CASAS, GÉRMENES Y VIRUS. Episodios de eclosión entre la enfermedad y el habitar

HOUSES, GERMS AND VIRUS. Episodes of emergency between sickness and dwelling

DOI: 10.17981/mod.arq.cuc.27.1.2021.07

Artículo. Fecha de Recepción: 08/04/2021. Fecha de Aceptación: 28/06/2021.

Carla Nobile

Universidad ORT Uruguay. Montevideo (Uruguay)
nobile.carla@gmail.com

María Eugenia Puppo

Universidad ORT Uruguay. Montevideo (Uruguay)
mepuppo@gmail.com

Andrea Sader

Universidad ORT Uruguay. Montevideo (Uruguay)
andreasader@gmail.com

Para citar este artículo:

Nobile, C., Puppo, M. y Sader, A. (2021). CASAS, GÉRMENES Y VIRUS. Episodios de eclosión entre la enfermedad y el habitar. MODULO ARQUITECTURA CUC, 27, 167–194, 2021. <http://doi.org/10.17981/mod.arq.cuc.27.1.2021.07>

Resumen

La casa se enferma, la casa nos enferma, la casa cura, la casa nos cura. La hipótesis de la vivienda como lugar donde se curan trastornos médicos y sociales es el punto de partida del presente artículo. El objetivo planteado es analizar, a través de tres episodios, la modernidad incipiente de la segunda mitad del siglo XIX, la modernidad hegemónica de la primera mitad del siglo XX y la contemporaneidad, la relación entre vivienda y enfermedad. En el combate a las enfermedades la arquitectura ha encontrado una excusa para repensar y reformular los paradigmas vigentes del habitar, y a inicios del siglo XXI nuevamente se enfrenta a este desafío disciplinar en el marco de la pandemia por el COVID-19, que ha evidenciado el conflicto ya existente entre las necesidades contemporáneas y un paradigma habitacional deudor de la modernidad.

Palabras clave: Arquitectura; COVID-19; enfermedad; habitar; Uruguay; vivienda

Abstract

The house gets sick, the house makes us sick, the house heals, the house heals us. The hypothesis of the house as the place where medical and social disorders heal is the starting point of this article. The set objective is to analyze, through three episodes, the incipient modernity of the second half of the 19th century, the hegemonic modernity of the first half of the 20th century and contemporaneity, the relationship between housing and illness. In the fight against diseases architecture has found an excuse to rethink and rephrase current housing paradigms, and at the beginning of the 21st century faces once again this disciplinary challenge in the context of Covid-19 pandemic that has evidenced the existing conflict between contemporary needs and a housing paradigm debtor of modernity.

Keywords: Architecture; COVID-19; dwelling; housing; sickness; Uruguay

Hasta que se logra encontrar un remedio a una epidemia, la única cura que existe es la arquitectura.

García citado en [Ventura \(2020\)](#).

INTRODUCCIÓN

La aproximación a los paradigmas habitacionales a través de las enfermedades siempre ha formado parte de la historia de la arquitectura. Desde Vitruvio y sus *“Diez Libros de Arquitectura”* hasta las más recientes reflexiones acerca del COVID-19; la casa se ha posicionado como elemento central del debate disciplinar.

El presente artículo toma tres momentos claves donde la simbiosis entre vivienda y enfermedad se profundiza. En la segunda mitad del siglo XIX, a partir del desarrollo del paradigma higienista como solución a las distintas epidemias que se sucedían en la ciudad, la vivienda se configura en función de los nuevos parámetros de higiene y confort. En la arquitectura moderna, de la primera mitad del siglo XX, cuando la obsesión por el cuerpo, la salud, la higiene y el ascetismo se traduce en el estudio de la vivienda como un instrumento de sanación. Por último, la contemporaneidad presupone un reposicionamiento de la vivienda como elemento central en el marco de la pandemia de COVID-19. Cada episodio se estructura en dos partes: la primera se refiere al momento histórico seleccionado y su repercusión internacional; y la segunda analiza las particularidades de la experiencia en Uruguay.

Frente a momentos de crisis sanitarias, locales o globales, la arquitectura, y fundamentalmente la vivienda, aparece siempre como la protagonista primigenia, inmediata e inextricable. Repensar la vivienda en momentos de crisis ha llevado a la creación de paradigmas del habitar a lo largo de la historia de la arquitectura. Las repercusiones se han traducido en normas de iluminación y ventilación, leyes, aspectos morfológicos, espaciales, constructivos y hasta estéticos. La contemporaneidad parece no poder escapar a esta realidad. Es necesario redefinir qué es el mínimo habitable, cuando la existencia y la salud se vuelven el habitar.

Una misteriosa fuente de enfermedades

El vínculo entre la arquitectura y la enfermedad siempre ha sido estrecho ya desde la Grecia clásica y la teoría de los cuatro humores de Hipócrates (bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre) que proponía que la salud se alcanzaba a través de un doble equilibrio: de los humores con el cuerpo humano y del cuerpo humano con su entorno. Se inicia así el paradigma miasmático, basado en la idea de los miasmas¹, que proviene de la idea de un vapor o aire enviado por los dioses, que para ser eliminado había que reparar el daño. Mientras no se sana al individuo con el miasma toda la sociedad sufrirá el castigo divino ([Winderman, Mejia & Rogers, 2019](#)).

¹ En la mitología griega el vocablo μῑασμα «miasma» significa “contaminación”.

La sucesión de muertes por epidemias era, en el imaginario romano, un castigo divino por alguna acción que debían reparar: se realizaban rituales y sacrificios para apaciguar la ira de los dioses. Este agravio podía ser cometido por una causa que no tenía por qué estar relacionada con el mismo general. Por ejemplo, la ejecución errónea de un ritual en la *urbs*, podía ser el detonante de esta ira que podía recaer sobre la legión (Harper, 2019).

Este paradigma miasmático, según plantea Prieto (2019) en “*Historia medioambiental de la arquitectura*”, se encontraba poco fundamentado científicamente, pero se va a extender hasta fines del siglo XVIII, sobretodo por falta de otros mecanismos de diagnóstico y curación. La idea de los miasmas y la teoría de los cuatro humores se basan en una medicina de carácter preventivo, no curativo. A razón de esto, la componente arquitectónica es inmediata, la arquitectura es necesaria para que la medicina preventiva sea eficaz (Prieto, 2020). Se plantea la selección de “los aires, las aguas y los lugares” de Hipócrates. Se establece así una relación íntima entre Medioambiente, Arquitectura y Medicina.

“*De architectura*” el tratado de Marco Vitruvio del siglo I A.C. también se inscribe dentro de dicho paradigma. Allí se propone que el arquitecto debe tener conocimiento de muchas otras disciplinas más allá de la arquitectura siendo especialmente mencionadas:

La Filosofía Natural, le es también precisa, para descubrir las causas de muchas cosas a que debe poner remedio. Ha de tener asimismo algún conocimiento de Medicina para determinar la calidad del *ayre* que hace habitables y sanos los *parages* (Vitruvio, 1987, p. 21).

Esto permite establecer un punto referencia específico en cuanto al vínculo entre la disciplina arquitectónica y la medicina que se evidencia en su insistencia en la selección del lugar para la fundación de una ciudad o paraje adecuado, así como también en la orientación y disposición de los edificios en relación a su destino y al bienestar de sus ocupantes. Según plantea Colomina (2019) en “*X-Ray Architecture*”, Vitruvio utiliza las teorías de la medicina y la aproximación al cuerpo humano y los cuatro humores como una suerte de fundamentos iniciales para su teoría de la arquitectura, proponiendo a la arquitectura como una rama de la medicina.

