

05

Intervenciones urbanísticas en clave higienista.
La ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX

**BUENOS AIRES
URBANISMO
PLANIFICACIÓN
URBANA
POLÍTICAS
PÚBLICAS**

ESP En todo proceso de planificación urbana subyace un particular sistema de valores, creencias y acciones que orienta las formas de pensar y gestionar la ciudad. La coyuntura, que coloca nuevamente a la ciudad de Buenos Aires en el foco de una epidemia, genera una oportunidad para la discusión y elaboración de nuevos paradigmas urbanos, para lo cual la experiencia local del urbanismo higienista resulta un aporte relevante. En ese sentido, el objetivo de este trabajo es trazar un panorama de los problemas y enfoques que más calaron en las políticas urbanísticas de la ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX; en articulación con su configuración socioespacial, el rol del Estado y de los profesionales de la ciudad en la representación y reconfiguración de problemas, intereses y realidades urbanas. En ese entonces, el higienismo atravesó el imaginario político argentino, en el cual permeó la idea de que el ordenamiento del espacio devendría en un ordenamiento de la sociedad y que, frente a la crisis epidemiológica, el Estado liberal debía dar paso a un Estado interventor para el saneamiento de la ciudad. En concordancia, la Municipalidad de Buenos Aires realizó múltiples intervenciones, físicas y normativas

ENG **Urban planning in a hygienist key. Buenos Aires at the end of the 19th century**
In every urban planning process, a particular system of values, beliefs and actions underlies the ways of thinking and intervening in the city. The situation, which once again places the City of Buenos Aires in the focus of an epidemic, generates an opportunity for discussion and elaboration of new urban paradigms, for which the local experience of hygienist urban planning is a relevant contribution. In this sense, the objective of this work is to draw an overview of the problems and approaches that most permeated urban planning policies in the City of Buenos Aires in the late nineteenth and early twentieth centuries; in articulation with its socio-spatial configuration, the role of the State and the professionals of the city in the representation and reconfiguration of urban problems, interests and realities. At that time, hygienism crossed the Argentine political imaginary, in which the idea that the order of space would become an order of society permeated, and that in the face of the epidemiological crisis, the liberal State should give way to an intervening State for the sanitation of the city. In agreement, the Municipality of Buenos Aires made multiple interventions, physical and regulatory



Autor

Arq. Santiago Pablo Petrocelli

Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Palabras claves

Buenos Aires
Urbanismo
Planificación urbana
Políticas públicas
Higienismo

Key words

Buenos Aires
Urbanism
Urban planning
Public policies
Hygienism

Artículo recibido | *Artigo recebido:*

31 / 03 / 2020

Artículo aceptado | *Artigo aceito:*

01 / 06 / 2020

EMAIL: santiago.petrocelli@fadu.uba.ar

ARQUISUR REVISTA

AÑO 10 // N° 17 // JUN–NOV 2020 // PÁG. 74–87

ISSN IMPRESO 1853-2365

ISSN DIGITAL 2250-4206

DOI <https://doi.org/10.14409/ar.v10i17.9172>



INTRODUCCIÓN

En vínculo con el modelo de desarrollo en curso y las políticas públicas dirigidas a regular y modificar el espacio urbano, cada formación social produce su espacio en cada coyuntura histórica sobre el producido por sociedades antecesoras. En ese sentido, se entiende que espacio y sociedad son dimensiones imbricadas en un complejo sistema de relaciones capitalistas solapadas en el tiempo y que la ciudad es un producto social, condicionado y a la vez condicionante de las actividades económicas que allí se despliegan (Topalov, 1979). En igual dirección, se concibe al espacio urbano como resultado de sucesivos actos de apropiación, transformación y representación de elementos y procesos (Lefebvre, 2013) llevados a cabo por actores con disímiles dotaciones de poder para imprimir sus intereses en el espacio.

En la configuración socioespacial de las ciudades, el Estado se constituye en un actor central, sea mediante su planificación, el establecimiento de nuevos órdenes normativos, fiscales y de autoridad, la puesta en marcha de políticas de estímulo, redistribución, regulación y control, la asignación y distribución socioespacial y sectorial de la inversión pública, la provisión de equipamientos, infraestructuras de saneamiento, energía, transporte y servicios, o simplemente por medio de la decisión de no intervención. En definitiva, la política urbanística, en su carácter de política pública, asume una posición respecto de cuestiones socialmente problematizadas en el marco de procesos sociales y económicos entendidos como agenda de Estado (Oszlak, 2007). Por ello, la gestión urbana es una actividad que se inscribe, más allá de su peso técnico, en objetivos de tipo político-ideológicos, históricamente ligados a la circunstancia social, política y epistemológica que le da contexto (Kullock, 2010).

Desde sus orígenes, las políticas de gestión urbana se ligaron a la resolución y prevención de problemas socioespaciales y, de especial interés para la coyuntura, a la historia de las enfermedades infectocontagiosas. Actualmente, como hace siglo y medio, la convergencia de deficiencias en la calidad del hábitat —hacinamiento, insuficiente ventilación y asoleamiento, restricciones en el acceso al agua corriente y saneamiento, entre otras— y amplias vulnerabilidades socioeconómicas —como la precariedad de la situación ocupacional—, ex-

ponen profundas desigualdades socioespaciales frente a una emergencia sanitaria y también incitan a reflexionar sobre cuál debería ser el rol del Estado en materia de gestión y planificación urbana durante y después de la epidemia. La definición de los enfoques urbanísticos en tiempos pasados fue influenciada por procesos de transculturación acrítica de subjetividades, estrategias, herramientas e instrumentos desde países centrales (Díaz Márquez, 2019), y está hoy el desafío de construir un saber-hacer localmente situado.

La coyuntura marcada por la COVID-19 nos lleva a atender, como a fines de siglo XIX, la particular intersección entre fenómeno urbano y enfermedades infecciosas, al tiempo que produce cierto reencuentro con el protagónico rol del Estado en este tipo de situaciones y coloca otra vez al estamento médico como actor clave en la definición de lineamientos de política urbana. Frente a esta convergencia de viejos problemas y nuevos horizontes, considerando que para elaborar una nueva síntesis que reconstruya paradigmas, principios, metodologías y herramientas en materia de gestión y planificación urbana es preciso revisar la experiencia local, se observa oportuno revisar un período en el que también la ciudad de Buenos Aires (CBA) fue el epicentro de una epidemia;¹ un momento en el que la crisis sanitaria orientó el quehacer urbanístico con una fuerte intervención estatal ligada a los avances del conocimiento científico sobre la propagación de enfermedades en el espacio.

