

Arquitectura, territorio y gubernamentalidad

El caso de los hospitales públicos en las primeras décadas del siglo XX en Uruguay

Architecture, territory and governmentality

Arquitetura, território e governamentalidade

DOI: <https://doi.org/10.18861/ania.2021.11.2.3167>

Santiago Medero

Facultad de Arquitectura, diseño y urbanismo
Universidad de la República
santimq@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2366-290X>

Recibido: 05/08/2021

Aceptado: 13/08/2021

Cómo citar:

Medero, S. (2021). Arquitectura, territorio y gubernamentalidad: El caso de los hospitales públicos en las primeras décadas del siglo XX en Uruguay. *Anales De Investigación En Arquitectura*, 11(2). <https://doi.org/10.18861/ania.2021.11.2.3167>

Resumen

En las primeras décadas de independencia del país, no existía la arquitectura como profesión moderna y sus saberes estaban dispersos en diversas ocupaciones y tradiciones. Se sostiene aquí que el proceso de profesionalización en clave nacional estuvo íntimamente asociado al control territorial centralizado por parte del Estado que se consolidó tras la última gran guerra civil, en 1904. Asimismo, se conceptualiza tanto a la profesión arquitectónica como al Estado como un proceso de construcción continuo que tiene como finalidad el gobierno (gubernamentalidad en la concepción de Foucault). En ese sentido, la arquitectura ofreció al Estado una serie de herramientas disciplinares que conformaron el sentido de su jurisdicción profesional y la distinguieron de otros saberes y ocupaciones.

La realización de los hospitales públicos en el interior de la república en las primeras décadas del siglo XX muestra todos estos procesos y aún más: evidencia que el sistema de profesiones no solamente estaba regulado por la lucha jurisdiccional, sino que también poseía un importante grado de complementariedad. En efecto, medicina y arquitectura, fueron parte de una alianza que se construyó como parte del mismo proceso de gubernamentalidad llevado a cabo por la Asistencia Pública Nacional a partir de 1910.

Palabras clave: arquitectura de Estado, sistema de profesiones, territorio, gubernamentalidad, poder, hospitales, higienismo, Uruguay.

In the first decades of the country's independence, architecture did not exist as a modern profession and its knowledge was dispersed in various occupations and traditions. It is argued here that the process of professionalization in a national key is intimately associated with the centralized territorial control by the State that is consolidated after the last great civil war, in 1904. Likewise, both the architectural profession and the State are conceptualized as a process of continuous construction whose purpose is government (governmentality in Foucault's conception). In this sense, architecture offers the State a series of disciplinary tools that make up the sense of its professional jurisdiction and distinguish it from other knowledge and occupations. The realization of public hospitals in the interior of the republic in the first decades of the 20th century shows all these processes and even more: it shows that the profession system is not only regulated by the jurisdictional struggle, but also has a significant degree of complementarity. Indeed, medicine and architecture were part of an alliance that was built as part of the same governmentality process carried out by the National Public Assistance from 1910

Keywords: state architecture, system of professions, territory, governmentality, power, hospitals, social hygiene movement, Uruguay.



Este artículo cuenta con dos antecedentes a destacar. En primer lugar, el trabajo de Nora Pons (1997), quizás la primera historia hospitalaria de carácter general realizada desde el ámbito de la arquitectura. Por otro lado, un trabajo inédito de Jorge Sierra Abbate (2017), algunos de cuyos enfoques se retoman y desarrollan en este trabajo. En este sentido, son de señalar sus incursiones sobre la trayectoria de Giuria y su énfasis en temas como la conjunción disciplinar en torno al concepto de "higiene" o la dimensión territorial de la arquitectura hospitalaria.

Se sostienen en este trabajo tres hipótesis fundamentales. En primer lugar, que el proceso de profesionalización en arquitectura, en clave nacional, estuvo íntimamente asociado al control territorial centralizado por parte del Estado que se consolidó tras la última gran guerra civil, en 1904. En segundo lugar, que la arquitectura ofreció al Estado una serie de herramientas disciplinares a los efectos de la gubernamentalidad, que conformaron el sentido de su jurisdicción profesional y la distinguieron de otros saberes y ocupaciones. Por último, que el desarrollo del sistema de profesiones incluyó tanto competencia como diversos grados de complementariedad. Para ello, se revisará el desarrollo de los hospitales públicos en el interior de la república, de modo de cotejar la penetración del Estado y de las profesiones médica y arquitectónica, aliadas entre sí, en el territorio. Al mismo tiempo, el caso permite analizar las características de los edificios en relación al cuerpo disciplinar de la arquitectura.

Ausencia

La imagen (figura 1) corresponde a un mapa del Uruguay elaborado en 1884 por la recién creada Escuela de Artes y Oficios. Arriba y a la derecha, se disponen los retratos de las principales figuras de gobierno, encabezado por el presidente y dictador Máximo Santos, rodeado de sus ministros. En el mapa central, podemos leer signos evidentes de las intenciones de unificación territorial por parte del Estado, como las líneas telegráficas y los caminos que extienden sus redes en todos los departamentos. Abajo, los mapas de Montevideo también presentan datos de interés. A la derecha vemos el desarrollo histórico de la ciudad mientras que el plano de la izquierda representa la extensión teórica del amanzanado, un intento de domesticación del crecimiento “espontáneo” de la ciudad pretendido por el gobierno (decreto de 1878), con un límite claro en un bulevar de circunvalación de ejes norte-sur y este-oeste.

Sin embargo, interesa ahora detenerse en la serie de imágenes que rodean el mapa central. Se trata de 14 dibujos realizados en base a fotografías, que muestran vistas, espacios públicos y edificios. Un primer elemento que surge es su evidente hincapié en la capital. No solamente hay imágenes de la campaña sino de ninguna capital o ciudad del interior. Un segundo elemento, de mayor relevancia para este trabajo, es la exigua cantidad de edificios correspondientes a instituciones públicas. Esto es algo extraño si se toma en consideración no solamente quién produjo el mapa sino también la voluntad de representar a la plana mayor del Poder Ejecutivo.

Aparte de algunas vistas (la ciudad desde el puerto, la calle 18 de Julio) y la presencia de espacios públicos (plazas Independencia y Matriz), el resto de las imágenes son edificios: el mercado central, el cuartel Morales y el de Rivera, el Templo Inglés, la bolsa de comercio, la quinta de Berro, el teatro Solís, la Catedral de Montevideo, la capilla Jackson y el Palacio de Gobierno. La intención de los realizadores, como queda claro, no es tanto mostrar la presencia del Estado -reducida únicamente a los cuarteles y el Palacio de Gobierno- sino la diversidad de actividades, los edificios más importantes y los espacios más significativos de Montevideo.

La precariedad de los cuarteles y el origen privado del propio Palacio de Gobierno muestran, además, que prácticamente no existía en 1884 una arquitectura de



Figura 1. Mapa de la República Oriental del Uruguay realizado en la Escuela de Artes y Oficios, 1884.

Estado que mostrar.¹ En todo caso, los escasos signos -la autoridad central de la sede del Poder Ejecutivo, la presencia militar de los cuarteles- hablan más de la necesidad de “orden” que de un proceso de desarrollo significativo en otras áreas de la vida social.

En el mismo momento histórico, por otra parte, se evidencia también la carencia de arquitectos en las filas del Estado. En la Ley de Presupuesto General de Gastos del ejercicio 1885-1886 (n.º 1841), donde se detallan cada una de las funciones que cumplen los empleados públicos,² se puede observar que, aunque la cifra de profesionales es muy baja, existen escribanos, abogados, médicos, veterinarios, contadores, ingenieros y agrimensores repartidos en las diversas secciones de la administración. No hay ningún arquitecto.

De las obras públicas que se detallan para dicho ejercicio hay menos de diez edificios. El más significativo de ellos, la nueva construcción para la Escuela de Artes y Oficios, fue realizado por un constructor, Jaime Mayol, sobre los planos del ingeniero Inocente Reina. (Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública [CNCBP], 1907, p. 396) En 1884, los saberes y capacidades de los oficios de la construcción y de la ingeniería bastaban perfectamente para cubrir las necesidades del Estado. Los servicios que la arquitectura le podía ofrecer aún no estaban claros y, al mismo tiempo, tampoco estaban desarrolladas las capacidades de una organización profesional de base nacional que reclamara su jurisdicción y competencia singulares.

¹ El Palacio de Gobierno, realizado en 1873-1875, fue originalmente la vivienda del financista Francisco Estévez. En 1878 fue adquirido por el Estado y utilizada como sede de gobierno.

² Se utiliza en este trabajo la acepción de “público” en tanto relativo o perteneciente al Estado, con la única excepción de la expresión “espacio público”, que refiere al significado “accesible a todos”.

En 1887 se creó el Consejo General de Obras Públicas, un organismo asesor, dependiente del Ministerio de Gobierno. Este se debía componer con tres ingenieros, tres arquitectos y dos abogados. Menos de un año después, se resolvió modificar su organización, ahora compuesta por cuatro ingenieros, un arquitecto, un abogado y un médico. Esta reducción habla, nuevamente, de la carencia e irrelevancia de los arquitectos en la esfera estatal en ese momento histórico.

Inmediatamente, el Poder Ejecutivo nombró los puestos del Consejo: el ingeniero Alberto Capurro presidía el organismo y lo acompañaban sus colegas Rodolfo Arteaga (vicepresidente), Carlos Arocena y Juan Lamolle. José María Castellanos, abogado, y Pedro Visca, médico, también formarían parte del cuerpo, que se completaba con el arquitecto Sebastián Martorell. (Burmester, 1894, pp. 535-537)³ Esta es la primera mención concreta a la

³ Sebastián Martorell, nacido en Uruguay, poseía un certificado de estudios de la *École des Beaux-Arts* de París, expedido el 10 de diciembre de 1872. (Sociedad Ciencias y Artes, 1879, p. 81)

contratación de un arquitecto por parte del Estado que se ha constatado.⁴

Dos décadas después, en el momento de finalizar la guerra civil que tuvo al país en vilo, los arquitectos apenas ocupaban mayores responsabilidades en el Estado.⁵ La organización de oficinas vinculadas a las obras públicas había sido, desde 1892, concentrada por un único

⁴ En las demás oficinas técnicas existentes en 1887-1888 (Dirección General de Obras Públicas, Dirección General de Caminos Nacionales e Inspección de Obras Municipales) trabajaban únicamente ingenieros y agrimensores, como se evidencia en las leyes de presupuesto de esos años.

