Rev Chil Salud Pública 2012;
Vol 16 (3): 256 -263

Investigación en historia de la salud pública

¿Cómo leer un hospital?: El estilo de Ignacio González Ginouves

La forma en que las instalaciones físicas de hospitales organizan y conforman las acciones de salud usualmente es considerada anecdótica. Grave equivocación, pues en la materialidad de las instalaciones de salud se sitúan aspectos que pueden legítimamente considerarse performativos de la acciones de salud.

A mediados de los años setenta, Foucault nos enseñó en su trabajo "Vigilar y castigar" cómo la arquitectura de las cárceles constituía un verdadero dispositivo, una tecnología de producción y de gobierno. Y cómo esas tecnologías, a su vez, se reorganizaban en la escuela, el ejército y los hospitales.

Sin embargo, no se trata solo de destellos de visión en un mundo de ciegos. Ya terminando la primera mitad del siglo XX, el Dr. González Ginouves publicaba este artículo, en el cual se vincula la materialidad de los hospitales, la organización del saber y las tecnologías, en una lectura de la evolución de los hospitales.

Ponemos a disposición este texto de difícil hallazgo, por su valor propio, por su utilidad a los estudios socio-técnicos en salud, acerca de la materialidad de los dispositivos. Y en un juego de sospechas, porque también hay resonancias foucaultianas en la vehemencia de etapificar movimientos que hoy nos parecen dominados por la fluidez y la continuidad.

La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile*

THE EVOLUTION OF HOSPITAL ARCHITECTURE IN CHILE

La evolución de la arquitectura de los hospitales chilenos, como la de los de todo el mundo, ha estado regida por dos factores principales: los materiales disponibles y las ideas existentes sobre la función del hospital.

El concepto simple que se tenía del hospital en el siglo XVI, encontraba su materialización fácil, natural, en el adobe -barro y paja-. Los conceptos que hoy se tienen del trabajo hospitalario y del papel que estos establecimientos desempeñan en la sociedad, no podrían realizarse sin las posibilidades arquitectónicas del concreto.

Hasta el siglo pasado los hospitales del mundo entero y muy especialmente los chilenos, eran casas de caridad en que el paciente recibía reposo y comida más que medicina. La función médica, tal como la concebimos hoy, no existía, y lo poco que en este sentido se hacía, pasaba a segundo término frente a otros aspectos, tales como los auxilios religiosos para quien va a morir.

Los hospitales de esos años se caracterizan por la insignificancia y simplicidad del diseño, en lo que a salas y departamentos de enfermos se refiere, y por la suntuosidad y extensión relativas de la capilla y comunidad -ubicadas invariablemente como separación entre los sexos de los enfermos y del personal que los atendía- y por la postergación impresionante de los servicios generales: cocina, lavandería, higiénicos, etc.

Hacia fines del siglo pasado se advierte en la arquitectura hospitalaria el primer cambio verdaderamente fundamental como consecuencia de los nuevos descubrimientos de Pasteur; el conocimiento de la infección, del contagio, de la asepsia, y el incremento de la anestesia que había sido descubierta años antes, junto con revolucionar la medicina, revolucionaron la arquitectura de los hospitales.

IGNACIO GONZÁLEZ GINOUVES[1]

[1](1903-1990). Médico cirujano, fue Director General de Beneficencia; Jefe del Servicio del Hospital Clínico Regional; Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción; Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador y Rector de la Universidad de Concepción.

* Folleto número 131 de la serie de Publicaciones de Divulgación de la Asociación Chilena de Asistencia Social.

Las salas se orientan para lograr sol y buena ventilación. Aparece la división y el aislamiento; la distinción entre cirugía y medicina; toman importancia los pabellones de operaciones: el diseño de los servicios médicos se complica con salas de exámenes, de curaciones, etc.

La medicina recibió a borbotones los beneficios de estos descubrimientos: ya los hospitales no eran "antesalas de la muerte", como las llamó alguien, ni lugares de tortura en los que, por falta de otra esperanza terrena, debía suministrarse la de la religión. Y vemos en los diseños cómo la proporción entre departamentos médicos y capilla y comunidad empieza a variar a favor de los primeros.