Las políticas urbanísticas que dieron respuesta a las epidemias del siglo XIX sentaron antecedentes que permearon en la posterior consolidación —entre 1925 y 1943— del urbanismo como dominio especializado de saber y de acción. Asimismo, en parangón con la futura sustancia de la planificación urbana,² en el conjunto de las mismas —a pesar de su heterogeneidad— subyacía una concepción científica y racional de gobierno de la ciudad³ ligada a un particular sistema de valores, creencias y acciones⁴ que orientó la construcción del entramado de (i) los valores que configuran la situación deseable, (ii) las situaciones que presentan distancia de ello —problemas—, (iii) los motivos que otorgan sentido, justifican e impulsan acciones que alteren tal distancia entre situación real y deseada, (iv) las técnicas y metodologías para su abordaje (v) y el mandato social

1. De acuerdo con Buitrago (2014), se considera que indagar en los cimientos de la planificación urbana permite comprender la génesis sociopolítica de discursos, técnicas y prácticas urbanísticas empleadas en la actualidad.
2. La consolidación del campo de la planificación urbana data de mitad de siglo XX en contexto de la segunda posguerra. Los actores del momento histórico analizado en este artículo no utilizaban el término planificación urbana. De hecho, no es posible hablar de que sus intervenciones urbanísticas convergieron en un plan entendido como un conjunto homogéneo de medidas con prioridades y recursos específicos (Rigotti, 2014).
3. Se observa la búsqueda del empleo de la mayor racionalidad posible en el modelamiento de las actuaciones sobre la realidad, en función de objetivos o políticas de cambio de dicha realidad (Robirosa, 2004).
4. Al respecto, vale considerarse que no existe una racionalidad disciplinaria exenta de subjetividades. De modo que cada agente de la gestión y planificación urbana porta una pertenencia social y cultural que siempre permea en sus posicionamientos frente a la realidad que trate (Kullock, 2010).
5. Sobre la base de la información disponible, dadas las condiciones de cuarentena en las que se escribió este artículo.
6. Entre 1855 y 1915, la CBA atrajo al menos el 30% de la migración de extranjeros recibida en todo el país (Lattes, Andrada y Caviglioli, 2010).

para actuar (Bombarolo y Pauselli, 2007; Rigotti, 2014; Robirosa, 2004).

En función de lo expuesto, el objetivo de este trabajo es trazar un panorama de los problemas y del enfoque que más calaron en las políticas públicas dirigidas a incidir en la configuración urbana de la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en articulación con el rol del Estado y de los profesionales de la ciudad en esos actos de representación y (re)configuración de problemas, intereses y realidades urbanas, bajo una mirada sincrónica respecto del modelo de desarrollo, el contexto sociopolítico, la configuración del espacio urbano y el marco epistemológico del incipiente campo disciplinar del urbanismo.

Para cumplir con ello, la estrategia metodológica se basó en una revisión documental de la producción académica realizada sobre la temática y de documentos oficiales que atienden la cuestión urbana del aglomerado de la CBA.⁵ La ventana temporal del artículo, más allá de sus permeabilidades, inicia a mediados de siglo XVIII junto a las disfuncionalidades urbanas que provocaron que la CBA se constituyera por primera vez en objeto de estudio e intervención por parte del Estado argentino; y finaliza en 1925 con la publicación del Proyecto Orgánico para la Organización del Municipio de Buenos Aires.

La emergencia del urbanismo como cuestión de Estado: problemas y enfoques

En 1776, ante la dificultad para gobernar el vasto territorio del Virreinato del Alto Perú, la Corona española creó —como escisión del mismo— el Virreinato del Río de la Plata y designó estratégicamente a Buenos Aires como su capital. Dos años más tarde desistió del sistema de flotas con comercio y puerto único sobre el Océano Pacífico y permitió el comercio por el Océano Atlántico. La infraestructura de transporte reflejó estas transformaciones y proliferaron carreteras entre los centros productivos y el Puerto de Buenos Aires, apuntalando una economía extractiva con los ojos puestos en el mercado europeo (Schweitzer, 2013).

En 1860, con la reforma de la Constitución como condición, Buenos Aires se reincorporó al resto de las provincias argentinas, se tonificaron campañas de exterminio de pueblos originarios junto al avance de la frontera agropecuaria y se puso en marcha una econo-

mía extractiva ligada, desde 1855, al despliegue del ferrocarril británico, cuyas vías convergieron mayoritariamente en el Puerto de Buenos Aires y se extendieron radialmente hacia las fértiles tierras pampeanas (Schweitzer *et al.*, 2013). El avance del ferrocarril condicionó los patrones históricos de asentamiento de la población, promovió la concentración geográfica de los bienes de exportación en el área central del país y jerarquizó a la CBA como principal nodo del comercio exterior (Schweitzer y Larraín, 2012). Con ello, a pesar de la inestabilidad política de la incipiente Nación, la provincia de Buenos Aires tuvo un crecimiento económico sostenido entre 1839 y 1869 gracias a las exportaciones vacunas —cuero y derivados— y ovina —lana— realizadas por el Puerto de la Ciudad de Buenos Aires (Barcos, 2018; Gutman y Hardoy, 1992).

Con la consolidación de la economía nacional agroexportadora se produjo una concentración de los medios de producción que acarreó un éxodo de poblaciones rurales hacia los centros urbanos más dinámicos (Barcos, 2018). En la CBA, sede de la industria y el comercio nacional, el crecimiento poblacional superó las capacidades de recepción de su estructura urbana, especialmente respecto de soluciones habitacionales para los nuevos habitantes. Las familias de los sectores más desventajados encontraron dos formas subóptimas de resolver el problema de vivienda, mediante el acceso a una habitación en la tipología multifamiliar de conventillos —numerosas habitaciones dispuestas en antiguas casas de clase media— o mediante la autoconstrucción de viviendas precarias e insalubres en sitios algo más alejados del centro. Para el año 1887, el 28,7 % de la población de la CBA vivía en conventillos (Gutman y Hardoy, 1992; Outtes y Kazumi, 2003).

Entre 1810 y 1855, la CBA duplicó el tamaño de su población, pasó de 45 mil a 95 mil habitantes, con un crecimiento lento a comienzos del siglo y más intenso a mediados del mismo, pero aún era una ciudad pequeña. El crecimiento exponencial aconteció entre 1855 y 1915, en el marco de un fuerte proceso migratorio europeo⁶ promovido desde el Estado y sostenido por el auge del modelo agroexportador. En ese período la población de la CBA creció a una tasa promedio anual de 47,4 por mil y pasó a constituirse en una de las ciudades más pobladas del mundo, con 1 634 259 habitantes en 1915. El flujo migratorio se estancó con la

Primera Guerra Mundial (1914–1918) y, tras un nuevo impulso en el período de entreguerras, culminó en la década de 1930 en el marco de la Gran Depresión (1929). En 1930, la población de la CBA alcanzó los 2 236 148 habitantes (Lattes, Andrada y Caviezel, 2010; Gutman y Hardoy, 1992).

