

**Universidad de Valparaíso**  
Facultad de Arquitectura  
Escuela de Arquitectura



# **LA CONDICIÓN EUFÓRICA EN LA RELACIÓN ARQUITECTURA Y ENFERMO.**

TEMA DE ARQUITECTURA



Profesor Guía: Gonzalo Abarca G.  
Pablo Mondragón G.  
Alumna: Loredanna Rosati A.

Quiero expresar mis agradecimientos a mi primer profesor guía, don Pablo Mondragón G., el cual apoyó este tema de Arquitectura y me entregó enseñanzas de vida. También a mi profesor guía , Gonzalo Abarca G. por todo su apoyo y total comprensión entregada. Agradezco a mi familia y a mi amiga Manuela, mis apoyos fundamentales en mi proceso de formación y a Remigio por ser mi pilar y por entregarme toda la fuerza, dedicación y confianza para llevar adelante este trabajo.

## PRÓLOGO

En los talleres de Arquitectura siempre el encargo es observar el “habitar”, sensibilizarnos con los **diversos modos de habitar** la ciudad. Estos modos a los que nos acercamos reflejan la vida de personas en situaciones y condiciones distintas. Pero qué pasa con aquellas **singularidades del hombre** que escapan de nuestras realidades cotidianas. Entendiendo que la **Arquitectura** influye en la **DIGNIDAD** de los seres humanos, siendo capaz de **mejorar la vida de las personas, otorgar humanidad y sanidad del alma**; ¿ante esas minorías existirá una respuesta arquitectónica?.

Comprendiendo la **importancia de la arquitectura en la dignidad y bienestar de las personas**, entendemos la gran significancia de una buena respuesta en aquellas **condiciones especiales**, ya que si la arquitectura es capaz de otorgar, también puede ser capaz de restringir.

Es así que empieza mi inquietud por investigar **cómo la Arquitectura a acogido “otros habitares”**, aquellos que no hablan de personas “libres”, en condiciones “comunes”; de la mayoría, sino de personas que pasan por situaciones especiales que los hacen habitar de un modo completamente distinto al que vemos cuando caminamos por calles y escaleras. Y me detengo en los **enfermos**, en aquellos habitantes que llegan a una **condición de “no salud”** y en la respuesta que le ha dado la arquitectura.

Con esta inquietud centro mi investigación en estudiar la **relación de la arquitectura y este hombre enfermo**, develando cómo esta condición particular ha sido tratada durante la historia y sometiendo a juicio la condición actual a la que los enfermos son sometidos para así adelantarnos a situaciones que debilitan **la respuesta arquitectónica** en su capacidad de entregar mejores condiciones de vida.

En mis acercamientos a la realidad del enfermo durante mi vida he visto que la arquitectura nunca ha considerado al hombre enfermo con la misma importancia que al hombre sano. Es **INGRATA E INJUSTA** con el enfermo, no lo asume en su estado de persona, sino de carga. No se ha sensibilizado con su sentido de la vida, se ha dado como respuesta al enfermo una **ARQUITECTURA FUNCIONAL, INSENSIBLE Y REPRESORA DE SU HUMANIDAD**.

## **TABLA DE CONTENIDOS:**

	<b>pág.</b>
PRÓLOGO	3
TABLA DE CONTENIDOS	4
INTRODUCCIÓN	7

## **UNIDAD 1:**

<b>MARCO TEÓRICO: LA ARQUITECTURA CON SENTIDO</b>	9
1.1- <b>ARQUITECTURA ORANTE</b> ; Lugares para la oración.	9
1.2- <b>ARQUITECTURA LÚDICA</b> ; Lugar para la infancia.	16
1.3- <b>ARQUITECTURA DEL BIENESTAR</b> ; Lugar para el ocio - Termas de caracalla	20

## **UNIDAD 2:**

<b>ANÁLISIS HISTÓRICO: BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”.</b>	35
<b>2.1.-ANTIGÜEDAD</b>	35
2.1.1- <b>LA VINCULACIÓN DE LOS ENFERMOS Y LO SOBRENATURAL.</b>	35
2.1.2- <b>GRECIA</b>	36
2.1.3- <b>ROMA</b>	41
2.1.4- <b>OTRAS CIVILIZACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS</b>	44

<b>2.2.-EDAD MEDIA</b>	48
2.2.1- EUROPA	48
2.2.2- ESPAÑA	53
<b>2.3.-EDAD MODERNA</b>	57
2.3.1- RENACIMIENTO	57
2.3.2- LA ILUSTRACIÓN, ÉPOCA DE LAS LUCES	58
<b>2.4.- EDAD CONTEMPORÁNEA</b>	64
2.4.1- FUNCIONALISMO Y ECONOMÍA EN RELACIÓN CON LOS ENFERMOS	64
2.4.2- UNA MIRADA CRÍTICA AL PROYECTO “HOSPITAL DE VENECIA”	66

### **UNIDAD 3:**

**pág.**

#### **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN CHILE: EL HOSPITAL.**

70

##### **3.1- BREVE HISTORIA**

70

##### **3.2- EVOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA**

71

##### **3.3- ANÁLISIS: CENTROS DE SALUD - HOSPITAL**

72

### **UNIDAD 4:**

**pág.**

#### **PLANTEO Y DESARROLLO DE LA HIPÓTESIS**

87

##### **4.1- HIPOTESIS**

87

<b>4.2- SUB-HIPÓTESIS</b>	91
4.2.1- <b>SOBRE EL PROGRAMA</b>	91
4.2.2- <b>SOBRE EL ESPACIO</b>	96

---

**UNIDAD 5:** **pág.**

<b>CONCLUSIONES FINALES</b>	102
-----------------------------	-----

---

**pág.**

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	105
<b>ANEXO 1</b>	108
<b>ANEXO 2</b>	112

## INTRODUCCIÓN

La arquitectura nos acompaña a lo largo de nuestra vida y es quien acoge cada uno de nuestros actos. Qué sucedería si en un momento de la vida ésta nos abandonara o no supiera responder a un modo particular de habitar.

Este estudio analiza la capacidad de la arquitectura en sensibilizarse ante formas singulares de habitar, enfocándose en **su respuesta ante “la salud o la no salud”**; **su relación con el enfermo**, la cual no ha sido adecuada, porque al enfermarnos la importancia de la enfermedad nos supera en nuestra condición de personas, perdemos la posibilidad de habitar y con ello una cuota de humanidad. **¿Cómo hacer para que eso no suceda?**

En el desarrollo de la investigación recurriremos tanto a la historia como a la actualidad, llegando a nuestros tiempos con la soberanía absoluta del **Funcionalismo** en la creación de los centros de salud, convirtiéndose en el dictador del proyecto de arquitectura. Sumiéndose en este funcionalismo extremo los arquitectos han olvidado la cualidad, han olvidado que no son enfermedades las que ocupan las salas , sino habitantes enfermos.

Al referirnos a los enfermos, nos estaremos centrando en aquellas personas que deben permanecer en un centro de salud por una **enfermedad física** o fisiológica que considera un **proceso de recuperación**, entendiendo que otros tipos de enfermos, como los terminales y los siquiátricos, también merecen un trato arquitectónico que se sensibilice con su realidad, que es diferente a la de los **pacientes físicamente enfermos en recuperación**.

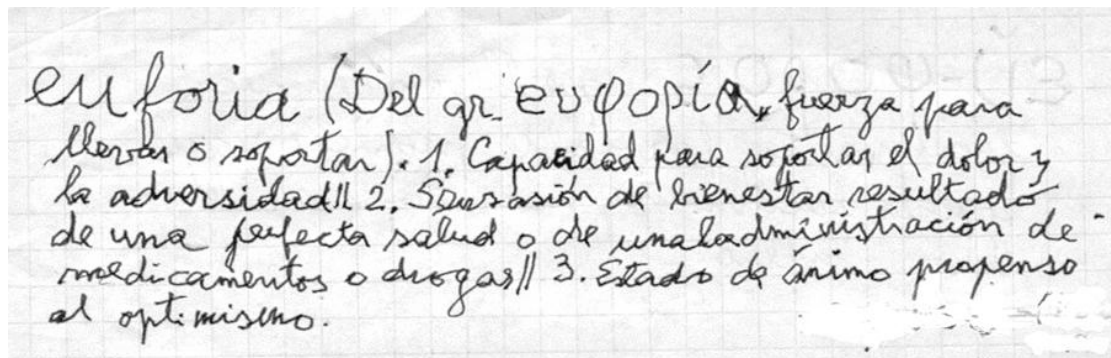
La Arquitectura no trata al enfermo con la misma importancia y preocupación como al hombre sano, por ello una parte importante de la gente **NO ENCUENTRA EN ELLA LA FORMA ADECUADA** para su desarrollo como personas. La Arquitectura no ha considerado al hombre en esta condición “enferma”. Los **ESPACIOS INADECUADOS** llevan a una **DESHUMANIZACIÓN DE LOS ENFERMOS**, los enfermos se dejan...la arquitectura sólo los “ubica”. Si la arquitectura influye en la dignidad de las personas y esta arquitectura los deshumaniza, **ES EL MOMENTO EN QUE EL ARQUITECTO REALICE UNA ARQUITECTURA PARA ÉL.**

---

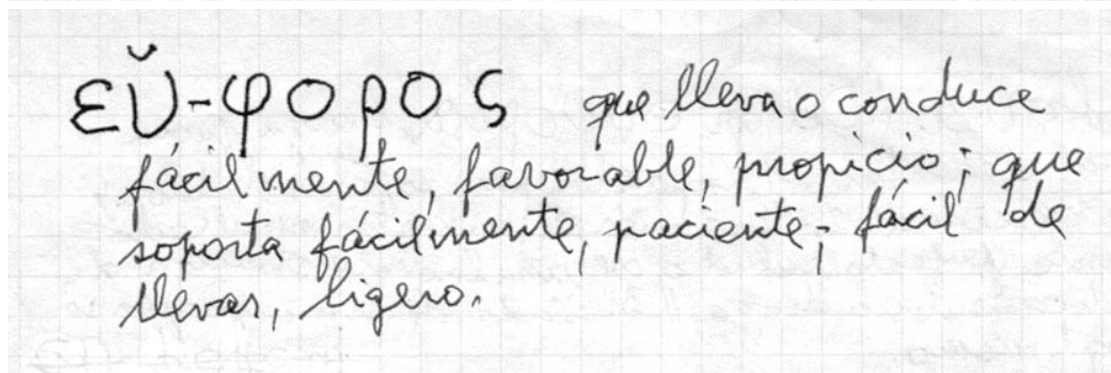
Esta investigación pretende abrir la inquietud del **cambio en esta relación**. Entender cómo la arquitectura puede **lograr una relación eufórica, de bien-estar**, con el enfermo, en donde los hospitales, como obra arquitectónica, sean **“hospitalarios”** tanto con el enfermo como con la diversidad de habitantes que congregan, dándoles a todos la posibilidad de habitar en sus distintos modos y no quitándosela, permitiéndoles ser habitantes de una arquitectura que acoge y que otorga vida.

Cuando hablemos de relación eufórica, estaremos entendiendo por **euforia**, término proveniente del griego εὐφορία, que significa **fuerza para llevar o soportar**; como la capacidad para soportar el dolor y las adversidades; la **sensación de bienestar**; el estado de ánimo propenso al optimismo.

Se busca una nueva relación, una relación eufórica, en donde la arquitectura sea sensible y no deje de lado la cualidad. Nos proponemos acercarnos a aquello que le falta a esta arquitectura que está tan lejos de ser hospitalaria con sus habitantes.



euforia (Del gr. εὐφορία, fuerza para llevar o soportar). 1. Capacidad para soportar el dolor y la adversidad. 2. Sensación de bienestar resultado de una perfecta salud o de una administración de medicamentos o drogas. 3. Estado de ánimo propenso al optimismo.



εὐ-φορος que lleva o conduce fácilmente, favorable, propicio; que soporta fácilmente, paciente; fácil de llevar, ligero.

Fig. 01y 02: Significado de euforia y εὐ - φορος, escritos por don Pablo Mondragón G.

## UNIDAD 1:

---

### MARCO TEÓRICO: ARQUITECTURA CON SENTIDO

Día a día habitamos respuestas exitosas de la arquitectura, pero cómo es dicha respuesta cuando se enfrenta a modos singulares de habitar, cuando debe acoger actos singulares y temporales.

La respuesta arquitectónica que recibe el habitante en condición enferma es de una arquitectura desmembrada, en donde **cuerpo y alma se han separado**. Es claro entonces entender que dicha ruptura **no permite una respuesta arquitectónica óptima ni sensible** con su habitante, manteniendo la relación con el enfermo en base a la funcionalidad.

La **funcionalidad** pareciese ser un camino de respuesta arquitectónica ante los modos particulares de habitar. Ante esos modos la arquitectura y con ellos los arquitectos podrían **sensibilizarse con la esencia particular** que mueve a sus habitantes, tomar el sentido del acto como motivo principal y **cualidad de la obra**, para así otorgar lugares que fueran más allá de lo netamente necesario para que se desarrolle el acto, siendo de este modo una **arquitectura con sentido**.

En la búsqueda de casos particulares que respalden la existencia de una arquitectura con sentido estudiamos ejemplos que se vinculan a **la espiritualidad** y a **la infancia**.

#### 1.1- ARQUITECTURA ORANTE.

Es aquella que no sólo permite la oración, sino llama a ella. Es **capaz de sensibilizarse con el sentido de la oración** y conectarse **con el sentimiento del orante**, predisponiendo al habitante **al recogimiento**. A continuación desarrollaremos casos arquitectónicos que acogen esta cualidad de ser orantes y otro que toma distancia del sentido de la oración cumpliendo simplemente con lo necesario para ser religioso.



## - IGLESIA DE RONCHAMP

Le Corbusier (1950)

Desde el exterior podemos advertir que el interior de la obra es un lugar resguardado que permite, por medio de pequeñas aperturas, una **relación controlada** con su entorno, pero no nos habla de una cualidad que nos invite a la oración.

Fig. 05: Dibujo isométrico.

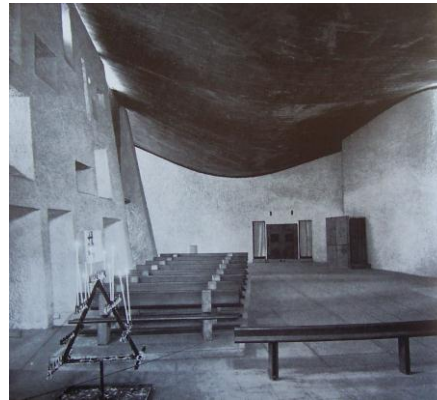
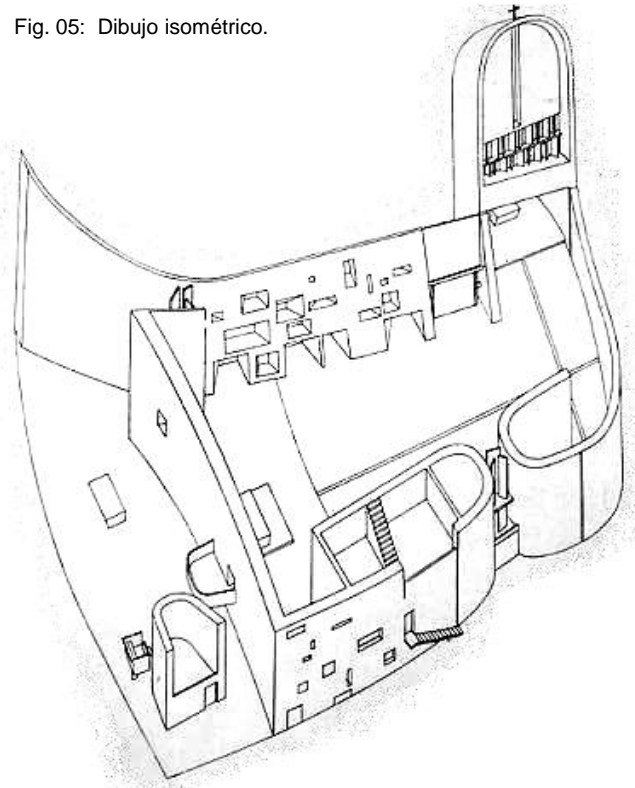


Fig. 04: Vista interior.

La capilla principal (la obra cuenta con tres) posee sólo una piel importante en su contacto con el exterior, la que permite un paso controlado de luz.

Se consigue un **interior** muy limpio que **no desvía la atención** de la cualidad, el fin espiritual, hacia la forma.



Fig. 03: Vista exterior.



Fig. 06: Vista interior.

Toda la obra se conjuga para crear un lugar que **acoga la oración** y el **recogimiento del alma**.

El lugar en **penumbra** nos invita a mirar hacia nuestro interior y así disponernos hacia un contacto con lo espiritual.

Fig. 07: Vista interior.



Fig. 08: Vista penumbra interior.

Fig. 09: Vista interior.



La capilla, su interior, logra un estado, una **cualidad** fuerte **de recogimiento**, no perceptible desde el exterior, al cual nos unimos al ingresar, **nos hacemos parte del lugar y de su cualidad**.

## - IGLESIA MONASTERIO BENEDICTINOS

Gabriel Guarda y Martin Correa (1962)

Fig. 10: Vista Exterior.



Desde el exterior la iglesia se nos muestra como un juego de volúmenes muy herméticos donde predominan las líneas rectas.

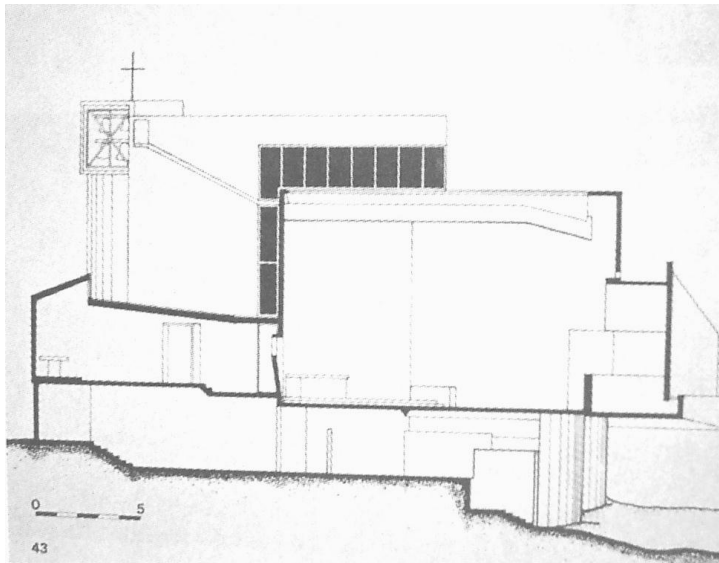


Fig. 12: Corte.

Desde el primer momento en que ingresamos, ascendiendo hacia la nave de los fieles, nos adentramos a un **interior en penumbra** donde las siluetas destacan sobre los detalles.

Fig. 11: Vista interior.



El exterior forma parte de un interior de una forma muy controlada, por medio de la luz que ingresa filtrándose entre el cielo y los muros de la iglesia.

La obra logra crear un **lugar espiritual** en donde sólo se **da cabida a nuestro recogimiento y contacto con Dios.**

Fig. 13: Vista interior.

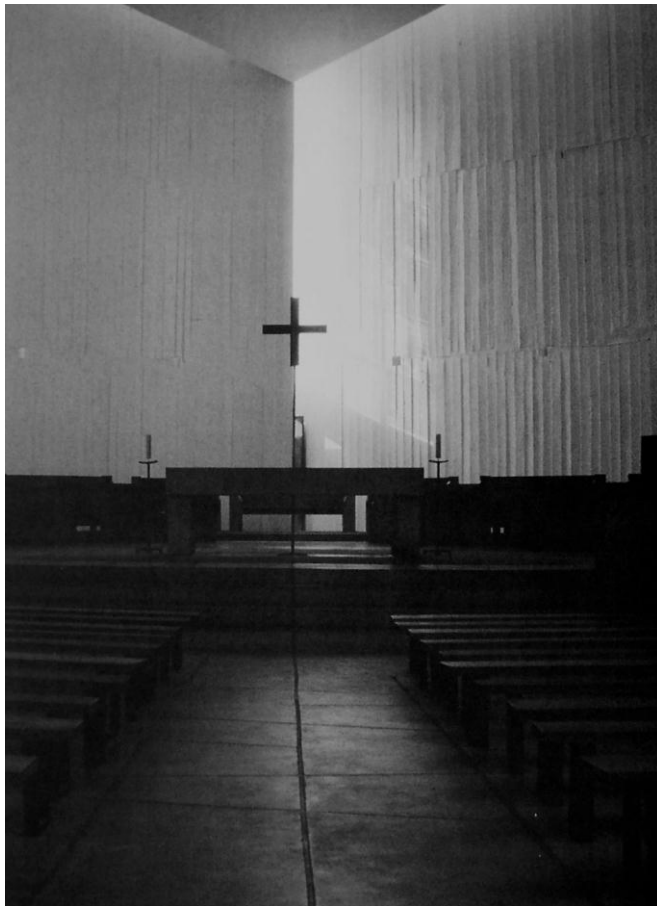


Fig. 14: Vista interior.

Se separa del concepto de un lugar para ir a orar y logra ser un **lugar que ora** y que al entrar a él **nos une a la oración.**



Fig. 15: Vista interior.

## - CATEDRAL METROPOLITANA "NOSSA SENHORA APARECIDA"

Brasilia, Brasil.

Oscar Niemeyer (1970)

Arquitectura y la pérdida del sentido.

Fig. 16: Vista Exterior.



Como **contraejemplo** de una Arquitectura con Sentido encontramos esta catedral, en Brasil. Es un edificio de planta circular que carece de fachada y tiene la forma de una gran corona de espinas. Se ingresa por una galería en penumbras que desciende al nivel del subsuelo simbolizando la entrada a **las catacumbas romanas**, pero **desemboca en un ambiente circular** cuyo techo completo es un gran vitral de absoluta luminosidad del cual cuelgan imágenes de ángeles que parecen flotar en el aire.

Fig. 17: Vista interior.



Fig. 18: Vista interior.



Con un **espacio único** sin pretensiones de enfatizar el altar dentro del rito religioso, esta catedral se presenta como una buena opción para actos que reúnan a grandes aglomeraciones de personas, pero **no suficientemente apto para la oración y el recogimiento** que el fiel católico necesita. Además, su eje de uso va en contraposición con el espacio concéntrico que la obra posee.

Fig. 20: Vista interior.



Fig. 19: Vista interior.



Esta Catedral es descrita por muchos de sus visitantes creyentes como una **obra proyectada por un ateo**, es decir, que **se desentiende del sentido orante que los fieles buscan en su interior**, a diferencia de otros templos, que con penumbra y focalización de la luz logran el recogimiento necesario que un lugar orante requiere. Este templo no logra ser más que una **arquitectura religiosa**.

## 1.2- ARQUITECTURA LÚDICA

La infancia es lúdica, es imposible imaginar a un niño feliz con una infancia lejana a esa cualidad, sin ella no hay infancia. A su vez, la infancia es pasajera, es un período, pero a pesar de su temporalidad necesita una arquitectura que se sensibilice con su esencia para conectarse con el espíritu de su habitante, el niño. Un buen ejemplo es el Orfanato de Ámsterdam, que estudiamos a continuación

### -ORFANATO MUNICIPAL EN ÁMSTERDAM

**Aldo Van Eyck (1955-1960)**

Este orfanato provee de hogar a 125 niños, desde bebés de pocos meses de vida hasta jóvenes de 20 años.

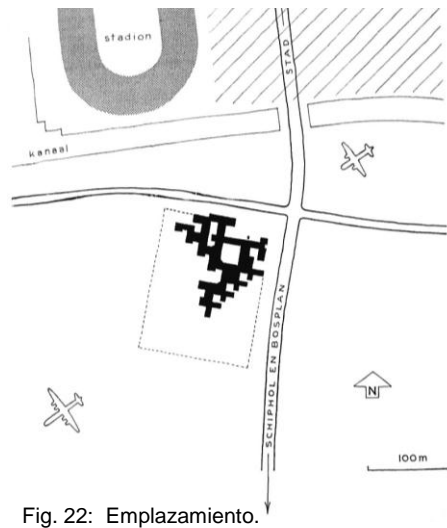
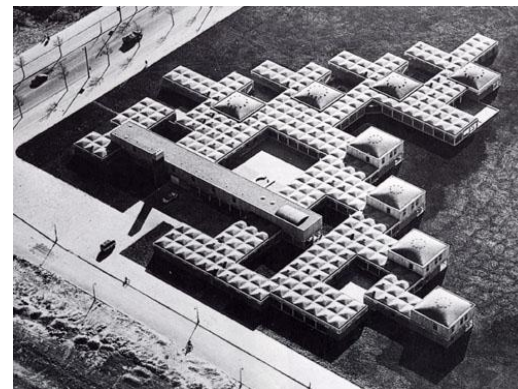


Fig. 22: Emplazamiento.



