

Hospitales impulsados por la modernidad

Entre la persistencia y la decadencia*

ARQ. BRUNO REINHEIMER, FADU/UNL

- * Artículo desarrollado en el marco del programa *Cientíbecas 2004*, SECYT/UNL. *Edificios hospitalarios en Santa Fe (1880-1960). Adaptaciones y respuestas a los principios higienistas de la Modernidad*. Directora: Dr. Arq. Adriana Collado.
- 1 AAVV. (1978): *Documentos para una Historia de la Arquitectura Argentina*. Ed. Summa, Buenos Aires, pp. 73-142.
- 2 Collado, A. (1995): «Santa Fe a principios del s.XX. Condiciones de habitabilidad e higiene pública». *Revista de la Junta Provincial de Estudios Históricos*, N° LXI, Santa Fe, pp. 9-18.
- 3 Collado, A. (1998): «La higiene pública como factor de la modernización urbana. El caso de Santa Fe, 1880-1910». Documento de trabajo n° 9, CEHIS/UNL, Santa Fe, pp. 39 / 40.
- 4 Fernández, R. (1985): «Historia: memoria y laboratorio». *Revista Summa*, N° 215/216, Buenos Aires.

Interrogantes y disparadores

¿En qué medida se identifica a la arquitectura hospitalaria de la ciudad de Santa Fe?

¿Responden los edificios paradigmáticos a las principales teorías y tipologías universales al momento de su fundación? ¿Poseen capacidad para desarrollar cierto grado de adaptación al devenir histórico y a las condiciones actuales?

Responder a estos y otros interrogantes constituye la motivación principal para abordar con sentido crítico la temática específica de la Arquitectura para la Salud, una rama de la disciplina que presenta múltiples desafíos por su alto grado de complejidad. Más aún si consideramos su moderado nivel de profundización hasta el momento en el ámbito local, motivo que incentiva la necesidad por cubrir ciertas vacancias del conocimiento.

Enfoque cronológico

Se parte de considerar a la modernidad como promotora, entre tantos aspectos, del surgimiento de paradigmáticas estructuras edilicias que guardan un lugar privilegiado en el acontecer histórico. Nos situamos en los albores del liberalismo, período clave que atravesó la Argentina caracterizado por un ambicioso espíritu de crecimiento económico y desarrollo material y signado por la más absoluta fe en el progreso que derivaría en una clara dinámica de transformación urbana¹.

De modo que el paréntesis temporal se abre hacia finales del siglo XIX, específicamente alrededor de 1880 con la creciente llegada a la Argentina de modernos postulados higienistas originados en Europa y difundidos por toda América. Eran consecuencia de los incipientes avances científicos universales, con implicancias directamente pragmáticas traducidas en una nueva forma de diseñar y construir hospitales.

Para ese entonces la ciudad de Santa Fe transitaba serios apremios en materia de Salud Pública, cuestión íntimamente ligada al fenómeno de inmigración masiva que experimentaba la receptiva región litoraleña. El problema eminentemente urbano de la salubridad exigía un abordaje exhaustivo, pasando a involucrar al conjunto

de la sociedad y enfatizando la obligación del gobierno de *hacer obra*²: desde infraestructuras hasta una amplia gama de equipamiento comunitario. Entre ellos, nuevos establecimientos sanitarios acordes al contexto crítico, representados institucionalmente por el flamante edificio de la Asistencia Pública.

De este modo adquirirían presencia novedosos organismos hospitalarios, como parte de las respuestas dirigidas a cubrir las necesidades apremiantes de la sociedad. Las teorías fundamentales que otorgaban sustento al proyecto se hallaban en el ideario higienista, abordado operativamente y con un mayor grado de compromiso.

Integran esta serie destacada los hospitales Italiano de Santa Fe y Las Colonias (1892), Provincial J. M. Cullen (1909), Policlínico J. B. Iturraspe (1911) y Psiquiátrico Dr. E. Mira y López (1941). Si bien el último es divergente en momento fundacional y perfil asistencial, su incorporación responde al innegable valor paradigmático como pieza destacada del movimiento moderno.