Para el Renacimiento el interés de los aspectos salubres de la arquitectura, siguiendo aún dentro de lo que Prieto denomina el Paradigma Miasmático, se hace presente en las obras de los más relevantes tratadistas del período como Alberti, Palladio y Scamozzi. Este último dedica dentro de su extenso tratado varias páginas a lo que es la aplicación de la teoría hipocrática reflejada en la arquitectura. Le preocupan a Scamozzi (1982) no solamente los aspectos más generales como el clima y los vientos sino también aquellos más específicos de la vivienda como lo es la iluminación y la ventilación directas e indirectas.

En el Renacimiento se modifica la aproximación de la medicina hacia el cuerpo humano desde una mirada general del bienestar a una que fragmenta y disecciona el cuerpo en partes para poder estudiarlo. De forma análoga los edificios serán estudiados y compuestos por partes, cada una de ellas estudiadas en detalle como partes de un todo proporcionado y en equilibrio. Junto con los dibujos y esquemas realizados por Leonardo da Vinci de sus edificios aparecen dibujos anatómicos de distintas partes del cuerpo humano (Colomina, 2019).

Esta mirada desde la arquitectura como herramienta de prevención de las enfermedades se extenderá hasta mediados del siglo XIX. A partir de ese momento comienza a darse la transición entre el paradigma miasmático y el higiénico que se desarrollará a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

Una solución higiénica y comfortable

Hacia 1840 aproximadamente, comienzan a desarrollarse “planos de contaminación” que pretenden reflejar estadísticamente en qué sectores de la ciudad se desarrollan las epidemias. Esto es importante porque aún dentro del antiguo paradigma pretende identificar la causa (el miasma aún) que contamina los cuerpos y rompe el equilibrio que lleva al bienestar del cuerpo humano. La arquitectura sigue aún teniendo un rol importante en este período porque el lugar y el método de construcción siguen determinando *a priori* que un lugar y un espacio sean sanos o no.

El cambio definitivo de paradigma, según plantea Prieto, se verifica en 1850 con el estudio que realiza John Snow en la ciudad de Londres a partir del brote de cólera que cobró cerca de 10 000 vidas. El plano de relevamiento realizado por Snow (Figura 1) toma los datos estadísticos de las personas infectadas y su ubicación en la ciudad y a partir de la ubicación de los enfermos descubre que la fuente de la infección no es un miasma de origen místico sino una fuente de agua contaminada por los residuos orgánicos a causa de la falta de saneamiento (Cerde y Valdivia, 2007). Este relevamiento será el punto inicial para el cambio hacia el paradigma higiénico y su implicancia en la arquitectura y la nueva disciplina urbanística que nacerá con él.

Si bien la idea de los miasmas seguirá presente, será a través de la consideración de la higiene que se darán los cambios fundamentales tanto en la ciudad como en la vivienda. Ya no se considerará más la idea de una misteriosa emanación como fuente de las infecciones sino que a partir de ahora se podrá determinar de forma empírica, gracias a los avances de la ciencia y la tecnología, la fuente específica que causa las diferentes enfermedades.

Da comienzo así el proceso de modernización de la ciudad industrial, confiando en las nuevas infraestructuras como herramienta de mejora

Figura 1. Relevamiento de cólera en Londres (John Snow, 1813).

Fuente: John Snow, 1654 [wikipedia, CC0 1.0].

de las condiciones de la ciudad y por tanto de sus habitantes. Las condiciones de salubridad urbanas pasarán a ser el punto central en el desarrollo de la disciplina urbanística desde la segunda mitad del siglo XIX. Figuras como Joseph William Bazalgette en Londres, o el Barón de Haussmann en París emprenderán la tarea de higienización de la ciudad. La transformación de [Haussmann \(2000\)](#), según relata en sus “*Mémoires*”, generó uno de los cambios de mayor monumentalidad en la capital más importante del siglo XIX ([De Pieri, 2017](#)).

Esta incursión de la infraestructura no solamente se va a dar a escala urbana sino también arquitectónica. La idea de lo que se ve (el espacio servido) y lo que no se ve (los espacios servidores) va a estar presente también en los edificios, más allá de la ciudad.

Este período de reforma higienista, parte de las ideas ilustradas con respecto a la fe en la ciencia, especialmente en la medicina como disciplina de donde se trasladan las ideas para poder “sanar” los problemas de la ciudad y también la forma de vida de sus habitantes, por lo tanto de la vivienda. La medicalización de la sociedad posicionará conceptos como higiene y confort como ideas referentes para el desarrollo “saludable” de la sociedad decimonónica y la determinación de cómo se debía vivir a partir de una extensa bibliografía de tratados con respecto a la ciudad y la vivienda.

El control de las formas de habitar, bajo el supuesto de la prevención de enfermedades, se tornó en una preocupación de los estados y

autoridades de las ciudades. Acompañando la idea de un estado paternalista, serían los técnicos (médicos, arquitectos e ingenieros) que aplicando su conocimiento de las técnicas y procedimientos correctos lograrían mejorar las condiciones de la ciudad y la vivienda a través de la educación y modernización de la población, sobretodo de las clases populares, identificadas como el origen de todas las enfermedades. Estas ideas encontraron, ya desde fines del siglo XIX en personajes como Engels, una posición crítica basada en que las soluciones higienistas lo que hacían era establecer una nueva forma de control de la sociedad a través de sus preceptos/mandamientos, ocultando las verdaderas razones que llevaban a las malas condiciones de habitabilidad de las ciudades, causadas por la explotación laboral, las pobres condiciones de las viviendas de la población obrera, la falta de infraestructuras y servicios acorde a la densidad poblacional.

Las transformaciones tecnológicas aplicadas a la ciudad y la arquitectura modificaron sustancialmente las condiciones de vida que se extendieron desde la segunda mitad del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El énfasis se pondrá no sólo en la ciudad con las grandes obras de infraestructura, de embellecimiento y de higienización, sino sobretodo en la vivienda, específicamente en las condiciones de salubridad de la vivienda de las clases populares:

Andrew Mearns, en 1883, describió de manera clave la terrible situación de las viviendas en Londres:

Las paredes y el techo estan negros por la suciedad que se ha ido acumulando a lo largo de dejadez. Rezuma a través de las grietas de las placas del techo; baja por las paredes; está en todos los sitios. Lo que recibe el nombre de ventanas está embutido de trapos o cubierto de maderas para evitar que entren el agua y el viento; el resto está tan negro y oscuro que practicamente no permite que entre la luz o que nada del exterior pueda verse (Hall, 1996, p. 26).

A escala arquitectónica, los aportes tecnológicos de este período fueron importantes en cuanto a la incorporación de espacios servidores, de tecnología y equipamiento a los edificios, especialmente de la vivienda. Las infraestructuras de control ambiental e higiénico de la vivienda adquirieron un rol principal, ya que la renovación de aire se torna fundamental ante el descubrimiento de que el aire no se echaba a perder sino que era un agente transportador de agentes infecciosos. Por lo tanto, el control y la renovación de aire así como el abastecimiento y evacuación del agua formarán parte fundamental en la transformaciones de la vivienda.

Pero no solamente hay interés en los aspectos higiénicos de la vivienda sino también en aquellos vinculados con el confort, como la iluminación y la calefacción, posibilitadas por las nuevas tecnologías. La obtención de un “clima artificial”, en palabras de Prieto, se presenta como una preocupación central en el desarrollo de la vivienda del siglo XIX. Los gráficos de arquitectura de la época muestran el interés de representar aquello que no se ve (el aire y el calor). Contradictoria-

mente con lo que plantea Banham (1975) en su texto “*La arquitectura del entorno bien climatizado*”, donde la idea de un control total del clima en la arquitectura es reconocido como una preocupación de la arquitectura moderna, ya era posible reconocer estas preocupaciones en la arquitectura del siglo XIX. Sin embargo, no hay un correlato entre el desarrollo de la tecnología aplicada a la vivienda y la estética de la arquitectura del siglo XIX, que sigue teniendo el tradicional carácter historicista de la época.

