

## RAMÓN CARRILLO

### SALUD Y VIVIENDA (1946-51), una visión integral de políticas públicas<sup>1</sup>

Mgr. Arq. Cristina E. VITALONE.

#### RESUMEN:

El documento trata sobre la transferencia de algunos de los preceptos de la medicina social -definidos y desarrollados por el Dr. Ramón Carrillo en sus planes de salud pública, libros, conferencias y discursos-, a la configuración de las ciudades y los barrios obreros de mediados del siglo XX. Bajo su óptica centra la atención en temas de higiene pública pero comprendida como sinónimo de urbanismo sanitario que, junto a la higiene del trabajo, la alimentación y el deporte, fue motivo permanente de preocupación del prestigioso sanitarista tanto en ejercicio de la máxima investidura de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, entre 1946 y 1949, como del Ministerio homónimo desde 1949 a 1954.

Entre los más importantes referentes del pensamiento del doctor Carrillo destaca el primer Plan Analítico de Salud Pública (1947) un extenso compendio de ideas que asoció objetivos, decisiones y acciones de mejoramiento del nivel sanitario de la población con la configuración física y funcional de la ciudad y los barrios obreros a propósito de generar la necesidad de establecer relaciones interinstitucionales para trabajar en conjunto políticas públicas de Salud y Vivienda en el Primer Plan Quinquenal de gobierno (1946-1951). Cuatro años más tarde, la versión sintética de ese primer plan de salud pública se constituyó en metodología modelo con el fin de elaborar el analítico correspondiente al 2º Plan Quinquenal (1952-56). Cabe señalar que de ese extenso compendio de ideas, este documento presenta sólo aquellas referidas al ámbito urbano, sin extenderse al rural ni a la configuración de ciudades nuevas, sobre los que Carrillo trabajó con la misma intensidad para resolver “todo cuanto exige la vida actual con criterio dinámico, merced al mejor conocimiento que actualmente tenemos de la higiene y la ciencia urbanística en general”.

La influencia, poco conocida, de ese corpus teórico-conceptual en la configuración de barrios para la población de menores recursos se advierte, a nuestro juicio, en una de las primeras realizaciones del período que podríamos llamar de consolidación de la más importante política de vivienda social en el territorio de la provincia de Buenos Aires. En el trazado del Barrio Obrero ubicado en el partido de Berisso (1947), ejemplo temprano de la construcción de un conjunto de viviendas dignas, auspiciadas, estimuladas, protegidas, reguladas y amparadas por las prácticas administrativas del poder ejecutivo provincial, se advierte el efecto derrame de las experiencias nacionales trasvasadas por el pensamiento científico del doctor Ramón Carrillo y su singular adhesión a los más significativos manifiestos urbano-arquitectónicos del movimiento moderno de los primeros cincuenta años del siglo XX.

---

<sup>1</sup> Este trabajo obtuvo el Primer Premio en la Categoría Historia y Crítica Arquitectónica y Urbanística del Concurso Premio Bienal de Arquitectura, Urbanismo, Investigación y Teoría 2011 del Colegio de Arquitectos de la Provincia de Buenos Aires.

## RAMÓN CARRILLO

### SALUD Y VIVIENDA (1946-51), una visión integral de políticas públicas.

Mgr. Arq. Cristina E. VITALONE. LEMIT-CIC<sup>2</sup>.

#### 1. Introducción:

Es de conocimiento general que la política social del Estado Nación entre los años 1946-55 giró en torno al **bienestar**, entendido como el **derecho de los trabajadores**, incluyente de otros, para “disponer de vivienda, indumentaria y alimentación adecuadas, (y) satisfacer sin angustias sus necesidades y las de su familia en forma que les permita trabajar con satisfacción, descansar libres de preocupaciones y gozar mesuradamente de expansiones espirituales y materiales” (CN, 1949:art.37). También sabemos que todas esas aspiraciones de política, reconocidas como derechos en la Constitución de 1949<sup>3</sup>, formaron parte de un ideario común a los hombres del gobierno que orientados por la doctrina del Gral. Juan Domingo Perón, por entonces presidente de la Nación, trabajaron en la **planificación y gestión integral de todos los aspectos del problema social** y, los legitimaron en el primero y segundo Planes Quinquenales de 1947-51 y 1952-56. Recordemos con Falivene y Dalbosco (2007) que el Primer Plan Quinquenal (1947-1951) introdujo la planificación de modo institucionalizado, un sistema estadístico nacional para fortalecerla y, entre otras herramientas de gestión, un primer plan de salud con sentido universalista. El segundo, perfeccionó la estructura del primero y, fundamentalmente, el entretendido de principios para posibilitar la vinculación entre políticas públicas de salud y vivienda.

En efecto, viejas preocupaciones sobre la planificación y gestión conjunta de ambas políticas quedarían expresadas en el primer Plan Analítico de Salud Pública (PASP, 1947)<sup>4</sup>, parafraseando a Carrillo, Secretario entre 1946-1949 y Ministro de Salud Pública desde 1949 a 1954, un plan quinquenal en la rama de salud pública que trabajado bajo los principios del primero quinquenal de gobierno<sup>5</sup> fue sintetizado para convertirse en **metodología modelo** de la elaboración del séptimo capítulo, salud pública, del 2º Plan Quinquenal 1952-57 (PSSP, 1951). En esa síntesis, Carrillo (1949:3) demostraría pleno conocimiento de las necesidades “cada vez mayores para salir del paso en todos los problemas que afectan la salud y el bienestar de nuestro pueblo” y de las teorías urbano-arquitectónicas del movimiento moderno de mediados del siglo XX para definir la “**ciudad sanitaria ideal**” en pos de solucionarlos.

---

<sup>2</sup> Asesora de Dirección. Laboratorio de Entrenamiento Multidisciplinario para la Investigación Tecnológica. Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

<sup>3</sup> Constitución Nacional (1949), Capítulo III, “Derechos del trabajador”, Art. 37: 1. Derecho de trabajar; 2. Derecho a una retribución justa; 3. Derecho a la capacitación; 4. Derecho a condiciones dignas de trabajo; 5. Derecho a la preservación de la salud; 6. Derecho al bienestar; 7. Derecho a la seguridad social; 8. Derecho a la protección de su familia; 9. Derecho al mejoramiento económico; 10. Derecho a la defensa de los intereses profesionales.

<sup>4</sup> La política social expuesta en el Plan Analítico de Salud Pública 1946-51, reconoce como antecedentes directos un proyecto de plan de Salud Pública y Educación trabajado por el Dr. Ramón Carrillo y el Gral. Juan Domingo Perón desde su cartera de Secretario de Trabajo y Bienestar Social (1943-45); las conclusiones y realizaciones del Consejo Nacional de Posguerra creado en 1944 (Juan D. Perón, Vicepresidente y Ministro de Guerra de la Nación) y, entre otros, las ideas generales planteadas por Carrillo al hacerse cargo de la Secretaría de Salud Pública el 30 de mayo de 1946 (Carrillo, 1949:8). Ver Falivene, Graciela M. y Dalbosco, Hugo L. (2007).

<sup>5</sup> El Primer Plan Analítico de Salud Pública 1947-51 respondió a los principios del Primer Plan Quinquenal elaborado por la Secretaría Técnica de la Presidencia de la Nación a cargo del Dr. Francisco José Figuerola.

Tanto la versión analítica como sintética del primer plan de salud serían las encargadas de instruir a los directores generales y técnicos del ministerio a cargo del Dr. Ramón Carrillo sobre la “doctrina de fondo [...] definiciones, teorías, principios” que sentarían las bases para la redacción del nuevo plan para el quinquenio 1952-57, entendido como una nueva edición de los aspectos prácticos y de ejecución del modelo de 1947, pero “adaptándolo y proyectándolo a un nuevo programa de realizaciones” (PSSP, 1951:6-17).

A la luz de los preceptos de los planes de salud, el Segundo Plan Quinquenal (2º PQ, 1952-57:VIIG.16) perfeccionó en su capítulo séptimo el entretendido de principios entre ambas políticas y mantuvo el objetivo básico de **higiene de la vivienda** en la rama de **medicina social** que, junto a los de higiene de la alimentación, el trabajo y el deporte, contribuiría a “la protección y el mejoramiento de la salud del Pueblo, a fin de acceder al bienestar físico, intelectual y moral y obtener el máximo coeficiente de actividad vital”. Asimismo reagrupó conceptos como **urbanismo sanitario** en la rama **medicina sanitaria**, junto a otros como medio ambiente, climatismo<sup>6</sup> y termalismo<sup>7</sup>, en sus acepciones médicas, sin dejar de lado objetivos sobre erradicación y profilaxis de las epidemias, la conducción del Estado y la necesaria colaboración del sector privado para promover un alto nivel sanitario en los núcleos poblados (ver anexo 1).

El octavo capítulo del 2º PQ, por su parte, propiciaba el desarrollo de un plan de viviendas teniendo en cuenta el principio ‘**función social**’ de la misma para “asegurar a todos los habitantes del país la posesión de una vivienda adecuada, higiénica, confortable y económica”; reglar la construcción de nuevas unidades familiares y colectivas y eliminar, gradualmente, “hasta su desaparición la vivienda insalubre” y el “hacinamiento con su consecuente promiscuidad”. Además, promovía la urbanización de todos los municipios y centros poblados mediante planes reguladores, una de las herramientas del urbanismo científico que tenía en cuenta las características geográficas y las necesidades económicas y sociales de la zona; la descentralización y zonificación industrial; la racionalización y coordinación de los servicios públicos y medios de transporte y la aplicación de normas arquitectónicas adecuadas (2º PQ, 1952-57: VIIG.17-VIIIIG.1-VIIIIG.4).

