



Políticas sanitarias y arquitectura de Estado en Mendoza: el Gran Policlínico Central (1938-1943)

State's Health Policy and Architecture in Mendoza: the Great Central Polyclinic (1938-1943)

Cecilia Raffa*

Palabras clave:

Hospitales Públicos

Políticas públicas de salud

Historia del siglo XX

Resumen

La expansión del Estado en Argentina durante los años treinta, derivó en el creciente involucramiento de sus instituciones en los problemas sociales, lo que significó el avance de la burocracia estatal en áreas relacionadas con la educación, la vivienda y la salud, principalmente, a partir de acciones tendientes al mejoramiento físico y moral de la población. El acento en las políticas asistencialistas delineadas en torno de la salud por los gobiernos provinciales, como el de Mendoza, buscaron mejorar y acrecentar los servicios impulsando reformas legislativas, la creación de nuevas reparticiones, la incorporación de recursos humanos capacitados y la ampliación y creación de nuevo equipamiento, entre otras acciones. En este artículo proponemos describir algunas de las condicionantes que impulsaron esos ajustes en las políticas sociales vinculadas a la asistencia

* Arquitecta (Universidad de Mendoza), Magister en Arte Latinoamericano y Doctora en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de Cuyo). Investigadora del CONICET, con sede en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA), Mendoza, Argentina. Contacto: cr Raffa@mendoza-conicet.gob.ar

Una primera versión de este trabajo se presentó en el VIII Taller de historia social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina, celebrado en Córdoba (Argentina) en octubre de 2018.

médica, para abordar luego la tipología arquitectónica propuesta por los cuadros técnicos estatales para el Gran Policlínico Central, como parte de la historia del avance de las intervenciones sociales del Estado durante la primera mitad del siglo XX.

Keywords:

- Public Hospitals
- Public Health Policies
- 20th Century History

Abstract

The Expansion of the State in Argentina during the 30s derived in the increasing involvement of its institutions in social problems, which meant the advance of the state bureaucracy in areas related to education, housing and health, given mainly from actions tending to the physical and moral improvement on population. The emphasis on health care policies outlined by provincial governments, such as Mendoza, sought to improve and increase services by promoting legislative reforms, creation of new distributions, incorporation of trained human resources and the expansion and creation of new equipment, among other actions. In this article, we propose to describe some of the conditioning factors that drove these adjustments in social policies linked to medical care, and then address the architectural typology proposed by the state technical cadres for Grand Central Polyclinic, as part of the progress history in the social State interventions during the first half of the twentieth century.¹

1 Traducción realizada por Marta Pierre, Servicios Profesionales Especializados (INCIHUSA- CONICET)

Durante los años treinta, el Estado argentino en sus diversas escalas asumió nuevos roles en el área de la asistencia social, ampliando sus capacidades, simultáneamente con sus normas. Se puso en evidencia la presencia de un Estado más complejo e interventor que el de los años precedentes, cuyas acciones se constituyeron en bisagras entre el asistencialismo en manos de Sociedades de Beneficencia y la intervención social del Estado potenciada durante el primer peronismo.²

Las políticas sanitarias vinculadas al asistencialismo e impulsadas a partir del descubrimiento de la dimensión social de ciertas enfermedades, se insertaron en un proceso marcado por la creciente complejización de la práctica médica y por la tendencia al trabajo en equipo en grandes instituciones, necesarias, a partir del aumento de la tecnificación y especialización de la medicina. Esta disciplina, cuya práctica se transformó en un “saber de Estado”, tuvo a los médicos como los principales proveedores de servicios para la atención de la salud, lo que supuso cambios en las estructuras estatales vinculadas a los aspectos sanitarios y el paso de la higiene defensiva a la profiláctica.³

El Estado comenzó a transitar el camino hacia la centralización administrativa del sistema sanitario, que tal como lo define Carolina Biernat,⁴ supone el gerenciamiento por parte del poder público y en forma monopólica, de las decisiones, la asignación de funciones, los recursos y la designación de agentes, con el propósito de unificar la ejecución de leyes y la gestión de los servicios. Reformas institucionales dentro del área sanitaria, la creación de nuevas agencias y la ejecución de obras públicas para la asistencia de la salud, van a ir marcando los resultados de aquella búsqueda.⁵

2 Hacemos referencia a la etapa que a nivel nacional se abre con la llegada a la presidencia de la Nación de Agustín P. Justo en 1932 y que en la provincia de Mendoza marca el periodo 1932-1943, bajo las gobernaciones de Ricardo Videla (1932-1935), Guillermo Cano (1935-1938), Rodolfo Corominas Segura (1938-1941) y Adolfo Vicchi (1941-1943). Reciben estos dirigentes provinciales la caracterización de liberal-conservadores, en referencia a la adopción que hicieron del conservadorismo de antaño “aggiornado” como forma política de gobernar, tomando el liberalismo como ideología.

3 Armus y Belmartino, 2001, pp. 284-314.

4 Biernat, 2016, p 2.

5 Belmartino, 2007; Piazzesi, 2009; Macor y Bacolla, 2009; Biernat, 2016.

En este contexto, este trabajo busca caracterizar los cambios que se produjeron en Mendoza en materia sanitaria. Nuestro propósito es dar cuenta del avance de las políticas sociales, a través del análisis de los procesos de ideación política y técnica y de ejecución del Gran Policlínico Central entre 1938 y 1943, un ejemplo material de la búsqueda de centralización eficiente de la asistencia médica que, en ese momento, se perseguía.

El texto que proponemos se vincula con la historiografía de la salud y la enfermedad, especialmente aquella referida al estudio de los casos provinciales en los años treinta y principios de los cuarenta, en los que se evidencian distintos planos de avance del Estado sobre la cuestión social, a través del análisis de las transformaciones institucionales y estrategias de intervención en el área sanitaria.⁶

Del mismo modo, dialoga con la literatura que estudia a los profesionales que integraron agencias nacionales y provinciales vinculadas a lo técnico-constructivo en particular y sus aportes.⁷ El escrito, muestra las articulaciones entre técnica y política en relación a un proyecto específico, una dinámica que si bien no debe haber estado exenta de conflictos y negociaciones, supuso un avance material concreto para la provincia.

6 Nos referimos a los análisis llevados adelante por Di Liscia para La Pampa (2007), Bohoslavsky y Di Liscia en su aproximación para la Patagonia (2008) o Fernández y Rosales (2016) para Tucumán. También a los trabajos de Ortiz Bergia (2012, 2015) para Córdoba, donde por ejemplo, hubo una transformación de las funciones estatales con un acrecentamiento de la participación del Estado provincial en la gestión social de la población, aunque esa ampliación no fue acompañada de la creación de agencias destinadas a implementarlas, manteniéndose las estructuras administrativas de los años veinte. O la indagación de Bacolla (2016) para Santa Fe, donde sí existieron transformaciones más notables en la estructura estatal que supusieron la creación del Ministerio de Salud y Trabajo en 1941. Sobre Mendoza, han comenzado a desarrollarse avances sobre esta problemática en los trabajos de Hirschegger (2018; 2019) y Raffa (2018a; 2018b).

7 Desde distintas perspectivas: Bohoslavsky y Soprano, 2010; Plotkin y Zimmermann, 2011; Soprano y Di Liscia, 2017, entre otros, han profundizado en el estudio de las agencias, los saberes, las prácticas y la conformación de las burocracias estatales en distintos momentos históricos. En lo que atañe a agencias y profesiones vinculadas a la ejecución de Obra Pública destacamos los abordajes de: Ballent, 2005; 2008; Rigotti, 2012; 2014; Parera, 2012; Palermo, 2011; Salerno, 2015; D'Agostino y Bazatto, 2015; Raffa, 2008; 2016b.

La expansión del Estado a la que nos referimos, derivó en el creciente involucramiento de sus instituciones en los problemas sociales, lo que significó el avance de la burocracia estatal en áreas relacionadas con la educación, la vivienda y la salud, principalmente, a partir de acciones tendientes al mejoramiento físico y moral de la población. Se buscó la implementación de reformas sociales orientadas a incrementar el control social,⁸ pero a que a su vez significaran mayor atención sobre los sectores vulnerables de la sociedad.

Estas acciones se dieron en un contexto económico minado por la crisis agroexportadora por la que pasaba el país (a consecuencia del quiebre financiero internacional de 1929), a partir de la cual se fueron aplicando distintos mecanismos de regulación, poniendo atención en el mercado interno, modernizando y complejizando las administraciones y más tarde, desarrollando industrias sustitutivas. Ese perfil imprimió el carácter progresista de la gestión política que se destacó por el emprendimiento de un importante volumen de Obras Públicas a escalas nacional y provincial y en la concreción de obras de infraestructura y equipamiento que mejoraran las prestaciones sanitarias.⁹ Fue el desarrollo de equipamiento e infraestructura, entre ellos los destinados a mejorar las condiciones sanitarias de la población, una de las acciones más representativas llevadas adelante, que buscó la disminución del desempleo y la reactivación económica a través de la atracción del capital extranjero y local al sector industrial.¹⁰

8 Con control social hacemos referencia a una serie de disposiciones y reglamentaciones que acompañaron al aumento de las injerencias del Estado y que tenían el objetivo de colaborar en la formación de ciudadanos “fuertes, sanos e íntegros”. Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego (MEOPyR), 1941, pp. 252-253. Entre otros ejemplos podemos mencionar la Escuela de Madres y las inspecciones domiciliarias (que enseñaban cómo amamantar y cuáles eran las condiciones de higiene que debían tener los hogares), la reglamentación para habitar las casas colectivas (que disponían desde el tipo de amueblamiento que podía utilizarse en los departamentos hasta un listado tipificando conductas a las que debían adherir los inquilinos del conjunto), o el reglamento de comportamiento para las Colonias de Menores (que marcaban los ideales de conducta y las sanciones por no cumplirlos). Raffa, 2015; 2018 a y b.