En cuanto a su configuración urbana, la CBA creció hacia afuera con la expansión de sus fronteras y hacia dentro debido a la densificación en áreas centrales. En el casco histórico, además de la densificación poblacional con altos índices de hacinamiento en conventillos, las operaciones inmobiliarias comenzaron a reemplazar usos del suelo de carácter doméstico por servicios de tipo comercial, financiero y oficinas, que imprimieron una mayor área de influencia para el centro cívico. Empresas, bancos y demás servicios especializados empezaron a constituirse en el sello de un área central en proceso de reconfiguración, mientras que en el sur y en la periferia se asentaron barriadas obreras hacinadas junto a las industrias. Con esta configuración, a la par de la señalada dicotomía entre espacio central y espacio periférico, se fue graficando la dualidad ciudad enferma – ciudad sana (Gorelik, 2002).

Esta dualidad se explica porque, en la CBA de mediados de siglo XIX, un combo de situaciones socioespaciales fueron caldo de cultivo para la importación de enfermedades exóticas —como el cólera, que era epidemia en España— y para el desenvolvimiento local de diversas enfermedades infectocontagiosas que traspasaron barreras sociales y espaciales con afectaciones más severas en conventillos y barrios populares del sur de la ciudad.

Entre las mencionadas situaciones, es posible referir a (i) la disfuncionalidad del despliegue de hábitos rurales —propios de los nuevos habitantes de la ciudad— en condiciones de hacinamiento urbano; (ii) las calles de tierra empantanadas por la lluvia, el agua estancada en ellas, sus pozos rellenos de basura y los animales que yacían muertos durante días; (iii) la proliferación de basurales a cielo abierto en los barrios; (iv) la creciente contaminación del Riachuelo y otros cursos de agua por las industrias, la actividad de las lavanderas, las heces de animales y los animales muertos abandonados; (v) la falta de control sanitario del agua extraída por los aguateros, así como de la carne y de otros ali-

mentos que se consumían; (vi) la carencia de infraestructura de saneamiento en materia de provisión de agua potable y desagües cloacales para los hogares; y (vii) el aumento del intercambio de personas y mercaderías en el puerto sin mediación de control sanitario (Aliata, 2000; Wilde, 2003).

Epidemias⁷ de sarampión, tifus, fiebre tifoidea, escarlatina, viruela, difteria y crup se registraron desde comienzos de siglo XIX, pero, con el crecimiento demográfico y de la actividad económica en las condiciones arriba descritas, el cuadro sanitario empeoró sustancialmente para la segunda mitad del siglo. Las epidemias de mayor mortandad fueron las de cólera, fiebre amarilla, tuberculosis pulmonar y viruela. En 1867 cerca del 3% de la población de la ciudad registró cólera. En 1871 se desató la epidemia de fiebre amarilla, la de mayor velocidad de mortandad, que tuvo su foco en el sur de la ciudad, una rápida expansión geográfica, y produjo la muerte de alrededor del 8% de los habitantes de la CBA —cerca de 14 000 personas— en menos de cuatro meses. Esta epidemia provocó pánico en la población, grandes pérdidas económicas por suspensiones de la actividad comercial y marcó un punto de inflexión en el rol del Estado argentino. Para 1888, aproximadamente el 22% de las muertes en la CBA fueron producto del padecimiento de una enfermedad infecciosa (Álvarez, 2008).

Ahora bien, este tipo de problemática sanitaria no fue exclusiva de Buenos Aires, sino que fue una característica de las ciudades de la época cuya población creció vertiginosamente. Antes que en Buenos Aires, en Gran Bretaña «las repetidas epidemias de cólera, tifus, viruela y otras enfermedades mostraron al burgués británico la urgente necesidad de proceder al saneamiento de sus ciudades, para no ser, él y su familia, víctimas de esas epidemias» (Engels, 1984:12–13). En ese contexto, Carrión (2010) entiende que la planificación urbana nació, por razones de salud pública, en Gran Bretaña. En tanto fue el primer Estado que intentó modificar las densidades de población y separar a la industria y al comercio de las áreas residenciales a través del concepto de zona homogénea de usos del suelo, traspolando la noción de cuarentena a la organización funcional del espacio urbano.

7. A la par de las epidemias, también existían enfermedades endémicas como la viruela, escarlatina, rubeola, difteria, fiebre tifoidea, que solían resultar mortal dadas las deficientes condiciones de salubridad y la escasa difusión de las teorías bacterianas en el Buenos Aires de mediados y fines del siglo XIX (Álvarez, 2008).

8. El higienismo no fue el único movimiento, pero fue el que más influyó en las políticas de gestión urbana. Los reformadores, con un clivaje ideológico más asociado al comunismo, a la protección del trabajador y de los derechos sociales, tuvieron participación en la discusión pública, aunque poca injerencia en la actividad estatal.

En los países centrales de Europa —Alemania, España, Francia, Gran Bretaña, Italia— y en Estados Unidos, la cuestión de la insalubridad en las ciudades atrajo la atención de médicos, ingenieros y gobiernos. En esos países proliferaron informes, reglamentos y leyes sobre sanidad, inversiones en saneamiento, especializaciones formativas en la cuestión urbana y congresos donde se trató la problemática y se compartieron experiencias. En uno de ellos, el VI Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Viena en el año 1888, Argentina estuvo representada por un doctor en Medicina —Pedro Antonio Pardo Saravia—. En ese evento se priorizaron temáticas referidas al agua potable, sistemas de cloacas, propagación de enfermedades infecciosas, higiene y legislación en fábricas, construcción de hospitales, experiencias y reglamentaciones sobre epidemias y enseñanza de la higiene (Sánchez Ruiz, 2010).

En este marco internacional que vinculó a enfermedades infecciosas con el ambiente de las grandes ciudades, el enfoque higienista orientó la actuación del Estado argentino en el análisis de las problemáticas socioespaciales, la formulación de instrumentos urbanísticos —códigos, reglamentos, ordenanzas— y la realización de obra pública en la CBA.⁸ Puiggari, Rawson, Wilde y Mayo fueron principales encargados de la transcuración de ideas higienistas provenientes de Europa (Paiva, 1997). Los médicos sanitarios buscaron cuidar la salud del pueblo, entendida en términos físicos y morales, bajo nuevas representaciones sobre la salud y la enfermedad en vínculo con el espacio. En ese marco, la medicina fue una de las primeras disciplinas que se profesionalizó en Buenos Aires (Novick, 2008).

A fines de siglo XIX, los profesionales de la salud proporcionaron al Estado argentino un discurso que se presentaba irrefutable por su raíz científica y que atendía la presencia incontrolada de inmigrantes, enfermedades, pestes y «miserables». En el espacio discursivo del higienismo se generó la imagen del otro como contraria a la vida civilizada, la modernización y el progreso, así como un cierto temor a lo desconocido y no controlado (Álvarez, 2007). La figura social del pobre, anclada simbólica y estereotipadamente en una zona de enfermedad y vicio, fue entendida como amenaza latente contra la estabilidad del proyecto de orden y progreso.