En ese proceso, dos políticas **Salud y Vivienda** formaron parte del gran apartado Acción Social del segundo plan quinquenal para continuar tratando, desde los órganos ejecutivos del Estado nación, materias cuyo desarrollo conjunto incidiría positivamente en el bienestar del trabajador y su familia: (1) organización del pueblo; (2) trabajo; (3) previsión; (4) educación; (5) cultura; (6) investigación científica y técnica; (7) salud pública; (8) vivienda y (9) turismo. Podemos decir entonces que el primer plan analítico de salud conformó el corpus teórico-conceptual que las ciencias médicas intentaban transferir a los equipos técnico-políticos de obras públicas del ejecutivo nacional y provinciales en temas referidos, por ejemplo, a la construcción de viviendas higiénicas y barrios obreros sanitarios, mientras que su versión sintética ordenó las ideas a tener en cuenta para garantizar la continuidad de ambas políticas vinculadas en los futuros planes.

## 2. La formación del corpus teórico conceptual.

El estudio de la interrelación de políticas de Salud y Vivienda no puede ser dissociado de la formación del riquísimo corpus teórico conceptual consolidado en 1947 por el mencionado primer Plan Analítico de Salud Pública y en 1951 por su versión sintética. En éstos, a la vez,

---

<sup>6</sup> Climatismo: relativo a la influencia terapéutica de las estaciones climáticas en todo lo que concierne a la higiene pública, privada y el urbanismo.

<sup>7</sup> Termalismo: Conjunto de medios y técnicas destinados a la utilización terapéutica de las aguas termales.

convergióron los fundamentos de un plan de Salud Pública y Educación, trabajado por el Dr. Ramón Carrillo y el Gral. Juan Domingo Perón desde su cartera de Secretario de Trabajo y Bienestar Social (1943-45); la doctrina política del mismo Juan Domingo Perón, por entonces presidente de la nación y las ideas científico-técnicas de ese médico sanitarista planteadas y difundidas por medio numerosos conferencias, artículos, libros y discursos. En ese corpus teórico-conceptual el pensamiento del Dr. Ramón Carrillo se explaya in extenso para abordar nociones tales como **ciencia urbanística y normativas, viviendas y barrios obreros, trabajo en equipo e interdisciplina** para reafirmar su visión integral sobre la planificación, gestión y ejecución de políticas públicas.

▪ **Ciencia Urbanística y normativas:**

En el capítulo veintisiete “Urbanismo y Saneamiento rural” de ese primer plan analítico, Ramón Carrillo introdujo el tratamiento de diversos temas relacionados con la ciencia del urbanismo como parte integrante de la **Higiene Pública**, ésta a la vez una de las ramas de la **Medicina Social**. Desde el punto de vista sanitario, Carrillo afirmaba que la higiene pública había nacido a mediados del siglo XIX con el fin de organizar, mejorar y vigilar “sanitariamente” las ciudades “concebidas para el hombre” con las máximas garantías de seguridad e higiene. A su juicio la ciencia del urbanismo importaba a las médicas porque estaba dedicada al estudio de “la anatomía y fisiología” de la ciudad y al mejoramiento de sus condiciones en relación al bienestar físico y psíquico de la colectividad y de cada uno de sus integrantes (PASP, 1947:1535).

Carrillo entendía que para una aplicación racional de la medicina social debían dictarse normas que aseguraran el pleno goce de las conquistas de la higiene moderna “más contribuir con medidas de higiene pública a dejar sentadas las bases y con ello integrar uno de los más sólidos pilares que hacen verdaderamente grande a una ciudad moderna”. En ese contexto la ciencia urbanística debía proceder a la construcción, reforma, ampliación o reconstrucción de una ciudad contemplando sus proyecciones futuras “en relación con el crecimiento del conglomerado humano que las habita y sus particulares problemas”. Debía oponerse, además, a los “intereses privados especuladores” que creaban “los bloques compactos de edificación donde el aire, el sol y la luz, entran cautelosamente por temor a que cierren la única rendija que han dejado abierta, que por su estrechez, más que una obra intencional, parece un descuido de construcción. Junto a estas moles enormes, en irritante promiscuidad, aparece el conventillo al cual su coloso vecino le ha quitado lo único que hasta su aparición tenía de bueno, el sol y la luz” (PASP, 1947:1544).

La planificación urbana con criterio sanitario e higiénico le agregaba valor a todas las demás orientaciones económicas, sociales, administrativas y técnicas y para ello los planes reguladores en tanto herramientas de gestión debían sustentarse en los estudios de múltiples variables: la geografía, la topografía y el clima del lugar y la zonificación urbana como técnica de distribución de los distintos barrios con “criterio sanitario, geográfico, científico e histórico”. Carrillo empleaba el término zonificación urbana con pleno conocimiento de su significado urbanístico para explicar la importancia de separar “cada categoría de actividad teniendo en cuenta la especialización de sus funciones” o dividir “las ciudades en barrios según las características o género de actividades”. La zonificación de las actividades o su ordenamiento le agregaban a la trama urbana eficiencia y economía; más cuando se sumaban las calles, diagonales y avenidas “con un arbolado apropiado, no alergógeno” para aumentar los pulmones de la ciudad y aliviar la congestión de tránsito, esta última “manifestación patológica de la urbanización que el higienista está obligado a remediarla”.

Asimismo, le prestaba especial atención al verde sanitario que sirve de respiración a la ciudad conformado por espacios como plazas, parques (parque-jardín o parque-bosque), jardines y el arbolado de calles, diagonales y avenidas que debían instalarse “teniendo en cuenta la unidad de población y la extensión de la ciudad, y su superficie [...] a razón de 2.5m<sup>2</sup> a 10m<sup>2</sup> por habitante según la actividad urbana predominante”. En el mismo sentido sugería contemplar en los planes reguladores las “dimensiones mínimas de los predios y el área máxima de la superficie a cubrir con la edificación en cada predio y en cada zona” y la “construcción y altura de los edificios, relacionándolas con el ancho y orientación de las calles” (PASP, 1947:1553)

Tampoco faltó en ese compendio de ideas, un apartado dedicado a los reglamentos de construcciones o leyes generales (hoy hablaríamos de un código urbano-ambiental) de acuerdo a cada zona “para que el ambiente artificial de la ciudad sea ordenado e higiénico” y dirigido a restringir, dentro de ciertos límites, “el derecho a la libertad privada de construir, sujetando los permisos a normas explícitas y taxativas, dirigidas a tutelar el interés público y el privado”. Aparte del aspecto higiénico sugería atender el estético “de tal manera que, sin coartar las preferencias individuales no se permitan aberraciones dentro de la ciudad, que cualquiera fuese tiene una idiosincrasia e historia a respetar”. El reglamento, continúa Carrillo “deberá limitar, según las condiciones de cada zona, la altura en relación a la calle y naturaleza del barrio y el destino de cada construcción” y contemplar “la salud de los habitantes o la higiene pública, más que el interés especulativo o la lucha de la competencia para el lucro de sus propietarios” (PASP, 1947:1552) (ver anexo 2).

#### ▪ **Urbanismo sanitario- Ciudad sanitaria ideal.**

Hemos señalado que en 1951 el plan analítico de 1947 fue sintetizado con la finalidad de constituirse en metodología de base para la elaboración del plan correspondiente al quinquenio siguiente. Sin dejar de lado los aforismos o sentencias del analítico, ese sintético pretendía orientar a los equipos técnico-políticos con la finalidad de encarar los estudios con vistas a soluciones futuras en los temas de salud y vivienda y definir los actores e instituciones que debían intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida urbana. Quince capítulos<sup>8</sup> conformaron esa estructura sintética y el tercero sobre medicina social, con sus apartados II: Vivienda y III: Higiene de las ciudades, introdujo el tratamiento detallado de sus problemáticas adoptando teorías y conceptos del movimiento moderno de la arquitectura y el urbanismo de mediados del siglo XX, bajo la óptica de las ciencias médicas (ver anexo 3).

Comencemos con la ciudad, o mejor dicho con las patologías urbanas que para las ciencias médicas incidían, gravemente, sobre los índices de morbilidad y mortalidad: falta de espacios verdes y de bosques periurbanos; insuficiente circulación de aire; calles estrechas; concentración industrial y de basuras; hacinamiento y congestión de la edificación pública y privada; mala ubicación y/o construcción deficitaria de edificios para escuelas, hospitales, mercados, mataderos, ferias y cementerios; deficiencias sanitarias, etc. Todos temas inscriptos en el capítulo medicina social<sup>9</sup> del plan sintético de salud que los funcionarios de

---

<sup>8</sup> Plan Sintético de Salud Pública 1952-58, Capítulos: (I) medicina asistencial; (II) medicina sanitaria; (III) medicina social; (IV) construcciones; (V) financiación de los servicios de la salud pública; (VI) administración; (VII) abastecimientos; (VIII) personal; (IX) demografía y política sanitaria; (X) cultura y educación sanitarias; (XI) investigación científica; (XII) industrias sanitarias y farmacias; (XIII) legislación y derecho sanitario; (XIV) regionalización; (XV) cálculo del tiempo y del coste del plan (PSSP, 1951:161-167).

<sup>9</sup> Las tres grandes ramas que Carrillo define para comprender y agrupar las diferentes temáticas de un plan de salud pública que entiende integral son: la medicina asistencial (microcosmos) que toma a su cargo al individuo;

la Dirección de Higiene Pública debían estudiar con la finalidad de “definir y caracterizar desde el punto de vista de la higiene pública, cómo debe ser la ciudad sanitaria ideal” que, para Carrillo, “felizmente” coincidía “con el programa arquitectónico y urbanístico, ideal y moderno” de la Carta de Atenas, el documento emergente del IV Congreso Internacional de Arquitectura Moderna (IV CIAM) de 1933<sup>10</sup> (PSSP, 1951:62).