9 Raffa, 2018a; 2018b.

10 Korol, 2001.

En Mendoza, las partidas presupuestarias y las obras construidas para satisfacer la creciente demanda en las áreas de salud, educación y también vivienda, comenzaron a aumentar significativamente en relación con los años precedentes. En la línea asistencial, el gobierno provincial buscó brindar “atención médica adecuada”, partiendo de una mejora sustancial de los servicios. Hasta 1938, fue el Ministerio de Industrias y Obras Públicas quien se ocupó a través de su Dirección de Salubridad, de estructurar diversos programas para la reducción paulatina de la mortalidad, el progreso de la higiene pública y el mejoramiento general de las condiciones de vida de los mendocinos. El acento en las políticas asistencialistas delineadas en torno de la salud por los gobiernos locales, incluyó en 1938 la conformación del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social que absorbió a la mencionada Dirección.¹¹ Bajo su órbita se definió la reglamentación mediante decreto de los concursos de acceso a cargos técnicos de la Dirección y se establecieron los escalafones de la carrera médica hospitalaria, junto con la determinación de las formalidades de los concursos para esos cargos y se creó en 1942 la Escuela Mixta de Enfermería.

A estas disposiciones, desde el inicio de la gestión conservadora, se sumó, en términos materiales, la incorporación de nuevos pabellones en los hospitales existentes y la planificación y ejecución de una serie de centros de salud distribuidos en los distintos departamentos de Mendoza, que cumplieron con la atención primaria de los enfermos, extendiendo el sistema sanitario en el territorio provincial.

El mayor aporte local en materia sanitaria fue la construcción del gran hospital policlínico general: el Hospital Central. De escala regional, el “Central” fue proyectado funcionalmente como un monobloque, con una superficie de 27688,84 metros cuadrados y significó un avance en la concepción compositiva de los hospitales en Mendoza que, hasta ese momento, habían sido planteados como conjuntos dispersos de pabellones en grandes áreas parquizadas. Fue el primer nosocomio inserto en el área central de la capital provincial, en un lugar de convergencia de caminos

11 A partir de la Ley N° 1294 de Reglamentación de los Ministerios promulgada en 1938, la Dirección de Salubridad que dependía del Ministerio de Industrias y Obras Públicas, pasó a ser parte del Ministerio de Gobierno y Asistencia Social; mientras el antiguo Ministerio de Industrias cambió su denominación por Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego (MEOPyR), redefiniendo también sus injerencias.

troncales que comunicaban (y comunican) los departamentos del norte, sur y este con la capital de Mendoza.

El hospital se comenzó a utilizar, por disposición de las autoridades nacionales antes de finalizar las obras, para albergar a quienes habían sufrido las consecuencias del terremoto en la vecina provincia de San Juan en 1944, hecho que demuestra su importancia regional.¹² El monobloque fue inaugurado formalmente en agosto de 1945.

El artículo comienza describiendo algunas de las condicionantes que impulsaron los ajustes en las políticas sociales, para abordar luego la tipología arquitectónica propuesta por los cuadros técnicos para el Central, como parte de las acciones estatales de los años treinta e inicios de los cuarenta, en beneficio de la población de estratos medios-bajos en Mendoza. El estudio se realiza a partir del análisis cualitativo de fuentes gráficas y documentos: memorias de gobierno, leyes, prensa y documentación técnica.

La salud como política pública: los años treinta y cuarenta en Mendoza

Las políticas públicas vinculadas a la salud en Mendoza muestran acciones incipientes desde fines del siglo XIX, a partir de las luchas por el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores, y la erradicación de epide-

12 La importancia regional del Central se pone de manifiesto al conocer los principales equipamientos sanitarios del resto de las provincias de Cuyo, ya que desde su inauguración en 1945, hasta 1957c fue el de mayor complejidad de la región.

En San Juan, luego del terremoto que destruyó las instalaciones del Hospital San Roque, se construyeron una serie de pabellones de emergencia que sobrevivieron con gran dificultad. Recién en 1957 el antiguo hospital fue trasladado al edificio que estaba destinado al Hospital de Niños en Punta de Rieles y pasó a llamarse Hospital Marcial Quiroga. Datos recuperados de <http://salud.sanjuan.gob.ar/recursos/3F40A957113DA24040F-66DAF28C5D77F.html>

Desde fines del XIX, en San Luis funcionaba el Hospital Materno que en un principio fue administrado por la Sociedad de Beneficencia. En 1950, el gobierno provincial se hizo cargo del nosocomio. Un año después comenzó a construirse el Hospital Regional, conocido luego como Policlínico Regional San Luis, que se inauguró en 1963. Datos recuperados de: <http://www.archivohistorico.sanluis.gov.ar/>

mias.¹³ Sin embargo, fue durante la primera mitad del siglo XX con un nuevo centro político-administrativo en marcha, cuando esas acciones se manifestaron más claramente.¹⁴

La creación del Hospital Provincial en 1907, sumado a la puesta en funcionamiento del primer lactario en la gobernación de Emilio Civit; la creación del Hospital de infecto-contagiosos en 1924, y la aprobación de la Ley N° 925 de Salubridad en 1927 que establecía las facultades de la Dirección homónima,¹⁵ la finalización de las obras para varios hospitales departamentales y la ampliación de los servicios existentes en otros nosocomios; la creación del laboratorio Pasteur de bacteriología y anatomía patológica y de una serie de dispensarios, durante las gestiones lencinistas, fueron jalonando el camino hacia la intervención completa del Estado en temas de salubridad.¹⁶

13 Cirvini, 1989; Raffa, 2007.

14 La ciudad capital de la provincia de Mendoza sufrió un temblor de tierra en 1861, que la destruyó prácticamente. Las pérdidas materiales y humanas fueron importantísimas. En 1863, se inició el traslado del centro político-administrativo de la ciudad a un emplazamiento distinto del colonial, conformando una nueva trama urbana. El proceso de construcción y reconstrucción de la ciudad fue de larga duración, extendiéndose durante la primera mitad del siglo XX. Raffa, 2016a.

15 En su artículo segundo, la Ley 926/27 establece como injerencias de la Dirección las siguientes funciones; servicios y dependencias: a) asistencia hospitalaria, hospitales generales y regionales, casas de primeros auxilios, colonias y asilos; b) asistencia pública; c) Instituto Pasteur; d) profilaxis y dispensarios antivenéreos; e) protección a la primera infancia y dispensarios de puericultura; f) profilaxis y dispensarios antituberculosos; g) asistencia maternal a domicilio; h) inspección técnica de higiene, vacuna y saneamiento; i) inspección de laboratorios químicos; j) profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas y epidemias; k) policía sanitaria; l) droguería central y depósito de material médico; m) provisiones de los hospitales y dependencias; n) escuela de enfermos y masajistas; l) inspección de baños y lavaderos públicos; o) inspección de farmacias; p) desinfección; q) inspección de hoteles, balnearios, casas de comercio, tambos, establecimientos industriales, etc.; r) higiene de las aguas en general; s) inspección de casas de prostitución; t) reglamentación de la lactancia materna.

16 Para el caso de Mendoza, las políticas sanitarias asociadas al lencinismo han sido abordadas por Richard Jorba, 2011 y más recientemente por Luis, 2018.

Durante la década del treinta, se intensificaron las acciones regulatorias estatales en el área de la asistencia social y, a partir de ella, en temas relacionados a la salud de la población.¹⁷ En Mendoza, el Estado expandió los establecimientos sanitarios sobre espacios rurales y ciudades intermedias,¹⁸ acompañados de planes y programas de asistencia social que regularon particularmente la protección de la mujer, los niños y los ancianos tanto en temas vinculados a salud, como en la educación y las formas de habitar.

La provincia había crecido sostenidamente desde fines del siglo XIX. En los años treinta sus habitantes eran más de cuatrocientos mil, en 1935 pasaron a cuatrocientos cincuenta mil, para ser en 1940 quinientos mil.¹⁹ Mucha de esa población asentada en zonas rurales, formó parte de los movimientos migratorios impulsados, entre otros factores, por la crisis del principal motor de la economía provincial: la industria vitivinícola. El deterioro de los salarios reales y el aumento del desempleo a nivel nacional, unido a esta crisis local llevaron a la caída del precio del vino y la uva, afectando significativamente la economía provincial.²⁰

En este contexto de crisis económica y social, el Estado provincial, en consonancia con los lineamientos nacionales, comenzó a ocuparse más ampliamente de las distintas instancias que afectaban a la salud física y al amparo de los “desprotegidos”. Acciones que progresivamente iría ampliándose hasta incorporar el derecho al ocio y el disfrute del tiempo libre.²¹

En 1933, durante la gestión de Ricardo Videla, se creó a instancias de un grupo de facultativos y de damas solidarias la Escuela de Visitadoras Sociales y de Higiene Escolar, institución que la Dirección de Escuelas de la

17 Para la década del treinta hemos avanzado en indagaciones que vinculan políticas públicas y cultura material, en la línea del asistencialismo y el sanitarismo, al respecto sugerimos ver Raffa, 2018a; 2018b. Un análisis general sobre las políticas sanitarias del período para Mendoza también puede verse en Hirschegger, 2018a.

18 Situaciones similares de expansión de obras y servicios sanitarios se vivieron en La Pampa o Córdoba, Ortiz Bergia, 2012 y Di Liscia, 2007.