No obstante los valores individuales, en conjunto delineaban un perfil sanitario sobre el corredor oeste de la ciudad, un sector planeado en materia de salud donde se hacía notar con mucho énfasis la presencia del Estado Asistencialista³.

Acerca del método

Citando a Roberto Fernández cuando enuncia que «la historia es la memoria que nos permite tanto el conocimiento como el aprendizaje»⁴, evidentemente la investigación del pasado lejos está de agotarse en sí misma. Debe ser potenciada para valorar el presente y vislumbrar posibilidades de desarrollo a futuro.

Cuando se trata de piezas arquitectónicas de gran valor histórico, implican un verdadero desafío si consideramos la necesidad de reotorgarles vigencia en función de las sucesivas condiciones de la realidad. De modo que el camino más prudente para afrontar la complejidad del objeto de estudio y cubrir las lagunas de conocimiento es recurriendo a un amplio entrecruzamiento de datos que involucre fuentes editadas e inéditas, relevamientos in situ y un intenso trabajo de campo.



Arriba: edificio original del *Hospital Italiano de Santa Fe y Las Colonias* / Luego: edificio original del actual *Hospital provincial José María Cullen* / Luego: edificio original del actual *Hospital policlínico J.B. Iturraspe* / Luego: edificio original del *Hospital psiquiátrico Dr. E. Mira y López*.

5 Cottini, A. (1980): *El hospital en la historia*. Universidad de Mendoza, Mendoza, pp. 19-52.

6 Cottini, A. (1980): *op. cit.*, pp. 55-70.

En busca del origen tipológico

Una primera cuestión se desprende del puente teoría-práctica como eje inicial, referido al análisis de los planteos fundacionales. En este sentido, existen pruebas que permiten corroborar la amplia adopción que los nuevos esquemas exógenos han manifestado en ámbitos nacionales y en el medio local, más allá de los motivos internos que estimularon la concreción de nuevos hospitales. Evidentemente existió una clara subordinación de los países periféricos incluido Argentina, siendo la ciudad de Buenos Aires el ejemplo inicial más inmediato para las principales ciudades del interior, a modo de efecto cascada. De este modo se llega al contexto local santafesino con una importante acumulación de conocimientos generales, como plataforma vital para reconocer con precisión los modelos universales más influyentes.

El primer esquema tipológico moderno, enunciado prematuramente por la Academia de Ciencias de Francia hacia 1786 pero puesto en práctica luego de la Revolución Francesa casi un siglo más tarde, era una seria toma de conciencia frente a la esterilidad hospitalaria vigente. Introducía el principio básico de separación de pabellones para asegurar un máximo de luz y ventilación a las condiciones de internación, y sobre todo para alejar las enfermedades unas de otras, decisión que sin embargo respondía todavía a la primitiva creencia del contagio a través del aire. El modelo experimental se constituía por dos series simétricas de pabellones paralelos, para hombres y mujeres, orientados en sentido favorable. Sobre el eje axial tenía lugar la capilla, en el centro de un vasto patio intermedio circunvalado por galerías que enlazaban los accesos pabellonarios. En el volumen de ingreso al conjunto, los consultorios de examen derivaban según el tipo de enfermedad⁵.

