

Arquitectura de Sistemas –ADS- y Modelo de Salud Desarrollista. El caso de los Concursos Nacionales de Croquis Preliminares para Hospitales Nacionales (1970-1971)

Arq. José Bjerring (FADU/UNLP)

Del Modelo Asistencialista Justicialista, al Modelo Desarrollista. Breve reseña histórica. Décadas del 40/50:

Los Concursos para los Hospitales Nacionales, enmarcados dentro de la reestructuración a escala territorial propuesta por el Programa Nacional de Planeamiento Físico y Arquitectura¹, evidencian el compromiso y la apuesta del Estado en este emprendimiento. Para poder entender la repercusión a nivel social de una empresa de esta magnitud, es preciso conocer la importancia y desarrollo que el Hospital Público alcanza en nuestro país, durante las décadas del 40 y 50, en el período previo al de nuestro interés, durante el cual, el crecimiento de las exportaciones del agro y el proceso de industrialización de posguerra tienen dos consecuencias principales que afectan al sector de la salud:

1. La aparición de una clase obrera, que a través de los sindicatos, se constituirá en un nuevo grupo de la población hospitalaria, aspirando incluso estas organizaciones a materializar un edificio propio.
2. La disponibilidad de divisas por parte del estado nacional, que le permitirá realizar importantes inversiones en el sector salud, que reposicionará a la medicina pública por sobre la privada.

Durante los primeros años de la segunda mitad del siglo XX, bajo la presidencia de Juan Domingo Perón, la salud pública presentaba dos metodologías: la primera identificada con la forma de ayuda social –para diferenciarla del término beneficencia-, estaba representada por la Fundación Eva Perón, la cual mediante el manejo de una importante fuente de fondos, actuaba a modo de “analgésico”, “*atendiendo aquellos casos en los que la justicia social se demoraba en llegar*”, ocultando así las posibles fallas estructurales del sistema de salud. La segunda modalidad, representada en la figura de Ramón Carrillo, ministro de Salud Pública, entenderá a la salud pública como un tema inherente del Estado y bajo su ministerio se elaborará un plan integral de salud a escala nacional, sin precedentes, y dotado de una gran coherencia en todas sus escalas².

“...Su gestión fue la única concreción seria de transformación de políticas de salud de la Argentina, constituyendo la primera política sanitaria con sentido orgánico y social. Durante

1 Summa, separata de los Nº 39/40 y 41. Programa Nacional de Planeamiento Físico y Arquitectura. Por encargo de la Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Bienestar Social.

2 Ignacio Katz, Al gran pueblo Argentino Salud!. Una propuesta operativa integradora. Eudeba. 1998.

la misma se eliminaron casi totalmente los brotes de paludismo y se duplicó la capacidad hospitalaria del país. La Argentina fue sembrada de policlínicos...”³

Así, la salud pública experimentará un importantísimo crecimiento, si tenemos en cuenta “la cama” como índice básico de registro, “llegando de 66.300 camas instaladas en el año 1946 a 110.609 en el año 1951, y a 134.218 en el año 1954, y adquiriendo entonces el hospital una dimensión, una complejidad y un prestigio que hasta el momento no había tenido”⁴. Solucionando las carencias que Ramón Carrillo había detectado en cuanto a capacidad instalada:

“... Si se tiene en cuenta que son necesaria de 10 a 13 camas por cada 1.000 habitantes (1% a 1,3%), para atender a nuestros enfermos, deberíamos contar como mínimo con 160.000 camas, y actualmente apenas disponemos de 70.000, menos de la mitad. He aquí el primer problema: construir nuevos establecimientos y darles el acento social que estamos propugnando...”

Década del '60 y Cambios Estructurales en la Política Nacional. Estado Desarrollista y el “Programa Nacional de Planeamiento Físico y Arquitectura”:

Luego del golpe de estado de 1955, los profundos cambios políticos también se reflejan en el área salud y se inicia un proceso que se continuará a lo largo de la década del 60, caracterizado por “la centralización normativa y la descentralización operativa”, que se evidencia en el proceso de transferencia de los hospitales del área nacional al área provincial y municipal.

