ex post* reinauguración de las obras de remodelación y reinauguración que tuvieron lugar el 2 de noviembre de 1881, día de los muertos.

Por la falta de los planos del proyecto original de Buschiazzo, como los de Chacarita y Belgrano, sólo las *Memorias de la Municipalidad* pueden ofrecer un panorama de las acciones generales. Entre las más técnicas, se describen las de nivelación y correctas descargas pluviales, ensanche y pavimentación de calles, trazado de nuevas calles hacia el fondo, sustitución de los árboles de álamos y construcción de un templete central cuyos nichos se destinaron a donación “para personas que se hayan distinguido con acciones notables”. También fueron remodeladas otras secciones de nichos. La acción más impactante a los ojos de la ciudad fue la construcción del pórtico de acceso en cuyas metopas se alojaron diversas figuras alegóricas relacionadas con la cuestión funeraria.⁸⁸ También se reconstruyó la capilla lateral al acceso, se la amplió en sus dimensiones. En ambos casos se describió el empleo de recursos de “orden Dórico del Renacimiento”. Opuesta a la capilla que garantizaba la simetría axial desde el acceso, se construyó el edificio de la Administración. Próximo a la capilla, en dirección hacia el río, fueron reemplazadas cuatro piezas de material en estado ruinoso y se construyó allí una sala de autopsias con equipamientos de última generación, recinto que contaba con puerta a la calle. Parte del cerco perimetral fue demolido y reconstruido con ladrillos de máquina y junto a la inglesa se remodeló el segundo acceso y se colocó un nuevo portón en la parte trasera. Por último, la “Plaza de la Paz” ubicada al frente del Cementerio fue remodelada, formando un jardín con una fuente mientras que del lado

87 *MMCBA* (1881): 451.

88 Hilger y Navas (h) (2001) ofrecen una lectura posible de los símbolos alojados en el acceso del Cementerio de Recoleta.

de la barranca que bajaba al Paseo de Julio, se realizó desmonte y parquización, todas estas obras fueron realizadas por el jardinero municipal Eugéne Courtois.⁸⁹

Apenas finalizada la inauguración, entró en vigencia una disposición elaborada por la Oficina de Obras Públicas con el propósito de “cortar abusos de los constructores que invadían terrenos particulares y aún la vía pública”, por lo que se obligaba a presentar planos de proyecto y memoria que detallaran aspectos técnicos y estéticos de los sepulcros que se pretendían construir. Se debían incluir, mínimamente, dibujos de plantas de los diferentes cuerpos en escala 1:100 cortes y fachadas.⁹⁰

La orientación oeste había formado parte de los imaginarios de principios del siglo XIX, cuando se buscaba el emplazamiento para el primer cementerio, y tuvo en el curso de los años siguientes una aceptación general. La casa de campo del Colegio Nacional, algunas quintas de veraneo, y otras reparticiones estatales inauguraban un territorio que era lejano, anegadizo y escasamente poblado. El Primer Cementerio de Chacarita inauguró un largo proceso de transformaciones a las que se fueron sumando otros programas arquitectónicos vinculados con la marginalidad, y la regeneración social. Las primeras ideas de un “Parque al Oeste” habían surgido hacia 1874, mientras el cementerio se expandía lentamente, aunque aún no se había instituido en el sentido monumental que derivaría con la posterior obra de Buschiazzo.⁹¹ La idea de parque, en las adyacencias de Chacarita, reunía un doble propósito recreativo y pedagógico mediante la creación de una quinta agronómica.⁹² Poco tiempo después, el ingeniero de la Dirección General de Arquitectura, Miguel Olmos, proyectaría en terrenos vecinos una Cárcel de Mujeres, y una Colonia de Menores en 1905. Por otra parte, la Cárcel de Encausados, proyectada por los hermanos Juan A. y Juan C. Buschiazzo en el año 1911 formaba un eje con el Parque del Oeste y un Cementerio del Oeste que ya

89 *MMCBA* (1881): 453-458.

90 *MMCBA* (1882): 122-123. Ver también disposiciones en *Digesto Municipal de la ciudad de Buenos Aires* (1907).

91 Ruiz Díaz (2018): 110-156.

92 Proyecto de Charles Thays, de 1901, y Benito Carrasco, de 1917.

estaba plenamente consolidado, y apenas un año antes se había inaugurado a pocas cuadras de allí el Hospital General de Agudos Dr. Ernesto Tornú.⁹³ Todavía permanecen en aquel sector del oeste la Facultad de Veterinaria y Agronomía de la Universidad de Buenos Aires (1911), los Hospitales Roffo (1915-1927) y Alvear (1908-1909), algunos parques e incluso el solar donde iba a establecerse el Cementerio Israelí, que actualmente ocupa el Polideportivo Malvinas Argentinas. Al igual que en el sector de la Convalecencia, la trama urbana es irregular, consecuencia tal vez de las diversas experimentaciones, y de la escala y características formales de los diferentes programas. En cuanto al caso particular del Enterratorio General del Oeste, hemos podido notar que la progresiva anexión de diferentes terrenos fue dando como resultado una particular forma.

Palabras finales. El triángulo como imagen simbólica y material

En el cambio de siglo, la actividad de los cementerios terminó concentrándose en los de Flores, del Oeste y del Norte. Los otros cementerios dejaron de recibir sepulturas, y buena parte de ellos se convirtieron en parques o plazas. No hubo, y tampoco existió después en la ciudad una actividad y proliferación de cementerios semejante a la que ocurrió entre las décadas de 1860 y 1880. Aquella dedicación de la gestión pública orientada a la creación de nuevos cementerios buscaba saldar intentos y propuestas originadas en las décadas de 1820-1830. Las décadas que comprenden las gestiones de Rivadavia y Rosas delinearon gran parte de las ideas de base higienista y planes de acción, que algunos años después, en la medida en que médicos e ingenieros tomaban mayor protagonismo y poder de acción sobre la ciudad, se fueron ejecutando. Y si bien con el ingreso al siglo XX las teorías y percepciones de contagio se fueron actualizando, el urbanismo moderno sostuvo gran parte de las prerrogativas higienistas en las estrategias de *zoning*.⁹⁴

93 Ver *Buena ciudad, buena arquitectura y buena sociedad*, en este libro.

94 El proyecto para la ciudad industrial de Tony Garnier, de finales del siglo XIX, indicaba que fuera del núcleo urbano se ubicaran “otros equipamientos, en primer lugar los hospitales, luego los mataderos, el cementerio, etc.”. Sica ([1978] 1981): 56.

Los sucesivos brotes epidémicos fueron la principal causa para la acelerada ocupación, expansión y desplazamiento de un número mayor de cementerios en la ciudad. Y en ese sentido es posible pensar aquellas experiencias fuertemente asociadas al progreso de las ciencias como una acumulación de conocimiento que robusteció y garantizó un progresivo control de la ciudad. La municipalización y la progresiva formación de nuevas dependencias burocráticas colaboraron a delinear objetivos y acciones concretas. Estos procesos incidieron directamente en la institucionalización de los cementerios en tanto objetos plenamente utilitarios, aunque operaron también como representación de una estructura social, y de los esenciales vínculos entre vivos y muertos. Los sucesivos proyectos, reglamentos y otras normas contribuyeron a tal legitimación.

La ocupación de los terrenos al norte, sur y oeste se fue dando de manera relativamente cronológica, si bien eran enclaves ya premeditados desde la década de 1820. Sería posible leer aquella dinámica expansiva como un desplazamiento desde el norte hacia el sur y finalmente al oeste, aunque pudimos notar que no se trató de un movimiento estrictamente lineal, dado que las relaciones de simultaneidad entre los diferentes cementerios sugieren otras relaciones de triangulación. Desde un punto de vista estrictamente geográfico, aquel triángulo garantizaba cierta equidistancia con la ciudad formal, y constituía un anillo perimetral suficientemente externo, pero no demasiado lejano, a una distancia “ni exigua ni exagerada” tal como sugería Wilde en 1885. Desde un enfoque social, cada nodo designaba jerarquías y grados de aislación sanitaria diferenciales; así, se conducirían las sepulturas “ordinarias” al cementerio del Norte y las “dudosas” al del Oeste, aunque con la institucionalización progresiva de los cementerios esas diferencias se fueron matizando, pero decididamente no desaparecieron. No se ha trabajado aquí la relación entre los cementerios y las instituciones vecinas, tales como asilos y hospitales, pero no sería extraño pensar que hayan existido dinámicas particulares entre sí, exclusividad de sectores para sepulturas anónimas, o de mayor riesgo de contagio, así como procedimientos administrativos *ad hoc*. Sí es posible afirmar que hacia fines del siglo, la cremación fue uno de los destinos obligados para cadáveres “no reclamados” o presumiblemente

infectados, motivo por el cual el único crematorio de la ciudad en el oeste terminaba siendo la única opción posible.⁹⁵ Incluso, unas décadas antes, el Primer Reglamento de Cementerios de 1868 había fijado procedimientos de vigilancia de muertes por enfermedades, y determinado sectores diferenciados al interior de los cementerios.

Desde tiempos republicanos, el Hospicio de los Misioneros Franciscanos al oeste, el Convento de los Monjes Recoletos al norte (junto con los Corrales y Mataderos del Norte después), y “los terrenos de la Convalecencia” al sur (que ya era un sector marginal de la ciudad representado por la literatura, pero sobre todo caracterizado por las actividades productivas y por otros programas asociados con la enfermedad y la reclusión social), fueron referencias preexistentes a la localización de los nuevos cementerios. En cambio, la creación del Primer Cementerio de Chacarita sentó precedente en el oeste.

A pesar de la continuidad y vigencia de las pautas de exclusión de actividades peligrosas, los cementerios del Norte y del Oeste se fueron integrando a la ciudad forzosamente, porque la trama urbana se fue expandiendo, y así las concepciones extramuros perdían contundencia. Por la forma de las tramas irregulares es posible identificar aún hoy estos tres nodos urbanos. La regularidad, símbolo de modernidad y progreso urbano se interrumpió debido a otras formas más diversas y en apariencia caprichosas. Es posible suponer que la superposición histórica de programas diversos, sumada a la falta de planificación de estos rincones urbanos haya contribuido a provocar tal discontinuidad, heterogeneidad, morfología y escala de los loteos. En el sur y el oeste se puede leer con mayor claridad aquella tensión interna propia, en la que el territorio es dato histórico y condición presente, una huella material que indica un pasado, un presente y anticipa, en algún sentido, un futuro posible. El triángulo es, en ese sentido, una figura sumamente visible y presente en la constitución morfológica de las tramas al norte, al sur y al oeste.