Se entendía que desde las barriadas pobres en cualquier momento podría emerger una amenaza: epidemias, crímenes, violencia, insurrección. Para desactivar estos peligros, las elites urbanas coincidieron en la necesidad de transformar las condiciones y formas de vida de los sectores populares, considerando a la vivienda como un instrumento clave para controlar a la sociedad (Topalov, 1990). Los médicos se preocuparon por el ambiente, la medicina adquirió dimensión social y la CBA fue objeto de interés higiénico (Emmanuele, 1998; Novick, 2008; Outtes y Kazumi, 2003).

En este contexto, la enfermedad se ligó a la pobreza, la pobreza fue abordada como problema social, y la cuestión social se ligó a la cuestión urbana. En concordancia, el higienismo dirigió su mayor esfuerzo en atender a aquella «masa anónima desposeída, que no tiene acceso ni por su situación económica ni por su posición social a los beneficios de la medicina privada» (Vezzetti, 1985:42). En este sentido, Eduardo Wilde, catedrático de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, entendía a la Higiene Pública como la higiene de los pobres (Emmanuele, 1998) y concebía en 1870 que la enfermedad

«que, suprime temporariamente un habitante de la población activa, quita un productor a la industria, un consumidor al comercio y una renta al Estado (...) un enfermo es un atentado contra el comercio, es un mal para el individuo, una ruina para el hogar, una exacción para los tesoros del Estado y un elemento de pobreza pública (...) y actúa como causa opuesta al desarrollo del pueblo» (en Álvarez, 2007:5)

En síntesis, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios de siglo XX, los temas urbanos más relevantes en la CBA fueron: la contaminación del suelo, el aire y el agua, las subóptimas condiciones de vida de los sectores populares, el déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda, la expansión de la ciudad, la densificación de las áreas centrales, las disfuncionalidades en la circulación de personas y mercaderías, la escasez de infraestructura y servicios urbanos, la seguridad y la consolidación del mercado del suelo.

La necesidad de las clases hegemónicas por dar respuesta a los mencionados problemas urbanos, generó condiciones propicias para que Estados liberales pasen a constituirse en Estados interventores que promuevan proyectos e inversión pública en áreas como infraestructura de saneamiento, equipamientos colectivos necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo, pavimentación y ampliación de calles. Estos fueron rubros que, por su carácter de uso y su lenta amortiguación respecto de las lógicas del capital individual, solo instancias gubernamentales se interesaron en atender (Sánchez Ruiz, 2006). Con relación a esto último, se entiende que el Estado es el actor que usualmente construye —para el mercado— este tipo de elementos no rentables, que son condición necesaria para que el ciclo capitalista individual goce del valor de uso complejo que implica la superposición de valores de uso simple en el espacio, generados de manera independiente unos de los otros y que hacen de la ciudad una fuerza productiva al concentrar las condiciones necesarias para la producción, la circulación y también la reproducción de la fuerza de trabajo. Entonces, a diferencia del sector privado, frente a la crisis sanitaria el Estado argentino inmovilizó capital mediante obra pública, desvalorizó capital para brindar bienes de uso a la reproducción del capital individual y, de cierta manera, lo subvencionó (Topalov, 1979).

Las causas de los problemas urbanos se conceptualizaron en torno al crecimiento espontáneo y desordenado de la CBA. En concordancia, el estamento técnico-político paulatinamente comenzó a considerar que planificar su desarrollo debía ser un asunto de Estado, y que el plan podía ser un instrumento adecuado para articular de manera simultánea distintas cuestiones relativas al ordenamiento del espacio urbano. Además, se suscitó la idea de que la elaboración y lectura de este instrumento demandaba una formación profesional específica, y allí hizo mella el higienismo como fuente de inspiración. De hecho, la forma en que los higienistas abordaron la cuestión urbana, cuyo soporte epistemológico se inscribió en los fundamentos de la biología y la historia natural —bases del positivismo—, fue central para que el urbanismo se legitime como nueva disciplina en el siglo XX (Novick, 2008; Outtes y Kazumi, 2003).

La medicina social se asoció inicialmente a la teoría científica miasmática que entendía que el aire podría encontrarse envenenado de sustancias atmosféricas invisibles —miasma— producidas por la putrefacción de materia orgánica o emanaciones del cuerpo. El higienismo entendía que, debido al hacinamiento y la creciente concentración demográfica, no había suficiente espacio para la disipación del miasma en la ciudad, lo cual produjo la dispersión de enfermedades físicas y morales (Outtes y Kazumi, 2003). Luego, con la revolución pasteuriana y la teoría bacteriológica de fines de siglo XIX, se renovaron las concepciones médicas sobre la transición de enfermedades y el aire, el agua y el sol resignificaron su valor en las prácticas urbanas (Paiva, 2000).

La desconfianza en el aire —antes que en el agua— fue el punto de partida para que la medicina incorpore la prevención como tarea principal, evitar la contaminación se esgrimió como objetivo central incluso antes que el tratamiento de la enfermedad. Bajo este enfoque, la ciudad fue representada como organismo enfermo, se utilizaron metáforas orgánicas para describir sus funciones e incluso la palabra diagnóstico, de origen etimológico en la medicina, se utilizó para referir a la identificación de los problemas urbanos (Outtes y Kazumi, 2003; Paiva, 1996).

En el léxico de los urbanistas de fines de siglo XIX y comienzos de siglo XX se expresó la asociación ciudad enferma, pobres, problemas sociales, y la idea de que la aglomeración necesitaba de un médico, de un especialista. Así, los higienistas representaron las problemáticas de la ciudad como anomalías que requerían de su asistencia. Los problemas urbanos fueron planteados en términos de desorden o falta de higiene, y consecuentemente como susceptibles de ser resueltos mediante instrumentos que regulen y ordenen. El nuevo perfil técnico que se gestaba en torno al urbanismo higienista se debía a la búsqueda de legitimidad frente al estamento social, al cual debía educar, y frente al estamento político, al cual debía asesorar. La higiene adquirió carácter de disciplina de orden científico con propuestas, metodologías, técnicas y herramientas articuladas en un cuerpo teórico propio (Novick, 2008; Paiva, 2000). (Tabla 1)

TABLA 1 | Síntesis del sistema de valores, creencias y acciones del urbanismo higienista del siglo XIX

Dimensión	Caracterización
Situación deseable	Ciudad sana y ordenada. Sociedad en equilibrio y armonía. Espacio apropiado para el progreso de la actividad económica y comercial.
Problemas	Crisis y emergencia sanitaria por la recurrencia de drásticas epidemias. Contaminación del suelo, el agua y el aire. Condiciones materiales-ambientales, hábitos y costumbres de los sectores populares. Disfuncionalidades en la circulación de personas y mercaderías en áreas centrales. Crecimiento y funcionamiento desordenado de la ciudad.
Motivos que otorgaban sentido, justifican e impulsaban acciones	Motivos de corte humanitario con justificaciones en torno a la salud pública —moral y física—, al orden y al progreso. Se entendía que la configuración física de la ciudad favorecía la aparición y propagación de pestes y enfermedades, y que aquello constituía un freno a la modernización y al progreso.
Técnicas y metodologías para el abordaje	Soporte epistemológico en la biología, en la historia natural y en criterios científicos de la medicina acerca del origen y transmisión de las enfermedades. Problemas sociales transformados en problemas urbanos y problemas urbanos planteados en términos de anomalías. Fuerte absolutismo profesional en la toma de decisiones y en su legitimación.
Mandato social para actuar	Universalización de la crisis sanitaria. El carácter que revestían —uso público y lenta amortización— las inversiones necesarias para el saneamiento de la ciudad motivó acciones estatales y desalentó respuestas privadas.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del planteo de Bombarolo y Pauselli (2007).