La desigual distribución de los recursos en salud en el territorio nacional y el crecimiento y concentración demográfico en las principales ciudades, evidencian la necesidad de transformar el sistema para lograr una distribución equitativa que disminuyera los movimientos migratorios internos o por lo menos los redireccionara.

En septiembre de 1966, la competencia del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, pasa a ser del Ministerio de Bienestar Social, como secretaría de estado de Salud Pública⁵. Tras el derrocamiento de Arturo Frondizi, por parte de un golpe cívico militar, asumirá la presidencia Juan Carlos Onganía. Durante su período dictatorial, la acción llevada a cabo por Adalberto Krieger Vassena, ministro de economía, motivo una devaluación del peso en más del 40%, estimuló la obra pública en base al endeudamiento externo y permitió la importación indiscriminada. Esta acción, coincidente con un desarrollo a nivel internacional de la tecnología médica y el nacimiento de las especialidades y sub-especialidades, comenzaron a fragmentar las ramas tradicionales de la medicina, cada más tecnificada.

Las universidades nacionales, sin poder adquisitivo como para acceder a la nueva tecnología y aún bajo los efectos de la Noche de los Bastones Largos (1966), no tendrá reacción ante este fenómeno, resignando la posibilidad de intervenir en tareas de control o sistematización. “El resultado fue una ausencia de criterio médicos y la recepción acrítica de la nueva tecnología”⁶.

3 Igancio Katz, Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud. Ensayo Edhasa. 2004

4 Revista Summa Nº100/101, Argentina 1963-1976. mayo/junio 1976.

5 Ley Nacional 16.985 (Modificación de la Ley de Ministerios). Septiembre de 1966.

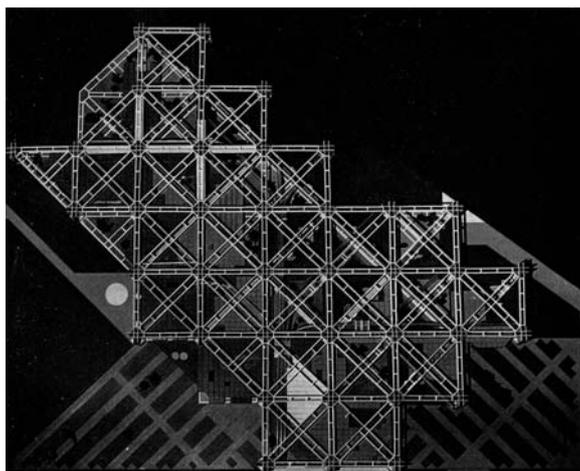
6 Igancio Katz, Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud. Ensayo Edhasa. 2004.

Este proceso afianzó el concepto de “obsolescencia tecnológica”, que rápidamente se tradujo en la idea de obsolescencia de la infraestructura edilicia hospitalaria. Con la sobre tecnificación de las investigaciones, programas y proyectos arquitectónicos, comienza a generarse una “arquitectura compleja”⁷, que aspira a la incorporación de los últimos avances de la tecnología de punta, a la vez que asume la “obsolescencia tecnológica” como determinante, lo que se verá reflejado en la sobre exigencia en relación a las cualidades de flexibilidad, mutación, etapabilidad y crecimiento del proyecto arquitectónico.