Se acusa también en los hospitales de este tiempo como consecuencia de lo ya dicho y del despuntar de algunos conceptos de asistencia social, la aparición de servicios de recepción y aún de dispensarios.

La evolución subsiguiente de la arquitectura hospitalaria, hasta la introducción del hospital vertical, tiene sólo variaciones de detalle correspondientes al desarrollo y perfeccionamiento de las ideas ya puntadas: orientación, sol, aire, aislamiento, cirugía etc. Se esbozan las salas de rayos X y laboratorios: pero la cocina y la lavandería siguen relegadas a la "mediagua del fondo", y el personal tiene habitaciones de tipo claustral.

El hospital moderno, monoblock vertical, fue introducido entre nosotros por el doctor Alejandro del Río con posterioridad al años 1934. Antes de esta fecha hay un período que, como veremos más adelante, abarca desde 1910 a 1927 y que es una transición que prepara -podríamos decir- el advenimiento del monoblock, pero que conceptualmente sólo es la culminación de las épocas anteriores.

La medicina había crecido enormemente en amplitud y prestigio como consecuencia de los descubrimientos pasteurianos ya enunciados, de la anestesia, de las nuevas ideas acerca de la inmunidad y el contagio, de la aparición de los rayos X, del descubrimiento del radium, de los nuevos conceptos de la patología, y aparecían perspectivas nunca vistas. La extensión llevó necesariamente a la especialización y el concepto hipocrático unitario cayó por tierra ante la división del cuerpo humano en especialidades aisladas e independientes.

Resultado de estas ideas fue el hospital de pabellones aislados: aquí administración y recepción: más allá, medicina interna: en otra parte, cirugía; acá, maternidad; después, laboratorio, rayos X, etc.; al fondo, cocina y lavandería. Todo en un hermoso parque surcado de anchas veredas.

De este tipo fueron varios planos de hospitales chilenos. Planos que encajaban admirablemente bien en los hermosos parques señoriales que en aquellos años fueron legados o adquiridos con ese objeto (Arriarán, Barros Luco, etc.), pero que por desgracia nunca se alcanzaron a terminar.

Hospital de Puerto Montt. Colaboración Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

La influencia de don Alejandro del Río desde 1934 adelante, cambia la arquitectura hospitalaria chilena. Pero este cambio (él había introducido años antes los hospitales de pabellones separados) no obedecía sólo a unas modas más o menos convenientes, sino que era el producto de un cambio de conceptos en todo cuanto concernía al hospital y a sus funciones.

La medicina sentía ya la necesidad de la síntesis como una reacción contra la especialización exagerada. El neo-hipocratismo, es decir, la vuelta a la unidad de la medicina sin desconocer la multiplicidad y complejidad de sus aspectos, exigía la concentración de todos los

servicios para facilitar el intercambio de ideas, las interconsultas y el aprovechamiento de los servicios generales. Por otra parte, asumía el hospital un papel activo en la lucha contra la enfermedad -y esto exigía expedición, rapidez- y proyectaba audazmente su acción hacia el medio: aparecen los policlínicos de gran desarrollo, se perfeccionan los laboratorios, etc., la cocina y la lavandería pasan a ocupar un lugar destacado y se organizan en forma también diferente.

El hospital extiende su radio de acción y atrae cada vez una mayor clientela. Aparecen los pensionados que hasta 1910 prácticamente no existían; se crean los consultorios pre-natales y de control de niños sanos, es decir, la función preventiva.

El hospital, gracias al monoblock de distribución y planificación funcional, que es perfeccionado con posterioridad, afirma su importancia y su papel definitivo, en forma de "centros de salud", entre las instituciones destinadas al cuidado de la población.