Estas ideas reformistas y controladoras planteadas por el higienismo que se verifican en los tratados sobre el habitar de la época, plantean un control desde el medioambiente hasta las actividades sociales ligadas al habitar. La vivienda incorporó tanto infraestructuras como materiales asociados al progreso científico y la Revolución Industrial. El invento del sifón, por ejemplo, desarticuló dos espacios que anteriormente eran de uso colectivo: baño y cocina. Estos espacios claves del imaginario higienista se incorporaron al ámbito más íntimo de la vida familiar, y reforzaron la idea de una unidad habitacional individual por cada núcleo familiar. Este cambio tipológico reflejaba una normalización del comportamiento popular, según la cual cada individuo quedaba incorporado en un núcleo familiar, confinado en una vivienda compacta, con una vida saludable y alejado de los malos hábitos de la convivencia en colectividad. Pese a ser cambios tecnológicos, motivaron transformaciones sociales que consolidaron el imaginario de la casa propia y la propiedad privada (Palero y Avila, 2020).

Uruguay no fue ajeno a esta situación que se estaba dando desde mediados del siglo XIX en Europa y Norteamérica, si bien el proceso se desarrolló entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Como plantea [Ortega \(2012\)](#) en “*La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX*” la consolidación del modelo higienista se basó en los cambios institucionales y sus nuevas formas de concebir la realidad social y de actuar sobre ella, fundamentalmente en lo que tiene que ver con las condiciones de vida de los sectores pobres urbanos.

En el Uruguay de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX la preocupación por enfermedades como el cólera, la tuberculosis y la sífilis, pre existentes pero que adquieren una nueva importancia, se ve reflejado tanto en el proceso de medicalización de la sociedad, como de los proyectos urbanos y arquitectónicos.

Las clases obreras serán señaladas como las “causantes” de las enfermedades, físicas y sociales, que acechan a la sociedad toda, como podemos confirmar según lo expuesto por [Barrán \(2012\)](#) acerca de la medicina del Novecientos: “Aquel orden mental no podía concebir que la sociedad establecida hubiera generado a su enemigo dentro de sí misma, que la vida contuviera a la muerte, o que la enfermedad naciera en el cuerpo y del cuerpo sano” (p. 96).

El conventillo y las casas de inquilinato o vecindad eran las materializaciones típicas de vivienda popular urbana de comienzos del siglo XX según los registros del censo de 1908 en Uruguay ([Barrán y Nahum, 1984](#)).

En la ciudad de Montevideo eran unas 1.130 construcciones que albergaban a unos 36.080 montevideanos, lo que significaba un 3.13% del total edificado en la ciudad y un 11.34% de la población total de la misma. Gran parte de estas soluciones habitacionales se encontraban en el centro urbano de la ciudad (68.94%) y responden a la premisa de albergar en muchas piezas a la mayor cantidad de inquilinos posibles. Esto se trasladaba en construcciones con servicios como aljibes o agua corriente en cocinas y letrinas de carácter común, estructurados entorno a un patio central sobre el que también se volcaban las habitaciones. Según lo informado por la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis en 1908:

Las habitaciones sumadas alcanzaban a 8.400, y en ellas vivían 23.000 personas, cuyo 40% estaba compuesto de menores de edad. El promedio es el de 3 habitantes por cada habitación (...) el cubaje para que una sola persona pueda vivir en buenas condiciones se ha calculado en 40 m³ (...) juzguese ahora sobre los datos que reproducimos. En una pieza de 100 m³, aproximadamente, que recibe luz y aire únicamente por una sola puerta, y que por lo tanto es oscura y poco ventilada, viven 8 personas, 2 de las cuales son enfermas (...) En muchos casos los habitantes cocinan, lavan y tienden la ropa en su propio cuarto, amén de otras funciones que sería largo enumerar ([Barrán y Nahum, 1984](#), p. 34).

Asimismo, según informan [Barrán y Nahum \(1984\)](#), por fuera de los límites de Bulevar Artigas, donde residía la mayoría de la población de los sectores populares, se encontraban las casas

Figura 2. Interior de un conventillo de la Calle Alzaibar (Ciudad Vieja).

Fuente: Centro de Fotografía de Montevideo, 1654 [cdF, CC0 1.0].

de alquiler baratas y los terrenos asequibles. Pero a estas zonas los servicios públicos, como el agua corriente, llegaban a un porcentaje que variaba entre el 1% y 14%. Allí dominaba la precariedad de las construcciones, las malas condiciones sanitarias y la ausencia del confort (medidos en función de la presencia del baño y el water-closet):

En cambio que abundancia de aljibes, manantiales, pozos negros y letrinas! He aquí los sustitutos de los servicios públicos y del confort. Madera, carbón y kerosene, hacían la luz, el calor y la cocina; letrina y servicio debajo de la cama, el water-closet; tina y suciedad personal, el baño ([Barrán y Nahum, 1984](#), p. 35).

La instalación del higienismo por parte del Estado uruguayo de principios del siglo XX se trasladará también al ámbito privado, siendo las casas de inquilinato y los conventillos ([Figura 2](#)), el principal foco de atención. Las primeras aproximaciones para legislar las condiciones, tanto higiénicas como constructivas, de la vivienda obrera en Uruguay surgen con la Ley de Conventillos de 1878. El objetivo de esta ley radica en que tanto los conventillos como las casas de inquilinato eran la principal resolución habitacional de la clase trabajadora. A partir de 1934, con la nueva Constitución, el Estado asumirá otro rol: “La Ley propenderá al alojamiento higiénico y económico del obrero, favoreciendo la construcción de viviendas y barrios que reúnan esas condiciones” ([Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1952](#), Art. 45).

Por otra parte, en las viviendas suntuosas como la Casa Blixen de Castro ([Figura 3](#)) del profesor Joseph Carré, se ponen en consideración las preocupaciones sobre la higiene y el confort de la época. Como expresa [Arigón \(2013\)](#) “Carré resolvió estos temas con una serie de dispositivos arquitectónicos, cerrando parcial-

mente los balcones para manejar los vientos predominantes o creando espacios intermedios como las loggias del primer piso” (p. 1).

Como plantea [Medero \(2020\)](#), la importancia que tuvo Montevideo para el gobierno del primer batllismo, como ciudad capital de un país con una alta tasa de urbanización, es evidente y se refleja en la exposición de los avances de la edificación para toda las clases sociales, en especial las populares, como una forma de recortar o disimular una realidad oculta en cuanto a la pobreza y escaso desarrollo de buena parte del país.

Esta idea de la arquitectura, basada en los principios higienistas, como mecanismo de control ambiental, donde se controla el espacio físico que se habita de forma individual (la vivienda) y colectiva (la ciudad) es especialmente importante ante contextos de epidemias y pandemias, pero también frente a situaciones sociales “tensas” como las suscitadas durante los procesos de modernización urbana de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Frente a una sociedad burguesa que sintió que el *status quo* podía verse amenazado por una posible insurrección de las clases obreras como manifestación en contra de sus deplorables condiciones de vida, la arquitectura, a través de su medicalización, adquirió un carácter terapéutico, conductivo de la población. A través de la enseñanza y el control de las adecuadas normas de higiene y comportamiento serían evitables nuevas epidemias, no solamente de médicas sino también sociales.

Figura 3. Vivienda Blixen de Castro (Joseph Carré, 1917).

Fuente: [Google Inc®](#).