“ La incorporación cada vez mayor y más rápida de nuevos conocimientos técnicos y nuevas necesidades, produce períodos de obsolescencia cada vez más cortos. La flexibilidad responde también a los usos cambiantes sobre estructura fija y ofrece opciones dentro de la misma...” Estudio Baudizzone, Díaz, Erbin, Lestard, Traine, Varas, arqs., “Arquitectarium”, Summa Nº 43, noviembre 1971

La política Desarrollista de estos años⁸, adherirá al pensamiento que no puede haber desarrollo económico sin expansión de los servicios básicos y reconoce la necesidad de repensar la localización y dimensión de los servicios de salud, de acuerdo a una planificación nacional que considere escalas diferenciadas (urbana-municipal, provincial, nacional). A partir del 7 de enero de 1969, la Secretaría de Estado de Salud Pública pasa a la jurisdicción provincial⁹, reservándose el estado nacional la función de asesoramiento técnico y financiero, y el estado provincial lo relacionado a lo administrativo y organizativo de la infraestructura y la mano de obra. El mismo año, en la Reunión Nacional de Autoridades, se adopta como zonificación para la ejecución del plan la regionalización del país realizada por la CONADE (Comisión Nacional para el Desarrollo) por la cual se divide el país en 8 regiones (Noroeste, Noreste, Cuyo, Centro, Pampeana, Comahue, Patagonia y Metropolitana). En 1970, comienza a estudiarse la región del Noroeste como área para la ejecución de un plan piloto, y se crea el “Programa Nacional de Planeamiento Físico y Arquitectura”. También en 1970 se tomará la decisión de reemplazar algunos de los establecimientos emplazados en las cabeceras provinciales.

Intento de Planificación Nacional. Hacia un Modelo de Hospital Sistémico:



7 Summa Nº102, La Tecnología de la Arquitectura Compleja”, Buenos Aires, julio de 1976.

8 Concepción afianzada con el Acta de Bogotá y con la Carta de Punta del Este (1961), a través de la Alianza para el Progreso, por la cual Estados Unidos impulsaba el desarrollismo en el mundo subdesarrollado, como contracara de la revolución cubana.

9 Ley Nacional 17.022. Enero de 1969.

Fotografía de maqueta (Planta de techos), 2º Premio Concurso Nacional de Croquis Preliminares, Hospital Nacional de Pediatría 1971 (Arqs. Manteola, Sánchez Gómez, Santos, Solsona y Viñoly).

“...La seducción de Frondizi consistió en hacernos soñar ensueños futuristas. Nos vendió la ilusión del progreso, la de las mutaciones tecnológicas, la visión de un país en marcha veloz hacia la modernización, surcado por los mejores caminos, equipado con las mejores máquinas (...). Los frondizistas pretenden encarar con cifras y gráficos y frases altisonantes para entendidos, son realistas y materialistas, si por materia se entiende el lucro. Mezclan lenguaje revolucionario con manierismos gerenciales, stalinistas empresarios, capitalistas rojos. Dicen que la siderúrgica es la base de la liberación, hablan de los tractores, de los rieles, los vagones, las torres de hierro que chupan petróleo, la industria pesada, la tecnificación, el carbón, la electricidad, el estándar de vida y la batalla del desarrollo. Así se frasea el espejismo tecnológico...”
Abraham, Tomas, Historias de la Argentina deseada , Buenos Aires, Sudamericana, 1995.

Precisamente 1970, será el punto cumbre del optimismo desarrollista en lo relacionado a salud, ya que bajo la esperanza de préstamos internacionales, se iniciará la convocatoria para los Concursos de Croquis Preliminares para Hospitales Nacionales. Estas convocatorias son parte del proceso de planificación arriba mencionado y el resultado de estudios que desde 1968, con el asesoramiento de técnicos y profesionales extranjeros, se llevaban a cabo en la Subárea de Recursos Físicos de la Subsecretaría de Estado de Salud Pública, quienes realizaron el estudio de normas de diseño, construcción y equipamiento, dentro del Programa Nacional de Planeamiento Físico y Arquitectura.

Bajo la influencia de la literatura británica, representada por John Weeks y Sir Lewellyn Davies, se desarrollan ideas y pautas de diseño que tienden al Hospital de planta de desarrollo horizontal, con una clara división de unidades, flexibilidad de diseño y recorridos y circulaciones optimizados, en base a la verificación científica de los mismos, mediante la aplicación del índice de Yale¹⁰, como índice numérico que permite al arquitecto minimizar la pérdida de energía, minimizando la “entropía”¹¹ del sistema.