Desde el exterior percibimos un **juego** en su formación.

Fig. 23: Maqueta.



Fig. 21: Imagen de cubierta.

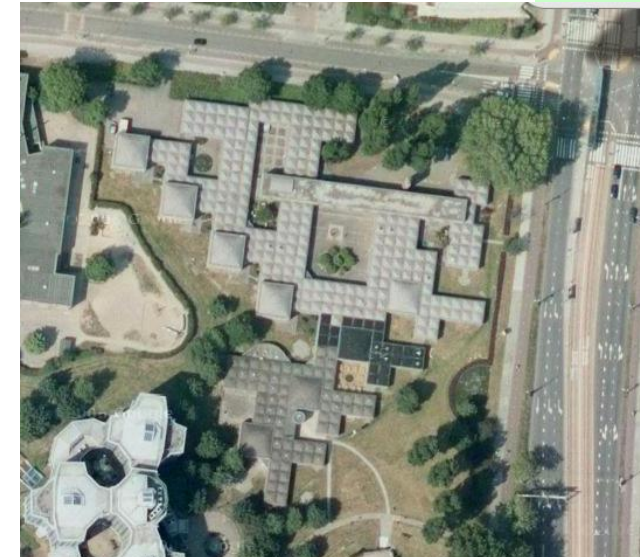


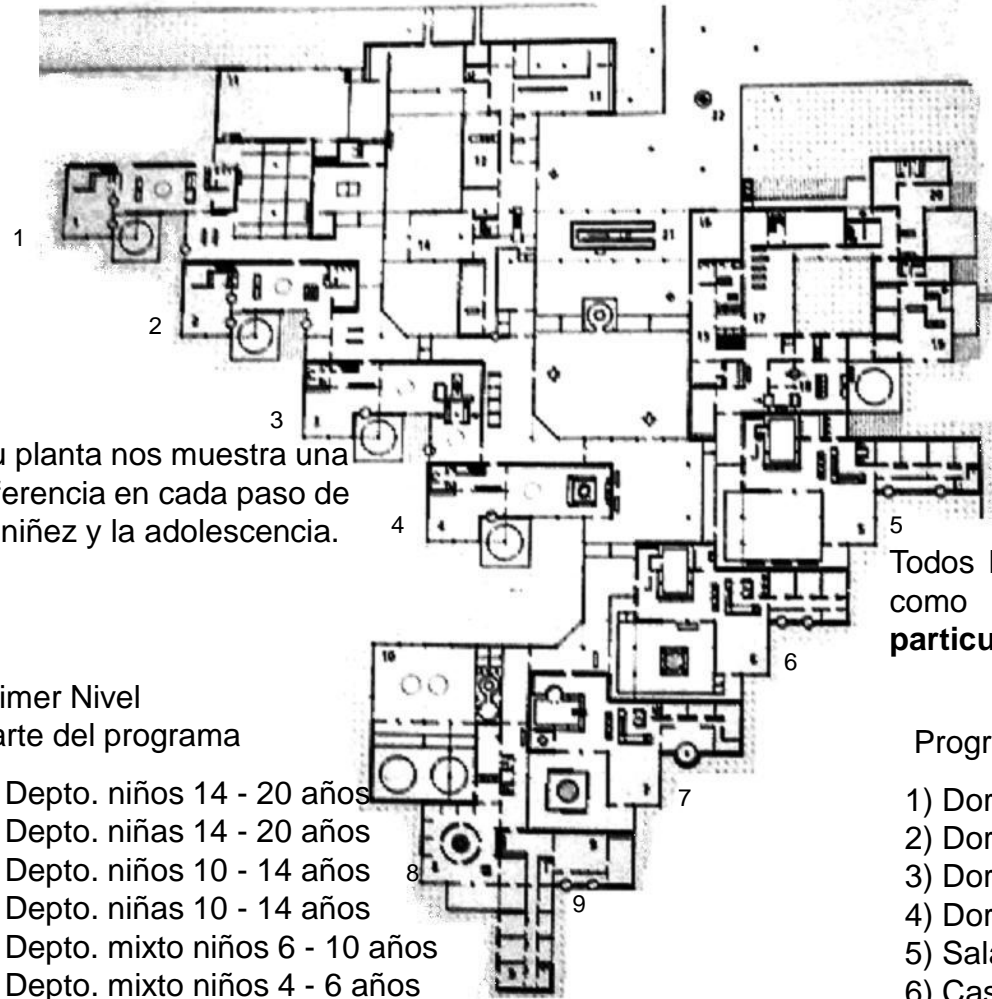
Fig. 24: Vista Aérea.



Fig. 25: Vista alzado Este.

La **medida** del proyecto es **amigable** con el niño, guardando proporción con su medida.

Fig. 26: Planta primer nivel.



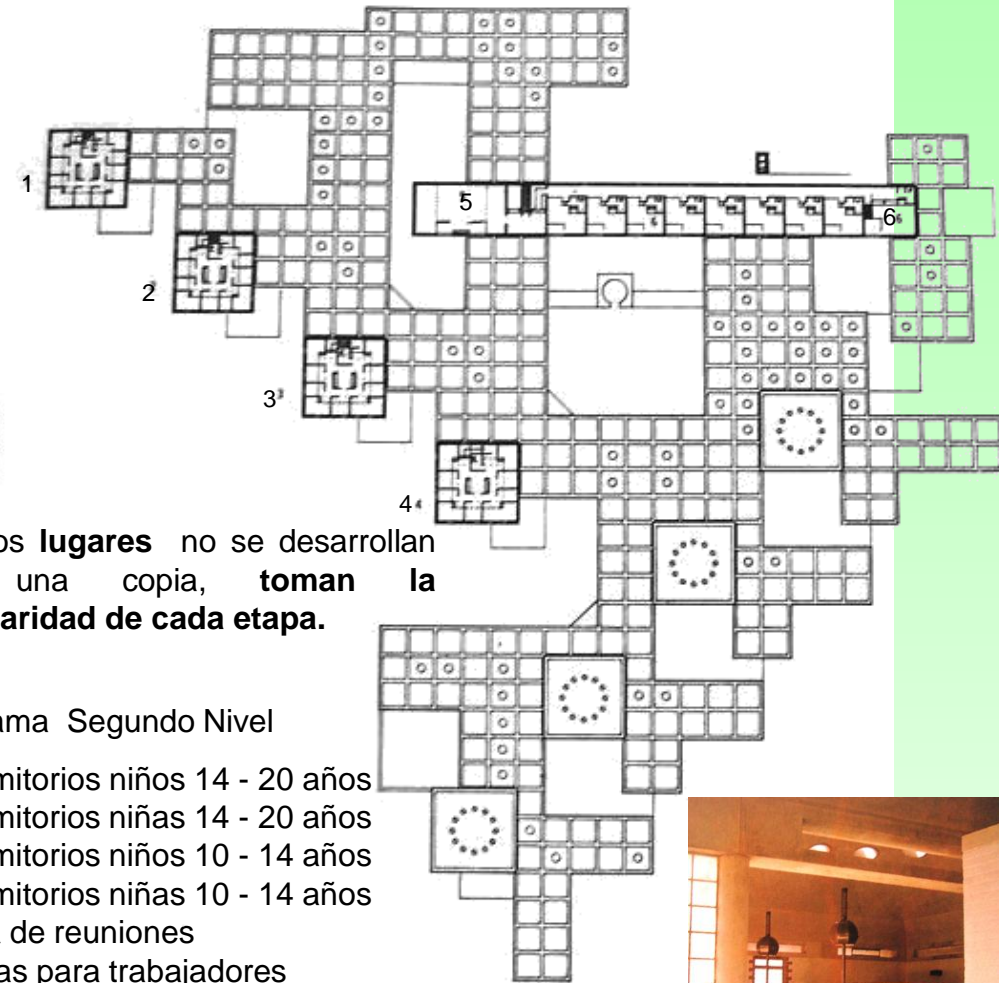
Su planta nos muestra una diferencia en cada paso de la niñez y la adolescencia.

Primer Nivel  
Parte del programa

- 1) Depto. niños 14 - 20 años
- 2) Depto. niñas 14 - 20 años
- 3) Depto. niños 10 - 14 años
- 4) Depto. niñas 10 - 14 años
- 5) Depto. mixto niños 6 - 10 años
- 6) Depto. mixto niños 4 - 6 años
- 7) Depto. mixto niños 2 - 4 años
- 8) Depto. de los bebés
- 9) Sector de enfermos.

Su programa nos manifiesta que la **razón de existir** de esta obra son **los niños**.

Fig. 27: Planta segundo nivel.



Todos los **lugares** no se desarrollan como una copia, **toman la particularidad de cada etapa.**

Programa Segundo Nivel

- 1) Dormitorios niños 14 - 20 años
- 2) Dormitorios niñas 14 - 20 años
- 3) Dormitorios niños 10 - 14 años
- 4) Dormitorios niñas 10 - 14 años
- 5) Sala de reuniones
- 6) Casas para trabajadores

Fig. 28: Interior depto. niños 4 - 6 años.



Departamento mixto niños 4 - 6 años.

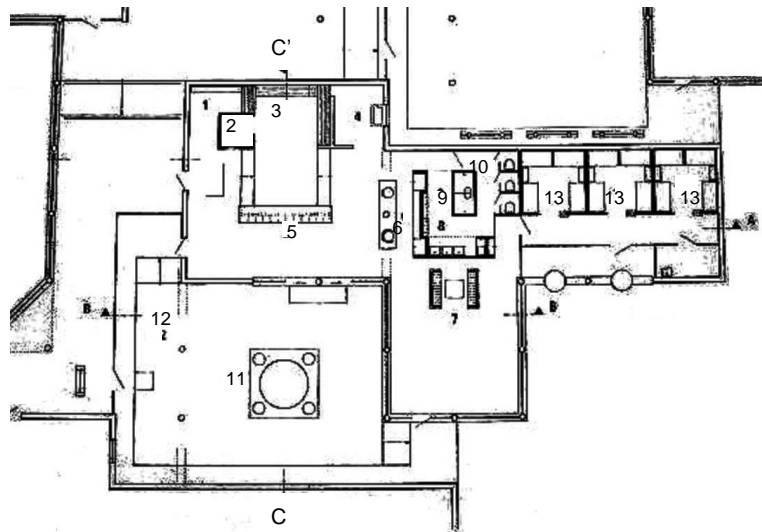


Fig. 29: Planta departamento mixto niños 4-6 años.

Parte del programa

- 2) Pequeña casa de ladrillo
- 3) Sector hundido rodeado de asientos en los cuales se guardan los juguetes.
- 5) Elemento que contiene armarios y la calefacción.
- 6) Cocina abierta.
- 9) Duchas.
- 10) Baños.
- 11) Piscina de arena con cavidades para el agua de lluvia.
- 12) Patio cubierto de juegos.
- 13) Compartimentos del dormir.



Fig. 30: Juego con espejos.



Fig. 31: Cocina abierta.

Se integran los espacios y se hace parte de ellos a los niños.



Fig. 32: Corte C - C'.

La **multiplicidad** es un factor de lo lúdico en el juego de los niños. Es así como esta piscina de arena deja pequeños círculos que se transforman en piletas de reflejo cuando entran en contacto con la lluvia.

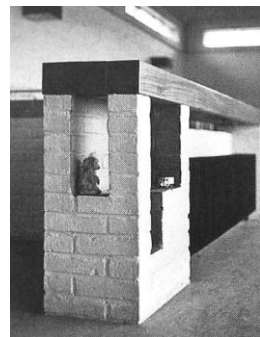


Fig. 33 y 34: Asientos guarda juguetes.

Cada elemento que forma el espacio esta pensado en relación al niño; su **tamaño**, su **espíritu de juego**, su **multiplicidad**.



Fig. 35: Patio piscina de arena.



Fig. 36: Juego con agua.

Se conecta y reconoce lo natural.

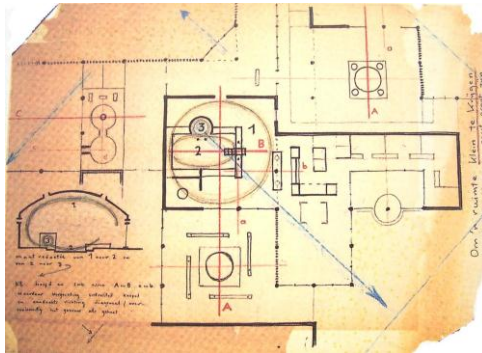


Fig. 39: Bosquejo zona de juegos.

Vemos en este orfanato el **sentido de la niñez, la exploración, el juego, lo lúdico.**

El edificio en sí **es lúdico**, el juego forma parte de él, lo atraviesa, así como las miradas, que dejan entrever y relacionan varios espacios, lo que es necesario para ver y cuidar a los niños.



Fig. 40: Acceso juego.



Fig. 41: Remate juego.

Sobre el juego siempre habrá una mirada protectora.

La **luz** es parte de la **formación de los lugares**, se presenta como un **juego.**

El niño pasa de un área iluminada a la siguiente, desde la luz a la sombra a la luz.(fig. 42 )



Fig. 42: Vista interior.

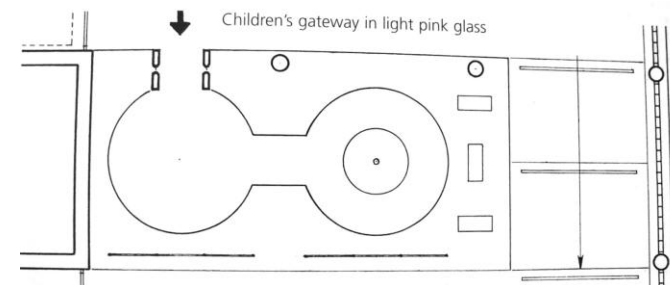


Fig. 44: Planta de juego de niños.

El juego no se limita solamente a los patios exteriores, es parte de la totalidad de la obra.

Es por medio del juego que interior y exterior se entrelazan y crean un continuo.

Se reconocen los distintos horizontes de los niños, se acogen y así se les entrega libertad.



Fig. 43: Pequeña casa de juegos.

Este orfanato logra **sensibilizarse con el espíritu del niño** y ser así **lúdico.**

### 1.3- ARQUITECTURA DEL BIENESTAR.

Hablar de bienestar ya nos resulta complejo, porque implica muchos factores confabulados, en equilibrio, para alcanzarlo. ¿Cuándo se está en bienestar? Qué lugares nos llevan a ese bienestar completo, qué obras dentro de la historia se han materializado con el único y gran fin del bienestar, atreviéndose a concentrar en un lugar factores múltiples que favorezcan al bienestar de la persona. No hay mejor ejemplo que las Termas de Caracalla.

#### - TERMAS DE CARACALLA ( Roma, 212 – 216 D.C.)

Las Termas de Caracalla son complejos centros de bienestar, capaces de sensibilizarse con sus habitantes, acogidos en su universalidad y complejidad. Esto se ve reflejado en su programa, el cual se preocupa de acoger los distintos intereses de sus visitantes, las distintas partes que forman al hombre; cuerpo, espíritu y mente. Logran la funcionalidad sin dejar de lado la cualidad, la sensibilidad, lo que queda presente en el siguiente estudio.

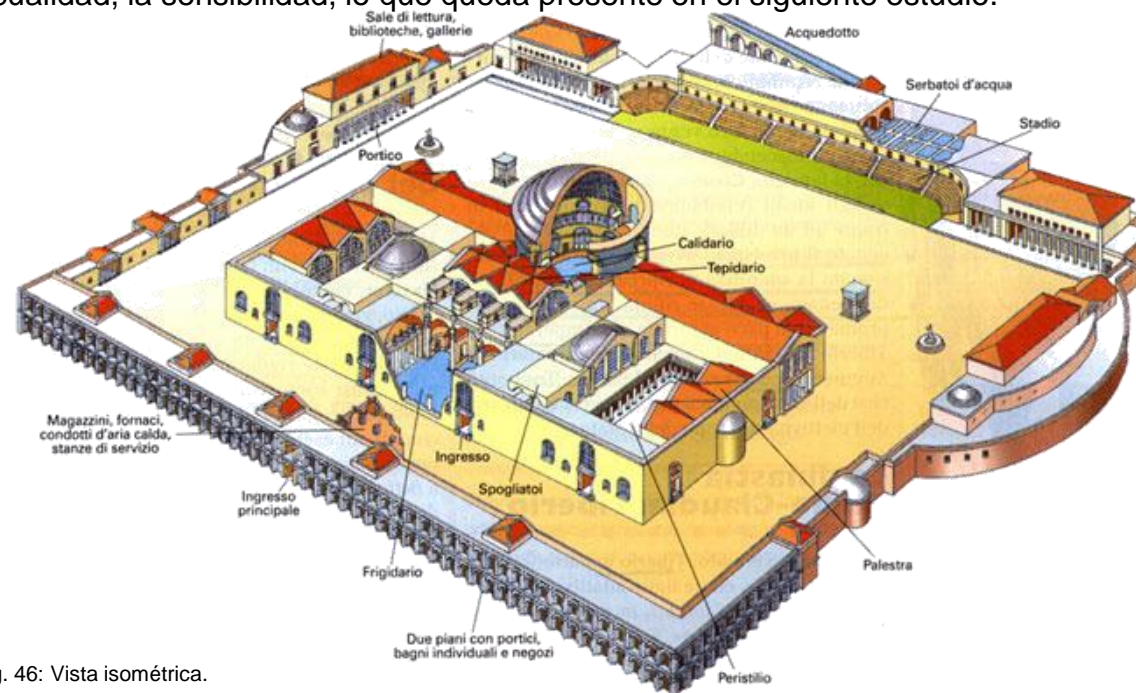


Fig. 46: Vista isométrica.



Fig. 45: Vista aérea maqueta.

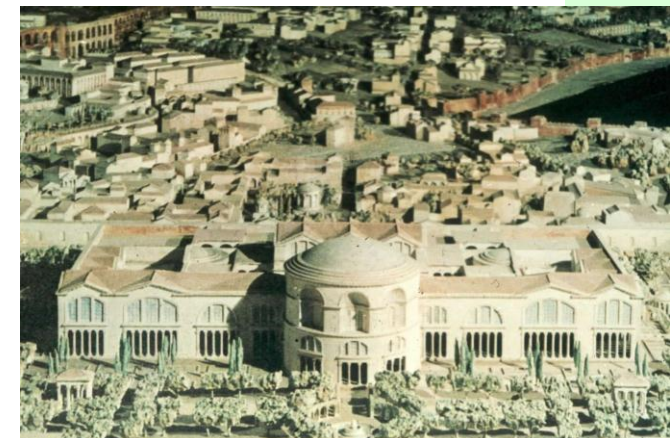


Fig. 47: Vista posterior del cuerpo central -maqueta.

Los orígenes de las termas se remontan a los romanos. Los que utilizaron las aguas termales para combatir enfermedades y mejorar tanto la salud física como la belleza corporal.

Las termas se constituían como verdaderos centros de “Bien Estar”, los que no sólo aseguraban el bienestar físico exterior e interior, sino también entendían que el bien estar también incluía el intelecto y el esparcimiento.

Eran el lugar al que los romanos acudían para cuidar de su higiene, pero también para hacer deporte, leer, conversar e incluso hacer negocios.

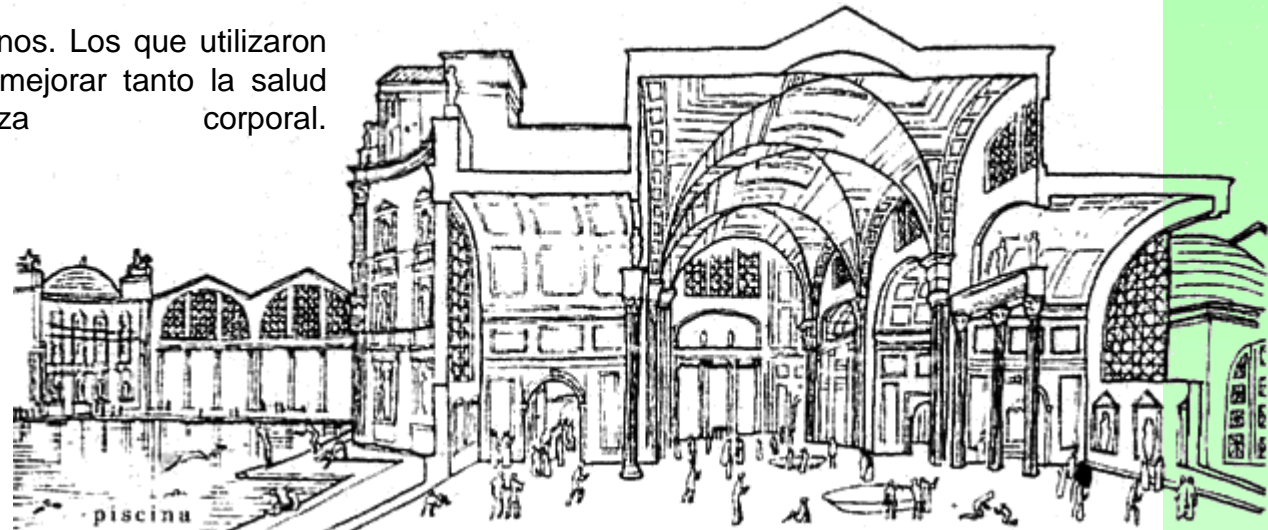


Fig. 48: Corte ambientado.

Una de las termas más importantes en Roma son las Las Termas Antonianas, popularmente conocidas como las Termas de Caracalla. Fueron construidas entre los años 212 y 216, durante el reino del Emperador Caracalla.

*“El conjunto completo tenía un ancho de 351 metros ( 1.152 pies ), excluyendo las exedras curvas, y un largo de 378 metros (1.240 pies ), incluyendo los depósitos del sector sur, los cuales, por cierto se alimentaban a través del acueducto Marciano”* (1), el cuerpo central 220 mt. por 114 mt.app. ( más de 140 si se incluía la sala circular o caldarium) y tenía una altura estimada de 38,5 mt. en algunas salas, pudiendo albergar a más de 1600 bañistas.

El programa de las termas reunía funciones que iban más allá de los actos físicos de los baños y del deporte. Las Termas daban la oportunidad de cultivar el espíritu mediante la conversación, la lectura y otras actividades intelectuales. Debido a esto debían tener una organización espacial y una articulación que se separa de lo puramente funcional.



Fig. 49: Vista aérea de maqueta.

(1) Roth Leland M, “Entender la Arquitectura, sus elementos, historia y significado.” Pág.248

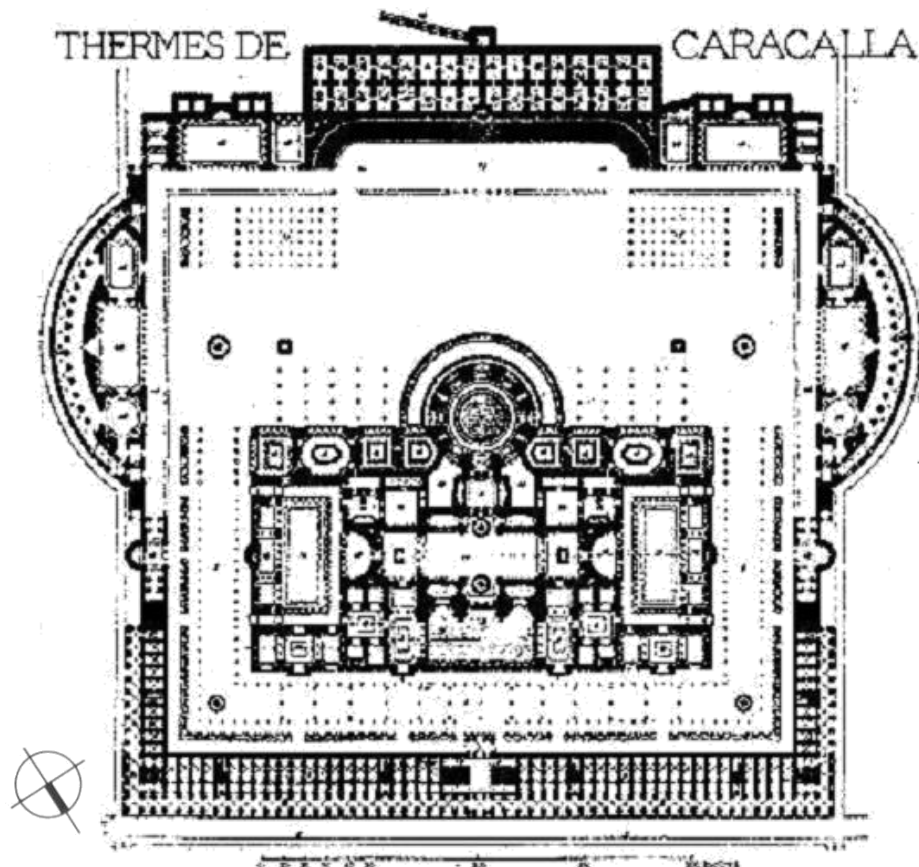


Fig. 50: Planta.

