

Urbanismo epidémico. La medicalización de la vida urbana en Montevideo en el primer tercio del siglo XX

Epidemic urbanism. The medicalization of urban life in Montevideo in the first third of the 20th century

MARÍA EUGENIA PUPPO

Arquitecta y Máster en Investigación en Arquitectura

Profesora titular Cátedra de Historia y Teoría de la Arquitectura y Tutora Memoria Fin de Carrera
Universidad ORT Uruguay (Montevideo, Uruguay)

mepuppo@gmail.com

ORCID: [0000-0002-0427-7803](https://orcid.org/0000-0002-0427-7803)

CARLA NÓBILE

Arquitecta y Máster en Historia y Cultura de la Arquitectura y la Ciudad (Cand.)

Profesora titular Cátedra de Historia y Teoría de la Arquitectura y Coordinadora y Tutora Memoria Fin de Carrera

Universidad ORT Uruguay (Montevideo, Uruguay)

nobile.carla@gmail.com

ORCID: [0000-0002-1309-2034](https://orcid.org/0000-0002-1309-2034)

ANDREA SADER

Arquitecta y Máster en Comunicación Política y Gestión de Campañas Electorales (Cand.)

Tutora Memoria Fin de Carrera

Universidad ORT Uruguay (Montevideo, Uruguay)

andreasader@gmail.com

ORCID: [0000-0003-1608-4096](https://orcid.org/0000-0003-1608-4096)

Recibido/Received: 30-09-2021; Aceptado/Accepted: 17-03-2022

Cómo citar/How to cite: Puppo, María Eugenia; Nobile, Carla & Sader, Andrea (2022): “Urbanismo epidémico. La medicalización de la vida urbana en Montevideo en el primer tercio del siglo XX”, *Ciudades*, 25, pp. 153-179. DOI: <https://doi.org/10.24197/ciudades.25.2022.153-179>

Dataset: <https://doi.org/10.17632/dmfnvpyb7h.1>

Este artículo está sujeto a una licencia “[Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)” (CC BY-NC 4.0) / This article is under a “[Creative Commons License: Attribution-NonCommercial 4.0. International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)” (CC BY-NC 4.0)

Resumen: La consolidación del Estado moderno uruguayo se debe, en gran parte, al establecimiento del saber médico como elemento progresista y de orden social. En las primeras décadas del siglo XX, la salud se posiciona como valor absoluto y esto repercutió en todos los ámbitos de la vida social y urbana. Como resultado, los planes, normativas, concursos e intervenciones van a responder al paradigma higienista extendido desde la segunda mitad del siglo XIX como forma de mejora urbana, pero también como herramienta para establecer un nuevo orden social. El rol del Estado, los espacios públicos y la profesión arquitectónica, requieren reflexiones que devengen en nuevos urbanismos –y que superen el absolutismo profesional del higienismo–.

Palabras clave: higienismo, modernización, Batllismo, Uruguay.

Abstract: The consolidation of the modern Uruguayan state is largely due to the establishment of medical knowledge as a progressive element of social order. In the first decades of the 20th century, health was positioned as an absolute value and this had repercussions in all areas of social and urban life. As a result, plans, regulations, competitions and interventions responded not only to the hygienist paradigm extended throughout the second half of the 19th century as a form of urban improvement, but also as a tool for establishing a new social order. The role of the state, public spaces and the architectural profession require reflections that lead to new urban planning –and that go beyond the professional absolutism of hygienism–.

Keywords: hygienism, modernisation, Batllismo, Uruguay.

1. INTRODUCCIÓN

La situación sanitaria mundial obliga a repensar distintos aspectos de la disciplina arquitectónica y urbanística. El replanteo de nuevas necesidades y cambios en las exigencias del habitar contemporáneo llevarán a transformaciones tanto en la vivienda como en la ciudad, en sus infraestructuras, en sus espacios públicos, en las relaciones de quienes las habiten y, fundamentalmente, en los actores que las construyan.

Este repensar la arquitectura y la ciudad a partir de las epidemias no es un hecho exclusivo del siglo XXI. A lo largo de la historia se han sucedido reiterados episodios donde la enfermedad, la medicina y la higiene se alían con la arquitectura y la urbanística para plantear soluciones y establecer nuevos paradigmas (Colomina, 2021).

El presente artículo centrará principalmente su análisis en Montevideo entre 1895 y 1930, para comprender algunas de las grandes transformaciones urbanas que sucedieron en la ciudad hasta mediados del siglo XX.

La imagen de la ciudad capital será reflejo del espíritu transformador del Estado. Reformas políticas, económicas, sociales y culturales propuestas por el Batllismo se acompañan de un compromiso por parte de técnicos y profesionales. Un Estado basado en la tecnocracia.

Se plantea como hipótesis una estrecha relación entre los objetivos planteados por la modernización del Estado y la medicina posicionada como valor absoluto. Esto va a tener una traducción material e inmaterial en la forma urbana y en las características de la vivienda.

“El higienismo invadió el parlamento, la escuela, la cárcel, la fábrica, el cuartel, la ciudad, la casa y el rancho, el tiempo del trabajo y el del descanso; el médico comenzó a intervenir de oficio –no a pedido del enfermo– en el examen antropométrico de los presos y la determinación científica de su alimentación; en el examen preventivo de los trabajadores; en el estudio de las disposiciones lumínicas y de cubaje de aire del espacio fabril; en el diagramado urbano promoviendo plazas y

parques; en la vivienda, ordenando aperturas y prohibiendo cerramientos; en el examen de los empleados y obreros determinando o negando licencias, rechazando aspirantes o imponiendo ciertas condiciones a otros, según lo que la ciencia estimaba índole de la ocupación, siendo el caso más notorio, en este plano, el de los aspirantes a maestros" (Barrán, 1995: 229)

La concepción impartida de una correcta higiene y buena salud, serán excusas que permitan al Estado poner en práctica políticas de reforma social para la transformación de esta. La arquitectura y el urbanismo se unirán en esta campaña, a través de la incorporación de planes, surgimiento de oficinas, concursos y cambios en las normativas vigentes.

El trabajo, estructurado en tres apartados, dedica el primero a entender, en términos generales, de qué manera se dio el proceso modernizador en Uruguay, de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, desde lo político-administrativo y sus resultados inmediatos.

Un segundo apartado, propone analizar la medicalización de la sociedad, entendiendo la incorporación de la higiene como una nueva moral que permite al Estado tener un papel interventor, y que, respaldado ya desde el alto prestigio ganado por la ciencia, avala sus políticas sociales.

El tercer y último apartado, centra su análisis en la ciudad de Montevideo, capital del Estado, lugar donde se centran la mayor parte de las intervenciones urbanas y arquitectónicas. Se incorporan diferentes soluciones habitacionales populares que respondan a planteos del Estado modernizador, y las clases altas. También se plantean intervenciones urbanas como el Concurso de las Avenidas, el Palacio Legislativo, o la creación de nuevos lugares de ocio y esparcimiento como formas materiales del nuevo control urbano, y moral.

"Herramientas como la composición, el carácter, el estudio de tipos y los planes reguladores se utilizaron para afianzar tanto la profesión de arquitecto como el higienismo y la especialidad médica, el poder territorial del Estado y su control sobre la población. Este esfuerzo cobró un nuevo sentido a partir de 1904 y se desarrolló con intensidad creciente en las primeras décadas del siglo XX" (Medero, 2021: 14).

2. URUGUAY Y LOS PROCESOS MODERNIZADORES

Los cambios que introdujeron a Uruguay en la modernización se dan como una serie de procesos socioeconómicos de industrialización y tecnificación, acompañados por políticas del tipo social que significaron un alejamiento de patrones tradicionales asociadas al medio rural, y la posibilidad de posicionarse en la órbita capitalista, que hasta ese entonces estaba ligada a países europeos y liderada por Gran Bretaña.