Estas premisas que establecían las pautas para el diseño y construcción de “edificios teórico o ideales” en lo referente a equipamiento hospitalario, no habían cristalizado en ningún proyecto, ante lo cual el Estado Nacional, busca a través de los Concursos la posibilidad materializar el ideal propuesto.

Dada la complejidad y escala de los edificios concursados, se establece la modalidad de “Concurso de Croquis Preliminares”, para la selección de un ante-proyecto o croquis, que luego, con el apoyo de las oficinas técnicas del estado y consultores especializados, deberían desarrollar los equipos ganadores.

10 Índice numérico por el cual se determina la distancia total recorrida por un empleado durante una jornada laboral y que permite al diseñador optimizar sus diseños evitando así el fenómeno negativo de “distensión de fachadas y circulaciones”. Véase El Hospital en la Historia, arq. Aristides Cottini, Facultad de Arquitectura y Urbanismo de Mendoza. Editorial Idearum, 1980. Capítulo XI: El Hospital a Partir de 1960.

11 Concepto utilizado para evaluar la eficiencia de un sistema en la Teoría General de Sistemas y que busca la optimización el rendimiento. Proviene de la rama de la física y en termodinámica se lo define como el índice que mide la cantidad de energía que se pierde en forma de calor al buscar transformar energía en trabajo .

La Experiencia de los Concursos de Croquis Preliminares para Hospitales Nacionales. La Radicalización de la ADS:

Los resultados de la experiencia motivada por las convocatorias realizadas para los Concursos de Croquis Preliminares para los Hospitales Nacionales, se constituirán en un hito en la historia de la ADS.

Las propuestas de los proyectos cristalizarán en forma radical los postulados de la ADS, los cuales llevados al extremo por complejos condicionantes programáticos -relaciones entre partes, flexibilidad, transformabilidad, etapabilidad y crecimiento- se traducirán en un modelo de Hospital horizontal, que sin una forma definida –principio de “indeterminación formal”¹²- sufrirá mutaciones de acuerdo a la lógica generatriz del “sistema”. Todo esto cuestionará el rol del arquitecto como diseñador, como form-giver y su participación real dentro del proceso -o sistema- de creación arquitectónica.

El excesivo requerimiento de flexibilidad, transformación y crecimiento, si bien se relaciona directamente con los postulados de la ADS, como paradigma dominante, evidencian también, la falta de objetivos claros de planificación; con lo cual la indeterminación a nivel político, se evidencia y traduce en la indeterminación formal del edificio.

Fueron los mismos participantes de estos concursos, los que al realizar un temprano balance de la experiencia cuestionaron sus propios proyectos, poniendo en crisis los postulados de la ADS.

Así, Raúl R. Rivarola, de una basta experiencia dentro de los concursos de arquitectura, en los cuales había participado actuando en todos los roles posibles para un profesional -concurante, jurado y asesor-, comenta lo siguiente, en relación a los resultados de los concursos nacionales de hospitales nacionales:

“...Aunque la arquitectura debe partir de un esquema claro, no debemos olvidar que un esquema bueno puede dar como resultado una arquitectura pobre o mala. Debe lograrse por lo tanto, un equilibrio entre la concepción de un esquema y su concreción. Esto se ha hecho evidente en los concursos para los últimos hospitales. Todos hemos llegado a un esquema a partir de ciertas premisas que cada uno se ha planteado como interpretación del programa, y el jurado debió decidir cuáles eran las prioridades dentro de esas premisas. Si bien alabé tal sistema por la agilidad que permitía, después de haber participado en todos los concursos de hospitales me di cuenta de que aún faltan elementos para que el jurado pueda valorar el tipo de arquitectura resultante. Está claro el esquema organizativo, los sistemas circulatorios, la estructura constructiva, pero creo que es difícil imaginarse si ese edificio constituye una expresión espacial de valor arquitectónico o si es simplemente un mecanismo para poner en funcionamiento un esquema...”¹³”