Las intervenciones urbanas al calor del higienismo

Hasta la década de 1870, la salud pública estaba reservada a la caridad y filantropía, el Estado era un gran ausente en esa materia. En 1871, frente a la epidemia de fiebre amarilla, la primera reacción de las autoridades políticas fue desestimar las primeras alertas de los médicos locales y la segunda fue abandonar la ciudad —presidente, vicepresidente de la Nación y delegado municipal, entre otros sectores de la elite porteña, se trasladaron a las afueras—. Pero pronto estas primeras reacciones se revirtieron, porque la tasa de contagios fue tan veloz que la población, que venía soportando otras epidemias y enfermedades endémicas, terminó por exigirle al Estado un papel activo en la crisis sanitaria. El diagnóstico de los higienistas adjudicó los males a factores atmosféricos, cargando culpas a la desidia, el abandono y la imprevisión de ciertas familias pobres, pero también de las autoridades (Álvarez, 2007).

Habida cuenta de que las medidas de aislamiento y cuarentena aplicadas en el Puerto de Buenos Aires a los barcos de inmigrantes no lograron controlar la propagación de las enfermedades infecciosas importadas —dado que su circulación ya era comunitaria—, y que el aislamiento y la desinfección de los enfermos no eran

medidas suficientes para enfrentar la crisis sanitaria, el Municipio de la CBA asumió un papel central en la redefinición de la intersección entre espacio urbano y enfermedades infecciosas, en correspondencia con la presión ciudadana y las competencias delegadas en la Ley Orgánica, que le adjudicaba todas las medidas y disposiciones tendientes a evitar epidemias, disminuir sus estragos, investigar y remover las causas que las produjeran (Álvarez, 2010).

La cuestión del aire malsano era compleja de resolver, dado que los agentes productores de los miasmas y su propagación eran de múltiple variedad, mucho más que lo que podía ser el problema de fluidos insalubres —atendible con una política de saneamiento urbano sobre aguas corrientes y aguas servidas—. De este modo, las condiciones y el nivel de concentración en el que dichos agentes producían los «fétidos miasmas» causantes de enfermedades, era una de las preguntas que la química y la ciencia médica entendían que debían responder para librar a la CBA de flagelos y epidemias (Aliata, 2000).

En ese marco, el saber científico y los procedimientos técnicos operaron en clave de legitimidad en un avance procesual de la medicalización de las instituciones. Desde la esfera política se enunciaba la necesidad de

realizar un diagnóstico previo a actuar, con la inclusión de datos referidos a topografía, nivel, clima, geología, censos de habitación y población. El catastro pasó a tener notable relevancia dentro de la gestión pública como instrumento impositivo y estadístico. Se incorporaron recursos gráficos y estadísticos que brindaron un halo erudito a la toma de decisiones. Los higienistas realizaron mapas de enfermedades y diagnosticaron problemas sociales. Los sectores populares comenzaron a ser objeto de estudio y también de acción. Los problemas sociales se transformaron en problemas urbanos. La higiene ingresó en las escuelas, en los prostíbulos, en las barriadas populares y conventillos como focos prioritarios (Álvarez, 2007).

La Municipalidad de Buenos Aires acrecentó sus competencias. A las misiones y funciones heredadas de la antigüedad,⁹ se agregaron competencias de orden público vinculadas al saneamiento, la higiene, los equipamientos y los transportes. El Estado argentino primero actuó sobre las situaciones más críticas, en los focos epidémicos, y luego incorporó una mirada de la ciudad en su conjunto (Paiva, 2000). El Municipio comenzó a supervisar el funcionamiento de conventillos, hoteles, establecimientos industriales, cementerios, caballerizas, mercados, tambos, mataderos, escuelas, el aseo y limpieza de calles, letrinas y plazas (Aliata, 2000; Álvarez, 2007).

Entre los nuevos instrumentos para el ordenamiento del espacio urbano, se reglamentó la expropiación y otras normativas que limitaron el accionar privado sobre el espacio urbano en función del bienestar general. Los ingenieros sanitarios, bajo los parámetros generales que establecieron los médicos higienistas, se dedicaron a acondicionar trazados viales, redes de infraestructura, equipamientos de salud y educación; mientras que los arquitectos se inscribieron en la transformación urbana a través de monumentales edificios realizados por el Estado nacional y el embellecimiento del espacio público (Novick, 2008). En efecto, se entendía que si la enfermedad estaba presente en la generalidad del medio urbano, todo el espacio edificado era lugar factible de intervención (Aliata, 2000).

En ese contexto, el ordenamiento y desarrollo urbano fue asumido por primera vez como problema de Estado en Buenos Aires, se institucionalizó la gestión urbana

y la cuestión de la conformación y expansión de la ciudad pasó a primera plana de la agenda pública. Así, se asistió a un período en el que las intervenciones urbanas siguieron por detrás a los descubrimientos médicos relativos al contagio y propagación de este tipo de enfermedades infecciosas. La articulación entre política de gestión urbana y el conocimiento sobre las características de transmisión de las enfermedades infecciosas fue notable. A continuación se hace referencia solo a algunas de estas conexiones.

En la década de 1880, ante una nueva amenaza del cólera, se impulsaron obras de saneamiento para impedir la propagación de gérmenes infecciosos, en base al conocimiento que se había obtenido recientemente sobre la participación del agua como agente trasmisor. De igual forma, cuando se atribuyó el origen del tifus a la contaminación de líquidos y sólidos por materias fecales —cuyos miasmas se entendía que resultaban diseminados por aire, en aguas bebibles y en alimentos— con las letrinas, sumideros y depósitos fecales como principales medios de la propagación, se reforzó en la agenda pública la necesidad de la adopción de aguas corrientes para establecimientos públicos y privados como colegios, hospitales, casas de inquilinato, fabricas, cuarteles y cárceles y la higienización del suelo. Lo mismo ocurrió años más tarde, cuando se descubrió la vía transmisora de la fiebre amarilla —similar a la del dengue—, y el Estado utilizó métodos tradicionales para el combate del mosquito, incluyendo la fumigación, la cobertura de contenedores de agua, el aislamiento de enfermos, la cuarentena de puertos y la fijación de cordones sanitarios terrestres para aislar a las poblaciones infectadas. Asimismo, cuando se verificó que el hacinamiento y la escasa ventilación y asoleamiento de los ambientes favorecía el contagio de la viruela¹⁰ y la tuberculosis, se impulsaron medidas para regular el espacio privado y los edificios públicos sobre la base de los parámetros higienistas (Álvarez, 2000, 2007; Emmanuele, 1998).