Luego de la Guerra Grande (1839-1851) y en las últimas décadas del siglo XIX se procesan transformaciones que significan abandonar estructuras arcaicas y asumir la modernidad.

Nuevos sistemas de producción, introducción de nueva tecnología (maquinarias), consolidación de la cría del ganado ovino (1860-1870), fomento del mestizaje del ganado criollo (posibilitado por el alambrado de los campos, 1872-1882), fueron el origen de radicales transformaciones. Se posibilitó el ejercicio pleno de la propiedad de la tierra y la mejora del control científico de los ganados. En paralelo, el desarrollo de transportes como el ferrocarril, impulsado por inversiones británicas, la construcción naval de astilleros en Salto, y la aparición de los frigoríficos (con la empresa “Frigorífica Uruguaya”, 1902), permiten la consagración de un modelo de crecimiento de la economía asociado directamente a las exportaciones provenientes de la ganadería (Bertino et al., 2001).

También se plantan las bases para la reforma educativa con la sanción de la Ley de Educación Común de 1877, impulsada por las ideas de José Pedro Varela para una educación universal, gratuita y obligatoria, en su intento de eliminar el analfabetismo y reforzar la identidad nacional con la defensa del idioma en las fronteras.

La derrota blanca del último alzamiento armado vivido con la Revolución de 1904 estableció un nuevo orden asociado a la ciudad y clases intelectuales, que se vio consolidado a partir de los gobiernos de José Batlle y Ordóñez (1903-1907; 1911-1916), quien planteó la modernización del Estado como un hecho en detrimento del conservadurismo propio de la cultura de caudillos que establecida.

En *La época batllista: 1905-1929*, Benjamín Nahum (1975: 26) plantea que “la ideología de José Batlle y Ordóñez era de un humanitarismo que desbordaba la fe en los progresos del hombre. Dentro de esta concepción, el hombre es un ser racional, dotado de libre arbitrio y con la voluntad suficiente como para hacer historia”. Para Batlle y Ordóñez el Estado debía bregar por la tranquilidad pública y la justicia social.

En materia económica, y a consecuencia de cambios estructurales en lo político y fiscal que se sucedían desde fines del siglo XIX, el gobierno propone “modernizar, diversificar y nacionalizar la economía uruguaya al mismo tiempo que expandir el bienestar social” (Bertino et al, 2001: 12), se experimenta mejoras innegables del crecimiento económico que le permiten su inserción en el mercado mundial capitalista acortando la brecha con los países capitalistas más avanzados: el crecimiento del PBI entre 1900 y 1957 fue de una tasa media anual acumulativa del 3.3% en la primera mitad del siglo XX, en contrapartida con la segunda mitad que alcanzó el 1.9% (Bertino et al., 2001).

El Estado plantea políticas de proteccionismo, estatización y nacionalización principalmente de los servicios públicos, hasta entonces gestionados por capitales extranjeros que le permiten una mayor injerencia en la economía (Moscatelli, 2013).

En materia social, el Batllismo plantea diversos proyectos que acompañan los procesos modernizadores desde lo político y lo económico: instalación de las jornadas de ocho horas (Ley 5.350, 1915) y consolidación de los gremios alentados por el propio Batllismo, que daba especial importancia al fortalecimiento de sus estructuras y la utilización de mano de obra en importantes obras estatales (Nahum, 1975; Frega, 2008); prohibición del trabajo infantil y establecimiento de días de descanso.

Por otro lado, se produce la separación del Estado e Iglesia. Se generan acciones puntuales como la supresión de subsidios a un cuerpo eclesiástico que, a diferencia de otros países latinoamericanos, era pobre y no numeroso, así como también acciones prácticas de eliminación de referencias religiosas de escuelas y centros de salud públicos.

Las propuestas del Batllismo buscaban insertar a Uruguay en un mundo moderno, de prosperidad, en una búsqueda del bienestar general. Esto lo realiza a través de un Estado paternalista que pretende adelantarse a las necesidades de la sociedad.



Figura 1: Modernización en la Avenida 18 de Julio, 1922. Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 03197FMHGE.

3. MEDICALIZACIÓN DE LA MORAL Y MORALIZACIÓN DE LA MEDICINA

La idea de la salud como una herramienta política no es una innovación del siglo XX, pero, como plantea Foucault (1981), el derecho a la salud y la medicalización de la sociedad es un fenómeno propio del siglo XX y que permanece aún en el siglo XXI. Este concepto se trató ampliamente por Illich (1975) como la invasión de la medicina y su estructura tecnológica a un gran número de personas y condiciones.

La mirada positivista, con figuras científicas guía como Comte, Spencer y Darwin, generó un amplio respaldo en la intelectualidad uruguaya (Portillo, 1995), lo que tuvo como correlato una racionalización de la vida y la muerte, en los términos que ha planteado Foucault en *Seguridad, territorio y población* (1978), donde la posibilidad de gobernabilidad está estrechamente vinculada con el bienestar de la sociedad toda.

Los procesos de modernización del Estado hacia finales del siglo XIX y principios del XX son fundamentales en la propagación de la medicalización en la sociedad. Esta nueva concepción de un Estado de tipo asistencialista donde se breva por el bienestar de todos sus individuos se vincula con las ideas que plantean tanto Foucault como Sennet en tanto el Estado se convierte en cuidador y controlador de sus ciudadanos.

Periodos	Índices de mortalidad por mil habitantes en Montevideo
1860-78	28,80
1881-85	25,26
1886-90	25,17
1891-95	18,65
1896-98	16,22
1906-15	13,47

Tabla 1: Índices de mortalidad en Montevideo 1860-1915. Fuente: Barrán, 1990: 250.

3.1. Medicalización

El contexto político, económico y social, a nivel nacional como internacional, lleva a que el Estado uruguayo asuma otro tipo de funciones más asistencialistas. La medicalización de la sociedad es consecuencia del nuevo culto moderno a la salud, un valor absoluto dentro del mundo moderno. Según el libro *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos* de José Pedro Barrán (1994), la medicalización de la sociedad estuvo vinculada estrechamente con el nuevo culto a la salud como un valor absoluto del mundo moderno. La nueva “entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. (...) Así, la vida larga se transformó en el objetivo de la

existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado” (Barrán, 1994: 11).

En este contexto, surge el nacimiento de una cultura individualista. La fe en el progreso y la razón son las bases de la nueva mentalidad. Esto, en conjunción con los procesos de secularización de la sociedad, resulta en un especial interés y preponderancia por la salud. La salud se convierte en el ideal personal y también colectivo de la joven nación. El poder médico adquiere entonces un rol relevante en la sociedad uruguaya del Novecientos, una sociedad claramente jerarquizada, en la que el poder médico responde y preserva el orden establecido.

Según Barrán pueden definirse tres niveles de medicalización de la sociedad uruguaya: el primero, el “nivel de atención”; un segundo nivel acerca de la importancia de la salud como uno de los valores supremos de la sociedad; y tercero “el cambio en las conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico” (Barrán, 1993: 153). La evolución del número de médicos y parteras se recoge en la Tabla 2.

Años	Número de médicos y parteras	Número de habitantes	Médicos y parteras cada 10.000 habitantes
1830	24	74.000	3,2
1877	260	430.000	6,0
1894	461	760.000	6,1
1921	965	1.528.000	6,3

Tabla 2: Evolución del número de médicos y parteras en Uruguay. Fuente: Barrán, 1993: 154.

Se controlan por parte del Estado, aquellos espacios vinculados a la actividad de educar y disciplinar la sociedad bajo dogmas modernos. Uruguay se transforma en un caso atípico, donde la confianza institucional en la medicina se afianza en la medida que los procesos secularizadores se concretan hasta efectivizar la separación de la Iglesia católica y el Estado. (Ortega et al., 2018). El espíritu iluminista de los sectores dominantes se vuelve hegemónico. “En una sociedad altamente secularizada como la uruguaya, el sacerdote fue sustituido por el médico en el gobierno de las conciencias individuales” (Acosta, 1998: 11).