Lamentablemente, toda la inversión de energías y discusiones teóricas, en torno a los concursos, sólo llegó a materializarse en dos obras: Hospital de Orán en Salta y el Hospital Nacional de Pediatría –el que fue terminado 20 años después de concursado-, ya que los

¹² Este principio junto con el de “Caducidad” fueron desarrollados en la Obra de Cedric Price “El Fun Palace (1961) y el “Thinkbelt” (1961). Véase Landau Royston. Nuevos Caminos de la Arquitectura Inglesa. Editorial Blume, 1969.

¹³ Rivarola, Raúl R. en Summa N°50. Concursos: opiniones. Buenos Aires. Junio 1972.

esperados préstamos internacionales con los que debían financiarse las obras nunca fueron adjudicados¹⁴.

Los resultados adoptan la idea de Hospitales de plantas horizontales extendidas con importantes entresijos técnicos, que haciendo uso de la tecnología de montaje en seco buscan responder a los requerimientos antes mencionados y que, condicionados por la tecnologización de la medicina, buscan acentuar esta imagen evidenciando las instalaciones y recurriendo al uso de materiales no convencionales.

La lectura de los planos de implantación y plantas de techos, claramente evidencian que las obras se conciben como la materialización de un sistema matemático o geométrico, que haciendo uso del principio de infinitud, “aparecen en su lógica radical como fragmentos de una ciudad otra que intenta superponerse y fagocitar los viejos organismos cuadrículares de la trama tradicional¹⁵”, recordando los ejercicios proyectuales de Yona Friedman¹⁶.

Los ingresos aparecen como “nodos” indiferenciados, dentro de una trama modular homogénea, la forma y las fachadas que responden a un arquitectura indeterminada, aparecen despojadas de valor simbólico y su implantación indiferente al entorno histórico, son expresiones radicales de los postulados de la ADS, y responden a un enfoque infraestructural como modo de satisfacer las complejas necesidades institucionales de una sociedad industrial desarrollada. El resultado obtenido, se aleja así de la tradición académica de partido¹⁷ que Keneth Frampton define y reconoce como “una tradición específica de Buenos Aires, la cual, pese a todas sus vinculaciones europeas, ya desde hace mucho tiempo manifiesta un perceptible aroma propio; una tradición en una megaforma totalizadora o un tipo de vivienda arraigada ha constituido invariablemente la base de una forma sumamente vigorosa¹⁸”.

A modo de conclusión:

La arquitectura del sector salud –proyectada o construida¹⁹-, durante las décadas del 60 y 70, y más específicamente la relacionada con lo producido en torno a los “Concursos de Croquis Preliminares para los Hospitales Nacionales”, constituyen una valiosa fuente para la investigación en desarrollo²⁰, que permitirá avanzar conforme a los objetivos del plan propuesto originalmente, tendiente a verificar las siguientes hipótesis particulares²¹ que se transcriben a continuación:

- *La ADS presentó los rasgos completos de un paradigma teórico disciplinar, en el sentido que poseía claros fundamentos, procedimientos de producción y posibilitaba una regulación eficaz de procesos y resultados. El profesionalismo dominante de matriz pragmática*

14 “...Hoy también sabemos positivamente que todo el Programa de Salud Pública depende de un préstamo detenido; en consecuencia, no hay un solo peso para construir un metro cuadrado de hospitales nuevos en nuestro país...” Rubén Tomasov y María A. Astengo en Summa N°50. Concursos: opiniones. Buenos Aires. Junio 1972.

15 Aliata, Fernando. Sistema y Partido. Congreso Nacional de Arquitectura 2005. FAU. UNLP.

16 Cuadernos Summa-Nueva Visión N°1. La Arquitectura Móvil de Yona Friedman. Buenos Aires 1969.

17 Aliata, Fernando. Sistema y Partido. Congreso Nacional de Arquitectura 2005. FAU. UNLP.

18 Frampton, Keneth en la Introducción del libro Manteola Sanchez Gomez Santos Solsona Viñoly. Dirigida por Mario Grandelsonas. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1978.