⁵ Los primeros dos egresados, Antonio Llambías de Olivar, tuvieron un pasaje por el Estado hacia finales del siglo y en los primeros años del siglo XX. El primero trabajó en la órbita de la salud pública, el segundo en el Departamento Nacional de Ingenieros en un plazo que se estima breve. Hacia 1904 los arquitectos vinculados con el Estado eran, como mínimo, Américo Maini y Alfredo Jones Brown en el Departamento Nacional de Ingenieros, Alfredo R. Campos y Emilio Conforte realizando tareas técnicas en el Ejército. También había estudiantes avanzados que poco tiempo después obtendrían el título, como Eugenio P. Baroffio en el municipio de Montevideo.

organismo: el Departamento Nacional de Ingenieros. El nombre de esta oficina deja bien en claro quiénes ejercían el poder. Incluso en la sección de “Arquitectura y dibujo”, el jefe es denominado, en la ley de creación, como “ingeniero arquitecto” y los hechos el cargo fue ocupado por el ingeniero José Pedro Gianelli.

Concomitantemente, el capital social y simbólico acumulado de la naciente profesión era escaso. Observemos, por ejemplo, el *Álbum Biográfico Ilustrado* de 1904. Esta publicación describe y pone de manifiesto buena parte de lo que se podría denominar “sectores dirigentes”. Se muestra la composición de los organismos del Estado más relevantes, los sectores profesionales y los órganos y asociaciones intelectuales. Por sus páginas desfilan, por tanto, políticos, burócratas, militares, profesionales (abogados, escribanos, médicos, ingenieros, agrimensores), periodistas, literatos y filántropos. Del total de personajes nombrados -varias cientos- solamente hay un arquitecto; nuevamente Sebastián Martorell, a quien se le adjudica, sin embargo, el título de ingeniero.

Un territorio

A pesar de las intenciones y ciertos avances reales,⁶ en 1904 el poder del Estado uruguayo sobre el territorio era precario en términos políticos y materiales. Este es el año en que, como dicen José Pedro Barrán y Benjamín Nahum, “culminó el enfrentamiento entre la regionalización política del periodo cuestista y el Estado centralizado que Batlle deseaba imponer” (Barrán y Nahum, 1973, 10). En el periodo entre guerras civiles (1897-1904), de hecho, se había consolidado “un dualismo gubernamental que destruía la unidad del poder del Estado.” (Nahum, 2003, 52)

Barrán y Nahum sostienen, asimismo, que a comienzos de siglo se optó por privilegiar la inversión en el puerto de Montevideo frente al desarrollo de los caminos y la navegación de los ríos, política que, en los hechos, fue aceptada por los sectores de la clase alta rural (1973, p. 458). Difícilmente se puede lograr la unidad político económica y el control efectivo y centralizado del Estado frente a una situación de tal precariedad en relación a las comunicaciones internas de un vasto territorio en

comparación con su exigua población y de unas fronteras aún no consolidadas.⁷

Existía, además, un problema espacial. Más allá de la existencia de poderes locales, el Estado estaba gobernado en y desde Montevideo, ciudad capital situada en un extremo de la república. La realidad de Uruguay estaba, por tanto, lejos del modelo teórico ideal de una capital situada en el centro geométrico del país.⁸ La distancia entre la capital y los límites territoriales estaba lejos de ser un problema meramente geométrico y tuvo consecuencias en el control de la población y las actividades y en el desarrollo económico, como lo demuestran, por ejemplo,

⁷ Barrán y Nahum también afirman que viajar a Cerro Largo o Tacuarembó “resultaba más lento, peligroso y accidentado, en un país con tantos cursos de agua y sin puentes, que la travesía del Atlántico”. (Citado por Carlos Machado, 1972, p. 188). Precisamente, Machado señala que los “caminos embarrados y arroyos crecidos, demoraban dos meses el viaje de una tropa de Artigas o Rivera hasta la capital (un barco, mientras tanto, demoraba 34 días en alcanzar Europa)”. (p. 193)

⁸ Michel Foucault señalaba este modelo en su curso del Collège de France de 1977-1978 al referirse a un libro escrito por Alexandre Le Maître en el siglo XVII. (2006, pp. 30-31)

las dificultades para trazar caminos y vías férreas eficientes (Ruiz, 1995).

Otra dimensión del problema lo conformaba el tipo de presencia del Estado. Para Barrán y Nahum, las clases dirigentes durante el periodo de Juan Lindolfo Cuestas (1899-1903) apostaron por el control por la fuerza, a través de la presencia policial en la campaña antes que por el control laxo del disciplinamiento a través de redes institucionales con fines de asistencia social, como hospitales, escuelas o colonias agrarias. (Barrán y Nahum, 1972, pp. 183-187) En los hechos, tanto los edificios hospitalarios como los de enseñanza pública, dos programas fundamentales para la gubernamentalidad del Estado moderno, no solo eran escasos, sino que tampoco anunciaban con claridad su presencia institucional y edilicia autónoma, confundida en ese entonces con las de la autoridad religiosa o las asociaciones civiles.

Se conceptualiza aquí al Estado en el sentido que le otorga Michel Foucault, es decir, como producto de la acción de gobernar. Terry Johnson (2005), quien analiza las relaciones entre la idea de gubernamentalidad y el desarrollo de las profesiones modernas, lo describe sintéticamente:

Briefly, Foucault's concept of government rejects the notion of the state as a coherent, calculating subject whose political power grows in concert with its interventions into civil society. Rather, the state is viewed as an ensemble of institutions, procedures, tactics, calculations, knowledges and technologies, which together comprise the particular form that government has taken; the outcome of governing. (p. 4)

Para Johnson, por lo tanto, las profesiones son parte misma de ese resultado de gobernar y, por tanto, inseparables del Estado: “Far from emerging autonomously in a period of separation between state and society, the professions were part of the process of state formation”. (p. 6)

Ahora bien, en el caso de Uruguay, la ausencia de edificios que respaldaran y proyectaran la unidad del Estado en el territorio, estaba íntimamente vinculada con el escaso desarrollo de la profesión arquitectónica, pues eran programas como las escuelas y los hospitales los que conllevaban una mayor y más sofisticada articulación con edificios especializados y, por tanto, los que podrían haber conducido a requerir la asistencia de arquitectos. Estos, concentrados en la capital, cumplían fundamentalmente

⁶ Naturalmente, es imposible negar el impacto que comienza con claridad en el “periodo militarista” (1876-1890) y donde la mayor parte de los historiadores sitúan el nacimiento del Uruguay moderno. Nuestras hipótesis no desconocen esta historia previa, pero es evidente que el desarrollo del Estado en las últimas décadas del siglo XIX no fue tal que permitiera obtener un control territorial duradero y un desarrollo sostenido de las instituciones estatales, que por otra parte recién se creaban.

otros roles. Carlos Machado (1972) lo señala con dureza y aunque se puedan establecer matices sus palabras son claras y señalan las limitaciones de la profesión:

¿Y cómo se aprovecha la prosperidad? Malgastando en inversiones no reproductivas. Derrochando en consumos de lujo. [...] Levantamos edificios góticos en Montevideo (la capilla de Jackson, por ejemplo). Tuvimos, en el Prado, mansiones y quintas exóticas. [...] Inauguramos el Hotel Oriental con 150 habitaciones. (p. 189)

Si bien Machado se refiere a la década de 1860, la situación no presentó cambios significativos en las décadas siguientes. La producción de los arquitectos continuó siendo un bien de consumo caro y para sectores privilegiados -cuando no un producto de la pura especulación financiera- antes que un activo puesto al servicio del desarrollo y el poder del Estado.⁹

Una situación bien diferente era la de profesiones como la agrimensura y la ingeniería, puesto que para alcanzar una unidad territorial en manos de un poder centralizado y efectivo se necesitaron, entre otras cosas, pero desde muy temprano, sus oficios: relevamientos y mapas, trazado y construcción de caminos, puentes, vías fluviales, líneas de telégrafo, vías férreas e incluso realización de edificios (puestos militares y policiales, oficinas, galpones, etcétera). Si bien la arquitectura compitió por su jurisdicción con la ingeniería, su nacimiento como profesión estuvo ligado íntimamente a ella, no por ser una escisión de la misma sino porque para que tuviera lugar se requería de ese poder centralizado y efectivo que el conocimiento del territorio y la infraestructura garantizaban. Solamente así y en un

⁹ Obviamente, esta constatación no debe hacer olvidar que la arquitectura continuó siendo un producto caro y lujoso, para consumo de los sectores sociales más acomodados. Nuestra tesis consiste en afirmar que esta condición es insuficiente para fundar una profesión exitosa.

contexto de paz social, el proyecto estatal de nación podía desarrollar edificios y planes urbanos con nuevos criterios y en una nueva escala de producción.

Esto es lo que sucedió a partir de 1904.