A los enfermos, por ejemplo, “les es expresamente prohibido: tomar mate, fumar, jugar o hablar en voz alta en los dormitorios-salas (...) tampoco nadie entrará con sombrero puesto” (Comisión de Caridad y Beneficencia de Soriano, 1899: 2). Las normas los controlan, y sus dolencias son indiferentes ante la globalidad del higienismo. Se vuelve una reforma higiénica y moral.

3.2. Higiene

Aparece una nueva sociedad científica y medicalizada, que sustituye creencias religiosas por aquellas impartidas por el nuevo “sacerdote”, o sea, el médico. “El médico en la humanidad científica, [es] lo que el sacerdote para la humanidad religiosa” y “La Moral sería la Higiene” (Legnani, 1917: 171-74). La identificación de la salud con el bien y la enfermedad con el mal (Sontag, 1996) posicionó a la higiene como “la mayor de todas las ciencias y las artes porque a todas comprende y vigila”. En *Esbozo de la Higiene Moral* (1918), Legnani establece que:

“(...) en la más absoluta regularidad de hábitos, la visión de lo natural y de lo sano o saludable no será perdida jamás como término fijo de comparación, con el que se controlará cada función; el comer, el respirar, el ejercicio, para forjar al hombre fuerte, superior, clarividente, sensible, equilibrado, activo y resistente, bien humorado y enérgico que se ha de ser.” (Legnani, 1918: 73-74).

Las políticas urbanas y arquitectónicas se convertirán en una herramienta de democratización llevada a cabo por el sistema político. Por ejemplo, las Nociones de Higiene, de 1881 del Dr. F.A. Berro, impartidas en la educación pública; y la creación de la Comisión Nacional de Educación Física en 1911, entre otras.

3.3. Estado

El rol del Estado en el proceso de medicalización y el establecimiento del paradigma higienista es clave. El Estado apoya permanentemente las pretensiones de la clase médica, ya que su saber representa la cultura científica y la “civilización”, frente a la ignorancia y la “barbarie” de las clases populares.

Las actividades del Consejo de Higiene Pública hasta 1895 y del Consejo Nacional de Higiene tienen una función normativa (legalización de títulos y control de la asistencia), pero también una función reguladora de la salud pública (epidemias, vacunaciones, higiene): “Aislar y desinfectar fue el antecedente de obedecer; cumplir con los mandatos del poder de curar habituó para cumplir con los mandatos del Estado” (Barrán, 1994: 174).

Las “clases dominantes” buscan mediante el higienismo gobernar las “clases peligrosas”. El Servicio Social aparece como un proyecto socio político de la clase dominante (Montaño, 1998).

El Estado se ha medicalizado. El bienestar individual y el colectivo pasan a ser objetivos de Estado, que se materializan a través de la prestación directa de la atención médica. De hecho, instituciones de beneficencia y caridad (asilos, hogares, manicomios, etc.) pasan a depender del Gobierno Nacional en 1911, y dentro de su órbita se fundan los principales hospitales del país, en los primeros años del siglo XX.

3.4. Disciplinas y “disciplinadores”

Los resultados de los cambios a nivel educativo, clave de las mutaciones culturales, se vislumbran en la creación de la Facultad de Medicina (1875), la reforma de la enseñanza primaria (1877) y la Ley Orgánica de la Universidad (1885). Con estos cambios el Estado asegura habitantes técnicamente capacitados para dirigir y controlar el país industrial. Con los cursos de la Facultad de Matemáticas (Ingeniería, Arquitectura y Agrimensura) de 1887, surge la primera generación de arquitectos e ingenieros nacionales en 1892.

Como plantea Medero (2020), es evidente que tanto la medicina como la arquitectura formaron parte de la alianza creada para promover la gobernabilidad del país. Estas incursiones del saber técnico-profesional dentro del Estado fueron claves para el desarrollo de las políticas estatales a escala urbana y arquitectónica y dieron el marco propicio para el desarrollo de programas, planes y legislación en concordancia con las ideas de modernización del proyecto batllista.

En una realidad de paz social es que se establece un proyecto estatal de edificios y planes urbanos y se crea el Ministerio de Obras Públicas en 1907, se reorganiza en 1911, y se desarrolla en 1910 la Asistencia Pública Nacional (APN). Se establecen así cinco oficinas: Edificios en general, Edificios escolares, Edificios hospitalarios, Edificios Militares, Ensanche y Embellecimiento de Ciudades, Villas, etc. Las obras públicas y la arquitectura se especializan al igual que la medicina.

Los arquitectos, casi todos hombres, que se vincularon con el proyecto de reforma batllista, fueron parte principal de todo el proceso que se empieza a materializar hacia los años veinte. Como resultado, los arquitectos y urbanistas –junto con los médicos– pasan a estar al frente de las principales instituciones del país. El Instituto de Urbanismo se va a instaurar como una ciencia –casi absoluta–: “En ese momento la constitución del Urbanismo como ciencia-arte ya estaría respaldada en nuestro medio” (De Souza, 2017: 73).

“Es ignorar la ciencia y el arte de construir, afirmar que en cinco cursos sucesivos de arquitectura, solo se aprende la decoración de una fachada. Es el argumento más infeliz que pudieran haber buscado, ese que indica un desprecio por los estudios que se requieran para resolver los problemas, de la distribución, de la comodidad y de la higiene. Es lo que decíamos al principio; es que aún domina entre ellos el espíritu de la vieja ciudad que se conformaba con paredes techos, aunque los habitáculos fueran tétricos y sombríos, húmedos y malsanos. Precisamente en eso que ignoran, puesto que nunca lo han estudiado, estriba la inmensa superioridad del arquitecto” (SAU, 1915).

4. TRANSFORMACIONES URBANAS

Las intervenciones higienistas de finales del siglo XIX y principios del XX incorporan, a partir de la ciencia, adelantos que transforman la calidad de vida de los habitantes de Montevideo. Aparecen sistemas de saneamiento, iluminación, obras de pavimentación, transporte y espacios verdes. El ámbito doméstico incorpora también infraestructuras asociadas a esta tecnificación. Para establecer un mínimo en las condiciones higiénicas se instauran nuevos instrumentos de orden urbano y normativas que condicionan la ciudad.

“Al influjo de los tres jinetes del Apocalipsis representados por las epidemias del cólera, luego la viruela y la tuberculosis, se producían en esta época una serie de transformaciones en el plano material: extensión de las redes sanitarias y cloacas, mejoras en la distribución que permitían una mayor cobertura de agua potable y el acceso sin trabas económicas a la vacunación antivariólica” (Morás, 2000: 118)

4.1. Crecimientos y caos

El fuerte crecimiento demográfico que se produce requiere del establecimiento de un personaje resolutivo, el urbanista –embellecedor, higienista, economista o ingeniero vial– que domestique una ciudad enloquecida.

	1830	1852	1860	1884	1889	1900
Montevideo	14	34	58	164	215	268
Uruguay	100	132	221	560	711	936

Tabla 3: Evolución de la población en Uruguay en el siglo XIX (en miles). En 1900, los extranjeros representaban el 40% de la población de Montevideo y el 18% de la población de Uruguay, destacando los italianos (20%) y los españoles (14%). Fuente: Luzuriaga, 2010: 1016.