19 Población en 1931: 420 460; en 1935: 452 720; en 1940: 517 436. Departamento de Estadísticas y Censos, s/f.

20 Cerdá, 2011.

21 Raffa, 2018a

provincia no tardó en reconocer dentro de su ámbito. En ese momento, las visitadoras actuaban en las escuelas e instituciones benéficas con un carácter orientador. Pero durante la gestión siguiente al mando de Guillermo Cano, el Ejecutivo entendió que era necesario instituir un órgano que regulara las funciones y dictara normas para aquella novel organización. Con la sanción de la Ley N° 1147, que creó la Oficina Permanente de Servicio Social bajo la égida del Ministerio de Gobierno, quedó explicitada esa regulación a través de una serie de acciones de gobierno dirigidas a la coordinación de los servicios estatales y privados para la asistencia social.²² Regulación que suponía la introducción de un sistema más ordenado de gastos, tanto en la parte administrativa como en la parte de consumos para los servicios médicos.²³

Se preveía la protección a la maternidad y primera infancia (gestante, madre soltera, familia numerosa); al niño en edad escolar (higiene moral y física, alimentación, vestido, recreaciones) y al niño “débil y subnormal” (sordomudo, ciego, tarado mental, retardado, precoz antisocial); también al trabajo de la mujer y el menor (servicio social en las industrias y el comercio); a la cultura posescolar; a la política de la habitación (casas baratas, piscinas, baños públicos, hogar colectivo); a la política social infantil (reformatorios, asilos, tratamiento del menor delincuente); a la protección del liberado; la profilaxis sexual; a los alienados, ancianos e inválidos, enfermos, indigentes e indigentes por falta de trabajo.

Empezó a organizarse así, una red asistencial a través de la implementación de la Escuela de Madres, el Lactario y el consultorio de niños para la protección a la primera y segunda infancia en la maternidad del Hospital Emilio Civit; las visitadoras de higiene escolar, equipos buco-dentales (1936), los consultorios escolares instalados en distintas escuelas

22 *Ídem.*

23 Si bien no hubo un aumento significativo en el presupuesto destinado al área sanitaria, que rondó durante todo el período en un 10% del presupuesto provincial que pasó de \$ 21 597 771 en 1932 a \$ 29 284 482 en 1940, la racionalidad aplicada a los gastos (creación de inventarios sobre existencias de los establecimientos, creación de un servicio de Orientación de Enfermos, etc.), a partir del reconocimiento político de un deficiente manejo del área sanitaria, colaboró en el aumento de prestaciones y en la inclusión progresiva de más población al sistema sanitario. MEOPyR, 1941; Cano, 1936, p. 47. Un análisis estadístico puede verse en Hirschegger, 2018a.

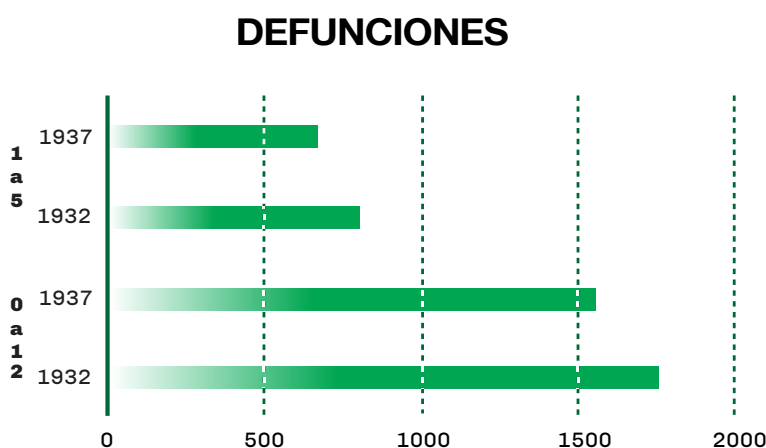
públicas donde también se implementó el “sándwich escolar” y el reparto de vestuario; la creación de una Escuela para niños “débiles y sordo-mudos” (1935); el club de las empleadas (para empleadas de comercio); las brigadas infantiles de urbanismo (constituidas por los niños con mejor desempeño escolar y aseo) encargadas del cuidado de paseos públicos; y las Colonias de Vacaciones en Papagayos destinadas al esparcimiento de 240 niños por turnos de veinte días, entre otros programas.²⁴ Como parte de las obras de asistencia social que suponían asignaciones monetarias a entidades benéficas y culturales, pero fuera de presupuesto, el gobierno provincial impulsó también la ayuda estatal directa y práctica a través de la adquisición y reparto de juguetes, productos alimenticios, ropa de abrigo y escolar, y útiles de trabajo.



Imágenes 1, 2 y 3. Escuela para madres, higiene bucodental y consultorios escolares como parte de los programas de asistencia a la salud del período. Fuente: Cano, 1937, s/p.

²⁴ Cano, 1938.

Los estudios estadísticos demuestran que las tasas de mortalidad infantil disminuyeron en Mendoza durante los primeros años de gestión conservadora. Se pasó de 1756 muertes de niños de 0 a 12 meses en 1932, a 1551 defunciones en 1937; de igual modo fallecieron 805 niños de 1 a 5 años en 1932, mientras que el número total de muertes para el mismo rango etario en 1937 fue de 675; habiéndose reducido también en gran medida las posibilidades de brotes epidémicos.²⁵ Entre las acciones se destacan la puesta en marcha de prestaciones de carácter preventivas que incluían controles de alimentación, campañas de vacunación antivariólica y antidifterérica (obligatoria y gratuita para los niños entre 1 y 12 años), la implementación de consultorios obstétricos e inspecciones domiciliarias, desinfección de escuelas y locales de uso público, entre otras.



Cuadro 1. Defunciones infantiles. Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas, 1938.

Acompañando acciones y programas, las distintas gestiones de gobierno impulsaron a través de sus equipos técnicos la ejecución de Obra Pública vinculada a la asistencia de la salud. Este es un período histórico particular en la ejecución de obras, marcado por la permeabilidad que el campo político tuvo respecto de las propuestas técnicas en relación a la ejecución de proyectos de vanguardia.²⁶

25 Dirección de Estadísticas, 1938.

26 Raffa, 2016a; 2016b.

A través de la Dirección de Arquitectura de la provincia (DPA),²⁷ los sucesivos gobiernos locales planificaron y concretaron importantes obras. Durante el período estudiado, la DPA estuvo dirigida por los arquitectos Manuel Civit, Arturo Civit y Ewald Weyland.

Los Civit se instalaron en Mendoza hacia 1932, luego de haberse graduado como arquitectos en la Universidad de Buenos Aires. Originalmente a cargo de la Oficina de Arquitectura que se convirtió en Dirección en 1936, Manuel dirigió la repartición entre 1932 y 1939, período en que Arturo ejerció el cargo de subdirector; ante la renuncia de Manuel, Arturo asumió el cargo de director entre 1939 y 1941.²⁸ Manejaron en sus discursos los conceptos de higiene, industria constructiva, alojamiento de masas y funcionalidad, sustento teórico que tomaron de base para la resolución de problemas técnico-sociales desde la DPA y que fueron esgrimidos por la arquitectura y la planificación de los Estado modernos como Alemania, Francia, Austria o los Estados Unidos, que estos arquitectos tomaban como referencia.

Egresado también de la Universidad de Buenos Aires, Weyland se afincó en Mendoza hacia 1937 y fue director de Arquitectura entre 1942 y 1945, aproximadamente. En muchos aspectos la gestión de Weyland es continuadora de los programas impulsados por los Civit y su equipo de trabajo.²⁹

Durante la gobernación de Ricardo Videla, la DPA tuvo a su cargo el diseño de nuevos pabellones para niños y salas de maternidad en distintos departamentos de la provincia, que fueron concluidas por la gestión de su predecesor Guillermo Cano.³⁰

27 Esta repartición dependió primero del Ministerio de Industrias y Obras Públicas y a partir de 1938, del novel Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego. En la DPA se proyectaron todas las obras de arquitectura pública provinciales del período. Raffa, 2016b.

28 Raffa, 2009; 2016b.

29 *Ídem.*

30 Al inicio de la gestión conservadora Mendoza contaba con ocho hospitales públicos provinciales: Emilio Civit, J. N. Lencinas y el antiguo Lazareto denominado Hosp. Lagomaggiore ubicados en Mendoza (3), San Antonio en Guaymallén (1), Hospital Regional de San Rafael (1), Diego Paroissien en Maipú (1), el hospital de Tunuyán (1) y el hospital de San Martín (1). Se había construido además el Hospital El Carmen en el departamento de Godoy Cruz (1900) un hospital de caridad creado a partir de fondos privados y donaciones públicas, que fue comprado por la provincia en 1950. Ponte, 2005. Existía un Hospital municipal en Gral. Alvear creado en 1912 que funcionaba con fondos municipales y que fue provincializado en los años treinta.

Con Cano al frente de la provincia, se ultimaron las obras de un nuevo pabellón de maternidad para el Hospital Emilio Civit y se realizaron trabajos de reparación en el resto de las instalaciones; en el Hospital San Antonio se construyó un dispensario antivenéreo y se hicieron refacciones en el servicio de psiquiatría; se terminaron las salas de cirugía y RX en el Hospital Carlos Ponce; se construyó una nueva maternidad, transformándose la anterior en servicio para niños en el Hospital Regional de San Rafael y se realizaron obras de ampliación en los hospitales de los departamentos de Maipú y Tunuyán. En el hospital de San Martín se construyeron pabellones para maternidad y para niños, y con fondos de la Nación, pero intervención técnica de la DPA, se proyectó y construyó el Hospital de Rivadavia.