Una disciplina, Una profesión

El proceso de profesionalización de la arquitectura en Uruguay, y probablemente en muchas partes del mundo, implicó en primera instancia la adopción de *una* disciplina. Frente al universo de las distintas ocupaciones y de las diversas tradiciones formativas, los arquitectos uruguayos, en connivencia con diversas autoridades políticas, se decantaron a comienzos del siglo XX por reforzar el sistema de la *École des Beaux-Arts* de París. Además del prestigio de la escuela y de la cultura francesa en general, proveía esta de una formación y fundamentación teórica claramente distinta de la tradición politécnica y, por tanto, convenientemente alejada de la ingeniería. La contratación en 1907 del arquitecto francés Joseph Paul Carré, egresado de la *École*, para los cursos de proyecto, no hizo otra cosa que reforzar esta decisión.¹⁰

En correspondencia con esta formación, la nueva disciplina va a fusionar saberes y técnicas en una unidad coherente. Va a aplicar los preceptos del higienismo¹¹ y va a atender a la economía mediante el estudio y sistematización de tipos (incluso con la aparición de prototipos) y el uso eficiente de los recursos materiales a través, por ejemplo,

¹⁰ Contaba esta decisión con el antecedente de la contratación de Julián Mazquelez, arquitecto uruguayo formado en la *École des Beaux-Arts*.

¹¹ Se podría decir que el higienismo era común a las profesiones de medicina, ingeniería y arquitectura y fue una de las claves de los procesos de disciplinamiento de las poblaciones, como ha sido profusamente estudiado.

de las memorias descriptivas generales de carácter oficial. Asimismo, y de modo fundamental, insistió en el dominio de la composición y el carácter en todas las escalas de actuación, desde el mobiliario a la regulación de la ciudad. Si la primera dotaba a los arquitectos de una herramienta para hacer frente a los nuevos programas edilicios y urbanos modernos, la última implicaba un programa estético que se adentraba en el terreno de la reforma social y moral que también pretendía el Estado.

De este modo, la práctica del arquitecto se buscaba diferenciar de aquella de los constructores de oficio y de los ingenieros (establecimiento de su jurisdicción) al mismo tiempo que dotar de un sentido social a su experticia, núcleo central de todas las profesiones. La subordinación frente a los ingenieros implicó una polémica abierta centrada en el gobierno de la Facultad de Matemáticas, el proyecto y dirección de edificios públicos y de las oficinas pertinentes y la participación en los concursos. Esencialmente, la polémica se centró en el reconocimiento estatal de la figura, experticia y responsabilidad del arquitecto y se zanjó con relativa rapidez en favor de los arquitectos.¹² El constructor de oficio también fue relegado y subordinado en su relación con el Estado, aunque siguió siendo competencia, al igual que los ingenieros, en el ámbito privado.

El caso de la producción y expansión de edificios para hospitales en el interior de la república y las transformaciones en su concepción en las primeras décadas del siglo XX,

¹² Se creó la Facultad de Arquitectura (1915). El mismo año, falleció el ingeniero José Pedro Gianelli, director de la Dirección Nacional de Arquitectura del MOP, y fue reemplazado por el arquitecto Alfredo Jones Brown. En relativamente poco tiempo, los ingenieros se vieron desplazados también de los concursos y la dirección de los edificios públicos que entraban en la "jurisdicción" de los arquitectos. Para profundizar sobre la polémica con los ingenieros ver Mazzini y Méndez (2011).

Se ha dicho anteriormente que, a partir de 1904, en un contexto de paz social, el proyecto estatal de nación pudo desarrollar edificios y planes urbanos con nuevos criterios y en una nueva escala de producción. Signos claros de todo ello fueron, entre otras cosas, la creación del Ministerio de Obras Públicas en 1907, su reorganización en 1911, así la creación, en 1910, de la Asistencia Pública Nacional (APN).

Esta última, tuvo su inmediato antecedente en la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, creada por ley en 1889. Sin embargo, pese a su nombre, esta regía casi exclusivamente sobre las instituciones y establecimientos de Montevideo.¹³ En el interior, los hospitales públicos estaban bajo la órbita de las Juntas Económico Administrativas, lo que muestra la ausencia de una política de salud centralizada y con alcance nacional. Con la creación de la APN se completaba el proceso de secularización y -central para este trabajo- se ubicaba bajo su órbita a todos los servicios de atención a la salud, ya fueran nacionales o municipales.¹⁴

El escaso desarrollo de la disciplina arquitectónica, que a principios de siglo apenas contaba con un puñado de arquitectos laureados en el Uruguay, no debe nublar

¹³ Los establecimientos que dirigía eran los siguientes: Hospital de Caridad (luego “Maciel”), Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó), Asilo de Mendigos y Crónicos (luego Hospital Pasteur), Asilo de Expósitos y Huérfanos (luego llamado “Damaso Antonio Larrañaga”), Asilos Maternales n.º 1, 2 y 3, Asilo Maternal n.º 4 y Colegio de San José, Casa de Aislamiento y la Escuela de Artes y Oficios. Además, la Comisión poseía algunos terrenos y otros edificios, pero todos dentro del departamento de Montevideo. (CNCBP, 1907, 77-78).

¹⁴ Aunque el traspaso a la autoridad central no fue inmediato en algunos casos, la APN pasó a gestionar los hospitales departamentales, establecidos ya en la mayoría de las capitales.

el hecho de que el desarrollo y poder de las profesiones en general era también escaso. Sin embargo, asociados al progreso y la ciencia, los médicos -al igual que los ingenieros- habían dado pasos significativos ya a finales del siglo XIX. Si en 1889 la creación de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública (CNCBP) estaba conformada por veintiún vecinos de “respetabilidad y arraigo,”¹⁵ en 1898 los médicos ya controlaban todos los ingresos del personal técnico. (CNCBP, 1907, p. 20)

Nos situamos, por tanto, en un momento de transición. Barrán lo ha descrito claramente: “donde un historiador de la medicina veía el pasaje del hospital de caridad al de asistencia, vimos al pobre pasar del poder de la beneficencia al poder médico, siempre aliado del poder creciente del Estado” (1992, p. 18) Este momento de transición clave del Uruguay moderno, coincide, no casualmente, con la emergencia de la arquitectura como otro de estos saberes de Estado. Si el hospital de caridad o los asilos eran asunto de constructores de oficio o ingenieros y solo excepcionalmente de arquitectos (diplomados, por otra parte, en el exterior), el nuevo concepto de asistencia y el poder médico en ascenso se aliaron con la nueva disciplina-profesión.

En efecto, las herramientas de la arquitectura estuvieron puestas al servicio de un nuevo programa: el hospital moderno. El interior del país, estos hospitales sustituían las más de las veces a pequeños y precarios locales en alquiler, en otros casos implicaron ampliaciones -generalmente nuevos pabellones- de hospitales realizados a finales del siglo XIX. Los arquitectos se ocuparon de la diferenciación, distribución racional y normalización de actividades mediante la sistematización tipológica de estos hospitales, de la planificación -junto a los médicos y administradores-

¹⁵ Ley n.º 2059, 20 de julio de 1889. (Armand Ugón *et alter*, 1930, pp. 129-130).

de su implantación territorial y urbana. Asimismo, mediante decisiones formales, intentaron brindar un ambiente ideal a los enfermos que, según las teorías del momento, contribuyera a su recuperación, bienestar y comportamiento adecuado y, al mismo tiempo, representar al Estado de una manera digna.¹⁶

Para comprender mejor las características de este nuevo programa es relevante contrastarlo con el funcionamiento de los hospitales de campaña en el siglo XIX. Una intervención del médico Joaquín de Salterain en el parlamento (1899) evidencia precisamente el concepto del viejo hospital. Sobre la posible construcción de un hospital de caridad en la ciudad de Rivera, apoyaba a quienes sostenían que era mejor utilizar ese dinero en la realización de un puente, puesto que

es un error en que se incurre creer que un hospital disminuye la mortalidad; la aumenta, y generalmente porque da abrigo a vagos, a mal entretenidos y a los viciosos, que van a pernoctar al hospital durante la época del invierno [...].¹⁷

Más allá de las connotaciones ideológicas de las expresiones de Salterain, interesa resaltar aquí qué significaba para un connotado médico y político a finales del siglo XIX la construcción de un hospital en el interior de la república. Otro aporte en este sentido lo brinda Luis Piñeyro del

¹⁶ También se ocuparon de la dirección de las obras, así como de proyectar ampliaciones y reformas de los hospitales y edificios existentes.

¹⁷ Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes. Tomo 155, sesión del 25 de abril de 1899. Tomado de Barrán y Nahum (1972, p. 186).

Campo.¹⁸ En relación a la posibilidad de crear una “colonia de alienados” en las afueras de Montevideo, comenta:

Conviene, no obstante, apuntar que [el proyecto] contribuiría también a neutralizar en gran parte uno de los defectos capitales de que adolecen algunos de nuestros establecimientos públicos de asistencia: la de su construcción, siguiendo la arquitectura hospitalaria de la época en que fueron levantados, en grandes masas cerradas y en terrenos relativamente pequeños.

Hoy que el arte, obedeciendo los preceptos racionales de la higiene, planea los pabellones independientes de los hospitales y hospicios, en grandes espacios abiertos al aire y a la luz [...]. (CNCBP, 1907, p. 156)

Los nuevos hospitales de comienzos del siglo XX, algunos de los cuales se analizarán a continuación, dejaron atrás su carácter de asilo y su primitiva organización espacial cerrada para convertirse en dispositivos de curación y de penetración de los saberes médicos y arquitectónicos en todo el territorio. La solución moderna no fue confrontar al hospital con el puente, sino convertir al primero -al menos en teoría- en un dispositivo tan eficiente como el segundo.

Centralización e impulso

A comienzos de siglo

[u]n arquitecto, adscripto a la Dirección, cuida de la inspección de los edificios de los asilos y hospitales existentes y confecciona los planos para toda reparación y obra nueva [...]. (CNCBP, 1907, p. 167)

¹⁸ Piñeyro del Campo fue director de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública entre 1897 y 1905.

Este arquitecto era Antonio Llambías de Olivar (p. 221, 262, 501), el primer egresado (1894) con el título de Arquitecto de la Facultad de Matemáticas.¹⁹ Para nuevas construcciones, presumiblemente de porte, se proponía la realización de concursos (p. 149), en esa época no restringidos a arquitectos. Antes de Llambías de Olivar, prácticamente todas los edificios e intervenciones del organismo fueron realizados por constructores e ingenieros.