La ciudad de Montevideo, a principios del siglo XX, se expande tanto por un elevado crecimiento demográfico, la migración campo-ciudad y una alta especulación del suelo. Esto se materializa con recetas tipológicas y amanazanados repetidos. La revista *Arquitectura* describe en 1919 esta situación:

“No es una novedad –bien lo sabemos– decir que Montevideo ha crecido anormalmente y que se ha extendido al azar, o impulso de las caprichosas y – con frecuencia– interesadas iniciativas de propietarios guiados por un propósito de excesivo lucro; que se han creado y formado barrios, con la más absoluta libertad, que atentan contra la higiene y la belleza urbanas; que se han abierto sin orden ni regularidad calles de ancho exiguo y de trazado invariable y monótono; que se ha olvidado la apertura de plazas y demás espacios libres en el intrincado y compacto amanazamiento existente; que para nada se ha tenido en cuenta la conveniencia de adaptar los trazados de barrios, plazas y calles a las condiciones naturales, pintorescas y topográficas de los lugares escogidos para esos emplazamientos” (SAU, 1919: 1)

Para la clase alta, el crecimiento de la ciudad y la aparición de las enfermedades llevó a generar un nuevo mapa urbano que se aleja de las fuentes de contaminación y limita los contactos. En búsqueda del “aire puro” y la naturaleza saludable surgen las casas “quintas”, una segunda residencia extrovertida tipológicamente (Figura 2) que se ubican en el Prado, Atahualpa o el Paso Molino.



Figura 2: Casa Quinta de Eastman. Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 01907FMHGE.

En contraposición, se encuentran los desplazados del campo, grupos de inmigrantes no establecidos (los desposeídos), los afrodescendientes y las clases más bajas del sistema social. Con la mejora en la organización del movimiento obrero (Méndez Vives, 1975), se consolida un sector social muy heterogéneo, con reclamos a los sectores comerciales e industriales, necesidades de vivienda y servicios, así como una búsqueda de representación. Esto comienza a inquietar a las clases dirigentes, ya que se tornaba además en un problema político y económico.

El crecimiento acelerado, fraccionado, especulativo y con una escasa normativa de la ciudad de Montevideo, hizo necesaria la regulación de lo urbano. A esto se suma la reflexión acerca de la higiene de la ciudad, la resolución de sus espacios públicos, su sistema vial y normas para el habitar.

4.1.1. Arquitectura y moralidad. Conventillos, casas baratas y casas patio

La preocupación de la clase médica por la sustitución de la vivienda popular se expresa en el Primer Congreso Médico Nacional en 1916 cuando se establece la necesidad de sustituir los tugurios (ranchos y conventillos) por casas independientes y baratas para cada familia.

La población migrante que llega a Montevideo va a ubicarse en los conventillos o casas de inquilinato. A fines del siglo XIX, el 10% de la población habitaba en ellos. Frente a los planes y regulaciones, el conventillo opera en lo aleatorio e improvisado (Figura 3). La tipología tradicional del conventillo (una serie de habitaciones que se abren a un patio central) genera una pérdida de límites entre lo público y lo privado. “El conventillo, como la prostituta, es convertido en objeto de escarnio, para ocultar los vicios privados de los actores públicos” (De Torres, 2003). Esta forma de habitar es denunciada –por políticos, médicos, científicos, moralistas, periodistas– por su sobre población, falta de luz y ventilación, inmoralidad y promiscuidad.

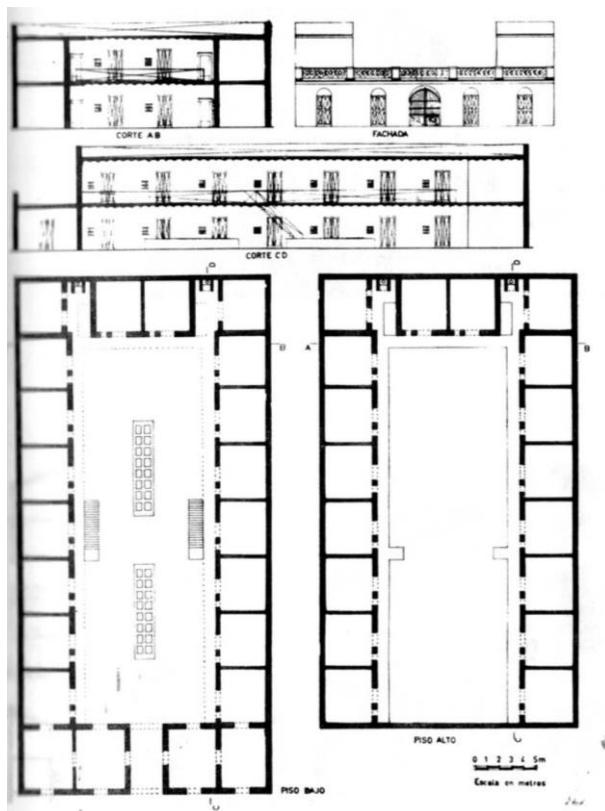


Figura 3: Conventillo Medio Mundo: alzados, planta baja y planta alta.
Fuente: Conti de Queiroga, 1986.

El discurso higienista va a ser la justificación del Estado para erradicar el conventillo y la forma de vida allí generada. Se juzga la arquitectura apelando a la asepsia, el asco y la moral: “los conventillos son indecentes (...) es altamente inmoral (...) contribuye a despertar el apetito sexual y a convertir el incesto en hábito (Fernández Espiro, 1883: 18). Esta indignación moral muestra un horror general, a los modos de vida y especialmente a la sexualidad, catalogada de “torpe”, “grosera” “¿Cómo pretender que no se obtuse el sentimiento del pudor y del respeto de esas criaturas crecidas en la dolorosa indecencia de la vida primitiva?” (Luisi, 1921)

Más allá de las preocupaciones higiénicas por la suciedad del conventillo, el incesto y los hacinamientos, la mayoría de las expresiones de la clase médica se refieren al “asco” por el libertinaje, el habitar colectivo y los contactos entre vecinos en el espacio común.



Figura 4: Conventillo calle Alzaíbar, patio central.
Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 0696FMHB.

Las ideas higienistas con respecto a lo urbano y moral han sido ampliamente cuestionadas. Engels, en su *Contribución al problema de la vivienda* (1872) critica estas iniciativas filantrópicas y las intervenciones *haussmanianas* en las ciudades por sus características paternalistas y por establecer un control social sobre las poblaciones de menores ingresos.

Montevideo no será ajena a estas experiencias de asistencialismo por parte de las clases superiores, hegemónicas y dirigentes.

Las casas para obreros van a representar no solo una opción más higiénica de la vivienda de clases proletarias, sino que persiguen valores éticos, que terminarían con la promiscuidad familiar y vecinal. El Dr. Oriol Solé y Rodríguez expresaba en un informe: “Hacer una casa (para obreros) no es solamente construir materialmente un inmueble, es también, levantar un edificio moral (...)no ha de ser únicamente el techo bajo el cual cada uno se abrigue, sino también el instrumento más perfecto de la moral familiar” (Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 1912: 395-397).

Entre 1907 y 1910 Alejo Rossell y Rius, filántropo católico, realizó viviendas para obreros en la zona de Reducto, que alquilaban a precios baratos. La tipología estaba conformada por viviendas en tira que se relacionaban con la vía pública a través de pasajes peatonales (Figura 5). Los servicios y los espacios libres eran de uso común y se compartían algunas zonas de colgado de ropa. Su ubicación próxima a establecimientos industriales, como la Fábrica de Chocolates Saint Hermanos, la Fábrica de Fósforos, la Estación de Tranvías del Reducto y otras industrias más pequeñas, facilitaba el desplazamiento de los obreros. Su pensamiento queda vinculado al de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, organismo que precedía Rossell y Rius como directivo. Se busca “educar” al obrero, pero también limitar sus costumbres y prohibir todo lo considerado “malos hábitos”:

El propietario (...) no se ha limitado a proporcionar casas higiénicas, cómodas y baratas a los obreros, sino que también ha tenido muy en cuenta (...) que para enseñarles a vivir higiénicamente hay que educarles, por lo cual ha hecho destinar una de las casas para salón de lectura y biblioteca, donde se encuentran diarios, periódicos y revistas de toda naturaleza y en varios idiomas, mapas, carteles, murales instructivos y en favor de la campaña antialcohólica, (en contra) del uso del mate tomado en comunidad, etc., todo lo cual tiene por objeto no solo instruir al obrero sino también alejarlo de los centros perniciosos que, como el almacén o la taberna, sólo sirven para desarrollar malos hábitos y hacerles gastar. (La Tuberculosis, 1908: 327-332).