En el espacio público de la ciudad se realizaron intervenciones como: (i) el primer intento de saneamiento del Riachuelo en 1887 —como respuesta inmediata a un brote de cólera—, en conjunto con el rellenado y pavimentación de calles —la pavimentación sirvió para frenar la reproducción de mosquito que propagaba

9. Trabajos edilicios, aprovisionamiento, mantenimiento de la seguridad, control de distracciones, entre las principales.

10. Se sabía poco de la misma y se entendía que estaba muy ligada a problemas de hacinamiento, localizándose cerca del 80% de sus afectados al sureste de la ciudad, donde se encontraba la mayor parte de los conventillos (Álvarez, 2010).

11. Se sabía poco de la misma, y se entendía que estaba muy ligada a problemas de hacinamiento, localizándose cerca del 80% de sus afectados al sureste de la ciudad, donde se encontraban la mayor parte de los conventillos (Álvarez, 2010).

12. Recuperada de <http://www.bnm.me.gov.ar/gigal/normas/5421.pdf>

13. Entonces ministro de Justicia, Culto e Instrucción Social de la Nación.

la fiebre amarilla—. (ii) La separación de usos del suelo generadores de partículas infectas —industrias, mataderos, saladeros, cementerios, hospitales— de los usos residenciales, lo que significó cierta traspolación de la noción de cuarentena hacia los usos del suelo. Fue el caso del Hospital Ramos Mejía (1883), el matadero de ganado vacuno en el actual barrio de Mataderos (1889), el traslado de saladeros de la CBA a la Bahía de la Ensenada (1871), entre otros. (iii) La creación de espacios verdes para oxigenar el aire, especialmente hacia el norte de la ciudad y de acuerdo a la teoría miasmática. Por ejemplo, la Plaza General San Martín (1862) y el Parque Tres de Febrero (1875). (iv) La construcción de los primeros servicios de abastecimiento de agua potable y desagües de la CBA. Se destaca la construcción del monumental Palacio de Aguas Corrientes (1886) para alojar los tanques de suministro de agua potable y la realización de tendidos subterráneos de abastecimiento domiciliario como respuesta al descubrimiento de la vía hídrica de varias enfermedades. (v) La exigencia de un ancho mínimo en las calles y la regulación de las construcciones privadas en tanto su altura no supere el ancho de calle, para que el espacio público goce de un mínimo asoleamiento que disperse el «fétido miasma». (vi) La ampliación, pavimentación y apertura de calles, como la apertura de la Avenida de Mayo (1894) y la promulgación de leyes de expropiación para la apertura de dos avenidas diagonales en el casco histórico (1912) (Veronelli y Veronelli Correch, 2004). Por otro lado, en lo que refiere a este tipo de inversiones públicas en el espacio público, puede detectarse cierta selectividad territorial en el privilegio del centro-norte de la CBA por sobre el sur de la misma.

Las intervenciones urbanísticas también interpellaron al espacio privado, siendo una de las principales preocupaciones la higiene de los conventillos. En materia de vivienda, con la sanción del Reglamento para las casas de inquilinato, conventillos y bodegones en 1871 y en vínculo con los conocimientos acerca del hacinamiento como vehículo de la viruela¹¹ y la tuberculosis —no se conocía la forma de contagio de la fiebre amarilla— y las primeras creencias en torno a la erradicación del cólera ligada al blanqueo de las viviendas, la limpieza y desinfección de las letrinas, los hi-

gienistas fijaron parámetros mínimos de las habitaciones respecto de su ventilación, asoleamiento, ancho, altura y proximidad a cocinas y letrinas, así como la obligatoriedad del revestimiento en solados y el blanqueamiento de paredes y medidas mínimas de los patios de ventilación. Ese mismo año tuvo lugar la Ordenanza sobre inspección, vigilancia e higiene de los hoteles o casas habitadas por más de una familia. En 1887, desde la Oficina de Obras Públicas y redactado por ingenieros higienistas, se sancionó el primer Reglamento General de Construcciones en el que se condensaron las dispersas ordenanzas y normativas en un cuerpo orgánico y metódico de preceptos y restricciones edilicias (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009; Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, 2007; Paiva, 2000; Rigotti, 2014).

El higienismo también atravesó la primera legislación a nivel nacional para la educación primaria pública, la ley 1420 de Educación Común,¹² sancionada y promulgada en el año 1884 por el Doctor Wilde,¹³ que estableció la obligatoriedad del dictado de materias relativas a la higiene (art. 6) y fijó parámetros físicos para la construcción, mobiliario e incluso los útiles de los edificios escolares, así como estableció su inspección higiénica y la exigencia de vacunación de los alumnos (art. 12). En esta legislación se manifestó simultáneamente el tratamiento de la salud en su carácter físico y moral, dado que se expresaron condiciones físicas sobre la ventilación y asoleamiento adecuados para la dispersión de las partículas infectas en los establecimientos escolares, así como la búsqueda de un autodisciplinamiento de la sociedad por medio de la educación popular.

Con referencia al fortalecimiento estatal en materia de gestión urbana, se sancionó el Reglamento para las Obras Públicas Municipales (1875) y el Reglamento General de las oficinas Municipales (1892), que contribuyó a la coordinación técnica administrativa de las distintas áreas municipales. Se crearon nuevos organismos municipales y nacionales vinculados a la gestión pública de la salud, dirigidos por profesionales higienistas y abandonando paulatinamente el criterio de beneficencia y caridad en lo referido a la atención de la salud. Se creó la Oficina Química Municipal (1883) y la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (1892). Con

la creación de la Mesa encargada de dar las delimitaciones (1873), se direccionó presupuesto municipal para marcar la traza y las delimitaciones de la ciudad. Se centralizó el servicio de recolección de basura para la higienización de las calles. Se formalizó la Oficina de Ingenieros Municipales (1890) que fortaleció la capacidad de gestión municipal en materia de obra pública (Paiva, 2016). A nivel nacional, se promovió el Departamento Nacional de Higiene (1880), se creó el Ministerio de Obras Públicas de la Nación (1898) y, entrado el siglo XX, las antiguas comisiones de higiene se convirtieron en Obras Sanitarias de la Nación (1912) (Novick, 2008; Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

Así, la gestión estatal modificó prácticas y leyes al calor de los avances científicos de la medicina y de las propuestas higienistas, cuyos representantes ocuparon cargos políticos de alta jerarquía. El paquete de intervenciones urbanísticas para el saneamiento de la ciudad contribuyó a dominar las epidemias. Luego de veinte años de urbanismo higienista, la proporción de muertes por enfermedades infectocontagiosas con relación al total de decesos en la CBA pasó del 21,96% en el año 1988 al 8,40% en 1908, tendencia que continuó a la baja en los años venideros. Sin embargo, los cambios en materia de infraestructura y las mejoras en cuanto a higiene pública fueron socioespacialmente diferenciados entre el sur —más pobre y más enfermo— y el norte —más rico y más sano— de la ciudad. De hecho, enfermedades como la fiebre tifoidea, devinieron en endémicas solo en los barrios populares del sur de la CBA (Aliata, 2000; Álvarez, 2007, 2008; Emmanuele, 1998)

En este sentido, sin desestimarse los logros generales en el control de epidemias, puede entenderse que con la selectividad territorial en la ejecución de inversión pública para el saneamiento de la ciudad, el Estado argentino generó una nueva distribución espacial —hacia el sur— y social —hacia la pobreza— de enfermedades infecciosas que se volvieron endémicas y confinadas a barrios con infraestructura urbana y condiciones habitacionales que siguieron siendo sanitariamente vulnerables a la propagación de ciertas enfermedades.