Algunos años después, el cargo de Llambías de Olivar era ocupado por Juan Giuria.²⁰ Dice José Scosería, director General de la Asistencia Pública, que

hasta el mes de Agosto de 1912, funcionó en la Dirección General la Oficina Técnica de Arquitectura, a cargo del Arquitecto don Juan Giuria, con un dibujante, un sobrestante y un peón. Por intermedio de esta oficina, la Dirección General proveía la conservación de los edificios de la Asistencia y a la formulación de proyectos y planos para las nuevas construcciones [...]. (APN, 1913, p. 31).

A partir de 1912 y en virtud de la Ley n.º 3817 de 1911, la oficina dirigida por Giuria pasó al Ministerio de Obras Públicas (MOP), a la recién creada sección de Edificios hospitalarios de la Dirección de Arquitectura. Al igual que la medicina, las obras públicas y la arquitectura en particular concentraban sus esfuerzos y, a pesar de la escasez de

¹⁹ Las referencias de la publicación, respecto a autorías de planos en otros establecimientos, dan a entender que la contratación de Llambías de Olivar sucede aproximadamente en el año 1899.

²⁰ Entre Llambías de Olivar (quien hasta 1905, como mínimo, permanecía en el cargo) y Giuria es posible que haya habido o bien un vacío o que el cargo haya sido ocupado por otro arquitecto. La autoría del Hospital de Colonia de 1907 por parte del arquitecto Emilio Conforte -hospital que luego analizaremos con más detalle-, podría indicar alguna de estas dos posibilidades.

recursos materiales y humanos, se especializaban. La Dirección de Arquitectura se subdividió entonces en cinco oficinas: Edificios en general, Edificios escolares, Edificios hospitalarios, Edificios Militares, Ensanche y embellecimiento de Ciudades, Villas, etc.

Antes de las reformas de 1910 y 1911, los hospitales del interior, no controlados por la CNCBP, eran construidos en su mayoría por constructores de oficio. El mecanismo de realización comenzaba, en casi todos los casos, a partir de donaciones de particulares, colectas organizadas por grupos de civiles -mujeres en su mayor parte- o iniciativa de miembros de la iglesia. El financiamiento y la gestión posterior de los centros hospitalarios se centralizó a partir de 1910, aunque la propia ley previó y garantizó la continuidad de las anteriores comisiones directivas (artículo 20) mediante el mecanismo de la delegación (artículo 12). Tampoco desaparecieron los mecanismos de la caridad y la beneficencia, necesarios en muchos casos para concretar las iniciativas. Un proceso más radical de concentración vivió el proyecto y mantenimiento de los edificios, radicado en las oficinas de la Dirección de Arquitectura del MOP y bajo el control técnico de los arquitectos.²¹

Es evidente, que por su costo y complejidad (equipamiento, mantenimiento), el esquema de producción y organización de los hospitales no podía asimilarse al del otro gran programa público: las escuelas. La estrategia de invadir todos los poros del territorio con equipamiento estatal no era viable para los hospitales públicos, por lo ya señalado y por su misma naturaleza de centros. Existían, por ejemplo, varios hospitales en las capitales departamentales, en su origen instituciones de la caridad, y la opción lógica fue utilizarlos, equiparlos y, eventualmente, ampliarlos (casos de Salto, San José y Florida). Durante el periodo de vigencia

²¹ En 1915, la Dirección de Arquitectura pasó a ser ocupada por el arquitecto Alfredo Jones Brown, tras el fallecimiento del ingeniero José Pedro Gianelli.

de la APN (1910-1932) se realizaron también hospitales de nueva planta en algunas capitales, como Paysandú (el Galán y Rocha, inaugurado en 1915), Treinta y Tres (1921), Durazno (1925), Rivera (1928). En algún caso, como Tacuarembó (1921-1927), se construyó un nuevo hospital en sustitución del anterior y también se realizaron asilos y casas de aislamiento (en Salto, 1923 y 1924 aproximadamente, también el sanatorio Koch de Paysandú de 1915-1916).

De esta manera, el hospital reforzó la división político-territorial del país, culminada en la década de 1880, y la temprana organización urbanística del territorio.²² No obstante, en la década del veinte se llevaron a cabo también hospitales de nueva planta o importantes ampliaciones en ciudades de importancia como Paso de los Toros, San Carlos o Pando e incluso en pequeñas localidades como Lascano, Pirarajá o Minas de Corrales. Según Nora Pons (1997), entre 1908 y 1928 se realizaron veintitrés hospitales en el interior de la república (p. 46), pero nuestro relevamiento podría sugerir un número aún mayor.

Hospitales como el de Artigas (San Eugenio, 1900-1916),²³ Minas (1899-1904), Colonia (1907-1909), Rosario (1907-1909),²⁴ Flores (inaugurado en 1910) y Melo (inaugurado en 1911) pueden adscribirse al nuevo modo centralizado de proyecto. Todos ellos fueron, en definitiva, realizados por arquitectos desde las oficinas de la CNCBP o bien del MOP

²² Organización que Rial y Klaczko (1981) señalan como temprana y distintiva del Uruguay con respecto a sus pares regionales.

²³ Las gestiones para realizar el hospital comienzan en 1884. Llambías de Olivar, en el entorno de 1900, realiza el proyecto, pero este se detiene en 1903 y así continuó hasta, por lo menos, 1913. (APN, 1913, 232). Carlos Pérez Montero (1927, pp. 347-374) lo señala como una de las obras ejecutadas en 1916. Podemos presumir que este fue el año de su inauguración.

²⁴ Realizado sobre una construcción preexistente (APN, 1913, p. 226).

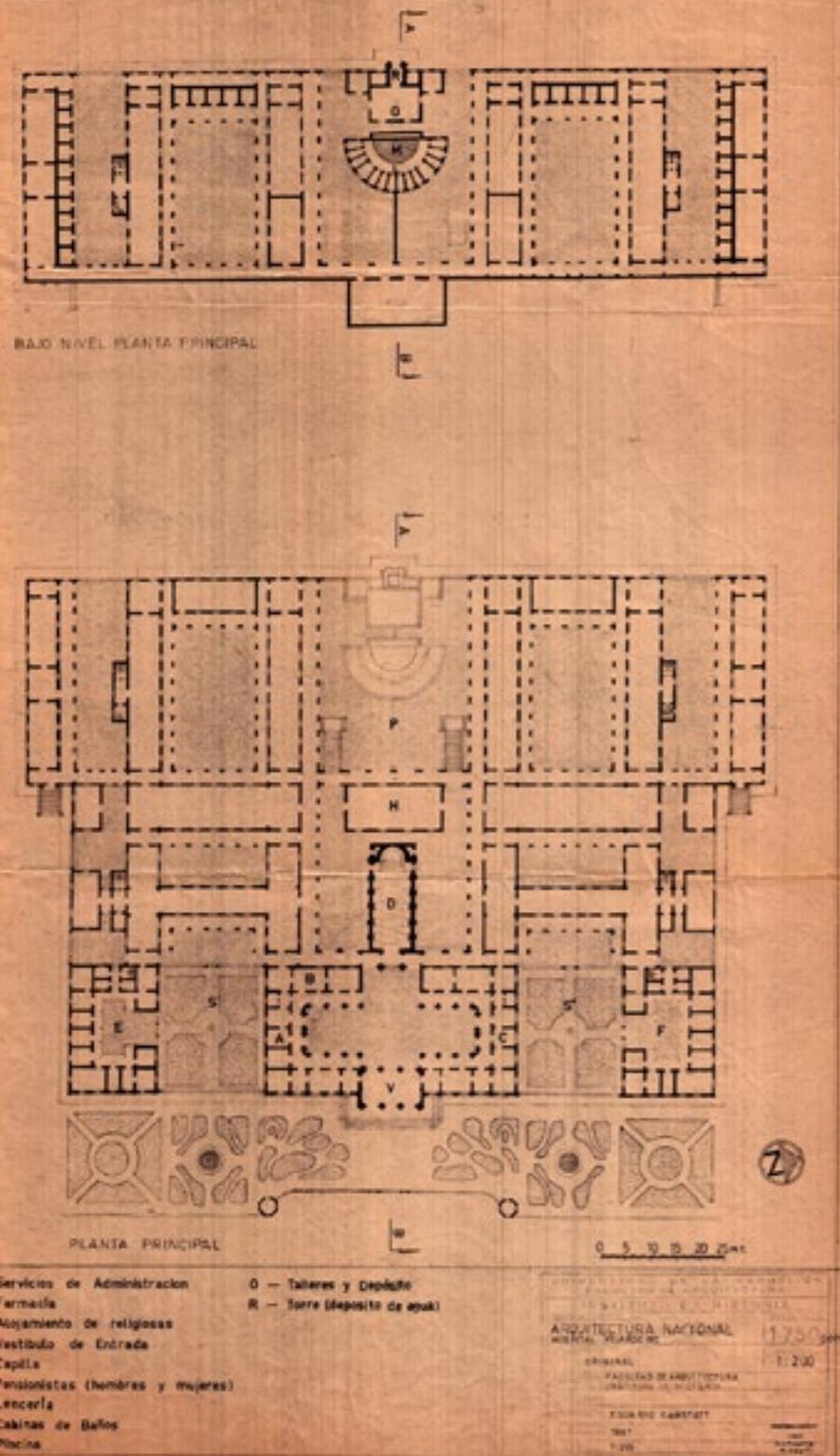


Figura 2. Ing. Eduardo Canstatt. Planta del Manicomio Nacional (1876-1880).

a partir de 1907. La tarea de completar, equipar y penetrar en el territorio en las tres primeras décadas del siglo XX fue realizada con tal intensidad que apenas ha sido ampliada en los noventa años siguientes.

