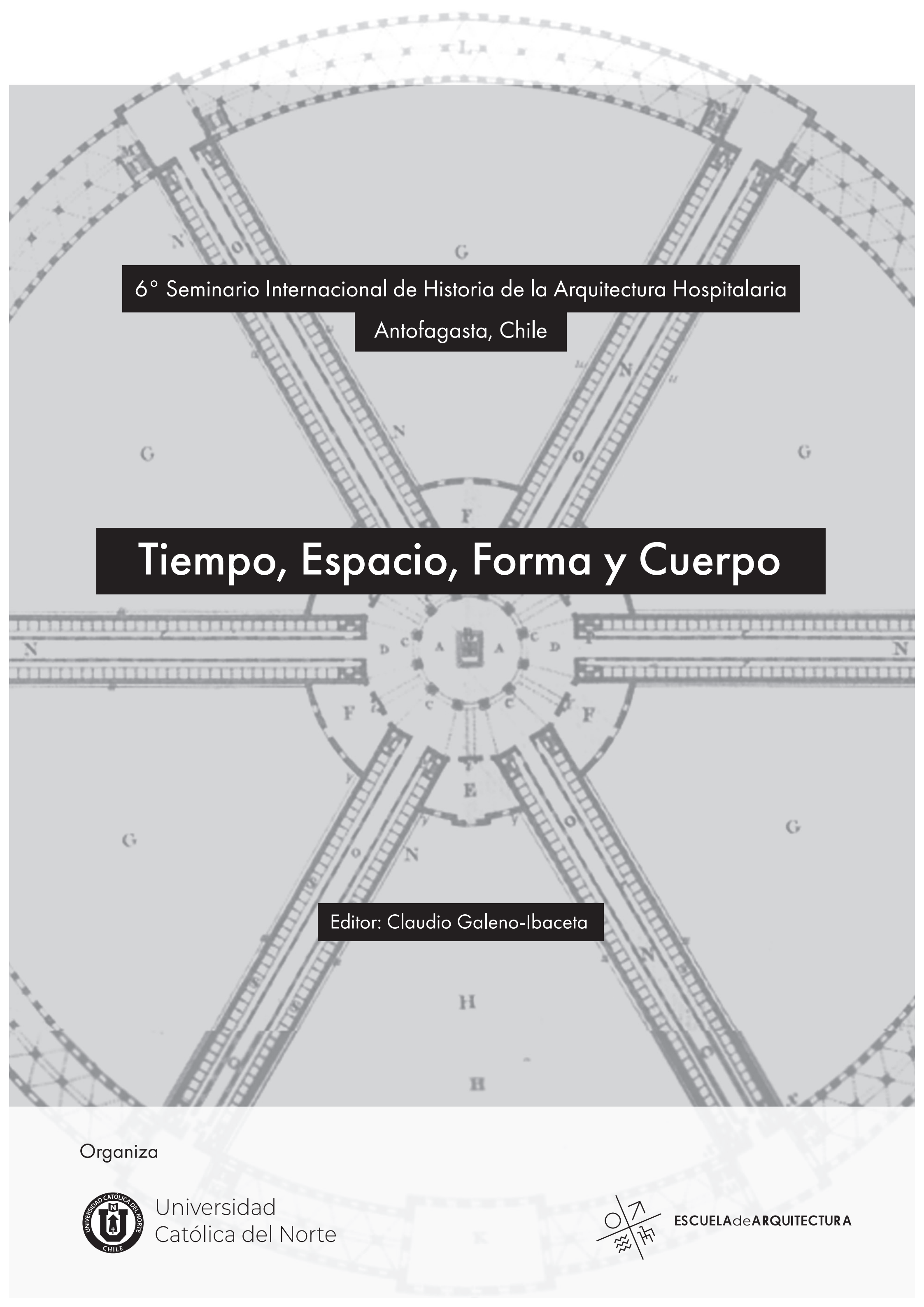




6° Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria
Antofagasta, Chile

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo

Editor: Claudio Galeno-Ibaceta

Organiza



Universidad
Católica del Norte



ESCUELA de ARQUITECTURA

Comisión Organizadora:
Claudio Galeno-Ibaceta
Universidad Católica del Norte/Antofagasta

Alicia Campos
FAU, Universidad de Chile/ Santiago

Sharin Vega
Universidad Católica del Norte / Antofagasta

Organiza



Colabora



Patrocina





Universidad
Católica del Norte



ESCUELA de ARQUITECTURA

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo

6° Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo:
6º Seminario Internacional de Historia de la
Arquitectura Hospitalaria

Primera Edición, EARQ_UCN, Octubre 2025.
ISBN versión digital 978-956-287-508-0

Editor
Claudio Galeno-Ibaceta

Corrección de textos
Karen Tacussis

Diseño gráfico y diagramación
Silvia Mánquez

Portada
Plano del proyecto de hospital propuesto por el cirujano Antoine Petit en colaboración con el arquitecto Prunneau de Monlouis.
Fuente: Petit / BIUM. + Benito Bails, Centro de Estudios Históricos de Obras Públicas y Urbanismo (CEHOPU).

Todos los capítulos fueron sometidos a revisión por pares (doble ciego) por el comité científico internacional.

Todos los derechos reservados de esta edición, EARQ_UCN.

De las imágenes, sus autores, y de los textos, sus autores. Prohibida su reproducción total o parcial, por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, sin permiso de los autores y titulares de los derechos.

Se permite la reproducción parcial del material publicado previa autorización escrita de los autores y de EAEQ_UCN.

Los contenidos de los trabajos, pies de fotos y fotografías son de responsabilidad exclusiva de los autores. No obstante, los autores y editores se esforzaron en identificar a los propietarios de los derechos de las imágenes contenidas en el presente volumen.

Comité Científico Internacional
Ana Amora
PROARQ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Alicia Campos
FAU, Universidad de Chile

Claudio Galeno-Ibaceta
Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile / Núcleo Milenio NupatS

Renato Gama Rosa Costa
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Lilia González
Universidad Nacional Autónoma de México

Paulo Providência
Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra

Antonio Rodríguez Alcalá
Universidad Anáhuac Mayab, Mérida, México

Sergio Alfaro Malatesta
Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile

Daniela Arnaut
Universidad de Lisboa, Portugal

José Avelãs Nunes
Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia, Lisboa, Portugal

Rafael Barcellos Santos
PROARQ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Claudio Brandão
Escola de Belas Artes, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Carolina Brasileiro
Universidade de Coimbra, Portugal

Gabriela Campari
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Macarena Ibarra
Pontificia Universidad Católica de Chile / Núcleo Milenio NupatS

Cybele Salvador Miranda
Universidade Federal do Pará, Brasil

Daniel Matus
Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile

Pedro Murilo Gonçalves de Freitas
Universidade do Porto, Portugal

Víctor Valenzuela
Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile

David Zárate
Universidad de Guadalajara, México

ÍNDICE

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo	10
Claudio Galeno-Ibaceta (UCN)	

CONFERENCIAS

Ana Amora	15
PROARQ, Universidad Federal de Río de Janeiro	
Arquitetura-Saúde-Cidade: Uma trajetória acadêmica	

Laura Alarcón Durán	27
Subdepto. Proyectos Hospitalarios,	
Servicio de Salud, Coquimbo	
Patrimonio y salud: Centro Diagnóstico Terapéutico,	
Hospital La Serena – Chile	

Cristóbal Tirado	34
Tirado Arquitectos	

TIEMPO

Redes nosocomiales de atención y el reto para un servicio	36
universal de salud en México.	
María Lilia González Servín	

El desarrollo del capitalismo hospitalario en la ciudad de	42
Barcelona a mediados del siglo XX.	
Alfons Zarzoso	

Casas da Misericórdia e arquiteturas da saúde:	48
dos espaços partilhados quinhentistas	
aos hospitais novecentistas.	
Joana Balsa de Pinho	

Álbuns comemorativos e a memória institucional do	55
Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC),	
Rio de Janeiro.	
Ana M. G. Albano Amora, Claudio Brandão, Katarina	
Melhorim, Emerson Oliveira	

Arquitectos modernos de la salud	62
en América de Sur: redes y trayectorias	
Claudio Galeno-Ibaceta	

ESPACIO

- Hospital del Salvador en Santiago de Chile. 72
Origen y estratigrafía arquitectónica de un enclave sanitario.
Alicia Campos Gajardo
- El Asilo Estrada Cabrera 1901-1920, innovación hospitalaria 79
espacial en tiempos de una dictadura guatemalteca.
Jorge Alexander Aguilar de León
- El hospital moderno como articulador 86
y conformador de una nueva centralidad.
Caso del ex hospital Carlos Cisterna, Calama.
Ignacio Fernández-Peñaloza
- Reencontrando o passado no presente: Um estudo sobre a quadra 93
do Complexo Hospitalar Souza Aguiar, Rio de Janeiro.
Michael Morouço, Ana Amora, Helio Herbst
- A localização dos primeiros hospitais maternidade 102
do Rio de Janeiro e sua expansão urbana.
Júlia de Souza Matos
- Hospitais-colônia de isolamento da lepra em Minas Gerais (Brasil): 110
aspectos históricos, urbanísticos e arquitetônicos.
Caique de Souza Melo, Renato da Gama-Rosa Costa,
Anny Jackeline Torres Silveira
- El Hospital de San Juan de Dios del Puerto de Campeche: 118
arquitectura, asistencia y transformación urbana.
Antonio Rodríguez Alcalá
- El hospital de Iquique como artefacto urbano 124
y cultural del Norte Grande de Chile.
Víctor Valenzuela Grollmus
- Projetos hospitalares na Amazônia: Jarbas Karman e a 130
Maternidade Escola de Belém, Pará, Brasil.
Livia Gaby Costa, Cybelle Salvador Miranda

FORMA

- Arquitectura Hospitalaria en la Araucanía: La Modernización del Estado.
Magdalena Vargas Naveillan **137**
- Hospitales públicos modernos en Guadalajara, México.
Juan López García, Arturo Verduzco Godoy **144**
- Desarrollo de la arquitectura hospitalaria en la configuración urbana de Iquique, del siglo XIX al XXI.
Arturo Caucoto Funes **151**
- O Plano Diretor Físico Hospitalar como instrumento para a preservação e requalificação de edifícios modernos de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.
Elisabeth Hirth, Barbara Cortizo de Aguiar, Renato Gama Rosa Costa **159**
- Do pavilhão eclético às varandas em balanço: a arquitetura feita por partes do Instituto de Neurologia Deolindo Couto.
Rafael Barcellos Santos, Bernardo Júnior Albuquerque Silva Moura, Vinícius Salles Cassa **167**
- El Manicomio Avello en Concepción (1885 - 1929): Arquitectura psiquiátrica, la sociedad chilena vigilada y el centralismo político.
Sofía Montecinos Martínez **174**
- Sanatório Barros Barreto, flexibilidade em um espaço de cura amazônico.
Cybelle Salvador Miranda, Ronaldo Marques de Carvalho **183**
- Contra la Obsolescencia:
El Hospital de Coquimbo y la Primera Generación de Proyectos Diseñados por la SCEH, 1967–1976.
Claudio Galeno-Ibaceta, Logan Leyton **191**

CUERPO

Paisajes terapéuticos: Espacios verdes y bienestar en entornos hospitalarios pediátricos Gabriela Campari, Agustina Vittar, Marisa Gaioli, Silvia Paidón	201
Ruta aséptica, el cuidado humano a través del recorrido hospitalario moderno. Valentín Roco-Sandoval	209
Áreas verdes y la experiencia de la salud en hospitales públicos en la Amazonía: un estudio etnográfico comparativo entre las áreas verdes intrahospitalarias en la Santa Casa de Misericordia de Pará y el Hospital Universitario João de Barros Barreto. Júlia Helena Moraes, Arthur Queiroz Moreira, Cybelle Salvador Miranda	216
Modernidad y Salud: Instituto Oncológico Antofagasta, Chile. (1979). Carolina Toro Cortés	221
Espacios públicos de unidades médicas y bienestar psicoemocional de las personas usuarias. Caso de estudio: UMAE Gineco Obstetricia 4 IMSS, Ciudad de México. José Eduardo Medina Canales, Boris Vladimir Tapia Peralta	228

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo

6º Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria

Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo

6º Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria

Claudio Galeno-Ibaceta

Director Escuela de Arquitectura
Universidad Católica del Norte

Los SIHAH

Endiciembre de 2014 se realizó en la Universidad Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) el Primer Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria: cuyo título fue "La modernidad en la arquitectura hospitalaria". También, durante ese evento, se llevó a cabo el Primer Encuentro de Investigadores de la Red de Investigadores Latinoamericanos sobre Hospitales Pabellonarios.

Ese encuentro organizado por Ana Amora y Renato Gama-Rosa Costa, fue el primero de una serie de eventos que se realizaron en diversos otros lugares: en la UNAM en Ciudad de México en 2016, en la Universidad de Chile en Santiago de Chile en 2018, en la Universidad de Buenos Aires en 2020 y en la Universidad de Coimbra en el 2023. Cada uno de esos eventos no solo han sido una oportunidad para presentar y promover investigaciones, sino también de conocer a otros investigadores, metodologías, casos y realidades, y poder situarse en el contexto iberoamericano.

De forma complementaria a esos seminarios, algunos de los miembros de la red han organizado sesiones temáticas sobre salud, arquitectura y urbanismo en otros congresos, como la sesión de Costa, Amora, Galeno y Arnault en el 14th International Docomomo Conference (IDC) en Lisboa el 2016; y Amora y Galeno en el 18th IDC en Santiago de Chile el 2024.

Galeno y Amora además han tenido simposios en el 1º, 2º, 3º y 4º Congresos de la Asociación Iberoamericana de Historia Urbana, en Santiago de Chile el 2016, en Ciudad de México el 2019, en Madrid el 2022 y, pronto, en Sao Paulo, en noviembre de 2025.

Para esta versión, el seminario se realiza nuevamente en Chile, esta vez en el norte del país, en el desierto de Atacama, un territorio adverso que, a través del tiempo, ha exigido para habitarlo, enfrentarse a los desafíos de la salud y donde los equipamientos de salud, desde los lazaretos y estaciones sanitarias, hasta los hospitales de las company towns, han cumplido un rol fundamental en la habitabilidad de los ambientes desérticos.

La sexta versión Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria convoca a especialistas, investigadores y estudiantes interesados en proponer resúmenes de ponencias sobre investigaciones que aborden la historia de la salud en un amplio espectro, que, además de hospitales en sus diversas escalas, también puede incluir una gran variedad de investigaciones sobre arquitecturas o aspectos urbanos enfocados en la salubridad. El evento está guiado por cuatro ejes conceptuales: Tiempo, Espacio, Forma y Cuerpo.

Tiempo:

La relación entre tiempo, salud y arquitectura ha sido fundamental en la evolución de los hospitales, adaptándose a los avances científicos y transformaciones sociales. Desde los primeros hospitales medievales, hasta las complejas infraestructuras contemporáneas, el diseño hospitalario ha reflejado tanto los avances en medicina como las demandas sociales y políticas.

En el siglo XIX, con el auge de los conocimientos higienistas, los hospitales comenzaron a integrar principios de ventilación, luz natural y organización espacial, mejorando la calidad de la atención

médica. A medida que los avances científicos y tecnológicos se aceleraron, los hospitales se volvieron más especializados, incorporando nuevas tecnologías médicas y diseños innovadores.

Sin embargo, los hospitales no son estructuras estáticas. Los cambios en la medicina, la tecnología y las necesidades de los pacientes han llevado a la reconversión y el re-uso adaptativo de muchos hospitales antiguos. Esta tendencia permite conservar el valor histórico de estos edificios, mientras se les da un nuevo propósito, adaptándolos a los tiempos contemporáneos.

De esta forma, la arquitectura hospitalaria refleja no solo los avances médicos, sino también el cambio social y urbano, mostrando cómo el tiempo y la salud han transformado y seguirán transformando estos espacios a lo largo de la historia.

Espacio:

Los equipamientos de salud han sido elementos clave en la configuración territorial, tanto en ciudades como en áreas rurales. Más allá de su función asistencial, han operado como nodos que articulan relaciones complejas entre arquitectura, paisaje y vida urbana. Su emplazamiento no es neutro: expresa visiones sobre el cuerpo, la enfermedad y el entorno.

Desde fines del siglo XIX, muchas infraestructuras hospitalarias se ubicaron con criterios higienistas y como parte de estrategias de planificación. En distintos contextos, el hospital moderno fue concebido como un proyecto urbano, estructurando barrios, organizando centralidades y encarnando ideales de orden, progreso y ciudadanía.

Junto a estas lógicas racionales, algunas arquitecturas han incorporado el paisaje como parte del proceso terapéutico: visuales abiertas, alineaciones solares, patios y jardines como espacios sensibles de recuperación. Estas decisiones reconocen el potencial curativo del entorno natural y su capacidad de generar bienestar.

Hoy, los hospitales tienden a concentrarse en

zonas densas, buscando eficiencia y conectividad. Sin embargo, su integración urbana no siempre es efectiva. Frente a esto, emergen propuestas que restablecen vínculos con el paisaje y la comunidad, pensando los hospitales como infraestructuras de cuidado abiertas, significativas y profundamente humanas.

Forma:

La forma de un hospital está estrechamente ligada a su tipología y escala, factores que determinan su organización, funcionalidad y percepción social. Desde grandes hospitales urbanos hasta pequeñas unidades locales, cada tipo responde a distintas necesidades de atención y servicios. Las infraestructuras más complejas integran múltiples especialidades, urgencias, pabellones quirúrgicos y cuidados intensivos, exigiendo una jerarquía espacial clara que facilite el flujo eficiente de pacientes y personal. En cambio, las unidades medianas o pequeñas suelen tener una organización más simple, centrada en la atención primaria.

A lo largo del tiempo, las formas hospitalarias han evolucionado con los cambios en los programas médicos y la incorporación de nuevas tecnologías. Estos procesos han impulsado transformaciones arquitectónicas que introducen materiales, disposiciones y estructuras orientadas a mejorar tanto la eficiencia operativa como el bienestar de los usuarios.

Además, la necesidad de preservar hospitales históricos y adaptarlos a nuevas demandas refleja una tensión constante entre continuidad y renovación. En todos los casos, la arquitectura hospitalaria responde no solo a criterios funcionales, sino también a expectativas sociales, culturales y económicas. Su diseño encarna una búsqueda continua por mejorar la experiencia del cuidado y la calidad de los servicios de salud desde una perspectiva integral.

Cuerpo:

En la arquitectura hospitalaria, el cuerpo está ligado a las comunidades atendidas, las políticas de salud y las enfermedades que

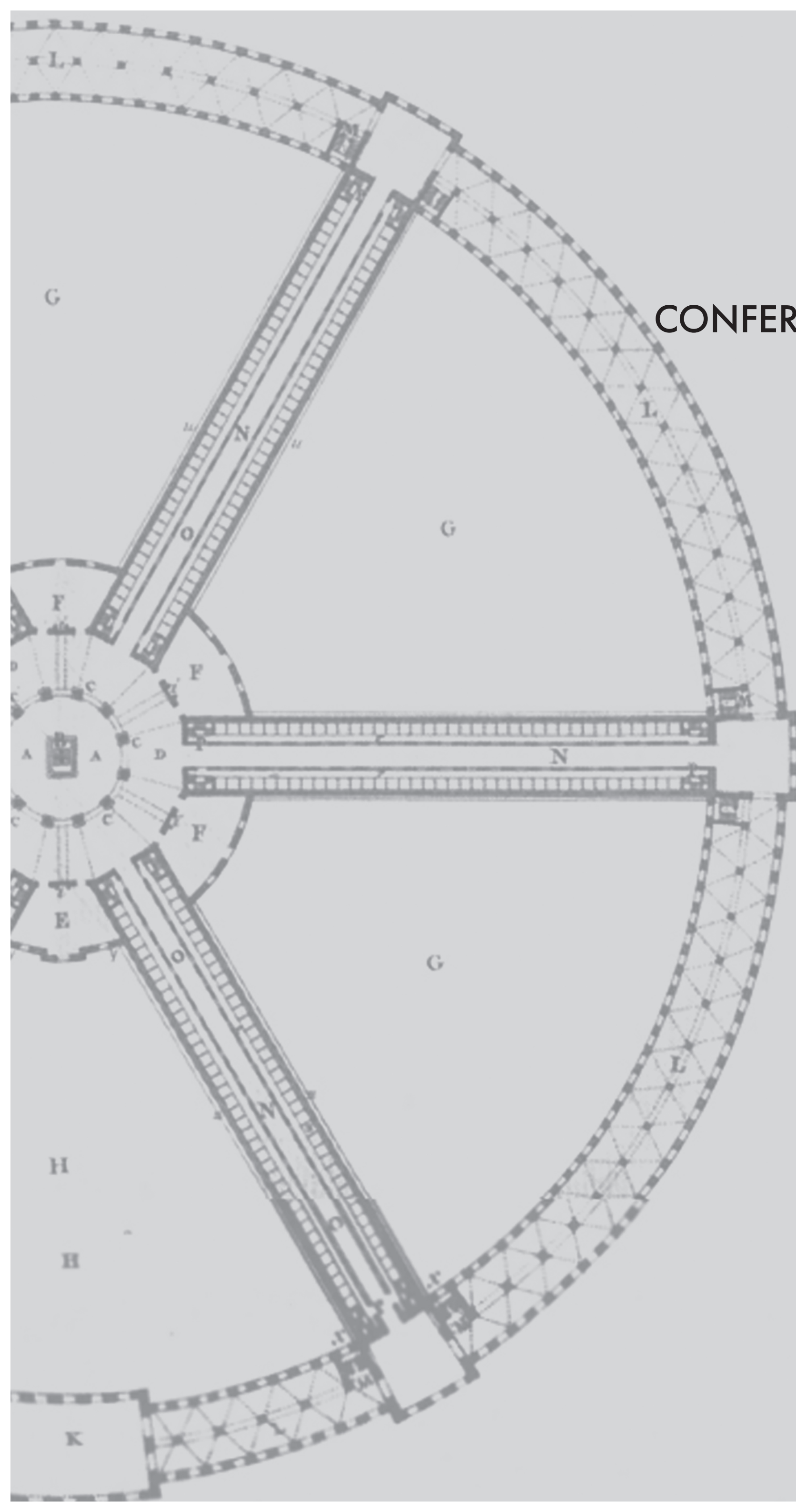
modelan los espacios. Los hospitales no solo tratan dolencias físicas, sino que también buscan promover el bienestar psicológico. A lo largo del tiempo, las arquitecturas de salud han respondido a políticas de aislamiento, rutas de asepsia y prevención, organizando los espacios para evitar contagios y garantizar seguridad.

La circulación diferenciada de pacientes y personal refleja esta lógica de control, al igual que la planificación de áreas técnicas como laboratorios y unidades especializadas, determinadas por los avances científicos. Los progresos médicos han transformado la forma y función de los hospitales, exigiendo espacios flexibles y adaptables.

Sin embargo, la salud no es solo física. La Organización Mundial de la Salud reconoce el impacto del entorno en la recuperación emocional. La luz, la disposición de los espacios y la presencia de elementos naturales pueden influir positivamente en el bienestar de los pacientes.

Instituciones dedicadas a la salud mental han incorporado estrategias de diseño orientadas a la terapia emocional, creando entornos que reducen el estrés y la ansiedad. Este enfoque subraya la importancia de integrar cuerpo y mente en el diseño hospitalario, avanzando hacia una atención verdaderamente integral.

CONFERENCIAS





Ana Amora

Doctora por el IPPUR | UFRJ (2006), es Profesora Asociada en la FAU y el PROARQ de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Coordina el grupo de investigación LabLugares, centrado en memoria, salud y arquitectura brasileña de los siglos XIX y XX. Ha sido becaria de productividad del CNPq desde 2016. Participa en la Red Iberoamericana de Historia de la Arquitectura Hospitalaria. Fue secretaria (2010–2012) y actualmente es asesora de Docomomo-Rio. Coordinó el Doctorado Interinstitucional UFFS | PROARQ. En la UFSC dirigió el Laboratorio LDA y el Inventario del Patrimonio Cultural de la Salud en Santa Catarina (COC | Fiocruz). Publicó los libros *Historia de la Salud en Santa Catarina* (Fiocruz) y *Modernidad en la Arquitectura Hospitalaria* (2019), y está finalizando la colección *Temas de la Arquitectura Moderna Brasileña*. Ha publicado artículos en revistas y congresos, y dirige investigaciones y tesis de maestría y doctorado en patrimonio, arquitectura moderna y salud.

Arquitetura . Saúde . Cidade: Uma trajetória acadêmica

Ana M. G. Albano Amora

Professor Associado IV, PROAEQ | FAU | UFRJ

aaamora@fau.ufrj.br

Muito pensei sobre o que falar nesta conferência, e que depois pudesse constituir um texto para compor os Anais do 6º SIHAH. Não é uma tarefa fácil falar sobre nossa própria trajetória, pois isso requer um distanciamento de nós mesmos e também entender os limites do que fazemos, com o que fazem nossos parceiros e membros do grupo de pesquisa. Assim, optei por falar sobre os temas pelos quais transitei na pesquisa e que compõem as minhas preocupações desde 2002 quando ingressei no curso de doutorado no IPPUR | UFRJ. Muitos desses caminhos surgiram a partir do acaso, ou foram a mim apresentados durante o processo de investigação. Ouvi um dia de um prêmio Nobel da química¹ uma observação, e algo semelhante pode ser acessado no celebre livro² de Thomas Kuhn (1922-1996). O cientista falava sobre como a curiosidade e o erro podem conduzir a pesquisa, e nos levar a descobertas extraordinárias. Outra questão importante é sobre 'um algo mais', ou que podemos chamar de uma relação empática com o objeto da pesquisa, que nos faz querer entender a sua complexidade, seus meandros e contexto.

Para mim esse algo mais é a história. Entretanto, começaremos a partir de uma porta que se abriu e que por ela vislumbrei uma direção a seguir que é a saúde.

1º ATO: O tema, o doutorado, e logo após.

Esse momento foi logo após a minha defesa da dissertação de mestrado, na qual já me encaminhava a uma abordagem histórica da produção da cidade, a partir de marcos de uso comum da terra no litoral de Santa Catarina, no sul do Brasil. Uma demanda da

direção da Universidade Federal de Santa Catarina me levou a antiga Colônia Santa Teresa, um hospital colônia para hansenianos construído nos anos de 1930, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). Esse trabalho de extensão universitária, me levou a uma pesquisa que me fez entrar em contato com um acervo documental importante, e me levou a uma proposta de investigação que resultou na minha tese de doutorado.

Na tese (AMORA 2006) articulei a história do governo Vargas, sua importância para a modernização do país, e da saúde pública, e o caráter das intervenções nas três principais cidades de Santa Catarina a época: Florianópolis, a capital; Joinville e Blumenau, cidades industriais. O foco do trabalho foi a rede de saúde primária e a conexão dos centros e postos de saúde com outras obras de modernização desses núcleos urbanos. Assim, a partir de levantamento de fontes primárias em três diferentes arquivos, bem como em revistas do campo da arquitetura, já nesse momento observei que estes três temas estavam entrelaçados. A ação sobre a saúde era, sobretudo, urbana, articulada a planos de melhoria dos centros das cidades, e projetos de saneamento e abastecimento de água. Os edifícios desses centros e postos de saúde marcavam simbolicamente as cidades na época (AMORA 2010)

¹ Morten Meldan, Nobel da Química 2022: "A pesquisa não é algo que você pode determinar com antecedência. Tem uma parte que é disruptiva em que você chega a novas descobertas. Isso por que a novidade não chega a partir do planejado, e ao usarmos o que já conhecemos. O novo vem da observação de fenômenos estranhos que não podem ser explicados por conceitos pré-existentes que temos nas nossas mentes de cientistas." Depoimento publicado em 2025 no Instagram: nobelprize_org.

² KUHN, Thomas. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Editora Perspectiva, 2000. O livro foi primeiramente publicado em 1962.

Departamento de Saúde Pública, Florianópolis

Governo do Estado de Santa Catarina.
Relatório de Governo, 1939.



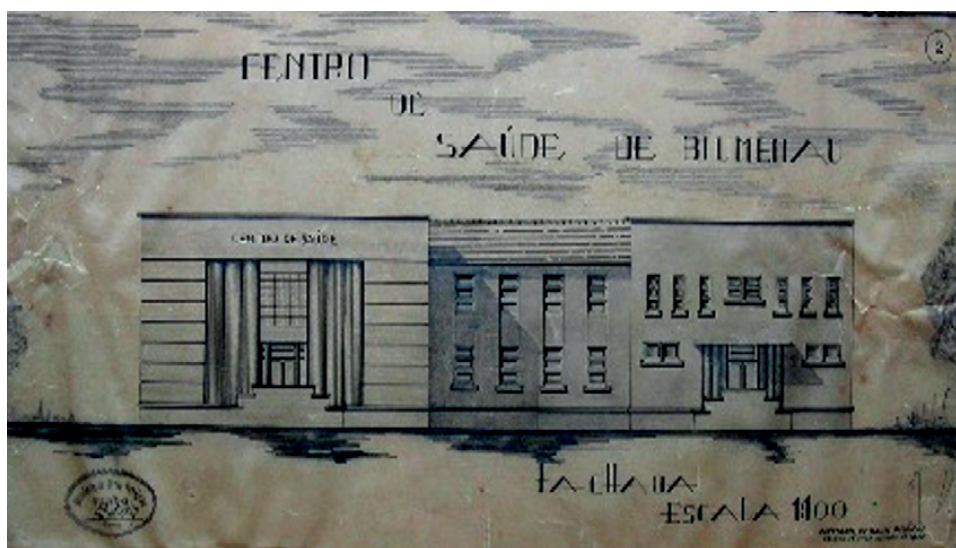
Centro de Saúde de Joinville

DEIP, Saúde pública em Santa Catarina, [s.d.].



Centro de Saúde de Blumenau

Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, Coleção de Plantas, 548p.



Esse trabalho de pesquisa e produção da tese me proporcionou contatos, que me levaram uma relação acadêmica e de parceria com colegas da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, e o convite para participar da equipe do projeto Inventário Nacional do Patrimônio da Saúde. Nesse trabalho nos detivemos na capital Florianópolis e imediações, e isso me permitiu desenvolver algumas questões pouco exploradas na tese, como por exemplo: a relação da arquitetura de saúde não só com a cidade, mas com o território; o papel dos profissionais de saúde na construção do espaço urbano, e na sua representação; coordenar uma equipe de investigação; e

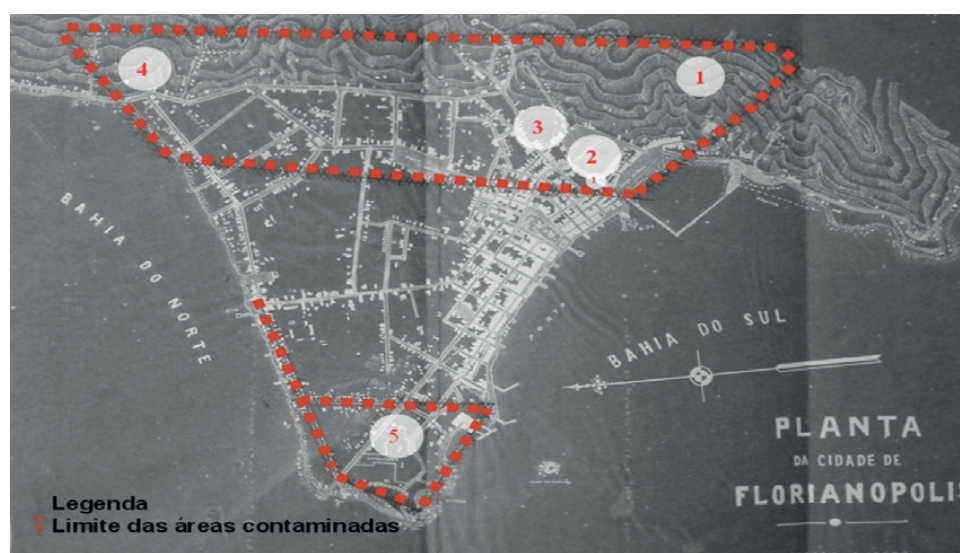
orientar uma dissertação sobre o tema³. Os resultados dessas pesquisas estão reunidos no livro História da saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio hospitalar (1808-1958), da Coleção História e patrimônio da saúde, coordenada Renato Gama-Rosa e Gisele Sanglard, como parte do Inventário nacional do patrimônio cultural da saúde: bens edificados e acervos.

³ Logo que defendi a tese, ingressei como professora no recém criado programa de pós-graduação e orientei a dissertação Políticas de saúde e as intervenções no espaço urbano: Florianópolis, 1930-1945. Disponível em: <https://bu.ufsc.br/teses/PGAU0030-D.pdf>.



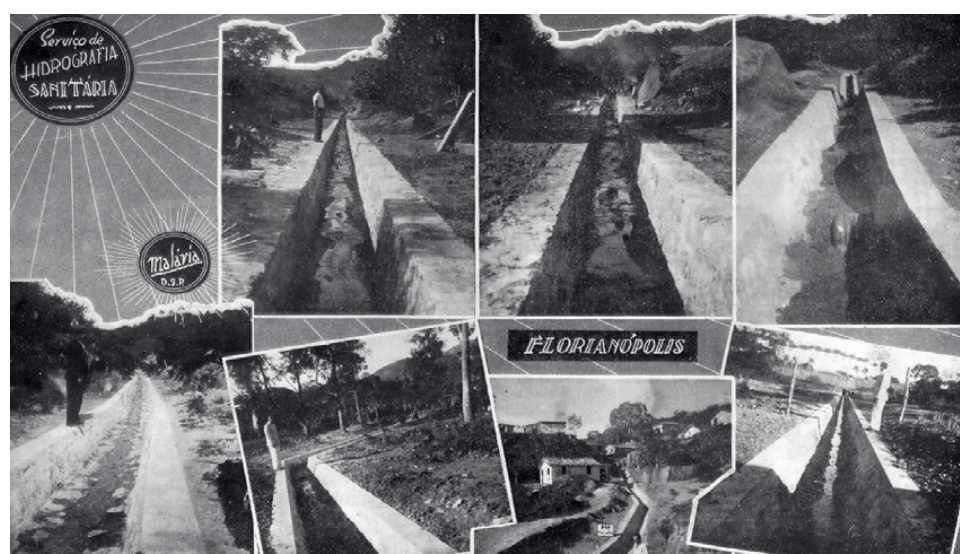
Organização dos Serviços de Saúde em Santa Catarina.

Amora, 2006.



Áreas com focos de contaminação de febre tifoide em Florianópolis.

Lazzaris, 2009. In Amora, 2012



Serviços em áreas de habitação de população carente.

Arquivo Público do Estado de Santa Catarina

A partir daí outras questões foram surgindo como, por exemplo, sobre os complexos para abrigar os pacientes com doenças tratadas em isolamento, a existência e constituição de um campo da arquitetura para a saúde; e de quais seriam as premissas para produção desses objetos arquitetônicos.

2º Ato: A formação do campo da arquitetura para a saúde e a criação dos SIHAH

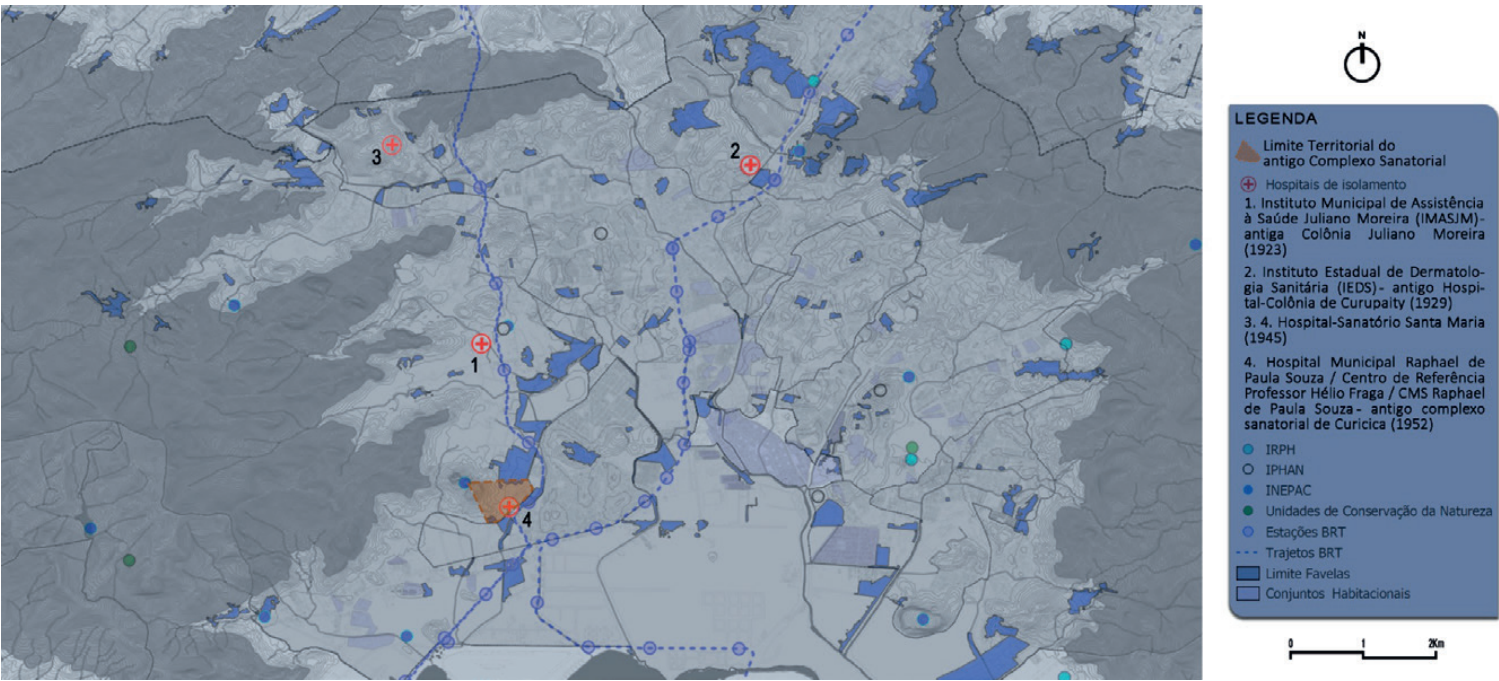
O que antecedeu nesse momento foi uma preocupação com os fundamentos do projeto arquitetônico para a saúde, e a minha primeira

preocupação foi voltar a olhar o projeto da Colônia Santa Teresa, a qual havia sido a minha porta de entrada na temática da saúde. Nesse momento, munida da cópia de um livro, gentilmente cedida pela historiadora Maria Lúcia Mott, também pesquisadora do projeto de inventário coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz, escrevi um artigo sobre o tema do que chamei cidades hospitalares, em que investiguei a construção de colônias para esta enfermidade no Brasil (AMORA 20009). Esse tema dos espaços de isolamento ganhou mais força a partir de um encontro com a professora Lilia Gonzales da UNAM, que estava em visita ao Rio de Janeiro objetivando

reunir colegas de vários países da América Latina para uma investigação conjunta sobre hospitais pavilhonares. Nesse momento, novamente, o colega Renato Gama-Rosa Costa teve um papel chave, pois por estar trabalhando com a tuberculose, buscou juntar esforços para deciframos as diferenças na arquitetura para o isolamento dos doentes mentais, da hanseníase e da tuberculose, com a apropriação dos territórios em escala urbana em uma área da cidade do Rio de Janeiro que

ainda tinha caráter rural à época da implantação dessas estruturas. Como resultados dessas parcerias produzimos artigos sobre cada um desses lugares de isolamento com a participação de estudantes de graduação e pós-graduação, e os publicamos na coleção Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina (vol.1, 2, 3), organizada por Gonzales e editada pela UNAM.

Hospitais de isolamento georreferenciados, situados na Área de Planejamento 4

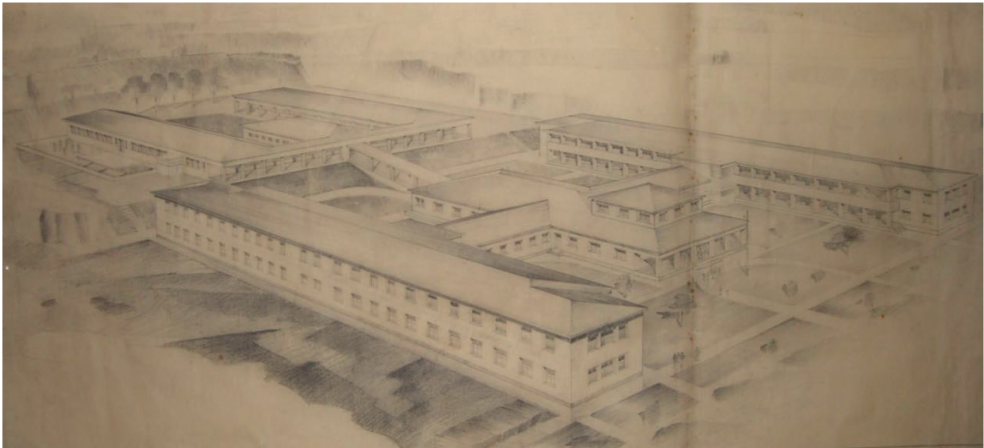


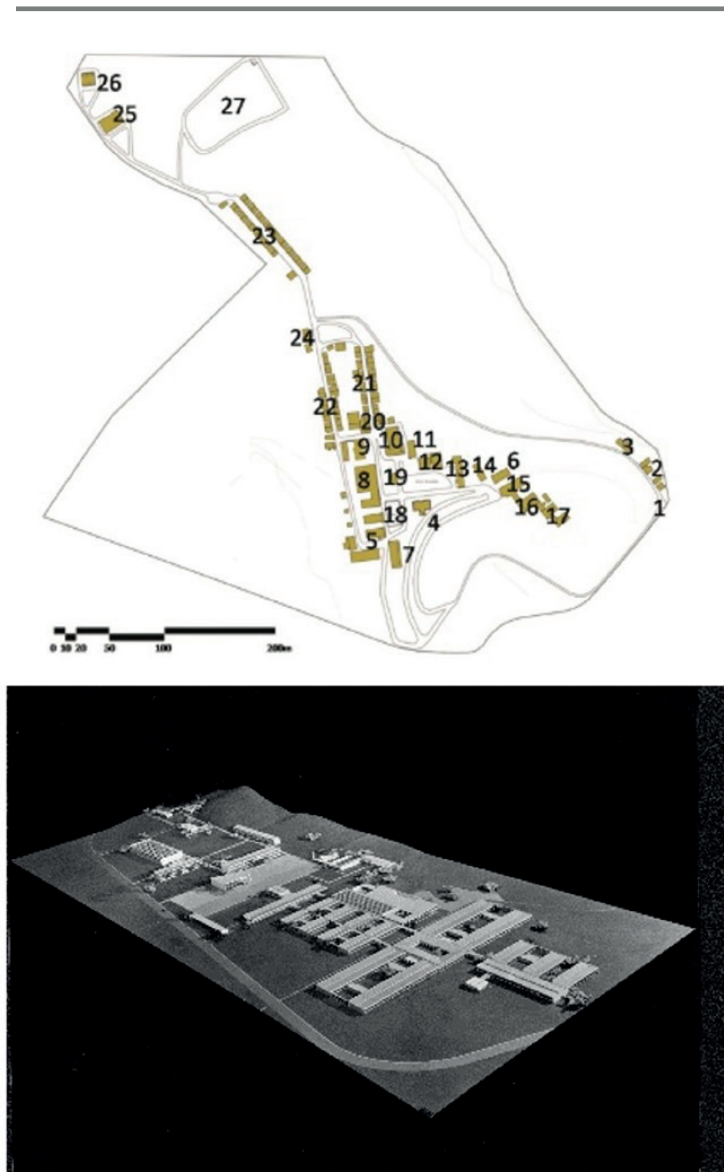
Acervo LabLugares, PROARQ - UFRJ. Desenho Michael Silva. 2021

Observamos particularidades nessas propostas de isolamento, com uma organização em núcleos na Colônia Juliano Moreira, com arquiteturas de várias épocas; uma proposta

mais fechada como uma pequena cidade na Colônia de Curupaity; e um hospital pavilhonar moderno no Sanatório de Curicica.

Colônia Juliano Moreira
Núcleo Teixeira Viana
Archivo del IMASJM





Colônia Curupaity

Localização das edificações
antes de 1943

Desenho de Franklin Quaresma,
com colaboração de Thaysa
Malachias
Acervo LabLugares, PROARQ,
FAU/UFRJ.

Sanatório de Curicica

Maquete do Complexo Sanatorial

Acervo DAD/Fiocruz

Paralelamente, fui coletando referências bibliográficas que me permitiram mapear a construção do campo da arquitetura hospitalar no Brasil no século XX e traçar as conexões entre o pensamento da saúde e da arquitetura.

A parceria com a Fiocruz e a Unam, bem como outras que fomos articulando ao longo da pesquisa, em viagens e em evento, entre elas com Claudio Galeno Ibaceta da Universidad Catolica del Norte, nos levaram a organizar em 2014 a primeira edição do Seminário Internacional de História da Arquitetura Hospitalar – SIHAH, que completa sua sexta edição⁴. Nesse evento também começamos a consolidar um grupo de pessoas interessadas em trabalhar juntas o qual denominamos como LabLugares, que depois foi oficializado na plataforma de grupos de pesquisa do CNPq. Em 2019 lançamos o livro com os artigos dos palestrantes convidados para essa primeira edição (AMORA, e COSTA, 2019). Junto aos SIHAH são também realizadas as reuniões da rede pesquisadores, que desde 2023 passou a ser ibero-americana.

Apesar de termos este fórum de discussão, eu, Renato Costa e Claudio Galeno, somos membros do Do.Co.Mo.Mo⁵ internacional e temos apresentado trabalhos em eventos nacionais e internacionais⁶ não só nesta rede de pesquisa, mas ainda no Congressos Ibero-americanos de História Urbana, cujo primeiro foi em Santiago, Chile em 2016.

⁴ SIHAH I, no Rio de Janeiro, organizado pela Ufrj e Fiocruz; SIHAH II, na Cidade do México, organizado pela UNAM; SIHAH III, Santiago – Chile, organizado pela Universidade do Chile; SIHAH IV, online, organizado pela Universidade de Buenos Aires; SIHAH V, Coimbra, organizado pela Universidade de Coimbra.

⁵ Documentation and Conservation of building, sites and neighbourhoods of the Modern Movement (Documentação e Conservação dos edifícios, sítios e bairros do Movimento Moderno).

⁶ Em 2010 apresentei trabalho em uma mesa sobre revistas na 11ª Conferência Docomomo. Eu e o Renato apresentamos posters na 12ª Conferência Docomomo de 2012 na Finlândia, e em 2018 na 15ª Conferência na Eslovênia. Em 2016 organizamos uma sessão na 14ª Conferência Docomomo em Portugal, juntamente com Claudio Galeno e Daniela Arnaut. Em 2022, apresentei o trabalho “Two modern monumentalities in Rio de Janeiro central area: distinct ways of designing within the historical city” com a coautoria de Rafael Barcelos Santos. Em 2024, eu e Claudio Galeno organizamos a sessão Healthcare Complexes: the Futures of Modern Urban Enclaves na 18ª Conferência no Chile.

3º Ato: Consolidação da pesquisa.

As informações coletadas me levaram a ir mais fundo nas premissas do projeto hospitalar moderno, inicialmente a partir do Sanatório de Curicica e de inquietações ao olhar os edifícios hospitalares, sobretudo os da chamada escola carioca⁷, construídos entre a década de 1940 e 1960.

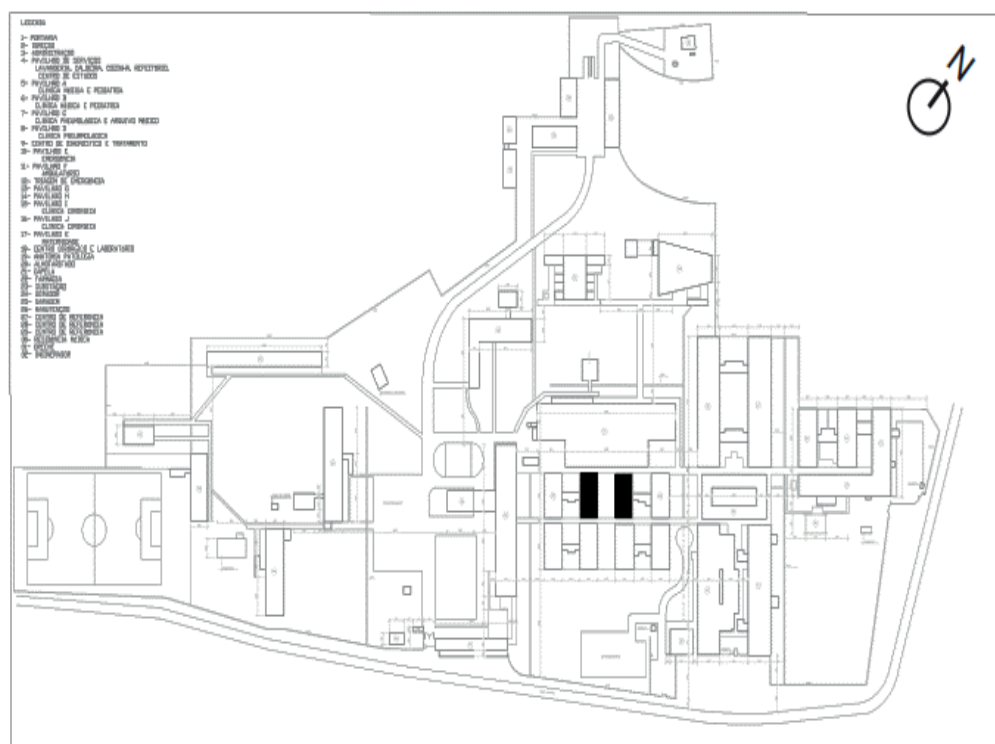
Dessa forma, e munidos de algumas hipóteses propiciada pelas referências de projetos modernos, como de documentos que se referiam a pré-fabricação do Sanatório de Curicica, do artigo Ruth Verde Zein (2011) e do trabalho de Mario Ferrer (2012), fomos a campo com estudantes de graduação e pós-graduação para levantamentos dos pavilhões a partir da premissa da existência de uma modulação primária ordenadora do conjunto.

A construção do Sanatório de Curicica, na região de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, entre 1949 e 1952, seguiu as premissas da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), subordinada ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). A campanha articulava convênios de colaboração com entidades públicas e privadas de combate à doença, se concentrando, entre outras propostas, na melhoria das instalações dos sanatórios e dispensários e no estudo da construção padronizada de novos dispensários e sanatórios. O arquiteto responsável pelo projeto foi o carioca Sérgio Wladimir Bernardes, formado na então Faculdade Nacional de Arquitetura (FNA) da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1948. Pouco tempo depois, Bernardes assumiu a chefia do Departamento de Arquitetura da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). Portanto, o complexo do sanatório, inaugurado em 1952, é uma de suas primeiras obras, revelando aspectos da sua formação na FNA.

O programa arquitetônico do sanatório seguiu as premissas técnicas elaboradas pelo SNT, previamente aprovadas pelo Ministério da Educação e Saúde, cujas recomendações gerais seguiam o estudo e a padronização da construção de sanatórios e dispensários tipo Campanha, pois se previa que a doença estaria erradicada em alguns anos: eficiência, baixo custo e manutenção econômica, sem, entretanto, sacrificar suas qualidades técnicas e funcionais.

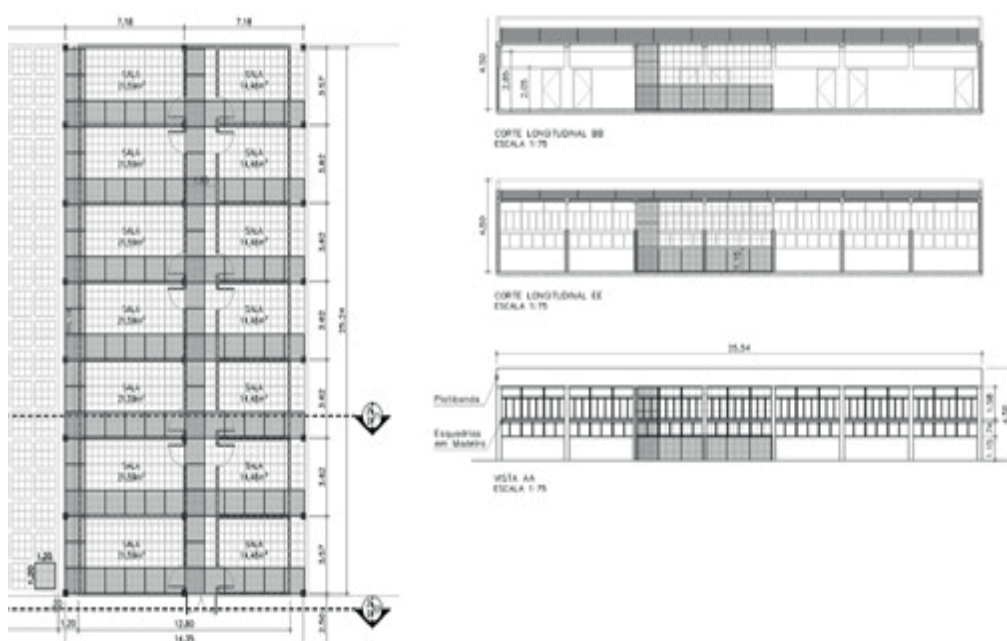
O nosso levantamento partiu dos pavilhões de internação e o levantamento nos indicou uma modulação de cerca de 1,20 m x 1,20 m, que organizou a disposição não só dos pavilhões entremeados por pátios, mas também das fachadas, e da modulação estrutural com 7,20 m x 3,60 m entre o eixo dos pilares.

⁷ Em relação à arquitetura da “escola carioca” Mario de Andrade (1944), apesar de salientar que a primeira manifestação de arquitetura moderna tenha se dado em São Paulo, credita aos cariocas a criação de uma primeira “escola” e diz: “o que se pode chamar legitimamente de ‘escola’ de arquitetura moderna no Brasil foi a do Rio, com Lúcio Costa à frente”.



Localização dos pavilhões de internação estudados

Acervo Lablugares – Proarq/ UFRJ, a partir de documento do arquivo do CRPHF



Estudo de modulação dos pavilhões de internação do Sanatório de Curicica

Acervo LabLugares
Produção: Thaysa Malaquias e Michael Morouco, 2016.

O estudo resultou em uma dissertação de mestrado e um trabalho final de graduação, além de artigos em livro e periódicos. Na dissertação de Thaysa Malaquias (2018) a autora expandiu o estudo da modulação do projeto e verificou que esta não só regeu o projeto dos pavilhões como toda a implantação do complexo hospitalar, o que facilitou o processo construtivo a partir de elementos pré-fabricados in loco. Já o trabalho de graduação de Michael Morouço investigou as mudanças ocorridas no sanatório desde sua municipalização, bem como nos arredores complexo, com mudanças de uso, a demolição de

pavilhões, a construção de novos edifícios e a apropriação do terreno por habitações informais. Estas pesquisas realizadas no âmbito do LabLugares resultaram ainda na produção de modelos físicos, por meio de uma oficina, e a exposição SB-100, comemorativa do centenário do arquiteto falecido em 2002, e sua formação na FNA, atual FAU- UFRJ.

Dissertação
Thaysa Malaquias de
Mello (2018)

Ilustração da autora a partir de
imagem Acervo Fiocruz.



TFG
Michael Morouço
(2021)

Ilustração do autor a partir de
imagem Acervo Fiocruz.



Paralelamente, iniciamos uma pesquisa sobre do que chamamos corredor de saúde no centro histórico do Rio de Janeiro, em que estudamos a implantação de dois edifícios hospitalares: o Hospital do Câncer e o Hospital Souza Aguiar. Ambos os edifícios projetados por arquitetos formados na nossa instituição, e implantados em áreas da cidade que foram alçadas a patrimônio.

Observamos que ambos os edifícios, a despeito do senso comum sobre a arquitetura moderna como algo produzido a partir da tábula rasa, há vestígios de como seus projetistas viam a cidade em resposta a demandas funcionais, mas também no sentido estético e histórico.

Outras premissas, em relação aos edifícios hospitalares da escola carioca, encontram-se na noção de monumentalidade pensada por Lucio Costa e apresentada em simpósio promovido pelo periódico Architectural Review em 1948. Costa considerava ser necessário para a produção de uma monumentalidade

contemporânea, que os arquitetos estivessem comprometidos com o estudo de questões relativas à expressão arquitetônica, participando de forma ativa dos debates artísticos para entenderem os fundamentos comuns de todas as artes. Na matriz do que chamamos de “escola carioca” está a atitude de se carregar a edificação moderna de significados, por meio de uma operação conjunta entre forma arquitetônica e artes, painéis murais, esculturas, bem como jardins. No discurso de Lucio Costa isso fica em evidência, bem como na análise de outros edifícios modernos que têm no edifício do Ministério de Educação e Saúde um modelo a ser seguido. No nosso entendimento o recurso fundamental para tal foi a demarcação de percursos arquitetônicos para propiciar o usuário uma experiência espacial na arquitetura em contato com a arte, como se vivenciasse um verdadeiro objeto penetrável (AMORA, 2018; e AMORA, AMORA; DUARTE; SILVESTRE, 2023).



Corredor de Saúde e edifícios hospitalares modernos

Acervo Lablugares



HMSA

Acervo Lablugares



INCA

Acervo Lablugares

Essa pesquisa teve uma série de desdobramentos, com apresentações em seminários, publicação em anais e em periódicos, bem como o aprofundamento em relação a história do lugar e a sua forma pretérita em uma dissertação de mestrado defendida recentemente intitulada: Quantas

memórias cabem em um quarteirão? um reencontro do passado no presente no Complexo Hospitalar Souza Aguiar (Morouço, 2025), na qual o autor estuda a produção histórica da quadra em que foi implantado o Hospital Souza Aguiar.

4º Ato: Os desafios da pesquisa.

O contexto de crise climática, ambiental e social que estamos vivendo nos traz muitos desafios. Entretanto, olhar para a história e refletir sobre ela de forma crítica, a partir do presente, pode ser enriquecedor.

Termos como biofilia e a autogênese, trazem a pauta a necessidade de conectarmos os espaços construídos com a natureza e de provermos os espaços de qualidades que promovam a saúde. Mas estas não são ideias novas. Os edifícios pensados no final do século XVIII como alternativas para a substituição ao Hôtel-Dieu, destruído pelo fogo, já traziam soluções com qualidades ambientais. Esse legado nos chegou com as lições de Nicolas-Louis Durand (1760-1835), publicadas em 1802 em seu livro *Précis des Leçons D'Architecture*. Ou seja, a presença de jardins em hospitais já é algo presente nos hospitais pavilhonares que chegaram a nós, e que produzimos. Essa qualidade no projeto hospitalar como um espaço funcional integrado a jardins e obras de arte, que atuam como um fator a contribuir para a saúde dos pacientes, funcionários e demais usuários permaneceu nos edifícios hospitalares modernos nas diversas tipologias formais, mas perdeu força para uma funcionalidade excessiva.

Entretanto, recentemente, mesmo que teimemos em recusar esse legado, vemos obras em outras latitudes que trazem essas qualidades, serem divulgadas como novidade. Como exemplo temos o Hospital Khoo Teck Puat em Singapura. O edital do concurso para o projeto indicava a necessidade da criação de um ambiente de cura, e o vencedor foi o grupo CPG Consultants, que se diz atuante em projetos biofilicos. O complexo hospitalar aberto ao público em 2010 se tornou um recurso para a saúde urbana na cidade. Por sua vez, o escritório Herzog&DeMeuron, tem dois projetos que merecem nossa atenção. Na Dinamarca, o edifício do hospital New North Zealand, ainda em construção, é, segundo o site do escritório, cercado pela natureza e com um pátio ajardinado no centro, com a pretensão de promover uma articulação das pessoas com a paisagem partir da sua

horizontalidade. No entendimento dos projetistas essa conexão com a paisagem teria se perdido nos projetos hospitalares verticalizados. Já o Hospital pediátrico de Zurique, se inspira no desenho de Durand subvertendo a sua forma, mas conservando pátios ajardinados, e localizando as internações na periferia do edifício, numa escala doméstica, voltadas para a paisagem.

Aqui deixo uma provocação para podermos passar a discussão. Será que devemos olhar essas experiências para valorizarmos o legado dos nossos arquitetos modernos brasileiros, latino-americanos e ibero-americanos? O que ainda podemos aprender com eles? Como podemos ao atuarmos na leitura histórica dos espaços de saúde propor soluções baseadas na natureza. A pesquisa sobre os hospitais pavilhonares de Lilia Gonzales nos trouxe lições valiosas. Na nossa contribuição ao volume quatro da série, trouxemos as ideias contidas em dois hospitais modernos não pavilhonares, mas em blocos articulados, cujos projetos, sem falar dos temas em moda, buscam articular o novo com o tecido da cidade histórica e o edifício com a natureza.

Referências

AMORA, A. M. G. A. ; DUARTE, Y. SILVESTRE, L. 2023 "Rutas con atmósferas para la cura. La integración de las artes y el paisaje en dos hospitales modernos de Río de Janeiro". In: Maria Lilia Gonzáles servin. (Org.). *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales en América latina*. Vol. 4 1ed. Ciudad de México: Editora Universidad Nacional Autónoma de México,

AMORA Ana Albano; COSTA, Renato Gama-Rosa (org.) 2019. *A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: Contribuições para sua historiografia*. Vol. 1, 1a. Edição, Rio de Janeiro: PROARQ/PAISAGENS HÍBRIDAS.

AMORA, ANA 2018. "The garden in the modern hospital architecture of the 'Carioca School' in Rio de Janeiro, Brazil". *Gardens and Landscapes of Portugal*, vol. 5, issue 1, setembro.

AMORA, A. M. G. A.; COSTA, R. GR; MALAQUIAS, T.; MOROUCO, M. 2018. "Complejo senatorial de Curicica: un hospital pabellonario moderno". In: Maria Lilia Gonzáles servin. (Org.). *Registro del sistema arquiteônico de pabellones en hospitales en América latina*. Vol.3 1ed. Ciudad de México: Editora Universidad Nacional Autónoma de México.

AMORA, A. M. G. A.; COSTA, R. GR; QUARESMA, F.; RIBEIRO, T. C. "El Hospital Colônia de Curupaiti: su historia, su trazado urbanístico y sus edificaciones". In: Maria Lilia Gonzáles servin. (Org.). *Registro del sistema arquiteônico de pabellones en hospitales en América latina*. Vol.2 1ed. Ciudad de México: Editora Universidad Nacional Autónoma de México.

AMORA, A. M. G. A.; COSTA, R. G. R.; FILGUEIRAS, S. C.; MAGALHAES, C.(2014) "Colonia Juliano Moreira para enfermedades mentales". In: Maria Lilia Gonzáles servin. (Org.). *Registro del sistema arquiteônico de pabellones en hospitales en América latina*. Vol. 1 1ed. Ciudad de México: Editora Universidad Nacional Autónoma de México.

AMORA, Ana M. G. Albano (org). História da saúde em Santa Catarina, instituições e patrimônio arquiteônico (1808-1958). Barueri, Manole/ Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

Ciudades-hospital en Brasil 1918-1945, ensayo para su documentación 2011. In: SERVÍN, Maria Lilia Gonzalez (coord.) *Sistema arquiteônico de pabellones de América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, 2011. , p. 109-128.

AMORA, Ana M. G. A. 2010. "Memórias de concreto: urbanidade e arquitetura de saúde, Santa Catarina (1930-1945)". In: *Rios e cidade: olhares da história e do meio ambiente*. Gercinair Gandara. 229-245. Goiânia: Ed. PUC de Goiás.

AMORA, Ana M. G. A. 2006. *O nacional e o moderno: arquitetura e saúde no Estado-novo nas cidades catarinenses* (Tese). Rio de Janeiro: IPPUR, UFRJ.

COSTEIRA, E. (2018) Olhar o Passado para Construir o Futuro: Desafios da Preservação da Moderna Arquitetura Hospitalar(Tese). Rio de Janeiro: PROARQ, FAU, UFRJ.

FERRER, Mario (2012). *Manual da arquitetura das interações hospitalares*. Rio de Janeiro: Rio-Books.

MALAQUIAS, T. (2018). A contribuição do arquiteto Sergio Bernardes para a moderna arquitetura de saúde (dissertação). Rio de Janeiro: PROARQ, FAU, UFRJ.

MOROUÇO, M. (2025). *Quantas memórias cabem em um quarteirão? um reencontro do passado no presente no Complexo Hospitalar Souza Aguiar (dissertação)*. Rio de Janeiro: PROARQ, FAU, UFRJ.

ZEIN, Ruth Verde (2012). "Há de se ir as coisas: revendo as obras". In: Rocha-Peixoto, G. (et al.). *Leituras em teoria e história – 3. Objetos*. Rio de Janeiro: Rio-Books.



Laura Alarcón Durán

Arquitecta por la Universidad de Chile (1999), con MBA en Salud (U. Andrés Bello, 2015) y tesista del Máster en Arquitectura Hospitalaria (Universidad de Salamanca, 2025). Cuenta con más de 25 años de experiencia en infraestructura y gestión en salud. Desde septiembre de 2024 lidera el Subdepartamento de Proyectos Hospitalarios del Servicio de Salud de Coquimbo, impulsando iniciativas como las APP de los hospitales de Coquimbo y La Serena, y la puesta en marcha del nuevo Hospital de Illapel. Anteriormente, entre 2007 y 2024, encabezó el Subdepartamento de Gestión de Recursos Físicos, y entre 2018 y 2021 fue Subdirectora de Gestión Operacional del Hospital San Pablo. Destaca la reconversión del ex recinto penitenciario en el actual Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) de Coquimbo. Desde 2022 es docente en diplomados de arquitectura hospitalaria en la Universidad de Chile. Es socia titular de AARQHOS.

Patrimonio y salud: Centro Diagnóstico Terapéutico, Hospital La Serena – Chile

Laura Alarcón Durán
Servicio Salud de Coquimbo
laura.alarcon@redsalud.gob.cl

RESUMEN

Análisis del desarrollo arquitectónico, constructivo y cultural del proyecto Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) del Hospital de La Serena, ubicado en la capital de la Región de Coquimbo, Chile. La obra, financiada por el Ministerio de Salud y ejecutada por el Servicio de Salud Coquimbo, se inserta en la Zona Típica de la ciudad, incluyendo la conservación de un inmueble histórico perteneciente a la ex Cárcel de La Serena. El proceso incluyó la formulación del proyecto, diseño arquitectónico y de especialidades, aprobación de organismos técnicos y la construcción a cargo de la empresa Moller y Pérez-Cotapos. El CDT contempla cerca de 40.000 m², con áreas de cirugía ambulatoria, imagenología, laboratorio y unidades de apoyo clínico, incorporando además criterios de eficiencia energética. La obra fue entregada en 2021 e inició su puesta en marcha en 2022, con un fuerte vínculo con la comunidad, quien fue protagonista en la decisión de destinar el terreno para salud pública. Su impacto cultural y social se refleja en la recuperación patrimonial de una parte del edificio de la excárcel y en su apertura como espacio para actividades artísticas y conmemorativas, como la celebración del Día del Patrimonio. Este proyecto constituye un aporte a la red asistencial y un ejemplo de integración entre patrimonio, salud y comunidad.

Palabras clave:

Patrimonio, salud, arquitectura hospitalaria, comunidad, conservación histórica.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento expone la experiencia de recuperación patrimonial y desarrollo de infraestructura hospitalaria a través del proyecto Centro de Diagnóstico Terapéutico

(CDT) del Hospital de La Serena. La intervención integra criterios de conservación histórica, innovación arquitectónica y vinculación con la comunidad.

2. CONTEXTO:

La ciudad de La Serena ubicada en la Región de Coquimbo, con 481 años es una de las ciudades más antiguas de Chile. Su centro histórico cuenta con una de las "Zona Típica"⁸ más grande de nuestro país, pues abarca 170 hectáreas aproximadamente (unas 100 cuadras) y fue declarada por Decreto N° 499 de fecha 12 de febrero de 1981 del Ministerio de Educación.

Dentro de esta zona existen 14 edificios declarados monumentos nacionales y una serie de edificios protegidos con rescate patrimonial. Dentro de esta zona típica y como edificios protegidos se encuentran el Hospital de La Serena y el edificio de la ex cárcel de la misma ciudad.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena es el más antiguo de Chile construido en regiones, con 466 años al servicio de la comunidad. Debido a su ubicación, está sometido a condicionantes urbanísticas especiales. Su terreno cuenta con una superficie de 22.400 m² y la superficie construida alcanza la suma de aprox. 17.000 m².

Su ubicación y estado de conservación generó un sin número de problemas en el hospital, tanto funcionales como de estructura asociado al cumplimiento de los actuales estándares de

⁸ Zona Típica: Es un área de inmuebles (casas, construcciones, etc.) que es declarada por el Consejo de Monumentos Nacionales de Chile debido a su unidad estilística, materialidad o técnicas constructivas.

salud y autorización sanitaria.

Buscar posibilidades para la normalización del hospital siempre fue un problema por falta de factibilidad técnica del terreno que no permite ampliar el edificio.

En el año 2005 se decidió cerrar la cárcel de la ciudad, lo que generó un conflicto por el futuro uso que se le daría al recinto. El Consejo Consultivo de Salud⁹ de La Serena, reunió más de 9 mil firmas, logrando movilizar a la comunidad, que decidió que en ese terreno se desarrollaría la extensión del Hospital de La Serena.

La Ex Cárcel de La Serena estuvo más de 100 años funcionando en la manzana de Anfión Muñoz hasta que fuera trasladada a la nueva cárcel de Huachalume en 2006.

En 1889 el Gobierno de José Manuel Balmaceda adquirió el predio a un valor de \$7.000 de la época.

El edificio se construyó tomando el modelo Panóptico, diseñado por el filósofo inglés Jeremy Bethman. Este consiste en varios sectores distribuidos en torno a una estructura central desde donde el vigilante puede observar a todos los prisioneros sin que ellos puedan saber.

Sus características patrimoniales entre las que destacan esta cúpula panóptica y las remodelaciones hechas para armonizar con el resto de la ciudad durante el "Plan Serena" conllevaron a parte de su preservación pese a su mal estado original. Fue declarado edificio protegido al interior de la Zona Típica de la ciudad.

3. FORMULACION DEL PROYECTO

A partir del Estudio Preinversional Hospitalario (EPH)¹⁰ desarrollado entre los años 2006 a 2008 y liderado por el Servicio de Salud Coquimbo, se determinó que la primera etapa de la Normalización del Hospital de La Serena fuera la Construcción del Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) en el terreno de la ex cárcel ubicado en la esquina opuesta, frente al sector

de Urgencias. Proyecto que se encuentra actualmente en operación desde su puesta en marcha en mayo del año 2022.

Como ya se mencionó, la intervención se inserta dentro del contexto de la Zona Típica de La Serena y en específico en el terreno de la Ex cárcel cuya edificación corresponde a un Inmueble de Conservación Histórica, según el Plan Regulador comunal. La nueva infraestructura incorporó edificaciones de carácter patrimonial construidas a fines del siglo XIX e inicios del XX.

El 18/08/2011 se traspasó terreno de la ex cárcel al Servicio Salud Coquimbo (concesión de uso gratuito de Bienes Nacionales). Tras el traspaso del edificio se inició la primera etapa del proyecto del CDT que consistió en la habilitación terreno con demolición ex cárcel.

Entre los años 2013 y 2014 se realizó la demolición de la cárcel, trabajo que consideró la demolición de edificio que se elimina, retiro de rellenos y estrato cultural (de 1 a 2 mt.), este trabajo se realizó bajo la supervisión de un arqueólogo y con el financiamiento del MINSAL.

Durante los años 2012 y 2014 y mientras se ejecutaba la demolición, se desarrolló el diseño de arquitectura y especialidades del proyecto, la que estuvo a cargo de la oficina de Demetrio Concha L. y John Bauerle B. Consultores Limitada. El proyecto fue financiado por el Gobierno Regional de Coquimbo por un monto total de casi 450 millones de pesos chilenos.

A inicios del año 2015 el diseño obtuvo la totalidad de aprobaciones incluida la autorización del Consejo Monumentos Nacionales.

⁹ Consejo Consultivo de Salud: Instancia que busca la participación ciudadana y comunitaria para mejorar la gestión y la calidad de la atención en los establecimientos de salud.

¹⁰ Estudio Preinversional Hospitalario (EPH): Documento que analiza, calcula y justifica una inversión en infraestructura de salud, como la construcción o mejora de un hospital, para seleccionar la mejor alternativa de solución a problemas detectados en un centro asistencial.

En junio del mismo año se obtuvo la pertinencia técnica¹¹ del Ministerio Desarrollo Social para la etapa de ejecución, sin embargo, no se obtuvo en ese momento la aprobación de Hacienda para su financiamiento. A partir de ese momento se iniciaron manifestaciones con la comunidad hospitalaria, las autoridades y los habitantes de la ciudad, con marchas en las calles céntricas de La Serena. Incluso con comitivas del Consejo Consultivo de Salud y funcionarios en Santiago, solicitando a la autoridad máxima del Ministerio de Salud que se concretara el proyecto.

Tras muchas negociaciones con el Gobierno central y regional, en noviembre del año 2015 se obtuvo el financiamiento de la obra por un monto de casi 69 mil millones de pesos chilenos, lo que consideró tanto la construcción como la compra de equipos y equipamientos.

El proceso de licitación pública fue desarrollado por el Servicio Salud Coquimbo durante todo el año 2016 y adjudicado a fines del año 2017, entregándose terreno para la obra en diciembre de ese mismo año.

El proyecto con casi 40 mil m² construidos (3.065 m² de edificio patrimonial) incluye 137 boxes de atención y procedimientos, 6 pabellones de cirugía mayor ambulatoria, 20 sillones de hemodiálisis, 16 de quimioterapia, servicio de rehabilitación, laboratorio central del hospital, imagenología con el primer resonador magnético sellado de la red de salud regional.

Además, el edificio incorpora elementos de eficiencia energética, correo neumático, envolvente térmica, paneles solares para calefacción y agua sanitaria, control centralizado y todas las instalaciones y elementos tecnológicos de vanguardia acordes a un establecimiento moderno y eficiente.

3.1. Antes de la construcción

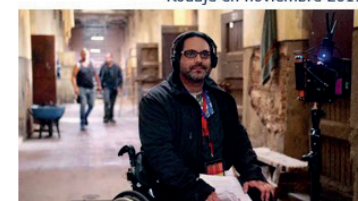
Antes que se entregara el terreno a la empresa, en el mes de noviembre las dependencias de la ex cárcel fueron utilizadas como locación para la película nacional "Pacto de fuga" del director David Abdala, la cual se basa en el

escape de la penitenciaría de Santiago, en los años 90.

En el mes de noviembre del año 2017 se ambientó la cárcel que dio vida a la película protagonizada por Benjamín Vicuña, Roberto Farías, Amparo Noguera y Francisca Gavilán.



Rodaje en noviembre 2017



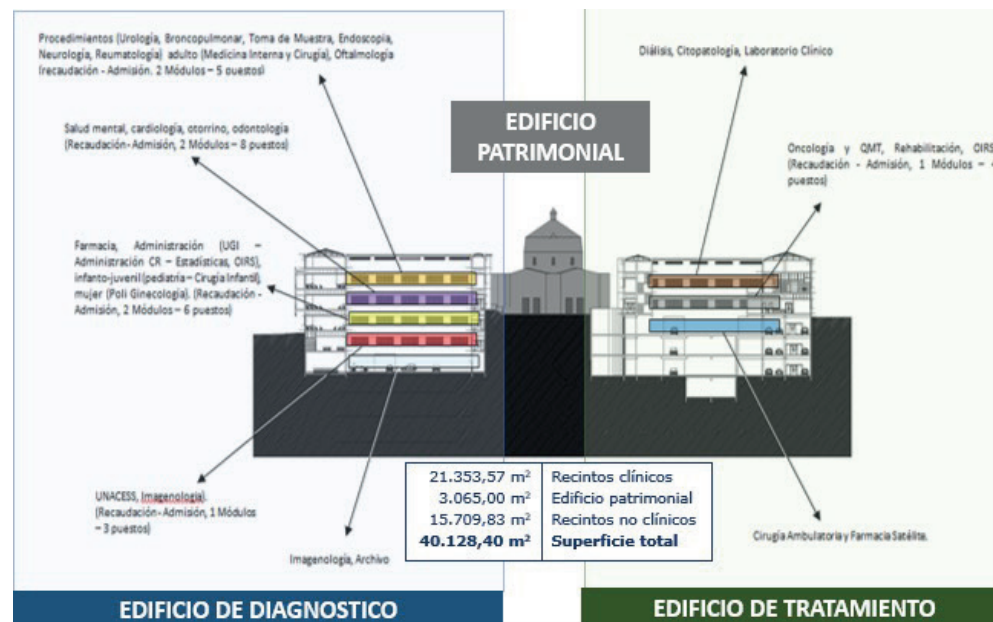
4. PROCESO CONSTRUCTIVO

La ejecución de la obra a cargo de la Empresa Constructora chilena Moller y Pérez-Cotapos S.A. y se inició el 30 de diciembre del 2017.

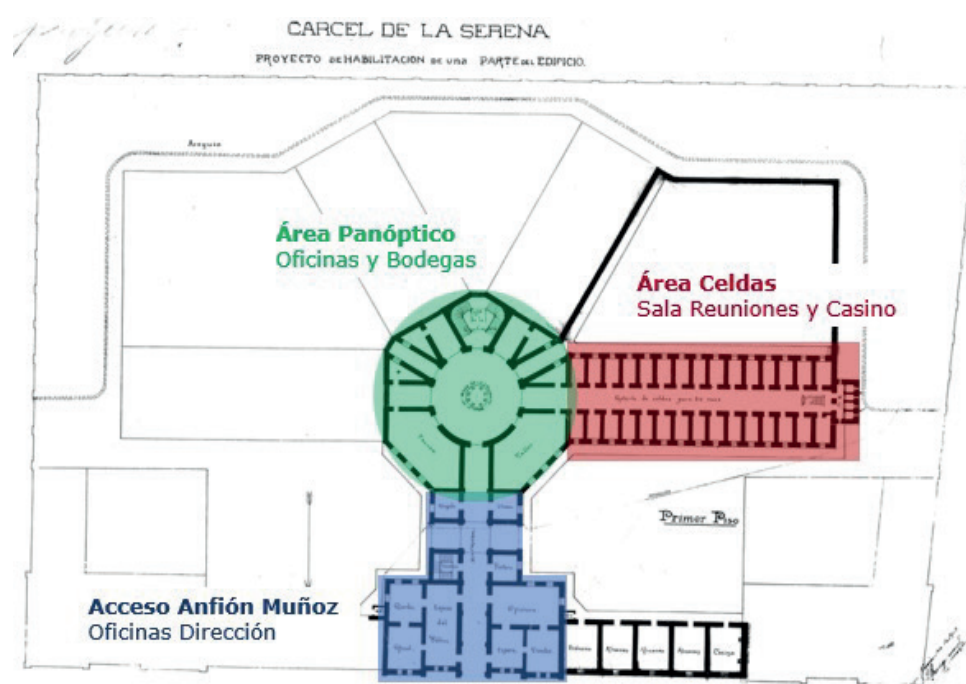
La empresa recibió el terreno solo con el edificio de rescate patrimonial en pie (panóptico central, galería de celdas originales y gran parte del muro perimetral). Con eso inició la faena que partió con la construcción de los 3 subterráneos que tiene el proyecto, con socalzados hacia las calles perimetrales y hacia el edificio patrimonial.

¹¹ Pertinencia técnica MIDESO: Recomendación Social Favorable (RS), un dictamen clave del Sistema Nacional de Inversiones (SNI) que evalúa la conveniencia socioeconómica de proyectos para su financiamiento público.

El proyecto del CDT consta de tres edificios: Edificio de Diagnóstico, Edificio Patrimonial y Edificio de Tratamiento.



El edificio patrimonial que debimos conservar consta de tres áreas: Celdas ocupadas como casino y sala de reuniones; Panóptico, para oficinas y bodegas; y Acceso Anfión Muñoz donde se encuentran las oficinas de la dirección.



El proceso constructivo y de restauración del área patrimonial se desarrolló a partir del diseño de arquitectura y especialidades, todo bajo la aprobación y supervisión del Consejo de Monumentos Nacionales (CMN).

Para el análisis del presente se considerará el proceso constructivo en etapas:

3.1. Tratamiento de terreno

Para poder conservar el edificio patrimonial y los muros perimetrales que el CMN solicitó mantener al proyecto, y considerando que el edificio del CDT cuenta con 3 subterráneos es que se hicieron trabajos previos de tratamiento del terreno, con utilización de taludes y refuerzo de pilas.

3.2. Refuerzos estructurales

En el edificio de las celdas se realizaron refuerzos estructurales, se insertaron elementos estructurales de hormigón armado, según

procedimientos aprobados (pilares, vigas y losas).

Se desarrollan detalles estructurales para el salvataje de técnicas constructiva originales, en dinteles.

Se hizo decapado de estucos y elección de muestras de albañilerías. El este edificio se dejaron los ladrillos de arcilla a la vista y en las áreas donde se necesitaba se realizaron trabajos con estuco a la cal.

Dentro del edificio se consideraron dos celdas testimoniales, una en cada piso, las cuales se dejaron como muestra de lo que allí se vivió como un museo de sitio.

3.3. Retiro y restauración de elementos significativos

Existió restauración de elementos de madera y metálicos, con fiscalización in situ y en Taller

de Valparaíso donde la empresa contratista realizó los trabajos.

Existió además puesta en valor de edificios y recuperación de elementos significativos encontrados y algunos no considerados como las puertas de celdas. Las cuales fueron decapadas y restauradas considerando la calidad de las maderas.

Dado que el proyecto licitado no contemplaba conservar, y si ejecutar en su reemplazo puertas de placa, lo cual no permitía darle el valor correspondiente a tan grande intervención de rescate.

También se hizo un trabajo de restauración de los elementos de madera de las estructuras de techumbre. La mayoría de la estructura del edificio de celdas es original, solo se cambiaron algunas costaneras.

Se hizo análisis exhaustivo y solo se retiraron las maderas que estaban sobre el 75% dañada, el que estaba bajo este porcentaje fueron inyectados con productos anti termitas.

Se encontraron maderas como son roble, pino Oregón canadiense, las cuales estaban en muy buenas condiciones. La mayoría de los ensambles debieron ser cambiados.

Lo que se cambió totalmente fue la hojalatería y emballetado de toda la techumbre de los edificios patrimoniales.

3.4. Restauración y recuperación cúpula panóptico

Una de las estructuras más significativas de la cárcel es sin duda el Edificio del Panóptico, el cual fue restaurado, reutilizando la mayoría de la estructura de madera.

3.5. Restauración y recuperación fachada Anfión Muñoz

La fachada del edificio hacia calle Anfión Muñoz fue totalmente restaurada, rearmando la fachada original del edificio con los frontones que habían sido intervenidas mientras fue cárcel.

4. PUESTA EN MARCHA Y SU RELACION CON LA COMUNIDAD:

El CDT es un edificio moderno que cumple con toda la normativa de movilidad inclusiva que es exigencia en establecimientos de salud. Si bien no cuenta con certificaciones ambientales, su diseño cumple con sus criterios, contando con: envolvente térmica, ahorro energía, iluminación Led y paneles solares.

Cabe destacar que gran parte de la obra se ejecutó en plena pandemia, con todo lo que eso significó para las faenas. El 10/03/2022 se dio la autorización sanitaria¹² para la primera etapa del CDT, a partir de esta fecha el Hospital comenzó con el traslado.

En redes sociales y medios de comunicación se mantiene informada a la comunidad del funcionamiento. Se creó un teléfono especial "Aló CDT" donde se entrega información a la comunidad.

El Hospital se ha encargado de utilizar los espacios del CDT como soporte para actividades culturales y de extensión. Sin duda este proyecto tiene un gran impacto en la comunidad, de donde surgió la idea de su emplazamiento, pues además de ser un edificio importante para la atención ambulatoria hace un rescate de un edificio patrimonial de una gran carga cultural e histórica, pues en la ex cárcel de La Serena hubieron hechos tristes para la ciudad, como el paso de la "caravana de la muerte" que en la dictadura militar asesinó a importantes personalidades de nuestra Región, como por ejemplo el músico, compositor y director de orquesta D.Jorge Peña Hen.

Es por esto, que su rescate como edificio donde se entregará salud es un gran vuelco de

¹²Autorización Sanitaria: Es un permiso obligatorio, otorgado por la SEREMI de Salud, que habilita legalmente a un establecimiento, producto o actividad a funcionar o ser comercializado, ya que asegura el cumplimiento de las normativas de higiene, seguridad y calidad para proteger la salud pública.

aporte a la comunidad. Por eso mismo el edificio patrimonial se ha transformado en un espacio de encuentro donde ya se han desarrollado actividades artísticas y culturales, como la celebración del Día del Patrimonio del año 2022 y la conmemoración de los 50 años del Golpe Militar.

Durante el año 2022 participé con mi ponencia sobre el proyecto del CDT en el 32° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria "Espacios y procesos post pandemia" organizado por AADAIH en Argentina y en la "Expo Hospital" de Santiago, representando a la Asociación Chilena de Arquitectura y Especialidades Hospitalarias AARQHOS a la cual pertenezco.

A fines del mismo año recibimos el Premio Aporte Urbano 2022 en la categoría "Mejor Proyecto de Intervención Patrimonial", en los premios PAU que son organizados por la Cámara Chilena de la Construcción postulan proyectos públicos y privados.

5. CONCLUSION

El rescate patrimonial que ha significado la construcción del CDT no tiene precedentes a nivel regional y nacional, restaurar y utilizar un edificio donde se vivió tanto dolor y habilitarlo para salud, ha sido sin duda un gran desafío.

No podemos desconocer que tuvo muchos problemas en el camino, desde la misma autorización del proyecto por parte del Consejo de Monumentos Nacionales, hasta el financiamiento de la obra. Pero todos finalmente se salvaron con el apoyo de la comunidad usuaria y funcionaria, que junto a las autoridades regionales se unieron para lograr concretar esta obra.

Desde el punto de vista constructivo también fue un desafío, nuestros equipos técnicos se debieron reforzar con profesionales especialistas, como arqueólogos y restauradores, para poder materializar el rescate del edificio patrimonial.

Tras cuatro años de construcción, la ciudad de La Serena cuenta con un edificio moderno, con la más alta tecnología médica en atención

abierta, con el primer resonador del sistema público en la Región de Coquimbo, con pabellones de cirugía mayor ambulatoria totalmente habilitados, con especialidades falentes como oncología, cardiología, diálisis, rehabilitación y con un edificio restaurado que es ocupado por el CDT y además se abre a la comunidad para entregar además un espacio para la cultura, el arte y el patrimonio.

Liderar el equipo que gestó, proyectó y construyó el CDT del Hospital de La Serena me ha entregado una gran lección, pues este proyecto muestra que si se puede reutilizar edificios con rescate patrimonial e incorporarlos a un programa de salud con tan buenos resultados como los obtenidos.

6. EQUIPO DE TRABAJO

Consejo Consultivo de Salud Hospital La Serena

Equipo directivo y funcionarios del Hospital La Serena que trabajaron en el proyecto en sus distintas etapas

Equipo EPH del Hospital La Serena y Servicio Salud Coquimbo

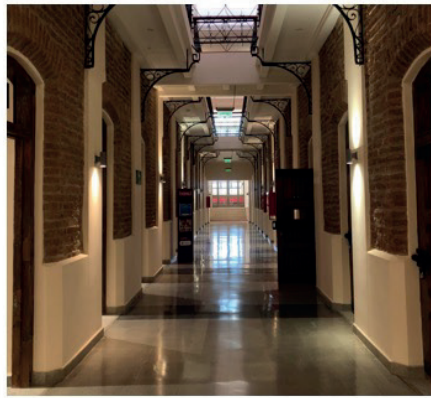
Equipo ITO y AITO, en especial del área patrimonial y arquitectura (Verónica Aros, Felipe Mujica, Cristian Alvarado y Juan Carlos García)

Christian Sepúlveda Soruco – Arquitecto AITE Diseño y gran precursor

Equipo comunicaciones del Hospital La Serena que siempre me han apoyado

Servicio Salud Coquimbo que me ha apoyado en mi participación

7. IMÁGENES



Imágenes del edificio de celdas antes y después de la intervención (1° piso)

Arquitecto: John Bauerle
Nombre del Edificio: Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Hospital La Serena, Chile



Vista aérea del CDT con su entorno (intersección Av. Amunategui y Larraín Alcalde)

Arquitecto: John Bauerle
Nombre del Edificio: Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Hospital La Serena, Chile



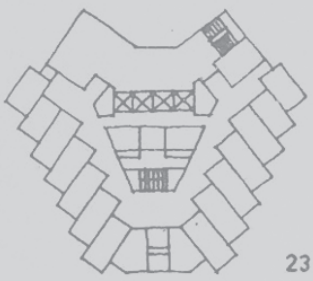
Fachada patrimonial por calle Anfión Muñoz (corresponde al antiguo acceso de la ex cárcel)

Arquitecto: John Bauerle
Nombre del Edificio: Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Hospital La Serena, Chile

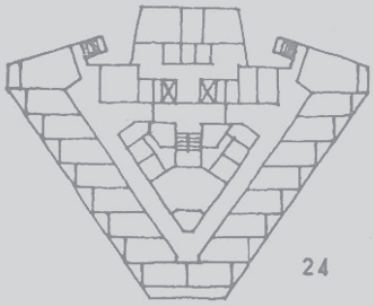


Cristóbal Tirado

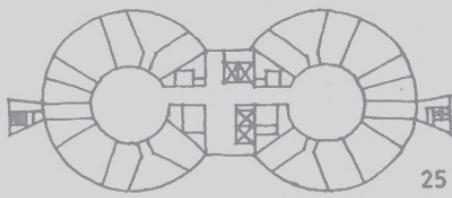
Arquitecto por la Universidad Católica de Chile (2005) y Máster en Arquitectura por la Universidad Politécnica de Barcelona (2010). Fundador de TIRADO arquitectos, ha desarrollado una reconocida trayectoria en infraestructura pública mediante concursos de arquitectura. Fue premiado como el mejor arquitecto chileno menor de 35 años por el Colegio de Arquitectos. Entre sus obras destacan el Hospital El Carmen de Maipú, el Hospital de La Florida, el Centro Antártico Internacional, museos regionales, municipalidades, terminales y proyectos patrimoniales como la restauración de ascensores de Valparaíso. Ha enseñado en las universidades Católica, de Chile, Finis Terrae y Politécnica de Barcelona. Durante su etapa en España, trabajó con BBATS Consulting & Projects, especializándose en arquitectura hospitalaria. Sus obras integran eficiencia energética, funcionalidad clínica y adaptación al contexto. El Hospital El Carmen recibió el Premio Internacional a la Calidad Arquitectónica en Salud (2014).
www.tirado.cl | [@tirado_arq](https://www.instagram.com/tirado_arq)



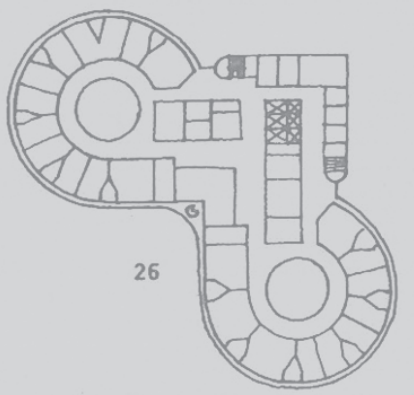
23



24

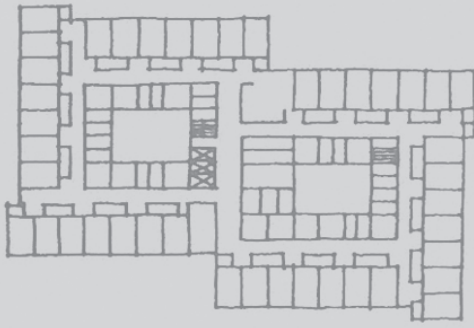


25

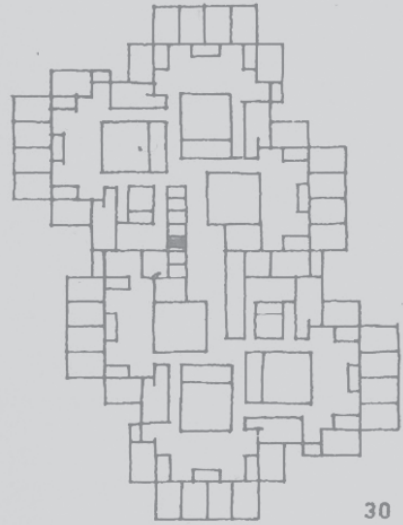


26

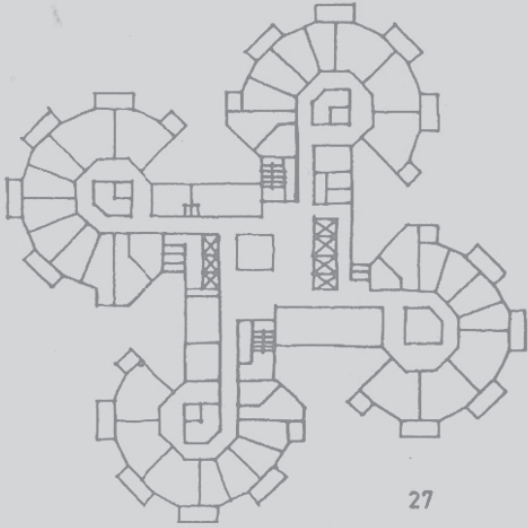
28



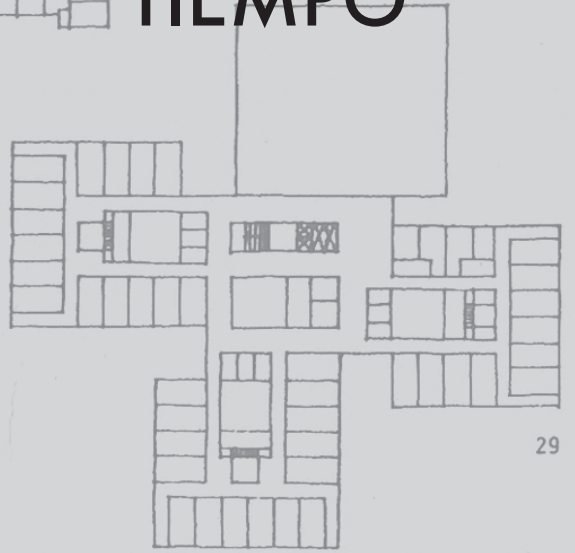
TIEMPO



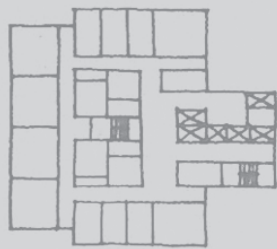
30



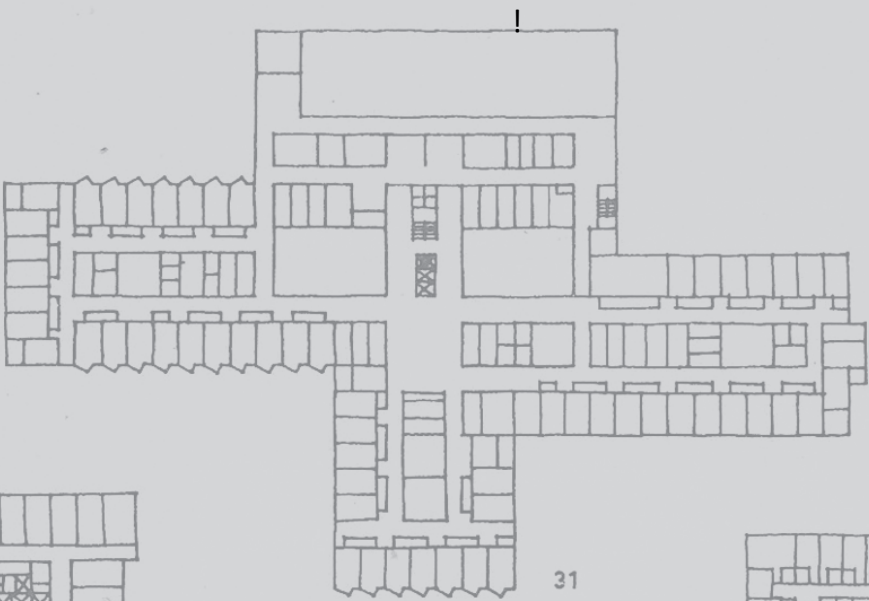
27



29

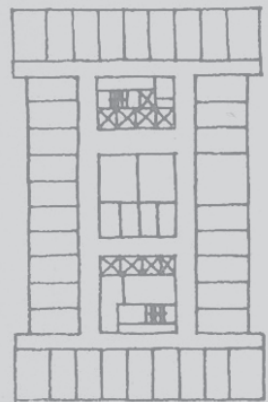
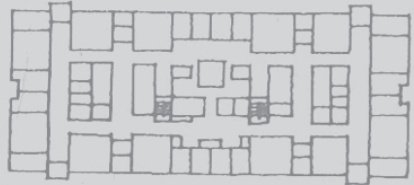


32

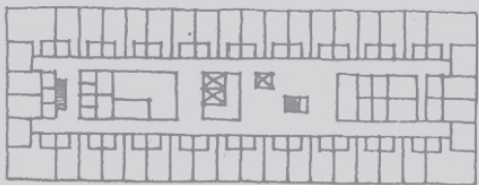


31

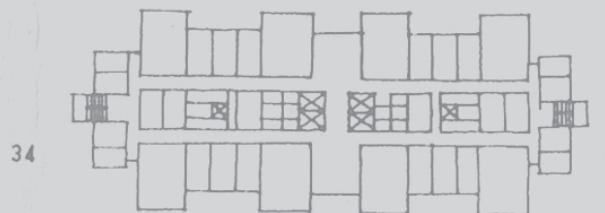
33



35



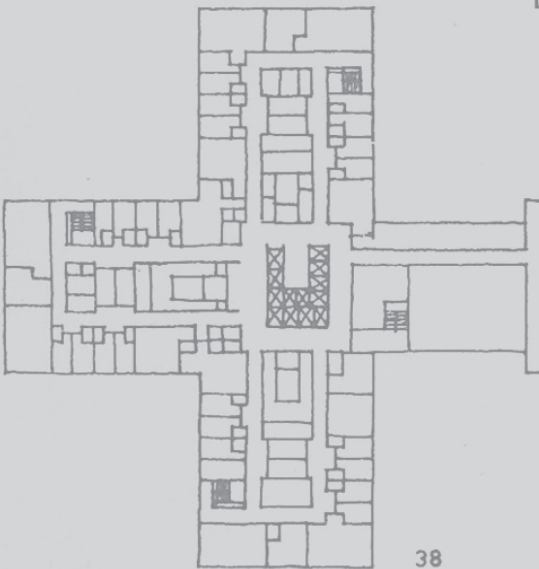
36



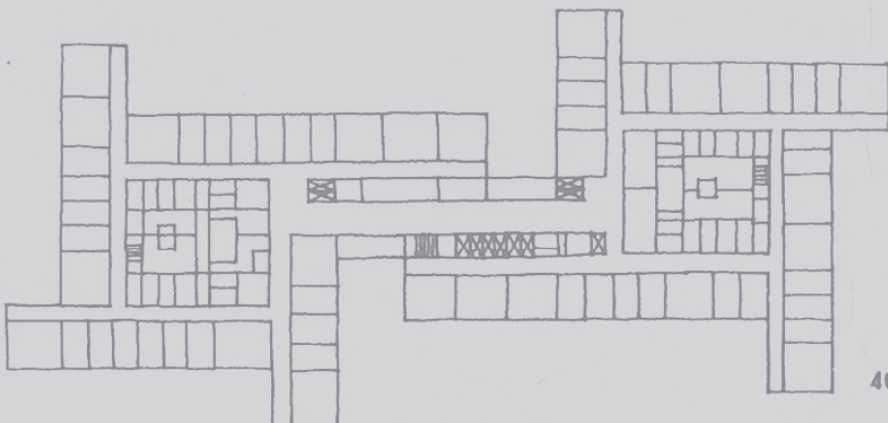
34



37



38



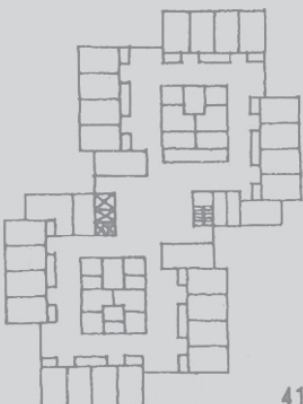
40



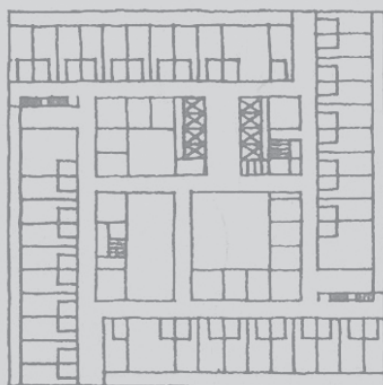
39



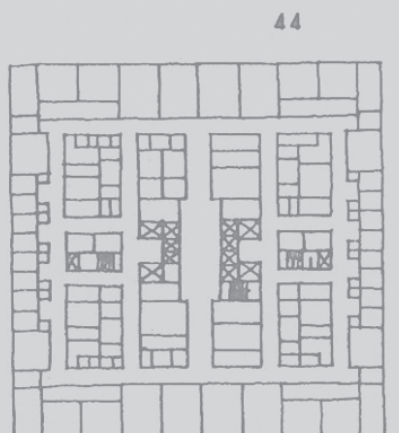
42



41



43



44

Redes nosocomiales de atención y el reto para un servicio universal de salud en México

María Lilia González Servín

Universidad Nacional Autónoma de México

lilia_gs@outlook.com

RESUMEN

Para motivar a reflexionar sobre los avances de la infraestructura para la salud en México, se hace referencia a los aspectos de cobertura y de accesibilidad, para contextualizar el proceso del que surgen los modelos con sus redes de atención respecto a la salud en México. Desde el origen de la atención a la salud se formaron redes con distintas maneras de atención, que permitió ampliar los servicios, mitigar y contender a las necesidades de la salud de su población; lo lleva a pensar en cómo se instrumentaron los procesos en el tiempo, particularmente en cómo se integró el sistema de seguridad social que desde hace un siglo forma parte de la estructura del gobierno. Recordando que la salud, además de que es un componente esencial de las relaciones sociales, provisiona a las necesidades específicas de las personas a la recuperación de la salud. En el siglo veinte, cuando se tuvo otra visión que incidió en el carácter de la cobertura porque quedó integrado a la política como parte de un servicio social, se llevaron a cabo programas para ampliar los servicios y ampliar la cobertura; se aumentaron servicios con mejoras y actualizaciones en sus condiciones físicas. En esa visión se conformaron otras redes nosocomiales, en las que se impulsaron nuevas maneras de organización administrativa para brindar el servicio. Para su accesibilidad se aumentaron dirigidos atender a nuevos sectores de pobladores. Aunque se conservaron a muchos servicios existentes también se generaron otros. De los que mayormente se produjeron fueron los que protegían principalmente a los trabajadores asalariados, a las madres y los niños, por lo que se establecieron especialmente en las zonas urbanas. Estas iniciativas, promovidas por el Estado, reafirmaban una idea del nacionalismo porque

servían para cohesionar la estructura de gobierno y ayudaban a consolidar, actualizar y ampliar los servicios médicos con equipamientos novedosos, derivados del tipo de terapias que marcaba el avance científico en la medicina y su especialización. En la nueva visión se amalgamaba al rigor directo de los avances científicos y tecnológicos con las voluntades políticas de los primeros gobernantes que surgieron después de la Revolución de 1910; y los constructores de entonces, lo comprendieron y respondieron muy bien introduciendo una metodología diferente que incluyó homologar criterios de proyecto y desarrollo de la obra en la planeación y ubicación de las nuevas unidades médicas.