95 Artículo 1, incisos 1 y 2 de la ordenanza que reglamenta la cremación con fecha del 17 de noviembre de 1903, en el capítulo *La costumbre del fuego purificante*, en este libro.

La idea de estabilidad también podría resultar relativa en la medida en que aquellos cementerios han permanecido pero al mismo tiempo se fueron ensanchando y cambiando. Hecha esta aclaración, la relativa permanencia de ambos cementerios intraurbanos —junto con el de Flores, que se estaba anexando a la ciudad durante la década de 1880— no debe leerse sólo como el resultado de una trama que se expandió en múltiples dimensiones. Es necesario recordar que Recoleta y Chacarita fueron objeto de un plan de embellecimiento urbano y de construcción de memoria llevado a cabo durante la gestión de Alvear por Buschiazzo, quien fue responsable del proyecto de ensanche para el Cementerio del Oeste y de su inauguración en 1883, de las obras para el Cementerio del Norte, también inaugurado en 1881; y que durante un prolongado período en la gestión pública había demostrado sólida experiencia en programas edilicios complejos, como el Cementerio de Belgrano de 1875 y la Cárcel de Encausados de 1911, entre otros.

Durante el proceso de institucionalización de los cementerios de Buenos Aires entre las décadas de 1820 y 1880, la visión de territorio como lugar natural y marginal, como símbolo de un “afuera” de la trama urbanizadora y de una “condena al atraso y lo repugnante” fue virando hacia una idea más compleja y depurada cuyo principal “actor sintagmático” fue el incipiente Municipio. Aquellos objetos simbolizaban la presencia jurídica, administrativa y el poder transformador de un Estado en formación. Hacia la década de 1880, la gestión de Alvear comenzó un proceso de identificación y apropiación de esos territorios como patrimonio, formando una narrativa épica de lo nacional que buscaba reactualizar aquellos objetos en el presente.⁹⁶ Aquel acto de inauguración determinó en buena medida la estabilización de los cementerios intraurbanos, y un progresivo proceso de patrimonialización que atravesó el siglo siguiente. Sin embargo, tales procesos de formalización y ordenamiento territorial no hubieran podido ocurrir sin los recursos y representaciones del método científico, que si bien era incapaz de anular los efectos mortíferos de la propia muerte, permitió restituir cierta simetría entre salud y enfermedad.

96 Rabinow, en Dematteis y Governa (2005): 38.

Bibliografía

- Alfonsín, Jorge. (1994). *El “cementerio viejo” de Chacarita*. Junta de Estudios Históricos de Villa Ortúzar. Buenos Aires: Talleres Gráficos de Digital Impresiones SRL.
- Aliata, Fernando. (2006). *La ciudad regular: arquitectura, programas e instituciones en el Buenos Aires posrevolucionario 1821-1835*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- (2009). *Carlo Zucchi. Arquitectura, monumentos, decoraciones urbanas (1826-1845)*. La Plata: Ediciones Ar. T Digital.
- Aliata, Fernando y Caride Bartrons, Horacio. (2017). Los bordes de Buenos Aires durante el primer Proyecto de Capitalización de 1826. *Anales del IAA*, Vol. 47, N.º 2, 147-160.
- Archivo General de la Nación (AGN).
- Armus, Diego. (1996). La idea del verde en la ciudad moderna. Buenos Aires 1870-1940. *Revista Entrepasados*, Año V, N.º 10, 9-22.
- Bacle, Hipólito. (1836). *Plano topográfico de la ciudad e inmediaciones de Buenos Aires, dedicado a Su Excia Ilustre Rdor de las Leyes, Gobernador y Capitán General Brigadier, Dn Juan Manuel de Rosas y levantado por C. H. Bacle. Propietario de la Imprenta del Comercio y Litografía del Estado*.
- Boragno, Susana. (2010). “Chacarita”. En Boullosa, J., *Relatos de dos barrios*. (pp. 85-126). Buenos Aires: datos editoriales n/a.
- Cané, Miguel. ([1884] 2003). *Juvenilia*. Freeditorial. (s/d).
- Corboz, André. ([1983] 2015). El territorio como palimpsesto. En André Corboz, *Orden Disperso. Ensayos sobre arte, método, ciudad y territorio*. (pp. 197-217). Universidad Nacional de Quilmes.
- Cortese, Luis. (1999). El Cementerio Provisorio del Sud. *Revista Historias de la Ciudad*, N.º 1, 68-77.
- (2000). Proyectos de construcción y problemas del Cementerio del Sud. *Revista Historias de la Ciudad*, N.º 4, 52-64.
- Dal Castello, David. (2017). *La ciudad circular. Espacios y territorios de la muerte en Buenos Aires 1868-1903*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso”.
- (2020). A una distancia ni exigua ni exagerada. Una lectura his-

tórica al concepto de cementerios extramuros. En *Muerte, morir, sociedad y cultura*. César Iván Bondar (Compilador/editor) (en prensa).

----- (2022). *Muerte en el parque. Cementerios de Buenos Aires, (1935-1965)*. (Tesis doctoral inédita, defendida el 11 de agosto de 2022). Buenos Aires, Argentina: FADU-UBA.

Dal Co, Francesco. (1975). De los parques a la región. Ideología progresista y reforma de la ciudad americana. En Ciucci, G., Dal Co, F., Manieri Elia, M. y Tafuri, M. *La ciudad americana. De la guerra civil al New Deal*. (pp.140-243). Barcelona: Editorial GG.

de Paula, Alberto. (1968). El arquitecto Richard Adams y la Colonia escocesa de Santa Catalina. *Anales del IAA*, Vol. 21, 40-72.

Del Carril, Bonifacio y Aguirre Saravia, Aníbal. (1982). *Iconografía de Buenos Aires. La ciudad de Garay hasta 1852*. Buenos Aires, Argentina: Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

Del Pino, Diego. (1971). *La Chacarita de los Colegiales*. Buenos Aires: Cuadernos de Buenos Aires.

Dematteis, Giuseppe y Governa, Francesca. (2005). Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del modelo SLOT. *Boletín de la A.G.E*, N.º 39, 31-58.

Diario La Tribuna, (23 de julio de 1869). Aglomeración de elementos insalubres y peligrosos de esa parte de la población.

Dodds, James. (1897). *Records of the Scottish settlers in the River Plate and their churches*. Buenos Aires: Gran and Sylvester.

Favelukes, Graciela. (2020). *El plano de la ciudad. Formas y culturas técnicas en la modernización temprana de Buenos Aires (1750-1870)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Fac. de Arq. Diseño y Urbanismo. Inst. de Arte Americano e Inv. Estéticas Mario J. Buschiazzo.

Hilger, Carlos. y Navas, Raúl.(h) (2001). Rito de pasaje. Símbolos en la puerta del Cementerio de la Recoleta. *Revista Summa* +, 51, pp. 121-124.

Latzina, Francisco. (1888). Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano. Geografía de la República Argentina. Ed. Félix Lajouane. Consultado el 12/11/2019 en <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b53025268c>>

López Durán, Fabiola. (2009). *Eugenics in the Garden. Architecture, Medicine, and Landscape from France to Latin America in the early Twentieth Century*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. (1858-1936). *Memorias de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (MMCBA)*. Ejemplares consultados desde 1858 hasta 1936. Consultadas el 05/09/2019 en <<http://biblioteca.legislatura.gov.ar/bibliotecaDigital.aspx>>
- Núñez, Luis. (1970). *Los cementerios*. Buenos Aires: Ministerio de Educación.
- Patti, Beatriz. y Poltarak, Sara. (1991). Los cementerios en la evolución de la ciudad de Buenos Aires. *Revista DANA*, N.º 30, 13-21.
- Paiva, Verónica. (2000). Teorías médicas y estrategias urbanas. Buenos Aires 1850-1920. *Estudios del Hábitat*, Vol. II, N.º 7, 5-19.
- Registro Oficial de la Provincia de Buenos Aires (ROPBA)*, correspondientes a las fechas 19/12/1821; 04/01/1822; 08/07/1821; 21/07/1822; 03/03/1823; 01/06/1832; 14/10/1858.
- Revista Fray Mocho* (1912). (s/d).
- Ruiz Díaz, Matías. (2018). *La ciudad de los réprobos. Historia urbana de los espacios carcelarios de Buenos Aires, 1869-1927*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Schávelzon, Daniel. (1991). La obra de Juan Antonio y Juan Carlos Buschiazzo en el Asilo de Ancianos de la Recoleta (1880-1935). *Revista DANA*, N.º 30, 7-12.
- (1999). *Buenos Aires Negra: arqueología histórica de una ciudad silenciada*. Buenos Aires: Emecé.
- Schmidt, Claudia. (1995). Juan A. Buschiazzo. Un profesional entre la arquitectura y la construcción. *Cuadernos de Historia del IAA*, N.º 6, 5-27.
- Sica, Paolo. ([1978] 1981). *Historia del urbanismo. El siglo XX*. Madrid: Instituto de estudios de administración local.
- Taullard, Alfredo. (1940). *Los planos más antiguos de Buenos Aires 1580-1880*. Buenos Aires, Argentina: Peuser editores.
- Wilde, Eduardo. ([1878] 1885). *Curso de Higiene pública*. Buenos Aires: Imprenta y Librería de Mayo. Consultado el 05/06/2019 en <<https://archive.org/details/101292610.nlm.nih.gov/page/n5?url=eduardo+wilde>>
- Wilde, José. ([1908] 1960). *Buenos Aires desde setenta años atrás (1810-1880)*. Buenos Aires: Eudeba.

Buena ciudad, buena arquitectura y buena sociedad

El Instituto del Cáncer, 1914-1927¹

Introducción

Recordamos perfectamente que al recorrer la avenida San Martín, nos llamó la atención aquel edificio en construcción, cuyas paredes apenas sobresalían de los yuyales inmensos que las circundaban. Un laberinto de salones grandes y pequeños, de puertas y ventanas, de pasillos subterráneos y galerías, que nos dejaran atónitos y que nada nos explicaron. Recurrimos, entonces, a los grandes carteles. Allí tuvimos la explicación: se construía el Instituto para el estudio y tratamiento del cáncer.²

1 Una información parcial de este texto, fue incluida en el capítulo *Tiempos difíciles (1930-1955)* de *Historia urbana y arquitectónica de la Universidad de Buenos Aires*, Mario Sabugo, Horacio Caride Bartrons y otros, Buenos Aires: Eudeba, 2019, pp. 239-247. Quiero dejar sentado mi reconocimiento al doctor Sergio Gianni por compartir detalles de su investigación y al doctor Gustavo di Bartolo quien generosamente suministró una inestimable documentación histórica. A Ernesto D'Orio, Rosana Cardozo y Analía Cogolato del Instituto de Oncología "Dr. Ángel H. Roffo". Al personal de la Biblioteca Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. A todos ellos, mi agradecimiento por sus contribuciones a este trabajo.