Se establecía la conformación de matrimonios como requisito de habitabilidad de estas viviendas obreras, regulando de esta manera las uniones. La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis incluso podía suspender subsidios si las uniones fuesen libres.

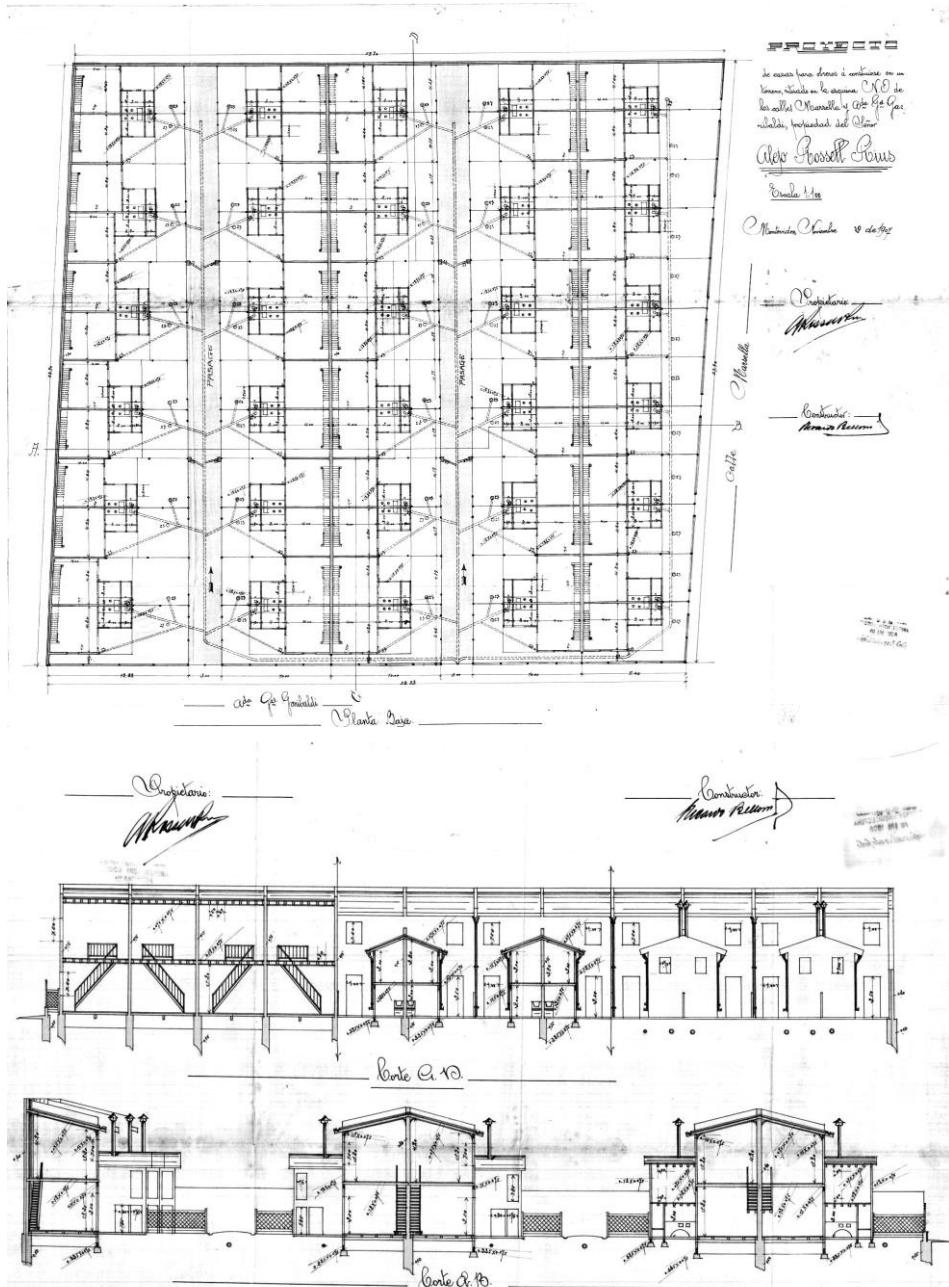


Figura 5: Planta General y alzados de las viviendas Rossell y Rius, 1907.
Fuente: Instituto de Historia (IHA), Permiso de Construcción C.3276.

4.1.2. Casa estándar

El tejido de Montevideo a fines de siglo XIX y primeras décadas del siglo XX fue consolidado a partir de la tipología de casa estándar. Se componía de un tipo simple y replicable, que se adapta a los angostos terrenos entre medianeras, de fácil construcción. Fue un “emblema de la modernidad” (Antola & Ponte, 1997: 7). Se organiza espacialmente como la suma de varias habitaciones dispuestas en hilera alrededor de patios laterales, que se conectan mediante pasillos paralelos a dichos patios (Figura 6).

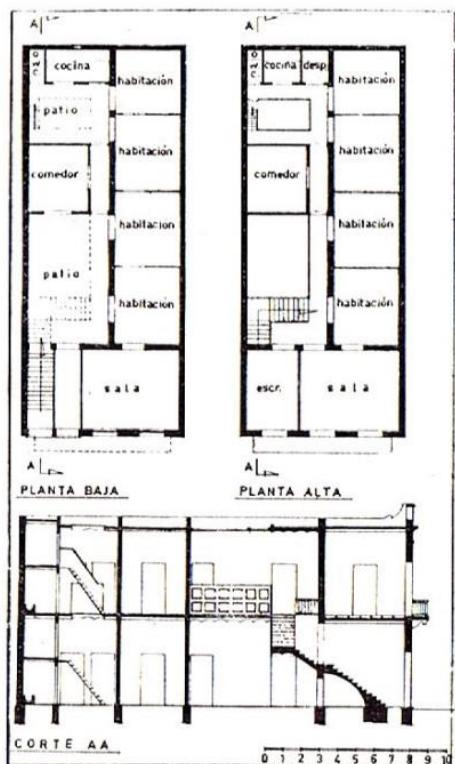


Figura 6: Planta y alzado de una casa estándar, 1900. Fuente: Giuria, 1958.

A partir de la aparición de la tuberculosis y bajo la influencia de teorías miasmáticas fueron apareciendo distintas regulaciones de estas viviendas. La más relevante, que se promulgará hacia fines del período estudiado y que va a repercutir directamente en la escala doméstica, es la ley de Higiene de la Vivienda de 1928.

Es probable, por tanto, que el bastión de lo privado, de lo íntimo y lo doméstico, no sea ya una zona de refugio y de protección que se alza para defendernos de la esfera

pública, sino que haya sido fagocitado por la mirada voraz de los números expertos que, desde la segunda mitad del siglo XIX, comienzan a querer proyectar la casa de todos: médicos, higienistas, criminólogos, reformadores, ingenieros, arquitectos (...) Toda una comparsa repleta de portadores de saberes –y, por lo tanto de poderes– que asaltan con armas y equipos el umbral de la vivienda y que destilan los humos privados al fuego de un centenar de ciencias (Teyssot, 1988: 8).