Del análisis de esa carta, o mejor dicho del conjunto de aforismos, sentencias, declaratorias y puntos doctrinales que englobaban las conclusiones del IV CIAM, inferimos las razones por las que Ramón Carrillo la tomó en cuenta al momento de tratar temas de **higiene pública urbana** en sus planes de salud. En particular, dos son muy claras: la carta contiene un importante diagnóstico sobre los problemas socio-políticos, socio-económicos y socio-culturales de la ciudad, la habitación, el esparcimiento y el trabajo y un bagaje de principios que vinculan la planificación, organización y funcionamiento de las ciudades con la salud pública para eliminar “los tristes frutos” que se recogen de la concentración poblacional: infecciones, malos hábitos, falta de luz, contaminación del suelo, basuras, etc. (Carrillo, 1951:39).

El desarrollo de las ciudades, sentencia la carta, “se dirige sin precisión ni control, y sin que se tengan en cuenta los principios del urbanismo” que, elaborados por **técnicos cualificados del arte de construir, la salud y la organización social**, habían sido objeto de debates, artículos, libros y congresos por más de una década hasta conformar esa “especie de código de comportamiento”, “de método para los urbanistas”, de “orientación para las investigaciones” o de “plataforma para las intervenciones concretas”<sup>11</sup> (Sica, 1981:169). El urbanismo “que al fin de cuentas es una rama de la Higiene –porque no podrá existir arquitectura racional, si no respeta las leyes de la higiene pública–”, era un concepto que para Carrillo resultaba claro al “leer la Carta de Atenas, concebida por arquitectos, pero que pudo ser ratificada por los médicos higienistas” (Carrillo, 1951:39).

Para la Carta de Atenas el urbanismo tenía cuatro funciones principales: (1) garantizar alojamientos sanos, es decir, lugares con las tres condiciones esenciales de la naturaleza, espacio, aire puro y sol; (2) organizar los lugares de trabajo; (3) prever las instalaciones necesarias para la buena utilización de las horas libres y (4) establecer una vinculación entre esas funciones mediante una red circulatoria que respetara las prerrogativas de cada una. Habitar, trabajar, recrearse y circular en un proceso de zonificación urbana que armonizara “las funciones claves de la ciudad funcional”; utilizara “los recursos de la técnica moderna”; subordinara el “interés privado al interés colectivo”; dotara a los barrios residenciales de nuevas superficies verdes con fines comunitarios; independizara los sectores industriales de los de habitación; diferenciara las calles según su destino y, promoviera la elaboración de programas “a partir de análisis rigurosos hechos por especialistas” sin perder de vista, entre otros postulados, que “el sol, la vegetación y el espacio son las tres materias primas del urbanismo” (CA, 1933). Algunas de las premisas del IV CIAM parecen ser retomadas por el Dr. Ramón Carrillo al tratar el sistema viario de una ciudad sanitaria en su primer plan

---

la medicina sanitaria (mesocosmos) al medio ambiente físico, químico y biológico y, la medicina social (macrocosmos) al medio circundante o “comundo” (Carrillo, 1951:55).

<sup>10</sup> El CIAM (Congreso Internacional de Arquitectura Moderna) fue fundado en 1928 por Le Corbusier, encabezando un grupo de 28 arquitectos. Durante el CIAM de 1933, el grupo discutió los principios de la llamada “ciudad funcional” que permitían ampliar la acción de la arquitectura como arte social y herramienta económica y política a la planificación urbana integral.

<sup>11</sup> Cabe recordar que como becario de la Universidad de Buenos Aires, entre los años 1930-1933 Ramón Carrillo perfeccionó sus estudios de medicina en Holanda, Francia y Alemania. Esta larga estadía de países europeos es señalada por numerosos autores por las oportunidades que se le ofrecieron para conocer de cerca los cambios políticos, sociales y culturales de la tercera década del siglo XX.

analítico de salud: las calles, diagonales y avenidas “Deben orientarse estratégicamente y el plan de regulación para la zonificación debe prever una distribución y multiplicación en relación con la actividad de cada zona y de las distintas zonas entre sí [...] lo ideal sería construirlas a un nivel distinto” (PASP, 1947:1554).

Carrillo introdujo el concepto de **urbanismo sanitario como técnica para lograr el objetivo ciudad sanitaria ideal** en el apartado (III) Higiene de las ciudades, del capítulo **medicina social** del plan sintético, como hemos dicho metodología modelo para elaborar el respectivo analítico a incorporar al segundo plan quinquenal. En otros términos, la medicina social agregaba al viejo concepto de higiene pública los estudios sobre los focos potenciales de contaminación, mercados, ferias, cementerios, para ubicarlos “donde y como corresponda”; las calles, plazas, viviendas e industrias para que “no sean factores de hacinamiento y mal vivir” y, las reacciones del ‘hombre sano’ al “ambiente normal de su existencia, es decir, en su vida social” (Carrillo, 1951<sup>a</sup>:4)(Carrillo, 1950:3). Aún más, en el primer plan analítico de salud Carrillo se explayó in extenso sobre temas relacionados con las actividades predominantes y sus zonas de influencia; las superficies de espacios verdes y de calles que “ocuparán como mínimo, un área equivalente a la mitad del área reservada a la edificación”; la vialidad con la provisión de avenidas para descongestionar el tránsito; las plazas y bosques periurbanos con instalaciones destinadas a la recreación infantil y campos de deportes “estratégicamente ubicados para su rápido y fácil acceso”; las reservas para ensanches urbanos; el abastecimiento de agua, la eliminación de aguas servidas y basuras; los edificios públicos; los establecimientos sanitarios; las escuelas y jardines de infantes; los cementerios, etc. (PASP, 1947:1545). Como veremos en el próximo apartado, el capítulo medicina social también inscribió las problemáticas de la vivienda higiénica y los barrios sanitarios.

En sintonía con los principios de la carta de Atenas los planes analítico y sintético trataron, por un lado, todos los aspectos de la organización científica de las ciudades utilizando como herramientas de gestión las leyes del urbanismo, los planes reguladores, la zonificación urbana y suburbana y el saneamiento para determinar áreas de habitación dictadas por razones de higiene. Por otro, todos aquéllos para alcanzar el objetivo general de la medicina social de luchar contra los factores (indirectos) de enfermedad y, en este sentido, las ciudades debían “fundarse, remodelarse y/o planearse con criterio de urbanismo sanitario y no dejar que su nacimiento y desarrollo quede librado al azar porque si eso ocurre, se termina en la ciudad insalubre” (PSSP, 1951:62).

En palabras de Carrillo el urbanismo sanitario era la disciplina que debía enfrentar “la planificación de las ciudades, su organización y funcionamiento apoyándose en las leyes de la vida humana, de la higiene y la salud”; añadir al “esfuerzo ya realizado de curar a los enfermos [...] el de distribuir a los hombres y a las familias en las ciudades” según sus principios y orientaciones, e integrar conocimientos para dar solución a “aquéllas situaciones que la **arquitectura, la medicina y la ingeniería** sanitarias tratan de resolver en conjunto porque de un modo u otro afectan a la salud de la población” (Carrillo, 1951<sup>a</sup>:3,4,15). Esa acepción que vinculaba a los hombres de gobierno con el corpus teórico de dos áreas del conocimiento<sup>12</sup>, a juicio de Carrillo no era aventurada “si se tiene en cuenta que la Carta de Atenas [...] coincide con los principios e ideas propugnados por los higienistas desde hace más de un siglo; por lo tanto el urbanismo es una especie de encrucijada donde nos encontramos los médicos con los arquitectos” (Carrillo, 1951a:3).

---

<sup>12</sup> Carrillo trata en profundidad las relaciones entre arquitectura y medicina en el primer tomo de su libro “Teoría del Hospital” (ver Carrillo, 1951).

Los planes de salud definieron y encuadraron, tempranamente, temáticas a tratar en conjunto bajo la óptica de tres ramas de la medicina: asistencial, sanitaria y social, una separación que el mismo Carrillo (1951:57) planteaba al sólo efecto de la planificación, gestión y ejecución de sus servicios y obras porque en la 'realidad son indivisibles'. Como indivisibles también eran las relaciones científico-tecnológicas entre profesionales de la ingeniería y la medicina al entender, también, que "las posibilidades de los médicos higienistas para la protección y mejoramiento de la salud pública llega a un límite tal, que no puede avanzar ni perfeccionarse por la falta de colaboración", por ejemplo, del ingeniero sanitario (Carrillo, cit. Di Muro, 1952:788).

A esa comunión de intereses hacían mención los ingenieros Gando y San Román (1952: 232) cuando, en el Tercer Congreso de Ingeniería Sanitaria, rescataron el concepto "condiciones sanitarias óptimas" en relación, no solamente, con el buen estado sanitario de un pueblo por la "mera ausencia relativa de enfermedades corporales, sean éstas infecciosas o degenerativas", sino a la aplicación de planes de urbanización y saneamiento con fines sociales para evitar la multiplicación indiscriminada de lotes y viviendas antihigiénicas e insalubres. Esas eran parte de las problemáticas urbanas que debían trabajar "en consuno" arquitectos, ingenieros, economistas y médicos sanitarios. En el mismo ámbito el Dr. Bard (1952:839), especialista en higiene y medicina laboral, planteaba la necesidad de la seguridad del trabajador en un taller, una fábrica o una usina y, en este orden, reafirmaba la participación de los ingenieros industriales y químicos con "conocimiento preciso, de muchos capítulos importantes, de la medicina del trabajo". En síntesis, las ciencias médicas convocaban a profesionales de diferentes áreas del conocimiento para tratar, en conjunto, las distintas dimensiones políticas, sociales, culturales, económicas y físico-ambientales, incluídas en el novedoso concepto de urbanismo sanitario.