La asistencia sanitaria se completó con la construcción de Salas de Primeros Auxilios en las villas cabeceras de los departamentos sin nosocomios y en parajes alejados de los núcleos urbanos o suburbanos. Son ejemplos las salas para Los Molles (San Rafael), Uspallata (Las Heras), Las Catitas (Santa Rosa), Tupungato y Los Árboles (Tunuyán).³¹

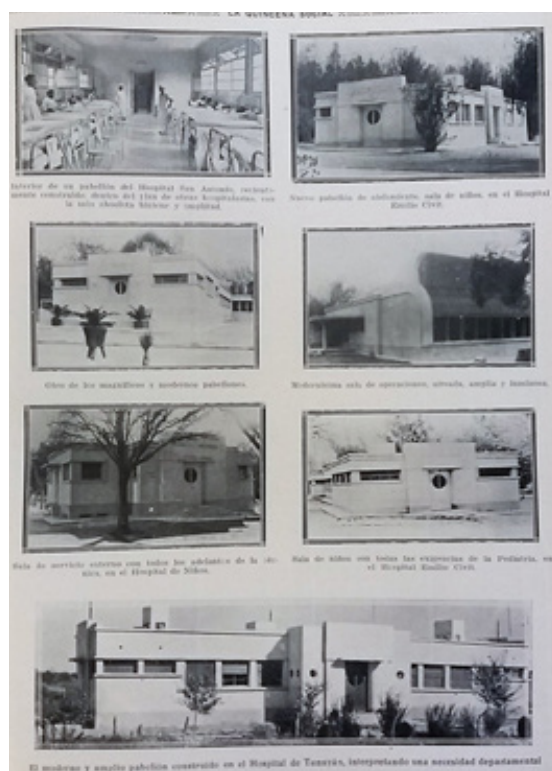


Imagen 4. Distintas obras sanitarias para la provincia. Fuente: Revista La Quincena Social N° 444, s/p.

31 Raffa, 2018 b.

PRINCIPALES OBRAS DEL PERÍODO		
TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN/ UBICACIÓN	TIPO DE OBRA
Salas de primeros auxilios	Uspallata (Las Heras)	Construcción total
	Las Catitas (Santa Rosa)	Construcción total
	Los Árboles (Tunuyán)	Construcción total
	Costa de Araujo (Lavalle)	Construcción total
	Tupungato (Tupungato)	Construcción total
Dispensario	Los Molles (San Rafael)	Construcción total
Hospitales / Pabellones	Hospital Paroissien (Maipú)	Construcción pabellón
	Hospital Regional de Tunuyán (Tunuyán)	Construcción pabellón cocina
	Hospital regional de Gral. Alvear (Gral. Alvear)	Construcción pabellones de servicios y de aislamiento
	Hospital de Rivadavia (Rivadavia)	Construcción total
	Hospital Central (Mendoza)	Construcción total
	Hospital Emilio Civit (Mendoza)	Construcción sala de cirugía, pabellón de maternidad, sala de pediatría, sala de servicio externo para niños y reparación del resto de las instalaciones
	Hospital San Antonio (Guaymallén)	Construcción del dispensario antivenéreo y refacciones en Psiquiatría
	Hospital Carlos Ponce (Las Heras)	Construcción de salas de cirugía y RX
	Hospital Regional de San Rafael (San Rafael)	Construcción de una nueva maternidad, transformándose la anterior en servicio para niños
	Hospital de San Martín (San Martín)	Construcción de pabellones para maternidad y niños
Cárcel Provincial	Construcción de pabellones sanitarios	

Cuadro 2. Principales obras del período vinculadas a la asistencia sanitaria. Fuente: elaboración propia en base a MEOPYR, 1941; Cano, 1936; Corominas Segura, 1942.

Al iniciarse en 1938, la gobernación de Rodolfo Corominas Seguras, la atención de la salud se encontraba bajo la órbita del Ministerio de Industrias y Obras Públicas, pero a partir de la Ley N° 1294/38 de Ministerios, como ya mencionamos, la Dirección de Salubridad fue absorbida por el Ministerio de Gobierno y Asistencia Social, acción que pone de manifiesto la importancia de la intervención que el Estado preveía en temas asistenciales. Esta cartera empezó a tener a cargo todo lo relativo a regímenes o sistemas carcelarios y de establecimientos penales y correccionales; el Patronato de Liberados y Menores; la protección del “sub-normal” (sordomudo, ciegos, delincuente, abandonado, etc.); los reformatorios, asilos y colonias; la protección a la madre y al niño; la legislación del trabajo; el seguro obrero y el seguro social; la salubridad; los hospitales, salas de primeros auxilios, consultorios, dispensarios y servicios sanitarios en general y la policía sanitaria. Además, de las subvenciones a hospitales, asilos, colonias o entidades de ayuda social.³²

La reorganización de la estructura ministerial demostraba, además, otra de las particularidades del progresismo de las gestiones locales, probablemente alimentado por los debates circulantes en el ámbito nacional³³ e internacional,³⁴ que comenzaba a desdibujar, en términos institucionales, las diferencias entre las áreas de asistencia social y salud, que a nivel nacional permanecían separadas.³⁵ Asimismo se revelaba la determinación de la centralización provincial en materia sanitaria, que además de delimitar programas de acción, ejecutaba y financiaba con fondos propios la Obra Pública vinculada.³⁶

32 Gobierno de Mendoza, 1942.

33 Hacemos referencias a las recomendaciones de la Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933, impulsada por el entonces Ministro del Exterior Saavedra Lamas, que instaban a la profesionalización de la ayuda social y la redefinición de las relaciones entre intervención estatal y asistencia pública. Krmpotic, 2002.

34 La acción del conjunto de organismos internacionales, como la Sociedad de Naciones o la Fundación Rockefeller sumado a los consensos alcanzados en las conferencias sanitarias (circulación y homogeneización de los modelos de políticas sanitarias) sirvieron para legitimar y dotar de mayor impulso a las demandas locales de centralización sanitaria. Biernat, 2016, p. 9.

35 Bacolla, 2016, p. 2.

36 De los hospitales y centros de salud ejecutados entre 1932 y 1943, la provincia recibió fondos de la Nación solo para uno: el hospital del departamento de Rivadavia,

Durante su primer año de gestión, Corominas elevó varios proyectos y dictó una serie de decretos tendientes a mejorar y ampliar las capacidades estatales para brindar servicios sanitarios.³⁷

En primera instancia, presentó un proyecto de Ley para arancelar las prácticas que dependieran de la Dirección de Salubridad referidas a la medicina curativa. Las mismas serían pagas para los pacientes de mayores recursos, reservándose la gratuidad de las mismas solo a los enfermos que pudieran demostrar real indigencia. Para el caso de la medicina preventiva, los servicios serían gratuitos, a excepción de las desinfecciones de locales comerciales y vehículos de transporte público.³⁸

Más tarde creó, mediante el decreto 781/38, dos comisiones cooperadoras de la obra que la provincia realizaba en los hospitales, una para la zona de centro y otra para el sur de la provincia, encargadas de promover y orientar cualquier tipo de contribución que pudieran hacer privados y particulares.³⁹ Los fondos obtenidos se destinarían a la reducción de la cantidad de internados en los hospitales facilitando la internación domiciliaria, a la protección después del alta de enfermos en situaciones de indigencia o pobreza, al auxilio a las familias de enfermos que quedaban sin recursos por la enfermedad, a la asistencia a las necesidades de los enfermos durante la internación (ropa, alimentos) y al mejoramiento del equipamiento hospitalario (instrumental, materiales de curación).⁴⁰

cuyo diseño fue realizado por la DPA. Para el resto de las obras se fueron emitiendo bonos de deuda interna como financiamiento. Raffa, 2018b.

37 Las características políticas de las capacidades estatales remiten a las posibilidades del Estado para imponer reglas y su habilidad para procesar las demandas sociales, políticas y económicas provenientes de la sociedad. Alonso, G. citada por Ortiz Bergia, 2012, p. 125.

38 La ley finalmente no fue aprobada por la legislatura.

39 Esta doble comisión respondía a la intención del Ejecutivo de conformar dos núcleos centrales hospitalarios en la provincia, uno con cabecera en la capital provincial, y otro en la ciudad de San Rafael. Sobre esto nos referiremos más adelante en el texto

40 MEOPyR, 1941, pp. 121-125.

Corominas formó también, a través del decreto 764/38, una Comisión encargada de la racionalización (organización administrativa y técnica, distribución de personal, provisión de drogas y suministros, etc.) de los servicios sanitarios de la provincia, presidida por el Director General de Salubridad, y compuesta por un grupo de médicos destacados entre los que estaban Pedro Notti, Carlos Padín, Luis Carrer, José Palma y Pedro Ivanissevich. Se intensificaba así, una práctica política recurrente del período: la convocatoria de grupos de expertos-asesores para llevar adelante, en este caso, las nuevas visiones de la gestión y la administración sanitaria.

Paralelamente, el gobernador puso en vigencia el reglamento de los concursos para proveer los cargos técnicos de la Dirección de Salubridad (Decreto 610/38). Fue en ese momento también, que desde el Ejecutivo se intentó dar un nuevo impulso a la propuesta de ley de creación de la Escuela Provincial Mixta de Enfermeros.⁴¹ El proyecto había sido presentado en 1937, durante la gobernación de Cano, por el legislador oficialista Félix Aguinaga. Finalmente la propuesta terminó convirtiéndose en ley en 1942, bajo el mandato del último de los gobernadores conservadores, Adolfo Vicchi.⁴²

Pese a los avances logrados en materia sanitaria, el Ejecutivo provincial reconocía como deficiencia del sistema, la existencia de hospitales conformados por pabellones dispersos, que entre otras cosas elevaban el costo del mantenimiento de los nosocomios, dificultando su funcionamiento y suponían un riesgo para la salud de los enfermos que debían deambular entre pabellones a la intemperie.

Corominas decidió entonces definir la conformación de una Comisión para el Estudio de la Construcción del Hospital Central (Decreto 763/38) que se desarrollaría bajo la tipología monobloque.⁴³

41 Hirschegger, 2019.

42 El objetivo de la Ley 1492 fue la creación de un cuerpo técnico consciente de la misión sanitaria que se les encomendaba. MEOPyR, 1941, pp. 126-127. Al momento de la aprobación de la ley Aguinaga era el Director de Salubridad de la provincia.