En 1911, el arquitecto Augusto Giudini se mostraba en contra de la vivienda estándar, apiladas en vertical: “Las divisiones están por demás hacinadas, y la acostumbrada ‘claraboya’, convierte al patio minúsculo pero abierto, en un local cerrado, clausurando las casas como si éstas fueran cajones” (Giudini, 1911: 191)

De igual manera, la SAU (Sociedad Arquitectura del Uruguay) critica las dimensiones de la casa estándar y la tilda de: “el tipo más malsano de casas que pueda existir en ciudad alguna” (SAU, 1916: 15).

A partir de esta situación se genera en 1916 un proyecto de Ordenanza sobre Higiene de la Habitación (“Proyecto de Ordenanza sobre Higiene de la Habitación”, 1916). Se determinaron superficies mínimas de patios primarios y secundarios para la iluminación y ventilación de cada una de las piezas de la casa; áreas y dimensiones mínimas de habitaciones, servicios, corredores, vanos y escaleras (ver “Ordenanza sobre Higiene de la Habitación”, 1928).

La ley surge como manera de mejorar las condiciones de vida de los habitantes, fusionando higiene y confort (Nobile et al., 2021). El poder público entiende entonces legítimo intervenir sobre el espacio privado (conventillos, viviendas precarias) cuando el bien común lo dicta (González & Guerrero, 2019). Con estas normas se erradica definitivamente el “conventillo”, cuya prohibición de construcción anterior no había sido favorable y la “casa estándar” se modifica. Aparece entonces, para quienes puedan pagarla, la vivienda exenta.

Los cambios tipológicos en el habitar implicarán una modificación sustancial de la manzana y del tejido de la ciudad. Se sustituye la manzana compacta por una abierta, producto de los nuevos tipos extrovertidos de resolución residencial. Esta modificación además refleja la normalización del comportamiento del habitante. Se constituye una vivienda individual, higiénica y alejada de los efectos nocivos de la vida en colectividad.

Los resultados de estas actuaciones fueron reducidos. Incluso en algunos casos sus resultados fueron contrarios a lo esperado. El discurso plantea una universalidad de los conceptos, pero en la práctica se alcanza sólo a los que tenían los medios para los cambios (Morás, 2000). “Aunque el objetivo ostensible de las políticas de reforma urbana consistía en mejorar la condición social de pobres y recién llegados, lo que se conseguía, por lo general era incrementar una segregación social y espacial” (Swaan, 1992: 140).

4.2. Avenidas, Templos Laicos y tiempo libre

En la segunda presidencia de Batlle y Ordóñez (1911-1915), y tras volver de Europa, se busca una clara transformación de la imagen del Estado a través de la modernización de la ciudad capital, su centro de mando. Como resultado, una de sus primeras acciones fue la creación del “Concurso de proyectos para el trazado general de avenidas y ubicación de edificios públicos” (1911-12). La religión civil que va a dominar los ámbitos públicos busca encarnarse en grandes avenidas y templos laicos que potencien la tendencia higienista que parte del modelo *haussmaniano*.

Alineado con las ideas del urbanismo esteticista, se pretende transformar un Montevideo en base a tres ideas específicas: mejora de la vialidad urbana – higiénica, de fácil entendimiento y estética –; interconexión de paseos públicos, playas y barrios; destaque de los principales edificios públicos –incluidos el nuevo Palacio de Gobierno, Palacio de Justicia y Hospital General de Clínicas–.

El Palacio Legislativo fue uno de los grandes emblemas urbanos del Batllismo. Demoraría casi veinte años en ser inaugurado y generó mucha polémica en la profesión arquitectónica. Fue catalogado como un “templo laico”, un símbolo político que buscaba dejar una huella perdurable en la ciudad, el Partenón montevideano. Es la materialización de la importancia de lo colectivo sobre lo individual, con una fuerte carga moralizadora:

“El ejemplo del Palacio, en efecto, puede demostrar a los hombres que no hay empresa, por grande y difícil que aparezca, que no pueda acometerse, cuando se obra bajo el impulso acicateador de una noble idealidad. Esta influencia educativa del Palacio, en planos puramente éticos, constituye (...) uno de sus más altos méritos” (“El Palacio”, 1925: 5).

Pedro Figari, uno de los críticos más fuertes que tuvo Batlle, la tildó de “campanuda” y “desnuda de ornamentación”. Sus discrepancias también se expandieron a otros ámbitos urbanos. En 1905, la Junta Económico-Administrativa crea la Comisión Estética (de la que formaban parte algunos de los principales ideólogos relacionados al Batllismo). Figari, también miembro de la Comisión, se enfrentó a las ordenanzas de 1911 y 1913 que reglamentaban el uso de revoque y pintura en los frentes de las arquitecturas que imitaran arenisca, ladrillo y piedra (Antola & Ponte, 1993). Se imponía la simulación, se prohibía hasta el color. La influencia de París estaba embebida en una reglamentación que tenía pocas consideraciones por la identidad propia:

“Lo que allá es un himno a la sobriedad y la armonía, resulta aquí una mueca de pura afectación (...) ¡Oh, lo que harían si tuvieran en París la luz de Sudamérica! (...) En vez de acentuar el tipo autóctono de la ciudad, si puede decirse así, que es y debe ser luminoso y alegre, rodeada como está de mar y coronada por un cielo radiante, (...) se la embadurna con un gris inverosímil, y en vez de utilizar sus dones, se la tritura, se la castra, se la decapita” (Figari, 1913: 232).



Figura 7: Vista aérea del Palacio Legislativo y del barrio La Aguada, 1930. Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 0085FMHE.

En cuanto a los lugares de esparcimiento y ocio, se produce un auge de las playas y aparecen los palcos en el Hipódromo de Maroñas, los clubes sociales –el Club Uruguayo o el Jockey Club–, así como actividades deportivas –primero campo de los extranjeros y luego propias–, como el fútbol, el remo y el ciclismo.

El juego en los espacios públicos, excepto el de los niños, fue reemplazado por la gimnasia o el deporte. Esta modificación de la relación del hombre con su cuerpo (Joyce, 2003) se vislumbra en la forma de concepción de los parques como lugares del deporte. Es justamente en estos años cuando nace el fútbol y suplanta al Carnaval como expresión de juego popular. La escuela vareliana va a recomendar ejercicios gimnásticos y los médicos abogan por el ejercicio físico para la salud del cuerpo y del alma. “Los principales fines de la gimnasia son los higiénicos, saludables, educacionales y correctivos” (Rodríguez, 1923:34). Pedro Manini Ríos (1899) habla de suplantar “los garitos, casinos y plazas de toros” por “canchas de fútbol y clubes de remeros”.

Bajo este contexto se van a generar numerosos parques y plazas, dentro de los que se encuentran Prado (1889), Parque Rodó (1901), Parque José Batlle y Ordóñez (1907) y Parque Capurro (1910). La población que acudía estaba siempre “públicamente” aceptable y se presentaban ante otros, que juzgaban su apariencia y se aparecían magnificados (Joyce, 2003).



Figura 8: Estadio Centenario y Parque Batlle y Ordóñez, década del 30. Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 0981FMHA.

5. REFLEXIONES FINALES

Este trabajo propone reflexionar a partir de las intervenciones guiadas por la lógica higienista del siglo XIX. El contexto actual de la pandemia de la covid-19 trae consigo replanteos acerca del control social, la higiene urbana –y doméstica– y la responsabilidad disciplinar.

Si bien no es posible generar conclusiones absolutas sobre un proceso en marcha, se busca plantear una postura crítica acerca del futuro de las ciudades y nuestro papel como actores y protagonistas de esta.

El siglo XIX buscó en la ciencia médica las respuestas a una ciudad industrial enferma. Posteriormente, esas mismas herramientas sirven para modernizar la ciudad. Hay una dualidad intrínseca entre ciudad y enfermedad. Las estrategias para ordenar y replantear la imagen de la ciudad se basan en la vigilancia y el control, pero también sirven para combatir la expansión de las enfermedades. La arquitectura y el urbanismo materializan un cuerpo urbano sano en concordancia con el nuevo ideal de salud y bienestar de todos los individuos de la sociedad.