Una ojeada retrospectiva a los planos y diseños de los Hospitales chilenos, desde 1543, fecha en que se fundó el primero, hasta 1944, en que se planean los últimos, señala 7 épocas bien definidas:

Primera época

Hospitales de la Conquista. Eran establecimientos destinados a un fin primordial: las necesidades de las campañas de conquista. Sus materiales eran los únicos de que entonces se disponía -el barro y la paja- y su construcción, ligera, porque no había tiempo para hacerlos mejor y en cualquier momento eran destruidos por los indios: muros de adobe, piso de tierra apisonada, techo de paja, puertas y ventanas hechas con herramientas más simples, y un plano sencillo, porque eso bastaba.

Un patio cuadrado rodeado de corredores; dos o tres de los costados eran salas de hospitalización; los otros, habitaciones, comunidad, pequeña capilla. En una mediagua al fondo, la cocina y los servicios higiénicos.

Cuando el pequeño villorrio de los conquistadores alcanzaba algún desarrollo, se alejaban los peligros y había tranquilidad para cumplir el mandato de las leyes de Indias de dar atención a los nativos de la tierra, el diseño se complicaba agregándose una capilla entre dos patios, uno para mujeres y otro para hombres.

A pesar de llamarse hospitales, eran más bien hospederías que tal cosa; no había médico ni boticario; a lo sumo, un barbero y algunos frailes que sabían, tanto decir una misa como empuñar la espada, dar un par de bofetadas, vendar una herida, administrar una sangría o enseñar el catecismo.

De este tipo fue el primer "San Juan de Dios" (hospital de Nuestra Señora del Socorro), que abrió sus puertas en 1553; el de La Serena (1559; Osorno (1559); Cañete (1560); Concepción e Imperial (1561); Villarrica (1563); y Arica (1577). Esta época duró hasta 1770 más o menos.*

Segunda época

Colonia. Ya las ciudades viven sin temor al asalto. La vida, más organizada, transcurre entre el comadreo, la iglesia y la siesta.

No hay médicos y a lo más, uno que otro licenciado o bachiller que asoma sus narices por esta remota colonia y que atiende a los huéspedes del hospital.

El material ha mejorado: ahora las paredes son de adobe o de ladrillo pegado con cal; hay estuco y color blanco. El techo, de teja vana; hay cielo raso. Hay ventanas con vidrios, colocadas en lo alto de los muros. Hay piso de ladrillo.

En el diseño también se ha progresado y aparece un criterio funcional, no en lo médico sino en lo religioso: la disposición en crucero (crucero de Avilés, del viejo San Juan de Dios), en que las salas se disponen en forma radiada alrededor de un vestíbulo central en donde estaba el altar. De esta manera los enfermos podían oír misa desde sus camas.

De esta época, son; el Hospital de Chillán, mandado edificar por D. Ambrosio O'Higgins en

* Al hablar de hospitales de la Conquista y hospitales de la Colonia, no nos referimos a una clasificación cronológica sino conceptual. Hubo hospitales de tipo y calidad de los que llamamos "de la Conquista", que fueron, como se ve, edificados en plena Colonia. No hay que olvidar, por otra parte, que si bien históricamente se señala una fecha de demarcación entre ambas épocas, en la realidad, mientras en Santiago era ya Colonia, en "la frontera" era plena Conquista.

1791: el que Toesca planificó y el Presidente Avilés aceptó para Talca, en 1796 y para San Juan de Dios de Santiago en 1797. Este hospital San Juan de Dios, se terminó en 1801 y está en pie todavía. El actual hospital de Curicó fue construido también en esa época.

Tercera época

Independencia. Era pobre la naciente república y tenía muchos problemas.

Con lo español, fue barrido el concepto colonial de las cosas, pero su reemplazo por lo nuevo tardó años en llegar.

Se hicieron unos pocos hospitales que remedan en mayor o menor grado los anteriores, prevaleciendo el tipo de patios. Ejemplos de esta época son el actual Hospital de Rengo y el que se acaba de demoler en Los Andes.

El tipo de construcción es el mismo de la época colonial. El concepto que de ellos se tenía, semejante al de antes.

Cuarta época

1870-1910). Ya estaba fundada la Escuela de Medicina.

Hombres que hicieron la historia de sus comienzos y que son las figuras más destacadas de la Medicina chilena, iban y volvían de Europa trayendo las ideas revolucionarias que generaron los descubrimientos pasteurianos.