2 *¡Aquí está!* (1943, 8 de noviembre).

Así se refería Juan Basso, uno de los más cercanos colaboradores de Ángel Honorio Roffo, la primera vez que ambos médicos se acercaron a las obras del instituto, que luego llevaría el nombre de este último. El párrafo, que constituye uno de los escasos testimonios sobre aquel momento fundacional, también sintetiza los tres argumentos que buscamos desplegar. Aparece, en primer término, algo del contexto de aquella primera visita. Ocurrió en febrero de 1915, en un momento en que había comenzado la obra, cuyo destino no resultó ser el definitivo y con el evidente desconocimiento de Roffo. Basso describió la imagen casi rural de una construcción solitaria, en un terreno alejado de la ciudad consolidada. También comentó la complejidad de un diseño que incluso podría sorprender a los expertos. Finalmente, el título sensacionalista de la nota donde se registró la crónica (*Si se inaugura el Instituto, lo vamos a quemar con usted adentro*), recuerda los inicios de una institución rechazada por los vecinos más cercanos, que suponían un cáncer contagioso como si fuera una enfermedad infecciosa.

Quedan así planteadas las tres dimensiones que este trabajo intenta asociar. En primer término, la convicción que técnicos y políticos tenían para alejar los sitios “peligrosos” y vincularlos a un verde civilizador y curativo. En segundo término, la necesidad de resolver arquitecturas para un programa —una enfermedad— de la que se ignoraba muchísimo, incluso su posible transmisibilidad. Finalmente, el rechazo de una sociedad que desconocía todo sobre el cáncer y que no tenía otro recurso para enfrentar un riesgo a su salud, que el miedo a padecer semejante mal. Pensamos que estas tres dimensiones pueden examinarse en conjunto. Nuestra hipótesis sostiene que, tanto la lejanía de la ciudad y el verde curativo, las tipologías arquitectónicas y el rechazo social, pueden explicarse en la asociación del cáncer con enfermedades infectocontagiosas, particularmente la tuberculosis. Este paradigma proveía los términos del problema y los antecedentes para intentar resolverlo.³

Así, el objetivo de este trabajo es exponer algo de la complejidad de es-

3 La idea de la tuberculosis como una especie de enfermedad emblemática para comprender algunos aspectos de la cultura porteña está presente en algunos textos de Diego Armus (2007): 16-17.

tos procesos, difícilmente visibles en la globalidad urbana. Sin embargo, algunos sitios como el Instituto del Cáncer, proveen un lugar desde donde se puede observar mejor la urdimbre de esta trama, anudada por la idea de una buena ciudad, asociada a las buenas arquitecturas para una buena sociedad.

Aunque la idea del verde civilizador y curativo seguirá vigente como un anhelo permanente de la cultura urbana, los edificios de salud distribuidos en grandes espacios ajardinados estaban por concluir su ciclo como solución idónea. En efecto, durante las décadas de 1920 y 1930, en Buenos Aires y en otras grandes ciudades, la tipología del hospital de pabellones, que había dominado el siglo XIX, estuvo sujeta a una profunda revisión que culminaría con su desestimación. Los tres primeros pabellones del Instituto, a los que se dedica este trabajo, muestran también la transición de una tipología para una enfermedad desconocida, a una arquitectura que mostraba avances modernos sobre el conocimiento de este mal. En función de estos progresos de la medicina, particularmente la comprensión de la etiología y propagación de las enfermedades infectocontagiosas, el aire purificador entre edificios aislados para evitar los miasmas decimonónicos, dejaba de ser un imperativo. Para este estudio, el período inicia con la colocación de la piedra fundamental del Pabellón de Servicios Clínicos, Consultorios e Internación de Hombres en 1914 y culmina con la inauguración del tercer edificio del proyecto original, el Pabellón de Mujeres, a fines de 1927, fechas que han determinado el recorte cronológico de este trabajo.

Una buena ciudad

El espacio que ocupó la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad de Buenos Aires y el predio que le correspondió el Instituto de Medicina Experimental y Tratamiento del Cáncer heredaron cierta “vocación” de verde civilizador que tenía el lugar desde comienzos del siglo XX (**Figura 1**).

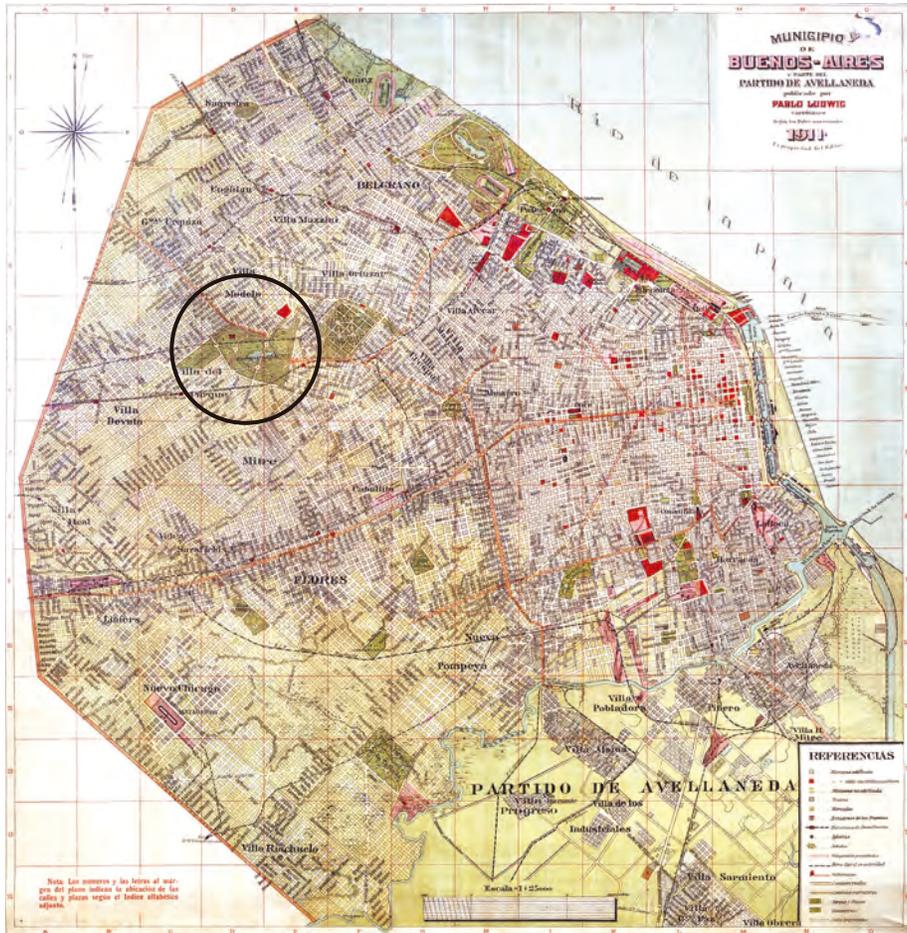


Figura 1: Ubicación del Parque del Oeste en Buenos Aires. Fuente: Elaboración propia sobre el plano de Pablo Ludwig (1914).

Entre 1901 y 1904, el proyecto de Charles Thays para la Quinta Agronomía hubiese estado limitado por el Camino a San Martín (hoy avenida San Martín), la avenida Tres Cruces (Francisco Beiró), la calle Tinogasta y la continuación de la calle Zamudio. Con unas veinte hectáreas, se dividía en tres secciones. La primera de ellas, organizada en tres franjas rectangulares, destinada a cultivos de plantas industriales, cereales y forrajes, respectivamente, en los terrenos que luego terminaría ocupando el Instituto (**Figura 2**).



Figura 2: Proyecto para la Quinta Agronomía de Charles Thays, en la trama la ciudad de 1914. Fuente: Elaboración propia sobre el plano de Pablo Ludwig (1914), en función de Sonia Berjman (1987).

El predio donde actualmente se emplaza resultó así un desprendimiento de las tierras destinadas al antiguo Parque Central o Parque del Oeste que, reconvertido su uso, fue una escisión de un sector de los terrenos que habían pertenecido a la Facultad de Agronomía y Veterinaria, inaugurada en 1911, que el Estado Nacional había cedido a la Municipalidad de Buenos Aires como espacio público.⁴ A partir de aquel año, la intención de la Universidad de disponer de una institución médica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer demoró un tiempo considerable por conflictos institucionales. Luego de la sesión “... de cuatro hectáreas y tres áreas” a fines de 1913, otra resolución del Consejo Superior de 1914 autorizó al presidente de la Academia Nacional de Medicina a contratar a una empresa constructora, a fin de levantar un edificio con aquel destino.⁵ Por ella,

⁴ Bordeu (2006).

⁵ Cabred (1925): 10-11. La cesión de los terrenos se hizo por solicitud de la Academia Nacional de Medicina. El texto de Cabred es un largo testimonio de la disputa de poder entre la Academia y la Universidad por la dirección del Instituto, que culminó con la autonomía de la Academia en 1925.

se adjudicaba la obra a la empresa de León Portes y Hermanos. En esos años, la controversia sobre el destino final del predio subsistía. Un decreto del Poder Ejecutivo de 1910 lo destinaba a Cárcel de Encausados para la ciudad de Buenos Aires.⁶

El proyecto que aparece en la **Figura 3** fue desarrollado por Juan Antonio y Juan Carlos Buschiazzo al año siguiente, como parte de los intentos para dotar a la ciudad de una cárcel, luego del traspaso de la Penitenciaría a la esfera nacional, a partir de la capitalización de Buenos Aires de 1880.



Figura 3: Proyecto para “Cárcel de Encausados”, de Juan Antonio y Juan Carlos Buschiazzo (1911). Fuente: Ruiz Diaz (2018): 135.

Todavía, un segundo proyecto de cárcel en 1920, pero esta vez de René Villeminot, y para los terrenos de la Agronomía, demuestra que hasta poco antes de la inauguración del primer pabellón del Instituto, el uso penitenciario que podía llegar a tener el parque lindero no se había abandonado.⁷

⁶ *Registro Nacional de la República Argentina* (1910): 150.

⁷ Un extenso desarrollo de este proceso en Ruiz Diaz (2018).