A ambos lados de las cisternas habían bibliotecas, como también habían en las exedras laterales junto con salas de lectura;. Las bibliotecas tenían nichos en sus murallas para guardar los rollos de escritura. A lo largo de sus muros había una banca incorporada al suelo, la cual servía para sacar los escritos y para poder sentarse en ella a leerlos.

El cuerpo central de las termas se ubicaba en la mitad norte del recinto. El espacio entre su construcción perimetral y el cuerpo central daba lugar a los jardines y arboledas.

Las termas se limitaban en todo su perímetro por una construcción de volumen considerable, el que contenía distintos recintos. En su fachada norte contenía tiendas y , en el centro, la entrada principal al recinto. Al sur estaban las cisternas que recibían el agua que se utilizaba para el funcionamiento de las termas. Delante de ellas habían filas de asientos y el estadio, el cual sirvió, probablemente, no sólo como un lugar de competencias, sino también como un lugar donde los romanos podrían sentarse y distraerse. Algunos romanos elegirían mirar una exhibición de gimnasia, mientras otros preferirían escuchar a músicos o atender un discurso de un filósofo o una poesía.

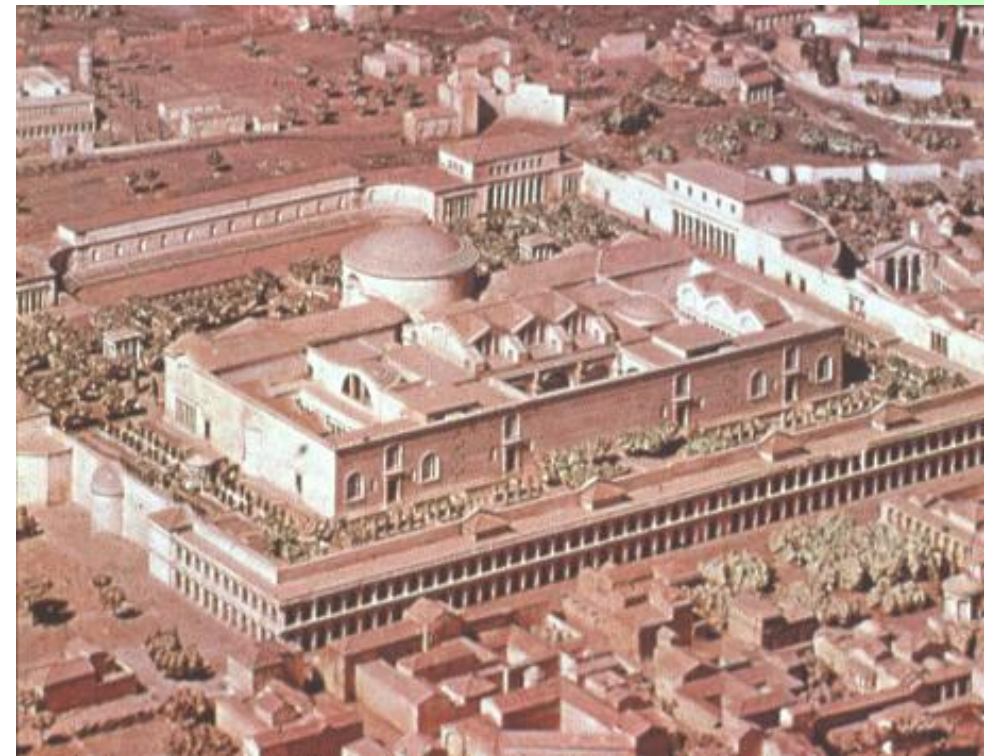
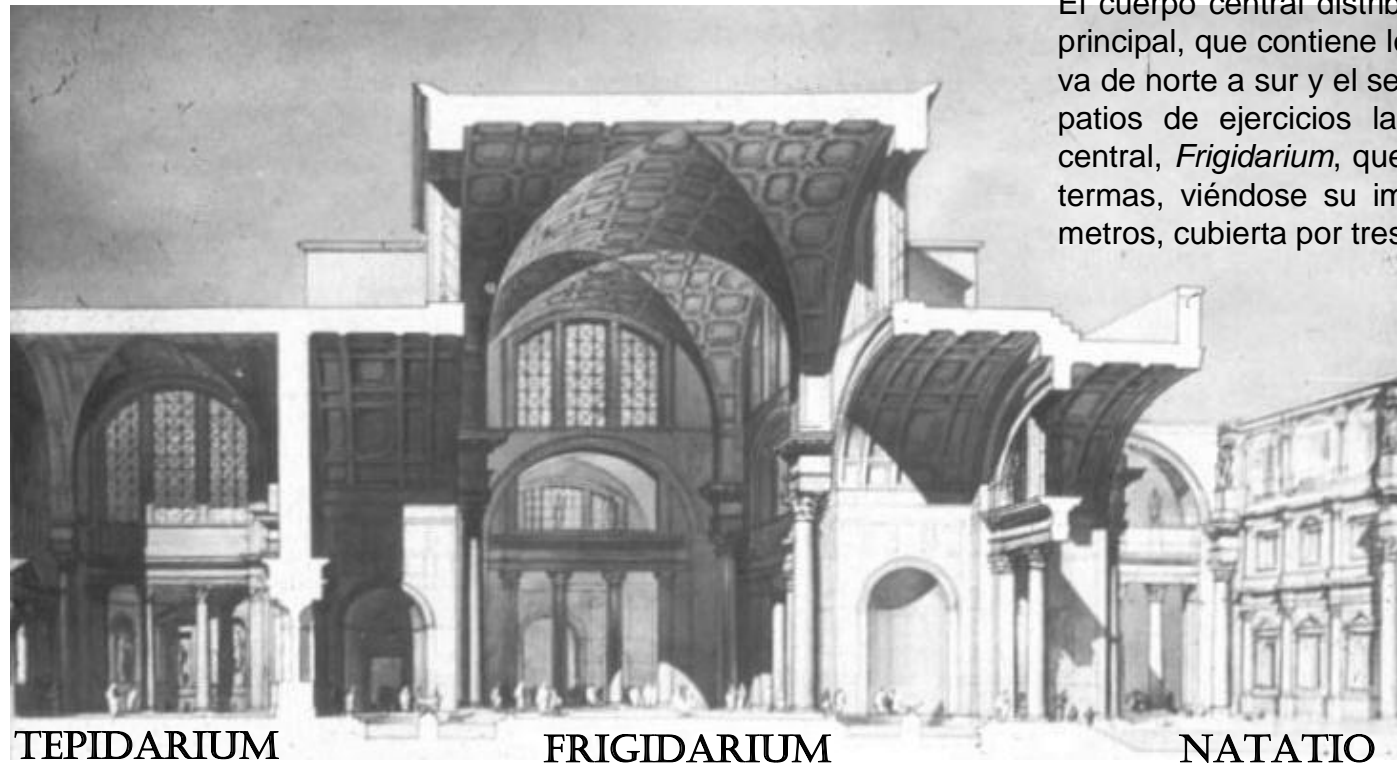


Fig. 51: Vista frontal de maqueta.

Fig. 52: Corte ambientado del cuerpo central.



El cuerpo central distribuye su programa en base a dos ejes. El eje principal, que contiene los lugares más importantes de los baños, que va de norte a sur y el secundario que va de este a oeste, tomando los patios de ejercicios laterales (*Palestres*), atravesando el espacio central, *Frigidarium*, que es el espacio vinculador y articulador de las termas, viéndose su importancia en sus dimensiones, 55,7 por 24 metros, cubierta por tres bóvedas, siendo la sala más grande.

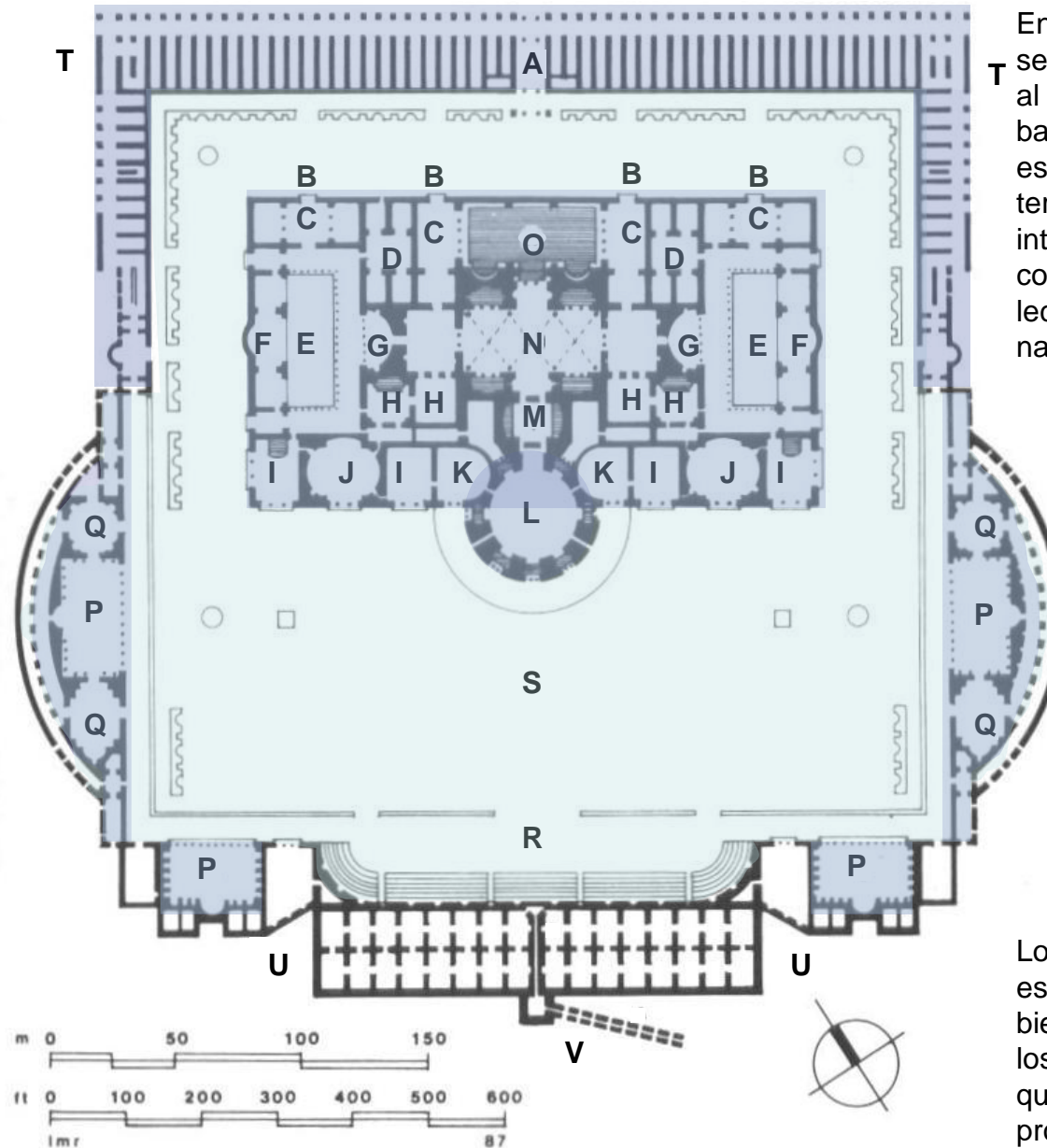
De sur a norte, por el eje principal, encontrábamos el *Caldarium*, que era la sala de baños de agua caliente, luego el *Tepidarium*, la sala de baños de agua tibia, en seguida llegábamos al *Frigidarium*, una gran sala de baños fríos y finalmente llegábamos al *Natatio*, que era la piscina, la que estaba al descubierto y sus aguas eran heladas.



De construcción simétrica, los costados del cuerpo central de las Termas contenían los vestidores (*Apodyterium*), los patios de ejercicios (*Palestres*) y las salas de ejercicios y masajes o de exámenes médicos.

Fig. 53: Corte del cuerpo central.

Fig. 54: Planta lleno - vacío.



En un primer análisis de su planta se ve un equilibrio entre los lugares al aire libre y los que se encuentran bajo techo, en cuanto a cantidad. De eso se podría deducir que el ir a las termas involucraba tanto actividades interiores como exteriores. Un contacto tanto con los baños, la lectura, el ejercicio, como con la naturaleza y el aire libre.

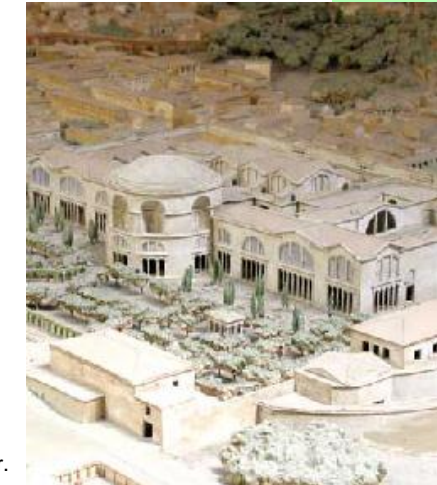


Fig. 55: Jardín posterior.

El exterior no sólo rodea el cuerpo central, sino también está contenido por otros lugares, actividades, interiores. El espacio exterior distancia y relaciona las distintas actividades del perímetro y las del cuerpo central, a la vez que permite el paseo y con él la reflexión, la conversación y la contemplación.

En un análisis porcentual de las superficies obtenemos:

	59 % aprox. Espacio abierto
	41 % aprox. Espacio cerrado

Los porcentajes nos confirman la importancia que se le daba a los espacios abiertos en un programa que se relaciona con el bienestar. Esto nos hace pensar que en un programa hospitalario los espacios al aire libre no deben ser la resultante de espacios que "sobran", sino más bien integrarlas al programa, y así, al proceso de recuperación del enfermo.

Antes de pasar por los baños, los visitantes ejercitaban en los patios. El ejercicio generalmente no era extremadamente vigoroso ni competitivo. Era practicado, de hecho, para mantener la salud, como lo recomendaba la profesión médica romana. Los doctores creían que los baños, ejercicios, masajes, y una buena dieta- todo lo que las termas proporcionaban- era los ingredientes básicos para una buena salud.

Fig. 56: Corte transversal pasando por Palestras y Frigidarium.

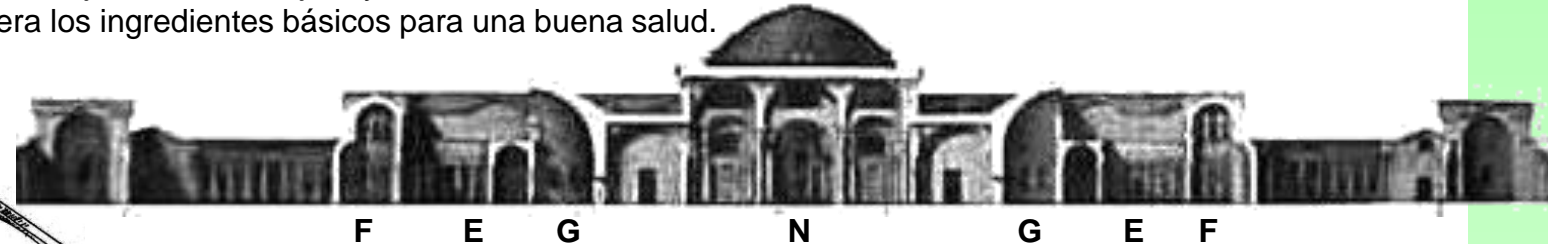
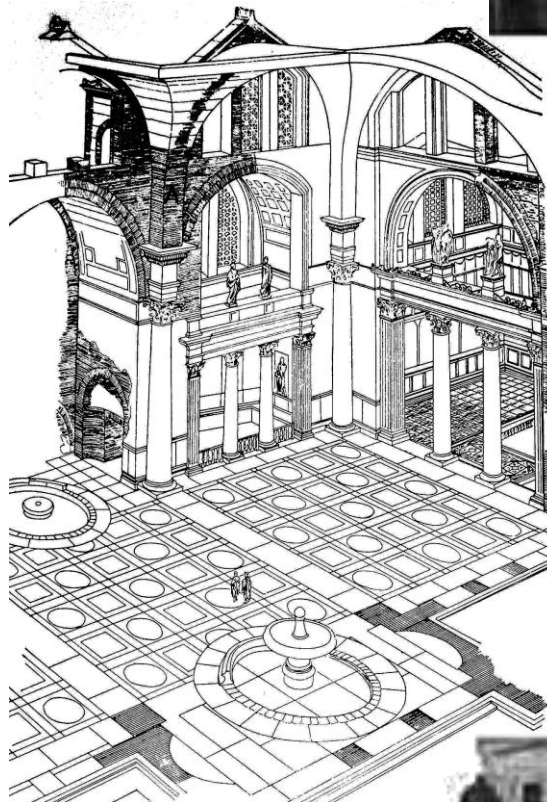


Fig. 57: Hall principal - Frigidarium.



El recorrido normal de los visitantes era primero entrar en uno de los vestidores (*Apodyteria*) (D) . Después podían ejercitarse en uno de los patios de ejercicios (*Palaestra*) (E) y/o tener un masaje en uno de los pequeños cuartos que se accedía desde la *Palaestra* (F). Quizás, mientras hacían ejercicios, paraban un momento para descansar y conversar con sus amigos en el *Exedra* (G), el que era un lugar de planta semicircular con respaldos y asientos fijos al interior de la curva. Luego se dirigían a las salas calentadas, ya sea las salas de baños de vapor (H), y/o las salas con temperaturas de 65° más o menos, equivalentes a un sauna seco (*Laconicum*) (J), y/o también donde se aplicaban aceites (I), para luego pasar al *Caldarium* (L). Entonces pasaban al *Tepidarium* (M), luego al gran espacio central llamado *Frigidarium* (N), que estaba abierto en su lado norte para dar acceso a la piscina al aire libre (Natatio) (O). Entonces podían volver a los vestidores y luego ir a las bibliotecas (P), al jardín (S) o a las salas de lectura (Q), por ejemplo.

Fig. 58: Corte transversal pasando por jardín mirando hacia Caldarium.

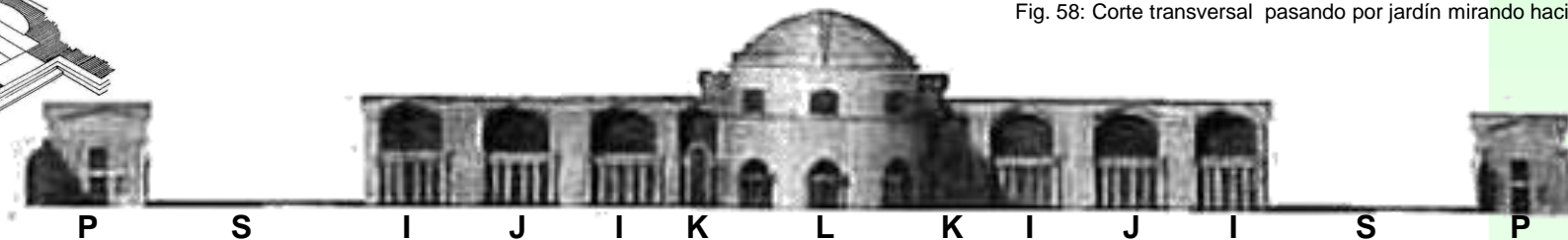


Fig. 59: Planta programática.

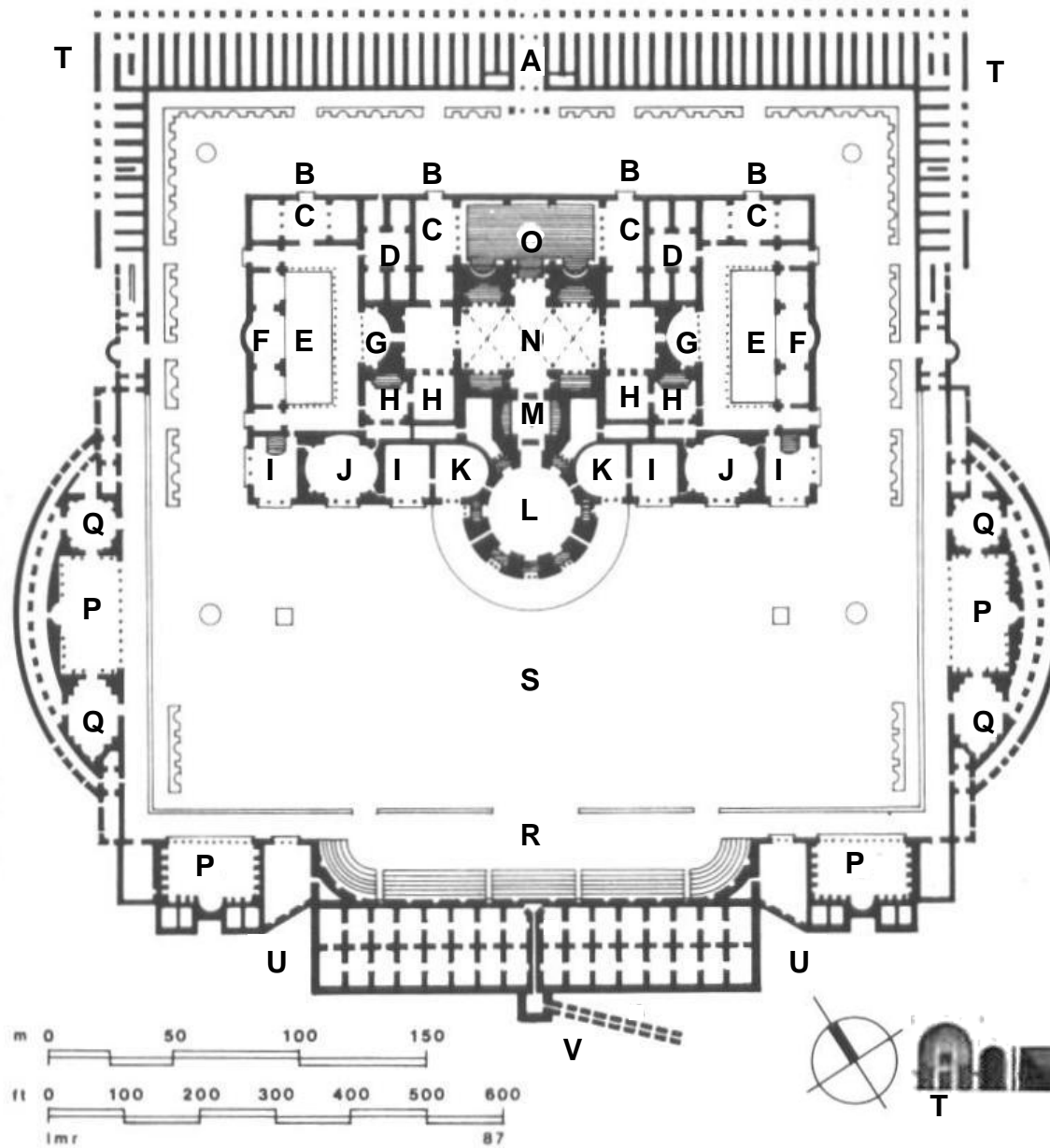


Fig. 60: Corte transversal pasando por el acueducto al Natatio pasando por Caldarium.