- **Viviendas higiénicas**

La sentencia "No basta que una vivienda sea barata; es más importante que sea higiénica" nos acerca a uno de los problemas de la salud pública que según Carrillo no se resolvería "sólo con hospitales y medicamentos, sino con **viviendas higiénicas**, en ciudades saneadas", y con el esfuerzo común de los ciudadanos, la dirección inteligente de los gobernantes y el asesoramiento de médicos, arquitectos e ingenieros urbanistas (PSSP, 1951:60)(Carrillo, 1951<sup>a</sup>:4,15). Con estas palabras hacía suyas las preocupaciones del IV CIAM sobre las "viviendas (que) abrigan mal a las familias, corrompen su vida íntima; desconocen las necesidades vitales, tanto físicas como morales, (y) dan fruto envenenado: enfermedad, decadencia, rebelión" (CA, 1933)<sup>13</sup>.

La carta de Atenas hace mención permanente, directa o indirectamente, a la relación entre la salud del hombre y las condiciones del medio ambiente entendiendo que todas las funciones de la ciudad de mediados del siglo XX contradecían las necesidades de la higiene pública. La salud, expresaba, depende en gran parte de su sumisión a las condiciones naturales y por ello el IV Congreso consideró a la **unidad-vivienda** como centro mismo de las preocupaciones del urbanismo sanitario y punto de partida desde donde "se establecerán en el espacio urbano las relaciones" entre ellas, los lugares de trabajo,

---

<sup>13</sup> En el mismo sentido tampoco se desconocían los principios esenciales de la Ley UNITED STATES HOUSING, sancionada en 1937: (1) Eliminación de las condiciones antihigiénicas e inseguras de la vivienda; (2) Desaparición de los conventillos (slums) (3) Provisión de viviendas dignas, seguras y saludables para las familias de escasos recursos (4) Reducción de la desocupación y (5) Estímulo a la actividad comercial (ver RA, 1944: 203).



oficinas, talleres, fábricas y las instalaciones consagradas a “cultivar el cuerpo y el espíritu” para garantizar el bienestar necesario de la población. También apelaba a otras disciplinas para respaldar “el arte de construir con todas las seguridades de la ciencia” y “técnicas modernas” aclarando que la arquitectura “Ordena la estructura de la vivienda, esa célula esencial del trazado urbano, cuya salubridad, alegría y armonía están sometidas a sus decisiones” (CA, 1933).

Con esos principios, el IV CIAM sintetizó en 1933 lo trabajado en el II, Francfort 1929, atento al análisis de la vivienda mínima o estándar, al decir de Gropius “de la clase obrera, destinataria ideal y privilegiada, aún cuando sea tácitamente, de los arquitectos modernos”, con la colaboración de otras disciplinas para la definición de esa categoría a la que “hay que asegurar valores óptimos de higiene y habitabilidad” (Sica, 1981:169, 172). En sintonía con los principios del movimiento moderno y la política social del Estado nación, Carrillo (1949a:33) subrayaba que “toda vivienda obrera debe tener un mínimo de condiciones que la hagan confortable; debe resguardar de las inclemencias del tiempo de todas las épocas. Debe tener un costo apropiado al salario mínimo vital de cada región del país. Y debe ser habilitada de acuerdo a ciertos principios de estética y de buen gusto”. Cuestiones de estética e higiene “de tal manera que sin coartar las preferencias individuales no se permitan aberraciones dentro de la ciudad, que cualquiera fuese tiene una idiosincrasia e historia a respetar”, aparecen también en el primer plan analítico de salud pública al tratar su propuesta de “reglamento de construcciones de acuerdo a la zona”.

Carrillo (PASP, 1947:1552-1555) sentenció entonces que “el ideal del concepto urbanístico exige que toda casa se transforme en una casa-jardín”<sup>14</sup> para cumplir con las exigencias de la higiene pública, “ofreciendo al máximo las condiciones de comodidad, aire, luz y sol, y la posibilidad de brindar a sus moradores el ambiente necesario para la recreación espiritual y física, tan necesaria a la vida y entretenimiento de los niños como al descanso mental de los mayores”. Cuatro años más tarde definió el gran objetivo del rubro Vivienda en el tercer capítulo medicina social de su versión sintética: “Educar a la población y fomentar el conocimiento de la higiene de la vivienda y el confort como factor directo de salud e indirecto de enfermedad”, una relación entre salud y vivienda que se expresó como teoría sanitaria para estudiar, analizar, desarrollar, discutir y explicar problemas sociales, psicológicos, económicos, históricos, jurídicos y de legislación, arquitectónicos y de construcción (PSSP, 1951:60). Esa teoría ampliaba “los principios e ideas propugnadas por los higienistas desde hace más de un siglo”, sumando a los planes de salud otros derivados de distintas problemáticas de la familia obrera: trabajo, alimentación y salarios.

Asimismo, esbozó los lineamientos para el abordaje de los estudios sobre la superficie mínima necesaria por persona, en viviendas individuales y colectivas, y la lucha contra el hacinamiento frente al “hecho consumado” del conventillo (PSSP, 1951:60-63). Como los higienistas del siglo XIX y principios del XX, entendía que “la moral era una cuestión de metros cuadrados”, en clara alusión a “la mejor escuela del delito del pasado” (el conventillo) y a las “casas obreras planeadas sobre ese tipo antisocial por excelencia” para explicar así la relación directa entre las condiciones físico-funcionales de la vivienda y la enfermedad.

Desde la óptica de la medicina el factor hacinamiento no era el único que aumentaba las posibilidades de contraer o contagiar enfermedades: la falta de alimentos, las viviendas antihigiénicas que “a veces son cuevas” y los salarios insuficientes no le permitían al trabajador “subvenir debidamente a sus necesidades”. A juicio de Carrillo (1949a:34) el hacinamiento y su influencia sobre la salud física y moral de los habitantes debía ser

---

<sup>14</sup> Sesgamos el estudio a la vivienda urbana, pero el mismo plan contempla otros tantos objetivos específicos para dar solución a la vivienda rural.

“resuelto por la armónica combinación de todos los elementos que integran una colectividad, vale decir, estado, individuo, uniones sociales, cooperativas, mutualidades, empresas industriales, y aun entidades de carácter espiritual y religioso”.

Tampoco en las versiones analítica y sintética de los planes de salud pública faltaron las recomendaciones para que los funcionarios médicos, arquitectos e ingenieros, nacionales y provinciales, trabajaran en conjunto con el fin de contribuir a la consolidación del derecho a la vivienda proyectándola dentro de los principios generales de la higiene y el confort. Sobreentendían, además, que para la obtención de una vivienda higiénica y barata, las direcciones de arquitectura, nacional y provinciales, debían preparar “un programa clasificado” de viviendas de distintas categorías; “compaginar factores” para proyectarlas (higiene, economía, confort, estética, moblaje y equipamiento) y descubrir y utilizar “materiales de construcción nuevos y de fácil obtención localmente”, sin olvidar estudiar las ventajas y desventajas de la “casa prefabricada o premoldeada” desde el punto de vista sanitario. En otros términos para Carrillo (1951:47) no podía haber medicina sin medicina social, tampoco medicina social sin una política social del Estado<sup>15</sup> que satisficiera todas las necesidades básicas del trabajador y su familia, al unísono, en múltiples dimensiones.

- **Barrios sanitarios- Barrios parques**

El plan analítico de salud y su versión sintética, introdujeron el concepto de **barrios sanitarios** al sutil entretrejo de principios de salud pública y justificaron, ampliamente, la constante mención de la carta de Atenas para tratar aspectos de **medicina social** en relación con el **agrupamiento de viviendas en unidades de habitación** de “tamaño eficaz” y por “razones de higiene”. Bajo esta óptica debían aprovecharse todas las ventajas de la topografía, el clima y la “insolación más favorable”; disponiendo los sectores industriales con independencia de los de habitación; diferenciando las calles “según su destino” y, entre otros, dotándolas de “espacios verdes oportunos” para la necesaria ordenación racional de los juegos y deportes como complementos de los “equipamientos de salud” (CA, 1933). Para Carrillo “**la casa-jardín**” sería la “célula básica” de la organización de **unidades de habitación** o, en sus palabras, de los “**barrios parques**” que reemplazarían “los cajones estrechos y largos que forman las hileras actuales de casas, donde por su construcción escapan a la acción biológica del sol”.

En ese plan analítico dejó expresado el ideario común a las ciencias médicas, el urbanismo y la arquitectura a través del aforismo: “Los barrios parque son aquellos con los que hoy se tiende a reemplazar la ciudad jardín que tuvo su origen en el hacinamiento consecuente con la industrialización urbana”. La crítica que Carrillo le realizaba a los modelos de Ebenezer Howard, Raymond Unwin o Richard Parker se fundamentaba en los inconvenientes que a la familia obrera le habían creado los mismos beneficios que se les atribuía al “hacerles una casita en el campo, sin paredes entre ellas y rodeadas de jardines, para que puedan reponerse en un ambiente natural de las influencias nocivas del medio fabril”. Entre otros, hacía referencia a los mayores gastos de traslado; al elevado costo de aprovisionamiento y al difícil acceso a las comodidades que ofrecía la vida urbana. A su criterio el mejor sistema era “crear un barrio obrero cerca del lugar de trabajo, que ofreciéndoles todas las ventajas de la higiene moderna en sus múltiples aspectos y, sin olvidar el elemento recreativo

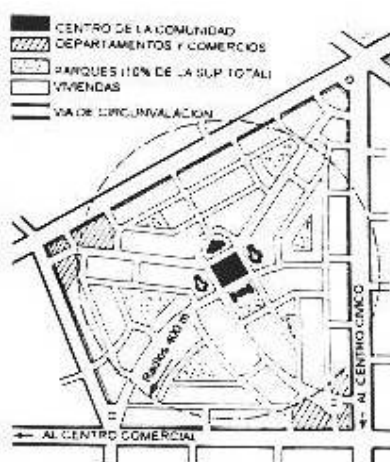
---

<sup>15</sup> Carrillo también otorgó a la arquitectura hospitalaria una relevancia que no había tenido hasta entonces y promovió la construcción de centros de salud espaciosos, luminosos y funcionales. Incluso alentó la creación de una cátedra de Arquitectura Hospitalaria, así como la organización de cursos de instrumentación quirúrgica, enfermería, administración hospitalaria, hemoterapia, radiología, anestesiología, alimentación y muchos otros (ver Barrios, 2004).

material y espiritual, mantenga entre ellos la solidaridad gremial y de clase que debe ser continuamente estimulada por el Estado” (PASP, 1947:1538-1539).