43 Por las fuentes que manejamos no hemos podido detectar negociaciones/conflictos entre técnicos y políticos en relación a la ejecución del Central. Sin embargo, resulta una constante durante el período conservador, la conformación de comisiones

El proceso de construcción política y técnica del Central

La provincia de Mendoza contaba hacia 1930 con 1045 camas distribuidas en todos los hospitales, con una suma total de internados que llegó en ese año a 12 496.⁴⁴ En 1938 ya sea por la ampliación de los edificios o por la creación de nuevos hospitales, el total de camas llegó a 1646, con un movimiento de 22 317 internados en dicho año.⁴⁵ Pese al incremento de camas, el coeficiente de utilidad estaba muy por debajo de lo necesario para la provincia, que en 1938 debió haber podido atender alrededor de 40 000 enfermos.⁴⁶

Para el gobierno, la solución a este problema no estaba en el aumento sistemático de camas, sino en la eficiencia de la atención: era necesario concentrar el movimiento de enfermos en un lugar con mejor asistencia médica y reducir la estadía del paciente en el hospital a su justa necesidad. El enfermo debía concurrir a un centro de asistencia donde hubiese todos los elementos necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

En efecto, no todos los hospitales habilitados en la provincia contaban con todos los servicios. Algunos carecían de laboratorio para análisis clínicos, de salas de operaciones o servicio de RX, y en la mayoría de los casos el personal técnico era limitado. Al no resultar posible para la provincia elevar el nivel de todos los hospitales existentes a las exigencias científicas del

técnicas que acuerdan las formas de materializar los proyectos de envergadura (Colonias para Menores, Casas Colectivas, etc.). Una práctica que entendemos, funciona como estrategia para disminuir tensiones entre técnica y política, y como forma de legitimar a través del saber de expertos, los proyectos encarados ante la sociedad.

44 Las camas estaban distribuidas de la siguiente manera: Emilio Civit 370, San Antonio 235, Carlos Ponce (denominación que recibió el hospital Lencinas luego de la revolución del 30) 220, Hospital de San Rafael 150, Hospital de San Martín 40 y Diego Paroissien 30. MEOPyR, 1941, pp. 140-141.

45 En este caso la distribución aproximada de camas en los hospitales era la siguiente: Emilio Civit 650, Lagomaggiore (antiguo Lazareto) 136, San Antonio 266, Carlos Ponce (Lencinas) 230, Hosp. en San Rafael 174, 6 de Septiembre (Tunuyán) 22, Diego Paroissien 30, Hosp. en San Martín 58, Hosp. en Gral. Alvear 60, Hosp. en Rivadavia 20. MEOPyR, 1941, pp. 140-141.

46 *Ídem.*

El planteo de centralización sanitaria y edilicia propuesto, se apoyaba en distintas razones. Además de las desventajas vinculadas a la poca eficiencia de los conjuntos arquitectónicos dispersos que ya hemos mencionado, desde la segunda década del siglo XX, los avances médicos en la rama de la bacteriología, principalmente, habían disipado la idea que los pabellones aislados disminuían los riesgos de contagio de cualquier tipo.

En términos económicos, además, los costos elevados de grandes extensiones de terreno en áreas centrales y de la construcción de conjuntos hospitalarios extendidos, sumados a la influencia de arquitectura de circulación internacional de tipo monobloque, fueron derivando en la concreción de la propuesta. Primero los Estados Unidos⁵⁰ y más tarde Europa,⁵¹ urgida por las guerras mundiales, fueron reemplazando los antiguos conjuntos hospitalarios o completando la asistencia a la salud mediante la construcción de hospitales con nuevas premisas funcionales en términos sanitarios, pero también arquitectónicos.

Las principales ventajas eran de orden financiero y físico. Las circulaciones fundamentales se realizaban en sentido vertical por medios mecánicos para personas y elementos; se eliminaba un alto porcentaje de las horas de trabajo insumidas por el personal en desplazarse en los viejos hospitales; el transporte de enfermos se realizaba siempre a cubierto; los servicios técnicos del hospital y otros servicios específicos al estar ubicados en la misma unidad arquitectónica ganaban en eficiencia y economía de los recorridos, ejerciendo un mejor control sobre las prestaciones, y la relación entre los servicios a los pacientes era fácil y económica.

50 Uno de los primeros fue el Hospital de la Quinta Avenida en Nueva York, construido en 1920. En el período de entre-guerras se construyeron en los Estados Unidos más de un millar y medio de hospitales con la tipología, al tiempo que se cerraban seiscientos de los antiguos establecimientos. En varios países de Latinoamérica se adoptó esta nueva tipológica de influencia norteamericana, uno de los casos es el hospital de Montevideo de 1935 de 21 pisos. Cottini, 1975.

51 En el caso europeo, el monobloque fue empleado en soluciones que requerían programas limitados a reducidas capacidades, su implementación fue más lenta y son observables propuestas con predominio vertical u horizontal de las circulaciones, o con la combinación de ambas. *Ídem*.

Esas concepciones, como lo explica Karina Ramacciotti, formaban parte del pensamiento de época con una clara influencia del taylorismo (en referencia al ingeniero estadounidense Taylor) que pugnaba por efectuar operaciones racionales, en este caso en el ámbito sanitario, para aumentar el rendimiento de manera que pudieran atenderse mayor cantidad de personas en menor tiempo.⁵²

En lo formal, las nuevas propuestas adoptaban el lenguaje de la arquitectura moderna (ventanas continuas, superficies lisas, losas, aleros y voladizos, cubiertas habitables, nuevos materiales), con pretensiones simbólicas acotadas respecto de otros lenguajes estéticos, pero con eficacia.

Así, en septiembre de 1938, a través del Decreto 763, se creó una Comisión para que estudiara las características que debía tener el edificio para el hospital general y su ubicación más favorable. La Comisión estuvo presidida por el director general de Salubridad, médico Carlos Puga, y conformada por el director de Arquitectura de la provincia, Manuel Civit, el asesor técnico de Ministerio, ingeniero Alvise Bevilacqua y los médicos, Alfredo Metreaux, Pedro Calderón y Francisco Correas.

En abril de 1939, y a partir de un pedido del director de Salubridad, un grupo de los integrantes de la Comisión conformado por Manuel Civit, Pedro Calderón y Francisco Correas, viajó a Buenos Aires con el fin de estudiar como antecedentes, los planos y la distribución funcional de los nuevos hospitales que, con tipología monobloque, se estaban levantando. Fueron visitadas las obras de los Hospitales Británico (construido entre 1930 y 1942) y Tornú (1934), el Instituto de Cirugía del Hospital Durrand y el Hospital Quirúrgico de Haedo (iniciado en 1938 y concluido en 1942); también se familiarizaron con los planos definitivos del Hospital Fernández (construido entre 1939 y 1943) y accedieron a un grupo de instituciones privadas como el Sanatorio Otamendi Miroli y la Clínica del Centro de Obreros Católicos (1938).

Reunidos los antecedentes y teniendo en cuenta las características sísmicas de Mendoza que no permitirían la construcción de un monobloque vertical, la Comisión propuso en un informe presentado en julio de 1939, adoptar un tipo mixto entre el vertical y el horizontal que cubriera las necesidades de orden técnico y las condicionantes de carácter económico y

52 Ramacciotti, 2009, pp. 97-110.

administrativo.⁵³ Paralelamente, la Comisión emprendió un estudio para determinar la mejor ubicación para el emplazamiento del hospital.

Características funcionales y arquitectónicas

A partir el informe de la Comisión, la DPA previó para el hospital una estructura antisísmica de hormigón armado (HA) y mampostería de ladrillo, pisos acústicos, revoques y revestimientos impermeables y carpintería de madera enchapada con persianas. Los herrajes serían de bronce niquelado especial.

El edificio contaría con dos plantas de subsuelo, planta baja, seis pisos y una azotea. Con una extensión en horizontal que permitiera la ubicación de 500 camas y de las dependencias necesarias, sus dimensiones ascendieron a 123,10 m de largo, 64,45 m de ancho y 42 m de alto.

Se realizó un estudio pormenorizado de las circulaciones de médicos y pacientes, para posibilitar entre otras cosas que los enfermos externos no tuvieran contacto alguno con los internados. De esta manera los consultorios externos, RX, farmacia, laboratorios, etc., tendrían un sector de ingreso y egreso específico.

El policlínico tendría además un servicio de transfusión sanguínea; un servicio general de radiología con radioterapia; una farmacia; un comedor en cada piso, transformable en sala de recreo y lectura para los convalecientes; depósitos en cada servicio que sirvieran de almacenaje de medicamentos, útiles de clínica, elementos de curaciones, etc. Se previó una distribución eficiente de los alimentos; iluminación y calefacción modernas y prácticas. Por sus costos la provisión de AA quedaría reservada a las salas de operaciones y se instalaría una central telefónica que permitía la comunicación interna y con el exterior.