El “esfuerzo” desde la disciplina arquitectónica fue paralelo y concurrente con el de la medicina. Esta, fundada en buena medida en el pilar que representaba la Facultad de Medicina, se había decantado por privilegiar la profesión frente a la investigación. El profesionalismo, que se puede ampliar a la política de toda la Universidad (Mañé, 1992), implicó necesariamente la creación del personal para cubrir los puestos en las nuevas instituciones, incluidas aquellas del interior del país. En la Memoria de la APN de 1916-1922 se señala la creación de “23 puestos de médicos de asistencia domiciliaria en las cabezas de departamento y 18 en pueblos de campaña”. (APN, 1922, p. 383) Asimismo, se presentaba y aprobaba en 1921 un proyecto para la creación de 24 puestos de médico para pequeñas localidades departamentales. (APN, 1922, pp. 395-397)

Casa

En los años que median entre finales del siglo XIX y la década de 1910 se observa el pasaje del hospital entendido como monumento urbano a la de un edificio de imagen doméstica y suburbana. Paradójicamente, la imagen del hospital moderno vuelve a sus orígenes: la casa. En su organización espacial, sin embargo, se abandona definitivamente el sistema de patios y la *enfilade* por un sistema de pabellones o de plantas semi-compactas con distribuciones que especializan y aíslan las habitaciones.

El hospital no debía verse como un hospital. Debía hacer sentir al enfermo en un entorno amigable y hogareño. El enfermo, mucho más si era crónico, debía “olvidar” que se encontraba en un instituto. El carácter pintoresco de la arquitectura, al igual que la vegetación y el entorno, tenía ese fin: amortiguar la situación del enfermo y desviar su

atención hacia los detalles domésticos. Al igual que estos, la pequeña escala y la sencillez se oponían a cualquier intento de monumentalizar el hospital y ello lo diferencia del tratamiento contemporáneo de otros programas públicos de la época, como las escuelas públicas urbanas, los liceos, o los edificios administrativos.²⁵

Estas consideraciones -coherentes con la ya señalada preferencia por las ubicaciones periféricas- aparecen en diversas fuentes de la época. La vemos, por ejemplo, en las bases del concurso de arquitectura para una Colonia de Convalecientes (1921) en las afueras de Montevideo, donde se establecía que el edificio debía tener “más carácter de habitación colectiva que de edificio hospitalario”, con un “aspecto exterior sencillo, sin exclusión de los elementos decorativos alegres y atrayentes” (La Colonia de Convalecientes, 1921 mayo, p. 57).²⁶ Unos años antes (1913), el doctor José Scoseria describía de esta manera la futura Colonia de Alienados de Santa Lucía:

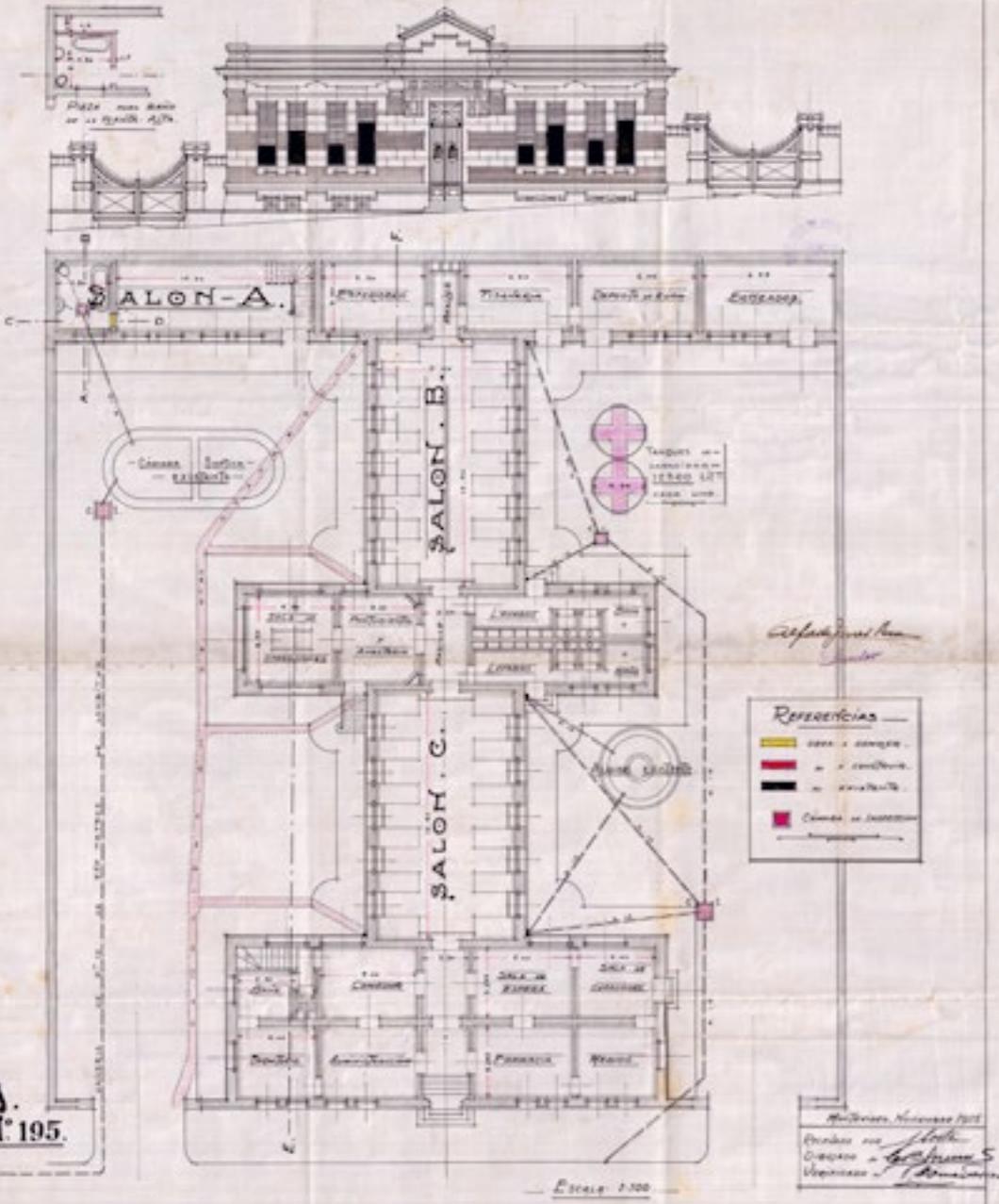
[...] nuestra Colonia-Asilo será el verdadero Manicomio concebido de acuerdo con las tendencias de la ciencia moderna, donde estarían reunidos todos los elementos para la asistencia y el cuidado de los alienados; y un asilo construido por edificios separados, sin aspecto alguno que lo asemejara a un hospital; villas alegres, de construcción rústica si se quiere, en la que estarían

²⁵ También significa una diferencia radical al “paradigma” de arquitectura hospitalaria posterior que se impone a finales de la década de 1920 y que es el hospital en “block”, cuyo ejemplo máximo en nuestro país es el Hospital de Clínicas. Estos hospitales vuelven a ser monumentos urbanos de una escala incluso más gigantesca que la de sus predecesores del siglo XIX. Es interesante, en este sentido, comparar la arquitectura de la Colonia de Convalecientes Saint Bois con el posterior pabellón Martirené, proyectado por Carlos Surraco y Sara Morialdo en 1938.

²⁶ Se trata de la Colonia “Gustavo Saint Bois”, construida en terrenos (50 hectáreas) que pertenecían a la Asistencia Pública Nacional, en la localidad de Melilla.

HOSPITAL DE COLONIA

A. N° 195.



clasificados y distribuidos los enfermos para su asistencia [...]. (Rossi, 1913, p. 3)

Cuando el ingeniero Eduardo Canstatt proyectó el Manicomio Nacional (1876-1880, luego Hospital Vilardebó), los criterios eran muy diferentes. Pese al amplio terreno, la arquitectura se organiza simétricamente y en torno a patios internos. En el centro de la composición se encuentra una capilla católica y a pesar de contar con espacios que se pretendían y leían como amenos (las galerías, por ejemplo), todo el conjunto respira cierto aire solemne (figura 2). Piñeyro del Campo, quien fue director de la CNCBP entre 1897 y 1905 decía que el Manicomio era "el más hermoso de los que dependen de la Comisión Nacional, no solo por su arquitectura sino por su ubicación en medio de amplios terrenos" (CNCBP, 1907, p. 317), sin agregar elementos negativos a su descripción. Seis años después, José Scoseria, director de la APN, caracterizaba al ya nombrado Hospital Vilardebó, de la siguiente manera:

Es el más grande, y por su arquitectura y su ubicación en el medio de grandes jardines, el más hermoso de los edificios que posee la Asistencia Pública, aunque su distribución general no responde ya a lo que debe ser un moderno Hospital de Alienados. (APN, 1913, p. 175)

Todavía en 1907, cuando el arquitecto Emilio Conforte proyectó el hospital de Colonia (figura 3), los criterios del hospital que hemos llamado "moderno", aún no eran dominantes. El edificio se sitúa en la planta urbana, en un padrón de apenas 1770 m2. Su carácter también es eminentemente urbano y a pesar de sus modestas dimensiones hay un claro intento de monumentalizar el edificio, utilizando discretamente ciertos recursos clásicos (simetría, énfasis en el acceso, verticalidad, tripartición, entre otros).

A pesar de lo exiguo del terreno, sin embargo, Conforte evita la creación de patios cerrados. La organización de doble peine, sin embargo, obliga a trasladarse en *enfilade* a través de las salas de enfermos. La forma general de la planta recuerda la de aquellos hospitales donde la circulación lineal vincula los pabellones con las camas. Sin embargo, aquí las camas se sitúan junto con la circulación y los salientes no parecen tener una autonomía o una función clara.