Palabras clave:

arquitectura, sistema de salud, redes hospitalarias, habitabilidad.

1.INTRODUCCIÓN

Los grandes cambios en la formación de los modelos de atención están en relación a las rupturas políticas en la evolución histórica de México. Una de las más significativas fue, después de declararse finiquitada la etapa bélica del proceso revolucionario de 1910, porque generó una sensibilidad social que marcó el ambiente político y social del último siglo. Un ideario que los primeros gobiernos posrevolucionarios formaron, quedando como postura del Estado frente al desarrollo económico, porque quedó legislado el derecho a la salud en la Constitución política, derivando en diversos modelos de atención médica para cumplir. Pasado el proceso revolucionario, la herencia y el compromiso de otorgar el servicio asumido por sus primeros

gobiernos, implementaron una red con servicios gratuitos en varios lugares destinados a las personas más pobres.

De esa manera, en los años veinte se generan las primeras instituciones con el carácter de otorgar el servicio a más población. Una visión de nacionalismo que se venía construyendo desde décadas atrás, porque contribuyó a integrar el proyecto desarrollo nacional que incluyó la construcción de una red nosocomial que sustituyó a la mayoría de la infraestructura virreinal, constituyendo, en la nueva visión, a los hospitales generales en cada capital de los estados del país e instaurando el servicio como parte de una responsabilidad social.

Se aprecia de esa década que México tuvo cierta estabilidad política, que motivó a implementar programas para el desarrollo social, como fue el de la salud y que duró más de dos décadas su organización administrativa; de éste período, se destaca la organización del Departamento de Salubridad con la construcción de sus oficinas; la ubicación de Consultorios gratuitos e implementación de diversas campañas de salud, que fueron las de mayor alcance, ya que los servicios establecidos mayoritariamente se ubicaron en la Ciudad de México.

Con esa postura nacionalista, las nuevas

administraciones en los años treinta, apoyaron con más recursos económicos al desarrollo de infraestructura y a su equipamiento. Varios servicios se extendieron a las zonas rurales, en donde se veía un desarrollo económico importante en el período de entreguerras, lo que motivó a planear una red nosocomial que abarcara a los sectores agrícolas, rurales y de algunos grupos productivos¹³. Para ese momento el Estado mexicano tenía otra visión del nacionalismo, puesto que se incorporaba en otras condiciones al proceso reproductivo del capitalismo; y aunque estaba impregnado de una carga nacionalista, implementó obra pública como soporte para el desarrollo social y reproductivo. Se incorporó a los trabajadores como fuerza trabajo factible de ser arropada con atención médica, induciendo al programa nacional de construcción de unidades médicas que arrancó en los primeros años de la cuarta década.

PLAN NACIONAL DE HOSPITALES. NUEVAS REDES DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL PAÍS.

El plan de construcción concretó un proyecto general para ampliar la cobertura y su accesibilidad, instrumentado por grandes visionarios que tuvieron la voluntad política cimentada en el ideario del nacionalismo en el marco de impulsar el desarrollo económico en el territorio nacional, llamado que dio



Perspectiva del Hospital del Niño en la Ciudad de México.

Por su parte, la Secretaría de la asistencia Pública, impulsó grandes complejos hospitalarios, algunos presentaban cambios importantes respecto a su arquitectura, la que oscilaba entre los conceptos y funciones del pasado con las nuevas posturas para ampliar la cobertura a más población, que se manifiesta integrando en la escala los principios del Movimiento moderno en las nuevas estructuras, como idea de cambio en la época.

¹³Se destacan los Servicios Médicos Rurales Cooperativos de la Secretaría de Salubridad establecidos en 1934. Véase: Pineda, Cuauhtémoc, Los programas de salud Rural en México.

oportunidad a los arquitectos de entonces hacer propuestas; muchas de ellas cimentadas en el sistema arquitectónico de pabellones, otras ya manifestaban cambios interesantes importando expresiones del Movimiento Moderno que se penetraba en México. Muchas de ellas se construyeron en zonas todavía con manifestación rural, con escalas verticales que rompían con el paisaje de los lugares.

El plan, que inicialmente estuvo dirigido a cubrir a la población trabajadora con remuneración oficial, abarcó a una parte de la población agrícola factible de aportar al proceso productivo, porque posteriormente se extendió, a través de otra institución, para atender a la población rural sin recursos económicos. De entonces se encauzado a formar diversas instituciones y que al paso del tiempo se han tenido que multiplicar para ampliar sus servicios. Así crecieron de manera separada y quedando claro que la población económicamente activa tendría un servicio diferenciado de la que no contaba con recursos económicos suficientes. Ese fue el modelo a seguir, ir generando otras instituciones para atender a otros sectores y lo que marcó la tendencia y la diferenciación de los servicios como de su infraestructura.

El sistema de salud se fortaleció, alcanzando supremacía con el programa de construcción y porque paralelamente se fundaba otra institución encargada de velar por la población que económicamente contribuía al erario público. Ambas instituciones formaron sus redes nosocomiales, con hospitales generales y regionales, agregando instalaciones complementarias que expandieron a las construcciones e implicando pensar en procesos más complejos para proyectos de conjuntos arquitectónicos. Esta nueva visión se aceleró por la Guerra Mundial porque EUA demandaba el apoyo de México e incorporado al ideario de la atención el de la seguridad social, en la modalidad de participación tripartita que involucró a los patrones y a los asalariados. Por eso, el beneficio a los trabajadores, como derechohabientes, fueron los principales protegidos del Estado; así se ubicaron y construyeron para las principales instituciones

unidades médicas. Las de nueva creación se diferenciaban de las existentes, especialmente porque introdujeron instalaciones para reforzar la idea de la protección, a las actividades recreativas y la de obtención de vivienda; acciones que engrandecían la visión y tendían a generar estabilidad física y emocional, no solo en los trabajadores, en la imagen de la nación que apuntaba al progreso en un panorama internacional muy álgido.

Desde entonces se han hecho ajustes y generado diversos modelos al sistema de salud en México. El modelo que prevalece, aún con reformas, da continuidad a la política del desarrollo económico, la que aún se percibe cargada del nacionalismo engendrado en la primera mitad del siglo pasado.

Actualmente se impulsa una perspectiva universalista de atención de la salud, misma que ha sido retomada por el gobierno autodenominado de la Cuarta Transformación (4T), desde 2018. Una voluntad que parece ampliar la cobertura y la accesibilidad a los sectores más desprotegidos, lo que hace reflexionar sobre posibles modificaciones a la infraestructura para la salud en México.

MODELOS DE ATENCIÓN, MODELOS ARQUITECTÓNICOS

No obstante que ante la amenaza de conflictos bélicos internos como externos en la segunda mitad del siglo pasado, la necesidad de impulsar el desarrollo económico, detonaba ajustes políticos que condujeran a la estabilidad social, se dispuso del servicio médico, porque siendo un soporte importante de cohesión social en un momento de altas tasas de crecimiento poblacional y de migraciones del campo a la ciudad, el estado echo mano de la cobertura y la accesibilidad para mostrar su capacidad de benefactor como de un estado que buscaba el progreso; se pretendía fomentar un ambiente de estabilidad y de seguridad social, para lo que fue ingente el incremento de la infraestructura física para la atención de la salud en buena parte del territorio nacional. Por eso en la planeación se debía cubrir a más habitantes; se ampliaron los radios de acción de los servicios urbanos y de los rurales. Circunstancia que se

venía reorganizando desde 1943 en donde se unificaron estructuras que tendieran a formar un solo organismo administrativo. Y fue que a través de la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia que se estableció una gran red de hospitales generales regionales en varias zonas del territorio. Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y posteriormente el Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), proyectaron sus construcciones con elementos que permitieron a la población identificarlos; entre ellos el uso del color verde para el primero y el azul para el segundo; además de la ubicación que les permitía abarcar en un radio de atención a sus derechohabientes.

En consecuencia, se establecieron servicios, aunque muchos reciclaron edificios o casas habitación adaptados para atender pacientes de diversos padecimientos, la clínica fue la nueva modalidad para el primer contacto de atención a los derechohabientes, una parte clave de la estructura de las redes dirigidas a la atención de los trabajadores con remuneración. De tal manera que se fundaron otros servicios en esa modalidad; y que de manera general, dispusieron de una estructura similar que establecía la secuencia de niveles de atención, un modelo de atención “escalonado” por niveles; una manera de filtrar la atención, que iba del primer contacto, generalmente con centros de salud, hasta lograr la atención especializada o de alta especialidad. que formó la nueva red, en la que se albergaron unidades médicas de diversas escalas. Las unidades médicas, aunque se dispusieron en las zonas más vulnerables ante un ataque bélico y de desarrollo productivo, derivaron en fundarse otras redes paralelas para atender a otros sectores de población. De ello se comprende que la sectorización de los servicios médicos en

México se han incrementado de manera desfasada, no solo en las condiciones de atención y de beneficios particulares del personal de cada institución que se formó; también en las características de la oferta porque para atender específicamente a cada determinado sector se requieren recursos económicos que en muchas regiones no se tienen, y que es un problema que se ha venido agudizando al paso del tiempo porque es el proceso evolutivo del sistema de salud el que va más allá de lo que caracteriza a una etapa en la historia del país; porque en la actualidad, después de setenta y cinco años, ha quedado incrustado en la manera de actuar de la política de salud. Una situación que hay que revertir, pues una población importante de mexicanos no cuenta con servicios de atención a la recuperación de la salud.

De esa manera es comprensible que las diferentes reformas que se han hecho al sistema de salud han representado remiendos para mitigar la falta de cobertura y no tocar los intereses internos de cada institución; lo que se puede apreciar desde su fundación y trayecto desde entonces. A las reformas le han seguido otras modificaciones, que han hecho que su proceso de consolidación sea lento y con algunos reveses generando otros modelos como alternativas; además de ampliar las redes existentes, que se han pregonado a modo de fortalecer al sistema. Aunque se han hecho esfuerzos hacerlo, pero, al estar subdividido el sistema, también muestra, con formas, espacios y otras expresiones, las diferencias de sus estructuras, de la organización y aplicación de recursos. Son organizaciones con cierta independencia, que en conjunto no han podido subsanar la demanda de la atención médica y se ha dejado sin cubrir y dar acceso a un porcentaje importante de pobladores que



Centro de Salud INSABI

Muestra una arquitectura ligera y con pocos recursos; prácticamente provisional, pues en su organización y hasta en sus acabados se observa la premura con que se establecieron en varios lugares del territorio.

también aportan a la economía, aunque de manera informal.

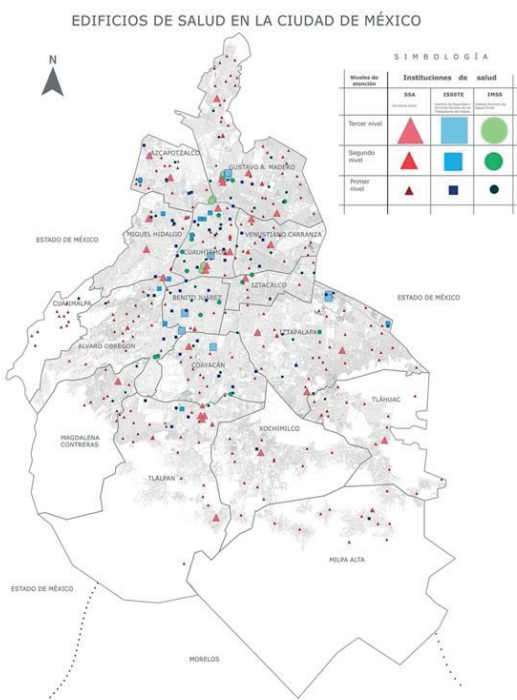
Atención Primaria de Salud Integral (APS),

Debido a que un alto porcentaje de población aún no cuenta con la accesibilidad a los servicios médicos en México, no obstante, se han realizado diferentes programas en los que destacan varios modelos que se han ido ajustando a la dinámica social, especialmente a dar una respuesta a las necesidades del desarrollo económico, como fue el Programa de Salud Rural de 1976, de 1979, etc.

Al final del siglo pasado y en el presente se han impulsado, principalmente modelos: el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI)), y el Modelo MAS-BIENESTAR, diseñados para cubrir a más población, debido a la presión social y a los compromisos que se han adquirido para llegar a tener un servicio con la cobertura universal, de acuerdo a las planteadas por OPS/OMS. Sin embargo, México continúa con un amplio porcentaje de población rural, prácticamente la quinta parte,

que depende de circunstancias y fuentes de trabajo relacionadas con la agricultura y que simplemente no tiene de donde sobrevivir, por lo que no es factible de recibir servicios de calidad o simplemente no cuenta con ellos, como es el acceso a la salud. Se han establecido programas de protección y bienestar a la población con el modelo de Acción Comunitaria. En los últimos gobiernos, de la 4T se amplió la cobertura, especialmente en la Atención Primaria de Salud Integral (APS), que señalaba la factibilidad de financiamientos para revertir los índices de marginación de los servicios médicos en población. Conduciendo a un sistema de salud insertado en un Modelo de Atención Integral (MAI) con la que la Secretaría de Salud pretende alcanzar un servicio universal. Es decir, los programas se siguen multiplicando bajo el mismo esquema, e que sigue generando infraestructuras con carácter de independientes para atender a los sectores sociales por separado, ese es el modelo con sus redes que a la distancia del tiempo, el modelo ha perseguido cubrir más a los trabajadores asalariados, principalmente de las zonas urbanas, como es la ciudad de México.

Servicios por sectores y niveles de las tres principales redes de atención médica en la Ciudad de México.



CONCLUSIONES

No obstante, recientemente se plantea la integración de los sectores que brindan el servicio médico en México para formar un servicio universal, lo que representa un gran reto porque cada servicio, aunque abarcan a buena parte del territorio nacional, sólo cubren a sus derechohabientes y mayormente se

ubican en la Ciudad de México; en la que tampoco se ha logrado la cobertura y su accesibilidad. Porque son sistemas afianzados en sus estructuras que inclusive su organización se refleja en sus modelos de atención y algunos aspectos arquitectónicos. Pensar en un nuevo modelo de atención

médica, requiere pensar en otra infraestructura para la salud, en la que se garantice la accesibilidad a toda la población en México. El presente estudio muestra la conformación de redes hospitalarias en el tiempo para exhibir la cobertura; y para ampliar la accesibilidad, se han realizado algunas propuestas arquitectónicas con estudios de factibilidad

para ubicar servicios médicos más cercanos a las necesidades geográficas, culturales y de atender a padecimientos que proliferan en zonas más marginadas del territorio nacional, en las propuestas se indican algunos elementos que tienden a mejorar la habitabilidad en su arquitectura; es decir, propiciar a desarrollar un diseño preventivo.



Modelo U.M.R.
Clínica de la Mujer, Amatenango
de la Frontera, Chiapas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, Gilberto F., *Los hospitales de México*, Ed. Casa Bayer, México, 1936.
Álvarez Amézquita, José Bustamante, E. Picazos, A.L. y del Castillo, R.F., *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, México, D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
Casasola, Gustavo, *Seis siglos de historia gráfica de México (1325-1989)*, México, 1989.
Garza, Gustavo, *El proceso de industrialización en la Ciudad de México, 1821-1970*, El Colegio de México, México, 1985.
Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

BIOGRAFÍA

María Lilia González Servín

Maestra y Doctora en Arquitectura por la UNAM. Profesora (1982) e investigadora (1995) Facultad de Arquitectura, Centro de Investigaciones en Arquitectura, Urbanismo y Paisaje (Teoría, Historia e Investigación, línea: arquitectura hospitalaria). Investigaciones en salud, educación y vivienda. Responsable de proyectos (2009-2026): Arquitectura del Siglo XIX en México y Evolución y retrospectiva de la arquitectura para la salud en Ibero y Latinoamérica; coordina Red Latinoamericana de Historiadores de Arquitectura Hospitalaria. Publicaciones individuales y colectivas de teoría, historia, docencia y práctica de la arquitectura que ha difundido nacional e internacionalmente. Tuvo diversos cargos en instituciones públicas y privadas. Expuesto individual y colectiva obra plástica con escritos.

El desarrollo del capitalismo hospitalario en la ciudad de Barcelona a mediados del siglo XX.

Alfons Zarzoso

Institución Milà i Fontanals de Investigación
en Humanidades. CSIC, Barcelona, España
azarzoso@imf.csic.es

RESUMEN

Entre 1900 y 1970, Barcelona fue escenario del tránsito del hospital como lugar estigmatizado y destinado a socorrer al pobre enfermo a convertirse en el espacio central de asistencia médica para el conjunto de la población. Este proceso histórico estuvo marcado por dos coyunturas que definieron las características de las tipologías asistenciales, las prácticas médicas y los espacios de asistencia. La demanda de asistencia jugó un papel significativo tanto en el primer tercio del siglo, cuando la población se duplicó hasta alcanzar el millón de habitantes, como en las décadas de 1940 a 1960, cuando la ciudad fue un polo de atracción del éxodo rural español, recibiendo más de un millón de habitantes. En el primer período se observa la consolidación de un modelo asistencial libre, regulado pero sin apenas intervención estatal, destinado al conjunto de la población no desamparada ni sometida a la beneficencia pública o privada. Es el momento de las clínicas quirúrgicas, de las mutuas y aseguradoras, y también de la organización sindical médica contra la socialización de la medicina. En el segundo período se impuso, a partir de un conjunto de factores específicos, un modelo asistencial hospitalo-céntrico, alejado de la atención primaria, que supuso la creación o reforma integral de más de una decena de grandes hospitales, generales y monográficos, públicos y privados, en la ciudad.

Palabras clave:

capitalismo hospitalario, crecimiento urbano, profesionalización, hospitalocentrismo.

1. INTRODUCCIÓN

Hasta bien entrado el siglo XX, la institución hospitalaria, bajo la denominación hospital,

mantuvo entre la población española la connotación social peyorativa derivada de su comprensión como lugar para pobres enfermos, un espacio reservado a aquellas personas que carecían de medios para hacer frente a la enfermedad. El proceso que llevó hacia la construcción del paciente hospitalario y, finalmente, a la centralidad del hospital como espacio de referencia asistencial sanitaria para el conjunto de la población fue lento y estuvo condicionado por un conjunto complejo de factores. Fijamos la atención aquí en dos coyunturas de cambio que se dieron en la ciudad de Barcelona que, por entonces fue objeto de un particular crecimiento demográfico y desarrollo urbanístico como polo de industrialización y desarrollo del sector terciario. Por una parte, desde finales del siglo XIX y a lo largo del primer tercio del siglo XX, cuando se produjo el auge y consolidación de las clínicas quirúrgicas, abandonando la ciudad antigua y ubicándose estratégicamente en la cuadrícula del Ensanche barcelonés. Por otra parte, a partir de mediados de la década de 1950 y, de manera significativa, durante los años 1960 y primeros 1970, cuando se acabó imponiendo un modelo asistencial hospitalocéntrico, alejado de la atención primaria. Esto supuso la creación o reforma integral de más de una decena de grandes hospitales, generales y monográficos, públicos y privados, en la ciudad. Los factores que condujeron a ello fueron diversos y complementarios: el peso de los intereses profesionales; la consolidación de unas prácticas médicas mediatizadas por instrumentos, junto a la irrupción de tecnologías caras y el desarrollo de un mercado de servicios técnicos hospitalarios; la recepción de una doctrina hospitalaria basada en la jerarquización profesional, la

racionalización de los recursos y la eficiencia en la gestión; y las decisiones políticas de las autoridades estatales como parte de una estrategia de imagen pública y de las locales con su influencia en el desarrollo especulativo del urbanismo.

2. CLÍNICAS EN EL ENSANCHE

La llamada medicina de laboratorio permitió, a finales del siglo XIX, conocer y superar las barreras del dolor, la infección y la hemorragia, dando paso a un nuevo espacio, la sala de operaciones, y ensanchando los márgenes de la cirugía. En Barcelona, las primeras clínicas quirúrgicas, creadas a iniciativa privada por médicos, se dieron en pisos, en casas de escalera, ubicados en el barrio del Raval, en las calles adyacentes al Hospital General de la Santa Cruz, en funcionamiento desde 1401 y, por entonces, todavía sede de la práctica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Las primeras clínicas, desde 1884, alumbraron el desarrollo de la especialización en ginecología, oftalmología y ORL.

Este proceso de privatización asistencial tuvo un antecedente significativo en Barcelona, conocido como la privatización de la locura. A mediados de siglo, en el contexto de crecimiento demográfico y transformación urbanística, marcado por el derribo de las murallas medievales (1854) y la aprobación del plan de Ensanche de Ildefons Cerdà (1859), se produjo el impulso de iniciativas privadas, en manos de médicos empresarios, ubicadas en la nueva cuadrícula urbana, y explicadas en términos de comodidad y trato, y de la tranquilidad de lugares ajardinados y lejanos del bullicio urbano. Se trataba de nuevos espacios asistenciales, anunciados con notable apoyo gráfico, edificaciones simétricas con separación de enfermos según clase social y sexo, pensados para la curación y no como refugio, como la Casa de Locos (1852) del médico Antoni Pujadas —obligado a partir hacia Sant Boi en 1854—, el manicomio de Nueva Belén (1857) del alienista Joan Giné en Gracia —trasladado a Sant Gervasi en 1873 (Fig.1)— o el Instituto Frenopático (1874) de los médicos Tomás Dolsa y Pau Llorach en Les Corts. A finales del

siglo, los pobres enfermos mentales también salieron del centro de la ciudad, del Hospital General, para ir al nuevo espacio del Instituto Mental de la Santa Cruz.

En el año de la Exposición Universal de Barcelona de 1888, se inauguró en el pasaje Mercader, en pleno Ensanche, la Casa de Curación Quirúrgica del doctor Cardenal, reformada como Clinicum en 1899. Se convirtió en un modelo paradigmático como tipología edificatoria, en forma de mansión horizontal de tres plantas, habilitada con salas de operaciones, laboratorio y espacios de revelado de fotografías y rayos X. La clínica se dirigió de manera directa, mediada por los médicos generalistas, a las clases medias urbanas, y también a la burguesía, ofreciendo servicios de hostelería de tres clases. A partir de entonces, y gracias a un uso constante y creciente de la prensa médica, se advierte una estrategia comunicativa de persuasión, contributiva a la creación del paciente hospitalario, consistente en mostrar que el ingreso en la clínica, donde se dispone de la tecnología y el confort necesarios para “estar como en casa” y para lograr el éxito terapéutico, es la única opción asistencial posible. El furor quirúrgico llevó a ceder, a ir abandonando el domicilio doméstico como lugar asistencial. Un éxito que se reveló en la construcción de más de cincuenta clínicas en el Ensanche barcelonés y al que contribuyó la constante urbanización y edificación de casas de pisos, la urbanización del subsuelo, la electrificación viaria y el despliegue de una red de transporte urbano en forma de líneas de tren, de tranvía y de autobuses. Así, las clínicas quirúrgicas especializadas y los institutos policlínicos, los gabinetes de radiodiagnóstico y mecanoterapia, y los laboratorios de análisis clínicos contribuyeron a vertebrar entre las clases medias y populares de la ciudad un nuevo modelo asistencial de medicina clínica. A finales de ese período se dieron casos de gran singularidad, como la asociación de médicos de la Clínica Platón (1926) (Fig. 2) que tomó como ejemplo la Clínica Mayo de Rochester y se construyó dando especial énfasis a la hostelería, o como la Clínica oftalmológica Barraquer (1934) (Fig.3), ejemplo de racionalismo funcionalista y

sumisión del conjunto a las necesidades asistenciales, obra de arquitectos miembros del GATCPAC.

El término hospital no aparece en los nuevos servicios asistenciales creados por la iniciativa privada desde finales del siglo XIX. Sin embargo, fue también en el ensanche barcelonés donde se ubicaron los dos grandes hospitales de la ciudad, el Hospital Clínico (1906) y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (1920s), que continuaron siendo los espacios de formación y de prestigio médico, con un primer desarrollo de las especialidades médicas, si bien estaban dirigidos todavía a un público menesteroso. Ni las clínicas ni los hospitales mencionados agotan la oferta asistencial de la ciudad. En este período, el Ayuntamiento llevó adelante un proceso de medicalización basado en la creación de un Cuerpo Médico, de dos hospitales, así como casas de socorro y dispensario, dirigidos principalmente al pobre o al transeúnte. También tuvieron lugar iniciativas privadas ligadas a cajas de ahorro, a mutualidades de diferente signo popular y patronal, y a compañías aseguradoras. No hay espacio aquí para significar estos casos, sus tipologías constructivas y su ubicación en la trama urbana. Sirva esta mención para significar el amplio espectro de servicios formulados en un mercado médico con una demanda creciente de servicios, ofrecidos a partir de un modelo benéfico, público y privado, dirigido al pobre, y de un modelo de asistencia libre y mercantil, encaminado a las clases populares y medias urbanas, así como a la burguesía. En este sentido, cabe recordar la creación del Sindicat de Metges de Catalunya (1920) como respuesta, entre otras razones, a los primeros intentos estatales de creación de seguros obligatorios fijando una posición de fuerza como clase profesional. Esto es, un modelo médico organizativo, muy politizado, contrario a un mercado competitivo, conocido como monopoly capitalism.

3. CAPITALISMO HOSPITALARIO

La Guerra Civil española (1936-1939) puso en jaque este modelo de asistencia sanitaria y, de hecho, las ciudades como retaguardia y las líneas de frente se convirtieron en un gran

espacio de prueba y desarrollo de diferentes prácticas asistenciales. Tras la Guerra Civil (1936-39) y la posguerra, agravada por la represión social y la autarquía económica impuestas por la dictadura del general Franco, la penuria se evidenció durante años en forma de hambre y epidemias. La dictadura franquista devolvió las instituciones benéficas incautadas durante la guerra, manteniendo vigente el modelo asistencial de beneficencia pública y privada. Junto a ello, en 1942 se estableció un seguro público de salud —el seguro obligatorio de enfermedad— basado en la cotización de trabajadores y empresarios, con una gestión mixta público-privada. Sin modificar la estructura benéfica existente, el Estado impulsó una infraestructura hospitalaria propia, bajo la denominación de Residencias Sanitarias —evitando de nuevo el nombre del hospital— que se caracterizó por la lentitud constructiva, la duplicidad en la oferta asistencial urbana, la escasa dotación de recursos técnicos y humanos, el uso propagandístico y legitimador de estas actuaciones en los medios de comunicación, y una singular arquitectura en forma de monobloque —en Barcelona se inauguró la Residencia Sanitaria Francisco Franco en 1955, aunque no estuvo plenamente operativa hasta finales de los años 1960.

En aquellos años, Barcelona se convirtió en un polo de atracción del éxodo rural español, recibiendo más de un millón de personas entre 1940s y 1960s. A pesar de los ejercicios propagandísticos de las autoridades franquistas, tanto de la representación del Estado como del municipio, la realidad social urbana mostró las grietas de un sistema que mantenía vigentes las herencias del modelo asistencial. Las crisis epidémicas, especialmente la de poliomielitis, y la notoriedad de enfermedades con creciente preocupación social, como el cáncer, mostraron también las carencias de aquel modelo, la falta de preparación científico-técnica y la escasez o inexistencia de equipos tecnológicos. También mostraron los intereses empresariales extranjeros para penetrar en los hospitales. Cuando esto se produjo es posible observar cómo los espacios hospitalarios de aquellos servicios médicos se

transformaron, así como las prácticas y los profesionales que participaron en aquellos cambios y que mostraron nuevas maneras diagnósticas y terapéuticas de proceder y tratar enfermedades y pacientes. En todo ello, la beneficencia y la filantropía privadas, en forma de asociaciones de lucha contra ciertas enfermedades o de fundaciones, explicadas mediante campañas en los medios de comunicación, jugaron un papel decisivo como medidas paliativas.

A mediados de los años 1950, se comienza a observar el desarrollo de un conjunto de intereses profesionales y mercantiles que señalan la reforma hospitalaria como eje central para hacer frente, y a la vez generar, una demanda creciente de atención médica especializada. En el proceso de medicalización de aquella sociedad se acabó imponiendo un modelo asistencial hospitalocéntrico, alejado de la atención primaria, dando lugar a un capitalismo hospitalario, cuya primera etapa de desarrollo tuvo lugar durante los años 1960 y primeros 1970. Fue en este período cuando arrancó, de la mano del Colegio de Médicos de Barcelona, una iniciativa profesional destinada a introducir en España la doctrina hospitalaria, plenamente representativa del modelo asistencial capitalista occidental, basada en la jerarquización profesional, la racionalización de los recursos y la eficiencia en la gestión. La publicación, desde 1955, de la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* resultó decisiva a la hora de incorporar las best practices internacionales del capitalismo hospitalario. Alrededor de la revista se formó una comisión para la elaboración de informes técnicos de estudios hospitalarios. Y todo ello contribuyó a la organización de cursos de dirección y administración, así como de capacitación técnica, por parte de las escuelas de negocios emergentes del IESE y ESADE, controladas por el Opus Dei y por los jesuitas.

La introducción de estas formas de organización en el hospital supuso una racionalización de las prácticas que, en este período, hay que considerar a la luz de la introducción de la ingeniería de sistemas y tratamiento de la información.

Fue en este período cuando también tuvo lugar la creación o reforma integral de más de una decena de grandes hospitales, generales y monográficos, públicos y privados en la ciudad de Barcelona. Tal vez uno de aquellos espacios, el Instituto de Urología Puigvert, inaugurado en 1961, se convirtió en uno de los primeros casos que estableció una pauta en la confluencia de intereses profesionales —médicos, y también de arquitectos e ingenieros, gestores y abogados, comerciales y fabricantes— y del negocio de la salud. A este caso siguieron las reformas del Hospital de la Esperanza, la Clínica del Pilar (Fig. 4), el Hospital del Sagrado Corazón, la Clínica Quirón, los proyectos fallidos de nueva construcción del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Fig. 5) y del Hospital del Desierto de Sarriá, las nuevas construcciones del Centro Médico Delfos, la Clínica Adriano y el Instituto Dexeus, el proyecto de un Hospital Oncológico, la reforma y construcción del Instituto Neurológico Municipal y los nuevos edificios del Hospital Príncipes de España y el Hospital de San Juan de Dios.

El hospital iba a dejar de ser un lugar donde la cirugía gozaba desde hacía décadas de un papel central para pasar a ser un espacio para la profesionalización médica especializada. El carácter docente e investigador del hospital era una realidad, más o menos estable, y en función de los intereses y capacidades del jefe de servicio, en los dos grandes hospitales de la ciudad —el Clínic, de carácter universitario, y el de Santa Cruz y San Pablo. Si bien el proceso que llevó a la instauración de un sistema de formación de médicos residentes no culminó hasta los años 1970, se advierten los factores básicos en determinados servicios de aquellos hospitales. De esta manera, los médicos acabaron participando en este modelo asistencial hospitalocéntrico cediendo su libertad de ejercicio profesional a cambio de una carrera profesional fundamentada en las posibilidades técnicas y humanas de especialización que solo podían tener lugar y concentrarse, por razones de financiación y rentabilidad económica, en el hospital. Junto a todo esto cabe recordar también la relevancia del negocio de la salud a la hora de impulsar la creación de nuevas empresas gestionadas

por médicos que ofrecían servicios y seguros de asistencia médica en la ciudad desde mediados de los años 1950.

Vemos, por tanto, que en este período se impulsó un capitalismo hospitalario que reditó enormes beneficios y que transformó la cultura

médica del conjunto de la población, convirtiendo el hospital en el lugar central de asistencia. Este proceso fue discutido y desafiado en la década de 1970, cuando el régimen franquista periclitaba. Se trata, sin embargo, de otro capítulo que ahora no podemos más que señalar.

6. IMÁGENES

Manicomio de Nueva Belén. Folleto publicitario editado en 1883. A principios del siglo XX pasó a denominarse Instituto Psiquiátrico de Nueva Belén.



Carta postal publicitaria del Instituto Policlínico o Clínica Médico Quirúrgica, conocida como la Platón, 1926



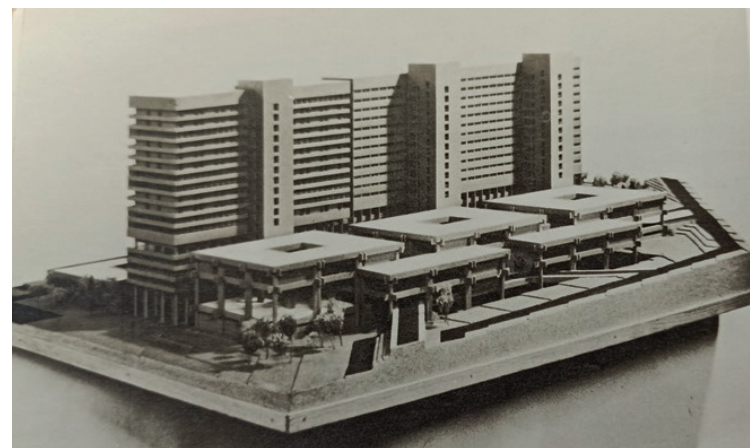
Carta postal publicitaria de la Clínica oftalmológica Barraquer, 1934.



Portada de la revista "Estudios sobre Hospitales y Beneficencia" (Barcelona, 1966), dedicada a la Clínica de Nuestra Señora del Pilar.



**Maqueta del proyecto
fallido del nuevo Hospital
de la Santa Cruz y San
Pablo, 1966.**



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barceló-Prats, Josep. "Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad." *Dynamis* 41, no. 1 (2021): 27-51.

Barceló-Prats, J. y Comelles, J.M. *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849.1980)*. Manresa: Arxiu Històric de les Ciències de la Salut, 2020.

Barceló-Prats, J. y Zarzoso, A. "Hospitals/BCN. Guia d'Història Urbana." *Guies d'història urbana del MUHBA* 35 (2023).

Barrow, J.G. *Organized medicine in the Progressive Era: the move toward monopoly*. Cambridge: CUP, 1977.

Casares, R. y Fuentes Sagaz, M. *Història de la clínica Plató*. Barcelona: Interpress, 2001.

Comelles, J.M., Alegre-Agís, E., y Barceló-Prats, J. "Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán." *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural* 10 (2017): 57-85.

Gil Nebot, L. *Hablando a futuros arquitectos*. Pamplona: T6 Ediciones, 1998.

Lacuesta, Raquel y Puigvert Solà, Joaquim. "Arquitectes i espais mèdics a la Barcelona dels segles XIX i XX". En *Barcelona Hospitalaria. La ciutat i els seus hospitals, segles XIX-XX*, editado por Alfons Zarzoso y Josep Barceló-Prats, 497-510. Barcelona: MUHBA, 2023.

Martín Berbois, J.L. *El Sindicat de Metges de Catalunya*. Catarroja: Afers, 2012.

Otero Carvajal, L.E., y Claret, J. (eds.). *El gran retroceso. La dictadura franquista, 1939-1953*. Madrid: Catarata, 2025.

Perdiguer-Gil, Enrique (ed.). *Política, salud y enfermedad en España. Entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2015.

Pieltáin, A. *Los hospitales de Franco: la versión autóctona de una arquitectura moderna*. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, 2003.

Pizza, Antonio. *Guía de la arquitectura moderna en Barcelona (1928-1936)*. Barcelona: Serbal, 1996.

Vilar-Rodríguez, Margarita y Pons, Jerònia (eds.). *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado*.

Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español. Madrid: Marcial Pons, 2018.

Zarzoso, Alfons. "Private surgery clinics in an open medical market: Barcelona, 1880s-1936." *Journal of evolutionary studies in business* 6, no. 1 (2021): 67-113.

Zarzoso, Alfons. "Igual que en su casa: la construcción del paciente hospitalario en las clínicas quirúrgicas de la Barcelona de 1900." *Dynamis* 42.1 (2022): 95-123.

BIOGRAFÍA

Alfons Zarzoso

Doctor en Historia. Ha dirigido el Museu d'Història de la Medicina de Catalunya durante dos décadas y ha sido profesor de historia de la ciencia en el grado de medicina (UAB y UCM) y en los estudios de máster de historia de la ciencia (UAB y UV) y de antropología de la medicina (URV). Su investigación actual se centra en la cultura material de la medicina y la organización del mundo laboral de la salud en la España contemporánea. Actualmente es científico titular de la Institución de Investigación en Humanidades Milà i Fontanals del CSIC en Barcelona, España.

Casas da Misericórdia e Arquiteturas da Saúde: dos espaços partilhados quinhentistas aos hospitais novecentistas

Joana Balsa de Pinho

Artis – Instituto de História da Arte,
Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa
joanabalsapinho@letras.ulisboa.pt

RESUMO

As confrarias da Misericórdia foram as mais importantes instituições assistenciais existentes em Portugal durante a Idade Moderna, incluindo a prática da saúde; após a fundação da primeira Misericórdia, em Lisboa, no ano de 1498, difundiram-se por todo o país e espaço ultramarino, totalizando nos dias de hoje cerca de 450.

Para a prossecução da sua atividade, as Misericórdias necessitavam de um espaço construído que, devido às suas múltiplas funções – assistência, culto e administração –, adquiriu características próprias que permitiram a sua individualização como uma tipologia arquitetónica específica no contexto da arquitetura portuguesa.

É interessante e relevante notar que os espaços destinados à prática da saúde projetados no âmbito das Misericórdias foram sofrendo uma transformação atendendo a questões relacionadas com o tempo, o espaço e a forma. Designadamente, uma evolução de espaço reduzido no interior da Casa da Misericórdia, numa lógica ainda medievalizante, para uma construção independente com centralidade urbana, segundo os princípios do Iluminismo ilustrado.

Neste sentido, esta comunicação pretende analisar e contextualizar a evolução dos espaços da saúde desenvolvidos no contexto das Misericórdias, nomeadamente, acompanhando a sua evolução no tempo, dos alvares da Modernidade aos inícios da Época Contemporânea; destacando a sua transformação morfológica, de espaço partilhado a edifício autónomo; e aferir a sua relação crescente com a área urbanizada.

Propomos um questionamento comparativo que procure contrariar a abordagem monográfica que têm sido comuns no estudo das Misericórdias. Pensamos, assim, avançar no conhecimento sobre estas importantíssimas instituições e os seus espaços contruídos e contribuir para a preservação e valorização do património cultural da saúde.

Palavras-chave:

Misericórdias, arquitetura hospitalar, saúde, Portugal.

1. INTRODUÇÃO

As Misericórdias são uma experiência confraternal que surgiu nos finais do século XV em Portugal; tinham uma dimensão assistencial que se sintetizava no enunciado das 14 Obras de Misericórdia e, também, uma vertente devocional¹⁴. Pelo seu impacto territorial e eficiente ação no apoio aos mais necessitados, as confrarias da Misericórdia tornaram-se as mais importantes instituições assistenciais existentes em Portugal durante a Idade Moderna.

¹⁴ Sobre a fundação e difusão das Misericórdias ver Ivo Carneiro de Sousa, V Centenário das Misericórdias Portuguesas (CTT-Correios de Portugal, 1998); Isabel dos Guimarães Sá, As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal (Livros Horizonte, 2001); José Pedro Paiva (coord.), Portugaliae Monumenta Misericordiarum (Centro de Estudos de História Religiosa, Universidade Católica Portuguesa, União das Misericórdias Portuguesas, vol. 1-9, 2002-2011).

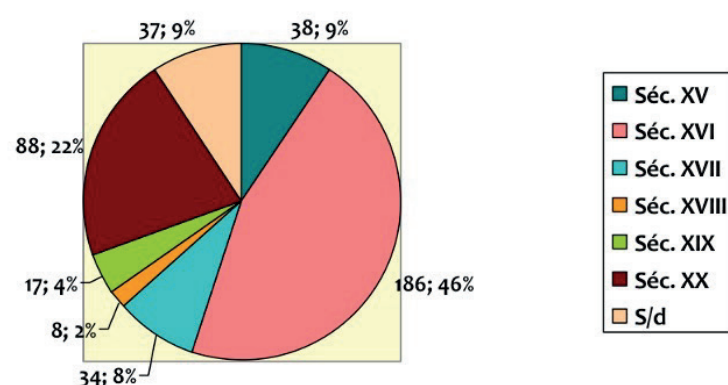


Gráfico com a fundação das Misericórdias por séculos. © Elaborado pela autora, 2011.

Dado que se constituíam para o desenvolvimento de ações caritativas e espirituais, as Misericórdias necessitavam de um espaço construído – a Casa da Misericórdia; um complexo arquitetónico com múltiplas funções: celebrações litúrgicas, assistência, incluindo a doentes, administração. Este facto determinou particularidades espaciais que permitiram a individualização da Casa da Misericórdia como uma tipologia arquitetónica específica no contexto da arquitetura assistencial e da saúde portuguesa¹⁵. No entanto, após a sua fundação, muitas confrarias ocuparam edifícios preexistente, quer na totalidade quer apenas alguns compartimentos. Só mais tarde, com a consolidação da sua atividade e dos seus recursos económicos, procederam a uma construção da raiz e abandonaram os espaços primitivos ou remodelaram profundamente os edifícios que utilizavam de forma a adaptá-los à sua atividade e dinâmicas institucionais.

É interessante e relevante notar que os espaços destinados à prática da saúde projetados no âmbito das Misericórdias foram sofrendo uma transformação atendendo a questões relacionadas com o tempo, o espaço e a forma. Assim, a nossa proposta baseia-se num questionamento comparativo que procure contrariar a abordagem monográfica que têm sido comuns no estudo das Misericórdias e do seu património artístico de forma a demonstrar a evolução da Casa da Misericórdia e o seu contexto histórico.

2. TEMPO

A relação entre as Misericórdias e a saúde foi-se transformando com o passar do tempo; acompanhou a história destas confrarias desde

finais do século XV até à atualidade, sendo condicionada pelo progresso histórico, designadamente, mudanças sociais, científicas, tecnológicas e, até, políticas. A mesma evolução afetou as arquiteturas da saúde desenvolvidas e/ou geridas pelas confrarias da Misericórdia.

Desde a sua fundação, as Misericórdias acolhiam doentes e prestavam cuidados de saúde, em resposta à obra de Misericórdia «visitar os enfermos». Neste sentido, estava previsto nos compromissos das Misericórdias, documento regulador da atividade destas instituições, um capítulo dedicado aos doentes. Assim, segundo o primitivo compromisso (1498), a confraria deveria dispor de dois irmãos conselheiros com “carreguo de visitar hos doentes pobres assy presos como da cidade e visitarom com meezinhas e vestidos e camas viandas de doentes e pousadas como pollo provedor e fisiquo da Confraria lhe for hordenado”. O mesmo documento regista a necessidade da existência de outros dois conselheiros que estariam encarregues “da visitaçam dos hospitaees e pobres e doentes que polla cidade houverem doentes fazendo primeiro diligencia acerca delles de suas necesidades e achando que assy he lhe daram esmola cada somana [...] e lhe darom pousadas e camas pellos hospitaees como lhe pollo provedor for mandado”¹⁶.

¹⁵ Sobre a Casa da Misericórdia, conceito e características artísticas, ver Joana Balsa de Pinho, “As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitectura quinhentista portuguesa” (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, 2012), 186-224 e 268-489.

¹⁶ Compromisso de 1498, José Pedro Paiva (coord.), Portugaliae Monumenta Misericordiarum, vol. 3, 388.

No processo de evolução histórica das Misericórdias um dos fatores mais relevantes e que ocorreu, principalmente, durante a segunda metade do século XVI, foi passarem a administrar hospitais preexistentes; este facto condicionou as características arquitetónicas das Casas da Misericórdia, deixando estas de prever espaços para o acolhimento de doentes e mesmo enfermarias.

Os hospitais locais eram anexados às Misericórdias, sendo que os seus bens, rendas, legados e disposições testamentárias, a própria assistência e o edifício passariam a ser administrados pela confraria. Estes hospitais constituíam edifícios próprios, autónomos das Casas da Misericórdia e, em alguns casos, distantes destas. Assim, complexo arquitetónico integral apenas igreja, sacristia, casa do despacho e outras pequenas dependências; esta situação ocorre num conjunto considerável de Misericórdias de norte a sul do país.

Questões de ordem prática eram as motivações para estes procedimentos. Um documento referente à anexação das confrarias de S. Pedro e S. Domingos, do seu hospital e mercearia, à Misericórdia de Tentúgal estes motivos: por um lado, o facto da ação das duas instituições ser semelhante, pois “o compromisso e estatutos da dita confraria se fundão principalmente em obras de mizericordia”; por outro, a insuficiência de recursos financeiros, uma vez que, com a transferência de parte dos rendimentos das confrarias para o mosteiro de N. Sra. Carmo, “ficou o hospital muito pobre e falto de muitas couzas necessarias pera a cura gazalhados dos enfermos e perigrinos”; e, por último, a inexistência de meios humanos para a gestão das instituições, “por esta vila não ser muito grande pera poder todos os annos haver nove pessoas que se requerem no governo da dita confraria e treze no da Misericórdia”¹⁷. Este documento inclui também uma outra referência relevante dando conta de como este procedimento era comum a outras regiões do país: “[...] trespassar-se assi a dita confraria e administração della na Mizericordia (como vossa magestade costuma conceder a todas as deste reino, onde ha semelhantes hospitais)”¹⁸.

Um outro momento-chave que vai condicionar as arquiteturas da saúde em Portugal ocorre a

partir de finais do século XVIII; neste período as tipologias assistenciais diversificam-se, surgindo instituições inovadoras como asilos de mendicidade e da infância desvalida, os albergues, os sanatórios, os dispensários, as creches entre outros¹⁹. Estas são instituições tipicamente liberais, de pendor laico, que se sustentavam por subscrições privadas, mas eram fortemente impulsionadas pelos governos: dos governos civis aos próprios monarcas; e incentivariam à construção de novos edifícios, com características arquitetónico-artísticas próprias adaptadas à funcionalidade das construções e às novas correntes estéticas.

3. ESPAÇO

As Misericórdias são na sua essência um fenómeno urbano, neste sentido, os seus edifícios encontravam-se integrados nos aglomerados habitacionais onde se instituíam as confrarias. No entanto, para uma real compressão do fenómeno é fundamental diferenciar os primitivos espaços ocupados, os preexistentes e as construções de raiz. Nos dois primeiros casos, os edifícios apresentavam uma localização urbana determinada, que a Misericórdia não pudera controlar e que variava em função da natureza tipológica dos edifícios reutilizados. Já quando falamos em construções de raiz, a localização e particularidades dos terrenos foram escolhidos pelas confrarias e condicionaram a conceção da Casa da Misericórdia e as suas características arquitetónicas e urbanísticas; apenas nestes casos se revela a essência do posicionamento das Misericórdias face ao espaço urbano.

Alguns documentos mostram-nos isso mesmo, designadamente, a controvérsia entre os irmãos oficiais sobre o local a escolher; este poderia ser um processo demorado, como sucedeu nas Misericórdias de Aveiro, Coimbra, Évora e Viana do Alentejo, alegando que

¹⁷ Arquivo da Misericórdia de Tentúgal, Livro do compromisso, estatutos, privilégios e liberdades, 1583: traslado de 1771, 59.

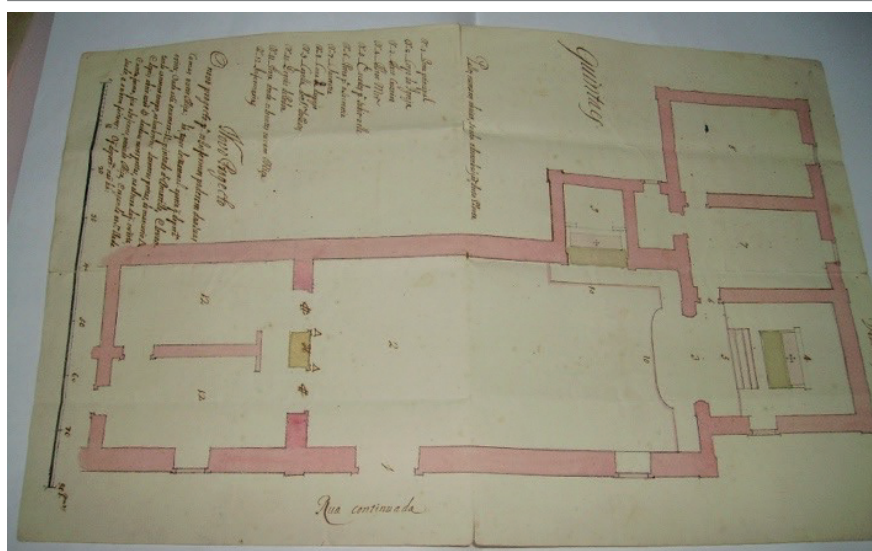
¹⁸ Arquivo da Misericórdia de Tentúgal, Livro do compromisso, estatutos, privilégios e liberdades, 1583: traslado de 1771, 59.

¹⁹ Cf. José Pedro Paiva (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 8, 9-10.

determinado espaço permitiria a recolha de mais esmolos²⁰ ou uma maior centralidade urbana: “por sem [sic] muito bom sytyo e ficar na principal rua”²¹.

É inegável que estas confrarias se pautavam por critérios de centralidade no interior do aglomerado urbano, escolhendo as zonas

privilegiadas e socialmente mais relevantes para edificarem as Casas da Misericórdia, nomeadamente os centros cívicos – próximo de câmaras municipais e/ou pelourinhos, junto a castelos –, ou religioso – nas imediações de catedrais, igrejas matriz ou conventos relevantes²².



Planta de remodelação da Casa da Misericórdia de Castanheira do Ribatejo, assinalando com o número “12” as “enfermaria”. © Foto da autora, 2011.

Um outro modo de explorar esta centralidade seria através da escolha de eixos viários, praças e rossios em expansão²³, como sucedeu com as Misericórdias de Coimbra, Évora e Porto. Neste último caso, a Misericórdia decidiu construir o seu novo edifício na rua das Flores, ainda esta estava a ser constituída, vindo a tornar-se num novo eixo da cidade que facilitava as ligações entre o arrabalde e a zona ribeirinha. Um documento, de 1548, que concede uma doação para a construção da Casa da Misericórdia portuense refere-se às motivações para a obra “[...] por a que ora tem ser muito pequena e estar fora de mão e não poder ser bem servida”²⁴.

Um dos casos mais significativos é a Misericórdia de Coimbra que, com o objetivo de ocupar um local urbanisticamente relevante, construiu a sua casa sobre uma das naves de uma igreja preexistente. A confraria protagonizou um complexo processo de instalação: durante o primeiro quartel do século XVI esteve numa capela do claustro da catedral, mudando-se depois para um espaço na Igreja de Santiago; desde 1571, teve à sua disposição vários locais para a construção de uma nova sede: a praça da cidade perto do hospital de S. Bartolomeu e a rua do Corpo de Deus; no entanto, em 1609 optou por não mudar a igreja de local e fazer a obra nova no espaço sobre a Igreja de Santiago²⁵.

Outro aspecto fundamental da presença urbana das Casas da Misericórdia é o seu posicionamento e relação que estabelece com o aglomerado e os elementos que o constituem, designadamente, edifícios notáveis e arruamentos; esta questão, tal como a localização, teve implicações arquitetónicas, ou seja, na forma como os edifícios foram concebidos e nas suas características. Neste sentido e procurando a máxima visibilidade, sempre que possível a fachada principal abre para o largo ou praça com o qual confina, promovendo a sua regularização. No caso em

²⁰ Carta transcrita em José Pedro Paiva (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 4, 213.

²¹ Arquivo da Misericórdia de Aveiro, livro 1, 17-17v., documento transcrito em, Amaro Neves, *A Misericórdia de Aveiro nos séculos XVI e XVII: A Mayor do mundo, pois o he do reyno* (Santa Casa da Misericórdia de Aveiro, 2001), 21.

²² Cf. Joana Balsa de Pinho, *As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitectura quinhentista portuguesa*, 248-258.

²³ Cf. Ana Margarida Portela, “As Misericórdias em Portugal: problemas urbanísticos e soluções recorrentes”, in *A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa* (CEPESE, 2011), 90-92.

²⁴ Alvará régio relativo à concessão de parte da imposição do sal para a obra da Casa nova na Rua das Flores, transcrito em José Pedro Paiva (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 4, 195.

²⁵ António Nogueira Gonçalves, “O Escultor João de Ruão e a Misericórdia de Coimbra”, *Revista Ocidente* LXVI, 313 (maio 1964); João José Cardoso, “Santas e Casas: as Misericórdias do Baixo-Mondego e as suas Igrejas nos séculos XVI e XVII” (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra. 1995).

que é a fachada lateral que abre para a praça, esta, e o respetivo portal, assumem o protagonismo face à fachada axial principal, evidenciando uma conceção e execução mais cuidada e ornamentada com o objetivo de marcar uma presença urbana ²⁶ .

No caso de adaptação de edifícios preexistentes a Casas da Misericórdia, a localização da primitiva construção, não era alterável, vai determinar o lugar periférico destes complexos arquitetónicos no contexto urbano.

A presença das Misericórdias ficou também marcada no espaço urbano envolvente ao nível da toponímia. Assim, com poucas exceções, aos arruamentos perto do local onde se localizam as Casas das Misericórdias foi atribuído o nome da confraria: Rua da Misericórdia, Calçada da Misericórdia, Travessa da Misericórdia, Beco da Misericórdia, entre outros.

4. FORMA

Os espaços da saúde sob gestão das confrarias da Misericórdia apresentam uma evolução e complexificação morfológica: de espaço reduzido no interior da Casa da Misericórdia, numa lógica ainda medievalizante, para uma construção independente, segundo os princípios do Iluminismo ilustrado.

Nos primeiros anos de funcionamento das Misericórdias, os espaços para acolhimento de

doentes, quando integrados no interior da Casa da Misericórdia, apresentavam uma pequena escala e uma tipologia concreta. A sua planta era geralmente quadrangular ou retangular e tinha capacidade para um número reduzido de camas; e esta situação ocorria mesmo nas cidades. Informações sobre estas dependências para o acolhimento e tratamento de doentes encontram-se na documentação, designadamente visitas e tombos, como é o caso da Casa da Misericórdia de Palmela, que dispunha de uma enfermaria com capacidade para cinco camas²⁷ . De igual modo, subsistem alguns vestígios materiais como sucede na Misericórdia do Rosmaninhal, em ruínas, e Benavente e, também, em plantas que mostram a localização das enfermarias no interior do conjunto arquitetónico, como é o caso da Casa da Misericórdia de Castanheira do Ribatejo, edifício que foi destruído²⁸.

Todavia, à medida que a medicina foi evoluindo, criando especialidades médicas, desenvolvendo meios de diagnóstico complementares, nomeadamente a partir das últimas décadas do século XVIII, em algumas Casas da Misericórdia de origem quinhentista, o espaço hospitalar ganha dimensão e até alguma autonomia arquitetónica, designadamente uma entrada e uma fachada autónomas; tal como sucedeu em Coruche, Elvas e Fronteira. Para a mesma cronologia, algumas Misericórdias construíram hospitais, enquanto edifícios independentes, mais adaptados aos postulados higieno-sanitários e

Fachada principal do Hospital da Misericórdia de Viseu (atual Pousada de Viseu).
© Luís Nobre Guedes
(<https://stories.pestana.com/>).



biomédicos e aos princípios de funcionalidade, racionalidade e classificação do positivismo e cientifismo oitocentistas, nomeadamente à crença de que o próprio edifício era um instrumento de cura; esta situação ocorreu nas Misericórdias do Porto, Vila do Conde e Viseu.

Estes hospitais usavam o pátio como recurso organizador do espaço, numa reminiscência das arquiteturas da saúde quinhentistas e seiscentistas, como os Casas da Misericórdia e hospitais de tipologia cruciforme ou palaciana. A utilização do pátio, elemento arquitetónico para a distribuição espacial, será prolongada até inícios do século XIX; de igual modo a igreja, que era central nos edifícios das referidas centúrias, vai perdendo relevância no conjunto arquitetónico, remetendo-se para o seu interior e perdendo visibilidade no exterior, numa linha de laicização da assistência aos doentes que caracteriza este período histórico²⁹.

Esta evolução morfológica, designadamente planimétrica, foi acompanhada de mudanças estéticas, acompanhando a evolução do gosto, pois, os hospitais, para além da funcionalidade concreta que desempenhavam, eram também espaços de poder e propaganda. Neste sentido, os pequenos espaços de saúde quinhentistas no interior das Casas da Misericórdia evidenciam elemento do tardo-gótico, enquanto os edifícios hospitalares autónomos da centúria de oitocentos encontram-se estilisticamente num registo entre o neoclássico e o eclético, pois muitas vezes as obras prolongaram-se por várias décadas³⁰.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Casas da Misericórdia, fundadas e edificadas pelas confrarias da Misericórdia apresentavam uma significativa complexidade funcional, incluindo espaços destinados ao acolhimento e tratamento de doentes. Estes espaços foram sofrendo uma evolução ao nível da sua morfologia e organização do espaço arquitetónico e da inserção no espaço urbano, em função do tempo histórico em que for a construídos e/ou remodelados.

Como fenómenos urbanos, as Misericórdias procuraram, sempre que possível, uma

localização privilegiada e um impacto urbano considerável; pretendiam, igualmente, nomeadamente nas cidades, ser um exemplo de atualidade artística, contratando os melhores profissionais para o seu desenho e construção.

Da mesma forma, constata-se uma evolução e complexificação morfológica destes espaços da saúde; de compartimento reduzido no interior da Casa da Misericórdia, numa lógica ainda medievalizante, para uma construção autónoma, isolada urbanisticamente. Esta evolução morfológica, designadamente planimétrica, foi acompanhada de mudanças estéticas, acompanhando a evolução do gosto, pois, os hospitais, para além da funcionalidade concreta que desempenhavam, eram também espaços de poder e propaganda.

²⁶ Joana Balsa de Pinho, *As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitectura quinhentista portuguesa*, 248-258.

²⁷ *Visitações da Ordem de Santiago (1510)*, citada por A. Matos Fortuna, *Misericórdia de Palmela: vida e factos* (Edição da Santa Casa da Misericórdia de Palmela, 1990), 74 e publicado em *Documentos para a história da arte em Portugal* (Fundação Calouste Gulbenkian, 1972), vol. 11, 23.

²⁸ Arquivo da Misericórdia de Vila Franca de Xira, fundo da Misericórdia da Castanheira, E/012 – Plantas do novo projeto para os enfermos poderem das suas camas ouvir a missa, da extinta irmandade da Misericórdia da Castanheira (1768).

²⁹ Sobre a evolução e caracterização da arquitetura assistencial setecentista, ver Vera Magalhães, *"Hospital e poder sob o signo do Absolutismo"* (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, 2018).

³⁰ Joana Balsa de Pinho, Fernando Grilo, *"A Casa da Misericórdia no contexto da arquitetura portuguesa da saúde na centúria de oitocentos"*, in *Hospitais do período imperial brasileiro: a saúde nos oitocentos*, ed. Cybelle Miranda e Renato Gama-Rosa (Fiocruz, 2018), 161-178.

REFERENCIAS

Cardoso, João José. "Santas e Casas: as Misericórdias do Baixo-Mondego e as suas Igrejas nos séculos XVI e XVII". Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, 1995.

Documentos para a história da arte em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian, vol. 11, 1972.

Fortuna, A. Matos. Misericórdia de Palmela: vida e factos. Edição da Santa Casa da Misericórdia de Palmela, 1990.

Gonçalves, António Nogueira, "O Escultor João de Ruão e a Misericórdia de Coimbra". Revista Ocidente LXVI, 313 (maio 1964): 220-226.

Magalhães, Vera. "Hospital e poder sob o signo do Absolutismo". Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, 2018.

Neves, Amaro. A Misericórdia de Aveiro nos séculos XVI e XVII: A Mayor do mundo, pois o he do reyno. Santa Casa da Misericórdia de Aveiro, 2001.

Paiva, José Pedro (coord.). Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Centro de Estudos de História Religiosa, Universidade Católica Portuguesa, União das Misericórdias Portuguesas, vol. 1-9, 2002-2011.

Pinho, Joana Balsa de. "As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitectura quinhentista portuguesa". Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, 2012.

Pinho, Joana Balsa de; Grilo, Fernando. 2018. "A Casa da Misericórdia no contexto da arquitetura portuguesa da saúde na centúria de oitocentos". In Hospitais do período imperial brasileiro: a saúde nos oitocentos, editado por Cybelle Miranda e Renato Gama-Rosa. Fiocruz, 161-178.

Portela, Ana Margarida. "As Misericórdias em Portugal: problemas urbanísticos e soluções recorrentes". In A Misericórdia de Vila Real e as Misericórdias no Mundo de Expressão Portuguesa. CEPESE, 2011, 83-98.

Sousa, Ivo Carneiro de. V Centenário das Misericórdias Portuguesas. CTT-Correios de Portugal, 1998.

Sá, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal. Livros Horizonte, 2001.

BIOGRAFIA

Joana Balsa de Pinho

Licenciada e doutora em História da Arte pela Universidade de Lisboa; e mestre em Museologia pela Universidad de Alcalá. De 2018 a 2022, foi investigadora responsável do projeto "Hospitalis – A Arquitetura Hospitalar em Portugal nos alvares da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização". Em julho de 2020, integrou o Artis – Instituto de História da Arte (FLUL), como investigadora auxiliar contratada e com o projeto «Hosp_ARCHI – Circulação, apropriação e resignificação de modelos arquitetónicos: a arquitetura hospitalar portuguesa no século XVI». É a coordenadora da Rede Ibero-americana de Investigação em Património cultural e história da saúde e da assistência reconhecida Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado.

Álbuns comemorativos e a memória institucional do INDC

Ana M. G. Albano Amora
Professor Associado IV, FAU | UFRJ
aaamora@fau.ufrj.br

Claudio Brandão
Professor Adjunto, EBA | UFRJ
claudio.brandao@eba.ufrj.br

Katarina Melhorim
Bolsista de Iniciação Científica, FAU | UFRJ
katarina.oliveira@fau.ufrj.br

Emerson Oliveira
Bolsista de Iniciação Científica, FAU | UFRJ
emerson.nascimento@fau.ufrj.br

RESUMO

Neste trabalho, buscamos contribuir para a historiografia do Instituto de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ, localizado no Campus da Praia Vermelha. O Instituto, criado em 1946 a partir da iniciativa e da representatividade na sociedade do médico neurologista e acadêmico Deolindo Couto (1902-1992), tornou-se referência nas pesquisas e no tratamento de patologias neurológicas no Brasil.

Essa representatividade da instituição ficou evidente na manutenção do Instituto no Campus da Praia Vermelha da UFRJ, mesmo diante da previsão de sua transferência durante a implantação do Campus do Fundão. Outro destaque foi a presença de presidentes da República em, pelo menos, duas ocasiões: na inauguração da ampliação das instalações do Instituto, em 1951, com a presença de Getúlio Vargas, e na abertura do ano letivo da Universidade do Brasil, em 1957, presidida por Juscelino Kubitschek.

Em seus arquivos o Instituto conserva um álbum comemorativo da década de 1960, com fotografias do edifício e registros da memória institucional. Tais álbuns são repositórios de uma coleção de informações, documentos, imagens e outros materiais, organizados em forma de uma publicação, que visa documentar a história e atividades da instituição. Podem ter como objetivo celebrar sua trajetória, registrar momentos importantes,

apresentar seus valores e objetivos ou, ainda, divulgar seus serviços e pesquisas.

Iniciamos com a coleta de informações sobre a instituição, tomando como ponto de partida o referido álbum, complementando com documentos textuais e iconográficos. A expectativa é que esse conjunto de registros possibilite narrar as mudanças ocorridas ao longo do tempo na instituição, que completará 80 anos em 2026, em suas edificações e na cidade — sob diferentes perspectivas: simbólica, funcional e material.

A narrativa não se restringirá aos documentos escritos, mas também buscará pensar por imagens, inserindo-se no campo multidisciplinar dos estudos sobre a história do patrimônio da saúde, compreendido como parte essencial da memória urbana.

Palavras-chave:

Memória Institucional; Patrimônio Universitário; Patrimônio Arquitetônico da Saúde.

1. A HISTÓRIA DO INDC

O Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC) é uma instituição importante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e referência para a medicina brasileira. A história do INDC marca a trajetória da neurologia no Brasil e é parte da própria história da UFRJ. O instituto está

localizado no Campus da Praia Vermelha da universidade, que abriga o edifício do antigo Hospício Pedro II³¹, inaugurado em 1852 e que se tornou à época modelo de assistência aos doentes mentais.

O INDC foi fundado como Instituto de Neurologia, oficialmente, em 15 de junho de 1946 pelo professor Deolindo Couto, ato aprovado posteriormente pelo Conselho Universitário da então Universidade do Brasil, hoje UFRJ, no dia 02 de dezembro de 1946. Esse ano também marcou o fim do Estado Novo e a volta do regime democrático, com a promulgação da Constituição de 1946, que restabeleceu direitos e garantiu a independência dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Essa Constituição reconheceu ainda a liberdade de ensino e a autonomia universitária.

A ideia de Deolindo Couto, médico e acadêmico, reitor da então Universidade do Brasil (1950-1951), foi criar uma instituição completa que unisse ensino, pesquisa e assistência. Ou seja, pretendia criar um corpo de profissionais, formando novos médicos especialistas em neurologia, contribuindo para a produção do conhecimento sobre doenças do sistema nervoso, e, ao mesmo tempo, oferecer tratamento de qualidade à população. Assim, a criação de um instituto, exclusivamente dedicado à neurologia, neurocirurgia e psiquiatria em uma universidade pública foi um divisor de águas no Brasil. Antes disso, essas especialidades estavam dispersas ou ligadas a outras áreas, e o instituto teve a missão de centralizar e aprofundar o estudo do cérebro e suas doenças.

O Instituto começou a funcionar no mesmo local no mesmo endereço em que ainda hoje abriga um conjunto de edificações que atendem os serviços prestados pela instituição (Av. Venceslau Brás, 95), e cuja vizinhança inclui outras instituições de saúde listadas pelo projeto patrimônio saúde da saúde empreendido pela Casa de Oswaldo Cruz da Fiocruz. Entre elas estão: Hospital Rocha Maia (Antigo Desinfetório de Botafogo, 1905)³²; Policlínica de Botafogo (1922); Instituto

Municipal Dr. Philippe Pinel (1937)³³; Instituto de Psiquiatria da UFRJ³⁴.

Esta localização é próxima da antiga sede da Faculdade Nacional de Medicina (FNM-1916)³⁵, na Praia Vermelha, Zona Sul do Rio de Janeiro. O local abrigou as lutas dos estudantes contra a ditadura civil militar, entre elas o chamado Massacre da Praia Vermelha (1966), quando policiais invadiram o local deixando inúmeros feridos.

O INDC teve sua própria organização e espaço, entre os quais - leitos para internação, salas de cirurgia, consultórios, laboratórios e espaços para aulas e palestras.

Nos anos seguintes à sua fundação, o Instituto dedicou-se a consolidar suas atividades e tornou-se um centro de referência. Deolindo Couto montou uma equipe com jovens talentos e profissionais experientes, muitos dos quais se tornaram nomes reconhecidos no campo da neurologia brasileira.

A equipe multidisciplinar, com neurologistas, neurocirurgiões, psiquiatras e pesquisadores, foi um diferencial. A instituição começou a proceder cirurgias neurológicas complexas, sendo um dos poucos lugares no país a oferecer esse procedimento, o que atraiu

³¹ O Pedro II funcionou inicialmente como anexo do hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no centro da cidade, mas antes do início da construção do edifício na Praia Vermelha, mudou para um prédio adaptado próximo ao local, com a transferência de todos os enfermos.

³² Outras denominações: Dispensário Pronto-Socorro de Copacabana (1958-1962); Hospital Estadual Rocha Maia (1962-1975); nome atual desde 1975.

³³ A instituição teve diversas denominações: Instituto de Neurosífilis (1937-1944); Hospital de Neurosífilis (1944-1965); Hospital Pinel (1965-1985); Hospital Dr. Philippe Pinel (1985-1994); Instituto Philippe Pinel (1994-2000); nome atual desde 2000

³⁴ Outras denominações: Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (1938-1965); nome atual desde 1965.

³⁵ O projeto do edifício, demolido em 1975, era engenheiro-arquiteto português Luiz Moraes Jr. O profissional projetou outros edifícios sanitários como os do Campus de Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz, entre os quais o castelo mourisco. Além desses, o Desinfetório de Copacabana é também de sua autoria.

pacientes de todo o Brasil em busca de atendimento especializado. Os casos atendidos serviam para pesquisas que buscavam entender as enfermidades neurológicas mais comuns no país e encontrar novos tratamentos. Publicações científicas começaram a surgir e o INDC contribuiu com a criação do Jornal Brasileiro de Neurologia em 1949. O periódico manteve este nome até 1983, quando foi denominado como Revista Brasileira de Neurologia (RBN), a partir de então em colaboração com a Associação de Neurologia do Estado do Rio de Janeiro (ANERJ).

Deolindo Couto também utilizou sua rede de contatos internacionais para promover conferências e convidar especialistas de outros países para proferirem palestras. Essas visitas foram importantes para manter a equipe atualizada e trazer novas técnicas. Além da excelência acadêmica, o Instituto mantinha o seu papel social, oferecendo atendimento especializado para pessoas carentes que muitas vezes não tinham acesso a esse tipo de serviço.

Durante os anos de 1950 o INDC destacou-se ainda mais no Brasil e começou a chamar a atenção de neurologistas renomados internacionalmente. No retorno ao poder de Getúlio Vargas, em 1951, observou-se a valorização do desenvolvimento científico, e o Presidente visitou oficialmente o Campus da Praia Vermelha em 23 julho de 1951, honrando o instituto no seu roteiro de visita.

Com a criação da CAPES (1951) e do CNPq (1951), o INDC teve acesso a mais recursos para pesquisa, bolsas de estudo e projetos, o que impulsionou ainda mais sua produção científica. Os contatos internacionais estreitaram-se e em 1951, com a visita do neurocirurgião canadense Wildes Penfield, conhecido por suas cirurgias para epilepsia e seus estudos sobre funcionamento do cérebro, consolidando o reconhecimento internacional da instituição e o intercâmbio de saberes, com o evento largamente divulgado pela imprensa. Essa visita e o aumento da produção científica fizeram com que o INDC fosse visto como um centro de excelência na América Latina.

A procura por atendimento no INDC cresceu, o que levou à ampliação das instalações e o aumento do número de leitos e consultórios. O Instituto veio a se tornar, cada vez mais, referência para a saúde pública, bem como um centro de formação de professores universitários em neurologia e neurocirurgia do Rio de Janeiro e do Brasil, com muitos de seus formados indo lecionar em outras universidades pelo país.

A fase do governo de Juscelino Kubitschek (JK) impulsionou a modernização e o desenvolvimento do Brasil, e a UFRJ, junto com o INDC, estava alinhada a essa visão. Além da pesquisa com pacientes, o INDC investiu em pesquisa básica em neurociências, buscando entender como as doenças neurológicas afetam o corpo em nível molecular e celular. Nesse período JK também fez uma visita ao Instituto.

Paralelamente, o papel social e na saúde pública do INDC e de seu idealizador, Deolindo Couto, foi ampliado, e buscou-se levar o conhecimento e o tratamento neurológico a mais pessoas difundindo-se importância da prevenção e tratamento das doenças neurológicas.

Em um novo edifício de caráter moderno, em acréscimo ao anterior, laboratórios foram criados e equipados. A produção de artigos científicos em revistas nacionais e internacionais aumentou, e a troca de conhecimentos com universidades e centros de pesquisa estrangeiros se tornou mais intensa, com pesquisadores do INDC indo para o exterior e mais especialistas vindo ao Brasil.

O início dos anos 1960 foi marcado por uma crescente instabilidade política no Brasil, que culminaria no golpe militar de 1964. Mesmo nesse cenário, o INDC manteve sua excelência e avançou na formação de especialistas. Em reconhecimento à sua importância, o professor Deolindo Couto presidiu o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) entre 1962 e 1964.

Essa posição estratégica permitiu que ele direcionasse mais recursos para a pesquisa científica no país, beneficiando toda a

comunidade científica brasileira. O INDC foi pioneiro na criação de programas de pós-graduação em neurologia e neurocirurgia, formando mestres e doutores que se tornariam líderes em suas áreas. Isso solidificou o papel do Instituto como um centro de excelência na formação de novos pesquisadores.

O golpe militar de 1964 trouxe um período de repressão e censura. Embora o INDC, por sua natureza mais técnica e assistencial, não tenha sido o foco principal da perseguição política como outros departamentos das ciências humanas, o clima de restrição afetou a universidade como um todo. A liberdade de pesquisa e a troca de ideias, mesmo não proibidas diretamente, podiam ser vistas com desconfiança. Em 1965, a Universidade do Brasil foi oficialmente renomeada para Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A segunda metade dos anos 1960 foi marcada pelo endurecimento do regime militar, especialmente após a criação do AI-5 em 1968. Apesar da repressão, a UFRJ continuou seu processo de modernização e consolidação da Cidade Universitária no Fundão. O planejamento para a mudança da Faculdade Nacional de Medicina para a Cidade Universitária, na Ilha do Fundão, se intensificou, como estratégia para afastar os estudantes da centralidade urbana.

No novo campus a ideia era construir um complexo hospitalar e de pesquisa maior e mais moderno para atender às crescentes demandas. A Lei da Reforma Universitária de 1968 reestruturou profundamente as universidades brasileiras, criando departamentos e implementando o sistema de créditos e levando a cabo o controle da resistência estudantil.

O INDC, como parte da UFRJ, teve que se adaptar a essas novas regras, mesmo já tendo uma estrutura bastante moderna. Mesmo com o controle do regime, o INDC manteve sua excelência em pesquisa e assistência. A qualidade dos tratamentos e das pesquisas era reconhecida em todo o país, e o Instituto continuou sendo uma referência em casos de maior complexidade. Com a evolução da

tecnologia médica, o INDC foi um dos primeiros a usar novas técnicas de diagnóstico e tratamento em neurologia e neurocirurgia, como avanços em exames de imagem e novas cirurgias.

Em 1975, o Brasil vivia os anos finais do chamado "milagre econômico", resultando em inflação alta e endividamento externo crescente. O governo militar, sob o comando do General Ernesto Geisel, começou a ensaiar uma abertura política gradual. No entanto, a censura e a vigilância nas universidades ainda eram fortes. Este também se constituiu num momento simbólico da demolição do edifício da Faculdade Nacional de Medicina na Praia Vermelha. Embora a FNM tenha sido transferida para o campus do Fundão em 1973, a demolição concretizou o desaparecimento físico de um local com uma rica história de resistência. A demolição foi um símbolo da modernização física e institucional da UFRJ, alinhada ao projeto do regime militar. Para o governo, essa ação representava "apagar o velho" para impor o "novo", não só na infraestrutura, mas também na organização acadêmica e no controle político. A remoção do prédio e a consolidação da UFRJ na Ilha do Fundão também representavam um deslocamento da universidade para um espaço mais controlável e isolado, facilitando o controle sobre o corpo docente e discente e reduzindo espaços tradicionais de mobilização política. Apesar de se ter cogitado a mudança do INDC para o Fundão, isso não ocorreu, e o instituto permaneceu no seu lugar de origem. Atualmente, uma das unidades que compõem o Centro de Ciências da Saúde da UFRJ.

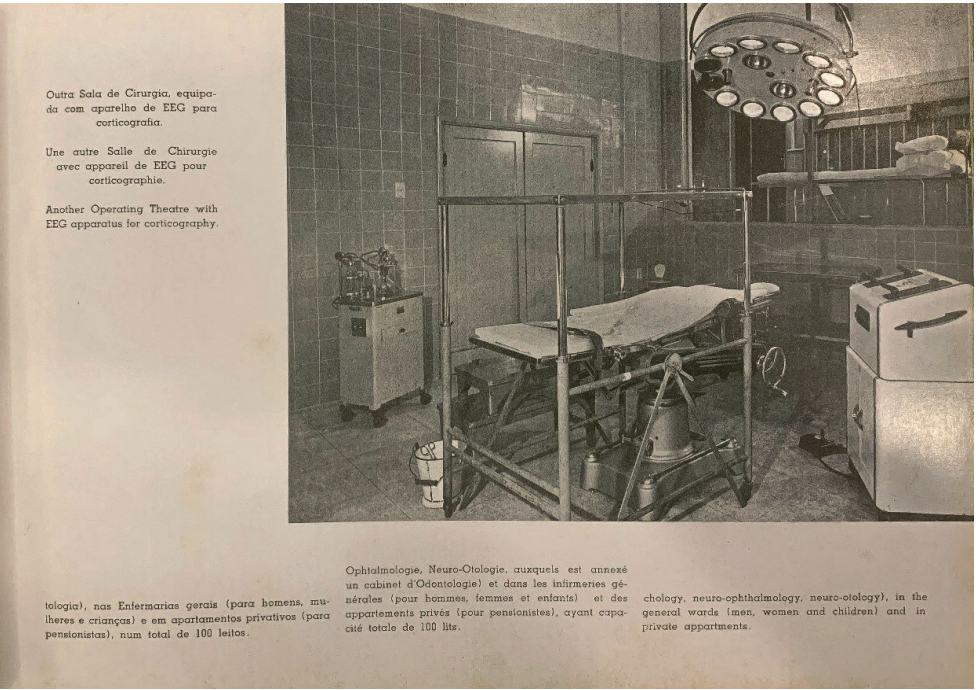
Com o passar dos anos, com o desenvolvimento das pesquisas científicas e o avanço e a complexidade das tecnologias cirúrgicas, bem como os recursos cada vez mais escassos para a atualização tecnológica das unidades de saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, observou-se mudanças significativas nos serviços do INDC. Concomitantemente, o crescente envelhecimento da população brasileira, que, segundo dados IBGE³⁶, em 2022, o percentual de pessoas com mais de 65 chegou

a 10,9% da população total, alcançando uma alta de 57,4% frente ao Censo de 2010. Esse quadro acarretou um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as cerebrovasculares, do Parkinson, demências e da doença de Alzheimer, além daquelas que acometem a população mais jovem. Esta conjuntura acentuou a função assistencial, terapêutica e de pesquisa da do INDC, e o seu papel frente aos desafios contemporâneos, atendendo grande número de pacientes provenientes da sua área programática (AP2 - SUL)³⁷, mas também não só dessa área do município do Rio de Janeiro, mas de toda a cidade, e diversos municípios do estado do Rio de Janeiro e de outros locais do país.

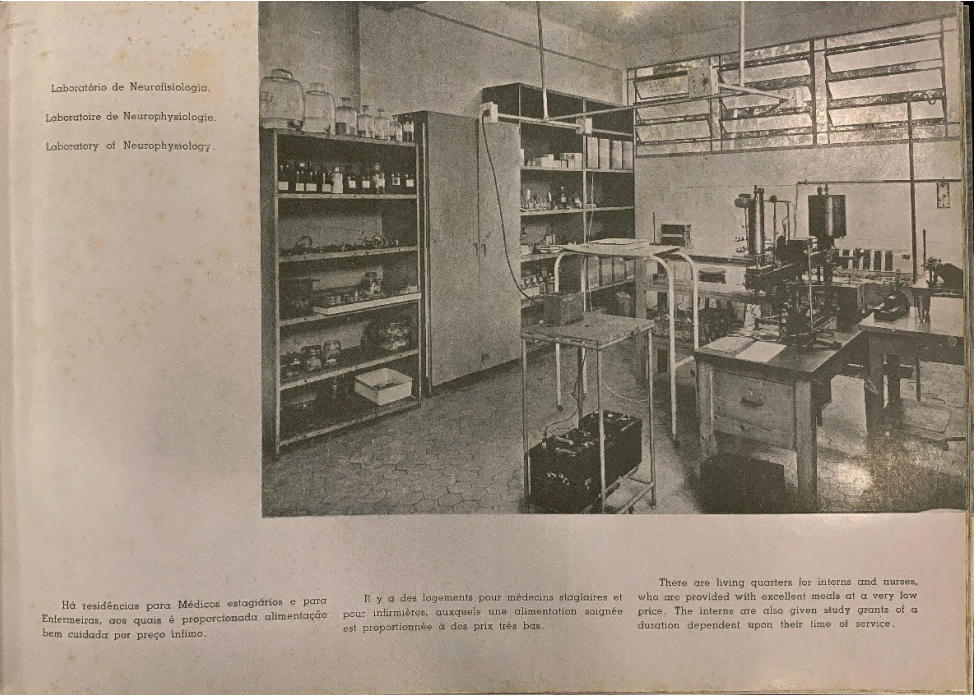
2.PENSAR O INDC POR IMAGENS

A partir da análise das imagens presentes no álbum comemorativo e amparados na leitura de jornais e documentos buscamos não só apresentar imagens de época e de glória da instituição, mas entender o seu papel atual, a fragilidade das suas instalações e o comprometimento e excelência da sua equipe administrativa e terapêutica.

Nesse sentido, nesta segunda parte deste trabalho, ainda não concluída, iremos apresentar os contratos entre as fotos registradas no álbum e aquelas que fizemos atualmente no local.



Sala de Cirurgia equipada com EEG
Fonte: Album Comemorativo INDC



Laboratório de Neurofisiologia
Fonte: Album Comemorativo do INDC

36 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dados disponíveis em <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso: 10/ 06/2025.

37 Area de planejamento 2, correspondente aos bairros da zona sul da cidade do Rio de Janeiro.

Segundo Junia Mortimer (2018) a fotografia pode ser vista como portadora de uma dualidade: entre o que é culturalmente codificável e o que fere, escapa e desestabiliza. O álbum comemorativo é nosso lugar de problematização, e como documento oficial procura corroborar com uma narrativa laudatória e vencedora. Entretanto, as imagens revelam, sobretudo, personagens políticos e científicos (Ilustração 01), além desses atores, em sua maioria homens, as imagens dos espaços carecem de pessoas, e o que salta aos olhos são os equipamentos e mobiliários. Nesse ‘vazio’ podemos considerar muitas possibilidades de leitura, entre elas o mais obvio seria o orgulho pela instituição, por se ter o que havia de mais moderno para apresentar ao mundo e cujas visitas de presidentes e cientistas demonstravam o prestígio alcançado. Mas nos faz indagar: as formas de se pensar o cérebro no passado prescindiam de uma empatia em relação as pessoas? Por isso os pacientes não são protagonistas? As cirurgias eram as ações fundamentais de intervenção nas patologias cerebrais e instrumentos para a pesquisa? Por isso, apresentam-se os espaços cirúrgicos e o maquinário?

Quando visitamos recentemente a instituição dentro do projeto de pesquisa em que ela será alvo de projeto piloto³⁸, nos deparamos com outra imagem ou imagens. Um espaço vivo com pacientes e funcionários circulando e fazendo exercícios de reabilitação. Eles são os protagonistas, as máquinas atuam dando suporte as atividades requeridas nos tratamentos e a relação terapeuta e paciente é visível.

Como pano de fundo desse novo INDC temos as imagens do edifício, as mais evidentes e aquelas que não escapam ao escrutínio do pesquisador. Os elementos vazados amarelos, ou cobogós, da fachada do edifício principal e o painel do artista consagrado³⁹ no hall principal contrastam com as rachaduras, infiltrações, o cheiro de mofo, e as tentativas de conservação e manutenção fracassadas, que resolveram problemas imediatos, mas causaram outros tantos não menos danosos. Mas as pessoas circulam, tratam e são tratadas em espaço adaptados para as novas funções, entre uma sala de cirurgia com anfiteatro sem uso, e um consultório improvisado. Entre o passado épico e o presente em ruínas do

Atividades no INDC 2025
Reabilitação
Fonte: LabLugares



Atividades no INDC 2025
Sala de espera, com painel de
Paulo Werneck ao fundo
Fonte: LabLugares



edifício, a instituição permanece cumprindo o seu papel social.

A observação dessas imagens, presentes nas fotos do álbum, e agora, anos depois, quando visitamos a instituição, o que vimos ouvimos e analisamos revelam as mudanças na função do INDC. De um tempo em que a instituição foi referência no campo avançado dos estudos

sobre o cérebro, para um momento em que sua função social é evidente no tratamento e reabilitação de pessoas.

³⁸ Planos participativos de conservação integrada e manutenção sustentável no patrimônio arquitetônico hospitalar universitário do Rio de Janeiro: rede de colaboração Brasil-Portugal. Edital n. 22/2024 - Conhecimento Brasil, CNPq.

³⁹ O artista é Paulo Werneck (1907-1987). O artista colaborou com painéis cerâmicos em vários projetos dos arquitetos modernos da chamada ‘escola carioca’.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir afirmando o que Gisele Sanglard e Renato Gama-Rosa Costa (2008) comentaram sobre como os hospitais devem ser problematizados na análise histórica inseridos não só no contexto da história da saúde como no da história social. Quando comparamos as imagens do antigo álbum comemorativo e com fotos atuais vemos como as mudanças ocorridas na sociedade e no campo da saúde afetaram os rumos e a agenda da instituição. Este novo perfil e o caráter do atendimento do INDC deve ser

comemorado em seus 80 anos de existência em 2026, pois a instituição cumpre o seu papel social no atendimento aos pacientes dentro de uma nova realidade da saúde em nossa sociedade. Entretanto, as memórias ficaram gravadas no álbum e é possível a partir de fotos atuais, tiradas dos mesmos ângulos das antigas, observar a precariedade do edifício, que abriga tanta esperança dos pacientes em alcançarem a recuperação de seus corpos, como o entusiasmo dos médicos e terapeutas no seu exercício profissional.

BIOGRAFÍAS

Ana M. G. Albano Amora

Doutor em 2006, pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano IPPUR da UFRJ. Professora Associada da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - FAU, desde 2008, e do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Representante da FAU no Cepeg (Conselho de Ensino para Graduado) de 2018/2019. Coordenou o Doutorado Interinstitucional do PROARQ com a Universidade Federal da Fronteira Sul. Participa da área de concentração Patrimônio, Teoria E Crítica Da Arquitetura, coordenando o Grupo de Pesquisa LabLugares. Participou como professora colaboradora do Curso de Especialização em Conservação e Gestão do Patrimônio das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz - COC, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Participa na rede "Latino-Americana de Pesquisadores em História da Arquitetura Hospitalar", coordenada pela Universidade Nacional Autónoma do México - UNAM.

Claudio Comas Brandão

Doutor e mestre em Arquitetura pelo PROARQ-FAU-UFRJ, com estágio doutoral na Sapienza Università di Roma. Arquiteto e Urbanista (UnB). Especialista em Desenho Industrial pela Scuola Politecnica di Design de Milão, Itália. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atuando no Curso de Design de Interiores da Escola de Belas Artes - EBA | UFRJ. Tem

artigos em revistas e livros sobre a história da arquitetura moderna a partir da teoria Ator-Rede. Integrante do grupo de pesquisa LabLugares.

Katarina Melhorim

Estudante do 7º período de Arquitetura e Urbanismo na UFRJ. Possui ampla experiência em representações gráficas digitais e na área de pesquisa e levantamento histórico de edificações. Atuou como monitora de Concepção da Forma Arquitetônica 2 e participou de projetos de extensão voltados à preservação patrimonial e planejamento urbano com infraestrutura verde. Estagiou em um escritório de arquiteta independente. Atualmente, é bolsista de iniciação científica pelo CNPq. Integra o grupo de pesquisa LabLugares, desenvolvendo estudos sobre arquitetura e urbanismo.

Emerson Oliveira

Estudante do 7º período de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É bolsista de iniciação científica do CNPq e integrante do grupo de pesquisa LabLugares, com atuação em estudos sobre arquitetura e urbanismo. Foi monitor da disciplina Concepção da Forma II e atualmente exerce a monitoria do Ateliê Aberto da FAU-UFRJ. É também diretor e organizador da Semana de Acadêmica da FAU (SEMEAFU), evento que promove debates, oficinas e palestras. Suas atividades concentram-se na articulação entre ensino, pesquisa e extensão universitária.

Arquitectos modernos de la salud en América de Sur: redes y trayectorias

Claudio Galeno-Ibaceta
Escuela de Arquitectura, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile
cgaleno@ucn.cl

RESUMEN

La arquitectura de la salud, tras haber sido pionera en la configuración del Movimiento Moderno, fue invisibilizada de los estudios de arquitectura moderna por su perfil técnico, su constante transformación funcional y su tendencia a la obsolescencia. Esta exclusión también se vincula con la tardía apertura de la historiografía hacia nuevas temáticas y actores en el contexto latinoamericano. La hipótesis central sostiene que los arquitectos de salud participaron en un amplio proceso de modernización social, articulado con políticas estatales y redes internacionales y que las prácticas sobre las arquitecturas de la salud no fueron hechos aislados, sino parte de sincronías y conexiones continentales, e incluso internacionales. En América del Sur,

arquitectos se especializaron en el área de la salud y, en varios casos estuvieron ligados a instituciones públicas, desempeñaron un rol clave en la modernización sanitaria y en la formación disciplinar, como en Chile, Fernando Devilat; en Argentina, Wladimiro Acosta; en Uruguay, Carlos Surraco; en Brasil, Rino Levi y Jarbas Karman; en Paraguay, Arturo Herreros; en Bolivia, Zoltán Pajor; en Perú, Jorge de los Ríos Mazuré; en Colombia, la oficina Cuéllar Serrano Gómez; y en Venezuela, Fernando Salvador Carreras. Esta selección, evidencia que hubo arquitectos que se especializaron en las arquitecturas de la salud, y que fueron parte de un sistema activo panamericano que produjo obras que combinaron avances técnicos con las dimensiones regionales.

Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales en Santiago.
Diario El Ilustrado, 10 de enero de 1940. Fuente: Archivo Fondecyt 11180673 / Biblioteca Nacional de Chile.



Palabras clave:
arquitectos de la salud, arquitectura latinoamericana, arquitectura hospitalaria, América del Sur, Movimiento Moderno

LA SALUD EN LOS MÁRGENES
En 1955, Henry-Russell Hitchcock observó que en América Latina los hospitales modernos eran menos audaces, pero mostraban un diseño más sólido⁴⁰. Menciones como esa en textos canónicos de la historiografía son escasas, ya

que la arquitectura de la salud, después de haber ocupado un papel pionero, luego fue marginada de los estudios de la arquitectura moderna. Por su carácter altamente especializado fue vista como un artefacto técnico de gran complejidad, reservado a profesionales expertos. Otro factor decisivo de su invisibilización es la obsolescencia: hospitales y conjuntos sanitarios

⁴⁰Henry-Russell Hitchcock, Latin American Architecture, since 1945 (New York: MoMA, 1955), 29.

han sufrido transformaciones constantes que alteran su fisonomía o exigen su reconversión⁴¹. Puede añadirse un tercer factor, a modo de hipótesis: muchos arquitectos dedicados a la salud trabajaron en un plano paralelo al desarrollo de la disciplina, sin embargo, sostuvieron su práctica sobre redes técnicas, teóricas e institucionales, adaptadas a las realidades regionales.

El siglo XX también ofreció hitos escasamente considerados, por ejemplo el Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales (Chile, 1940); el VIII Congreso Panamericano de Arquitectos (México, 1952), centrado en salud, vivienda y educación⁴²; así como las Conferencias

Sanitarias Panamericanas. Desde 1942 el Programa Cooperativo Interamericano de Salud y Saneamiento impulsó la formación de redes continentales. Este plan, enmarcado en la política del Buen Vecino, promovió cooperaciones entre el Instituto de Asuntos Interamericanos de EUA y dieciocho repúblicas para aplicar estrategias de prevención sanitaria⁴³.

A pesar de la poca visibilidad de estos actores, en América del Sur hubo arquitectos que se desarrollaron en torno a la salud, y en varios casos estuvieron vinculados a instituciones, y lideraron o fueron parte de un equipo de especialistas.



Fernando Devilat Rocca.
Fuente: Familia Devilat

CHILE

En Chile destacó el arquitecto Fernando Devilat Rocca, quien en 1927 ingresó a la Junta de Beneficencia, encargada del diseño de hospitales, y en 1928 fue nombrado director de la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social. Gracias a una beca Guggenheim, se perfeccionó en arquitectura hospitalaria durante una estadía en Estados Unidos entre 1932 y 1933. Una de sus principales virtudes fue la formación de arquitectos hospitalarios dentro de instituciones estatales, donde surgieron pioneros como Luis Zorzi, Francisco Fones y Javier Rast. Entre las décadas de 1930 y 1940 este equipo diseñó hospitales en Arica, Iquique y Tocopilla, el Sanatorio Marítimo de Viña del Mar, los sanatorios de Valparaíso, Putaendo y El Peral, además de los hospitales de Valdivia y Concepción. En 1944 Devilat

colaboró con el Dr. Ignacio González en el libro "La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile"; en 1947 representó a la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios en el Sexto Congreso Panamericano de Arquitectos en Lima, y en 1952 presenció la inauguración del Hospital

⁴¹Claudio Galeno-Ibaceta & Ana A. Amora, "Healthcare complexes: the future of modern urban enclaves", en *Modern Futures*, ed. Horacio Torrent (Santiago: Ediciones ARQ, 2024), 250-256.

⁴²Claudio Galeno-Ibaceta, "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno", en *Anais do 13º Seminário Docomomo Brasil*, organizador José Huapaya (Salvador: Instituto de Arquitetos do Brasil, 2019), 1-17.

⁴³Claudio Galeno-Ibaceta, "El Instituto de Asuntos Interamericanos y el Departamento Cooperativo de Obras de Salubridad en Chile", *ANAIS CIHU - Anais dos Congressos Ibero-americanos de História Urbana*, nº3 (2025), 836-846.

Clínico de la Universidad de Chile, proyecto que había diseñado en 1936⁴⁴.

También sobresalió Jaime Rodríguez Ortúzar, vinculado al Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad. Allí dirigió la construcción de diversas Unidades Sanitarias dedicadas a la medicina preventiva. Fue además director de la revista Urbanismo y Arquitectura (1939-1941) y representante chileno en las sesiones sobre salud del Congreso Panamericano de Arquitectos de México (1952)⁴⁵.

ARGENTINA

En Argentina, fueron pioneros los proyectos del ruso Wladimiro Acosta en Santa Fe, aplicando su Sistema Helios en los diseños del Hospital Psiquiátrico (1938-1942), el Leprosario El Recreo (1939) y la Colonia de Alienados Oliveros (1939)⁴⁶.

El doctor Ramón Carrillo, siendo ministro entre 1946 y 1954, impulsó la modernización promoviendo una amplia red de hospitales, publicando el libro "Teoría del Hospital" (1951), y fomentando la enseñanza de arquitectura hospitalaria en las universidades⁴⁷.

Ese impulso culmina en los años setenta, con la actuación de una serie de oficinas. El estudio Manteola-Sánchez-Gómez-Santos-Solsona-Viñoly (MSGSSV) ganó los concursos para la remodelación y ampliación del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand (1971)⁴⁸, y para el Hospital de Rosario (1970)⁴⁹.

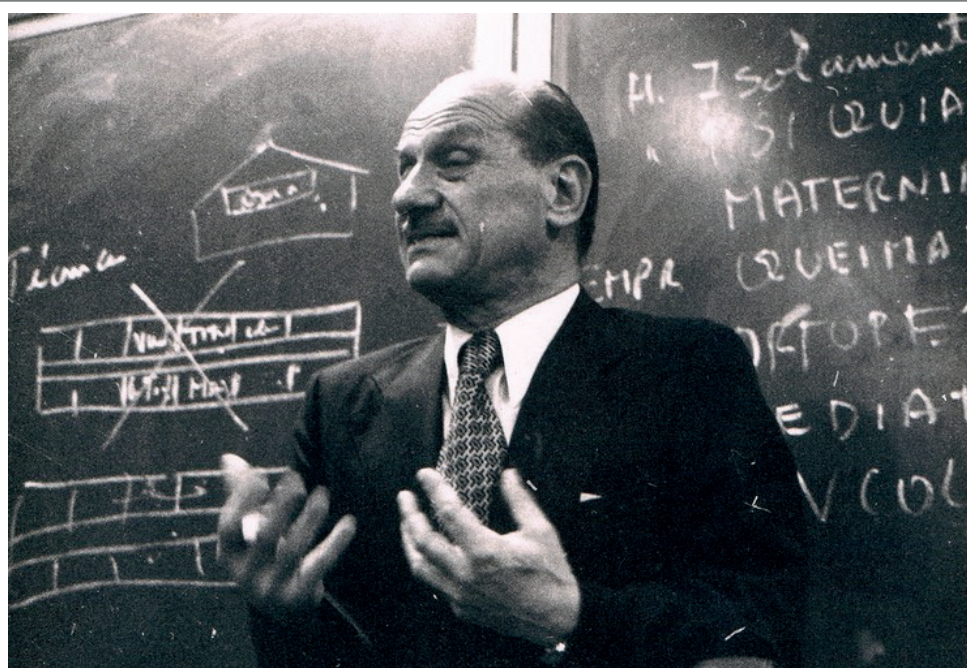
En el mismo periodo, el equipo Llauro-Urgell, ganó el concurso para el Hospital San Vicente de Paul (1969) en Orán, Salta⁵⁰; Clorindo Testa proyectó el Hospital Naval (1970) de Buenos Aires con Héctor Lacarra⁵¹, y la ampliación del Hospital Italiano (1969-1971), con Félix Alemán y Raúl Servente⁵². Por otro lado; y Aftalión-Bischof-Egozcue-Vidal desarrolló el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (1971)⁵³.

URUGUAY

En Uruguay la figura que destaca es la de Carlos Surraco, quien desarrolló una trayectoria que incluyó una serie de establecimientos de salud. Entre ellos, un caso emblemático fue el proyecto para el universitario Hospital de Clínicas, ganador del primer premio de un concurso de 1928. El edificio fue un rascacielos con dos alas con plantas en peineta que fue terminado en 1950. Hizo una serie de otras arquitecturas de la salud, como el Instituto de Higiene Experimental del Centro Médico de Montevideo (1928-1940); el Instituto de Traumatología y Readaptación Funcional (1936-1941); el Pabellón Martirené del Hospital Saint Bois (1938-1942), diseñado con Sara Morialdo; y el anexo al Hospital Italiano Umberto I (1949). También fue asesor para algunos proyectos de otros arquitectos, como el proyecto del arquitecto Óscar Brugnini para el Pabellón Beisso del Hospital Pereira Rossel (1936-1938) y su ampliación (1941); los pabellones para el Tratamiento de la Tuberculosis en Durazno (de alrededor de 1938), y en Colonia del Sacramento

Jarbas Karman.

Fuente: Archivo IPH,
Colección Jarbas Karman
Tesis de maestrado de Erick Vicente.



(1937-1939), el primero proyectado por Alberto Muñoz del Campo, y el segundo por José M. Ambrosioni ⁵⁴.

También podemos mencionar a Román Fresnedo Siri quien diseñó el Sanatorio Americano (1945-1948), la ampliación del Hospital Británico (1951-1961), pero además fue el autor de las sedes de la Organización Panamericana de la Salud en Washington (1961-1965) y en Brasilia (1971)⁵⁵.

BRASIL

En Brasil, Luis Nunes desarrolló una obra hospitalaria singular concentrada en Recife, con proyectos de diversas escalas como el Hospital Militar (1935)⁵⁶ y el destacado Leprosario de Mirueira (1938).

Otro referente fue Jorge Machado Moreira, autor del Instituto de Puericultura (1949-1953) en Río de Janeiro, presentado en la exposición de arquitectura latinoamericana del MoMA en 1955. También diseñó el monumental Hospital Universitario de Río (1957) y el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1942-1952)⁵⁷.

En el panorama brasileño destacan los proyectos de Rino Levi y Roberto Cerqueira César, reconocidos internacionalmente por obras como la Maternidad Universitaria de la USP (no construida, 1945), el Hospital e Instituto Central del Cáncer (1947-1954) y el Instituto de Gastroenterología (1959). Su producción incluyó, además, el notable Hospital Albert Einstein (1958). Levi dictó conferencias y cursos de arquitectura hospitalaria, a menudo junto a Jarbas Karman, y presentó con él un texto sobre investigación en planificación hospitalaria en el IX Congreso Panamericano de Arquitectos (Caracas, 1955). Entre 1959 y 1960 Levi incluso desarrolló proyectos para el gobierno venezolano⁵⁸.

Jarbas Karman, tras trabajar en 1949 en el Servicio Especial de Salud Pública (SESP) vinculado al Instituto de Asuntos Interamericanos, se especializó en Yale (1951) y dictó clases de planificación hospitalaria (1953). Durante los años ochenta lideró, como arquitecto principal, un consorcio brasileño que diseñó hospitales para Paraguay, Chile,

Ecuador y Uruguay, concretando el Instituto Nacional del Cáncer y Quemados en Asunción (1982)⁵⁹.

Finalmente, João Filgueiras Lima (Lelé), integrante del equipo de NOVACAP de Niemeyer, construyó el Hospital de Taguatinga (1967-1970) con sistemas prefabricados⁶⁰,

⁴⁴Claudio Galeno-Ibaceta, "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno", en *Actas 8º Docomomo Brasil* (Rio de Janeiro: Docomomo Brasil, 2009), 1-18.

⁴⁵ Galeno-Ibaceta, "El Instituto de Asuntos Interamericanos...", 843.

⁴⁶ Ana Fato Osorio, "Arquitectura para el aislamiento" (Tesis doctoral, Universidad Central de Venezuela, 2012), 161; Luis Müller, "WA-AW. Arquitectura moderna para la salud pública", *Arquitecturas del Sur*, n°43, 2013, 78-82.

⁴⁷ Jorge Cavallo, et al. "La planificación de la salud: el plan Carrillo", *Summa*, n° 108, enero 1977, 71-74.

⁴⁸ MSGSSV, "Ampliación y remodelación Hospital General de Agudos 'Carlos G. Durand'", *Summa*, número extraordinario, mayo 1981, 11-16.

⁴⁹MSGSSV, "Hospital Provincial de Rosario", *Summa*, n° 39/40, julio-agosto 1971, 83-86.

⁵⁰Juan Llauró y José Urgell, "Hospital San Vicente de Paul, Orán, Salta", *Summa*, n°39/40, julio-agosto 1971, 70-73. Llauró-Urgell, "Hospital Regional 'San Vicente de Paul', Orán, Salta", *Summa*, número extraordinario, mayo 1981, 63-70.