Como dijimos antes, la arquitectura hospitalaria no escapó a la innovación; los planos de los hospitales se disponen en conformidad a un concepto de función; su estilo cambia y pierde en parte su aspecto conventual. Los materiales, cal y ladrillo, permiten una mejor construcción y un mayor confort: calefacción por estufas; pisos de madera, cielos rasos, ventanas más amplias etc. Aparecen servicios higiénicos anexos a las salas.

La unidad es la sala de 30 a 40 camas, que se dispone en lo posible orientada a un costado al norte; en un extremo la sala de exámenes y de la hermana; en el otro, los servicios higiénicos (cuando no estaban en la sala misma) y el repostero y comedor.

Las salas, generalmente unidas entre sí por corredores, se disponían escalonadas en una o dos hileras a los costados de un patio. En él se destacaba la capilla y la comunidad, y más lejos, pero ya en posición de mayor importancia, la lavandería y la cocina. En mediaguas más apartadas, los talleres y habitaciones del personal.

Los servicios administrativos eran simples y giraban alrededor de la sala de la Superiora.

La recepción estaba constituida por la pieza de examen, y la del practicante. Estas u otras semejantes servían de “dispensario” cuando se hacía.

Generalmente eran hospitales para enfermos de un mismo sexo. Cuando lo eran para los dos, se tomaba toda clase de precauciones: pesadas puertas de fierro, murallas, divisiones, etc., para evitar los peligros que la mezcla de sexos pudiera traer…

Las salas eran enormemente altas, para la eficaz ventilación (?), a menudo de cielo abovedado. Las ventanas, antes altas, como de iglesia, bajas para ver el jardín por ellas.

Los pabellones de operaciones, de diseño simple, orientados hacia la luz solar (norte), estaban generalmente adyacentes a la correspondiente sala de enfermos.

Estos hospitales tenían una extensión considerable y bien pudo entre nosotros hacerse, como en alguna parte de Europa, en que un pequeño tren unía los diferentes departamentos hospitalarios.

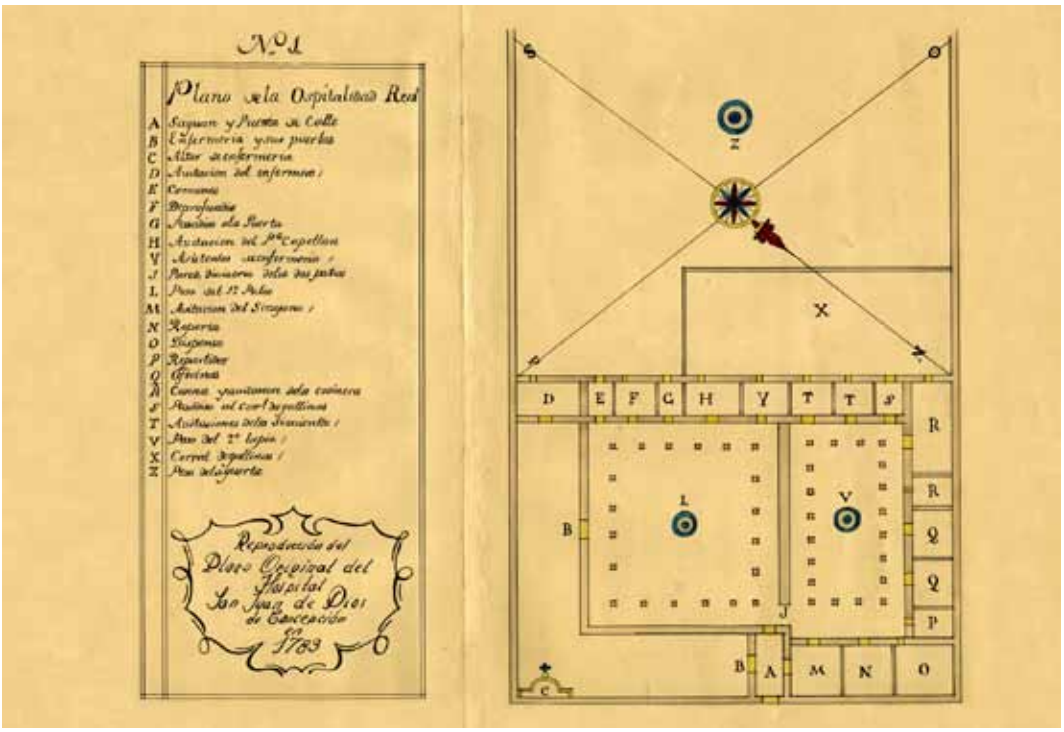
De esta época datan el Salvador, El San Borja, el San José, etc.