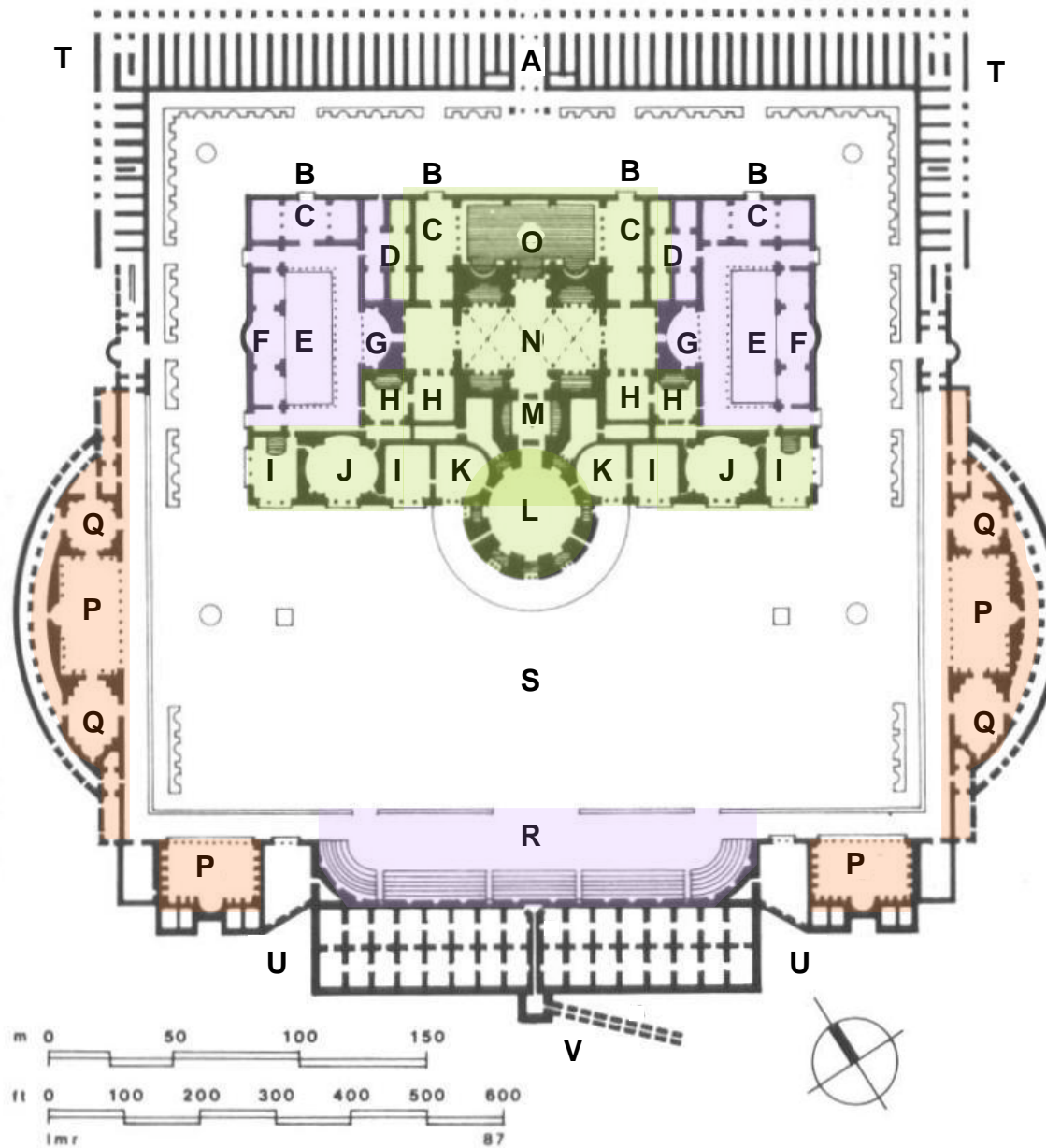
Programa de las Termas de Caracalla:

- A. Ingreso Principal
- B. Ingreso a los baños y zonas de ejercicios.
- C. Vestíbulo.
- D. Apodyterium.
- E. Palestre.
- F. Salas de ejercicios y masajes.
- G. Exedra.
- H. Salas caldeadas con vapor para sudar.
- I. Salas caldeadas donde se aplicaban aceites.
- J. Laconicum.
- K. Lugar de paso caldeado.
- L. Caldarium.
- M. Tepidarium.
- N. Frigidarium.
- O. Natatio.
- P. Biblioteca.
- Q. Salas de conferencia y lectura.
- R. Estadio.
- S. Jardín y arboledas.
- T. Tiendas.
- U. Cisterna.
- V. Acueducto.



Fig. 61: Corte transversal pasando por Vestibulos y Apodyterium.

Fig. 62: Planta de áreas.



Por su programa vemos que consideraban el “Bien estar” como una condición o un estado que involucraba cuerpo, espíritu y mente. Entendían, por medio de la multiplicidad de programa, la complejidad humana, de la persona. De esta forma podemos deducir que ellos entendían que para poder otorgar un bienestar integral, se debe entender a la persona como un ser integral.

El programa que tienen las Termas de Caracalla se puede reunir en tres grandes grupos; aquellos que tienen estrecha relación con el ejercicio físico, los que se vinculan con el enriquecimiento intelectual y los que se vinculan con el bienestar físico interior.

- 15,5% aprox. Bienestar físico interior.
- 12,5% aprox. Ejercicio físico.
- 10,0% aprox. Enriquecimiento intelectual.

Hay que recordar que la mayoría de estos grupos se desarrollan dentro de los espacios cerrados que constituyen aprox. el 41% de las Termas.



Fig. 63: reconstrucción interior.

En cuanto al programa que se relaciona específicamente a:

### LOS BAÑOS Y EL BIENESTAR FÍSICO INTERIOR.

Es el que presenta más variedad, lo que nos hace pensar que cada lugar es importante para lograr un proceso de “baño completo” en donde no sólo has limpiado tu piel, sino que vas sintiendo sensaciones que van más allá del reconfortamiento superficial, vas eliminando las tensiones internas.

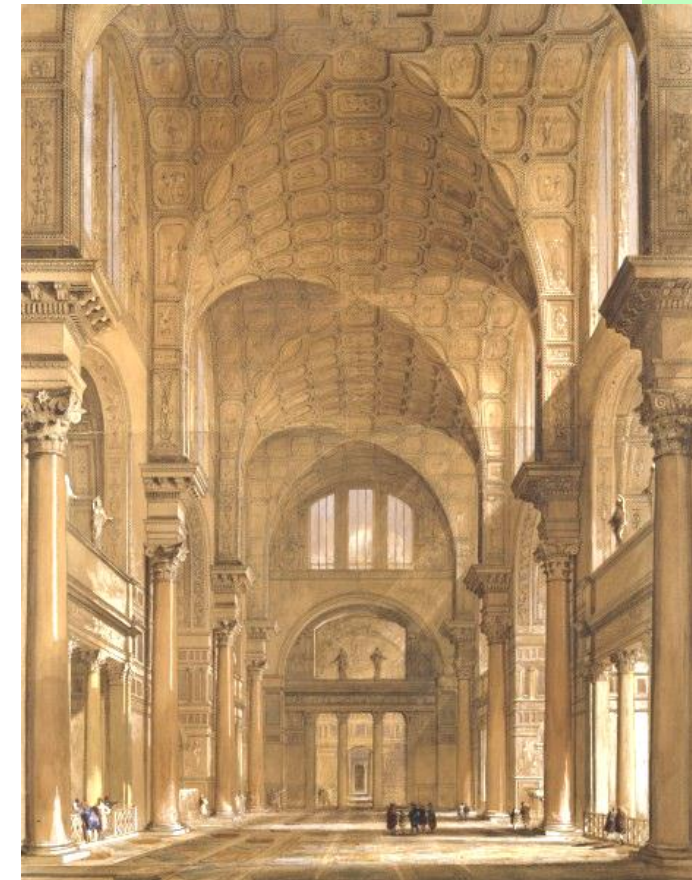
Fig. 64: Vista interior de Frigidarium hacia Caldarium.



### EL EJERCICIO FÍSICO

No presenta una gran variedad en su programa, pero los lugares para ello permiten realizar variados deportes. Se vincula con los baños, ya que se toma como actividad previa a ellos. Actúa como complementario y no independiente. También consideraba un estadio en el exterior para que se pudiese contemplar lo sucedido allí, vinculándose con el esparcimiento, tanto desde la persona como hacia la persona y de esta forma, con sus pasiones internas.

Fig. 65: Dibujo de Tepidarium por C.r.cockerell.



### ENRIQUECIMIENTO INTELLECTUAL

No presenta la misma riqueza en su programa como en el destinado a los baños.

Se separa del cuerpo central, ubicándose en parte del entorno construido del jardín, conteniendo el espacio abierto. Este distanciamiento puede corresponder a que los lugares que se enfocan hacia el enriquecimiento intelectual necesitan alejarse del ruido y ritmo de los baños y las palestras. Quizás los jardines también fueron lugares en los cuales se desarrollaban actividades intelectuales, ya que no necesitaban grandes infraestructuras como las que demandaban los baños.

A pesar de presentar un programa que podríamos unir en tres grupos, dependiendo de su enfoque, los lugares que los acogen no se cierran en sus especialidades, no cerrando, de esta forma, la posibilidad al habitante de desarrollar distintas actividades, las cuales, en su conjunto, determinan el bienestar que entregan las termas.

Otro factor importante es que el lugar atiende cada una de nuestras áreas; cuerpo, mente y espíritu, permitiendo potenciarlas. Es así como se sustenta en el desarrollo de las personas, el cual es continuo y “eterno” en el tiempo, por lo que no basta con ir una sola vez, ya que el bienestar es un estado por el cual trabajamos y debemos conseguir día a día.

Fig. 66: Ruinas interior Caldarium.



Fig.67: Ruinas del Frigidarium.

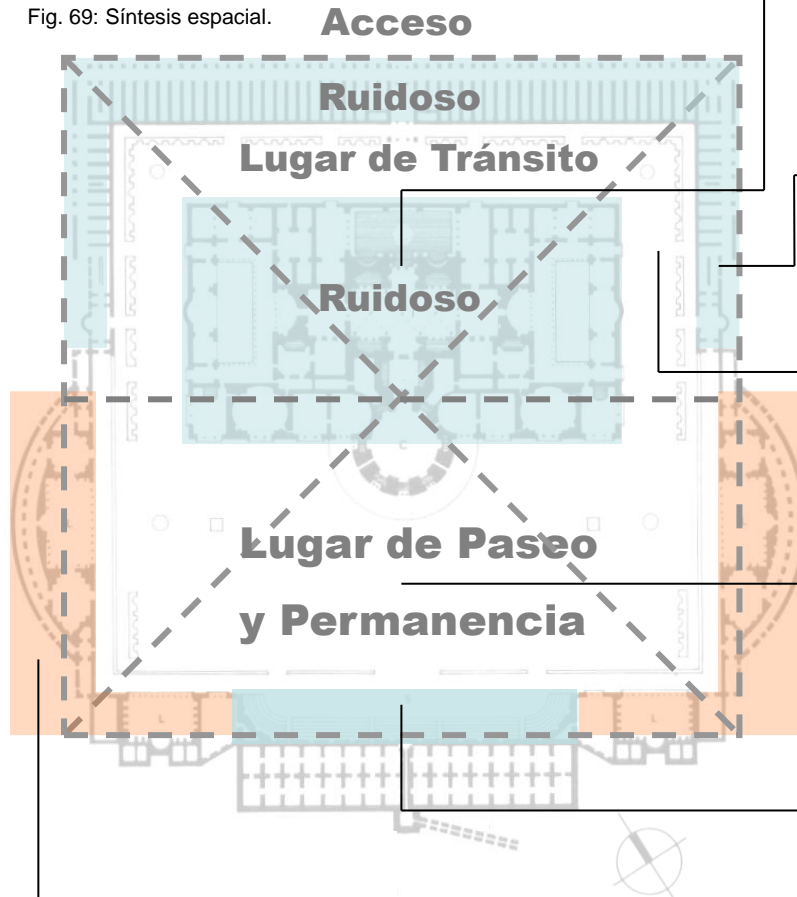


Fig. 68: imagen ambientada del Frigidarium.

Al abarcar todas las áreas del hombre, las termas se vinculan con el proceso de recuperación del enfermo, ya que es un PROCESO que involucra no sólo el CUERPO, sino también MENTE y ALMA. Sólo sensibilizándose con aquello, la arquitectura podrá tener una relación eufórica con el enfermo.

**Síntesis Espacial.**

Fig. 69: Síntesis espacial.



- El cuerpo central, que era ruidoso, está más próximo al acceso, un sector de ruidos por el ofrecimiento de servicios.
- El sector del anillo perimetral que lo circunda contiene un programa ruidoso, ya que albergaba las tiendas.
- El espacio al aire libre contenido entre el cuerpo central y el perímetro ruidoso, por su espesor, seguramente fue destinado como un lugar de tránsito exterior..
- El jardín poseía árboles, lo que ayuda a amortiguar el ruido. Ganaba fuerza hacia el Sur, entre las bibliotecas y las salas caldeadas, las que se habrían hacia él.
- Quizás este estadio no reunía la misma cantidad de sonidos que el cuerpo central y por eso su ubicación.

○ El sector del anillo perimetral que contenía al jardín albergaba un programa que se vincula a una tranquilidad y velocidad distinta que la que poseía el cuerpo central.

A grandes rasgos podríamos decir que las termas se dividen en 2, una mitad que tiende a la tranquilidad, retrasada del acceso, y la otra que se vincula más al movimiento y bullicio, en directa relación con el acceso.

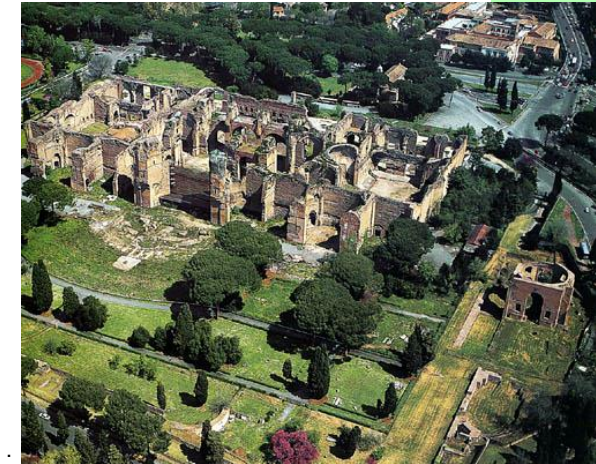


Fig. 70: Vista maqueta de las Termas de Caracalla .



De esto podemos desprender que un lugar de bienestar, como debería ser un hospital, tendría que formarse reconociendo los sonidos y velocidades de los programas que alberga, dividiendo, por ejemplo, en dos el lugar, dejando el sector más ruidoso hacia el acceso , en contacto directo con el exterior, y retrayendo los lugares que necesitan mayor tranquilidad.

Fig. 71: Vista ruinas de las Termas de Caracalla .



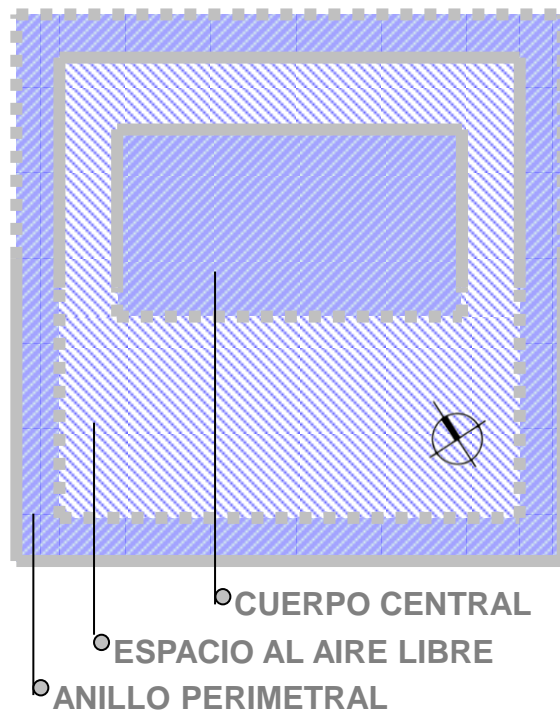
El espacio al aire libre, en las Termas, no tiene como función principal ser un antejardín que distancia al cuerpo central de los sonidos de la ciudad, se presenta como un lugar resguardado y retraído del bullicio de la ciudad, destinado al disfrute del usuario, siendo un actor relevante en la distribución espacial del recinto. No siendo así, por ejemplo, en los hospitales actuales. Nos encontramos con áreas verdes dedicadas exclusivamente a antejardín, que son planteadas como colchón que distancia y amortigua el bullir de la ciudad ante el edificio , sin permitir un uso o disfrute, dejando carente al enfermo de ese espacio, o peor aun como playa de estacionamientos, como es el caso del Hospital Van Buren de Valparaíso.

Fig. 72: Frontis hospital Carlos Van Buren.



Quizás, al destinar a estacionamientos lugares que podrían destinarse como parte del proceso de recuperación del enfermo, refleja que hoy el diseño plantea una mayor importancia al tiempo de una persona sana vinculada al hospital, ya sea un funcionario o un visitante, que al tiempo de recuperación de un enfermo en el mismo.

Fig. 73: Esquema espacial.



Espacialmente las termas se componen de tres elementos ; Un **anillo perimetral** construido, un **espacio al aire libre con vegetación** y un **cuerpo central** que alberga la mayoría del programa de las termas.

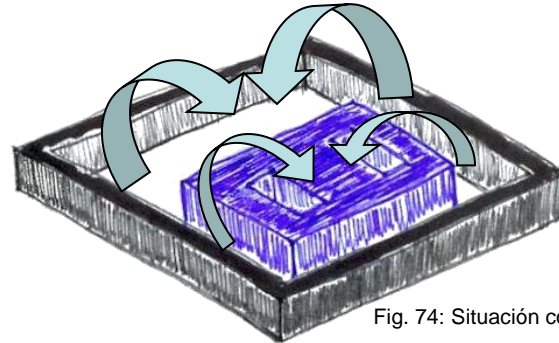


Fig. 74: Situación concéntrica.

Las actividades que se realizaban en las termas, y con ello las termas, tienen un carácter concéntrico, en donde la relación con el aire libre se hace por medio de un **exterior resguardado** de las actividades de la ciudad que la rodean; incluso al estar al aire libre se mantiene el carácter de interior.

**El anillo perimetral** alberga programas que se vinculan con el exterior de las termas, con su entorno, como también otros que se vinculan con el interior, destinados específicamente al visitante de las termas.

Este anillo le entrega intimidad al espacio interior, otorgándole así intimidad a las actividades que se desarrollan dentro de las termas y a sus habitantes.

**El espacio al aire libre** bordea al cuerpo central, pero se conforma como un lugar de paseo y permanencia hacia el Sur, región opuesta al acceso, conformando un jardín arbolado al cual se abren el cuerpo central y parte del perímetro. Gracias al anillo perimetral, los visitantes al salir al **jardín** no pierden la sensación de **intimidad**.

**El cuerpo central** a diferencia del anillo perimetral (que poseía fachada hacia el acceso, al Norte, abriéndose hacia la ciudad), se abría hacia el **jardín**, construyendo una fachada permeable opuesta al del anillo.

La cara del cuerpo central que daba hacia el acceso era muy dura, presentado aperturas sólo en sus entradas. (Impermeable)

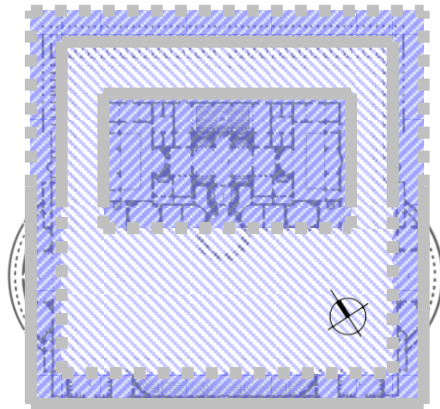
Fig. 75: Vista posterior del cuerpo central -maqueta.



Fig. 76: Vista frontal de maqueta.



Fig. 77: Esquema espacial.



La conformación de las termas por medio de tres elementos principales nos muestra un buen ejemplo u opción para proyectar un centro de salud.

El anillo perimetral, así como en las termas, tendría un valor muy importante en el otorgamiento de intimidad a las actividades, tanto resguardadas como al aire libre, que se desarrollarían dentro del centro de salud. Ese anillo, a su vez, podría albergar servicios que tienen directa relación con la ciudadanía, así como por ejemplo; el sector de consultorio, urgencias y otros servicios que se desarrollan junto a un hospital, como son farmacias e insumos.

Como ya se mencionó anteriormente, el espacio al aire libre debe considerarse como parte del diseño y del proceso de recuperación del enfermo, convirtiéndose en un lugar con valor tanto para el enfermo, como para el personal de salud y los familiares.

El cuerpo central podría ser el lugar donde se alberguen todos aquellos programas que se relacionan con la permanencia dentro del centro de salud, como lo serían las habitaciones de los enfermos.

De esta forma, tomando como ejemplo la conformación de las termas, damos un primer paso en el desarrollo del cómo poder otorgarles lugares de calidad y dignidad a los enfermos para su "bien estar", acercándonos a una relación eufórica entre los enfermos y la arquitectura.

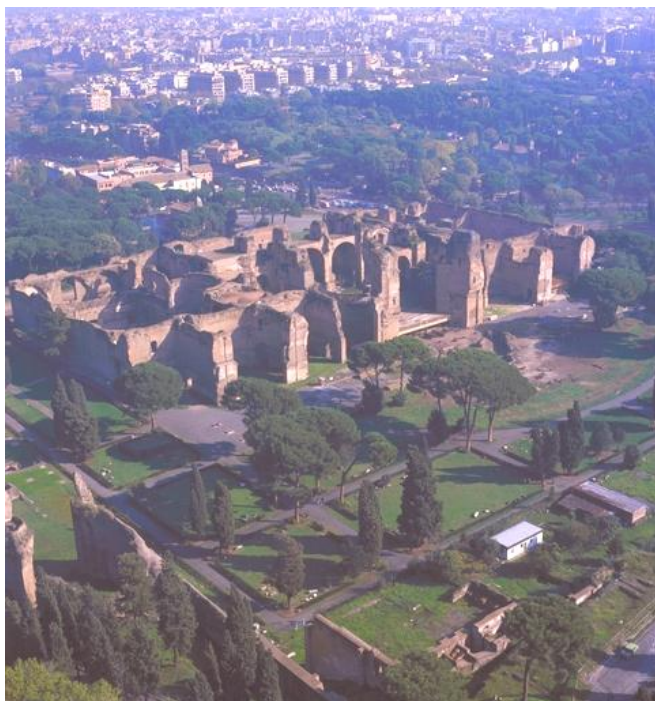


Fig. 78: Vista ruinas de las Termas de Caracalla .

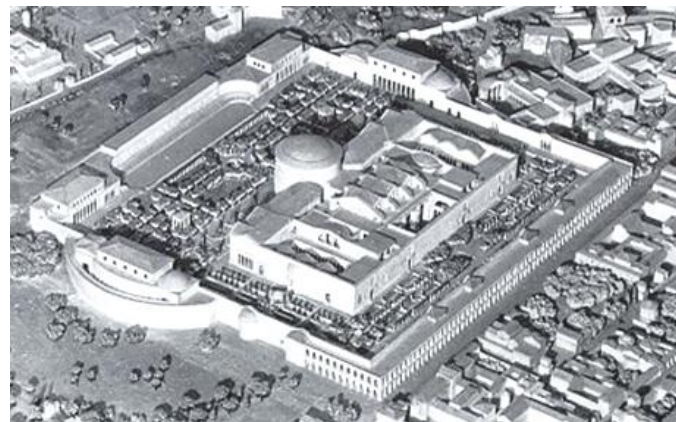


Fig. 79: Vista maqueta de las Termas de Caracalla .

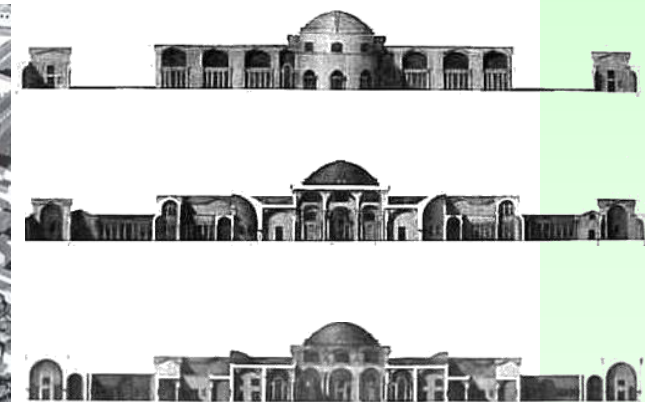
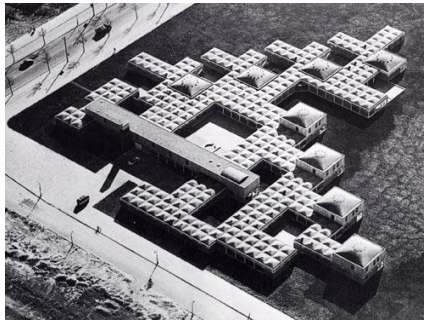


Fig. 80: Cortes transversal es.



Si la **arquitectura** es capaz de dar una **respuesta sensible**, como por ejemplo; orante o lúdica, sensibilizándose con su habitante, entonces es posible **exigirle una relación eufórica con los enfermos**, en la que el habitante se sienta estimulado y no menoscabado, que es lo que sucede hoy en día. Pero, a lo largo de la historia; ¿La arquitectura ha tenido una mejor relación? ¿ Es algo que se ha perdido o que nunca ha estado?