⁵¹Clorindo Testa y Héctor Lacarra, "Hospital Naval Central", *Summa*, n° 39/40, julio-agosto 1971, 87-91.

⁵²Raúl Servente, Félix Alemán y Clorindo Testa, "Ampliación Hospital Italiano", *Summa*, n° 108, enero 1977, 65-68.

⁵³Aftalión-Bischof-Egozcue-Vidal, "Primer premio", *Summa*, n° 39/40, julio-agosto 1971, 35-39.

⁵⁴Santiago Medero, Elina Rodríguez y Jorge Sierra Abbate, Carlos Surraco (Montevideo: IHA, Universidad de la República, 2018), 50-99.

⁵⁵Mariana Alberti, Laura Cesio y Andrés Mazzini (eds.). Román Fresnedo Siri (Montevideo: IHA, Facultad de Arquitectura, 2013), 28-29, 34, 44-49.

⁵⁶Marlene Acayaba & Sylvia Ficher, "Brazil", en *International Handbook of Contemporary Developments in Architecture*, ed. Warren Sanderson (Westport: Greenwood Press, 1981), 156

⁵⁷Jorge Machado Moreira, et al. Jorge Machado Moreira, organizado por Jorge Czajkowski (Rio de Janeiro: Centro de Arquitetura e Urbanismo do Rio de Janeiro, 1999), 121-123, 132-141, 146-147.

⁵⁸Renato Anelli, Rino Levi, *arquitectura e cidade* (São Paulo: Romano Guerra Editora, 2001), 32-35, 156-157, 160-161, 183-189.

⁵⁹Erick Vicente, *As estratégias projetuais de Jarbas Karman: análises gráficas de cinco hospitais projetados na segunda metade do século XX* (tese de mestrado, Universidade de São Paulo, 2020), 170.

⁶⁰Acayaba, "Brazil", 167.

inicio de una extensa carrera dedicada a innovadores hospitales en todo Brasil.

PARAGUAY

Sobre Paraguay, dos referencias fueron incluidas en el libro "ARQ MOD PY" (2018) editado por Julio Diarte y Claudia Fleitas, la primera sería el Hospital Materno Infantil San Pablo en Asunción, de 1965, del arquitecto Luis Pozzo; la segunda el Hospital Central de Instituto de Previsión Social (IPS), en Asunción, de 1967-1969, diseñado por Walter Distel, de la empresa Siemens Hospitals International, en colaboración con los arquitectos Aizenstat, Cohen, Dimant y Dodero⁶¹.

Por otro lado según las investigaciones de Diarte et al sobre el arquitecto Arturo Herreros, revelan que él ingresó a trabajar al Instituto de Previsión Social (IPS) en 1956, donde debían desarrollar hospitales. En el IPS, el arquitecto José Luis Escobar desarrollaba el Hospital Regional de Concepción. Herreros en 1963 fue nombrado jefe de la Sección de Arquitectura del IPS, hasta 1978, donde habría participado y liderado el diseño de establecimientos hospitalarios⁶².

Como nos indica Vicente, el brasileño Jarbas Karman a inicios de los 80, proyectó con Domingos Fiorentini, el Instituto Nacional del Cáncer y Quemados (1982) en Capiatá, Paraguay⁶³.

BOLIVIA

En la década de 1940, Bolivia comenzó a modernizar su arquitectura hospitalaria. El Edificio de Salubridad del Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social en La Paz (aprox. 1943) se presenta como un ejemplo monumental de la intervención arquitectónica vinculada al Programa Cooperativo Interamericano de Salud y Saneamiento. Según los reportes de Harold Gotaas, la obra no solo alojó oficinas ministeriales sino que incorporó una unidad sanitaria concebida para la coordinación de acciones preventivas y asistenciales; su magnitud y carácter institucional la distinguieron como un hito físico y simbólico del intento de modernizar la salud pública en Bolivia⁶⁴.

El proceso de modernización en equipamientos de salud incluyó el trabajo del arquitecto húngaro Zoltán S. Pajor, quien fue director de arquitectura hospitalaria del Ministerio de Salud Pública de Bolivia⁶⁵ y diseñó el Hospital para Tuberculosos y un Grupo Operatorio en La Paz, así como la Maternidad de Cochabamba. Pajor era miembro de los CIAM, y mantenía correspondencia con Marcel Breuer. Sus diseños racionalistas incorporaban elementos curvos que le otorgaban expresiones aerodinámicas. Los tres proyectos fueron publicados en al menos dos revistas en el año 1947, en mayo fue publicado en la versión en español de "La Arquitectura de Hoy"⁶⁶, y en agosto en la estadounidense "The Modern Hospital"⁶⁷.

Otra obra singular destacada en el contexto boliviano es el Hospital Obrero (1952), de Luis y Alberto Iturralde, es un ejemplo clave de arquitectura moderna en Bolivia, diseñado para mejorar la atención a trabajadores con criterios funcionales y sanitarios⁶⁸.

PERÚ

El arquitecto y planificador hospitalario Edward Stevens, figura clave en la arquitectura sanitaria del siglo XX, participó en el diseño del Hospital Obrero de Lima, construido desde 1938 e inaugurado en 1941 por su oficina Stevens, Curtin and Mason⁶⁹.

⁶¹ Julio Diarte y Claudia Fleitas, "ARQ MOD PY" Una Exploración de la arquitectura de Paraguay entre 1948 y 1985 con énfasis en arquitectura moderna (San Lorenzo: FADA, 2018), 22-23.

⁶² Julio Diarte, et al. "Arturo Herreros", Anales del IAA, vol. 49, n° 2 (julio-diciembre 2019), 219-237.

⁶³ Vicente, "As estrategias...", 170.

⁶⁴ Galeno-Ibaceta, "El Instituto de Asuntos Interamericanos...", 839.

⁶⁵ Zoltan S. Pajor, "Bolivia majors on modern hospitals", The Modern Hospital, vol. 69, n°2 (08-1947), 55-57.

⁶⁶ Zoltan Pajor, "Maternidad de Cochabamba, Hospital para Tuberculosos en La Paz, Pabellón de Operaciones", La Arquitectura de Hoy, n°5 (mayo 1947), 83-87.

⁶⁷ Pajor, "Bolivia majors...", 55-57.

⁶⁸ Gustavo Medeiros, "Bolivia", en International Handbook of Contemporary Developments in Architecture, ed. Warren Sanderson (Westport: Greenwood Press, 1981), 146.

⁶⁹ Annmarie Adams, "Edward Fletcher Stevens and the modern hospital", en A modernidade na arquitetura hospitalar, org.: Ana Amora e Renato Gama-Rosa Costa (Rio de Janeiro: PROARQ UFRJ, 2019), 165.

Entre los pioneros peruanos destaca Héctor Velarde, quien entre 1943 y 1950 proyectó el Hospital de Tuberculosos Bravo Chico (actual Hipólito Unanue), de trazado radial en forma de mariposa⁷⁰.

Otro protagonista fue Jorge de los Ríos Mazuré, responsable de modernizar la infraestructura hospitalaria peruana. Trabajó en el Ministerio de Salud y en el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (1947-1972), además de colaborar con la OPS y la OMS (1968-1978). Diseñó hospitales en Tacna y Callao (1952), Tarma (1954), Arequipa (1960), Casimiro Ulloa en Miraflores (1962), Trujillo (1963) y Cusco (1964), combinando funcionalismo moderno, adaptación climática y un enfoque humanista⁷¹.

En la década de 1950, el reconocido arquitecto estadounidense Edward D. Stone, asociado con A. L. Aydelott, fue invitado a desarrollar el Hospital del Empleado en Lima. Concebido en 1952 e inaugurado en 1958⁷², integró principios del modernismo internacional con sensibilidades locales, reforzando el proceso de modernización de la infraestructura de salud pública peruana.

ECUADOR

En Ecuador, distintos estudios permiten reconstruir la historia de su arquitectura hospitalaria. La Guía de Quito menciona la Maternidad Isidora Ayora (1951), diseñada por el Servicio Interamericano de Salud Pública junto a la Asistencia Social; el expresivo edificio de la Cruz Roja Ecuatoriana (1951-1957) de Enrique y Lionel Ledesma; y el Hospital del Seguro Social (1963-1970), obra del alemán Walter Distel⁷³, arquitecto de Siemens Hospitals International que también trabajó en Paraguay.

La tesis doctoral de Shayarina Monard detalla el proceso del edificio de la Cruz Roja: inicialmente proyectado en 1951 por Karl Kohn, su construcción se retrasó y en 1957 se adoptó el diseño de los hermanos Ledesma, basado en un anteproyecto de 1956, inaugurándose en 1959. Los Ledesma también realizaron la Clínica Santa Cecilia (1955-1958). Otro ejemplo es el Hospital de

la Liga Antituberculosa Ecuatoriana (1957), atribuido a la oficina ARQUIN, integrada por Sixto Durán Ballén y Oswaldo Arroyo. El arquitecto Eduardo Gortaire, colaborador de ARQUIN, proyectó los hospitales del Seguro Social de Quito y Guayaquil (1960-1970), ambos basados en su tesis de 1954 y con asesoría internacional, probablemente de Distel⁷⁴.

El libro "Miradas a la arquitectura moderna en el Ecuador" añade otros autores, como Diego Ponce Bueno, especializado en planificación hospitalaria en Brasil en 1965, aunque sin proyectos documentados; Alfredo León Cevallos, autor del Hospital Militar (1970); y Durán Ballén, responsable del Hospital Baca Ortiz (1952-1955)⁷⁵.

Finalmente, la investigación de Erick Vicente señala que en los años ochenta el brasileño Jarbas Karman diseñó, aunque no se construyó, el Hospital General de Babahoyo en Quevedo, evidencia de las redes de especialistas que adaptaban sus ideas a diversos contextos latinoamericanos⁷⁶.

COLOMBIA

La oficina Cuéllar Serrano Gómez dejó una huella significativa en la arquitectura hospitalaria colombiana de mediados del siglo XX. Sus socios fueron Camilo Cuéllar, formado en la Architectural Association de Londres, los ingenieros Gabriel Serrano y José Gómez, y más tarde el arquitecto Gabriel Largacha. En

⁷⁰Héctor Velarde, "Algunas obras recientes del arquitecto Velarde", *El Arquitecto Peruano*, n°155 (junio 1950), 31.

⁷¹Valerie More Gómez (ed.), "El arquitecto y su obra" (Lima: AECID/ Univ. Ricardo Palma, 2009), 24-29.

⁷²Edward Stone y A. Aydelott, "Big double hospital", *Architectural Forum*, vol. 96, n° 6 (June 1952), 138-145.

⁷³Alfonso Ortiz Crespo, Ciudad de Quito, guía de arquitectura (Quito: Municipio del Distrito Metropolitano, 2004), 177, 180, 199.

⁷⁴Shayarina Monard, *Arquitectura moderna de Quito, 1954-1960* (tesis doctoral, Universidad Politécnica de Cataluña, 2019), 366-367, 375, 491-501.

⁷⁵María Augusta Hermida, *Miradas a la arquitectura moderna en el Ecuador* (Cuenca: Universidad de Cuenca, 2009), 64-65, 86-87, 139.

⁷⁶Vicente, "As estrategias...", 170

1950 Serrano obtuvo también el título de arquitecto. La firma destacó en proyectos de salud, ámbito en el que Serrano se especializó, con diseños caracterizados por la racionalidad y la eficiencia⁷⁷. De hecho, Gabriel Serrano Camargo cursó estudios de arquitectura hospitalaria en Brasil con el reconocido Jarbas Karman⁷⁸, fortaleciendo redes internacionales de conocimiento. Entre sus obras principales figuran el Hospital San Carlos (1945-1948), la Clínica de Maternidad David Restrepo (1948-1951), la Torre Central del Hospital San Juan de Dios (1948-1952), el Hospital San Ignacio (1951), la Clínica San Pedro Claver (1955-1957) en Bogotá y la Clínica del Instituto de Seguridad Social (1960) en Cali⁷⁹.

Investigaciones recientes, como las de Velandia y colaboradores, subrayan que la modernización hospitalaria en Colombia estuvo influida por políticas y modelos sanitarios de Estados Unidos, motivados por intereses geopolíticos y respaldados por fundaciones filantrópicas. Estas dinámicas promovieron la descentralización, extendiendo la construcción de hospitales más allá de Bogotá hacia regiones intermedias y rurales. Asimismo, varios arquitectos colombianos se formaron en Estados Unidos y Brasil, e incluso asociaron sus prácticas a profesionales norteamericanos. Un caso emblemático es el de Nel Rodríguez junto a Isadore Rosenfield, autores del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (1949), diseñado según el modelo de monobloque conocido como "hospital americano". Este tipo de tipologías se replicó también en ciudades intermedias, como Ibagué, con el Hospital Federico Lleras Acosta (1961-1971) de Germán Samper⁸⁰.

VENEZUELA

La arquitectura hospitalaria venezolana de mediados del siglo XX reunió a figuras clave y experiencias internacionales. Carlos Raúl Villanueva, principal referente moderno del país, había proyectado entre 1931 y 1933 el Manicomio de Catia y, más tarde, el Sanatorio Antituberculoso de Mérida (1942) junto a Herman Blasser. Su aporte culminó en el Complejo de Medicina y el Hospital Clínico Universitario (1944-45) dentro del campus de

la Universidad Central, donde también colaboró Blasser. Otro protagonista fue el ingeniero español Fernando Salvador Carreras, especialista en hospitales. Entre 1939 y 1950 realizó numerosos sanatorios para el Estado, incluido el Sanatorio Antituberculoso del Zulia (1942) en Maracaibo, y en 1944 fundó la Sección de Arquitectura del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, además de difundir sus ideas mediante artículos sobre arquitecturas de la salud. El ingeniero-arquitecto Carlos Guinand Sandoz aportó una visión premoderna en la Policlínica Caracas (1930-33) y la Clínica Maracay (1930). Luego avanzó hacia el racionalismo con el Sanatorio Simón Bolívar (1934-39) en El Algodonal, complejo que siguió creciendo con obras como el Sanatorio Infantil "Luisa Cáceres de Arismendi" (1945), diseñado por Salvador, y otros edificios proyectados entre Guinand y el MSAS desde 1953⁸¹.

La presencia extranjera incluyó a la firma neoyorquina Crow, Lewis & Wick, autora del Hospital Coromoto en Maracaibo (1945-51), notable por incorporar desde su origen una unidad de quemados⁸².

Finalmente, el brasileño Rino Levi, reconocido internacionalmente, fue contratado por el Ministerio de Obras Públicas para una red de hospitales generales. Sus diseños, basados en volúmenes articulados según funciones y terreno, se adaptaron a predios amplios. Entre 1959 y 1960 proyectó, junto a arquitectos

⁷⁷Jaime Salcedo Salcedo, Colombia, en *International Handbook of Contemporary Developments in Architecture*, ed. Warren Sanderson (Westport: Greenwood Press, 1981), 237.

⁷⁸César Velandia, et al., "Rehabilitation of the Social Security Clinic in Cali, Colombia (1960)", en *Multi-scale Perspectives on Building Heritage Conservation and Sustainable Cities*, eds. Graziella Bernardo y Luis Palmero (Cham: Springer, 2025), 202.

⁷⁹Velandia, "Rehabilitation of the Social Security Clinic...", 198-199.

⁸⁰Velandia, "Rehabilitation of the Social Security Clinic...", 200-202.

⁸¹Fato, "Arquitectura para...", 229, 230-233, 236-237, 266, 288, 310.

⁸²Lorenzo González Casas (coord.). *La arquitectura del siglo XX venezolano* (Caracas: Fundación para la cultura urbana, 2022).

locales, los hospitales de Maiquetía, Coche, Guzmán Blanco, Chacao, Catia, La Guaira, Puerto Cabello y Maracay⁸³.

CONCLUSIONES

La investigación confirma la hipótesis de que la arquitectura hospitalaria en América Latina se desarrolló en un plano paralelo al de la disciplina arquitectónica general, pero nunca en aislamiento. Por el contrario, estuvo sostenida por redes técnicas, teóricas e institucionales que conectaron arquitectos, médicos, ingenieros, ministerios, organismos internacionales y universidades.

Estas redes se articularon en múltiples escalas: nacionales, a través de direcciones de beneficencia, ministerios de salud y sociedades de arquitectos hospitalarios; regionales, mediante congresos panamericanos y latinoamericanos; y continentales, con programas como el Cooperativo Interamericano de Salud y Saneamiento. Tales instancias favorecieron la circulación de saberes, la especialización profesional y la consolidación de una práctica arquitectónica con identidad propia.

Los casos nacionales muestran cómo figuras como Devilat en Chile, Acosta en Argentina, Surraco en Uruguay, Levi en Brasil, Karman en Paraguay y Brasil, o Villanueva en Venezuela, construyeron trayectorias profesionales vinculadas a la salud que se sostuvieron en redes de cooperación más que en los circuitos tradicionales de la disciplina. De esta manera, lo que a primera vista parece marginal, se revela como un tejido paralelo y vigoroso de producción arquitectónica que contribuyó de manera decisiva a la modernización de la región.

Así, reintegrar estos procesos a la historia de la arquitectura moderna implica reconocer que la modernidad latinoamericana no se consolidó solo en viviendas, universidades o edificios icónicos, sino también en hospitales y conjuntos sanitarios concebidos gracias a un entramado de saberes y alianzas adaptadas a realidades locales.

⁸³ Renato Anelli, Rino Levi, *arquitectura e cidade* (São Paulo: Romano Guerra editora, 2001), 188.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acayaba, Marlene, y Sylvia Ficher. "Brazil." En *International Handbook of Contemporary Developments in Architecture*, editado por Warren Sanderson, 146–167. Westport: Greenwood Press, 1981.

Adams, Annmarie. "Edward Fletcher Stevens and the Modern Hospital." En *A modernidade na arquitetura hospitalar*, organizado por Ana Amora y Renato Gama-Rosa Costa, 165. Rio de Janeiro: PROARQ UFRJ, 2019.

Aftalión-Bischof-Egozcue-Vidal. "Primer premio." *Summa*, no. 39/40 (julio-agosto 1971): 35–39.

Alberti, Mariana, Laura Cesio, y Andrés Mazzini, eds. *Román Fresnedo Siri*. Montevideo: IHA, Facultad de Arquitectura, 2013.

Anelli, Renato. *Rino Levi, arquitetura e cidade*. São Paulo: Romano Guerra Editora, 2001.

Cavallo, Jorge, et al. "La planificación de la salud: el plan Carrillo." *Summa*, no. 108 (enero 1977): 71–74.

Diarte, Julio, et al. "Arturo Herreros." *Anales del IAA* 49, no. 2 (julio-diciembre 2019): 219–237.

Diarte, Julio, y Claudia Fleitas. "ARQ MOD PY". Una exploración de la arquitectura de Paraguay entre 1948 y 1985 con énfasis en arquitectura moderna. San Lorenzo: FADA, 2018.

Fato Osorio, Ana. *Arquitectura para el aislamiento*. Tesis doctoral, Universidad Central de Venezuela, 2012.

Galeno-Ibaceta, Claudio. "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno." En *Actas 8º Docomomo Brasil*, 1–18. Rio de Janeiro: Docomomo Brasil, 2009.

———. "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno." En *Anais do 13º Seminário Docomomo Brasil*, organizado por José Huapaya, 1–17. Salvador: Instituto de Arquitetos do Brasil, 2019.

———. "El Instituto de Asuntos Interamericanos y el Departamento Cooperativo de Obras de Salubridad en Chile." *ANAIIS CIHU - Anais dos Congressos Ibero-americanos de História Urbana*, no. 3 (2025): 836–846.

Galeno-Ibaceta, Claudio, y Ana A. Amora. "Healthcare Complexes: The Future of Modern Urban Enclaves." En *Modern Futures*, editado por Horacio Torrent, 250–256. Santiago: Ediciones ARQ, 2024.

González Casas, Lorenzo, coord., et al. *La arquitectura del siglo XX venezolano*. Caracas: Fundación para la Cultura Urbana, 2022.

Hermida, María Augusta. *Miradas a la arquitectura moderna en el Ecuador*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2009.

Hitchcock, Henry-Russell. *Latin American Architecture, since 1945*. New York: MoMA, 1955.

Llauró, Juan, y José Urgell. "Hospital San Vicente de Paul, Orán, Salta." *Summa*, no. 39/40 (julio-agosto 1971): 70–73.

———. "Hospital Regional 'San Vicente de Paul', Orán, Salta." *Summa*, número extraordinario (mayo 1981): 63–70.

Machado Moreira, Jorge, et al. Jorge Machado Moreira. Organizado por Jorge Czajkowski. Rio de Janeiro: Centro de Arquitetura e Urbanismo do Rio de Janeiro, 1999.

Medero, Santiago, Elina Rodríguez, y Jorge Sierra Abbate. Carlos Surraco. Montevideo: IHA, Universidad de la República, 2018.

Medeiros, Gustavo. "Bolivia." En *International Handbook of Contemporary Developments in Architecture*, editado por Warren Sanderson, 146. Westport: Greenwood Press, 1981.

Monard, Shayarina. *Arquitectura moderna de Quito, 1954–1960*. Tesis doctoral, Universidad Politécnica de Cataluña, 2019.

More Gómez, Valerie, ed. *El arquitecto y su obra*. Lima: AECID / Universidad Ricardo Palma, 2009.

Müller, Luis. "WA-AW. Arquitectura moderna para la salud pública." *Arquitecturas del Sur*, no. 43 (2013): 78–82.

MSGSSV. "Ampliación y remodelación Hospital General de Agudos 'Carlos G. Durand'." *Summa*, número extraordinario (mayo 1981): 11–16.

———. "Hospital Provincial de Rosario." *Summa*, no. 39/40 (julio-agosto 1971): 83–86.

Ortiz Crespo, Alfonso. *Ciudad de Quito, guía de arquitectura*. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano, 2004.

Pajor, Zoltan S. "Bolivia Majors on Modern Hospitals." *The Modern Hospital* 69, no. 2 (agosto 1947): 55–57.

Pajor, Zoltan. "Maternidad de Cochabamba, Hospital para Tuberculosos en La Paz, Pabellón de Operaciones." *La Arquitectura de Hoy*, no. 5 (mayo 1947): 83–87.

Salcedo Salcedo, Jaime. "Colombia." En *International Handbook of Contemporary Developments in Architecture*, editado por Warren Sanderson, 237. Westport: Greenwood Press, 1981.

Servente, Raúl, Félix Alemán, y Clorindo Testa. "Ampliación Hospital Italiano." *Summa*, no. 108 (enero 1977): 65–68.

Stone, Edward, y A. Aydelott. "Big Double Hospital." *Architectural Forum* 96, no. 6 (junio 1952): 138–145.

Testa, Clorindo, y Héctor Lacarra. "Hospital Naval Central." *Summa*, no. 39/40 (julio-agosto 1971): 87–91.

Velandia, César, et al. "Rehabilitation of the Social Security Clinic in Cali, Colombia (1960)." En *Multi-scale Perspectives on Building Heritage Conservation and Sustainable Cities*, editado por Graziella Bernardo y Luis Palmero, 202. Cham: Springer, 2025.

Velarde, Héctor. "Algunas obras recientes del arquitecto Velarde." *El Arquitecto Peruano*, no. 155 (junio 1950): 31.

Vicente, Erick. *As estratégias projetuais de Jarbas Karman: análises gráficas de cinco hospitais projetados na segunda metade do século XX*. Tesis de maestría, Universidade de São Paulo, 2020.

BIOGRAFÍA

Claudio Galeno-Ibaceta

Claudio Galeno-Ibaceta es arquitecto por la Universidad Católica del Norte (UCN) y Doctor en Teoría e Historia de la Arquitectura por la Universitat Politècnica de Catalunya. Es profesor asociado y director de la Escuela de Arquitectura de la UCN. Sus investigaciones y publicaciones se centran en la historia urbana y de la arquitectura del norte de Chile, con énfasis en la salud. Ha sido investigador de proyectos Fondecyt y Fondart y es secretario general de Docomomo Chile. Es miembro de redes internacionales y parte del comité organizador del 18° Congreso Internacional de Docomomo. Es investigador principal en el Núcleo Milenio Patrimonios (NupatS

ESPACIO

(a)



(b)



(c)



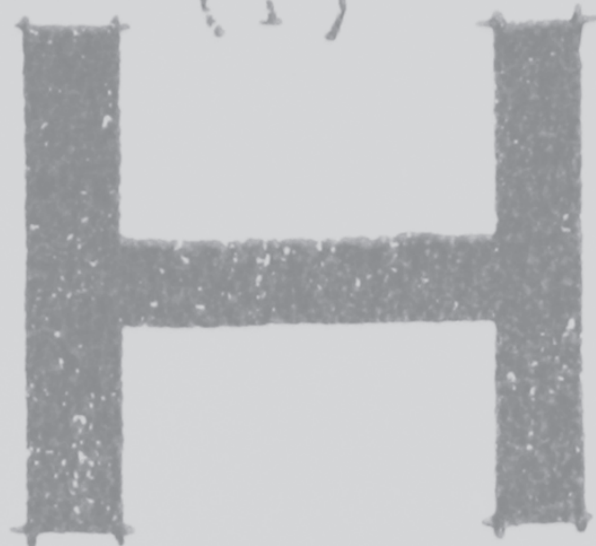
(d)



(e)



(f)



(g)



(h)



(i)



Hospital del Salvador en Santiago de Chile. Origen y estratigrafía arquitectónica de un enclave sanitario.

Alicia Campos Gajardo
Universidad de Chile
aliciacamposg@uchilefau.cl

RESUMEN

El Hospital del Salvador, ubicado en Santiago de Chile, se originó en la década de 1870 como respuesta a las altas tasas de mortalidad derivadas de epidemias de cólera, viruela y tuberculosis, así como a las precarias condiciones sanitarias de la ciudad y la limitada infraestructura hospitalaria de la época. Construido siguiendo los principios del pensamiento higienista decimonónico, sus obras finalizaron en 1905, consolidándose como un centro de alta complejidad con perfil docente-asistencial. A lo largo del siglo XX, el hospital amplió progresivamente su infraestructura y servicios, convirtiéndose en un nodo sanitario fundamental. Su rol fue clave en la creación y desarrollo de instituciones médicas nacionales, impulsando programas especializados y promoviendo la fundación de entidades como el Instituto Nacional de Geriátrica, el Instituto de Neurocirugía, el Instituto Nacional del Tórax, el Hospital Dr. Luis Tizné y la Fundación Arturo López Pérez. Más allá de su relevancia histórica, el Hospital del Salvador constituye un modelo de cómo un centro sanitario puede transformar el paisaje urbano y la organización de la salud pública, aunque su impacto no ha sido plenamente documentado. La presente investigación busca analizarlo como un polo sanitario emblemático en Santiago, considerando su evolución histórica, su aporte a la creación de nuevas instituciones y su dimensión arquitectónica y tipológica dentro del tejido urbano. Para ello, se propone la metodología de estratigrafía que permite identificar y caracterizar las capas temporales y los elementos arquitectónicos que configuran el enclave, reconociéndolo en el siglo XXI como un espacio urbano de referencia en la red sanitaria de la ciudad.

Palabras clave:

Arquitectura de la salud, Patrimonio, Hospital del Salvador, enclave sanitario.

1.INTRODUCCIÓN

El Hospital del Salvador, localizado en la comuna de Providencia entre las avenidas El Salvador, Rancagua y las calles José Manuel Infante y Dr. Hernán Alessandri, es un gran complejo sanitario cuyas primeras edificaciones datan de fin del siglo XIX. Superando los 150 años de existencia, esta ponencia propone discutir y ensayar dos enfoques para su análisis arquitectónico.

La idea del análisis estratigráfico aplicado a la arquitectura adapta conceptos de la arqueología al estudio de las construcciones. Durante los últimos veinte años, varios investigadores han definido sus bases teóricas. Aunque toma como referencia la arqueología, la complejidad propia de la arquitectura obliga a considerar las técnicas y procesos constructivos para interpretar su evolución y transformaciones. El método se desarrolla en dos fases claramente diferenciadas: la documentación de los datos -estratificación, estrato, interfaz, unidad estratigráfica y sus relaciones- y la interpretación de esos datos según lo señalan Mileto y Vegas⁸⁴. Si bien esta conceptualización en el ámbito de la arquitectura viabiliza un orden y organización

⁸⁴Camilla Mileto y Fernando Vegas, "El análisis estratigráfico: una herramienta de conocimiento y conservación de la arquitectura," en Arqueología aplicada al estudio e interpretación de edificios históricos. Últimas tendencias metodológicas (Madrid: Ministerio de Cultura, Subdirección General Técnica de Publicaciones, 2010), 145–158.

temporal de las etapas de estudio de un complejo construido, se enfoca en las huellas de la materia, debiendo en el caso de instituciones tales como el Hospital del Salvador complementarse para integrar variables que contribuyan a la comprensión y jerarquización de los acontecimientos que tensionan y dirimen el devenir de los proyectos arquitectónicos y las obras construidas.

El enfoque institucional histórico⁸⁵ concibe el cambio organizacional bajo la lógica del equilibrio puntuado, es decir, como la alternancia entre periodos de estabilidad y transformaciones significativas. En esta línea, Casal⁸⁶ propone comprender las instituciones como sistemas complejos estructurados en dos dimensiones fundamentales: el subsistema normativo o cultural, encargado de definir fines, reglas, estructuras y roles; y el subsistema personal, constituido por los funcionarios en sus distintas jerarquías, cuyo accionar resulta decisivo para materializar los objetivos y reglamentaciones institucionales. Integrar este enfoque al análisis de Hospital El Salvador resulta pertinente en tanto permite entender su desarrollo como una combinación de continuidad y transformación, marcada por periodos de estabilidad interrumpidos por cambios decisivos (epidemias, reformas, creación de institutos o modernización actual). Asimismo, al integrar el subsistema normativo y el subsistema personal se evidencia cómo las políticas sanitarias y la participación de médicos y funcionarios han sido clave en la evolución de la institución.

A continuación, se presentan los primeros avances en el ejercicio de sistematizar las distintas etapas o estratos en la historia arquitectónica del Hospital del Salvador, relevando los aspectos institucionales, humanos y materiales que han incidido en su devenir.

El Hospital del Salvador en el Siglo XIX

El primer momento en la historia del Hospital del Salvador corresponde a su fundación y proyecto original entre 1871 y 1872. Impulsado por Abdón Cifuentes, Ministro de Justicia, Culto e Instrucción Pública, el hospital fue concebido como parte de un plan de modernización sanitaria frente a la alta

mortalidad infantil y la insuficiencia de infraestructura hospitalaria en Santiago, gestionado por aportes privados, Según lo señalan Olguín, Anjel, Villalón, Guajardo y Giuliano⁸⁷ :

Como el monto de dinero fue más alto de lo esperado, el ministro Cifuentes en consulta al presidente de la República, tomó la decisión de comenzar en paralelo los trabajos de construcción de los dos hospitales públicos: San Vicente de Paúl y del Salvador.

Los autores señalan que se dio prioridad al Hospital del Salvador constituyéndose un directorio para definir el modo en que se materializaría dicha iniciativa, que posteriormente fue definida como una Comisión para determinar el lugar y el diseño del Hospital.

El arquitecto Ricardo Brown recibió el encargo de elaborar los planos, que fueron revisados por Fermín Vivaceta y José Rodrigo Caballero, proponiendo un modelo higienista con salas dispuestas en torno a patios centrales, ventilados y luminosos. La elección del terreno en la chacra San Ramón, perteneciente a los Padres Mercedarios, obedeció a criterios de salubridad —terreno elevado, buena ventilación y acceso a agua—, aunque generó cierta resistencia entre los médicos que lo consideraban demasiado alejado del centro de la ciudad. Con la colocación de la primera piedra en 1872, en presencia del presidente Federico Errázuriz Zañartu y del intendente Benjamín Vicuña Mackenna, se consolidó la idea de un hospital moderno, costado por la filantropía ciudadana pero proyectado como un hito arquitectónico y sanitario nacional.

Cabe señalar que el arquitecto Ricardo Brown

⁸⁵Santiago Saavedra-Echeverry, "Análisis del desarrollo institucional desde el enfoque institucional histórico," *Papel Político* 21, no. 1 (2016): 81–100.

⁸⁶José M. Casal, *La investigación en historia de las instituciones y la función de las ideas* (Montevideo: Revista de la Facultad de Derecho, 2005), 57–66, <https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/442>.

⁸⁷Laura Olguín, Cristóbal Ángel, Daniela Villalón, Miguel Guajardo y Pablo Giuliano, *Cada lugar, una historia: Hospital del Salvador, su pasado y su gente* (Santiago de Chile: Andino Consultores, 2018). p.47.

comisionado por el gobierno el año 1872 para la elaboración de los planos del Hospital del Salvador, desarrolló un proyecto a través de 33 planos que fueron entregados a la Junta Directiva, de los cuales no se ha conservado ninguno; sin embargo, más allá de las limitaciones constructivas posteriores, el Hospital del Salvador, en conjunto con el Hospital San Vicente de Paúl diseñado por Carlos Stegmoller, pueden ser considerados los primeros inmuebles concebidos bajo los criterios científicos de la época y el pensamiento higienista, en un modelo de pabellones que alternaba volúmenes contruidos con jardines, articulando este esquema con un parque central.

El segundo momento se vincula a su uso como lazareto provisorio entre 1872 y 1889, cuando sucesivas epidemias de viruela impidieron concretar el proyecto original y obligaron a levantar construcciones ligeras en zinc y madera. Durante estas décadas, el establecimiento funcionó más como estación sanitaria de emergencia que como hospital estable. Se levantaron pabellones precarios, con frecuentes derrumbes y deterioro por temporales, lo que reflejaba la vulnerabilidad de su arquitectura. En 1876, tras un nuevo brote de viruela, el gobierno dispuso que el Salvador pasara a depender de la Junta de Beneficencia de Santiago, lo que institucionalizó su rol dentro de la red hospitalaria. Sin embargo, esa adscripción no resolvió su condición ambivalente: el hospital seguía siendo activado como lazareto en cada rebrote, con altos índices de mortalidad y recursos insuficientes. En palabras de su administrador Manuel Arriarán, la infraestructura tenía una “mala distribución” y estaba lejos de responder a las necesidades de la población, pero aun así constituyó un espacio clave de contención sanitaria en una ciudad periódicamente azotada por epidemias. En esta etapa se incorporaron doce religiosas de la congregación de las Hermanas de la Caridad, lideradas por Sor Serafina, para hacerse cargo del cuidado de las enfermas del Salvador.

El tercer momento corresponde a su reconstrucción y consolidación definitiva entre

1889 y 1899, cuando se decide abandonar el uso del Salvador como lazareto y transformarlo en hospital estable. El arquitecto Víctor Villeneuve, de la Dirección de Obras Públicas, proyectó veinte salas en disposición simétrica, con iglesia, casino y dependencias, en un diseño similar al Hospital San Vicente de Paul. En 1896, Carlos Barroilhet continuó las obras, sumando salas sólidas en albañilería y mejorando los servicios internos. En 1891, pese a que la Guerra Civil interrumpió las faenas y obligó a destinar el hospital a la atención de heridos de batalla, pronto se retomó el proyecto, que fue consolidando su carácter de recinto especializado. En 1892 se estableció que nunca más sería utilizado como lazareto, y el hospital asumió plenamente funciones de atención médica moderna, con salas diferenciadas para tuberculosis, sífilis, cáncer, incurables y maternidad. El ala norte, inaugurada en 1898 y destinada exclusivamente a mujeres, marcó el cierre del ciclo decimonónico, dejando atrás décadas de precariedad y proyectando al Hospital del Salvador como institución de referencia nacional, tanto por su arquitectura sólida como por su contribución a la diversificación y especialización de la medicina chilena.

Al iniciar el siglo XX, se gestionaron recursos adicionales para la edificación de la sección sur del Hospital, destinado exclusivamente para hombres. En 1900 fueron construidas la cocina, comedores, bodegas y las salas San José y San Vicente al iniciar el patio sur. Las 8 salas restantes, botica, comunidad, iglesia y departamentos terminaron de edificarse entre 1902 y 1903. Según Olguín, ese mismo año Carlos Barroilhet inició la construcción del edificio de la maternidad, finalizándose todas las obras del Hospital el año 1905.

El Hospital del Salvador en el siglo XX.

Una cuarta etapa del Hospital puede observarse en la primera mitad del siglo XX, al cambiar el modelo apoyado por las Hermanas de la Caridad hacia una forma cada vez más profesionalizada de asistencia, integrando las especializaciones que se desarrollaron mediante la profundización del conocimiento científico aplicado a la medicina, lo que tuvo una repercusión directa en la arquitectura.

El Hospital, que había finalizado su configuración arquitectónica en 1905, consistía en un complejo que se desarrollaba en torno a dos ejes, uno que articulaba el frontis del hospital, acceso, el patio que anteceda a la capilla, la capilla misma, un patio de naturaleza más privada para el espacio de la comunidad religiosa, farmacia, pasillo articulador y casino.

En el eje transversal se disponían, hacia el norte, las diez salas que conformaban la sección de mujeres y hacia el sur la sección de hombres, organizadas por una gran área verde tipo parque que acompañaba longitudinalmente los corredores que daban lugar a los accesos de las salas.

Este esquema arquitectónico que se centraba en un modelo higienista europeo, inspirado en el hospital Lariboisière de París, con amplios pabellones, techos altos, ventanales y patios que favorecían la ventilación y el aislamiento de las distintas patologías, fue modificado durante el siglo XX, recogiendo diversos factores incidentes en la lógica y uso del espacio. Desde la década de 1920, se convirtió en hospital docente, formando médicos, enfermeras y auxiliares.

Durante los años veinte se abandonó el sistema de salas aisladas para organizar secciones con jefaturas médicas: Medicina Interna (Clodomiro Pérez Canto y Lucio Córdova), Cirugía (Lucas Sierra y David Benavente), Obstetricia (Carlos Mönckeberg), Ginecología (Enrique Arancibia), Urología (Eduardo Ibarra), Oftalmología (Carlos Charlín), Dermatología (Roberto Jaramillo), Radiología (Tomás Quevedo) y un laboratorio central, experimentando una progresiva especialización clínica y académica, asociado a la Universidad de Chile. En las décadas siguientes, el hospital incorporó unidades pioneras en radiología y radioterapia, servicios quirúrgicos especializados y un sistema de internado para estudiantes de medicina (1927).

El desarrollo de la bacteriología en Chile, de la mano del Dr. Alejandro del Río, quien creara la cátedra de esta área en la Universidad de

Chile en 1895, supuso el inicio de un cambio rotundo en la concepción de los contagios, contribuyendo a la reconsideración de los métodos de transmisión de enfermedades mediante exposición a los miasmas. Este cambio tuvo implicancias relevantes en la arquitectura ya que la idea del contagio por contacto exigió un rediseño de espacios interiores.

Los patios y corredores, que en el modelo higienista se entendían como espacios terapéuticos y de ventilación, comenzaron a cerrarse y a funcionar como recintos internos, aislados del parque exterior. Las grandes salas comunes que podían albergar entre 50 y 70 camas fueron reemplazadas por habitaciones más pequeñas, de seis a ocho pacientes, con un mayor control del aseo reduciendo el riesgo de contagio. En la construcción se privilegiaron materiales impermeables y lavables, como baldosas y cemento pulido, además de la incorporación de esquinas redondeadas que impedían la acumulación de gérmenes, descartando la madera por su carácter poroso.

Al mismo tiempo, se introdujo el quirófano moderno como un espacio cerrado, estéril y aislado del resto del hospital, con circulación restringida para garantizar la asepsia, con una lógica de separación estricta entre áreas limpias y sucias, estableciendo zonas de transición —como pasillos de descontaminación— entre pabellones quirúrgicos y salas de hospitalización. Los corredores, que antes servían principalmente para la circulación abierta, pasaron a ser áreas de servicio donde se concentraban oficinas, salas de examen y recintos auxiliares, reflejando una reorganización funcional del hospital bajo los principios de la asepsia.

Estos cambios arquitectónicos fueron acompañados por una reorganización profunda del trabajo médico. El control de los pacientes se efectuó mediante un sistema de rondas periódicas de las habitaciones de menor dimensión, lo que reforzó la rutina médica y permitió una clasificación más estricta de los pacientes. Esta clasificación no solo respondía a criterios clínicos, sino también a la necesidad de separar a los enfermos según la

naturaleza de su patología y el grado de contagio, estableciendo categorías diferenciadas para enfermos infecciosos, crónicos o convalecientes.

Se propone una quinta etapa asociada a la transformación de las especializaciones en centros de formación y desarrollo a nivel nacional e internacional, vinculados al Hospital del Salvador, lo que acontece en la década del 50, consolidándose los grandes proyectos del Instituto Nacional del Tórax, el Instituto de Neurocirugía y la actual Fundación Arturo López Pérez.

Al finalizar la década del 30 el Doctor Alfonso Asenjo Gómez, formado en neurocirugía en Alemania propuso la creación de una unidad especializada en Neurocirugía y Neuropatología. En 1939 se estableció el servicio de neurocirugía dentro del hospital, y en 1950, mediante decreto del presidente Gabriel González Videla, se creó el Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales, con financiamiento de la Universidad de Chile. El edificio fue inaugurado en 1953 siendo el Dr. Asenjo fue su primer director.

De forma paralela, el doctor Héctor Orrego Puelma, especialista en fisiología formado en Francia, lideró el desarrollo de la atención de tuberculosis en Chile. Tras fundar la Sociedad Chilena de Fisiología y la revista Enfermedades del Tórax y Tuberculosis en la década del 30 concretó su mayor proyecto con la construcción del Instituto Nacional del Tórax, inaugurado en 1954. Este instituto se dedicó al diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias, a la docencia de fisiología y a la cirugía torácica, la cual quedó a cargo del profesor Armando Alonso Vial.

Ese mismo año, 1954, nació la Fundación Arturo López Pérez (FALP). El origen estuvo en el legado de Arturo López Pérez, empresario fallecido en 1947 de cáncer gástrico en Francia. Su viuda, Ana Ross, destinó su fortuna a la lucha contra el cáncer, asesorada por el médico Enrique Raventós, quien trabajaba en el Hospital del Salvador y era secretario general de la Liga Chilena contra el Cáncer. La fundación se transformó en un hito clave para la investigación y tratamiento oncológico en

Chile.

A la par, el Instituto Nacional de Geriátrica se desarrolló sobre la base del antiguo hospital San Luis (creado en 1909 para enfermedades infecciosas infantiles y luego adaptado para dermatología y psiquiatría). En 1976 se transformó en centro geriátrico, y en 1984 pasó a ser un establecimiento especializado en atención integral de adultos mayores, con funciones de investigación y docencia. Fue nombrado Instituto Nacional de Geriátrica presidente Eduardo Frei Montalva durante el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle. Tras el terremoto de 2010, muchas de sus instalaciones fueron trasladadas al Hospital del Salvador.

En la segunda mitad del siglo XX, el Salvador incorporó tecnología y nuevas prácticas clínicas: en la década de 1960 realizó los primeros trasplantes renales en la salud pública chilena, y en los años 70 se convirtió en el primer hospital público con un servicio psiquiátrico especializado. En los 90 se modernizó la urgencia y se creó la unidad de alivio del dolor y cuidados paliativos. Bajo la dirección de la doctora Gloria López (1998–2001), fue acreditado por UNICEF como “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” gracias a mejoras en atención materno-infantil. Sin embargo, en 2002 el servicio de maternidad fue trasladado al Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

El Hospital del Salvador en la contemporaneidad.

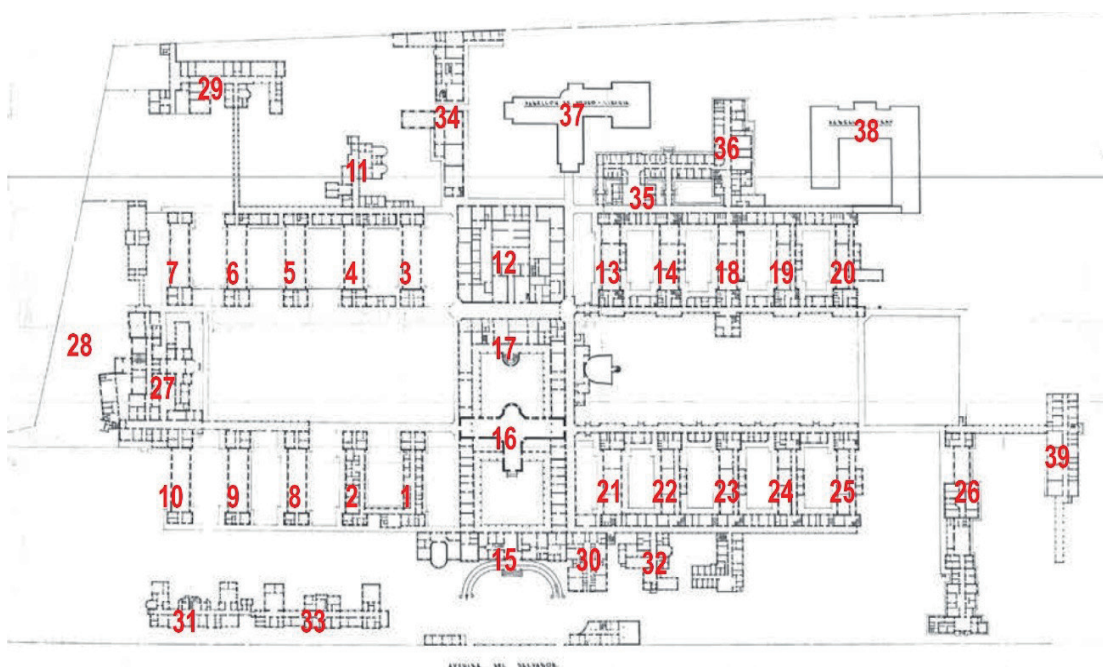
El terremoto del año 1985 que afectó algunas áreas del Hospital del Salvador, evidenció la necesidad de reparar y modernizar las instalaciones y fue motivo para la discusión sobre la valoración patrimonial de los sectores más antiguos y representativos del inmueble, como el frontis del acceso, los patios de la iglesia y las instalaciones de la comunidad religiosa. El 6 de mayo de 1985 se declaró Monumento Histórico bajo el decreto número 245. Posteriormente el terremoto del año 2010 motivó una política pública que incentivó el desarrollo de la infraestructura sanitaria y un volumen de proyectos a nivel país que ha comprometido su renovación hasta el 2030.

Actualmente del Hospital del Salvador se orienta a responder a los desafíos de una población envejecida y al aumento de enfermedades complejas, lo que exige nuevas estrategias diagnósticas, terapéuticas y mejoras en la infraestructura. Para ello, se proyectó la reposición y modernización del hospital mediante una asociación público-privada, bajo la supervisión del Ministerio de Obras Públicas. El consorcio será responsable del diseño, construcción y operación del recinto, mientras que la atención clínica seguirá en manos del Ministerio de Salud.

El proyecto contempla la construcción de un nuevo complejo hospitalario compuesto por dos establecimientos: el Hospital del Salvador y el Instituto Nacional de Geriátrica. Este último triplicará su capacidad, alcanzando 112 camas y 78 boxes. En total, el complejo contará con

641 camas, 26 pabellones y 374 boxes, distribuidos en tres edificios y beneficiará a más de 500 mil personas del área oriente de Santiago. El conjunto será de cuatro pisos y tres subterráneos, destinados a logística y estacionamientos con 1.487 plazas. Asimismo, se integrarán dos pabellones históricos del hospital —Purísima y Santa Ana—, rehabilitados como salas de convenciones y reuniones para preservar la memoria patrimonial.

En esta última etapa, se identifica la voluntad de fusionar la tradición histórica con las demandas sanitarias del siglo XXI, dotando al Hospital del Salvador y al Instituto Nacional de Geriátrica de instalaciones modernas, tecnologías avanzadas y espacios adecuados para seguir siendo referentes de salud a nivel nacional.



Disposición de recintos y temporalidades del Hospital del Salvador.

Elaboración propia sobre plano del Hospital entre la década del 50 y 60. Fuente: Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud y Plano elaborado por Andina Consultores 2018.

Lista de recintos:

- | | |
|---|---|
| 1.- Sala Santa Ana 1896 | 20.- Sala San Juan de Dios 1903 |
| 2.- Sala de La Purísima 1896 | 21.- Sala San Pedro 1903 |
| 3.- Sala del Salvador 1897 | 22.- Sala San Antonio 1903 |
| 4.- Sala de Nuestra Señora de las Mercedes 1897 | 23.- Sala San Luis 1903 |
| 5.- Sala Nuestra Señora del Tránsito 1897 | 24.- Sala San Carlos 1903 |
| 6.- Sala Santa Teresa 1897 | 25.- Sala San Roque 1903 |
| 7.- Sala Dolores 1897 | 26.- Pabellón Cousiño, Policlínico de medicina 1903 |
| 8.- Sala del Sagrado Corazón de Jesús 1889 | 27.- Maternidad 1904 |
| 9.- Sala de nuestra Señora del Rosario 1889 | 28.- Lavandería 1908 |
| 10.- Sala de Nuestra Señora del Carmen 1893 | 29.- Maternidad de Aislamiento 1909 |
| 11.- Pabellones 1900 | 30.- Radiología 1919 |
| 12.- Casino 1900 | 31.- Unidad de Tratamiento Ocular 1925 |
| 13.- Sala San José 1900 | 32.- Urología |
| 14.- Sala San Vicente 1900 | 33.- Unidad de Otorrinolaringología 1930 |
| 15.- Frontis 1902 | 34.- Anatomía patológica |
| 16.- Capilla 1902 | 35.- Policlínico de Neurocirugía |
| 17.- Botica 1902 | 36.- Pabellón de Cirugía |
| 18.- Sala San Eugenio 1903 | 37.- Instituto de Neurocirugía |
| 19.- Sala San Daniel 1903 | 38.- Instituto Nacional del Tórax |
| | 39.- Posta de Urgencias. |

Frontis del Hospital del Salvador.
C. Kirsinger & Cia., Editores. Santiago,
Hospital del Salvador [fotografía] C. Kirsinger
& Cia. Archivo Fotográfico. Disponible en
Biblioteca Nacional Digital de Chile
<https://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/629/w3-article-612510.html>.



**Vista del primer patio entre el
acceso principal y la capilla
del Hospital del Salvador.**
Fuente: Archivo de la autora.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Casal, José M. "La investigación en historia de las instituciones y la función de las ideas." *Revista de la Facultad de Derecho*, no. 5 (2005): 57–66.
<https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/442>.

Mileto, Camilla, y Fernando Vegas. "El análisis estratigráfico: una herramienta de conocimiento y conservación de la arquitectura." En *Actas del Congreso "Arqueología aplicada al estudio e interpretación de edificios históricos. Últimas tendencias metodológicas"*, 145–158. Madrid: Ministerio de Cultura, Subdirección General Técnica de Publicaciones, Información y Documentación, 2010.

Olguín, Laura, Cristóbal Ángel, Daniela Villalón, Miguel Guajardo y Pablo Giuliano. *Cada lugar, una historia: Hospital del Salvador, su pasado y su gente*. Santiago de Chile: Andino Consultores, 2018.

Saavedra-Echeverry, Santiago. "Análisis del desarrollo institucional desde el enfoque institucional histórico." *Papel Político* 21, no. 1 (2016): 81–100.

BIOGRAFIA

Alicia Campos Gajardo

Arquitecta y académica de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile. Doctora en Arquitectura titulada en la Universidad Politécnica de Madrid. Investigadora en áreas de historia, teoría y crítica de la arquitectura, axiología del patrimonio inmueble, arquitectura de la salud, vivienda del siglo XX. Desarrollo de trabajo conjunto con instituciones y organizaciones vinculadas al patrimonio arquitectónico de salud para su protección. Autora y coautora de libros y publicaciones universitarias. Integrante desde el año 2014 de la Red Latinoamericana de Investigadores en Arquitectura de Hospitales.

El Asilo Estrada Cabrera 1901-1920: innovación hospitalaria espacial en tiempos de una dictadura guatemalteca.

Jorge Alexander Aguilar de León
Facultad de Arquitectura,
Universidad de San Carlos de Guatemala
alexander.aguilar@farusac.edu.gt

RESUMEN

Desde la perspectiva de la higiene y la arquitectura, este artículo tiene por objetivo examinar algunos criterios espaciales compositivos y tecnológicos redactados en el Memorándum Asilo Estrada Cabrera 1901, base para la construcción del hospital homónimo, en el contexto de la dictadura de Manuel Estrada Cabrera de 1898 a 1920. Este hospital se situó en el Bulevar 30 de Junio —también conocido como Paseo La Reforma— en lo que era la periferia sur de la ciudad de Guatemala. Este manuscrito formaba parte de la biblioteca personal del arquitecto Domingo Goicolea, diseñador y ejecutor del proyecto. Mediante una metodología cualitativa, sustentada en revisión bibliográfica y en el modelo teórico higiénico-espacial aplicado a la arquitectura hospitalaria, se identifican patrones de organización espacial que posicionan al proyecto como una obra que reflejó un sincretismo paradigmático de la medicina. Representando así, a pesar de esto, una innovación espacial dentro de la arquitectura hospitalaria guatemalteca que tradicionalmente había sido enclaustrada. Habiéndose construido parcialmente, se propone una hipótesis gráfica de la obra total, inferida del Memorándum.

Palabras clave:

hospital, Estrada, Cabrera, Guatemala, higiene.

En 1871, Guatemala inició un nuevo período histórico, tras el triunfo de una revolución liberal que pretendía la modernización y el desarrollo del país.

Pocos años después, en 1882, el Dr. Juan José Ortega y Carrascal, médico guatemalteco doctorado en París, introdujo a Guatemala el

nuevo paradigma bacteriológico de la medicina. De este modo, se abandonó progresivamente el paradigma miasmático, promoviendo una revolución en la teoría y práctica de la medicina guatemalteca. Consiguientemente, la comunidad médica científica del país, abanderada por el Dr. Ortega, lideró un proceso de transformación higiénica bacteriológica de la arquitectura de los edificios hospitalarios guatemaltecos existentes, que eran de tipología enclaustrada.

Seguidamente, en 1898, con artimañas, accedió al poder el Lic. Manuel Estrada Cabrera. Él, se convirtió en un dictador que, en medio de serias crisis financieras, sistematizó la represión, la delación, el temor y servilismo⁸⁸ aferrándose al poder durante 22 años, considerándose la «dictadura más larga en la historia guatemalteca.»⁸⁹ Durante los primeros años de su dictadura, autorizó la construcción del primer hospital a pabellones en Guatemala: el Asilo Estrada Cabrera, nombrado así por adulación y temor. Este hospital fue pensado para recibir a pacientes convalecientes que, después de recibir alta médica en el hospital San Juan de Dios, aún requerían apoyo hospitalario para su recuperación.

⁸⁸ Catherine Rendón, «El gobierno de Manuel Estrada Cabrera», en *Historia General de Guatemala*. Tomo V. Época contemporánea: 1898-1944 (Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1996).

⁸⁹ Fundación para la Cultura y el Desarrollo y Asociación de Amigos del País, «Estrada Cabrera, Manuel», en *Diccionario Histórico Biográfico de Guatemala* (Editorial Amigos del País, 2004).

2. MÉTODO

Este artículo se enmarca en una investigación cualitativa de tipo histórico interpretativo del «Memorándum Casa de Salud “Estrada Cabrera” (con 5 láminas)⁹⁰ —corpus principal—, así como, de otras fuentes documentales que lo complementan, en base al modelo teórico de interpretación higiénico espacial.

Este modelo —presentado por el autor en el IV SIHAH, 2020—,⁹¹ posee un enfoque constructivista desde la teoría fundamentada y, se estructura desde la higiene como categoría central de organización espacial hospitalaria. El modelo se divide en tres subcategorías higiénicas: profiláctica, habitativa y tecnológica, organizadas jerárquicamente según el principio de causalidad etiológica de las enfermedades.

La subcategoría higiénica profiláctica, evalúa la utilidad del espacio hospitalario mediante dos conceptos esenciales: aislamiento y limpieza. Luego, la subcategoría higiénica habitativa, derivada de la anterior, facilita el análisis del edificio hospitalario en tres escalas espaciales: situación, disposición y

distribución. La primera, relaciona el sitio del hospital con la ciudad. La segunda, estudia la solución tipológica en relación con el sitio y; la tercera, analiza la organización interna de los espacios hospitalarios según criterios médicos higiénicos, tales como riesgo de contagio, sexo, proximidad a servicios, etc. Además de estas, la subcategoría tecnológica examina al hospital, según tecnologías médicas y constructivas que poseía.

3. RESULTADOS

3.1 El manuscrito

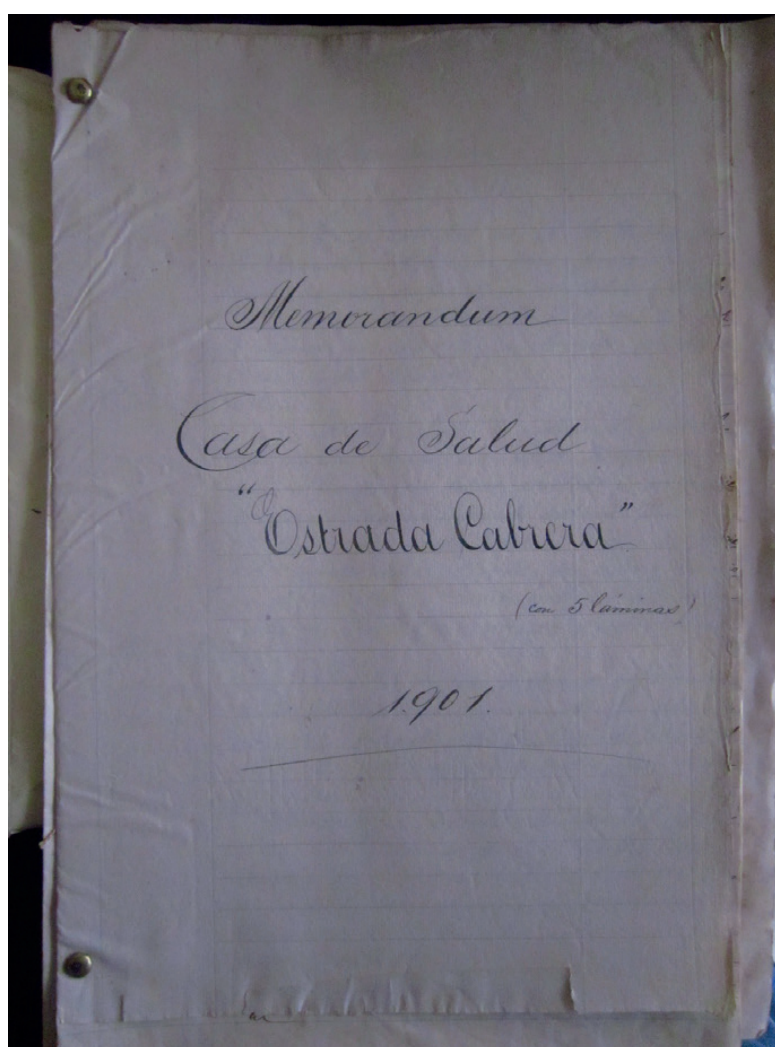
El «Memorándum Casa de Salud “Estrada Cabrera” (con 5 láminas) 1901» (véase Fig. 1 y Fig. 2) es un manuscrito perteneciente a la Lic. Rebeca Conde Goicolea, descendiente del Arq. Domingo Goicolea. Él lo tenía en su biblioteca personal porque fue el diseñador y constructor de este edificio⁹².

Este manuscrito consta de siete páginas, tamaño legal. Lamentablemente, cuando se tuvo acceso al mismo no tenía adjuntas las cinco láminas que refiere con la descripción gráfica del proyecto.

Su estructura de redacción está organizada en

Fig. 1 Carátula Memorándum Casa de Salud “Estrada Cabrera” (con 5 láminas) 1901.

Miguel Ángel Iriarte, Félix Castellanos y s/n García. Archivo Rebeca Conde Goicolea. Fotografía, Alexander Aguilar 2014



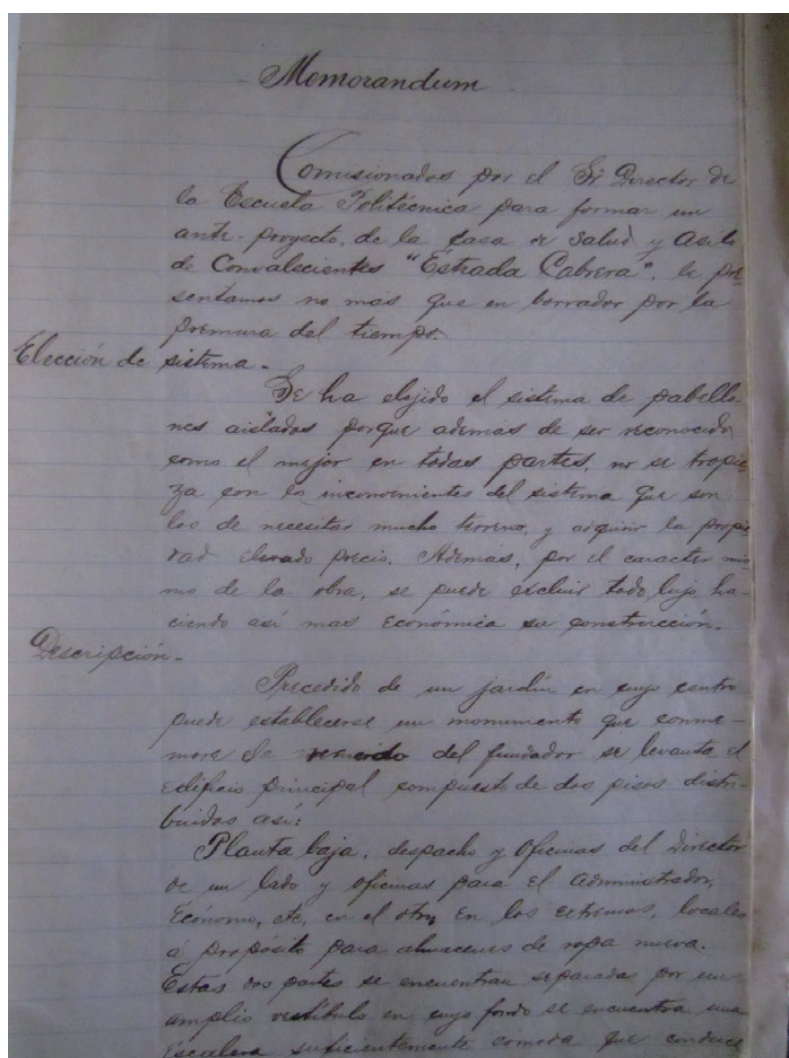


Fig. 2 Página 1, Memorándum Casa de Salud "Estrada Cabrera" (con 5 láminas) 1901.

Miguel Ángel Iriarte, Félix Castellanos y s/n García. Archivo Rebeca Conde Goicolea. Fotografía, Alexander Aguilar 2014

cuatro partes. La primera es introductoria. Luego, tiene tres secciones: elección del sistema, descripción y detalles de construcción. En su parte conclusiva, aporta datos generales del edificio propuesto.

El manuscrito está fechado 19 de julio de 1901 y fue firmado por los ingenieros militares Miguel Iriarte, Félix Castellanos y una tercera persona, de firma ilegible, cuyo apellido puede ser García.

3.2 La situación: relación del sitio con la ciudad ⁹³

El Asilo Estrada Cabrera fue situado en un terreno — ubicado a 3600 m al sur del parque central de la Ciudad de Guatemala ⁹⁴ —, sobre el Boulevard 30 de Junio, en lo que era el barrio de Tívoli. Esta era una nueva zona de expansión urbana, creada a fines del siglo XIX, inspirada en criterios urbanísticos franceses ⁹⁵, que promovían higiene y ornato en las ciudades.

Este sector, al ser una zona periférica, ofrecía el aislamiento higiénicamente deseable para situar un hospital. Más era accesible a la población a través de una línea de tren

Decauville, bestia, automóvil, a pie o bicicleta.

Sobre la forma y superficie del sitio, Francisco Asturias indicó que medía «200 metros de frente» ⁹⁶ mientras que José Flamenco, refirió

⁹⁰ Miguel Ángel Iriarte et al., Memorándum Casa de Salud "Estada Cabrera" (con 5 láminas) 1901 (Guatemala, 1901).

⁹¹ Jorge Alexander Aguilar de León, «Valoración higiénica espacial de la arquitectura hospitalaria guatemalteca. El caso del Hospital General de San Juan de Dios de 1877 a 1907», Libro de Actas. IV Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria SIHAH (Modalidad virtual), 2020, 551-69.

⁹² Alcira Goicolea, «Un arquitecto de fin del siglo XIX en Guatemala: Domingo Goicolea», Anales de la Academia de Geografía e Historia de Guatemala LX, n.o enero-diciembre 1986 (1986): 193-256.

⁹³ El memorándum no hace una descripción detallada de la situación del asilo. Por lo tanto, esta información se referencia a partir de otras fuentes citadas.

⁹⁴ Google Maps, coordenadas 14.609148019316015, -90.51449601430555, consultado el 6 de septiembre de 2025.

⁹⁵ H. Rolando Bonilla Pivaral y Jorge Luján Muñoz, «Urbanismo», en Historia General de Guatemala, Tomo IV. Desde la República Federal hasta 1898., IV (Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1995). P. 635-636

⁹⁶ Francisco Asturias, «Historia de la medicina en Guatemala» (Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina y Farmacia, 1902), <https://ia801406.us.archive.org/32/items/historiadelamed00astugoog/historiadelamed00astugoog.pdf>. P. 78

«un espacio de cerca de cuarenta mil metros cuadrados».⁹⁷ Por su lado, el Memorándum indicó que «la superficie total que se ocupa [es] de 55,000 metros cuadrados [previéndose varios edificios] para construirse más tarde, cuando la capacidad de los anteriores, que es de 400 personas, sea deficiente; pudiéndose por ahora ocupar el espacio para huertos, arboledas, jardines, etc.»⁹⁸

Ahora bien, cruzando esta información con mapas de la época, es posible hipotizar que el terreno propuesto medía 200 m de frente por 200 m a 275 m de fondo. Así mismo, puede establecerse que, si la relación higiénica mínima recomendada era de 100 m² de terreno por paciente⁹⁹, entonces la capacidad total planteada pudo ser de hasta 550 pacientes.

Su situación le brindaba ventajas higiénicamente deseables, pues facilitaba la ventilación cruzada aprovechando los vientos dominantes NE-SO, descargándolos hacia el Boulevard 30 de Junio. En modo similar, facilitaba el soleamiento y drenaje natural del mismo, pues su topografía era ligeramente inclinada al este.

Para dotarlo de agua, el gobierno construyó la fuente de Neptuno,¹⁰⁰ a unos 30 m del sitio elegido, donde había una caja distribuidora de

agua que le surtía.

3.3 Disposición: relación del edificio con el sitio

En Guatemala, los hospitales construidos hasta ese momento eran enclaustrados. Por esta razón, la innovación espacial de este hospital fue haber sido el primero en Guatemala cuya tipología edilicia escogida fue la del «sistema de pabellones aislados [habiéndose tomado] algunos de estos detalles para la disposición general del hospital Lariboisière en París»¹⁰¹ pues era la mejor reconocida, optimizaba el uso del terreno y sería la más económica, al ser una obra sin lujos,¹⁰² véase Fig. 3

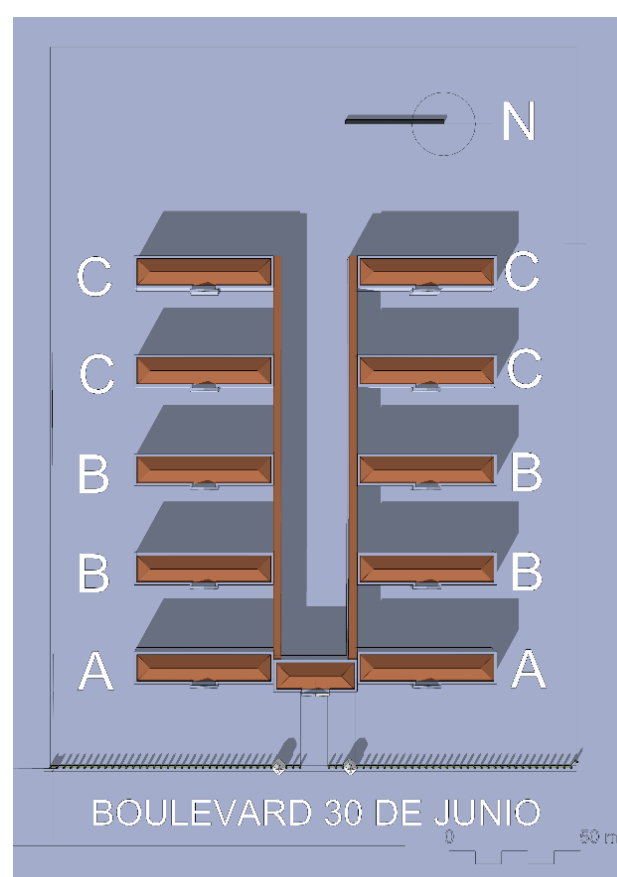
En particular, se cree que solo se construyó una parte, de los varios pabellones planificados en el Memorándum. Lo construido tenía orientadas sus fachadas principales hacia el este y oeste, en modo tal, de aprovechar la mejor ventilación cruzada NE-SO y facilitar la iluminación natural a través de «patios con jardines»¹⁰³

3.4 Distribución: organización espacial interior

Según el Memorándum, el asilo se organizaría en tres grupos espaciales: administración, servicios anexos y enfermerías, conectados entre sí por un corredor puente.

Fig. 3 Hipótesis de vista planivolumétrica de lo que pudo ser el proyecto completo del Asilo Estrada Cabrera, en un terreno de 200 metros de frente por 275 metros de fondo.

Leyenda: A, únicos pabellones construidos entre 1901 y 1911; B, pabellones propuestos que debían edificarse, según Memorándum; C, pabellones previstos para expansión futura, según Memorándum.
Alexander Aguilar 2025



En la administración, estarían las oficinas de dirección y del administrador ecónomo, salón de reuniones y habitaciones del director. En servicios generales, se organizaban servicios de apoyo y servicios médicos. Entre estos, salas de visitas, consultorios médicos, biblioteca, arsenal quirúrgico, museo y sala de operaciones, así como, habitaciones de médicos, administrador, alumnos internos y demás empleados.

También se especificó un pabellón centralizado para farmacia, cocina, panadería, lavado de ropa, comedor de sirvientes y un sótano para máquina de vapor, lavar y electricidad. Otro pabellón, era para baños de hombres y mujeres. Por aparte, se describe un edificio para capilla y sacristía, uno para depósito de cadáveres, una sala de autopsias, un anfiteatro anatómico y; otros edificios para habitaciones de las Hermanas de la Caridad, caballerizas y cocheras.

Por su lado, cada enfermería, se subdividiría por sexo y enfermedad a atender, en un edificio pabellonario, de dos niveles, específico para cada caso. Estos serían de 64 camas cada uno, especificando un volumen de 60 m³ de aire por paciente, así como, un espacio de 9 m de ancho y 5 m de altura por nivel. Los pabellones estarían zonificados así: en un extremo, habitación de enfermeros, hermana de guardia, ropa de cama de servicios diarios y en el otro, inodoros, lavabos, escalera, vestíbulo y una habitación para comedor. Mientras que, al centro, se interpreta que se colocarían 32 camas por nivel, ordenadas a ambos lados de un pasillo central de 4.50 m de ancho.

Particularmente, habría un pabellón específico para parturientas y otro, alejado de los demás, destinado para enfermedades epidémicas. La Casa de Salud, estaría situada al final del terreno. Esta casa prestaba servicios médicos privados, pues los pacientes que ingresaban pagaban una pensión por su estancia.

3.5 Tecnología

En esta subcategoría, el Memorándum recomendó construir un sótano abovedado elevado de 60 a 80 cm del suelo natural para

evitar la humedad. El entepiso, se proyectó con madera del país inyectada en sulfato de cobre para impedir la colonización microbiana y, el piso sería de baldosas de cemento comprimido para hacerlo impermeable a las miasmas. Los cielos rasos, recomendó hacerlos de mortero y de ángulos redondeados, mientras que, los enlucidos sugirió hacerlos con cemento para que resistiesen cualquier lavado antiséptico aconsejado por la ciencia. Sobre tecnología médica, como laboratorio bacteriológico o sala de operaciones aséptica, el Memorándum no indicó nada.

4. CONCLUSIÓN

En el Memorándum sorprende la ausencia del Dr. Ortega u otro médico, probablemente por asuntos de rivalidad política con el dictador. Por esta razón, sin la evidencia de participación médica en su planteamiento, es posible creer que fue proyectado sin incorporar los últimos avances de la medicina, como una sala de operaciones aséptica y un laboratorio bacteriológico. Quizás esto se debió a que fue redactado por ingenieros militares, quienes, entremezclaban conceptos de miasmas, antisépticos y microbios, pero que, es dable a creer, no estaban al tanto de los últimos avances de la medicina aséptica. Por ejemplo, en Guatemala, en el Hospital General San Juan de Dios fue hasta 1905 que

97 José Flamenco, *La Beneficencia en Guatemala: Reseña Histórica* (Tipografía Nacional, 1915) P.94

98 Iriarte et al., *Memorándum*.

99 Société de Chirurgie de Paris, «Conclusions de discussions de la Société de chirurgie de Paris, 1864», en *Les hôpitaux au XIXe siècle: études, projets, discussions et programmes relatifs à leur construction.*, ed. Casimir Tolle (Chez L'Auteur, 1889), <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56523578>. P. 129

100 María Milagro Fajardo Ríos de Álvarez, «Urbanismo de la ciudad de Guatemala en la última década del siglo XIX: Acercamiento a las corrientes artísticas y urbanísticas de la ciudad de Guatemala 1890-1899» (Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Historia, 1990). P. 81

101 Iriarte et al., *Memorándum*. La referencia al hospital Lariboisière es esencial, pues permite comprender que se tomaba a dicho hospital francés como el referente arquitectónico que, ante la falta de las láminas descriptivas, permitiera interpretar mejor el diseño propuesto para el edificio.

102 Iriarte et al., *Memorándum*.

103 Iriarte et al., *Memorándum*.

se construyó el primer pabellón de operaciones asépticas¹⁰⁴ y hasta 1907 cuando se estableció el departamento de radiología y electroterapia.¹⁰⁵

Por aparte, siendo lamentable la falta de las láminas del proyecto, es factible plantear que el proyecto no se concretó de acuerdo con el Memorándum. En este se describió que «el total de la superficie edificada de dos pisos es de aproximadamente 6,000 metros cuadrados y de un piso 2,500.»¹⁰⁶ Al hacer un análisis de fotografía del edificio construido¹⁰⁷, se nota que construyeron, quizás un tercio de lo inicialmente proyectado. Por lo que para este vacío de información se planteó una hipótesis de vista planivolumétrica.

Consiguientemente, este hospital estuvo condicionado por el sincretismo miasmático-bacteriológico, así como, por factores políticos y económicos que lo limitaron. No obstante, por dos motivos interconectados, esta obra representó una innovación significativa para la arquitectura

hospitalaria nacional. Por un lado, al ser de marcada influencia francesa, lograba alinearse mejor con los principios de la medicina positivista, que consideraba estos edificios como instrumento terapéutico, según afirmó Michel Foucault.¹⁰⁸ Por otro lado, al superar varias limitaciones inherentes a los hospitales enclaustrados —en aspectos como la situación, disposición, distribución, ventilación, asoleamiento, aislamiento, limpieza, actualizaciones tecnológicas y potencial de expansión futura—, facilitó una respuesta más eficaz a las necesidades de higiene y crecimiento, reforzando, aunque fuese efímeramente, la calidad del sistema hospitalario de beneficencia guatemalteco. Lo construido se ejecutó de 1901 a 1911 aproximadamente. Sin embargo, lamentablemente, fue corta su vida útil, porque los terremotos de 1917-18, lo dañaron seriamente. No se reconstruyó. Luego, en 1920, el dictador fue derrocado por un levantamiento popular y, por 1922, lo edificado fue finalmente demolido hasta sus cimientos.

¹⁰⁴Juan José Ortega, Pre-antisepsia, Antisepsia y Asepsia. Recuerdos de cinco lustros en el Hospital General de Guatemala (Imprenta de la Viuda de Gabriel López del Horno, 1921). P. 99

¹⁰⁵Ramiro Rivera Álvarez, «Servicios de salud y asistencia social», en Historia General de Guatemala. Tomo V. Época contemporánea: 1898-1944 (Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1996). P. 311

¹⁰⁶Iriarte et al., Memorándum.

¹⁰⁷Véase Asilo Estrada Cabrera P. 95 en Flamenco, La Beneficencia en Guatemala.

¹⁰⁸Michel Foucault, «Incorporación del hospital en la tecnología moderna», Educación Médica Y Salud 12, n.o 1 (1978): 20-35. P. 21

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguilar de León, Jorge Alexander. «Valoración higiénica espacial de la arquitectura hospitalaria guatemalteca. El caso del Hospital General de San Juan de Dios de 1877 a 1907». Libro de Actas. IV Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria SIHAH (Modalidad virtual), 2020, 551-69.

Asturias, Francisco. «Historia de la medicina en Guatemala». Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Medicina y Farmacia, 1902.
<https://ia801406.us.archive.org/32/items/historiadelamed00astugoog/historiadelamed00astugoog.pdf>.

Bonilla Pivaral, H. Rolando, y Jorge Luján Muñoz. «Urbanismo». En Historia General de Guatemala, Tomo IV. Desde la República Federal hasta 1898., IV. Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1995.

Fajardo Ríos de Álvarez, María Milagro. «Urbanismo de la ciudad de Guatemala en la última década del siglo XIX: Acercamiento a las corrientes artísticas y urbanísticas de la ciudad de Guatemala 1890-1899». Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Historia, 1990.

Flamenco, José. La Beneficencia en Guatemala: Reseña Histórica. Tipografía Nacional, 1915.

Foucault, Michel. «Incorporación del hospital en la tecnología moderna». Educación Médica Y Salud 12, n.o 1 (1978): 20-35.

Fundación para la Cultura y el Desarrollo y Asociación de Amigos del País. «Estrada Cabrera, Manuel». En Diccionario Histórico Biográfico de Guatemala. Editorial Amigos del País, 2004.

Goicolea, Alcira. «Un arquitecto de fin del siglo XIX en Guatemala: Domingo Goicolea». Anales de la Academia de Geografía e Historia de Guatemala LX, n.o enero-diciembre 1986 (1986): 193-256.

Iriarte, Miguel Ángel, Félix Castellanos, y s/n García. Memorándum Casa de Salud "Estada Cabrera" (con 5 láminas) 1901. Guatemala, 1901.

Ortega, Juan José. Pre-antisepsia, Antisepsia y Asepsia. Recuerdos de cinco lustros en el Hospital General de Guatemala. Imprenta de la Viuda de Gabriel López del Horno, 1921.

Rendón, Catherine. «El gobierno de Manuel Estrada Cabrera». En Historia General de Guatemala. Tomo V. Época contemporánea: 1898-1944. Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1996.

Rivera Álvarez, Ramiro. «Servicios de salud y asistencia social». En Historia General de Guatemala. Tomo V. Época contemporánea: 1898-1944. Fundación para la Cultura y el Desarrollo, 1996.

Société de Chirurgie de Paris. «Conclusions de discussions de la Société de chirurgie de Paris, 1864». En Les hôpitaux au XIXe siècle: études, projets, discussions et programmes relatifs à leur construction., editado por Casimir Tolle. Chez L'Auteur, 1889.
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56523578>.

BIOGRAFÍA

Alexander Aguilar (1970),

Arquitecto graduado de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), donde obtuvo el doctorado en diseño arquitectónico en convenio con la UNAM (2020). Maestro en arquitectura para la salud por la Universidad La Sapienza de Roma (2009). Ha trabajado en diseño y consultoría de hospitales y proyectos institucionales en Guatemala. Profesor titular en Facultad de Arquitectura USAC. Premio a la excelencia académica de USAC (2020). Fue director de la Escuela de Arquitectura FARUSAC y profesor visitante en universidades internacionales. Ha dictado conferencias y publicado artículos de investigación sobre arquitectura para la salud en varios países.

El Hospital Moderno como Articulador y conformador de una nueva Centralidad.

Caso del ex Hospital Carlos Cisterna, Calama.

Ignacio Fernández-Peñaloza

Programa de Magíster Arquitectura en Zonas

Aridas,

Escuela de Arquitectura,

Universidad Católica Del Norte, Chile.

ifp002@alumnos.ucn.cl

RESUMEN

La ciudad de Calama en los años cuarenta aún es un centro urbano pequeño, ubicado en medio del desierto de Atacama, bordeado por el río Loa y considerado un tambo de parada obligatoria entre las rutas de la costa y la cordillera. Esta ciudad contaba con un modesto recinto hospitalario construido entre 1907-1909 ubicado al norponiente del centro de la ciudad.

A principio de los cincuenta la población de Calama era un poco más de 10.000 habitantes por lo que el antiguo hospital ya se veía sobrepasado en sus funciones. Por otro lado, la ciudad aún dominada por las construcciones en adobe fue sacudida por dos grandes eventos catastróficos.

El primero en 1950 y el segundo en 1953, terremotos de gran impacto que dejaron en el suelo muchas construcciones de la ciudad. Por lo tanto, autoridades locales solicitan al Estado un importante empréstito para el desarrollo de un amplio plan de reconstrucción, obras públicas y antiguos requerimientos de la ciudad, principalmente un nuevo hospital.

El nuevo hospital inicia sus actividades en 1964, proyectado por el arquitecto Francisco Fones y construido por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.

Por otra parte, el moderno edificio se posiciona como uno de los proyectos más emblemáticos de un conjunto de arquitecturas que se desarrollan entre 1950 y 1970 aprox. Proyectos que permitieron que la ciudad fuera dotada de una infraestructura que no existía, equipamientos públicos que permitieron dar un imaginario de modernización en la ciudad.

Finalmente, esta investigación trae a discusión una pieza urbana de gran relevancia para el sector y para la historia de la ciudad como patrimonio arquitectónico hospitalario moderno. Proyecto que articula el antiguo núcleo urbano con los nuevos barrios de la ciudad y que por lo demás corona la conformación de un nuevo centro cívico en el sector.

Palabras clave:

Calama, Arquitectura hospitalaria, Nueva Centralidad, Infraestructura, Arquitectura moderna

1. APROXIMACIÓN A LA INSTITUCIONALIDAD DE LA SALUD Y LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN CHILE

Un gran porcentaje de la arquitectura chilena construida durante el siglo XX trae detrás una avanzada tradición institucional promovida por políticas públicas, teniendo como enfoque principal dar soluciones a problemáticas sociales como vivienda, educación y salud. En algunos casos llegando a desarrollar una expresión arquitectónica de la edificación pública¹⁰⁹.

En el caso particular de la institucionalidad de la salud chilena, esta tiene sus inicios en 1917, cuando se crea el Consejo Superior de Beneficencia, teniendo como objetivo principal implementar un moderno sistema de salud. Al mismo tiempo, se proponían desarrollar un plan de fomento y distribución de todos los servicios de Beneficencia. Más adelante, en

¹⁰⁹Eliash, Humberto, y Manuel Moreno. «Arquitectura y modernidad en Chile 1925-1965: una realidad múltiple.» 1989.

1927 el consejo pasó a denominarse Junta Central de beneficencia¹¹⁰.

De modo similar, en 1944 se crea la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH). A los años siguientes en 1952 se funda el Servicio Nacional de Salud (SNS), resultado de la fusión de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad y La Junta Central de Beneficencia¹¹¹. Estas instituciones formaron parte de la construcción y formulación de recintos hospitalarios a lo largo de todo Chile hasta principio de los años ochenta.

Por otra parte, en 1980 la revista del Colegio de Arquitectos de Chile, CA (Ciudad y Arquitectura) en su publicación número 26 que lleva como título “Lugares para la salud” entrega a sus lectores un compendio de artículos y proyectos relacionados a la salud en el país, principalmente entre los 60’ y 70’. Como por ejemplo el Hospital Dr. Juan Noe de Arica, El Hospital de Coquimbo, el Hospital Dipreca de Santiago o el Hospital Van Buren de Valparaíso¹¹².

Finalmente, en el documento quedan expresadas las conversaciones,

cuestionamientos y conclusiones que estaban llevando a cabo los distintos actores relacionados a las instituciones de la época, planteando así nuevas formas de ver la salud y los recintos destinados a ella en Chile.

2. ORGANIZACIÓN URBANA Y ANTECEDENTES HOSPITALARIOS DE CALAMA

Sin duda la salud y los espacios en los que esta se desarrolla han sido de gran relevancia para la sociedad chilena, y las ciudades lejanas a los principales centros urbanos no quedan ajena a este proceso.

Calama, es una ciudad de Chile, ubicada en medio del desierto de Atacama, bordeada por el río Loa y considerada en sus inicios como tambo de parada obligatoria entre las rutas de la costa y la cordillera.

Particularmente la historia de la salud y los recintos hospitalarios de Calama no es del todo clara ya que existen pocos documentos que hablen sobre ello. Pero durante la investigación se identificó uno de los primeros registros de este tipo de infraestructura en la ciudad, en el plano de 1940¹¹³ de la Asociación de Aseguradores de Chile¹¹⁴. Del



Fig. 1. Asociación de aseguradores de Chile, Plano de Calama, 1940, en rojo ubicación del Hospital.
© Biblioteca Nacional Digital.

¹¹⁰Galeno, Claudio, Horacio Torrent, Exss Ursula, y Stéphane Franck. “El hospital moderno como proyecto urbano en Chile 1930'-1970'.” V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura, 2023: 219-235.

¹¹¹Galeno, Claudio. «Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno.» En Libro de resumos do 13° Seminario Docomomo Brasil: Arquitetura Moderna Brasileira. 25 anos do Docomomo Brasil. Todos os mundos um mundo só, 177. 2019.

¹¹²CA (Ciudad y Arquitectura). Lugares para la salud. 26. Colegio de Arquitectos de Chile, 1980.

¹¹³Plano de Calama de 1940. Asociación de Aseguradores de Chile. Fuente: Biblioteca Nacional de Chile.

¹¹⁴La Asociación de Aseguradores de Chile es una organización gremial que fue fundada en 1899 como representante de las distintas compañías de seguros en el país. Además de cumplir su rol principal como portavoz, se encargaron de desarrollar un amplio catastro de las propiedades y realizar planos de la época. <https://portal.aach.cl>

conjunto de información disponible en el plano podemos notar la numeración de las manzanas, principales edificaciones, además distinguir los elementos y sectores más relevantes de la ciudad. Otra lectura que podemos extraer del documento es la composición urbana que existía a principio de los años cuarenta.

Calama en aquel periodo, fue un centro urbano compacto claramente delimitado. En primer lugar, por el norte y el sur por acequias donde circulaba agua canalizada desde el río Loa. En segundo lugar, en el sector oriente se ubicaron los terrenos y la estación del ferrocarril. En último lugar y como límite poniente se encuentra el camino principal que llevaba hacia el campamento de Chuquicamata, actual Avenida Granaderos.

En este contexto, en un sector rural de la ciudad, se levantó el antiguo hospital, entre 1907 y 1909 ¹¹⁵. El recinto se ubicó al norponiente del centro fundacional de la ciudad, a 150 metros aproximadamente de la acequia que delimitaba por el norte y en frente de las dependencias de Carabineros.

Según una nota del periódico "Noticias" del 3 de abril de 1909, durante la visita del intendente de la provincia ya se hallaban terminadas "seis salas de escasas dimensiones". Por otra parte, el mismo regidor comunicaba que "en vista de que el local puede ser habitado, podría ser entregado al público dentro de quince días". Sin embargo, en la misma nota se expresaba que "el establecimiento servirá como hospital de tránsito, pues los enfermos de gravedad que necesiten mucho tiempo de tratamiento médico, serán remitidos a Antofagasta" ¹¹⁶.

En otras palabras, podríamos interpretar que el Hospital de Calama de aquella época era un modesto recinto, de algunos pocos metros cuadrados que permitía entregar servicios básicos de salud.

Ya a principio de los años cincuenta la población de Calama era un poco más de 10.000 habitantes, este fenómeno fue causado, en parte, por los movimientos de personas convocados por el auge de la

minería principalmente del salitre, los cuales se intensificaron por la Segunda Guerra Mundial, alcanzando así la categoría de un centro urbano relevante para el sector ¹¹⁷.

Estos sucesos generaron que el antiguo hospital comenzara a evidenciar serias limitaciones al verse sobrepasado por sus funciones. Además, esta situación se vio agravada por el mismo estado de la edificación. En el periódico "Noticias" de 1950 se criticaba de forma muy severa el estado del inmueble, este era descrito como "un humilde cascarón de madera apolillado que Calama no lo merece." ¹¹⁸.

Por otra parte, hay que señalar que mientras se ponía en cuestionamiento el espacio en el que funcionaba el hospital, a los meses siguientes de la publicación ocurre un evento de gran relevancia para la ciudad, el 9 de diciembre del mismo año Calama fue sacudida con uno de los terremotos intraplaca más intenso registrado en Chile, de características similares al terremoto de Valdivia, Chile (1960).

Ahora bien, debemos recordar que la ciudad de Calama en ese momento era dominada principalmente por las construcciones en adobe, por lo que el sismo provocó el deceso de una gran cantidad de estas edificaciones. Algunas lograron resistir y con el tiempo fueron reparadas.

Pero, por si fuera poco, en 1953 un nuevo sismo finalmente termina de dar el golpe final a las estructuras ya debilitadas, así lo evidenciaba la portada del periódico "Noticias" el 16 de diciembre de 1953 en el cual además se menciona que "más del 80%

¹¹⁵Galeno, Claudio, Horacio Torrent, Exss Ursula, y Stéphane Franck. "El hospital moderno como proyecto urbano en Chile 1930'-1970'." V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura, 2023: 219-235.

¹¹⁶Noticias (Calama). «Hospital de Calama.» 3 de abril de 1909.

¹¹⁷Chile. Estudio Preinversional de Vivienda y Desarrollo Urbano de Calama. Vol. 1. Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, 1967.

¹¹⁸Noticias (Calama). «El Hospital el Loa ejerce sus funciones en precarias condiciones.» 30 de septiembre de 1950: 1.

de las viviendas de Calama sufrieron daños de consideración y unas naturalmente quedaron prácticamente en el suelo”¹¹⁹.

Estos dos eventos devastadores, dejaron en el suelo gran parte de la ciudad. Por lo que, con el propósito de dar auxilio a las familias de Calama y alrededores, las autoridades locales solicitan al Estado un importante empréstito para desarrollar un vasto plan de reconstrucción, obras públicas y antiguos

requerimiento de la ciudad como un teatro, un cuartel de bomberos, una cárcel, una biblioteca y principalmente un nuevo hospital¹²⁰.

Finalmente, los nuevos recursos permitieron iniciar el proceso de reconstrucción de la ciudad y dotar, de una variedad de equipamientos y arquitecturas alineadas con la arquitectura moderna.

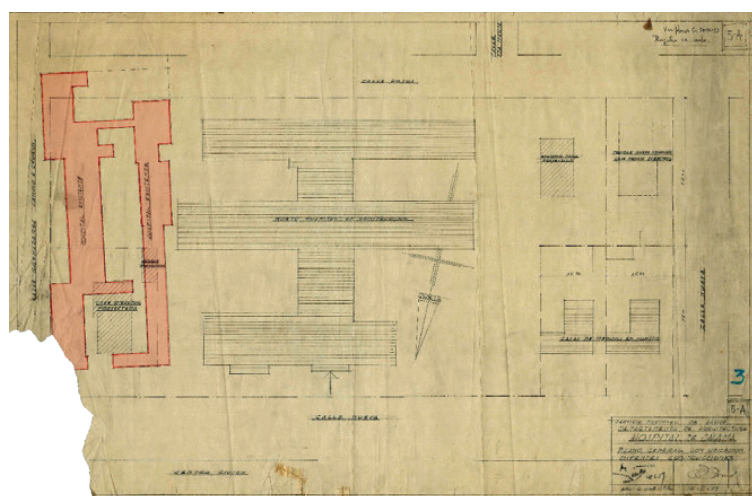


Fig. 2. SNS. Depto. de Arquitectura, Emplazamiento del antiguo hospital y la futura propuesta, 1959.

© Servicio Nacional de Salud.

3. UN NUEVO HOSPITAL MODERNO PARA CALAMA

Junto a las dependencias del antiguo hospital, emplazado en el mismo terreno, hacia el poniente, se erige el moderno edificio del Hospital de Calama (1956-1964) (Fig.2).

Diseñado por el arquitecto Francisco Fones y construido por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH). El diseño original, además de proyectar el volumen principal, consideró cuatro volúmenes pequeños destinados a: dos como residencias para médicos, uno para anatomía patológica y el último como vivienda del director.

El nuevo recinto inmediatamente se posiciona como el centro de salud más relevante de la provincia y con justa razón, ya que en él se veía expresado varios de los lineamientos que se creían óptimos para este tipo de edificaciones.

En primer lugar, retomando el número de la revista “CA”, en el artículo “Aproximación a la arquitectura de la salud” por los arquitectos Alfredo Celedón y Jaime Márquez transcriben parte de las conversaciones, cuestionamientos,

conclusiones y proposiciones a las que llegó el equipo de arquitectos del Subdepartamento de Arquitectura del SNS al revisar los lineamientos relacionados a la proyección de establecimientos para la salud¹²¹.

Si bien en el texto se menciona que estos aspectos son discutidos entre 1964-1969, de manera posterior al hospital de Calama (1959-1964), el proyecto refleja parte de estos lineamientos, dando cuenta de que las discusiones respecto a estos tópicos entre los profesionales que componían a la SCEH y el SNS se fueron dando mucho antes a la publicación del texto y claramente influenciado en las decisiones proyectuales del hospital de Calama.

¹¹⁹Noticias (Calama). «Calama prácticamente está en ruinas.» 16 de diciembre de 1953: 1

¹²⁰Segovia, Wilson, y Carlos Mondaca. «Historia y sociedad del departamento del Loa. Calama, una mirada desde los archivos. El municipio y la construcción social del espacio 1879-1950.» 2011.

¹²¹Celedón, Alfredo, y Jaime Márquez. «Aproximación a la arquitectura de la salud.» CA (Ciudad y Arquitectura), n°26 (mayo 1980): 4-7.

Particularmente en Calama, era importante definir el alcance y la escala del proyecto, mirando la planimetría del edificio queda claro que Fones para acotar el programa arquitectónico considera los “Cuatro niveles principales de especialización medica” que Celedón y Márquez declaraban. Estos son Medicina Adultos, Pediatría, Cirugía y Obstetricia. Además, acompañarlos con lavandería, central de alimentos, bodegas, talleres de mantenimiento, garaje, comedor para el personal y oficinas.

Aquello permitió especificar la organización del nuevo hospital como una estructura funcional que rescata elementos de los antiguos hospitales, separando patologías en distintos edificios, en este caso se trataría de una modernización de los pabellones tradicionales, conformando un sistema de pabellones destinados a las cuatro especialidades básicas para un recinto hospitalario comunal.

En segundo lugar, la modernización de esta tipología era acompañada de las teorías de los higienistas que veían el aire viciado como el principal vehículo de contagio de las enfermedades. Separando y clasificando enfermedades en distintas zonas del edificio. Una de las problemáticas principales de esta tipología fue el gran índice de circulaciones que desfavorecía el trabajo de las personas. Pero permitió que de manera muy positiva el volumen tuviese más recintos en contacto directo con el exterior, o sea una mayor presencia de entornos vegetales, iluminación y ventilación natural¹²².

4. RESPUESTA A LOS NUEVOS REQUERIMIENTOS: PROGRAMA ARQUITECTÓNICO Y FORMA

El nuevo hospital resulto en un volumen compuesto de tres barras paralela, siendo la barra de en medio la de mayor altura. Finalmente, las paralelas son atravesadas por un volumen bajo que las comunica entre sí.

Este gesto permitió cuatro vacíos que iluminan y ordenan los distintos pabellones, dos eran jardines (norte) y dos patios de servicios (sur). Junto a los últimos, se ubicaron los recintos y

espacios servidores como bodegas, farmacia, cocina, lavandería y posteriormente el garaje, transformado luego en morgue. Por otro lado, en las caras norte se ubicaron principalmente las habitaciones y salas de atención. Por otra parte, se incluyó una rampa para conectar los dos niveles del edificio ¹²³.

En cuanto a su exterior, quedó definido principalmente por el rimo en la modulación de los vanos y los elementos verticales que sobresalen de la fachada norte, distanciados a cada un metro en la fachada principal y cada dos en la fachada norte de la barra central, aunque existen algunas variaciones que responden a las divisiones del interior. Estos elementos solo se encuentran en las fachadas norte evidenciando claramente que son elementos de control solar. Por otro lado, si tomásemos en cuenta el norte real, las fachadas principales serían norponiente, o sea las caras más soleadas del edificio. (Fig.3)

A fines de los sesenta al hospital se le adiciona un nuevo edificio, se desconoce si fue parte del proyecto original o si fue formulado desde cero, este nuevo volumen de dos pisos que fue planteado al costado norponiente del hospital asumió la extensión de dos pabellones, en el nivel 1 destinado para el área de pediatría y cirugía infantil, mientras que en el nivel superior los nuevos recintos estarían relacionados al pabellón de obstetricia.

¹²²Roco, Valentin, y Claudio Galeno. “Variantes de escalas y tipologías en los establecimientos y estrategias de salud en el norte de Chile: proyectos y arquitecturas de Antofagasta.” Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina, 4 editado por María L. González, 75-122. UNAM, Mexico, 2023.

¹²³Fernández, Ignacio. “Estado, organismos locales y arquitectura moderna en Calama 1950-1978. Construcción de un imaginario moderno en zonas áridas.” En 3° Seminario de investigación de postgrado RED PHI-CHILE: Lugares de la memoria y conservación del patrimonio, 41-45. FAU-UCh, 2023.



Fig. 3. Francisco Fones, Hospital Carlos Cisterna, Calama, 1964, la fotografía fue tomada a principio de los 70'.
© Lucas Burchard S.

5. NUEVO CENTRO CÍVICO

De manera paralela a la construcción del hospital, la influencia del campamento va teniendo cada vez más presencia en la ciudad. La calle Granaderos y el camino a Chuquicamata al compartir trazados similares, termina consolidándose como un gran eje estructurante.

El aumento de la población dio paso a nuevas poblaciones, fundamentalmente de carácter obrero, a excepción de la población CORVI (Chile 1967). Estos sectores habitacionales se posicionaron principalmente al poniente de este eje y al norponiente del centro urbano, mientras que en la cara oriente se proyectaban los primeros trazos para la villa Ayquina, la cual formará parte de las villas para los primeros traslados de los trabajadores de la Chile Exploration Company desde Chuquicamata a Calama.

El nuevo hospital corona por el sur este nuevo centro cívico, el cual contiene una manzana ocupada por los servicios públicos y por una plaza. Al poniente una hilera de cinco bloques racionalizados tipo 1020 de la CORVI (1967-1971), contiguo a estos la población CORVI (viviendas en extensión) y la población Domeyko ambas rodeando al primer liceo de la ciudad Liceo B-8, al norte una manzana destinada para los bomberos y unos cuantos pasos más allá el edificio de la primera comisaria de carabineros. En cuanto al poniente en los terrenos de carabineros al frente del hospital se ubicó el Hogar de menores (1963), creación impulsada por el

club de Leones de Calama¹²⁴.

Finalmente, una última extensión fue construida en los ochenta en el terreno del hospital antiguo, hacia el oriente del edificio moderno, este volumen incorporó el área del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), urgencias y un área de diagnóstico.

6. CONSIDERACIONES FINALES

El hospital hoy se encuentra en desuso, se construyó un edificio más contemporáneo para cubrir los nuevos requerimientos de la ciudad. Por otro lado, las autoridades han considerado su demolición.

Sin embargo, esta investigación trae a discusión esta emblemática edificación para poner en valor sus cualidades históricas y patrimoniales como uno de los proyectos más significativos de una época de gran desarrollo para Calama.

Además, es un gran representante de la historia local respecto a su escala y de la arquitectura institucional moderna en la ciudad. Por otro lado, es una pieza urbana de gran relevancia, representando un umbral que articula el casco histórico con los nuevos sectores, coronando la conformación de un nuevo centro cívico en el sector.

¹²⁴ Álvarez V., Alejandro. Resumen de la Historia de Clama. Calama: Editorial Odisea, 1988.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez V. , Alejandro. Resumen de la Historia de Clama. Calama: Editorial Odisea, 1988.

Asociación de Aseguradores de Chile. Plano de Calama. Biblioteca Nacional de Chile, 1940.

CA. Lugares para la salud. 26. Colegio de Arquitectos de Chile, 1980.

Celedón, Alfredo, y Jaime Márquez. "Aproximación a la arquitectura de la salud." CA (Ciudad y Arquitectura), n° 26 (Mayo 1980): 4-7.

Chile. Estudio Preinversional de Vivienda y Desarrollo Urbano de Calama. Vol. 1. Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, 1967.

Eliash, Humberto, y Manuel Moreno. "Arquitectura y modernidad en Chile 1925-1965: una realidad múltiple." 1989.

Fernández, Ignacio. "Estado, organismos locales y arquitectura moderna en Calama 1950-1978.

Construcción de un imaginario moderno en zonas áridas." En 3° Seminario de investigación de postgrado RED PHI-CHILE: Lugares de la memoria y conservación del patrimonio, 41-45. FAU-UCh, 2023.

Galeno, Claudio. "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno: Tocopilla, 1937-40, y Antofagasta, 1957-66." En Actas 8º Docomomo Brasil, Rio de Janeiro, de Docomomo Brasil. Río de Janeiro, 2009.

Galeno, Claudio. "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno." En Libro de resumos do 13º Seminario Docomomo Brasil: Arquitetura Moderna Brasileira. 25 anos do Docomomo Brasil. Todos os mundos um mundo só, 177. 2019.

Galeno, Claudio, Horacio Torrent, Exss Ursula, y Stéphane Franck. "El hospital moderno como proyecto urbano en Chile 1930'-1970'." V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio

Hospitalar e Paisagens de Cura, 2023: 219-235. Noticias. "Calama prácticamente está en ruinas." 16 de diciembre de 1953: 1.

Noticias. "El Hospital el Loa ejerce sus funciones en precarias condiciones." 30 de septiembre de 1950: 1.

Noticias. "Hospital de Calama." 3 de Abril de 1909.

Roco, Valentin, y Claudio Galeno. "Variantes de escalas y tipologías en los establecimientos y estrategias de salud en el norte de Chile: proyectos y arquitecturas de Antofagasta." Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina,4 editado por María L. González, 75-122. UNAM, Mexico, 2023.

Segovia, Wilson, y Carlos Mondaca. «Historia y sociedad del departamento del Loa. Calama, una mirada desde los archivos. El municipio y la construcción social del espacio 1879-1950.» 2011.