Una máquina de curar

Paseamos entonces nuestros ojos, asustados, sobre las viejas podredumbres que son nuestra concha de caracol, nuestra vivienda, que nos oprimen con su contacto cotidiano, pútrido, desprovisto de utilidad y de rendimiento. Por todas partes se ven máquinas que producen algo, y que lo producen admirablemente, con pureza. “La máquina que habitamos es un trasto viejo, saturado de tuberculosis” (Le Corbusier, 1998, p. 233).

En 1923 Le Corbusier daba esta imagen de la vivienda tradicional, decimonónica, ampliamente desarrollada en las ciudades. Frente a la magnificencia de la máquina, como parámetro de medición de todo lo moderno, la vivienda era “un trasto viejo”, peor aún, un trasto viejo saturado de tuberculosis.

Veinte años separan las palabras de Le Corbusier y la aislación de la estreptomycin. El responsable de esto, Albert Schatz, en 1943 encontró finalmente un antibiótico efectivo para la cura de la llamada “enfermedad blanca”: la tuberculosis. Antes, el descubrimiento de los Rayos X, por parte de Wilhelm Conrad Röntgen en 1895, significó un punto de inflexión en el diagnóstico y control de la tuberculosis.

Como hemos expuesto en anteriores apartados, la tuberculosis no es una enfermedad exclusiva del siglo XX pero sí se convirtió en un problema a resolver, casi una obsesión en palabras de Beatriz Colomina, por parte de

los arquitectos modernos durante las primeras décadas del siglo. Conjuntamente los Rayos X, su técnica, su imagen y por sobre todo su significado, se constituyeron en una fuente de referencia para la estética de los arquitectos modernos. Por tanto, según plantea Colomina (2019), la arquitectura moderna de las primeras décadas del siglo XX no puede ser entendida sin su vinculación con estos dos factores médicos.

Tomando nuevamente la idea de los paradigmas planteada por Prieto, el enfrentamiento a la tuberculosis en las primeras décadas del siglo XX siguió respondiendo al paradigma higienista que se comenzó a desarrollar a mediados del siglo XIX. En este contexto, el control ambiental y, por tanto la arquitectura, continuaron siendo un factor fundamental para el control de la enfermedad. La vivienda aparece nuevamente en el centro de la discusión, serán la ventilación, la iluminación y la higiene factores determinantes para el combate de la enfermedad. Como expresaban autoridades médicas de la época como William Osler: “La batalla con la tuberculosis no es en los hospitales o en lo sanitario sino en las casas, donde prácticamente la enfermedad nace y se reproduce” (Bates, 1992, p. 234). Las enfermeras van a proponer una serie de cambios en las viviendas de pacientes enfermos que iban desde remover los papeles tapices y limpiar las paredes a minimizar el mobiliario y abrir las ventanas. En conclusión, “modernizar el interior” (Colomina, 2007).

Al igual que planteaba Vitruvio, la necesidad de alejarse de la ciudad para poder “cambiar / ventilar/renovar los aires internos del cuerpo, los arquitectos modernos propondrán un cambio radical del habitar, reubicando y reconfigurando la vivienda en función de estas premisas “sanadoras”. “Ello explica que en las casas de las vanguardias de 1920 no faltara casi nunca terrazas, solariums, gimnasios, grandes ventanales y, a veces, incluso huertos domésticos” (Prieto, 2020, p. 58). Esta “vida al aire libre” va a ser la justificación de estos conceptos. El carácter terapéutico de la arquitectura, cuando otros métodos no funcionan o no están disponibles, guiará las propuestas realizadas por los arquitectos modernos.

Le Corbusier (2003), en su “*Ciudad del Futuro*” establecía una estrecha relación entre la arquitectura y una nueva forma de vida. La estética de la misma surge del estado de un “espíritu nuevo”.

El principio de una arquitectura de la vivienda que responda al nuevo espíritu del habitante, de acuerdo a las nuevas necesidades y haciendo uso de las tecnologías vigentes, convierte a la vivienda en una máquina, una máquina de habitar, pero sobretudo una máquina saludable: una máquina de curar. La obsesión por el cuerpo y la mente sana será una consideración fundamental durante la modernidad de la primera mitad del siglo XX. Los arquitectos modernos trabajarán de diversas formas en torno a este concepto de la casa sanadora, en principio de las enfermedades

del cuerpo pero luego también del espíritu y, por qué no, de la moral (Colomina, 2007).

Todo hombre sabe hoy que necesita sol, calor, aire puro y parques limpios; le han enseñado a llevar cuello blanco y brillante, y a las mujeres les gusta la ropa interior blanca y fina. El hombre siente, en el día de hoy, que necesita un esparcimiento intelectual, un descanso corporal y la cultura física necesaria para resarcirse de las tensiones musculares o cerebrales del trabajo, del “duro trabajo” (Le Corbusier, 1998, p. 234).

“*Les Cinq points d’une architecture nouvelle*” de 1927 es el manifiesto donde Le Corbusier presenta los principios necesarios de la nueva arquitectura (Figura 4), los cuales se materializan de forma total en la Villa Savoye de 1929. Los pilotis, la planta libre, la azotea ajardinada, la ventana longitudinal y por último la fachada libre. Cada uno de estos principios es vinculable a la preocupación de Le Corbusier de que la arquitectura responda al espíritu de la época, lo cual incluye las preocupaciones por la salud del cuerpo y de la mente.

Los pilotis permiten elevar la vivienda del suelo, dejando la planta baja para el jardín y la circulación del automóvil, evitando así los locales húmedos y fríos. En su libro de *Ciudad Radiante* de 1935, Le Corbusier va a insistir en la utilización de pilotis para separarse del piso, al que se refiere como dispensador de reumatismo y tuberculosis.

La planta libre propone una reconfiguración espacial y funcional de la vivienda de forma tal que permita una circulación fluida de los habitantes, así como también del aire y el sol. Pretende de esta forma generar espacios más confortables y ambientalmente más saludables, abandonando las tradicionales plantas fragmentadas de la arquitectura decimonónica.

La azotea ajardinada, traslada la actividad al aire libre a la cubierta de la vivienda. Esto permitía el asoleamiento y descanso de los habitantes en las plantas superiores, gracias a los avances tecnológicos que liberaba de la necesidad de una cubierta inclinada. En muchos casos, las imágenes que utiliza Le Corbusier de sus azoteas, aparecen con habitantes tomando sol y ejercitándose; reforzando la idea de la relación entre salud y arquitectura.

La ventana longitudinal con grandes planos vidriados tanto fijos como móviles, permite gracias a la liberación de la estructura, la iluminación y ventilación de todos los ambientes de igual forma, lo que mejora sustancialmente las condiciones interiores de la vivienda. ¿Podría el implacable encuadre horizontal de la arquitectura moderna estar relacionado con la horizontalidad del ocupante —el convaleciente de tuberculosis acostado en la silla, el paradigmático cliente de la arquitectura moderna? (Colomina, 2007).

Figura 4. Les Cinq Points d'une Architecture Nouvelle (Le Corbusier, 1926).

Fuente: Oechslin & Wang (1987).

La fachada libre, que gracias al avance de las estructuras independientes de hormigón armado, ya no necesita ser portante, puede ser totalmente abierta y traslúcida a lo que sucede en el interior de la vivienda.

Además de estos principios, [Le Corbusier \(1998\)](#) ya había planteado en “*Hacia una arquitectura*” un manual de la vivienda donde indicaba las exigencias del nuevo habitante moderno: cuarto de baño con luz natural con lavabos de porcelana, bañera, duchas, aparatos de gimnasia. Un guardarropa independiente del dormitorio ya que esto sería “poco limpio y crea un desorden penoso”. Una sala grande sustituta de todos los demás espacios. Paredes desnudas en toda la vivienda. Armarios empotrados para evitar los problemas de higiene y mantenimiento.