En un contexto infecto contagioso ya controlado, con mayor incorporación de arquitectos y paisajistas en la formulación de proyectos urbanos institucionalmente formalizados en la Comisión de Estética Edilicia (1923), creada para desarrollar un plan regulador para el Municipio, el enfoque higienista fue combinado con un fuerte sentido estético del planeamiento bajo la influencia del arte cívico y atravesado con una perspectiva del conjunto urbano. En 1925, la mencionada Comisión publicó el Proyecto Orgánico para la Organización del Municipio, que examinó características y deficiencias de Buenos Aires en pos de identificar rasgos de su fisonomía que la moderna ciencia del urbanismo podría atender.¹⁴ En este planteo, la noción de reformar el espacio para reformar la sociedad, ecuación que data del iluminismo, se articuló con el enfoque higienista, los aportes de la ingeniería y de la arquitectura, constituyéndose la tríada decimonónica higiene–circulación–estética de la nascente disciplina del urbanismo (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009; Novick, 2003, 2008).

Las estrategias proyectuales del mencionado Proyecto Orgánico para la Organización del Municipio pueden ser concebidas en términos de figuras sobre fondo. Las figuras entendidas en tres dimensiones, a cargo de los arquitectos, diseñadas para cualificar al conjunto de la ciudad bajo principios del arte urbano. El fondo concebido en dos dimensiones, a cargo de ingenieros, funcionarios y empresas, como trama de la ciudad con sus manzanas y parcelas. Distinción que expresa una suerte de división del trabajo que el urbanismo moderno, pese a sus intentos, no logró evitar (Novick, 2011). Las propuestas se concentraron en el espacio público, especialmente calles, plazas, paseos, vinculando aspectos éticos y estéticos con el progreso nacional, desatendiendo dimensiones económicas y sociales de los procesos territoriales (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009).

14. También buscó apuntalar a Buenos Aires como ciudad comercial y portuaria, puerta de acceso al país, abierta al trabajo y al turismo, ciudad universitaria, intelectual, artística y centro de atracción de Suramérica (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2009).

CONSIDERACIONES FINALES

Las formas de la actuación urbanística guardan cierta relación con los modelos de desarrollo, el contexto sociopolítico y el marco epistemológico internacional del campo disciplinar. El urbanismo se consolidó como disciplina autónoma al calor de una vertiginosa concentración económica y demográfica en las ciudades y de epidemias mortales que pusieron en agenda pública la intersección entre enfermedades infecciosas y espacio urbano, bajo la confluencia de saberes disciplinarios y experiencias de control e intervención decimonónicas que fueron construyendo sus bases epistemológicas.

En ese marco, en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX, el enfoque higienista atravesó el imaginario político argentino, en el cual permeó la idea de que el ordenamiento del espacio devendría en un ordenamiento de la sociedad y que, frente a las enfermedades infecciosas que interpelaban a las elites urbanas de la CBA, el Estado liberal debía dar paso a un Estado interventor que invirtiera en el saneamiento de la ciudad de acuerdo a los avances del conocimiento científico.

En concordancia, la Municipalidad de Buenos Aires realizó múltiples intervenciones. Entre ellas, incorporó nuevas competencias vinculadas al saneamiento, la higiene, los equipamientos y los transportes, invirtió fuertemente en el servicio de agua corriente y en obras de pavimentación, ampliación y apertura de calles, desarrolló nuevas disposiciones para el fortalecimiento de las capacidades de gestión urbana, nuevas áreas vinculadas a la gestión pública de la salud y la coordinación técnico administrativa de distintas dependencias municipales. En pos de establecer mínimas condiciones higiénicas para el espacio público y privado, surgieron nuevos instrumentos de ordenamiento urbano, reglamentos de construcción e inspección residencial y normativas urbanas que condicionaron la morfología edilicia. Y en vínculo con el concepto de cuarentena, se efectuaron intervenciones como la separación y relocalización de usos del suelo generadores de partículas infectas de los espacios residenciales.

A modo de cierre y en consideración de la coyuntura, se entiende que una epidemia se monta, en rigor, sobre problemas de índole estructural —económicos, sociales, ambientales y políticos— de las ciudades y que, si bien hoy queda expuesto que el hábitat y el acceso al suelo urbano son determinantes de las condiciones de la salud humana, también son determinantes de la producción y reproducción de la desigualdad social. En tanto la actual crisis sanitaria expone injusticias sociales y espaciales previas, que acompañaron —como se ha visto— la vida urbana en la CBA desde sus inicios.

Por ello, más allá de las soluciones inmediatas y necesarias a las cuestiones urgentes, se entiende que problemas y respuestas deberían concebirse en clave integral—multidimensional. En efecto, esto no sucedió en el urbanismo higienista del siglo XIX, que priorizó la dimensión físico—espacial de la cuestión urbana, y sería deseable que ocurra en los tiempos que se avencinan; junto con una superación del absolutismo profesional característico del higienismo, que tienda a la revalorización de la dimensión política de la planificación urbana —denostada con el neoliberalismo— y a un replanteo del rol del urbanista en clave de pieza articuladora de saberes e intereses de los distintos actores y sectores involucrados en la producción y apropiación diferencial del espacio. En este sentido, se considera que más allá de las capacidades técnicas necesarias, adquiere especial relevancia que cada profesional de la ciudad incorpore una mirada crítica respecto del sistema de valores, creencias y acciones que orienta su desempeño público; puesto que mientras ni el Estado ni las políticas públicas sean monolíticas, las posibilidades de incidir sobre las realidades socioespaciales desde una perspectiva de derechos nunca estarán perdidas, aunque fueran seriamente menguadas. ■