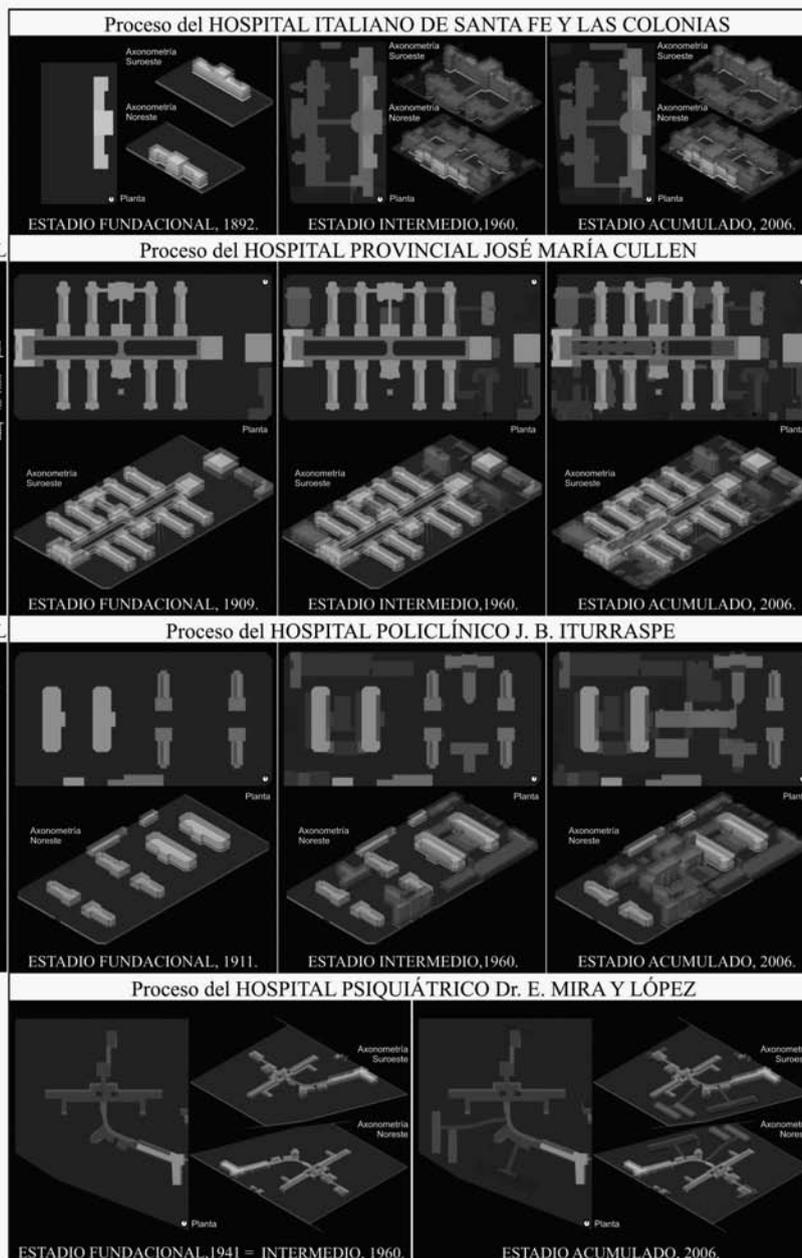
Sin lugar a dudas este innovador planteo fue ensayado en el proyecto que dio vida al actual Hospital Provincial J. M. Cullen en 1909, por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia. El conjunto edilicio, extendido equilibradamente sobre el terreno, se resolvía en planta baja sobreelevada y subsuelo mediante dos series de cuatro pabellones paralelos, vinculados a doble peine por dos galerías anulares que originaban patios interiores. Ambos se alineaban sobre el eje longitudinal que organizaba

simétricamente el conjunto, extendido desde el bloque de acceso principal hasta el cuerpo posterior de servicios generales. El esquema generaba vacíos interpabellonarios alternados, destinados a funcionar como pulmones de ventilación e iluminación.

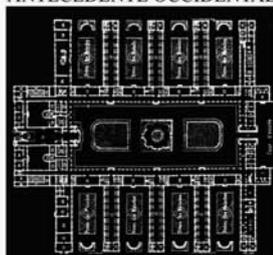
La siguiente tipología nacía en Alemania hacia fines del siglo XIX, luego de la guerra de 1870 que condujo a la Unidad Nacional de Prusia. Este momento coincidía con las experiencias pragmáticas de la Escuela Hospitalaria Francesa. Sin embargo, en Europa Central no existía una base académica rígida, de modo que era posible volcar ciertas premisas surgidas de las condiciones del momento y del lugar. El hecho de haber experimentado durante la guerra el aislamiento de enfermos contagiosos en tiendas, barracas y lazaretos especiales, determinaba la construcción de hospitales de múltiples pabellones separados y casi autosuficientes. Resueltos generalmente en una única planta, los pabellones se orientaban hacia el este y el oeste, situando los servicios en sus extremidades⁶.