El habitante de la ciudad se ve restringido y reprimido por una serie de valores morales que se justifican en esta cosmovisión higienista y que

finalmente primaron y establecieron un nuevo paradigma médico, higiénico, pero sobre todo social y moral en la sociedad uruguaya.

Frente a una amenaza, que ataca principalmente en las ciudades, vuelve a aparecer una mirada controladora que condena a todo aquel que no acate la norma. En el Montevideo del primer tercio del siglo XX, las élites ven una amenaza en las formas de vida de la población de menos ingresos, en sus formas habitacionales y su comportamiento en el espacio público. El conventillo se condena sin entender realmente las razones que llevaron a su existencia.

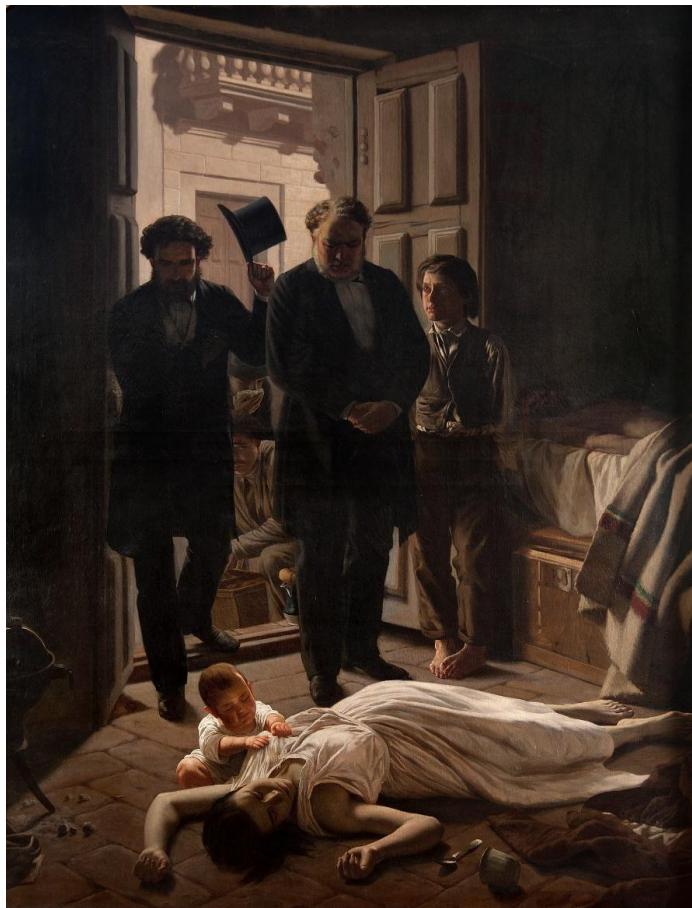


Figura 9: Cuadro “Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires” del pintor uruguayo Juan Manuel Blanes, 1871. Fuente: Museo Nacional de Artes Visuales, Montevideo.

Las intervenciones de los urbanistas promueven normativas y planes que cambian los patrones de conducta de la población. La mirada higienista persigue

al habitante hasta los nuevos espacios de ocio y descanso. Esta solución generada a partir de innovaciones tecnológicas, saneamiento y parámetros universales supone aplicaciones muy dispares en el territorio. Algunos se ven excluidos mientras que otros van a tomar aire puro a sus casas quintas. Las desigualdades urbanas se ponen de manifiesto en las situaciones de crisis, además de cuarentenas y cambios en el habitat.

El higienismo batllista, con una mirada paternalista, logra modernizar la imagen de la ciudad y salvaguardar el orden establecido. Sus intenciones de mejorar la ciudad y las condiciones de vida de los habitantes, a partir de un rol protagónico del Estado y de las instituciones públicas, son uno de los rasgos más salientes.

Estas cuestiones nos llevan a preguntarnos cuál debería ser el rol del Estado en materia de gestión y planificación de la ciudad en la actualidad. La mirada ya no se dirige hacia París, el modelo a seguir no parte de soluciones importadas. El enfoque urbanístico se enfrenta al desafío de construirse localmente. Parece importante entonces superar la posición absolutista del profesional higienista y replantear un rol que actúe de articulador entre distintos actores y sectores con características propias. Una ciudad aprehendida por sus habitantes y que evoluciona a partir de esfuerzos colectivos en una verdadera alianza entre salud y arquitectura.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (1916), “Proyecto de Ordenanza sobre Higiene de la Habitación”, *Revista de la Asociación Politécnica del Uruguay*, n°101, pp. 261-264.
- Acevedo, Eduardo (1933), *Anales históricos del Uruguay*, vol. 4, Montevideo, Casa A. Barreiro y Ramos.
- Acosta, Luis (2000), *La mediación del “higienismo” en la génesis del Servicio Social en el Uruguay*, San José, Escuela de Trabajo Social, UCR.
- Altezor, Carlos & Baracchini, Hugo (1971), *Historia urbanística y edilicia de la ciudad de Montevideo*, Montevideo, Trilce.
- Antola, Susana & Ponte, Cecilia (1993), “Montevideo no siempre fue una ciudad gris”, *Revista Arquitectura*, n°263, pp. 43-44.
- Antola, Susana & Ponte, Cecilia (1997), *El edificio de renta como tipo arquitectónico generador de ciudad*, Montevideo, Instituto de Historia, Facultad de Arquitectura, Universidad de la República.

Arana Sánchez, Mariano & Gabarelli, Lorenzo (1995), *Arquitectura renovadora en Montevideo 1915-1940: reflexiones sobre un período fecundo de la arquitectura en el Uruguay*, Montevideo, FCU.

Arteaga, Juan José (2008), *Breve historia contemporánea del Uruguay*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Articardi Calabrese, Juan Alberto (2014) *Dilemas modernos: el proyecto urbano en Montevideo y la costa balnearia*, Tesis Doctoral, Universidad Politécnica de Madrid.

Baldoira, Carlos (2019), “Berlín, París, Montevideo: huellas alemanas en el urbanismo en Uruguay”, *Vitruvia*, vol. 5, pp. 81-108.

Barrán, José Pedro (1992), *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*, vol. 1, Montevideo, EBO.

Barrán, José Pedro (1993), *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*, vol. 2, Montevideo, EBO.

Barrán José Pedro (1995), *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*, vol. 3, Montevideo, EBO.

Barrán, José Pedro et al. (1994), *La medicalización de la sociedad*, Montevideo, Nordan.

Bertino, Magdalena; Reto Bertoni, Héctor Tajam & Yaffé, Jaime (2001), *El desempeño económico global: del modelo agro-exportador a la industrialización sustitutiva de importaciones, la economía uruguaya 1900-1955 (I)*, Montevideo, UR. FCEA-IE.

Caetano, Gerardo & Geymonat, Roger (1997) *La secularización uruguaya. I. Catolicismo y privatización de lo religioso (1859- 1919)*, Montevideo, Taurus.

Caetano, Gerardo (2021), “El ‘impulso republicano’ del Uruguay del 900: La reforma política del primer batllismo (1890-1930)”, *Varia Historia*, vol. 37, n°73, pp. 217-250. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-87752021000100008>

Caponi, Sandra (2002), “Entre Miasmas y Microbios: La Vivienda Popular Higienizada”, *Cadernos de Saude Pública*, vol. 18, n°6, pp. 1665-1674. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600021>

Carmona, Liliana & Gómez, María Julia (1999), *Montevideo: proceso planificador y crecimientos*, Montevideo, Facultad de Arquitectura, Sociedad de Arquitectos del Uruguay.

Colomina, Beatriz (2021), “La arquitectura enferma”, *El Cultural*. Disponible en: <https://elcultural.com/la-arquitectura-enferma> (fecha de referencia: 11-09-2021).