Asimismo la estética pura, blanca, transparente y ascética de las viviendas modernas refleja no solamente la preocupación por la salud del cuerpo sino también de la mente. Como plantea [Colomina \(2019\)](#):

La arquitectura moderna no era solamente una forma de equipamiento médico o una máquina de gimnasia. Era también un capullo para refugiar a la frágil psique traumatizada por la exposición a la guerra, la pérdida de fronteras estables y los nuevos ritmos y velocidades de la industria tecnológica moderna. Cada habitación se vuelve una sala de recuperación, cada edificio un centro de trauma. La arquitectura se convirtió en un arte psicológico (Traducción del autor).

La blancura de las viviendas se relacionaban con la idea de evitar la contaminación de las paredes que conjugada con el nuevo rol de los grandes planos vidriados presenta a la casa como una radiografía.

La preocupación de Le Corbusier por generar un nuevo tipo de vivienda confortable, higiénica y funcional es evidente. En sus proyectos para las villas en las afueras de París intentará responder a estos parámetros casi como recetas médicas para lograr la prevención y la cura del hombre moderno en cuerpo y mente. Es, probablemente, la Villa Savoye la materialización más aproximada a las exigencias planteadas en sus textos.

El cuerpo moderno alojado en la arquitectura moderna no era pues, sólo un cuerpo, sino una multiplicidad de cuerpos. El cuerpo ya no era un punto de referencia estable alrededor del cual se pudiera construir una arquitectura. Era un sitio de construcción. Arquitectos como Le Corbusier y sus colegas de la vanguardia arquitectónica rediseñaron activamente el cuerpo con su arquitectura, en lugar de albergarlo o simbolizarlo. Un nuevo espíritu (l'esprit nouveau) requiere un nuevo cuerpo (Colomina, 2019).

Figura 5. Casa de reposo del Dr. Lovell (Richard Neutra, 1927).

Fuente: Paul Narvaez, 2014 [flickr, CC BY-NC 2.0].

Richard Neutra, por su parte, también se inspiró en estos conceptos ubicando en la mayoría de sus viviendas, desde 1930, porches para descansar afuera de las habitaciones, como en la casa del Dr. Scioberetti en Berkeley en 1939. El arquitecto se definía a sí mismo como una especie de médico. En la *Lovell House*, las preocupaciones por el funcionamiento interno del habitante y su relación con la casa son los puntos de partida del diseño (Figura 5). Luego de la guerra, estas inquietudes de Neutra se van a asociar con las cuestiones psicológicas y mentales de los usuarios (Lavin, 1999). El cambio en el enfoque acerca de la salud y el habitante no sólo se ve en las viviendas de Neutra. La casa como lugar de prevención va a ser sustituida entonces por la casa como lugar de bienestar mental.

En 1929 Sigfried Giedion evidenció esta preocupación de la vivienda moderna como herramienta de sanación a través de su analogía con los hospitales en su libro “*Befreites Wohnen*” (“Vida Liberada”). Allí se muestran imágenes de sanatorios, lugares y equipamientos deportivos e incluso viviendas que se volvían hospitales a través de la incorporación de gimnasios, así como también fotos con pacientes reposando en largas terrazas. No es casual tampoco el subtítulo del libro: *Licht, Luft, Offnung* (Luz, Aire y Aberturas). (Giedion, 2018).

Los Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna (CIAM) serán también ámbito de discusión sobre el tema de la vivienda. En 1929 “*Die Wohnung für das Existenzminimum*” (La vivienda mínima) organizado en Frankfurt tendrá como uno de sus protagonistas a Ernst May y el reclamo a sus colegas para propiciar la búsqueda de nuevas soluciones acordes a las nuevas formas de habitar teniendo como objetivo el máximo confort y el menor costo (Fraser, 2018). Las soluciones que se generaron en dicho encuentro se volverán auténticas propuestas que replantearon el habitar hasta la contemporaneidad (Martí, Alegre & Armesto, 2005).

En el libro de Döcker (1930) “*Terrassen Typ*”, se da cuenta acerca de las particularidades de las terrazas en la arquitectura moderna, tanto en viviendas como en sanatorios en una derivación casi simbiótica entre ambos (Mehlau-Wiebling, 1989). Se utilizan diagramas escalonados que muestran la incidencia de la luz solar, tanto en sanatorios como en viviendas y se concluye con una serie de terrazas en casas con equipamientos de gimnasia. Como ejemplo aparece la piscina de la Villa Noailles de Mallet-Stevens o las terrazas de Le Corbusier. Mies van de Rohe utiliza principios similares en las Weissenhofsiedlung de Stuttgart en 1928, mismo año que Docker se vuelve miembro del Werkbund (Ruilo, 2014).

Más adelante en 1949, Mies van de Rohe construyó una de las viviendas modernas más canónicas del siglo XX, la Casa Farnsworth. A primera vista, sus paredes y su profunda transparencia,

parecían provenir de una preocupación meramente estética. Su verdadera razón estaba quizás más relacionada con cuestiones médicas. Como expresa Colomina (2007): “Es un síntoma de una filosofía profundamente arraigada de diseño que deriva del discurso médico y es inseparable de él” (Traducción del autor). Esta obsesión médica estaba no sólo presente en el discurso sino que hasta la Sra. Farnsworth se sentía habitando en un hospital. Hablando acerca de su casa mencionaba: —Ya hay un rumor local de que es un sanatorio tuberculoso— (Farnsworth, citado en Friedman, 2006, traducción del autor).

En 1940 el arquitecto Royal Barry Wills recomendaba a las familias en su libro “*Houses for Good Living*” construir viviendas donde se pueda: —preservar la salud y la felicidad del grupo y mantenerla intacta— (Royal Barry Wills Associates, 1993, traducción del autor). La elección del arquitecto pasa a ser fundamental: —Si elegís un farmacéuta en lugar de un doctor para medicar a tu tía abuela y ella se recupera, nunca vas a saber si fue por las virtudes de la medicina o su indomable espíritu de vivir— (Royal Barry Wills Associates, 1993, traducción del autor).

En Uruguay estas preocupaciones sobre el rol de la vivienda como agente sanador también se extenderán durante los años 20, 30 y 40 del siglo XX acompañando los principios de la arquitectura y el urbanismo modernos que se desarrollaban en el ámbito internacional.

En el VI Salón de Arquitectura de Montevideo, Carré (1926) ya advertía que:

Muchos se olvidan de la composición arquitectónica y se preocupan exclusivamente del aspecto exterior (...) “como en el cuerpo humano, la forma exterior de un edificio es la consecuencia de todo el mecanismo interno. (...) Queremos casas bien iluminadas, bien ventiladas... La arquitectura debe adoptar el progreso y los progresos de la ciencia (p. 126).

Esta mirada del fundador del primer taller de arquitectura en Montevideo, formado en la “*Beaux Arts*” de París y contratado por el gobierno Uruguayo en 1907 como director de los cursos avanzados de Arquitectura, permite entender que las preocupaciones por la higiene y el confort que se estaban dando a nivel internacional también se hacían presentes en Uruguay.

En cuanto a las nuevas legislaciones con respecto a la vivienda, la Intendencia de Montevideo materializará con la Ordenanza sobre la Higiene de la Habitación de 1928 una discusión que había dado comienzo hacia 1919 en el ámbito de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay. La nueva normativa que se aplicó en la ciudad de Montevideo implicó una modificación sustancial de las condiciones de habitabilidad, higiene y confort de la vivienda, lo que tendrá como principal consecuencia la sustitución de la vivienda introvertida (estándar, de patios, etc.) a la vivienda extrovertida.

Las leyes sobre higiene de la vivienda de 1928 y 1929, en Montevideo y Buenos Aires, respectivamente, establecieron normas de iluminación y ventilación que ni las casas estándar ni las chorizo podían cumplir, lo cual generó alteraciones morfológicas y tipológicas de gran importancia para ambas ciudades ([Martínez y Tanoni, 2013](#), p. 49).