La intención carcelaria del lugar pareciera un antecedente de aquel sector urbano como destino de actividades que debían alejarse de la vida urbana. En todos los casos, el verde siempre operaba como una benéfica influencia, en sus propiedades curativas —en el amplio sentido de la palabra— o civilizatorias. Acaso esta incertidumbre por el destino final del terreno también haya colaborado, junto a los problemas institucionales y al atroz escenario internacional de la Gran Guerra, en las demoras que provocaron el largo proceso en la construcción de los edificios desde 1914 a 1922. Ese mismo año, el doctor Ángel Roffo fue designado director del Instituto por el vicerrector de la Universidad en ejercicio del rectorado, doctor Francisco Oliver y por el decano de la Facultad de Medicina, el doctor Julio Iribarne.

El sector quedó físicamente escindido del Parque Central recién en 1921, con la apertura del tramo de la avenida Nazca, entre las avenidas San Martín y Tres Cruces (luego Francisco Beiró), determinando la forma triangular del predio rodeado por aquellas avenidas. Según el plano de Antonio Cannizzaro, también de la *Oficina Cartográfica Ludwig*, ese mismo año, puede advertirse que la apertura consistió en la prolongación de la avenida sobre el gran sendero que separaba el Instituto de la Facultad de Agronomía y Veterinaria, de unos seis mil metros cuadrados (**Figura 4**). El plano de 1921 registra el nombre del predio completo como Facultad de Agronomía y Veterinaria y de los terrenos cedidos como “Instituto del Cáncer”.

Esta operación urbana se desarrolló contemporáneamente a la construcción de la primera etapa del Instituto, ya que su primer pabellón fue inaugurado el 19 de abril de 1922. En la cartografía de Buenos Aires, existen incontables ejemplos sobre la inclusión de proyectos arquitectónicos o intervenciones urbanas que, muchas veces, no se concretaron. En ocasiones también exponen obras que están en proceso de ejecución. Este es el caso del Pabellón Central del Instituto, cuyo detalle —en el mismo plano de Cannizzaro de 1921— también se muestra en la **Figura 4**. Dentro del terreno triangular, puede observarse un pequeño bosquejo del primer pabellón proyectado con un cuerpo central y dos salientes laterales.⁸

8 Evidentemente, la actualización de la cartografía urbana no es lineal. Estos detalles no figuran en el plano de Beuermann, publicado por Jacobo Peuser en 1928.



Figura 4: Predio completo de la Facultad de Agronomía y Veterinaria de la Universidad de Buenos Aires con indicación del predio cedido al Instituto del Cáncer. Fuente: Sector del plano de Antonio Cannizzaro (1921).

El esquema de los cuatro pabellones originales —los tres principales y el pequeño pabellón para morgue y autopsias— recién se completó en 1927. La escala arquitectónica muestra una continuidad con las lógicas de implantación urbana y las decisiones tipológicas pueden ser entendidas también en la transición desde la arquitectura hospitalaria de pabellones en el jardín higiénico a la siguiente fase del edificio compacto. En el caso del Instituto del Cáncer, la suerte ya estaba echada para la construcción de los edificios aislados en el amplio terreno. Pero su diseño también puede ser explicado por la tensión entre la adaptación de los referentes extranjeros y las posibilidades técnicas y simbólicas de la cultura local.

Una buena arquitectura

A lo largo de un proceso constructivo que se prologó entre trece y catorce años, las fuentes registran algunos nombres de profesionales que actuaron, tanto en los proyectos de los pabellones como en su materialización. El primer pabellón concretado fue el de Servicios Clínicos y Consultorios — luego “Helena Larroque de Roffo” — proyectado por Gino Aloisi (**Figura 5**). La asociación entre el arquitecto italiano y las instituciones médicas se originó en el diseño para la Escuela de Práctica Médica (actual Facultad de Ciencias Económicas) proyectada por Aloisi en 1905 y ejecutada por encargo de la Academia Nacional de Medicina.⁹



Figura 5: Contrafrente del Pabellón de Servicios Clínicos (1922). Fuente: Archivo de la Biblioteca del Instituto Roffo.

Domingo Cabred relató que por su intermedio se obtuvieron los planos *Institut für Experimentelle Krebsforschung* (Instituto de Medicina Experimental del Cáncer) de Heidelberg —conocido como *Samarithernhaus*— fundado por el cirujano Vincenz Czerny en 1906 “... cuyo modelo debía

⁹ Cabred (1925): 11; Sabugo, Caride Bartrons y otros (2019): 93.

seguir”.¹⁰ Esta vinculación también está fundamentada en la referencia que Ángel Roffo hizo en su propia tesis doctoral.¹¹ Más allá de los distintos lenguajes de los dos proyectos que se observan en la comparación de las **Figuras 6** y 7, las plantas de ambos edificios presentan diferencias notables.

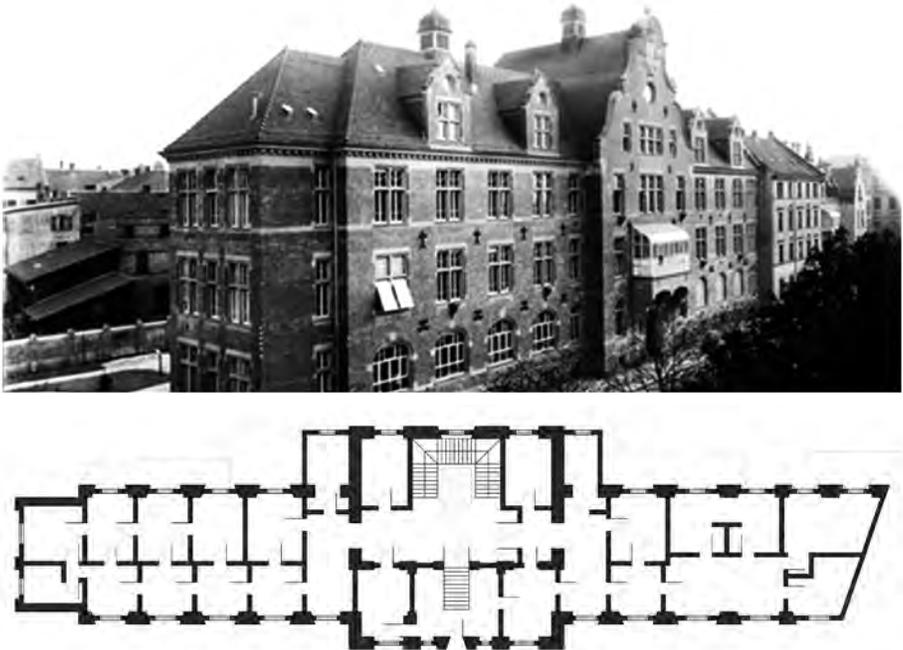


Figura 6: Vista y planta del *Institut für Experimentelle Krebsforschung (Samarithernhaus)*, Heidelberg (1906). Fuente: Redibujo de Leandro Contreras sobre la base de https://www.rnz.de/wissen/wissenschaft-regional_artikel,-Wissenschaft-Regional-Vincenz-Czerny-Heidelbergs-Pionier-der-Krebsforschung-bekam-nie-den-Nobelprei-_arid,226338.html (16-09-21).

Si bien los dos se organizaron según un bloque central y dos alas con consultorios, salas de internación y otras dependencias, en el caso argentino las grandes salas de internación y las amplias terrazas cubiertas por galerías y orientadas al mejor asoleamiento son características que no figuran en el

10 Sin embargo, también se redactó un nuevo programa de necesidades. Cabred (1925): 11.

11 Buschini (2010): 38.

referente alemán. Esta intención se observa en la disposición de estas galerías en tres de las cuatro fachadas, que reservó la peor orientación (sur) para el acceso y los servicios. Es probable que Aloisi “en su modelo a seguir”, haya buscado reinterpretar un programa operativo más que reproductivo de la *Samarithernhaus*.



Figura 7: Frente y Plantas del Pabellón de Servicios Clínicos, Consultorios e Internación de Hombres (1922). Fuente: Redibujo de Leandro Contreras sobre la base de imágenes del Archivo de la Biblioteca del Instituto Roffo.

Para la misma época o poco tiempo después, había proyectado un gran edificio para el Sanatorio Popular para Tuberculosos, que fue publicado en la *Revista Técnica* en abril de 1916, del cual el Pabellón del Instituto del Cáncer parece un sucedáneo. En la **Figura 8** se puede observar la planta del primer piso y una vista general del proyecto para un lugar indeterminado y nunca construido. En el caso del Sanatorio, mujeres y hombres ocuparon alas diferentes, integradas por un cuerpo central. En ambos diseños, el piso bajo fue un basamento de servicios, destinado a consultorios, enfermería y administración, programa que se complejiza en el edificio para tuberculosos.

Pero la mayor semejanza está en el piso alto, donde las salas de internación se vincularon a una serie de terrazas en galería que, en el caso de la tuberculosis, era una parte central de la terapia. “Delante de las habitaciones hay una gran galería de descanso, cubierta, donde los enfermos, a los que se les prescribe la quietud, pueden permanecer cómodamente recostados en camitas móviles y respirar el aire puro del lugar”.¹² El diseño de Aloisi para el Instituto se organizó según un cuerpo central de tres plantas, una menos que en el Sanatorio con el primero y el segundo piso iguales.

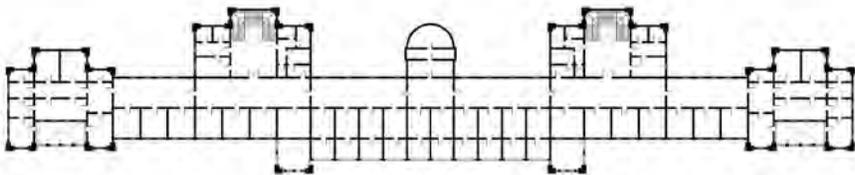


Figura 8: Vista general y planta del primer piso del proyecto para el Sanatorio Popular de Tuberculosos. Fuente: Redibujo de Leandro Contreras sobre la base de una planta de *Revista Técnica* (1916): 31 y 36.

¹² *Revista Técnica* (1916), N.º 104, 34.

Las alas laterales se articulan con el cuerpo del centro mediante dos líneas de galerías, paralelas a los pasillos de circulación. En los extremos, donde se encontraban las dos principales salas de internación, se ubicaron también galerías porticadas para que los pacientes pudieran permanecer en lugares amables durante algunos momentos diarios, expuestos al aire y a la luz solar (**Figura 9**).



Figura 9: Fachada lateral del Pabellón de Servicios Clínicos del Instituto del Cáncer. Fuente: Fotografía del autor.

En el centro, un gran hall contiene la circulación vertical de escaleras, alrededor de un importante ascensor jaula, apto para el tamaño de las camillas. El uso del ladrillo a la vista y la profusión de lucarnas en los tejados a cuatro aguas, sumados a ciertos detalles ornamentales, dieron al edificio un toque pintoresco, análogo al de ciertas villas vacacionales, imagen que también puede ser reconocida en el Sanatorio para Tuberculosos. Al igual que algunos de sus referentes europeos, se suponía que cierto aire “festivo” de la arquitectura favorecería el ánimo para la recuperación de tan graves enfermedades.