La estrategia alemana de aislar pabellones fue adquirida para el proyecto original del actual Hospital Policlínico J. B. Iturraspe, fundado en 1911 por iniciativa del municipio local como *Casa de Aislamiento*, nombre que evidentemente no resulta casual. Las siete salas de internación, rodeadas de amplios espacios verdes y una tupida arboleda, contaban con ingresos independientes volcados hacia una espina circulatoria central de carácter abierto, además de un sector de servicios emplazado sobre el límite sur del predio. El eje axial, verdadero organizador del conjunto edilicio, determinaba en su extremo este el acceso principal al predio, a la vez que discriminaba por sexos las salas a la manera habitual.

El envión creativo europeo culmina en Inglaterra de la época victoriana, terreno propenso para el surgimiento del más acabado hospital moderno occidental. La floreciente situación económica posibilitaba la puesta en práctica de los avances técnicos en materia de Ingeniería Sanitaria, mientras que por primera vez y con firmeza se viabilizaban los métodos antisépticos y los descubrimientos sobre bacteriología, factores que en conjunto comenzaban a revolucionar el campo médico. La remoción de las primitivas creencias acerca de las enfermedades de hospital motivaba la unificación y hermetización de los

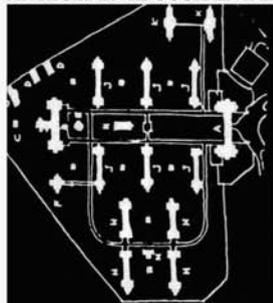


ANTECEDENTE OCCIDENTAL



Hospital Lariboisiere, Paris, año 1854.

ANTECEDENTE OCCIDENTAL



Hospital Urban, Berlín, año 1890.

7 Cottini, A. (1980): *op. cit.*, pp. 83-164.

8 IPEC. Anuario estadístico de la ciudad de Santa Fe. Cap. IV: «Asistencia pública · Hospitales». Dirección de Estadística Municipal, MSF, República Argentina. Volúmenes I (1904), IX (1913), XIII (1918-1919), XVI (1922-1923), XXVI (1934), XXXVI (1944).

* Fuente: IPEC, *op. cit.*

espacios hospitalarios, dotando de continuidad al conjunto. El elemento fundamental de la simplista composición era la galería cubierta a modo de espina troncal, que intersectaba perpendicularmente las salas de internación⁷.

Sin embargo, esta última tipología que fue la más madura de sus contemporáneas no experimentó un fiel reflejo a nivel local. No obstante, las relaciones estrechas de aplicación desprenden constantes comunes referidas al atraso cronológico entre surgimiento tipológico y concreción local, junto con un cierto grado de reelaboración caracterizada por ajustes de escala y otras adaptaciones contextuales. Entendibles, por cierto, puesto que Santa Fe como ciudad provinciana distaba mucho de ambientes desbordantes como la cosmopolita ciudad de Buenos Aires o bien las grandes urbes occidentales.

Mutación arquitectónica frente a realidades múltiples

Es incuestionable la dinámica temporal que da existencia al hombre y que influye sobre sus productos culturales. Referida a los edificios para la salud, el hecho de transitar un prolongado proceso histórico implica la obligación de asegurar una adaptación permanente a los requerimientos de la medicina en permanente ebullición. Para el caso de Santa Fe, importan los procesos de reinención edilicia de los hospitales, para responder adecuadamente a las necesidades primarias de la sociedad. El recurso de la digitalización gráfica de cada proceso de mutación arquitectónica, mediante soportes bidimensionales y tridimensionales, permite vislumbrar no sólo el desarrollo del organismo hospitalario sobre el terreno, sino también el crecimiento en altura capaz de alterar su perfil original. Cada tipología inicial presentó capacidades intrínsecas para absorber o no la necesidad de adaptación permanente, haciendo énfasis en su grado de flexibilidad y nivel posibilitante, cuestión verificable en el tenor edilicio añadido sobre cada estadio fundacional.