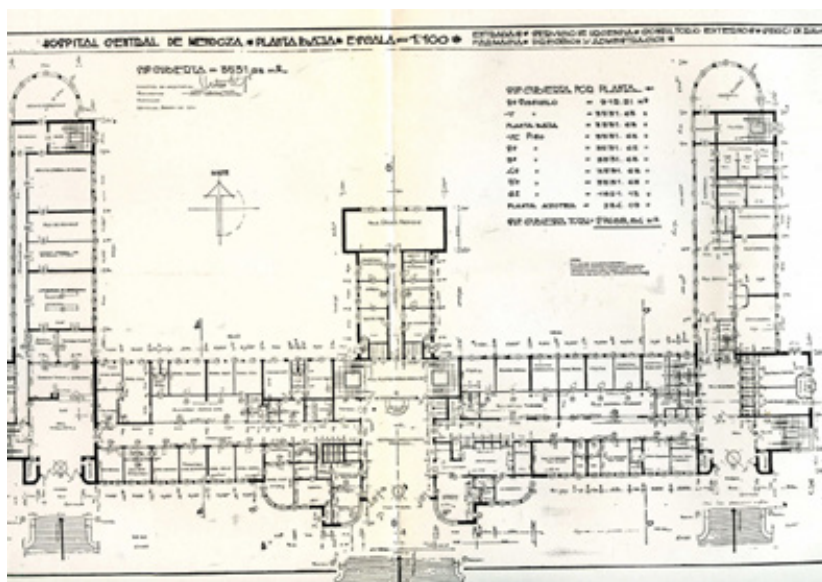
Las quinientas camas se agruparían como máximo cada ocho y se distribuirían de la siguiente manera: cien camas para las especialidades de oído, nariz y garganta, oftalmología, odontología y urología; doscientas camas para el servicio de clínica médica que comprendía las ramas de cardiología, gastroenterología y neurología, entre otras; doscientas camas para cirugía general, incluyendo traumatología y ortopedia. En el edificio habría

53 MEOPyR, 1941, pp. 146 y ss.

un departamento para las Hermanas de la Caridad, uno para el director del hospital y otro para los médicos internos.⁵⁴

El anteproyecto arquitectónico presentado por la DPA, fue aprobado por la Comisión Asesora en octubre de 1939. Rodeado de jardines y espacios para estacionamiento, el “Central” proyectaba la imagen de una máquina de curar aséptica y eficiente. Su lenguaje arquitectónico moderno contribuía a la alimentación de esa imagen.

Técnicos y políticos consideraban que el policlínico proyectado subsanaría desde las falencias de confort y aseo de los antiguos hospitales hasta las deficiencias de atención médica, administración y organización. Aquellos aspectos que escaparan al régimen hospitalario, serían atendidos por las Asociaciones Cooperadoras, que visitarían los hogares de los internados, para cerciorarse de la alimentación de los niños, su escolarización y de los aspectos económicos de la familia; simultáneamente, formarían pequeñas bibliotecas en las salas, donde los enfermos pudieran recrearse.⁵⁵ Con el Central, se completaba, el ciclo de regulación de conductas y acciones vinculadas a la asistencia social de la gestión conserva



Imágenes 6 y 7. Planta baja y maqueta del edificio. Fuente: MEOPyR, 1941

⁵⁴ MEOPyR, 1941, pp. 150-163.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 150.

dora (salud, educación y vivienda) que incluyó un conjunto de escuelas rurales y urbanas y proyectos para casas individuales y colectivas.⁵⁶

Sobre el lugar de emplazamiento

“Las técnicas modernas en construcciones todo lo prevén y todo lo proveen”, afirmaba el informe de la Comisión sobre la propuesta de ubicación en un área central de la Ciudad del nuevo hospital policlínico. Debido a que, efectivamente, los principios del gran aire y plena luz que se tenían como guías para la localización de los nosocomios de principios de siglo XX, habían pasado a ser necesidades secundarias. La renovación del ambiente a través de equipos de climatización y solárium utilizables en cualquier momento del año, y la característica de ser un hospital de Clínica y Cirugía, que excluía enfermos infecciosos y niños, posibilitaron arribar a la conclusión que lo importante era que el policlínico estuviera “(...) al alcance de todos (...)”, “(...) a la vista en su eficiencia y estructura (...)”.⁵⁷

De los terrenos vistos y estudiados por la Comisión, el ubicado entre las calles Alem, Montecaseros, Salta y Garibaldi de la capital provincial, resultó el más propicio para la construcción del hospital.

El terreno, con una superficie total de 36 460 metros cuadrados, dejaría lugar a las obras de urbanismo propuestas; además, era un sitio que reunía las mayores ventajas y fácil acceso en todo sentido. De toda su superficie, 21 000 metros cuadrados correspondían a terrenos municipales, por lo cual el monto de las expropiaciones a particulares se vería considerablemente reducido. Finalmente, la ubicación a la entrada de la ciudad, sobre una ruta nacional, sería la manifestación (buscada) de una obra de una gestión política que se autodenominaba como “(...) de gran aliento popular”.

El hospital allí construido, además, colaboraría en el embellecimiento de un barrio que servía de acceso a la ciudad y simultáneamente resolvería un problema de urbanismo que el Gobierno estaba interesado en abordar con la organización de un plan urbano para la ciudad capital y los departamentos aledaños,⁵⁸ y para cuya ejecución recibía asesoramiento de los

⁵⁶ Raffa, 2009.

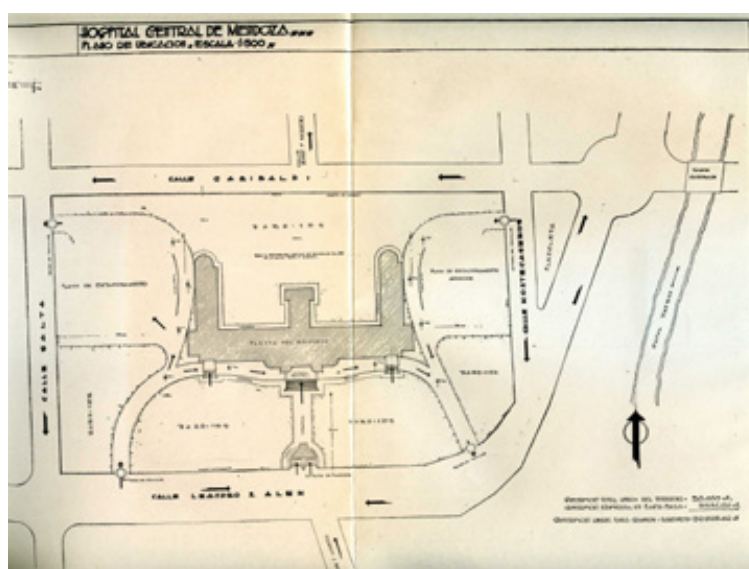
⁵⁷ *Ibidem*, p. 199.

⁵⁸ Raffa, 2016a.

arquitectos Alberto Belgrano Blanco y Fermín Bereterbide de la Sociedad Central de Arquitectos.

Fueron estos arquitectos, quienes en respuesta a la consulta del Ejecutivo sobre la localización del hospital, apoyaron la propuesta de la Comisión destacando lo adecuado del terreno por razones de centralización demográfica, accesibilidad y salubridad, como así también por su forma y tamaño.

Recibidos el informe de la Comisión y de los urbanistas asesores, Corominas Segura decretó, en marzo de 1940, se declarasen de utilidad pública alrededor de veinte propiedades particulares y cuatro pertenecientes a la Municipalidad de la Capital, elevándose a un total aproximado de pesos moneda nacional de 458 718, 52 el costo de las expropiaciones (Decretos 158-E y 198-E).⁵⁹



Imágenes 8 y 9. Ubicación del hospital (rojo) respecto del centro de la ciudad (verde) y planimetría del edificio. Fuente: elaboración propia y MEOPyR, 1941.

⁵⁹ En julio de 1940, el Ministro de Economía, Obras Públicas y Riego José Alurralde, junto a sus hermanos, ofreció al Ejecutivo un terreno en la calle Olascoaga de la ciudad capital, en donación para que se levante allí el Hospital Central. Esta donación tenía como objetivo que el Estado provincial ahorrara el monto previsto para las expropiaciones. El Ejecutivo decide mantener la ubicación primigenia prevista para el hospital y rechaza por decreto 673-G, de septiembre de 1940, la donación. MEOPyR, 1941, p. 231.

Licitación y obras

En abril de 1940, a través del expediente 1106- A, la DPA elevó al Ejecutivo los planos, el presupuesto global, las bases de licitación y especificaciones técnicas particulares de la obra para el Hospital Central de Mendoza. A través del apoyo legislativo, las Leyes N° 1326 y 1351 autorizaron a destinar a la construcción del hospital pesos moneda nacional 800 000 y pesos moneda nacional 3000000, respectivamente. Asimismo, la provincia recibió como contribución del Estado Nacional, la suma de pesos moneda nacional 400 000 aprobada por la Ley Nacional N° 12 576.

El aviso de licitación se publicó por primera vez en mayo de 1940 en los diarios La Nación, Noticias Gráficas, La Razón y La Fronda de la Capital Federal, y Los Andes y la Libertad, de Mendoza. En junio de ese mismo año, el Ejecutivo decidió conformar una nueva Comisión para que lo asesorase técnicamente sobre la adjudicación de la licitación. El grupo de expertos estaba compuesto por el arquitecto Arturo Civit, director de la DPA, y varios ingenieros entre los que estaban el asesor técnico del MEOPYR, Alvise Bevilacqua; el director técnico de la Comisión de Estudios y Obras de Riego e Hidráulica, Ludovico Ivanissevich; el decano de la Facultad de Ciencias de la UNCuyo, Edmundo Romero y el Jorge Giménez. Actuó como secretario de la Comisión el también ingeniero, Alfredo Beltrán Plos.