La aparición de una arquitectura de carácter pintoresco en el ramo hospitalario ya puede observarse en la propuesta primitiva del Hospital de Niños, ganada por concurso por el estudio de ingenieros y arquitecto West, Acosta y Lara, Guerra (1902). El programa se descompone en múltiples pabellones que minimizan el impacto de un único volumen y adquieren casi todos ellos un aspecto residencial de suburbio. El terreno, asimismo, se situaba exactamente en el límite de la ciudad novísima, una posible zona de edificios públicos con buena proporción de espacios verdes.

La escala generalmente más modesta de los hospitales del interior de la república, llevará a que estas características fueran aún más evidentes. A partir de la segunda década del siglo XX, el sello arquitectónico estuvo dado por el mencionado Juan Giuria. Profesor de historia de la arquitectura y con un interés evidente en la arquitectura colonial de toda América, Giuria también fue un funcionario público y desde el comienzo de su carrera se "especializó" en la arquitectura hospitalaria. Las formas de sus construcciones remitían a esta voluntad de pretendida domesticidad y ponen en primer plano uno de los conceptos centrales de la teoría de la arquitectura que los profesionales reivindicaban dentro de su especificidad: el carácter.

Figura 3. Emilio Conforte. Hospital de Colonia. Colonia del Sacramento, 1907-1909.

Nueva producción

Giuria fue el arquitecto referente de la APN desde sus comienzos. En Montevideo, además de múltiples reformas y ampliaciones, proyectó obras como el nuevo Hospital de Niños (luego denominado Pedro Visca, 1919-22), el nuevo Asilo Piñeyro del Campo (1918-1922)²⁷ y la Colonia Asilo de Alienados de Santa Lucía, proyectada en 1920, que, si bien se emplazó en el departamento de Canelones, funcionaba como un satélite de Montevideo.

En el interior, Giuria proyectó los hospitales de Durazno y Trinidad (1918) Tacuarembó y Treinta y Tres (1921), Rivera (1921-1928), el Asilo de Huérfanos de Salto (1921-22). Reformuló y amplió, entre otros, el hospital de Salto (1921) y el Hospital Alvariza de San Carlos (1922). En los mismos años, también produjo prototipos para pequeñas poblaciones del interior (hospitales regionales) que fueron utilizados en Bella Unión, Carmelo, Lascano, Minas de Corrales, Pan de Azúcar, Paso de los Toros, Pirarajá, San Gregorio del Polanco, Sarandí Grande y otros centros poblados.

En los hospitales departamentales, de mayor porte, el planteo arquitectónico general responde a una organización en pabellones (aislados o conectados con circulaciones lineales), simétrica con respecto al eje principal y con destaque de los volúmenes que se encuentran sobre él. En definitiva, una composición que se ordena desde la planta, acorde con las enseñanzas académicas en las cuales Giuria fue formado (figura 4). Los

²⁷ La denominación “nuevo” en ambos casos es necesaria pues ya existía un hospital de niños (el hospital Pereira Rossell) y también el Asilo Piñeyro del Campo. En 1922, este último se transformó en un hospital (Hospital Pasteur) y los asilados pasaron a la nueva edificación, realizada en un predio contiguo. El nuevo Hospital de Niños, por su parte, ocupó los terrenos de la Enfermería del Asilo Dámaso Larrañaga. Si bien ya existían construcciones previas, la entidad del proyecto, conformado por cinco pabellones, lleva a considerarlo como una obra nueva.

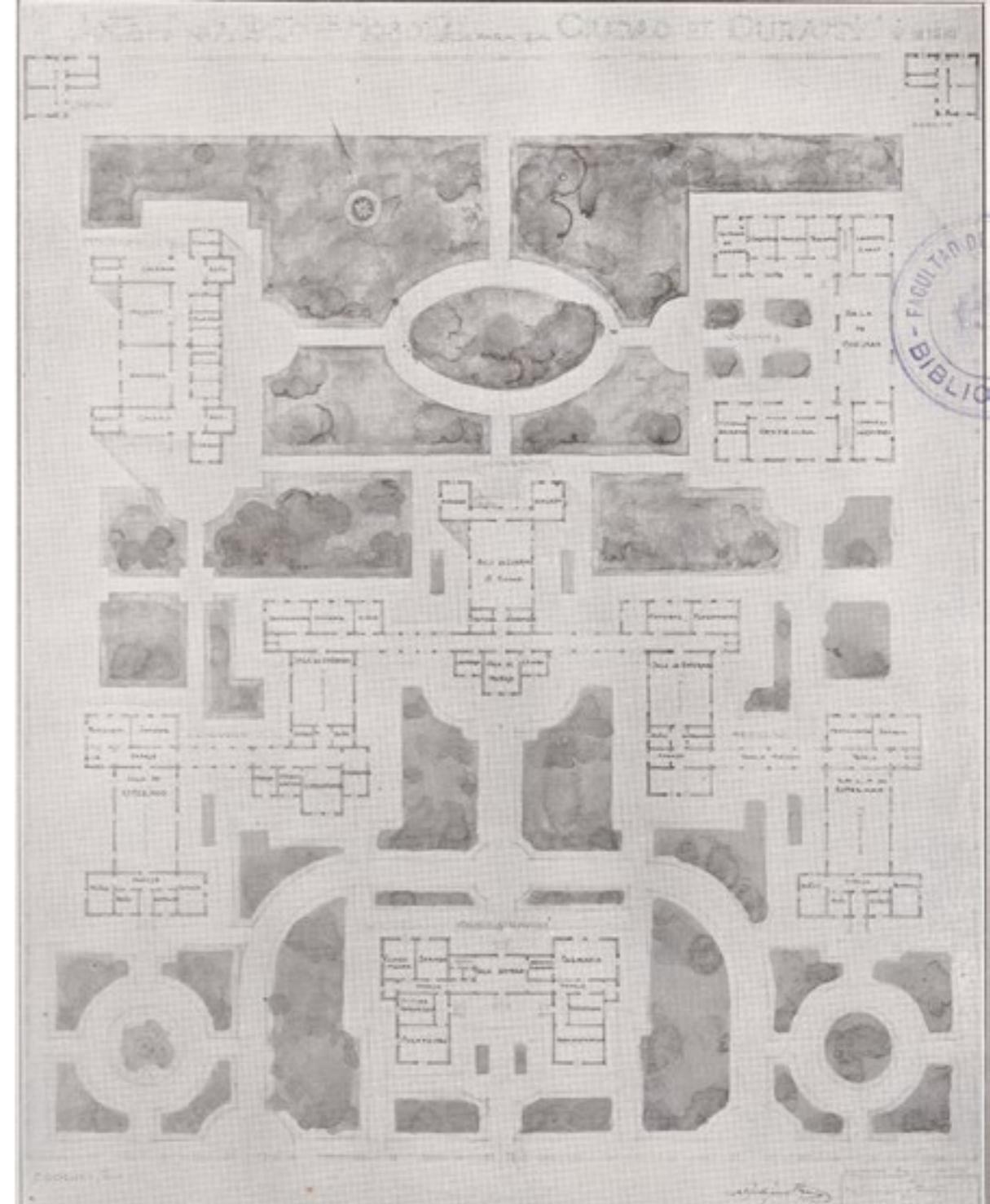


Figura 4. Juan Giuria. Hospital Departamental. Durazno, 1918. Planta general.

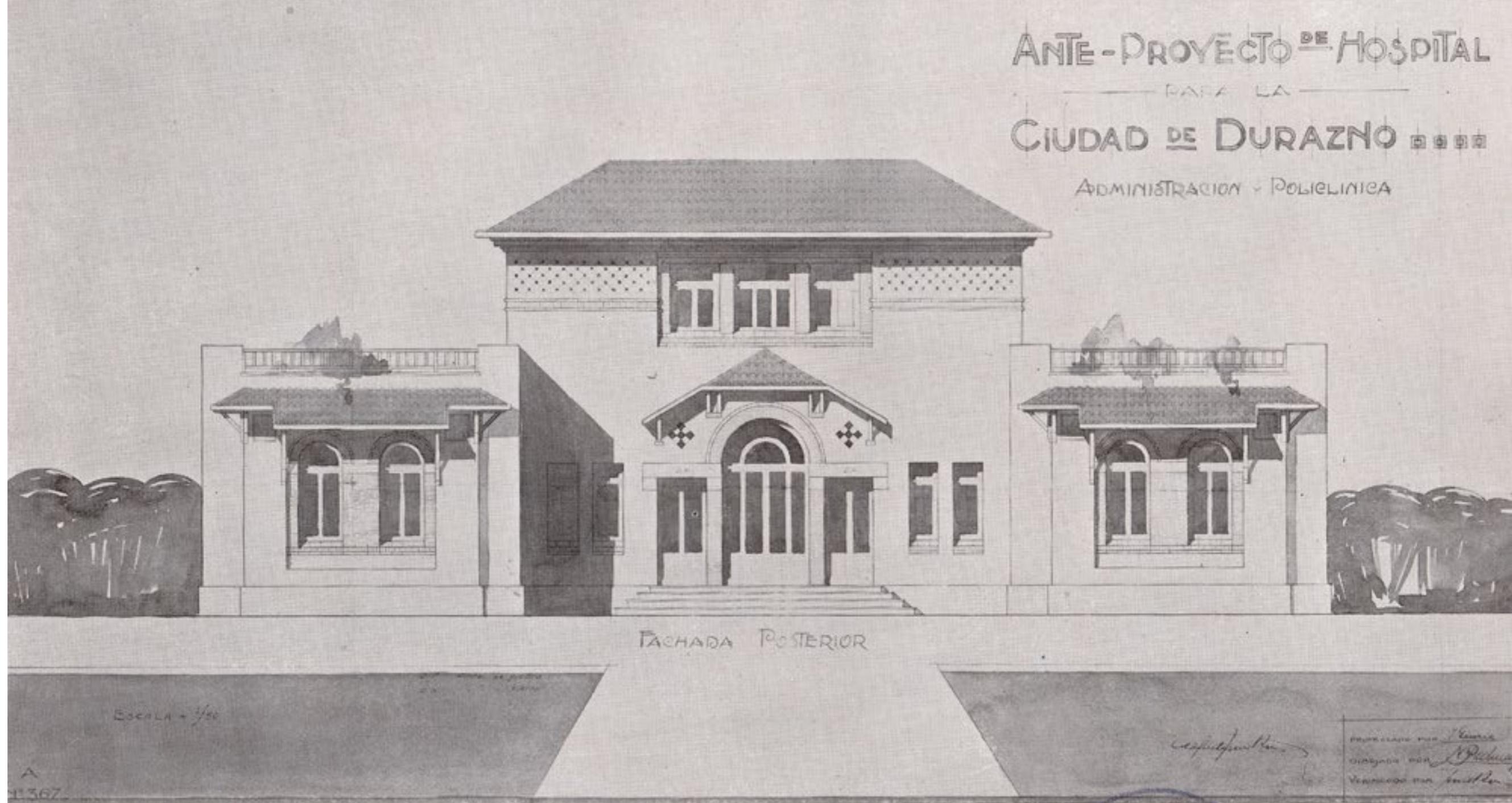


Figura 5. Juan Giuria. Hospital Departamental, Durazno, 1918. Fachada posterior de la Administración.