## UNIDAD 2:

---

### ANÁLISIS HISTÓRICO: BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”.

En la actualidad la relación de la arquitectura con los enfermos ha sido más bien cuantitativa y funcional que cualitativa, es por eso que nos adentramos en la historia para entender las raíces de esta relación.

#### 2.1.-ANTIGÜEDAD

##### 2.1.1-LA VINCULACIÓN DE LOS ENFERMOS Y LO SOBRENATURAL.

Al remontarnos hacia los pueblos primitivos encontramos una mirada hacia el enfermo como quien había cometido una falta grave y que estaba siendo castigado por demonios o era víctima de un encantamiento. De lo que concluimos que la enfermedad, por consiguiente, era algo merecido y las incomodidades que la persona debiese pasar era el castigo por su falta.

*“Lo que parece esencial en estos pueblos en cuanto a la medicina, es la idea de enfermedad como fenómeno sobrenatural por acción de demonios o por encantamiento debido a una falta cometida por el enfermo. La enfermedad tiene, por lo tanto, un valor moral...El diagnóstico y el tratamiento también se hacían con elementos mágico-religiosos.”(2)*

Esto nos hace pensar que no habría por qué esforzarse a crear lugares especiales para estas personas, ya que lo que les sucedía era algo totalmente merecido, lo que quizás impulsó a que la arquitectura fuera indiferente a esta realidad.



Fig. 81: “La gota” de James Gilray, 1799. La enfermedad se demuestra como demonio que ataca el pie.

---

(2) Benedicto Chuaqui Jahiatt, “Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos.” Pág.20

## 2.1.2-GRECIA

### - La relación de los enfermos junto a lo sagrado.

Teniendo como referencia la estrecha relación de enfermedad y sobrenatural, encontramos en Grecia los famosos templos de Esculapio o de Asclepio que eran una mezcla de santuario, hospital y sanatorio. Hasta ahí llegaban los enfermos a ofrecer sacrificios para que Asclepios, dios de la medicina, les diera una cura milagrosa a través de la *incubación*, sueño sagrado en donde se les aparecía aquel dios. Estos lugares sagrados sólo ofrecían alojamiento bajo techo, zonas de reposo llamadas *incubatio*, los enfermos eran los que debían de proveerse de comida, bebida y ropa. Toda clase de enfermos, lisiados, ciegos, epilépticos, etc. eran atendidos en estos lugares por una especie de sacerdotes-médicos, llamados *zácaros* o *asclepiádes*, los que representaban a Asclepios. Los santuarios aseguraban su función terapéutica por medio de la *incubación*, los oráculos y el enclaustramiento.

Fig. 82: Tolos o templo circular (ubicado en Delfos).

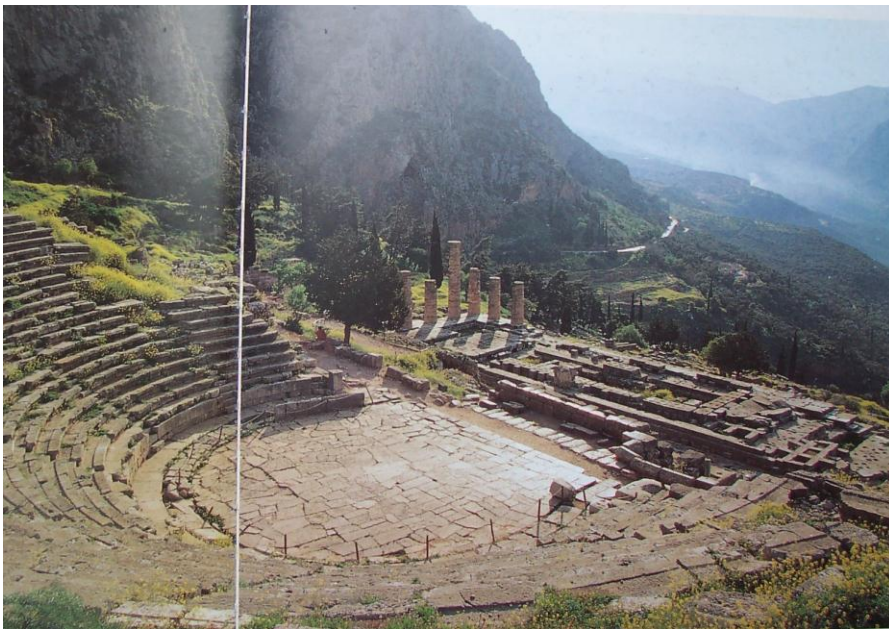


Fig. 83: Ruina de uno de los templos de Esculapio.

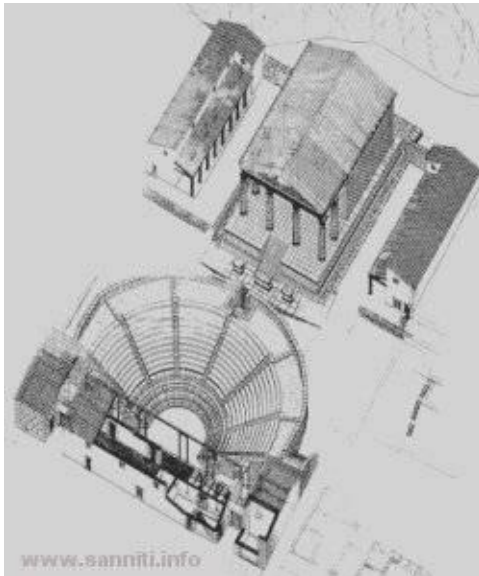


Fig. 84: Asclepeion.

Como ejemplos de estos santuarios encontramos el de Asclepios, emplazado en Epidauro, el que se constituía como un lugar de peregrinación, llegando a ser el más grande centro terapéutico de la antigüedad, en donde se construyeron diversos edificios de culto y de atención. Este santuario consideraba salas de ejercicios físicos y lugares especiales para los enfermos, los que primero pasaban por solemnes ritos de purificación y luego eran llevados a un edificio especial llamado *enkoimeterion* o pórtico de incubación, en donde, durante el sueño, se les aparecía el dios y les indicaba el tratamiento a seguir. Esta sala tenía una longitud de 60 metros y una altura de dos pisos. También tenía una hospedería-hospital de 150 camas que recibía a los visitantes que llegaban desde lugares lejanos y a los enfermos que con el fin de verse libres de sus dolencias pasaban períodos a la sombra del santuario.

Otro ejemplo es el santuario dedicado al dios de la medicina Esculapio, situado fuera de la ciudad, en Fregellae, Ceprano, Italia. Fue realizado probablemente el año 189 a. C. La zona más importante del santuario estaba formado por un pórtico con tres columnas de estilo dórico, al centro del cual se erguía el templo sobre un podio.

La reconstrucción gráfica evidencia la existencia de un cuerpo central, el templo, rodeado por una construcción simple, lo que seguramente correspondería a los lugares destinados para los enfermos, *incubatio*.



El Templo - Teatro de Pietrabbondante, posee un esquema arquitectónico fundamental; templo de tres naves, claramente inspirado del modelo latino, que tiene un contenido ideológico que recuerda a la destruida Fregellae, el que queda en evidencia con su representación gráfica, mostrando la presencia del *incubatio* rodeando al templo

Por medio de estas imágenes podemos ver que para los enfermos se destinaban lugares que tomaban valor por su cercanía al templo, a la divinidad, pero no por ser aptos para su condición, aislándose así de la vida cotidiana, de sus hogares.

Fig. 86: Templo - teatro de Pietrabbondante.

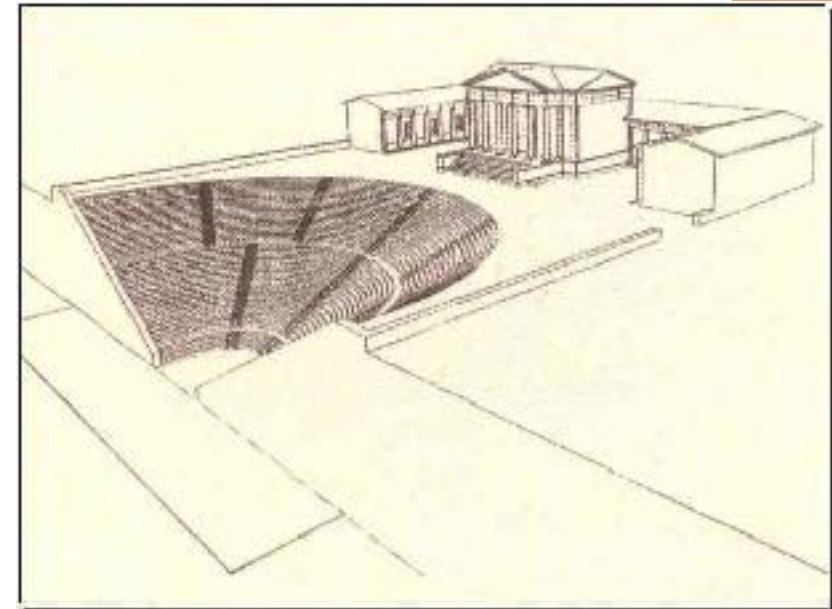


Fig. 85: Reconstrucción ideal del Templo de Esculapio en Fregellae, Ceprano, Italia..

**-Aristóteles, sobre los enfermos. La casa como “prisión”.**

El término “hombre” tanto para Sócrates como para Platón incluía a todos los humanos; hombre, mujeres, esclavos y extranjeros. En cambio para Aristóteles este término excluía a los extranjeros, mujeres y esclavos, los que para él eran seres inferiores. Es más, consideraba que la inferioridad de las mujeres y de los esclavos no podría ser curada, porque era innata. La razón de ello era, para la mujer, que estaba limitada a permanecer en el hogar y para el esclavo, que era incapaz de dejar de serlo. El caso del extranjero era por su imposibilidad de hablar griego y entender la filosofía.

De esto podemos entender que para Aristóteles, estas personas no eran consideradas “hombres” porque poseían un límite para relacionarse con su entorno, haciéndolos inferior, y que este límite se traducía en enfermedad, al declarar que no podrían ser curadas, haciéndonos pensar que en el siglo IV a.C para algunos griegos, como Aristóteles, las mujeres, los esclavos y extranjeros estarían al mismo nivel que un parapléjico, epiléptico o cualquier persona que padeciera una enfermedad física.



Fig. 87: Aristóteles .

**-Hipócrates; desvinculación de lo religioso. El latreión.**

A partir de Hipócrates , quien fue el verdadero fundador de la medicina griega, la medicina y la religión se separaron claramente tras la elaboración de sus Tratados Hipocráticos. Dentro de sus tratados encontramos *Sobre aires, aguas y lugares*, este tratado habla de cómo el medio ecológico es capaz de determinar las condiciones físicas y mentales del hombre y sus enfermedades. Hipócrates sustituyó en la explicación de salud y enfermedad todo elemento sobrenatural y mágico existente por una teoría circunscrita en la relación hombre – naturaleza.



Es así como el método hipocrático nos habla de “*observarlo todo, estudiar al paciente más que la enfermedad, hacer una evaluación imparcial y ayudar a la naturaleza*” (3). Pareciera que el enfermo ya no debiese sentirse víctima de un castigo, y que su importancia como persona se impone a la de la enfermedad.

El hombre es considerado “*el mundo en pequeño*” (4), teniendo los atributos de la naturaleza, siendo los humores los elementos activos que el cuerpo contiene. Estos humores son dos pares con opuestas cualidades: flema y bilis amarilla, sangre y bilis negra, cada uno posee las cualidades de los elementos de la naturaleza, agua y fuego, aire y tierra.

Fig. 88: Hipócrates.

(3) <http://anm.encolombia.com/academ25363-enfermeria1.htm>

(4) Benedicto Chuaqui Jahiatt, “Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos.” Pág.36

La salud es concebida como una buena mezcla de humores, la que representa la armonía en la naturaleza del hombre. La salud es un estado justo, fuerte, **equilibrado** y bello. Un cambio de esta naturaleza era la enfermedad, el resultado de una mala mezcla de los humores, un **desequilibrio** que lleva al hombre a enfermar en su totalidad.

La salud era considerada como eucrasia y la enfermedad como discrasia, ya no pasaba por un modo de enfrentar la vida, de nuestros actos o nuestro espíritu, si no del equilibrio o no de nuestros humores, la lucha entre el hombre, su naturaleza, y el mal, siendo la expresión de esta lucha el síntoma, la enfermedad.

Amparados bajo este nuevo concepto aparecen nuevos lugares para los enfermos, desligado de lo sobrenatural. La medicina ya es un saber técnico y el doctor comienza a ocupar un lugar importante en la sociedad. Es él el responsable de establecer estos nuevos lugares para los enfermos, **el iatreión**. Pero sólo fueron lugares de paso, por el tiempo que el médico permaneciera en esa zona, una consulta con sala quirúrgica, un lugar provisorio para atender al enfermo, por lo que deducimos que no tenía otro fin que dilucidar cual era el problema y cual podría ser la cura, es decir, aunque se dijera que el enfermo estaba sobre la enfermedad, al parecer la enfermedad sobrepasaba a la persona. Hasta ese entonces quizás el lugar más cálido para el enfermo era su hogar, donde permanecía tras la visita del médico y era cuidado por la madre de familia.

El el siglo primero d. C. se afianzan nuevas explicaciones sobre la causa del estado de enfermedad. Algunos le daban gran importancia al estado y acción del aire dentro del cuerpo. Era un componente vital impulsor, refrigerante y nutritivo, cuyo estado se podía verificar en el pulso, el que podía aumentar, disminuir o descomponerse a consecuencia de una discrasia de los humores. Es así como coexisten explicaciones del estar enfermo relacionadas con los tres estados de la materia; con el substrato sólido del cuerpo, con el líquido y con el gaseoso, desechándose por completo entre los intelectuales la idea de una causa sobrenatural o mágica.

### **-Grutas, opresión para la liberación del alma. Hospederías, refugios de paso.**

En Siria existen dos santuarios oraculares. Uno de ellos es Wadi Marthún, el que posee 29 grutas excavadas en las paredes rocosas. Hay grutas de mediana capacidad, por ejemplo, una de este tipo mide 9,8 mt. de largo, 6,5mt. de ancho y 3 mt. de alto y posee dos puertas al norte. También existen más grandes, de 40 mt. de largo por un ancho aproximado de 8 mt., las que están divididas en seis habitaciones comunicadas entre sí y con accesos independientes. A la vez hay grutas situadas a distintos niveles, comunicadas entre sí por pasadizos interiores.

Algunas de sus características comunes son sus puertas, tienen señales de haber tenido fuertes cerrojos.

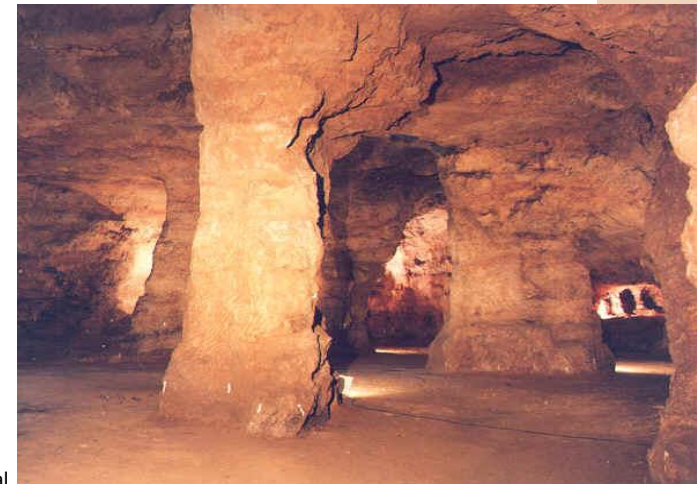


Fig. 89: Grutas de Rossio, Portugal.

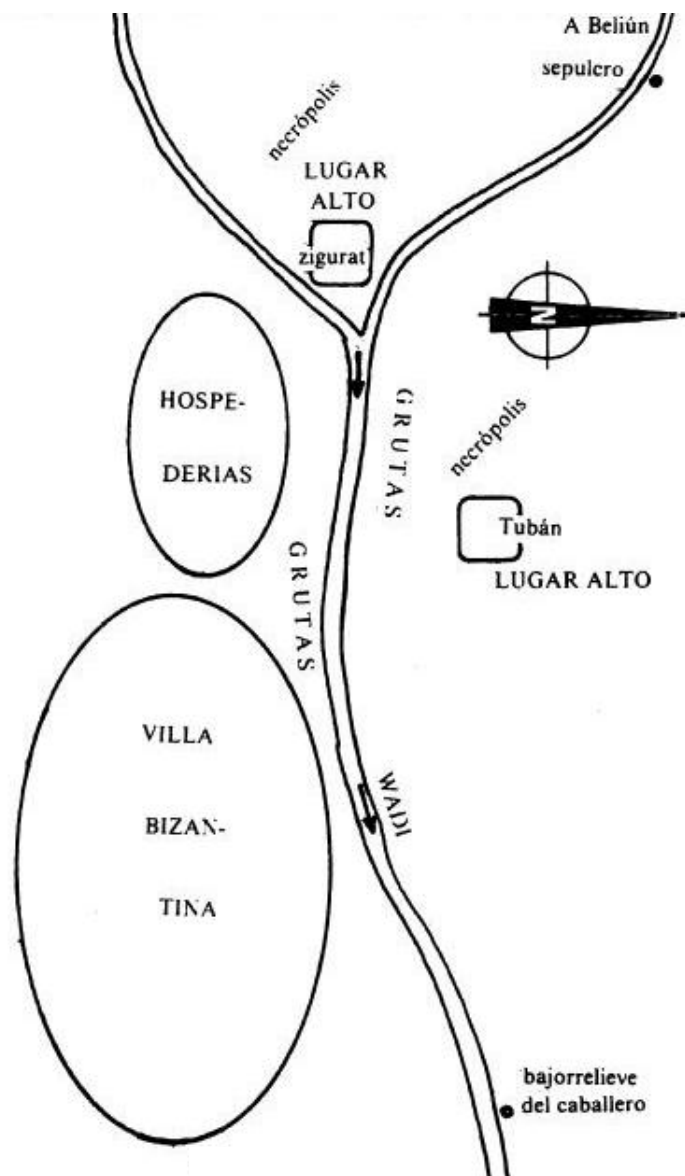


Fig. 90: Croquis de Wadi Marthún.

Varias grutas poseen ventanucos horadados en la pared rocosa, junto a la puerta. Esto nos permite pensar que estas grutas eran habitadas por personas que permanecían enclaustradas por un cierto tiempo. Otra de sus características son las pequeñas hornacinas que se hayan en su interior, probablemente para recibir una lámpara. También todas las grutas poseen nichos, los cuales quizás eran utilizados para colocar objetos de uso común, ofrendas o colocar la imagen del dios protector. Asimismo se encuentran en su interior dos, tres y hasta doce asas pétreas fijadas a la roca. Sus paredes han sido talladas pequeñas canales con el objetivo de recoger el agua filtrada por las paredes y así conducirla a una especie de abrevadero que es tallado en la roca. Las grutas son precedidas por un patio amplio, por lo general, siendo su medida estándar 20 X 17 mt.

Los datos arqueológicos nos demuestran que estas grutas eran destinadas a la incubatio, a ser grutas oraculares y también grutas sanatorios.

Recordemos que la incubatio era un rito oficial, litúrgico en la creencia pagana de esa época, destinado a que el enfermo obtuviera sueños mediante los cuales se interpretaba la voluntad divina. Es así como hemos visto que en los santuarios donde se practicaba este rito habían habitaciones o amplios pórticos destinados para aquel fin.

Dentro de Wadi Marthún encontramos la villa bizantina, la cual posee una basílica y cinco hospederías monumentales. Las hospederías estaban situadas al lado occidente del poblado, eran edificios rectangulares constituidos por una planta baja y un piso, con una gran patio en su fachada principal, cuyas medidas oscilaban entre 30 X 25 mt. y 40 X 20 mt. El centro del patio tenía excavada una cisterna cuyas dimensiones app. Eran 8 mt. de largo, 3 mt. de ancho y 4 mt. de profundidad.

Otro santuario oracular es Banasra, el que posee 15 grutas de similar características que las de Wadi Marthún. Al Este de este poblado se emplaza un gran complejo eclesiástico, centro de peregrinaciones, formado por dos grandes hospederías y dos basílicas gemelas, separadas por un patio de 13,5 mt. de ancho. Una de las hospederías se ubica a 10 mt. aprox. de la basílica sur, es un noble edificio rectangular emplazado de Este a Oeste, precedido por un patio. La segunda hospedería se sitúa al oeste de la misma basílica, esta constituida por una planta baja y un piso con dos puertas en su fachada occidental, una de las cuales esta destinada al ingreso de carruajes.

Otro santuario oracular es Banasra, el que posee 15 grutas de similar características que las de Wadi Marthún. Al Este de este poblado se emplaza un gran complejo eclesiástico, centro de peregrinaciones, formado por dos grandes hospederías y dos basílicas gemelas, separadas por un patio de 13,5 mt. de ancho. Una de las hospederías se ubica a 10 mt. aprox. de la basílica sur, es un noble edificio rectangular emplazado de Este a Oeste, precedido por un patio. La segunda hospedería se sitúa al oeste de la misma basílica, esta constituida por una planta baja y un piso con dos puertas en su fachada occidental, una de las cuales esta destinada al ingreso de carruajes.

### 2.1.3-ROMA

#### -Valetudinaria, lugares de campaña para el auxilio militar.

Los primeros hospitales romanos se denominaron *valetudinaria*. Estos hospitales fueron las primeras instituciones diseñadas para atender heridos y enfermos.

Los hospitales militares o *valetudinaria* se desarrollaron como respuesta a una necesidad impuesta por el crecimiento progresivo de la República y del Imperio. Cuando las batallas empezaron a ocurrir lejos de Roma, sobre todo cuando la expansión territorial sacó a las legiones romanas de Italia, el problema de la atención a los heridos se resolvió creando un espacio especialmente dedicado a ellos dentro del campo militar con capacidad para más de 200 soldados enfermos o heridos. La arquitectura de los *valetudinaria* era siempre la misma: un corredor central e hileras a ambos lados de pequeñas salas, cada una con capacidad para 4 o 5 personas

#### -El agua en la sanidad del cuerpo y el alma.



Otro aporte de los romanos, en cuanto a lugares para la sanidad, son las termas. Fueron los romanos los primeros en aprovechar, racionalmente, el agua termal para curar enfermedades. Nos encontramos ante un fenómeno socio-cultural que rebasa todos los límites, tanto arquitectónicamente, como socialmente, ya que las termas se convirtieron en gigantescos centros de salud, como también de ocio y conocimientos.

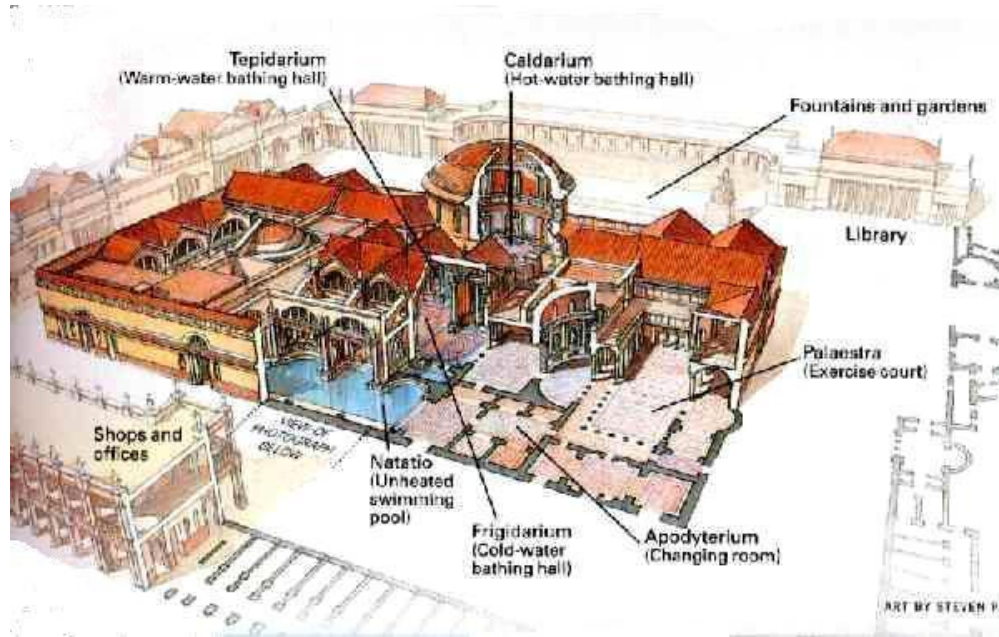
Los baños públicos eran llamados *thermae* y los particulares *balnea*. Las distintas dependencias con que contaban las termas generalmente se organizaban alrededor de un patio central, llamado *palestra*, donde se podía practicar ejercicio.

Fig. 92: Natatio romano.