Con la nueva legislación, inspirada en los preceptos higiénicos de la arquitectura moderna esbozados en el CIAM de 1928 en La Sarraz, no se pretendía sustituir las viviendas existentes pero sí marcar el camino para el desarrollo futuro de la vivienda. Se comenzó a exigir a partir de ese momento: condiciones mínimas de asoleamiento y ventilaciones de los locales; dimensiones mínimas de las habitaciones, patios, vanos de escaleras y corredores; así como también, la obligatoriedad de cocina y baños en todas las unidades de habitación. Esta normativa será el batacazo final a los conventillos y casas de inquilinato, no tanto así de la vivienda standard de patios que se seguirá aprobando en la medida que cumpla con las nuevas exigencias de habitabilidad ([Carmona y Gómez, 1999](#)).

En 1934, un artículo llamado “*La vivienda obrera*. Lo que es y lo que debe ser”, ahonda acerca de la falta de higiene en la vivienda obrera comparándola con un cáncer: ingrato, sin luz, sin aire, sin espacio ni confort.

El problema de la habitación mínima para el obrero, es así un problema de la época y el equilibrio de la sociedad depende de su solución.(...) Habitación adaptada al fenómeno biológico, que comporta locales limitados en una envoltura que obedecerá al esquema de esas funciones con sus dos órdenes de cosas diferentes, naturales y espirituales (Pagani, 1934, pp. 12–13).

Acevedo (1935) hacía hincapié en esta idea: la casa debía estar asoleada y ventilada, y la ciudad descongestionada, para poder acabar con la tuberculosis.

La Sociedad de Arquitectos del Uruguay-SAU se unió al mensaje de la Cruzada Antituberculosa en el año 1944 con un slogan que leía: **tuberculosis = tugurio** (Figura 6). La vivienda mala era el foco de las preocupaciones de los arquitectos y su erradicación se profesaba a menudo con una “urgencia imperiosa” (SAU, 1944).

Las preocupaciones por la vivienda mínima, planteadas en los párrafos anteriores, tendrán su correlato en el Uruguay del siglo XX a partir de la creación del Instituto Nacional de Vivienda Económica que se hará cargo, hasta 1977, de gran parte de la producción pública de la vivienda social. Arquitectos e ingenieros tendrán un rol fundamental como técnicos que desarrollarán las soluciones habitacionales de acuerdo a las consideraciones modernas de iluminación y ventilación, incorporación de áreas de estancia, descanso y servicios en las viviendas para las clases menos favorecidas. Habrá en el ámbito de la vivienda social un espacio

propicio para la experimentación del habitar del hombre moderno hasta finales de la década de 1970. Se inicia por tanto un período que definirá las condiciones mínimas de higiene y confort del habitar en el Uruguay del que aún se sigue siendo deudor.

Una máquina obsoleta en la nueva normalidad

La emergencia a nivel global del SARS-COV 2 desde finales del 2019 y la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud-OMS en marzo de 2020 parece significar el comienzo de un nuevo episodio en cuanto a la relación entre la arquitectura y el urbanismo con las enfermedades y la vivienda nuevamente aparece como protagonista en la historia. Frente a una situación de confinamiento, voluntario u obligatorio, la vivienda retoma su rol preponderante en el combate de una epidemia.

Ante esta llamada “nueva normalidad” en que se encuentra el mundo, en la cual el aislamiento y la distancia social parecen ser una de las principales herramientas de prevención de difusión del Coronavirus, las limitantes de la vivienda contemporánea han quedado puestas de manifiesto y se han exponenciado frente a una realidad inusitada en donde confluyen en la misma todas aquellas actividades que en la “vieja normalidad” se realizaban en otros ámbitos.

La vivienda actual, configurada como un híbrido entre el mecanicismo de la vivienda moderna y la virtualidad de la contemporaneidad presenta las limitaciones propias de una dislocación entre la forma de proyectar la casa y las “nuevas” formas de vida contemporánea.

Mientras el contexto disciplinar contemporáneo se encontraba ceñido a discusiones entorno a la flexibilidad, adaptabilidad, virtualidad y heterogeneidad del usuario como parámetros a

Figura 6. Mensaje de la Cruzada Antituberculosa Nacional, 1944.

Fuente: SAU (1944).

considerar al momento de proyectar una vivienda acorde a la forma de vida contemporánea, seguimos habitando espacios concebidos por la mentalidad moderna, donde si bien los requerimientos mínimos de higiene y confort están satisfechos, son solamente eso “mínimos” y hoy los requerimientos de la vivienda son “máximos” y han excedido ampliamente los recursos de nuestras modernas “covachas”.

Aunque no podamos estar contentos por ello, la adaptación a la Covid-19 nos está dando una gran lección sobre cómo cambiar radicalmente nuestro estilo de vida con el propósito último de sobrevivir como especie (Ingersoll, 2020, p. 38).

Frente a esta nueva realidad asociada a la pandemia, el espacio doméstico vuelve a medicalizarse, es donde el ser humano se aísla del mundo exterior en su propia burbuja, donde se realiza la cuarentena, incluso donde se transita la enfermedad en soledad. Una vez más la vivienda es el refugio que nos protege de los agentes externos que nos atacan y es por tanto en el único lugar donde nos sentimos seguros frente a la incertidumbre del exterior. Pero en la vivienda ya no solo habitamos, nos protegemos y curamos sino que además trabajamos, estudiamos, socializamos y nos distraemos. El concepto de habitar adquiere un nuevo significado, más amplio y con otras necesidades para poder ser adaptado. La pregunta es entonces cómo esta nueva realidad impactará en la arquitectura de la vivienda y si implicará o no transformaciones de la misma.

Según plantean [Manaugh y Twilley \(2020\)](#), autores del libro *“Until Proven Safe: The History and Future of Quarantine”* donde realizan un análisis de las cuarentenas, las perturbaciones que se han generado y el futuro de la arquitectura, la vivienda es uno de los espacios más impactados en este proceso. Al igual que la tuberculosis en épocas anteriores, donde la vivienda se diseñaba con superficies fácilmente limpiables, ahora se está volviendo cada vez más como un espacio hospitalario. —Somos pioneros en una nueva forma de atención médica domiciliaria, como la robótica y otras formas de convertir la casa en una infraestructura médica a la vanguardia— ([Manaugh & Twilley, 2020](#), traducción del autor).

Una de las dificultades de carácter espacial que enfrenta la vivienda contemporánea es a partir del concepto de *Open Space*. Esto se traduce en una falta de esclusas y recibidores en las entradas de las viviendas como espacios de sanitización y despojo de los patógenos del mundo exterior. Tanto el despojador como el pasillo, ambos menospreciados en los nuevos conceptos del habitar como espacios residuales y sin función alguna, parecen tener un resurgimiento frente a la necesidad de compartimentar espacios. En Estados Unidos, el porche frontal tan utilizado en su arquitectura históricamente, parece tener un nuevo renacer en este esquema, como lugar de espera y de cuarentena.

Asimismo, la idea del espacio abierto, integrado e indefinido, tan característico de la configuración contemporánea de la vivienda, complejiza

las nuevas actividades que se desarrollan en el espacio doméstico a partir del confinamiento. La necesidad de espacios definidos para descansar, trabajar, aprender o jugar son nuevas exigencias que por ahora parecen no tener una respuesta clara.

La experiencia del confinamiento hará reclamar mejores estándares de soleamiento y relación con el exterior en futuras viviendas, la extensión del teletrabajo y el teleaprendizaje cambiarán prácticas laborales y escolares, y el rigor de las rutinas higiénicas debilitarán la sociabilidad espontánea de tantas culturas del contacto. La morfología arquitectónica, sin embargo, mostrará la inercia que le es propia, determinada como está por los recursos técnicos y las constricciones del entorno (Fernández-Galiano, 2020, p. 3).