Finalmente, la adjudicación de otros programas en pabellones separados en ambas instituciones también fue la misma. Además del pabellón de internación y clínica, se dispuso otro para autopsias y morgue, y otro para investigaciones que, en el caso del Roffo, no proyectó Aloisi, quien falleció en 1924. No obstante, la autoridad de la institución alemana creada por Vincenz Czerny se prolongaba en el tiempo. Aunque, según se anotó, Roffo estuvo ajeno al proyecto; cuando el nuevo pabellón estaba por concluir, hizo su propia conceptualización funcional sobre “la investigación y el plan de organización” del edificio alemán que, a su juicio

no presenta la unilateralidad observada en otros Institutos de cáncer, sino que, al contrario, dotado de servicios para asistencia de enfermos, de una buena sala de cirugía, de laboratorios con distintas especializaciones, la dirección de este establecimiento con una unidad de orientación, puede aprovechar todas estas ramas auxiliares en provecho del problema que se estudia.¹³

Tiempo después, el propio Cabred también reconoció al proyecto argentino como tributario del Instituto Pasteur de París, al menos en su doble concepción de institución científica y humanitaria. Pero el Instituto siempre se pensó como un complejo de edificios. Tal es así que la importante superficie “de cuatro hectáreas y tres áreas” cedidas por la Facultad de Agronomía, se consideraba “indispensable para edificar los distintos pabellones separados que han de constituir el mencionado instituto”.¹⁴ Todas

13 Roffo (1921): 280.

14 Cabred (1925): 10 y 101.

estas referencias pueden comprenderse en la falta de antecedentes que un edificio hospitalario para el tratamiento del cáncer tenía en el país y en los escasos que existían a nivel mundial que, como la *Samarithernhaus*, podían obrar como modelos más conceptuales que tipológicos.¹⁵

El diseño del “hospital-jardín” de pabellones aislados en un amplio espacio verde fue la solución más frecuente de muchos hospitales europeos, especialmente ingleses y alemanes, durante todo el siglo XIX.¹⁶ La dimensión terapéutica del verde fue una premisa sustantiva de muchos diseños europeos que fue adoptada también en los proyectos americanos, en general, y argentinos en particular. Ejemplo de ello es el proyecto de Julián García Núñez para el Hospital de Valetudinarios y Crónicos de Temperley, como anexo del Hospital Español de Buenos Aires, inaugurado en 1913. Uno de los mayores sanatorios europeos, el inmenso Hospital de Tuberculosos de Beelitz-Heilstätten de Heino Schmieden, cerca de Berlín y terminado en 1898, con sesenta edificios repartidos en un parque de doscientas hectáreas, fue un referente para la arquitectura hospitalaria occidental durante las primeras décadas del siglo XX. Particularmente, los pabellones con sus aireadas y soleadas terrazas que eran parte fundamental de la terapia.

El pabellón de Aloisi se construyó en un predio que aún estaba incluido en terrenos de la Facultad de Agronomía. De hecho, es probable que el diseño definitivo de los jardines llegase recién con la incorporación del segundo pabellón, obra de Jacques Braguinsky, un arquitecto de origen ruso que había egresado de la *École Spéciale d'Architecture* de París en 1904. Llegó a la Argentina cuatro años después, contratado como Jefe de Sección de la Compañía de Ferrocarriles de la Provincia de Buenos Aires.¹⁷ En 1914 ingresó a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales donde hizo carrera como especialista de estos programas ar-

15 Suele señalarse que el Instituto del Cáncer fue el primero de América. Sin embargo, en una nota dirigida por Cabred a la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Diputados de la Nación, del 21 de noviembre de 1912, con el objeto de solicitar fondos para la obra, indicó además de varias instituciones europeas, cuatro en Estados Unidos y una en Chile, del año anterior. Cabred (1925): 6.

16 Hickman (2013).

17 Lolich (2006): 24.

quitectónicos, llegando a ejercer el cargo de Jefe de la Sección de Proyectos y Construcciones en 1923. En los prolegómenos de aquel período en su carrera diseñó el segundo pabellón del Instituto del Cáncer. De la importante trayectoria de Braguinsky, hay que destacar el edificio sur para el Asilo Nocturno del Puerto, inaugurado en 1919, que diseñó junto a Eugenio Winter.¹⁸ En 1928 concluyó el Hospital Israelita de Buenos Aires.¹⁹ En el Instituto, su rol se limitó al proyecto del Pabellón de Investigaciones sobre un programa de necesidades provisto por la Comisión del Instituto del Cáncer.²⁰

La dirección de la obra quedó en manos de otros profesionales, según quedó establecido en el discurso inaugural, donde no se ahorraron palabras de agradecimiento por “la participación simpáticamente comprendida que en ese rasgo de altruismo tomaron los arquitectos que dirigieron la construcción del Pabellón: señores [Jorge] Biraben y [Ernesto] Lacalle Alonso que renunciando a todo emolumento cooperaron eficazmente en la feliz terminación de la obra”.²¹ Su fachada fue publicada en *El arquitecto Constructor* en 1924, revista de la cual Braguinsky era un asiduo colaborador. El Pabellón de Investigaciones “Emilio J. Costa” asume la misma estética del Pabellón Central, pero carece de las galerías para la estancia de los internados, innecesarias para su función. No obstante, su apariencia mantiene una imagen similar en el resto de sus detalles y terminaciones (**Figura 10**).

18 En 1931 se agregaría un edificio gemelo para Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF). La construcción, sobre avenida Paseo Colón al 900, nunca fue utilizada como asilo. Apenas inaugurada fue sede del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, uso que, como Ministerio de Agroindustria, aún conserva.

19 Dentro de su actuación en la Comisión Asesora, fue el autor, junto a Eugenio Balduino, del Hospital Regional del Norte para Palúdicos en Salta (1925), la Colonia General para Dermatosos en la Isla del Cerrito, en Corrientes (1929) y el Hospital Zonal de Bariloche (1938), entre varios otros. Lolic (2006): 24.

20 Cabred (1925): 107.

21 Instituto de Medicina Experimental (1923): 32.



Figura 10: Frente del Pabellón de Investigaciones “Emilio J. Costa”, Jacques Braguinsky (1923). Fuente: Archivo de la Biblioteca del Instituto Roffo.

La **Figura 11** muestra el conjunto firmado por Braguinsky en abril de 1922. Cabred, en tanto presidente de la Comisión Directiva de la Academia, figura como comitente junto a otros vocales. El diseño no contemplaba el trazado de continuidad de la avenida Nazca que fue abierto por ese tiempo y que obligó a ajustar todo el proyecto, particularmente el nuevo pabellón de investigaciones diseñado por el propio Braguinsky.

El nuevo trazado con la ubicación definitiva de los tres pabellones principales, además del pequeño pabellón destinado a animales de experimentación, autopsias y morgue en la esquina de Nazca y Tres Cruces, aparece en el nuevo esquema de la **Figura 12**, fechado en noviembre de 1926.

Además de la información suministrada por los planos, la relación con la Academia de Medicina fue asegurada a través del aparato emblemático destinado a registrar los eventos que significa la acuñación de medallas (**Figura 13**).

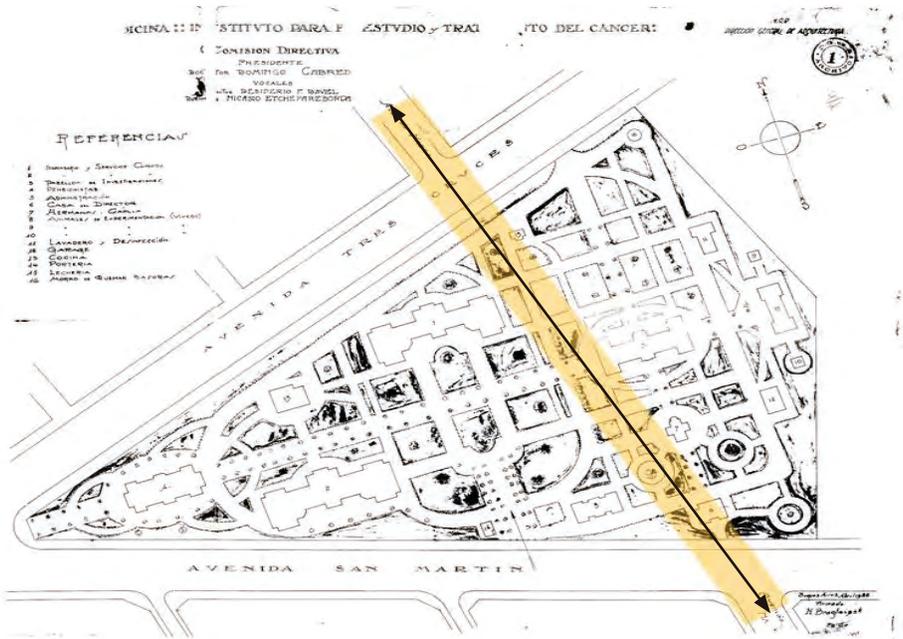


Figura 11: Planta General del Instituto del Cáncer (1922). Fuente: Elaboración propia sobre plano del Archivo del CEDIAP.

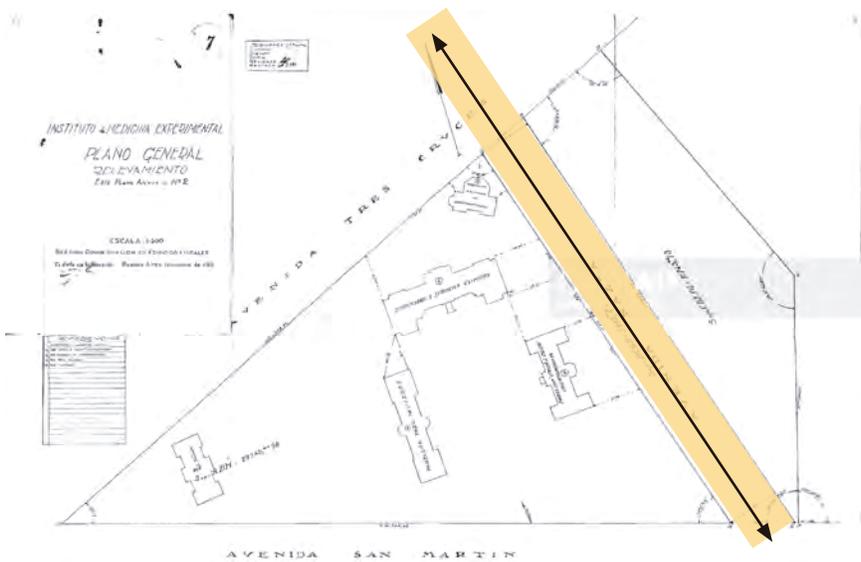


Figura 12: Esquema en planta del Instituto del Cáncer (1926). Fuente: Archivo del CEDIAP.