Tanto en el primer plan analítico de salud pública como en el sintético aparece el concepto de **barrios parques obreros con casas individuales o colectivas**, según las necesidades y posibilidades, en los alrededores próximos a la ciudad; barrios que debían organizarse, además, en torno a un espacio contenedor de todos los elementos indispensables para la formación física, mental, moral, educacional y religiosa de la familia obrera. Decía Carrillo: “No basta darle al obrero una vivienda espaciosa, barata y confortable [...] Debe complementarse con comercios cooperativos colocados en la vecindad; plazas de juegos para los niños; escuelas para los mismos; dispensarios maternales e infantiles; salas cunas y jardines de infantes en la vecindad, donde la madre obrera pueda dejar sus hijos en horas de obligaciones; lavaderos y baños colectivos; piscinas de natación; bibliotecas; salón para conferencias y actos sociales” (Carrillo, 1949a:35). Para ello, agregaba en su plan sintético, el Ministerio de Salud debía asesorar a los municipios con el fin de establecer los “principios sanitarios y médico-sociales” de los **barrios obreros** (PSSP:60-61).

A ese espacio contenedor, verde y equipado, Carrillo lo describe en su libro sobre política sanitaria acercándose al concepto de **unidad vecinal** definido por el norteamericano Clarence A. Perry en 1929 como “un ambiente físico en el cual una madre con su hijo no corren el riesgo de tener que atravesar una arteria de tránsito alto al dirigirse a la Escuela (donde) El ama de casa encontraría el comercio para sus necesidades cotidianas; el trabajador, el transporte cerca y fácil para dirigirse a su trabajo (y) el niño, las áreas de juego seguras donde sociabilizar con otros niños” (Pávez, 2008:12)<sup>16</sup>.



#### Unidad Vecinal, Clarence A. Perry 1929<sup>17</sup>

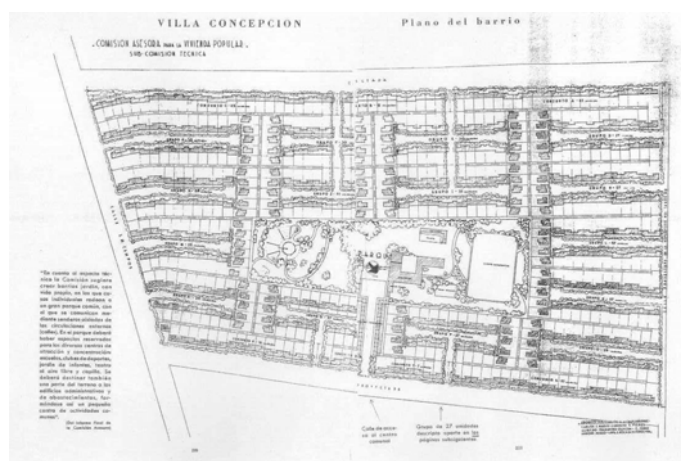
La extensión territorial de esa unidad vecinal estaba determinada por el recorrido cotidiano entre las viviendas, preferentemente individuales, y la escuela que no debía superar los 800 metros y por la superficie de los predios institucionales en “espacios centrales”; integrada por una red de circulación interna desalentadora del tráfico vehicular y, a la vez, limitada

<sup>16</sup> Schnitter (2003) añade que sobre el mismo tema cabe recordar las publicaciones que emergieron como resultados del IV Congreso, entre las que se encuentra la versión de Le Corbusier publicada en 1943, “Urbanisme des C.I.A.M. La Charte d’Athènes” y la de Sert, ya exiliado en Estados Unidos, “Can our cities survive?” en 1942.

<sup>17</sup> Fuente gráfica Pávez Reyes (2008).

por vías de tránsito fluido para su comunicación con el resto de la ciudad. En la misma línea de pensamiento el Dr. Ramón Carrillo entendía que un barrio sanitario con ‘un centro cívico obrero’ era no sólo sitio de viviendas higiénicas y lotes sanitarios, sino por sobre todo una organización del servicio social que ofrecía diferentes prestaciones.

Ejemplo adelantado de la transferencia del concepto unidad vecinal a la resolución del trazado de un barrio obrero, fue el Concepción en el partido de General San Martín, provincia de Buenos Aires, auspiciado en 1944 por la Comisión Asesora de la Vivienda Popular<sup>18</sup> de la Dirección Nacional de Vivienda. Considerado primer barrio “test” del plan nacional y, por sobre todo, obra emblemática de la política social del momento, subrayada con la creación un año antes de la Subsecretaría de Trabajo y Previsión, ese barrio concentró 530 viviendas unifamiliares a la manera de Perry, donde la escuela fue el “punto de partida para fijar la unidad vecinal constituida por el conjunto”. Además, “el núcleo cultural de la población adulta [...] estará ligado a la escuela por medio del salón de actos (y) el jardín de infantes vinculará a la escuela con los niños de edad pre-escolar. El club de deportes y la disposición independiente entre sí de las circulaciones internas y externas, substraerán de la vida callejera a los niños y jóvenes [...] colaborando en esta obra la iglesia para completar una de sus misiones sociales” (RA, 1944:209).



**Barrio Concepción, 1944<sup>19</sup>.**

Recordemos que en 1944 Ramón Carrillo trabajaba con Juan Domingo Perón, titular de esa Subsecretaría, en un plan de Salud y Educación (como hemos dicho uno de los antecedentes del primer plan analítico de salud) y que, de acuerdo con los proyectistas<sup>20</sup> del Barrio Concepción, el concepto unidad vecinal ya estaba incorporado a las políticas sociales del Estado nación cuando a propósito de la elaboración de un plan orgánico para la construcción de viviendas destinadas “al sector de renta reducida”, sugería crearlas “con vida propia, en los que casas individuales rodean a un gran parque común, con el que se comunican mediante senderos aislados de las circulaciones externas”. En el parque, continúan, deberá haber espacios reservados para los diversos centros de atracción y

<sup>18</sup> La Comisión Asesora de la Vivienda Popular fue creada en 1943 durante el gobierno militar del Gral. Pedro Ramírez. Al crearse la Secretaría de Trabajo y Previsión a cargo del Gral. Juan D. Perón esa comisión, junto a otros organismos preexistentes como la Comisión Nacional de Casas Baratas y la Comisión de Alquileres, se concentraron bajo su órbita.

<sup>19</sup> Fuente gráfica en RA, 1944.

<sup>20</sup> Arquitectos: Carlos A. de Chapeaurouge, Carlos J. Muzio, Augusto S. Pieres, Alfredo Fragueiro Olivera, E. Jorge Burone Risso y Luis J. Nolasco Ferreyra.

concentración de escuelas, clubes de deportes, jardín de infantes, teatro al aire libre y capilla (y) Se deberá destinar también una parte del terreno a los edificios administrativos y de abastecimientos, formándose así un pequeño centro de actividades comunes” (RA, 1944:210).

Según la memoria de proyecto, la idea se centró entonces en la creación de “un barrio jardín donde la economía armonice con la belleza, donde el espíritu de solidaridad encuentre aliciente, donde imperen normas de orden cultural, moral y recreativo y donde las futuras generaciones hallen un nuevo espíritu que armonice la individualidad de la familia con la lógica y necesaria vinculación entre los que participan de una vida en común”. El conjunto, dominado por un centro, parque cívico comercial, “contiene la iglesia y la escuela -núcleos formadores del barrio- teatro a cielo abierto, plaza de juegos infantiles, campo de deportes, vestuarios y pileta de natación” (RA, 1944:209).

### 3. Ramón Carrillo y la política de las 3C en el Barrio Obrero de Berisso

A poco que se analice el “Barrio Obrero de Berisso” surge la necesidad de destacar el juicio de Ramón Carrillo sobre la importancia de trabajar en la que llama **política de las 3C**, atenta a la definición de una agenda de **Colaboración, Cooperación y Coordinación** entre organismos y autoridades, para hacer realidad “toda obra sea cual fuere su naturaleza” (PASP, 1947:1584). En el marco de esa política Carrillo situaba el problema de la vivienda higiénica que “no podrá tener principio de solución si no existe estrecha colaboración, cooperación y coordinación con la Dirección Nacional de la Vivienda, el Instituto de Previsión, etc.” bajo los principios del urbanismo sanitario que tampoco “podrá llevarse a cabo si no aúnan la acción con Salud Pública las distintas municipalidades” y suman las opiniones de las corporaciones privadas, los centros técnico-profesionales y académicos y las asociaciones vecinales a los diferentes organismos del gobierno nacional y provinciales.