BIOGRAFÍA

Ignacio Fernández-Peñaloza

Arquitecto de la Universidad Católica del Norte (UCN), cursando el programa de Magíster Arquitectura en Zonas Áridas (MAZA-UCN). Investigaciones e intereses se han enfocado en el patrimonio, la historia de la arquitectura y el urbanismo del norte de Chile, principalmente de la ciudad de Calama, Chile.

Reencontrando o passado no presente: Um estudo sobre a quadra do Complexo Hospitalar Souza Aguiar.

Michael Morouço

Universidade Federal Do Rio De Janeiro –
Proarq / Lablugares
michael.morouco@fau.ufrj.br

Ana M. G. Albano Amora

Universidade Federal Do Rio De Janeiro –
Proarq / Lablugares
aaamora@fau.ufrj.br

Helio Herbst

Universidade Federal Do Rio De Janeiro –
Proarq / Lablugares
helioherbst@ufrj.br

RESUMO

Trata-se de estudos sobre a ocupação e a modificação ao longo do tempo de uma quadra localizada no centro histórico da cidade do Rio de Janeiro, por nós denominada “Ilha de Saúde” (Amora, 2022), onde está situado o Complexo Hospitalar Souza Aguiar. A investigação faz parte da pesquisa da dissertação “Quantas memórias cabem em um quarteirão?”, elaborada no âmbito do Grupo LabLugares do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROARQ FAU/UFRJ) e se baseia na análise da memória da cidade, articulando noções como história, memória, patrimônio e documento, utilizando uma abordagem metodológica histórica e crítica. A pesquisa foca na evolução histórica, morfológica e arquitetônica da região, com ênfase no desenvolvimento, ampliação e transformação do Complexo, desde sua origem como um posto de saúde no início do século XX de estilo eclético classicizante, até sua demolição e reconstrução na configuração atual, caracterizado pela presença de edifícios modernos e obras de arte. Por meio de estudos cartográficos, levantamentos fotográficos, desenhos e modelagens digitais, a pesquisa visa entender como a implantação e as sucessivas modificações do hospital alterou a ambiência do quarteirão ao longo do tempo e de que maneira a presença de determinados elementos, como o muro remanescente da antiga edificação, preserva memórias tanto materiais quanto simbólicas. O foco central do

estudo está na valorização da memória da cidade e na importância de documentar e interpretar os vestígios históricos que nela existem e resistem, especialmente em uma região que passou por profundas mudanças sociais e urbanísticas.

Palavras-chave:

Hospital Municipal Souza Aguiar; Memória da Cidade; Patrimônio Material; Forma Urbana; História

1. O TRABALHO

O tema deste trabalho é a ocupação de um quarteirão no centro histórico da cidade do Rio de Janeiro (Brasil), que hoje se configura como o Complexo Hospitalar Souza Aguiar (CHSA). O interesse pelo tema surgiu por conta da vontade de estudar o Hospital Municipal Souza Aguiar (equipamento de maior complexidade do Complexo) e o tecido urbano em que está inserido a partir da consonância com o projeto de pesquisa de nosso laboratório.

O complexo hospitalar faz parte do que denominamos Ilha de Saúde¹²⁵, um quarteirão contido entre as ruas Frei Caneca, Praça da República, Moncorvo Filho e

¹²⁵Denominação criada por Amora, 2023 para efeito de entendimento do aglomerado de edificações de saúde de diversas especificidades e portes neste local. A utilização da categoria ‘Ilha’ é uma mera estratégia metodológica com o objetivo de destacar fisicamente uma parcela da área de estudo, pois apesar do terreno do HMSA e seu entorno abrigarem diferentes instituições, todas estão ligadas à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

General Caldwell. Neste local, além do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), há também a Coordenação de Emergência Regional Centro (CER), o HEMORIO, o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda e a Unidade de Pronto Atendimento Centro (UPA). Nos arredores imediatos encontramos o Hospital Geral Moncorvo Filho e a Policlínica Militar do Exército.

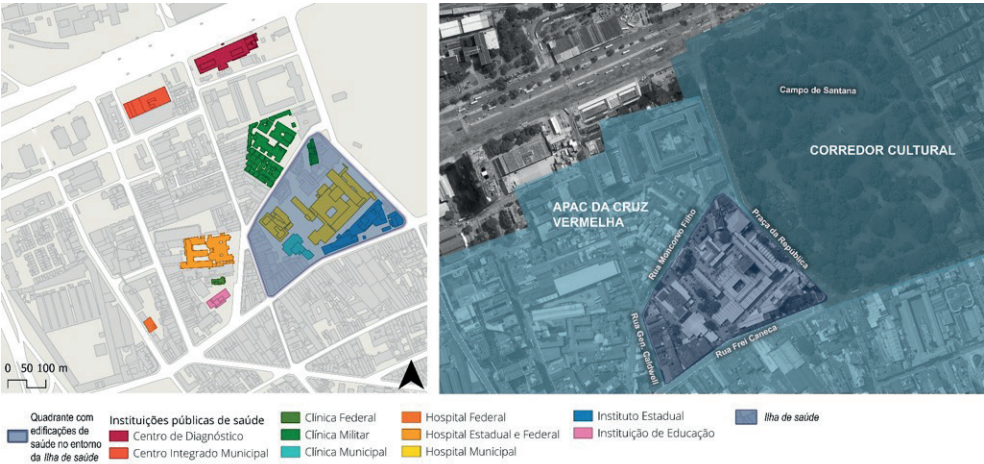
Vale ressaltar que o hospital está localizado em frente ao Campo de Santana¹²⁶, local de importantes acontecimentos históricos, intervenções e de disputa de memórias e narrativas, sociais e de poder, incluso em um tecido histórico com construções ecléticas, preservado desde a década de 1980 pelo projeto Corredor Cultural¹²⁷ de preservação do Centro Histórico da cidade e,

posteriormente, pela APAC da Cruz Vermelha¹²⁸. Tal preservação levou à condição de patrimônio não apenas as arquiteturas singulares, mas os conjuntos urbanos formados por edifícios de menor porte construídos ao final do século XIX e início do XX, que correspondem à maior parte edificada do entorno imediato à praça¹²⁹.

De acordo com Maurício de Abreu¹³⁰, escolher analisar os espaços do passado e interpretar o tempo de um lugar não é fácil, pois é uma tarefa empírica, mas pode ser viável. E não basta apenas olhar para o passado, devemos estar atentos também ao presente. A memória da cidade está sendo produzida continuamente, dia após dia e de alguma forma devemos registrá-la para que isso não se perca.

Figura 01. Localização da Ilha de Saúde.

© Acervo LabLugares / PROARQ / FAU / UFRJ. Ilustração realizada a partir do desenho de Letícia Pessoa, editado pelo autor. 2025.



2. O HOSPITAL

O que hoje constitui o Hospital Municipal Souza Aguiar¹³¹ teve origem em 1907, no então Posto Central de Assistência Pública, que se localizava na Rua Camerino, no centro da cidade do Rio de Janeiro, e cujos serviços eram aqueles de um pronto-socorro público.

Com a propagação das reformas sanitárias no início do século XX, o crescimento da cidade e a necessidade de um espaço de tratamento maior e mais completo, o posto foi transferido em 1910 para o atual logradouro, na Praça da República, em um quarteirão onde existiam galpões então pertencentes a Prefeitura do Distrito Federal, próximo da atual avenida Presidente Vargas e da Central do Brasil (atual estação ferroviária e metroviária carioca, antiga Estação Ferroviária Dom Pedro II).

126“Parte da cidade que constituiu os seus arrabaldes nos tempos da Colônia e era chamado de Campo da Cidade, que consistia em uma área pantanosa, um vasto areal alagadiço com vegetação de restinga. O local passou a ser ocupado por chácaras no século XVIII, mas uma grande porção não ocupada passou a abrigar atividades militares e a ser chamada como Campo de Santana, por conta da igreja de Santana. Com a República a denominação foi alterada para Praça da República, retornando ao nome original em 1965.” (Amora et al, 2023, p. 324).

127Decreto nº 4.141 de 14 de julho de 1983. Lei nº 506 de 17 de janeiro de 1984. Lei nº 691 de 24 de dezembro de 1984, entre outras.

128Decreto nº 11.883 de 30 de dezembro de 1992.

129Amora, A., Barcello Santos, R., Da Silva, G., Machado, L. “Uma Ilha de Saúde no entorno do Hospital Municipal Souza Aguiar”. (In: Livro de atas V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura. Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2023).

130Abreu, Mauricio Almeida. “Sobre a memória das cidades”. (Revista da Faculdade de Letras – Geografia. 1 série. Vol. XIV, Porto, 1998). Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/geografia/article/view/7761/7122>.

O hospital então construído era uma edificação com predominância horizontal, em estilo eclético classicizante¹³² e possuía relação visual direta com o Campo de Santana à sua frente. Para termos noção da importância do hospital, em 1927 foi realizada a primeira cirurgia de coração da história do Brasil. Em adição, consultamos o acervo do Arquivo Nacional, e conseguimos ainda ver alguns vídeos de propaganda da sua qualidade e referência nacional e internacional no atendimento e cuidado.

Em 1955, em homenagem ao centenário de Francisco Marcelino de Sousa Aguiar¹³³, o Hospital passou a ser denominado Hospital Souza Aguiar.

Na década de 1960, durante a gestão do governador Carlos Lacerda¹³⁴, ocorreram diversas intervenções na gestão da saúde pública, com a criação e readequação de diversos hospitais. Dentre eles, o Souza Aguiar que foi ampliado, modernizado e modificado. O monobloco horizontal eclético classicizante deu lugar a um edifício monumental concebido de acordo com as premissas do Movimento Moderno na acepção identificada com a alcunha “Escola Carioca”¹³⁵. O novo projeto foi assinado por Ary Garcia Roza (1911-1999)¹³⁶ com projeto paisagístico de Burle Marx (1909-1994).

No processo de remodelação do HMSA, na qual se optou pela construção de uma edificação nova em substituição do edifício preexistente, fica nítida a política pública à época, que desconsiderava a possibilidade de desempenho funcional de antigos edifícios, descredibilizando a adequação da antiga forma e sobrepondo-a por uma nova. Tal procedimento pode ser visto como uma forma de apagamento da história, na qual a nova arquitetura, moderna, menospreza a importância de qualquer manifestação precedente, em especial, no caso carioca, a eclética.

Após a construção das novas instalações, o antigo edifício foi demolido por completo, ficando apenas a fachada lateral como muro que separa o HMSA do Palácio da Saúde do

Ministério da Guerra¹³⁷. Entretanto, tal muro foi reaproveitado e sofreu uma intervenção se tornando um muro escultórico, complementando o projeto paisagístico composto ainda por um painel mural no interior do hospital (ambos tombados por serem obras de Burle Marx¹³⁸).

A permanência da fachada lateral da edificação antiga confere ao conjunto um caráter de destaque, fato que constitui um marco temporal entre o que existiu e o que há hoje. Tal presença torna instigante a relação entre o objeto do tempo presente e o objeto outrora existente, do qual tentamos reconstituir sua imagem.

O muro escultórico de Burle Marx se apropria do muro existente, utilizando suas nuances sem negar sua forma. Seus volumes se apoiam na parede antiga, limitando-se à sua parte estrutural e dando suporte à vegetação que ali se estendia. Não foi criado um muro novo e nem se pretendeu apagar a existência do

¹³¹ Maior hospital público de urgência e emergência do Rio de Janeiro e com a maior emergência pública da América Latina.

¹³² Segundo Gustavo Rocha Peixoto (in CZAJKOWSKI, 2000, p.13), o ecletismo classicizante é caracterizado pela arquitetura acadêmica pós-neoclássica, praticada entre os anos 1870 e 1940. O ecletismo atribuiu à linguagem neoclássica maior dramaticidade, sendo possível verificar o aumento da carga decorativa nas composições do período. Também consideramos que este edifício tinha uma base de composição clássica destacando a base, o corpo, e o coroamento da edificação.

¹³³ Prefeito da cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal entre 1906 e 1909, e fundador do hospital.

¹³⁴ Governador do Estado da Guanabara entre 1960 e 1965. A criação da Guanabara se deu em função da transferência da Capital Federal para Brasília, sendo seu território correspondente ao da cidade do Rio de Janeiro. Em 1974, com a extinção do Estado da Guanabara, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se capital do Estado homônimo.

¹³⁵ O termo foi usado inicialmente por Mario de Andrade no artigo “Brazil Builds”, publicado originalmente no Correio da Manhã em 1944, sendo posteriormente incluído na coletânea de Alberto Xavier em 1987 e na revisão feita em 2003, utilizada aqui como referência.

¹³⁶ Contemporâneo de Affonso Eduardo Reidy, Lúcio Costa, Oscar Niemeyer e dos irmãos Marcelo e Milton Roberto, entre outros. Manteve-se sempre ligado aos arquitetos mais significativos de sua geração, seja por afinidade de ideias e concepções arquitetônicas, seja por relações de amizade ou de trabalho (LOPES, 1998).

¹³⁷ O edifício está situado de frente para o Campo de Santana, entre o Hospital Souza Aguiar e a Faculdade de Direito da UFRJ. Atualmente, funciona a Odontoclínica Central do Exército (OCEx).

¹³⁸ Decreto Municipal Nº 30936 de 4 de agosto de 2009.

antigo, mas o contrário, evidenciar o que restou, transformando-se em uma obra moderna e que hoje está em processo de ruína pelo descaso e abandono.

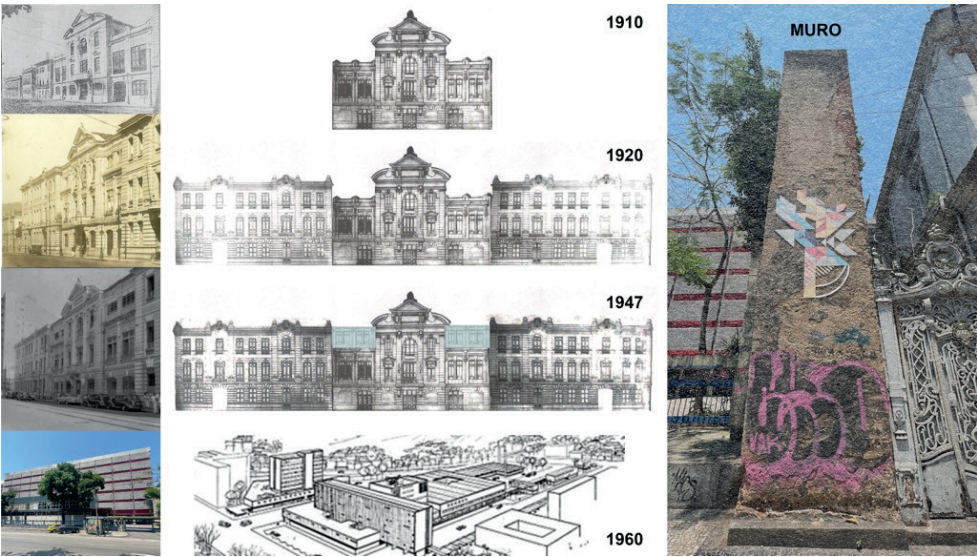
Ainda assim, o muro resiste ao tempo, seguindo com sua função física de separação de espaços, acumulando histórias e memórias. Resiste ao apagamento do passado, ganhando novos significados.

A concepção do Hospital Municipal Souza Aguiar é parte de uma agenda do Movimento Moderno interpretado pelos arquitetos cariocas que, além de buscarem uma nova identidade no modo de pensar e fazer arquitetura, empregada na plástica e nos métodos de projeto, romperam com os antigos estilos e métodos construtivos, constituindo uma proposta singular para a obtenção de uma nova monumentalidade, sintetizada conceitualmente por Lucio Costa.

Conseguimos entender a dimensão da obra de Ary Garcia Roza a partir da sua fala:

A arte na arquitetura é um estado de espírito indispensável. Mas eu fui criado na construção, desde pequeno, na construção da casa de meu pai. Para mim a tecnologia, os materiais – as conquistas da ciência e da tecnologia de uma época têm de fazer parte da arquitetura dessa época. Nós não estamos fazendo uma escultura, uma peça de arte. Estamos fazendo um equipamento urbano que vai participar da vida da coletividade. Então nós não podemos fazer isso só por beleza. A beleza é uma competência natural e lógica. Para que a obra seja feita, e bem feita, ela tem que ter essa condição, tem que ter essa qualidade, sem a qual não dura. Também não é uma engenharia. Engenharia é uma especialidade que contribui para realizar melhor, para prever problemas e dar soluções. A concepção arquitetônica tem que ter uma síntese, tem que representar realmente a época que foi feita: os valores culturais, os agentes tecnológicos; sem isso não consegue fazer parte da comunidade¹³⁹.

Figura 02. Fachadas do HSMA ao longo dos anos.
© Acervo LabLugares / PROARQ / FAU / UFRJ. Ilustração e montagem do autor. 2025.



A arte que complementa a arquitetura dá um caráter de exclusividade ao projeto, valoriza o espaço e nesse caso em específico valoriza a memória do passado, ressignificando como um elemento do presente. Encontramos o muro e a partir dele retornamos ao passado tentando reconstituir o entendimento dos processos históricos que fizeram o hospital se tornar o que é hoje espacialmente e o impacto disso na configuração do quarteirão.

3. O LUGAR

3.1. O Campo de Santana

A história de formação e ocupação do quarteirão que hoje abriga o HMSA está diretamente ligada aos primórdios da Cidade

¹³⁹Depoimento gravado pelo Arquivo Público do Distrito Federal (ARPDF), de Ary Garcia Roza em 1989 in: Lima, Jayme Wesley de. Ary Garcia Roza, um arquiteto moderno brasileiro. Vitruvius, 2012. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/13.150/4556>. Acesso em: 03 de janeiro de 2025.

do Rio de Janeiro e ao Campo de Santana, que é o nosso ponto de partida.

Voltando ao contexto do Campo em si, o local era menosprezado. Conforme se comentava na época, apenas aqueles considerados "desprezados pela raça ou religião", como judeus, exilados, negros, entre outros, viviam ou frequentavam a área. Os ciganos, por exemplo, enviados de Portugal por ordem de D. João V, instalaram suas tendas após o Rocío Grande (atual Praça Tiradentes), em direção ao manguezal. Nesse sentido, podemos constatar a desvalorização dessa área da cidade pelo número de irmandades de pessoas escravizadas ou libertas fora dos limites da Rua da Vala¹⁴⁰ bem como pela falta de arruamento e condições básicas e salubridade. O crescimento e desenvolvimento da cidade nessa direção do Campo se fazia de forma lenta e gradual.

Com o crescimento da cidade, a implantação de infraestrutura na região e ocupação de equipamentos públicos nessa região, além da presença da corte, essa região foi cada vez mais sendo ocupada.

Atualmente, este campo verde tão vasto, cheio de animais e de respiro na área central da cidade, utilizado para passagem, como ocupação de pessoas em condição de rua ou por trabalhadores que descansam, dormem ou comem nos seus bancos em meio a natureza, já foi palanque de diversos acontecimentos históricos da política brasileira, desde a ocupação para festas e eventos públicas, casamento de D. Pedro I e D. Leopoldina, também foi no Campo que uma multidão aclamou D. Pedro I como Imperador do Brasil, e também posteriormente se rebelou contra sua pessoa. Anos depois, D. Pedro II contrata o paisagista francês Auguste Glazou para um projeto paisagístico do Campo. E um dos fatos mais importantes para a República também ocorreu, com a sua proclamação no mesmo local em 15 de novembro de 1889.

Vale destacar que podemos tratar o Campo de Santana como um lugar de disputa de memórias e narrativas. Existe um conflito perceptível nas mudanças de nomes ao longo

do tempo, que parecem acompanhar os fatos históricos mais marcantes (Campo da Cidade, Campo de Santana, Praça do Curro, Campo de Honra, Campo da Aclamação, Praça da República etc). O nome Praça da República que se estende também à rua frontal ao nosso quarteirão de estudo, faz clara alusão ao período republicano, em contraposição aos períodos colonial e imperial¹⁴¹.

Entretanto, mesmo com as inúmeras denominações e mudanças ao longo do tempo, o local que testemunhou o triunfo do Império e a Proclamação da República sempre foi referido como Campo de Santana pela população, em alusão à antiga igreja da Santa mãe de Nossa Senhora, que se encontrava no campo e fora demolida.

3.2. O Quarteirão

O levantamento histórico até aqui realizado contribui para entender que a forma e a ocupação atuais do quarteirão exibem camadas de tempo sobrepostas é o resultado de ações de agentes, sujeitos ou grupos que atuam na modificação do espaço¹⁴². O espaço urbano é um produto social, resultado de ações acumuladas através do tempo e criadas por esses agentes que o produzem e consomem.

De acordo com Lepetit¹⁴³, "a cidade não dissocia: ao contrário, faz convergirem num mesmo tempo e espaço, os fragmentos de

¹⁴⁰ A atual Rua da Uruguaiana insere-se no velho tecido da cidade, onde por muitos anos foi seu limite. Isso ocorreu durante os longos anos da pequena povoação entre os quatro morros já citados anteriormente. No princípio do século XVIII, uma muralha fora planejada para ser ali, para defender a cidade das investidas corsárias, marcando o limite entre a cidade e o campo. Como muitos outros planos, a muralha não chegou a avançar. Também foi ali a vala que drenava as águas da velha lagoa na hoje praça da Carioca, tentando secar com muito custo a região pantanosa. Por isso, chamou-se Rua da Vala.

¹⁴¹ Vernin, L. Educação patrimonial no Campo de Santana: história, memória e diversão. (1 ed. - Curitiba: Appris, 2021).

¹⁴² Lobato Corrêa, R. A paisagem geográfica. (Espaço e Cultura, Rio de Janeiro, n. 4, 2013). P. 50–54
Disponível em:
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/espacoecultura/article/view/6774>.

¹⁴³ Lepetit, B. Por uma nova história urbana. (2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2016).

espaço e os hábitos vindos de diversos momentos do passado”. A cidade é feita de cruzamentos e as estruturas temporais devem ser uma questão de grande relevância no entendimento do planejamento urbano. É necessário uma complexa articulação entre tempo e espaço.

Ao analisarmos o passado, conseguimos reconstituir por meio de documentos esses fragmentos, adquirimos a habilidade de ressignificar tudo que presenciamos no presente.

Quanto a isso, Abreu¹⁴⁴ nos fala:

Sem termos a pretensão de recuperar o passado tal qual ele aconteceu, que já vimos ser um objetivo impossível de alcançar, conseguiremos com esse esforço adquirir as ferramentas necessárias para que possamos analisar os processos e normas sociais então atuantes, detectar as contradições então presentes, enfim, contextualizar as formas morfológicas então produzidas pela sociedade e a relação que elas tiveram com as normas e com os processos sociais que lhes deram origem.

Levando em consideração as Plantas Gerais da Cidade do século 18 e 19, conseguimos entender que o nosso quarteirão sempre teve uma relação direta com o Campo de Santana e sua morfologia sempre esteve atrelada aos limites dos caminhos antigos, como a Rua do Areal (atual Moncorvo Filho) e a Rua da Lagoa da Sentinela (atual Rua Frei Caneca) e ao limite do Campo, bem como sua ocupação sempre se estendeu aos seus limites ocupados majoritariamente por edificações públicas voltadas à praça e aos fundos por sobrados, com seu miolo¹⁴⁵ vazio de edificações, sendo ocupado por plantações. Isso se reproduz parcialmente até os dias atuais, com o uso do solo em grande parte por equipamentos de infraestrutura pública, ocupação das faces de frente para as ruas e miolo do quarteirão composto por vazios ou por edificações menos adensadas em relação às suas faces (nas bordas do quarteirão).

Ao analisarmos a implantação do quarteirão em 1935 (primeira cadastral do século XX que

encontramos o hospital), percebemos uma situação em que as edificações não ocupam integralmente o quarteirão, principalmente por estarem implantadas em determinadas porções. Este quarteirão é estruturado sob a lógica tradicional, com parcelas formalmente estabelecidas e edifícios rigorosamente vinculados a elas (embora com exigências normativas de gabaritos e alinhamentos). O edifício proposto se adequa à mesma lógica respeitada por seus vizinhos, e não é o único responsável pela configuração da noção de quarteirão. O foco central desse arranjo tipológico está na forma como a nova construção interpreta a configuração previamente existente e no modo como a intervenção estabelece diálogo com a lógica coletiva do entorno. É perceptível a ocupação das bordas do quarteirão por sobrados e pelos hospitais e o miolo ocupado pelos galpões municipais.

Entretanto, na implantação de 2025 (atual) há uma diminuição drástica de sobrados. Os galpões deram lugar ao vazio e posteriormente à expansão do HMSA e a criação de novos estabelecimentos assistenciais de saúde que compõem o Complexo Hospitalar. A lógica do quarteirão é modificada, enquanto anteriormente acontecia seguindo rigorosamente as parcelas com edificações alinhadas e contíguas à rua, agora segue a lógica de um núcleo funcional dentro do quarteirão no qual se concentram diversas edificações de saúde, sendo possível a observação da desconstrução do quarteirão (enquanto conjunto edificado) e da parcela. É nítida a disputa pela memória da cidade antiga e da cidade moderna coexistindo no mesmo espaço.

A nova lógica do quarteirão foi moldada, sobretudo, para abrigar a construção do novo hospital (atual HMSA). Aqui entendemos mais profundamente a relação tão direta do hospital com essa parcela da cidade e reforça

¹⁴⁴ Abreu, M. “Sobre a memória das cidades”. 1998. P. 23.

¹⁴⁵ O termo “miolo” aqui está associado ao interior do quarteirão, sua parte central. Mais à frente o termo “face” do quarteirão diz respeito aos lados do quarteirão, limites com as ruas.

o título do trabalho, à formação da denominada “ilha de saúde”, que mostra a proposta de implantação de um complexo constituído pelo Hospital Souza Aguiar, pelo Instituto de Hematologia, por um Laboratório Central de Análises e um de Anatomia Patológica. Destes, foram executados apenas o HSMA e o HemoRio seguiram com suas funções originais.

Chegamos à conclusão que assim como o desenho das cadastrais nos deixam registros das camadas do tempo do bairro, o mesmo acontece com a volumetria das edificações e seus usos. Na frente do terreno, limeiro ao Campo de Santana, são preservados os edifícios de uso público. Nos fundos temos os remanescentes sobrados que não foram demolidos por conta dos decretos de preservação da APAC da Cruz Vermelha. É nítida a diferença volumétrica entre o antigo e

o novo, bem como a materialidade das fachadas das edificações e suas coberturas. Essas edificações e sua implantação contam uma história e remetem a memória de um tempo que passou, mas que fica registrado fisicamente no presente.

O desenho das volumetrias nos mostra que o quarteirão ao longo do tempo perdeu seu aspecto monolítico e se apresenta como uma colagem de fragmentos. Fragmentos do passado que restaram e fragmentos do presente que vão se sobrepondo em um agrupamento de lotes e edificações que vão seguindo novas lógicas. Temos a edificação como fragmento e unidade mínima do lote, bem como o muro (antiga fachada lateral do hospital demolido e atual muro escultórico do hospital no presente) como unidade mínima e fragmento da edificação que já não existe mais.

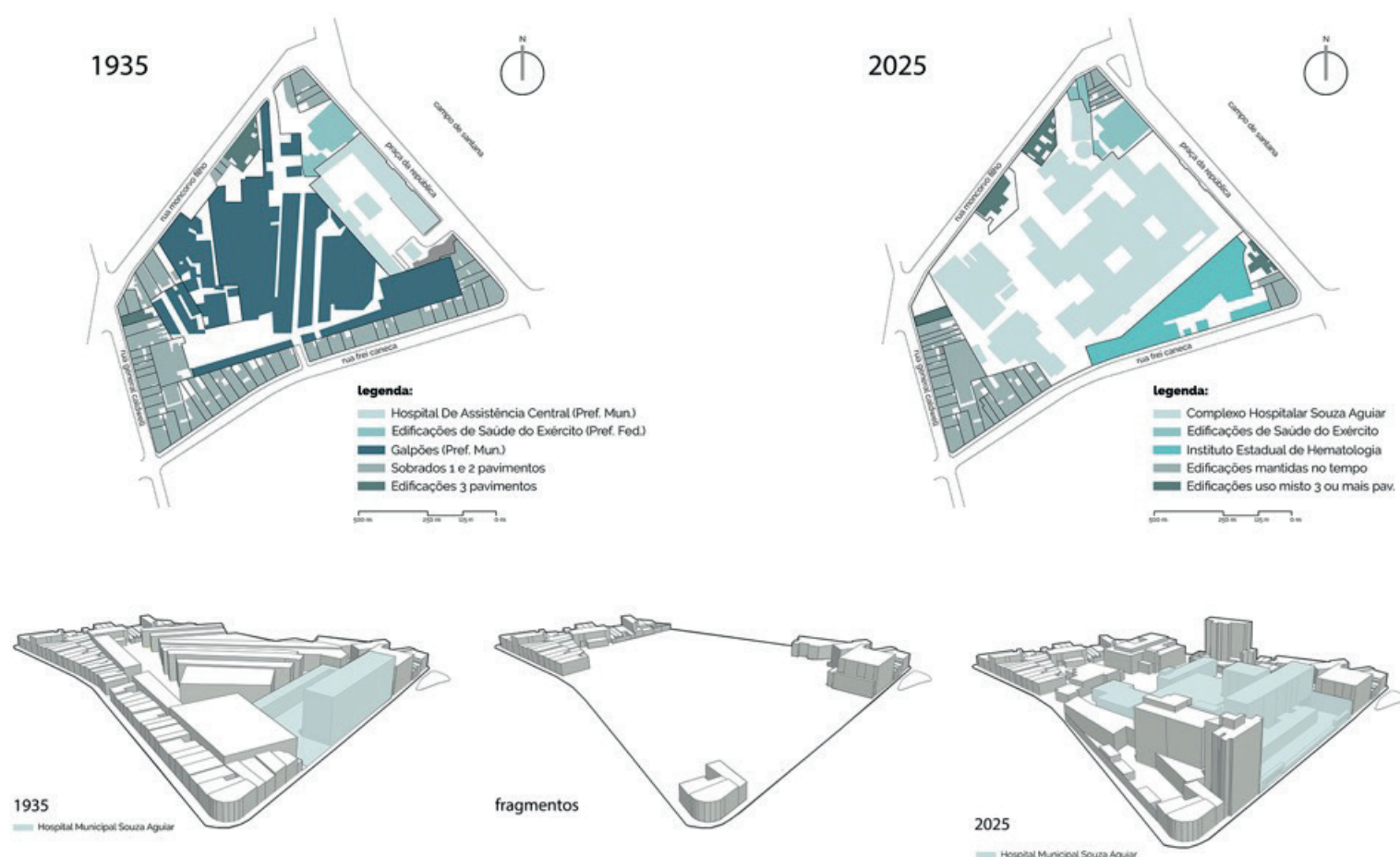


Figura 03. Implantações e comparação volumétrica de ocupações do quarteirão.

© Acervo LabLugares / PROARQ / FAU / UFRJ. Ilustração e montagem do autor com base em cadastrais. 2025.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso intuito com esse trabalho é discutir a relevância do patrimônio edificado e a importância da sua reconstituição histórica para o fortalecimento e valorização da memória da cidade. É também uma forma de difundir e tornar acessível essa discussão a qualquer camada da sociedade, mais ainda àquelas que usam esses espaços diariamente e dificilmente têm acesso às discussões teóricas da academia.

Vale ressaltar que nosso interesse pelo quarteirão coincide com o edifício. Entretanto, nos atentarmos mais às transformações do quarteirão - que estão atreladas ao edifício - do que ao edifício em si. Poderíamos ter nos aprofundado mais sobre as mudanças ocorridas na fachada do hospital (do antigo e do novo), na mudança de administração, mas preferimos focar na escala macro do quarteirão e nos elementos que resistiram ao tempo e às mudanças, que chamamos de fragmentos.

Nosso estudo não se estende a um plano de intervenção para a manutenção do bem, mas já consiste em uma primeira etapa desse estudo de aprofundamento, com levantamento histórico e identificação dos elementos de valor, facilitando um futuro estudo de intervenção, quadro de déficits e patologias, auxiliando nos critérios gerais de intervenção e nas tomadas de decisão para a conservação preventiva (ou corretiva, em último caso) do bem e manutenção da sua memória. Bem como o material presente pode ser referência para o reconhecimento da história do lugar e do edifício, constituindo um documento para acessar a “memória da cidade” muitas vezes esquecida ou apagada.

5. REFERÊNCIAS

Abreu, Mauricio Almeida. “Sobre a memória das cidades”. Revista da Faculdade de Letras – Geografia. Isérie. Vol. XIV, Porto, 1998.
<https://ojs.letras.up.pt/index.php/geografia/article/view/7761/7122>.

Amora, A. M. G. A., Barcellos Santos, R., Silva, G., Machado, L. “Uma Ilha de Saúde no entorno do Hospital Municipal Souza Aguiar”. In: Livro de atas V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura.

Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2023.

Czajkowski, Jorge (Org). Guia de arquitetura art déco no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Casa da Palavra: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2000.

Lepetit, Bernard. Por uma nova história urbana. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2016.

Lima, Jayme Wesley de. Ary Garcia Roza, um arquiteto moderno brasileiro. Vitruvius, 2012. Acesso em: 03 de janeiro de 2025.
<https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/13.150/4556>

Lobato Corrêa, R. A paisagem geográfica. (Espaço e Cultura, Rio de Janeiro, n. 4, 2013). P. 50–54.
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/espacoecultura/article/view/6774>.

Panerai, Philippe. Análise Urbana - trad. Francisco Leitão - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

Vernin, Lenna Carolina Sodré. Educação patrimonial no Campo de Santana: história, memória e diversão - 1 ed. - Curitiba: Appris, 2021.

6. BIOGRAFIA

Michael Morouço

Arquiteto e Urbanista formado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ) com interesse e experiência nas áreas de arquitetura, patrimônio e representação gráfica. Mestre em Arquitetura pelo Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da UFRJ (2025), na linha de pesquisa "Teoria e Ensino de Arquitetura", vinculado ao Grupo de Pesquisa LabLugares do PROARQ | FAU-UFRJ, coordenado pela Profa. Dra. Ana Amora. Desde a graduação desenvolve e auxilia projetos voltados à análise do crescimento da cidade e sua relação com o patrimônio edificado, alinhando a produção teórica com análises gráficas voltadas à difusão do conhecimento acerca de patrimônio.

Ana M. G. Albano Amora

Doutor em 2006, pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano IPPUR da UFRJ. Professora Associada da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - FAU, desde 2008, e do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Representante da FAU no Cepeg (Conselho de Ensino para Graduado) de 2018/2019. Coordenou o Doutorado Interinstitucional do PROARQ com a Universidade Federal da Fronteira Sul. Participa da área de concentração Patrimônio, Teoria E Crítica Da Arquitetura, coordenando o Grupo de Pesquisa LabLugares. Participou como professora colaboradora do Curso de Especialização em Conservação e Gestão do Patrimônio das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz - COC, da Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Participa na rede "Latino-Americana de Pesquisadores em História da Arquitetura Hospitalar", coordenada pela Universidade Nacional Autônoma do México - UNAM.

Helio Herbst

Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROARQ/UFRJ). Professor Associado IV do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFRJ. Arquiteto e Urbanista (1990), Especialista (1996), Mestre (2002) e Doutor (2007) pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU/USP). Bolsista nas etapas de especialização (CNPq) e mestrado (FAPESP). Autor de mapeamento da produção arquitetônica brasileira contemporânea para projeto de intercâmbio cultural entre o Brasil e os Países Baixos (2008). Adicionalmente, participa de outros grupos de pesquisa também certificados pelo CNPq: LabLugares (PROARQ/UFRJ), NUPAM - Núcleo de Patrimônio, Arquitetura e Memória Fluminense (IM/UFRJ) e GMP - Grupo Museu / Patrimônio (FAU/USP), sendo atualmente vice-editor da Revista ARA FAUUSP (ISSN 2525-8354).

A localização dos primeiros hospitais maternidade do Rio de Janeiro e sua expansão urbana

Júlia de Souza Matos

PROARQ — Programa de Pós-Graduação
em arquitetura da UFRJ
julia.dsmatos@gmail.com

RESUMO

O parto costumava ser um evento estritamente feminino, que dizia respeito às relações de confiança de mulheres de uma determinada comunidade. Seu local de ocorrência era o próprio domicílio da mulher. A recomendação do hospital como lugar seguro para dar à luz surge de maneira mais enfática na literatura médica a partir da década de 1930 no Brasil. O presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre a expansão da cidade do Rio de Janeiro para o subúrbio e a implantação dos primeiros hospitais especializados em obstetrícia: as maternidades. Esses equipamentos de saúde tiveram papel fundamental no sucesso da obstetrícia moderna por possibilitar as práticas experimentais nas classes mais pobres que seriam implementadas nas próximas décadas, em massa, na população feminina.

Palavras-chave:

hospital maternidade, parto e nascimento, parto hospitalar, crescimento urbano, arquitetura hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

A cidade pode ser entendida como uma construção social em um determinado espaço de tempo. Ao analisar a cidade como campo de disputa, lugar da produção social do espaço — que se faz através de forças econômicas, políticas, sociais, territoriais e culturais¹⁴⁶ — é possível entender a dinâmica que levou à localização das primeiras maternidades do Rio de Janeiro.

Benévolo, ao se apoiar em Engels (1845) para descrever os males da cidade industrial, coloca a legislação sanitária como “o precedente direto da moderna legislação urbanística”¹⁴⁷. Nesse contexto, surgem

correntes de pensamento fundamentadas na forma das cidades e sua relação com a disseminação das doenças e epidemias. Desse período, emergem importantes expoentes como Haussmann (1809–1891), em Paris, e Pereira Passos (1836–1913), no Rio de Janeiro.

O higienismo surge a partir da necessidade de uma nova ordem de controle social. A medicina, que desde o século XIX lutava contra o antigo sistema colonial para consolidar sua independência política, passa a ser aliada do Estado para a criação de um ordenamento que solucionasse o caos urbano que se instaurava. A cidade e sua população passam a fazer parte do campo do saber médico. São feitas analogias entre o corpo humano e a cidade, tratada como um organismo vivo, em que cada órgão teria uma função e anatomia específicas. Diversas terminologias reforçam essa proximidade: “vias arteriais”, “patologia das construções”, “esqueleto” para se referir às estruturas das edificações. O urbanista teria a função de diagnosticar os males da cidade e propor terapias, ou até mesmo intervenções cirúrgicas, para extrair o “câncer” urbano¹⁴⁸.

As epidemias e os altos índices de mortalidade tornavam a salubridade um tema de interesse geral e urgente, causando grande aceitação às

¹⁴⁶ Ana Fani Alessandri Carlos, “Da ‘organização’ à ‘produção’ do espaço no movimento do pensamento geográfico,” em *A produção do espaço urbano: agentes e processo, escalas e desafios*, org. Ana Fani Alessandri Carlos, Marcelo Lopes de Souza e Maria Encarnação Sposito (São Paulo: Contexto, 2013), 53–73.

¹⁴⁷ Leonardo Benevolo, *As origens da urbanística moderna* (Lisboa: Editorial Presença, [1963] 1981), 94.

¹⁴⁸ Jurandir Freire Costa, *Ordem Médica e Norma Familiar*, 2ª ed. (Rio de Janeiro: Graal, 1983); Maria Clélia Lustosa Costa, “A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano,” *Mercator* 1, n. 2 (2002).

teorias médicas elaboradas para explicar os grandes medos da época sobre a origem dos contágios. Matas, pântanos, rios, água e ar passam a ser objeto de estudo e tentativa de controle. Drenagem e aterramento de pântanos, alargamento de ruas e avenidas, demolição de cortiços, construção de esgotos e calçamento de ruas configuram algumas das ações. O espaço urbano foi considerado um perigo potencial para a população. Cemitérios, matadouros, hospitais, cadeias, fábricas e lixões foram transferidos para a periferia da cidade. O pobre, igualmente, se torna um risco, tanto por ser considerado um foco disseminador de doenças como por se tornar uma força política capaz de se revoltar, devendo ser domesticado. A elite intelectual elabora, assim, um novo discurso sobre o urbano¹⁴⁹.

2. O DISCURSO MÉDICO E SEUS ALIADOS

No modelo haussmaniano, as cidades se transformavam rapidamente para um ideal racionalista e “belo”. No Rio de Janeiro, protótipo das ideias higienistas, a reforma urbana foi impulsionada por figuras influenciadas pelo modelo parisiense. Conforme explica Jaime Benchimol, “[...]”¹⁵⁰ a cidade edificada sem método e sem gosto deveria ser submetida a um plano racional que assegurasse a remoção dos pobres da área central [...]”. Esses pobres eram compostos majoritariamente por escravizados recém-libertos que se amontoavam em cortiços nos centros urbanos, próximos aos locais de trabalho. Crescia a implementação do discurso sobre a necessidade de medidas drásticas para a transformação das cidades, assim como Haussmann havia feito em Paris. Essa transformação seria executada pelas grandes empresas, cabendo ao Estado a aplicação de incentivos fiscais e privilégios jurídicos para tornar a operação viável e lucrativa.

É evidente na historiografia que os discursos ideológicos só ganhavam força quando adaptados aos interesses das classes dominantes. Na passagem do Império à República, multiplicaram-se as concessões ao grande capital, que prometia regenerar a cidade. Tomava-se como exemplo o caso de

Bruxelas, “[...] onde uma empresa realizara um excelente negócio demolindo todo um bairro popular e edificando, em seu lugar, um bairro burguês [...]”¹⁵¹. No Rio de Janeiro, a criação de linhas férreas permitiria o crescimento dos subúrbios com a remoção das camadas populares do centro financeiro da cidade. Em meio aos crescentes estudos e pesquisas sobre os agentes causadores das doenças estavam os interesses dos diversos atores sociais na reforma do espaço urbano.

*A remodelagem e valorização do solo urbano comandadas pelo Estado, em proveito da especulação e do enriquecimento privados, envolveram um conjunto complexo de atores: o capital financeiro internacional e seus intermediários, que lucraram com o financiamento das obras públicas; firmas de arquitetura, construção e loteamento; fabricantes e importadores de materiais e equipamentos; empresas de serviços públicos, em particular a poderosa Light and Power, que além de monopolizar o fornecimento de energia elétrica, iria açambarcar o gás, a telefonia e quase todo o transporte coletivo da cidade.*¹⁵²

Ainda segundo os autores, era na área central que residia o maior empecilho para a renovação urbana. A construção de vilas operárias não teve condições de eliminar os cortiços como se pretendia. Uma crescente população pauperizada continuava a se avolumar nas proximidades dos locais de trabalho, situação que só seria revertida com a desapropriação das edificações, respaldada pelo discurso sanitário. Foi necessária a criação de novas leis que permitissem ao Estado passe livre para executar obras de destruição e reconstrução da cidade. A mais

¹⁴⁹Jurandir Freire Costa, *Ordem Médica e Norma Familiar*, 2ª ed. (Rio de Janeiro: Graal, 1983); Jorge Ferreira e Lucilia de Almeida Neves Delgado, orgs., *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*, vol. 1 (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003).

¹⁵⁰Jorge Ferreira e Lucilia de Almeida Neves Delgado, orgs., *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*, vol. 1 (Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003), 240

¹⁵¹Ferreira e Delgado, *O Brasil Republicano*, 242.

¹⁵²Ferreira e Delgado, *O Brasil Republicano*, 261.

significativa delas foi promulgada em novembro de 1903, alterando a base de cálculo sobre o valor das indenizações para desapropriação. Retirava-se do piso mínimo os prédios “ruinosos”, o que deu ampla margem de interpretação para enquadrar os cortiços e outras habitações populares ¹⁵³.

Muito embora apareçam simplesmente como “pobres” nos registros da época, existia uma grande diferença entre as classes trabalhadoras. As camadas médias, com relativa estabilidade econômica garantida por rendas fixas e capacidade de arcar tanto com o transporte diário até o trabalho quanto com custos de moradia (aluguel ou aquisição de terreno), passaram a se deslocar para a zona norte e os subúrbios, impulsionadas pela expansão das linhas ferroviárias. No entanto, para a maior parte da população que vivia de ganho informal, como ambulantes ou operários que recebiam diárias, a solução era permanecer próximo aos locais de trabalho, dando início à construção das favelas ¹⁵⁴.

Bondes e trens foram importantes indutores do desenvolvimento urbano, viabilizando a expansão da cidade e reforçando um padrão que já era esboçado entre centro e periferia. Na mesma medida em que os bondes consolidaram a formação da zona sul da cidade, os trens foram uma resposta à necessidade de direcionar lugares menos nobres, como moradia de pessoas de baixa renda e atividades industriais, para regiões até então predominantemente rurais ¹⁵⁵.

Abreu explicita que os modais definiram uma nova forma estética e funcional, apontando para novos eixos de decisão política e econômica da cidade ¹⁵⁶. Em 1858, com a

inauguração da Estrada de Ferro Dom Pedro II, que ligava a freguesia de Santana (atual Central do Brasil) a Queimados (atualmente município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro), surge a estação Cascadura, que por já apresentar forte relação com o centro, povoa rapidamente o vazio urbano existente ao longo da linha do trem. Antigos núcleos rurais passam a virar vilarejos, atraindo uma população em busca de moradia barata. Com

a regularização do serviço a partir de 1861, tem-se um meio de transporte eficaz para o trabalho na região central, com os horários dos trens se adequando à entrada e saída do turno comercial diário. Como reflexo dessa alta demanda, foi criada em 1890 a estação de Madureira.

3. A PRIMEIRA MATERNIDADE E SUA LOCALIZAÇÃO

A filantropia, a assistência social e a medicina cumpriam um importante papel na represália dos indivíduos insatisfeitos e insubordinados. Essas intervenções permitiam a liberação de uma mão de obra politicamente dócil para o mercado de trabalho. A modernização promovida pelo higienismo não alterava somente a estrutura das cidades, mas também como as pessoas deveriam se relacionar com seus corpos. A medicina urbana se estendeu para o parto e o nascimento, pois para higienizar a sociedade era preciso higienizar a forma de nascer.

A descentralização das funções curativas entre personagens sociais diversos impedia os médicos de exercer sua almejada hegemonia no cenário econômico, político e social. Ao longo do século XIX, a classe médica se aliou ao Estado para se instaurar como única detentora do direito ao exercício profissional. Para enfrentar o descrédito cultural, a difamação às parteiras tornou-se sua principal ferramenta; ainda assim, foi necessária a articulação ao Estado e ao clero para proibir o nascimento domiciliar. O objetivo desses esforços era trazer as mulheres para o hospital a fim de viabilizar a experiência prática da classe médica.

Segundo Brenes, “a partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias do social na produção de uma nova

¹⁵³Ferreira e Delgado, O Brasil Republicano.

¹⁵⁴Ferreira e Delgado, O Brasil Republicano.

¹⁵⁵Maria Renilda Nery Barreto e Samuel Silva Rodrigues de Oliveira, “Cidade, assistência e saúde: as maternidades entre o privado e o público no subúrbio do Rio de Janeiro (1889–1930)” (2016).

¹⁵⁶Maurício de Almeida Abreu, *Evolução Urbana do Rio de Janeiro*, 5ª ed. (Rio de Janeiro: Publicações Pereira Passos, 2022).

imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade, esposa-mãe-dona-de-casa”¹⁵⁷. No Rio de Janeiro, uma lei municipal de 1876 obrigava qualquer casa de maternidade, em funcionamento ou aberta após esse ano, a ser chefiada por um médico¹⁵⁸. Essa medida atingia diretamente os locais geridos pelas parteiras e sua fiel clientela. Após algumas tentativas sem sucesso, surgiu em 1904 o primeiro edifício destinado exclusivamente à prática e ensino da obstetrícia, na gestão do então prefeito Pereira Passos. Tratava-se da Maternidade de Laranjeiras, localizada na Rua das Laranjeiras, n.º 180, onde funciona até os dias atuais como Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Criada como instituição filantrópica, a maternidade foi incorporada à Faculdade de Medicina em 1918, no final da gestão do médico Fernando Magalhães (1815–1918). As aulas de ginecologia e obstetrícia da faculdade passaram a ser ministradas em suas dependências, antiga reivindicação de professores e alunos. Um local onde pudessem exercer a prática obstétrica — tão necessária e ausente nos cursos — era fundamental para que se instaurassem como profissionais respeitados e requisitados pela população. Caso contrário, as mulheres continuariam recorrendo ao auxílio das parteiras. Barreto e Oliveira enfatizam que a concretização desse projeto de assistência à mulher não pode ser dissociada do projeto de saneamento e embelezamento do Rio de Janeiro, então capital da República, no início do século XX¹⁵⁹. A Maternidade de Laranjeiras é uma resposta à reforma urbana higienista da cidade:

*À medida que a geografia dos espaços de trabalho e moradia alteravam-se com a expansão da malha urbana, as maternidades são apresentadas como projeto para tratar das mulheres “pobres”, não somente na fisiologia do parto, mas também na transformação de costumes e práticas culturais dos grupos classificados pelas elites como “atrasados” e “moralmente condenáveis”. As maternidades terão função obstétrica, pedagógica e civilizatória*¹⁶⁰.

Para entender a localização dessa maternidade, é importante lembrar que a região ainda não era “saneada” pelo poder público, sendo uma área de ocupação predominantemente operária, com indústrias e fábricas têxteis que utilizavam mão de obra feminina¹⁶¹. Isso, em grande medida, justifica o recorte de cor do público atendido: 64% das mulheres pretas e pardas, entre os anos de 1905 e 1906, de acordo com o estudo levantado por Barreto e Oliveira¹⁶². Além disso, elas eram grande parte das trabalhadoras domésticas das habitações na crescente zona sul da cidade. Estar próximo das mulheres que eram o público-alvo da maternidade era fundamental para o sucesso do equipamento e suas práticas. O discurso sobre caridade e filantropia nesse período, e sua ênfase nos “pobres” e no atendimento das famílias operárias, relaciona-se então com as áreas residenciais e industriais da zona sul carioca do início do século XX.

Pode-se pontuar ainda que, além de atender um público de trabalhadoras, a Maternidade de Laranjeiras era acessível também a estudantes, professores e demais médicos das classes altas da cidade, que residiam na zona sul e regiões centrais. A Maternidade de Laranjeiras é então a primeira e última a ser implementada na zona sul sob a perspectiva da filantropia, posto que, com a crescente higienização da cidade, essas edificações

¹⁵⁷ Anayasi Correa Brenes, “História da parturição no Brasil, Século XIX,” *Cadernos de Saúde Pública* 7, n. 2 (abr./jun. 1991): 137.

¹⁵⁸ Maria Lúcia de Barros Mott, “Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830–1960),” *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História* 25 (2002).

¹⁵⁹ Maria Renilda Nery Barreto e Samuel Silva Rodrigues de Oliveira, “Cidade, assistência e saúde: as maternidades entre o privado e o público no subúrbio do Rio de Janeiro (1889–1930)” (2016).

¹⁶⁰ Barreto e Oliveira, “Cidade, assistência e saúde”, 6.

¹⁶¹ De acordo com Abreu (2010): Fiação Tecelagem e Tintura Aliança em Laranjeiras e na região do Jardim Botânico Companhia de Fiação e Tecelagem e Tecidos Carioca, Fábrica São Felix, Companhia de Fiação e Tecidos Carioca.

¹⁶² Barreto e Oliveira, “Cidade, assistência e saúde”.

deveriam acompanhar o fluxo de expansão territorial dos pobres rumo ao subúrbio. Sanglard corrobora esse raciocínio:

[...] muitas dessas instituições voltadas para o atendimento da mãe e da criança se localizavam nos subúrbios da cidade, onde, seguindo a expansão da urbe, vivia a população operária. Foi nos subúrbios do Rio de Janeiro que se instalaram as instituições filantrópicas, mantidas por personagens de importância no meio político e industrial carioca e por associações benevolentes. Bairros como São Cristóvão e Cascadura foram objeto da atenção desses filantropos¹⁶³.

Em Laranjeiras, no entanto, eram atendidas mulheres com emprego formal na indústria ou trabalhadoras domésticas. Como já pontuado anteriormente, os pobres não eram uma camada homogênea, devendo ser compreendido cada contexto de sua inserção na cidade. O número de cortiços nas regiões centrais ainda era expressivo à época, abrigando pessoas em situação de maior vulnerabilidade pela fragilidade de suas relações de trabalho. Pessoas que recebiam por diária, sem vínculos, ou trabalhos pontuais — ambulantes, sem renda fixa — precisavam residir próximos das oportunidades de monetização. É nesse contexto que se passa a analisar a Maternidade Pro Matre.

Figura 1:
Maternidade Pro Matre nos dias atuais.
Fonte: Prefeitura do Rio – CCPAR, 27/04/2021.



4. O CRESCIMENTO DAS MATERNIDADES RUMO AO SUBÚRBIO

Situada na Rua Venezuela, nº 153, no bairro da Saúde, a maternidade encontra-se atualmente desativada. Inaugurada em 1919, inicialmente como associação beneficente, a Pro Matre funcionou como o primeiro hospital de emergência dedicado ao atendimento de pacientes da gripe espanhola. A criação da maternidade foi impulsionada pela Associação de Caridade e Auxílio Mútuo, designada Pro Matre, sob a liderança de Stella de Carvalho Guerra Duval¹⁶⁴, que dirigiu a instituição entre 1918 e 1971. O médico Fernando Magalhães (1878–1944), que havia recentemente encerrado sua gestão na Maternidade de Laranjeiras, associou-se ao projeto visando a oportunidade de ministrar aulas práticas de ginecologia e obstetrícia, já que ainda atuava como professor da Faculdade de Medicina.

É preciso considerar que, apesar do processo de higienização do centro da cidade, a população em potencial para o atendimento da maternidade permanecia numerosa na região. O centro, em especial os atuais bairros de Santo Cristo e da Saúde — este último onde a maternidade se localiza — era habitado por pessoas que a nova capital buscava ocultar: prostitutas, ex-escravizadas, mães solteiras, vadios, loucos, errantes.

¹⁶³Gisele Sanglard, “A primeira república e a constituição de uma rede hospitalar no Distrito Federal,” em História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808–1958), org. Ângela Porto et al. (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008), 75.

¹⁶⁴Além de filantropa e assistencialista, participou ativamente, ao lado de Berta Lutz, da campanha política que estimulava as mulheres a exercerem o seu direito de voto.

Em 1929, Stella Duval, presidente da Pro Matre, publicou em relatório institucional a menção a um grupo de senhoras filantropas interessadas na construção de uma maternidade no subúrbio. Essas mulheres teriam se dirigido à Pro Matre desejando se filiar, aceitando, porém, sua direção científica, bem como a independência financeira, econômica e administrativa da instituição¹⁶⁵. Essa parceria se concretizou em 1930 com a criação da “Maternidade Suburbana.” A já existente estação de trem de Cascadura facilitaria em muito o acesso à nova maternidade para as demais regiões suburbanas.

Desde 1926, a associação de mulheres vinha se articulando para a construção da maternidade, que finalmente foi inaugurada em 1930, na Avenida Suburbana (atual Avenida Dom Hélder Câmara), em Cascadura. O projeto contou com o apoio do médico Herculano Pinheiro, que a dirigiu até o seu falecimento em 1946. Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, ao chegar ao Rio de Janeiro estabeleceu-se no subúrbio

de Madureira, sendo um dos poucos médicos a atuar na região.

Em 1933, o então prefeito Pedro Ernesto tomou posse da maternidade, mudando seu nome para Dispensário de Cascadura, que passou a ser administrado pelo Distrito Federal. Isso tornou a maternidade a mais antiga do Rio de Janeiro pertencente à prefeitura. Criou-se, assim, um embrião da preocupação com a saúde pública, já que a prefeitura se comprometeu a “manter os serviços que vinham sendo prestados às mães pobres e ampliá-los no que fosse necessário”¹⁶⁶. Em 1945, a instituição passou a se chamar Maternidade Fernando Magalhães e, em 1958, Pronto-Socorro Infanto-Maternal de Cascadura. No ano seguinte, em 1959, transferiu-se para sua localização atual, na Avenida Ministro Edgard Romero, nº 276, em Madureira, recebendo o nome de Maternidade Herculano Pinheiro. Já no espaço original, próximo à estação de Cascadura, atualmente funciona a Policlínica da Polícia Militar de Cascadura.

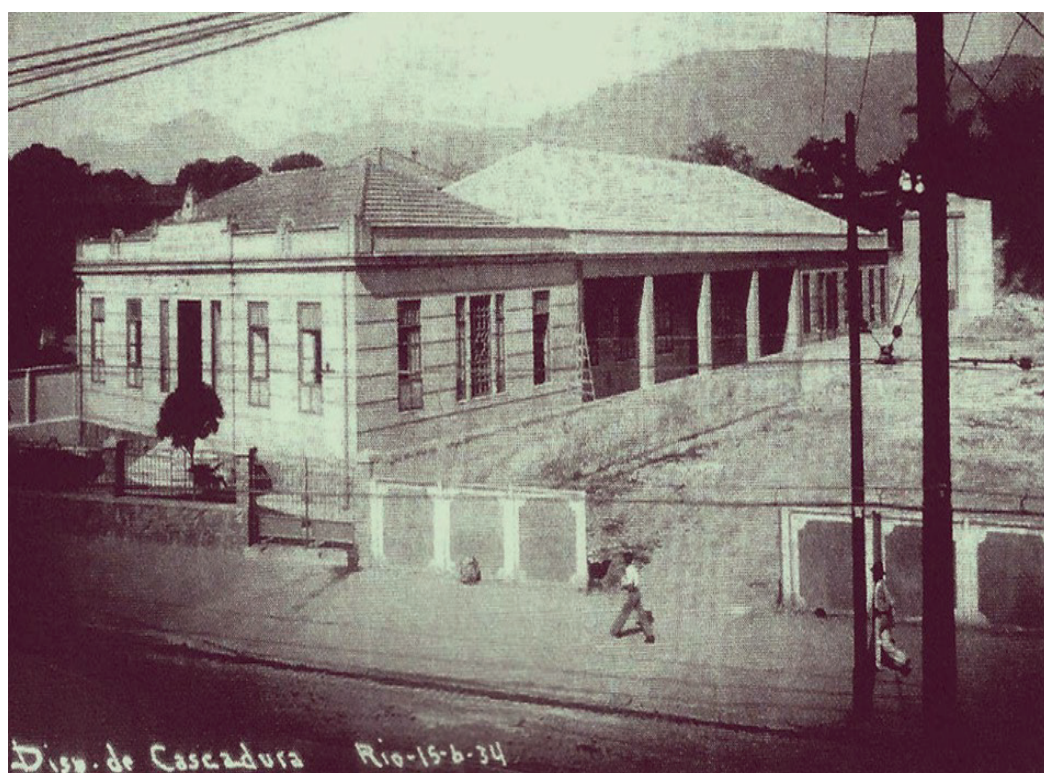


Figura 2:
Maternidade Suburbana, já
chamada Dispensário de
Cascadura, em 1934.
Fonte: Caminhos de Cascadura.

¹⁶⁵Barreto e Oliveira, “Cidade, assistência e saúde”.

¹⁶⁶Barreto e Oliveira, “Cidade, assistência e saúde”, 9.

Figura 3:
Policlínica da Polícia Militar de
Cascadura em 2020 - (antiga
Maternidade de Suburbana).
Fonte: Diretoria Geral de
Saúde PMRJ.



A história da Maternidade Suburbana é resultado da ação de diferentes segmentos da sociedade, seja a população suburbana cada vez mais expressiva ou os movimentos e associações de mulheres da filantropia. O prefeito Pedro Ernesto, médico formado na Faculdade de Medicina da Bahia, tratou a maternidade como um projeto filantrópico e civilizatório de assistência à família operária e à mãe pobre nos espaços do subúrbio. A disputa pela confiança de um possível eleitorado, atua nesse caso como fator importante a ser observado, posto que a capital federal era território estratégico de atuação da União. Nesse contexto, entre 1933 e 1935, de crescente expectativa de ampliação do diálogo com a sociedade civil, a doação da Maternidade à prefeitura é ponto crucial para uma cultura assistencialista para a população pobre. É então a partir desse exitoso modelo, que se disseminam outros equipamentos de apoio à maternidade e à infância nas proximidades de onde residia a classe trabalhadora: ao longo das linhas de trem das estações suburbanas.

5. NOVAS POSSIBILIDADES DE ANÁLISE

A construção de maternidades foi uma das principais ações no contexto de expansão assistencialista e das noções de higiene e saúde pública. A transferência dos partos para esses espaços consistiu em um processo civilizatório e modernizador do Rio de Janeiro, cujo intuito era transformar a educação física e moral de mulheres e crianças. As maternidades, organizadas segundo moldes higiênicos e antissépticos, tinham a função de disseminar novos hábitos e cuidados de saúde

entre as mães, que, por sua vez, os aplicariam às crianças, futuros cidadãos ideais. Ao viabilizar a prática médica, esses espaços acabaram por legitimar intervenções no corpo das mulheres — em especial as mais pobres —, nem sempre respaldadas em resultados positivos ou sequer necessárias nos eventos fisiológicos de seu ciclo reprodutivo.

Diniz¹⁶⁷ colabora com o debate ao cunhar o termo “vagina-escola,” denunciando práticas abusivas que, ainda hoje, ocorrem no interior de hospitais maternidade, sobretudo aqueles voltados ao ensino da obstetrícia para estudantes de medicina. A autora destaca que persiste um modelo de ensino que exige do aluno um número determinado de procedimentos em pacientes para que possa ser avaliado. Esse fator contribuiu para a consolidação de uma cultura em que corpos de mulheres pobres foram — e continuam sendo — utilizados por alunos de medicina sem informação adequada e sem consentimento.

Do exposto, depreende-se a importância de estudar o projeto civilizatório de construção das primeiras maternidades no Rio de Janeiro em articulação com a implantação da rede de mobilidade que direcionava o sentido da expansão urbana. Trata-se de um processo ainda em curso, com forças atuantes em disputa por diferentes atores sociais até o presente momento.

¹⁶⁷Carmen Simone Grilo Diniz et al., “A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde,” *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 20, n. 56 (2016): 253–259.

6. REFERÊNCIAS

- Abreu, Maurício de Almeida. *Evolução Urbana do Rio de Janeiro*. 5. ed. Rio de Janeiro: Publicações Pereira Passos, 2022.
- Barreto, Maria Renilda Nery, e Samuel Silva Rodrigues de Oliveira. *Cidade, assistência e saúde: as maternidades entre o privado e o público no subúrbio do Rio de Janeiro (1889-1930)*. 2016.
- Benevolo, Leonardo. [1963] 1981. *As origens da urbanística moderna*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brenes, Anayasi Correa. "História da parturição no Brasil, Século XIX." *Cadernos de Saúde Pública* 7, n. 2 (abr./jun. 1991): 135–149.
- Carlos, Ana Fani Alessandri. "Da 'organização' à 'produção' do espaço no movimento do pensamento geográfico." In *A produção do espaço urbano: agentes e processo, escalas e desafios*, organizado por Ana Fani Alessandri Carlos, Marcelo Lopes de Souza e Maria Encarnação Sposito, 53–73. São Paulo: Contexto, 2013.
- Caminhos de Cascadura. "Foto de Augusto Malta." Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/caminhosdecascadura/9449164022/in/photostream/>. Acesso em julho de 2024.
- Centro de Estudos Maternidade Herculano Pinheiro. "Hospital Herculano Pinheiro: há 82 anos servindo à comunidade." Disponível em: <https://acontecenohmhp.blogspot.com/2015/03/hospital-herculano-pinhoiro-ha-82-anos.html>. Acesso em julho de 2024.
- Costa, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- Costa, Maria Clélia Lustosa. "A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano." *Mercator* 1, n. 2 (2002).
- Diniz, Carmen Simone Grilo, et al. "A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde." *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 20, n. 56 (2016): 253–259.
- Diretoria Geral de Saúde – PMRJ. Disponível em: <https://web.facebook.com/photo/?fbid=2481661658818384&set=a.1779324999052057>. Acesso em julho de 2024.
- Ferreira, Jorge, e Lucilia de Almeida Neves Delgado, orgs. *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- Mott, Maria Lúcia de Barros. "Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)." *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História* 25 (2002).
- Sanglard, Gisele. "A primeira república e a constituição de uma rede hospitalar no Distrito Federal." In *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*, organizado por Ângela Porto, Gisele Sanglard, Maria Rachel Fróes da Fonseca e Ricardo G. R. Costa, 59–87. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Biografia

Júlia Matos

Doutoranda do Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROARQ/UFRJ). Mestra em Arquitetura e Urbanismo (2019) pela Universidade Federal da Bahia (PPGAU/UFBA) e Arquiteta e Urbanista (2016) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU/UFRJ). Pesquisadora nas áreas de arquitetura em ambientes de saúde, humanização dos espaços de assistência ao parto e nascimento, design baseado em evidências, gênero e espaço urbano, segregação socioespacial e planejamento urbano. Integra o GPAS – Grupo Projeto, Arquitetura e Sustentabilidade (PROARQ/UFRJ) e o Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-Hosp – UFBA). Atua como professora na área de Arquitetura e Urbanismo, com experiência em coordenação acadêmica e docência em cursos de graduação.

Hospitais-colônia de isolamento da lepra em Minas Gerais (Brasil): aspectos históricos, urbanísticos e arquitetônicos

Caique de Souza Melo
Casa de Oswaldo Cruz,
Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)
caique.melo@aluno.fiocruz.br

Renato da Gama-Rosa Costa
Casa de Oswaldo Cruz,
Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)
renato.gamarosa@fiocruz.br

Anny Jackeline Torres Silveira
Instituto de Ciências Humanas e Sociais,
Universidade Federal de Ouro Preto (ICHS/UFOP)
anny.silveira@ufop.edu.br

RESUMO

Apresenta-se a rede de profilaxia da lepra no Estado de Minas Gerais, com ênfase na organização espacial dos leprosários construídos nas décadas de 1930 e 1940. A partir de 1920, o governo federal estabeleceu diretrizes para o enfrentamento da lepra no país, estruturando um sistema profilático pautado no isolamento compulsório da pessoa doente e composto por leprosários, dispensários e preventórios. Minas Gerais destacou-se na territorialização desse modelo e subsidiou a construção de quatro leprosários do tipo hospital-colônia. O estudo, de caráter exploratório, busca contribuir para a compreensão do funcionamento da rede profilática e do modelo espacial das colônias, a partir da produção de documentação arquitetônica e urbanística dessas instituições e da análise das soluções espaciais aplicadas como resposta à endemia.

Palabras clave:

Lepra, políticas sanitárias, rede de profilaxia, hospitais-colônia, Minas Gerais (Brasil).

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta a rede de profilaxia da lepra¹⁶⁸ no Estado de Minas Gerais (Brasil), no contexto da política de isolamento compulsório (1920-1962), com ênfase na organização espacial dos leprosários que a compunham. O objetivo é compreender as soluções espaciais aplicadas no enfrentamento da endemia, considerando o conhecimento que se tinha sobre a doença no período em que foram implementadas. Organiza-se em

duas partes: (i) apresenta a rede profilática mineira, sua concepção e a articulação espacial entre os equipamentos; (ii) apresenta a organização espacial e funcionamento dos hospitais-colônia, pensando-os como instituições totais e de sequestro social.

O estudo utilizou-se de fontes documentais (fotografias, planos de urbanização, legislação, relatórios e conferências), do mapeamento e do redesenho do traçado urbanístico e topográfico das colônias em software SIG. Trata-se de um levantamento inicial, que integra pesquisa em andamento no Programa de Pós-Graduação em Preservação do Patrimônio Cultural da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

2. A REDE DE PROFILAXIA DA LEpra EM MINAS GERAIS

No início do século XX, a lepra foi reconhecida como endemia e problema sanitário nacional, ganhando contornos próprios para seu enfrentamento pelos governos federal e estaduais. Em 1920, a criação da Inspetoria de

¹⁶⁸ A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Pode atingir pessoas de ambos os sexos e em diferentes idades, e afeta principalmente os nervos superficiais e troncos nervosos periféricos. Se não tratada na fase inicial, tende a evoluir lenta e progressivamente, podendo provocar deformidades no corpo e incapacidades físicas. A transmissão do bacilo ocorre por vias respiratórias, mediante contato próximo e prolongado com a pessoa acometida pela doença na sua forma infectante. Em 1975, o Decreto n. 76.078 alterou as terminologias oficiais relativas à hanseníase no Brasil, substituindo o termo "Lepra" por "Hanseníase". Assim, "lepra" refere-se à experiência moderna da doença, em sua dimensão social e epidemiológica no século XX, enquanto "hanseníase" designa a doença numa perspectiva contemporânea.

Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), marca o início da moderna profilaxia, no escopo de um aparato jurídico destinado a subsidiar as ações sanitárias. As medidas de combate intensificaram-se nas décadas de 1930 e 1940, com a adoção de planos de alcance nacional e a implantação do sistema em quase todos os estados brasileiros.

O sistema profilático pautava-se no isolamento compulsório (1920-1962)¹⁶⁹ da pessoa doente em estabelecimentos criados para esse fim - leprosários, como forma de conter a propagação da doença pela segregação dos focos de contágio, em um contexto em que não havia método de interrupção da transmissão do bacilo nem cura disponível. Os leprosários, assim, deveriam abrigar e prestar assistência hospitalar aos doentes, oferecendo-lhes condições para a reprodução da vida social, e representaram, ao lado dos sanatórios para tuberculosos, o maior projeto de construção de hospitais da Primeira República (1889-1930) aos anos 1950.

Junto dos leprosários, os dispensários e preventórios compunham o tripé do sistema, uma rede de equipamentos que se conectavam e complementavam epidemiologicamente e socialmente no controle da doença¹⁷⁰. Os dispensários, postos sanitários localizados em aglomerados urbanos e áreas endêmicas, destinavam-se à identificação e notificação de novos casos, à propaganda sanitária e à vigilância dos comunicantes. Já os preventórios eram instituições de abrigo e assistência às crianças filhas de pais isolados, onde permaneciam até atingirem a maioridade.

As ações de combate à lepra no Brasil e a lógica espacial dos equipamentos nosocomiais basearam-se em experiências internacionais de vertente isolacionista, como Noruega e as Colônias de Carville (EUA), e em recomendações da comunidade médica, particularmente o movimento sanitário, que participou ativamente do processo de institucionalização da saúde no país. A inserção da doença na agenda pública federal ocorreu no contexto da construção de um

projeto moderno para a recente República, que buscava livrar-se das heranças de uma nação colonial. Isso exigia, entre outras questões, enfrentar e superar as endemias rurais e as “moléstias dos trópicos”, sendo a saúde um campo privilegiado da formação administrativa da república moderna¹⁷¹.

A propagação da lepra, face aos significados de longa data a ela atribuídos, era vista como ameaça a uma nação que, pela “Revolução de 1930”, começava a entrar nos trilhos da civilização¹⁷². Assim, por representar um risco que demandava a atenção do Estado, a doença foi incorporada ao processo de estruturação de um equipamento público de saúde, cujo marco inaugural foi a criação do DNSP, evidenciando a sua dimensão e significado social naquele período. Segundo os censos realizados pelos serviços sanitários, em 1925 estimavam-se cerca de 24.000 casos da doença no país; em 1950, foram identificados 60.623 casos, o que correspondia a uma incidência de 1,12 casos por 1.000 habitantes. A região sudeste, com maior população e densidade demográfica, concentrava também o maior número de registros¹⁷³.

Em 1924 foi fundado o primeiro leprosário resultante desse projeto, o Lazarópolis do Prata (Pará) e, em 1945, existiam no país 38

¹⁶⁹ O Decreto nº 14.189 de 1920, que criava o DNSP, instituiu o isolamento compulsório como medida profilática e definiu as primeiras diretrizes para construção de leprosários. A Lei nº 610 de 1949 materializou as diretrizes do Plano Nacional de Combate à Lepra (1935), ratificando o modelo de isolamento e tornando mais rigorosa e totalizadora a atuação do Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941. Por fim, o Decreto nº 968 de 1962, que baixava normas para o combate à lepra, deixou de considerar o isolamento compulsório como medida profilática, advertindo que a prática implicava na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e em outros problemas sociais. Entretanto, apesar da reorientação legislativa, a prática de isolamento estendeu-se em diversas colônias até a década de 1980.

¹⁷⁰ Maciel e Nery, 2014.

¹⁷¹ Hochman, 2013.

¹⁷² Carvalho, 2012.

¹⁷³ Souza-Araújo, 1954.

leprocômios, dos quais apenas três eram remanescentes dos períodos colonial e imperial. No mesmo ano, encontravam-se em isolamento 20.300 doentes de lepra, e 2.410 crianças, filhas de internos, abrigadas em 26 preventórios¹⁷⁴. Estas estatísticas não dão conta da totalidade da situação endêmica, e refletem sobretudo a ampliação do sistema e o aperfeiçoamento do trabalho de notificação, manifesto na progressão dos registros da doença.

São Paulo e Minas Gerais foram os estados com as redes mais expressivas, tanto em número de equipamentos quanto em volume orçamentário. Entre 1930 e 1960, destacaram-se pela estruturação do sistema, que incluiu a criação de órgãos sanitários específicos e a pesquisa científica sobre a enfermidade, assumindo orientação singular e certo pioneirismo em relação aos demais entes da federação¹⁷⁵. Os registros e estimativas do número de doentes nos dois estados eram similares (14.000 em Minas, 1937; 11.062 em São Paulo, 1943)¹⁷⁶, e ambos abrigaram os maiores asilos-colônia do país: Pirapitingui (SP), com 3.000 Leitos, e Santa Isabel (MG), com 2.500.

Em Minas Gerais, a criação de um serviço de higiene no final do século XIX já sinalizava a questão das endemias como problema sanitário, e no início do século XX era notável a percepção por parte dos agentes políticos da necessidade de construção de uma estrutura administrativa de saúde pública e do seu incremento a partir de sua institucionalização, numa perspectiva de modernização do estado¹⁷⁷. A mobilização de agentes e comunidades, como a médica-científica e a Sociedade Mineira de Agricultura, foram importantes para tornar a saúde uma questão relevante para o Estado de Minas, que passou por uma estruturação e reforma sanitária temporalmente coincidente com a reforma nacional.

Desde então, o combate à doença foi ganhando espaço na agenda da saúde pública estadual. Em 1931 foi inaugurada a Colônia Santa Isabel, na zona rural do então distrito de Santa Quitéria, município limítrofe à capital. Em 1937, foi criado o Serviço de Defesa Contra a Lepra, destinado a dirigir a campanha contra a doença, composto pelo Centro de Estudos e pelo Serviço de Profilaxia (Quadro 1).

Quadro 1. Organização do Serviço de Defesa contra a Lepra no Estado de Minas Gerais, Brasil (1937-1960).		
Diretoria de Saúde Pública –Serviço de Defesa contra a Lepra	Centro de Estudos da Lepra	- Sede (Belo Horizonte) - Instituto de Pesquisas “Gaspar Viana” (Colônia Santa Isabel) - Curso de Leprologia (Faculdade de Medicina)
	Serviço de Profilaxia da Lepra	- Colônia Santa Isabel - Colônia São Francisco de Assis - Colônia Santa Fé - Colônia Padre Damião - Hospital de Lázaros de Sabará - Sanatório Roça Grande - Preventório Eunice Weaver (Araguari) - Preventório São Tarcísio (Mário Campos) - Preventório Carlos Chagas (Juiz de Fora) - Preventório Olegário Maciel (Varginha) - Unidade de aprendizado profissional para os filhos isolados (Belo Horizonte) - Dispensário Central (Belo Horizonte) - 6 Dispensários regionais - 14 Dispensários de serviços itinerantes - Sociedade de Proteção aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, entidade filantrópica que trabalha em colaboração com a Saúde Pública.

© Elaboração pelos autores, a partir de Diniz (1938) e Carvalho (2012).

¹⁷⁴ Souza-Araújo, 1954, 423-424.
¹⁷⁵ Carvalho, 2012.
¹⁷⁶ Souza-Araújo, 1954.
¹⁷⁷ Chaves, 2011, 33.

A implantação dos equipamentos no território mineiro seguiu uma divisão em quatro macrorregiões e quatorze zonas, codificadas alfabeticamente (A a N). Cada região contava com um leprosário, um preventório e ao menos um dispensário regional, enquanto cada zona dispunha de pelo menos um dispensário de serviços itinerantes. Esse zoneamento não

correspondia à divisão geográfica do estado, tendo sido elaborado pelo Serviço de Lepra com fins específicos de implementação da profilaxia. Além disso, a escolha dos municípios e terrenos acompanhou a malha ferroviária existente, de modo a facilitar o deslocamento dos doentes.

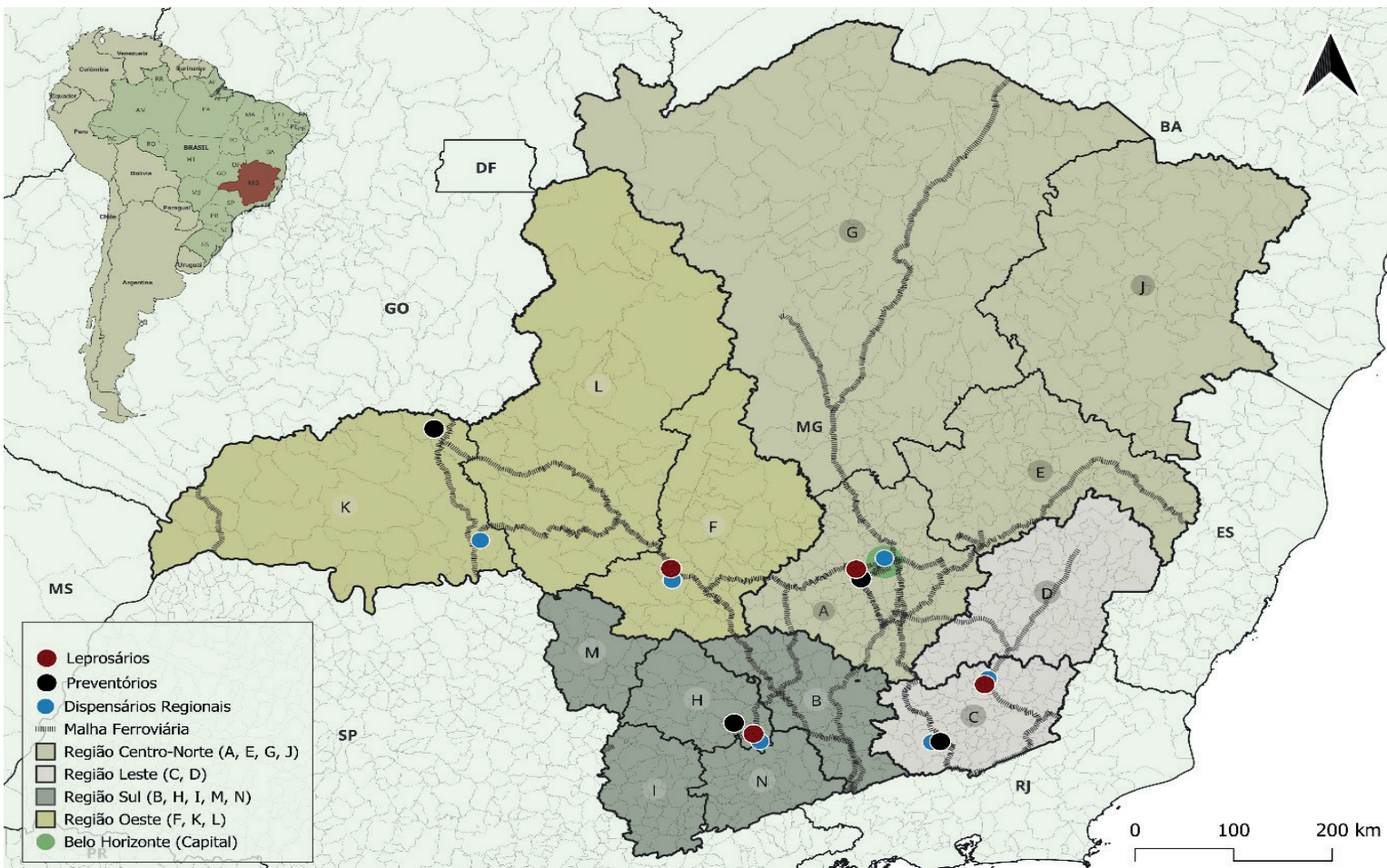


Figura 1. Rede de profilaxia da lepra no Estado de Minas Gerais, Brasil (1950).
© Elaboração pelos autores, a partir de Diniz (1938) e Horta (1950).

Da espacialização dessa rede, observa-se a concentração de equipamentos na região centro-sul do estado, em contraponto à região norte, atendida apenas pelos equipamentos da zona central (A). Essa configuração sugere a importância que determinados municípios assumiram no contexto mineiro, aspecto reforçado pelas estatísticas, que indicavam maior incidência de casos justamente nas regiões onde operava maior número de equipamentos.

Coloca-se, então, uma série de questões: qual a justificativa, além da malha ferroviária, para essa territorialização? O que ela revela sobre a importância atribuída às cidades e regiões mineiras no período? Qual a relação entre essa rede e o desenvolvimento territorial, ou ainda: em que medida o próprio desenvolvimento territorial justificou a sua

implantação? Pretende-se elucidar algumas dessas indagações no curso da pesquisa.

3. LEPROSÁRIOS MINEIROS: ORGANIZAÇÃO ESPACIAL E FUNCIONAMENTO

Os hospitais-colônia, ou cidades-hospitais¹⁷⁸, foram concebidos como simulacros de pequenas cidades, localizados em áreas rurais e dotados de espaços e instalações planejados para atender às necessidades dos internados nas diversas esferas da vida social. Minas Gerais contou com quatro leprosários desse tipo, hoje unidades de saúde geridas pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que prestam serviços por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁷⁸ Amora, 2009.

Quadro 2. Leprosários no Estado de Minas Gerais, Brasil (1920-1960).				
Santa Isabel	Santa Fé	S. Francisco Assis	Pe. Damião	
Início da construção	1921	1937	1936	1937
Inauguração	1931	1942	1943	1945
Município	Santa Quitéria (Betim)	Três Corações	Bambuí	Ubá
Região	Central-Norte	Sul	Oeste-Triângulo	Leste
Distância do núcleo urbano municipal	9km	6km	8km	9km
Capacidade (Leitos)	2.500	1.600	1.500	1.500
Área	300 ha	100 ha	53 ha	42 ha
Arquiteto/Engenheiro	Lincoln Continentino	Não identificado	Bruno Graffing	Não identificado

© Elaboração pelos autores, a partir de Diniz (1938) e Carvalho (2012).

A lógica espacial e a arquitetura dessas instituições resultaram da atuação conjunta de médicos sanitaristas e engenheiros-arquitetos. Incorporaram concepções do urbanismo utópico, notadamente o modelo da cidade-jardim, que imprimia uma estética de vias amplas e arborizadas e distribuição ordenada e pitoresca das edificações e espaços livres. Nas quatro colônias, o complexo era compartimentado em três zonas: sadia, onde se localizavam as habitações de médicos e funcionários, o corpo técnico responsável pela gestão; intermediária, que reunia edifícios administrativos e de serviços; e doente, onde se encontravam as habitações e serviços voltados às demandas da vida citadina - a cidade propriamente dita.

Também foram características marcantes dos projetos: a divisão funcional das atividades e do espaço, em razão dos objetivos institucionais e das recomendações de higiene; a baixa densidade populacional e o crescimento contido, com previsão de áreas de expansão; a circunscrição do complexo em limites físicos (muros, cercas, rios, vegetação, declives); a presença de espaços para agricultura, pecuária e atividades manufatureiras (pequenas indústrias), destinados ao abastecimento interno e à redução dos custos operacionais. Em alguns casos, como na Santa Isabel, chegou a existir moeda própria, uma vez que a circulação de

dinheiro representava uma possibilidade de contágio.

O esquema espacial também incorporava mecanismos de controle e práticas de segregação: fechamento às relações externas, contatos apenas mediados e sob supervisão e a vida regida por regulamentos, o que caracterizava esses lugares como **instituições totais** e de **sequestro social**¹⁷⁹. Ou seja, são estabelecimentos híbrido-sociais que apreendem compulsoriamente indivíduos “indesejados”, retirando-os do espaço familiar ou social mais amplo e submetendo-os a um período de internamento que visa moldar suas condutas e disciplinar seus comportamentos. Nesse sentido, as colônias permitiam recriar a vida social, mas dentro de limites normativos, inserida em dispositivos de vigilância e processos de assujeitamento - uma **utopia ao avesso**¹⁸⁰.

¹⁷⁹Goffman, 1974.
¹⁸⁰Amora, 2009.



Figura 2. Implantação da Colônia Santa Fé, no município de Três Corações (Minas Gerais, Brasil).

Figura 2.A. Planta geral de urbanização da Colônia Santa Fé, inaugurada em 1942.

© Souza-Araújo, 1948.

Figura 2.B. Vista Superior da Colônia Santa Fé, 2025.

© Google Earth, 2025.

Figura 2.C. Implantação da Colônia Santa Fé. © Elaboração pelos autores, a partir de Diniz (1938) e Carvalho (2012).

Com exceção da Colônia Santa Isabel, que se aproximava mais do modelo paulista (Leprosaria Modelo para os Campos de Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes), as demais colônias apresentam soluções formais e espaciais e programas similares, mostrando que se tratavam de projetos oriundos de uma mesma lógica, mas interpretados por arquitetos ou engenheiros locais, adequados à situação físico-territorial do terreno. O modelo

pavilhonar para habitação coletiva dos doentes esteve presente em todas elas, tendo sido exclusivo, enquanto unidade habitacional, na Colônia Padre Damião. A linguagem arquitetônica das edificações associava-se às suas tipologias, sendo predominante o funcionalismo moderno para os pavilhões de habitação e serviços, mas com presença de estilo art-déco, como os cine-teatros nas Colônia Santa Isabel e Santa Fé.



Figura 3. Pavilhão "Minas Gerais" de habitação coletiva na Colônia Santa Fé (1942).

© Arquivo Público Mineiro.

A evolução dos tratamentos medicamentosos a partir de 1940 e a possibilidade de cura da lepra culminaram na obsolescência dos leprosários, que, com a revogação do isolamento compulsório (1962), foram reestruturados ou abandonados. As colônias mineiras tornaram-se complexos hospitalares especializados e ainda abrigam os últimos pacientes asilares. Para além disso, instituições como a Colônia Santa Isabel e a Padre

Damião mantiveram-se dinâmicas na produção do lugar, tornando-se pequenos núcleos urbanizados, visto que muitos pacientes permaneceram nestas instituições e ocuparam gradualmente os territórios do entorno. Esse processo se deu em função da ausência de políticas de reintegração dos internos e da ruptura de vínculos anteriores ao isolamento, ao passo em que outros vínculos foram construídos no universo intramuros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se apresentar a organização territorial e espacial da rede de profilaxia e dos leprosários implantados em Minas Gerais a partir de 1920. Trata-se de uma primeira exploração com fins à compreensão das soluções espaciais adotadas no combate à lepra no estado, tema ainda pouco explorado no campo da História da Arquitetura e do Urbanismo. O caso mineiro é importante pela expressividade da rede e pela trajetória das instituições nosocomiais, como também pela sua relação com o desenvolvimento territorial nos municípios onde estão localizadas.

Diversas possibilidades investigativas se

descortinam daí: por que a rede mineira foi espacialmente concentrada? Qual a singularidade do modelo em Minas em comparação com aqueles implantados nos demais estados da federação? Como os acervos arquitetônicos destas instituições documentam o processo evolutivo das ciências biomédicas ao longo do tempo? O avanço da análise dos modelos espaciais nos parece passo importante para entender a contribuição da arquitetura para a modernidade, assim como da modernidade para a arquitetura da saúde, além do entendimento para a construção do Estado Nacional por meio das políticas públicas então vigentes.

5. REFERÊNCIAS

Amora, A. "Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leprosos no Brasil". *Cadernos de História da Ciência* 5, n. 1 (2009): 23-53.

Carvalho, K. "Colônia Santa Isabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)". Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense (2012).

Chaves, B. "Instituições de saúde e a ideia de modernidade em Minas Gerais na primeira metade do século XX", in *História da Saúde em Minas Gerais: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)*, ed. Silveira, A., Figueiredo, B. e Marques, R. C. (Barueri, Brasil: Minha Editora, 2011), 28-70.

Diniz, O. "Organização da luta antileprosa em Minas Gerais (Brasil). Conferência Sanitária Panamericana 10 (1938): 49-62.

Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Brasil: Perspectiva, 1974.

Hochman, G. "Saúde Pública e Federalismo: Desafios da Reforma Sanitária na Primeira República", in *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*, ed. Hochman, G., Faria, C. (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013), 303-327.

Horta, A. *Organização, estrutura e funcionamento de dispensários antilepróticos*. Rio de Janeiro, Brasil: Serviço Nacional de Lepra, 1950.

Maciel, L., Nery, I. "A presença da hanseníase no Brasil - alguns aspectos relevantes nessa trajetória", in *Hanseníase: avanços e desafios*, ed. Alves, E., Ferreira, T. e Nery, I. (Brasília, Brasil: NESPROM, 2014), 19-40.

Souza-Araújo, H. *História da Lepra no Brasil II - Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro, Brasil: Imprensa Nacional, 1948.

Souza-Araújo, H. "O problema da lepra no Brasil". *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 52, n. 2 (1954): 419-441.

BIOGRAFIA

Caique de Souza Melo.

Arquiteto e Urbanista graduado pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) e mestrando no Programa de Pós-Graduação em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (PPGPAT/COC/Fiocruz), com pesquisa sobre a formação histórica e espacial das antigas colônias de isolamento da hanseníase em Minas Gerais.

Renato da Gama-Rosa Costa.

Pesquisador do Departamento de Patrimônio Histórico da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e docente permanente do curso de Mestrado em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde/Fiocruz. Possui graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal Fluminense (1987), Mestrado em Arquitetura (1998) e Doutorado em Urbanismo (2006) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, e Pós-Doutorado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2014). Líder do Grupo de Pesquisa "Saúde e Cidade". Tem experiência na área de Arquitetura e Urbanismo, com ênfase em História da Arquitetura e Urbanismo, atuando principalmente nos temas: Rio de Janeiro, história, arquitetura e urbanismo, patrimônio cultural, arquitetura de instituições de saúde e saúde urbana.

Anny Jackeline Torres Silveira.

Professora Associada do Departamento de História da Universidade Federal de Ouro Preto. Atua nos Programas de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Ouro Preto (PPGHIS-UFOP) e da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGHIS-UFMG). Possui graduação em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), mestrado em História pela mesma instituição (1995) e doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense (2004), com estágio pós-doutoral pelo Welcome Unit for the History of Medicine - University of Oxford (2012-2013) e pelo Centro de Investigaciones Y Estudios sobre Cultura y Sociedad da Universidad Nacional de Córdoba (2023-2024). Tem experiência na área de História, com ênfase em História do Brasil e História das Ciências da Saúde, atuando principalmente nos temas: História da Saúde, História das Epidemias, Patrimônio da Saúde, Acervos, História da Alimentação e Educação Patrimonial.

El Hospital de San Juan de Dios del Puerto de Campeche: Arquitectura, Asistencia y Transformación Urbana.

Antonio Rodríguez Alcalá
Universidad Anáhuac Mayab
antonio.rodriguez@anahuac.mx

RESUMEN

El Hospital de San Juan de Dios de Campeche, fundado en el siglo XVII, fue una de las instituciones asistenciales más relevantes del sureste novohispano. Su establecimiento responde tanto a las necesidades sanitarias de una población en crecimiento como al impulso misional de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuyo modelo arquitectónico y organizativo se replicó en diversas ciudades del virreinato.

Se analiza la evolución arquitectónica del hospital desde su fundación hasta su eventual demolición en el siglo XX, considerando su inserción en la traza urbana amurallada de Campeche, su tipología constructiva y sus funciones médico-religiosas. A través de fuentes primarias —como planos, informes coloniales y registros de la orden—, se reconstruyen sus principales etapas constructivas, así como los factores sociales, políticos y sanitarios que motivaron sus transformaciones.

Además de su valor arquitectónico, el hospital representa un punto clave para entender la interacción entre salud pública, caridad religiosa y control social en una ciudad portuaria expuesta a enfermedades tropicales y ataques piratas y corsarios. La investigación subraya cómo su localización y organización espacial responden a un modelo híbrido entre iglesia, hospicio y nosocomio, reflejando una concepción barroca de la atención médica.

Palabras clave:

Hospital, Virreinato, Juanino, Campeche

1.INTRODUCCIÓN

La orden de los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, una de las diversas órdenes

asistenciales con presencia en el virreinato de la Nueva España, fue indudablemente la de mayor relevancia durante los siglos XVII y XVIII en gran parte del territorio; llamados por el virrey Juan de Mendoza y Luna al rey Felipe III, estos llegan a la Nueva España en 1604¹⁸¹. Por su condición portuaria, Campeche era la puerta de entrada no solo de nuevos insumos de ultramar, sino también de continuas y nuevas enfermedades; también por esta vía llegaban las vacunas y remedios para dichos males, incluyendo numerosos médicos procedentes generalmente de España.

La ciudad contaba con el hospital de Nuestra Señora de los Remedios desde su fundación en 1541, al que regularme acogía soldados, viajeros y marineros entre quienes el clima y los largos viajes por mar y tierra hacían estragos¹⁸².

En 1626, Fray Bartolomé de la Cruz, llamado por el obispo de Yucatán Fray Gonzalo de Salazar¹⁸³ funda en compañía de tres hermanos de su orden el hospital que tenía el título de “Nuestra Señora de los Remedios”, habiéndose construido en el llamado “Centro” de la vieja Villa y dejando una pequeña plazuela al frente¹⁸⁴. Inicia con una pequeña

¹⁸¹ Josefina Muriel, Hospitales de la Nueva España (T.II.), 1991,30.

¹⁸² Solange Alberro, Apuntes para la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2005,133.

¹⁸³ Javier Ferrer de Mendiola, Historia de la Beneficencia Pública y Privada, 1944,64. Campeche perteneció a Yucatán hasta 1858, en que se constituye como Estado independiente.

¹⁸⁴ José García Preciat, Historia de la Arquitectura, 1944,436. Por la época aún no se construía el recinto amurallado, que inicia en 1686 (un año después del ataque del pirata Lorencillo, y se concluye en julio de 1704), y que posteriormente envuelve el conjunto hospitalario en su esquina sureste.

renta a cargo del Ayuntamiento de la Ciudad, sin embargo, su mayor entrada de recursos provenía de las contribuciones sobre los buques que frecuentemente arribaban ("derechos de anclaje"), para asistencia de sus tripulaciones¹⁸⁵, así como las cuotas de la tropa de la plaza cuando algún soldado se atendía, a la manera de seguro médico. Y, por sobre las diversas maneras de allegarse recursos, los juaninos ejercían con eficacia la que mejor dominaban: pedir limosna casa por casa y en los lugares públicos, en especial en las horas nocturnas para suscitar la caridad de los vecinos, apelando a sus angustias existenciales¹⁸⁶, tal y como hacía el fundador de la orden en las calles de Granada.

2. BAJO ADMINISTRACIÓN JUANINA Y CIVIL

Tras tomar posesión del Hospital de N.S. de los Remedios y rebautizarlo como de San Juan de Dios, los juaninos proceden a realizarle ampliaciones y restauraciones, ya que su predecesor sufrió destrucciones derivadas de los frecuentes ataques de corsarios y piratas a la ciudad. Construyen la capilla de San Juan de Dios, concluyéndola en 1675¹⁸⁷ y amplían diversas dependencias. En sus inicios, el hospital ocupó poco terreno, que después fue aumentando con los solares contiguos, hasta alcanzar una superficie de más de 7,000 metros cuadrados, incluyendo cementerio, botica y troje de grano¹⁸⁸. Se fundan diversas capellanías particulares a favor del hospital, ya sea en efectivo o hipotecando diversos inmuebles¹⁸⁹. También se consignan entradas de 500 ducados de renta en pensiones de encomiendas, así como entradas por milicia¹⁹⁰.

Al concluirse las murallas urbanas en 1704 el hospital quedó intramuros, a favor del viento y alejado de la costa, condiciones favorables para la plaza¹⁹¹. Posteriormente, Fr. Antonio Alcalde, Obispo de Yucatán, en 1771 realiza un donativo de 20,000 pesos al hospital para instalar seis camas para mujeres y diez para sacerdotes, con lo que la capacidad asistencial del recinto llegó a 22 camas¹⁹². Para el último tercio del S. XVIII el hospital contaba con 47 camas, casi siempre ocupadas, llegando así a atender 500 enfermos anuales en promedio¹⁹³.

Durante los siglos XVII y XVIII existía en el hospital un religioso médico que prestaba sus servicios gratuitamente a la población¹⁹⁴. Hacia 1720 ejercieron los doctores Francisco Tenier y Claudio Grandel, con general beneplácito de la población¹⁹⁵. Por su parte, diversas cofradías realizaban sus ejercicios en el templo de San Juan de Dios, lo que representaba una saludable fuente de ingresos al hospital. Se sabe sin embargo que, hacia 1788 la cofradía de Nuestra Señora del Carmen pasaba por dificultades económicas derivadas de una posible deficiente administración por parte del secretario Antonio Carvajal¹⁹⁶, parte de cuyos recursos se destinaban al "Convento Hospital".

En 1805 el rey decretaba que la orden juanina ya no tendría más Comisarios Generales, sino Provinciales y Definidores en Nueva España, Perú y Santa Fe, cuyas elecciones capitulares serían presididas por los Prelados Diocesanos¹⁹⁷. Con esto lentamente se va

¹⁸⁵Eligio Ancona, Historia de Yucatán, 1878, 361-362 en Ferrer, Op. Cit., 65. La cuarta parte de una soldada de marinero (o de grumete, en su caso) se aplicaba a todos los "navíos y fragatas" que arribaban a la villa y puerto de Campeche (Archivo General de Indias, México, 1675).

¹⁸⁶Alberro, Op. Cit., 40. El hospital, por ser obra pía, también pertenecía desde sus inicios al Real Patronato.

¹⁸⁷Lanz, Historia, 1991, 74 en Roger Moo, Descripción histórica del hospital de San Juan de Dios de San Francisco de Campeche, 2017, 30.

¹⁸⁸García, Op. Cit., 437.

¹⁸⁹Raúl Pavón. Dos benefactores, dos instituciones, 1991, 74.

¹⁹⁰Archivo General de Indias. Hospital de Campeche, 1675, f.1. Estos 500 ducados habían sido concedidos por Doña Mariana de Austria, aunque solo pudieron cobrarse 384 pesos (Rocher Salas en Moo, Op. Cit., 34).

¹⁹¹Antonio Rodríguez, Aproximación tipológica a los hospitales de la orden de San Juan de Dios en la Nueva España, siglos XVII-XVIII, 2018, 195.

¹⁹²Alberro, Op. Cit., 133. Este obispo también contribuyó, con la misma cantidad, al hospital de Nuestra Señora del Rosario de Mérida.

¹⁹³Moo, Op. Cit., 39.

¹⁹⁴Álvaro Ávila, Historia de la medicina alopática en la época colonial, 1944, 265.

¹⁹⁵Ibid., 266.

¹⁹⁶Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Yucatán. Informe de la Cofradía de Nuestra Señora del Carmen de Campeche. Templo de San Juan de Dios, 1788, f.1.

¹⁹⁷Archivo General de Indias. Indiferente General, 1773-1805.

delegando del mando a la orden, para ser sustituida por la administración secular y, más tarde, de nuevo por la civil. Los juaninos continuaron prestando sus servicios en el hospital hasta entrado el siglo XIX, cuando entregan las instalaciones al Hospital Civil de Campeche en 1821.

Este hospital, de condiciones precarias (por ejemplo, tuvo que demoler el segundo cuerpo de su torre – campanario que amenazaba ruina en 1830¹⁹⁸), cede su administración en 1846 al Ayuntamiento de la ciudad. En 1865 la Emperatriz Carlota dona 10,800 pesos al hospital con el que se construyeron un anfiteatro, aljibe y se compra un local adjunto para una casa de dementes. El Ayuntamiento recupera el hospital en 1870, pero en 1879 se trasladan los enfermos al hospital de San Lázaro, recientemente restaurado. Sin embargo, por su ubicación lejana al centro de la ciudad y restricciones de infraestructura, los enfermos regresan a San Juan de Dios en 1883.

La fase final del hospital está caracterizada por un creciente abandono y deterioro de sus instalaciones y atención. Hacia 1890, el Ayuntamiento rebautiza el hospital como “Manuel Campos”, en honor del médico que prestó valiosos servicios ahí durante la primera mitad del siglo XIX¹⁹⁹. A fines de siglo, se hacen repetidos intentos de las administraciones porfiristas por mejorar el establecimiento, sin embargo, ya existían nuevos modelos de nosocomio que no concordaban con el partido arquitectónico original. Hacia 1971 se construye el nuevo Hospital General, por lo que el antiguo hospital es finalmente demolido en fecha no exacta, pero que sucedió probablemente en la primera mitad de la década de 1970.

3. UNA ARQUITECTURA RELIGIOSA – ASISTENCIAL – “DEFENSIVA”

Durante la Colonia, los juaninos administraron alrededor de 26 hospitales en territorio novohispano, de los cuales, más de diez fueron fundaciones propias, es decir, edificios conceptuados y edificadas desde sus inicios²⁰⁰. La revisión cartográfica²⁰¹ indica un primer momento fundacional con un hospital

compacto, compuesto de iglesia y patio principal rodeado de enfermerías, botica y dependencias administrativas. Posteriormente, a mediados del siglo XVIII y con las donaciones del obispo Alcalde, se amplían las enfermerías (Fig. 1). La disposición de conjunto del hospital, de acuerdo a García Preciat, “...no tiene en su planta una distribución bien definida pues, como sucedía en épocas pasadas, según las necesidades fueron agregándose a las construcciones hechas más piezas y salas hasta formar un conglomerado que en la actualidad, con los adelantos de nuestro siglo, resulta completamente inadecuado para su destino²⁰²”.

Pondera la regularidad y “pocas transformaciones esenciales” del conjunto (en especial el núcleo original), lo que le confiere unidad a la manera de “casona con hermoso patio rodeado de frescos corredores con arquerías de medio punto, arriates para plantas que alegran y purifican el ambiente y el sencillo brocal del aljibe que recoge las aguas pluviales, construido con el donativo hecho por la Emperatriz Carlota”²⁰³.

¹⁹⁸Moo, Op. Cit.,55.

¹⁹⁹Íbid., 71.

²⁰⁰Rodríguez, Op. Cit.,185.

²⁰¹Mónica Cejudo y Pedro Luengo (coord.), Campeche Imaginada, 2024,76-78.

²⁰²García, Op. Cit.,437.

²⁰³Íbid.,438.



Figura 1. Hospital de San Juan de Dios, Campeche, México, planta arquitectónica general con el Baluarte de San Pedro, esquina sureste del recinto amurallado. Reconstrucción histórica ca. S. XVII-XIX.
© Elaboración propia, basada en levantamientos del Instituto Nacional de Antropología e Historia (José García Preciat, octubre 1965). Se incluyen dos referencias a planos históricos: 1751 (Juan de Villajuna – Centro Geográfico del Ejército Español) y 1779 (Agustín Crame - CGE).