Quinta época

1910-1927. La escuela alemana impone el hospital de pabellones aislados.

Ya hemos hablado de la génesis conceptual de este tipo de construcción: las especialidades se diseñan claramente; aparece la necesidad del policlínico, de la administración como función destacada.

La función médica (el hospital) era integrada por numerosas funciones, servicios o departamentos aislados (los pabellones) y como las posibilidades arquitectónicas no permitían más de dos o tres pisos, se buscaba la solución en la extensión: en orden sucesivo había tres centrales: la administración y recepción, la capilla y la cocina y lavandería. Alrededor de este eje se disponían los pabellones: policlínicos, farmacia, cirugía mujeres, cirugía hombres, medicina mujeres, medicina de hombres, maternidad, infecciosos, claustro, habitaciones del personal y sirviente, etc., etc.



Reproducción del plano original del Hospital San Juan de Dios de Concepción de 1783. Colaboración Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

En este tiempo, el arquitecto alemán, Ruppel, planeó el Hospital Barros Luco. Hizo escuela y el Consejo Superior de Beneficencia aceptó el sistema, que se advierte en todos los hospitales que se comenzaron en ese tiempo.

Desgraciadamente este tipo de edificación -en dos o tres pisos (gracias al ascensor) y con pabellones aislados- resultaba muy caro y ninguno de los proyectos alcanzó a ser terminado: así el Barros Luco, el Arriarán y otros que sólo quedaron en el plano (Osorno).

Sexta época

1927-1934. Hasta este momento los nuevos hospitales eran construidos por la Beneficencia, generalmente gracias a legados o donaciones privadas o estatales.

En 1927, el Gobierno reorganizó los Servicios de Beneficencia; les reconoció su función de asistencia social del Estado y comenzó a intervenir en forma franca en su administración y financiamiento.

Así resulta una ley que destina $30.000.000.- para construir hospitales; pero las necesidades eran muchas en el país y habían de ser satisfechas en la medida de lo posible.

Se hicieron, entonces, pabellones que se agregaron a los viejos hospitales. Estos pabellones, arquitectónicamente considerados, son una adaptación de los de la época anterior: en forma de peineta, de dos o tres o cuatro pisos, con dos o cuatro salas perpendiculares a un cuerpo principal que contenía los servicios generales -salas de médicos, de examen, laboratorios, aislamientos, etc.-; los servicios higiénicos quedaban, como siempre, en la testera de la sala.

De este tipo de transición son los pabellones de los hospitales de Temuco, Angol, Talca y otros, que, como hemos dicho, no alcanzaron a constituir verdaderos hospitales sino parches sobre los viejos.

Original dentro de su concepción arquitectónica, aún cuando manteniendo siempre las líneas generales enunciadas, es el Sanatorio para Tuberculosos de Putaendo, proyectado y construido en esa época y en el cual se advierte una interesante aunque elaborada dispo-

sición funcional: un cuerpo central que contiene los servicios generales: pabellones, rayos X, laboratorios, comedores, etc.; anexas a él, en un solo piso, la lavandería y la cocina. Del cuerpo principal salen como aspas de un molino, cuatro alas que contienen, hacia el lado del sol, las salas y hacia el lado de la sombra, los servicios. Estas alas, que son radiadas y que, por lo tanto, no tienen una orientación definida, se continúan con galerías de reposo, que para lograr la orientación norte, forman con el cuerpo constituido por las salas, ángulos de diferente grado, dando a todo el conjunto el aspecto de una cruz svástika.