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIATA, F.R.** (2000). Arquitectura y servicios en el Buenos Aires posrevolucionario (1821 – 1835). *Estudios de Hábitat*, 7, 63–81.
- ÁLVAREZ, A.** (2007). De la Higiene Pública a la Higiene Social en Buenos Aires, una mirada a través de sus protagonistas, 1880–1914. *Bol Mex His Fil Med*, 10(1), 4–11.
- (2008). Tras la vida de un higienista y filántropo: Emilio Coni. En ÁLVAREZ, A. Y CARBONETTI, A. (Eds.). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida* (pp. 49–94). Eudem.
- (2010). El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870–1915. *Historia Revista*, 9(2), 287–317.
- BARCOS, M.F.** (2018). La distribución de la tierra y el crecimiento económico de la campaña de Buenos Aires. Un estudio de la región oeste, 1839–1867. *Secuencia*, 101, 6–40.
- BOMBAROLO, F.; PAUSELLI, E.** (2007). *Programas Sociales. Construcción de Equidad y el Paradigma de Intervención Social*. Centro de Documentación de Políticas Sociales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- CARRIÓN MENA, F.** (2010). *Ciudad, memoria y proyecto*. Quito: Organización Latinoamericana y del Caribe de Centros Históricos (OLACCHI), Municipio de Quito. <https://docplayer.es/83545003-Fernando-carrion-mena-ciudad-memoria-y-proyecto.html>
- DÍAZ MÁRQUEZ, A.M.** (2019). Revisión bibliográfica sobre la circulación de ideas urbanas en América Latina y el Caribe. *EURE*, 45, 134. 10.4067/S0250-71612019000100279
- EMMANUELE, E.** (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Ediciones Novedades Educativas.
- ENGELS, F.** (1984). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Ediciones de Cultura Popular.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, MINISTERIO DE DESARROLLO URBANO** (2009). *Modelo Territorial Buenos Aires 2010–2060*. Buenos Aires. <https://www.mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-loc/CABA/Modelo-territorial-2010-2060.pdf>
- GORELIK, A.** (2002). Ciudad. En ALTAMIRANO, C. (Dir.). *Términos críticos para un diccionario de sociología de la cultura* (pp. 12–21). Paidós.
- GUTMAN, M. Y HARDOY J.E.** (1992). *Buenos Aires. Historia urbana del área metropolitana*. MAPFRE.
- INSTITUTO HISTÓRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** (2007). *La vivienda colectiva en la ciudad de Buenos Aires: guía de inquilinatos 1856–1887*. Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires.
- KULLOCK, D.** (2010). Planificación urbana y gestión social. Reconstruyendo paradigmas para la actuación profesional. *Cuaderno urbano: Espacio, Cultura, Sociedad*, 9, 243–274.
- LATTES, E.; ANDRADA, G.E.; CAVIEZEL, P.** (2010). Dinámica demográfica. En LATTES, E. (Coord.); DONATI, J. Y ZULOAGA, N. (Dir.). *Dinámica de una ciudad: Buenos Aires 1810–2010* (pp. 129–164). www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/09/dinamica_de_una_ciudad_2010.pdf
- LEFEBVRE, H.** (2013). *La producción del espacio*. Capitan Swing, Colección entrelineas.
- NOVICK, A.** (2003). Espacios y proyectos. Oposiciones, hegemonías e interrogantes. En NOVICK, A. (Ed.). *Las dimensiones del espacio público. Problemas y proyectos* (pp. 65–74). Subsecretaría de Espacio Público y Desarrollo Urbano, SP–GCBA.
- (2008). La ciudad como objeto de estudio y acción. Higienistas, ingenieros, arquitectos e instrumentos de planificación y gestión en Buenos Aires. *Registros*, 2008, 85–105.
- (2011). Los proyectos territoriales en perspectiva. En CHARRIERE, M.; LINARES, P.; NOVICK, A. POTOCKO. *Planes, proyectos e ideas para el AMBA* (pp. 153–175). CPAU.

-
- OSZLAK, O.** (2007). Políticas Públicas, Democracia y Participación Ciudadana. Voces del Sur. *Revista Programa MERCOSUR Social y Solidario*, 4, 8–13. http://www.mercosursocialsolidario.org/wp/wp-content/uploads/2006/09/VOCES_4.pdf
- OUTTES Y KAZUMI** (2003). Disciplinar a la sociedad por medio de la ciudad: la génesis del urbanismo en Brasil y Argentina (1894–1945). *Secuencia*, 57, 125–156. <http://dx.doi.org/10.18234/secuencia.v0i57.827>
- PAIVA, V.** (1996). Entre miasmas y microbios. La ciudad bajo el prisma del higienismo. *Área*, 4, 23–31. www.academia.edu/39721241/Entre_miasmas_y_microbios._La_ciudad_bajo_la_lente_del_higienismo._Buenos_Aires_1850-1890
- (1997). Higienismo: Ciencia, instituciones y normativa. Buenos Aires, siglo XIX. *Publicaciones del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas Mario J. Buschiazzo, Seminario de Crítica*, 82. <http://www.iaa.fadu.uba.ar/publicaciones/critica/0082.pdf>
- (2000). Teorías médicas y estrategias urbanas. Buenos Aires 1850–1920. *Estudios del Hábitat*, 7, 5–19.
- (2016). Higienistas e ingenieros en la formación de la municipalidad de Buenos Aires. La profesionalización de las actividades municipales entre 1852 y 1900. *Documentos y Aportes en Administración Pública*, 26, 111–126.
- RIGOTTI, A.M.** (2014). *Las invenciones del urbanismo en Argentina 1900–1960: inestabilidad de sus representaciones científicas y dificultades para su profesionalización*. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Arquitectura, Planeamiento y Diseño.
- ROBIROSA, M.** (2014). *Turbulencia y Gestión Planificada. Principios de planificación social, territorial y organizacional*. Eudeba.
- SÁNCHEZ RUIZ, G.G.** (2006). La modernidad urbana en México. Fuentes teóricas y prácticas de la primera mitad del siglo xx. *Secuencia*, 64, 81–108.
- (2010) Epidemias, obras de saneamiento y precursores del urbanismo. La ciudad de México rumbo al primer centenario. *Secuencia*, 78, 123–147.
- SEVILLA BUITRAGO, A.** (2014). Hegemonía, gubernamentalidad, territorio. Apuntes metodológicos para una historia social de la planificación. Empiria. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 27, 49–72.
- SCHWEITZER, M.; LARRAÍN, C.** (2012). *Transporte y Territorio. Planes y proyectos para Argentina*. Cuentahílos. https://issuu.com/mschweitzer/docs/transporte_y_territorio_final_baja_issuu
- (2013). *Estrategias, escalas y actores en la producción del territorio. La Hidrovía Paraná–Paraguay en San Lorenzo y en Barranqueras*. Cuentahílos. https://issuu.com/mschweitzer/docs/estrategias_escalas_y_actores_en_l
- TOPALOV, C.** (1979). *La urbanización capitalista: algunos elementos para su análisis*. Mimeo, UBA.
- (1990). *De la «cuestión social» a los «problemas urbanos»: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo xx*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*.
- VERONELLI, J.C.; VERONELLI CORRECH, M.** (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. OMS/OPS.
- VEZZETTI, H.** (1985). *La locura en la Argentina*. Paidós.
- WILDE, J. A.** (2003). *Buenos Aires desde setenta años atrás*. Biblioteca Virtual Universal. <https://www.biblioteca.org.ar/libros/71300.pdf>