Los principios del urbanismo sanitario trabajado por Carrillo, difundidos y conocidos tanto en ámbitos académicos como técnico-políticos, aparecen claramente internalizados en el proyecto original del barrio obrero a construirse en 1947 como primera realización del Plan Inicial de Obras Públicas de la provincia de Buenos Aires, en terrenos expropiados del paraje Villa Independencia del partido de Berisso. Ese plan pretendía dar respuesta inmediata a los problemas sociales de mayor urgencia mientras se elaboraban el Plan General de Trabajos Públicos y su ley complementaria de Saneamiento Urbano que, para el trienio 1947-49, priorizó la ejecución de obras relacionadas con la salud pública, la vivienda y los desagües (PBA-Senado, 1947:549). Bajo la órbita del Ministerio de Obras Públicas, y a través de la Dirección de la Vivienda Económica, ese barrio se constituiría también en “prototipo (sobre el que) necesitamos extremar las conclusiones, a los efectos de aplicarlas a todos los demás barrios”; en otros términos, en prueba piloto de una eficaz solución técnica y económica al problema de la vivienda obrera poniendo al alcance de la familia obrera los beneficios del urbanismo moderno en materia sanitaria (Vitalone et al, 2007)

Como el “Concepción” su par nacional de 1944, el Obrero de Berisso en 1947 representaba para esa Dirección<sup>21</sup> “la puesta en práctica de los principios fundamentales de la concepción social actual, unida a un criterio técnico riguroso que traduce, en medidas de orden constructivo, lo que la ciencia de la vida postula como las mejores condiciones de vida para que, del desarrollo integral de muchas familias obtengamos el alentador resultado de

---

<sup>21</sup> La misión de la Dirección de la Vivienda quedó expresada en el artículo 3º de su ley de creación N° 5396: “Procurar la dignificación de la casa-habitación y su mejoramiento en los aspectos urbanísticos, técnico, higiénico, económico y social” (MOPBA, 1949:465).

una sociedad moralmente sana, equilibradamente sensata y con el empuje de voluntad necesario para conducir la Nación a sus destinos” (MOPBA, 1949a:379). Así lo expresaba el Ministro Mercante al referirse a la realización de un “barrio parque, (que) prevee un proyecto que contemple todos los servicios complementarios: de pavimento, aguas corrientes, cloacas y la posibilidad de construir un centro cívico que permita el asentamiento de una pequeña población, que tendría un poco de alegría y de bienestar para esa clase de trabajadores” (PBA- Senado, 1947a:916).

En ese marco, el barrio no sería solamente un conjunto de casas-habitación: agrupaba en el “principal centro de vida” y plataforma de los “principios fundamentales de la concepción social actual”, una capilla, una escuela, biblioteca, sala de auxilios, espectáculos públicos, atención de los niños, delegación municipal y negocios de aprovisionamiento “todo dispuesto para que su influencia se equilibre en mérito a su importancia y su misión” (MOPBA, 1949a:378-379).



**Barrio Obrero de Berisso, 1947.**

Esta organización de “importante incidencia en la vida familiar” y estudiada por la Dirección de la Vivienda Económica para proporcionarle variedad dentro de la unidad de su concepción casi “pintorescamente sin caer en el “tour de force” del paisaje de gabinete”, buscaba crear “un clima ideal” dentro de las perspectivas que le ofrecía la zona<sup>22</sup> muy próxima al núcleo urbano industrial de la ciudad de Berisso (MOPBA, 1948:59).

<sup>22</sup> El proyecto del Barrio Obrero de Berisso, contempló la materialización de diversos edificios y áreas para equipamiento comunitario aunque sólo se llegaron a construir la capilla, terminada en 1957, y la escuela N° 4 inaugurada en 1956.

La Dirección de la Vivienda Económica<sup>23</sup> desarrolló un plan de viviendas económicas haciendo suya la política social, constructiva y renovadora del Poder Ejecutivo de la Nación y apeló también a la política de las 3C para dar “solución a la casa obrera, dado que, tanto su planteo arquitectónico como su ejecución técnica, han sido previstos en forma hasta hoy no experimentada” (MOPBA, 1948:58) (PGTP, 1946). Contempló en los planes Inicial y General de Trabajos Públicos los principios del Plan Quinquenal del gobierno federal. Estudió las ventajas y desventajas de la “casa prefabricada o premoldeada” desde el punto de vista sanitario y, en ese sentido, coordinó y controló la resolución de un sistema constructivo innovador con el Laboratorio de Ensayo de Materiales (LEMIT) del Ministerio de Obras Públicas. Promovió una “labor de enlace con las demás reparticiones, para que al proyectarse en forma coaligada todas las instalaciones generales, la edificación se conduzca ordenadamente y el barrio se entregue sin detalle alguno que haga deficiente su desempeño”. Encaró “una tarea de fomento de la vivienda por intermedio de los organismos de crédito” a los cuales le facilitaba asesoramiento y “vigilancia técnicas” y, por último, creó su propia fábrica de mosaicos, tejas, umbrales y carpintería para lograr mayor producción y economía en el costo de los insumos de obras<sup>24</sup> (PGTP, 1948:57-59). Por su parte, los diferentes organismos del Ministerio de Obras Públicas provincial “no obstante la variedad de funciones”, concurren a formar una unidad funcional, en la que cada uno era una pieza necesaria para la marcha de la administración. El gobernador de la provincia exaltaba esa comunión de intereses al expresar en 1950 que “La perfecta coordinación del trabajo de ese complejo órgano administrativo, posibilitó una tarea extraordinaria, que de otro modo no hubiera podido efectuarse” (PBA-Senado, 1950:19-20).

En sintonía con las ideas del doctor Carrillo (1951a:5), el equipo técnico-político provincial reconocía que para construir un barrio que no se limitara a la ejecución de “casas-habitación” debía encarar “una labor de enlace con las demás reparticiones para que al proyectarse en forma coligada todas las instalaciones generales, la edificación se conduzca ordenadamente y el barrio se entregue sin detalle alguno que haga deficiente su desempeño”. Manifestaba además su adhesión a la Carta de Atenas entendiendo que tras los CIAM habían emergido “las realizaciones de barrios y conglomerados habitables, para dar al asalariado la justa participación en la riqueza que contribuyen a elaborar” (PGTP, 1948:55,59).

Para ellos la Carta también había establecido “los criterios modernos de la arquitectura de la casa, logrando dominar la técnica y aplicar sus soluciones en la mayor cantidad de casos posibles” y, en paralelo, promovido la gestión interinstitucional articulada entre profesionales de la salud, la arquitectura y el urbanismo para tratar temas de higiene pública y reorientar los programas y proyectos de obras de barrios y viviendas obreras con visión integral.

### **A modo de conclusión: sentencias que perviven.**

Los primeros barrios obreros configurados bajo la conceptualización de unidades vecinales, representan, aún hoy y más allá de sus valores intrínsecos, paradigmas de armonización de políticas de salud y vivienda con pleno conocimiento de las propuestas contemporáneas del movimiento moderno que, en temas de arquitectura y urbanismo, fueron transmitidas desde diversos estadios a los cuadros técnico-políticos de los ejecutivos nacional y provinciales. Ninguna mención hace la historia del urbanismo y la arquitectura al ojo clínico de las

---

<sup>23</sup> La Dirección de la Vivienda Económica fue instalada el 1° de enero de 1947 para concluir las tareas que le fueran asignadas en los planes Inicial y General de Trabajos Públicos para el trienio 1947-49.

<sup>24</sup> Nos referimos a la instalación de una fábrica de “Mosaicos y Carpinterías” en el Dique, partido de La Plata, y un “Taller de Carpintería y Herrería habilitado en el penal de Olmos” (MOPBA, 1949a:379)

ciencias médicas enfocado en esas temáticas para garantizar el funcionamiento pleno de las ciudades y, particularmente, de los barrios obreros en el marco del llamado urbanismo sanitario.