Frente al masivo desarrollo de los hospitales Italiano y J. B. Iturraspe, uno debido a su pequeña magnitud inicial, otro en razón de su rígido planteo original de aislamiento para enfermos infectocontagiosos, el Hospital J. M. Cullen se destacó por presentar un nivel de crecimiento edilicio bajo o moderado. Este factor agregado refuerza la alta pertinencia del planteo fundacional, capaz de absorber posteriores exigencias espaciales. La prudente elección tipológica muy probablemente se deba a la extraordinaria instancia nacional de concurso de ante-

proyectos, garantizando un organismo arquitectónico de notable magnitud y despliegue, producto de una suma de esfuerzos y del aporte solidario de diferentes grupos sociales.

Por otra parte, el tránsito de la ciencia médica de curativa a preventiva ha tenido implicancias directas en el circuito funcional de cada hospital. Desde mediados del siglo XX se reducirán las superficies de internación dando lugar a una amplia gama de especialidades médicas, cuestión que acabó por presionar aún más a los organismos hospitalarios vigentes. Ciertos ejemplos, en especial los hospitales Italiano y J. B. Iturraspe, denotaron la necesidad de ampliar considerablemente su planta útil, mientras que nuevamente el Hospital J. M. Cullen encontró en su configuración inicial un gran nivel de absorción y flexibilidad, que posibilitó la readecuación utilitaria de los numerosos pabellones de internación para alojar las nuevas especialidades.

El hecho de contar con la reconstrucción de los procesos de crecimiento edilicio en cada caso permite a su vez una comparación coyuntural entre ellos, sobre un paréntesis temporal que se abre en 1880 y se extiende hasta la actualidad. Este recurso evidencia tres momentos coincidentes donde se emprenden obras de envergadura sobre los cuatro hospitales:

- Las décadas iniciales de 1890 y 1900 determinan la fundación casi simultánea de los hospitales Italiano, J. M. Cullen y J. B. Iturraspe.
- Las décadas de 1930 y 1940 incluyen varias reformas radicales, junto con la fundación del hospital Psiquiátrico.
- Finalmente, las décadas de 1970 y 1980 denotan algunas reformas importantes en los hospitales en manos de la Provincia, que seguirá regulándolos hasta la actualidad.

En contrapartida, como resultado de vincular sincrónicamente estos procesos con los sucesivos índices de mortalidad⁸ registrados en cada hospital, la tabla indica que las décadas de 1910 y 1920 han sido las más críticas en función de sus elevados índices, que particularmente coinciden con períodos pasivos de producción arquitectónica. Por otro lado, los mayores porcentajes se han registrado en el Hospital J. B. Iturraspe, razón justificada por el perfil asistencial sobre enfermos infectocontagiosos, es decir, aquellos cuadros sumamente agudos que envolvían un mayor riesgo de vida.

Contraste temporal de mutaciones (1880-1960) con porcentajes oficiales de mortalidad hospitalaria *