Simbología: 1.- Núcleo original juanino, con sus primeras enfermerías en el costado poniente; 2.- ampliación de dos enfermerías por el obispo Alcalde, más diversas dependencias de mediados del siglo XVIII; 3.- ampliaciones posiblemente de finales del XVIII o inicios del XIX; 4 y 5.- posteriores ampliaciones de mediados a finales del s. XIX. Con letra "e" se mencionan las 4 enfermerías que tenía el hospital a fines del s. XIX.

Es de destacar el trinomio templo – hospital – muralla, que generó un núcleo urbano de fuerte presencia en la ciudad. La cercanía física y simbólica entre el templo y el hospital reforzaba la idea de que la salud del cuerpo y la salvación del alma eran inseparables, siguiendo el modelo asistencial de los hospitales novohispanos del siglo XVII y XVIII. Su ubicación inmediata a la muralla y al

baluarte no fue casual, sino estratégica. Al encontrarse junto a las fortificaciones, el hospital servía no solo a la población civil sino también a los soldados y viajeros que llegaban por mar, convirtiéndose en un punto de resguardo y auxilio dentro de la estructura defensiva de la ciudad (Fig. 2).

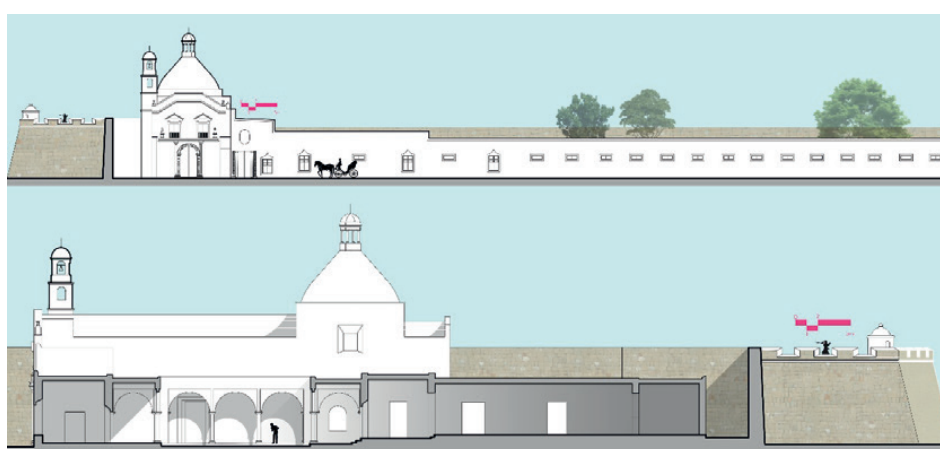


Figura 2. Hospital de San Juan de Dios, Campeche, México, fachada principal y corte longitudinal. Reconstrucción histórica ca. S. XVIII.

© Elaboración propia, basada en levantamientos realizados por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Campeche, agosto 1987. Se ofrece una hipótesis visual de los cuerpos de la torre – campanario.

El conjunto está exento respecto a la muralla y baluarte de San Pedro, lo que favorece la ventilación, en especial de las enfermerías²⁰⁴. Tanto la enfermería original como las donadas por el obispo Alcalde se encontraban con orientación norte – sur. Al cerrarse el cuadro con más enfermerías, el patio central generoso más el compás libre que permitía el lienzo de

muralla sur garantizaba la ventilación continua (Fig. 3).

La disposición funcional de las enfermerías presenta un acceso principal bien jerarquizado, a eje del patio principal en su costado sur, accediendo de esta forma al patio de enfermerías por su esquina noreste; las

dependencias funcionales como cocinas o sanitarios se encuentran convenientemente separadas de estas mediante corredores o crujías de apoyo y a favor del viento.

Su paramento en fachada iglesia – portería es también típico de la arquitectura juanina, que siempre manejaba este dúo de accesos coplanares o con patio de por medio en escuadra; el complemento del muro masivo de dependencias del hospital con pequeñas ventanas le otorga un aspecto blindado, a modo de una segunda muralla.

Las etapas subsecuentes a la ocupación juanina (determinadas mediante la regularidad de los espacios, partido arquitectónico, espesores de muros, proporciones de los fenestramientos, entre otras herramientas de análisis), indican una ocupación más irregular y con mayores imprecisiones en la disposición de los espacios: crujías dobles cancelando la ventilación de las crujías originales, irregularidad en los anchos de crujía, ventanas y espesores de muro, así como ubicación de dependencias de servicio sin responder a un partido arquitectónico o esquema definido.



Figura 3. Hospital de San Juan de Dios, Campeche, México, fotografías históricas e imagen estado actual.

© Gobierno del Estado de Campeche; Moo, 2017: 64,74; elaboración propia (2025) y Taller de Gráfica Libre, 2024.

4. CONCLUSIÓN

El Hospital de Nuestra Señora de los Remedios, posteriormente conocido como de San Juan de Dios, es una prueba patente del comportamiento habitual de los nosocomios coloniales, que nacieron con una vocación claramente asistencial y espiritual, pero que a lo largo del tiempo se vieron obligados a adaptarse a nuevas condiciones de atención médica y a los cambios sociales de la ciudad. Su historia revela que los hospitales virreinales no eran estructuras estáticas, sino organismos vivos que respondían a las epidemias, a la evolución de la ciencia médica, a las disposiciones civiles y eclesiásticas, e incluso a las variaciones demográficas de la población campechana. Las modificaciones, ampliaciones o cambios de uso que experimentó el inmueble no deben interpretarse como una pérdida de su esencia, sino como una muestra de su capacidad de servicio y resiliencia frente a las demandas de cada época.

La falta de mantenimiento que en diversos periodos afectó al edificio no puede considerarse una evidencia de diseño deficiente, sino más bien el reflejo de factores que sobrepasaban la voluntad de sus fundadores. La solidez de su fábrica, su integración con el templo contiguo y su cercanía a la muralla demuestran que el hospital fue conceptuado con criterios de funcionalidad y permanencia. Más que una ruina por vetustez, el conjunto encarna la paradoja de los espacios de salud coloniales: lugares que nacieron para servir a los más vulnerables, pero cuya conservación dependía de los vaivenes de la economía y de la continuidad de las órdenes religiosas, dejando así una huella material que habla tanto de su fortaleza constructiva como de los retos históricos de la asistencia pública.

²⁰⁴La ventilación para los juaninos era esencial para lograr la curación de los enfermos, mediante los continuos cambios en el volumen del aire, de ahí la disposición típica de sus enfermerías. Vid. Rodríguez, Op. Cit., 188.

REFERENCIAS

Alberro, Solange, Apuntes para la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en la Nueva España – México, 1604-2004. México: El Colegio de México – Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2005.

Archivo General de Indias. México, 160: Hospital de Campeche, 1675.

Archivo General de Indias. Indiferente General, 3077, 1773.

Archivo Histórico de la Arquidiócesis de Yucatán, Sección Gobierno, Serie Obispos, Vol. 40, Caja 417, Exp. 119. 1789-1792. Informe de la Cofradía de Nuestra Señora del Carmen de Campeche. Templo de San Juan de Dios, 1788.

Ávila, Álvaro, "Historia de la medicina alopática en la época colonial". Enciclopedia Yucatanense (T.IV). México: Gobierno del Estado de Yucatán, 1944.

Cejudo, Mónica; Luego, Pedro (coord.), Campeche Imaginada. México: Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Arquitectura), 2024.
Ferrer de Mendiola, Javier. "Historia de la Beneficencia Pública y Privada". Enciclopedia Yucatanense (T.IV). México: Gobierno del Estado de Yucatán, 1944.

García Preciat, José. "Historia de la Arquitectura". Enciclopedia Yucatanense (T.IV). México: Gobierno del Estado de Yucatán, 1944.

Moo, Roger. Descripción histórica del hospital de San Juan de Dios de San Francisco de Campeche. México: Ayuntamiento de Campeche, 2017.

Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España. Tomo II. México: Universidad Nacional Autónoma de México – Cruz Roja Mexicana, 1991.

Pavón Abreu, Raúl. Dos benefactores, dos instituciones. México: Universidad Autónoma de Campeche, 1991.

Rocher Salas, Adriana. La disputa por las almas. Las órdenes religiosas en Campeche, siglo XVIII. México: CONACULTA, 2010.

Rodríguez, Antonio. "Aproximación tipológica a los hospitales de la orden de San Juan de Dios en la Nueva España, siglos XVII-XVIII". Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina (V.3), México: Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Arquitectura), 2018.

Agradecimientos

Arq|go. Miguel Jesús Cárdenas Barrera (Centro INAH Campeche), Arq. Lileana Cárdenas Boldo.

BIOGRAFÍA

Antonio Rodríguez Alcalá

Doctor en Arquitectura con Mención Honorífica por la UNAM. Ha colaborado en investigaciones, proyectos y obras de restauración y conservación del patrimonio cultural edificado de México. Entre sus reconocimientos profesionales figuran: menciones honoríficas en el Encuentro Nacional de Estudiantes de Arquitectura, Alberto J. Pani de la UNAM y X Bienal FCARM; premio de la Academia Mexicana de Ciencias a mejor Tesis Doctoral en Humanidades, premios "Francisco de la Maza" y "Miguel Covarrubias" del INAH, Medalla de Plata "Alfonso Caso" UNAM, entre otros. Actualmente profesor - investigador de tiempo completo en la Universidad Anáhuac Mayab y miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII-1).

El hospital de Iquique como artefacto urbano y cultural del Norte Grande de Chile.

Victor Valenzuela Grollmus
Universidad Arturo Prat. Iquique.
vvalenzu@unap.cl

RESUMEN

El presente trabajo aborda el Hospital de Iquique (1937) como una expresión paradigmática de la arquitectura moderna en el Norte Grande de Chile. Enmarcado como un proyecto de renovación urbana al erigirse como símbolo de la modernización, progreso y cambio de escala en la ciudad.

El objetivo de la ponencia es develar cómo esta obra, junto a otras de carácter educacional, institucional y habitacional, contribuyeron en redefinir la fisonomía urbana y a consolidar un imaginario moderno en un territorio extremo.

La metodología empleada combina análisis documental de fuentes primarias (notas de prensa, planos, memorias técnicas) y secundarias (literatura académica), con énfasis en el estudio de caso del hospital de Iquique. Se considera además el contexto regional de planificación hospitalaria impulsado por arquitectos como Fernando Devilat y Jorge de la Carrera, vinculados a iniciativas similares en otras ciudades del país.

Entre los aspectos singulares a destacar de esta obra, se incluye la adopción del sistema monoblock como modelo funcional, con una estructura espacial que integra hospitalización, servicios médicos y administración. Este diseño no solo respondió a criterios de eficiencia y control, sino que también representaba una nueva estética y forma en los edificios destinados para la salud pública, basada en líneas simples, ventilación cruzada y orientación solar.

El estudio concluye que el Hospital de Iquique no solo fue una infraestructura sanitaria, sino también un artefacto urbano y cultural que articuló políticas públicas, imaginarios de

modernidad y transformaciones urbanas. Su análisis permite reflexionar sobre el rol de la arquitectura moderna en la construcción de la ciudad en el norte de Chile.

Palabras clave:

Arquitectura moderna, Hospital monoblock, desarrollo urbano, Norte Grande, Iquique.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo urbano de Iquique, no puede ser entendido sin una aproximación al rol que desempeñaron diversas instituciones estatales encargadas de dotar a la ciudad de infraestructura pública necesaria para asentar a una creciente población en un territorio extremo y propiciar una mejor calidad de vida.

A este respecto la Junta de Beneficencia, tuvo un impacto preponderante en la construcción de infraestructura sanitaria y desde una perspectiva histórica y urbana, la ejecución de un nuevo Hospital marca un precedente en el ámbito social, económico y cultural en la ciudad al erigirse como un símbolo de la modernización y progreso que comienza a teñir el Norte Grande.

De esta manera, el poder adentrarse y develar la implicancias de contar con esta tipología edificatoria, permite ir situando al Hospital como un artefacto urbano y cultural que merece el reconocimiento como parte de la estructura urbana e imagen de ciudad.

2. LA CONSTRUCCIÓN DEL ARTEFACTO

La prensa local, representada por el periódico El Tarapacá de Iquique, siguió muy de cerca el proceso de gestión, construcción e inauguración del Hospital Regional. Así por ejemplo, se consigna que en Octubre de 1934 el diputado, Dr. Ernesto Torres, realizaba las

gestiones ante el gobierno central con la finalidad de destinar recursos para la construcción del nuevo Hospital de Iquique²⁰⁵, el que tendría una capacidad de cuatrocientas camas y que se constituiría en un verdadero progreso para la ciudad.

Después de meses de gestión, durante 1936 se informa que en abril del año en cuestión se iniciarían los trabajos de construcción del nuevo Hospital de Beneficencia. En una reunión en la que asistieron el Intendente de la Provincia, miembros y profesionales de la Junta Central de Beneficencia, se abordaron aspectos relacionados con la reorganización de los servicios y especialmente sobre la construcción del establecimiento.

Al respecto, el arquitecto colaborador del proyecto, Fernando Devilat²⁰⁶ dio a conocer algunos detalles sobre los planos que había elaborado para construcción del hospital señalando "que desde su llegada había estado haciendo algunos estudios de los terrenos que

será necesario utilizar y que una gran extensión pertenecen a la Municipalidad"²⁰⁷, indicando que permanecería en la ciudad el tiempo necesario para realizar las gestiones pertinentes.

De esta manera, en una ceremonia realizada en julio de 1936, con la presencia del alcalde y del delegado de la Beneficencia, se entregaron los terrenos para la construcción del nuevo Hospital de Iquique, señalando además que el arquitecto Jorge de la Carrera dirigirá los trabajos de construcción. La nota de prensa incluye una descripción en líneas generales sobre disposición de los bloques que forman parte del proyecto señalando:

Block anterior: Orientado de norte a sur, ubicado entre las calles Tarapacá y Serrano, cerrando la plaza hacia el oriente; consta de dos pisos; en el primero están ubicados los policlínicos, servicios administrativos, recepción de enfermo, Asistencia Pública; en el segundo se ubican los pensionados y casa de médico residente.

Block principal: Orientado oblicuamente a fin de tener salas frente al nor-oriente, ubicado

mas atrás del anterior, ocupando la actual plazoleta y parte del actual hospital (servicios administrativos, pensionados de 1ª, etc.). Consta de cinco pisos: en el primero: cocina lavandería, dormitorios del personal. Segundo piso: salas de medicina interna. Tercer piso: salas de cirugía. Cuarto piso: salas de accidentados, vías urinarias. Quinto piso: sección para niños y otras especialidades. En total 350 camas para enfermos agudos. La actual dotación servirá para crónicos.

*Entre ambos blocks, la torre de servicios médicos generales: botica, laboratorio, Rayos X, salas de operaciones.*²⁰⁸

El acceso al hospital se encontraría ubicado en el eje de la calle Serrano, contemplando adicionalmente la construcción de una plaza que ocuparía todo el frente del terreno y en la que se contemplaban jardines y arborización con la finalidad de insertar urbanamente el proyecto a su entorno.

La propuesta al contemplar un edificio concentrado, requeriría de menos personal y permitiría un mayor control, economizándose, así en la construcción y en el mantenimiento de los servicios, indicándose además que "este tipo de edificaciones fue aprobado por el último Congreso de Asistencia Social y es reconocido hoy como el más perfecto"²⁰⁹.

Durante agosto de 1936 se anuncia la demolición del antiguo Hospital de

²⁰⁵El Tarapacá (Iquique), "La construcción del nuevo Hospital de Iquique y nuevos elementos con que contará," 23 de octubre de 1934.

²⁰⁶El Hospital de Iquique, fue diseñado por Luis Zorzi Morelli, arquitecto de la Junta Central de Beneficencia y como colaboradores los arquitectos Fernando Devilat Rocca y Clodomiro Valdivia Pineda. Adicionalmente, se destaca la trayectoria del arquitecto Devilat, según investigaciones, participó en otras iniciativas arquitectónicas que incluyen: Facultad de Medicina de la Universidad Católica, un grupo de ochenta casas para la "Caja de Empleados Particulares", el sanatorio de la tuberculosis en Putaendo, los hospitales de Temuco, Pedro Montt, y Talca, Escuela de Enfermeras de Valparaíso.

²⁰⁷El Tarapacá (Iquique), "En el mes de abril se iniciaran los trabajos de construcción del nuevo Hospital de Beneficencia," 8 febrero 1936.

²⁰⁸El Tarapacá (Iquique), "La Municipalidad acordó entregar terrenos para la construcción del nuevo hospital," 4 de julio de 1936.

²⁰⁹El Tarapacá (Iquique), "Una moderna y magnífica construcción será la del nuevo hospital de Iquique." 24 julio 1936.

Fig. 1. Izq.: Portada El Tarapacá 21 febrero 1937. Der. Arriba: Fernando Devilat. Abajo: Fotografía de emplazamiento Hospital, en donde se observa disposiciones de bloques.

Fuente: El Tarapacá, <https://www.gf.org/fellows/fernando-devilat-rocca, Iquique Antiguo>.



Beneficencia, edificio construido entre los años 1886 -1887 y ubicado en el mismo sector, el que bajo la tipología del sistema de pabellones incluía un lazareto. Para Galeno y Toro²¹⁰, este establecimiento fue uno de los más avanzados de la época junto con determinar que su emplazamiento coincide con las directrices higienistas que estaban en curso.

En 1937, se publican en la portada de diario El Tarapacá "Los planos del Hospital que se encuentra en construcción"²¹¹, destacando nuevamente las características funcionales y programáticas del establecimiento.

Al respecto, González²¹² señala que el desarrollo de hospitales involucró siete épocas bien definidas, en donde la séptima, que abarca desde 1934 en adelante, es la que introduce el concepto de monoblock y en donde:

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*²¹³.

Aspectos que coinciden con el nuevo Hospital ejecutado en donde se observan las características señaladas y especialmente a través de torre central que contribuye en la verticalización de la ciudad.

Si bien entraron en funcionamiento diversas áreas del establecimiento a contar de 1940, no es hasta el 3 de octubre 1941, que es inaugurado oficialmente el Hospital Regional de Iquique junto con celebrar el Día Nacional del Hospital, convirtiéndose en un hito referencial gracias a su impronta, volumen y color.

3. EL HOSPITAL EN EL TERRITORIO

En la gestión y construcción de infraestructura sanitaria y hospitalaria en el Norte Grande

²¹⁰Claudio Galeno y Carolina Toro Cortés, "Estrategias urbanas y arquitectura hospitalaria: Los casos de Arica, Iquique y Antofagasta en el norte de Chile, 1871 -1906," en Anais dos Congressos Ibero-americanos de História Urbana / Actas del 2º Congreso Iberoamericano de Historia Urbana (Mesa nº 14), Asociación Iberoamericana de Historia Urbana, 2019.

²¹¹El Tarapacá (Iquique), "Los planos del Hospital que se encuentra en construcción," 21 de febrero de 1937.

²¹²Ignacio González, "La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile," Revista Chilena de Salud Pública 16, no. 3 (2012): 261, Universidad de Chile.

²¹³Ibid.

estuvo presente la Junta de Beneficencia como se mencionó anteriormente, pero también de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Nacional de Salubridad, los que generaron un gran impacto en el ámbito urbano, social y tecnológico en las ciudades del Norte Grande de Chile y con la envergadura de los edificios que se construyeron, en varios casos sobrepasaron la escala de las ciudades²¹⁴.

Las estrategias estatales, las particularidades urbanas de las ciudades-puerto del norte y los avances en las ciencias medicas, conformaron al Norte Grande como “un laboratorio de implementación arquitectónica hospitalaria y de salud pública, en el que se empleo. una gran variedad de escalas y tipologías”²¹⁵ y que

se vio reflejado en las infraestructuras hospitalarias de las ciudades Arica, Iquique, Tocopilla y Antofagasta.

Por lo mismo, para Claudio Galeno²¹⁶, el Hospital de Iquique es posible de considerar como la primera obra moderna de gran escala en todo el norte chileno, o como señala Fernando Pérez²¹⁷, con este tipo de hospitales se alcanzaron proporciones monumentales en las ciudades intermedias en que se localizaron y en el caso de Iquique, constituyó el inicio del cambio de escala en lo referente a equipamiento urbano y sin duda alguna contribuyó no solo en la incorporación de un nuevo lenguaje arquitectónico para la ciudad, sino también en la incorporación de nuevas tecnologías y ser parte tangible del desarrollo urbano de Iquique.

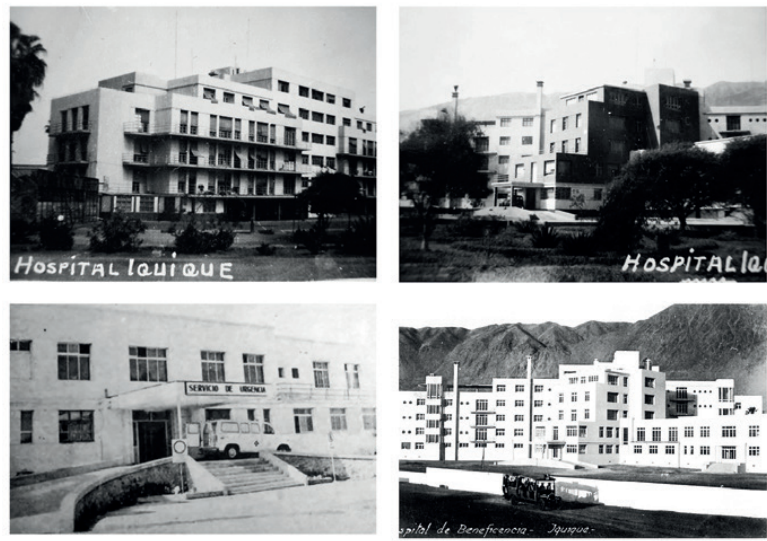


Fig. 2. Imágenes generales del Hospital de Iquique.
Fuente: Iquique Antiguo.

La forma en como se emplazó el Hospital como su misma ubicación lo convierte en un edificio de transición entre la ciudad y el desierto, como también en una pieza urbana que contribuyó en la consolidación de la periferia y en la construcción de una identidad social y cultural para el sector y barrios cercanos los que serán reconocidos posteriormente como Norte-Hospital.

4. EL HOSPITAL Y LA CIUDAD.

Durante 1930 a 1945, periodo reconocido por Torrent²¹⁸ en el que se observa una fuerte afirmación inicial de la arquitectura moderna, la ciudad de Iquique, experimentó una transformación programática y un cambio en la escala urbana, al incorporarse una serie de edificaciones, muchas de la cuales de carácter

monumental, que conformaron un nuevo ambiente construido que reflejó el progreso y la modernización en la sociedad.

214Fernando Pérez Oyarzún, *Arquitectura en el Chile del siglo XX*, Vol. 2 (Santiago de Chile: Ediciones ARQ, 2017).

215Claudio Galeno y Valentín Roco, “Variantes de escalas y tipologías en el desarrollo de los establecimientos y estrategias de salud del norte de Chile: los proyectos y las arquitecturas de Antofagasta,” en *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*, vol. 4, editado por María Lilia González (México: UNAM, 2023), 75.

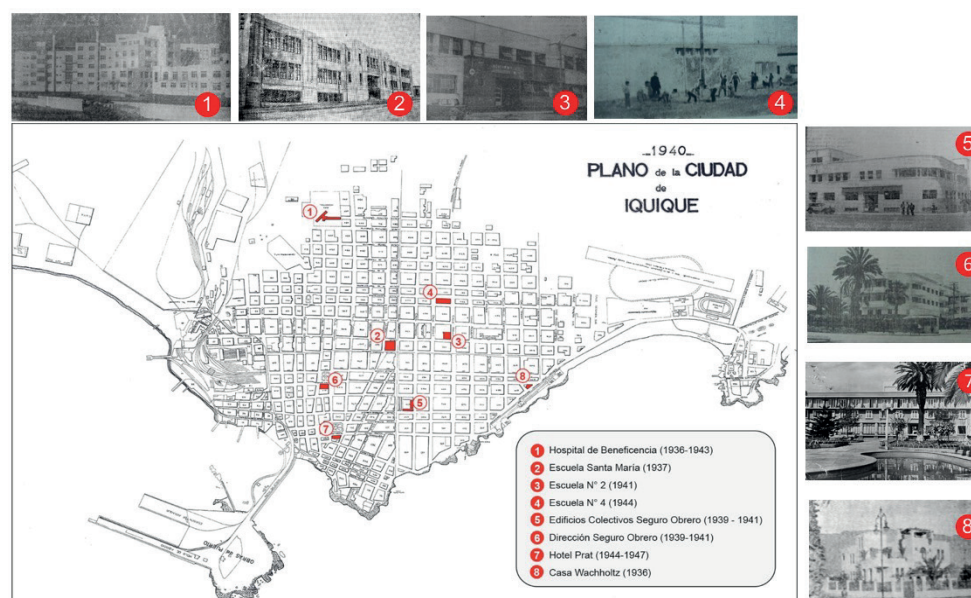
216Claudio Galeno, “Unidad Sanitaria y Jefatura Provincial de Antofagasta,” en *Atlas de lo ordinario Brasil/Chile. Dibujos y fotografías de arquitectura moderna*, editado por Hugo Mondragón (Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2020), 58–61.

217Fernando Pérez Oyarzún, *Arquitectura en el Chile del siglo XX*, vol. 2.

218Horacio Torrent, “Otras trayectorias de la ciudad moderna: la arquitectura de la gran ciudad,” en *Trayectorias de la ciudad moderna*, editado por Manuel Muñoz (Concepción: Universidad de Concepción, 2012), 47–51.

Fig. 3. Plano de Iquique 1940 y obras de arquitectura moderna como parte del repertorio de la primera modernidad.

Fuente: Elaboración del Autor.



El Hospital de Beneficencia (1941), la Escuela Santa María (1937), los grupos escolares denominados Escuela N° 2 (1941) y N° 4 (1944), la Dirección del Seguro Obrero (1939-1941) los Edificios colectivos de la Caja de Seguro de Obrero (1939-1941), el Hotel Prat (1944-1947) y la casa Wachholtz (1936), se constituyen en el repertorio de obras arquitectónicas que sustentan el proceso de transformación urbana a través de la arquitectura moderna²¹⁹.

El contexto histórico y urbano, permite señalar que el Hospital junto a los establecimientos educacionales, de servicio y vivienda, se transformaron en obras de vanguardia y modernización de la ciudad, asumieron la condición de referentes urbano-arquitectónicos que cambiaron la escala y fisonomía de la ciudad. En definitiva, como señala Pérez²²⁰, estos edificios por su tamaño y función formaron parte de un proceso de ocupación territorial con componentes culturales y sociales.

5 CONCLUSION

A comienzos de 1990, el Hospital se encontraba con un deterioro evidente lo que provoca su demolición en 1991 y la construcción de un nuevo hospital a partir de 1992 bautizado como Dr. Ernesto Torres, en honor al diputado que tuvo una destacada gestión en la construcción de dicho establecimiento.

La impronta urbana que tuvo el edificio da cuenta que el Hospital de Iquique, más allá de su función sanitaria, se consolidó como un

artefacto urbano y cultural que transformó la escala y el lenguaje arquitectónico de la ciudad. Su diseño monoblock, su ubicación estratégica y su monumentalidad lo vinculan con un proceso más amplio de modernización estatal en el Norte Grande. En conjunto con otras obras contemporáneas contribuyó a configurar una nueva fisonomía urbana, reflejando políticas públicas, imaginarios de progreso y aspiraciones sociales. Su puesta en valor y análisis permite comprender cómo la arquitectura moderna operó como herramienta de transformación territorial en contextos extremos, posicionando al Hospital como un referente urbano-arquitectónico que dialogó con la ciudad y sus habitantes.

²¹⁹ Víctor Valenzuela, "La arquitectura moderna en Iquique entre 1930 a 1970," AUS: Arquitectura / Urbanismo / Sustentabilidad, no. 11 (junio 2017): 4-9.

²²⁰ Pérez Oyarzún, Arquitectura en el Chile del siglo XX.

6. REFERENCIAS

Diario El Tarapacá. Iquique.

Galeno, Claudio. 2020. "Unidad Sanitaria y Jefatura Provincial de Antofagasta." En *Atlas de lo ordinario Brasil/Chile. Dibujos y fotografías de arquitectura moderna*, editado por Hugo Mondragón, 58–61. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Galeno, Claudio, y Carolina Toro Cortés. 2019. "Estrategias urbanas y arquitectura hospitalaria: Los casos de Arica, Iquique y Antofagasta en el norte de Chile, 1871–1906." En *Anais dos Congressos Ibero-americanos de História Urbana / Actas del 2º Congreso Iberoamericano de Historia Urbana (Mesa Nº 14)*. Asociación Iberoamericana de Historia Urbana.

Galeno, Claudio, y Valentín Roco. 2023. "Variantes de escalas y tipologías en el desarrollo de los establecimientos y estrategias de salud del norte de Chile: los proyectos y las arquitecturas de Antofagasta." En *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina: volumen 4*, editado por María Lilia González. México: UNAM.

González, Ignacio. 2012. "La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile." *Revista Chilena de Salud Pública* 16 (3): 261. Universidad de Chile. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/23256>

7. BIOGRAFÍA

Víctor Valenzuela Grollmus.

Arquitecto Universidad Arturo Prat, Iquique.
Magíster en Arquitectura, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. Doctor en Arquitectura y Urbanismo, Universidad del Bío-Bío, Concepción. Profesor Asociado, Universidad Arturo Prat, Iquique. Chile.
Miembro de DOCOMOMO.

Projetos Hospitalares na Amazônia: Jarbas Karman E A Maternidade escola de Belém

Livia Gaby Costa
Universidade de São Paulo (USP)
liviagaby@usp.br

Cybelle Salvador Miranda
Universidade Federal do Pará (UFPA)
cybelle@ufpa.br

RESUMEN

O artigo analisa os primeiros anos de atuação de Jarbas Karman, arquiteto e engenheiro formado pela Universidade de São Paulo, no âmbito do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A partir de documentação institucional e de fontes jornalísticas, investiga-se o projeto da Maternidade Escola de Belém, elaborado na década de 1940, cuja execução foi marcada por impasses técnicos, indefinições autorais e incompletudes construtivas. A escolha desse caso justifica-se por seu caráter inacabado e pouco lembrado, que permite problematizar as tensões entre projetos de modernidade e realidades locais, bem como refletir sobre a invisibilidade de certas obras na memória da arquitetura hospitalar. O estudo insere-se no campo da história da arquitetura hospitalar e das políticas de saúde no Brasil, considerando a influência norte-americana no planejamento sanitário durante e após a Segunda Guerra Mundial.

Metodologicamente, mobiliza análise documental, revisão historiográfica e leitura crítica de representações gráficas e fotográficas, de modo a compreender tanto o papel do SESP na modernização da assistência médico-hospitalar quanto a invisibilidade de certas obras na memória oficial da arquitetura. Os resultados evidenciam que a trajetória inicial de Karman foi decisiva para consolidar diretrizes de racionalidade, higiene e eficiência espacial que mais tarde se tornariam referência no campo hospitalar.

Palabras clave:

Jarbas Karman, Serviço Especial de Saúde Pública, arquitetura hospitalar, Belém, modernidade.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo analisa os primeiros anos de atuação de Jarbas Karman, arquiteto e engenheiro, no âmbito do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A escolha de Karman, figura central da arquitetura hospitalar brasileira, justifica-se por sua experiência inicial no SESP, que revela as tensões entre projetos de modernização sanitária e as realidades locais de implementação²²¹.

A investigação concentra-se no projeto da Maternidade Escola de Belém, de 1940, cuja execução foi marcada por impasses técnicos e indefinições. A obra, inacabada e pouco lembrada, serve de ponto de partida para refletir sobre a invisibilidade de certos empreendimentos na história da arquitetura. Inserido no campo da história da arquitetura hospitalar e das políticas públicas de saúde, o estudo articula a influência norte-americana nas políticas sanitárias com a realidade amazônica, onde o SESP desempenhou papel decisivo na implantação de serviços de saúde.

Metodologicamente, mobilizamos análise documental, revisão historiográfica e leitura crítica de representações gráficas para compreender a formação de Karman e o papel do SESP na consolidação de novas diretrizes arquitetônicas. Ao focar em um projeto inacabado, pretendemos ampliar o debate sobre a memória da arquitetura, problematizando o que é lembrado e esquecido nas narrativas oficiais.

²²¹ Monica Musatti Cytrynowicz, Instituto de pesquisas hospitalares arquiteto Jarbas Karman – IPH: 60 anos de história (São Paulo: Narrativa Um, 2014), 176.

2. ARQUITETURA, SAÚDE PÚBLICA E MODERNIZAÇÃO:

No início do século XX, a arquitetura para a saúde consolidou-se no Brasil, impulsionada por políticas sanitárias que se intensificaram na Era Vargas. A criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em 1930, marcou a elevação do papel do Estado na área²²² e o afastamento do modelo assistencialista do século XIX²²³. Essa mudança impulsionou a discussão sobre a modernização dos projetos hospitalares no país.

A consolidação desse novo horizonte projetual foi reforçada em 1941, com a criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), cujo objetivo era romper com a imagem do hospital como um espaço de caridade e medo. Buscava-se associar as instituições de saúde a ambientes higiênicos, acolhedores e eficientes, concebidos como lugares de cura, pesquisa e aprendizado²²⁴. O modelo americano de hospital-escola, com sua crescente modernidade e avanço tecnológico, tornou-se uma referência²²⁵.

Essa influência reverberou na política de saúde brasileira por meio de convênios com os Estados Unidos, em grande parte mediados pela Fundação Rockefeller. A atuação da fundação colaborou para a criação de serviços como o Serviço Nacional de Febre Amarela e, posteriormente, para o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942⁸. Jarbas Karman, um dos profissionais beneficiados, obteve bolsa para cursar mestrado em Arquitetura Hospitalar na Universidade de Yale, em 1951²²⁶.

Originalmente criado para o saneamento do Vale Amazônico, o SESP cooperou com a administração federal na implantação de uma infraestrutura básica de saúde em diversos estados do país²²⁷. Essa experiência, combinada com a formação em Yale, permitiu a Karman implementar mudanças substanciais e profissionalizar o campo da arquitetura para a saúde no Brasil. O presente artigo propõe-se a apresentar sua trajetória nos primeiros anos de atuação no SESP, contextualizando suas contribuições na Amazônia e discutindo as

lacunas históricas relacionadas à Maternidade Escola de Belém.

3. JARBAS KARMAN: TRAJETÓRIA INICIAL E INSERÇÃO NA ARQUITETURA HOSPITALAR

Jarbas Bela Karman graduou-se em Engenharia Civil pela Escola Politécnica da USP em 1941. Sua experiência como segundo-tenente no Nordeste, durante a Segunda Guerra Mundial, o expôs às precárias condições de saúde pública e despertou seu interesse pela infraestrutura hospitalar. De volta a São Paulo, cursou Arquitetura, concluindo em 1947. Esse período reforçou seu envolvimento com o tema e evidenciou a carência de pesquisas sobre arquitetura hospitalar no Brasil²²⁸.

Historicamente, o hospital passou a ter um papel terapêutico apenas no final do século XVIII, com o avanço da medicina moderna. A partir de então, a arquitetura hospitalar passou a ser investigada sob uma perspectiva científica, com foco na funcionalidade e adaptação dos espaços²²⁹. No século XIX, a crença de que o contágio se dava pelo ar legitimava práticas de segregação, o que

²²²Ana M. G. Albano Amora, "A formação do campo da Arquitetura hospitalar no Brasil," em *A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para historiografia*, ed. Ana M. G. Albano Amora e Renato Gama-Rosa Costa (Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, UFRJ, 2019).

²²³Michel Foucault, *Microfísica do poder* (Rio de Janeiro: Graal, 1986).

²²⁴Cecilia Ribeiro, "O projeto do hospital moderno no Brasil," *Arquitextos* 20, no. 237.06 (fevereiro 2020), <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/20.237/7645>.

²²⁵*Ibid.*

²²⁶Cytrynowicz.

²²⁷*Ibid.*

²²⁸*Ibid.*

²²⁹Hugo Segawa, "Nosocômios," em *A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para historiografia*, ed. Ana M. G. Albano e Renato Gama-Rosa Costa (Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo -PROARQ, FAU, UFRJ, 2019), 65.

levou ao uso de pavilhões e quarentenas²³⁰. Esses hospitais, no entanto, herdaram o estigma de “local terminal”²³¹.

No início do século XX, novas observações científicas contrariaram a ideia de que a infecção ocorria somente pelo ar, enfatizando a importância de uma “técnica de enfermagem asséptica”²³². Essa nova concepção promoveu a substituição do modelo pavilhonar pelo monobloco vertical, desenvolvido nos Estados Unidos²³³. Essas inovações foram gradualmente debatidas no Brasil, em sintonia com a modernização hospitalar da América Latina entre as décadas de 1930 e 1950²³⁴

Foi nesse contexto de transformação que Karman, após sua formação, ingressou no SESP, um espaço estratégico para ampliar seus conhecimentos. Em 1949, foi designado para o Vale Amazônico, onde residiu e atuou na construção e implantação de serviços de saúde²³⁵. Em sua experiência, Karman notou a “estreita vinculação e interdependência entre Arquitetura Hospitalar, Administração Hospitalar, condição humana e realidade cultural”²³⁶.

O Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman (IPH) vincula a ele a execução de diversas obras, como o Hospital de Marabá e o Hospital de Parintins. O IPH também atribui a ele a autoria da Maternidade Escola de Belém, seu primeiro projeto Hospitalar²³⁷. No entanto, jornais da época indicam versões incongruentes sobre a autoria e execução do projeto. A obra, após anos de impasses, foi inaugurada em 1964 não como maternidade, mas como o Colégio Augusto Meira, em traços distintos do projeto original.

A trajetória de Jarbas Karman nos primeiros anos no SESP, contextualizada por suas contribuições na Amazônia e pelo projeto da Maternidade Escola de Belém, revela a complexa interação entre projetos de modernidade e as realidades locais de implementação. A Maternidade, apesar de sua invisibilidade na história, serve como um ponto de partida para discutir as lacunas históricas sobre a saúde na Amazônia.

4. A MATERNIDADE-ESCOLA DE BELÉM: UM PROJETO DE MODERNIDADE INACABADO

A história do projeto da Maternidade-Escola de Belém é marcada por debates, impasses e indefinições que a tornaram um caso emblemático das tensões entre a política sanitária e a realidade local. As discussões sobre a necessidade de uma maternidade na capital paraense ganharam destaque na imprensa já em 1947, com o jornal *O Liberal* veiculando apelos para sua criação²³⁸. Na época, a Maternidade da Santa Casa de Misericórdia era alvo de críticas e debates sobre sua funcionalidade²³⁹, enquanto a recém-criada Campanha Nacional da Criança buscava organizar e orientar a proteção à maternidade e à infância na região²⁴⁰.

Em 1948, durante uma visita a Belém, Nilo Cairo considerou a possibilidade de construir uma maternidade modelo com um Centro de Puericultura, que funcionaria como centro de estudos e supriria a deficiência de leitos da cidade. O projeto, com capacidade para 100 leitos, seria financiado com verbas federais e doações angariadas em campanhas locais

²³⁰Paula Maria de Oliveira, Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005).

²³¹Segawa, “Nosocômios,” 80.

²³²Segawa, “Nosocômios,” 81, citando Cardoso, 1927, p. 117.

²³³Lauro Carlos Miquelin, Anatomia dos edifícios hospitalares (São Paulo: CEDAS, 1992).

²³⁴Roberto Segre, “Hospitais. Arquitetura da linha da sombra. Reflexão acerca do papel da arquitetura hospitalar na história mundial,” *Resenhas Online* 12, no. 134.02 (fevereiro 2013), <https://vitruvius.com.br/revistas/read/resenhasonline/12.134/4607>.

²³⁵Cytrynowicz.

²³⁶Ibid, 14.

²³⁷Ibid, 16.

²³⁸“Pedida a Criação de uma Maternidade” *O Liberal*, 30 de setembro de 1947.

²³⁹“Procuram Empanar Os, Em, Etc.,” 20 de outubro de 1947.

²⁴⁰“Criado O Serviço De Proteção A' Maternidade E Infancia.,” 1 de dezembro de 1947, 1.

²⁴¹. A prefeitura doou um terreno, e a pedra fundamental foi lançada em 12 de outubro de 1949, com a presença de diversas autoridades²⁴².

O projeto, no entanto, foi marcado por uma série de inconsistências e indefinições autorais. Enquanto a literatura sobre Jarbas Karman o aponta como autor do projeto, notícias veiculadas pelo jornal A Província do Pará em 1949 sugerem outras versões. Em outubro, o jornal menciona que o projeto seguiria plantas de Gastão Aranha e Judah Levy²⁴³. Já em novembro do mesmo ano, um anteprojeto de autoria da firma Almeida&Irmãos, com um design de três pavimentos, é analisado e elogiado ²⁴⁴. Documentos e relatos de Karman indicam que ele estava envolvido no projeto em Belém antes de sua transferência em 1950, mas a imprensa local não o menciona diretamente em relação a esses planos²⁴⁵.

As contradições sobre a autoria persistem. Em junho de 1950, um boletim da Legião Brasileira de Assistência (LBA) publica uma imagem do projeto de Karman na capa, atribuindo-o à Maternidade-Escola.



Figura 1. Jarbas Karman, Maternidade-Escola de Belém. Belém, Brasil. 1940-1950. Desenho do projeto na capa do Boletim da L.B.A. - Comissão Estadual do Pará. O desenho mostra a volumetria proposta para o hospital.

© Monica Musatti Cytrynowicz, Instituto de pesquisas hospitalares arquiteto Jarbas Karman – IPH: 60 anos de história, 2014, p. 20.

No entanto, em agosto de 1952, um novo contrato para a construção é assinado, e o projeto escolhido é de autoria do engenheiro Dilermando Menescal²⁴⁶. Os repasses de verbas federais continuaram nos anos seguintes, mas a obra não avançava²⁴⁷.

Em 1962, a imprensa questionava por que os esforços para construir duas maternidades na cidade — a "Maternidade do Povo" e a Maternidade-Escola — não eram unificados, pois ambas se arrastavam por anos²⁴⁸. O projeto da Maternidade-Escola, que teve a administração transferida ao governo municipal em 1964, foi finalmente desapropriado. O terreno, considerado de utilidade pública, não havia cumprido seu propósito²⁴⁹. A edificação foi finalmente inaugurada em 1965 como o Colégio Estadual Augusto Meira, um destino totalmente diferente do original, evidenciando o fracasso do projeto e o apagamento de sua história na memória oficial.

²⁴¹ "Será iniciada no dia quatro de abril a campanha pró-maternidade do Marco." Província do Pará, 22 de março de 1949, 10.

²⁴² "Lançada a pedra fundamental da maternidade-modelo." Província do Pará, 13 de outubro de 1949, 10.

²⁴³ "Escolhido definitivamente o terreno da Maternidade". A Província do Pará, 7 outubro 1949, 4.

²⁴⁴ "Examinado o ante-projeto da maternidade-escola". A Província do Pará, 20 de novembro de 1949, 20.

²⁴⁵ "A Futura Maternidade Escola". A Província do Pará, 18 de março de 1950, 3.

²⁴⁶ "Início para a semana da Maternidade-Escola". A Província do Pará, 27 de agosto de 1952.

²⁴⁷ "Maternidades: Mais um debate na Tv-Marajoara". A Província do Pará, 20 de junho de 1962, 10.

²⁴⁸ Ibid.

²⁴⁹ "Maternidade e Prefeitura". A Província do Pará, 11 de setembro de 1964, 5.

5. CONCLUSÃO:

O estudo da Maternidade-Escola de Belém revela as tensões entre as diretrizes de modernização da saúde e as complexidades locais. Apesar do SESP ter trazido avanços significativos para a Amazônia, os projetos de grande porte, como este hospital, foram marcados por lacunas históricas e indefinições. A trajetória de Jarbas Karman, figura central na arquitetura hospitalar brasileira, está diretamente ligada a esse projeto, que foi um dos primeiros de sua carreira.

A Maternidade-Escola de Belém, em sua forma original, jamais saiu do papel, e os registros de sua autoria e execução são dispersos e contraditórios. A invisibilidade dessa obra na história da arquitetura e da saúde na Amazônia é um sintoma de um processo maior de "apagamento" de projetos que não se encaixaram na narrativa de modernização. Ao trazer essa história à tona, o artigo contribui para um debate mais amplo e complexo sobre a memória da arquitetura hospitalar no Brasil.

6. REFERENCIAS

"A Futura Maternidade Escola". A Província do Pará, 18 de março de 1950.

Amora, Ana Albano, e Elza Maria Alves Costeira. "Estudo para a documentação de Hospitais Modernos Brasileiros (1940 a 1960)." Em 4º Seminário Ibero-Americano. Arquitetura e Documentação. Belo Horizonte, 2015.

Amora, Ana M. G. Albano. "A formação do campo da Arquitetura hospitalar no Brasil." Em A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para historiografia, editado por Ana M. G. Albano Amora e Renato Gama-Rosa Costa, 14–45. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, UFRJ, 2019.

"Criado O Serviço De Proteção A' Maternidade E Infancia." O Liberal, 1 de dezembro de 1947.

Cytrynowicz, Monica Musatti. Instituto de pesquisas hospitalares arquiteto Jarbas Karman – IPH: 60 anos de história. São Paulo: Narrativa Um, 2014.

"Escolhido definitivamente o terreno da Maternidade". A Província do Pará, 7 de outubro 1949.

"Examinado o ante-projeto da maternidade-escola". A Província do Pará, 20 de novembro de 1949.

Foucault, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

"Início para a semana da Maternidade-Escola". A Província do Pará, 27 de agosto de 1952.

Martire, Giovanna Ermida. O Hospital Evandro Chagas: Uma análise das transformações no edifício e diretrizes para uso e ocupação. Dissertação de mestrado, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

"Maternidade e Prefeitura". A Província do Pará, 11 de setembro de 1964, 5.

"Maternidades: Mais um debate na Tv-Marajoara". A Província do Pará, 20 de junho de 1962.

Miquelin, Lauro Carlos. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS, 1992.

Oliveira, Paula Maria de. Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

"Pedida a Criação de uma Maternidade." O Liberal, 30 de setembro de 1947.

"Procuram Empanar Os, Em, Etc." O Liberal, 20 de outubro de 1947.

Ribeiro, Cecilia. "O projeto do hospital moderno no Brasil." Arqtextos 20, no. 237.06 (fevereiro 2020). <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arqtextos/20.237/7645>.

Segawa, Hugo. "Nosocômios." Em A Modernidade na Arquitetura Hospitalar: contribuições para historiografia, editado por Ana M. G. Albano e Renato Gama-Rosa Costa, 62-83. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura – Faculdade de

Arquitetura e Urbanismo -PROARQ, FAU, UFRJ, 2019.

Segre, Roberto. "Hospitais. Arquitetura da linha da sombra. Reflexão acerca do papel da arquitetura hospitalar na história mundial." Resenhas Online 12, no. 134.02 (fevereiro 2013). <https://vitruvius.com.br/revistas/read/resenhasonline/12.134/4607>.

"Será iniciada no dia quatro de abril a campanha pró-maternidade do Marco." A Província do Pará, 22 de março de 1949.

7. BIOGRAFIA

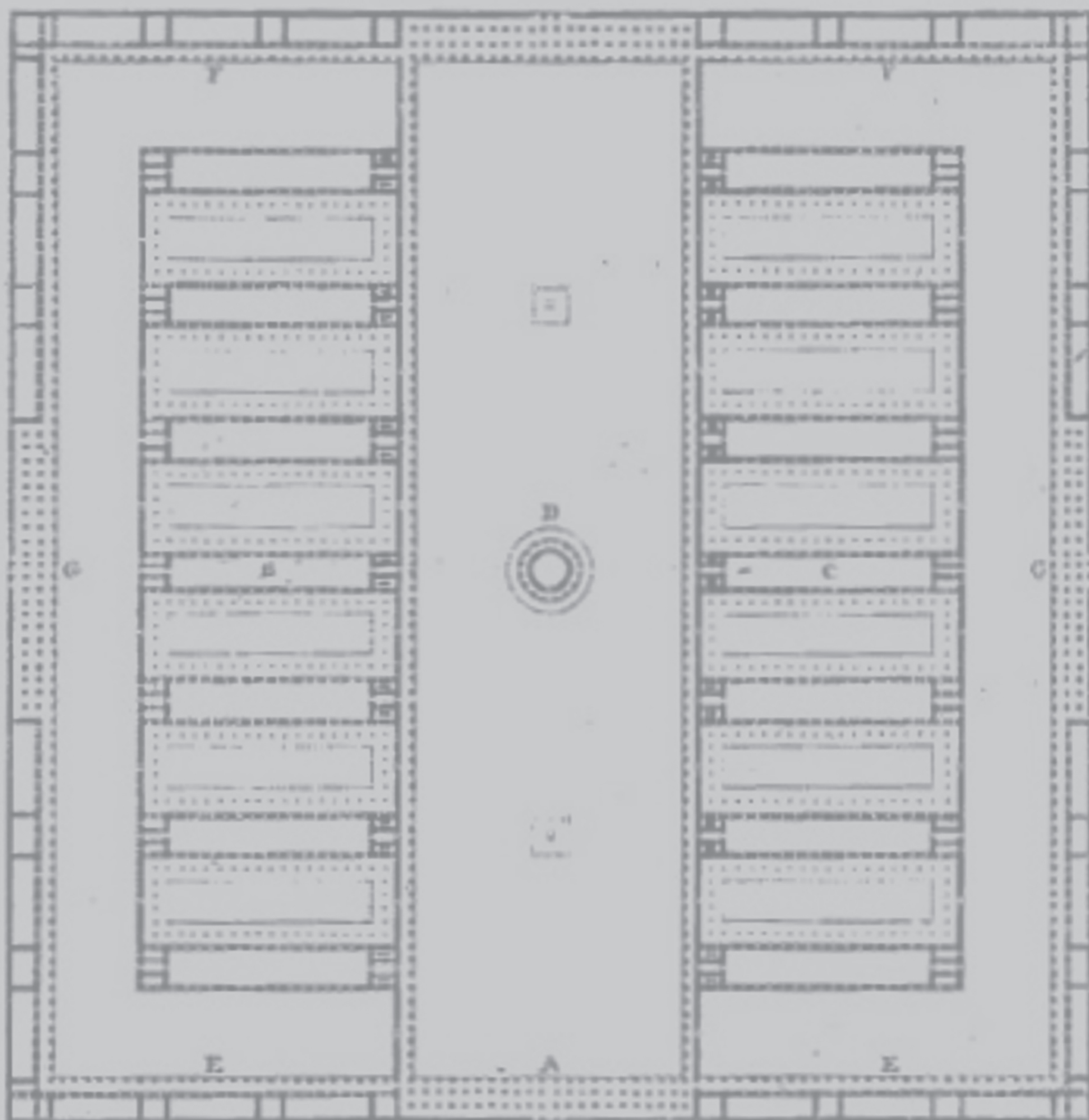
Livia Gaby Costa

Arquiteta e urbanista, mestre pela Universidade Federal do Pará (UFPA), onde desenvolveu pesquisa sobre memória e patrimônio cultural como bolsista do Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural. Atuou como docente na Universidade Federal do Tocantins (UFT) e na UniFecaf em São Paulo. Atualmente, é doutoranda na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), com bolsa FAPESP, conduzindo pesquisas sobre espaços de saúde, investigando as relações entre memória, espaço urbano e justiça histórica em territórios marcados por processos de exclusão sanitária.

Cybelle Salvador Miranda

Professora Titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo – UFPA. Arquiteta e Urbanista, Doutora em Antropologia, com Pós-doutoramento em História da Arte pela Universidade de Lisboa. Coordena o Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (LAMEMO) e é pesquisadora nível 2 do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Arquitetura, memória, etnografia e pesquisadora associada ao CLEPUL / Universidade de Lisboa e à Universidade Aberta (Portugal). Membro da Rede Ibero-Americana de Investigação Patrimônio Cultural e História da Saúde e da Assistência.

FORMA



Arquitectura Hospitalaria en la Araucanía: La Modernización del Estado

Magdalena Vargas Naveillan
Arquitecta | Universidad del Bio-Bio
magdalena.vargas2001@alumnos.ubiobio.cl

RESUMEN

La arquitectura hospitalaria de la Región de la Araucanía encarna una huella tangible de la intervención estatal en salud durante el siglo XX. Esta investigación analiza cómo la construcción de hospitales entre 1925 y 1982 refleja procesos de modernización impulsados por instituciones como la Junta Central de Beneficencia, el Servicio Nacional de Salud y la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. En una región históricamente marginada, estos edificios no solo respondieron a exigencias sanitarias, sino que también expresaron políticas públicas, modelos arquitectónicos importados y adaptaciones al territorio local.

El estudio emplea una metodología cualitativa, basada en revisión bibliográfica de fuentes históricas y arquitectónicas, trabajo de campo, registro fotográfico y levantamientos planimétricos asistidos por computador. Se seleccionaron tres casos emblemáticos: Angol, Galvarino y Mulchén. Cada uno de ellos fue analizado en su contexto histórico, urbano, espacial y expresivo.

Los resultados evidencian la coexistencia de diversas tipologías hospitalarias (pabellonales, claustrales, monoblock), así como su evolución desde construcciones funcionales hacia expresiones de modernidad arquitectónica. Asimismo, se revela la invisibilización del valor patrimonial de estos inmuebles, muchos de los cuales han sido abandonados, alterados o demolidos sin reconocimiento de su

importancia histórica.

Se concluye que estos hospitales son dispositivos materiales que articulan tiempo, forma y política pública. Su estudio permite relevar la arquitectura hospitalaria como testimonio de una época de transformación y como patrimonio en riesgo. La investigación propone su puesta en valor como forma de preservar memoria colectiva y proyectar una comprensión más profunda de la historia sanitaria y arquitectónica del país.

Palabras clave:

Modernización, Araucanía, patrimonio, arquitectura estatal

1. INTRODUCCIÓN

La arquitectura hospitalaria en la Región de la Araucanía es un reflejo de la evolución histórica y social de Chile, marcada por la intervención del Estado en la asistencia social y la modernización de los servicios de salud. A lo largo de los años, los hospitales han sido testigos de cambios significativos en su función, administración y diseño arquitectónico, adaptándose a las necesidades de la población y a los avances en la medicina. En este contexto, la preservación de los edificios patrimoniales cobra especial relevancia, ya que no solo representan hitos arquitectónicos, sino también testimonios de la historia y la identidad de la región. En este documento, se analiza la relación entre la arquitectura hospitalaria, el contexto sociohistórico y la

acción estatal en salud, destacando la importancia de valorar y preservar estos elementos como parte del legado cultural de la Araucanía.

La investigación parte del reconocimiento de una problemática central: la invisibilización del patrimonio arquitectónico en regiones periféricas de Chile, particularmente en la Araucanía, donde numerosos edificios de valor histórico no han sido puestos en valor, entre ellos los hospitales construidos entre 1925 y 1982. Bajo la hipótesis de que estas edificaciones poseen un importante valor sociohistórico desconocido que dificulta su rescate patrimonial, se plantearon como preguntas centrales cuáles fueron las características sociohistóricas que explican su construcción, qué elementos arquitectónicos expresan la modernización hospitalaria y a qué tipologías se adscriben estos recintos. El objetivo general consistió en analizar el desarrollo de la arquitectura hospitalaria en la región durante dicho período, vinculando la acción del Estado con los valores urbano-arquitectónicos resultantes; mientras que los objetivos específicos buscaron caracterizar arquitectónicamente tres casos de estudio, describir su contexto urbano y funcional, y relacionarlos con las políticas estatales de salud de la época. La metodología combinó revisión bibliográfica histórica, sociológica y arquitectónica, selección de hospitales representativos, trabajo de campo con registro fotográfico y planimétrico, y análisis comparativo mediante fichas arquitectónicas-históricas, permitiendo así articular la dimensión histórica con la materialidad de los edificios.

2. ARQUITECTURA HOSPITALARIA

La trayectoria del hospital, tanto a nivel global como en Chile, ha sido una transformación radical. Originalmente, los hospitales eran "casas de caridad" o "hospederías", destinadas a acoger pobres y peregrinos por un tiempo limitado, donde el foco estaba en el reposo, la alimentación y el acompañamiento religioso, más que en el tratamiento médico curativo. Los primeros vestigios de hospitales datan del siglo IV en el Imperio Romano de Oriente, asociados a

instituciones eclesiásticas y ubicados en el corazón de las ciudades. El siglo XVIII marcó un punto de inflexión con la introducción de sistemas de higienización y el énfasis en los pabellones y la ventilación para combatir epidemias. El gran salto hacia los principios de diseño moderno en los establecimientos hospitalarios ocurrió en el siglo XX.

En Chile, esta evolución siguió un ritmo particular, a menudo con un desfase temporal respecto a las corrientes europeas. El Dr. Ignacio Ginouves distingue siete etapas en la tipología hospitalaria chilena. Las primeras épocas (Conquista hasta 1770 y la Colonia) vieron estructuras rudimentarias o más sólidas de adobe/ladrillo con un enfoque funcional y religioso. La Cuarta Época (1870-1910), coincidiendo con la Segunda Revolución Industrial, trajo avances en funcionalidad, sanitización y diseño. La Quinta Época (1910-1927) popularizó la tipología de pabellones aislados. Es en la Sexta Época (a partir de 1927) cuando el Estado comienza a intervenir directamente en la administración de la Beneficencia, reconociendo su rol en la asistencia social y asumiendo la construcción de nuevos hospitales, a menudo añadiendo pabellones a instalaciones ya existentes, como fue el caso de la antigua sala de maternidad de Angol. La Séptima Época (desde 1934) consolidó el papel del Estado, modernizando la tipología con la introducción del monoblock y la arquitectura vertical, integrando policlínicos y horarios más eficientes para el personal. Estos cambios mejoraron significativamente la infraestructura y la calidad de la atención médica²⁵⁰.

250 González Ginouves, Ignacio. "La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile." *Revista Chilena de Salud Pública* 16, no. 3 (octubre 2012)

2.1 Las organizaciones del Estado

Los hospitales solían ser gestionados por congregaciones religiosas, y la construcción de estos establecimientos estaba a cargo de la "beneficencia", un grupo que administraba donaciones privadas o estatales destinadas al bienestar de la población. Con el pasar de los años esta organización se formalizó y evolucionó, recibiendo mayores recursos y responsabilidad.

No fue hasta 1944 cuando se fundó la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH), fundada en 1944 inicialmente bajo la tutela de la Junta Central de la Beneficencia y posteriormente bajo el SNS. La SCEH colaboraba estrechamente con el Ministerio de Salud Pública, desarrollando normas arquitectónicas actualizadas conforme avanzaba la tecnología nacional. Con el tiempo, la SCEH se transformó en un ente constructor independiente, absorbiendo proyectos de hospitales se dedicaba a investigar y aplicar técnicas hospitalarias, evaluar eficiencias y evitar errores en la construcción de instalaciones médicas a nivel nacional²⁵¹.

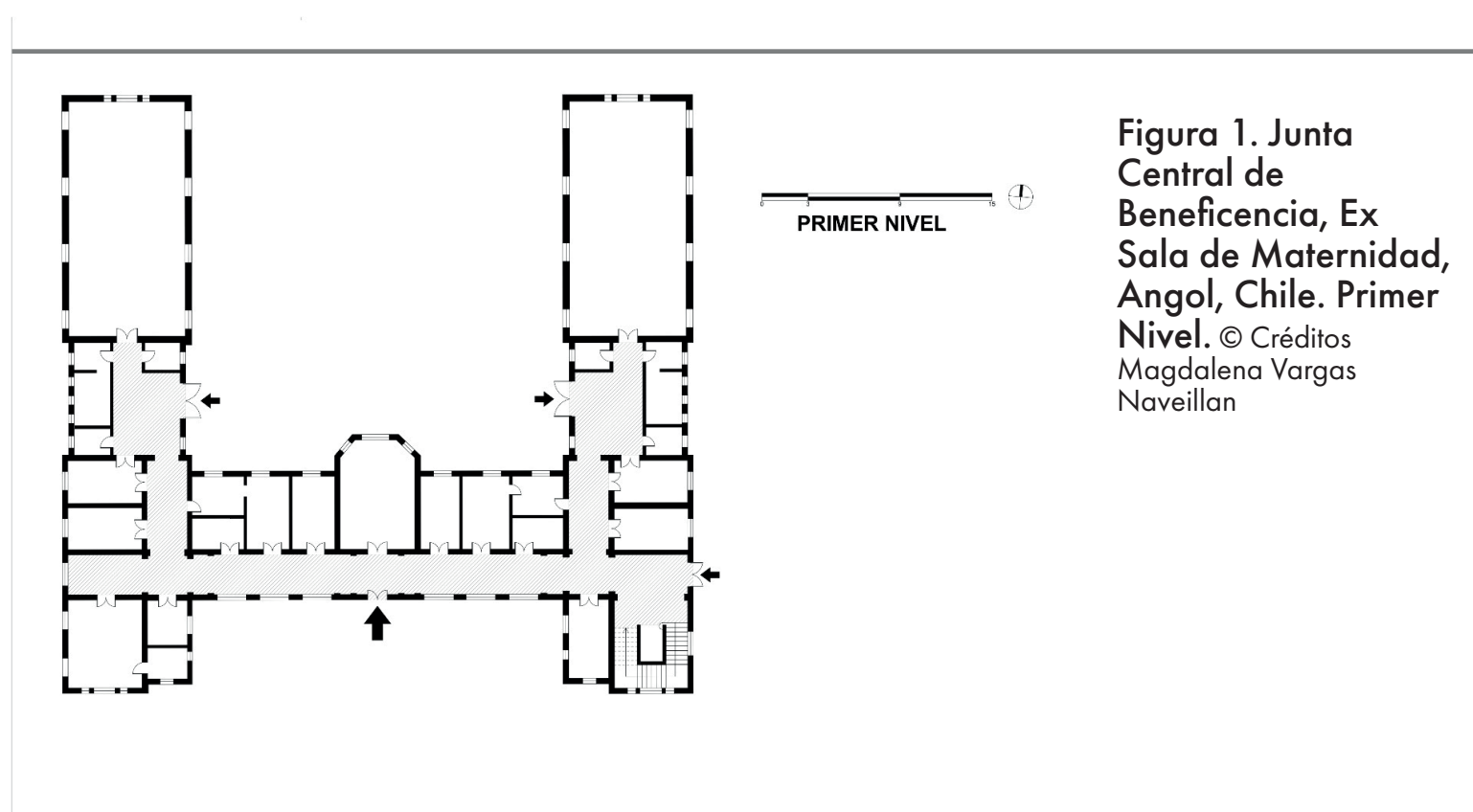
3. ANTIGUA SALA DE MATERNIDAD DE ANGOL

Construido en 1933 como ampliación del Hospital San José, el pabellón respondió a la necesidad de infraestructura especializada tras la consolidación de la Junta Central de Beneficencia. La obra se materializó en hormigón armado y albañilería, incorporando criterios modernos de asepsia y ventilación.

El establecimiento funcionó hasta el terremoto de 1960, cuando el pabellón se vio afectado con grandes grietas, lo que determinó la construcción de un nuevo hospital en 1968, el "Don Mauricio Ellerman Torres".

La antigua sala de Maternidad se ubica a pocas cuadras de la plaza de armas, en un terreno amplio próximo al río Rehue.

Siguiendo recomendaciones higienistas de la época, buscaba condiciones de salubridad, orientación norte y ventilación natural.



251 Galeno Ibaceta, Claudio A. "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el Norte chileno: Tocopilla (1937-40) y Antofagasta (1957-66)." Estudios de Arquitectura (2009).

Sobre el funcionamiento y espacialidad de este, es esencialmente un volumen simple y racionalista de dos niveles, conformados en una 'C' abierta hacia el Norte generando a través de dos volúmenes paralelos un patio interior.

En cuanto a su funcionamiento y espacialidad, es un volumen simple y racionalista de dos niveles en forma de 'C' abierta hacia el Norte, generando un patio interior.

Los recintos privados como salas de pacientes se orientan al norte para recibir mayor luz solar, mientras que el resto del programa, como circulación y bodegas, se ubica al sur, junto con la entrada principal, alineada con el eje de simetría del pabellón de Mujeres. Esta conecta con un eje horizontal que también tiene acceso desde sus extremos por la calle y su vínculo con el pabellón de operaciones y los servicios administrativos. del Hospital San José²⁵². El corredor enlaza con los pasillos verticales de las alas este y oeste, adyacentes al patio central, con accesos directos a este. Cada nivel tiene cerca de 4 metros de altura, buscando mejor ventilación, necesaria para la asepsia y control de enfermedades. Las ventanas, proporcionales a la altura, generaban mayor iluminación natural, potenciada por la orientación norte que aseguraba luz y temperatura durante el día. En síntesis, aunque el pabellón expresaba modernidad para su época, su diseño estuvo condicionado por el hospital San José de Angol. Su planta es racionalista y funcionalista, pero el exterior recibió influencias del "Art Deco", visibles en la fachada con cornisas, alfeizares ornamentados y verticalidad de vanos, propios de la corriente de 1920.

4. HOSPITAL DE GALVARINO

De la provincia de Cautín y a 35 km al norponiente de Temuco el fuerte de Galvarino fue fundado por el Estado de Chile el 22 de abril de 1882. El territorio anteriormente era de propiedad mapuche, de ahí su nombre en honor al guerrillero Galvarino perteneciente a las tropas de Lautaro. La historia de Galvarino incluye la cesión de tierras por parte del Cacique Liempi bajo amenaza. Posteriormente, una política

inmigratoria impulsada por el gobierno chileno atrajo colonias europeas (alemanas, suizas, francesas y judías) que se asentaron en la zona, impulsando actividades industriales y comerciales²⁵³.

Con una posta asistencial instalada en 1936 hasta 1959, es en 1960 cuando se inaugura el hospital de Galvarino, planificado tras el inicio de las construcciones del hospital regional de Temuco, el cual, según la revista de Beneficencia, marcó la normalización hospitalaria en la provincia. La dotación inicial del hospital fue de 1 médico, 1 dentista, 1 enfermera, 4 paramédicos y 8 auxiliares²⁵⁴.

El hospital se construyó en lo que entonces eran las afueras de la ciudad al Noroeste, junto al río Quillem aguas abajo de la población. Ocupa un predio de 14 mil m² que no contenía construcciones hacia el Este y conecta con la calle León Gallo, que dos cuadras al Oeste enlaza con la plaza de Armas.

Topográficamente posee una leve inclinación este-oeste, mientras que los vientos predominantes del sector provienen del Oeste por influencia del Océano Pacífico y la ubicación en latitud media.

252"Boletín de la Beneficencia Nacional," Revista de Beneficencia, s.f., accedido el 12 de Mayo de 2024.

253"Comuna," Municipalidad de Galvarino, accedido el 5 de julio de 2024, <https://www.galvarinochile.cl/web/comuna/>

254"Hospital de Galvarino," Servicio de Salud Araucanía Sur, accedido el 5 de julio de 2024, <https://www.raucaniasur.cl/index.php/hospital-de-galvarino/>

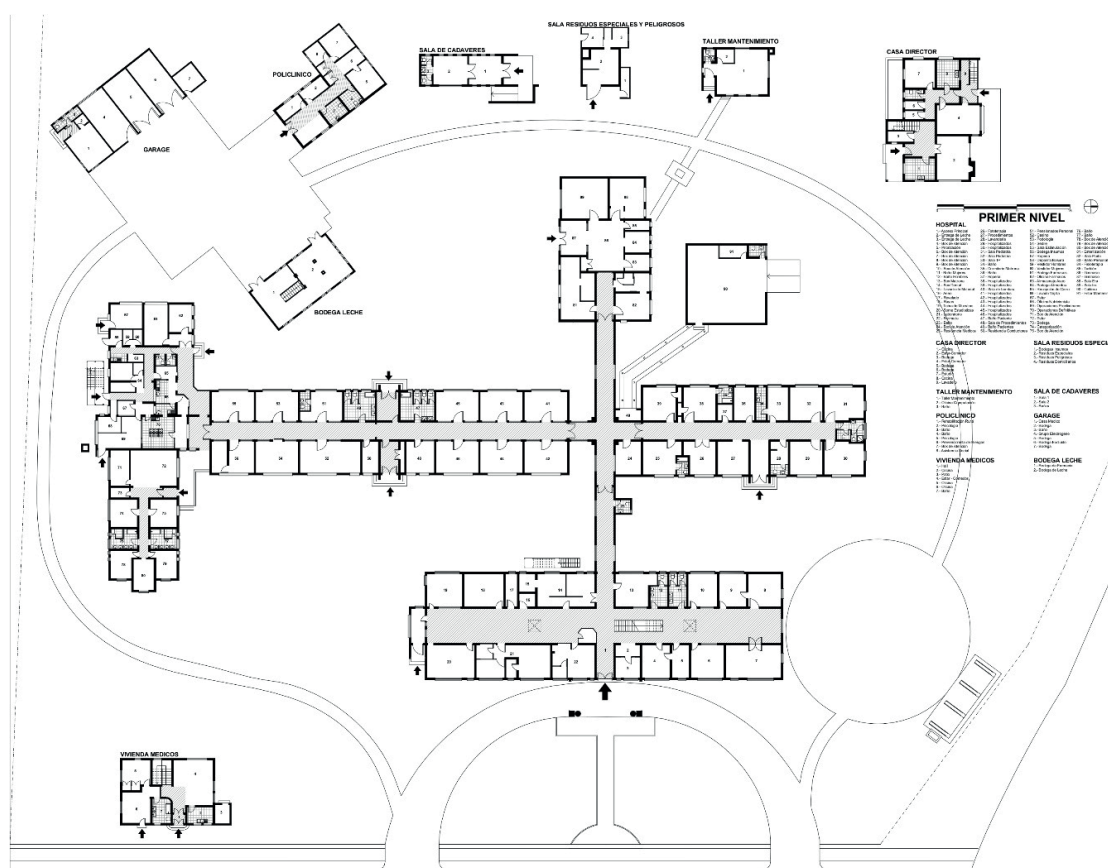


Figura 2 SNS y SCEH, Hospital de Galvarino, Galvarino, Chile. Primer Nivel.

© Créditos Magdalena Vargas Naveillan

La tipología hospitalaria de Galvarino es la de pabellones ligados por circulaciones cerradas. El conjunto consta de distintas edificaciones, siendo el hospital principal de cuatro pabellones distribuidos según los puntos cardinales, conectados por pasillos que se intersecan asimétricamente y sobre cuya intersección se ubica la torre de agua. El pabellón sur se destinaba a hospitalizados, mientras los demás combinaban atención ambulatoria, especialidades y administración. Ventanas amplias y patios entre pabellones mejoraban ventilación e iluminación. La espacialidad se reforzaba con esquinas curvas que facilitaban la higiene²⁵⁵. El segundo piso estaba destinado a programa principalmente administrativo.

La orientación general del hospital es hacia el Oeste, lo que implica gran iluminación durante el día, especialmente en el pabellón sur, el más amplio en sentido longitudinal por albergar hospitalizados.

Los recintos cuentan con amplias ventanas que dan a patios y jardines, mientras en el pabellón sur las ventanas desde pasillos a habitaciones generaban un tipo de control panóptico sobre los internados.

En su expresión arquitectónica, el hospital de Galvarino se adhiere a la arquitectura

moderna, reflejada en el uso de hormigón y albañilería armados, muros blancos, ventanas horizontales y ausencia de ornamentos. Sin embargo, a diferencia de la modernidad que destacaba techos planos, el hospital posee grandes techos inclinados tipo casona colonial sureña.

5. HOSPITAL DE MULCHÉN

Mulchén es parte de la provincia del Bío-Bío, en la región del Bío-Bío, sin embargo, por su cercanía con la región de la Araucanía e historia también se hizo uso de este pueblo como caso de estudio.

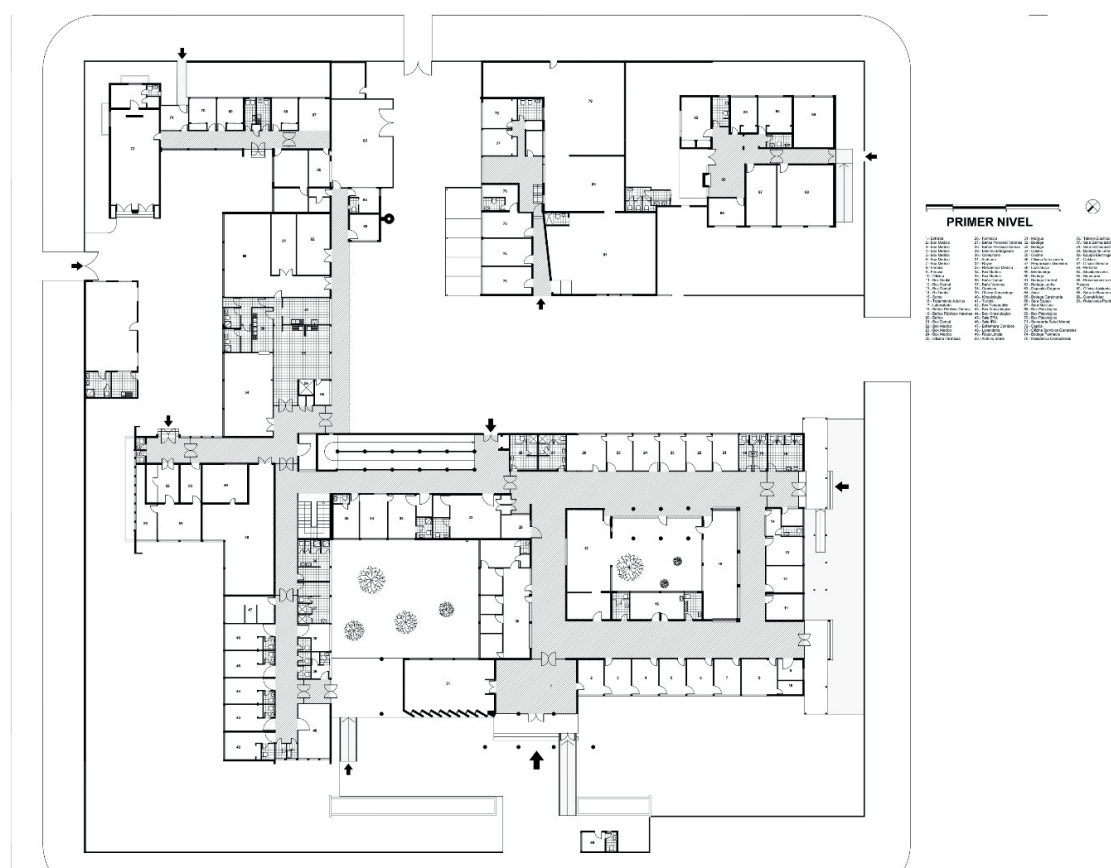
Durante el siglo XX, Mulchén experimentó un crecimiento significativo, lo que concluyó en la necesidad de un centro de atención médica. Así en 1912 se establece el primer hospital "La Providencia", dependiendo de la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social. En 1969 el Servicio Nacional de Salud inaugura el "Hospital de la familia y la comunidad Mulchén"²⁵⁶. A diferencia de los casos

²⁵⁵ Galeno Ibaceta, Claudio A. "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el Norte chileno: Tocopilla (1937-40) y Antofagasta (1957-66)." Estudios de Arquitectura (2009). p.11

²⁵⁶ Quintana Mejías, Anny. "Cuenta Pública 2012 del Hospital de Mulchén." Servicio de Salud Biobío, 2013. Accedido el 12 de septiembre de 2025.

**Figura 3 SNS y
SCEH, Hospital de
Mulchén, Mulchén,
Chile. Primer Nivel.**

© Créditos Magdalena
Vargas Naveillan



anteriormente mencionados que buscaban emplazarse en sectores periféricos de la ciudad, pero cercanos al centro, en Mulchén el nuevo hospital se inserta en la totalidad de una manzana de 8mil m2 en pleno damero de casco histórico.

Está conectado con una de las vías principales de la ciudad y topográficamente hablando es un terreno con una pendiente mínima casi inexistente.

Respecto al funcionamiento y espacialidad del hospital de Mulchén, este rescata diversas características de diversas tipologías. Su primera planta se asemeja a una gran 'L' compuesta por pabellones no muy distanciados entre si y ligados a través de circulaciones cerradas que trazan internamente los pasillos, dejan en sus contornos los programas del recinto médico, y a través de la sustracción de volúmenes a esta 'L', conforman dos patios interiores que caracterizan la tipología hospitalaria claustral. Pero a su vez tiene características de la tipología de pabellones al presentar distintos recintos con diferentes especialidades vinculados entre sí. La entrada está marcada por el desfase del volumen del segundo nivel, conformando un alero sostenido por columnas de sección circular. Sin embargo, el hospital posee

múltiples accesos de menor importancia. Detallando la zonificación programática, el primer nivel concentraba atención rápida y servicios médicos, mientras el segundo se destinaba a hospitalización. La circulación interna favorecía eficiencia y control panóptico. Incorporaba elementos modernos como rampas en lugar de ascensores. Se destaca que en el interior del hospital se puede apreciar el uso de teselas en sus muros y pilares generan un cambio de textura y espacialidad, sintiéndose el sector menos clínico y más acogedor. La expresión Arquitectónica de este último caso se adhiere totalmente a la arquitectura moderna, esto se puede ver en su geometría principalmente ortogonal y el cómo oculta los techos dando el típico aspecto de techumbre plana, ventanas horizontales y la nula existencia de elementos ornamentales su fachada, dejando ver un diseño limpio y sencillo. A excepción del acceso principal que destaca por el uso de cerámicas en el volumen sobresaliente.

6. CONCLUSIONES

Finalmente, a lo largo de la presente investigación se ha visto la relación de cada caso de estudio con su contexto sociohistórico y como este se vio influenciado en su arquitectura hospitalaria y como en la

Araucanía fue un vehículo de modernización estatal y reflejo de transformaciones sociales. Angol muestra la transición entre hospitales caritativos y estatales, con un pabellón de maternidad que combinó modernidad estructural y estética Art Deco. Galvarino ejemplifica la consolidación del Servicio Nacional de Salud en comunidades rurales, con una tipología pabellonal moderna adaptada a influencias locales.

Mulchén representa la madurez de la arquitectura hospitalaria moderna, integrando funcionalidad, atención diferenciada y diseño ortogonal en el corazón urbano. En conjunto, estos hospitales evidencian el paso de una medicina asistencial a una institucionalizada, de tipologías precarias a diseños modernos con criterios de higiene, ventilación y eficiencia. Constituyen, además, un patrimonio arquitectónico y social invisibilizado, cuyo reconocimiento es urgente frente al riesgo de pérdida o transformación irreversible.

La hipótesis inicial se confirma: la arquitectura hospitalaria de 1925-1982 en la Araucanía posee un valor sociohistórico poco conocido, cuya puesta en valor es esencial para preservar la memoria colectiva y comprender el rol del Estado en la modernización regional.

7. REFERENCIAS

- Agostoni Claudia. "Expansión, innovación y modernización hospitalaria en la ciudad de México" Estudios de historia moderna y contemporánea de México, (62), 35-61. Epub 16 de mayo de 2022
- Galeno Ibaceta, Claudio A. "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el Norte chileno: Tocopilla (1937-40) y Antofagasta (1957-66)." Estudios de Arquitectura (2009).
- González Ginouves, Ignacio. "La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile." Revista Chilena de Salud Pública 16, no. 3 (octubre 2012): 253-263
- León Casero, Jorge, y Julia Urabayen. "Espacio, poder y gubernamentalidad. Arquitectura y urbanismo en la obra de Foucault." Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas 40, no. 112 (abril 2018): 181–212.
- Quintana Mejías, Anny. "Cuenta Pública 2012 del Hospital de Mulchén." Servicio de Salud Biobío, 2013. Accedido el 12 de septiembre de 2025.
- Biblioteca Nacional de Chile. "Revista Zig-Zag (1905-1964)." Memoria Chilena. Accedidp el 5 de julio de 2024, de

<https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-92187.html>

Servicio de Salud Araucanía Sur. (n.d.). Hospital de Galvarino. Accedido el 5 de julio de 2024, de <https://www.raucaniasur.cl/index.php/hospital-de-galvarino/>

8. BIOGRAFIA

Magdalena Vargas Naveillan es arquitecta titulada en 2025 en la Universidad del Bío-Bío. A lo largo de su formación orientó su trabajo hacia el patrimonio arquitectónico, realizando el seminario "Arquitectura Hospitalaria en la Araucanía: La Modernización del Estado", centrado en la memoria y modernización estatal. Su proyecto de título profundizó en el patrimonio ferroviario, mientras que su práctica profesional se enfocó en la restauración de bodegas patrimoniales en el Valle del Itata, experiencias que consolidaron su vocación. Actualmente busca proyectar su carrera en el ámbito del patrimonio, convencida de que conservar la memoria arquitectónica es también proyectar el futuro.

Hospitales públicos modernos en Guadalajara, México ²⁵⁷

Juan López García
Universidad de Guadalajara
juan.lopez@cuaad.udg.mx

Arturo Verduzco Godoy †
Universidad de Guadalajara

RESUMEN

En este artículo se presenta una investigación histórica sobre la arquitectura de los hospitales y clínicas incorporados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, Jalisco, durante las décadas de 1950 y 1960, periodo en que la modernidad arquitectónica transformó la infraestructura de salud en México.

Este artículo se centró en tres complejos principales: el Hospital General Regional No. 45 (Hospital Ayala), la Clínica No. 1 con Oficinas Administrativas, Centro de Seguridad Social y Teatro, y el Hospital General Regional de Zona No. 89.

Se utilizó una metodología mixta con una revisión documental, incluyendo fuentes académicas, archivos periodísticos, así como testimonios institucionales, además de un análisis comparativo de planos, fotografías históricas y registros contemporáneos. Figuras como Federico González Gortázar lograron proyectos que equilibraron la atención médica con el diseño urbano y los valores colectivos de la época. Estos hospitales son hoy testimonios vivos de un modelo de país que concebía la salud como parte esencial de la cultura y de la vida comunitaria.

Palabras clave:

Arquitectura, moderna, México, hospitales.

1. INTRODUCCIÓN

Para la delimitación de los edificios a considerar para la investigación, se tomó como factor principal su construcción, la cual se

presenta en los años 50 y 60 's, es decir, el espacio de tiempo que pertenece a la llegada del movimiento moderno en la arquitectura Jalisciense.

Hacia 1925 una de las reivindicaciones de la revolución mexicana va a ser saldada en el campo de la salud con la construcción del Instituto de Higiene de Popotla obra del arquitecto José Villagrán García. No está de más señalar que el movimiento armado de 1910 en México no solo es el derrocamiento de un régimen político si no que va a marcar, tras de haberse concretizado, el cambio de producción económico ya que, de ser un país evidentemente productor de materias primas, pasa a una insipiente industrialización.

José Villagrán se va a convertir con el tiempo en uno de los teóricos más importantes de la primera mitad del siglo XX, va a ser precisamente a través de la docencia en la escuela de San Carlos donde forma una gran cantidad de cuadros que con el paso de los años se irán convirtiendo en los constructores de los hospitales a lo largo del país.

Al decir de Enrique Yáñez: "(...) de manera que se creó una oficina de estudios encabezada por el Dr. Norberto Treviño Zapata la cual organizó un cuerpo de investigadores formado por parejas de médico y arquitecto, encargadas de investigar todos los requerimientos de

257 En le presente trabajo colaboraron estudiantes del programa Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico, así como la becaria Julia Alejandra Calderón Valdovinos del CUAAD.

funcionamiento, de locales, de instalaciones, equipos y condiciones diversas de cada uno de los departamentos que constituyen un hospital general”²⁵⁸.

Como podemos darnos cuenta se trata de generar el programa arquitectónico para la proyección de estos hospitales, dicha acción dará inicio a una política de construcción de hospitales por todo el territorio nacional. A efecto de consolidar dicha reivindicación se creará el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (1943), dichas políticas se verán fuertemente impulsadas y de las cuales es de destacar el proyecto y ejecución del Hospital de La Raza obra de los arquitectos Enrique Yáñez y Hannes Meyer, mismo que se verá concluido e inaugurado oficialmente en el año de 1952²⁵⁹.

El proyecto de los hospitales reivindicaba una demanda de la sociedad: “La actividad que incluye tanto a la planeación como a la construcción de espacios ha debido responder a las demandas de numerosos grupos sociales en los más distintos sitios de nuestro territorio”²⁶⁰.

Xavier Cortés señala: “En el campo de la atención a la salud se revisó cuanto se había intentado antes, y por iniciativa de doctor Gustavo Baz, secretario de Salubridad y Asistencia, se creó el Seminario de Arquitectura Nosocomial bajo la dirección conjunta del doctor Salvador Zubirán y el arquitecto José Villagrán”²⁶¹.

Y más adelante señala el problema a resolver: “condujo al planteamiento de conjuntos enteramente nuevos, integrados por elementos armónicos en los que se relizaran, de modo eficiente y uniforme, tres tipos de acciones: restaurar y apoyar la conservación de la salud de los enfermos, impartir enseñanza al personal y llevar a cabo labores de investigación científica”²⁶². Y más adelante indican: “Las calidades que se reconocieron a la obra de Yáñez desde aquella época no sólo contribuyeron a subrayar la importancia de la planeación y construcción de hospitales sino de hacer posibles empresas de gran magnitud, como

la del Centro Médico Nacional, que se le encomendó y que proyectó entre 1954 y 1958”²⁶³.

De esta manera añaden: “(...) en esa perspectiva, es comprensible que los diseños de Mauricio M. Campos, Enrique Guerrero y Enrique Yáñez para los hospitales generales ejidales de Mexicali y Cacahoatán, así como para el hospital general de Guadalajara, respectivamente, hayan explorado las capacidades plásticas y técnicas de esquemas de composición a base de diseños de patios a los que limitan volúmenes de varios pisos”²⁶⁴.

De esta manera: “(...) así como los detalles de composición en fachada, resumieron buena parte del quehacer que enfrentaron los equipos de diseño cuando se trató de atemperar altas temperaturas debidas a asoleamientos”²⁶⁵.

Es así que estamos hablando de un estado de bienestar que se concibe a sí mismo como el responsable, entre otras cosas, de brindar salud a las mayorías. La salud entonces es concebida como un asunto de Estado. Ejemplo de esta concepción es que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), diseminará por todo el país una serie de teatros y casas de la cultura en las que se impartirán diferentes talleres.

258 Enrique Yáñez, *Del funcionalismo al post-raciobalismo. Ensayo sobre la arquitectura contemporánea en México* (Ciudad de México: Limusa, 1990), 89.

259 Para más información ver (Yáñez, 1990).

260 Xavier Cortés Rocha, Josefina Muriel, José Manuel Mijares y Mijares y Ramón Vargas Salguero, *Salud y Arquitectura en México* (Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1998), 115.

261 Ibid., 118.

262 Ibid., 119.

263 Ibid., 126.

264 Ibid., 128.

265 Ibid., 140.

La salud, al mismo tiempo, es pensada como ingreso la modernidad; una modernidad entendida como el imperativo de la razón y la ciencia.

Esta intensa construcción de hospitales por todo el territorio conlleva el desarrollo de complejos programas arquitectónicos que muestran un Estado fuerte, progresista y desde luego moderno, con ello se lleva la consolidación del movimiento armado de 1910.

En el Occidente de México, particularmente en Jalisco, va a ser también de la mano del arquitecto José Villagrán García en colaboración con Ignacio Díaz Morales que se construya entre 1943 y 1948 el Hospital General de Occidente conocido como Hospital de Zoquipan por encontrarse en la población de dicho nombre la cual se localizaba en la cercanía de la ciudad de Zapopan, hoy en día Zona Metropolitana de Guadalajara.

El IMSS abrió sus puertas a la sociedad de Guadalajara en el año de 1946.²⁶⁶ Como es de esperarse al igual que en el resto del país en sus inicios este instituto no contaba con infraestructura propia por lo que se vio en la necesidad de subrogar hospitales ya existentes, que no necesariamente obedecían a las condiciones de los que hoy en día entendemos como un hospital moderno como en su momento fue el caso del Hospital Ayala y posteriormente del Hospital Ferrocarrilero. Más adelante, tras de haberse consolidado el IMSS en el estado de Jalisco se construirán dentro de la modernidad arquitectónica de los años cincuenta y sesenta una serie de edificios entre los que destacan tres conjuntos de edificios principales, los cuales, de acuerdo con su orden de construcción, son: El Hospital General Regional No.45 (1958), complejo arquitectónico Clínica No.1 (1962), Oficinas Administrativas de la Delegación Regional, Centro de Seguridad para el Bienestar Familiar y Teatro del IMSS, y el Hospital General Regional de Zona No.89 (1963).

2. HOSPITAL GENERAL REGIONAL N°.45

Es en el año 1897, cuando el Dr. Antonio Ayala Ríos compro la huerta del antiguo convento de San Felipe Neri y en este lugar funda su clínica. Con el pasar de los años, a este nosocomio se le conoció por el nombre de "Sanatorio Ayala", donde se atendían distintas especialidades de la rama de la medicina²⁶⁷.

En un comunicado se dan a conocer los servicios médicos que ofrecía este sanatorio, además de las personas que estaban a cargo de esas áreas. De igual forma se permite conocer cómo era la fachada de este nosocomio a través de la perspectiva que se expone en la parte superior del anuncio. Según Almanzar-Curiel, en 1947 se empezó a subrogar el Hospital Ayala, dos años después de que el IMSS se instaló en Guadalajara. No fue hasta el 2 de octubre de 1958 que el instituto lo adquirió en propiedad y lo convirtió en el Hospital General Regional de Occidente, comenzando entonces un proceso continuo de remodelaciones y ampliaciones²⁶⁸.

"En este tiempo el Hospital Ayala funcionó como Unidad de Especialidades Médico Quirúrgicas y concentraban pacientes de todos los Estados de la Región Noroccidental del país"²⁶⁹.

Cuando el IMSS adquirió en propiedad al Hospital Ayala, este contaba con 232 camas y tuvo un valor de 5 millones de pesos.²⁷⁰

266 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), "IMSS: el Alcázar de la salud en Jalisco," Gob.mx, 6 de septiembre de 2021, accedido 6 de septiembre de 2025, <https://www.gob.mx/imss/articulos/112811>.

267 Ayuntamiento de Guadalajara, Iniciativa de acuerdo con carácter de Dictamen para promover la protección del patrimonio cultural e histórico que alberga el Panteón de Mezquitán, mayo 2022, accedido 6 de septiembre de 2025, <https://transparencia.guadalajara.gob.mx/sites/default/files/iniciativas/2022/RegidoraCandelariaMayo4.pdf>.

268A. Almanzar-Curiel, "Historia del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 30 años de historia," Portales Médicos, 2009, accedido 6 de septiembre de 2025, <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1812/1/Historia-del-Centro-Medico-Nacional-de-Occidente-CMNO-del-Instituto-Mexicano-del-Seguro-Social-IMSS-30-anos-de-Historia.html>.

269Ibid., 1.

270 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Los rostros del IMSS (Ciudad de México: IMSS, 2017), 55.



Figura 1. Ingreso del Hospital General Regional No 45, Guadalajara, Jalisco, México

3. COMPLEJO CLÍNICA 1, OFICINAS ADMINISTRATIVAS DE LA DELEGACIÓN REGIONAL, CENTRO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA EL BIENESTAR FAMILIAR Y TEATRO DEL IMSS

Las Oficinas Administrativas de la Delegación Regional, Centro de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y Teatro del IMSS se encuentran ubicados a un costado del Parque Agua Azul.

La inauguración de este complejo se llevó a cabo el día 14 de mayo de 1962. A este evento acudieron distintas personalidades, entre ellas el Presidente Adolfo López Mateos, el Lic. Benito Coquet quien era Director General del IMSS, y el Sr. Alberto Rizo Ochoa quien fue Delegado Regional en Jalisco.²⁷¹

En la nota periodística se cubre el evento de manera breve, a pesar de ser una edificación de gran magnitud y relevancia. Al respecto, la investigadora Meza menciona lo siguiente: La descripción realizada por la prensa local²⁷² al respecto de esta inauguración abarca solo unas cuantas líneas y no se incluyen fotografías de las instalaciones del edificio, ni descripciones específicas del mismo, como en el caso de otras obras en donde se incluyen extensas descripciones y varias fotografías. Esto posiblemente obedece al hecho de que al ser una obra construida por la administración federal los planos, datos y memorias del proyecto se encontraban al resguardo de las dependencias federales y por lo tanto de difícil acceso a la prensa local.

A pesar de que en la nota publicada el día de la inauguración del complejo de edificios no profundiza en información, en El Informador se menciona un listado de los edificios públicos realizados en Jalisco durante el sexenio del presidente en turno, además de incluir información del monto erogado para que se llevará a cabo, en el sector que corresponde al seguro social se describe: "OFICINAS ADMINISTRATIVAS, CENTRO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA EL BIENESTAR FAMILIAR Y TEATRO, del IMSS en Guadalajara – Instituto Mexicano del Seguro Social \$12 ' 300.00.00".²⁷³

La autoría del conjunto puede deducirse a partir de una nota periodística en la que se felicitan a funcionarios públicos, así como mencionó Meza:

Y en segundo lugar se felicitan a los directores de las obras: arquitectos, Federico González Cortázar, Roberto Rojas y Alberto Castro Montiel. Atendiendo a la jerarquización en el presente listado de arquitectos y a la jerarquización en importancia de las obras construidas por el IMSS en Jalisco se hace evidente que el director de obra del conjunto Clínica #1, en Guadalajara fue el arquitecto Federico González Cortazar. La posibilidad

271 El Informador, "Grandes realizaciones del seguro social en Guadalajara," 16 de mayo de 1962, 22, <https://hemeroteca.informador.mx>.

272A. K. Meza De la Torre, Conjunto Agua Azul de 1944 a 1968: los símbolos del Estado y su arquitectura de la modernidad (Tesis de licenciatura, Universidad de Guadalajara, 2021), 244.

273El Informador, "Grandes realizaciones," 22.

de que hubiese sido el arquitecto Alberto Castro Montiel queda descartada ya que – como se apuntó en líneas anteriores– dicho arquitecto fue el encargado del conjunto en Ocotlán, Jalisco.²⁷⁴

Los elementos que se conservan originales pertenecen al diseño y los materiales de las fachadas. Los interiores han sido remodelados prácticamente en su totalidad, a excepción de la estructura.

Si bien, han habido cambios menores, como lo es en el color de las bóvedas catalanas, las cuales en un inicio parece ser que eran de color blanco, o bien, en su defecto, del color natural del cemento, además de una incorporación de una cerca metálica en color verde. “Dicha cerca cubre todo el frente abierto que anteriormente tenía la cancha y el frente del teatro”.²⁷⁵

La investigadora Meza realizó una descripción detallada de este complejo, al respecto del diseño de las fachadas, menciona lo siguiente: “(...) El ingreso está resuelto a través de una marquesina horizontal que une los dos extremos de la herradura y que, al estar a la altura del primer

nivel, de escala humana a la fachada. Sobre la marquesina está colocado el letrero institucional “CLÍNICA N.1” en la tipografía institucional y de líneas sobrias utilizada en otros proyectos del Instituto Mexicano del Seguro Social”.²⁷⁶

Para 1962 el IMSS apoya a las mujeres al asignarle un espacio donde pudiera llevar a cabo su labor de crianza y esparcimiento, por ello se edifica un Centro de Seguridad Social y para el Bienestar Familiar en todos los conjuntos construidos en el periodo.

El Teatro que lleva por nombre Ignacio López Tarso, en honor a un famoso actor mexicano, quien además fue un miembro activo de la Compañía del Teatro del IMSS durante el periodo de Benito Coquet, al respecto la autora Meza menciona lo siguiente: “En la página oficial del Fideicomiso de Administración de Teatros y Salas de Espectáculos del IMSS, se atribuye el diseño del Teatro Guadalajara Ignacio López Tarso al arquitecto Vicente Mendiola Quezada,(...). Al ser un conjunto con varios edificios no es de extrañar la colaboración de varios arquitectos bajo la dirección de Federico González Gortázar”.²⁷⁷

Figura 2. Complejo de la Clínica 1 del IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.



²⁷⁴ Meza De la Torre, Conjunto Agua Azul, 246-247.

²⁷⁵ Ibid., 255.

²⁷⁶ Ibid., 250.

²⁷⁷ Ibid., 253-254

4. HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE ZONA NO. 89.

Ubicado en Av. Washington No. 1988. En los cruces de la Avenida Chapultepec y Av. Washington de Guadalajara, Jalisco, es de II nivel de atención médica, fue construido en 1962 e inaugurado en 1963 para brindar servicios médicos a las y los trabajadores del Ferrocarril del Pacífico e inicia labores como parte del Instituto Mexicano del Seguro Social el día 12 de Julio de 1982.

Como antecedente, en el libro La práctica médica en tres hospitales de Guadalajara (1930-1965) se menciona que para 1910 ya

existía un Hospital de los Ferrocarriles Nacionales, aunque no se indica con exactitud cuál o dónde se ubicaba. Este hecho sugiere que probablemente se demolió el primero y posteriormente se construyó el inaugurado en 1963²⁷⁸ que igual brindaba atención únicamente a los trabajadores de los ferrocarriles.

En la fachada se le han agregado elementos distintivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, como lo es el logo y la tipografía con el nombre del hospital ello al incorporarse al Instituto.

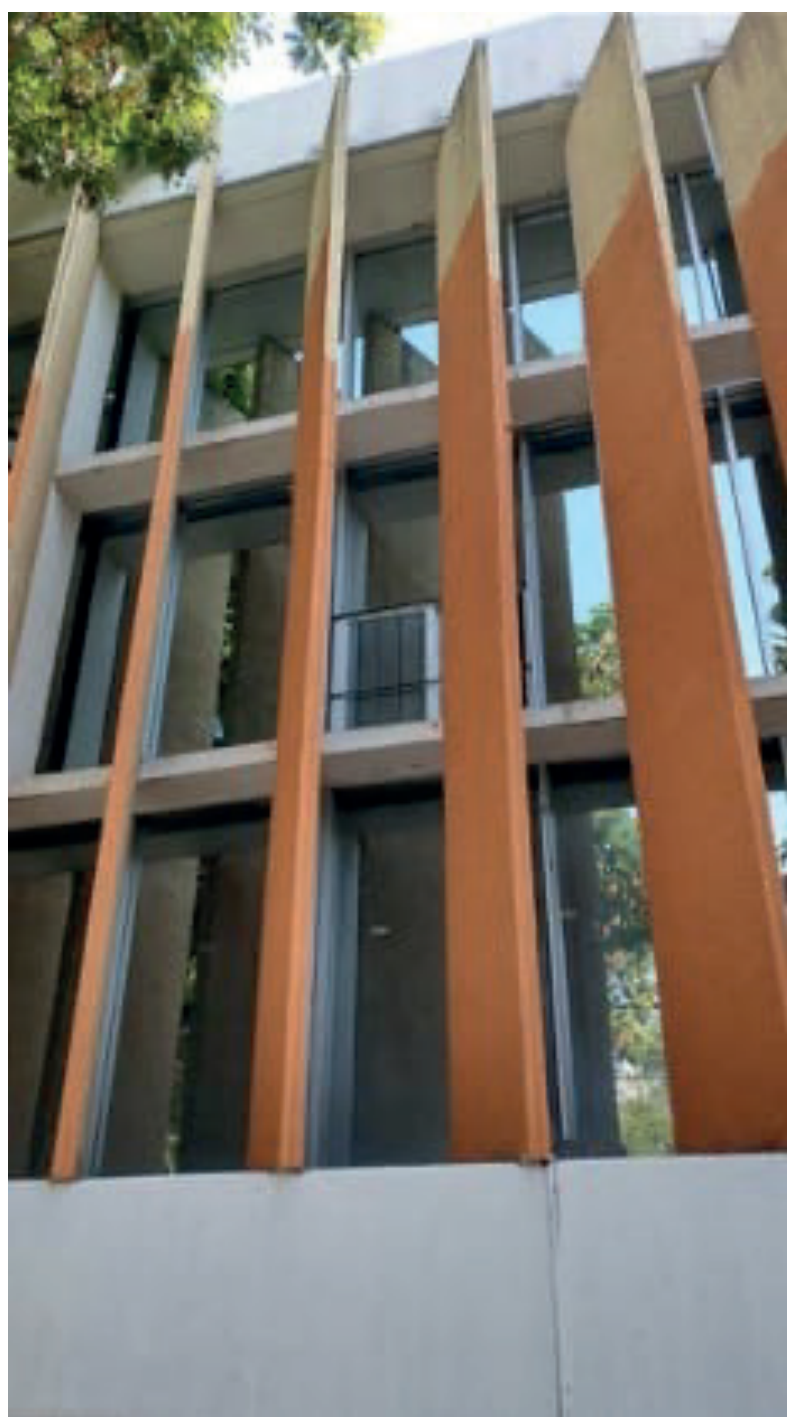


Figura 3. Detalles de construcción del Hospital General Regional de Zona No. 89, Guadalajara, Jalisco, México.

278 Laura. C. Díaz, La práctica médica en tres hospitales de Guadalajara (1930-1965) (Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2005), 45-47, 99-100.

6. REFERENCIAS

Almanzar-Curiel, A. "Historia del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 30 años de historia." Portales Médicos. 2009. Accedido 6 de septiembre de 2025.
<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1812/1/Historia-del-Centro-Medico-Nacional-de-Occidente-CMNO-del-Instituto-Mexicano-del-Seguro-Social-IMSS-30-anos-de-Historia.html>.

Ayuntamiento de Guadalajara. Iniciativa de acuerdo con carácter de Dictamen para promover la protección de patrimonio cultural e histórico que alberga el Panteón de Mezquitan, mayo 2022. Accedido 6 de septiembre de 2025.
<https://transparencia.guadalajara.gob.mx/sites/default/files/iniciativas/2022/RegidoraCandelariaMayo4.pdf>.

Cortés, X., J. Muriel, J. Mijares, y R. Vargas. Salud y Arquitectura en México. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

Díaz, L. C. La práctica médica en tres hospitales de Guadalajara (1930-1965). Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2005.

El Informador. "Grandes realizaciones del seguro social en Guadalajara." 16 de mayo de 1962.
<https://hemeroteca.informador.mx>.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los rostros del IMSS. Ciudad de México: IMSS, 2017.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). "IMSS: el Alcázar de la salud en Jalisco." Gob.mx. 6 de septiembre de 2021. Accedido 6 de septiembre de 2025. <https://www.gob.mx/imss/articulos/112811>.

Meza De la Torre, A. K. Conjunto Agua Azul de 1944 a 1968: los símbolos del Estado y su arquitectura de la modernidad. Tesis de licenciatura, Universidad de Guadalajara, 2021.

Yáñez, Enrique. Del funcionalismo al post-racionalismo: Ensayo sobre la arquitectura contemporánea en México. Ciudad de México: Limusa, 1990.