Al problema de la falta de espacios que se adecuen a las nuevas funciones de la vivienda aparece también la realidad de la dimensión real de los espacios, algo intrascendente, o menos preocupante, cuando eran solo utilizados en determinados momentos del día; pero sumamente dramático durante un confinamiento y en un contexto donde todas las actividades se realizan de forma simultánea. El *Existenzminimum* y sus exigencias de un mínimo habitable y confortable parecen haber llegado, luego de más de 90 años de vigencia, su inexorable final. ¿Debemos, a partir de ahora, pensar la vivienda en parámetros de un *Existenzmaximum*?

Es así que creo que hay un sustento poético y mítico en toda la experiencia de las cuarentenas. Sería gratificante si pudiéramos engañar a las autoridades para que diseñen Arcadia para nosotros —y podamos fingir que es por la cuarentena, pero en realidad es solo porque estamos en búsqueda de la buena vida (Maugh & Twilley, 2020, traducción del autor).

REFLEXIONES FINALES

Desde Hipócrates y la teoría de los miasmas, que llevó a los primeros razonamientos patológicos sobre cómo las personas adquirirían las enfermedades, hasta las nuevas recomendaciones de aislamiento derivadas de la pandemia de SARS-COV 2, la arquitectura, y en particular la vivienda, ha sido un elemento fundamental para la prevención y el combate de enfermedades.

El reconocimiento de la arquitectura como una rama de la medicina, una ciencia que tiene por fin último el bienestar del ser humano, evidencia que la preocupación por las epidemias, pestes y pandemias siempre ha estado presente en la disciplina arquitectónica.

Ya en la antigüedad clásica el trazado de las ciudades así como la ubicación y disposición de los edificios estaba dirigido por un detallado estudio no solamente de las características del lugar de implantación sino, fundamentalmente, de las condiciones ambientales que posibilitan un funcionamiento correcto de la ciudad como la existencia de fuentes de agua cercanas, los vientos y corrientes, entre otras características geográficas y climáticas.

La vivienda, en particular, ha oficiado no solamente de espacio del habitar, sino que en diferentes episodios de la historia ha sido identificada tanto como el origen o como la solución de todos los males en lo que refiere a las enfermedades.

Los procesos de modernización que comenzaron a sucederse en la segunda mitad del siglo XIX implican, no solamente un cambio en cuanto al avance técnico y científico en el diagnóstico y prevención de enfermedades, sino que la vivienda —tanto en su configuración espacial como en la aplicación de los avances tecnológicos— se posiciona en el centro de la discusión. La mejora de las condiciones de higiene y confort de la vivienda, el acompañamiento de los procesos de transformación infraestructural de las ciudades, y el respaldo en un estado paternalista que “educaría” a sus ciudadanos a vivir de manera correcta, tendría como resultado una mejora en las condiciones de vida de todos los habitantes, así como una convivencia armoniosa.

El cargar en la vivienda la causa de todos los problemas médicos y sociales no fue solamente una característica del higienismo decimonónico y sus difusores, sino que se convirtió en casi una obsesión para arquitectos y urbanistas modernos de la primera mitad del siglo XX. Escudados detrás de la necesidad de prevenir, tratar y, en última instancia curar la tuberculosis, respaldaron gran parte de su derrotero sobre la vivienda entendida como una máquina: de habitar y también de curar. Un paradigma habitacional que no caracteriza solamente la vivienda moderna

del siglo XX sino que sigue teniendo vigencia ya dos décadas luego de comenzado el siglo XXI.

La actual pandemia de COVID-19 que afecta al mundo ha puesto de manifiesto las carencias y las virtudes de la vivienda. Esto se ha evidenciado a partir de la necesidad, voluntaria u obligatoria, del repliegue hacia lo privado a partir de las cuarentenas intermitentes que se han llevado a cabo en los distintos países.

Se ha establecido una “nueva normalidad” donde la vivienda se vuelve el ámbito en el que se realizan todas las actividades: habitar, trabajar, aprender, recrear, etc.; que se realizaban, en su mayoría, fuera de la misma. Como resultado, se ha puesto nuevamente el foco en la vivienda, en las formas de habitar y en el grado de coincidencia entre ambas.

La vivienda contemporánea es aún deudora en gran medida de la vivienda moderna donde la preocupación por los espacios funcionales, la separación de las tareas y la estandarización de los mínimos confortables e higiénicos se extienden aún en la materialización de gran parte de las soluciones habitacionales contemporáneas. Asimismo, la hibridación con las preocupaciones contemporáneas de flexibilidad y adaptabilidad se han ido incorporando a esa vivienda aún de carácter moderno junto con el concepto de espacio abierto o la integración de distintos espacios.

El surgimiento de la pandemia —de forma abrupta, pero tal vez no inesperada— pone en evidencia y de manera exponencial las dificultades existentes. Los planteos antes mencionados

han entrado en eclosión frente a la necesidad de la existencia de espacios diferenciados y calificados para desarrollar actividades que hoy, y frente a un nuevo contexto, se concentran en la vivienda.

Todo esto ha puesto de manifiesto, la necesidad de emprender una búsqueda por una arquitectura acertada a las necesidades contemporáneas y deberá ser parte fundamental del quehacer arquitectónico de aquí en más, independientemente de las repercusiones inmediatas provocadas por la pandemia. Parece imperativo realizar una revisión -no solo de las calidades y cualidades de los espacios de la vivienda- sino desde el punto de vista social de la misma. La mayor contradicción en la contemporaneidad se presenta en que gran parte de la población mundial no accede a las condiciones mínimas de vivienda digna —o directamente no accede a una vivienda— resultando en la vulneración de todos sus derechos, y exponiéndolo a un contexto completamente hostil.

La arquitectura de rayos x contemporánea nos deja ver: un trasfondo carenciado y complejo, una casa con frecuencia ausente, y una problemática atacada con soluciones agotadas. Una casa no puede curar si está enferma.

REFERENCIAS

- Acevedo, L. (1935). La acción del arquitecto. *Arquitectura*, 184, 10–11. Disponible en <https://www.sau.org.uy/publicaciones/revisita-arquitectura/>
- Arigón, S. (2013). Casa Blixen de Castro. Patrimonio de los uruguayos. [artículo]. Montevideo: UdelaR. Recuperado de http://www.farq.edu.uy/patio/wp-content/uploads/downloads/2013/08/20130827_blixen-castro.pdf
- Banham, R. (1975). *La arquitectura del entorno bien climatizado*. Buenos Aires: Infinito.
- Barrán, J. P. (2012). La Medicina del Novecientos: Poder y Saber. *Archivos de Medicina Interna*, 34(3), 95–101. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-423X2012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Barrán, J. P. y Nahum, B. (1984). Las clases populares en el Montevideo del novecientos. En, Clacso, *Sectores populares y vida urbana* (pp. 11–36). Buenos Aires: Clacso. Disponible en https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_por_programa_detalle.php?campo=programa&texto=20&id_libro=378
- Bates, B. (1992). *Bargaining for Life: A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Carmona, L. y Gómez, M. J. (1999). *Montevideo: Proceso planificador y crecimientos*. Montevideo: Universidad de la República. Disponible en <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18034>
- Carré, J. (julio, 1926). Conferencia dictada por J. P. Carré en el VI Salón de Arquitectura. *Revista de Arquitectura*, 104, 148–155.