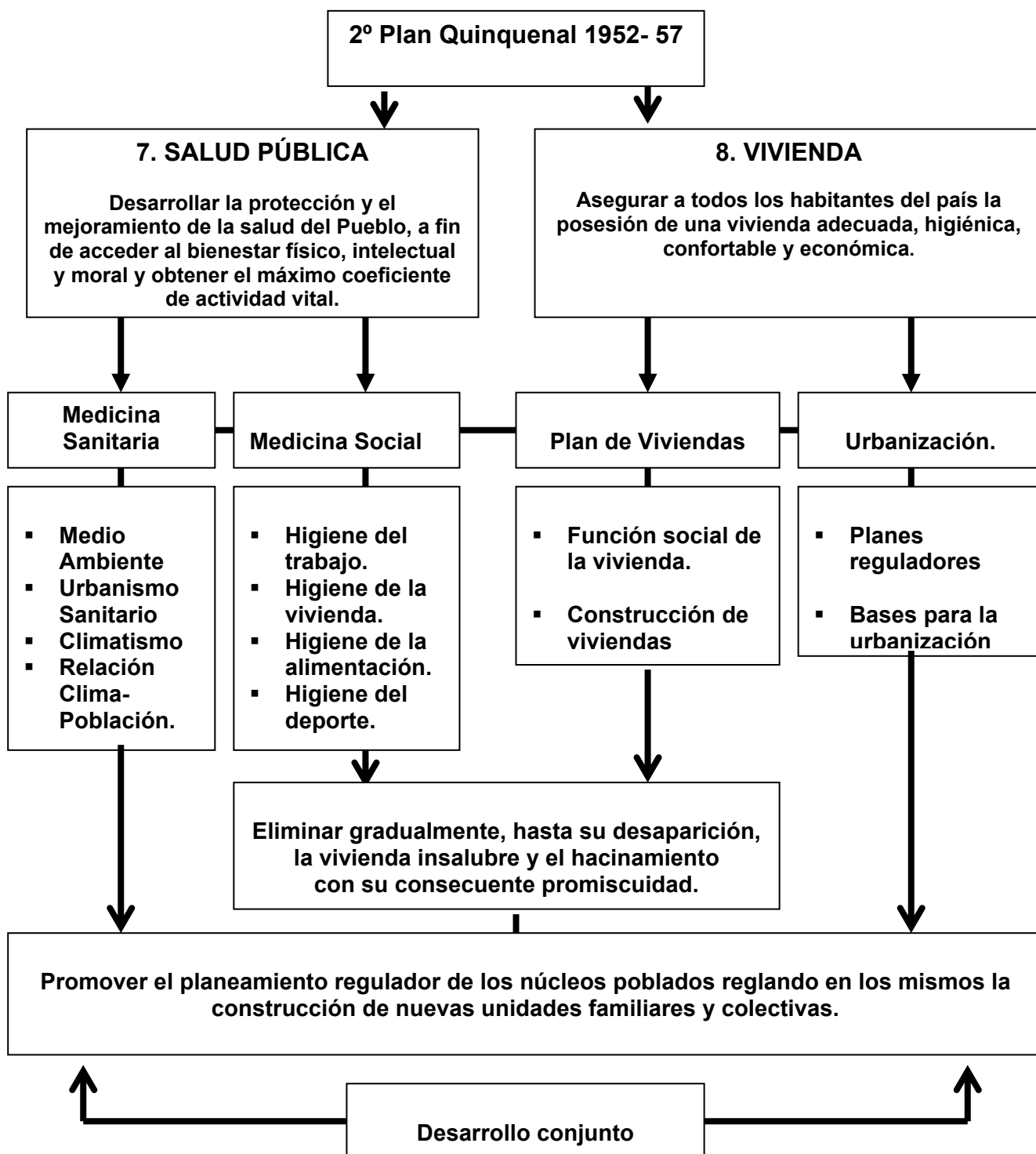
Unos y otros, analíticos o sintéticos, los planes de salud de Ramón Carrillo nos aproximan a la formación de un corpus teórico-conceptual cuya riqueza radica no solamente en la precisa definición de apotegmas, preceptos y principios para alcanzar el logro conjunto de objetivos de políticas de salud, arquitectura y urbanismo, sino fundamentalmente la instalación de una visión integral basada en la “colaboración, cooperación y coordinación de todos, pueblo y autoridades” frente a una imperiosa necesidad de cogestionarlas que aún pervive, pese a su accidentada instrumentación. En palabras del ministro Domingo Mercante, por entonces se produjo una “perfecta coordinación del trabajo” y la articulación de diferentes organismos del Ministerio de Obras Públicas que, no obstante la variedad de sus funciones, concurren a formar “una unidad en la que cada uno fue una pieza clave para la marcha de la administración” provincial (PBA-Senado, 1950:19-20).

Decíamos en la introducción que el primer plan quinquenal (1947-1951) introdujo la planificación de modo institucionalizado y, el segundo perfeccionó el entretreído de principios entre otras políticas públicas de salud y vivienda con los aportes de un médico Ramón Carrillo (1951a:5) preocupado por la necesidad de concurrir con diferentes disciplinas al logro de objetivos comunes entre políticas sectoriales. En otros términos, una rama de la medicina social intentó, y logró, integrar políticas, teorías y lecciones de la higiene pública, el urbanismo y la arquitectura para abordar problemas comunes “reuniendo el esfuerzo de los ciudadanos, la dirección inteligente de los gobernantes y el asesoramiento de médicos urbanistas y arquitectos urbanistas”.

A nuestro juicio la palabra política, adjetivada pública, incluyó en la planificación y gestión de la vivienda y los barrios obreros entre los años 1947-1954 al conjunto de objetivos, decisiones y acciones promovidos por un Estado nación que tuvo en cuenta, aunque quizás no siempre explícitamente, todas las dimensiones del desarrollo: sociales, culturales, económicas, ambientales y territoriales en numerosas realizaciones urbanas y arquitectónicas y, agregamos, el efecto derrame de una novedosa manera de pensar la planificación de políticas sectoriales que hoy calificaríamos como “estratégica”.

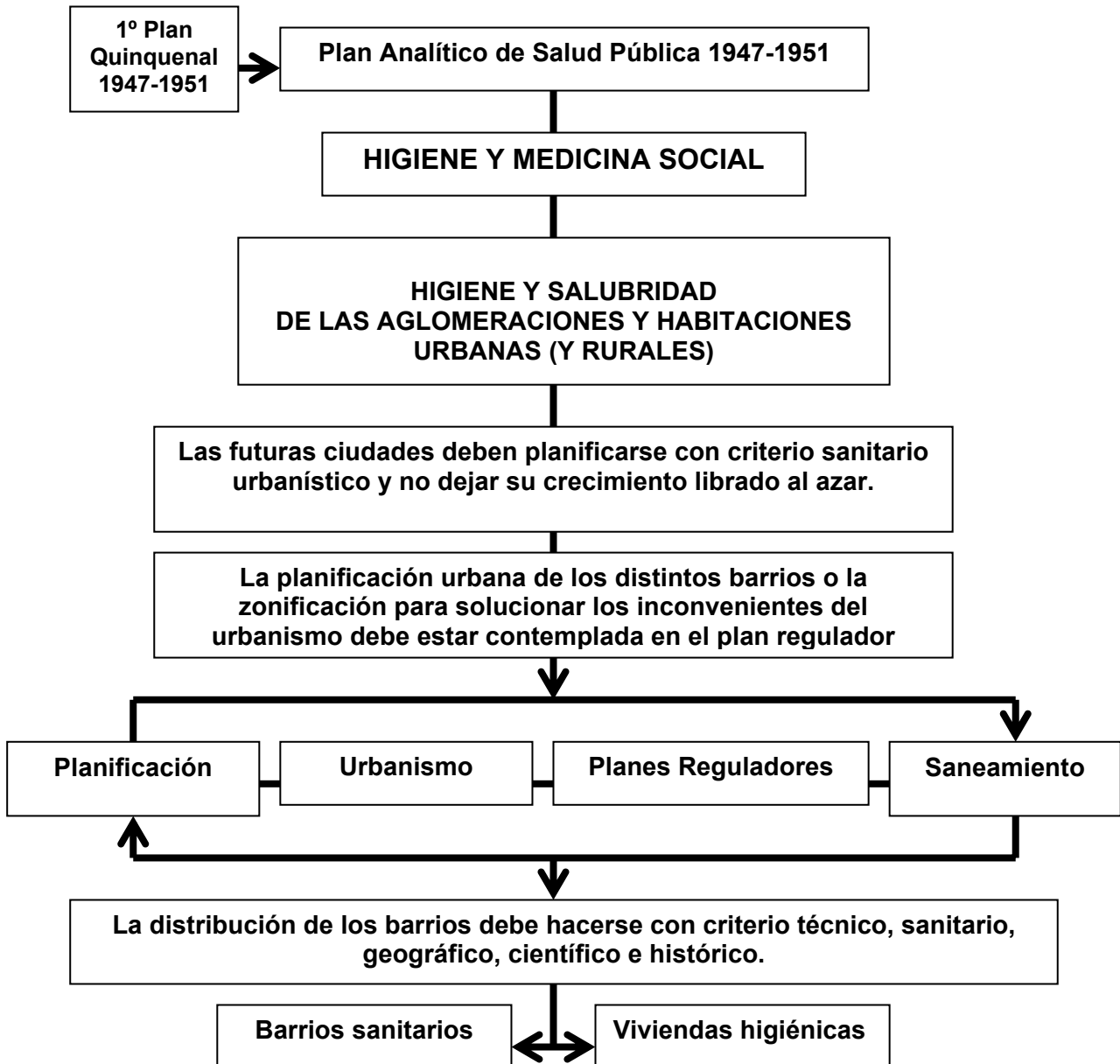


Salud y Vivienda. Continuidad de políticas públicas vinculadas.



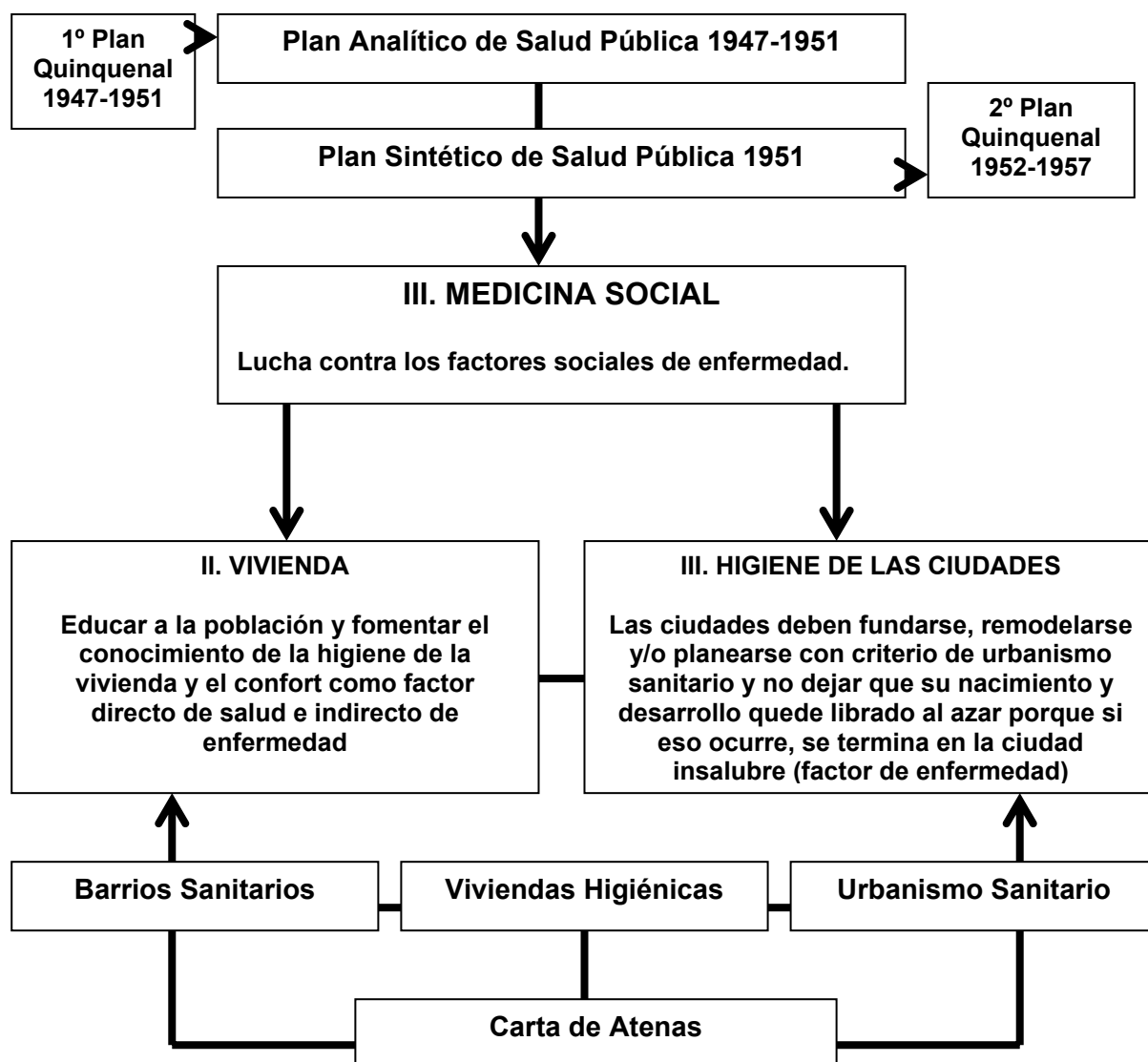
Elaborado en base al 2º Plan Quinquenal 1952-57.