Ante el interés de numerosas empresas constructoras en la operatoria, se decidió extender el plazo de presentación de ofertas un mes. Se presentaron empresas nacionales y locales, estas últimas asociadas transitoriamente teniendo en cuenta la envergadura de la obra,⁶⁰ resultando beneficiaria de la licitación la Compañía Argentina de Construcciones Acevedo y Shaw SA, que había realizado la oferta más baja para la edificación del hospital, que ascendía a la suma de pesos moneda nacional 4 044 503, 34. Además, la empresa había extendido la propuesta de la DPA de realizar algunos muros transversales y longitudinales en HA a todo el edificio, con lo cual, el Central quedaría conformado como un edificio monolítico de hormigón, recubriendo los muros exteriores con mampostería de ladrillos

60 Las compañías que pasaron el estudio de la Comisión fueron: Lucas Sarcinella e hijos, Miguel Rosso e hijos y Julio Coppo; Compañía Platense de Construcciones Siemens- Bauunion S.A.; Antonio D´Elia; GEOPE, Compañía General de Obras Públicas S.A.; Bocazzi S.A., Compañía General de Construcciones S.A.; Polledo Hnos. y Cía.; Sollazo Hnos.; Compañía de Construcciones Civiles S. A. y Lucio Cherny.

huecos. El sistema constructivo se ajustaba así, a las técnicas más modernas en materia de cálculos antisísmicos.

El 7 de septiembre de 1940, por decreto 575-G del Ejecutivo, se aprobó el contrato celebrado entre la DPA y la empresa Acevedo y Shaw SA para la construcción del Hospital Central de Mendoza. El 11 de febrero de 1941, poco antes de dejar la gobernación Corominas Segura, se realizó el acto de colocación de la piedra básica del hospital. En un bloque de granito, se introdujo un tubo de plomo con un pergamino que relataba los detalles de la ejecución de la obra y que fue firmado por las autoridades.

El proceso de construcción del “Central” fue extenso. Los embates de la crisis producida por la Segunda Guerra Mundial, elevaron los costos y dificultaron la ejecución. De un cálculo inicial en 1938 de pesos moneda nacional 8000 de costo utilitario por cama, se llegó a pesos moneda nacional 14 000 en 1940. Algunos materiales aumentaron alrededor de un 60% sus precios.⁶¹ También, la obra se vio afectada por demoras de la empresa constructora.⁶²

Apenas iniciado su mandato en marzo de 1941, Adolfo Vicchi, conformó una nueva Comisión Asesora para realizar un estudio racional que contemplara los servicios que, una vez inaugurado el Central, tendrían el resto de los nosocomios.⁶³ La convocatoria de especialistas tenía por objetivo además, la planificación de las inversiones para solucionar el

61 Informe del Ministro de Economía, Obras Públicas y Riego a la Cámara de Diputados de la provincia, Agosto 1940. MEOPyR, 1941, pp. 217 y ss.

62 En 1940, la empresa interpone un recurso contencioso-administrativo solicitando la eximición del pago del gravamen que correspondía por el sellado del contrato de construcción del Hospital. Dicho recurso fue desestimado por el Ejecutivo mediante decreto 202-F de julio de 1941. Mediante el decreto 654 del mismo mes y año, el Ejecutivo emplazó a la empresa para que en un plazo no mayor a 15 días, instalase una oficina técnica en la ciudad de Mendoza, encargada de solucionar los problemas que planteaba la ejecución de la obra. Vicchi, 1942b, pp. 177 y 270.

63 Integrantes: director de Salubridad, Félix Aguinaga; los médicos Alfredo Metreaux y Pedro Calderón; el director de la DPA, Arturo Civit y el contador general de la provincia José Nudo. Vicchi, 1942a, p. 28.

problema hospitalario en Mendoza, un propósito que la gestión conservadora no llegó a concretar.⁶⁴

Durante su gestión, Vicchi aprobó por Decreto varias obras complementarias, necesarias para la habilitación del Hospital.⁶⁵ En 1942, se hizo una inversión aproximada de pesos moneda nacional 662368, que incluyó la construcción de una cámara frigorífica para la morgue, de una lavandería para ropa quirúrgica (D 983); la provisión de cocinas y accesorios (D 1084); la instalación de los consultorios odontológicos (D 1086/); la instalación de los servicio de oxígeno, anhídrido carbónico y aspiración para diez grupos operatorios (D 1343); la adquisición de ropa de cama (D 1112); la provisión de camas, sillas y accesorios (D 1113); las instalaciones para esterilización (D 1285). A ese monto inicial se sumaron pesos moneda nacional 686 614,21, aprobados mediante la Ley N° 1490/42, que cubrirían el aumento de costos de las obras complementarias y adicionales: construcción, instalaciones y nuevos servicios, jardines, etc.⁶⁶

Con el Golpe de Estado de 1943, las obras se paralizaron temporalmente.

En enero de 1944, la provincia de San Juan sufrió un terremoto devastador. Por orden de las autoridades nacionales y provinciales, se abrió de urgencia el “Central” para recibir a la gran cantidad de heridos que llegaban a Mendoza, lo que da cuenta de su importancia en el marco regional. En el nosocomio se atendieron 577 mujeres y 383 hombres.⁶⁷

Al tiempo que se trasladaban heridos, se procedía al acondicionamiento general del edificio. Desde otros hospitales se transportaron al “Central”, por ejemplo, los elementos necesarios para realizar intervenciones quirúrgicas.⁶⁸

64 *Ibidem*, pp. 28-31.

65 En junio de 1941, el Ejecutivo ordena por decreto la emisión de la 3° serie de títulos denominados “Obras Públicas de la provincia de Mendoza”, por un monto nominal de pesos moneda nacional 5 150 000. Parte de lo recaudado por la venta de títulos se destinó a las obras del Central. Vicchi, 1942 b, p. 145 y ss.

66 Vicchi, 1943, p. 667.

67 Los primeros equipos médicos llegaron desde Mendoza a pocas horas de ocurrido el movimiento telúrico. Sobre el terremoto de San Juan, la reconstrucción de la ciudad y el contexto político, sugerimos Healey, 2012.

68 *Los Andes* (16 de enero de 1944).

Mediante el Decreto-acuerdo 496/44, la Intervención Federal autorizó distintas partidas incluidas en el Plan de Obras Públicas, que ascendieron a la suma de pesos moneda nacional 2 480 000.

Si bien no todos los servicios estaban en funcionamiento, el 19 de agosto de 1945, terminó inaugurándose formalmente el Gran Hospital Central de Mendoza, con un valor de inversión de alrededor de pesos moneda nacional 7 451 000, de los cuales la Nación aportó pesos moneda nacional 756 599,06,⁶⁹ superando varios de los presupuestos anuales del período previstos para la construcción de Obra Pública en Mendoza.⁷⁰



Imagen 10. Fotografía del Central en funcionamiento. Fuente: archivo AHTER

⁶⁹ *Los Andes* (20 de agosto de 1945).

⁷⁰ En comparación la inversión total que se realizó en la construcción del Central, superó algunos presupuestos anuales de Obras Públicas de la provincia cuyos montos iniciales fueron por ejemplo para 1938 de pesos moneda nacional 3 000 000 y para el año 1939 de pesos moneda nacional 5 750 000. Raffa, 2018a.

El “Central” iniciaba así una nueva etapa en la acción técnica del Estado, al servicio de la salud popular.⁷¹

Conclusiones

Mendoza había experimentado un crecimiento poblacional sostenido durante la primera mitad del siglo XX, procesos migratorios internos sumados a la llegada de inmigrantes habían producido impacto en la ciudad Capital y en el resto de los núcleos urbanos de la provincia. Más niños en las escuelas, más obreros necesitados de vivienda digna y decorosa y más enfermos con necesidades de atención sanitaria, impulsaron la implementación de políticas públicas que, al tiempo que aumentaban los vínculos (siempre regulados) entre Estado y población, intentaban paliar las necesidades básicas.

De 16 000 hospitalizados y 388 000 consultas en consultorios externos en 1932, se pasó a 25 000 enfermos internados y 1 263 000 atenciones en consultorios en 1940. Estas cifras respondían tanto al aumento de la población local, a la afluencia de enfermos de otras provincias, como también a la ampliación del radio de acción y mejoramiento progresivo del servicio sanitario durante el ciclo conservador, cuya mayor evidencia es el incremento de equipamiento construido para el funcionamiento de los servicios sanitarios.

En ese marco el Central sintetiza de alguna manera las características políticas del conservadurismo del período analizado, en lo relacionado a la eficiencia y la economía: el objetivo de técnicos y políticos era que ese hospital resolviera los problemas hospitalarios de Mendoza, centralizando la asistencia médica para lograr el máximo rendimiento. Un objetivo que aún hoy, las distintas gestiones políticas no pueden alcanzar.

Más allá de aquel propósito, el “Central” significó en aquel momento una mejora en la asistencia sanitaria provincial y regional. La obra fue una muestra de la capacidad administrativa de la gestión conservadora pro-

71 De acuerdo con la Intervención Federal, en 1934 la inversión en servicios sanitarios en Mendoza había sido de pesos moneda nacional 2 431 860, en 1939 pesos moneda nacional 3 137 770 y en 1944 pesos moneda nacional 4 800 000. *Los Andes* (20 de agosto de 1945).

vincial, en el marco de políticas que comenzaban a integrar previsión, asistencia social y atención médica.

En términos arquitectónicos, el “Central” fue un proyecto de avanzada que remarcó, como lo habían hecho otros proyectos de arquitectura pública del período, la posición vanguardista de la gestión política y técnica provincial basada en un capital cultural común a los agentes, que les permitía proyectar obras de envergadura, con mucha inversión provincial. Las realizaciones en Mendoza estuvieron a la par del equipamiento público moderno que se construía en las principales ciudades argentinas (Santa Fe y Buenos Aires, particularmente) y en varias de urbes de América y Europa.

El “Central” fue planteado por sus impulsores como un núcleo de gran significación sanitaria, pero también social. Se consideraba que para el personal de la medicina y de la enfermería, sería un aliciente para el trabajo y un estímulo para avanzar en la realización de una verdadera carrera hospitalaria; para los enfermos, el hospital moderno supondría la solución a los males en un ambiente agradable y científico. Por otro lado, para los técnicos y los políticos esta obra de arquitectura significaba seguir imponiendo, en términos materiales y simbólicos, como se había hecho en otros proyectos del ciclo (vivienda social, colonias para menores), la intención de regular conductas, comportamientos y modos de vida.