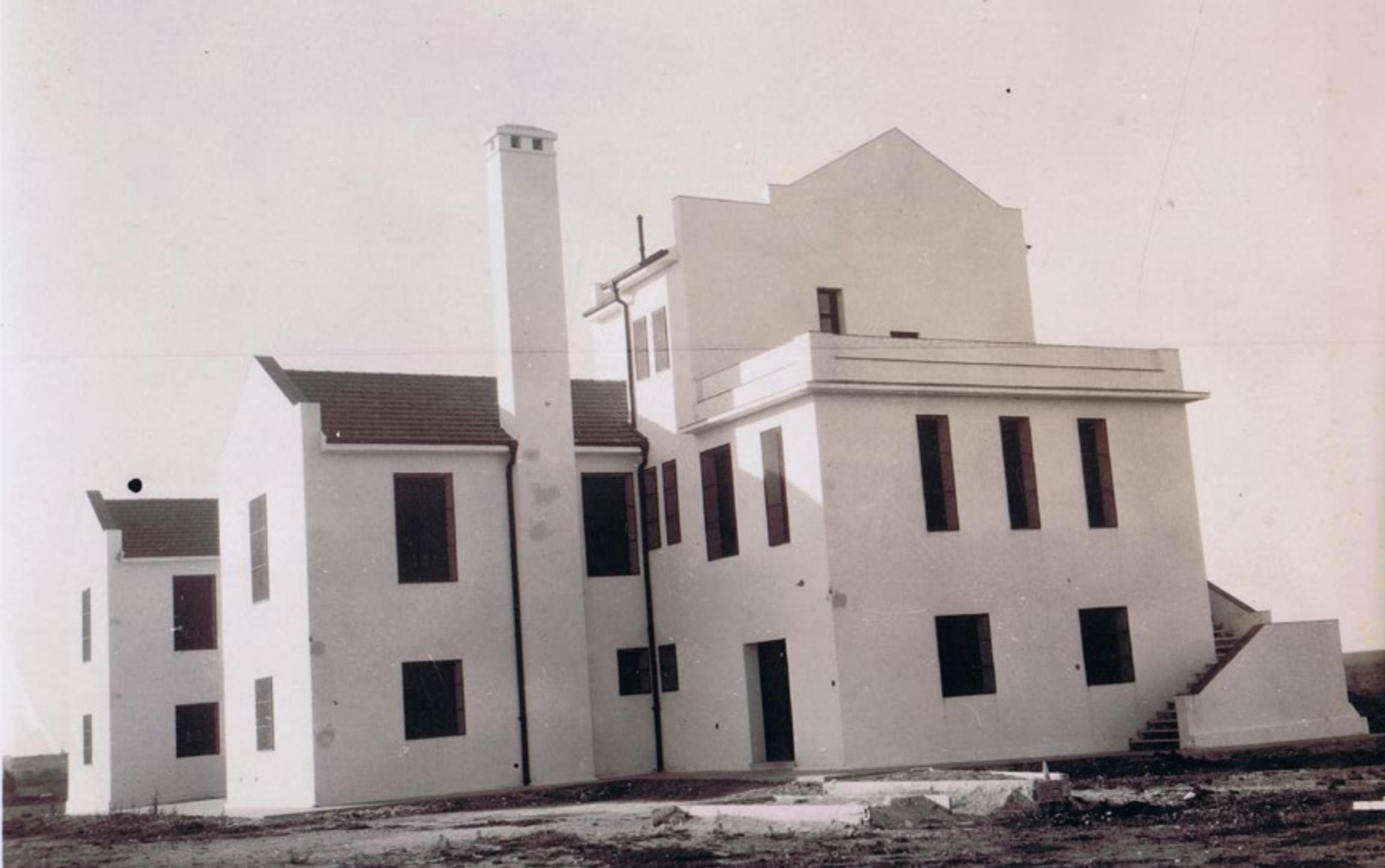


Figura 6. Giuria. Hospital de Carmelo, c. 1920.

Techos de tejas con pendientes, vanos verticales rítmicamente dispuestos, aleros y discretos detalles decorativos en los accesos o sobre las aberturas y un tono blanco general que recubre todos los paramentos es la expresión general de estos hospitales, generalmente de uno o dos niveles. A pesar del planteo general académico, el resultado, como se ha señalado, es poco monumental y repleto de pequeñas anécdotas. En esto, parece relevante el conocimiento de Giuria del movimiento neocolonial, que abrevaba en reflexiones sobre una producción hispánica concentrada en viviendas y estancias o pequeñas capillas, todas concurrentes con una revaloración de los recursos de lo doméstico, expandiéndose en un paisaje rural o poco urbanizado que promovía soluciones valoradas por su pintoresquismo.

No obstante, la inspiración en la arquitectura colonial propiamente dicha no es tan obvia y evidente y sus obras no son tan homogéneas. Una comparación entre la figura 5 y la 6 revela, por ejemplo, diferencias en el planteo expresivo, probablemente vinculadas a la jerarquía del programa y el lugar. Sus proyectos parecen más bien combinar elementos de diversas tradiciones (coloniales, renacimiento italiano, arquitectura centroeuropea) y en todo caso no difieren demasiado de otras experiencias hospitalarias contemporáneas americanas y europeas. Las similitudes son aún más radicales en los interiores y dan cuenta de una difusión internacional de soluciones tipológicas y modelos espaciales que se verifica en el tamaño de las habitaciones, los revestimientos, la disposición del mobiliario y de los propios cuerpos humanos.

En cuanto a los prototipos para pequeñas localidades, su estudio y sistematización fue evidentemente una de las tareas que la arquitectura tomó como propias y que, por su grado de abstracción, la diferenciaron del conocimiento empírico que poseían los constructores. Estos tipos o

prototipos, surgían del estudio detallado del programa, algo que también los arquitectos reclamaron como parte de su jurisdicción, y que los diferenciaron de los ingenieros, más ligados a los aspectos de cálculo matemático y técnico-constructivos. Las plantas de estos edificios toman como referencia general el modelo en base a pabellones, pero lo compactan en un volumen único, reforzando su aspecto de casa. (figuras 7 y 8)