Salud y Vivienda, en el Plan Analítico de Salud Pública



Elaborado en base al Primer Plan Analítico de Salud Pública, 1947-1951

Salud y Vivienda en el Plan Sintético de Salud Pública, 1951



Elaborado en base al Plan Sintético de Salud Pública 1952-58.

## Bibliografía

Bard, Leopoldo (1952), "Ingeniero y médico en la obra de higiene y seguridad de la vida de los que trabajan", en Tercer Congreso Ingeniería Sanitaria Interamericano, Discursos y Actas de Congreso 19 al 30 de noviembre de 1952. Buenos Aires: Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), pp.

Barrios, Daniel (2004), "Ramón Carrillo. Primer Ministro de Salud de la Nación. No hay política sanitaria sin política social". [www.cancerteam.com.ar/invi022.html](http://www.cancerteam.com.ar/invi022.html)

CA-Carta de Atenas (1933), obtenida de "[http://es.wikipedia.org/wiki/Congreso Internacional de Arquitectura Moderna](http://es.wikipedia.org/wiki/Congreso_Internacional_de_Arquitectura_Moderna)".

Carrillo, Ramón (1951), "Teoría del Hospital", Tomo I Arquitectura. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública, Departamento de Talleres Gráficos.

(1951a), "Conferencia Inaugural del Congreso de Higiene Pública Municipal". Buenos Aires: Publicación de la Dirección de Cultura Sanitaria, Ministerio de Salud Pública de la Nación, pp. 3-16.

(1950), "Financiamiento de la Salud Pública". Buenos Aires: Publicación de la Dirección de Cultura, Ministerio de Salud Pública de la Nación.

(1949), "Congreso Americano de Medicina del Trabajo". Publicación difundida por la Dirección de Cultura Sanitaria, Ministerio de Salud Pública de la Nación. Buenos Aires: Imprenta Central de Ministerio de Salud Pública de la Nación.

(1949a), "Política Sanitaria Argentina", Tomo I. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación, Departamento de Publicaciones y Talleres Gráficos.

CN (1949), "Constitución Nacional", en [www.pbonaerense.org.ar](http://www.pbonaerense.org.ar)

Di Muro Hilario A., Wachs Alberto A., Escarrá Enrique J.M. y Nájera Luis E. (1952), "La Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral crea la carrera de Ingeniero Higienista", en Tercer Congreso Ingeniería Sanitaria Interamericano, Discursos y Actas de Congreso 19 al 30 de noviembre de 1952. Buenos Aires: Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), pp. 787-791.

Falivene, Graciela M. y Dalbosco, Hugo L. (2007), "El impacto del primer Plan Quinquenal (1947 – 1951) en la configuración del Estado", en Actas 4to. Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Gobierno y Administración "CONSTRUYENDO EL ESTADO NACION PARA EL CRECIMIENTO Y LA EQUIDAD", Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública (AAEAP)-Asociación de Administradores Gubernamentales (AAG)-Subsecretaría de la Gestión Pública (SSGP). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [www.aaeap.org.ar/ponencias/congreso4](http://www.aaeap.org.ar/ponencias/congreso4)

Gando, Alfredo A. y San Román Juan C. (1952), "Dimensiones mínimas del lote urbano, desde el punto de vista sanitario y social", en Tercer Congreso Ingeniería Sanitaria Interamericano, Discursos y Actas de Congreso 19 al 30 de noviembre de 1952. Buenos Aires: Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), pp. 228-237.

MOPBA, Ministerio de Obras Públicas de la provincia de Buenos Aires:

(1949), "Memoria correspondiente al Período 1949", elevada a la Honorable Legislatura por el Ministro de Obras Públicas Ingeniero Raúl A. Mercante. La Plata: Ministerio de Obras Públicas, Provincia de Buenos Aires.

(1949a), "Mensaje y Memoria", La Plata: División de Informaciones e Impresiones del MOP.

(1950), "Mensaje del Poder Ejecutivo a la Honorable Legislatura dando cuenta del Plan General de Trabajos Públicos" (Art. 13 de la Ley 5142).

PBA, Provincia de Buenos Aires, Cámara de Senadores, Diarios de Sesiones:

(1947), "Ley de Saneamiento Urbano, Sesión del 4 de julio", 91° Período 1947-1948, Tomo I. La Plata: Taller de Impresiones Oficiales, 1948.

(1947a), "Sesión del 1 de agosto", 91° Período 1947-1948, Tomo I. La Plata: Taller de Impresiones Oficiales.

(1950), "Sesión del 3 de mayo", 94° Período 1950, Tomo I. La Plata: Dirección de Impresiones Oficiales.

PASP (1947), "Plan Analítico de Salud Pública", preparado bajo la Dirección Técnica del Prof. Dr. Ramón Carrillo, Secretario de Salud Pública de la Nación. Tomo III. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública de la Nación. Programa de Gobierno del Excmo. Presidente de la Nación, General de Brigada Juan Perón.

Pávez Reyes, María Isabel (2008), "LOS CONCEPTOS DE UNIDAD VECINAL Y DE BARRIO EN LA TEORIA Y PRACTICA URBANISTICA. Antigüedad, siglo XIX y siglo XX ". SERIE DOC. UR. N° 474. Santiago de Chile: Univesidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Departamento de Urbanismo. Monografía Documento de Apoyo Docente.

PGTP (1948) "Plan General de Trabajos Públicos". Gobernación de Buenos Aires, Ministerio de obras Públicas, Mensaje a la Honorable Legislatura dando cuenta de la realización del Plan General de Trabajos Públicos. Buenos Aires: Editorial Guillermo Kraft Limitada, Sociedad Anónima de Impresiones Generales.

(1946), "Plan General de Trabajos Públicos. Bases para su Estudio". Gobernación de Buenos Aires, 29 de noviembre de 1946.

PSSP (1951) Carrillo, Ramón, "Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958", en Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Secretaría Parlamentaria, Dirección de Información Parlamentaria. [www1.hcdn.gov.ar/dependencia/dip/documentos/DG.109.05.001.pdf](http://www1.hcdn.gov.ar/dependencia/dip/documentos/DG.109.05.001.pdf)

RA. Revista de Arquitectura (1944), "Informe Final (primera parte) de la Comisión Asesora para la Vivienda Popular" y "El Barrio Concepción". Buenos Aires: Sociedad Central de Arquitectos, mayo de 1944, pp.203-215.

2° PQ- Segundo Plan Quinquenal 1952-57. [www.pjbonaerense.org.ar](http://www.pjbonaerense.org.ar)

Sica, Paolo (1981), "Historia del Urbanismo: el siglo XX". Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local. ISBN 84 7088 275 9.

Schnitter Castellanos, Patricia (2003), "SERT Y WIENER EN COLOMBIA. LA VIVIENDA SOCIAL EN LA APLICACIÓN DEL URBANISMO MODERNO", en *Scripta Nova* REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES, Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98, Vol. VII, núm. 146(035), 1 de agosto de 2003

Vitalone, Cristina E., Novoa Farkas Marianela (2007), "EL BARRIO OBRERO DE BERISSO: PARADIGMA DE LA PRODUCCIÓN DE VIVIENDA ECONÓMICA EN EL QUINQUENIO 1945-1950", en Actas Undécimo Congreso de Historia de los Pueblos de la Provincia de Buenos Aires, Instituto Cultural de la Municipalidad de Bahía Blanca, Universidad Nacional del Sur, Archivo Histórico de la Provincia de Buenos Aires e Instituto Cultural del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Bahía Blanca.

(2007), "Barrio Obrero de Berisso, el presente del campo de experimentación de un sistema constructivo innovador", ponencia al 7mo Congreso Internacional de Patrimonio Cultural: Contexto y Conservación. Centro Nacional de Conservación, Restauración y Museología. La Habana, Cuba, 11 al 14 de junio de 2007.