Séptima época

Monoblock. 1934 adelante. La Beneficencia sigue siendo más y más Asistencia Social y el Estado deposita definitivamente en ella el papel que en este sentido la Constitución le encarga: se dicta la Ley Nº 5.115 que consagra la intervención estatal y la subvención fiscal forma el rubro más importante de sus entradas.

El Dr. Alejandro del Río vuelve de Europa y da a los Servicios su estructura.

La arquitectura hospitalaria sufre la influencia de esta evolución de conceptos y aparece el monoblock, que es su manifestación. El hospital está al servicio de la sociedad, oficialmente y sin restricciones. Aparece el gran policlínico y el concepto de trabajo full-time. Se requiere un hospital de gran rendimiento en donde haya de todo y todo esté a la mano en el momento oportuno: las inter-consultas, los laboratorios, los rayos, los pabellones, etc., etc.; se necesita la cercanía del policlínico a las salas, y de ambos, a los servicios generales; la distribución de la comida y la ropa debe hacerse por vías más directas y expeditas. Debe existir una administración eficiente y un control minucioso.

Todo ello exige concentración y se consigue con el hospital vertical.

El esquema general es: un Carrefour central de distribución, dos alas de hospitalización y una torre de servicios generales.

Ejemplo típico de un hospital de ese período es el de Valdivia, planeado bajo la acción directa del Dr. Del Río:

Un largo cuerpo de hospitalización que irá al N. En el primer piso, la administración y estadística, el policlínico, el servicio de recepción. En los pisos 2, 3, 4 y 5, la hospitalización propiamente dicha: salas que ocupan exclusivamente el lado norte (sol) y servicios (toilettes, exámenes, salas de enfermeras, etc.), al lado sur.

Perpendicular a este cuerpo, en su centro, se destaca la torre de servicios que contiene: en el piso zócalo, la lavandería y la cocina (ambas concluyen, entonces, al Carrefour, que es la intersección de la torre con el cuerpo principal); en el primero, la farmacia, los rayos X; en el segundo (medicina): el aula o sala de reuniones, biblioteca, etc.; en el tercero (cirugía): pabellones de operaciones; en el cuarto (maternidad): una sala de juego para niños.

En dos alas laterales al cuerpo principal, están el Pensionado y la Asistencia Pública.

Dentro de estas mismas líneas, se desarrollan los hospitales de Iquique, Tocopilla, etc., y los Sanatorios para Tbc, de “El Peral” y “Valparaíso” y en parte los nuevos hospitales de la zona del terremoto, Concepción, Chillán y Cauquenes.

Sin embargo, a pesar de su concentración, estos hospitales tienen un costo de edificación más alto de lo que nuestra economía permite financiar y ha sido necesario buscar la fórmula que permita hacer lo mismo con menos dinero.

Esta necesidad y algunos conceptos que se han perfeccionado o acentuado o aparecido en el campo de la Asistencia Social Chilena, o de la administración y trabajo hospitalario, nos ha llevado a los planos que hoy están en estudio.

a) Trabajo full-time.- No significa que todos médicos deban ser full-time, pero sí que el hospital debe trabajar permanentemente, día y noche, sólo con diferencia de ritmo. Es el policlínico permanente (más o menos completo con especialistas) que hace innecesario el departamento de asistencia pública y el de recepción o que, por lo menos, los reduce a la calidad de agregados del policlínico. El trabajo permanente, produce también una economía en pabellones de operaciones, esterilizadores, etc.
b) Personal interno. No es necesario y en cambio, sí inconveniente, tener personal laico interno hospedado en el hospital. Es más económico pagarles mejor y que vivan independientemente, con excepción de las enfermeras que pueden tener su “hogar”.
c) Trabajo en equipo. Significa intercambio de

ideas, cercanía física e intelectual de los especialistas, interconsulta frente a una alta proporción de casos. Los consultorios, por otra parte, de un médico internista o de un cirujano o un partero, no tienen por qué diferir grandemente en otra cosa que el instrumental y no tienen para qué ser departamentos separados, individuales y predeterminados. Una serie de cabinas (boxes) puede ser utilizada indistintamente por diferentes médicos especialistas, a diferentes horas o a la misma, con sólo un cambio de detalles del instrumental o amoblado.