19 Aclaración realizada ya para el caso de referencia de los Hospitales Nacionales, el aporte teórico de los proyectos no materializados es de suma importancia en el debate de las ideas arquitectónicas. Al igual que otros concursos de arquitectura de este período, el nivel de materialización de los proyectos es muy bajo –nivel que Roberto Fernández estima no superior el 10%. Véase La Ilusión Proyectual. Una Historia de la Arquitectura Argentina. 1955-1995. FAUDI, UNMDP, 1996.

20 Beca de Iniciación a la Investigación, U.N.L.P. Tema: “La Arquitectura De Sistemas En La Argentina (1960/1980): Génesis, Hegemonía Y Residualidad De Un Modelo Paradigmático”.

21 Las hipótesis aquí enunciadas son sólo algunas de las formuladas como Hipótesis Particulares, incluidas en el Plan de Trabajo Original.

no poseía de modo evidente y explícito estos aspectos, lo cual determinó que frente al agotamiento del funcionalismo modernista, dicho profesionalismo requiriera del sustento intelectual de la ADS para respaldar sus prácticas.

- La ADS presentaba un carácter ambiguamente progresista en términos políticos y sociales, avalando sólo en algunos casos la participación del usuario y elaborando visiones utópicas de una sociedad transformada. En términos generales se suponía a la ADS como un camino posible para la solución de las necesidades masivas dentro del Desarrollismo, siendo muy bien recibida en un momento particularmente sensible a estas demandas.

- La ADS estaba en sintonía con lo postulado por las “usinas” internacionales de generación de paradigmas, lo cual, en un medio sensible como el argentino a lo que acontecía en el extranjero, era un importante factor de prestigio.

- La ADS se nutrió de las condiciones brindadas a la disciplina arquitectónica por el perfil desarrollista del Estado y de algunas instituciones públicas y privadas; las que demandaban por un lado una vasta serie de obras mediante el mecanismo de Concursos de Anteproyectos, de carácter muchas veces abierto y nacional, a la vez que desarrollaban por otro, experiencias relevantes dentro de las oficinas técnicas del Estado, tales como la DINA - Dirección Nacional de Arquitectura Educativa-, que en su conjunto incentivaron el despliegue de la ADS.

Finalmente, se puede postular que la ADS como paradigma de producción cultural era:

a) “Totalizadora”, cubriendo las expectativas gropiusianas del “diseño total”.

b) “Sistemática” -como su nombre lo proclama-, otorgándole un prestigio inigualado en un momento de vigencia casi in cuestionada del Estructuralismo y las teorías de sistemas, en las diversas ramas de las ciencias y del pensamiento.

c) “Abierta”, lo cual la privilegiaba dentro de un clima cultural dominado por la indeterminación, la apertura a otros campos del saber y la incertidumbre.

A pesar de su carácter “residual”, las condiciones de éxito que acompañaron la vigencia de la ADS han constituido al presente una herencia que subyace como “sentido común” del ejercicio profesional. Así, a diferencia de otras corrientes que desaparecieron de la escena sin dejar mayores rastros, el paradigma de la ADS se mantiene activo hasta el presente de modo “subterráneo” o “residual”, pero altamente influyente “detrás de la escena” en las corrientes proyectuales desarrolladas desde su salida del rango de paradigma o ideología dominante. Constituyendo a la vez un aporte positivo -en tanto entre otras cosas rige procedimientos de proyecto y validación claros y explícitos- y a la vez un límite cultural para los nuevos productos generados, dado que encuentran a menudo “techos” creativos que impiden un vuelo intelectual menos anclado. Esto es susceptible de ser valorado ambivalentemente: como formación de una “escuela” nacional o local o bien como “provincianismo”.