Fecha de recepción: 7 de enero de 2019

Fecha de aprobación: 9 de agosto de 2019

Fuentes primarias

Cano, G. (1936). *Informe Anual sobre la marcha de la Administración Pública, Período 1935-1936 del gobernador de la provincia Dr. Guillermo Cano a la Honorable Legislatura*. Mendoza: Ed. Oficial.

Cano, G. (1938). *3 Años de Gobierno*. Mendoza: Ed. Oficial.

Corominas Segura, R. (1942). *Labor de Gobierno 1938-1941*, t. 1. Mendoza: Ed. Oficial.

Dirección de Estadísticas de la provincia de Mendoza (1938), *Anuario 1937*. Mendoza: Ed. Oficial.

Gobierno de Mendoza (1942). *Recopilación de Leyes*, t. I, s. 3. Mendoza: Ed. oficial.

Diario *Los Andes* (Mendoza, 1938-1945).

Ministerio de Economía, Obras Públicas y Riego (1941), *Memorias 1938-1941*, t. VIII. Mendoza: Ed. Oficial.

Población de la provincia de Mendoza, s/f, Archivo Departamento de Estadísticas y Censos, Caja: Población.

Vicchi, A. (1942a). *Labor Gubernativa (marzo-junio 1941)*, (t.1), Mendoza, Ed. Oficial.

Vicchi, A. (1942b). *Labor Gubernativa (julio-septiembre 1941)* (t. 2). Mendoza: Ed. Oficial.

Vicchi, A. (1943). *Labor Gubernativa (julio 1942-enero 1943)* (t. 5). Mendoza: Ed. Oficial.

Bibliografía

Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En A. Cattaruzza (dir.), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, t. 7 (pp. 283-329). Buenos Aires: Sudamericana.

Bacolla, N. (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones*, 44, recuperado de <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe023>

Ballent, A. (2005). Kilómetro cero. La construcción del universo simbólico del camino en la Argentina de los años treinta. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, 27, 124-148.

Ballent, A. (2008). Ingeniería y Estado: la red nacional de caminos y las obras públicas en la Argentina, 1930-1943. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15(3), 827-847.

Belmartino, S. (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40. *Salud Colectiva*, 3(2), 177-202.

Biernat, C. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización sanitaria argentina (1880-1945). *Trabajos y Comunicaciones*, 44, recuperado de <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe021>

Bohoslavsky, E. y Di Liscia, M. S. (2008). La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-1940. *Asclepio*, LX, 2, 187-206.

Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (eds.) (2010). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: UNGS – Prometeo.

Cerdá, J. M. (2011). *Condiciones sociales, condiciones de vida y vitivinicultura. Mendoza 1890-1950*. Buenos Aires: UNQ.

Cirvini, S. (1989). El ambiente urbano en Mendoza a fines del siglo XIX. La higiene social como herramienta del proyecto utópico del orden. En M. Rodríguez y H. Cerutti (comps.), *Arturo Andrés Roig. Filósofo e historiador de las ideas*. México: Univ. de Guadalajara.

Cottini, A. (1975). *El hospital, un organismo en constante evolución*. Mendoza: Idearium. Recuperado de <http://www.um.edu.ar/ojs-new/index.php/RUM/article/view/515>

D'Agostino, V. y Banzato, G. (2015, 23 al 24 de abril). *Funcionarios y políticas sobre el territorio en la Provincia de Buenos Aires: El Departamento de Ingenieros, 1875-1913*. Ponencia presentada en el Decimoquinto Congreso de Historia de los Pueblos de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trabeventos/ev.4113/ev.4113.pdf>

Di Liscia, S. (2007). Dificultades y Desvelos de un Estado interventor. Instituciones, salud y sociedad en el Interior Argentino. La Pampa, 1930-1946. *Anuario IEHS*, 22, 93-123.

Fernández, E. y Rosales, M. del C. (2016). Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950). *Trabajos y Comunicaciones*, 44, recuperado de <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe024>

Gruschetsky, V. (2012). Saberes sin fronteras. La vialidad norteamericana como modelo de la Dirección Nacional de Vialidad, 1920-1940. En M. Plotkin y M. Zimmermann (dirs.), *Los saberes del Estado* (pp. 185-211). Buenos Aires: Edhasa.

Healey, M. (2012). *El peronismo entre las ruinas. El terremoto y la reconstrucción de San Juan*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Hirschegger, I. (2018a). El sistema sanitario durante el neoconservadurismo en Mendoza: problemas y propuestas de cambio entre 1932 y 1943. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 18 (2), recuperado de <https://doi.org/10.24215/2314257Xe078>

Hirschegger, I. (2018b). La salud pública: cambios institucionales, recursos y ejecuciones. En Raffa, C. y Hirschegger, I. (dirs.), *Proyectos y concreciones. Obras y políticas públicas durante el primer peronismo en Mendoza (1946-1955)*. Mendoza: IHAYASCTyP, UNCUYO.

Hirschegger, I. (2019). La Escuela Mixta de Enfermeros de 1942: una apuesta a la profesionalización de la enfermería en Mendoza. *Trabajos y Comunicaciones*, 49, recuperado de <https://doi.org/10.24215/23468971e084>

Krmpotic, C. (2002). La Conferencia Nacional de asistencia social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal. *Scripta Ethnologica*, 24, 37-57.

Korol, J. C. (2001). La Economía. En A. Cataruzza (dir.), *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)* (t. VII) (pp. 17-47). Buenos Aires: Sudamericana.

Luis, N. (2018). *La alpargata en el espacio público. Los efectos de la política lencinista en el espacio público mendocino, 1918-1928* (tesis doctoral inédita). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Macor, D. y Bacolla, N. (2009). Centralismo y modernización técnica en la reformulación del Estado argentino. El caso provincial santafecino, 1930-1950. *EIAL*, 20(2), 115-138.

Ortiz Bergia, M. J. (2012). La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba-Argentina, 1930-1943. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LXIV(1), 121-146.

Ortiz Bergia, M. J. (2015). La compleja construcción del Estado intervencionista. Lógicas políticas en la conformación de una estructura estatal provincial, 1930-1955. *Trabajos y Comunicaciones*, 42, recuperado de <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyC2015n42a01>

Palermo, S. (2011). Los desafíos de la democratización del progreso: el radicalismo y la expansión de los ferrocarriles del Estado, 1916-1930. *Travesía*, 13, 93-125.

Parera, C. (2012). *Arquitectura pública: entre la burocracia y la disciplina. Intervenciones de Nación y Provincia durante la larga década de 1930*. La Plata: Facultad de Arquitectura y Urbanismo UNLP. Recuperado de [https://www.academia.edu/21133537/Arquitectura pública entre la burocracia y la disciplina. Intervenciones de Nación y Provincia durante la larga década de 1930](https://www.academia.edu/21133537/Arquitectura_pública_entre_la_burocracia_y_la_disciplina._Intervenciones_de_Nación_y_Provincia_durante_la_larga_década_de_1930)

Piazzesi, S. (2009). Conservadores en Provincia. *El iriondismo santafecino 1937-1943*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Ponte, R. (2005). *El Carmen. Hospital de la Filantropía (1895-2005)*. Mendoza: INCIHUSA-OSEP.

Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

Raffa, C. (2007). El imaginario sanitario en Mendoza a fines del siglo XIX: obras de higiene y salubridad durante la intendencia de Luis Lagomaggiore (1884-1888). *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 2, 173-200.

Raffa, C. (2009). La vanguardia racionalista a Mendoza: la obra de los arquitectos Manuel y Arturo Civit. *Revista de Historia de América*, 139, 181-205.

Raffa, C. (2015). Individuales y colectivas. La vivienda popular en la agenda técnica y política del período conservador (Mendoza 1932-1943). *Revista de Historia Americana y Argentina*, 50(2), 37-63.

Raffa, C. (2016 a). *Plazas Fundacionales. El espacio público mendocino entre la técnica y la política (1910-1943)*. Mendoza: Ed. Autora.

Raffa, C. (2016 b). Propuestas técnicas y prácticas políticas: arquitectos en la Dirección de Arquitectura (Mendoza, 1932-1955). En F. Rodríguez Vázquez y C. Raffa (coords.), *Profesionalizando un Estado provincial, Mendoza (1890-1955)* (pp. 84-111). Mendoza: IHAYA-UNCuyo.

Raffa, C. (2018 a). Arquitectura pública y asistencia social en Mendoza: obras para el amparo de menores (Argentina, 1932-1943). *Coordenadas. Revista de Historia Local y Regional*, V(1), 22-38.

Raffa, C. (2018 b). El avance del Estado: arquitectura y políticas públicas en el territorio (Mendoza, Argentina, 1932-1943). *Avances del Cesor*, 15(19), 25-47.

Richard-Jorba, R. (2011). Los gobiernos radicales de los Lencinas en Mendoza. Salud pública y vivienda popular, 1918-1924. Rupturas y continuidades con el orden conservador. *Avances del Cesor*, VIII(8), s/p.

Rigotti, A. M. (2012). Las promesas del urbanismo como alternativa tecnocrática de gestión (1928-1958). En M. B. Plotkin y E. Zimmermann (comps.), *Saberes de Estado* (pp. 159-183). Buenos Aires: Edhasa.

Rigotti, A. M. (2014). *Las invenciones del urbanismo en Argentina (1900-1960). Inestabilidad de sus representaciones científicas y dificultades para su profesionalización*. Rosario: UNR Editora.

Salerno, E. (2015). Los ingenieros, la tecnocracia de los Ferrocarriles del Estado. *H-indistri@*, 16(9), recuperado de <http://ojs.econ.uba.ar/ojs/index.php/H-ind/article/view/802/1439>