7. BIOGRAFÍA

El Dr. Juan López García es profesor investigador titular C de la Universidad de Guadalajara, con 37 años de antigüedad. Arquitecto egresado de la misma institución (1986), cursó la maestría en Historia de la Arquitectura Mexicana (1993) y el doctorado en Composición Arquitectónica en la UPC de Cataluña (2003). Ha sido jefe de los departamentos de Teorías e Historias y de Proyectos Arquitectónicos, así como director de la División de Diseño y Proyectos del CUAAD. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1 del CONAHCYT.

Desarrollo de la arquitectura hospitalaria en la configuración urbana de Iquique, del siglo XIX al XXI.

Arturo Caucoto Funes.

Universidad Católica del Norte (Antofagasta, Chile.)

arturo.caucoto@alumnos.ucn.cl.

RESUMEN

La presente investigación aborda la influencia de la arquitectura hospitalaria en la configuración urbana de la ciudad de Iquique, marcada por su condición portuaria y extractiva en el territorio desértico costero de Chile. Desde el siglo XIX hasta el XXI, ha enfrentado diversas crisis sanitarias, escenario que propició el desarrollo de recintos de salud que no solo respondieron a las necesidades médicas de su tiempo, sino que también jugaron un papel clave en la organización del territorio, la dimensión simbólica y la salud pública.

El objetivo principal de esta investigación es analizar como estos equipamientos de salud se han constituido como estructuras persistentes, tanto fuera (límite o periferia), como dentro (borde o hito) del tejido urbano, influyendo decisivamente en su morfología y expansión.

La metodología empleada combina una revisión histórica, análisis tipológico y lectura morfológica del entorno construido y su evolución. Se recurre a marcos teóricos propuestos por autores como Kevin Lynch y Aldo Rossi, complementados con el análisis de fuentes primarias (planimetrías, documentos históricos) y secundarias (bibliografía especializada en urbanismo, arquitectura y salud pública).

El estudio se centra en tres hospitales construidos de manera sucesiva dentro de un mismo polígono urbano: el Hospital de la Beneficencia (1886–1887), el Hospital Regional de Iquique (1936–1938) y el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (1992–1995). Cada uno representa un

modelo hospitalario distintivo, siendo pabellonario, monobloque y de alta complejidad, que reflejan las condiciones urbanas y sanitarias de su periodo.

Los hallazgos revelan que estos recintos fueron capaces de modificar la trama urbana al generar nuevas centralidades y establecer conexiones significativas entre espacio público, vialidad y ciudad construida. Esto permite concluir que existe una relación estrecha entre salud y urbanismo, abriendo una vía para reflexionar críticamente sobre el rol que desempeñan los equipamientos hospitalarios en los procesos de integración territorial.

Palabras clave:

Arquitectura Hospitalaria, Hospital, Iquique, Ciudad puerto, Configuración urbana.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile entre los siglos XIX y XXI, evidencia cambios en la salud pública, la medicina y el urbanismo, reflejados en la forma de los hospitales y su relación con la ciudad. La arquitectura hospitalaria en Iquique ha sido clave en la configuración urbana, trascendiendo su función sanitaria para integrarse en los procesos de modernización y ordenamiento territorial. En una ciudad marcada por el puerto, la economía extractiva y crisis sanitarias, los hospitales no solo respondieron a necesidades de salud, sino que también estructuraron la trama urbana, impulsaron la expansión y consolidaron nuevas áreas de integración.

Desde el siglo XIX, mediante distintos modelos arquitectónicos vinculados a políticas públicas y demandas sociales, definiendo su emplazamiento, forma y rol urbano, constituyéndose en límites, bordes e hitos que orientaron la construcción urbana de la ciudad-puerto.

2. CRUCE ENTRE HISTORIA, SALUD Y FORMA HOSPITALARIA EN CHILE.

En el siglo XIX, predominó el modelo de pabellones, ligado a la beneficencia y la caridad. Los hospitales se ubicaron en la periferia urbana, en condiciones de aislamiento y segregación, pensados para contener la enfermedad, más que para curar. Su diseño estuvo influenciado por teorías higienistas y científicas, lo que llevó a valorar la ventilación cruzada, el soleamiento, la orientación y los patios abiertos como medios de control sanitario. En el siglo XX, con el fortalecimiento del Estado y la creación de organismos como la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (1944) y el Servicio Nacional de Salud (1952), se consolidó la modernización hospitalaria ²⁷⁹.

Surge el modelo monoblock, caracterizado por edificios verticales, compactos y funcionales, con zonificación interna, circulaciones diferenciadas y uso de materiales modernos. Estos hospitales dejaron de ser espacios periféricos para convertirse en infraestructuras centrales del tejido urbano y en símbolos de modernidad y bienestar social. A fines del siglo XX y comienzos del XXI aparecen los hospitales de alta complejidad, Estas infraestructuras incorporan tecnología avanzada, flexibilidad espacial, criterios de eficiencia y sostenibilidad, con medidas de resiliencia frente a riesgos naturales. De esta manera, los hospitales adquieren un rol multifuncional, vinculándose con la planificación territorial, el transporte y las centralidades urbanas, transformándose en hitos arquitectónicos y urbanos que representan modernidad, equidad y capacidad estatal.

3. DESDE LA CIUDAD, LA FORMA Y LOS ELEMENTOS URBANOS.

La ciudad se concibe como una construcción dinámica y compleja, producto de procesos históricos, sociales y territoriales que se materializan tanto en su estructura física como en sus dimensiones simbólicas. Más que un objeto estático, constituye un sistema en permanente transformación, en el que se superponen capas de tiempo, funciones y significados que configuran su forma y su identidad colectiva. Comprender la ciudad implica reconocer esta condición de cambio continuo, donde cada intervención, infraestructura o uso social deja huellas que configuran la trama urbana mediante los ‘procesos urbanos’. A ello se suman los conceptos de límite, borde e hito desarrollados por Kevin Lynch²⁸⁰, los cuales aportan referentes esenciales de orientación e identidad. Los límites urbanos, como la Avenida Héroes de la Concepción en Iquique, funciona como ejes de continuidad y transición entre sectores. Los bordes, en tanto, marcan ruptura como ocurre con el Zanjón de la Aguada en Santiago, que históricamente generó una fragmentación urbana. Finalmente, los hitos, como el Estadio Tierra de Campeones en Iquique, se consolidan como referente visual y simbólico, articulando la ciudad y proyectando una identidad colectiva. Así, la forma urbana resulta de la interacción entre estructuras físicas y significados simbólicos, donde cada elemento contribuye a configurar el espacio y memoria de la ciudad. Los hospitales, escuelas, bibliotecas o estadios, al responder a necesidades programáticas específicas, operan como catalizadores del desarrollo territorial y se consolidan como “hechos urbanos”²⁸¹ en el sentido planteado por Aldo Rossi, condensando valores históricos,

²⁷⁹Claudio, Galeno Ibaceta. “Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado chileno: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama,” en Anais do 13º Seminário Docomomo Brasil: Arquitetura Moderna Brasileira. 25 años de Docomomo Brasil. Todos los mundos, un solo mundo, ed. José Carlos Huapaya (Salvador: Instituto de Arquitectos de Brasil, Departamento de Bahía, (octubre 2019):1-17.

²⁸⁰Kevin, Lynch. La imagen de la ciudad: (Cambridge, Massachusetts: MIT Press),1960

²⁸¹Aldo, Rossi. La arquitectura de la ciudad: (Barcelona: Editorial Gustavo Gili),1966.

sociales y culturales que trascienden su uso inmediato. Su inserción transforma la morfología de la ciudad, altera relaciones entre espacio público, privado y define nuevas centralidades. En este marco, los equipamientos urbanos desempeñan un papel decisivo como elementos funcionales y simbólicos.

4. IQUIQUE: CIUDAD DESÉRTICO COSTERA Y PUERTO ESTRATÉGICO.

Iquique, emplazada en una planicie costera desértica delimitada por el océano Pacífico y la cordillera de la Costa, se configuró sin planificación previa, respondiendo a condiciones geográficas, económicas y estratégicas. Su trazado inicial fue reticulado y ortogonal, propio de asentamientos portuarios, y se consolidó como nodo estratégico del circuito salitrero, atrayendo población flotante e inversiones. Este dinamismo impulsó una urbanización acelerada hacia el sur y el este, siguiendo ejes ferroviarios y rutas al interior salitrero, aunque con fuerte fragmentación, precariedad habitacional y déficit de servicios básicos. El puerto conectó a Iquique con redes nacionales e internacionales, transformándola en una ciudad de flujos de mercancías, personas y tecnologías, pero también la hizo dependiente del ciclo salitrero y vulnerable a sus crisis. Tras la Guerra del Pacífico, la integración a Chile reforzó su carácter de frontera estratégica, incentivando inversión estatal, expansión de servicios y consolidación de barrios periféricos, aunque bajo tensiones entre planificación y lógica extractiva. En el siglo XIX se levantaron hitos urbanos como la Aduana, la Estación de Ferrocarriles y la Torre del Reloj. Sin embargo, la escasez hídrica, la falta de alcantarillado y las epidemias agudizaron las crisis sanitarias²⁸². A ello se sumaron desastres naturales y antrópicos como terremotos, incendios y epidemias que devastaron la ciudad, pero también impulsaron reformas urbanas, como el ensanche y rectificación de calles en 1883, la instalación de redes de agua potable y nuevas normativas de edificación²⁸³. La urbanización acelerada generó hacinamiento, conventillos y poblaciones

precarias, obligando a incorporar criterios de salubridad en la planificación. Epidemias como fiebre amarilla, cólera y viruela motivaron la creación de infraestructuras periféricas: el lazareto, el hospital y cementerios. Estos equipamientos, administrados por la Junta de Beneficencia, se emplazaron en los límites urbanos para aislar a los enfermos y contener contagios, en coherencia con las teorías higienistas de la época. El hospital evolucionó desde instalaciones precarias hasta consolidar un edificio ampliado; el lazareto se destinaba a enfermos de viruela²⁸⁴ y se acompañaba de medidas drásticas como la quema de viviendas contaminadas²⁸⁵; y el cementerio, próximo a ambos, reforzaba su carácter marginal. Los equipamientos de salud y la muerte no fueron solo respuestas inmediatas a las crisis, sino también elementos estructurantes que definieron límites físicos y simbólicos que revelaron la interacción entre geografía, salud pública y morfología urbana.

5. LOS HOSPITALES DE IQUIQUE: EMPLAZAMIENTO, FORMA Y ESCALA URBANA.

5.1 Hospital de la Beneficencia de Iquique (1886-1887) / Arq. Eduardo Lapeyrouse.

Durante la administración peruana se levantó en Iquique el primer hospital, consolidando los inicios de la salud pública en la ciudad, proceso que continuó bajo la administración chilena tras la Guerra del Pacífico. Construido entre 1886 y 1887 en el límite urbano de la calle Serrano, en la periferia de la ciudad como se puede apreciar en el ‘ ‘Plano de Iquique’ ’ de Nicanor Boloña²⁸⁶ y J. Tonkin Th de 1895 que

282 Juan, Lombardi B. "Historia de la cirugía en el Hospital de Iquique, en:" Revista Chilena de Cirugía 46, no.4, (agosto 1994): 41-442.

283 Ortega Salazar, O.; P. Hermosilla Gallardo, "El patrimonio arquitectónico de Iquique," en: Revista de Arquitectura 1, no.1 (marzo 1990):35.

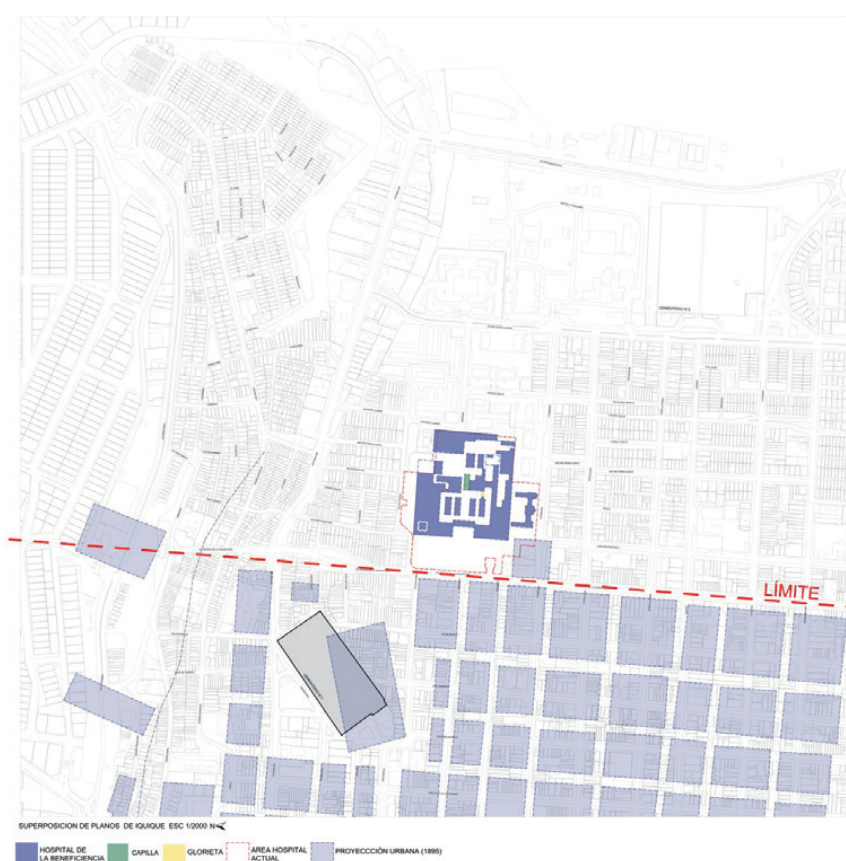
284 Alberto Gurovich, "La ciudad de Iquique," Revista de Arquitectura 11, no. 11 (marzo 2000):10.

285 Damian, Lo Chávez, "Morir en el antiguo Iquique: cementerios, salud pública y sectores populares durante la epidemia de peste bubónica de 1903," Revista Nuestro Norte 1, no. 1 (junio 2015):13-37.

muestra el conjunto arquitectónico aislado, alejado del centro de la ciudad, constituyó uno de los principales establecimientos sanitarios del norte de Chile, con capacidad para 350 camas. Su construcción respondió a la urgencia de enfrentar las deficiencias en materia de salubridad y al crecimiento poblacional asociado a la crisis salitrera, bajo el impulso del intendente Gonzalo Bulnes y gracias a la inversión del filántropo Alfredo Syres Jones, quien dotó al recinto de tecnologías modernas y pabellones comparables con hospitales europeos²⁸⁷. La arquitectura del hospital adoptó la tipología de pabellones, que organizaba las salas según especialidades y tipos de pacientes, asegurando ventilación, asoleamiento y condiciones higiénicas. Este modelo respondía a los principios higienistas y se convirtió en uno de los conjuntos más

avanzados de su época²⁸⁸. El edificio contaba con patios ventilados, salas de operaciones, salas para mujeres, niños y enfermos mentales, además de espacios destinados a autopsias y a la atención de enfermedades contagiosas²⁸⁹, que lo situaba como referente en la modernización hospitalaria. Su emplazamiento (Fig.1) en el límite de la ciudad reflejaba criterios higienistas y tensiones sociales. Al igual que el lazareto y el cementerio, ocupaba una posición vinculada a el aislamiento, que simbolizaba la concepción de la enfermedad como un factor social que debía mantenerse apartado del centro. Al mismo tiempo, su ubicación respondía a dar alcance a una población flotante, expuesta constantemente a enfermedades traídas por los barcos, en un contexto de precariedad de agua potable, hacinamiento y conventillos.

Figura 1. Superposición de planos de Iquique. Fuente: Elaboración propia a partir de plano de Iquique elaborado por Nicanor Boloña y J. Tonkin (1895). © (ABND+ACG).



286Cartógrafo de la Oficina de Geografía y Minas de la Dirección General de Obras Públicas.

287Francisco Javier, Ovalle. La ciudad de Iquique, (Iquique: Imprenta Mercantil,1908):347.

288J, Gonzales Pizarro; C, Galeno Ibaceta. "Salubridad urbana en ciudades puertos del norte de Chile: primeras operaciones y equipamientos de salud en Arica, Iquique y Antofagasta," en: Actas del Primer Congreso Iberoamericano de Historia Urbana, eds. Richard Booth y Macarena Cortés, Santiago de Chile: Asociación Iberoamericana de Historia Urbana, (noviembre 2016):557-587.

289Ovalle, op.cit, p.297.

5.2 Hospital Regional de Iquique (1936-1938) / Arq. Luis Zorzi Morelli.

En 1935, gracias a las gestiones del intendente Orlando Villablanca y del diputado Ernesto Torres Galdámez, se aprobó en el gobierno de Arturo Alessandri Palma, la construcción de un nuevo hospital para Iquique. El proyecto se emplazó en los mismos terrenos del antiguo Hospital de la Beneficencia, y su ejecución marcó un hito en la modernización sanitaria del norte de Chile²⁹⁰. La primera piedra se colocó

en 1936, siendo diseñado por Luis Zorzi Morelli²⁹¹, fue entregado en 1938 con una capacidad de 425 camas²⁹². Su estructura en monoblock de seis pisos²⁹³, concebida bajo normas modernas de eficiencia y funcionalidad, concentraba los servicios hospitalarios, facilitaba la circulación interna, criterios de higiene, asoleamiento y resistencia sísmica.

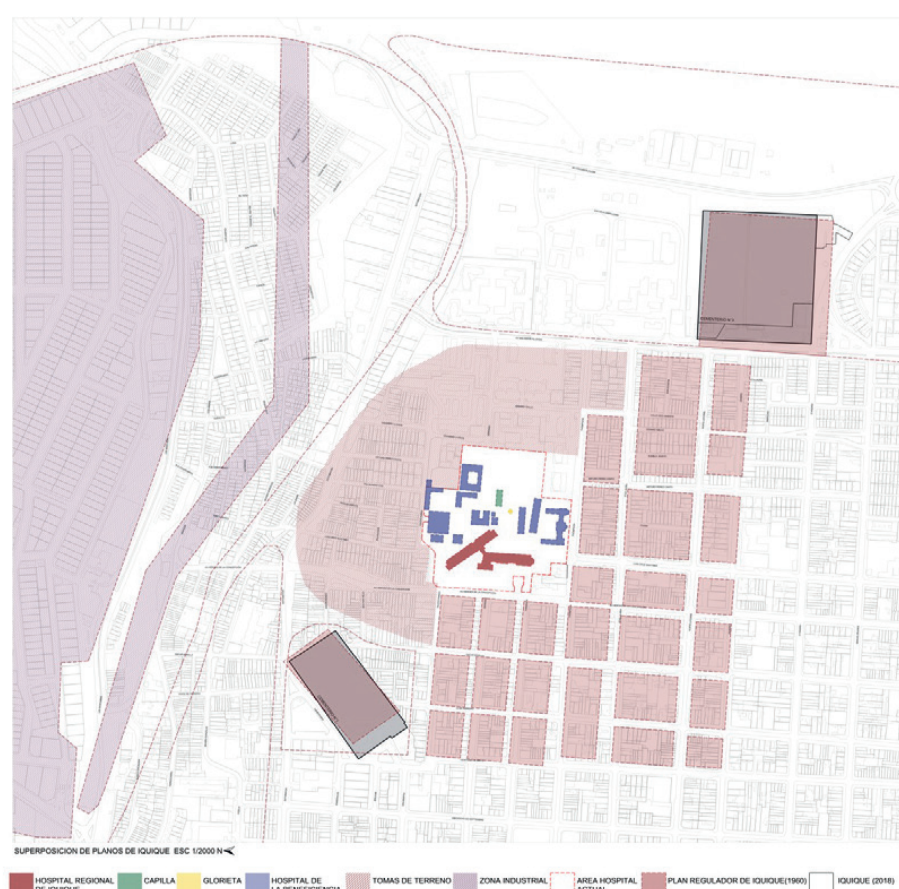


Figura 2. Superposición de planos de Iquique. Fuente: Elaboración propia a partir del Plan Regulador (1960) ©. (MIMVU+ACG.)

El nuevo hospital se insertó en un proceso de modernización urbana, acompañado por obras de pavimentación, infraestructura sanitaria y eléctrica. El Plan Regulador de 1960²⁹⁴ consolidó su integración a la ciudad al reconocerlo como un equipamiento estructurante en la zonificación urbana. No obstante, su emplazamiento en el borde oriente (Fig.2) generó dinámicas contradictorias mientras constituía un símbolo de progreso, también atrajo asentamientos informales como la población Norte Hospital, lo que evidenció las tensiones entre planificación, crecimiento y marginalidad propias del desierto costero. Con el paso del tiempo, el hospital mostró deterioro estructural, agravados tras el terremoto de 1987. Estudios

técnicos confirmaron la corrosión del hormigón armado y la insuficiencia sísmica del edificio, lo

²⁹⁰ Calcagno, S; Vásquez, J, Historia de la medicina en Iquique y Tarapacá, (Iquique, 2018):95.

²⁹¹ Arquitecto, graduado de la Universidad Católica de Chile, 1932.

²⁹² Galeno, op.cit, p.9.

²⁹³ Calcagno, S; Vásquez, J, op.cit, p.71.

²⁹⁴ Plan Regulador realizado por el arquitecto Jorge Poblete Grez y el grupo TAU (Taller de Arquitectura y Urbanismo), conformado por los arquitectos Sergio Gonzales Espinoza, Pedro Iribarne Ríos, Julio y Gonzalo Mardones Restat.

que obligó a su reposición progresiva²⁹⁵. A partir de 1988 se inició un proceso de demolición y reconstrucción en etapas, bajo un nuevo diseño que priorizó la horizontalidad, la simplicidad de circulaciones y la capacidad resolutoria del establecimiento frente a la condición de aislamiento geográfico de Iquique. Entre 1992 y 1995 se entregaron distintas fases de la obra, que incorporaron salas de hospitalización, pabellones quirúrgicos, unidades de alta complejidad, áreas de apoyo clínico y servicios complementarios, mientras el edificio anterior seguía funcionando.

5.3 Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique (1992-1995) / Arq. Hernán Aubert Cerda- Arq.Jhon Bauerle Blandford.

Con el retorno a la democracia y la apertura a financiamientos internacionales, como los préstamos del BID²⁹⁶ y el BIRF²⁹⁷, Chile impulsó la modernización del sistema de salud pública. En este contexto, el deterioro del antiguo hospital de Iquique y la falta de equipamientos especializados llevaron a incluir su reposición dentro del proyecto MINSAL-BID durante el gobierno de Patricio Aylwin. En 1992 se colocó la primera piedra del nuevo hospital, renombrado como Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames. Ubicado en la Avenida Héroes de la Concepción, entre Piloto Pardo y Thompson, el nuevo hospital de alta complejidad contó con una dotación de 372 camas. El proyecto fue desarrollado por el arquitecto Hernán Aubert²⁹⁸ y John Bauerle²⁹⁹ en los detalles técnicos e ingenierías, bajo encargo del Ministerio de Salud con financiamiento del BID. La arquitectura del hospital responde a principios postmodernos, caracterizándose por la horizontalidad de sus volúmenes, la incorporación de patios continuos que permiten luz y ventilación natural, flexibilidad de su estructura modular basada en pilares y vigas, capaz de adaptarse a las transformaciones funcionales. Además, integra elementos vernáculos de la arquitectura local de Iquique, como dobles cubiertas, aleros, lucarnas, ventilación cruzada y control solar pasivo, logrando así una adaptación al clima

desértico costero. Su organización programática se dispuso en niveles diferenciados: el primer piso destinado a servicios generales y accesos públicos, mientras que el segundo albergó especialidades médicas y áreas administrativas³⁰⁰. En el extremo oriente se remodeló el hospital psiquiátrico existente, incorporándolo al nuevo conjunto. Junto con esta transformación, la capilla y la glorieta del antiguo hospital de la Beneficencia que fueron declaradas Monumentos Históricos en 1982, estas removidas para preservándose en el conjunto. Estos elementos no solo mantienen la memoria arquitectónica del periodo salitrero, sino que además refuerzan el valor simbólico en el tejido urbano y espacio en el que convergen salud pública, modernización y patrimonio en la historia de Iquique.

Por su escala y volumetría, el hospital se erigió como un hito urbano y regional dentro de un entorno de baja altura, consolidando un centro en relación a la ZOFRI³⁰¹ y articulando distintos sectores de la ciudad a lo largo de la Avenida Héroes de la Concepción. (Fig.3) Su emplazamiento configura una triangulación estratégica con los cementerios históricos, el sector pesquero y las poblaciones Norte Hospital y El Colorado, entre otras integrándose como pieza estructurante del tejido urbano e infraestructura de salud en el norte del país³⁰².

295 Hernán Aubert, "Una historia. Una obra," Revista de Arquitectura C.A (Ciudad y Arquitectura), no. 88, (marzo de 1997):60-65.

296 Banco Interamericano de Desarrollo.

297 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.

298 Arquitecto, graduado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1957.

299 Arquitecto, graduado de la Universidad de Chile, 1972.

300 Aubert, op.cit. p.65.

301 Zona Franca de Iquique.

302 Arturo Caucoto Funes, Arquitectura Hospitalaria y Ciudad: Desarrollo del hospital en la configuración urbana de Iquique, del Siglo XIX al XXI, Tesis de seminario, Escuela de Arquitectura, Universidad Católica del Norte, (junio 2025.):79

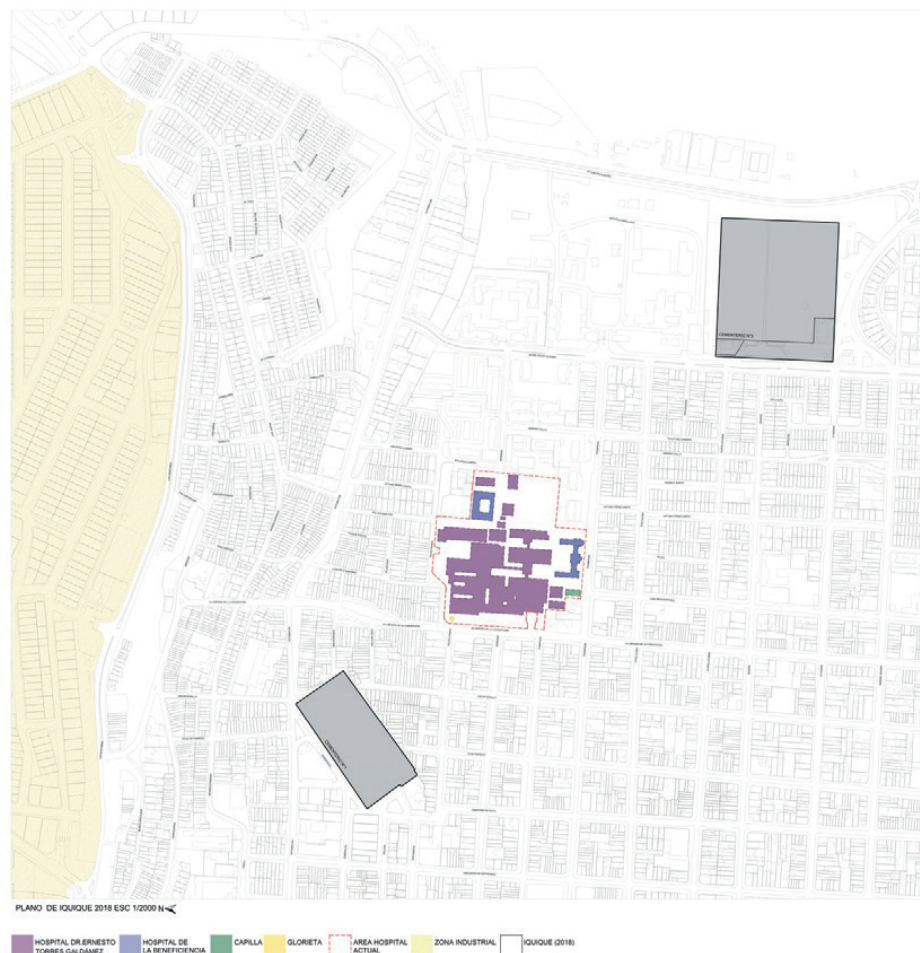


Figura 3. Plano de Iquique 2018. Fuente: Elaboración propia a partir del Plan Regulador. © (MINSAL)

CONCLUSIONES

Se puede observar que la evolución de la arquitectura hospitalaria en Iquique evidencia que estos recintos han sido esenciales no solo como respuesta a necesidades sanitarias, sino también como elementos estructurantes del territorio y precursores de las transformaciones urbana. Desde los pabellones higienistas del siglo XIX, concebidos como espacios de aislamiento periféricos, luego el modelo monoblock del siglo XX, hasta el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames en el siglo XXI, así los hospitales han configurado bordes, centralidades e hitos urbanos, articulando relaciones sociales y la memoria colectiva. En su emplazamiento, forma y escala respondieron a criterios climáticos, sanitarios y territoriales, incorporando influencias internacionales, soluciones arquitectónicas modernas y postmodernas reflejando la convergencia entre salud pública y urbanismo, respondiendo a crisis sanitarias, expansión urbana y riesgos naturales, consolidándose como referentes simbólicos de progreso, cohesión social y resiliencia territorial, en la configuración de Iquique.

6. REFERENCIAS

Aubert, H. "Una historia. Una obra," Revista de Arquitectura C.A (Ciudad y Arquitectura), no 88, (marzo de 1997):60-65.

Calcagno, S; Vásquez, J. Historia de la medicina en Iquique y Tarapacá. Iquique: S/E, 2018.

Caucoto Funes, A. Arquitectura Hospitalaria y Ciudad: Desarrollo del hospital en la configuración urbana de Iquique, del Siglo XIX al XXI. Tesis de Seminario, Escuela de Arquitectura. Universidad Católica del Norte. (junio de 2025):79

Galeno. Ibaceta, C. "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del estado chileno: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama" En: Anais do 13º Seminário Docomomo Brasil Arquitetura Moderna Brasileira, (octubre del 2019):1-18.

J, Gonzales Pizarro, C, Galeno Ibaceta. "Salubridad urbana en ciudades puertos del norte de Chile: primeras operaciones y equipamientos de salud en Arica, Iquique y Antofagasta," en Actas del Primer Congreso Iberoamericano de Historia Urbana, eds. Richard Booth y Macarena Cortés: Santiago de Chile: Asociación Iberoamericana de Historia Urbana, (noviembre del 2016):557-587.

González Ginouves, I. La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile. Revista Chilena De Salud Pública, tomo 13, no°. 3-4, (septiembre-diciembre de 1944):346-380.

Lynch, K. La imagen de la ciudad. MIT Press S.I., 1960.

Prieto Lindholm, A. Chile en: Arquitectura para salud en América Latina. (Health Architecture in Latin America). F. Bitencourt; L. Monza., Brasilia: Rio Book's, (noviembre del 2017):144-172.

Rossi, A. La arquitectura de la ciudad. Barcelona: Editorial Gustavo Gili. 1960.

Ovalle, F. La ciudad de Iquique. Iquique, Chile: Imprenta Mercantil, 1908.

ARCHIVOS

Biblioteca Nacional Digital (ABND).

Archivo Claudio Galeno (ACG).

MIMVU (Ministerio de Vivienda y Urbanismo).

MINSAL (Ministerio de Salud).

7. BIOGRAFÍA.

Estudiante de Arquitectura (UCN) inicio sus estudios en arquitectura hospitalaria a partir del año 2022 con la propuesta de un Centro de Salud Intercultural Lyckan-Antay en San Pedro de Atacama, como también su práctica profesional en la Normalización del Hospital Comunitario de Mejillones, luego mediante la investigación de seminario en el décimo semestre de la carrera, siendo la tesis "Arquitectura Hospitalaria y Ciudad: Desarrollo del Hospital en la configuración urbana de Iquique, del Siglo XIX al XXI" para actualmente desarrollar su proyecto de título en el área hospitalaria de la ciudad de Iquique.

O Plano Diretor Físico Hospitalar como instrumento para a preservação e requalificação de edifícios modernos de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Magdalena Vargas Naveillan

Elisabeth Hirth

Programa de pós-graduação em preservação e gestão do patrimônio cultural das ciências e da saúde, casa de oswaldo cruz, fundação oswaldo cruz
beth@hirth.arq.br

Barbara Cortizo de Aguiar

Casa de oswaldo cruz, fundação oswaldo cruz
barbara.aguiar@fiocruz.br

Renato Gama Rosa Costa

Programa de pós-graduação em preservação e gestão do patrimônio cultural das ciências e da saúde, casa de oswaldo cruz, fundação oswaldo cruz
renato.gamarosa@fiocruz.br

RESUMO

Assegurar uso e função ao patrimônio edificado pode promover sua preservação. No caso dos edifícios modernos que desempenham atividades hospitalares, demandas sociais, progresso tecnológico e científico, e exigências médicas implicam a necessidade permanente de reforma e expansão do espaço físico. Os ambientes para a saúde, um dos programas mais desafiadores para a arquitetura moderna, projetados com intenções criteriosas e normativas rígidas, precisam atender a questões como segurança do paciente, funcionalidade e flexibilidade. Para apoiar a assistência médica em ambientes adequados, ainda é necessário acolher, promover a saúde e o cuidado ao paciente. O moderno Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foi projetado entre 1950 e 1951 pelo arquiteto Mario Russo, no âmbito do projeto da Cidade Universitária, visando atender a um programa arquitetônico de assistência médica, ensino e pesquisa. Ao longo da sua história, o hospital sofreu as consequências das adaptações necessárias para responder ao avanço da medicina e aumento da demanda de atendimentos. Essa demanda, por vezes, clama

por edificações maiores e mais adaptáveis a novas tecnologias, o que impõe ao Hospital das Clínicas um planejamento que avalie sua permanência enquanto edifício hospitalar, mas que busque a preservação de sua arquitetura como um testemunho da história da saúde no Recife.

Neste cenário, o Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) aparece como metodologia estratégica, sendo um instrumento que promove a valorização e a conservação da história e memória da edificação, enquanto se mantém sua utilidade como espaço de assistência. Utilizado no planejamento e no projeto de arquitetura hospitalar, o PDFH analisa e aplica processos, conceitos e diretrizes que viabilizam práticas para a preservação e requalificação de edifícios de saúde, sendo, portanto, um aliado à preservação do Hospital das Clínicas, contribuindo para sua proteção e qualificação enquanto bem patrimonial.

Palabras clave:

Plano Diretor, Hospital das Clínicas, Patrimônio da Saúde, Mario Russo.

1. APRESENTAÇÃO

O Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) está localizado na Cidade Universitária do Recife. Ocupando um total estimado de 63.000m² e oferecendo 413 leitos, é um hospital universitário público que conta com a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Rede EBSEH) desde 2013. Além da assistência médica com atendimento por especialidades, compõe o cenário de Ensino e Pesquisa da UFPE, promovendo atividades de graduação, pós-graduação, extensão e residência médica, que utilizam o Hospital das Clínicas como campo de prática, ensino e pesquisa para os cursos de Enfermagem, Nutrição e Medicina. O projeto e a construção do Hospital das Clínicas da UFPE iniciaram-se na década de 1950, de acordo com documentações oficiais³⁰³, mas, por falta de recursos financeiros, a obra foi paralisada, e sua inauguração aconteceu somente cerca de 30 anos depois, em 1979. A construção inicial obedeceu à estrutura e aos conceitos do projeto arquitetônico originais, mas com layouts adequados para atender à demanda

da época. Ao longo dos anos, foram feitas diversas reestruturações no hospital, como processos de modernização, reformas internas e construções de novas edificações externas ao conjunto. O projeto do hospital foi encomendado ao arquiteto italiano Mario Russo, que precisava atender a um programa complexo, que incluía, além da assistência médica, o ensino e a pesquisa. Sua concepção arquitetônica nasceu para atender os conceitos e premissas mais atuais e contemporâneos para um hospital de ensino e pesquisa, naquele momento histórico. O arquiteto estudou profundamente a questão dos fluxos de circulação, relacionando três tipos distintos, serviços, visitantes e estudantes. Russo buscou soluções projetuais de independência entre os fluxos, como corredores separados, por meio da criação de pavimentos intermediários e desníveis, sem que, no entanto, parecesse uma abordagem de aspecto “pouco humano”, quando se isolava, por exemplo, fluxos mediante a proibição de visitas.

Figura 1 Mario Russo, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Fachada principal. Fotografia: Elisabeth Hirth, setembro/2021.



303 Os documentos oficiais estão abrigados atualmente na Fundação Joaquim Nabuco, em Recife, Pernambuco.

2. A Arquitetura Moderna no Contexto Urbano do Recife: A Contribuição de Mário Russo

O nome de Russo e o momento de sua vinda ao Brasil não foram notados na maior parte das descrições dos acontecimentos arquitetônicos modernos e, segundo estudos de Renata Cabral em inícios dos anos 2000³⁰⁴, até aquele momento, poucos trabalhos se dedicaram a investigar a produção do arquiteto. A exemplo disso, estavam as pesquisas de Sônia Marques (1983), Geraldo Gomes (1988), Guilah Naslavsky (1988) e Hugo Segawa (1998)³⁰⁵, que começaram a descrever sua atuante presença de Russo, tendo desenvolvido outros projetos na cidade do Recife, como por exemplo a faculdade de Medicina, o Instituto de Antibióticos, e o projeto urbanístico da própria Cidade Universitária da UFPE.

Os projetos destes importantes edifícios modernos aconteceram durante o processo de urbanização da Cidade do Recife, em meados do século XX. Nesta época, havia o anseio por modernização da infraestrutura de suas áreas centrais, vindas de mudanças sociais como o êxodo rural, o desenvolvimento dos meios de transporte, a atenção à saúde e à educação. Oliveira (2022)³⁰⁶ destaca grandes transformações urbanas e de arquitetura observadas nas décadas de 1940 a 1970 na cidade do Recife. Antes disso, na década de 1930, a cidade recebeu muitos planos de remodelação urbana, em consequência das obras do Porto, com novos sistemas viários, criando conexões com áreas periféricas, contribuindo com a expansão urbana dos limites da cidade.

2.1. Modernização e Urbanização do Recife no Século XX

Em 1948, Recife despontava como a capital com mais vias pavimentadas, melhor abastecimento de água e iluminação na região do Nordeste, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁰⁷, além de apresentar um significativo acréscimo populacional, 53% maior do que na década anterior. Na década de 1960, a população recifense já

estava em 968.000 habitantes, aumentando, assim, a necessidade de construção de novas moradias. Esse aumento na demanda, aliada à limitação de gabaritos de novos edifícios e à preservação das edificações do centro histórico, promoveram e facilitaram a expansão e a verticalização da cidade para as áreas periféricas, refletindo as dificuldades e os acertos similares às demais capitais brasileiras, de acordo com reflexão de Patrícia Oliveira:

*A construção de um Recife moderno e vertical se deu em meio a uma série de confrontos com o campo da conservação, sobretudo nas áreas centrais da cidade. Estava fortalecida a consciência de que o centro precisava de ações de controle urbanístico no intuito de reduzir os impactos das novas transformações previstas no patrimônio arquitetônico colonial, que teve seu processo de reconhecimento iniciado com a criação do Serviço de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.*³⁰⁸

A política de conservação urbana em Pernambuco teve papel central no planejamento da cidade na década de 1930, momento em que o Serviço de

304 Renata Campello Cabral, Mario Russo: um arquiteto racionalista italiano em Recife (Editora Universitária da UFPE, 2006).

305 Sônia Marques, "Maestro sem orquestra. Um estudo da ideologia do arquiteto no Brasil, 1820-1950" (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 1983); Geraldo Gomes da Silva, "Marcos da arquitetura moderna em Pernambuco.", em Arquitetura no Brasil/anos 80, por Hugo Segawa (Projeto, 1988); Guilah Naslavsky, "Modernidade arquitetônica no Recife. Arte, técnica e arquitetura, de 1920 a 1950" (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de arquitetura e Urbanismo, 1998); Hugo Segawa, Arquiteturas no Brasil: 1900-1990 (EDUSP, 1998).

306 Patrícia Ataíde Solon de Oliveira, "Recife, cidade moderna e vertical: Décadas de 1950 e 1960", em Recife: cinco séculos de cidade e arquitetura, org. Fernando Diniz Moreira (CEPE, 2022).

307 O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é um órgão federal brasileiro vinculado ao Ministério da Economia. Criado oficialmente em 1936, o IBGE é responsável pela coleta, análise e divulgação de dados estatísticos sobre o território e a população do Brasil. Os relatórios referentes ao Censo Demográfico podem ser encontrados em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=720>.

308 Oliveira, "Recife, cidade moderna e vertical: Décadas de 1950 e 1960", 248.

Patrimônio Artístico e Nacional (SPHAN) propôs a estruturação de uma equipe de arquitetos modernistas junto ao Ministério de Educação e Saúde. Entretanto, a preservação do patrimônio em Pernambuco havia se iniciado mesmo antes de se ter uma agência federal dedicada ao tema, com a criação da Inspetoria Estadual de Monumentos Nacionais, de 1928 até 1933, desenvolvendo inventário, orientando e fiscalizando a realização de obras.³⁰⁹ Em 1946 foi criada a 1ª Regional da Diretoria do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (DPHAN), dirigida por Ayrton Costa de Carvalho, evitando o desaparecimento de bens com elevado valor patrimonial histórico. Os arquitetos modernistas que atuavam na cidade, como Acácio Gil Borsoi, Delfim Fernandes Amorim, Vital Pessoa de Melo, Helvio Polito, Zildo e Zenildo Sena Caldas, atuavam nas instituições responsáveis pelo patrimônio de Pernambuco, muitas vezes com atuação não formalizada.

A importância do Recife, no início do século na economia nacional a partir da atividade portuária, motivou diversas e importantes transformações urbanas ao longo de décadas, facilitando a disseminação e a consolidação do ideário moderno³¹⁰.

2.1. A Influência dos Arquitetos Modernistas na Cidade Universitária da UFPE

Na década de 1950, foi implementada a reforma curricular no curso de Arquitetura e Urbanismo, na época vinculado à Escola de Belas Artes de Pernambuco. Foi então, entre as décadas de 1940 e 1950 que foram contratados o arquiteto italiano Mário Russo, o

arquiteto carioca Acácio Gil Borsoi e, ainda, o arquiteto português Delfim Fernandes Amorim. Desta forma, são reforçados os princípios idealistas da arquitetura moderna, principalmente do racionalismo europeu e da escola carioca.

A Universidade Federal de Pernambuco teve, em 1950, importante protagonismo acadêmico, quando se decidiu por unificar suas faculdades em um único campus, na zona oeste da cidade, concebendo, então, a Cidade Universitária. Foram reunidas as faculdades de Direito, Engenharia, Farmácia, Medicina, Odontologia, Belas Artes e Filosofia. Educadores e intelectuais buscavam o sonho dentro do modelo norte-americano, com as faculdades localizadas distante das áreas centrais da cidade, onde podiam ser aplicados os princípios da Carta de Atenas (1933), com edifícios ao longo de vias secundárias, que se ligassem a um eixo central, garantindo grandes áreas verdes. Para isto foi criada a Comissão de Planejamento da Cidade Universitária pela Assembleia Legislativa de Pernambuco, a fim de orientar e supervisionar o projeto.

O campus da UFPE foi construído entre os bairros da Várzea e Engenho do Meio, área praticamente rural à época. Seu projeto contribuiu então para a expansão da zona oeste da cidade, com a construção de outros edifícios como o Colégio Militar do Recife, a Escola Técnica e a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene, de autoria de Maurício do Passo Castro, Pierre Reithler e equipe), e ainda loteamentos privados.

Figura 2 O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (no topo, à esquerda) em seu contexto urbano. Na parte de baixo da imagem, à direita, o edifício da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Fotografia: Captura de tela do Google Earth, setembro/2025.



309 Oliveira, "Recife, cidade moderna e vertical: Décadas de 1950 e 1960"; Rodrigo Cantarelli, *Contra a conspiração da ignorância com a maldade: Inspetoria de Monumentos de Pernambuco* (Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2016).

310 Oliveira, "Recife, cidade moderna e vertical: Décadas de 1950 e 1960".

Mário Russo desenvolveu o projeto do campus da Universidade Federal do Recife com a implementação do Escritório Técnico da Cidade Universitária (ETCU), em 1949, e atuou também como professor na Escola de Belas Artes.

3. O PLANEJAMENTO HOSPITALAR

No planejamento hospitalar lidamos com conceitos importantes para a edificação, como a necessidade de expansão, flexibilidade, adaptabilidade, acessibilidade, fatores ambientais e de conforto, sustentabilidade e humanização. Estes conceitos de desenvolvimento de projetos para a saúde, quando utilizados, contribuem para a adaptação de sua estrutura física, a absorção de modificações, acréscimos e inserção de tecnologias. Há ainda uma permanente necessidade de revisão e atualização dos conceitos projetuais e suas estratégias assistenciais e novas demandas demográficas e epidemiológicas, assistenciais e tecnológicas. Portanto, a reorganização física funcional, inclui atender aspectos dimensionais da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002)³¹¹, além de outras normativas e boas práticas. No caso dos edifícios históricos que abrigam hospitais, sua conservação se torna, então, um desafio perante a sua complexidade, que deve ser absorvida e promovida ao longo da vida útil da edificação. O edifício hospitalar tem um prazo de validade, e como muitos acreditam, uma responsabilidade intrínseca de expandir, reconstruir-se e reequipar-se continuamente³¹².

É natural e esperado que, ao longo do tempo, ocorra a expansão e a reorganização de setores da edificação de forma orgânica, buscando atender às questões da evolução da assistência médica advindas de necessidades de inserção tecnológica para atualização de equipamentos, atendimentos às demandas dos órgãos reguladores quanto às normativas, e ainda o recebimento de investimentos para adequações imediatas, além do previsto no planejamento estratégico das instituições.

3.1. Plano Diretor Físico Hospitalar

Entendemos o Hospital das Clínicas da

Universidade Federal de Pernambuco como um importante patrimônio moderno da saúde e, portanto, portador de valor histórico, e merecedor de um olhar mais atento à sua conservação e valorização face à necessidade de adequação a tecnologias próprias da função assistencial, em permanente atualização. Utilizado como um documento de Planejamento Hospitalar, que se propõe a direcionar a reforma e a expansão dos hospitais existentes e em funcionamento, por período longo e definido de tempo, o Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) é indicado para todo estabelecimento assistencial de saúde, tornando-se primordial para o bom funcionamento da linha de cuidado de assistência médica ao paciente. Segundo autores como Ana Carolina Mendes, (2018)³¹³ e Luiz Carlos Toledo (2006)³¹⁴, o PDFH é um documento norteador e orientador para o planejamento de novos hospitais e para a requalificação de hospitais existentes, sendo dinâmico e estratégico para a definição estratégica de estabelecimentos assistenciais de saúde.

O PDFH é igualmente necessário e talvez fundamental quando desenvolvido para complexos hospitalares implantados em edifícios históricos provenientes de diversas tipologias e estilos de arquitetura, e que necessitam ser preservados, quando observamos o desafio quanto à aderência da gestão e corpo clínico que demonstram uma forte incompreensão quanto à conservação do bem patrimonial e necessidade de readequação e expansão dos espaços. Portanto, investigar, compreender e sintetizar os conceitos, processos e diretrizes do planejamento, pode servir como base para

311 A RDC 50/2002 é uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que estabelece normas para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Brasil.

312 Stephen Verderber e David J. Fine, *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation* (Yale University Press, 2000), 3.

313 Ana Carolina Potier Mendes, *Plano Diretor Físico Hospitalar, uma abordagem metodológica frente a problemas complexos*, 1ª edição (Kan Editora, 2018).

314 Luiz Carlos Toledo, *Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil* (ABDEH, 2006).

melhores interpretações e decisões projetuais, que venham a apoiar novos desafios quanto ao desenvolvimento de projetos para reformas e expansões apoiados em planos diretores físicos de instituições de saúde instaladas em edifícios a preservar. Compreendendo estas ações como frequentes e necessárias para a atualização das atividades médicas, advogamos que o PDFH deva ser considerado enquanto metodologia estratégica e instrumento que promova a valorização e a conservação da história e da memória de tais edificações.

Neste processo, a colaboração de pessoas-chaves em um grupo de trabalho, a identificação dos procedimentos médicos e as possibilidades futuras de novas operações e soluções, devem ser discutidas, pois as inclusões de novas tecnologias, serviços e

atividades precisam ser consideradas em âmbito multidisciplinar. O edifício do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e o conjunto da obra modernista de Mauro Russo são importantes documentos para a memória do patrimônio da saúde, refletindo o estado da arte da arquitetura e da medicina no período do movimento moderno.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo propôs confirmar a importante contribuição da metodologia utilizada no Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) para a proteção e qualificação patrimonial de edificações de arquitetura moderna que abrigam hospitais, preservadas, ou em processos de tombamento, com a finalidade de garantir a manutenção de instituições de saúde em espaços arquitetônicos históricos.

Figura 3 Técnica Engenharia e Consultoria. Plano Diretor Físico Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. 2024.



Considerando ainda, a relevante atuação do profissional de arquitetura como coordenador dos projetos de reformas e expansão dos ambientes de saúde—reconhecida, por sua vez, a partir da modernidade³¹⁵—, entendemos que esse pode contribuir para a transformação das instituições de assistência médica em complexos hospitalares que promovam a assistência médica de excelência, preparados para o futuro e pautados na assistência, ensino e na pesquisa. Como ressalta Carvalho³¹⁶, o arquiteto não poderá se furtar à sua responsabilidade de participação, transformando as informações fornecidas em linguagem executiva, justificando suas propostas pelos estudos sociais e físicos.

Desta forma, poderemos vencer o desafio de manter instituições de saúde funcionando em edifícios preservados, de estilo modernista, de forma adequada à manutenção e preservação de suas características históricas, com qualificação ambiental e proteção patrimonial.

³¹⁵Segundo o arquiteto paulista Rino Levi (1901-1965), a elaboração de um projeto hospitalar depende de uma equipe multidisciplinar composta por médicos e especialistas de diversas áreas, sendo o arquiteto o coordenador capaz de reunir as contribuições de cada um dos profissionais envolvidos. Renato Anelli et al., Rino Levi: arquitetura da cidade (Romano Guerra Editora, 2001).

³¹⁶Antonio Pedro Alves de (org.) Carvalho, "As dimensões da arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde", em Temas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, v. 18 (Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002).

5. REFERÊNCIAS

- Anelli, Renato, Abílio Guerra, e Nelson Kon. Rino Levi: arquitetura da cidade. Romano Guerra Editora, 2001.
- Cabral, Renata Campello. Mario Russo: um arquiteto racionalista italiano em Recife. Editora Universitária da UFPE, 2006.
- Cantarelli, Rodrigo. Contra a conspiração da ignorância com a maldade: Inspetoria de Monumentos de Pernambuco. Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2016.
- Carvalho, Antonio Pedro Alves de (org.). "As dimensões da arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde". Em Temas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, v. 18. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002.
- Marques, Sônia. "Maestro sem orquestra. Um estudo da ideologia do arquiteto no Brasil, 1820-1950". Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 1983.
- Mendes, Ana Carolina Potier. Plano Diretor Físico Hospitalar, uma abordagem metodológica frente a problemas complexos. 1ª edição. Kan Editora, 2018.
- Naslavsky, Guilah. "Modernidade arquitetônica no Recife. Arte, técnica e arquitetura, de 1920 a 1950". Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de arquitetura e Urbanismo, 1998.
- Oliveira, Patrícia Ataíde Solon de. "Recife, cidade moderna e vertical: Décadas de 1950 e 1960". Em Recife: cinco séculos de cidade e arquitetura, organizado por Fernando Diniz Moreira. CEPE, 2022.
- Segawa, Hugo. Arquiteturas no Brasil: 1900-1990. EDUSP, 1998.
- Silva, Geraldo Gomes da. "Marcos da arquitetura moderna em Pernambuco." Em Arquitetura no Brasil/anos 80, por Hugo Segawa. Projeto, 1988.
- Toledo, Luiz Carlos. Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. ABDEH, 2006.
- Verderber, Stephen, e David J. Fine. Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation. Yale University Press, 2000.

6. BIOGRAFIAS

Elisabeth Hirth

Arquiteta e urbanista, graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, MBA pela FGV em Gestão de Saúde e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde, Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Sócia-diretora e arquiteta titular na Hirth Arquitetura, empresa de projetos de arquitetura em atividade desde 1990, desenvolvendo consultoria, estudos de viabilidade, planejamento, planos diretores, projetos executivos para ambientes de saúde. Atuou como Coordenadora e Diretora Regional RJ, Vice-Presidente Executiva (2011-2014) e Presidente (2020-2022) na Associação Brasileira para o desenvolvimento de Edifícios Hospitalares (ABDEH).

Barbara Cortizo de Aguiar

Arquiteta e urbanista e mestre em conservação urbana integrada pela Universidade Federal de Pernambuco, e doutora em história da arquitetura pela University of Texas at Austin. Foi aluna do primeiro curso de Conservação da Arquitetura Moderna pelo Centro de Estudos Avançados da Conservação Integrada (CECI) em parceria com o ICCROM, e aluna na primeira versão do curso Introduction to Conserving Modern Architecture do Getty Conservation Institute. Barbara possui ampla experiência na área de patrimônio, tendo desenvolvido desde levantamento arquitetônico, inventário e pesquisa histórica, à elaboração de planos de conservação e de gestão de bens culturais.

Renato da Gama-Rosa Costa

Graduado em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal Fluminense (1987), com Mestrado e Doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1998), Doutorado Sanduíche pelo Institut d'Urbanisme de Paris (2004) e Pós-Doutorado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2014). É tecnologista sênior e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, onde é Chefe do Núcleo de Estudos em Urbanismo e Arquitetura para a Saúde, do Departamento de Patrimônio Histórico, da Casa de Oswaldo Cruz. Docente permanente do Programa de Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq) Saúde e Cidade.

Do pavilhão eclético às varandas em balanço: a arquitetura feita por partes do Instituto de Neurologia Deolindo Couto

Rafael Barcellos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro
rafaelbs@fau.ufrj.br

Bernardo Júnior Albuquerque Silva Moura

Universidade Federal do Rio De Janeiro
bernardo.moura@fau.ufrj.br

Vinícius Salles Cassa

Universidade Federal do Rio De Janeiro
vinicius.cassa@fau.ufrj.br

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma análise tipológica do edifício do Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, feito de partes diversas e de épocas supostamente distintas. Localizado no Campus da Praia Vermelha, dentro dos limites da Área de Proteção do Ambiente Cultural do bairro de Botafogo, na cidade do Rio de Janeiro, o edifício é parte integrante do diversificado complexo arquitetônico do campus. As características tipológicas de sua arquitetura sugerem diversidade equivalente e uma sequência de transformações e ampliações historiograficamente inexploradas, a partir do pavilhão de linguagem acadêmica do Instituto de Neurosífilis, construído nos fundos do antigo Hospício Pedro II que hoje dá forma ao campus, e que foi sendo atualizado e ampliado até chegar aos elementos e à forma que distinguem a moderna linguagem arquitetônica que agora se apresenta a quem passa pela frente do edifício, mas que ao mesmo tempo esconde o que pode haver por trás. Os processos de ampliação da estrutura do Instituto ao longo dos anos e a sua condição simultânea de dispositivo de saúde e repositório de estratos e camadas temporais, portanto, interessam a este trabalho, inclusive para o entendimento dos modos de se projetar em ambientes consolidados existentes ou construir sobre o construído. O cruzamento de desenhos arquitetônicos, sobreposições cartográficas e pesquisas iconográficas são recursos metodológicos, além da investigação das propriedades tipológicas do edifício a

partir de ferramentas de análise que partem do princípio de que arquiteturas e cidades podem ser entendidas como um todo formado por partes, cuja tipificação e distinção podem ser feitas relacionando ao mesmo tempo semelhanças e diferenças entre as mesmas, a partir de atributos como a organização espacial, a natureza dos elementos construtivos e a apresentação e o acabamento das suas superfícies, observados de forma combinada ou mesmo independente.

Palavras-chave:

Arquitetura Hospitalar, Patrimônio Cultural, Tipologia em Arquitetura.

1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O edifício do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, situado no campus da Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro, entre os bairros da Urca e Botafogo, apresenta características tipicamente modernas, sobretudo quando observado a partir da Avenida Venceslau Brás, onde sua fachada principal se destaca pela horizontalidade do volume linear que lhe dá forma, pela projeção em balanço de seus pavimentos superiores em relação à base de um térreo recuado, e pela proporção e ritmo das aberturas e varandas suspensas, protegidas por uma trama de elementos cerâmicos esmaltados de proteção solar em forma de losango.

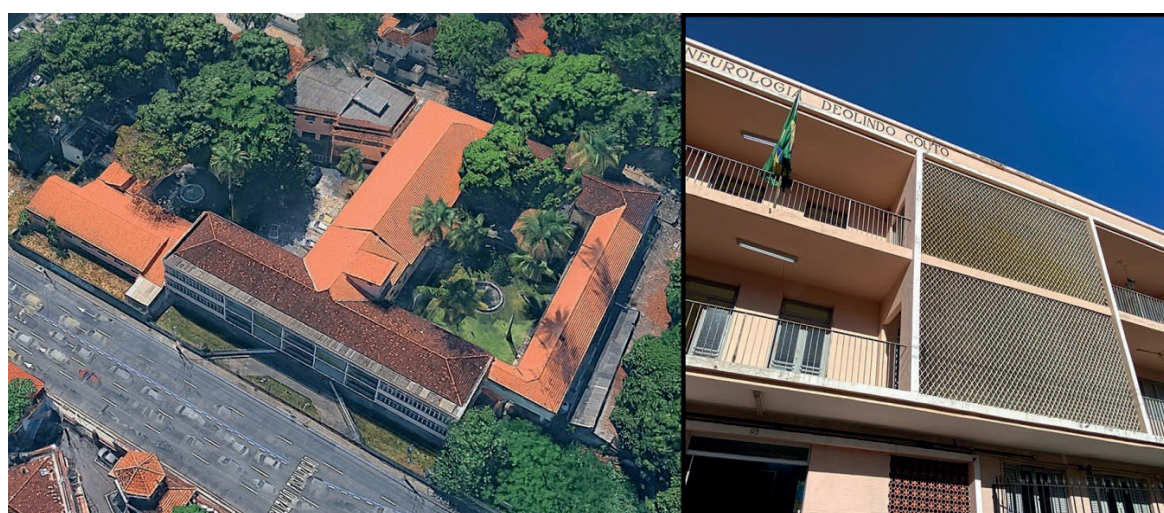
A implantação do edifício como um todo, no

entanto, revela por trás de uma frontal e suposta simplicidade um conjunto de vários corpos lineares organizados de maneira ortogonal em torno de pátios ou áreas livres, complementados inclusive por dois blocos de forma centralizada tipologicamente distintos e autônomos, todos conectados de modo ora contínuo ora por via de passagens suspensas (Figura 1).

A complexidade tipológica do conjunto descrito, aliás, não se resume ao que poderíamos justificar funcionalmente, ainda que os referidos blocos autônomos abriguem funcionalidades específicas e bem distintas do que ocorre ao longo das partes lineares, um deles, por exemplo, tendo a típica forma dos auditórios modernos, com paredes anguladas e altura variável. Mais que isso, observando atentamente aspectos para além dos volumétricos e funcionais, tomando como categorias de análise outras propriedades relevantes além da implantação e organização espacial que têm os edifícios,

como a natureza dos elementos arquitetônicos e construtivos, ou a presença de ornamentos, detalhes e acabamentos, veremos que entre as partes do conjunto estão subentendidas, ou mesmo disfarçadas, descontinuidades cronológicas, fases construtivas diversas, de épocas supostamente distintas cujas hipóteses, observadas mais de perto, e reforçadas por uma investigação iconográfica e cartográfica de época, se fazem absolutamente factíveis. Ainda sem fontes primárias conclusivas e uma cronologia capaz de identificar com exatidão de quando seria exatamente cada uma dessas partes do conjunto, mas, no entanto, diante de fatos arquitetônicos cuja natureza tipológica e construtiva uma vez analisada nos dá pistas capazes de ajudar nesse sentido, o desafio que no momento se oferece à investigação baseia-se em cruzar a ontologia material e tectônica identificável na matéria dessas partes com alguns fatos relevantes da história do instituto.

Figura 1. Conjunto arquitetônico do Instituto de Neurologia e suas varandas em balanço no detalhe.
© Google Maps e LabLugares/Rafael Barcellos Santos, 2025.



2. INFORMAÇÕES E FONTES ATÉ O MOMENTO DISPONÍVEIS

O Instituto de Neurologia Deolindo Couto tem como data inaugural de fundação o ano de 1946. No entanto, sua existência materializada de fato na construção que hoje ocupa, e de direito legitimada pelo decreto de sua criação, remete a outras estruturas físicas que lhe antecederam, também de fato e de direito, como unidades complementares de ampliação do antigo Hospício Pedro II e atual Palácio Universitário, do século XIX, que em parte ainda hoje dão forma e personalidade ao campus.

Construído em 1926, um pavilhão de planta centralizada e linguagem acadêmica, que

teria tido seus fundos ampliados em altura e profundidade em 1930, aparece em fotos e plantas cadastrais antigas, sob a sugestão de nomes diversos tais como “Neurossífilis”, “Austregésilo” ou mesmo “Neurologia Clínica”, ocupando o espaço onde atualmente fica o Instituto de Neurologia. Cujas fundações de 1946 parece ter sido finalmente materializada sob a forma do edifício próprio somente em 1951, conforme indica uma das placas de bronze fixadas numa de suas paredes, ou mesmo em 1955, de acordo com outras fontes documentais. Levantamentos aerofotogramétricos e plantas

cadastrais da cidade do Rio de Janeiro dos anos de 1928, 1935 e 1956 confirmam tais hipóteses, juntamente com fotografias panorâmicas dessas mesmas décadas. O pavilhão acadêmico tem essa condição tipológica comprovada pela foto aérea de 1928, que revela uma geometria recortada e vários planos de telhado. A planta cadastral de 1935 indica que a sua porção traseira cresce tornando-se mais comprida, e mais alta a partir do que revela uma fotografia panorâmica de 1929 com a referida ampliação provavelmente em construção. A partir da planta cadastral de 1956, e das que lhe sucedem, esse núcleo mais antigo desaparece debaixo da configuração atual

do edifício que então passa a estar completa, salvo alguns acréscimos de menor porte que ao longo dos anos ainda vieram a ser feitos. Entretanto, uma fotografia de outubro de 1950 (Figura 2) vai capturar um momento importante e ao mesmo tempo revelador, por flagrar o atual corpo linear central do conjunto em obras enquanto a tal parte “original” ainda existia, inclusive de modo a imaginarmos que ele pode ter sido inicialmente concebido para coexistir com esse edifício existente e mais antigo, uma vez que seus volumes, que já coincidiam de maneira intrigante sobrepostos em planta, também se revelaram coincidentes em altura.



Figura 2. Avenida Venceslau Brás e o edifício do Instituto de Neurologia em obras no detalhe. © Escola de Aeronáutica / Museu Aeroespacial, 1950.

3. A PRESENÇA FÍSICA DAS PARTES DO CONJUNTO ARQUITETÔNICO

Hoje em dia as referidas preexistências de linguagem pré-moderna não deixaram vestígios aparentes, apesar da altura praticamente invariável de quase todas as partes do conjunto atual referir-se, provavelmente, ao volume traseiro ampliado e alteado do edifício desaparecido. Aliás, tal constância nas alturas, em algumas larguras, no tipo dos telhados e nas cores de boa parte do conjunto, ou a própria continuidade tipológica entre os blocos lineares, que configuram essencialmente a arquitetura do Instituto e organizam o sistema de seus espaços internos e externos, acabam ocultando ou pelo menos disfarçando descontinuidades que a observação de outros atributos ou contingências são capazes de revelar, propositadamente ou não. A começar pelo dito corpo linear central do conjunto, flagrado em obras na fotografia de 1950 com a mesma cota dos fundos do edifício antigo demolido, e que hoje, com

dois pisos, se conecta perpendicular ao centro do volume que sustenta a atual fachada principal voltada para a avenida, com três pisos apesar da mesma altura.

As linhas da planta cadastral de 1956 chegam a sugerir uma divisão entre a parte frontal de três pavimentos do edifício e esse corpo a ele transversal, de mesma altura mas apenas com dois pisos, provavelmente mais antigo não apenas por um dia ter estado junto ao velho pavilhão demolido ou pelo seu pé-direito mais elevado, mas também pela natureza dos elementos e alguns materiais de revestimento e acabamento, pela proporção das aberturas e pelo tipo de esquadrias das portas e janelas, e pela presença de elementos decorativos e vitrais coloridos, um deles com a imagem de um cérebro, que se limitam a esta parte do conjunto e se distinguem do restante.

O volume frontal, por sua vez, além das varandas em balanço, dos típicos elementos

de proteção solar e do pé-direito mais baixo de seus pavimentos, apresenta contrapontos que parecem propositadamente querer torná-lo “mais moderno” que o de trás. No salão de entrada, voltado para a avenida, mosaicos em pastilhas de vidro de autoria do artista Paulo Werneck com desenhos de neurônios complementam e atualizam a temática do cérebro retratado nos vitrais possivelmente anteriores. Colunas robustas de seção circular e revestidas com placas curvas de granito também se apresentam nesta sala como cartões de visita tipicamente modernos, sustentando um teto nervurado que se repete nos demais pisos desta parte, com vigas à mostra que garantem vãos razoáveis sem que para isso consumam muita altura do pé-direito reduzido por conta de sua mencionada altura limitada.

Pelo lado de fora, a identificação entre essas partes de idades provavelmente distintas, mas de largura e cores em continuidade, acaba revelando-se por umas das raras vezes em que o telhado do conjunto apresenta uma quebra de continuidade que à primeira vista poderia ser evitada, mas ao contrário, acaba sendo ressaltada por um desvio feito na laje do beiral, que de um lado e de outro do corpo linear parece dar conta de resolver propositadamente uma ligeira diferença na inclinação das águas e na altura das cumeeiras, no ponto exato em que as tais partes com dois e três pisos se encontram, e assim revelam alturas e inclinações de telhado ligeiramente desencontradas, e que talvez justifiquem a tal linha de fronteira sugerida pela planta cadastral de 1956.

A diferença na quantidade de pisos entre essas duas partes também se manifesta pelos níveis e pela quantidade das fileiras de janelas que por si já marcariam os dois lados da fronteira. No entanto, a mudança no tamanho, na proporção, na tipologia, nas cores dos vidros e vitrais e no desenho das janelas e esquadrias de um lado para o outro reforçam a hipótese de que além do número de pisos, algumas partes do conjunto foram feitas em épocas diferentes. A outra extremidade dessa parte supostamente mais

antiga, com dois pisos, também vai se juntar, dessa vez em ângulo reto nos fundos do Instituto, com a continuação da série de volumes lineares interligados que dão forma ao edifício e ao seu conjunto de áreas livres, mas dessa vez através de uma ponte suspensa de ligação, que a exemplo das outras que interligam outros blocos da composição, disfarçam desníveis, desaprumos e diferenças no número de pavimentos (Figura 3).

Dessa forma, percorrer e rodear a presença física e a sequência de partes do edifício do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, observando sua complexidade e os vários tipos de diferenças que existem entre elas, que além de físicas podem ser cronológicas, permite perceber que não apenas as formas, mas os elementos e as técnicas construtivas, bem como os detalhes de acabamento são atributos e propriedades tipológicas capazes de distinguir não apenas edifícios entre si, mas também as suas partes, e quando for o caso, a diferença temporal entre elas. Vitrais coloridos, guarda-corpos decorados, janelas com ou sem bandeiras, varandas em balanço, cobogós de louça, lajes nervuradas e mosaicos em pastilha, além do papel que desempenham na qualidade ambiental que conferem às arquiteturas e aos espaços através da sua presença, servem de importantes marcadores na identificação de camadas e épocas distintas em conjuntos arquitetônicos e urbanos do ponto de vista historiográfico. Justamente por apresentarem, querendo ou não, a distinção material suficiente para a leitura das suas partes, a consequente qualificação das suas complexidades, e a passagem da ontologia física das coisas para uma epistemologia representacional teórica e historiográfica, quando desejada.

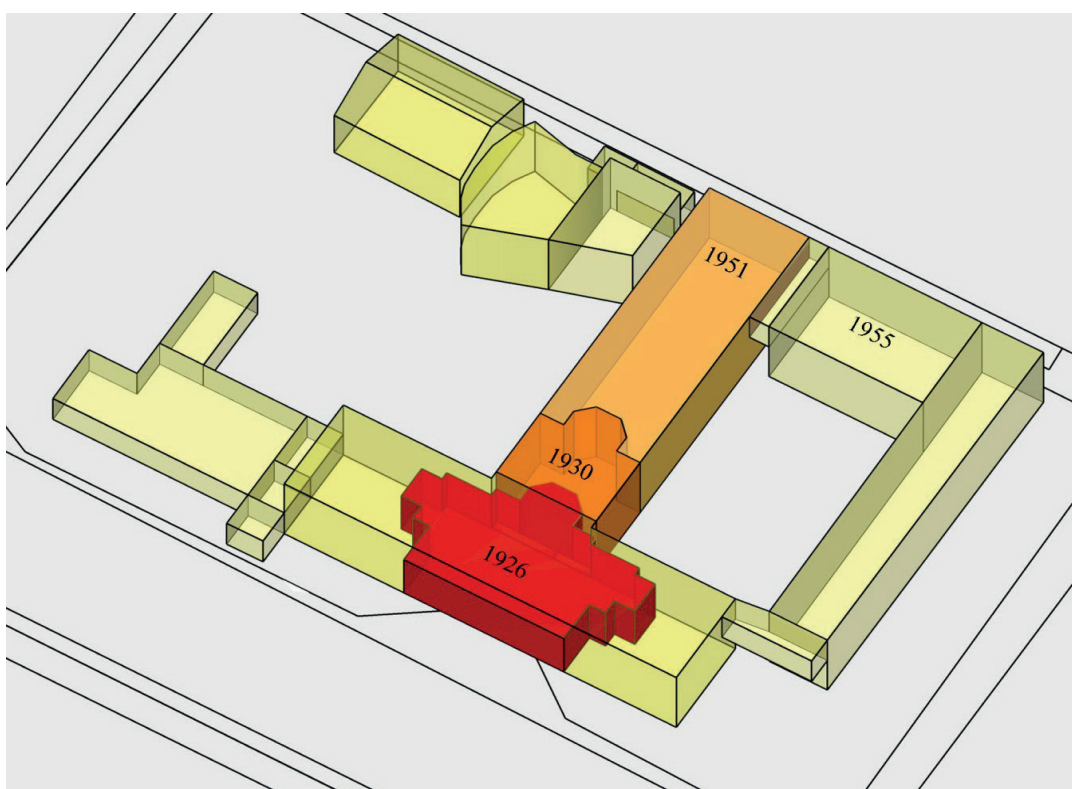


Figura 3. Volumetria do conjunto arquitetônico do Instituto e suas partes quanto mais antigas mais escuras.
© LabLugares / Bernardo Júnior Albuquerque Silva Moura, 2025.

4. A TIPOLOGIA EM ARQUITETURA COMO MÉTODO DE ANÁLISE

Ainda hoje o ensaio de Giulio Carlo Argan³¹⁷ sobre o conceito de tipologia em arquitetura configura-se como valioso modo de olhar para as construções, e poderosa ferramenta metodológica de análise, cujos princípios, se não chegam a rejeitar o senso comum então estabelecido para o que é o tipo em arquitetura, sugerem outras maneiras de se tipificar uma construção.

Observando aspectos correspondentes às etapas de trabalho do arquiteto, o que Argan faz é identificar, na sequência de tarefas que envolvem a concepção e a construção de uma obra, três categorias que podem qualificar o tipo de um edifício. São elas, em primeiro lugar, a configuração espacial dos ambientes ou a organização das suas áreas e volumes, categoria até então comumente entendida como a tipologia de uma obra. No entanto, em seguida, a ampliação do conceito de tipo que Argan sugere vai propor mais dois níveis de consideração, ou categorias típicas contidas na sequência de ações que compõem o desenvolvimento de um projeto arquitetônico. Seriam tais categorias o protagonismo dos elementos estruturais ou técnicas construtivas de uma obra sendo considerados por um lado, e por outro a relevância dos seus elementos decorativos ou tratamento das superfícies acabadas sendo observadas em sua identificação. Características que assim

ganham a condição de aspectos tipológicos distintos, e igualmente relevantes para a qualificação ou a tipificação de uma arquitetura, completando a dita sequência de ações que vai desde a organização e configuração espacial de uma obra contida no desenho da sua planta, à escolha dos sistemas estruturais e técnicas construtivas, e por fim à decisão sobre o acabamento final das suas superfícies.

Exemplificando, a partir dessas considerações, poderíamos então tipificar edifícios de planta centralizada com pátio interno, ou de planta longitudinal, que não deixariam de assim ser, independentemente de terem sido construídos em tijolo, madeira ou pedra, em arcos ou abóbadas, elementos que por sua vez poderiam tipificar e agrupar de forma semelhante arquiteturas com plantas, cortes e volumes bem distintos. Isso sem falarmos nas desgastadas classificações de ordem estilística, que a teoria acadêmica

317 Giulio Carlo Argan, "On The Typology of Architecture", *Architectural Design*, no. 33 (December 1963): 564-565.

das ordens e dos estilos ainda insiste em recorrer para denominar se uma arquitetura é eclética, ou mesmo dórica ou jônica, o que absolutamente não depende nem do uso, nem da organização espacial, e muito menos dos materiais de construção utilizados. Todas essas possibilidades trazidas por Argan derivam da abertura e da vaguidade que já no século XIX Antoine Quatremère de Quincy³¹⁸ iria apontar sobre a ideia de tipo, e não só na arquitetura, mas em todo e qualquer “ramo das invenções e das instituições humanas” fabricadas regularmente. Permitindo assim que similaridades entre formas à primeira vista muito distintas sejam reveladas, que diferenças entre elementos aparentemente próximos sejam descobertas e, sobretudo, que arquiteturas de tempos distintos possam ser cruzadas e agrupadas sob características e aspectos tipológicos não tão óbvios, mas diversos o suficiente e legítimos o bastante para que as possam fazer coexistirem, do ponto de vista tanto epistemológico como ontológico sem grandes conflitos. Tal tipo de coexistência, aliás, entre matérias de tempos distintos, é o que está na base da teoria do restauro de Cesare Brandi³¹⁹. Se o que a proposta de Argan para a interpretação dos tipos em arquitetura faz é permitir novas possibilidades de se cruzarem e agruparem obras distintas, inclusive de tempos diversos, a teoria brandiana do restauro por sua vez também vai se ocupar de orientar, sem apresentar fórmulas, maneiras diversas de se intervir em bens culturais de qualquer escala a partir da matéria das suas partes. Agindo no sentido da recuperação de uma integridade em potencial da obra, ainda que suposta, mas ao mesmo tempo advogando consecutivamente em favor da distinção material de todas as partes da composição que venham a ser de tempos distintos. Portanto, podemos deduzir que tanto o ensaio de Argan como a teoria do restauro de Brandi compartilham o princípio da simultaneidade. Se para Argan duas obras podem ao mesmo tempo compartilhar certos aspectos tipológicos por um lado, e por outro serem totalmente diferentes, para a teoria do restauro a virtude de um bem restaurado

poderá sempre estar no fato das suas partes tanto antigas quanto novas poderem completar-se, e com isso garantirem a integridade do conjunto como um todo.

5. A ARQUITETURA FEITA POR PARTES DO INSTITUTO DE NEUROLOGIA

Assim sendo, é deste modo que o edifício do Instituto de Neurologia Deolindo Couto pretende ser aqui observado: a partir da condição de conjunto arquitetônico feito de partes diversas, identificadas a partir de atributos capazes de tipificá-las e assim distingui-las em vários níveis e por vários aspectos, sejam eles funcionais, formais, construtivos, visuais, e consequentemente cronológicos. Se a organização espacial e volumétrica do conjunto por um lado tende a buscar uma unidade entre essas partes, as dimensões ou mesmo a expressão tectônica de alguns de seus elementos construtivos observados com atenção acabam por revelar linhas do tempo escondidas e histórias às vezes desconhecidas. Isso quando a natureza de certas escolhas estéticas, elementos decorativos ou materiais de acabamento presentes em algumas dessas partes por si só já não facilitam a sua leitura. Como é o caso da dita parte central mais antiga que ainda existe na composição, com vitrais coloridos que marcam uma época, qualificam o ambiente e identificam a instituição, apesar do desalinhamento de suas aberturas e pisos provocarem efeitos um tanto confusos, como consequência do complexo desafio de construir sobre o construído e promover o encontro de épocas. Tais encontros, mais que defeitos possuem virtudes, ou o privilégio de testemunharem a passagem do tempo, a exemplo do que faz esse corpo central do Instituto, que se apresenta como um elo perdido, entre as partes ou personagens do conjunto que já não mais existem e as que hoje lhe complementam.

318 Antoine Chrysostome Quatremère de Quincy, *Dictionnaire Historique d'Architecture* (Paris: Librairie d'Adrien le Clere, 1832).

319 Cesare Brandi, *Teoria del Restauro* (Roma: Edizioni di Storia e Letteratura, 1963).

6. REFERÊNCIAS

Argan, Giulio Carlo. "On The Typology of Architecture". *Architectural Design*, no. 33 (December 1963): 564-565.

Brandi, Cesare. *Teoria del Restauro*. Roma: Edizioni di Storia e Letteratura, 1963.

Facchinetti, Cristiana; Ribeiro, Andrea; Chagas, Daiana Crús; Reis, Cristiane de Sá. "No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados". *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 17, no. 2 (Dezembro 2010): 733-768.

Gomes, Marleide da Mota; Cavalcanti, Maria Tavares. "Hospício Nacional de Alienados e a Neurologia Brasileira no Início do Século XX". *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 70, no. 10 (Outubro 2012): 823-825.

Quatremère de Quincy, Antoine Chrysostome. *Dictionnaire Historique d'Architecture*. Paris: Librairie d'Adrien le Clere, 1832.

7. BIOGRAFIA

Rafael Barcellos Santos

Graduado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ), Especialista e Mestre em Metodologias de Intervenção no Patrimônio Arquitectónico (MIPA) pela Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto (FAUP), em Portugal, e Doutor em Urbanismo pelo Programa de Pós-Graduação em Urbanismo (PROURB) da FAU-UFRJ. Professor Adjunto no Departamento de Projeto de Arquitetura (DPA) da FAU-UFRJ, Membro Integrante e Pesquisador do grupo de pesquisa LabLugares no Programa de Pós Graduação em Arquitetura (PROARQ) da FAU-UFRJ, e Docente e Pesquisador no Programa de Pós Graduação em Projeto e Patrimônio (PGPP) da FAU-UFRJ.

Bernardo Júnior Albuquerque Silva Moura

Arquiteto e Urbanista formado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ). De 2020 a 2025 atuou como estudante bolsista do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ/FAU-UFRJ), integrando as linhas de pesquisa em História e Crítica da Arquitetura e Projeto e Patrimônio. Sua

pesquisa de conclusão de curso abordou a revitalização do patrimônio edificado e a habitação coletiva em centros históricos, explorando questões de preservação e uso contemporâneo. Tem interesse em processos de representação gráfica aplicados à arquitetura, compreendidos como instrumentos de análise, interpretação e comunicação projetual.

Vinícius Salles Cassa

Técnico em Edificações pela Escola Técnica Estadual Ferreira Viana (FAETEC) e graduando em Arquitetura e Urbanismo pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ). Foi estudante bolsista no Laboratório de Modelos (LAMO) da FAU-UFRJ, onde participou de pesquisas sobre design paramétrico de "gridshells". Foi monitor por três semestres na disciplina de Concepção da Forma Arquitetônica e por um em Desenho de Arquitetura. Também atuou na manutenção do prédio da FAU-UFRJ pelo Escritório Técnico da FAU-UFRJ e nas obras de restauro do Itamaraty e do Museu Nacional no Rio de Janeiro.

El Manicomio Avello en Concepción (1885–1929) Arquitectura psiquiátrica, la sociedad chilena vigilada y el centralismo político

Sofía Montecinos Martínez
Hospitecna
sofiaantonio9@gmail.com

RESUMEN

El Manicomio Avello, proyectado en Concepción a comienzos del siglo XX, fue una infraestructura psiquiátrica cuya construcción y operación estuvieron marcadas por el centralismo político y las políticas liberales vigentes en Chile durante el período de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Esta investigación analiza cómo la sociedad vigilada de la época, caracterizada por un Estado liberal-guardián, se refleja en el diseño arquitectónico y la ubicación extraurbana del manicomio, proponiendo el concepto de panoptismo, desarrollado por Michel Foucault a partir del diseño de Jeremy Bentham, como herramienta analítica para comprender estas relaciones.

Los resultados preliminares evidencian que, aunque el diseño no responde directamente a un modelo panóptico, la infraestructura representa principios de vigilancia y control propios de la sociedad chilena centralista y vigilada del período. Asimismo, se observa la influencia del centralismo político en la ubicación y administración del manicomio, así como la relación entre las políticas públicas y las tendencias terapéuticas europeas. Este estudio aporta una reflexión crítica sobre la interacción entre arquitectura y poder en Chile, contribuyendo a debates contemporáneos sobre el patrimonio hospitalario y las políticas de salud mental.

Palabras clave:

Arquitectura psiquiátrica, Manicomio, Panoptismo, Estado de Chile, Centralismo.

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto psiquiátrico del Manicomio Avello en Concepción, concebido a comienzos del

siglo XX y ejecutado solo de forma parcial, ofrece un prisma privilegiado para examinar las relaciones entre la arquitectura y poder en el Chile del liberalismo decimonónico tardío y sus continuidades iniciales del siglo XX.

En un contexto donde el centralismo político ya estaba fuertemente instalado, la asistencia a la salud mental se transformó en un ámbito en que el Estado intervino con especial énfasis, a diferencia de otras instituciones de la beneficencia, debido a que el “loco” era percibido como un problema de orden social.^{320 321 322} Este interés se tradujo en reformas, en la proyección de establecimientos especializados y en disputas entre la autoridad central, radicada en Santiago, y las administraciones locales de ciudades como Concepción³²³.

Este artículo explora, a través de tres aristas, los factores que incidieron en el diseño y emplazamiento extraurbano del Manicomio Avello:

1.El centralismo político de un Estado liberal-guardián, que priorizó la defensa del orden y la seguridad sobre la universalización del derecho a la salud.³²⁴

320 Enrique Escobar. Historia del Hospital Psiquiátrico. De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Sociedad Chilena de Salud Mental, 2002.

321 Pablo Camus. “Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago.” Revista de Historia (PUC), N° 27, 1993.

322 Marco León. Estudios sobre la “Capital del Sur”: Ciudad y sociedad en Concepción 1835-1930. Ediciones del Archivo Histórico de Concepción, 2015.

323 Alexander Sievers. Médicos, instituciones y locura en Concepción. Tesis de máster, Universidad del Bío Bío, 2013.

324 Marco León. Estudios sobre la “Capital del Sur”, 2015.

2. La circulación de tendencias terapéuticas europeas, como la ergoterapia, que favorecieron ubicaciones periféricas con disponibilidad de suelo y posibilidades de autoabastecimiento³²⁵.

3. El panoptismo, entendido en clave foucaultiana como diagrama de vigilancia y normalización más allá de un dispositivo estrictamente arquitectónico³²⁶.

El caso revela, además, tensiones concretas entre la visión terapéutica local, que buscaba diferenciar tratamientos y promover trabajo asistido; y una mirada central orientada a la descongestión de Santiago mediante la absorción de crónicos.

Sostenemos que, aunque el Manicomio Avello no adoptó un panóptico “puro”, sí incorporó gramáticas espaciales de segregación y observación coherentes con una sociedad vigilada y con un Estado que, en la práctica, reguló cuerpos y circulaciones. Finalmente, la resignificación del conjunto tras su traspaso al Ministerio de Guerra y su uso por el Regimiento N.º 6 Chacabuco, desplaza la discusión desde la salud mental hacia el patrimonio, la memoria y las políticas urbanas de control y seguridad, reubicando a Concepción en el mapa de la arquitectura psiquiátrica chilena.

2. CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO Y PSIQUIÁTRICO

Durante el siglo XIX, el Estado chileno adoptó una fisonomía que Marco León³²⁷ caracteriza como liberal-guardián: un aparato estatal limitado en lo económico pero activo en asegurar el orden interno y externo. En este esquema, el énfasis no estuvo en garantizar derechos sociales, sino en resguardar la seguridad y la estabilidad política.

La centralización política y administrativa derivó en que la capital, Santiago, monopolizara las decisiones en torno a instituciones de beneficencia y salud, relegando a ciudades como Concepción a un rol subordinado. Esto generó tensiones permanentes entre los intereses locales, que demandaban instituciones con un carácter terapéutico y formativo, y las prioridades de

la autoridad central, más orientada al encierro y control social de los denominados “locos”³²⁸.

El “loco”, como figura social, fue percibido menos como enfermo y más como amenaza al orden moral y urbano. De ahí, los manicomios fueron entendidos como dispositivos estratégicos para el poder central, destinados a marginar y vigilar a los sujetos considerados peligrosos para la vida pública. Esta función explicaría por qué, a diferencia de otros establecimientos de beneficencia como hospicios, hospitales generales y casas de huérfanos, los manicomios recibieron atención excepcional del Estado^{329 330}.

El primer establecimiento específico para enfermos mentales fue la Casa de Orates de Santiago en 1852, resultado de iniciativas filantrópicas y contactos diplomáticos que destacaron los beneficios de estos espacios³³¹. Aunque pionera, esta institución se caracterizó por el hacinamiento, la insalubridad y la ambigüedad entre sus funciones de asilo y cárcel.³³²

Hasta fines del siglo XIX, la lógica predominante fue la del encierro filantrópico. Se trataba de apartar a quienes perturbaban la paz social más que ofrecer tratamientos efectivos. La locura se asociaba a la peligrosidad y al escándalo moral, y las soluciones recaían en instituciones de reclusión.

La Casa de Orates, sin embargo, no logró responder al crecimiento de la población de pacientes ni a la demanda por un enfoque científico. La ausencia de diferenciación entre

325 Alexander Sievers, 2013.

326 Michel Foucault. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard, 1975.

327 Marco León, 2015.

328 Enrique Fernández. *Estado y Sociedad en Chile, 1891-1931: El estado excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*. LOM, 2007.

329 Pablo Camus, 1993.

330 Enrique Escobar, 2002.

331 Enrique Escobar, 2002.

332 Pablo Camus, 1993.

crónicos, agitados y curables impidió aplicar terapias acordes a las nuevas corrientes psiquiátricas. Hacia 1890, el deterioro de la institución y los conflictos entre su Junta Directiva y los médicos residentes abrieron paso a un ciclo de reformas.³³³

3. LA REFORMA MANICOMIAL (1891 – 1896)

La Reforma Manicomial marcó un cambio decisivo en la organización de la asistencia psiquiátrica. Tras el traspaso de la Casa de Orates a la Junta de Beneficencia de Santiago, los médicos adquirieron mayor influencia en la gestión institucional. El doctor Manuel Segundo Beca fue un actor central, su diagnóstico del colapso de la Casa de Orates y su propuesta de manicomios regionales evidenciaron el nacimiento de un poder médico que se imponía sobre la administración filantrópica.³³⁴

El plan aprobado incluía tres medidas:

- Mejoras en la Casa de Orates.
- Construcción de un Manicomio Nacional en Santiago.
- Creación de un manicomio regional en el sur.

Fue en este marco que surgió el Manicomio de Concepción (1895–1914), instalado provisionalmente en el edificio de la Congregación del Buen Pastor. Aunque en Concepción se aspiraba una institución terapéutica, desde Santiago se le concibió como un espacio para descongestionar la Casa de Orates. Esta diferencia de criterios encarna el conflicto entre el centralismo y la autonomía regional.

Los intentos posteriores para trasladar el manicomio a la ex Escuela de Agricultura, emplazamiento periférico que ofrecía tierras para incorporar la ergoterapia, revelan la influencia de corrientes europeas y la idea de un tratamiento vinculado al trabajo. Sin embargo, la falta de recursos y la oposición del gobierno central frustraron el proyecto, anticipando las tensiones que acompañarían al futuro Manicomio Avello.

El recorrido institucional del siglo XIX y los debates en torno a la reforma configuran el escenario político y sanitario en que se

proyectó el Avello. Por un lado, un Estado centralista que veía los manicomios como piezas de control social; por otro, una élite local que buscaba dotar de funciones terapéuticas y productivas a estos espacios. Esta contradicción explica tanto el diseño arquitectónico adoptado en el Avello como los conflictos administrativos y financieros que marcaron su corta vida como institución psiquiátrica.

4. MANICOMIO AVELLO

El llamado Manicomio Avello surgió en un contexto marcado por disputas legales y financieras. En 1912, el hacendado José Cardenio Avello legó sus bienes a la Junta de Beneficencia de Concepción y al Obispado local, desencadenando litigios entre instituciones y herederos.³³⁵ Pese a ello, en 1914 el gobierno central destinó un millón de pesos a la construcción de un manicomio modelo en Concepción, decisión que la propia Junta de Beneficencia de Concepción cuestionó por sus repercusiones financieras en otras instituciones, y la falta de consulta previa.³³⁶

El proyecto fue encargado al arquitecto Emilio Doyère, y aunque fue concebido como una obra de gran escala capaz de recibir 800 pacientes, solo se construyeron cuatro pabellones: el edificio central de administración, la enfermería con clinoterapia y dos pabellones aislados.³³⁷ La falta de recursos, sumada a la posterior ocupación militar, truncó su concreción como institución psiquiátrica

333 Alexander Sievers, 2013.

334 Manuel Beca. "La Dirección de Manicomios." Revista Médica de Chile, XXII, 1894.

335 Alexander Sievers, 2013

336 Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción. 1916-1919. Sesión del 12 de marzo de 1917. Vol. 7. Sala Chile. Biblioteca Central Luis David Cruz Ocampo. Universidad de Concepción.

337 Memoria Intendencia de Concepción. Vol. 1487. 1916. Archivo Nacional de Chile.

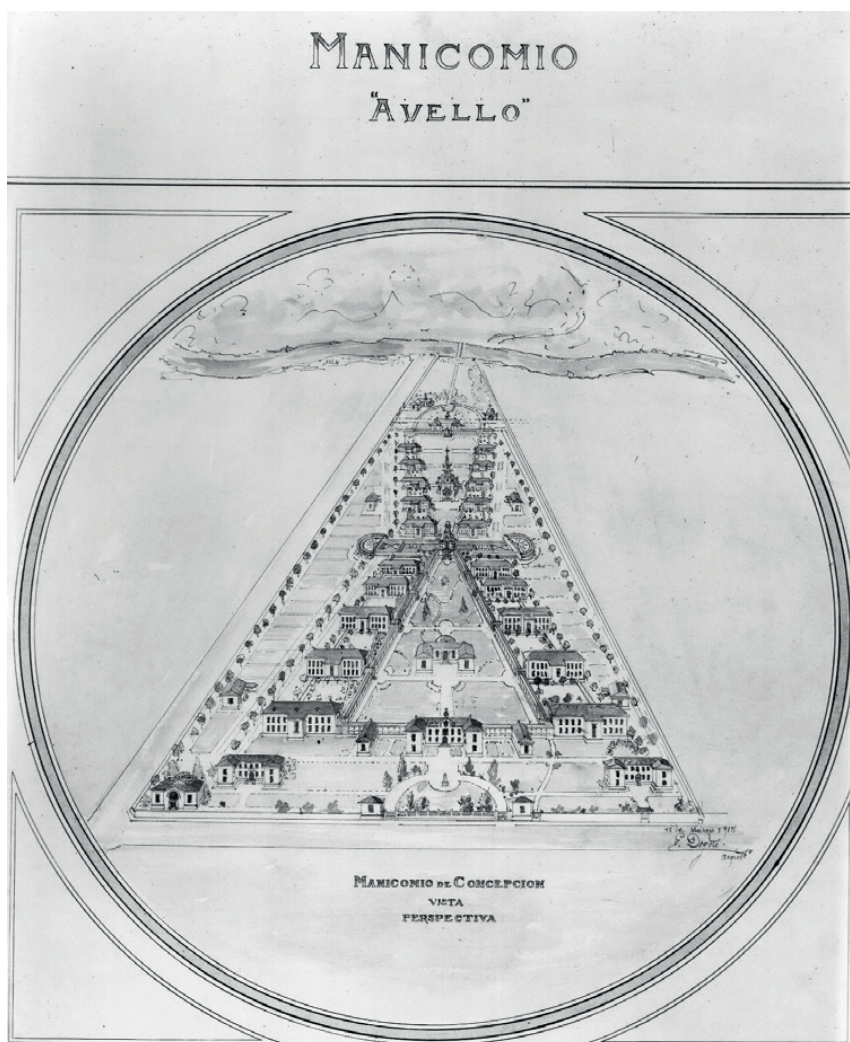


Figura 1. Emilio Doyère, Manicomio Avello, Concepción, Chile, 1917 - 1929, Perspectiva del proyecto manicomial. © Créditos Repositorio bibliográfico y patrimonial del Ministerio de Salud.

El diseño de Doyère adoptó la tipología de asilo de pabellones, característica de la psiquiatría anglo-americana del siglo XIX³³⁸. Se trataba de bloques rectangulares dispuestos de forma paralela y simétrica, articulados en torno a un eje central. En planta, la disposición sugiere una forma de equis (X), convergiendo hacia un núcleo de control.

La distribución de pacientes reflejaba criterios binarios de género y de clase social. Los pacientes con mayores recursos eran ubicados en pabellones próximos a la administración y a la portería, lo que facilitaba la atención médica y la posibilidad de egreso. En contraste, los pacientes crónicos o incurables eran enviados a sectores posteriores, alejados del acceso y del contacto urbano. Esta segregación espacial reproducía, dentro del manicomio, las jerarquías sociales de la época.³³⁹

En 1917, el diario La Nación entrevistó a Doyère sobre los cuestionamientos médicos y periodísticos al proyecto. Muchos especialistas defendían un modelo "Open

Door" en que los pacientes pudiesen transitar en entornos más libres. El arquitecto reconoció las ventajas del sistema, pero lo desestimó como inviable en el caso de Concepción: solo un 20% de los enfermos, los menos graves— podía beneficiarse de un régimen abierto, mientras que epilépticos o "furiosos" requerían vigilancia estricta.³⁴⁰

Esta declaración es reveladora, el manicomio más que como un espacio terapéutico, fue concebido como un establecimiento de reclusión. El ideal médico y comunitario de un manicomio abierto se subordinó a la visión centralista de encierro y control, confirmando las tensiones entre Santiago y Concepción. Aunque el Manicomio Avello no replicó un panóptico "puro" (el círculo con torre central diseñado por Jeremy Bentham) su distribución

338 Andrew Scull. Social Order / Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective. University California Press. Berkeley. 1989.

339 Marco León, 2015.

340 Diario La Nación. El Manicomio Avello ¿Debe ser un Open-Door?". 22 febrero 1917. Cultura Digital. Universidad Diego Portales.

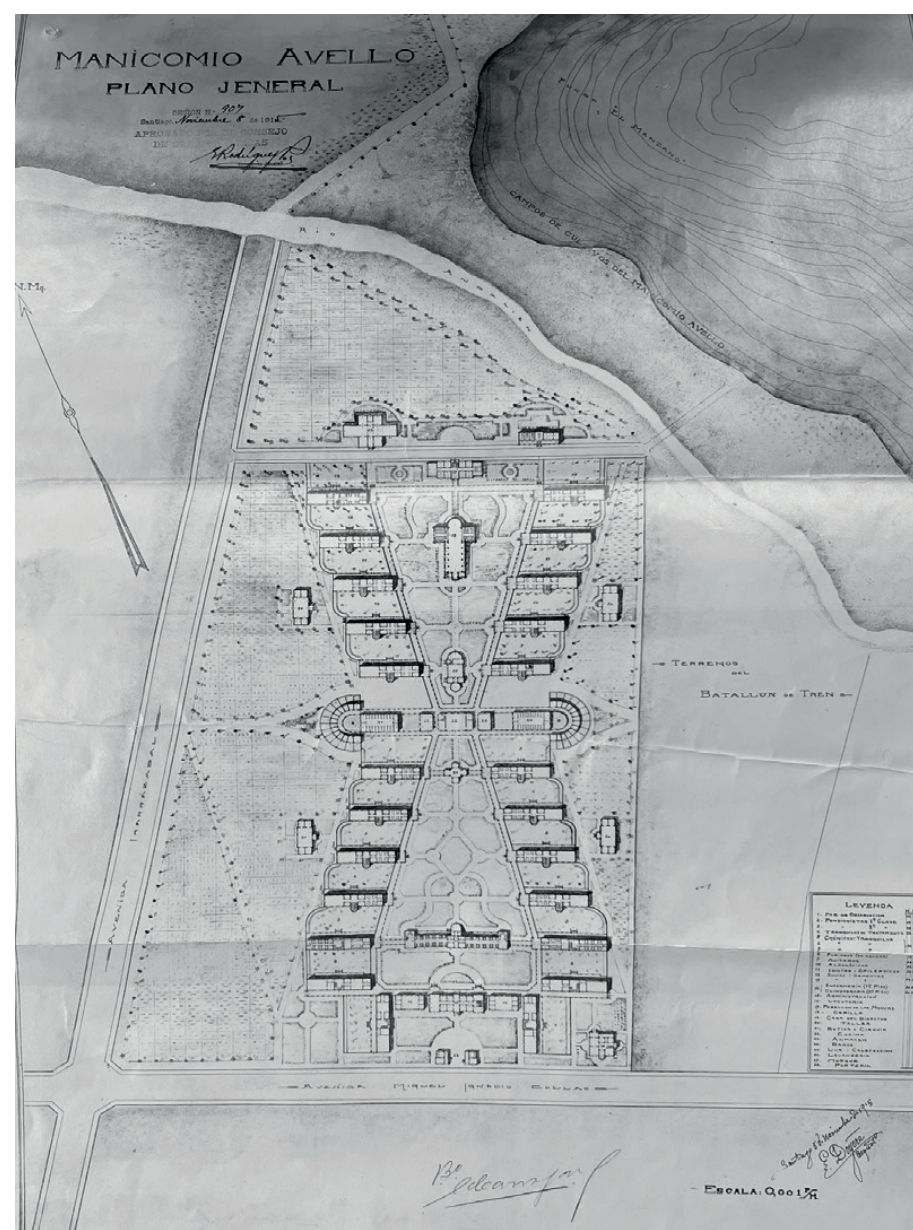
espacial incorpora varios principios panópticos que Michel Foucault reinterpreto como metáfora del poder disciplinario moderno:

- Centralidad del eje administrativo. La administración y la portería organizaban jerárquicamente los accesos y las relaciones internas.
- Segregación progresiva. Los pacientes se clasificaban según clase y condición médica: los “tranquilos” adelante, los “incurables” al fondo.

- Torre de observación. En las perspectivas de Doyère se distingue una estructura central que habría permitido la vigilancia axial sobre los pabellones.

- Cuartos de cuidadores en pabellones. Ubicados en puntos intermedios, con vanos que permitían observar a los pacientes sin ser vistos, reproducían el efecto disciplinario del panóptico.

Figura 2. Emilio Doyère, Manicomio Avello, Concepción, Chile, 1917 - 1929, Plano del proyecto manicomial. © Créditos Repositorio bibliográfico y patrimonial del Ministerio de Salud.



Incluso la disposición de celdas para pacientes “furiosos”, situadas en los extremos de un eje transversal, recuerda la axialidad panóptica: una geometría diseñada para maximizar la visibilidad unilateral y la sensación de control permanente.

Foucault subraya que el efecto del panoptismo no depende de la vigilancia real, sino de la interiorización de la posibilidad de ser vigilado. En este sentido, el Avello funcionaba como un dispositivo espacial que,

aunque incompleto, buscaba inducir disciplina y docilidad en los internos.

La ubicación de la capilla junto a los pabellones de incurables revela la dimensión simbólica de la arquitectura. Aquellos pacientes que la medicina no podía “curar” eran entregados a la tutela espiritual³⁴¹. Esta disposición espacial reforzaba la frontera

341 Alexander Sievers, 2013.

entre la posibilidad de reinserción (pacientes tranquilos) y destierro definitivo (incurables). De este modo, el Avello articulaba una geografía interna de exclusión, que replicaba el orden moral de la sociedad chilena: unos, visibles y cercanos a la ciudad; otros, invisibles, reclusos en los márgenes del recinto.

La implantación del manicomio en Concepción estuvo lejos de ser un proceso unilateral. La Intendencia y la Junta de Beneficencia local defendieron un proyecto terapéutico, con talleres y colonias agrícolas, en contraste con la visión de Santiago que privilegiaba la absorción de crónicos. La herencia Avello, las tensiones financieras y la oposición de la Beneficencia a la intervención estatal ilustran la complejidad de su desarrollo. Asimismo, la comunidad médica y la prensa nacional jugaron un rol activo en cuestionar su diseño.

En suma, el Avello no fue un panóptico en sentido estricto, pero sí materializó un panoptismo aplicado. La segregación socioeconómica, una axialidad vigilante, la distribución jerárquica y su centralidad administrativa, interpretadas desde Foucault, confirman la vigencia de un Estado vigilante que, mediante la arquitectura, gestionaba cuerpos y conductas.

A la vez, el caso muestra cómo el centralismo político condicionó el destino del manicomio. Concebido en Santiago, financiado sin consulta local y finalmente inacabado, su historia revela la fricción entre proyecto y realidad. Esa tensión entre teoría y circunstancia local constituye la clave para leer al Manicomio Avello como un híbrido disciplinario, que combina aspiraciones modernas con limitaciones materiales y resistencias regionales.



Figura 3. Emilio Doyère, Manicomio Avello, Concepción, Chile, 1917 - 1929, Fotografía construcción de uno de los pabellones del manicomio. © Créditos Archivo Fotográfico de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas.io de Salud.

5. EMPLAZAMIENTO URBANO Y RESIGNIFICACIÓN MILITAR

El emplazamiento del Manicomio Avello en los terrenos de la ex Escuela Agrícola, situados en los límites urbanos de Concepción, respondió a una lógica que trascendía la disponibilidad de suelo. Si bien se valoraba la extensión del predio, la cercanía a tierras agrícolas y la posibilidad de implementar ergoterapia, la ubicación periférica revela un propósito más profundo:

excluir y ocultar a los sujetos considerados "anormales".³⁴²

En palabras de Michel Foucault, el espacio no es neutro, sino que se constituye como "una categoría fundamental del gobierno".³⁴³ El traslado de los pacientes

³⁴² Alexander Sievers, 2013.

³⁴³ Michel Foucault. Seguridad, Territorio y Población. Curso en el Collège de France (1977-1978). Fondo de Cultura Económica, 2009.

desde el centro de la ciudad, donde funcionaba el manicomio provisional en la Congregación del Buen Pastor, hacia la periferia materializó esta función política del espacio, liberar el centro urbano de presencias indeseables y relegar la locura a los bordes de la ciudad.