Figura 13: Medallas conmemorativas de la Piedra Fundamental y la Inauguración del Instituto del Cáncer (1914 y 1922). Fuente: Colección de la Biblioteca Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

En efecto, tanto la que correspondió a la colocación y bendición de la Piedra Fundamental, como la que se hizo para la inauguración del primer pabellón, además de las autoridades nacionales y municipales, sólo registran a los académicos vinculados con la obra.

El pabellón Oeste, que originalmente estaba dedicado a la internación de mujeres, presentaba algunas diferencias estilísticas con el primer pabellón (Figura 14).

Su amplia terraza con balaustrada y un pórtico en exedra le otorgaban cierto aire neoclásico a su fachada principal. No obstante, y pese a demandar un programa funcional similar al del primer pabellón, las diferencias más notables están en su organización en planta. Las galerías y terrazas que allí se habían ajustado a una terapia vinculada a enfermedades infectocontagiosas —especialmente la tuberculosis— aquí desaparecieron en función de avances específicos para el tratamiento del cáncer. Las salas de internación podían variar de tamaño, de trece, siete, cinco, cuatro o dos pacientes por cuarto (indicadas con los números 1 a 6 en la planta), sumando cien camas en total. El resto de las dependencias eran ocupadas por consultorios y diferentes áreas de tratamiento que contemplaban distintos estadios de gravedad en las pacientes, además de cocinas, baños depósitos y salas para las enfermeras. Hoy está ocupado por diferentes oficinas administrativas y la dirección de la institución.

Por los reconocimientos explícitos que Roffo hizo cuando se concluyó este pabellón, se podría inferir que el diseño estuvo a cargo del ingeniero Espil. “Aprobados los planos que fueron ejecutados por el malogrado ingeniero Simón Espil, se inició la construcción, invirtiéndose el total de los fondos (\$100.000) de que disponía la Liga cuando falleció su presidente”.²² La finalización de las obras recayó sobre el arquitecto Roberto Jarry “(...) a cuyo cuidado ha estado la construcción del nuevo pabellón donado por la Liga y quien ha prestado tan importante concurso gratuitamente”.²³ Repetía la forma general de los tejados con lucarnas y los entrepaños de las ventanas del piso alto, con franjas de ladrillos a la vista, un verdadero *leitmotiv* en la ornamentación de todo el conjunto edilicio.

Con este pabellón concluía un programa integrado por cuatro edificios (**Figura 15**). El primero, con el número 1 de Gino Aloisi, el Pabellón, ya denominado “Helena Larroque de Roffo” fue la pieza más importante

22 Reglamento, 1927, S/P.

Sin contar con otras referencias, se podría estimar que, como Helena Larroque de Roffo falleció a comienzos de 1924, Espil habría fallecido no mucho tiempo después, mientras se desarrollaban las obras.

23 Reglamento, 1927, S/P.

del conjunto destinado a la internación de hombres. El Pabellón Este, para investigaciones (2), “Emilio J. Costa”, de Jacques Braguinsky, costado por su viuda, Francisca Buero de Costa y el Pabellón Oeste (3), atribuido a Simón Espil, para clínica e internación de mujeres. Con el pabellón más pequeño (4) para animales de experimentación, morgue y lavadero se completó el proyecto original.

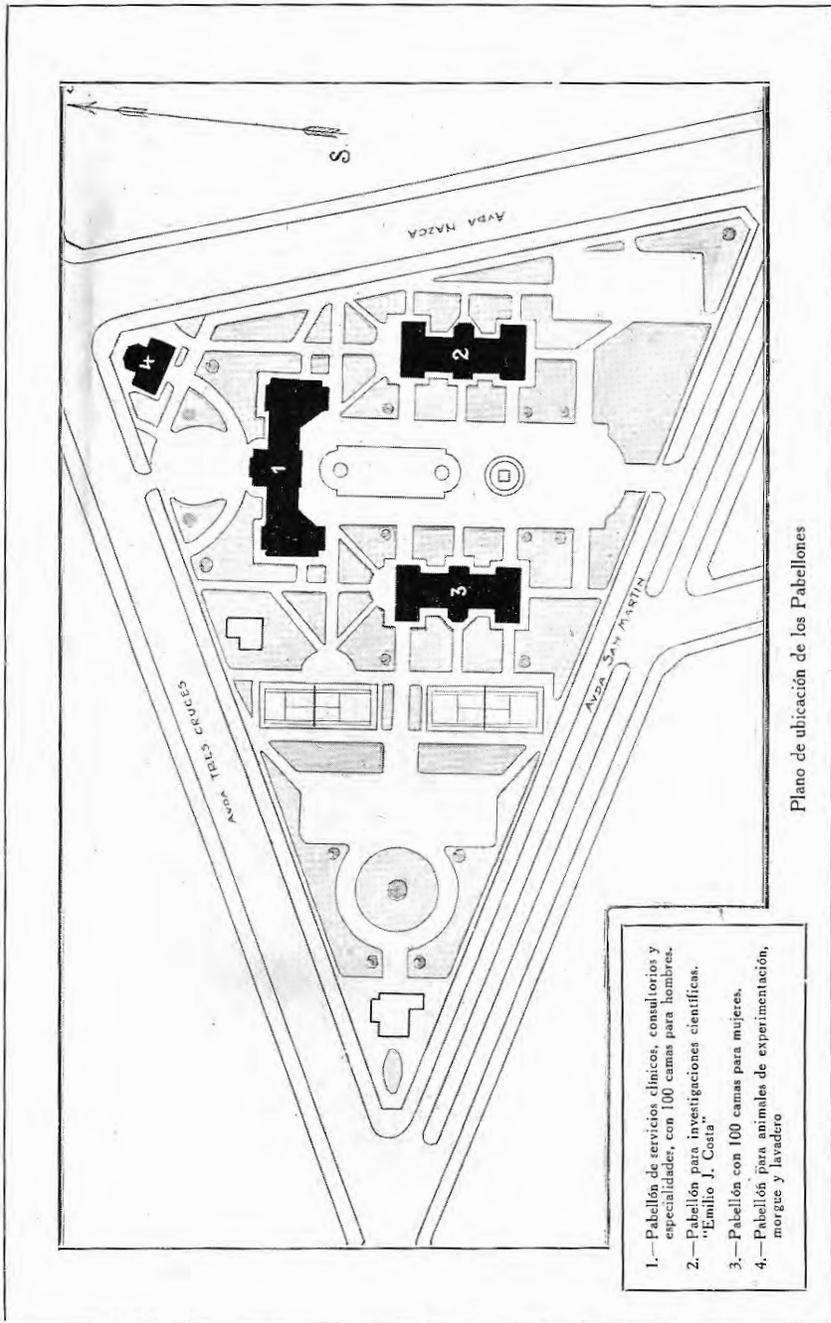
Figura 15: Planta de Conjunto del primer proyecto para el Instituto del Cáncer, S/F. Fuente: “Reglamento del Instituto de Medicina Experimental y Tratamiento del Cáncer” (1927).

El conjunto definitivo fue organizado alrededor de una plaza, donde el pabellón central actuaba como remate visual de un eje que se inicia en el acceso principal con frente —hasta la actualidad— sobre Avenida San Martín.

También a esta primera etapa pertenece la capilla, bajo la advocación de Santa Francisca Romana. A fines de la década de 1930, se sumaron nuevos pabellones que incorporaron las formas de la modernidad. De ellos, se destaca el llamado Pabellón Modelo. Se trata de una construcción de planta baja y cinco pisos en el cuerpo central y de dos pisos en las alas laterales. De esta segunda etapa es el neoclásico edificio del auditorio, con su fachada de frontispicio sostenido por cuatro columnas de fuste liso. Fue dispuesto en el centro de la plaza original que cerraban los tres primeros pabellones, generando un nuevo cierre visual que deja a sus espaldas al Pabellón Central.²⁴

Pero a medida que las obras se iban (lentamente) ejecutando, la resistencia del vecindario iba en aumento. El terrible y anónimo ultimátum que había recibido Roffo, con aquello de “lo vamos a quemar a usted y al Instituto”, era un claro indicio de que la única posibilidad que tenía algún sector de la sociedad para protegerse de un mal desconocido, era el fuego.

²⁴ Para mayor información, ver Sabugo, Caride Bartrons y otros (2019): 245-247.



Una buena sociedad

A los recuerdos de Juan Basso sobre los inicios del Instituto, se sumaron los del propio Roffo. La crónica periodística recogió el temor de los vecinos al contagio, en una tensa situación. “Por su causa nos vamos a apestar todos. Pero le juro por mis hijos que usted lo va a pagar con su vida”.²⁵ Aunque tal vez la prensa haya exagerado semejante amenaza, este episodio debería comprenderse dentro de una larga historia de desconocimiento de la etiología del cáncer, pero también en el ciclo de enfermedades contagiosas que habían aterrorizado a la población de Buenos Aires durante largos años.

A comienzos de la década de 1920 aún residían los sobrevivientes de la Gran Epidemia de Fiebre Amarilla de 1871 que, con sus trece o catorce mil muertos, se había cobrado más del 10 % de la población de la ciudad. Pero, además, muchos de esos residentes también habían sobrevivido a cinco epidemias de cólera, desde la más recordada de 1867 (1868, 1874, 1886 y 1887), a seis de viruela (1875, 1883, 1887, 1901, 1906 y 1910) y a una de difteria en 1887, sólo por mencionar aquellas que tuvieron el mayor número de víctimas fatales. Asimismo, se deben sumar varios brotes de sarampión, escarlatina y fiebre tifoidea.²⁶ Y no olvidar que, durante las primeras décadas del siglo XX, la tuberculosis era un verdadero flagelo que azotaba a las poblaciones urbanas y que determinaba las características de los nuevos espacios públicos.²⁷ Todavía, a comienzos de la década de 1940, el miedo al contagio por parte de tuberculosos asintomáticos condujo al Concejo Deliberante a obligar a ciertas profesiones a estudios clínicos para obtener una libreta sanitaria.²⁸

25 Braga (1943): 8.

26 Mazzeo (1993): 21 y ss.

27 Armus (2007): 274-275.

28 La larga lista de profesiones incluía al personal que estaba vinculado con la atención al público, como boleteros de medios de transporte, mozos de bares y restaurantes; maestros y profesores, personal de hoteles y servicio doméstico, entre otras. De Esnaola (1942): 7.