Comisión de Caridad y Beneficencia de Soriano (1899), *Reglamento del Hospital de Mercedes aprobado por el Ministro de Gobierno, Mercedes*, El Diario.

Consejo Nacional de Higiene (1912), “Informe Oriol Solé y Rodríguez”, *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, vol. 6, pp. 395-397.

Conti de Queiruga, Nydia (1986), *La vivienda de interés social en el Uruguay: historia de los problemas de la arquitectura nacional*, IHA, Facultad de Arquitectura UDELAR. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18019>. (fecha de referencia: 20-09-2021).

De Torres, María Inés (2003), “Cuerpos de inmigrantes, piel de la ciudad: Ciudadanía y espacio urbano en el Río de la Plata”, *Guaraguao*, vol. 7, n°16, pp. 37-53. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/25596323>. (fecha de referencia: 20-09-2021).

El Día (1925), “El Palacio”, *Diario El Día*, pp.5-7.

Engels, Friedrich & Marx, Karl (1975), *Obras Escogidas*, Madrid, Akal.

Fernández Espiro, Ernesto (1883), *Contribución al estudio etiológico y profiláctico de la prostitución*, Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Figari, Pedro (1913), “Ingeniería, Arquitectura, Agrimensura”, *Revista de la Asociación Politécnica del Uruguay*, vol. 6, pp. 180-185.

Foucault, Michel (1963), *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.

Foucault, Michel (1978), *Seguridad, territorio, población: curso del College de France (1977-1978)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (1981), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, Madrid, Alianza Editorial.

Frega, Ana et al. (2008), *Historia del Uruguay en el siglo XX (1890-2005)*, Montevideo, EBO.

Giuria, Juan (1958), *La arquitectura en el Uruguay. Tomo II. En Montevideo 1830 a 1900*, Montevideo, Imprenta Universal.

González Sierra, Yamandú (2004), “Domingos Obreros en los albores del siglo XX. Itinerarios del Tiempo Libre”, en Barrán, José Pedro –ed.– *Historias de la vida privada en el Uruguay. Tomo 2: El nacimiento de la intimidad 1870-1920*, Montevideo, Taurus, pp. 201-228.

González, María Cristina García & Guerrero, Salvador (2019), “El concurso para el Plan de Ensanche y Reforma Interior de Ceuta de 1930: conceptos y herramientas urbanísticas”, *Ciudades*, n°22, pp. 123-50. DOI: <https://doi.org/10.24197/ciudades.22.2019.123-150>

Illich, Iván (1975), *Némesis médica*, Barcelona, Barral.

Joyce, Patrick (2003), *The rule of freedom: liberalism and the modern city*, Londres, Verso.

Legnani, Mateo (1917), *Catecismo de higiene*, Montevideo, Dornaleche.

Legnani, Mateo (1918), *Esbozo de una higiene integral*, Montevideo, Dornaleche.

Lema Álvarez, Ricardo (2017), “Del disciplinamiento de los cuerpos a la humanización del tiempo libre: Prácticas de recreación organizada en Uruguay durante la primera mitad del s. XX”, *Recorde*, vol. 10, n° 2, pp. 1-32. Disponible en: <http://www.accede.iuacj.edu.uy/xmlui/handle/20.500.12729/287> (fecha de referencia: 05-09-20211).

Liga Uruguaya contra la Tuberculosis (1908), “Casas de inquilinato y casas para obreros”, *La Tuberculosis*, n°1, pp. 85-86.

Luisi, Paulina (1921), “La trata de blancas”, *Publicaciones de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación*, 7 de marzo de 1921, pp.5-43

Manini Ríos, Pedro (1899), “En defensa del football”, *La Revista*, vol. 1, n°1, pp. 32-35.

Medero, Santiago (2020), “Arquitectura, imagen y estado: La exposición de arquitectura del Ministerio de Obras Públicas del Uruguay en 1914 y su envío a la Panama-Pacific International Exposition de 1915”, *Anales de Investigación en Arquitectura*, vol. 10, n°1, pp. 29-45. DOI: <https://doi.org/10.18861/ania.2020.10.1.2967>

Medero, Santiago (2021), “Arquitectura, territorio y gubernamentalidad: El caso de los hospitales públicos en las primeras décadas del siglo XX en Uruguay”, *Anales de Investigación en Arquitectura*, vol. 11, n°2, pp. 49-64. DOI: <https://doi.org/10.18861/ania.2021.11.2.3167>

Méndez Vives, Enrique (1975), *El Uruguay de la modernización 1876-1904*, Montevideo, Banda Oriental.

Montaño, Carlos (1998), *La naturaleza del servicio social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*, San Pablo, Cortez.

Morás, Luis Eduardo (2000), *De la tierra purpúrea al laboratorio social: Reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

Moscatelli, Mirta (1999), “Uruguay. La propuesta del batllismo: Democracia política + democracia social, una combinación ideal para una democracia real”, *La Trama de la Comunicación*, vol. 4, pp. 327-339. DOI: <https://doi.org/10.35305/lt.v4i0.324>

Nahum, Benjamín (1975), *La época batllista, 1905-1929*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

Nobile, Carla; Puppo, María Eugenia & Sader, Andrea (2021), “Casas, gérmenes y virus. Episodios de eclosión entre la enfermedad y el habitar”, *Módulo Arquitectura CUC*, vol. 27, nº1, pp. 167-194. DOI: <https://doi.org/10.17981/mod.arq.cuc.27.1.2021.07>

Ortega Cerchiaro, Elizabeth (2003), *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*, Tesis Doctoral, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <https://www.adasu.org/prod/1/486/Tesis.de.maestria.Elizabeth.Ortega.Cerchiaro.pdf> (fecha de referencia: 17-03-2022).

Ortega Cerchiaro, Elizabeth (2012), “La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX” en *13 Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, San Pablo, septiembre de 2012*, pp. 1-14

Ortega, Elizabeth; Beltrán, María José & Mitjavila, Myriam (2018), “Eugeniosia y medicalización del crimen a inicios del siglo XX en Uruguay”, *Saúde e Sociedade*, vol. 27, nº2, pp. 354-366. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180275>

Portillo, Álvaro (1996), *Montevideo: La ciudad de la gente*, Montevideo, Nordan FARQ.

Rodríguez, Julio (1923), *Plan de acción de la Comisión Nacional de Educación Física y conclusiones que se derivan del mismo*, Montevideo, Imprenta Latina.

SAU (1915), “Alegato de la Sociedad de Arquitectos ante el Parlamento”, *Archivo de documentos legislativos de la CRR*, Carpeta nº452 de 1912.

SAU (1928), “Ordenanza sobre Higiene la Habitación”, *Revista Arquitectura*, nº74, pp. 53-55.

Sontag, Susan (1996), *La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas*, Buenos Aires, Taurus.

Souza, Lucio de (2017), “Revisita al Plan Regulador para Montevideo de 1930: Invenciones y redes en torno al advenimiento del urbanismo científico en Uruguay”, *Registros*, vol. 13, nº2, pp. 63-82. DOI: <https://doi.org/10.5821/siu.9167>

Swaan, Abram de (1992), *A cargo del Estado*, Barcelona, Pomares-Corredor.

Teyssot, Georges (1988), “Lo social contra lo doméstico”, *Revista A&V*, n°14, pp. 8-11.

Yaffé, Jaime (2000), “Política y economía en la modernización: Uruguay (1876-1933)” en *Primeras Jornadas de Historia Regional Comparada, Porto Alegre - Brasil, 23 al 25 de agosto de 2000*, pp. 1-14. Disponible en: <http://cdn.fee.tche.br/jornadas/1/s10a2.pdf> (fecha de referencia: 25-09-2021).

Yaffé, Jaime (2001), *El intervencionismo batllista: estatismo y regulación en Uruguay (1900-1930)*, Montevideo, FCEA.