La elección del emplazamiento se inscribe en una red urbana de exclusión. Mientras la Plaza de Armas y el núcleo central de la ciudad simbolizaban el orden y el progreso, los márgenes concentraban hospicios, cuarteles y otras instituciones que gestionaban a los sectores populares. En esta geografía, el Avello reforzaba la separación entre un centro higienizado y una periferia asociada a la marginalidad³⁴⁴.

El tratamiento urbano de la locura se vinculaba también con la función policial. Desde mediados del siglo XIX, la policía asumía tareas de control social que incluían la reclusión de “locos” en hospicios, manicomios o, en su defecto, en dependencias policiales³⁴⁵. La presencia de cuarteles y comisarías en la periferia consolidaba un cordón disciplinario alrededor del núcleo urbano.

En este sentido, el Avello no solo era un hospital psiquiátrico, sino parte de un dispositivo urbano de vigilancia, donde arquitectura y urbanismo coincidían en un mismo objetivo: asegurar el orden social mediante la segregación espacial. Como advierte Foucault, la ciudad moderna se organiza como un “panóptico expandido”, en el que la disposición espacial regula circulación, jerarquías y exclusiones³⁴⁶.

La Junta de Beneficencia de Concepción aspiraba a que el Manicomio Avello funcionara como un establecimiento terapéutico, con talleres y colonias agrícolas. Esta propuesta seguía tendencias europeas que vinculaban el trabajo con la recuperación y con la reinserción social.³⁴⁷ Sin embargo, desde Santiago la prioridad fue albergar crónicos y descongestionar la Casa de Orates.

El resultado fue un proyecto híbrido: concebido en la periferia para facilitar actividades agrícolas, pero diseñado bajo una lógica centralista que privilegiaba la reclusión sobre la terapia. La localización periférica terminó siendo una solución ambivalente, pues ofrecía condiciones para un modelo innovador, pero en la práctica consolidó la exclusión espacial de los enfermos mentales.

La historia de manicomio no puede comprenderse sin considerar su rápida resignificación militar. Ya durante las obras, el Ejército había ocupado temporalmente los terrenos, y hacia 1929 el complejo fue transferido al Ministerio de Guerra, quedando bajo control del Regimiento N.º 6 Chacabuco.³⁴⁸

Este traspaso debe leerse en el marco de un Estado guardian-liberal que priorizaba la seguridad y el control social por sobre la asistencia sanitaria. A comienzos del siglo XX, la zona carbonífera del Biobío era escenario de intensos conflictos obreros, y el ejército jugaba un papel central en la represión de protestas.³⁴⁹ En este contexto, el Avello pasó de dispositivo de vigilancia psiquiátrica a infraestructura militar, reconfigurando su función de control social hacia la contención del movimiento popular.

Hoy el predio aun es ocupado por el Regimiento Chacabuco, y de los cuatro pabellones originales sobreviven solo dos, uno clausurado tras el terremoto de 2010 y otro adaptado como comedor y cocinas. Aunque el Avello no cumplió plenamente su función manicomial, su permanencia en el

344 Marco León, 2015.

345 Alexander Sievers, 2013.

346 Michel Foucault, 1975.

347 Michel Craplet. La construcción de asilos. Nueva historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, 2000.

348 Juan Garafulic. Evolución de la psiquiatría en Chile. De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Sociedad Chilena de Salud Mental, 2002.

349 Hernán Venegas. “Crisis económica y conflictos sociales y políticos en la zona carbonífera (1918–1931).” Revista Contribuciones Científicas y Tecnológicas, N.º 116, 1997.

paisaje urbano es testimonio de la superposición de memorias: La memoria psiquiátrica de un proyecto inconcluso que pretendió modernizar la asistencia en el sur; y la memoria militar de un edificio que sirvió al control social y político durante el siglo XX. Ambas dimensiones lo convierten en un patrimonio complejo, que invita a pensar las continuidades entre arquitectura, vigilancia y poder.

El emplazamiento y su posterior resignificación confirman que su importancia excede lo arquitectónico. El hospital psiquiátrico periférico fue, en realidad, un espacio fronterizo entre

lo urbano y lo rural, entre lo terapéutico y lo carcelario, entre la salud pública y la represión militar.

La lectura foucaultiana del espacio permite comprender esta trayectoria, el Manicomio Avello fue un nodo en la red panóptica de la ciudad moderna, primero vigilando a los enfermos y luego al movimiento popular. La historia del edificio muestra cómo el poder se reconfigura y cómo los dispositivos de control se adaptan a nuevas funciones sin abandonar su lógica disciplinaria.

6. CONCLUSIONES

El Manicomio Avello constituye un caso paradigmático para comprender las intersecciones entre arquitectura, poder y sociedad en Chile entre 1885 y 1929. A diferencia de otros establecimientos asistenciales, los manicomios fueron objeto de una atención especial por parte del Estado liberal-guardián, porque la locura era percibida como un riesgo social y moral que debía ser controlado más que tratado. El Avello fue, por tanto, un laboratorio en el que se condensaron las tensiones entre el centralismo político, las influencias terapéuticas europeas y las lógicas de vigilancia disciplinaria que Foucault identificó como características de la modernidad. El análisis arquitectónico del proyecto revela que, aunque el Avello no replicó un panóptico “puro”, incorporó rasgos que responden a la lógica panóptica: axialidad,

jerarquización espacial, centralidad administrativa y vigilancia indirecta mediante cuartos de cuidadores. La disposición de los pabellones, el énfasis en la segregación de pacientes por género, clase y condición, y la ubicación marginal de los incurables junto a la capilla muestran cómo la arquitectura materializó un orden moral y social.

Desde la lectura foucaultiana, el Avello no solo ordenaba cuerpos dentro de sus muros: participaba de un panoptismo expandido, que extendía la disciplina desde el edificio hacia la ciudad. Al situar a los enfermos fuera del núcleo urbano, el manicomio contribuía a la higiene social del espacio público, manteniendo la visibilidad de los “normales” y ocultando a los “anormales”.

El desarrollo del Avello también ilustra los efectos del centralismo chileno. Desde Santiago, el manicomio fue concebido como un mecanismo de descongestión de la Casa de Orates, con prioridad en los enfermos crónicos. En contraste, la Intendencia y la Junta de Beneficencia de Concepción defendían un modelo terapéutico, con énfasis en la ergoterapia y la reinserción social. Esta tensión se reprodujo en su propia construcción, el financiamiento proveniente de la herencia Avello fue administrado con criterios restrictivos; el proyecto se aprobó sin consultar a la Beneficencia local; y, finalmente, la obra se concretó solo en parte, con cuatro pabellones. El resultado fue un establecimiento inconcluso e híbrido, que encarnó más las imposiciones del centro político que las necesidades de la región. La ubicación periférica del Avello se explica también por la influencia de las corrientes terapéuticas europeas. La ergoterapia y las colonias agrícolas, promovidas por la psiquiatría francesa y alemana, sustentaban la idea de que el trabajo productivo podía ser parte del tratamiento. Sin embargo, estas terapias tenían un trasfondo disciplinario, buscaban transformar a los internos en cuerpos dóciles y útiles, incluso dentro del encierro. El liberalismo económico de la época reforzó esta visión, aún en el manicomio, los pacientes eran valorados por su potencial productivo.

La rápida conversión del Avello en cuartel del Regimiento N.º 6 Chacabuco simboliza la

continuidad del control social. Si en su origen el manicomio debía disciplinar la locura, tras 1929 sus instalaciones sirvieron a la represión del movimiento obrero en la zona carbonífera. En ambos casos, el edificio fue parte de la misma lógica, la de administrar cuerpos considerados peligrosos para el orden social.

Esta resignificación obliga a ampliar la discusión más allá de la salud mental, el Manicomio Avello es también un capítulo en la historia de la militarización del espacio urbano y de la subordinación de las políticas sociales a la seguridad del Estado.

En resumen, el Manicomio Avello fue un proyecto inacabado, pero profundamente revelador. Su arquitectura muestra cómo el poder central proyectaba un orden espacial disciplinario; su emplazamiento urbano evidencia la exclusión de los marginados; y su trayectoria histórica, de manicomio a cuartel, confirma la plasticidad de la arquitectura como dispositivo de control. Estudiar este caso contribuye a visibilizar la memoria psiquiátrica de Chile, muchas veces relegada, y a situar a Concepción en el mapa de la arquitectura hospitalaria latinoamericana. Además, abre una reflexión contemporánea sobre el patrimonio hospitalario: ¿qué hacer con edificios concebidos para el encierro? ¿Cómo integrarlos a narrativas urbanas inclusivas, sin borrar su historia de disciplina y exclusión? El Manicomio Avello nos recuerda que la arquitectura no es neutra. Es un lenguaje del poder que, en su materialidad, reproduce jerarquías y políticas. Recuperar su historia es también recuperar la memoria de aquellos sujetos invisibilizados por el encierro, y cuestionar las formas en que la sociedad actual sigue produciendo espacios de exclusión.

7. REFERENCIAS

Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción. Sesión del 12 de marzo de 1917. Vol. 7. Sala Chile. Biblioteca Central Luis David Cruz Ocampo. Universidad de Concepción.

Beca, Manuel Segundo. "La Dirección de Manicomios." *Revista Médica de Chile*, Vol. XXII, 1894.
Camus, Pablo. "Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago." *Revista de Historia* (Pontificia Universidad Católica de Chile), N° 27, 1993.

Craplet, Michel. La construcción de asilos. En *Nueva historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica, 2000.

Diario La Nación. "El Manicomio Avello ¿Debe ser un Open-Door?" 22 de febrero de 1917. Cultura Digital, Universidad Diego Portales.

Escobar, Enrique. *Historia del Hospital Psiquiátrico*. De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. Sociedad Chilena de Salud Mental, 2002.

Fernández, Enrique. *Estado y Sociedad en Chile, 1891–1931: El estado excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*. LOM, 2007.

Foucault, Michel. *Seguridad, Territorio y Población*. Curso en el Collège de France (1977–1978). Fondo de Cultura Económica, 2009.

Foucault, Michel. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1975.

Garafulic, Juan. "Evolución de la psiquiatría en Chile." En *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico*. Sociedad Chilena de Salud Mental, 2002.

León, Marco. *Estudios sobre la "Capital del Sur": Ciudad y sociedad en Concepción 1835–1930*. Ediciones del Archivo Histórico de Concepción, 2015. *Memoria Intendencia de Concepción*. Vol. 1487. Archivo Nacional de Chile, 1916.

Scull, Andrew. *Social Order / Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. Berkeley: University of California Press, 1989.
Sievers, Alexander. *Médicos, instituciones y locura en Concepción*. Tesis de máster, Universidad del Bío-Bío, 2013.

Venegas, Hernán. "Crisis económica y conflictos sociales y políticos en la zona carbonífera (1918–1931)." *Revista Contribuciones Científicas y Tecnológicas*, N° 116, 1997.

7. BIOGRAFÍA

Sofía Montecinos Martínez, Arquitecta por la Universidad del Bio-Bio y Master en Investigación en Arte y Diseño por EINA Centro Universitario de Diseño y Arte de Barcelona. Redactora en el portal de arquitectura hospitalaria Hospitecnia desde 2022.

Sanatório Barros Barreto, Flexibilidade em um espaço de cura amazônico

Cybele Salvador Miranda
Faculdade de Arquitetura E
Urbanismo/Programa de Pós-Graduação Em
Arquitetura e Urbanismo/Universidade Federal
do Pará
cybelle1974@hotmail.com

Ronaldo Marques de Carvalho
Laboratório de Memória e Patrimônio
Cultural/Universidade Federal do Pará
romarca@ufpa.br

RESUMO

Considera-se que o tipo sanatorial ganhou importância ao longo do século XX no Brasil, tendo sido propostos uma dezena de edifícios no Governo Vargas, nos anos 30 e 40 do século XX, dentre os quais o Sanatório de Belém, Pará. O presente artigo busca ampliar o conhecimento acerca da história arquitetônica deste sanatório, associando pesquisa documental em repositório virtual da Fundação Getúlio Vargas (FGV), pesquisa in loco no CPDOC da FGV, documentação digital de plantas arquivadas no setor administrativo do Hospital Barros Barreto, discutidas a luz de informações fornecidas em entrevistas e nos documentos disponíveis na Biblioteca do Hospital. Toma-se a flexibilidade como conceito estruturante para o entendimento da arquitetura hospitalar moderna, e para a resiliência do edifício sanatorial, que hoje atende a diversas funções enquanto Hospital Universitário. Diante dos atributos de flexibilidade, como conciliar as demandas por mudança com a preservação de elementos e ambientes paradigmáticos para a caracterização de sua morfologia sanatorial? Conclui-se que houve preservação do partido geral e do sistema construtivo, bem como de detalhes tais como elementos de ventilação e iluminação. A forma volumétrica do edifício vertical articulado, que ainda se destaca na paisagem do entorno, convive com a perda significativa causada pela anexação das varandas aos ambientes das enfermarias.

Palabras clave:

Políticas públicas de saúde, Governo Vargas, Sanatório, flexibilidade, Amazônia brasileira.

1. ESTADO DA ARTE SOBRE A HISTÓRIA DO ANTIGO SANATÓRIO DE BELÉM ³⁵⁰

O presente artigo inscreve-se nos estudos historiográficos acerca da arquitetura sanatorial no Brasil, associando pesquisa documental em repositório virtual da Fundação Getúlio Vargas (FGV), pesquisa in loco no CPDOC da FGV, documentação digital de plantas depositadas no setor administrativo do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), discutidas a luz de informações fornecidas em entrevista pela arquiteta Fátima Viana, cuja carreira foi dedicada aos projetos e planejamento de instituições de saúde no estado do Pará. No artigo O Sanatório de Belém: a epopeia - ou via sacra? - de sua construção, os autores baseiam-se em fontes documentais a fim de desvendar o processo histórico de construção do hospital, enfatizando a defasagem entre o modelo assistencial vigente no final dos anos 30 e os avanços no tratamento da tuberculose em finais dos anos 50, quando este foi efetivamente inaugurado, em 15 de agosto de 1959. Sugerem que a construção tenha sido iniciada em 1938-39, com base em notícias de jornal sobre o início do projeto de construção dos sanatórios no Brasil e com referência à visita às obras pelo Ministro da

³⁵⁰ Este artigo integra as pesquisas Indicadores tectônicos em hospitais modernos, edital N° 09/2022 Bolsas de Produtividade em Pesquisa, bem como Patrimônio da saúde na Iberoamérica, edital N° 16/2024 - Apoio a Projetos Internacionais de Pesquisa Científica, Tecnológica e de Inovação, ambas financiadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao qual agradecemos os recursos recebidos.

Saúde, em 1939, sendo a execução sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde³⁵¹.

O terreno, localizado no bairro do Guamá, era ocupado por hospitais de isolamento como o Domingos Freire, dedicado à febre amarela, o São Sebastião, para varíolosos, o São Roque, para as vítimas da peste bubônica e o Oswaldo Cruz, destinado aos suspeitos de febre amarela. Segundo Miranda e Abreu Junior, o Sanatório de Belém compunha o conjunto de obras públicas coordenadas pelo governo de Getúlio Vargas, a serem executadas pela firma Leão Ribeiro e Companhia Limitada, sediada no Rio de Janeiro, também responsável por construções para órgãos federais em vários estados ³⁵². A descrição do sanatório pelo engenheiro da firma construtora, Eurico da Silva Melo, consta em notícia veiculada em A Folha do Norte, de 10 de dezembro de 1938, enfatizando as dimensões amplas, com 6 pavimentos com estrutura em concreto armado, planta com corpo central e 4 alas em X “devidamente separadas por juntas de retracção e que importa em dizer cinco edifícios independentes apenas afastados um do outro”. A orientação é indicada como à nascente nas varandas e galerias de cura. Dessa descrição, pode-se perceber, na planta atual, que se mantiveram, dentre os ambientes citados, a administração no 1º pavimento, lavanderia e serviços no volume anexado ao bloco central; enfermarias no 2º ao 5º pavimento, mas não foram executadas as solarias, possivelmente devido às mudanças no tratamento e a necessidade de ocupação por outros serviços.

Entretanto, somente em 1948, com a instalação da Superintendência da Campanha Nacional contra a Tuberculose no Pará, houve a mobilização para o prosseguimento da construção do sanatório, sendo que o edifício teve suas instalações adequadas ao efetivo funcionamento em outubro de 1959, após a adequação das instalações de água, luz, esgoto, possibilitando o funcionamento da cozinha, lavanderia e esterilização, financiados pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O número de leitos efetivo foi de 200,

longe dos 600 leitos inicialmente previstos. O Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (FAU/UFPa) vem realizando pesquisas acerca da arquitetura da saúde desde 2009, quando participou do Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde: bens edificados e acervos, coordenado pela FIOCRUZ. Os estudos sobre o HUJBB constam da monografia e da dissertação de Larissa Leal (2018, 2021) ³⁵³, bem como de artigos referentes à sua história e morfologia arquitetônica.

O artigo de Cybelle Miranda e Paloma Moreira visa avaliar aspectos físicos da edificação sob o prisma da teoria da Salutogênese e os elementos da materialidade de um hospital moderno que contribuem para o Senso de Coerência – SC dos usuários ³⁵⁴; no capítulo publicado no livro Conexões modernas no Brasil: documentar, conservar, conectar, Miranda e Leal destacam os detalhes tectônicos do hospital, caracterizado por suas varandas, brises, cobogós e revestimentos tipo São Caetano nas cores vermelho e preto, e ladrilhos hidráulicos³⁵⁵. Os dois textos corroboram com a importância dos revestimentos aplicados no antigo Sanatório Barros Barreto enquanto vestígios de uma tradição cultural que vigorava no Brasil durante as décadas de 40 a 60 e como referências afetivas para os usuários.

351 Guillod de Miranda, Abreu Junior. “O Sanatório de Belém: a epopeia - ou via sacra? - de sua construção”, 13-25.

352 Guillod de Miranda, Abreu Junior. “O Sanatório de Belém: a epopeia - ou via sacra? - de sua construção”, 4.

353 Larissa Leal. “Subsídios para a caracterização do Hospital Universitário João de Barros Barreto como patrimônio da saúde no Pará. (Monografia Arquitetura e Urbanismo Universidade Federal do Pará), 2018;

354 Larissa Leal. Hospital Universitário João de Barros Barreto: a significação cultural da arquitetura hospitalar moderna em Belém. 2021. (Dissertação de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo Universidade Federal do Pará), 2021.

355 Cybelle Miranda & Paloma Moreira, “Hospital Universitário João de Barros Barreto”.

No artigo de Leal e Miranda³⁵⁶, a arquitetura do HUIBB é caracterizada enquanto patrimônio a partir dos elementos arquitetônicos que contribuem para o modelo de tratamento que se propunha a abrigar no antigo sanatório paraense e em Leal, Miranda e Queiróz³⁵⁷, os elementos estético-funcionais são indicativos que inserem o Sanatório Barros Barreto enquanto um exemplar da arquitetura moderna e do tipo sanatorial. O texto conclui que há dificuldades em manter seus aspectos sanatoriais devido às necessidades contemporâneas de assistência, especialmente as varandas de cura, que estão sendo integradas às enfermarias para inserção de banheiros, bem como o esquecimento do antigo parque dos eucaliptos.

2. O PASSO A PASSO EM BUSCA DOS PROTAGONISTAS NA ARQUITETURA DO SANATÓRIO DE BELÉM

O tipo sanatorial ganhou importância ao longo do século XX no Brasil, tendo sido criados uma dezena de edifícios no Governo Vargas, relacionados a ações como o Plano de Saneamento da Amazônia (1941), a XI Conferência Sanitária Panamericana, realizada no Brasil (1942), no mesmo ano sendo firmado acordo sobre saúde e saneamento entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, visando estruturar um sistema de saúde em todas as regiões, tendo como foco o controle das endemias³⁵⁸. Em 1939, estavam em construção 9 sanatórios nas 5 regiões brasileiras, sendo o de Belém o único na região Norte (foi citado o desenho de planta de sanatório para Manaus, com 50 leitos) e, em 1940, 11 sanatórios ³⁵⁹.

Segundo documentos constantes no Arquivo Gustavo Capanema, Ministério da educação e saúde, (CPDOC – FGV), é citada a elaboração pelo Dr. Noel Ramos de Azevedo das pranchas de detalhes de alvenarias e fachadas do sanatório popular de 600 leitos para a cidade de Belém e do sanatório popular para tuberculosos na fazenda de Santa Maria. Cita ainda nomes de engenheiros como Leonidas Cheferrino e Armando de Carvalho, e Waldir Ramos, responsável pelo anteprojeto do edifício do Sanatório popular para tuberculosos na

fazenda de Santa Maria, que seria o edifício irmão do Sanatório de Belém.

Waldir Ramos também elaborou a instalação de luz e força para o sanatório de Belém, assim como o engenheiro arquiteto José Nóbrega de Almeida realizou os desenhos do sanatório do Pará, e do Centro de saúde e diretoria de saúde de Belém. Alberto Cotrim foi responsável pelo projeto do subsolo do hospital.

Dadas as incertezas acerca da cronologia construtiva, bem como dos autores do projeto, fomos em busca de informações no Acervo virtual da CPDOC Fundação Getúlio Vargas, no qual o fundo Ministério da educação e saúde/Saúde e serviço social, no documento “Estado atual do aparelhamento anti-tuberculoso dos estados brasileiros”³⁶⁰, noticia a construção em andamento de um sanatório para 600 doentes, iniciada em dezembro de 1938, mas que estão, no momento, suspensas. Informa ainda que está terminado o concreto armado de todas as alas, bem como do subsolo.

Em pesquisa presencial na Casa Acervo do CPDOC FGV, tivemos acesso aos Anais do Ministério da Educação e Saúde, tendo consultado os volumes referentes ao ano de 1942, nos quais constam notícias acerca das ações de combate à tuberculose e à lepra, com destaque para as regiões Norte e Nordeste. Dentre estes, figura a Separata Plano de saneamento da Amazônia (1941), “Exposição apresentada pela comissão composta dos Drs João de Barros Barreto, Ernani Agrícola, Manuel Ferreira e Valerio Konder”.

No texto, a Comissão do Plano de

355 Cybelle Miranda e Larissa Leal. “Por varandas, brises e cobogós”.

356 Larissa Leal e Cybelle Miranda. “Sanatório Barros Barreto (Belém-Pa)”.

357 Larissa Leal, Cybelle Miranda e Thayse Queiróz. “Entre eucaliptos e concreto armado”.

358 FGV. CPDOC. “Separata Plano de Saneamento da Amazônia”.

359 FGV. CPDOC. Arquivo Gustavo Capanema, “Pasta Ministério da Educação e Saúde - assuntos administrativos”. GC1935.05.00

360 FGV. CPDOC. “Estado atual do aparelhamento anti-tuberculoso dos estados brasileiros”, 14.

saneamento da Amazônia entende saneamento como: “o conjunto de atividades destinadas a melhorar as condições de vida e de saúde dos habitantes da Amazônia”³⁶¹, tendo como metas: a) Medidas de beneficiamento do meio (água e dejetos); b) Medidas de proteção da vida e da saúde (higiene, medicina preventiva, cuidados com os doentes). A argumentação se baseia na precariedade de recursos sanitários e assistenciais, ensejando ações diretas de controle da malária, sendo a centralização a estratégia a ser adotada, sob comando único, o Departamento Nacional de Saúde, com auxílio do Departamento Nacional de Obras

de saneamento (DNS), com preparação de pessoal técnico para a tarefa, remuneração compatível e curso de malariologia. O acervo de plantas disponível no Hospital Barros Barreto está acondicionado em uma mapoteca, situada em um dos precários anexos do edifício, que pertencera ao Instituto Médico legal, sem qualquer catalogação ou sistema de desumidificação, o que coloca este material em risco. Dentre os desenhos referentes a projetos de arquitetura, destacamos a secção de ampliação do refeitório, serviços gerais e deslocamento da chaminé. A projeção ao fundo do corte representa Ala construída, o que condiz com a ala Leste (Fig. 1).

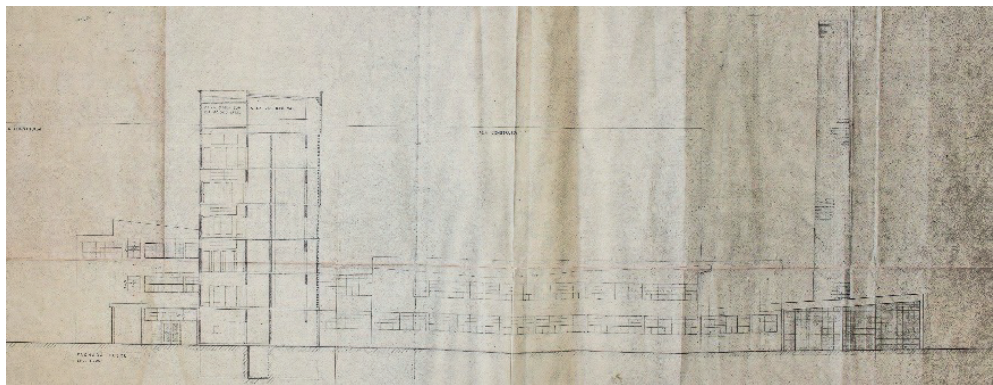
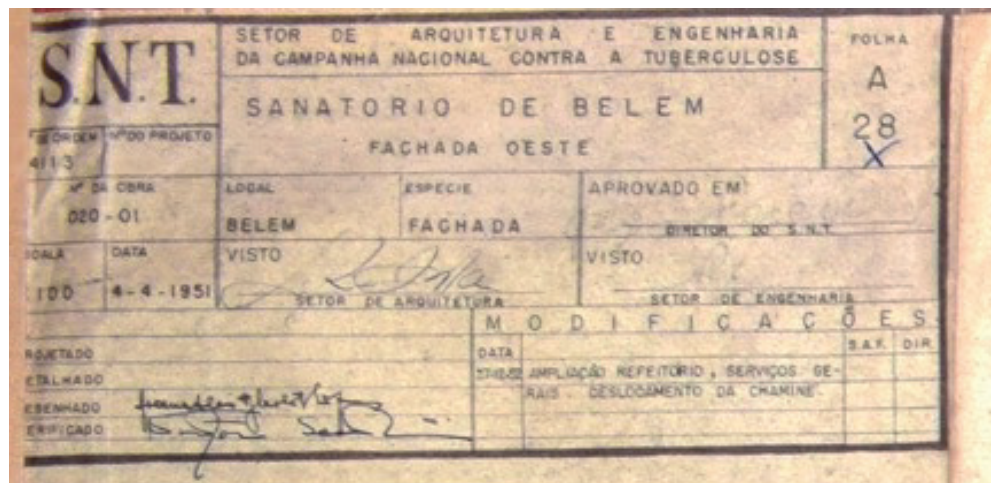


Figura 1. Sanatório de Belém, Belém-PA, Brasil, 1951, Fachada Oeste. Desenho da Secção de ampliação do refeitório. © (Hospital Universitário João de Barros Barreto. Arquivo administrativo).



Em entrevista fornecida aos autores, a Arquiteta Fátima Viana³⁶² contou sobre sua atuação profissional na Secretaria de saúde do Estado do Pará, tendo iniciado seu trabalho em arquitetura para os sistemas de saúde, a partir da sua entrada no Barros (HUJBB), em 1974. Na época, uma das alas estava concluída na fachada, mas os interiores encontravam-se apenas na estrutura, de modo que ela trabalhou na definição de ambientes internos e detalhamento deste bloco. No período da inauguração da instituição funcionavam apenas o primeiro, segundo e parte do terceiro pavimento, pois os demais foram abertos para uso após 1962³⁶³.

361 FGV. CPDOC. “Separata Plano de saneamento da Amazônia”, 191.

362Fátima Viana graduou-se no Curso de Arquitetura da Universidade Federal do Pará (UFPA) e é especialista em Arquitetura de Sistemas de Saúde pela Universidade de Brasília (UNB). Atuou como arquiteta no Hospital Barros Barreto, localizado em Belém-PA, e na Secretaria de Estado de Saúde Pública no Pará (SESPA) - o que possibilitou sua participação no projeto do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, também em Belém, entre os anos de 1974 e 2023.

363Hospital Universitário João de Barros Barreto. Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos. s/d. Histórico: compilação de documentos. Belém, Mimeo:2.

As plantas mais antigas identificadas, algumas com selo do Setor de Arquitetura e Engenharia da Campanha Nacional para a Tuberculose, outras sem qualquer menção de autoria ou de data, cruzadas com depoimento da arquiteta Fátima Viana, são pistas para identificar novos autores para a arquitetura do

hospital. Nomes como o do engenheiro Nicholas Chase, que aparece no projeto de 1961 para a Portaria do Sanatório de Belém - escrito em caneta - foi citado pela arquiteta com um dos construtores do edifício, tendo atuado nos anos 60 e 70 nas obras de adaptação do complexo³⁶⁴(Fig. 2).

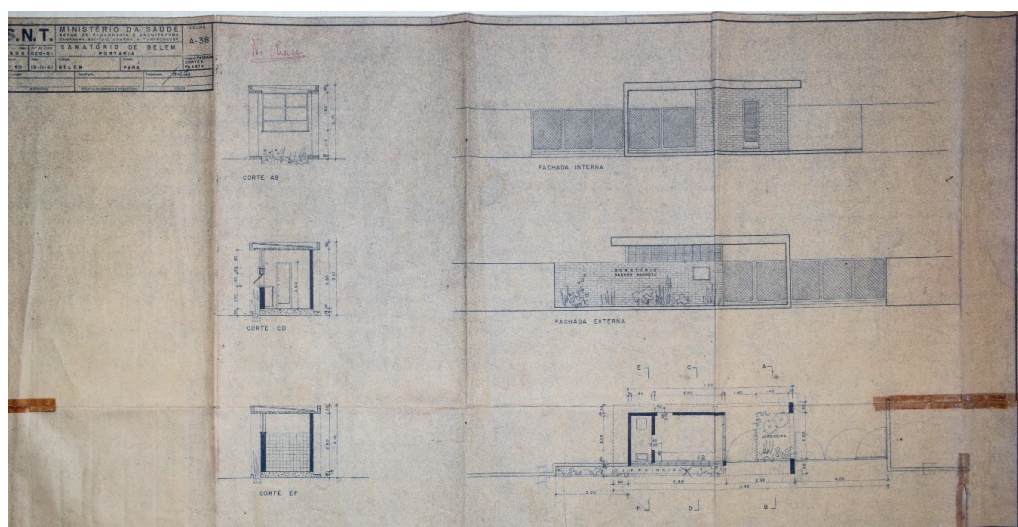


Figura 2. Sanatório de Belém, Belém-PA, Brasil, 1961, Portaria. © (Hospital Universitário João de Barros Barreto. Arquivo administrativo).

3. FLEXIBILIDADE E A SOBREVIVÊNCIA DA ARQUITETURA MODERNA

A formação do campo da arquitetura para a saúde ou arquitetura hospitalar ainda carece de estudos abrangentes, segundo Ana Amora³⁶⁵. Ao longo das primeiras décadas do século XX, houve a profissionalização desse campo como parte dos projetos de modernização do país, integrando políticas de saúde pública como vetores de intervenção e controle de todo o território nacional.

Em 1953, foi realizado o I Curso de Planejamento Hospitalar pelo Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB-SP), sendo o paradigma de hospital moderno inspirado nos modelos estadunidenses, por meio das relações governamentais com a Fundação Rockefeller e John Hopkins.

Nos anos 30, a principal fonte bibliográfica da área foi o livro *The american hospital of the twentieth century*, do arquiteto Edward Steven (1918). Nele, se adotavam os princípios da arquitetura moderna: sol, luz, ventilação, terraços, higiene e brancura, como meios de prevenir a tuberculose.

Vicente Licínio Cardoso é o propagador do uso da tipologia em bloco, e do edifício em altura como sinônimo de progresso. No livro

Planejamento de Hospitais, organizado por Jarbas Karman (IAB, 1954), Rino Levi enfatiza os três fatores a serem considerados como primordiais no planejamento de hospitais: agrupamento de serviços afins; estudo adequado das circulações; e flexibilidade do plano³⁶⁶.

Segundo Peres et al ³⁶⁷, os espaços de cura necessitam aplicar o conceito de flexibilidade uma vez que tais espaços estão em constante mudança, seja por causas operacionais diárias ou pelos modos de tratamento de doenças, as quais demandam alterações no uso e nas tecnologias.

³⁶⁴ Nicholas Chase é Engenheiro Civil, cujas obras principais foram as de caráter residencial na década de 60, em Belém, bem como foi identificado como construtor do Hospital Guadalupe, em Belém. Chase trabalhou com Francisco Bolonha no Monumento a Lauro Sodré, em 1959 e executou as obras do Conjunto Alacid Nunes, que ocupou parte posterior dos terrenos do Barros Barreto, em 1968. Ver Oswaldo Coimbra. O engenheiro do monumento a Lauro Sodré. <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fauufpa.org/wp-content/uploads/2014/09/o-engenheiro-do-monumento-a-lauro-sodre3a9.pdf>

³⁶⁵ Ana Amora, "A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil".

Considera-se três níveis de flexibilidade na arquitetura assistencial, 1. Flexibilidade de adaptação: ambientes e funções (escala dos ambientes); 2. Flexibilidade de conversão: mudança de função dos espaços com alterações nos sistemas construtivos (escala do edifício); 3. Flexibilidade para expandir: ampliação no terreno (escala do complexo). A flexibilidade de conversão lida com sistemas de vedação e sistemas estruturais. As características que garantem uma boa flexibilidade são: padronização dos espaços, alocação de espaços menos complexos próximos a espaços complexos; zoneamento e grupo de circulação vertical centralizado; pé direito elevado; sistema estrutural com vãos grandes e padronizados. A presença de varandas e reentrâncias é vista como positiva

para o objetivo de ampliação, assim como os corredores, que são locais de baixa complexidade que tem potencial de mudança de uso, segundo Capolongo ³⁶⁸.

Sobre as características morfológicas de um sanatório, destaca-se a localização afastada da zona urbana mais densa, e possibilidade de ventilação constante; favorecimento da ventilação cruzada, com a colocação de esquadrias em paredes opostas; incentivo ao banho de sol pelo estabelecimento de varandas; orientação estudada para o favorecimento da ventilação e da incidência solar; separação entre sexos, com estabelecimento de alas simétricas; e centralização do apoio e separação da circulação de serviço ³⁶⁹ (Fig. 3).

Figura 3. Hospital João de Barros Barreto (antigo Sanatório de Belém), Belém-PA, Brasil, s.d. © Créditos (Hospital Universitário João de Barros Barreto. Biblioteca).



366Ana Amora, "A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil".

367Eryane Vieira Lima Peres, Márcio Minto Fabricio, Matheus Lopes Peres, Natália Ransolin. "Flexibility of the built environment".

368Capolongo apud Peres et al. "Flexibility of the built environment", 11.

369Antonio Pedro Alves de Carvalho, Félix de Jesus Guedes, Cleiton Marques de Jesus Souza. "A arquitetura curativa do Sanatório Santa Terezinha".

4. CONCLUSÕES

Podemos afirmar, deste modo, que o tipo sanatório persiste no edifício atual do Hospital Barros Barreto?

Dentre as permanências e apagamentos presentes no hospital, destacamos a anexação das varandas aos ambientes das enfermarias como a perda mais significativa, embora se note a preservação do partido geral e do sistema construtivo e de detalhes como elementos de ventilação e iluminação.

O edifício vertical articulado ainda se destaca na paisagem de seu entorno, majoritariamente horizontal. Depoimentos e plantas antigas mostram que a organização dos ambientes foi se definindo ao longo dos anos: a forma das alas é desenhada pela sequência de enfermarias e pela orientação solar.

Consideramos que o acervo documental e o edifício principal do antigo Sanatório de Belém representam significativamente o capítulo da assistência à saúde pública na primeira metade do século XX, cujas políticas centralizadoras de tratamento e morfologia vertical se implantaram de modo progressivo nas capitais brasileiras. Além de ser edifício hospitalar vertical pioneiro no Norte do Brasil, o sanatório atualmente funciona como hospital universitário gerido pela Universidade Federal do Pará, sendo referência ao tratamento de oncologia, infectologia e pneumologia, além do diagnóstico e tratamento para fibrose cística.

Assim, a resiliência do modelo sanatorial e sua flexibilidade são atestados pela sobrevivência do partido geral, e dos sistemas estruturais característicos, bem como sua inserção no terreno, que mantém amplas áreas não edificadas.

5. REFERENCIAS

Amora, Ana Albano. "A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil" En Amora,

Ana Albano; Costa, Renato da Gama-Rosa. A modernidade na arquitetura hospitalar: contribuições para sua historiografia. vol. 1, editado por PROARQ – FAU-UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

Carvalho, Antonio Pedro de; Guedes, Félix de Jesus; Souza, Cleiton Marques de Jesus. "A arquitetura curativa do Sanatório Santa Terezinha". Ambiente Construído, Porto

Alegre, v. 20, n. 3., (jul./set. 2020): 165-178. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Pesquisa e documentação. Arquivo Gustavo Capanema, "Pasta Ministério da Educação e Saúde - assuntos administrativos". Accedido el 20 de agosto de 2025. <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo>.

Fundação Getúlio Vargas. Centro de Pesquisa e documentação. "Estado atual do aparelhamento anti-tuberculoso dos estados brasileiros", s.d. : 14.

Fundação Getúlio Vargas. Centro de Pesquisa e documentação. Plano de Saneamento da Amazônia. Separata de Arquivos de Higiene. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

Guilliod de Miranda, Aristóteles, Abreu Junior, José Maria de Castro. "O Sanatório de Belém: a epopeia - ou via sacra? - de sua construção". Revista Pan-Amazônica de Saúde (Online), v. 2, (2016): 13-25.

Hospital Universitário João de Barros Barreto. Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos. s/d. Histórico: compilação de documentos. Belém, Mimeo, 35 p.

Leal, Larissa Silva. Hospital Universitário João de Barros Barreto: a significação cultural da arquitetura hospitalar moderna em Belém. 2021. Dissertação (Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal do Pará.

Leal, Larissa Silva. Subsídios para a caracterização do Hospital Universitário João de Barros Barreto como patrimônio da saúde no Pará. 2018. Curso (Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal do Pará.

Miranda, Cybelle Salvador; Moreira, Paloma. "Hospital Universitário João de Barros Barreto: investigando as dimensões material e temporal no pós-pandemia". Revista Projetar - projeto e percepção do ambiente. v.9 n. 2 (maio 2024):103 – 117.

Leal, Larissa Silva; Miranda, Cybelle Salvador; Oliveira de Queiróz, Thayse Layane. "Entre eucaliptos e concreto armado: a modernidade estético-funcional do Sanatório Barros Barreto, Belém-Pará-Brasil". Artis on. v.1, (2020):109 - 119.

Leal, Larissa Silva; Miranda, Cybelle Salvador. "Sanatório Barros Barreto (Belém-Pa): arquitetura como testemunho científico. Revista CPC (USP). v.15, (2020):124 - 150.

Miranda, Cybelle Salvador; Leal, Larissa Silva. "Por varandas, brises e cobogós: Arquitetura sanatorial no hospital Barros Barreto em Belém" En Conexões modernas no Brasil: documentar, conservar, conectar, ed.1. editado por EDUFCEG, Campina Grande, 2022. Peres, Eryane Vieira Lima, Fabricio, Márcio Minto, Peres, Matheus Lopes, Ransolin, Natalia. "Flexibility of the built environment in healthcare: a systematic literature review". Architectural Engineering and Design Management. (2024): 1 – 18.

6. BIOGRAFÍA

Cybelle Salvador Miranda

Professora Titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo – UFPA. Arquiteta e Urbanista, Doutora em Antropologia, com Pós-doutoramento em História da Arte pela Universidade de Lisboa. Coordena o Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (LAMEMO) e é pesquisadora nível 2 do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Arquitetura, memória, etnografia e pesquisadora associada ao CLEPUL / Universidade de Lisboa e à Universidade Aberta (Portugal). Membro da Rede Ibero-Americana de Investigação Patrimônio Cultural e História da Saúde e da Assistência.

Ronaldo Marques de Carvalho

Professor Titular da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFPA. Arquiteto e Urbanista, Mestre em Ciências da Arquitetura e Doutor em Engenharia de Recursos Naturais da Amazônia. Pesquisador voluntário do Laboratório de Memória e Patrimônio Cultural (LAMEMO).

Contra la obsolescencia: El Hospital San Pablo de Coquimbo y la primera generación de proyectos diseñados por la SCEH, 1967–1976.

Claudio Galeno-Ibaceta
Escuela de Arquitectura
Universidad Católica Del Norte.
cgaleno@ucn.cl

Logan Leyton Ossandon
Escuela de Arquitectura de la
Pontificia Universidad Católica de Chile.
loganleyton@uc.cl

Resumen.

Globalmente, la salud ocupó un lugar privilegiado con la instalación de los principios de la arquitectura moderna; en Chile, los terremotos cumplieron un rol análogo. Este texto explora cómo ambos catalizadores confluyeron en el país a principios del último cuarto del siglo XX. En 1967, un sismo devastó Coquimbo. Esta urgencia local coincidió con la reorganización nacional de las instituciones encargadas del diseño hospitalario, marcando una nueva etapa. La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH) respondió diseñando una nueva generación de hospitales modernos mediante estrategias proyectuales adaptables a las variadas condiciones geográficas de Chile. Entre estos proyectos, el Hospital de Coquimbo se convirtió en el más grande y avanzado del país, siendo un fiel reflejo de las estrategias aplicadas por la SCEH. Su estructura elástica y diseño flexible no solo le permitieron afrontar innumerables sismos, sino también adaptarse a los cambios de emplazamiento, a las visiones políticas de los gobiernos que se sucedieron durante su financiación, diseño y construcción, y a las variaciones programáticas durante su utilización.

Palabras clave:

Sismos, estrategias proyectuales, obsolescencia, hospital de Coquimbo, Sociedad Constructora de establecimientos Hospitalarios.

1. EMPLAZAMIENTOS

El 26 de septiembre de 1967, un sismo de magnitud 6.2 sacudió Coquimbo. Aunque de intensidad moderada, el terremoto fue

particularmente destructivo, devastando calles y edificios, entre ellos, el antiguo Hospital San Pablo. La urgencia local coincidió con una reorganización a nivel nacional de las instituciones encargadas de las edificaciones hospitalarias. A fines de 1967, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH), enfocada desde su creación solo en construir, creó su propio departamento técnico, absorbiendo especialistas del Servicio Nacional de Salud (SNS) e incorporando a nuevos jóvenes arquitectos³⁷⁰. Bajo la dirección de Hernán Aubert, quien priorizaba definir estrategias proyectuales sobre decisiones particulares, el departamento inició el diseño de una nueva generación de hospitales modernos. Concebidos para responder a diversas condiciones geográficas de Chile, la SCEH diseñó específicamente seis hospitales para cinco ciudades: Copiapó, Coquimbo, San Antonio, Curicó y dos en Santiago. El Hospital de Coquimbo, con 18.277 m²³⁷¹, se convirtió en el más grande y avanzado del país, sintetizando las estrategias aplicadas por la SCEH. Estas se podían agrupar, repetir, y adaptar según lugar, geografía o clima. El orden y jerarquía de su aplicación, determinaba la forma final de cada hospital. Con la finalidad exclusiva de financiar la

370 Galeno-Ibaceta, Claudio. (2019). "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama." En Anais do 13º Seminário Docomomo_Brasil, editado por José Carlos Huapaya. Salvador, Bahía: Instituto de Arquitetos do Brasil. Departamento da Bahia.

construcción de un hospital en Coquimbo y otro en Copiapó, en 1968, se promulgó la Ley 16894 o Ley del Hierro.

En 1969, la Municipalidad de Coquimbo donó un terreno en el sector de San Juan para el nuevo hospital. Una zona con una importante planificación urbana en desarrollo. Dada la urgencia de Coquimbo, el senado informó en diciembre de ese año que “para ganar tiempo, se utilizará el mismo modelo del Hospital de Curicó”³⁷², e iniciar la construcción en marzo de 1970. Sin embargo, cuando los planos del hospital estuvieron listos en junio de 1970³⁷³, el diseño de 17.300 m² no fue el de Curicó³⁷⁴. Consistió en una variante local de la tipología de placa y torre: una torre central horizontal de cuatro pisos, flanqueada por dos placas continuas de un nivel. Se concibió para ser construido en dos etapas: la primera, la placa norte destinada al Consultorio Externo; la segunda, Torre de Hospitalización y Placa de Servicios. La licitación de construcción se adjudicó el 9 de noviembre. Se realizó el emparejamiento, cierre del terreno y la ceremonia de primera piedra, sin embargo, la obra fue paralizada poco después³⁷⁵.

La proximidad de las fechas entre el inicio de las obras y las elecciones de septiembre de 1970, que proclamaron a Salvador Allende como presidente, brindó a las autoridades entrantes la oportunidad de repensar el rol del emplazamiento y el papel de la obra dentro del nuevo gobierno. Así, a pesar de que en abril de 1970 el Ministro de Salud aseguró que la ubicación no se cambiaría³⁷⁶, “las nuevas autoridades [...] estimaron que el terreno en cuestión no era el más apropiado”³⁷⁷.

El 21 de enero de 1971, la prensa anunció el cambio del emplazamiento a un terreno ubicado al norte de la Carretera Panamericana, propiedad de la CORVI. Para legitimar esta determinación, el gobierno aplicó una estrategia altamente mediatizada. Con apoyo técnico de la CORVI, argumentó que San Juan estaba “a trasmano”: la nueva ubicación serviría integralmente a los aspectos médicos, técnicos y urbanísticos³⁷⁸. El gobierno reforzó esta postura asegurando el 29 de febrero que el nuevo terreno permitiría construir el hospital en solo dos años mientras

que en San Juan podría demorar entre 10 y 14 años por la insuficiencia de la recaudación de la Ley del Hierro³⁷⁹, un argumento que mantuvieron públicamente ante la prensa, pese a ser técnicamente refutable.

Los objetivos del gobierno coincidieron con un hito clave: a principios de 1970 se concretó la pavimentación de la segunda pista de la Carretera Panamericana entre La Serena y Coquimbo. Esta obra culminó el proyecto de infraestructura vial inaugurado en 1952, por Gabriel González Videla, con la pavimentación del tramo que unía La Serena y Santiago. Aunque históricamente ha existido “un nexo entre la pavimentación de la Ruta 5 y las políticas anticomunistas lideradas por Estados Unidos en la Guerra Fría”³⁸⁰, paradójicamente, la ‘doble vía’ se convirtió en una plataforma de visualización tanto para el nuevo hospital como para el gobierno socialista de Allende. Así como González Videla consideró este proyecto fundamental para el Plan Serena, —una obra que “cambió el trazado que unía Chile, desplazó los centros de desarrollo en la provincia y puso literalmente en el mapa a la ciudad de Coquimbo”³⁸¹, la

371 Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. (1980). “Hospital de Coquimbo, Coquimbo, Departamento de Proyectos, arquitecto Hernán Aubert.” Ciudad y Arquitectura (CA), no. 26. Santiago Chile.

372 Noemí Huerta, Alejandro (1969). Diario de sesión N.º 28 del senado, del 22 de diciembre de 1969. Chile. P. 1855.

373 Ibíd.

374 Noemí Huerta, Alejandro (1972). Diario de sesión N.º 13 del senado, del 25 de abril de 1972. Chile. P. 714.

375 Ibíd.

376 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P. 66.

377 Ibíd.

378 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P. 69.

379 Ibíd.

380 Urrutia, Isidora (2023). “ Visiones de modernidad: imaginarios de integración nacional en la historia de la ruta 5 en Chile,” ARQ, n.º 114 (agosto 2023): P. 17. de València.

381 Leyton, Logan. (2022). “The Hotel and the Road: from Singular and the Local Yachting Club To Interconnected and the Continental Pan-American Teodoro Roosevelt Road; A Transformation Of An Anonymous Landscape; 1946-1956.” En 17TH International Docomomo Conference; Modern Design: Social Commitment and Quality Of Life, Proceedings, editado por Carmen Jordá Such et al. València, Spain: Universitat Politècnica

‘doble vía’ lo fue para el hospital de Coquimbo y el gobierno de Allende. Esta coincidencia no se puede considerar simple casualidad; fue una confluencia entre estrategia y convicción ideológica que resonó con el núcleo del socialismo de la época: unidad nacional, racionalidad y modernidad. Por una parte, Allende valoraba profundamente el potencial unificador de las vías reflejado en su célebre frase: “se abrirán las grandes alamedas por donde pase el hombre libre para construir una sociedad mejor”. Para Allende, la Panamericana no solo conectaba territorios, sino que unía al hombre libre y al trabajador, para construir una “sociedad mejor”. Por otra parte, el gobierno reforzó el cambio de lugar con argumentos técnicos. Una demostración práctica de que la decisión se tomó en función del bienestar colectivo; avalada por expertos, proyectaba racionalidad. Así, el sistema de Allende debía ser científico, planificado y adoptó la estética de la arquitectura moderna. Una cartografía desarrollada por la SCEH a finales de 1969 destacó puntos claves en la Bahía de Coquimbo evidenciando la

superioridad estratégica del nuevo sitio: mayor visibilidad, centralidad y mejor conectividad territorial. Se puede afirmar, entonces, que esta estrategia fue una constante al momento de emplazar proyectos de salud con un rol urbano ³⁸². Por su parte, desde julio de 1970 el MOPT ensayaba, en el mismo lugar, un nuevo acceso para enlazar la Península de Coquimbo al norte de la Panamericana con los desarrollos urbanos al sur. No obstante, solo al asumir el nuevo gobierno se unificaron los dos hechos: enlace vial y hospital. En enero de 1971 la SCEH presentó una primera propuesta de enlace y hospital, el 11 de marzo se aprobó la propuesta definitiva.

Si bien el proceso de cambio se puede considerar más una imposición disfrazada de diálogo que un consenso, los argumentos técnicos y logísticos de la CORVI aportaron la solidez y racionalidad a los objetivos del gobierno. Más que cambiar el emplazamiento, fue proponer y debatir, pública y mediáticamente el cambio, que el hospital dejó de ser una obra heredada para convertirse en un reflejo de decisiones más

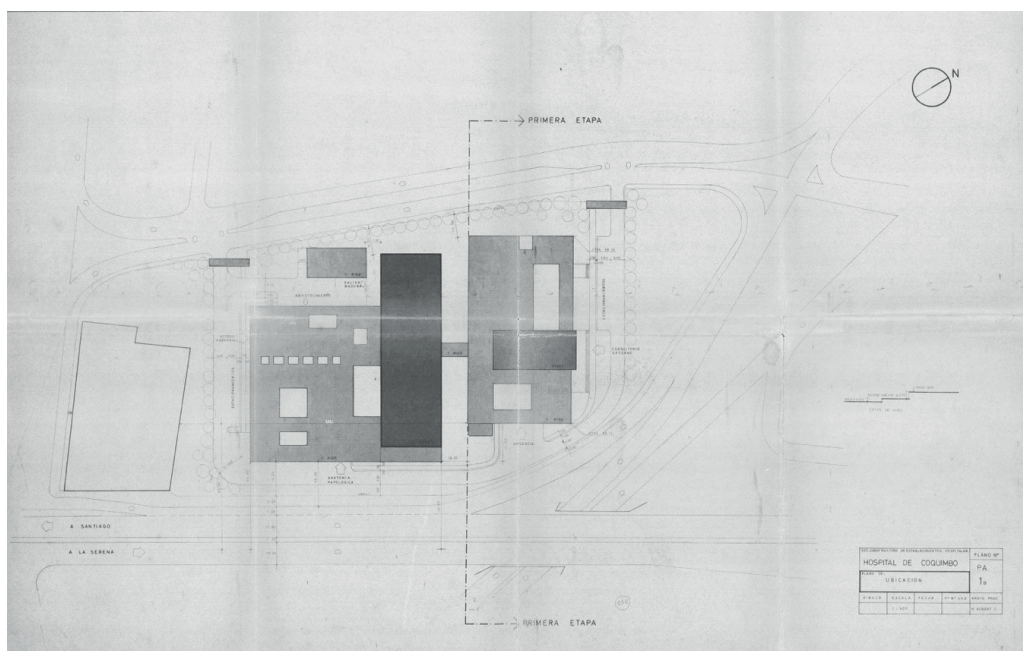


Fig. 1. Propuesta de emplazamiento y etapas para el Hospital de Coquimbo, marzo de 1971, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. Carretera Panamericana con Avenida Nolasco Videla s/n, Coquimbo, Chile, 1970-1976. Colección personal de Logan Leyton.

382Galeno-Ibaceta, Claudio, Horacio Torrent, Úrsula Exss, y Stephane Franck. (2023). “El hospital moderno como proyecto urbano en Chile 1930'-1970'.” En Livro de atas do V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura, editado por Carolina Brasileiro, Daniela Arnaut, José Avelãs, Patricia Ferreira y Paulo Providência. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.

estratégicas y oportunas del nuevo gobierno, con mayores beneficios para la comunidad. La Carretera funcionó como una plataforma mostrar el proyecto, no obstante, el debate público puso en el mapa de la comunidad la dirección política del gobierno. A su vez, posicionó al futuro hospital más grande y moderno de Chile, a la vista de los habitantes que se trasladaban por la conurbación, y de paso, frente a “todos aquellos viajeros que requerían ir de Santiago al norte de país y viceversa”³⁸³.

2. ETAPAS Y ESTRATEGIAS PROYECTUALES

2.1 Consultorio Externo

El 16 de marzo de 1971 se ofició la ceremonia de la primera piedra en el sitio definitivo, e inmediatamente a la construcción de la primera etapa del Hospital. El diseño resolvió la variante local de placa y torre mediante una grilla unificada y altamente elástica para enfrentar los sismos. Esta grilla, compuesta por un solo tipo de pilar y distanciamiento, permitió aplicar las lógicas del mat building, o edificio tapiz: la estructura se extendía horizontalmente por el terreno—incorporando múltiples patios en la placa — antes de verticalizarse en el bloque de la torre. Esta estrategia arquitectónica enfatizó la flexibilidad y el crecimiento futuro, claves para combatir la obsolescencia. Cuatro meses de comenzar la construcción de la primera etapa, el 8 de julio, un terremoto 7.8 con epicentro en Illapel afectó cinco provincias. Aunque altamente destructivo y de características similares al de Talca en 1928 —que impulsó de la ley de Urbanismo y Construcción de 1929—, la obra recién iniciada no sufrió daños. En respuesta, el gobierno promulgó la ley 17.564 creando las Corporaciones de Desarrollo para coordinar los esfuerzos de reconstrucción. Las medidas se detallaron en el Plan de Reconstrucción 1971–1973: de las provincias de Coquimbo, Aconcagua, Santiago, Valparaíso y O'Higgins. Como consecuencia, la SCEH incorporó para su desarrollo los hospitales de Vicuña, Combarbalá e Illapel³⁸⁴.

La placa del Consultorio Externo o primera etapa, de 4.472 m²³⁸⁵, es un rectángulo con dos patios que distribuye sus unidades en dos áreas. El perímetro contempla el Hall de

Acceso, Materno Infantil, Urgencia, Banco de Sangre, Laboratorios, Fisiología, Dental, Tisiología y Estadística. Además, la unidad de Administración en un volumen aislado en el segundo nivel coronando el Hall. El centro de la placa: Farmacia, Radiología y el Área Ambulatoria. Los distintos Box de esta última unidad se organizaban en franjas iluminadas por una secuencia de lucernarios con techumbres de mariposa invertida y orientación alternada.

Resulta relevante señalar cómo la extensión de la placa se aligeraba al alternar entre patios las unidades con requerimiento de independencia y aquellas interdependientes. Por ejemplo, Urgencia se organizaba distanciada mediante un acceso techado propio, configurando el primer patio junto Materno Infantil, Farmacia y Radiología. Tisiología replicaba esta operación: una plataforma de ingreso, coronada por una retícula de vigas abierta al cielo, enmarcaba el acceso al segundo patio. Dicha estructura, junto a los perímetros del Área Ambulatoria, Hall y Dental, lo configuraban. Finalmente, un amplio pasillo central conectaba con la Torre de Hospitalización; sus contornos, el Banco de Sangre y otro reticulado de vigas, en ambos extremos, delimitaban un tercer y cuarto patio adyacentes. El Consultorio Externo se inauguró el 13 de octubre de 1972³⁸⁶.

2.2 Placa de Servicios

Inmediatamente iniciada la construcción del Consultorio Adosado en 1971, la SCEH

383Leyton, Logan. (2022). “The Hotel And The Road: From Singular And The Local Yachting Club To Interconnected And The Continental Pan-American Teodoro Roosevelt Road; A Transformation Of An Anonymous Landscape; 1946-1956.” En 17TH International Docomomo Conference; Modern Design: Social Commitment And Quality Of Life, Proceedings, editado por Carmen Jordá Such et al. València, Spain: Universitat Politècnica de València.

384Chile; Oficina de Planificación Nacional. (1971). Plan de Reconstrucción de las provincias de Coquimbo, Aconcagua, Valparaíso, Santiago y O'Higgins, afectados por el sismo del 8 de julio de 1971. ODEPLAN Serie V, no. 3. Santiago de Chile: ODEPLAN. P. 62-69.

385 Noemí Huerta, Alejandro (1972). Diario de sesión N.º 13 del senado, del 25 de abril de 1972. Chile. P. 714.

386 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P. 72-73.

387Noemí Huerta, Alejandro (1972). Diario de sesión N.º 13 del senado, del 25 de abril de 1972. Chile. P. 714.

contrató la segunda etapa del Hospital con la misma firma adjudicataria de la primera³⁸⁷. La Placa de Servicios, ubicada al sur de la Torre, tenía proporciones cuadradas, cuatro patios, y aproximadamente 6.000m². Reunía una serie de programas diversos. combinó servicios para el personal, la comunidad y de salud. Un amplio pasillo central de acceso del personal cruzaba la placa, organizándola en dos macrozonas y conectándola con la Torre de Hospitalización. El pasillo estaba marcado por perforaciones cuadriláteras abiertas al cielo en su cubierta y superficies homologas con especies vegetales en el suelo. La primera macrozona, al costado izquierdo del pasillo, distribuía los servicios principales de apoyo; en la fachada sur Abastecimiento y, en el extremo opuesto hacia la torre, la Central de Alimentación. El Comedor del Personal se encontraba al centro de ambas unidades, frente a un patio que las vinculaba. La segunda macrozona se organizó en tres zonas. La primera, entre la fachada sur y este, organizaba alrededor de un primer patio un área de beneficios para el personal: Auditorio, Guardería Infantil, Sala de Estar y Sala de Juegos. Adyacente y alrededor de un segundo patio, el Área de la Comunidad, Con Estar, Oficinas, Capilla y acceso propio. La zona se completaba con los Estacionamientos para Ambulancias, cubiertos por la estructura reticulada de la placa. La segunda zona al centro de la placa, comprendía los Vestidores del Personal, conectados al pasillo central, y Anatomía Patológica, con el acceso de deudos por la fachada este. La tercera zona estaba compuesta por algunas dependencias de la Unidad de Cirugía que se extienden fuera del prisma de la Torre y un último patio. La Placa de Servicios se terminó de construir a finales de 1974.

2.3 Torre de Hospitalización

La Torre de Hospitalización, con cinco niveles y aproximadamente 6.600 m², se organizó en tres estratos: Base, Encuentro y Bloque. Esta estratificación y la continuidad compositiva entre la Placa Sur y la Base, a pesar de su independencia estructural, hacen que el alargado bloque horizontal, de casi cien metros de largo, se perciba elevado cuatro niveles sobre estas. El primer estrato, la Base,

albergó las unidades de Cirugía y Parto al oeste, y Central de Esterilización y Lavandería en el ala opuesta. El estrato tres o Bloque de Hospitalización agrupó Gineco-Obstétrica y Pediatría en el primer nivel; Medicina y Cirugía en el segundo; y Traumatología y Otras Especialidades en el último.

El estrato dos es un piso de Encuentro que alberga un programa diferente a los otros dos y, simultáneamente, los individualiza. Este nivel actúa como separador físico entre la Base y el Bloque, a su vez, disocia sus respectivas estrategias compositivas y requerimientos técnicos. El Encuentro entre Bloque y Base es, en efecto, una planta vacía, solo de columnas. Denominado piso mecánico, albergaba los equipos necesarios para sustentar el funcionamiento clínico diferenciado de los estratos superiores e inferiores. La precepción de levedad del Bloque elevado sobre la Base y Placa Sur, por tanto, no responde solo a una dimensión compositiva, arquitectónica o a un desafío estructural, sino a una solución que, gracias a su estratégica ubicación, organiza el funcionamiento técnico con el programático y el estructural con el compositivo arquitectónico.

La resolución compositiva trató elementos funcionales como las cajas de baño y las escaleras de escape como una dimensión arquitectónica. Esta decisión no fue solo funcional, sino un argumento tridimensional. Las cajas de baño, agrupadas pareadas, constituían cuerpos verticales opacos y macizos extruidos del primer plano de fachada, mientras que las escaleras de escape se ubicaron en simetría invertida y diagonalmente opuestas, sobresaliendo en los cabecales del Bloque y retranqueadas respecto del segundo plano de fachada. Estas operaciones opuestas y complementarias —extrusiones de los cuerpos de servicio y circulaciones retranqueadas— establece un tejido volumétrico que caracteriza el prisma del Bloque como una trama reticulada. Sumadas a la percepción de levedad entre Bloque/Placa, Todas estas operaciones evidencian una búsqueda de ambigüedad entre precisión estructural y expresión abstracta, lo cerrado/macizo y lo suspendido/ligero.

La eficacia de la elasticidad estructural fue probada el 13 de marzo de 1975. Un nuevo movimiento telúrico de 6.9 grados, con epicentro frente al puerto de Coquimbo, sacudió la zona: "hubo dos muertos, treinta heridos y cuantiosos daños en edificios públicos y privados"³⁸⁸. En ese mismo momento se habilitaba el servicio de

medicina³⁸⁹, no obstante, el hospital resistió sin daños, comportándose según lo previsto. El terremoto "no trajo mayores problemas al establecimiento que estaba recién terminado"³⁹⁰. La construcción de la segunda etapa terminó al finales de ese año. EL Bloque de Hospitalización y Placa de Servicios se inauguraron el 26 de marzo de 1976³⁹¹.

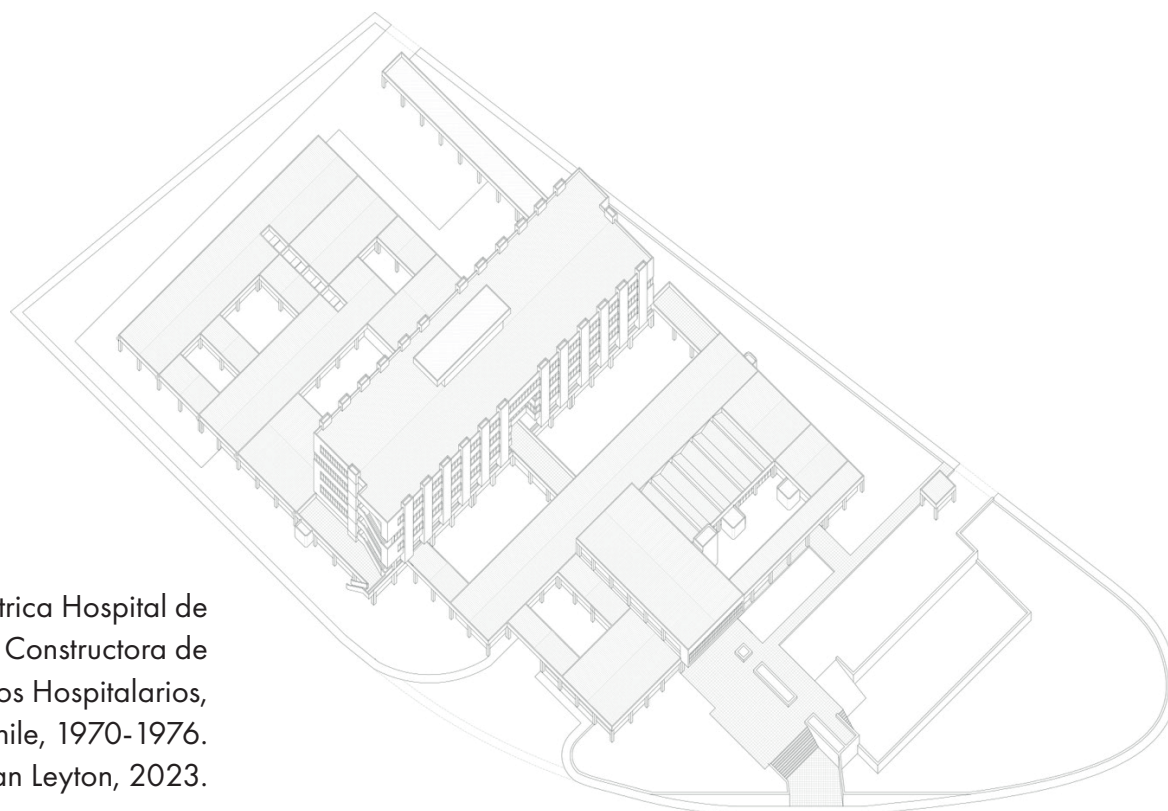


Fig. 2. Axonométrica Hospital de Coquimbo, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, Coquimbo, Chile, 1970-1976. Elaboración Logan Leyton, 2023.

3. OBSOLECENCIA

La historia del diseño de hospitales ha confrontado un desafío central: prevenir la obsolescencia ante la rápida evolución tecnológica. Estrategias como la concepción de "límites de crecimiento"³⁹² y la idea de un edificio "eternamente inacabado"³⁹³, han guiado proyectos pioneros. El arquitecto John Week concluyó que las salas de hospital debían comportarse "como las ramas de un árbol, cada una con la libertad de crecer sin alterar el patrón general"³⁹⁴. El historiador Daniel Abramson ha estudiado como esta lógica condujo a adaptar las naves industriales a edificios de laboratorio y hospitales. El enfoque consistió en la creación de sistemas intersticiales: plantas apiladas y despejadas para albergar espacios programáticos, alternadas con amplios niveles intermedios destinados exclusivamente a instalaciones³⁹⁵. Este principio, aplicado en

el pionero Instituto Salk de Louis Kahn (1959) y el Hospital de Veteranos de San Diego de Charles Luckman (1968), buscaba garantizar que las plantas habitables permanecieran flexibles y despejadas, creando "un espacio

388 Urrutia de Hazbún, Rosa; Lanza Lazcano, Carlos (1993). Catástrofes en Chile: 1541-1992. Chile, Santiago: Editorial La Noria. P. 363.

389 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P. 78.

390 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P. 78.

391 El Día. (1976). El Día. 26 de marzo de 1976. Coquimbo, Chile. P. 1.

392 Abramson, Daniel M. (2016). Obsolescence: an architectural history. Chicago: The University of Chicago Press. PP. 89-90.

393 Ibid.

394 Ibid. P. 69.

395 Ibid. PP. 82-83.

que no se volviera obsoleto”³⁹⁶. Del mismo modo, el uso de grillas modulares se adoptó como una herramienta central para “hacer los edificios expandibles y divisibles”³⁹⁷.

En Chile, la SCEH adoptó las estrategias de diseño flexible desde finales de la década de 1960. El cambio en la composición profesional de la Sociedad se reflejó en la concepción arquitectónica flexible: en hospitales como el Juan Noé en Arica se aplicó el concepto de la arquitectura sistémica y el San Pablo de Coquimbo el uso de grillas tridimensionales, que hubiese permitido seguir expandiendo el edificio, o el uso de pisos mecánicos para instalaciones. El Hospital de Coquimbo se transformó en una prueba crítica de esta elasticidad. Su estructura modular confirió una amplia flexibilidad, tanto física como conceptual, permitiendo: resistir sismos; adaptar el diseño original de San Juan a la nueva ubicación en la Panamericana; facilitar cambios morfológicos y el crecimiento de la propuesta; y consolidar la visión de repetición interna clave para prevenir la obsolescencia programática.

No obstante sus virtudes, el 14 de octubre de 1997 ocurrió un terremoto de magnitud 7.1 con epicentro en Punitaqui, que resultó en “importantes daños”³⁹⁸. Aunque se realizó una reparación que aseguró la integridad estructural, el establecimiento quedó “medianamente operativo”³⁹⁹. La alta elasticidad de la estructura demostró una limitada capacidad de resiliencia ante las consecuencias de los sucesivos sismos de gran intensidad. Si bien el armazón resistía cada sismo sin un colapso total, los amplios movimientos que evitaban su caída generaban daños sistemáticos e irreparables en las subestructuras internas, dejando las instalaciones de soporte vital fuera de servicio. Sumado a la rápida evolución de los estándares técnicos de monitoreo en salud, estos factores impidieron prolongar su funcionamiento clínico. El Hospital siguió operando hasta el terremoto de Coquimbo de 2015 magnitud 8.4, momento en que se tomó la decisión final de demolerlo. Así, una arquitectura concebida contra la obsolescencia funcional sucumbió, finalmente, ante la obsolescencia infraestructural.



Fig. 3. Consultorio Externo y Torre de Hospitalización, Hospital de Coquimbo, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. Carretera Panamericana con Avenida Nolasco Videla s/n, Coquimbo, Chile, 1970-1976. Colección personal de Logan Leyton.

396 Ibid. PP. 82-83.

397 Ibid. P. 65.

398 González Araya, Juan. (2009). Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte. P.83-90.

399Ibid.

4. CONCLUSIONES

La obra del Hospital de Coquimbo abre un campo de estudio crucial conectado a dos ejes. Primero, evidenció el cambio institucional y el éxito del sistema de estrategias proyectuales de la SCEH, que generó una renovación tipológica. Esto dio origen a una familia de al menos seis hospitales que se bifurca en dos genealogías: la primera, marcada por Copiapó y Curicó; y la segunda, descendiente e inaugurada por Coquimbo, que incluye a Ochagavía, Félix Bulnes y San

Antonio. Segundo, la demolición de la estructura en 2015 plantea profundas interrogantes sobre la valoración cultural y patrimonial de la arquitectura moderna hospitalaria. Su análisis no solo permite comprender las decisiones técnicas históricas, sino que también impulsa la reflexión sobre los criterios de conservación de estructuras sanitarias. Estos edificios, aunque dañados, poseen un alto valor documental y técnico, y son capaces de alojar otros usos diferentes a los clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

Abramson, Daniel M. *Obsolescence: An Architectural History*. Chicago: The University of Chicago Press, 2016.

Chile. Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN). *Plan de Reconstrucción de las provincias de Coquimbo, Aconcagua, Valparaíso, Santiago y O'Higgins, afectados por el sismo del 8 de julio de 1971*. ODEPLAN Serie V, no. 3. Santiago de Chile: ODEPLAN, 1971.

El Día. El Día. 26 de marzo de 1976. Coquimbo, Chile.

Galeno-Ibaceta, Claudio. "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama." En *Anais do 13º Seminário Docomomo_Brasil*, editado por José Carlos Huapaya. Salvador, Bahía: Instituto de Arquitetos do Brasil, Departamento da Bahia, 2019.

Galeno-Ibaceta, Claudio, Horacio Torrent, Úrsula Exss, y Stephane Franck. "El hospital moderno como proyecto urbano en Chile 1930'-1970'." En *Livro de atas do V Seminário Internacional de História de Arquitetura Hospitalar: Patrimônio Hospitalar e Paisagens de Cura*, editado por Carolina Brasileiro, Daniela Arnaut, José Avelãs, Patricia Ferreira y Paulo Providência. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2023.

González Araya, Juan. *Historias y vivencias del Hospital San Pablo de Coquimbo*. La Serena, Chile: Gobierno Regional, Editorial Del Norte, 2009.

Huerta, Alejandro Noemí. *Diario de sesión N.º 28 del Senado, del 22 de diciembre de 1969*. Chile, 1969. ——. *Diario de sesión N.º 13 del Senado, del 25 de abril de 1972*. Chile, 1972.

Leyton, Logan. "The Hotel And The Road: From Singular And The Local Yachting Club To Interconnected And The Continental Pan-American Teodoro Roosevelt Road; A Transformation Of An Anonymous Landscape; 1946-1956." En *17th International Docomomo Conference; Modern Design: Social Commitment And Quality Of Life, Proceedings*, editado por Carmen Jordá Such et al. València, Spain: Universitat Politècnica de València, 2022.

Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. "Hospital de Coquimbo, Coquimbo, Departamento de Proyectos, arquitecto Hernán Aubert."

Ciudad y Arquitectura (CA), no. 26 (1980). Santiago, Chile.

Urrutia, Isidora. "Visiones de modernidad: imaginarios de integración nacional en la historia de la ruta 5 en Chile." *ARQ* 114 (agosto 2023): 16–25.

Urrutia de Hazbún, Rosa, y Carlos Lanza Lazcano. *Catástrofes en Chile: 1541-1992*. Santiago de Chile: Editorial La Noria, 1993.

6. BIOGRAFÍA

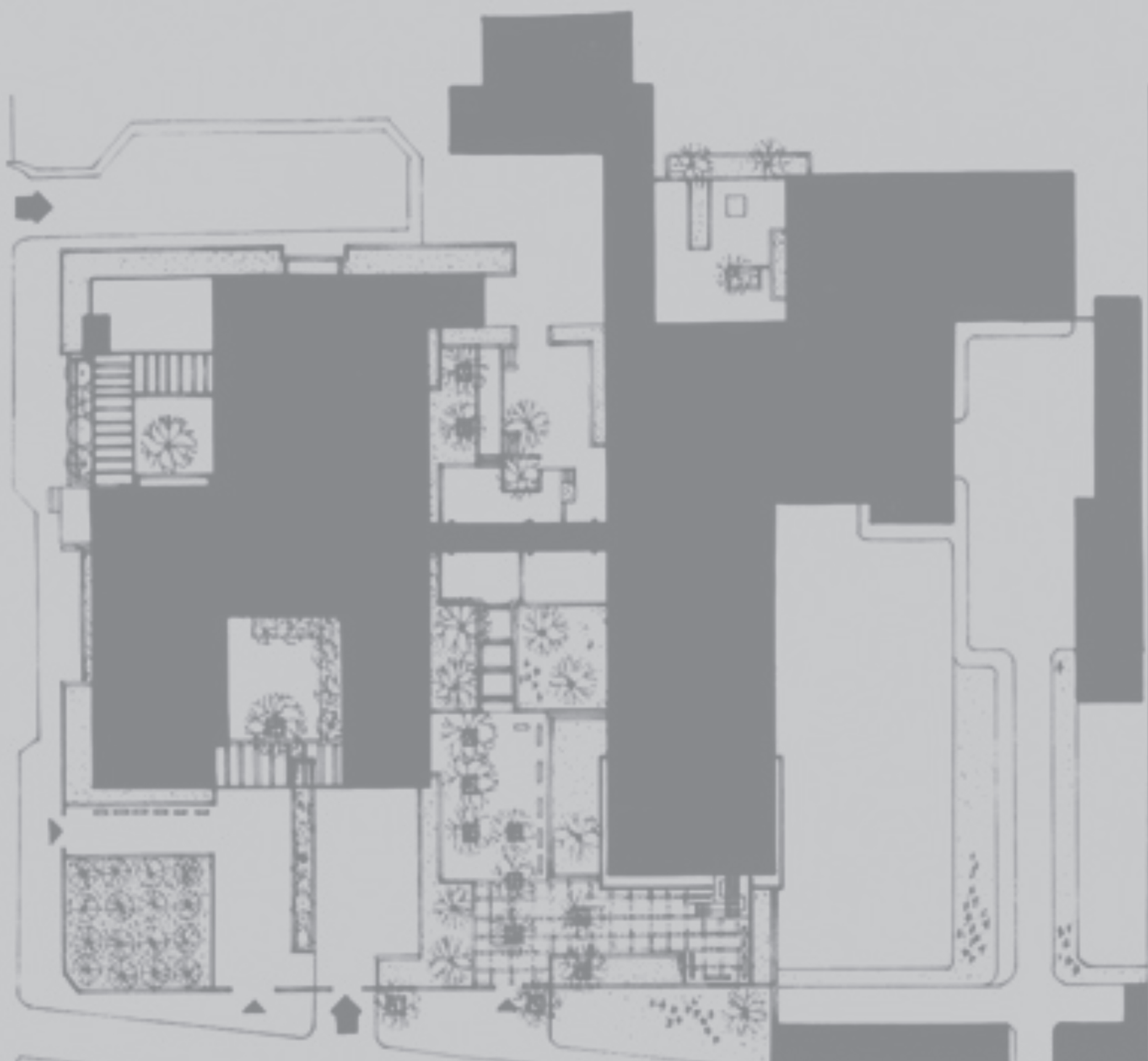
Claudio Galeno-Ibaceta

Arquitecto Universidad Católica del Norte, Master en Historia, Arte, Arquitectura y Ciudad y Doctor en Teoría e Historia de la Arquitectura, ambos por la Universidad Politécnica de Cataluña. Se desarrolla como Director Escuela de Arquitectura de Universidad Católica del Norte, Secretario General Docomomo Chile, Miembro Asociación Iberoamericana de Historia Urbana, Investigador Principal del Núcleo Milenio PatrimonioS / NupatS y Miembro Association of Critical Heritage Studies.

Logan Leyton Ossandon

Licenciado en Arquitectura 2006 y arquitecto 2010 ULS, postgrado en crítica de la arquitectura UC y Magíster en arquitectura por la misma escuela. Miembro de DOCOMOMO Chile e internacional, investigador y docente en la Escuela de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha recibido múltiples premios, entre ellos la Becas de estudios de Magister en Chile y los Fondos de Cultura en investigación 2022 y Creación 2024. Ha dictado conferencias en Ecuador, Argentina, España, México, Londres, Chicago y en diversas escuelas de Arquitecturas de Chile. Actualmente dirige el proyecto de investigación Modernidad Anónima en Chile.

CUERPO



Paisajes terapéuticos: Espacios verdes y bienestar en entornos hospitalarios pediátricos

Gabriela Campari
Universidad de Buenos Aires, Facultad de
Agronomía
gcampari@agro.uba.ar

Agustina Vittar
Universidad de Buenos Aires, Facultad de
Agronomía
avittar@agro.uba.ar

Marisa Gaioli
Hospital de Pediatría Garrahan y Sociedad
Argentina de Pediatría
mgaioli@gmail.com

Silvia Paidón
Hospital de Pediatría Garrahan
silviapaidon@hotmail.com

RESUMEN

Diversas investigaciones destacan los beneficios físicos, emocionales y sociales que los espacios verdes intrahospitalarios generan en su comunidad, integrada por pacientes, familiares y equipos de salud. Estos entornos configuran paisajes terapéuticos, cuya presencia contribuye a humanizar el ambiente hospitalario, favorecer el bienestar integral, mejorar la calidad de vida y transformar el espacio en un lugar de cuidado, vinculación y pertenencia frente a la experiencia de la internación.

Desde esta perspectiva, un equipo del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, valoró positivamente la importancia de contar con patios internos, concebidos como Espacios Verdes Intrahospitalarios (EVI), destinados a ofrecer actividades sensoriales y lúdicas que favorezcan distintos objetivos terapéuticos, promuevan el bienestar emocional, complementen las salas de espera y brinden a su comunidad acceso a espacios al aire libre.

En este marco, el presente trabajo analiza el potencial terapéutico de los patios al aire libre del Hospital, entendidos como dispositivos ambientales orientados al cuidado integral. Para ello, se llevó a cabo una investigación de estudio de caso con enfoque cuanti-cualitativo, que incluyó trabajo de campo mediante observación participante y la realización de encuestas dirigidas a la comunidad

hospitalaria.

Los resultados evidenciaron una alta valoración y uso de estos espacios, especialmente por parte de los pacientes ambulatorios, sus familias y el personal del hospital. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora vinculadas a la incorporación de zonas de descanso confortables y espacios recreativos adecuados para distintas edades. A partir de las evidencias obtenidas, mediante un proceso colaborativo y participativo, se definieron criterios para reacondicionar y refuncionalizar los patios del Hospital Garrahan, con el objetivo de integrar la naturaleza al entorno hospitalario de manera saludable y sostenible, promoviendo el bienestar de su comunidad.

Palabras clave:

Hospitales infantiles, Valoración social, Áreas inclusivas, Patios verdes

1. VALORACIÓN DEL ESPACIO AL AIRE LIBRE DESDE LA SALUD

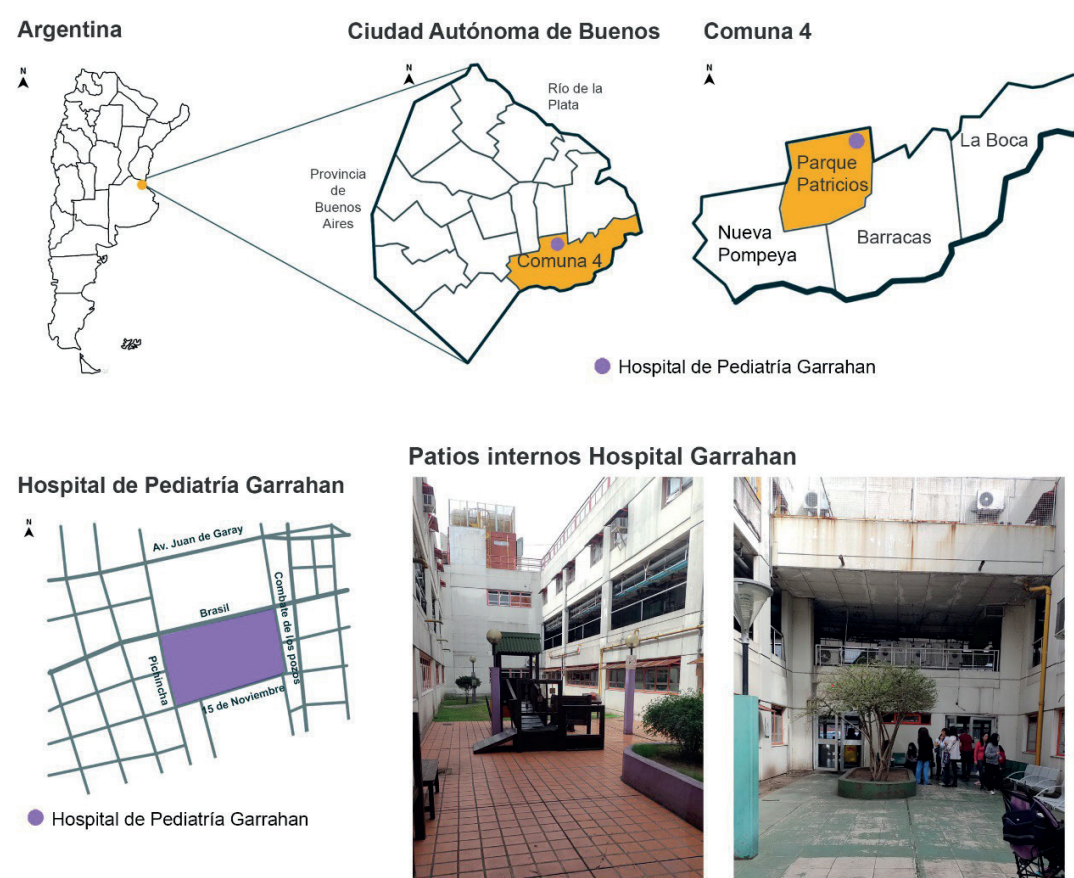
El Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", inaugurado en 1987, se localiza en el barrio de Parque Patricios, perteneciente a la Comuna 4⁴⁰⁰, en el sector sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Esta ciudad, capital de la

400 Situado en la calle Combate de los Pozos 1881 de la CABA.

República Argentina, posee una superficie aproximada de 200 km² y una población cercana a los tres millones de habitantes⁴⁰¹ (Fig. 1). En este contexto urbano, caracterizado por su densidad y diversidad,

el hospital adquiere una relevancia estratégica al ofrecer atención pediátrica especializada de alta complejidad, tanto a residentes locales como a pacientes provenientes de distintas regiones del país.

Figura 1. Ubicación geográfica y vista de los patios. © Elaboración propia.



El proyecto arquitectónico del hospital se originó a partir de un concurso público nacional convocado en 1971 por la Secretaría de Salud Pública ⁴⁰². Fue concebido como una institución sanitaria de gran escala, emplazada sobre un terreno de 9 hectáreas y con una superficie cubierta de 103.000 m². Las bases del diseño se sustentaron en la teoría de la “Arquitectura indeterminada”, formulada por John Weeks en 1965, la cual propone concebir los edificios como sistemas abiertos, flexibles y susceptibles de adaptación. En consonancia con estos principios, el hospital fue diseñado como una estructura horizontal, con capacidad de crecimiento, alta durabilidad y funcionalidad. Se implementó una grilla modular, circulaciones diferenciadas y un corredor central que opera como una calle urbana interior, favoreciendo una organización espacial eficiente y adaptable en el tiempo⁴⁰³.

El Hospital de Pediatría Garrahan brinda atención integral a niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 15 años, y se ha consolidado como un centro de referencia dentro del sistema pediátrico tanto metropolitano como nacional. Su estructura organizativa se fundamenta en el

401 Según INDEC. Cuadro P1-P. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por comuna. Años 2001-2010, la población del distrito alcanza los 2.890.151 habitantes. En: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P_Caba.pdf

402 Autores del Proyecto Arquitectos: Fernando Aftalión, Bernardo Bischof, Jorge Do Porto, María Teresa Egozcue, Beatriz Escudero y Guillermo Vidal. Moderna Buenos Aires “Hospital de Pediatría “Profesor Dr. Juan R. Garrahan”, Accedido el 8 de septiembre de 2025. <https://www.modernabuenosaires.org/obras/20s-a-70s/hospital-de-pediatria-profesor-dr-juan-r-garrahan>

403 EVPP Arquitectos. “Hospital Nacional de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan”. Accedido el 8 de septiembre de 2025. <https://evpp.com.ar/projects/hospital-nacional-de-pediatria-dr-juan-p-garrahan/>

modelo de cuidado centrado en el paciente, el cual promueve la adaptación de los servicios a las necesidades médicas, emocionales y de enfermería en cada etapa del proceso de salud-enfermedad. Este enfoque también contempla la humanización de los espacios destinados a la asistencia y recuperación, reconociendo el impacto del entorno físico en el bienestar de los pacientes.

En este contexto, el equipo interdisciplinario de trabajadores desempeña un papel fundamental no solo en la provisión de atención especializada, sino también en la construcción de ambientes más sensibles, saludables y humanizados. La incorporación de Espacios Verdes Intrahospitalarios (EVI) responde a esta visión integral del cuidado, y surgió como una estrategia para abordar diversas necesidades, particularmente evidenciadas en el período previo, durante y posterior a la pandemia de COVID-19. La experiencia acumulada en la atención de pacientes pediátricos y sus familias, junto con la evidencia del impacto físico y emocional que generan las internaciones prolongadas, ha puesto en relieve la necesidad de incorporar espacios que contribuyan a mejorar la calidad del entorno hospitalario. En particular, se destaca la importancia de áreas que permitan aliviar la congestión en salas de espera, ofrecer actividades lúdicas y sensoriales adaptadas a las distintas edades, y facilitar el acceso al aire libre y al contacto directo con la naturaleza.

Estas estrategias no solo promueven la recuperación física, sino que resultan esenciales para el bienestar emocional de los pacientes, un componente clave en los procesos terapéuticos pediátricos. Diversos estudios y observaciones clínicas han demostrado que, incluso durante la hospitalización, los niños manifiestan una clara preferencia por los entornos abiertos, no solo por sus cualidades estéticas, sino por las oportunidades que brindan para el juego y la realización de actividades placenteras⁴⁰⁴. En este sentido, los jardines hospitalarios han comenzado a recuperar protagonismo como parte integral del diseño sanitario. La incorporación de elementos

naturales en los espacios de atención ha evidenciado beneficios concretos, como la aceleración de los tiempos de recuperación, la reducción de la duración de las internaciones y una menor necesidad de medicación en habitaciones que cuentan con vistas a áreas verdes⁴⁰⁵.

Los Espacios Verdes Intrahospitalarios (EVI) constituyen un recurso de alto valor para el personal de salud, especialmente en contextos marcados por la exigencia constante y la sobrecarga emocional. La disponibilidad de áreas destinadas al descanso, la respiración de aire puro o la desconexión momentánea resulta fundamental para preservar el bienestar de quienes ejercen funciones asistenciales, contribuyendo además a mejorar el clima laboral. En relación con los acompañantes, es importante considerar que el hospital no representa un entorno natural; por ello, un diseño humanizado, centrado en las necesidades de los niños, sus familias y el equipo de salud, favorece una experiencia de internación más cercana, familiar y efectiva⁴⁰⁶.

Lejos de cumplir una función meramente ornamental, los EVI operan como verdaderas herramientas terapéuticas. Diversos estudios han demostrado que ciertos entornos naturales pueden incidir positivamente en la recuperación de parámetros psicoemocionales y fisiológicos alterados por situaciones de enfermedad, al reducir los niveles de estrés ⁴⁰⁷, mejorar el estado de ánimo, fortalecer el vínculo con el entorno y

404Louv, Richard. *Last Child in the Woods: Saving Our Children From Nature-Deficit Disorder*. New York: Algonquin Books of Chapel Hill, 2005.

405Cáceres Guido P., Varela B.G., Bach H.G., et al. "Green spaces in a tertiary care children's hospital: Benefits, taxonomic survey and perspective." *Arch Argent Pediatr* 2018;116(2): 267-272.

406Serradas, M. *Hacia la humanización de los servicios de atención de niños en hospitales*. *Revista Estudios Psicológicos* (2022). Vol. 2, Núm.4: 99-108.

407Ulrich Roger. S. "Effects of gardens on health outcomes: Theory and research". En: *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, editado por Clare Cooper Marcus & Marni Barnes, 27-86. USA: Wiley, 1999.

facilitar los procesos de rehabilitación. En este sentido, la incorporación del denominado “Principio de la Naturaleza”⁴⁰⁸ orienta la puesta en valor y refuncionalización de estos espacios, reconociendo su potencial sanador. Así, los patios intrahospitalarios se consolidan como espacios vivos, compartidos y significativos, que benefician a su comunidad: pacientes internados y ambulatorios, acompañantes y equipos de salud. Su apropiación por parte de los usuarios implica reconocer el valor de las prácticas y experiencias que allí se desarrollan, y atender a las necesidades emergentes del uso cotidiano de estos entornos⁴⁰⁹.

2. PERCEPCIONES COMUNITARIAS DEL VERDE HOSPITALARIO

Con el propósito de revalorizar de manera saludable y sostenible los espacios al aire libre intrahospitalarios, se desarrolló una propuesta de puesta en valor basada en sus usos potenciales y beneficios para pacientes, acompañantes y personal del Hospital Garrahan. En una primera etapa, se realizó un análisis empírico mediante una observación participante sobre 27 patios identificados en la planta general de la institución, de un total de 32 existentes ⁴¹⁰. Los recorridos permitieron caracterizar cada patio según diversos criterios: funciones de los espacios perimetrales -consultorios, pasillos, laboratorios, entre otros-, tipo de acceso, cobertura superficial -vegetación natural como césped o materiales como baldosas y concreto-, mobiliario disponible, ubicación de ejemplares vegetales y actividades observadas.

Complementariamente, se llevó a cabo un sondeo de opinión dirigido a la comunidad hospitalaria, mediante un cuestionario diseñado en línea con los conceptos metodológicos de Duverger⁴¹¹. El instrumento incluyó cuatro preguntas, con opciones de respuesta cerradas y abiertas, orientadas a indagar los siguientes aspectos:

- a.Vínculo del encuestado con el Hospital;
- b.Percepción sobre la necesidad de contar

- con patios al aire libre, considerando la existencia de algunos de estos espacios;
- c.Uso actual de los patios, especificando los fines en caso afirmativo o los motivos de no utilización en caso negativo;
- d.Aspectos que los encuestados desearían mejorar en dichos espacios.

La encuesta fue respondida por un total de 196 personas, distribuidas en tres grupos: 50 acompañantes y adolescentes presentes en salas de espera (26,15%), 39 acompañantes de pacientes internados (18,97%) y 107 integrantes del personal del Hospital Garrahan (54,87%). La recolección de datos se llevó a cabo mediante un formulario digital, aplicado tanto de manera presencial como a través de una plataforma en línea. Entre los principales hallazgos, se destaca un consenso significativo respecto a la importancia de contar con patios al aire libre en el ámbito hospitalario: el 96,48% de los encuestados consideró que estos espacios son necesarios. Además, se observó un uso frecuente de los patios por parte del personal de la salud (68,75%), acompañantes de los pacientes ambulatorios (58,82%) y de los internados (28,58%) (Fig. 2).

408 Louv, Richard. Naturaleza y salud. Argentina: Gredos, 2023.

409 Campari, Gabriela. Paisajes Sensibles: Subjetividades, salud y patrimonio en el espacio verde intrahospitalario. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Prometeo, 2018.

410 Cinco patios del total corresponden a sectores específicos: cuatro vinculados a rampas y al área de comedor que no se han tomado en cuenta.

411 Duverger, Maurice. Métodos de las Ciencias Sociales. Barcelona: Ariel Sociología, 1996.

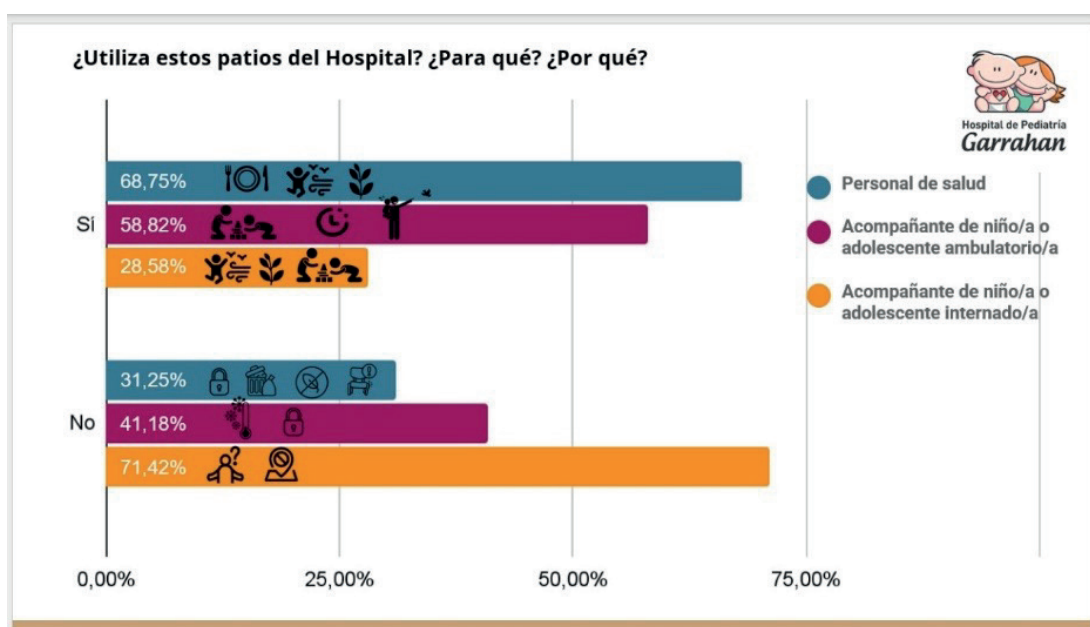


Figura 2. Resultados del uso de los patios intrahospitalarios. © Elaboración propia.

Los usos más mencionados por el personal incluyeron actividades como comer, respirar aire puro y establecer contacto con el entorno natural. En el caso de los acompañantes y pacientes ambulatorios, los patios fueron utilizados principalmente para jugar, esperar y observar la naturaleza. Respecto a quienes manifestaron no utilizar estos espacios, el 31,25% del personal indicó como causas la falta de mantenimiento -espacios cerrados, sucios, sin vegetación o con mobiliario deteriorado-. Por su parte, el 41,18% de los acompañantes atribuyó la no utilización a condiciones climáticas adversas o al cierre de los patios. Finalmente, entre los pacientes internados, el 71,42% señaló como principales obstáculos el desconocimiento de la existencia de estos espacios o la imposibilidad de desplazarse hasta ellos. Las propuestas de mejora para los espacios verdes intrahospitalarios reflejan las distintas necesidades según los perfiles de usuarios. En el caso de los adultos, se destaca la demanda de mesas y asientos cómodos, mayor presencia de vegetación, mejor iluminación, zonas de sombra, mantenimiento adecuado y accesibilidad mejorada. Los niños ambulatorios expresaron interés por contar con más juegos en buen estado, adecuados a diferentes edades, y espacios que favorezcan el contacto con la naturaleza. Los adolescentes ambulatorios, por su parte, valoran la incorporación de mobiliario confortable, juegos apropiados para su edad, áreas verdes y actividades vinculadas a la tecnología. En cuanto a los niños internados, se subraya la necesidad de espacios seguros para tomar aire y sol,

juegos de mesa e ingenio, vistas agradables y murales que enriquezcan el entorno. Finalmente, los adolescentes internados manifestaron interés en disponer de mesas cómodas, talleres al aire libre, puntos de carga para dispositivos electrónicos, espacios de encuentro con pares y mejoras en las vistas desde sus áreas de internación.

3. ABORDAJE PROYECTUAL DEL ESPACIO VERDE INTRAHOSPITALARIO

Cabe destacar que los mecanismos de consulta y diálogo con la comunidad hospitalaria tienden a fortalecerse en espacios de proximidad, como los patios intrahospitalarios. En estos ámbitos, las personas usuarias expresan dimensiones afectivas —deseos, intereses, valores— y formas de apropiación vinculadas a la calidad de vida. Promover el debate reflexivo sobre estos espacios al aire libre permite visibilizar debilidades, diferencias y desafíos que atraviesan a la comunidad hospitalaria, habilitando la formulación de políticas públicas locales más sensibles y contextualizadas.

Desde una perspectiva socioespacial, se indaga la dinámica de uso de los patios, atendiendo no sólo a quiénes los utilizan, sino también a cómo los experimentan. Se evita concebir a las personas usuarias como un colectivo homogéneo, reconociendo en cambio la singularidad de sus vivencias. En este sentido, se propone contemplar las percepciones de la comunidad como insumos estratégicos. A partir de esta aproximación, se delinean lineamientos generales para la

planificación y gestión de estos espacios:

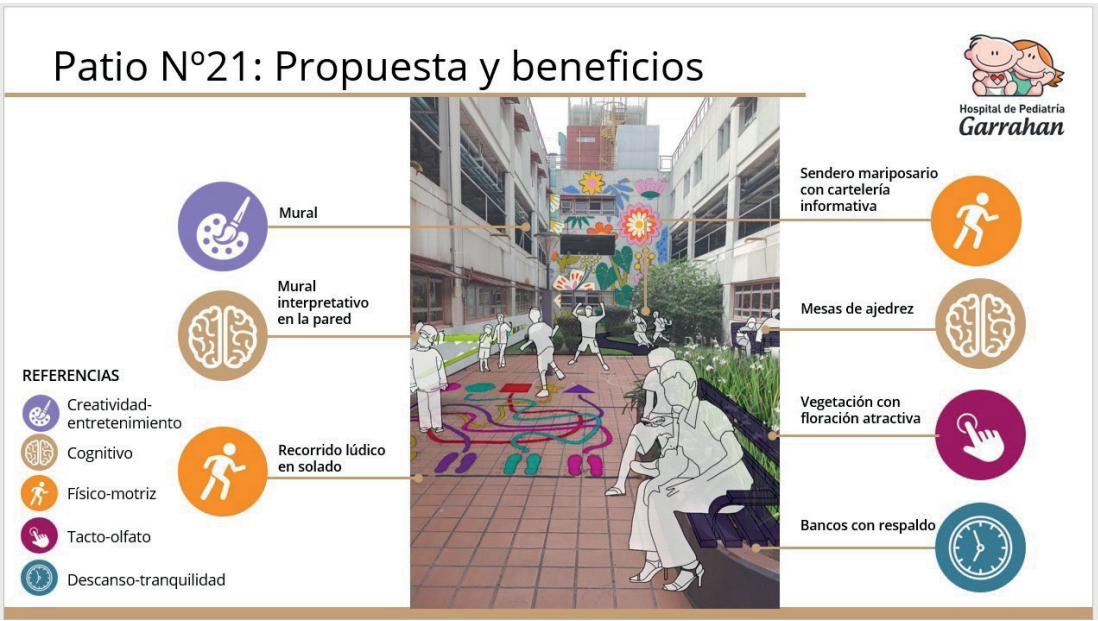
- Fomentar el uso inclusivo por parte de toda la comunidad hospitalaria, considerando la diversidad de edades, condiciones físicas y necesidades emocionales.
- Diseñar espacios integrales, que contemplen tanto actividades pasivas (descanso, contemplación) como activas (juego, interacción).
- Impulsar nuevas formas de apropiación, a través del arte, el juego, la vegetación y la estimulación sensorial (Fig. 3).

En particular, un enfoque de valoración infantil se torna indispensable para el diseño de patios destinados a infancias y adolescencias, reconociendo que las

características específicas de cada espacio enriquecen su función lúdica. Se destacan tres dimensiones rectoras:

- Posibilidades de juego: libre o dirigido; activo (trepar, deslizarse) o pasivo (crear, imaginar); individual o grupal, adaptado a distintas edades y condiciones.
- Presencia vegetal: abundante, escasa o nula; diversidad de especies (árboles, césped, herbáceas); y grado de interacción posible (manipulación, juego).
- Experiencia sensorial: visual (arte, vegetación), sonora (juegos musicales, sonidos naturales), olfativa (plantas aromáticas, flores) y táctil (texturas variadas).

Figura 3.
Lineamientos
proyectuales del
EVI.
© Elaboración
propia.



En suma, el abordaje integral de los patios intrahospitalarios como espacios socioafectivos y terapéuticos permite avanzar hacia modelos de atención más humanizados, donde el entorno físico se convierte en parte activa del cuidado. Este enfoque no sólo aporta a la mejora de la calidad de vida hospitalaria, sino que también ofrece herramientas para el diseño participativo y la gestión sostenible de infraestructura verde en salud.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La revalorización de los patios hospitalarios como espacios terapéuticos constituye una estrategia eficaz para integrar la naturaleza al entorno asistencial y promover una

experiencia más humana, saludable y sostenible.

Estos espacios impactan positivamente en la salud física y emocional de pacientes, acompañantes y personal de salud, consolidándose como componentes esenciales del bienestar integral. Su implementación enfrenta desafíos estructurales, como la falta de financiamiento específico y la ausencia de políticas públicas que reconozcan el valor de los Espacios Verdes Intrahospitalarios (EVI) en el diseño sanitario.

La participación activa de la comunidad hospitalaria ha sido clave para identificar necesidades y enriquecer el abordaje proyectual, incorporando las voces de

quienes habitan o transitan estos espacios. El diseño de los EVI debe contemplar criterios de accesibilidad, confort y diversidad funcional, articulando elementos como mobiliario, vegetación, iluminación y distribución espacial para favorecer el uso simultáneo por distintos grupos. Estos espacios deben facilitar el encuentro, la socialización y el cuidado, adaptándose a

distintos momentos del día y del año, mediante equipamientos que promuevan la autonomía y el bienestar. En conjunto, los patios hospitalarios se consolidan como paisajes terapéuticos capaces de transformar el entorno pediátrico en un espacio de cuidado integral, donde la naturaleza y el vínculo humano se entrelazan como pilares del proceso asistencial.