En este punto se puede trazar un paralelo entre los diseños arquitectónicos previos a una concepción terapéutica propia de una enfermedad con tratamientos experimentales y el miedo que despertaba en la población la cercanía de esta institución: en ambos casos se asociaba el cáncer a enfermedades contagiosas, en su temor y en su terapia. Si la tuberculosis era un potencial peligro para la sociedad y se debía alejar a las instituciones de su tratamiento, tanto para mejorar las condiciones del paciente como para preservar a la población sana; con esta asociación, la reacción negativa de los pobladores cercanos estaba asegurada. De hecho, la idea debió estar presente en 1914, cuando se eligió un terreno lo suficientemente retirado del centro.

Pero el Instituto era temido. Carreras de sortijas, reparto de caramelos o árboles de Navidad iluminados fueron algunos de los actos festivos que organizaron para exorcizar la imagen siniestra que algunos vecinos tenían de la institución. Las autoridades, junto al personal, decidieron organizar eventos para ganarse la simpatía de los barrios cercanos, en este caso Villa del Parque y Villa Devoto. Comenzaron por incluir a aquellos miembros que tenían cierto predicamento social. Fue el caso del coronel Moscarda que aparece dando un discurso en la imagen de la **Figura 16**, el 25 de mayo de 1924.

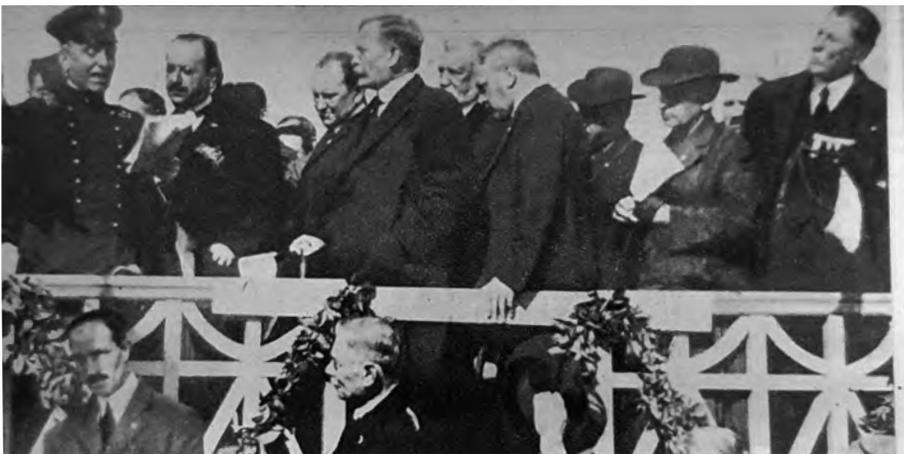


Figura 16: Acto patriótico en el Instituto del Cáncer. Fuente: Braga (1943): 8.

Años después, Moscarda contó que tuvo que vencer la resistencia a acercarse siquiera al matrimonio Roffo, ante la posibilidad de contagiarse él o su familia. “Él también estaba entre las filas de los asustados. Recuerdo que me confesaba que en los primeros tiempos tenía hasta unos guantes especiales para venir al Instituto, que luego desinfectaba cuidadosamente en su casa”.²⁹

A comienzos de la década de 1940, una fotografía anónima que se conserva en el archivo de la biblioteca del Instituto de Medicina Experimental y Tratamiento del Cáncer “Dr. Ángel H. Roffo”, fue tomada desde la esquina de las avenidas Nazca y San Martín (**Figura 17**).



Figura 17: El Instituto del Cáncer desde la esquina de las avenidas San Martín y Nazca. Fuente: Archivo de la Biblioteca del Instituto Roffo.

La imagen muestra al conjunto terminado y con todas las construcciones que están en la actualidad. Para ese tiempo (1943), Roffo, quien fallecería cuatro años después, recordaba que la lucha contra el miedo y la ignorancia ya se había convertido en franca colaboración. A pesar de los años transcurridos, todavía se percibe en la fotografía la condición de cierto aislamiento del Instituto con respecto a la trama urbana. Los amplios horizontes donde se pierden las perspectivas no incluyen construcciones en altura, para un barrio al que aún no había llegado la ciudad consolidada.

29 Braga (1943): 8-9.

Palabras finales. Los símbolos de la metropolización

El lugar donde se instaló finalmente el Instituto Roffo pone en evidencia la complejidad de los mecanismos urbanos para incluir o “colonizar” nuevos territorios para la ciudad: parque público, quinta agronómica, cárcel y, finalmente, hospital universitario. Aunque en verdad se trata de programas y realidades muy diferentes, la mirada a ciertos lugares como territorios de aislamiento (cárcel y hospital), vinculados al verde civilizador (parque, quinta agronómica), pueden ser comprendidos dentro de un mismo paradigma de ciudad deseable. En función de esa idea, la tendencia a poner distancia entre las amenazas sociales y la “buena ciudad” resulta consistente con el pensamiento que buscaba materializar, a través de la “buena arquitectura”, programas regeneradores de la moral social de una “buena sociedad”.

Estas lógicas inevitablemente enfrentaron diferentes imágenes de ciudad sana, superponiendo distintos niveles de conflicto. Las teorías y las prácticas, a veces con fundamento científico, a veces como entidades simbólicas, mostraron las marchas y contramarchas de una cultura urbana que enfrentaba a una enfermedad incurable en la transición de la modernidad de las primeras décadas del siglo XX. Con una larga historia de luchas sin armas contra pestes arrolladoras y con el avance de la tuberculosis —en un ciclo sin solución de continuidad—, se asoció el cáncer con las enfermedades más temidas que habían diezmando a la población de Buenos Aires. Esto se corrobora en las tres dimensiones que buscó dar cuenta este trabajo.

La primera de ellas expone la atomización entre los diferentes poderes de un Estado que superponía actividades incompatibles en un mismo terreno. A pesar de ello, se mantenía la convicción de técnicos y políticos sobre la necesidad de alejar a los programas que podían devenir en riesgos para la ciudad. La vinculación a un verde civilizador y curativo parecía una operación tan objetiva como inevitable. La capacidad de estos “jardines” de regenerar cuerpos y conductas se traducía en su potencial para conjurar ciertas amenazas sociales, aunque fuera más en términos simbólicos que reales.

La segunda dimensión se sitúa en los espacios arquitectónicos, destinados a tratamientos específicos del cáncer. Había que resolver un programa

—una enfermedad— de la que se ignoraba muchísimo, incluso su posible transmisibilidad. Para ello, se echó mano a los conocimientos internacionales y se los sometió al filtro de la experiencia local contra distintas enfermedades. Por segunda vez, la operación tuvo ciertas connotaciones simbólicas, en el hecho de que la provisión de lugares aireados y soleados importaba un beneficio universal a los enfermos de cualquier dolencia.

Finalmente, el rechazo de una sociedad que desconocía todo sobre el cáncer y que no contaba con otro recurso para enfrentar ese enorme riesgo a su salud, que el miedo a padecer semejante mal. También aquí la ignorancia sobre las causas y el desarrollo de una enfermedad, generalmente incurable, determinó una batalla de símbolos tanto como de evidencias.

Los recursos de la Historia Urbana y Arquitectónica tienen a veces la capacidad de mostrar conflictos y dimensiones que otros sistemas intelectuales no pueden registrar, en tanto la historia del espacio habitado también sintetiza otras magnitudes, como emergente privilegiado de la cultura urbana. El “edificio en construcción, cuyas paredes apenas sobresalían de los yuyales inmensos”, que relataba Juan Basso, resulta una imagen de una gran carga, evocadora y sugerente. El yuyal inmenso y la obra en construcción acaso puedan resumir algo de la complejidad de los procesos de metropolización de Buenos Aires en esta parte de la ciudad.

Bibliografía

Archivo de la Biblioteca del Instituto Roffo.

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

Berjman, Sonia. (1987). “Los grandes Parques Urbanos de Buenos Aires hacia 1900: el ‘parque agronomía’, proyectos y realidad actual”. En *Sexto Congreso Nacional y Regional de Historia Argentina*. Río Cuarto, Argentina: Academia Nacional de la Historia. Consultado el 14-07-2016 en <http://www.parquechasweb.com.ar/parquechas/historia/Parque_Agronomia.htm>

- Bordeu, Marcelo. (2006). Villa Talar. Un aporte sobre los orígenes y primeros años de un barrio casi desaparecido de Buenos Aires. *Barriada*. Consultado el 30-01-2017 en <http://barriada.com.ar/VillaTalar/VillaTalar_5.aspx>
- Braga, Mario. (1943, 8 de noviembre). Si se inaugura el Instituto, lo vamos a quemar con usted adentro. *¡Aquí está!*, Año VIII, N.º 780, 8-9.
- Braguinsky, Jacques (1924). Instituto del Cáncer, Pabellón de Investigaciones Científicas. *El Arquitecto Constructor*, N.º 291, s/p.
- Buschini, José. (2010). *Emergencia y desarrollo de las investigaciones sobre el cáncer en la Argentina: marcos institucionales, trayectorias profesionales y prácticas (1909-1983)*. (Tesis Doctoral en Ciencias Sociales. Buenos Aires: FLACSO). Consultada el 12-09-2021 en <file:///D:/Documentos/Articulos/Libro%20enfermedad/Buschini_Roffo.pdf>
- Cabred, Domingo. (1925). *Antecedentes sobre el origen, desarrollo, organización y funcionamiento del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Araujo Hermanos.
- Cannizzaro, Antonio. (1921). *Plano de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Oficina Cartográfica Pablo Ludwig.
- De Esnaola, Javier. (1942). Los peligros del enfermo desconocido. *¡Aquí está!*, Año VII, N.º 643, 6-7 y 29.
- Faiad, Sebastián. (2010). El antiguo Instituto de Medicina Experimental y su importancia para el estudio del cáncer. *Revista de Geriátrica Clínica*, N.º 2, Vol. 4. Buenos Aires: Meducatum Editora.
- Hickman, Clare. (2013). *Therapeutic Landscapes: a History of English Hospital Gardens since 1800*. Manchester: Manchester University Press.
- Instituto de Medicina Experimental (1923). *Pabellón de Investigaciones "Emilio J. Costa"*. Buenos Aires: Instituto de Medicina Experimental, Academia Nacional de Medicina.
- Instituto de Medicina Experimental (c. 1922). *Reglamento*. Buenos Aires: Instituto de Medicina Experimental, Academia Nacional de Medicina.
- Lolich, Liliana. (2006). Jacques Braguinsky. En Ramón Gutiérrez (Ed.), *Reencuentro con la arquitectura del siglo XX*. Buenos Aires: CEDODAL/SCA.
- Ludwig, Pablo. (1914). *Plano de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Oficina Cartográfica Pablo Ludwig.