Fig. 91: Dibujo de un Hospital militar romano.

Fig. 93: Reconstrucción Termas de Caracalla.



Estas dependencias eran; el *apodyterium* o vestuario, el *caldarium* o habitación que contiene el *alveus* (piscina de agua caliente), el *laconicum* o baño de vapor, el *tepidarium* o piscina de agua templada, y el *frigidarium* o piscina fría. En algunas ocasiones todas estas instalaciones se duplicaban, aunque a un tamaño más reducido, para las mujeres.

Dentro del programa de las termas encontramos baños independientes, salas de masaje y perfumes (*unctorium*) y salas de reposo, instalaciones concebidas, meticulosamente, para la curación e higiene del cuerpo humano

*“Según Galeno no hay nada más purificador que un baño combinando, sabiamente, todos los elementos de la naturaleza, lo frío y lo caliente, el agua, la tierra, el aire, el fuego... Los masajes y fricciones con jabones, perfumes, ungüentos y aceites”* (5).

Unas de las termas más famosas en Roma son las Las Termas de Caracalla. Fueron construidas entre los años 212 y 216, durante el reino del Emperador Caracalla.

El recinto era de planta cuadrada, tenía dos grandes exedras laterales y otra al fondo (con graderío), medía 337 mt. por 328 mt. y el cuerpo central 220 mt. por 114 mt. (más de 140 si se incluía la sala circular o *caldarium*) y tenía una altura estimada de 38,5 mt. en algunas salas, pudiendo albergar entre 2000 y 3000 bañistas.

Estaba formado por un *frigidarium* (sala fría), *tepidarium* (sala tibia) y un *caldarium* (sala caliente). También tenía dos palestras (gimnasios donde se practicaba lucha y boxeo), además de *natatio* o piscina exterior, biblioteca, jardines, etc.

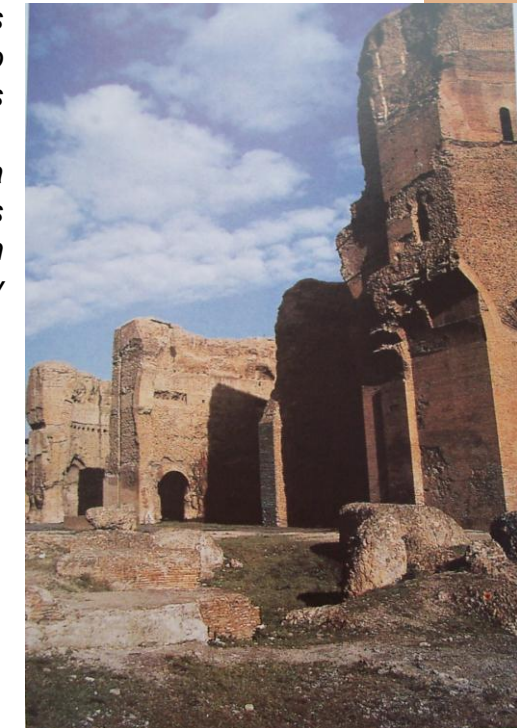


Fig. 94: Imagen de las ruinas de Caracalla.

(5) [http://www.aquaspacenter.com/revista/0005\\_termasromanas.html](http://www.aquaspacenter.com/revista/0005_termasromanas.html)

**-Monasterios y Hospicios en el cuidado del desvalido. Un camino a la santidad.**

El nacimiento del Cristianismo inició la acción benéfica sobre los enfermos, supuso un paso decisivo en su asistencia con la creación de instituciones hospitalarias . La caridad habría de ser el impulsor de un nuevo estilo de vida y generador de grandes proyectos en la sociedad relacionados estrechamente con la atención a enfermos y desvalidos, destacándose en el Cristianismo la relación con el prójimo.

En el año 165, durante el reinado de Marco Aurelio en Roma, se produjeron terribles epidemias; los profanos del paganismo buscaron poner a salvo sus vidas (Galeno entre ellos) abandonando a sus enfermos; los cristianos se quedaron al cuidado de los enfermos. Dionisio de Alejandría señaló en el año 260 “... los cristianos se hicieron cargo de los enfermos, atendiéndoles en sus necesidades, muchos perdieron la vida de esta manera y presbíteros, diáconos y laicos llegaron a la conclusión que la muerte de esta manera parece de todo similar al martirio” (6). El propio Juliano, por medio de una carta escrita el año 362, recomendó a los paganos seguir las virtudes de los cristianos “que no sólo sustentan a sus pobres sino también a los nuestros” (7). De esta forma vemos que cuidar a los enfermos pasa a ser un camino a la santidad, la enfermedad y quien la padece pareciese convertirse en un instrumento de salvación.

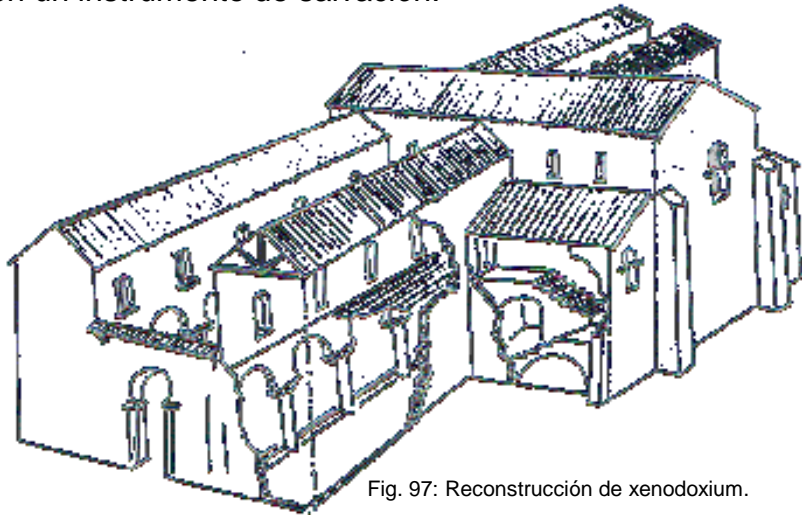


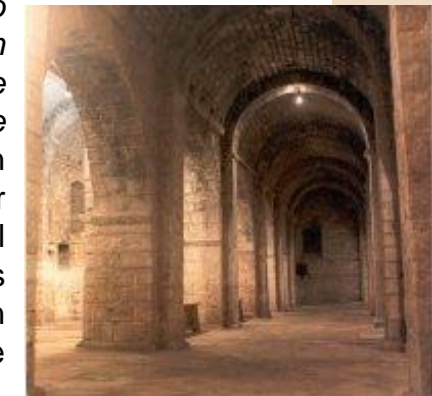
Fig. 97: Reconstrucción de xenodochium.

“Cuando Constantino, convertido ya al cristianismo en religión oficial del imperio, trasladó su sede imperial a Constantinopla, mandó construir un hospital para los peregrinos que iban a visitar Tierra Santa. Según san Isidoro, se le denominó **xenodochium**, es decir, asilo de extranjeros” (8). Después del Edicto de Milán, con Constantino como emperador, se pudieron fundar asilos y hospitales y , en el mismo siglo IV el Concilio de Nicea obligaba a todas las sedes catedrales crear hospitales, convirtiéndolo en un deber cristiano. Posteriormente, con el Concilio de Aquisgrán se extendió a todas las parroquias.



Fig. 95: Xenodochium .

Fig. 96: Xenodochium.



(6)(7) Sebastián López Camarasa, “De hospital a museo: Ampliación del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía”. Pág.13

(8) <http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital2.htm>

En el año 350 el emperador Justiniano construyó en Jerusalén el Hospital de San Juan, que fue la cuna de los caballeros de Malta.

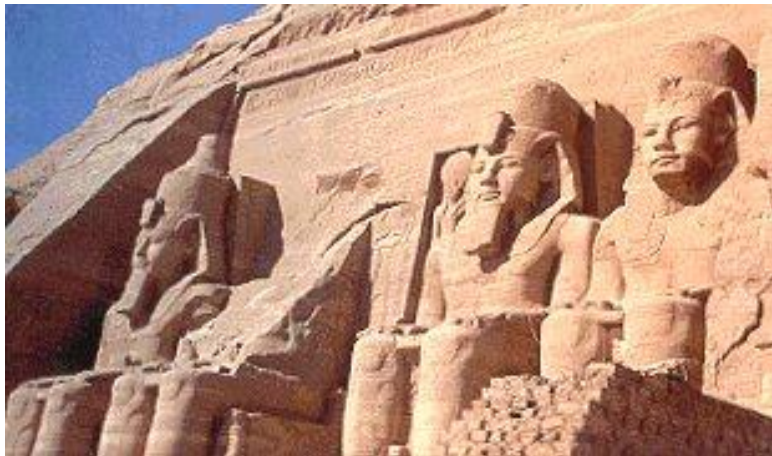
Hasta 35 instituciones de beneficencia llegó a haber en Constantinopla, ya claramente clasificadas según sus funciones: **xenon**, *xenodoxium* o *lobotrofium* se denominaban los establecimientos destinados a acoger a **los extranjeros**. **Pandochaeum** se llamaba a las hospederías gratuitas para **caminantes**. **Ptochium**, *ptochodochium* o *ptochotrofium* eran los **hospicios de pobres** y mendicantes. **Orphanotrophium** se llamaba al orfanato. **Geroconium** o *gerontoconium* eran los hospicios para **viejos achacosos y enfermos**. Y **Nosocomium** era el nombre genérico que se daba a **los hospitales**.

Los monasterios desde entonces fueron lugares de acogida de menesterosos y defensa de los débiles enfrentándose incluso, en ciertas ocasiones, a fuertes poderes regionales.



Fig. 98: Ruinas de Xenon .

#### 2.1.4-OTRAS CIVILIZACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS



Como ya hemos visto, las ciudades en esta época no son sólo el lugar donde viven las personas, sino el centro de todo, donde se concentran la totalidad de los servicios existentes para las personas; templos, baños y los primeros lugares de tratamientos para la curación de las enfermedades.

Así cómo hemos tratado dos grandes civilizaciones de la antigüedad y la relación de su arquitectura con sus enfermos, también es bueno que ampliemos nuestros horizontes tratando otras civilizaciones que nos pueden aportar en nuestra hipótesis.

Fig. 99: Templo de Ramsés II, Abu Simbel, Egipto .

### Civilización Asiro-Babilónica.

Esta civilización se desarrolla en el valle del río Tigris. No existe la separación de los elementos mágico – religioso y empírico.

Relacionó la Salud con la Astrología, lo que queda demostrado al ser la mayoría de los astrólogos sacerdotes. A pesar de haber desarrollado la medicina más antigua, no existe testimonio espacial ni organizativo que muestre que haya habido una preocupación importante por el enfermo, por tanto, los cuidaban en casa.

La limpieza era tenida por virtud, tenían el concepto del contagio y por esta razón los enfermos de lepra eran aislados.

Se destaca la existencia de barberos, los cuales harían labores de dentistas y también cirugía menor (curar heridas, entablillar una pierna...)

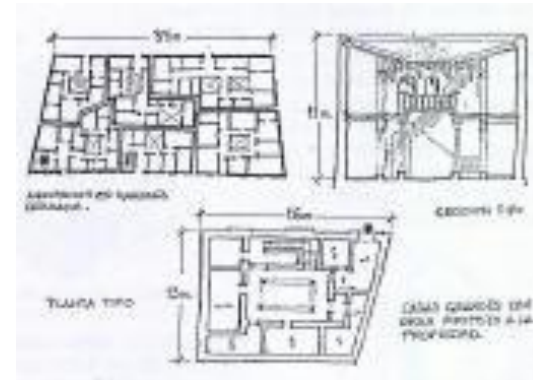


Fig. 100: Casa Babilonia .



Fig. 101: Vieja Babilonia.

### Civilización Egipcia.

En Egipto se veneró como dios de la medicina a Imhotep, figura equivalente a la de Esculapio en Grecia.

El hecho más sobresaliente de la civilización egipcia arcaica es la separación de los elementos religiosos, mágico y empírico. Había , por lo tanto, sacerdotes, magos y médicos. Según el origen de la enfermedad que afectaba a la persona dependía de quién iría a su auxilio.

Es así como los sacerdotes se encargaban de aquellas enfermedades a las que se les atribuía un origen divino, religioso (realizaban y ofrecían sacrificios a un dios). La palabra del sacerdote sin duda podía tener un efecto benéfico en el enfermo. Desde luego se trataba de un paciente muy religioso y sensibles a la sugestión.

De aquellas enfermedades que tenían un origen mágico se encargaban los magos y exorcistas, los que curaban con rituales y ceremonias de tipo mágico.

Aquellas enfermedades que podían explicarse de manera natural eran atendidas por los médicos.



Fig. 102: Pirámide de Imhotep.



Fig. 103: Esfinge - Egipto.

Había una gran cantidad de personas que ayudaban al médico. Recibían una preparación sobretodo en dar masajes y aplicar vendajes. La posición del médico después de examinar al enfermo era “ *una enfermedad que curaré, una enfermedad que combatiré, una enfermedad que no puede ser curada*”(9). Muy difundida estaba la actitud de no tocar a los enfermos que parecían incurables, lo que nos hace pensar que estos eran desprovistos de algún trato especial.

Bajo la creencia religiosa se sostenía que cada parte del cuerpo era un dios o estaba regido por un dios. La teoría médica centra al corazón como lo más importante. Creía que en el organismo existía un sistema de vasos originarios del corazón. El corazón era considerado el órgano central. El corazón era el sitio del pensamiento, sentimientos y otras funciones. Las enfermedades se producían por diversas alteraciones de los canales o por debilidad del corazón.

En la forma de cómo se destinan sacerdotes, magos, exorcistas y médicos vemos una preocupación mayor por la enfermedad y lo que la ocasionó sobre la persona que la está padeciendo, por lo que podemos desprender que al enfermo no se le daba gran importancia.

Los encargados de cuidar a los enfermos eran normalmente jóvenes. No encontramos antecedentes de lugares destinados para los enfermos, por lo que desprendemos que ellos debían recibir las atenciones en su hogar.

### Civilización India.

En esta civilización los enfermos son tratados por medio de la medicina *Ayurvedica*. Recibe este nombre por que sus conocimientos se basan en un libro que se llama "Ayurveda", libro religioso y divino. "Ayurveda" significa ciencia de la vida.

Para ellos la vida depende de la existencia de un soplo vital, el cual es también una energía. Este soplo vital circula por el interior del organismo a través de unos canales que tampoco corresponden a ninguna estructura anatómica sino que son canales energéticos.

En cuanto a la causa de la enfermedad, para ellos se debe a una alteración de este soplo vital que circula por el interior del organismo. Cuando este soplo vital está en exceso o en defecto aparece la enfermedad (desequilibrio).



Fig. 104: Mahabalipuram - India .

(9) Benedicto Chuaqui Jahiatt, "Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos." Pág.26



La acción del médico sobre el paciente es muy minucioso. Primero se le interroga al enfermo, después se le examina incluso las secreciones del cuerpo humano: saliva, orina, heces, sangre y lágrimas utilizando los cinco sentidos.

Al introducirse en Budismo en la India comienzan a crearse los hospitales, construidos con una intención religiosa. Sin embargo no necesariamente estaban todos junto a los templos y trabajan médicos y asistentes. Dentro de los asistentes estaban los enfermeros quirúrgicos y enfermeros masajistas. Como una manera de prevenir la enfermedad surge el Yoga. Consiste en una serie de ejercicios los cuales están destinados a mantener esos canales por los que circula el soplo vital en buen estado, sin interrupciones.

Fig. 105: Yoga.

### Civilización China.

Para los chinos existe una relación entre universo cosmos y hombre en general. Todo lo que existe en el cosmos también existe en el hombre, para ellos todo lo que existe en el universo, incluido el hombre está formado por la combinación de cinco elementos: Tierra, agua, fuego, metal y madera. Sostienen que por nuestro cuerpo circulan energías en equilibrio que fluyen por canales, produciéndose la enfermedad cuando estas fuerzas se desequilibran. Sobre estos canales principales, en la superficie de la piel, se sitúan los llamados puntos de acupuntura. Estos puntos son 365 (igual que días del año). La manera de tratar la enfermedad es variada y la acupuntura sólo la utilizaban para determinadas enfermedades.

La técnica de acupuntura se basa en pinchar estos puntos con la finalidad de controlar las fuerzas que circulan por estos canales, ya que para tratar la enfermedad hay que tratar estas fuerzas, para así llegar al equilibrio.

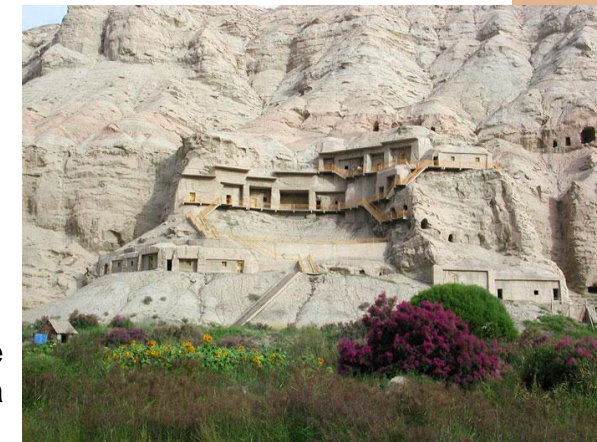
También usaron gran cantidad de plantas medicinales, las cuales pasaron a la medicina occidental como la canela, que era un estimulante cardíaco. No hacían cirugía por que no se podía abrir el cuerpo. El acto médico era muy minucioso, empezaba con un interrogatorio, una inspección y una palpación de posibles tumores.

Junto a los templos budistas se ubicaban hospitales donde acudían las personas enfermas. Los enfermos eran cuidados por los ayudantes de los médicos, normalmente hombres, pero sólo mientras rezaban. También habían hospitales de aislamiento para enfermos que tenían enfermedades contagiosas, los cuales también estaban situados junto a los templos.



Fig. 107: Templo Famen.

Fig. 106: Kizil . China.



## 2.2.-EDAD MEDIA

### 2.2.1-EUROPA.

#### -Fortalecimiento de la religión; La Iglesia al cuidado de las almas enfermas.

La cultura occidental surgió de la fusión del mundo romano con el Cristianismo. La nueva concepción tenía la mira puesta únicamente en la salvación eterna del alma. La vida religiosa reclamaba toda la atención del hombre. La iglesia dio amparo espiritual y material a las masas de indigentes aparecidas por la disolución del imperio, las invasiones bárbaras, la pobreza producida por el abandono de los cultivos y el agotamiento de minas de oro y plata, por los estragos del paludismo y la peste.

San Benito de Nursia, en el siglo VI afirma en el capítulo 36 de la Regla Benedictina que “...el cuidado de los enfermos debe estar por encima de todo...” (10) , y que por ello en los monasterios deben reservarse espacios separados para la asistencia de los enfermos. El primero en fundarse fue el de los benedictinos en el año 529, el Monasterio de Montecassino.

Ante la falta de conocimientos médicos en esta época, el cristianismo de entonces reintrodujo un elemento religioso: la enfermedad era el castigo a pecadores o la posesión por el demonio o la consecuencia de una brujería. De ahí, la oración y la penitencia para alejar el mal, trataban de aliviar a los enfermos concentrando su asistencia en la terapia recomendada por la iglesia, que se concentraba en las siguientes medidas:

- a) Oraciones, procesiones y peregrinaciones que atendían a la caridad.
- b) Creación de hospicios junto a los monasterios, santuarios e iglesias, gestionados por monjes donde se prestaban atención temporal al enfermo y peregrino, con comida y medicación apropiadas , hasta su recuperación.
- c) Asistencia en Leproserías , lugares estables y regulados, donde la enfermedad no solía tener tratamiento especializado concentrándose exclusivamente en medidas de orden profiláctico y tendentes a evitar el contagio.

La construcción de hospitales y hospicios en esta época proviene en su mayor parte de Órdenes Hospitalarias, monasterios, órdenes religiosas y fundaciones caritativas de ciudadanos acomodados.



Fig. 108: Monasterio de Montecassino.

(10) Sebastián López Camarasa, “De hospital a museo: Ampliación del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía”. Pág.14

## BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”



Fig. 109: Interior del Hospital del Santo Espíritu. Grabado de Philippe y Felix Benoist.1943

Su ubicación se concentraba junto a monasterios y a lo largo de rutas de peregrinación y caminos más frecuentados. Cuando se instalaban en ciudades, los dedicados al cuidado de pobres, ancianos y enfermos se disponían dentro del núcleo urbano y los destinados a incurables fuera de las murallas. Se establecieron como casas de caridad y atendían a los necesitados y desvalidos tanto como a los enfermos.

El Hospital del Santo Espíritu de Roma fue fundado en el año 717d.C, por orden del Papa, fue él más grande de los hospitales medievales, fue construido con el propósito de cuidar a los enfermos, este se convirtió en prototipo para el desarrollo de otros hospitales medievales. A diferencia de la mayoría de los hospitales de esta época, tenía pabellones separados de hombres y de mujeres y además un pabellón para convalecientes.

Los hospitales podían tener dos formas, cruz latina o cruz griega, siendo la encrucijada el lugar donde se celebraban los actos religiosos.

Casi todas las medicinas eran de origen vegetal. Los hospitales tenía sus huertos, de donde extraían estos medicamentos.

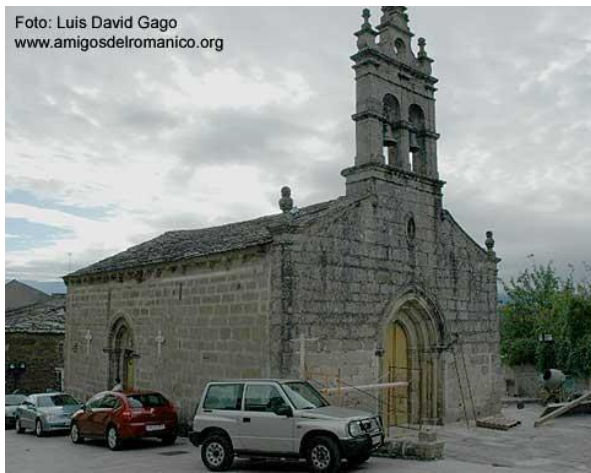


Foto: Luis David Gago  
www.amigosdelromanico.org

Los cuidados que se prestaban en los hospitales eran:

- Reposo en cama.
- Calor.
- Alimentación, la gente iba mal nutrida.
- Cuidado del moribundo, al hospital se iba más a morir que a curarse. A los moribundos se les traslada a una zona especial, que era vigilada por un enfermero. Es allí donde se administran los sacramentos.
- Inhumación.

Fig. 110: Iglesia siglo XI El Salvador.



Fig. 111: Hospital medieval.

## BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”



Fig. 112: Convento de Magdalena.

El progreso más importante de la medicina medieval fue la construcción de hospitales, de mayor envergadura que los valetudinaria. En 1145 y bajo la influencia árabe, comenzó una segunda ola de fundación de hospitales. Estos hospitales cristianos eran hospicios, es decir, estaban destinados a amparar peregrinos y pobres, enfermos o no, a darles hospitalidad.

También existieron hospitales no monásticos. Se construyen en el interior de las ciudades, a veces al lado de las catedrales o iglesias más importantes. A estos se les llama Hotel de Dieu (casa de Dios). Realizaban trabajos caritativos aparte de los propios de la enfermería y estaban diseñado para acoger a huérfanos, pobres, débiles y enfermos. En muchos de ellos sus primeras enfermeras fueron mujeres viudas y pecadoras, que como penitencia por sus pecados ofrecían su ayuda.



Fig. 113: Convento de Magdalena .

Venecia fue la primera nación que instituyó, en 1423, un edificio aposta donde ingresar a las personas afectadas de enfermedades contagiosas. Se eligió una isla, Santa María de Nazareth, como lugar ideal para preservar del contagio y para garantizar el aislamiento.

El lazareto era un espacio para la prevención y para la cura, en el que se asistía y curaba a los enfermos y donde se ponía mucha atención en separar a los enfermos, de los convalecientes y de los “sospechosos”.

El nacimiento de los lazaretos es el testimonio de la extrema atención que la República daba a la organización sanitaria.



Fig. 114: Lazareto Venecia .

**-El hacinamiento, condición del enfermo.**

La dura vida medieval hacía que antes del siglo XII fuera difícil distinguir entre pobre y enfermo.

Era costumbre de la época el que en la mayoría de los hospitales de Europa se colocasen tres, cuatro, hasta seis enfermos por cama cualquiera que fuese su enfermedad, nacionalidad, condición e incluso sexo.

Los hospitales existentes se habían organizado como orfanatos, hostales para viajeros y enfermos y casas de caridad; las enfermedades contagiosas eran incontrolables; la vida urbana se había desarrollado de forma acelerada, y las condiciones de hacinamiento en que se vivía contribuía a propagar las enfermedades.