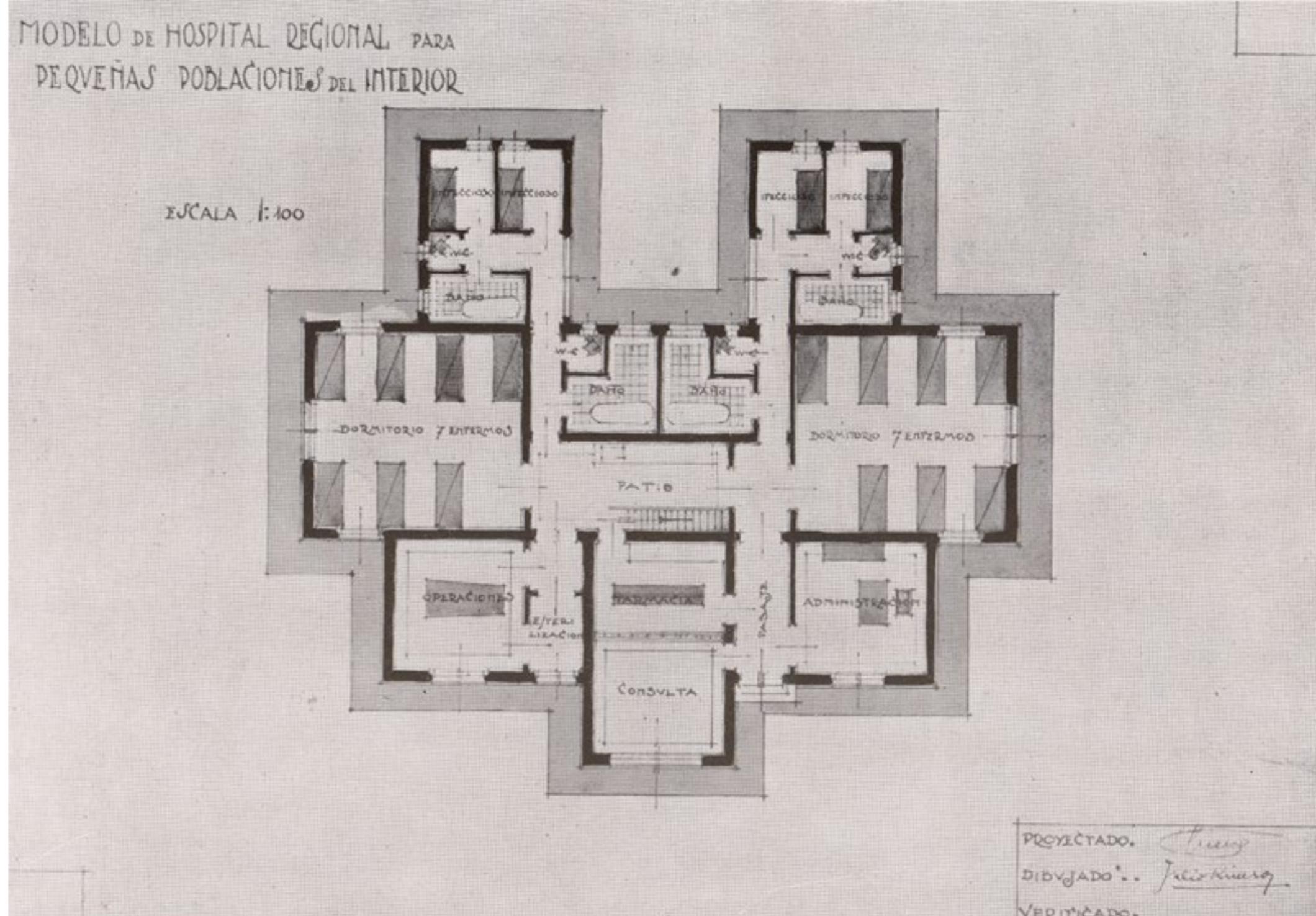
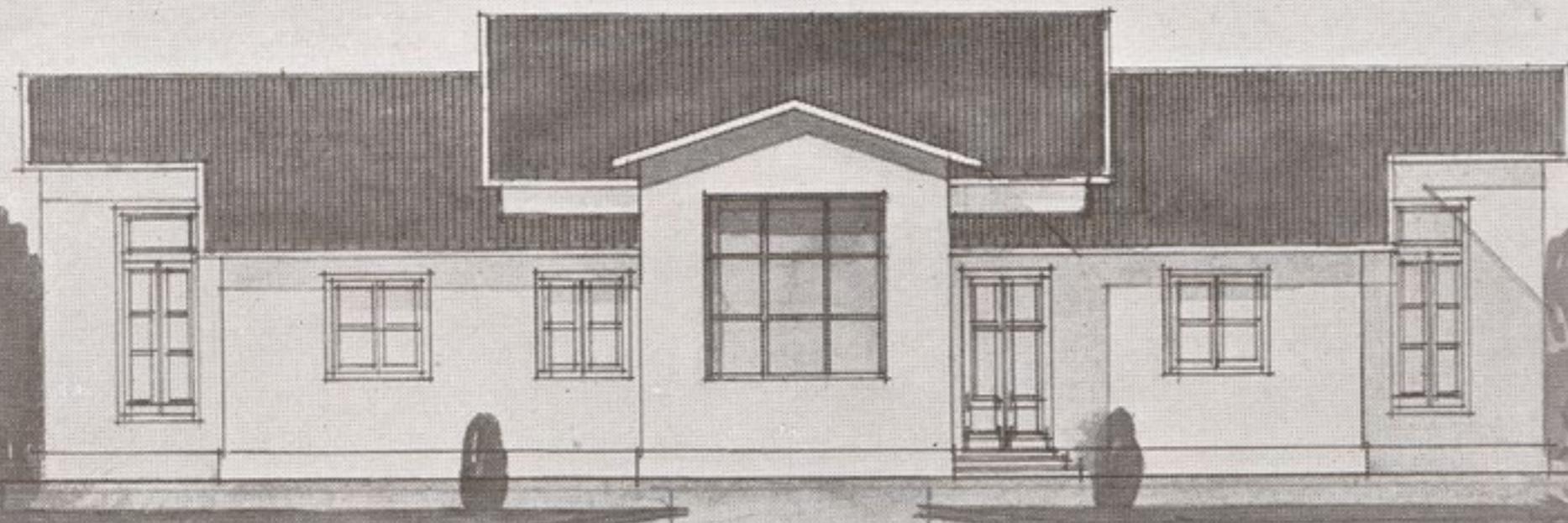


Figura 7. Giuria. Modelo de Hospital Regional. c. 1920. Planta.

FACHADA PRINCIPAL



MODELO DE HOSPITAL REGIONAL PARA
PEQUEÑAS POBLACIONES DEL INTERIOR.

Consolidación y nuevo ciclo

En definitiva, el esfuerzo de la disciplina por dotar a la profesión de un sentido fue concurrente con el poder médico y el del Estado. Herramientas como la composición, el carácter, el estudio de tipos y los planes reguladores se utilizaron para afianzar tanto la profesión de arquitecto como el higienismo y la especialidad médica, el poder territorial del Estado y su control sobre la población. Este esfuerzo cobró un nuevo sentido a partir de 1904 y se desarrolló con intensidad creciente en las primeras décadas del siglo XX.

Entre la aprobación de la ley para realizar un Hospital de Clínicas (1926) y la creación del Ministerio de Salud Pública en 1933 se abre un nuevo ciclo en las relaciones entre arquitectura, medicina y Estado. Por su enorme dimensión, el hospital significó una concentración significativa de recursos en Montevideo y nos da la pauta de un cambio en la política territorial que debería ser explorado. Junto al Ministerio, además, surgió una nueva oficina de arquitectura instalada en su seno y dirigida por Carlos Surraco. No casualmente, este joven arquitecto había sido el ganador del concurso para el Clínicas (1928-1929) y quién se erigió a la postre como el principal referente en arquitectura hospitalaria, desplazando a Giuria. Por último, si la realización del hospital fue una muestra del poder médico, la activa participación de los arquitectos en su concepción, programación, proyecto y construcción evidencia la consolidación de dos de los aspectos clave que hemos esbozado: la comunión interprofesional y la unidad entre su acción y la del Estado.

Referencias

fuentes primarias

Armand Ugón, E. et al., comps. (1930). *Compilación de Leyes y Decretos, Tomo 18*. Montevideo: Imprenta Nacional Colorada.

Burmester, C. (1894, enero) Agrimensura Legal. *Anales de la Universidad*, año III, Tomo V, pp. 500-562.

Asistencia Pública Nacional [APN] (1913). *La Asistencia Pública Nacional*. Montevideo: Talleres Gráficos A. Barreiro y Ramos.

APN (1922). *Memoria de la Dirección General. Período 1916-1922*. Montevideo: Talleres Gráficos A. Barreiro y Ramos.

Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública [CNCBP] (1907) *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios en 1905*. Montevideo: Talleres de la Escuela Nacional de Artes y Oficios.

Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay (1905, setiembre 15), Tomo I, no. 3.

Jalabert, R. M.; Cabal, R. (1903). *Álbum Biográfico Ilustrado*. Buenos Aires: Talleres Heliográficos de Ortega y Radaelli.

La Colonia de Convalecientes (1921, mayo). *Arquitectura [SAU]*, no. 43, pp. 56-58.

Ministerio de Obras Públicas [MOP] (1920). *Contribución de la Sección Embellecimiento de Pueblos y Ciudades al Primer Congreso Pan Americano de Arquitectos celebrado en la ciudad de Montevideo*. Montevideo.

Pérez Montero, C. (1927). Trabajo 4º, Tema XII. *Actas y Trabajos. III Congreso Panamericano de Arquitectos*. Buenos Aires, pp. 347-374.

Rossi, S.C. (1913). *Proyecto de construcción y organización general de la Colonia Asilo de Alienados*. Montevideo: Tipografía – Litografía Administración de Lotería.

Sociedad Ciencias y Artes (1879). Registro de ingenieros, arquitectos y maestros de obras. *Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, año III, pp. 57-59 y 81-82.

Fuentes bibliográficas

ABBOTT, Andrew (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. P.; Nahum, B. (1973) *Historia rural del Uruguay moderno. Tomo III. Recuperación y dependencia 1895-1904*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Johnson, T. (2005). Governmentality and the institutionalization of expertise. En T. Johnson, G. Larkin y M. Saks (eds.) *Health Professions and the State in Europe*. Londres: Routledge, pp. 4-13.

Machado, C. (1972). *Historia de los orientales*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Mañé Garzón, F. (1992). En el centenario de los anales de la Universidad: 1881-1991. *Cuadernos de Marcha*. 3a. época, año VII, nro.68.

Mazzini, E.; Méndez, M. (2011). *Polémicas de arquitectura en el Uruguay del siglo XX*. Montevideo: CSIC-Udelar.

Nahum, B. (2003). *Breve historia del Uruguay independiente*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Pons, N. (1997). *Apuntes de ayer. Hospitales y hospitalidad*. Montevideo: Dos Puntos.

Rial, J.; Klaczko, J (1981). *Uruguay: el país urbano*. Montevideo: CLACSO, Ediciones de la Banda Oriental.

Ruiz, E. (1995). *Estado e Ingenieros: una relación imprescindible en la formación del Uruguay moderno (1894-1905)*. Texto inédito.

Sierra Abbate, J. (2017). Asistencia Pública en el Uruguay hacia principios del siglo XX. Inicios de la arquitectura hospitalaria. Trabajo inédito presentado en la Maestría de Arquitectura de la FADU-Udelar.

Fuente de las imágenes

Figura 1. Biblioteca Nacional, Materiales Especiales. Fichero: [I.00.471.C.5370.187-\\$.E8.original.jpg](http://00.471.C.5370.187-$.E8.original.jpg). Disponible en:

<http://bibliotecadigital.bibna.gub.uy:8080/jspui/handle/123456789/32198>

Figura 2. Instituto de Historia, FADU-Udelar. Plano no. 1750.

Figura 3. Archivo del Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

Figura 4. APN (1922). *Memoria de la Dirección General. Período 1916-1922*. Montevideo: Talleres Gráficos A. Barreiro y Ramos, p. 423, fotograbado no. 115.

Figura 5. APN (1922). *Memoria de la Dirección General*, p. 421, fotograbado no. 113.

Figura 6. Instituto de Historia, FADU-Udelar, Carpeta 1033.

Figura 7. APN (1922). *Memoria de la Dirección General*, p. 403, fotograbado no. 105.

Figura 8. APN (1922). *Memoria de la Dirección General*, p. 402, fotograbado no. 104.