- Mazzeo, Victoria. (1993). *Mortalidad Infantil en Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Quiroga, Marcial. (1972). *Historia de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 1822-1972*. Buenos Aires: edición institucional.
- Revista Técnica* (1916), N.º104.
- Romeo, Nicolás y Rigou, René. (1993). Historia del Instituto de Medicina Experimental. *Prensa Médica Argentina*, N.º 80, 368-371.
- Ruiz Diaz, Matías. (2018). *La ciudad de los réprobos. Historia urbana de los espacios carcelarios de Buenos Aires, 1869-1927*. Serie Tesis del IAA, Buenos Aires, Argentina: Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo”.
- Sabugo, Mario; Caride Bartrons, Horacio; Schávelzon, Daniel; Fernández, Daniela; Gutiérrez, Juan José y Sazbon, Gabriel. (2019). *Historia urbana y arquitectónica de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba.
- Registro Nacional de la República Argentina* (1910). Tercer Trimestre (julio, agosto y septiembre). Sección Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.
- Roffo, Ángel. (1921). Informe del profesor Roffo del 21 de junio de 1921. *Boletín de la Academia de Medicina*, Año 3, N.º 13-14.
- Viñuales, Graciela. (2005). El Hospital español y su anexo. En Ramón Gutiérrez (Dir.), *Julián García Núñez. Caminos de ida y vuelta*. Buenos Aires: CEDODAL. Fundación Carolina.

Autores

Horacio Eduardo Caride Bartrons

Arquitecto graduado en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA) y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Ha realizado estudios superiores en Historia de América en la Universidad Complutense de Madrid. Doctorando en Epistemología e Historia de la Ciencia por la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Posdoctorado en Historia de la Arquitectura y la Ciudad, Instituto de Historia, Teoría y Crítica de la Arquitectura y la Ciudad (HITEPAC-FAU-UNLP). Profesor titular de Historia de la Arquitectura y el Urbanismo (FAU, Universidad Nacional de La Plata). Profesor titular de Historia del Diseño Industrial y profesor adjunto de Historia de la Arquitectura (FADU-UBA). Profesor visitante y conferencista en universidades de América y Europa. Director de Estudios Históricos e Investigador principal del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” (IAA-FADU-UBA). Investigador del Instituto HITEPAC-FAU-UNLP. Ha publicado catorce libros y más de cien artículos de su especialidad. Es editor de la revista *Anales* del IAA. Ha sido distinguido con el *XVII Premio Bienal Arquitectura Argentina 2018 SCA-CPAU*, al mejor ensayo histórico publicado y premiado con la Excelencia Académica UBA, 2019.

David Dal Castello

Arquitecto graduado en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA). Es Doctor en Arquitectura (FADU-UBA). Especialista y Magíster en Historia y Crítica de la Arquitectura, Diseño y Urbanismo (MAHCADU FADU-UBA), estudios que realizó gracias a una beca UBACyT. Realizó una estancia de investigación en la Universidad de Sevilla, con financiación de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (AUIP). Es profesor adjunto regular en Historia de la Arquitectura, y profesor adjunto interino en Historia del Diseño Industrial. Es investigador principal en el Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso” (IAA-FADU-UBA), y codirigió el Programa de Estudios Heterotópicos en la misma sede. Es editor de la Serie de libros Tesis del IAA. Se desempeña como Subsecretario de Investigaciones (FADU-UBA) desde 2022. Integra el Comité Editorial de la revistas *Anales* del IAA y *Hache*. Cuenta con publicaciones en libros y revistas nacionales e internacionales, y ha sido expositor en jornadas y congresos nacionales e internacionales.

Ezequiel Fernández Morón

Arquitecto graduado en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA). Maestrando en la Maestría en Historia y Crítica de la Arquitectura, Diseño y Urbanismo por la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (MAHCADU-FADU-UBA). Becario UBACyT por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires. Docente *ad honorem* en la materia Historia de la Arquitectura, en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA). Integró, como investigador, el Programa de Estudios Heterotópicos, y es investigador asistente en el Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazso” (IAA-FADU-UBA).

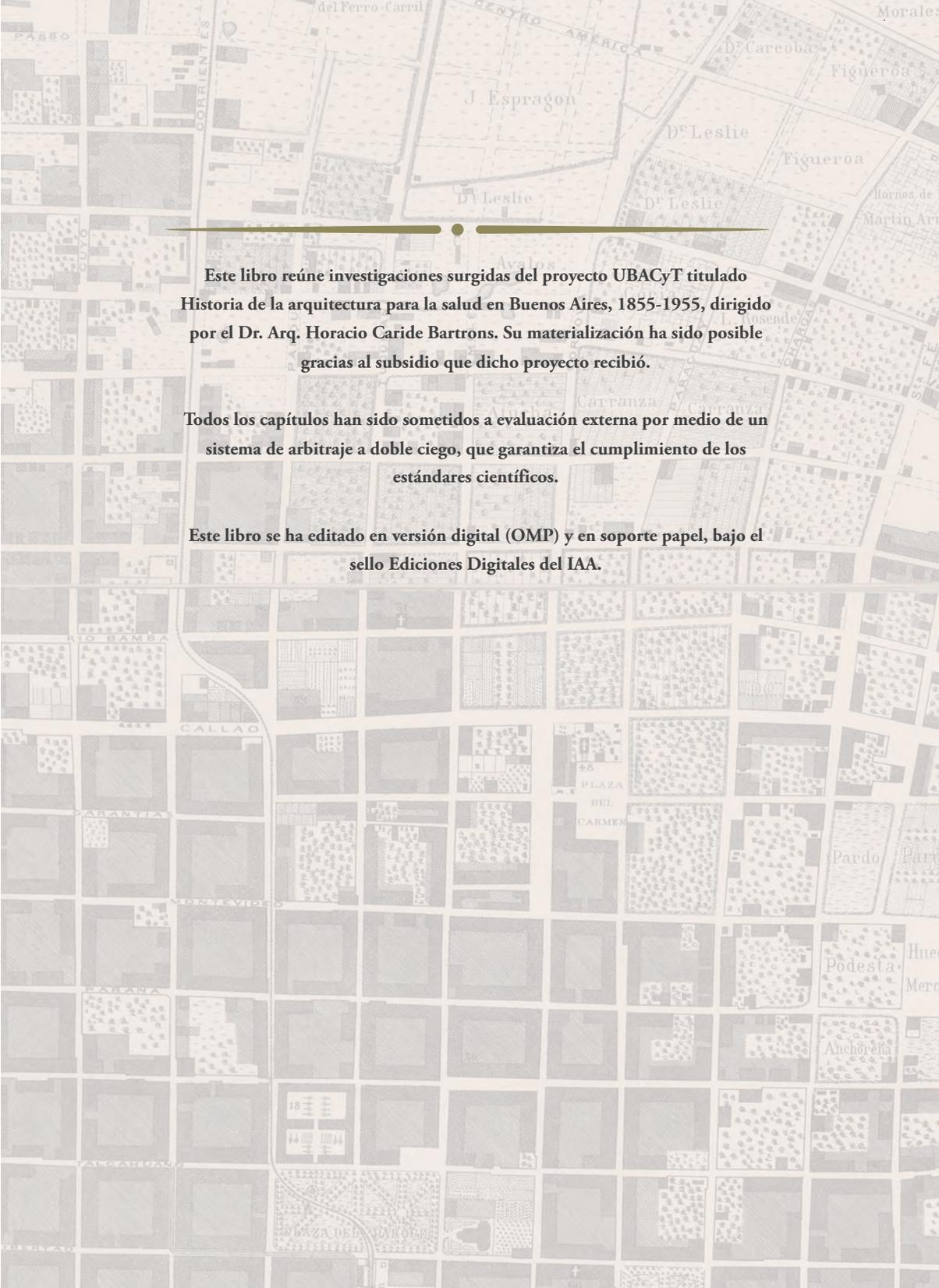
Matías Ariel Ruiz Díaz

Arquitecto graduado en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA). Doctor en Historia por la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad de San Martín (IDAES-UNSAM). Especialista y Magíster en Historia y Crítica de la Arquitectura, Diseño y Urbanismo por la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (MAHCADU-FADU-UBA). Es profesor adjunto interino en Historia de la Arquitectura en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA) y Jefe de Trabajos Prácticos regular en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de La Plata (FAU-UNLP). Miembro investigador del Programa de Estudios Heterotópicos, e investigador principal en el Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” (IAA-FADU-UBA). Es editor de la Serie de libros Tesis del IAA desde 2022.

Laura J. Vazquez

Arquitecta graduada en la Universidad de Buenos Aires. Cursa la especialización en Docencia Universitaria, Universidad de Buenos Aires. Docente de Historia de la Arquitectura, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, Universidad de Buenos Aires (FADU-UBA). Coordinadora de Seminarios de Crítica e Investigadora asistente del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas “Mario J. Buschiazzo” (IAA-FADU-UBA). Miembro del Comité Creativo de las Jornadas de Investigación y Encuentro Regional SI+, Secretaría de Investigación (FADU-UBA). Asesora en instalaciones en el ámbito de obras privadas.

Se terminó de imprimir en octubre del 2022
en Imprenta Dorrego SRL,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
con una tirada de 100 ejemplares.



Este libro reúne investigaciones surgidas del proyecto UBACyT titulado Historia de la arquitectura para la salud en Buenos Aires, 1855-1955, dirigido por el Dr. Arq. Horacio Caride Bartrons. Su materialización ha sido posible gracias al subsidio que dicho proyecto recibió.

Todos los capítulos han sido sometidos a evaluación externa por medio de un sistema de arbitraje a doble ciego, que garantiza el cumplimiento de los estándares científicos.

Este libro se ha editado en versión digital (OMP) y en soporte papel, bajo el sello Ediciones Digitales del IAA.

Este libro narra una historia sobre algunas arquitecturas y territorios urbanos destinados a la sanidad en Buenos Aires, en el período 1855-1930. Es el resultado de varios años de investigación en equipo y, por eso, se trata de un relato colectivo acerca de la higiene de la ciudad y la salud del pueblo, en un momento particular de su historia, caracterizado por la transición de una sociedad que abandonaba el modelo, primero colonial y luego republicano, para ingresar a la modernidad de las primeras décadas del siglo XX.



.UBAfadu

FACULTAD DE ARQUITECTURA
DISEÑO Y URBANISMO