Cronología	HOSPITAL ITALIANO Reformas	% mortalidad	HOSPITAL CULLEN Reformas	% mortalidad	HOSPITAL ITURRASPE Reformas	% mortalidad	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Reformas	% mortalidad
1890	<i>Fundación 1892.</i> Iniciativa: Colectividad Italiana. Capacidad inicial: 60 camas (máximo 100 enfermos). Planteo lineal: bloque en altura (2 y 3 pisos, con subsuelo).							
1900 (dato %: 1904)	1905: se amplía el terreno. 1906-1911: pabellones posteriores horizontales <i>Garibaldi</i> y <i>San Martín</i> . Nuevo planteo: pab. paralelos conectados perpend. por galerías.	5,19% (540 ingresos)	<i>Fundación 1909.</i> Iniciativa: Sociedad de Beneficencia. Capacidad inicial: 320 camas. Planteo horizontal: 8 pabellones a doble peine unidos por 2 anillos circulat. (PB y subsuelo).	8,01% (1361 ingresos)				
1910 (%: 1913) *1918		8,48% (873 ingresos)	1912-1916: capilla; acceso interno (galería derivada) o externo (principal).	9,17% (3271 ingresos)	<i>Fundación 1911.</i> Iniciativa: Municipalidad de Santa Fe. Cap. inicial: 200 camas. Funcionamiento parcial desde principios del siglo xx. Planteo horizontal, tipología de pabellones de aislamiento netamente separados.	22,03% (286 ingresos)		
1920 (dato %: 1923)	1928-1931: 1º cambio de imagen. Expansión horizontal y vertical del bloque lineal principal. Completamiento horizontal de la tira posterior.	5,28% (1515 ingresos)		9,36% (3045 ingresos)		31,82% (374 ingresos)		
1930 (dato %: 1934)	1933-1934: configuración anular. Nuevo cuerpo horizontal de servicios generales. 1936-1938: imagen urbana definitiva. Expansión vertical del bloque principal.	3,91% (3813 ingresos)	1931: nuevo pabellón para enfermos pudientes (2 pisos, y subsuelo en cabecera). Otras ampliaciones secundarias: talleres, cocina, tira apoyo de quirófanos, etc.	6,55% (6213 ingresos)	1935: bloque de maternidad con acceso independiente (3 y 4 pisos, subsuelo frontal), y otorrinolaringo- logía (2 pisos). Refacción cilíndrica a pabellones quirúrgicos 3 y 4.	21,84% (650 ingresos)		
1940 (dato %: 1944)	1941: desagües a cloacas e instalación del sistema de calefacción (concreción total de cerramientos para lograr continuidad interior). 1949: se amplía el terreno.	2,95% (4548 ingresos)	1940-1942: maternidad Dr. D. Pujato (4 pisos y subsuelo). Partido espacial compacto conectado por galería deriv. Conexión trans-pabellones 5-6 y 7-8; consult. ext., etc.	3,10% (7956 ingresos)	Creación del Ministerio de Salud Pública. Pasa a la provincia. 1942-1943: ampliación pabellones 6 y 7, y nuevo cuerpo de cocina. 1947: Centro antituberculo- soso 1º sección. Prevención y curaciones.	7,83% (1871 ingresos)	<i>Fundación 1941.</i> Iniciativa: Gob. Provincial. Capacidad inicial: 100 camas (máximo 130 camas). Planteo horizontal abierto y bloques funcionales en tira (1 y 2 pisos), vinculados por galería troncal semicubier- ta. <i>Sistema Helios</i> .	
1950-1960	1950-1955: ampliaciones y agregados dispersos: usina eléctrica, cochera, capilla, taller de reparaciones, etc.		1950-1962: intervención de la Sociedad de Beneficencia. La función administrativa pasa a la provincia. Ampliaciones menores de servicios posteriores.		Bloque quirúrgico compacto entre pabellones 6 y 7. Pocas refacciones menores.			

Límites y condicionantes actuales

Frente a los conceptos básicos que rigen la actual disciplina arquitectónica dirigida al cuidado de la salud, es evidente que los referentes históricos han quedado considerablemente relegados, principalmente por presentar serios desequilibrios de naturaleza funcional. En especial, la casi nula discriminación de circulaciones pública, técnica y de servicio para los diferentes flujos humanos involucrados, factor que genera situaciones conflictivas diarias.

También se observa, en casos como el Hospital J. B. Iturraspe o el Psiquiátrico, carencia de unidad arquitectónica, situación que atenta contra los requerimientos funcionales mínimos de los edificios públicos y más aún, y con mayor rigurosidad, de aquellos destinados al tratamiento de la salud. Pese a estos ejemplos, se destaca el Hospital Provincial J. M. Cullen por su especial tipología que enlaza los espacios funcionales dotándolos de continuidad.

En otro orden, respecto del natural envejecimiento de las estructuras edilicias se desprende la necesidad de un mantenimiento intensivo poco atendido. Es un problema adicional pero no menor, derivado del ininterrumpido funcionamiento de organismos tan longevos, cuestión que acentúa el proceso de decrepitud y acelera considerablemente el fin de su prestancia o vida útil.