5. REFERENCIAS

Cáceres Guido P., Varela B.G., Bach H.G., et al. "Green spaces in a tertiary care children's hospital: Benefits, taxonomic survey and perspective." *Arch Argent Pediatr* 2018;116(2): 267-272. Accedido el 2 de agosto de 2025.
https://sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/2018_116_2.pdf#page=285

Campari, Gabriela. Paisajes Sensibles: Subjetividades, salud y patrimonio en el espacio verde intrahospitalario. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Prometeo, 2018.

Duverger, Maurice. Métodos de las Ciencias Sociales. Barcelona: Ariel Sociología, 1996.
EVPP Arquitectos. "Hospital Nacional de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan". Accedido el 8 de septiembre de 2025.
<https://evpp.com.ar/projects/hospital-nacional-de-pediatria-dr-juan-p-garrahan/>

INDEC. Cuadro P1-P. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por comuna. Años 2001-2010, la población del distrito alcanza los 2.890.151 habitantes. En:

INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Accedido el 2 de agosto de 2025.
http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P_Caba.pdf

Moderna Buenos Aires. "Hospital de Pediatría "Profesor Dr. Juan R. Garrahan"". Accedido el 8 de septiembre de 2025.
<https://www.modernabuenosaires.org/obras/20s-a-70s/hospital-de-pediatria-profesor-dr-juan-r-garrahan>
Louv, Richard. Last Child in the Woods: Saving Our Children From Nature-Deficit Disorder. New York: Algonquin Books of Chapel Hill, 2005.

Louv, Richard. Naturaleza y salud. Argentina: Gredos, 2023.

Serradas, M. "Hacia la humanización de los servicios de atención de niños en hospitales". *Revista Estudios Psicológicos* (2022). Vol. 2, Núm.4: 99-108. Accedido el 2 de agosto de 2025. DOI:
<https://doi.org/10.35622/j.rep.2022.04.008>

Ulrich, Roger. S. "Effects of gardens on health outcomes: Theory and research". En: *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, editado por Clare Cooper Marcus & Marni Barnes, 27-86. USA: Wiley, 1999.

BIOGRAFÍA

Gabriela Campari

Doctora en Ciencias Sociales, Licenciada en Planificación y Diseño del Paisaje y Especialista en Docencia en Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Dirige la Maestría en Paisaje Urbano. (UBA). Profesora e investigadora en la Facultad de Agronomía y Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Su trabajo se centra en el estudio del paisaje público urbano, sus prácticas, representaciones y gestión. Dirige proyectos de investigación, tesis de grado y posgrado, y formación de becarios/as. Es miembro de la Red Latinoamericana de Investigadores de Hospitales (UNAM) y autora del libro Paisajes sensibles (Prometeo), además de múltiples artículos científicos sobre salud, subjetividad y patrimonio en espacios verdes hospitalarios.

Agustina Vittar

Licenciada en Planificación y Diseño del Paisaje y Maestranda en Paisaje Urbano en la Universidad de Buenos Aires. Es Ayudante docente en la asignatura Geografía de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (UBA) de la cátedra Campari. Su línea de investigación se centra en los paisajes lúdicos urbanos y la participación social en la construcción de espacios verdes públicos. Ha participado en proyectos científicos y sociales relacionados con el diseño y uso de áreas verdes en la Ciudad de Buenos Aires, con especial atención a los espacios de juego infantil. Cuenta con varias publicaciones académicas en el campo del paisaje urbano y la infancia.

Marisa Gaioli

Pediatra del Equipo de Trasplante cardíaco del Hospital Garrahan. Especialista en Salud Infantil y Ambiente de la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora de la Unidad Pediátrica Ambiental Garrahan. Secretaria del Comité Nacional de Salud Infantil y Ambiente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Silvia Paidón

Trabaja en el Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" desde 1987, en el Servicio de Radioterapia. Técnica Física en Radioterapia, formada en la Comisión Nacional de Energía Atómica. Realizó un Posgrado en Ambiente y Desarrollo Sustentable en la UCA. Integra la Unidad Pediátrica Ambiental Garrahan, donde participa en proyectos de concientización y en la docencia del curso transversal de salud ambiental. Se formó como Guía de Baños de Bosque en Forest Therapy Hub. Colabora en iniciativas comunitarias y en la Sociedad Argentina de Pediatría, promoviendo la integración de salud, ambiente y naturaleza.

Ruta Aséptica, el Cuidado Humano a través del Recorrido Hospitalario Moderno⁴¹²

Valentin Roco-Sandoval
Escuela de Arquitectura, Universidad Católica
del Norte
vrocosandoval@gmail.com

RESUMEN

La presente investigación que conforma parte una tesis de maestría analiza la arquitectura hospitalaria moderna en Chile a partir del concepto de “ruta aséptica”, entendido no solo como un protocolo sanitario, sino como una herramienta espacial que estructura la experiencia del paciente a lo largo de su tránsito por el edificio. A través del estudio del Hospital Dr. Juan Noé de Arica, se examina cómo el diseño arquitectónico puede influir activamente en el bienestar físico, psicológico y social del usuario, articulando principios de funcionalidad, eficiencia y flexibilidad con una dimensión profundamente humana del espacio. El trabajo utiliza una metodología basada en análisis de caso, levantamiento planimétrico, revisión de fuentes primarias digitalizadas, y observaciones críticas. Se exploran estrategias espaciales que permiten transiciones fluidas desde lo público a lo privado y su interrelación, incluyendo jardines, espejos de agua, patios interiores y sistemas de circulación diferenciados para pacientes y servicios. Estas configuraciones reflejan una preocupación por el entorno curativo, donde el recorrido adquiere una dimensión perceptiva, casi narrativa, que busca activar sensaciones de calma, confianza y orientación. Los hallazgos destacan cómo el diseño del hospital, la incorporación de elementos arquitectónicos y naturales, y la relación visual constante con el exterior contribuyen a desestructurar la rigidez del hospital moderno tradicional. Así, la arquitectura se posiciona como un medio activo de cuidado, en el que cada decisión espacial influye en la salud integral del paciente. En síntesis, esta investigación releva el desarrollo y potencial de la arquitectura hospitalaria modernista para generar entornos sensibles y estimulantes, aportando a los

debates contemporáneos sobre salud, diseño y experiencia humana en espacios clínicos.

Palabras clave:

Espacialidad, modernidad, hospitales, recorrido, asepsia

1. ESPACIO PARA LA SALUD Y EL CONCEPTO DE RUTA ASÉPTICA COMO RECORRIDO ARQUITECTÓNICO EN EL HOSPITAL MODERNO

En el siguiente análisis se abordará la aplicación de los principios propuestos por Paul Nelson desde lo “funcional, la eficiencia, flexibilidad, asepsia”, y por Tedeschi, sobre el uso y aspectos del espacio “físico, psicológico y social” mismos que en 1946 fueron enunciados, por primera vez en la carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud como conceptos que definen la salud humana⁴¹³. Por otra parte, el concepto “ruta aséptica”, que articula los temas arquitectónicos y hospitalarios, es abordado desde lo definido por uno de los autores del Hospital Regional de Antofagasta, Hernán Aubert, como el movimiento del enfermo desde el ingreso, a su examinación, hospitalización y finalmente si salía vivo o muerto, concluyendo que este proceso espacial, era una especie de

⁴¹²El presente artículo se enmarca en la investigación desarrollada en la tesis de magíster del autor.

⁴¹³Organización Mundial de la Salud, “Constitución Organización Mundial de la Salud. (New York: Organización Mundial de la Salud, 1948), 2.

“recorrido arquitectónico”⁴¹⁴. El estudio se limitará únicamente al programa de atención más abierta, área ambulatoria, consultorio, urgencias y demás áreas relacionadas exteriores.

La interpretación psicológica, en este sentido estará estimada desde el punto de vista de autores como Enrico Tedeschi, y su reflexión sobre la espacialidad física, en razón a la ubicación del edificio y del uso que le corresponde, los aspectos dinámicos del edificio, destacando que existen situaciones históricas, psicológicas y de hábito que influyen en la valoración de una dimensión; y de arquitectos como Riley Abram que, al analizar las obras de Paul Nelson, señala lo siguiente:

Como destaca el Dr. Bridgeman⁴¹⁵ en un artículo sobre el hospital de Saint-Lô, 2 “las formas, las proporciones, la policromía juegan un papel decisivo en la creación de la atmósfera”, dando al hospital un “sentimiento personal” que intuitivamente se intuye como un signo de “relajación”, de “confianza en la vida”, de “dinamismo”. Bridgeman también señala que la claridad conceptual del hospital deriva de la forma en que se expresan las cuatro funciones esenciales del hospital; Nelson las distingue claramente al vincularlas una con otra.⁴¹⁶

A continuación, se busca entregar una mirada más vinculada con la arquitectura y su configuración tanto espacial como funcional, pero en función del recorrido del paciente y a lo que este se enfrenta desde su posición como observador y ser sintiente perceptivo al momento de integrarse al edificio, sus escalas y relaciones espaciales interiores y exteriores. Tedeschi expresa el alto valor psicológico que comprenden las vistas exteriores al edificio. Estas dependen en primer término del lugar en que está situado el edificio y en segundo término de la capacidad del arquitecto para utilizarlas en el proyecto, en todos los casos el proyecto estará influido por este hecho de interés psicológico. En ocasiones el mismo edificio se ve determinado por el deseo de mirar hacia afuera, si el paisaje natural donde se ubica posee gran belleza, pero en otras, está el

caso de que el arquitecto pueda dar prueba de su sensibilidad haciendo que las visuales varíen de punto a punto en el edificio, enriqueciendo las vistas con elementos plásticos, permitiendo al observado una experiencia diferente a las de cuando se encuentra fuera del edificio⁴¹⁷. Este último punto será el eje fundamental dentro del siguiente análisis.

2. EL CASO DEL HOSPITAL DR. JUAN NOÉ DE ARICA

El caso de Arica corresponde a la llamada “ampliación” de 1967 del preexistente Hospital Juan Noé de 1945, la cual destaca por su tipología sistémica, desarrollada en la década de 1960 como solución funcional flexible a las condiciones dinámicas del cambio mediante la adición y la alteración. El proyecto diseñado por Eduardo Vásquez Luco en el Subdepartamento de Arquitectura del Servicio Nacional de Salud (SNS)⁴¹⁸, es destacable, ya que demuestra la capacidad y actualización de los arquitectos al manejo de los debates sobre las configuraciones formales más recientes. En paralelo a esto las preocupaciones sobre la atención centrada en el paciente resurgieron con fuerza,

⁴¹⁴Claudio Galeno, “La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno: Tocopilla, 1937-40, y Antofagasta, 1957-66” en Actas 8° Docomomo Brasil ed. Docomomo Brasil (Rio de Janeiro: Docomomo Brasil, 2009), 1-19.

⁴¹⁵El artículo mencionado por Abram corresponde al n°70 de la revista L’Architecture d’Aujourd’hui, y fue citado con algunos errores: a) El Dr. Bridgeman en realidad firma como Dr. Bridgman; b) fue publicado en febrero de 1957, no en 1956; c) el artículo ocupa las páginas del 50 al 55, no la página 75.

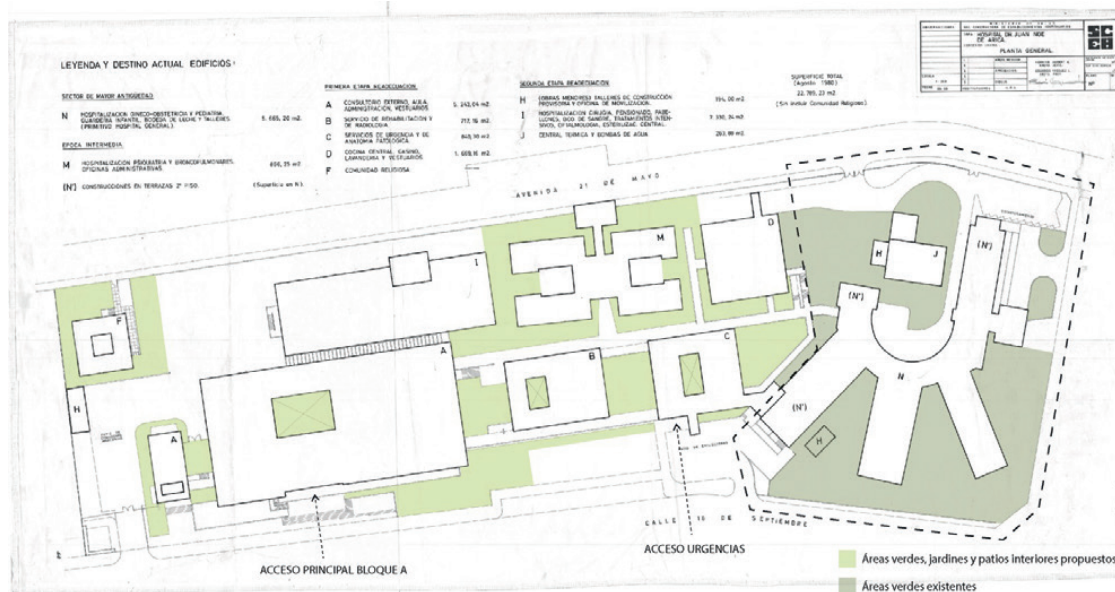
⁴¹⁶Riley Abram, The Filter of Reason: Work of Paul Nelson (New York: Rizzoli International Publications, 1990), 134.

⁴¹⁷Enrico Tedeschi, teoría de la Arquitectura (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1969), 88.

⁴¹⁸Vásquez a fines 1967 pasaría a formar parte del Departamento de Estudios y Proyectos de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, ente que se encargarían del diseño de estos edificios.

En términos generales el hospital se compone a modo de “conjunto” o ciudadela que se despliega en el territorio, diferente al planteamiento tradicional de bloque hospitalario. Su tipología de sistema o

Figura 1: Eduardo Vázquez, Hospital Dr. Juan Noe, Arica, Chile, 1967. Plano de distribución programática y volumétrica. En verde jardines y áreas verdes, propuestos y otros existentes, dentro de líneas segmentadas el edificio preexistente. UPCS, Ministerio de Salud, digitalizado para Fondecyt 11180673. Valentin Roco (elaboración propia).



Una vez dentro del consultorio o bloque "A", se llega a un espacio que articula y organiza

el recorrido con las diferentes áreas, descrito en los planos como “hall de choque” el que se encuentra en primera instancia con un área de estadística encargada de proceder al paciente a su área respectiva (ver fig. 2). Hacia el lado este se encuentra la sala de espera de maternidad señalada como “consultorio materno infantil”, la espera de unos 9 por 15 metros está configurada por un vacío que permite el ingreso cenital de luz natural, un espejo de agua que entra desde el exterior por debajo del muro suspendido, que además da privacidad al espacio, y una pequeña área verde ubicada bajo el vacío, de la cual se proyecta un único árbol (ver fig. 2), construyen lo que Nelson denomina “un lugar optimista que sirva para restablecer la salud, creando una relación psicológica favorable para el paciente.”⁴²¹. El diseño y

Riley Abram, *The Filter of Reason: Work of Paul Nelson* (New York: Rizzoli International Publications, 1990), 132.

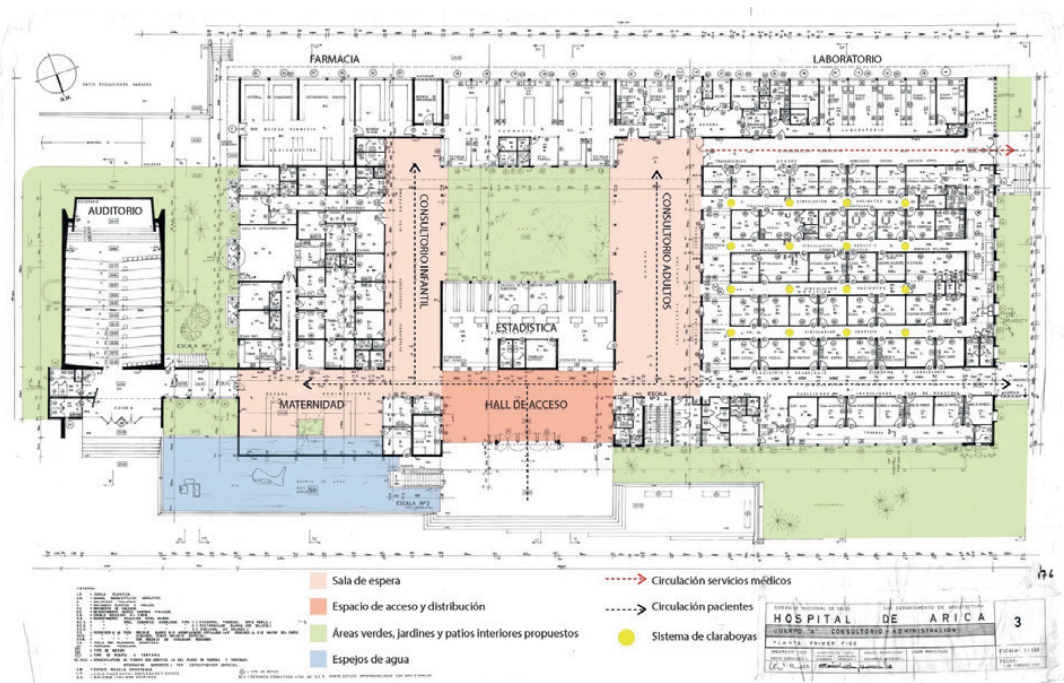
configuración espacial, la combinación de elementos naturales (agua, vegetación y luz) junto a las formas arquitectónicas, considerando aspectos no únicamente climáticos, dan cuenta de cómo las nuevas ideas emergentes para un nuevo hospital moderno, enfocado en el paciente y sus aspectos no únicamente físicos, sino que también psicológicos y sociales, se hacen presente. Por otra parte, es interesante el tratamiento para acceder al área de administración ubicada sobre el consultorio, ya que, además de poseer una conexión interior, también es posible acceder desde el exterior a través de una escalera la que conecta con pasillo abalconado y consiguiente con dicha área (ver fig.1 y 2) 422.

La configuración de las diferentes salas de espera en el programa ambulatorio (consultorio) es muy similar entre sí, es decir, espacios dispuestos en torno al mismo patio interior ajardinado que se encuentra bajo el nivel de piso terminado, lo que otorga mayor altura y dimensión a este espacio, siendo un importante núcleo de luz y vegetación. El

largo y ancho del patio jardín interior es de 17,3 por 11,8 metros, dimensiones comparables a las del auditorio, lo que revela la importancia de estos espacios en el diseño arquitectónico. La altura, por otra parte, comprende un solo nivel, por lo que desde el piso del consultorio alcanza solo los 3,4 metros de altura, mientras que desde el piso del jardín (hundido) alcanza unos 4,15 metros en total. Esto permite el ingreso de un gran volumen de luz natural además de la vista hacia el cielo y da mayor relevancia a la vegetación interior.

Sobre lo anterior Tedeschi se refiere a los aspectos de la naturaleza como elementos paisajísticos ligados al diseño de jardines. Este paisajismo busca responder a ciertos gustos, en este caso modernos y que se conecten armoniosamente con los edificios⁴²³ enriqueciendo su plasticidad de forma y color. En el hospital Juan Noé podemos observar esta disposición de jardines bien tratados no únicamente en los espacios interiores, sino que también en exteriores, perimetrales al edificio.

Fig. 2: Figura 57:
Eduardo Vásquez,
Hospital Dr. Juan Noe,
Arica, Chile, 1967. Plano
planta primer piso; A la
izquierda maternidad, a
derecha consulta adulto.
UPCS, Ministerio de
Salud, digitalizado para
Fondecyt 11180673.
Valentin Roco
(elaboración propia).



421 Riley Abram, *The Filter of Reason: Work of Paul Nelson* (New York: Rizzoli International Publications, 1990), 132.

422En fig. 1 ver el área de acceso del bloque A.

423Enrico Tedeschi, *Teoría de la Arquitectura* (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1969), 34.

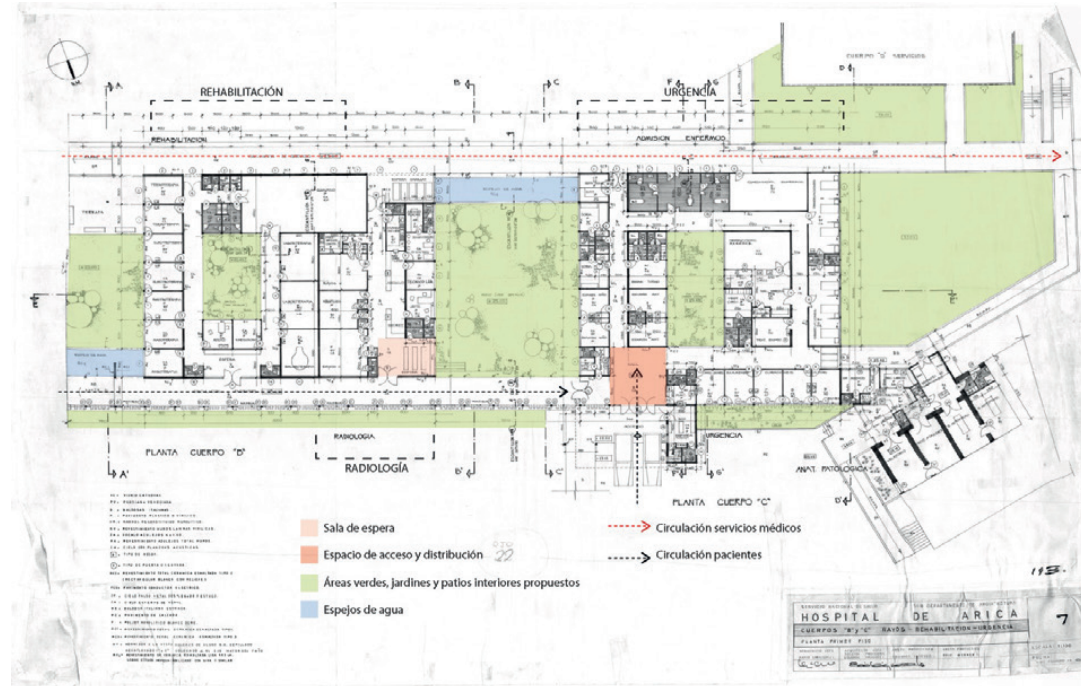
Desde una perspectiva técnica es importante destacar que el área definida como "consultorio adulto" se modula en su totalidad a través del box de atención, con una dimensión a eje de 2,8 metros por 2,8 metros cuadrados. Se puede decir que esta área es la más racional y funciona, con circulaciones longitudinales diferenciadas en paciente y servicio médico al igual que los dos respectivos accesos por cada box. El box, en sí, está completamente aislado, desconectado de una relación interior-exterior, lo único que mantiene esta noción es una serie de claraboyas hundidas dispuestas sobre los pasillos, a su vez esta hendidura formaba una serie de vanos superiores que permitían el ingreso de luz natural a los boxes (ver fig. 2), una solución muy utilizada en la arquitectura moderna e igualmente, presente en muchos diseños del "hospitales modernos". Sin duda esta área es una representación del término máquina curativa.

El tratamiento que se le dio a la planta zócalo es otro punto de interés. Ubicada justamente bajo el área de consultorio adultos, se sitúan los archivos de las diferentes dependencias, la sala de máquinas, vestuarios y camarines están diferenciados tanto para personal médico como auxiliar. Pero lo que realmente destaca, es que hacia el lado oeste de estos recintos se dispone un patio abierto, una terraza y un espejo de agua, que además de permitir el acceso de luz natural a los recintos interiores y conceder cierto control climático ambiental, es un vacío exterior que articula el área del personal, las circulaciones, y el edificio de "rehabilitación y radiología", siendo un elemento coordinador entre bloques. Este tipo de espacios exteriores, que se repiten en otras partes del proyecto, amplía el uso físico que se le puede atribuir al hospital, liberando la rigidez de "lo sanitario", permitiendo así, la variación de ambientes monótonos, muy presentes en los hospitales modernos previos, lo que mejora la relación de las actividades del usuario y el ambiente, influyendo directamente con el uso y bienestar psicológico y social.

Continuando el recorrido, es interesante el trabajo de las circulaciones que se despliegan desde el área ambulatoria (consultorio) hacia la de rehabilitación, radiología y urgencias, bloques "B" y "C", ya que estas se encuentran completamente diferenciadas bajo el concepto de ruta aséptica. Hacia el sur, la circulación de "servicios médicos" conecta todos los volúmenes programáticos, y no presenta un cerramiento como tal, pero sí una cubierta que la acompaña en todo el recorrido, en este sentido se pierde la espacialidad de interior y por ende establece una mayor relación con el exterior (ver fig. 3). En el caso de la circulación norte, para "pacientes", compromete un trabajo de fachada permeable o calada, también cubierta, descrita en los planos como "multibloc", un sistema de bloques dispuestos de manera tal que permite la vista a través de este, el paso de la luz (iluminación) y el aire (ventilación). Este muro celosía se extiende hasta la fachada norte de los boxes de atención de urgencias, integrando además una jardinera contigua por fuera de estos (ver fig. 3). Esta circulación solo se cierra por una cara, abriendo la otra hacia los jardines articuladores del hospital que incluyen espejos de aguas y terrazas, esto demuestra la clara preocupación por darle al paciente la mayor calidad y configuración entre espacio y recorrido.

Las áreas programáticas de los bloques B y C (rehabilitación, radiología y urgencias) también incorporan tres patios interiores ajardinados, siendo el que se ubica entre ambos bloques el de mayor dimensión, este además está acompañado de un espejo de agua de 15 metros de largo por 3 de ancho. La estructura y configuración de los recintos está asociada a un patio interior respectivo, vinculando los boxes con los jardines adyacentes, esta área presenta la mayor relación interior exterior en cuanto a programa, funcionalidad y circulación (ver fig. 3).

Figura 3: Eduardo Vásquez, Hospital Dr. Juan Noe, Arica, Chile, 1967. Planta de bloques B y C; bloque B, rehabilitación y radiología (a la izquierda), bloque C, urgencias (a la derecha). UPCS, Ministerio de Salud, digitalizado para Fondecyt 11180673. Valentin Roco (elaboración propia).



Finalmente, el área de hospitalización o bloque "I", ubicado al sur del consultorio, se conecta a través de una plaza de acceso que intercepta la columna vertebral del proyecto permitiendo el ingreso al edificio. Este bloque al ser uno de los últimos en ejecutarse fue sometido a una gran variedad de modificaciones en su proceso, por lo que no presenta el mismo cuidado que los demás. Su diseño, de entre todos los bloques, es el más rígido, está marcado por la funcionalidad de los espacios asépticos estandarizados, no complementan una relación interior exterior bajo los mismos conceptos y cualidades que los demás bloques.

En base a todo lo tratado se puede concluir que el edificio en su conjunto se esfuerza y proyecta en función de ofrecer una arquitectura de gran cuidado, pero más aún, manifiesta la intención del arquitecto por entregar al paciente de un hospital, la construcción de cuidadosos ambientes y espacios que estimulen al usuario, que para la época se consideraban como aspectos del entornos beneficiosos en función del bienestar de las personas desvalidas o pacientes que acuden a un hospital por diversas afecciones, de modo que no solo hablamos una arquitectura de calidad sino, específicamente, de un hospital que, través de sus arquitectura y elementos arquitectónicos, complementan cada uno de

los espacios, sean espejos de aguas, muros celosías, y sistema tipológico de bloques aislados, desestructurando la monotonía de la imagen hospitalaria que venía gestándose desde la funcionalidad característica del hospital moderno concentrado, logrando así una mejor relación entre ser, cuerpo, salud, construcción y arquitectura. Este hospital representa la culminación del dicho periodo hospitalario moderno y comunica las importantes decisiones y consideraciones de la arquitectura en la salud humana, sintetizando su definición en una obra que da importancia no solo a lo físico, sino que a lo mental, social e incluso cultural.

3.BIBLIOGRAFIA

Abram, Riley. The Filter of Reason: Work of Paul Nelson. New York: Rizzoli International Publications, 1990.

Galeno, Claudio "La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno: Tocopilla, 1937-40, y Antofagasta, 1957-66." En Actas 8° Docomomo Brasil, editado por Docomomo Brasil, 1-19. Rio de Janeiro: Docomomo Brasil, 2009.

Organización Mundial de la Salud. Constitución Organización Mundial de la Salud. New York: Organización Mundial de la Salud, 1948.

Tedeschi, Enrico. Teoría de la Arquitectura. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1969.

Vásquez Luco E. "Hospital Dr. Juan Noé, Arica." Revista CA, no.26 (Mayo 1980): 13.

Willis, Julie; Goad, Philip; Logan, Cameron. Architecture and the Modern Hospital: Nosokomeion to Hygeia. New York: Routledge, 2019.

Biografía

Valentin Roco-Sandoval

Arquitecto titulado en la Universidad Católica del Norte (UCN). Desde 2016 ha enfocado sus estudios en la relación arquitectura y salud, plasmando su primer acercamiento en su tesis de pregrado "Arquitectura como medio de sanación". Posteriormente como becario del Fondecyt 11180673 en el Magíster en Arquitectura en Zonas Áridas de la UCN, profundizaría en los conceptos de arquitectura, historia, modernismo y salud, desarrollando la tesis titulada "Principios arquitectónicos en los hospitales modernos del desierto de Atacama". Sus trabajos se han presentado y publicado en congresos internacionales, colaborando en libros especializados sobre hospitales latinoamericanos y arquitectura hospitalaria en el norte de Chile.

Áreas verdes y la experiencia de la salud en hospitales públicos en la Amazonía: un estudio etnográfico comparativo entre las áreas verdes intrahospitalarias en la Santa Casa de Misericórdia de Pará y el Hospital Universitario João de Barros Barreto.

Júlia Helena Moraes
Universidade Federal do Pará
Juliahelenasm@outlook.com

Arthur Queiroz Moreira
Universidade Federal do Pará
aqueiroz42@gmail.com

Cybelle Salvador Miranda
Universidade Federal do Pará
cybelle1974@hotmail.com

RESUMEN

Este estudio investiga la importancia de las áreas verdes en los hospitales públicos de la región amazónica brasileña, en la ciudad de Belém – Pará, con el objetivo de analizar su impacto en la vida cotidiana y su retorno comunitario. La investigación utiliza un enfoque etnográfico para esbozar una comparación del uso y la percepción de las áreas verdes y los recintos ajardinados en dos hospitales situados en la capital de Pará: la Santa Casa de Misericórdia y el Hospital João de Barros Barreto. La investigación tiene como objetivo asimilar la interacción entre los usuarios y las áreas verdes, a partir de incursiones de campo realizadas entre 2022 y 2025, con el fin de evaluar en qué medida las áreas verdes satisfacen las necesidades de los usuarios —incluidas personas con movilidad reducida y otros grupos vulnerables—, la investigación analiza su contribución al bienestar físico y mental, especialmente en instituciones públicas, donde el estrés y la sobrecarga pueden afectar la calidad de la atención. El análisis comparativo de estos hospitales contribuye a la formulación de directrices para proyectos humanizados, accesibles y eficientes. El uso del método etnográfico permite captar las características físicas y la dinámica social de estos ambientes a través de incursiones de campo, posibilitando un análisis descriptivo basado en autores como Rocha y Eckert y Clifford Geertz. La investigación evidencia el potencial transformador de la vegetación en la experiencia asistencial, al promover confort e inclusión mediante intervenciones arquitectónicas y políticas públicas que

integran la naturaleza, resignificando los hospitales públicos como espacios acogedores y socialmente significativo.

Palabras clave:

Arquitectura hospitalaria; Amazonía; Áreas verdes, humanización

1. INTRODUCCIÓN

En los hospitales públicos de la Amazonía brasileña, donde persisten desafíos vinculados a la infraestructura y a la falta de elementos que promuevan bienestar y humanización, las áreas verdes adquieren un papel central. Este estudio se focaliza en la ciudad de Belém (estado de Pará) y, desde una perspectiva etnográfica, analiza cómo la presencia, el diseño y el uso de estos espacios en la Santa Casa de Misericórdia do Pará y en el Hospital universitario João de Barros Barreto impactan la experiencia asistencial de los usuarios. La investigación parte del reconocimiento de que, en los entornos hospitalarios públicos de la región amazónica, existen importantes desafíos relacionados a la infraestructura física, a menudo carente de elementos que promuevan bienestar, confort ambiental y humanización. En este sentido, se plantea la hipótesis de que las áreas verdes no solo cumplen una función estética, sino que actúan como dispositivos terapéuticos que pueden aliviar el estrés, favorecer la interacción social y mejorar el estado emocional de pacientes, acompañantes y trabajadores de salud. Delante de este contexto, ¿en qué

medida la arquitectura hospitalaria puede contribuir al cuidado dentro de la red pública de salud en la Amazonía brasileña? Esta cuestión orienta la reflexión sobre los hospitales como entornos que van más allá de lo técnico y lo clínico, constituyéndose en espacios culturales, simbólicos y sociales. De una perspectiva semiótica, los entornos hospitalarios no se limitan a su dimensión funcional destinada a la atención clínica, sino que se configuran como escenarios culturales cargados de significados. Estos espacios se integran en la identidad colectiva y en la memoria urbana, articulando dimensiones ambientales, prácticas de atención sanitaria y la valorización del patrimonio cultural. Los hospitales forman parte del paisaje cotidiano y transmiten un legado intergeneracional, funcionando como hitos afectivos e históricos en el tejido social de las ciudades⁴²⁵. Así, su presencia trasciende el carácter técnico y se consolida como un ambiente complejo, en el que convergen capas simbólicas, históricas y sociales profundamente arraigadas en las comunidades que los acogen. La arquitectura del cuidado es aquella que acoge a todos los usuarios de un edificio determinado, satisfaciendo sus necesidades y especificidades de uso y códigos culturales locales. Los entornos restauradores, como por ejemplo los jardines terapéuticos, ayudan en el proceso de restauración, recuperación y restablecimiento de los aspectos físicos y emocionales⁴²⁶.

2. ARQUITECTURA HOSPITALARIA, CULTURA Y ESPACIOS VERDES

El aspecto relativo al apoyo social se refiere a la recepción de apoyo entre pacientes, amigos, familiares y profesionales, que constituyen una red de asistencia a los usuarios del entorno de atención sanitaria. Las estructuras que favorecen la permanencia de esta red de apoyo en el hospital, como los jardines y los entornos de apoyo, contribuyen a crear un entorno de mayor apoyo social, humanizándolo⁴²⁷. Esta investigación adopta un enfoque etnográfico, orientado a comprender la experiencia vivida en espacios verdes intrahospitalarios desde la perspectiva de sus usuarios. La etnografía permite captar las dimensiones simbólicas,

espaciales y afectivas que atraviesan el cotidiano de los hospitales públicos, superando una visión meramente funcional del entorno construido. El trabajo de campo se desarrolló entre 2022 y 2025, en dos hospitales públicos de la ciudad de Belém – Pará (Brasil): la Santa Casa de Misericórdia y el Hospital Universitario João de Barros Barreto. Las técnicas empleadas incluyeron: Observación directa y participante en áreas verdes utilizadas por pacientes, acompañantes y trabajadores; mediante el uso de cuestionarios semiestructurados. Diarios de campo con registros sistemáticos sobre dinámicas espaciales, usos sociales y condiciones físicas del entorno; Levantamiento fotográfico y audiovisual para documentar la configuración paisajística y arquitectónica de los recintos; Conversaciones informales con usuarios y profesionales, como estrategia de escucha sensible sin formalidad de entrevista. El análisis se basa en referencias de la antropología interpretativa⁴²⁸ y de estudios urbanos contemporáneos que articulan espacio, cultura y salud⁴²⁹. La metodología fue guiada por el principio de inmersión prolongada, lo que permitió una comprensión situada de los significados atribuidos a las áreas verdes, sus usos y

425Campari, Gabriela. Usos sociales al aire libre del hospital pabellonal Muñiz. "En Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina". (México: María Lilia González Servín, 2018): 81.

426Gressler, Sandra Christina. Günther, Isolda de Araújo. "Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagem e pesquisas." Estudos de Psicologia 18 nº3 (Septembre,2013), 492.

427Silveira, Bettieli Barboza. Felipe, Maíra Longhinotti. Ambientes restauradores: conceitos e pesquisa em contextos de saúde. (Florianópolis: UFSC, 2019), 27.

428Geertz, Clifford. La interpretación de las culturas (Barcelona, Gedisa editorial, 2003), 20.

429Rocha, Mariana Lucas da. Eckert, Cornelia. Etnografia de rua: estudos de antropologia urbana ResearchGate, 9, nº1 (January,2003), 1-22.

barreras de acceso. La elección de los hospitales se basa en el hecho de que son instituciones históricas que han acompañado la expansión urbana de Belém, ambos de uso y gestión públicos, en pleno funcionamiento y reconocidos como referentes en el tratamiento de diversas enfermedades. Además, presentan tipologías arquitectónicas distintas, como el modelo pabellonero y el monobloque articulado, ubicados en el contexto urbano de la Amazonia brasileña. En sus concepciones originales, los dos hospitales contaban con extensas áreas verdes, diseñadas según los principios de salubridad y los métodos profilácticos vigentes en sus épocas de fundación, articulados con las enfermedades que se trataban entonces y las condiciones de un clima tropical y húmedo. Sin embargo, con el paso del tiempo, estos espacios sufrieron sucesivas transformaciones, con borrados, procesos de degradación y períodos de desinterés por parte de la propia comunidad hospitalaria. Con la experiencia de la COVID-19, se identifica a través del proyecto de investigación Arquitectura hospitalaria: paradigmas para la sostenibilidad y la humanización en la contemporaneidad pospandémica, un movimiento contemporáneo de revalorización de los espacios abiertos y de convivencia en los entornos sanitarios, lo que se refleja de forma distinta en los hospitales analizados: en uno de ellos se observa la recuperación y valorización de las áreas verdes, mientras que en el otro dichos espacios siguen sufriendo borrados, incluso ante la demostración de interés de uso por parte de la población que frecuenta el hospital. La investigación analiza cuatro hospitales construidos en la primera mitad del siglo XX, en capitales del norte y el sur de Brasil, con el objetivo de identificar aspectos organizativos y constructivos que puedan orientar el diseño de hospitales contemporáneos, orientados a la sostenibilidad, la humanización y la calidad ambiental en el contexto pospandémico. Basada en investigaciones anteriores, busca responder a las preguntas sobre la preservación, modernización y renovación de los hospitales,⁴³⁰ destacando la

importancia de definir qué estructuras arquitectónicas deben mantenerse y el papel de los arquitectos en la comprensión del hospital en sus dimensiones materiales, temporales y culturales.

3. ESTUDIO DE CASO

3.1 Santa Casa de Misericórdia do Pará

La Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, Brasil (Fig.1). En las áreas libres de la institución, los jardines son espacios infrutilizados a los que los usuarios tienen prohibido el acceso. Con estas imposiciones, estas áreas verdes, principalmente orientadas hacia el cale Oliveira Belo, se vieron afectadas por los anexos y ampliaciones, tal y como informan⁴³¹. Estas construcciones contribuyen a la dificultad de interpretar el tipo pabellón, ya que los jardines, que antes eran espacios de convivencia y contacto con la naturaleza, se han visto afectados por estos bloques construidos en las zonas libres, lo que dificulta la ventilación de los pabellones y compromete la propuesta inicial de la tipología⁷. En Santa Casa, el único espacio de acceso común para todos los visitantes es la plaza, situada cerca de los bloques de entrada de la institución. En esta plaza se concentra el único espacio con mobiliario infantil, como balancines y columpios, así como un banco circular de hormigón en el que la gente se sienta y permanece en el espacio, esperando los coches de las aplicaciones, o comiendo algo, charlando, siempre con una gran rotación de personas que van y vienen de este lugar. En este espacio se celebran las fiestas, las vacaciones al aire libre y las campañas de concienciación del hospital. En las entrevistas se refuerza la importancia del espacio para los asistentes, siempre mencionado cuando se les pregunta ¿qué lugar tiene más ventilación natural y ¿en qué lugar te gusta más estar? La plaza representa un respiro al ambiente hospitalario de Santa Casa, un lugar de encuentro y promoción de eventos sociales y comunitarios.

431 Miranda, Cybelle Salvador. Monteiro, Márcia. Preservar, modernizar e renovar os hospitais: quais os caminhos?" (Salvador, ENANPARQ, 2019), 1.

3.2 Hospital Universitario João de Barros Barreto

El Hospital Universitario João de Barros Barreto (Fig.2) está ubicado en un terreno con abundante vegetación. Alrededor del complejo hospitalario hay diversas áreas verdes —algunas cuidadas, otras sin uso definido— que contribuyen al confort climático y al imaginario afectivo de los usuarios. La vegetación es percibida como una característica distintiva del hospital, reforzando la conexión entre naturaleza, memoria y cuidado. Destaca la importancia de los EVI (espacios verdes intrahospitalarios) como lugares de salud y patrimonio cultural, caracterizando las diversas funciones que los jardines y las áreas verdes tienen dentro de las instituciones hospitalarias⁴³². Según las entrevistas y los datos recogidos en el trabajo de campo, muchos usuarios asocian los jardines del hospital con sus propios hogares. Especialmente aquellos que provienen de zonas del interior o cultivan plantas en casa, reconocen especies presentes, atribuyen valor terapéutico y expresan vínculos afectivos con la vegetación. El jardín central es el espacio más utilizado por los usuarios y de las actividades cotidianas, se encuentra la mayor parte del mobiliario y también un comedor. El “bosquecito” recuerda al antiguo bosque de eucaliptos; es una zona sombreada con árboles de distintos tamaños, equipada con bancos y mesas rústicas hechas de troncos. Además, el hospital cuenta con varias áreas verdes sin uso definido, compostas por árboles y vegetación diversa que permanecen desde la construcción del HUJBB. Aunque no estén formalmente integradas al uso cotidiano, estas áreas siguen siendo importantes para el contexto ambiental, histórico y simbólico del hospital, espacios de encuentro y apoyo mutuo. Para quienes permanecen todo el día en el hospital sin red de soporte, estos espacios promueven interacción, conversación y la construcción de lazos solidarios.

4. ANALISIS COMPARATIVA

Ambos hospitales estudiados —ubicados en la ciudad de Belém, Pará, en plena Amazonía urbana— cumplen un papel

central en la asistencia a la salud pública y también como espacios de soporte comunitario (Fig.). A pesar de tener orígenes y tipologías arquitectónicas distintas, se observa que las áreas verdes equipadas con mobiliario adecuado son utilizadas de manera similar por la comunidad. Pacientes, acompañantes y trabajadores las frecuentan con intensidad, apropiándose activamente de estos espacios. En contraste, los espacios verdes sin uso definido, sin mobiliario apropiado o sin accesibilidad permanecen vacíos, invisibilizados y frecuentemente relegados a funciones secundarias como mantenimiento. Este escenario representa una pérdida de potencial en términos de humanización del cuidado y sostenibilidad ambiental. La comparación entre los dos hospitales pone de manifiesto que el uso y la apropiación de las áreas verdes no dependen únicamente de su existencia, sino que están estrechamente vinculados con aspectos fundamentales de su diseño, visibilidad y mantenimiento. Las áreas que se integran de manera natural a la circulación cotidiana de pacientes, acompañantes y personal son más frecuentadas y cumplen un papel activo en el bienestar físico y emocional de los usuarios. Por el contrario, aquellas zonas que se encuentran ocultas, poco visibles, descuidadas o de difícil acceso tienden a ser ignoradas, perdiendo su potencial como espacios de descanso, contemplación y socialización. Este hallazgo subraya la relevancia del proyecto arquitectónico como mediador del bienestar, evidenciando que la planificación, la accesibilidad y la visibilidad de los espacios verdes son determinantes para su efectividad en la promoción de la salud y la humanización hospitalaria.

5. CONSIDERACIÓN FINALES

Las áreas verdes bien diseñadas y accesibles promueven bienestar físico y emocional a los usuarios, especialmente en contextos de desigualdad y vulnerabilidad. Los hospitales no deben ser concebidos únicamente como infraestructuras técnicas, sino como ambientes complejos que integran naturaleza, historia, memoria y relaciones sociales. La revalorización de estos espacios resulta en

una arquitectura hospitalaria sensible, sustentable y cultural, capaz de dialogar con los saberes y vivencias amazónicas. Asimismo, la promoción de políticas públicas que reconozcan el potencial humanizador de la vegetación constituye un paso necesario hacia una atención en salud más integral, inclusiva y conectada con la vida. El debate sobre la humanización del cuidado, especialmente en contextos urbanos amazónicos, donde la naturaleza ha formado históricamente parte integral del paisaje y de la vida cotidiana, pero con frecuencia ha sido relegada o excluida de la planificación y el diseño hospitalario. Se sostiene que las áreas verdes no son

elementos decorativos, sino componentes esenciales del ambiente de cuidado, capaces de influir de manera directa en la salud pública y en la experiencia de los usuarios. Su presencia contribuye a la promoción del bienestar físico, emocional y social, ofreciendo espacios de descanso, contemplación y conexión con el entorno natural. Además, refuerzan la dignidad y el sentido de pertenencia de pacientes, acompañantes y personal dentro del hospital, evidenciando que la integración de la naturaleza en el diseño arquitectónico es una estrategia clave para la humanización y la sostenibilidad de los entornos de atención sanitaria.

Figura 1- Santa casa de misericordia, Belém, Brasil, 2023. © Créditos Arthur Moreira

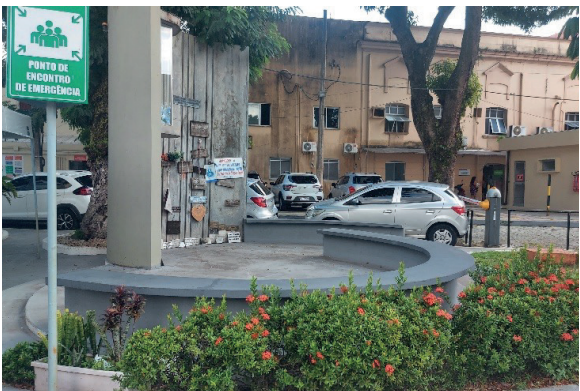


Figura 2 – Hospital Universitario João de Barros Barreto, Belém, Brasil, 2022. © Créditos Júlia Moraes



Figura 3: Santa Casa de Misericórdia / Hospital Universitario João de Barros Barreto, Belém, Brasil, 2023/2022. © Créditos Arthur Moreira/Júlia Moraes.



6. REFERENCIAS

Campari, Gabriela. Usos sociales al aire libre del hospital pabellonal Muñiz. "En Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina". (México: María Lilia González Servín, 2018): 81.

Campari, Gabriela. "Ambientes favorables para la salud: un legado intergeneracional en el paisaje urbano". Revista de Arquitectura, 24 n°36 (Buenos Aires, 2019), 6-15.

Gressler, Sandra Christina. Günther, Isolda de Araújo. "Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagem e pesquisas." Estudos de Psicologia 18 n°3 (Septembre, 2013), 492.

Geertz, Clifford. La interpretación de las culturas (Barcelona, Gedisa editorial, 2003), 20.

Miranda, Cybelle Salvador. Monteiro, Márcia. Preservar, modernizar e renovar os hospitais: ¿quais os caminhos?" (Salvador, ENANPARQ, 2019), 1.

Miranda, Cybelle Salvador. Lobato, Beatriz Trindade de Oliveira. Complexo pavilhonar da Santa Casa de Misericórdia do Pará: cronologia e percepção de valores. Revista CPC, 16, n°31 (January, 2021).

Rocha, Mariana Lucas da. Eckert, Cornelia. Etnografia de rua: estudos de antropologia urbana ResearchGate, 9, n°1 (January, 2003), 1-22.

Silveira, Bettieli Barboza. Felipe, Maíra Longhinotti. Ambientes restauradores: conceitos e pesquisa em contextos de saúde. (Florianópolis: UFSC, 2019), 27.

7. BIOGRAFÍA

Júlia Helena Moraes

Arquitecta y urbanista, doctoranda en el Programa de Posgrado en Arquitectura y Urbanismo PPGAU/UFGA. Máster en Arquitectura Asistencial y Salud : arquitectura, cultura y espacialidades de la Amazonia, por el PPGAU- UFGA. Investigadora integrante del laboratorio de memoria y patrimonio LAMEMO. Investigadora integrante del proyecto de investigación Patrimonio de la salud en Iberoamérica: conectando ambientes. Investigadora integrante del equipo del proyecto de investigación Arquitectura hospitalaria: paradigmas para la sostenibilidad y la humanización en la contemporaneidad pospandémica. Investigadora integrante de la investigación Indicadores tectónicos en hospitales modernos: humanización y preservación arquitectónica e integrante del grupo de investigación Arquitectura, memoria y etnografía.

Arthur Queiroz Moreira

Arquitecto, urbanista y paisajista, licenciado en Arquitectura y Urbanismo por la Universidad Federal de Pará (UFGA), máster por el Programa de Posgrado en Arquitectura y Urbanismo (PPGAU/UFGA). Es investigador activo del Laboratorio de Memoria y Patrimonio Cultural (LAMEMO) desde 2021, cuando comenzó su primer ciclo de Iniciación Científica.

Cybelle Salvador Miranda

Profesor Titular de la Universidad Federal de Pará (UFGA), desempeña funciones en la Facultad de Arquitectura y Urbanismo y en el Programa de Posgrado en Arquitectura y Urbanismo (PPGAU/UFGA). Coordina el Laboratorio de Memoria y Patrimonio Cultural, con enfoque en patrimonio cultural, historia de la arquitectura paraense y arquitectura asistencial y salud. Líder del Grupo Arquitectura, Memoria y Etnografía, integra grupos de investigación nacionales e internacionales, incluyendo FIOCRUZ, UNIFAP y CLEPUL (Lisboa). Posee licenciatura en Arquitectura y Urbanismo, maestría en Planificación del Desarrollo, doctorado en Ciencias Sociales y posdoctorado en Historia del Arte. Es investigador PQ 2 del CNPq y miembro de redes iberoamericanas de patrimonio y salud.

Modernidad y Salud: Instituto Oncológico Antofagasta, Chile. (1979)

Carolina Toro-Cortés
Universidad Católica del Norte
ctoro@ucn.cl

RESUMEN

El Instituto Oncológico, diseñado en 1977 por la arquitecta María Schürmann, constituye un caso singular de arquitectura hospitalaria moderna en el norte de Chile. Su creación se enmarca en un contexto político y sanitario orientado a enfrentar los graves problemas de salud pública que afectaron a la Región de Antofagasta durante los años 60, a raíz del desabastecimiento de agua potable por la explotación minera en la zona. Como medida de emergencia para abastecer a la población, se decidió conectar el río Toconce a la matriz pública de agua potable, exponiendo a la población a altas concentraciones de arsénico, lo que provocó un aumento de enfermedades, entre ellas diversos tipos de cáncer, cuyas consecuencias persisten hasta hoy.

El presente trabajo busca reconstruir la historia del inmueble, su configuración arquitectónica y su evolución funcional analizando las transformaciones programáticas que ha experimentado hasta la actualidad, donde alberga las oficinas de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de la Secretaría Regional Ministerial de Salud. La investigación se desarrolla mediante el análisis de planimetrías originales, archivos históricos, documentación fotográfica y visitas al sitio. Finalmente, se propone relevar cómo el diseño arquitectónico articula una relación entre cuerpo, medicina y modernidad, considerando los avances físicos y químicos aplicados al tratamiento del cáncer, como la radioterapia y el uso de rayos X. En ese sentido, el edificio se presenta como un caso de arquitectura hospitalaria centrada en la tecnología médica y el cuerpo enfermo, proyectada en un territorio marcado por condiciones adversas como es el Desierto de Atacama.

Palabras clave:

arquitectura hospitalaria, salud pública, cáncer, norte de Chile, María Shürmann

1. Breve historia sobre el cáncer

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial y, en el caso de Chile, se proyecta que podría convertirse en la primera en las próximas décadas. Para comenzar este artículo es pertinente precisar la definición entregada por el *National Institute of Cancer*:

"Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del alrededor [y](...) puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano. (...) Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. (...) Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original [lo que se conoce como metástasis]. Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. Sin embargo, a veces los tumores benignos pueden ser bastante grandes. Al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos sí vuelven a crecer algunas veces." ⁴³³

Aunque el cáncer suele asociarse al mundo moderno, esta enfermedad ha dejado rastros desde la antigüedad. Como indican María López y Andrés Cardona en su texto *Historia del cáncer y el cáncer en la historia*: "Existen rastros históricos que datan desde hace más

de 3000 a.C. Este es el caso específico en el antiguo Egipto, donde se han encontrado en excavaciones, momias con huesos que presentan deformaciones óseas, las cuales podrían ser tumores." 434

Hasta comienzos del siglo XX la cirugía fue el único tratamiento disponible para enfrentar el cáncer. Sobre esta práctica, Cristóbal Quezada Herrera en su tesis *Radiación en la lucha contra el cáncer: Institucionalización de la radioterapia en el Instituto Nacional del Radium de Santiago, 1921 – 1930*, comenta sobre el tratamiento del cáncer, en el cual solamente se realizaban cirugías e indica sobre las precarias condiciones que generalmente la muerte era el resultado por infecciones o por hemorragias. Además, en muchos casos implicaba la mutilación de tejidos, órganos o extremidades completas.⁴³⁵

La situación comenzó a cambiar hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, con una expansión del conocimiento científico marcada por el positivismo. En este contexto, Ricardo Cruz-Coke en *Historia de la medicina chilena*, destaca: "Estas ideas positivistas aplicadas a la biología y a la medicina influyeron notablemente en el extraordinario desarrollo creativo de todas las ciencias, como la antropología, biología, fisiología, bioquímica, citología, embriología y microbiología, que en esta época lograron forjar las bases de la medicina contemporánea"⁴³⁶. Se produciría de esta manera una expansión en las ciencias médicas, aumentando considerablemente el número de médicos, investigadores, biólogos, químicos, fisiólogos y la creación de establecimientos científicos en universidades y hospitales.

Este periodo se caracterizó por la convergencia de disciplinas científicas como física, química, biología y matemáticas, para comprender la naturaleza microcosmos. En 1895 Wilhelm Roentgen descubrió los rayos X; en 1896, Henri Becquerel identificó la radiactividad; en 1898 Marie y Pierre Curie aislaron el polonio (Po) y el radio (Ra); y en 1911 Ernest Rutherford describió el núcleo del

átomo. Sobre estos descubrimientos y su impacto en la medicina, Cruz-Coke afirma:

"Es probable que el acontecimiento científico y tecnológico más relevante de esta época haya sido el descubrimiento de los rayos X por el físico Wilhelm Roentgen (1845-1923), en diciembre de 1895, pues inició la era de la nueva física, que se aplicaría en el siglo XX al progreso de la medicina y a las ciencias biológicas. Para la medicina significó la introducción del más importante instrumento de diagnóstico del siglo XX, que más influencia ha tenido en el progreso de la medicina en todas sus especialidades." 437

En el caso chileno, este nuevo escenario científico se materializa con la fundación del **Instituto Nacional del Radium de Santiago**, el 13 de diciembre de 1930. Esta fue la primera institución dedicada exclusivamente al tratamiento, docencia e investigación del cáncer en el país. "La creación de este instituto marcó la consolidación de un modelo que vinculaba medicina, investigación y tecnología en torno a la lucha contra el cáncer en Chile, inscribiéndose a la vez en dinámicas locales y globales." 438

434 "National Institute of Cancer," National Institute of Cancer, accedido el 1 de septiembre de 2025, <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.

M. M. Lopez y A. F. Cardona, "Historia del Cáncer y el cáncer en la historia," *Medicina* 42, no. 4 (octubre 2021): 528–62.

435 Cristóbal Quezada Herrera, *Radiación en la lucha contra el cáncer: Institucionalización de la radioterapia en el Instituto Nacional del Radium de Santiago, 1921 – 1930* (informe final de licenciatura en Historia, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas, diciembre 2017).

436 Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena* (Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995), 344.

437 Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena* (Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995), 454.

438 Cristóbal Quezada Herrera, *Radiación en la lucha contra el cáncer: Institucionalización de la radioterapia en el Instituto Nacional del Radium de Santiago, 1921 – 1930* (informe final de licenciatura en Historia, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas, diciembre 2017).

Desde la arquitectura, esta innovación transformó el carácter del hospital moderno, intensificada por la incorporación de tecnología médica y la redefinición de su rol como un espacio estrechamente ligado al progreso científico y tecnológico. Sobre este punto, Cor Wagenaar, en su libro *The Architecture of Hospitals*, se refiere al impacto de los avances tecnológicos en la medicina:

"Dado que toda esta maquinaria era demasiado costosa para ser propiedad de médicos de manera particular, el hospital se convirtió en el lugar lógico para concentrarla. Con esto llegaron médicos especialistas, y en pocas décadas el hospital evolucionó de ser un asilo a convertirse en un templo del mundo médico. Como consecuencia perdió a sus pacientes habituales: pobres enfermos que ya no podían costear los tratamientos hospitalarios. Los médicos, las máquinas y la elite (urbana), pasaron a dominar el hospital." 439

De igual manera, la arquitectura hospitalaria perdió la característica esencial del antiguo sistema hospitalario de pabellones: la creación de espacios curativos vinculados con el entorno natural. Salvo en hospitales para tuberculosos, donde la luz y la ventilación seguían siendo parte del tratamiento, el diseño hospitalario pasó a subordinarse por completo a la ciencia y tecnología, transformándose en un equipamiento altamente especializado.

2. Contexto histórico del cáncer en la Región de Antofagasta.

Desde inicios del siglo XX, la industrialización del cobre y del salitre transformó radicalmente el Desierto de Atacama. La llegada de capitales extranjeros, especialmente estadounidenses a través de *The Chile Exploration Company* (propiedad de la familia Guggenheim), significó la ampliación de faenas de gran escala como Chuquicamata (1915), lo que implicó un consumo intensivo de agua en un territorio extremadamente árido.⁴⁴⁰ En 1913, bajo el gobierno de Ramón Barros Luco, el Decreto Supremo N.º 2.032 autorizó el uso consuntivo del río Loa y sus afluentes para la

minería, priorizando la actividad extractiva por sobre las necesidades de la población.⁴⁴¹ En 1918 se construyó un acueducto desde el río Toconce hacia Chuquicamata, cuyas aguas contenían naturalmente altas concentraciones de arsénico.

Posteriormente, con la expansión del sistema Guggenheim en el salitre y la construcción de la Planta de Sulfuros de Chuquicamata (1953) aumentaron exponencialmente la demanda hídrica. Las ciudades costeras, como Antofagasta y Tocopilla, comenzaron a sufrir un déficit estructural de agua potable. En 1958, como solución de emergencia, se decidió conectar directamente las aguas del Toconce a la red urbana de Antofagasta.

El diario *El Mercurio de Antofagasta* informó: "Antofagasta comienza a recibir directamente desde Toconce más de 22 mil metros cúbicos de agua en forma gravitacional, prescindiendo definitivamente del equipo de bombas elevadoras que se utilizaban con anterioridad" 442

La población y la producción minera, ya cuenta con la cobertura de agua potable. Sin embargo surgirán complejos efectos tóxicos producto del consumo de agua con altas concentración de arsénico. Isabel Rivara y Germán Corey, en su artículo *Tendencia del riesgo de morir por cánceres asociados a la exposición crónica al arsénico*, indican que "la ciudad de Antofagasta fue la más afectada por el arsénico entre 1959 y 1970, alcanzando concentraciones promedios anuales de 860 µg As/L." 443

439 Cor Wagenaar, "Five Revolutions: A Short History of Hospital Architecture," en *The Architecture of Hospitals*, ed. Cor Wagenaar et al. (Ámsterdam: NAi Publishers, 2006), 32.

440 Bernardo Arriaza y Damir Galaz-Mandakovic, *Expansión minera, déficit hídrico y crisis sanitaria. La potabilización del río Toconce y el impacto del arsenicismo en la población de la provincia de Antofagasta (1915-1971)*, *Historia* 396 10, n.º 1 (2020): 74.

441 Ibid., 76.

442 *El Mercurio*

443 Isabel Rivara y Germán Corey, "Tendencia del riesgo de morir por cánceres asociados a la exposición de Antofagasta (Antofagasta), 30 de agosto de 1958

En esos años no existía una norma máxima de arsénico (As) en el agua. La doctora Catterina Ferrccio Readí, en su artículo *Arsénico y cáncer en Chile: Historia y los desafíos de la detección precoz*, comenta que:

"Las primeras normas se emitieron en 1970 estableciendo límites de 100, luego 50 y actualmente 10 µg/L; disminuían los máximos tolerables en la medida que aumentaba la evidencia del daño en salud. Durante 12 años la población recibió agua con una concentración de As 80 veces mayor que el máximo recomendado actualmente." 444

De igual manera, la doctora indica sobre los efectos inmediatos o de muy corto plazo, los que se produjeron:

"El aumento de la mortalidad infantil, un aumento inusual de bronquiectasias

bilaterales en personas jóvenes, con alta letalidad, lesiones cutáneas, cuadros respiratorios y cardiovasculares. El principal efecto de largo plazo, aún detectable en la población expuesta, son los cánceres de piel, vejiga, pulmón, riñón e hígado. Entre 1973 y 1978 la mortalidad por cáncer de pulmón ya era 5 veces mayor en Antofagasta que el resto de Chile." 445

3. Instituto Oncológico de Antofagasta

La magnitud de la crisis sanitaria, sumada al incremento sostenido de la mortalidad por cáncer en la región, hizo evidente la necesidad de contar con una infraestructura especializada. Fue así que durante la dictadura militar, según el registro del documento, *Jornadas del Presidente de la República, Visitas a las Regiones 1978-1979*, el 14 de febrero de 1979 se inauguró en Antofagasta el Centro Oncológico, emplazado junto al Hospital Regional.

Fig. 1. Fotografía aérea, 1993. Archivo CEDARQ_UCN.



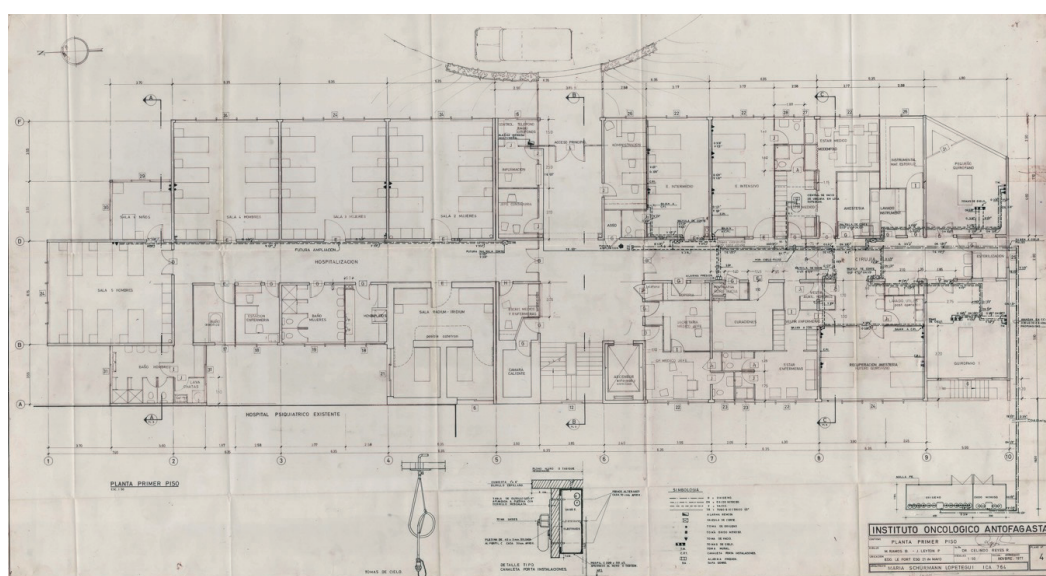
444 Catterina Ferreccio Readí, "Arsénico y cáncer en Chile: historia y los desafíos de la detección precoz," *Boletín Academia Chilena de Medicina* 60 (2024): 29.

445Ibid., 30-31.

El edificio se ubica en la esquina nororiente de la manzana hospitalaria, en la intersección de calle 21 de Mayo con Eduardo Lefort, en terrenos que originalmente correspondían al Hospital Salvador. Este último, construido entre 1906 y 1913 bajo un sistema pabellonal diseñado por el obispo Luis Silva Lezaeta y el ingeniero Luis Jacob, se localizaba en la periferia de Antofagasta, en un extenso predio en pendiente hacia el suroeste de la ciudad. Posteriormente, en el mismo terreno y conservando parte del hospital pabellonal, se levantó entre 1957 y 1960 el nuevo Hospital Regional moderno de tipología placa y torre, proyectado por el Departamento de Arquitectura del Servicio Nacional de Salud —desde 1959 “Subdepartamento de Arquitectura”—, bajo la dirección del arquitecto Alfredo Celedón Silva en

colaboración con Hernán Aubert Cerda y Francisco Fones.⁴⁴⁶

A diferencia de los hospitales anexos (Salvador y Regional), cuyos ingresos principales se orientan hacia la avenida Argentina, el Instituto Oncológico proyecta su fachada hacia la calle Eduardo Lefort, incorporando un espacio público con acceso peatonal y vehicular. Con ello establece una relación particular con la trama urbana, conformando la esquina, generando un frente propio y autónomo dentro del conjunto hospitalario. El proyecto original contemplaba cuatro niveles, aunque finalmente se ejecutaron solo tres: primer piso, zócalo y subterráneo.



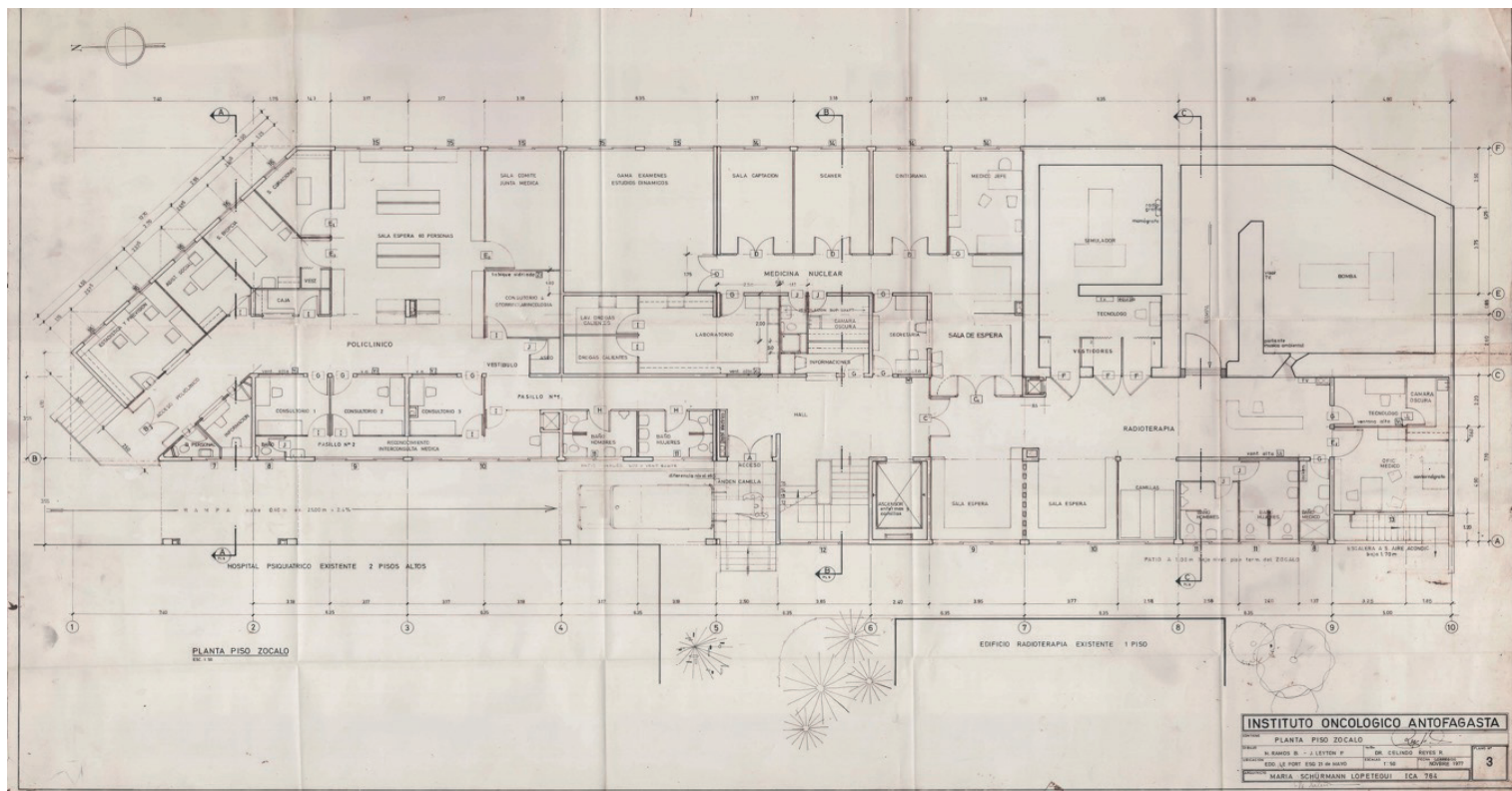
Planta primer nivel, Instituto Oncológico de Antofagasta. Fuente: Archivo Claudio Galeno, digitalizado para Fondecyt 11180673.

El primer piso constituye el acceso principal, organizado a partir de un eje oriente–poniente que conduce al hall de entrada. Este espacio central articula las áreas de información, sala de espera, administración y dirección, y conecta directamente con las cajas de escaleras y el núcleo de ascensores. Un segundo eje, en sentido norte–sur, estructura la planta mediante un pasillo longitudinal que divide el programa en cuatro cuadrantes funcionales: nororiente, norponiente, suroriente y sur poniente.

En el sector nororiente se ubican las salas de hospitalización para mujeres, hombres y niños, mientras que en el cuadrante norponiente se encuentran los baños de pacientes, una estación de enfermería y la

sala de Radium. El suroriente concentra las áreas de mayor complejidad clínica: salas de cuidados intermedios e intensivos, un estar médico y, en la esquina, un quirófano con sala de anestesia, lavado de instrumental y zona estéril. Finalmente, en el sur poniente se localiza un segundo quirófano, junto con la sala de recuperación, sala de curaciones, estar de enfermeras y las dependencias del médico jefe con su secretaría, ubicadas en relación directa al eje central de acceso.

446 Claudio Galeno-Ibaceta, “Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno,” en Anais do 13º Seminário Docomomo_Brasil, org. J. C. Huapaya (São Paulo: Instituto de Arquitetos do Brasil, 2019).



Planta nivel zócalo, Instituto Oncológico de Antofagasta. Fuente: Archivo Claudio Galeno, digitalizado para Fondecyt 11180673.

El zócalo establece una doble articulación con el conjunto hospitalario: se conecta con el patio posterior del hospital psiquiátrico existente y con el edificio de radioterapia del Hospital Regional. Asimismo, dispone de un acceso independiente desde la calle, destinado al ingreso de ambulancias, lo que refuerza su carácter funcional.

En este nivel se concentran las áreas de tratamiento oncológico y medicina nuclear, que incluyen salas de captación, escáner y cintigrama. A ello se suman espacios de atención ambulatoria y de gestión, como salas de espera, archivo, oficinas de asistente social, consultorios, laboratorios y salas de curaciones.

Destaca también el área de apoyo técnico, con dependencias destinadas a la coordinación clínica, entre ellas la sala de comité de junta médica. El sector de radioterapia, ubicado en el extremo sur del edificio, cuenta con muros de gran espesor que aseguran el blindaje requerido por los equipos. Allí se ubican la sala de simulación y la sala de bombas, configurando un espacio de acceso restringido y altamente especializado.

Finalmente, el subterráneo se concibe principalmente como un espacio de apoyo técnico y logístico, fundamental para el funcionamiento del Instituto Oncológico. En este nivel se localizan bodegas, sala de máquinas, estanque de agua, farmacia, cocina y comedor del personal, lavandería, grupo electrógeno y servicios higiénicos. Estos espacios permiten garantizar la operación continua del edificio, liberando los niveles superiores para las funciones asistenciales. El proyecto contempló además la implementación de un sector de anatomía patológica, con oficina especializada, archivo y museo de piezas anatómicas. Esta sección proyectada evidencia la intención de vincular la práctica clínica con la docencia e investigación, reforzando la vocación académica y científica del establecimiento.

4. Reflexiones finales

El Instituto Oncológico de Antofagasta constituye un caso emblemático donde convergen crisis sanitaria, políticas públicas y arquitectura hospitalaria. La exposición prolongada de la población a aguas con altas concentraciones de arsénico desde fines de los años cincuenta provocó un incremento sostenido en la incidencia de distintos tipos de cáncer, generando una de las emergencias de salud más graves en la historia del país. Frente a este escenario, la creación de un centro especializado respondió a la necesidad de ofrecer

tratamiento y contención a una comunidad marcada por un problema estructural que hasta hoy tiene repercusiones en su salud.

Desde el punto de vista arquitectónico, el edificio refleja la racionalidad de la arquitectura hospitalaria moderna y la capacidad de adaptación al territorio. La arquitecta María Schürmann aprovechó la pendiente natural del terreno para articular tres niveles escalonados —primer piso, zócalo y subterráneo— que permitieron diferenciar accesos, conectar con los

hospitales vecinos y organizar eficientemente áreas de hospitalización, radioterapia, medicina nuclear y servicios técnicos.

Finalmente, el Instituto Oncológico no solo representó una respuesta funcional a un contexto sanitario crítico, sino también un ejemplo de cómo la arquitectura, mediada por decisiones políticas, puede transformarse en una herramienta para mitigar los efectos de un desastre que sigue vigente en la memoria y en la salud de la comunidad antofagastina.

Arriaza, Bernardo, y Damir Galaz-Mandakovic. "Expansión minera, déficit hídrico y crisis sanitaria. La potabilización del río Toconce y el impacto del arsenicismo en la población de la provincia de Antofagasta (1915-1971)." *Historia* 396 10, n.º 1 (2020): 74.

Cruz-Coke, Ricardo. *Historia de la medicina chilena*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995.

El Mercurio de Antofagasta (Antofagasta), 30 de agosto de 1958.

Ferreccio Readí, Catterina. "Arsénico y cáncer en Chile: historia y los desafíos de la detección precoz." *Boletín Academia Chilena de Medicina* 60 (2024): 29–34.

Galaz-Mandakovic, Damir. "De Guggenheim a Ponce: Sistema técnico, capitalismo y familias en el extenso ciclo de los nitratos en El Toco y Tocopilla (1924–2015)." *Revista Chilena de Antropología* 37 (2018): 110.

Galeno-Ibaceta, Claudio. "Los hospitales modernos y la consolidación de las instituciones de salud del Estado Chileno." En *Anais do 13º Seminário Docomomo_Brasil*, organizado por J. C. Huapaya. São Paulo: Instituto de Arquitetos do Brasil, 2019.

López, M. M., y A. F. Cardona. "Historia del cáncer y el cáncer en la historia." *Medicina* 42, n.º 4 (octubre 2021): 528–62.

Ministerio Secretaría General de Gobierno. *Jornadas del Presidente de la República, Visitas a las Regiones 1978-1979*. Santiago: Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1979.

National Institute of Cancer. "National Institute of Cancer." Accedido el 1 de septiembre de 2025. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Quezada Herrera, Cristóbal. *Radiación en la lucha contra el cáncer: Institucionalización de la radioterapia en el Instituto Nacional del Radium de Santiago, 1921–1930*. Informe final de licenciatura en Historia, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas, diciembre 2017.

Rivara, Isabel, y Germán Corey. "Tendencia del riesgo

de morir por cánceres asociados a la exposición crónica al arsénico: Región de Antofagasta 1950–1993." *Cuadernos Médicos Sociales* 36, n.º 4 (1995): 43.

Wagenaar, Cor. "Five Revolutions: A Short History of Hospital Architecture." En *The Architecture of Hospitals*, editado por Cor Wagenaar et al., 26–41. Ámsterdam: NAI Publishers, 2006.

6. BIOGRAFÍA

Carolina Toro-Cortés

Arquitecta titulada en la Universidad Católica del Norte (2013), Magíster en Arquitectura en Zonas Áridas (UCN, 2023) y Máster en Historia, Civilización y Patrimonio por la Universidad Jean Monnet Saint-Étienne, Francia (2018). Ha complementado su formación con estudios en archivística y patrimonio en la PUCV, la Universidad Diego Portales–CENFOTO y el Institut National du Patrimoine (Francia). Actualmente es encargada del Centro de Documentación y docente en la Escuela de Arquitectura de la UCN. Ha liderado proyectos de educación patrimonial para infancias, destacando *Recuento: Historias del Desierto* (2021–2024), financiado por el Ministerio de las Culturas.

Espacios públicos de unidades médicas y bienestar psicoemocional de las personas usuarias. Caso de estudio: UMAE Gineco Obstetricia 4 IMSS, Ciudad de México.

José Eduardo Medina Canales
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores
de Monterrey Campus Querétaro
emedina@tec.mx

Boris Vladimir Tapia Peralta
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
boris_tapia@uaeh.edu.mx

Resumen.

La Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE 4, conocida como Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", fue diseñada por el arquitecto Agustín Hernández, uno de los mayores exponentes del Brutalismo Mexicano, entre 1971-1973. Pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y es considerada como patrimonio arquitectónico por la misma institución.

Si bien fue concebido para atender a un millón de derechohabientes, hoy enfrenta la demanda de más de diez millones, producto de los cambios demográficos, sociales y urbanos que ocurrieron en Ciudad de México durante casi medio siglo. De forma progresiva, las sucesivas adaptaciones del complejo hospitalario lo han desvinculado de nuevas demandas, como garantizar el bienestar psicoemocional de las personas usuarias junto con la protección de la estructura original.

En este estudio se aborda la influencia que tiene la estructura arquitectónica, desde los jardines interiores hasta la plaza de acceso, sobre las emociones de las personas usuarias. Mediante la aplicación de metodologías cualitativas, como la entrevista no directiva y un cuestionario basado en el Modelo SOR (Estímulo-Organismo-Respuesta), se identificaron áreas públicas de la UMAE 4 donde la rigidez normativa patrimonial limita oportunidades para integrar flujos "intangibles" (emocionales) junto a los técnicos.

Palabras clave:

Patrimonio, IMSS, bienestar psicoemocional, espacio público

1. INTRODUCCIÓN. LA SITUACIÓN DEL PATRIMONIO ARQUITECTÓNICO EN SALUD DEL SIGLO XX EN MÉXICO

El proceso social de consolidación del legado arquitectónico del siglo XX es uno de los temas de debate más importantes en el campo del Patrimonio Cultural por los grandes retos y oportunidades que implica este grupo de edificaciones. En México, los principios para la gestión del patrimonio se asientan en leyes clave, como la Ley Federal sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Históricas o la Ley Federal de Cultural y Derechos Culturales, y depende de la actuación de dos instituciones principales: el Instituto Nacional de Antropología e Historia INAH, y el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura INBA, que dependen de la Secretaría de Cultura del Gobierno de México.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Federal sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Históricas⁴⁴⁷, los bienes inmuebles del siglo XX que tienen valor estético relevante se encuentran bajo

447Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Históricas. Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación DOF, 1972 (Última Reforma DOF 16-02-2018).

resguardo siempre que cuenten con la declaratoria de monumento artístico, expedida por la Presidencia de la República o la Secretaría de la Educación Pública.

Hasta 2023, a nivel nacional únicamente 43 inmuebles cuentan con la declaratoria de Monumento Artístico: de ellos, casi las dos terceras partes se encuentran en Ciudad de México y su Zona Metropolitana; la mitad son casas-habitación y los demás se dividen entre monumentos conmemorativos, sedes de importantes instituciones de la nación, conjuntos edilicios y espacios para la cultura⁴⁴⁸. Hay que destacar que este no es todo el universo de edificaciones con valor sobresaliente: el INBAL tiene inventarios y catálogos de inmuebles de todo el país que podrían recibir la declaratoria de Monumento Artístico.

La gestión de estos inmuebles no se limita al INBAL. En las distintas entidades federativas y municipios se han construido catálogos que establecen medidas de protección; por ejemplo, en Ciudad de México la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda SEDUVI cuenta con una serie de catálogos con más de seis mil inmuebles⁴⁴⁹ donde se establecen límites al derecho de propiedad sobre los edificios: bajo condiciones, es posible actuar en las fachadas, plantas y detalles. En caso de que un particular requiera hacer modificaciones, que pueden llegar hasta la demolición total o parcial, se integra un expediente con el visto bueno del INBAL para obtener el dictamen técnico aprobatorio; si el propietario realiza las modificaciones sin permiso, la penalidad puede llegar incluso a la restitución del inmueble.⁴⁵⁰

Estos recursos para la gestión del patrimonio arquitectónico mexicano del siglo XX no garantizan su salvaguarda. Usualmente, ni siquiera la declaratoria de Monumento Artístico facilita su conocimiento entre la población, no se asegura el financiamiento para el mantenimiento y pueden ser objeto de actos vandálicos. Esto es común también para los monumentos históricos y arqueológicos⁴⁵¹, que se encuentran bajo

gestión del INAH: aquellos con mayor validación social se cuidan, pero la gran mayoría están prácticamente desprotegidos.

1.1 El caso de estudio: la UMAE 4

Los inmuebles destinados a la atención a la salud que forman parte del patrimonio edificado del país no son la excepción. La gran mayoría de los hospitales que se encuentran en funcionamiento en México fueron construidos en el siglo XX, a partir del surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en 1943 y del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, en 1959. La fragmentación del sector público en instituciones autónomas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud hace que la definición de las modificaciones a los edificios existentes por innovaciones tecnológicas o cambios en la epidemiología de la población a la que sirven sea una decisión técnica de la institución, que ha evolucionado a la par de la construcción colectiva del concepto de "patrimonio" que rige la validación social de los demás inmuebles de la época. Hay varios ejemplos que muestran esa evolución en la gestión del patrimonio arquitectónico en salud en México. El Hospital de Jesús, construido en el siglo XVI por órdenes de Hernán Cortés, se mantuvo intacto por más de cuatro siglos; en 1934, a causa del ensanche de la avenida 20 de Noviembre, el patronato encargó el proyecto de ampliación del edificio al connotado arquitecto José Villagrán García. En la actualidad, ambas secciones son objeto de protección social y muestran visiones contrastantes de la atención a la salud: las

448 "Inmuebles declarados Monumento Artístico". Instituto de Bellas Artes y Literatura INBA, accedido el 07 de septiembre de 2025, <https://inba.gob.mx/transparencia/inmuebles>

449 Berumen, Manuel. Polanco, patrimonio arquitectónico de la segunda mitad del siglo XX. Inventario de autores y obras. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2022.

450 Gobierno de la Ciudad de México. Manual administrativo. Ciudad de México, México: Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, 2019

451 Los primeros, construidos entre los siglos XVI y XIX, y los segundos que anteceden a la conquista española

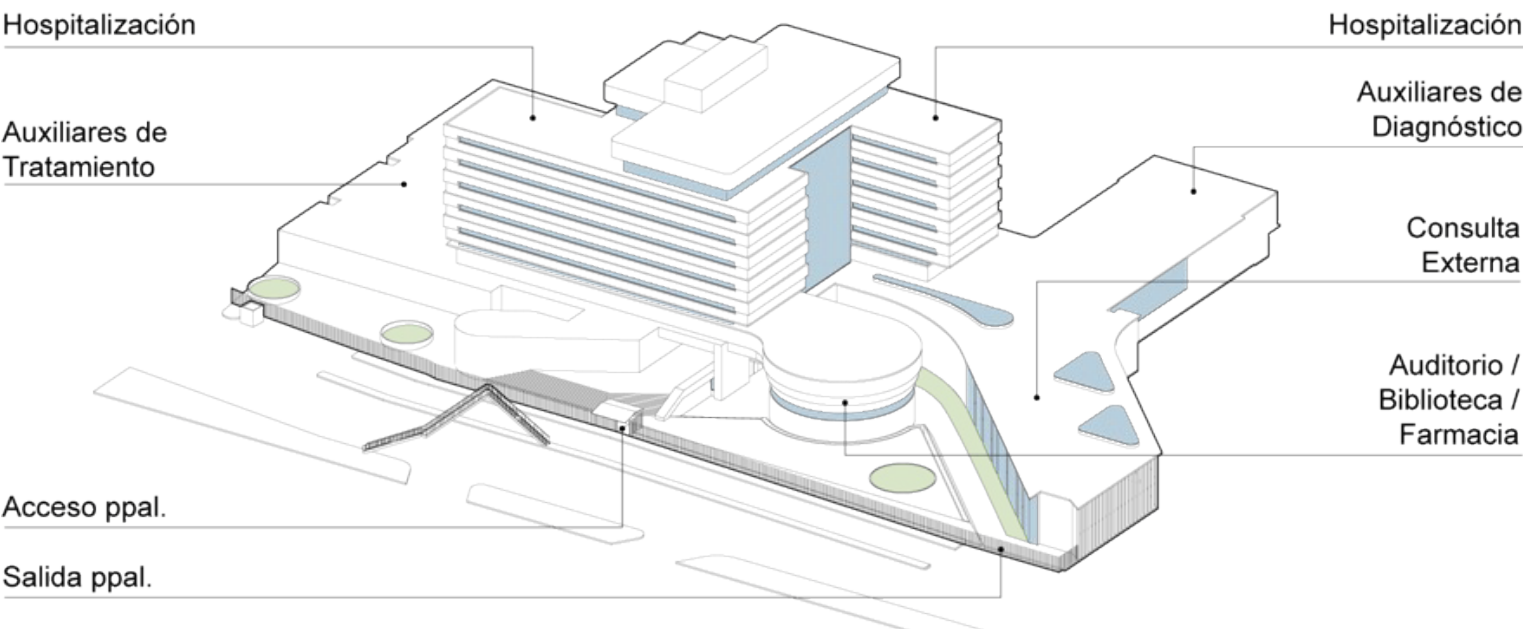
escaleras y el jardín interior conservan los registros de la arquitectura colonial, en contraste con el lenguaje moderno impuesto por Villagrán a la ampliación.

El Hospital de Zona No. 1 “La Raza”, hoy conocido como Centro Médico Nacional La Raza fue proyectado por Enrique Yáñez para el Seguro Social y se inauguró en 1952. La estructura arquitectónica original, donde prevalecían los espacios abiertos, la separación de funciones y la búsqueda de orientaciones adecuadas para garantizar la iluminación y ventilación de los distintos espacios, prácticamente ha desaparecido bajo múltiples ampliaciones, principalmente la que ocurrió entre 1970 y 1976 cuando se convirtió en “Centro Médico”, con espacios para la investigación, nuevos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, para alcanzar las 1800 camas.

En el caso del complejo hospitalario conformado por el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” y Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, conocida también como Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE 4, inaugurado en 1976 y propiedad del IMSS, las modificaciones realizadas han sido

mucho más cuidadosas. Si bien no ha sido declarado como Monumento Artístico, el propio Instituto ha establecido medidas para la conservación del conjunto arquitectónico debido a la valoración social que recibe la obra del arquitecto, poeta y escultor mexicano Agustín Hernández, a quien se encargó este proyecto.

Este conjunto arquitectónico se inscribe dentro del Brutalismo Mexicano, que se caracterizó por la búsqueda de un lenguaje alternativo al Movimiento Moderno en arquitectura a partir del estudio de las formas elaboradas por las culturas mesoamericanas⁴⁵². Este conjunto hospitalario se compone por un basamento de dos niveles que se extiende en todo el predio y remata en dos esquinas que giran 45 grados con respecto a la base; por encima se levantan dos edificios, de seis y ocho niveles, cuyos tableros en planta recuerdan la disposición de los templos de Monte Albán. También destacan el cuerpo de base circular junto al acceso principal, donde se encuentran la farmacia y el auditorio que, de acuerdo con el mismo Arq. Hernández, se inspira en la pirámide principal de Calixtlahuaca, aunque invertida, y las generosas escalinatas de acceso⁴⁵³.
Imagen 1. Axonometría de la UMAE 4



Fuente: Medina y Tapia, 2025

452Krieger, Peter. “Reciclaje del pasado construido: notas sobre Agustín Hernández.” *Anales del instituto de investigaciones estéticas*, 28, no. 89 (2006), p. 213-228

453Rocha, Lorenzo. “Hospital de Ginecobstetricia número cuatro”. *Patrimonio Arquitectónico IMSS* (2018)

La problemática que se enfrenta en el complejo hospitalario está vinculada con el crecimiento de la población en Ciudad de México y su efecto en la estructura urbana. Una parte tiene que ver con el aumento de la derechohabencia, a 50 años del inicio de operaciones del Hospital General y la UMAE 4; esta última, que fue planificada para atender a un millón de derechohabientes, hoy enfrenta la demanda de más de diez millones.

Las sucesivas adaptaciones del complejo hospitalario han buscado resolver las nuevas demandas desde dentro y fuera de la institución. En buena medida, se ha conservado sin modificaciones en su estructura arquitectónica, pero no ocurre lo mismo con el enlace de la UMAE 4 con el entorno urbano. Originalmente, el proyecto de Agustín Hernández estaba pensado para propiciar el acercamiento de la población hacia los edificios por medio del acceso libre a las escalinatas, con una vialidad lateral que permitía el desembarco de los usuarios en cualquier punto del frente del conjunto; en la segunda década del siglo XXI se construyó un enrejado que solamente cuenta con dos aperturas, una para el acceso y otra para la salida hacia la vialidad lateral, que muchas veces está saturada por vehículos particulares y donde permanecen todavía algunos puestos de vendedores ambulantes.

2. MÉTODO

Esta nueva relación de la población con el espacio público del complejo hospitalario limita, entre otros aspectos, su valoración social y la interrelación entre las personas usuarias, con efectos potenciales en su calidad de vida, debido a que el espacio público es una construcción social definida, en buena medida, por las interacciones que ocurren en él.

También se ha reconocido el papel del espacio público en la cohesión, la inclusión y la construcción de comunidades e identidades, así como la construcción subjetiva del bienestar, fundamental en mostró que, para la población urbana mexicana, las cuatro áreas del bienestar

subjetivo con niveles de satisfacción menor a la media, son: el vecindario, el tiempo libre, la ciudad y la seguridad ciudadana⁴⁵⁴. Los espacios públicos adyacentes a los hospitales son entornos muy particulares, porque en estos lugares las familias permanecen a la espera de que sus familiares recuperen su salud y puedan ser dados de alta, acudan a consulta externa o los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero también donde reciben muy buenas o muy malas noticias. A la par, por ese espacio público circula y permanece el personal de salud, visitantes, vendedores, entre varios otros usuarios.

Hoy en día, los hospitales tienen también la función de responder al “derecho a la salud” de la población, vinculado con la autodeterminación, acceso a la información, privacidad, solidaridad, relaciones entre pacientes-doctores y familiares-doctores-pacientes⁴⁵⁵. De ahí se desprende la necesidad de explorar cómo influye la estructura arquitectónica sobre las emociones de las personas usuarias. Se aplicaron metodologías cualitativas, como la entrevista no directiva y un cuestionario basado en el Modelo SOR (Estímulo-Organismo-Respuesta), con la finalidad de identificar las áreas públicas de la UMAE 4 donde la rigidez normativa patrimonial limita oportunidades para integrar flujos “intangibles” junto a los técnicos.

El Modelo SOR propone que los estímulos externos influyen en los estados internos, de manera que dan forma a respuestas

454 Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Indicadores de bienestar autorreportado de la población urbana. Módulo Básico de Bienestar Autorreportado BIARE Básico. Aguascalientes, INEGI, 2024

455 Setola, Nicoletta y Sabrina Brigianni. “The role of spatial layout of hospital public spaces in informal patient-medical staff interface.” *Proceedings of the Ninth International Space Syntax Symposium*, 25, No. 2, (2013)

conductuales⁴⁵⁶; puede emplearse en una variedad de áreas de conocimiento, que van desde las compras en línea al turismo de masas. Este estudio exploratorio empleó un enfoque de investigación cuantitativa y diseño transversal, a partir de datos recopilados en el sitio mediante un muestreo intencional. Se elaboró un cuestionario basado en observaciones previas en el sitio de estudio,

entrevistas no directivas y los resultados del estudio de Kim (2020), que refiere a los atributos de los sitios turísticos que condicionan la generación de “memorias” negativas: experiencias emocionales negativas que tienen relación con el comportamiento futuro del consumidor⁴⁵⁷ . Con esta base se establecieron los siguientes factores y variables:

Tabla 1. Factores y variables de análisis de la UMAE 4 - Modelo SOR

Factor 1: Seguridad		Factor 4: Trato	
SE1:	El sitio se siente inseguro	TRO1:	El personal y trabajadores no son amistosos
SE2:	El sitio me hace sentir ansioso o nervioso	TRO2:	El personal y trabajadores no están dispuestos a ayudar
SE3:	En el sitio se encuentran personas que me hacen sentir inseguro	TRO3:	Los trabajadores externos al hospital no son amistosos
Factor 2: Infraestructura		TRO4:	En general, el espacio abierto no se siente acogedor
INF1:	Las paredes y pisos se ven rotos o descuidados	Factor 5: Prácticas poco éticas	
INF2:	Los servicios básicos no funcionan bien (sanitarios, agua, Wi-Fi)	PPE1:	Alguien me sugirió pagar por un servicio gratuito
INF3:	Las señales, símbolos y gráficas no son claras o son suficientes	PPE2:	Alguien intentó cobrarme de más por un bien o servicio no gratuito
INF4:	No hay suficiente información para recorrer el edificio y las zonas exteriores	PPE3:	Alguien trató de forzarme a recibir un servicio no solicitado
Factor 3: Incidentes inesperados		Factor 6: Ambiente	
INI1:	Encontré alguna situación negativa que no esperaba al llegar al edificio	AMB1:	La edificación y los espacios abiertos no estaban limpios
INI2:	Encontré alguna situación negativa que no esperaba durante mi permanencia en el edificio	AMB2:	Se perciben malos olores
INI3:	Encontré alguna situación negativa que no esperaba durante mi permanencia en las zonas exteriores	AMB3:	Se siente que el ambiente está contaminado

Fuente: Medina y Tapia, 2025

Para todas las variables se estableció una escala de valor (1 a 4), donde la cantidad mayor indica que la percepción de la persona con respecto a ella es más acusada. Se recibieron en total 24 cuestionarios válidos. Al tratarse de un estudio exploratorio, uno de los objetivos fue confirmar la validez del

instrumento de recolección de datos y realizar correcciones, si fueran del caso, para establecer una muestra representativa en un estudio posterior. Las características demográficas de la población encuestada se indican en la siguiente tabla:

Tabla 2. Características demográficas de la población encuestada

Género	Femenino	19	79.16%
	Masculino	5	20.83%
Edad	menor a 18	0	0%
	18-24	1	4.16%
	25-34	7	29.16%
	35-44	11	45.83%
	45-54	2	8.33%
	55-64	2	8.33%
	mayor a 65	1	4.16%
Actividad	Personal de salud de la unidad	8	33.33%
	Trabajador de salud de la unidad	6	25%
	Paciente	10	41.66%
	Acompañante	0	0%
Origen	Trabajador externo a la unidad	0	0%
	Ciudad de México	9	37.50%
	Municipios de la Zona Metropolitana	6	25.00%
	Otra entidad federativa	9	37.50%

Fuente: Medina y Tapia, 2025

456Khairani, Daniel et al. “Urban tourism experiences: linking destination attributes to tourist behavior through stimulus-organism-response theory.” Tourism Recreation Research, (2025): 1-18

457Kim, Jong-Hyeong. “Destination attributes affecting negative memory: scale development and validation.” Journal of Travel Research, (2020): 1:15

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los datos permitió identificar percepciones significativas entre los usuarios de la UMAE 4. La percepción de seguridad resultó ambivalente. Las medidas físicas de seguridad (reja perimetral, vigilancia) no se correlacionaron consistentemente con una sensación subjetiva de protección. Usuarios reportaron ansiedad durante horarios de alta afluencia, ocasionalmente agravada por actitudes del personal de vigilancia. El cuerpo médico manifestó preocupación ante posibles agresiones.

La evaluación de la infraestructura fue generalmente negativa. El contexto urbano circundante, caracterizado por crecimiento no regulado y comercio ambulante, contribuyó a una percepción de deterioro. La señalización interna se consideró insuficiente y confusa, evidenciando una desconexión entre el diseño arquitectónico original y los requisitos de orientación para usuarios en estados de vulnerabilidad.

Las situaciones negativas inesperadas se asociaron predominantemente a interacciones con el sistema y el personal. Se documentaron quejas por trato percibidas como poco empáticas, mientras el personal señaló la carencia de insumos y obstáculos administrativos. Un hallazgo relevante fue la restricción de acceso a las áreas ajardinadas exteriores, concebidas originalmente para esparcimiento, lo que limita un recurso potencial para la mitigación del estrés. El trato interpersonal se identificó como variable crítica. Actitudes percibidas como prepotentes en seguridad y falta de calidez en las interacciones contribuyeron a una percepción de los espacios interiores como poco acogedores. Esto subraya que el bienestar psicoemocional depende tanto de las dinámicas sociales como del entorno físico. Los reportes de prácticas poco éticas fueron limitadas, aunque se identificaron conductas orientadas a remuneración para agilizar trámites, sugiriendo que las presiones del sistema propician economías informales. Finalmente, los indicadores de limpieza y salubridad fueron evaluados desfavorablemente, particularmente en áreas exteriores, afectando la comida y la percepción en la calidad de la atención,

mismas que sugieren una relación con los trabajos constantes de remodelaciones al interior.

4. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió evaluar la influencia de los espacios públicos de la UMAE 4 en el bienestar psicoemocional de sus usuarios, revelando una disociación entre la intención social original del diseño arquitectónico y las condiciones actuales de uso.

Los hallazgos demuestran que las adaptaciones recientes, motivadas por la presión demográfica y preocupaciones de seguridad, han priorizado el control y la eficiencia funcional deteriorando la experiencia humana. La instalación de la reja perimetral y la restricción de acceso a las áreas exteriores, concebidas por Agustín Hernández como zonas de esparcimiento integradoras, han truncado la vocación social del conjunto, generando percepciones de hostilidad y despersonalización. Esto evidencia que la rigidez en la gestión del patrimonio arquitectónico, cuando no incorpora dimensiones intangibles como el bienestar emocional, puede obstaculizar la adecuación del inmueble a las necesidades contemporáneas.

La aplicación de la metodología identificó que el bienestar psicoemocional no depende exclusivamente del contenedor físico, sino que tienen un papel fundamental la interacción dinámica entre el entorno construido, las relaciones sociales y la gestión operativa. Factores críticos como el trato interpersonal, la claridad espacial, la salubridad ambiental y la accesibilidad a espacios de resguardo resultaron tan determinantes como la propia materialidad del patrimonio brutalista. Se concluye que la conservación del patrimonio hospitalario del siglo XX requiere de un enfoque integral que trascienda la preservación física. Es imperativo desarrollar marcos normativos flexibles que permitan equilibrar la protección del valor patrimonial con intervenciones sensibles que reconfiguren los espacios públicos para fomentar la inclusión, la seguridad humana y el apoyo psicoemocional en recintos donde los principales usuarios presentan distintos tipos

de vulnerabilidades, asegurando así que estos entornos contribuyan activamente a su calidad de vida en el contexto del sistema de salud pública en México.

5. REFERENCIAS

Berumen, Manuel. Polanco, patrimonio arquitectónico de la segunda mitad del siglo XX. Inventario de autores y obras. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2022.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal sobre Monumentos y Zonas Arqueológicas, Artísticas e Históricas. Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación DOF, 1972 (Última Reforma DOF 16-02-2018).

Gobierno de la Ciudad de México. Manual administrativo. Ciudad de México, México: Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, 2019

Instituto de Bellas Artes y Literatura INBA. "Inmuebles declarados Monumento Artístico", accedido el 07 de septiembre de 2025, <https://inba.gob.mx/transparencia/inmuebles>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Indicadores de bienestar autorreportado de la población urbana. Módulo Básico de Bienestar Autorreportado BIARE Básico. Aguascalientes, INEGI, 2024

Khairani, Daniel et al. "Urban tourism experiences: linking destination attributes to tourist behavior through stimulus-organism-response theory." *Tourism Recreation Research*, (2025): 1-18

Kim, Jong-Hyeong. "Destination attributes affecting negative memory: scale development and validation." *Journal of Travel Research*, (2020): 1:15

Krieger, Peter. "Reciclaje del pasado construido: notas sobre Agustín Hernández." *Anales del instituto de investigaciones estéticas*, 28, no. 89 (2006), p. 213-228

Rocha, Lorenzo. "Hospital de Ginecobstetricia número cuatro". *Patrimonio Arquitectónico IMSS* (2018)

Setola, Nicoletta y Sabrina Brigianni. "The role of spatial layout of hospital public spaces in informal patient-medical staff interface." *Proceedings of the Ninth International Space Syntax Symposium*, 25, No. 2, (2013)

6. BIOGRAFÍA

José Eduardo Medina Canales

Integrante del cuerpo docente de la Escuela de Arquitectura, Arte y Diseño del Tecnológico de Monterrey, Campus Querétaro. Integrante de la coordinación de planeación estratégica en el Instituto Municipal de Investigación y Planeación del municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo en México. Arquitecto por el Tecnológico de Monterrey y especialista en Planeación y Diseño de Unidades para la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Ha colaborado en oficinas de reconocimiento internacional en México, España y Estados Unidos, participando y desarrollando proyectos de distintas tipologías, entre las que destacan proyectos de diseño urbano y hospitalarios.

Boris Vladimir Tapia Peralta

Profesor Investigador Titular "A" de Tiempo Completo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo UAEH, México. Integrante del cuerpo docente de la Especialización en Planeación y Diseño de Unidades para la Salud, Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Arquitecto y Magíster en Artes por la Universidad de Cuenca, Ecuador. Maestro en Arquitectura y Doctor en Arquitectura, ambas con mención honorífica, UNAM. Estancia posdoctoral en la Universidad Autónoma de Nuevo León UANL, México. Candidato a Investigador Nacional CONAHCYT 2023-2026. Perfil deseable PRODEP 2024-2026. Sus actividades de docencia e investigación se centran en la sostenibilidad, educación internacional, y la planeación y diseño de espacios para la salud y el bienestar.

Organiza



Universidad
Católica del Norte



ESCUELA de ARQUITECTURA

Colabora



**POSTGRADO
FAU** UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

do.co.mo.mo.cl



NÚCLEO MILENIO
PATRIMONIOS
NupatS



Lablugares
PROARQ UFRJ



FACULTAD DE
**ARQUITECTURA
Y URBANISMO**
UNIVERSIDAD DE CHILE

DEPARTAMENTO
DE ARQUITECTURA



**POSTGRADO
FAU** UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO



AARQHOS
ASOCIACIÓN CHILINA DE ARQUITECTURA
Y DE MODALIDADES DEPTALAS A.G.



UNIDAD DE PATRIMONIO CULTURAL DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE



<https://www.6sihah.com>

ISBN: 978-956-287-508-0



9 789562 875080