La cabina, por otra parte (dos o tres médicos para cuatro o cinco cabinas) permite economizar tiempo médico, porque mientras el profesional atiende un enfermo, el que ya atendió se viste y la auxiliar, prepara el que verá enseguida, cosa que no sucede en la pieza-consultorio aislado, especializado, en que no es posible atender a más de un enfermo a la vez.

d) Hospital de agudos. Significa que la estada media de los enfermos no será superior a 10 o 15 días. Desaparece entonces la necesidad de orientar al sol, las salas (como en un hospital de Tbc o de crónicos que no se levantan); se logra así una distribución más flexible y económica y se evitan grandes comedores y salas de estar ("enfermo que se levanta, se va").
e) Concentración de pabellones de cirugía (tomada de los hospitales norteamericanos). Con lo cual se economiza espacio, servicios generales, personal, etc. Y se da mayor eficiencia y mayor control. Ello trae aparejada la creación de una central de esterilización.
f) Distancias y economía en servicios generales. La orientación rígida de: salas al norte y servicios al sur, de los hospitales chilenos hasta hoy, ha obligado a ampliar los servicios (toilettes, salas, etc.) para ocupar todo, el espacio disponible (sur). Ello, al mismo tiempo, obligaba a alargar a veces desmesuradamente el cuerpo de hospitalización o bien hacer cuerpos sucesivos.

Saliéndonos del pie forzado de la orientación "sol" de las salas, se puede acortar enormemente los cuerpos de hospitalización y por ende, las distancias.

Por otra parte, y con el objeto de no privar de sol a alguna hora del día a las salas, cualquiera que sea su orientación y para evitar el viento norte que en el invierno es inclemente entre nosotros, hemos propiciado una sistemática orientación angular de las alas de hospitalización a partir del centro de comunicaciones, orientación que ha llevado al plano en X o en Y.

g) Economía del espacio perdido. Ya hemos hablado de la reducción de los comedores, salas de estar y vestíbulos, porque en un hospital de agudos prácticamente no deben estar en pie sino aquellos enfermos que se van o que deben caminar por prescripción médica.

Nuestra ordenanza de edificación obliga a hacer una escalera cada treinta metros, de donde en un ala de 120 (Valdivia) deben haber 3; una central y dos en los extremos.

No vamos a discutir los absurdos de esta disposición en edificios incombustibles y asísmicos ni los peligros que traen las escaleras para el caso de un pánico. Las solas cajas de escalera significan más de 400m^2 perdidos, amén de sus inconvenientes para la calefacción. Los planos que comentamos necesitan una sola escalera que irá en una caja cerrad, desde el 2º piso arriba (los ascensores no llevan pasajeros al 2º piso).

h) Ventilación. Los métodos actuales de ventilación han permitido disminuir los espacios-camas de las salas y la amplitud de sus corredores, pabellones de operaciones, etc., con la consiguiente economía de calefacción, trabajo de limpieza, de mantención, luz, etc., etc.

Todas estas modificaciones o innovaciones de los planos de nuestros hospitales, sin apartarnos por cierto de la idea matriz del monoblock, nos han llevado a una efectiva economía de la edificación. Así, Valdivia tiene 58 m^2 por cama proyectada. Tocopilla, 41 m^2; Iquique 44 m^2.

Concepción, que ya es una transición a estas ideas, tienen en cambio 34 m^2. San Juan de Dios tendrá 30,70 m^2. Viña 29,80 m^2.

Además de esta economía de espacio, se ha estudiado una disposición funcional especialmente cuidada, que facilitará enormemente la labor y evitará las aglomeraciones y aún el tráfico en los pasillos. Así por ejemplo: cada unidad (30 o 40 camas según el tamaño del hospital),

tiene muy cerca los tres elementos que necesita: toilette para los enfermos, sala de exámenes y sala de la enfermera (escritorio, ropa, botiquín). Cada sección o servicio (varias unidades de 30 o 40 camas) tiene una sala de médicos y departamentos de exámenes especializados (cardiología, gastroenterología, endoscopías, etc); cada piso, su estación de enfermera.