Aparecen hospitales civiles, que no dependen de la iglesia sino que dependen del ayuntamiento. Estos hospitales van en aumento en la baja Edad Media debido a que la iglesia cierra los hospitales de los monasterios, surgiendo la necesidad de éstos.

Estos hospitales están en malas condiciones y poco ventilados. En las camas los enfermos están hacinados, (incluso 6 por cama). El cuidado a enfermos es muy malo por que para estos hospitales se contratan mujeres de muy baja extracción social; mujeres que acaban de salir de la cárcel, analfabetas y la mayoría de las veces alcohólicas. Debido a estas malas condiciones el hospital civil se hace de pobres ya que quien puede pagar es atendido en su casa por su médico.

El hacinamiento y las malas condiciones de los enfermos contribuyen a la demanda del aumento en el numero de hospitales

A su vez se construyeron hospitales que estaban bien dotados, cuyas salas eran muy espaciosas y la intimidad solía obtenerse mediante el uso de cubículos. Se ponen cuadros en sus paredes como terapia de entretenimiento para los pacientes. Los cuidados de enfermería corrían a cargo de monjes y monjas.

Pero a pesar de estas excepciones, las condiciones en que se estaban en la mayoría de los hospitales no distinguía entre pobres y enfermos, mujeres y hombres.

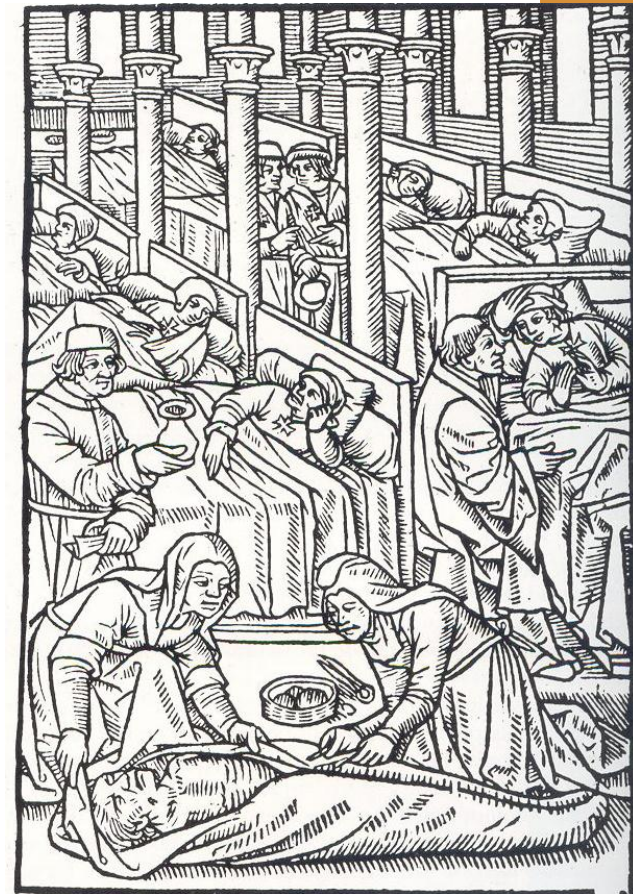


Fig. 115: Grabado de una situación cotidiana del hospital medieval.

**-La Lepra. Desprendimiento del enfermo del espacio común.**

Entre los siglos XI y XIII surgen, con mayor fuerza, las leproserías con capacidad para diez o doce personas. La vida de los leprosos en la Edad Media fue de sufrimiento y horror.

A pesar de su baja infectividad, la prolongada latencia de aparición de los síntomas, aunadas a las creencias religiosas y mágicas dominantes en la sociedad medieval, explican el que los leprosos fueran apartados de la colectividad y que su enfermedad haya sido considerada como algo sucio e impuro: un castigo de Dios. En este sentido, la lepra deja de ser una enfermedad para transformarse en un estigma social según el Antiguo Testamento, los leprosos debían de ser excluidos de la sociedad y retirados de los asentamientos humanos para vivir aislados por el resto de su existencia. No es raro, por lo tanto, que la sociedad medieval odiara y temiera a los leprosos. Tampoco es raro que los leprosos fueran segregados y apartados de los asentamientos humanos y considerados muertos en vida.

Fig. 116: Leprosario Puerto Rico.



Fig. 117: Oratorio de Leprosario medieval.

Cuando el paciente era diagnosticado con lepra, ya fuera por el médico, por el sacerdote y, en algunos pueblos, incluso por el barbero, se emitía un decreto en el que se lo declaraba como leproso. No sólo debía alejarse al leproso de la vida cotidiana y de la ciudad, sino que además perdía el derecho a vivir con individuos sanos. Cuando la enfermedad era diagnosticada en un paciente, el sacerdote iba a su casa y lo llevaba a la iglesia entonando cánticos religiosos. Una vez en el templo, el sujeto se confesaba por última vez y se recostaba, como si estuviera muerto, sobre una sábana negra a escuchar misa. Terminada la homilía, se le llevaba a la puerta de la iglesia, donde el sacerdote hacía una pausa para señalar: *“Ahora mueres para el mundo, pero renaces para Dios”* (11). Una vez dicho esto, se llevaba al doliente a los límites de la ciudad donde se le recitaban las prohibiciones, como por ejemplo; se le prohibía la entrada a iglesias y lugares públicos; lavar sus manos o su ropa en cualquier arroyo; salir de su casa sin usar su traje de leproso; conversar con personas en los caminos a menos que se encontrara alejado de ellas; tocar las cuerdas y postes de los puentes a menos que se colocara unos guantes; acercarse a los niños y jóvenes; caminar en la misma dirección que el viento por los caminos. Además, se le ordenaba que cuando muriese debía hacerse enterrar en su propia casa. Una vez proferidas todas estas prohibiciones, se le daba al leproso su ajuar completo: una capucha de color café o gris, zapatos de piel, un par de castañuelas para avisar a la gente de su proximidad, una taza, un bastón, un par de sábanas, un cuchillo pequeño y un plato. En algunos lugares de Inglaterra incluso se creó el concepto de las “ventanas para leprosos”. Estas ventanas, colocadas casi a ras del suelo en las paredes de las iglesias, permitían a los leprosos ver la misa desde afuera.

(11) Enrique Soto Pérez de C. “La lepra en Europa medieval. El nacimiento de un mito”

La creación de las leproserías promovió aún más la discriminación y el miedo hacia los leprosos, el desarrollo de las leproserías tuvo un efecto negativo en los enfermos y en su evolución. Esto se debió, en gran parte, a que la sociedad de la época (y los mismos pacientes), llegaron a considerar a estos hospitales como cementerios para vivos. El paciente, ante su encierro sabía que el único modo de salir era morir. Asimismo, el miedo que se tenía en la Edad Media a los leprosos y a la enfermedad (ser infectado significaba un encierro eterno) aumentó considerablemente. La construcción de leproserías tuvo un crecimiento exponencial en la Europa medieval. Muchos de estos hospitales para leprosos se encontraban adosados a hospitales “normales”. A estos establecimientos se les conoció también como lazaretos en honor a San Lázaro, el santo patrón de los leprosos. El aislamiento de los leprosos convirtió en realidad la idea de que la lepra fuera como una muerte en vida. Es posible que la existencia del leproso medieval se haya visto más afectada por los problemas psicológicos y sociales que por los problemas físicos que acarrearba su padecimiento.



Fig. 118: Lazareto.

Algunos ejemplos que muestran la importancia que tomó la lepra en la edad media son; El Hospital de York, primer hospital británico construido alrededor del año 936, también era una casa de caridad y tenía un pabellón para leprosos. El St. Giles Hospital fue construido en el año 1.101 para el cuidado de cuarenta leprosos. Un lugar opuesto a los anteriores es el St. Thomas Hospital, fundado en 1.213. Éste se convirtió en hospital para los enfermos, refugio para los pobres y hostel para los viajeros y peregrinos, pero no se admitían leprosos.

### 2.2.2-ESPAÑA.

#### -Desarrollo de las instituciones hospitalarias como espacios de caridad.

La rápida y profunda cristianización de la Península Ibérica hizo que se creasen instituciones de caridad dedicadas al cuidado de pobres y ancianos sin recursos.

La Iglesia es la primera institución en tomar conciencia de la asistencia sanitaria. El primer hospital fundado en España data del año 589, por el obispo Mosova. El Concilio de Orleans decide que una cuarta parte de los ingresos de la Iglesia debe destinarse a estos hospitales.

La mayoría de estos hospitales son urbanos y se les llama "domus dei episcopus" o casas hotel, llamadas así porque se construían juntas la casa del obispo, la catedral y el hospital, formando todo ello la casa de Dios.



Fig. 119: Capilla de Sarria .

## BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”



Fig. 120: Hospital de Santa María S.XV España .

Ya en los períodos posteriores a los tiempos visigodos existían instituciones hospitalarias que atendían a enfermos y peregrinos en hospitales, hospicios, albergues, casas de limosnas, leproserías y manicomios.

Entre los Siglos XII y XIV se produce un auge en la fundación de las instituciones hospitalarias. Especialmente abundantes fueron las leproserías, iniciadas con la de Palencia, en 1067 , fundada por el Cid.

En el siglo XIV los pobres y enfermos alcanzaron casi el %15 de la población española. Un grupo marginal tan importante, con los evidentes peligros de infección y subversión social, ocasionó una escalada en la creación de hospitales e instituciones de caridad.

La gran cantidad de instalaciones hospitalarias construidas en los siglos XIV y XV llegó a su apogeo con los Reyes Católicos y la fundación de magníficos hospitales. También estaban destinados a otro estamentos o grupos sociales tales como el de *Estudiantes pobres*, el de *Pescadores*, el de *Sacerdotes pobres*, el de *Heridos* y el de *Niños expósitos*.

España es el primer país que construyó un hospital para dementes (1409, Valencia ). Fundado por particulares con el fin de recoger, atender y cuidar a locos abandonados, estimulados por un sermón en la Catedral de Valencia, donde se exponía la lamentable situación de los dementes que deambulaban por las calles de la ciudad sometidos a toda clase de afrentas.

Tal proliferación de hospitales dio lugar a la primera propuesta de unificación intentada por los Reyes Católicos. Se atendían conjuntamente a enfermos dementes, expósitos, pobres y peregrinos.

La preocupación por conseguir unas ciudades más seguras, cómodas y agradables se refleja en la atención prioritaria a la fundación, construcción y funcionamiento de las instituciones hospitalarias.

En el siglo XVI se produce la gran transformación del hospital que pasará a articular los servicios de forma más práctica diferenciando las labores de simple asistencia de las de curación de enfermos y reservando lugares especiales para los portadores de enfermedades contagiosas. Surge en esta época una nueva idea de beneficencia consistente en que sea la propia administración del Estado la que sustituya a las órdenes religiosas en el cuidado y regulación hospitalaria.

**-Tipos hospitalarios surgidos entre el S. XII y el S. XVI. Desde la religiosidad hasta la funcionalidad.**

Las primeras instalaciones hospitalarias conocidas en España corresponden a casas particulares, antiguos palacios o incluso las naves de algunas catedrales o iglesias que se habilitaban para tales usos una vez decidida la fundación de la correspondiente institución.

La inadaptación de estos lugares como hospitales u hospicios estimuló la construcción de edificios más adecuados a las funciones de la beneficencia. Se concibieron tipos arquitectónicos parecidos a las grandes casonas de la época. Eran edificios generalmente de dos plantas: en la planta baja se disponían el portal, cocina y comedor para los pobres, y en la superior los dormitorios, separados para hombres y mujeres.

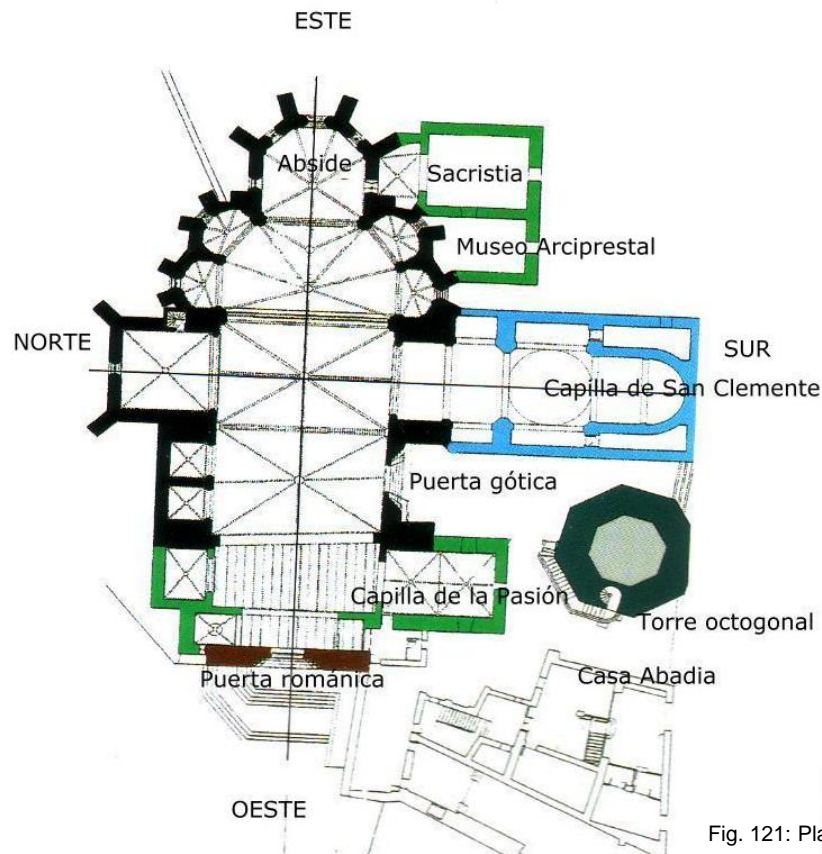


Fig. 121: Plano de San Mateo.

A partir del siglo XII se inició la historia de los tipos arquitectónicos hospitalarios.

El primer tipo hospitalario fue el basilical. Respondía a la disposición habitual de las iglesias cristianas, herederas de las basílicas romanas, cuya forma estaba justificada por un doble motivo religioso y sanitario. Se pretendía, por una parte, siguiendo una piadosa costumbre medieval, adaptar el edificio hospitalario a las formas consagradas para el culto cristiano con un seguimiento fácil de los oficios religiosos. Por otro lado, se aseguraba una ventilación adecuada de los enfermos y adaptación de los distintos servicios asistenciales.

En general, se componía de una nave central elevada con cubierta de madera y dos naves más bajas cubiertas por bóvedas de cañón o crucería, o también de madera. Las camas se disponían junto a los muros laterales, a veces bajo una galería de observación de los enfermos. Las ventanas solían ser estrechas y alargadas en las naves laterales y de mayor amplitud en la nave central, lo que permitía una suficiente iluminación natural y ventilación del conjunto. Solía tener una capilla al fondo en la zona del ábside.

A veces, a un lado de las naves laterales se disponía un claustro para convalecientes.



Fig. 122: Hospital de Santa María XV (España).

A partir del siglo XIV los hospitales se diseñan tomando como núcleo un patio cuadrado o rectangular ( a veces dos) alrededor del cual se disponen las distintas dependencias.

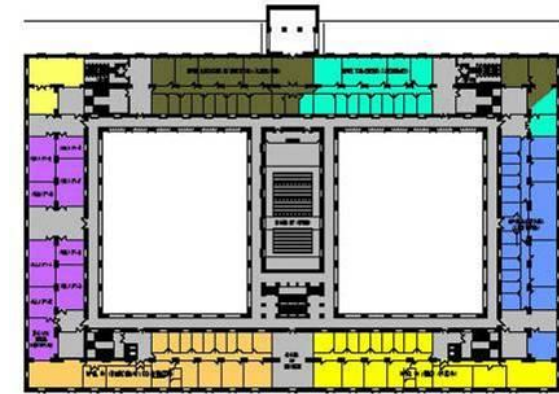


Fig. 123: Planta dos patios.

A principios del siglo XVI los hospitales se diseñan respondiendo a otra nueva formulación planimétrica que tiene como objetivo prioritario la funcionalidad, acomodando la composición arquitectónica a los requerimientos sanitarios organizando los servicios de una forma más práctica.

Se trata del tipo cruciforme, el que disponía las salas de los enfermos en dos grandes crujías en forma de cruz con dos pisos. Los brazos de la cruz abrazaban cuatro patios cuyos perímetros se completan con pabellones destinados a servicios. El encuentro de los brazos se aprovechaba en algunos casos para la instalación de la capilla, si bien en algunos hospitales se colocaba ésta al final de uno de los brazos.

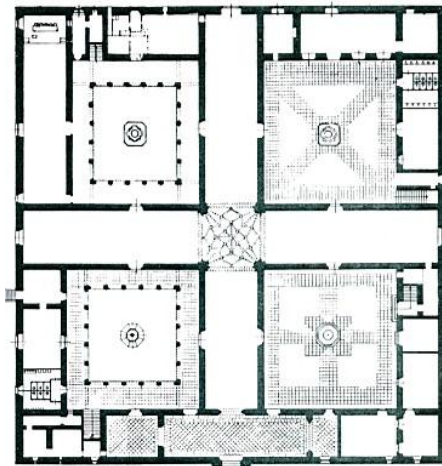


Fig. 124: Planta Hospital Real de Granada e imagen del patio de la Capilla.

Esta disposición se justificaba por las siguientes razones:

- Con la colocación de las camas en distintas crujías se facilitaba una buena ventilación a través de los patios.
- Al reducirse la superficie destinada a la capilla había un mejor aprovechamiento del espacio.
- Se facilitaba la vigilancia del enfermo.
- La composición con cuatro patios permitía la separación entre sexos y ordenaba las divisiones especiales dedicadas a niños, enfermos contagiosos o locos.
- Al situarse la capilla en el crucero o en el extremo de los brazos, los enfermos podían presenciar los oficios religiosos desde sus camas o asomados a las balaustradas.

## 2.3.-EDAD MODERNA

### 2.3.1-RENACIMIENTO.

#### -La ignorancia hacia el enfermo mental y su lugar en la hoguera.

La fe del hombre renacentista cambió de carácter: de fe viva, de esa fe que comanda la vida, pasó a ser fe inerte.

El éxito en la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas, atizaron la curiosidad por acrecentar el saber, estimularon el desarrollo del individuo, la formación de la propia personalidad, y provocaron una nueva actitud del hombre frente a la naturaleza; no sólo conocerla sino también la de dominarla.

Sin embargo fue una época de contradicciones. Fue la época de la extrema inmundicia de las ciudades, de la rápida propagación de enfermedades, de las supersticiones, de la vergonzosa matanza masiva de brujas.

Las ideas de posesión diabólica y el trato a las brujas de hicieron extensivos a los enfermos mentales, que eran llevados a la hoguera.

#### -Paracelso; nuevo concepto de enfermedad.

A sus ..”30 años”.., Paracelso, figura de la medicina del Renacimiento, ..”escribió su primera obra, *Paramirum*,”.. en donde ..”analiza las causas generales de las enfermedades. “..

*Alejado de las supersticiones, cercano a la astrología y cargado de misticismo sostiene que “cinco esferas o entia determinan la vida humana”:*

*Ens astrale, pues toda persona nace en el momento de una constelación y es hijo de su tiempo.*

*Ens veneni, pues el hombre es parte de la naturaleza, está expuesto a sufrir la acción de las cosas que toma del mundo circundante.*

*Ens naturale trata del camino que recorre el hombre desde su nacimiento hasta la muerte.*

*Ens spirituale, pues el hombre tiene cuerpo y espíritu, y por el espíritu el mundo circundante se convierte para cada individuo en un mundo distinto y el hombre se hace pensador y creador.*

*La enfermedad viene de la alteración del orden de estas cuatro esferas, la curación está determinada por la quinta: ens Dei. (12)*

Fig. 125: Hoguera.



(12) Benedicto Chuaqui Jahiatt, “Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos.” Pág.75

### 2.3.2-LA ILUSTRACIÓN, ÉPOCA DE LAS LUCES

#### -Francia, la creación de los grandes hospitales y la continuidad del hacinamiento.

Con el crecimiento progresivo de las ciudades la necesidad de contar con más hospitales se hizo irresistible y en 1656 Luis XIV de Francia abolió los horribles leprosarios medievales, "receptáculos de miserias", y fundó un sistema de hospitales en toda Francia, pero todavía estaba muy lejos de mejorar las condiciones de sufrimiento atroz de los enfermos.



Fig. 127: Habitación Hotel Dieu S.XVI .



Fig. 126: Hospital Hotel Dieu.

Según el relato de un paciente que estuvo internado en el *Hôtel Dieu* de París en 1657, en cada sala había cuatro hileras de camas, un altar y una mesa para comer; un boticario servía a todos los pacientes y había 300 religiosas que servían como enfermeras, 9 curas, 6 aprendices de barberos-cirujanos, varias mujeres que atendían los partos, y otros sirvientes. Antes de ingresar, si el paciente era hombre era examinado por un aprendiz de barbero, y si era mujer, por una monja, y después llevado ante un cura, que escribía su nombre y otros datos en un registro y también en una tarjeta, que se amarraba en la muñeca izquierda del paciente; entonces se le asignaba una cama junto con otros dos enfermos, y lo primero que debía hacer era confesarse. Las comidas eran escasas, a menos que los familiares o personas caritativas trajeran algo más sustancioso, lo que estaba permitido y por ello las puertas del hospital estaban abiertas día y noche y el acceso era libre. Los pacientes moribundos se ponían en la misma cama y se les administraban los santos óleos antes de dejarlos en paz.

En 1788, un visitante al mismo *Hôtel Dieu en París* describió sus experiencias como sigue: *“La política general del Hôtel Dieu —forzada por la falta de espacio— es poner tantas camas como sea posible en cada habitación y 4, 5 o 6 sujetos en cada cama. Ahí vimos a muertos mezclados con vivos. También vimos cuartos tan estrechos que el aire se estanca y no se renueva y la luz penetra débilmente [...] Vimos a convalecientes junto con enfermos, moribundos y muertos [...] Deben ir descalzos hasta el puente para respirar aire fresco en verano y en invierno [...] Vimos un cuarto de convalecientes en el tercer piso, al que sólo se llega atravesando la sala de viruela [...] La sala de los locos está al lado de los pacientes postoperatorios, que no pueden reposar con esta vecindad repleta de gritos y ruidos día y noche [...] En la sala de operaciones, en donde se trepana, se operan cálculos y se amputan miembros, están los pacientes que se están operando, los que ya fueron operados y los que están esperando su turno [...] La sala de San José es para mujeres embarazadas [...] Esposas legítimas y prostitutas, mujeres sanas y enfermas, todas están juntas, 3 o 4 en la misma cama, expuestas a insomnio, contagio, y en peligro de dañar a sus hijos. Las que ya han dado a luz también están en grupos de 4 o más en una sola cama, en distintos periodos del postparto [...] Es nauseabundo pensar cómo se infectan entre sí [...] Mil causas particulares y accidentales se suman cada día a las causas generales y constantes de la corrupción del aire y nos obliga concluir que el Hôtel Dieu es el más insalubre y más incómodo de todos los hospitales, y que de cada nueve pacientes dos fallecen.”* (13)



Fig. 128: Hospital *Hotel Dieu* de París en el siglo XVIII.

En este momento el problema de hospitales y cárceles son dos grandes temas de discusión en los salones parisinos, en los círculos ilustrados. A partir de 1770 tanto en Inglaterra como en Francia existe una fuerte inquietud respecto a este tema. Se ha convertido en algo escandaloso el que las prisiones sean lo que son: una escuela del vicio y del crimen; y lugares tan desprovistos de higiene que en ellos se muere uno. Los médicos comienzan a decir cómo se deteriora el cuerpo, cómo se dilapida en semejantes sitios. Llegada la Revolución francesa, emprende a su vez una encuesta de alcance europeo. Un tal Duquesnoy es el encargado de hacer un informe sobre los establecimientos llamados "de humanidad", vocablo que comprende hospitales y prisiones.

Un miedo obsesivo ha recorrido la segunda mitad del siglo XVIII: Los castillos, los hospitales, los depósitos de cadáveres, las casas de corrección, los conventos, desde antes de la Revolución han suscitado una desconfianza o un odio que no fueron subestimados; el nuevo orden político y moral no puede instaurarse sin su desaparición, estos espacios son como la "contra-figura" de las transparencias y de las visibilidades que se intentan establecer entonces.

Un poder cuyo recorte principal fuese la opinión no podría tolerar regiones de sombra. El proyecto de Bentham, el panóptico, proporcionaba la fórmula de un "poder por transparencia", de un sometimiento por "proyección de claridad".