Mención aparte precisa el análisis de los terrenos que sirven de sustento a los hospitales. Con excepción del predio del Psiquiátrico, son superficies que presentan un importante grado de saturación con claras limitaciones de expansión horizontal, que restringen sus posibilidades en general a alternativas de desarrollo en altura. Inclusive la densificación del tejido urbano circundante ha motivado cambios significativos ya que mientras el entorno inmediato se mantuvo levemente construido, los edificios hospitalarios incorporaron el ambiente exterior a su propio circuito, manteniendo todas las áreas sumamente ventiladas y conectadas por galerías semicubiertas. Pero cuando el avance de la mancha urbana los incorpora al tejido físico de la ciudad, obliga a emprender acciones como la hermeticidad de paquetes funcionales y circulaciones, el acondicionamiento forzado del espacio interior y toda una actitud preservadora del ambiente urbano a partir de la creación o el refuerzo de las barreras físicas intermediarias.

A la hora de actuar

Para examinar con mayor claridad las posibilidades reales de desarrollo del recurso físico hospitalario, ya se cuenta con un importante número de factores a considerar, fundados estrictamente sobre lo ya acaecido.

En primer lugar, la experiencia ha demostrado la factibilidad de los cambios radicales por sobre aquellas modificaciones de menor escala, que cubren la necesidad inmediata sin reparar en las posibilidades de proyección a futuro.



Diagnóstico. Créditos del autor.

En segundo lugar, debido al valor histórico de las construcciones, surge la dicotomía entre la conservación del patrimonio arquitectónico y la permanente necesidad de readecuación edilicia para hacer frente a las necesidades comunitarias. Si bien cada referente empírico precisa de un análisis profundo, en el caso de proponer cambios radicales es vital comprender y respetar la traza natural de aquellas tipologías que la experiencia ha garantizado como posibilitantes, cuidando la escala del edificio y evitando alterar su condición esencial.

Sin embargo, en lugar de dirigir la mirada hacia posibilidades individuales de cada organismo es vital evaluar y reflexionar sobre el recurso físico en su conjunto, considerando alternativas globales que permitan la vigencia

de las estructuras heredadas pero en un nivel más acorde a sus capacidades reales, para evitar la sobrecarga. Es necesario incluir y diagramar una estrategia que abarque todos los niveles de atención, asegurando la viabilidad y permanencia del sistema a largo plazo a partir de su progresiva renovación física.

En general, la evolución permanente de métodos para el tratamiento de enfermedades, vinculada a los respectivos avances tecnológicos, reclama una arquitectura para la salud siempre en vías de transformación para evitar su obsolescencia. A la hora de encarar un proyecto nuevo, se debe considerar que el programa es solamente el punto de partida y pronto será superado por su intrínseca voluntad de cambio. Para estos casos, el estudio general de la temática ha dejado alternativas referidas a sistemas de proyección abierta, basados en criterios de diseño flexibles. Se trata de incluir un margen para un amplio abanico de ajustes, cambios y modificaciones, con la intención de sortear la ineficacia del hospital a corto plazo y prolongar su vida útil. Alternativas que apuntan a satisfacer los transitorios requerimientos del presente y admitir con mayor amplitud las incertidumbres del futuro.

Otro asunto a considerar, muchas veces relegado por las prioridades que acarrea el desarrollo físico del espacio donde en definitiva se practica la disciplina médica, es la humanización del hospital. Para que pueda cubrir aspectos antropológicos, a partir de comprender al hombre con sus modos de vida, debe ser posible un ambiente más agradable, sugestivo y amigable, a través del tratamiento ambiental de las circulaciones y espacios de transición que favorezcan la apropiación espacial. Un ejemplo es el único patio central restante dentro del Hospital J. M. Cullen, un pulmón verde que permite distracción y una permanencia familiar más tolerable frente a la tensión del motivo convocante. También será importante procurar espacios de bienestar y seguridad para el personal, sabiendo que de ellos depende el efectivo funcionamiento del mecanismo hospitalario.

Dentro del marco de la disciplina arquitectónica, ciencia de naturaleza humana y social, no se cuenta con verdades absolutas, dogmáticas ni determinantes sobre cómo proceder y actuar de aquí en más. Por ello, sumar al co-

nocimiento del pasado aporta prudencia a la hora de abordar la realidad con mayor exactitud. Más que conclusiones, los aportes obtenidos a través de esta investigación intentan contribuir al reconocimiento de un estado de la cuestión hospitalaria en nuestro medio, desde lo disciplinar, pensando siempre en su proyección hacia adelante con un mayor grado de compromiso.