Los servicios generales (laboratorio, farmacia, esterilización central, etc.) están concentrados ojalá lejos del público, alrededor del eje de distribución y conectados por montacargas con las estaciones de enfermeras de cada piso.

Los policlínicos (todo enfermo ingresa por el consultorio externo) están planeados en forma que el público se desplace en un solo sentido.

Al trasponer el enfermo la puerta, debe encontrarse con la oficina que lo inscribe y lo ficha. Mientras espera que lo llamen, deben poder hacerse en oficinas que estén a mano, los exámenes de rutina (rayos de tórax, extracción de sangre, entrega de orina, revisión de su dentadura).

Una vez examinado por el equipo médico general en cabinas de trabajo intensivo y de gran versatilidad funcional, debe pasar a los demás exámenes que necesita (extracción de muestras, exámenes especializados) o a la hospitalización (recepción y baño) o, irse a su casa, siguiendo siempre un curso progresivo que evite las aglomeraciones y todos los demás inconvenientes que trae el tráfico intenso en todas direcciones, a las horas de gran movimiento.

En los hospitales como el de Valdivia, Iquique, El Peral, Concepción, etc., el movimiento interno del hospital se hace alrededor de un vestíbulo central, en el sentido vertical y horizontal. En los nuevos planos, se ha procurado disminuir en lo posible el movimiento horizontal-(personal) -e intensificar el vertical (montacargas, ascensores), colocando todos los servicios y departamentos alrededor de un eje vertical, que es el centro de la arquitectura.

La evolución de la arquitectura hospitalaria chilena, decíamos al comienzo. Está regida por el concepto que se tenga del papel del hospital en la sociedad y por los materiales de que se disponga.

Nuestros hospitales van siendo cada día más, "centros de salud" y concentrando en ellos la asistencia médica de la población. Por eso los planeamos previendo un aumento cada vez mayor de su trabajo y actividad y considerando en ellos los elementos para hacer un papel médico preventivo.

La concentración del trabajo médico en los hospitales, así como el trabajo full-time, nos ha llevado a considerar en ellos consultorios privados y facilidades para la atención de la clientela, por parte de los médicos del establecimiento.

Debemos reconocer, sin embargo, que nuestra previsión se verá pronto superada por realidades que hoy, a pesar de nuestro interés, no podemos adivinar.

Y lo mismo podemos decir en cuanto a los materiales de construcción y a las posibilidades que a los conceptos actuales o a otros por venir, ellos brinden.

Hasta comienzos de este siglo el confort o la actualidad de una casa o de un edificio no se perdían y duraban cuanto duraran los materiales de que estaba hecha.

La casa hecha a comienzos de este siglo, perdió su confort, pasó de moda, en lo que a comodidad respecta, a los 30 años es decir, antes que su material se destruyera. La casa de hoy, de concreto y albañilería, es decir, eterna, pasará de moda, perderá habitabilidad, confort, antes de los 20 años.

En materia de hospitales, el tremendo progreso de la técnica moderna, nos traerá a no dudarlo, innovaciones imprevisibles que harán "cosa vieja", en pocos años lo que hoy nos parece la última palabra.

Al hacer este bosquejo histórico conceptual de la arquitectura hospitalaria chilena, podemos ver cómo la duración de los períodos o "modas" arquitectónicas se va haciendo cada vez menor. ¿Cuánto va a durar la actualidad, la modernidad del hospital que construiremos hoy, eterno en su materialidad? No lo sabemos ni somos optimistas a su respecto. Sólo que procuramos, al planearlos, captar las necesidades actuales y prever las de un futuro que nos concierne.

He de expresar mis agradecimientos al arquitecto señor Fernando Devilat R. del Departamento de Arquitectura de la Junta Central de Beneficencia, cuya opinión y ayuda hicieron posible este trabajo.