- Cerda, L. J. & Valdivia C. G. (2007). John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista Chilena de Infectología*, 24(4), 331–334. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>
- Colomina, B. (2019). *X-ray Architecture*. Zurich: Lars Müller Publishers.
- Colomina, B. (2007). *Domesticity at war*. Cambridge: MIT Press.
- De Pieri, F. (2017). Paris Haussmann: Modèle de ville/Paris Haussmann: a model's relevance. *Planning Perspectives*, 32(4), 658–659. <https://doi.org/10.1080/02665433.2017.1345063>
- Döcker, R. (1930). *Terrassentyp: Krankenhaus, Erholungsheim, Hotel, Bürohaus, Einfamilienhaus, Sieglungshaus, Miethaus, und die Stadt*. Stuttgart: J. Hoffmann.
- Fernández-Galiano, L. (2020). Vivir a distancia. *Arquitectura Viva*, 225, 2–3. Disponible en <https://arquitecturaviva.com/articulos/vivir-a-distancia>
- Fraser, M. (Ed.). (2018). Existenzminimum. En, *Sir Banister Fletcher Glossary*. London: The Royal Institute of British Architects (RIBA)/University of London.
- Friedman, A. T. (2006). *Women and the making of the modern house: A social and architectural history*. New Haven: Yale University Press.
- Giedion, S. (2018). *Liberated dwelling*. Zurich: Lars Muller.
- Hall, P. (1996). *Ciudades del mañana: Historia del urbanismo en el siglo XX*. Barcelona: Del Serbal.
- Harper, K. (2019). *El fatal destino de Roma: Cambio climático y enfermedad en el fin de un imperio*. Barcelona: Crítica.
- Haussmann, G. E. (2000). *Mémoires (Edition intégrale)*. Paris: Seuil.
- Ingersoll, R. (2020). Pandemias y antropoceno. No hay un después. *Arquitectura Viva*, 225, 36–39. Disponible en <https://arquitecturaviva.com/articulos/pandemias-y-antropoceno>
- Lavin, S. (1999). Open the Box: Richard Neutra and the Psychology of the Domestic Environment. *Assemblage*, (40), 6–25. <https://doi.org/10.2307/3171369>
- Le Corbusier. (2003). *La ciudad del futuro (5a. ed)*. Buenos Aires: Infinito.
- Le Corbusier. (1998). *Hacia una arquitectura*. Barcelona: Apóstrofe.
- Managh, G. & Twilley, N. (2020). Until Proven Safe. *AA Files*, 77, 44–50.
- Martí, C., Alegre, L. & Armesto, A. (2005). *Las Formas de la residencia en la ciudad moderna: Vivienda y ciudad en la Europa de entreguerras*. Barcelona: UPC.
- Martinez, S. y Tanoni, R. (2012). Origen y evolución de los edificios de renta en Montevideo y Buenos Aires. *Anales de Investigación en Arquitectura*, 2, 43–62. <https://doi.org/10.18861/ania.2012.2.0>
- Medero, S. (2020). Arquitectura, imagen y estado. La exposicion 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*, 10(1), 29–45. <https://doi.org/10.18861/ania.2020.10.1.2967>

- Mehlau-Wiebkking, F. (1989). Richard Döcker in der Auseinandersetzung zwischen traditioneller und moderner Architekturauffassung—Alternativ-Entwürfe zu gleichen Projekten. In: F. Mehlau-Wiebkking, *Richard Döcker* (pp. 18–38). Berlin: Vieweg+Teubner Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-86197-9_2
- Pagani, G. (1934). La vivienda obrera. Lo que es y lo que debe ser. *Arquitectura*, 20(184), 12–14. Disponible en <https://www.sau.org.uy/publicaciones/revista-arquitectura/>
- Oechslin, W. & Wang, W. (1987). Les Cinq Points d'une Architecture Nouvelle. *Assemblage*, (4), 83–93. <https://doi.org/10.2307/3171037>
- Ortega, E. (septiembre, 2012). La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX. Presentado al *13 Seminario Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*, SBHC, Sao Paulo, Brasil. Recuperado de https://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345066100_ARQUIVO_PonenciaOrtegaSBHC.pdf
- Palero, J. S. y Avila, M. (2020). Covid-19. La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena. *Cuaderno Urbano. Espacio, cultura, sociedad*, 29, 9–26. <https://doi.org/10.30972/crn.29294620>
- Prieto, E. (2020). *Utopías de la salud*. Ciudades, edificios y virus: Una breve historia. *Arquitectura Viva*, 225, 53–59. Disponible en <https://arquitecturaviva.com/publicaciones/av/vida-y-virus>
- Prieto, E. (2019). *Historia medioambiental de la arquitectura*. Madrid: Cátedra.
- República Oriental del Uruguay. Cámara de Senadores. Cámara de Representantes. (16 de diciembre de 1952). Constitución de la República Oriental del Uruguay. [*Ley N° 11789*]. Diario Oficial: 13586. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/11789-1952>
- Royal Barry Wills Associates. (1993). *Houses for good living*. New York: Taylor Trade Publishing.
- Ruiloba, C. (2014). *Arquitectura Sanitaria: Sanatorios Antituberculosos. Escuela Nacional de Sanidad*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad/Instituto de Salud Carlos III. <https://doi.org/10.4321/repisalud.5422>
- Scamozzi, V. (1982). *L'idea della architettura universale. I*. Bologna: Arnaldo Forni.
- SAU. (1944). Cruzada Antituberculosa Nacional. *Arquitectura*, 211, 49–50. Disponible en <https://www.sau.org.uy/arquitectura-211-1944/>
- Ventura, D. (mayo 10, 2020). Coronavirus: Cómo las pandemias modificaron la arquitectura y qué cambiará en nuestras ciudades después del covid-19. *BBC News Mundo*. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52314537?fbclid=IwAR0ez83OOoMXPCgy-rRpQ9vRHjdLoKanSRIkPA0vGtKhX4jqmU0sKoWpGY>
- Vitruvio, M. (1987). *Los diez libros de arquitectura*. Madrid: Akal.
- Winderman, E., Mejia, R. & Rogers, B. (2019). All Smell is Disease”: Miasma, Sensory Rhetoric, and the Sanitary-Bacteriologic of Visceral Public Health. *Rhetoric of Health & Medicine*, 2(2), 115–146. <https://doi.org/10.5744/rhm.2019.1006>

Carla Nóbile es candidata a Máster en Historia y Cultura de la Arquitectura y la Ciudad (Universidad Torcuato di Tella, Argentina). Arquitecta en TSA Adams Studio. Editora en Jefe de Anales de Investigación en Arquitectura de la Universidad ORT Uruguay. Coordinadora de la Memoria de Fin de Carrera en la Facultad de Arquitectura (Universidad ORT Uruguay). Profesora titular de los cursos: La Conformación de la Región, Enfoques y Problemas en Arquitectura, Metodología de la investigación. Tutora de la Memoria de Fin de Carrera en la Facultad de Arquitectura de la Universidad ORT Uruguay. <https://orcid.org/0000-0002-1309-2034>

María Eugenia Puppo es Máster en Investigación en Arquitectura de la Universidad de Valladolid (España). Arquitecta en Cagnoli Arquitectos. Editora de Anales de Investigación en Arquitectura de la Universidad ORT Uruguay. Beca Iberoamérica+Asia para cursar el Máster Universitario Oficial en la Universidad de Valladolid (España) y Banco Santander, 2013. Profesora titular de los cursos: La Conformación de la Región e Introducción a la Arquitectura Contemporánea. Tutora de la Memoria de Fin de Carrera en la Facultad de Arquitectura de la Universidad ORT Uruguay. <https://orcid.org/0000-0002-0427-7803>

Andrea Sader es candidata a Máster en Comunicación Política, Universidad Católica del Uruguay, Instituto Ortega y Gasset (España). Arquitecta y Tutora de la Memoria de Fin de Carrera en la Facultad de Arquitectura de la Universidad ORT Uruguay. <https://orcid.org/0000-0003-1608-4096>