(13) [http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec\\_14.html](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_14.html)

**-El enfermo como “objeto” de observación.**

En la segunda mitad del siglo XVIII hubo muchos logros en el campo de la salud pública. Por primera vez se habló de la medicina social y pasó a primer plano la prevención de las enfermedades. Se comienzan a mejorar las condiciones higiénicas de cárceles y hospitales y de la canalización de aguas. A su vez se crean hospitales pediátricos en Francia e Inglaterra.

También hubo un gran cambio en cuanto a las alteraciones mentales, las que ya no se consideraban como posesiones del demonio, sino enfermedades mentales, desapareciendo con ello las condiciones miserables a las que eran sometidos estos enfermos.

El surgimiento en este tiempo de los grandes hospitales contribuyó al desarrollo de importantes escuelas de clínicos en varias capitales europeas, como París, Viena, Londres, Edimburgo, Dublín y Berlín, cuya enseñanza era llamado “medicina de hospital”, ya que la instrucción se hacía junto al lecho del enfermo.

De esta manera vemos que a pesar de la **aparente preocupación espacial y de higiene** que podríamos dilucidar por el enfermo, el **verdadero fin no es el paciente sino la enfermedad**, siendo el enfermo un objeto de observación y estudio más que una persona con sus individualidades.

Apoyando lo anterior y con relación a los hospitales de París, Ackerknecht expresa:

*“[...] esas verdaderas fábricas de la medicina repletas con los productos de desecho de la joven sociedad industrial y sus gigantescas ciudades tan atractivas a los campesinos. Tales instituciones médicas presentaban oportunidades antes desconocidas para la observación clínica y la realización de autopsias en gran escala, sirviendo de esa manera mucho más al estudio de las enfermedades que de los individuos enfermos. Por lo tanto, se puede denominar a la medicina de esta escuela ( y a la de sus primos irlandeses e ingleses) "medicina de hospital", para distinguirla de las medicinas de "biblioteca" y de "consultorio", que la precedieron, y de la medicina de "laboratorio," que la sucedió.” (14)*



Fig. 129: Imagen que muestra la observación y examen de un enfermo.

(14) [http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec\\_14.html](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_14.html)

**-La higiene y el contagio en su influencia sobre el enfermo.**

Debido a la **Revolución Industrial** (segunda mitad del siglo XVIII) las ciudades más importantes, que comenzaban a recibir grandes cantidades de campesinos atraídos por la mecanización de algunas actividades, vieron sus calles pavimentadas, fueron dotadas de **alcantarillado y de agua**; se **desarrolló la medicina, aumentaron los hospitales** y se puso más atención a la destrucción de basuras y al adecuado entierro de difuntos. El factor clave del crecimiento de la población europea luego de la Rev. Industrial parece ser el descenso muy acusado de la mortalidad, descenso que se percibe ya en los primeros años del siglo. Los **progresos en la medicina y en la higiene** son las causas fundamentales, aunque no únicas, de este descenso.

*Los jalones claves en la medicina científica se señalan en la invención de la vacuna contra la viruela por el inglés Jenner (1796), que inicia la era de la medicina preventiva y la lucha final contra una enfermedad epidémica temible. El conocimiento de los agentes provocadores de las enfermedades, con el nacimiento de la microbiología (Pasteur, Koch), y la introducción en la cirugía de la anestesia parcial (1846) y la antisepsia (1867). La higiene experimenta una renovación no menor con el abastecimiento de agua potable a las ciudades, los servicios de limpieza en las calles y la generalización del aseo personal (ropa interior, jabón, etc.). (15)*

Hacia la primera mitad del siglo XIX la clínica florecía, pero la fiebre puerperal hacía estragos . Diversas razones se daban para explicar aquella situación:” *la angustia que causaba el sonido de la campanilla del acólito que precedía al sacerdote cuando éste se dirigía allá para administrar los sacramentos a las moribundas; la vergüenza que sentían las mujeres ante los estudiantes y cosas por el estilo*”.(16)

Los estudiantes iban allí a asistir los partos, pero lo hacían después de haber estado disecando cadáveres en el pabellón de anatomía.

*“El médico Ignaz Semmelweis demostró que las razones que se esgrimían eran falsas... y que la causa estaba en el material putrefacto de las manos de los estudiantes. Visionariamente estableció, entre otras medidas, el lavado de manos de los estudiantes con agua de cloro. La mortalidad bajó... Defendió con vigor su descubrimiento y la salud de sus pacientes, “hay que terminar la matanza”, escribió.” (17)*

Con esto se confirma que, a pesar de los planes de higiene social que se ponen en marcha en esta época, **la falta de humanidad en el trato con los enfermos** de parte de los futuros médicos, en donde les es igual “observar” a un cadáver que a un “paciente”, pone en riesgo las vidas de estas personas.



Fig. 130:Heridos.



Fig. 131:Enfermos en España .

(15) [www.monografias.com/trabajos14/ revolucionindustrial/revolucionindustrial.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/revolucionindustrial/revolucionindustrial.shtml)

(16) (17) “Benedicto Chuaqui Jahiatt, “Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos.” Pág. 120

**-La importancia de la total visibilidad de los enfermos bajo una mirada centralizada.**

En esta época el problema de la total visibilidad de los cuerpos, de los individuos, de las cosas, bajo una mirada centralizada, había sido uno de los principios básicos más constantes.

En el caso de los hospitales este problema presentaba una dificultad suplementaria: era necesario evitar los contactos, los contagios, la proximidad y los amontonamientos, asegurando al mismo tiempo la aireación y la circulación del aire; se trataba a la vez de dividir el espacio y de dejarlo abierto, de asegurar una vigilancia que fuese global e individualizante al mismo tiempo, separando cuidadosamente a los individuos que debían ser vigilados.

Un gran referente que acoge perfectamente esta necesidad es el Panóptico, inventado por Bentham a finales del siglo XVIII.

El principio era: en la periferia un edificio circular; en el centro una torre; ésta aparece atravesada por amplias ventanas que se abren sobre la cara interior del círculo. El edificio periférico está dividido en celdas, cada una de las cuales ocupa todo el espesor del edificio. Estas celdas tienen dos ventanas: una abierta hacia el interior que se corresponde con las ventanas de la torre; y otra hacia el exterior que deja pasar la luz de un lado al otro de la celda. Basta pues situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un alumno. Mediante el efecto de contra-luz se pueden captar desde la torre las siluetas prisioneras en las celdas de la periferia proyectadas y recortadas en la luz. En suma, se invierte el principio de la mazmorra. La plena luz y la mirada de un vigilante captan mejor que la sombra que en último término cumplía una función protectora.

Bentham se encuentra con el problema de la acumulación de hombres. Pero mientras que los economistas planteaban el problema en términos de riqueza, Bentham plantea la cuestión en términos de poder: la población como blanco de las relaciones de dominación. Las mutaciones económicas del siglo XVIII han hecho necesaria una circulación de los efectos de poder a través de canales cada vez más finos, hasta alcanzar a los propios individuos, su cuerpo, sus gestos, cada una de sus habilidades cotidianas. Que el poder, incluso teniendo que dirigirse a una multiplicidad de hombres, sea tan eficaz como si se ejerciese sobre uno solo.

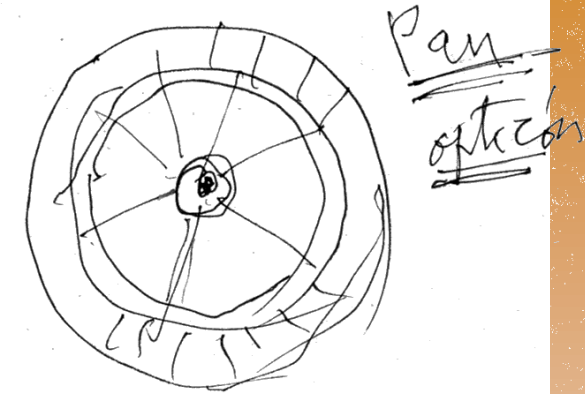


Fig. 132: Idea panóptico. Bosquejo de don Pablo Mondragón G.

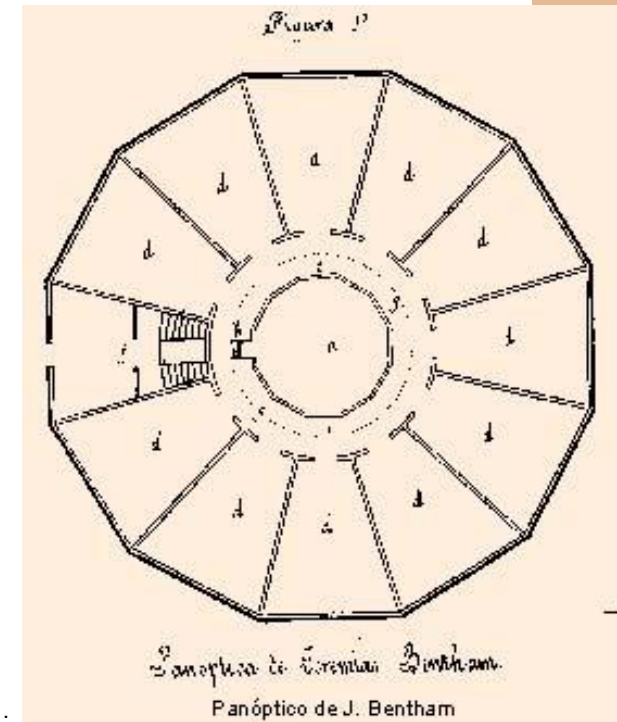


Fig. 133: Planta Panóptico .

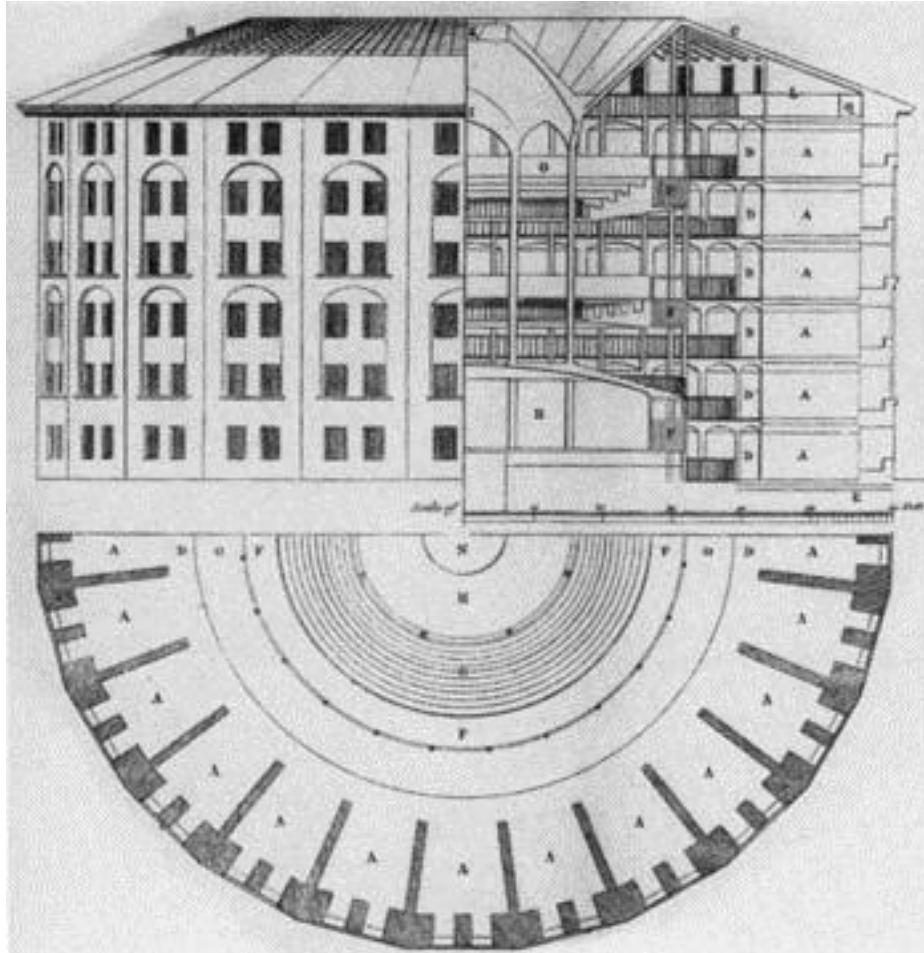


Fig. 134: Elevación, Corte , Planta Panóptico .

Bentham no simplemente ha imaginado una figura arquitectónica destinada a resolver un problema concreto de esa época, como es el de la prisión, la escuela o el hospital. Proclama una verdadera invención. En efecto, lo que buscaban los médicos, los industriales, los educadores y los penalistas, Bentham se lo facilita: ha encontrado una tecnología de poder específica para resolver los problemas de vigilancia. Conviene destacar una cosa importante: Bentham ha pensado y dicho que su procedimiento óptico era la gran innovación para ejercer bien y fácilmente el poder. De hecho, dicha innovación ha sido ampliamente utilizada desde finales del siglo XVIII

La participación social de los médicos es considerable a finales del siglo XVIII, han desempeñado de algún modo un papel de organizadores del espacio. La higiene social nace entonces; en nombre de la limpieza, la salud, se controlan los lugares que ocupan unos y otros. Y los médicos, con el renacimiento de la medicina hipocrática, se sitúan entre los más sensibilizados al problema del entorno, del lugar, de la temperatura.

Los médicos eran entonces en cierta medida especialistas del espacio. Planteaban cuatro problemas fundamentales: el de los emplazamientos (climas regionales, naturaleza de los suelos, humedad y sequedad: bajo el nombre de "constitución", estudiaban la combinación de los determinantes locales y de las variaciones de estación que favorecen en un momento dado un determinado tipo de enfermedad); el de las coexistencias (ya sea de los hombres entre sí: densidad y proximidad; ya sea de los hombres y las cosas: aguas, alcantarillado, ventilación; ya sea de los hombres entre sí: densidad y proximidad; ya sea de los hombres y los animales: mataderos, establos; ya sea de los hombres y los muertos: cementerios); el de las residencias (hábitat, urbanismo); el de los desplazamientos (emigración de los hombres, propagación de las enfermedades). Los médicos han sido con los militares, los primeros gestores del espacio colectivo. Pero los militares pensaban sobre todo el espacio de las "campañas" (y por lo tanto el de los "pasos") y el de las fortalezas. Los médicos han pensado sobre todo el espacio de las residencias y el de las ciudades.

## 2.4.-EDAD CONTEMPORÁNEA

### 2.4.1- FUNCIONALISMO Y ECONOMÍA EN RELACIÓN CON LOS ENFERMOS.

En el siglo XX se acentuaron las especializaciones y con esto la tendencia a posponer al enfermo atendiendo más a la enfermedad. Debido a los adelantos en la medicina, el hospital se convirtió en un centro de atención tecnológico y científico.

En pro del funcionalismo, aparece el monoblock como forma arquitectónica principal de los centros de salud; hospitales verticales que concentran la mayoría de las especialidades y entregan amplias plataformas para dar lugar a toda la tecnología médica, creando una estrategia eficaz para combatir las enfermedades.



Fig. 136: Hospital General de Medellín. Colombia.



Fig. 135: Hospital Txagorritxu. País Vasco, España.

La organización de los centros de salud están fuertemente influidas por la situación financiera que tengan los países para resolver los problemas sanitarios que enfrentan sus poblaciones.

Los altos costos de la atención en los hospitales llevan a una alta selectividad en su utilización y a crear sistemas que eviten hospitalizaciones innecesariamente prolongadas.

La eficacia de los sistemas de salud es medida, en parte, por la disponibilidad de camas y el número de egresos anuales por cada una. Los países que poseen una alta disponibilidad de camas son aquellos que tienen un elevado desarrollo socioeconómico, como por ejemplo Japón (15,8 camas por 1.000 habitantes) y Suecia (12,4), con una elevada utilización de ellas. La disponibilidad de América Latina es significativamente menor, alcanzando en promedio a 2,0 por 1.000 habitantes (1993).

La aparición de nuevas drogas que permiten que algunos pacientes crónicos no necesiten hospitalizarse para ser atendidos y el aumento de los costos de construcción, han sido los principales factores que han llevado a una reducción de los establecimientos de salud.

La calidad del sistema de salud de una población se evalúa considerando sus resultados en la salud, los costos operacionales y el nivel de satisfacción de las personas. El nivel de satisfacción se relaciona a las coberturas de atención y a los costos, estrechamente ligado al ámbito comercial de la oferta y la demanda.

A pesar de que han existido intentos por humanizar la arquitectura hospitalaria y por separarse del funcionalismo rígido ( como lo intenta el proyecto del Hospital de Venecia), los cuales no han significado cambios importantes en la concepción mundial, los servicios de salud actuales se crean en base a la funcionalidad y la economía que apuntan a una atención científico-técnica, dejando completamente de lado al enfermo, que fue el origen y el motivo de los centros hospitalarios, no quedando duda de que la *“Deshumanización, técnica y carestía son rasgos de esta medicina”* (18)



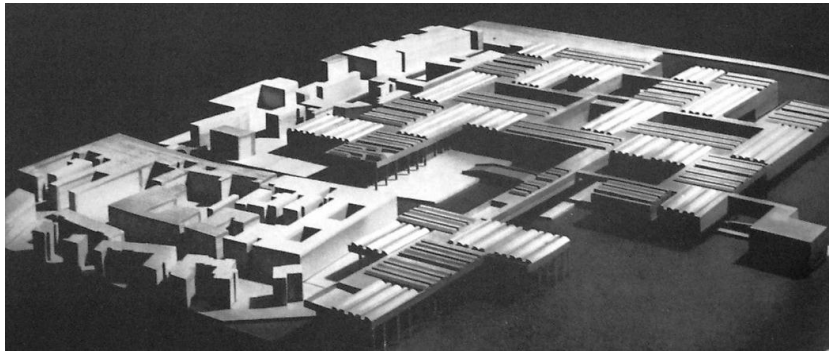
Fig. 137: Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

(18) Benedicto Chuaqui Jahiatt, “Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos.” Pág. 141

## 2.4.2- UNA MIRADA CRÍTICA AL PROYECTO “HOSPITAL DE VENECIA”

Le Corbusier (1964-1965)

“ Cuando Le Corbusier aceptó el proyecto en 1963, dos años antes de su muerte, le pidió a Guillermo Jullian ( arq. Chileno) que extrajera a través de la observación “ **La Esencia de la Ciudad**” “ (19)



Por tal motivo **esta obra se presenta opuesta a la línea radical y racionalista** de Le Corbusier , ya que incursiona en aspectos que rescató Guillermo Jullian **como la idea de los patios abiertos, los canales, la aparición de rampas y palafitos** en los que se refleja el sol a través del agua, logrando fusionar el hospital con la ciudad.

Fig. 138: Maqueta segundo proyecto (1965) .

En su emplazamiento, al disponer horizontalmente los volúmenes del hospital, Le Corbusier intentó **evitar que la silueta de Venecia fuese alterada** .

Este proyecto sirvió de influencia para la realización de los llamados “**edificios alfombra**” , que se extienden en el terreno formando pequeñas ciudades.

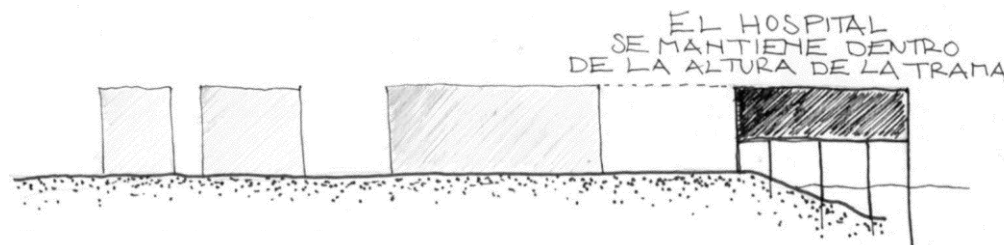


Fig. 141: Corte esquemático transversal.

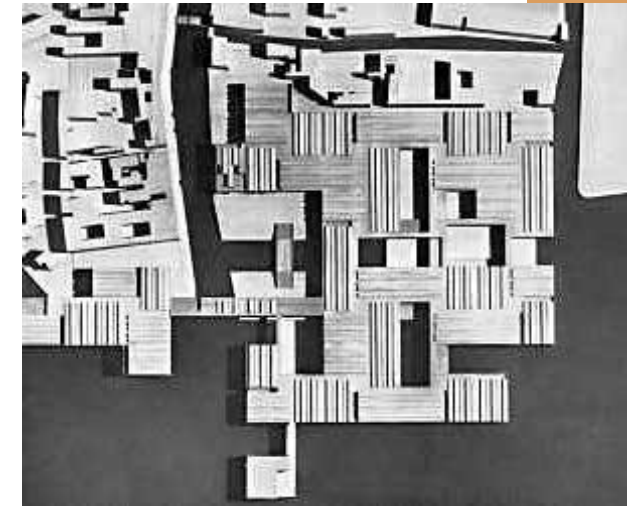


Fig. 139: Maqueta segundo proyecto (1965) .

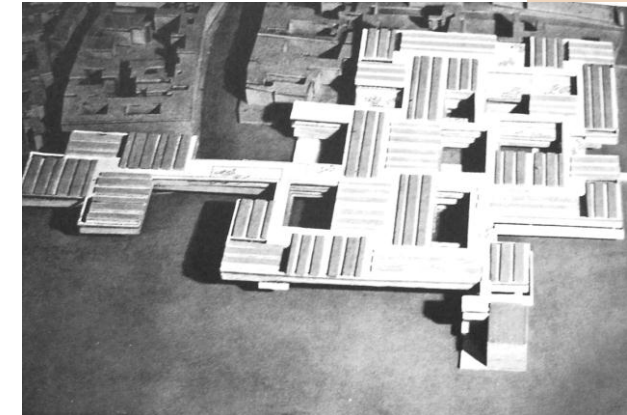


Fig. 140: Maqueta primer proyecto (1964) .

El programa del hospital se realiza en cuatro niveles.

Nivel 1- Los accesos, la administración, las cocinas.

Nivel 2- Las salas de operación, los alojamientos de las hermanas.

Nivel 2b- Las vías de comunicación y distribución.

Nivel 3 - Las secciones de enfermos.

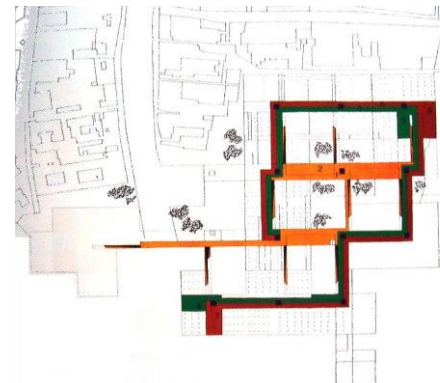
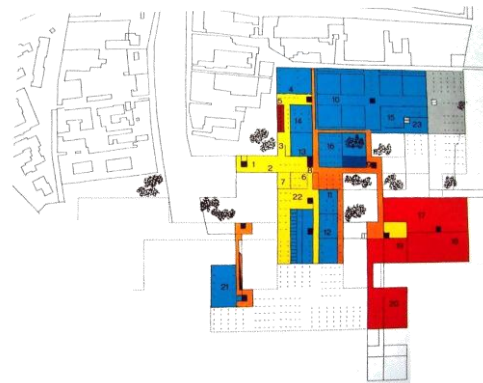
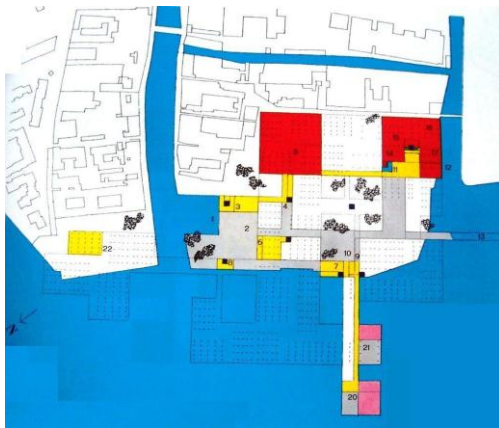
### Primer proyecto 1964

Nivel 1- El proyecto en su primer nivel queda inscrito en el suelo firme, comunicándose con el agua por un brazo que entra a ella y donde se ubica la iglesia, lugar de mayor tranquilidad y retiro dentro del programa de este nivel.

Nivel 2- El proyecto, desde lo perimetral, se inserta en la trama de la ciudad tomando distancia de su ajetreo por medio de la altura. Desde esta altura en su 2 nivel se ubican las salas de operación y de urgencias. También los recintos de los enfermos y religiosas.

Nivel 2b- Sobre el segundo nivel, piso de medicina se ubica el nivel 2b como articulador entre el nivel de medicina y el de los enfermos. Es así como el nivel 2b le mas altura, mas distancia al nivel 3 que se traduce en mayor tranquilidad.

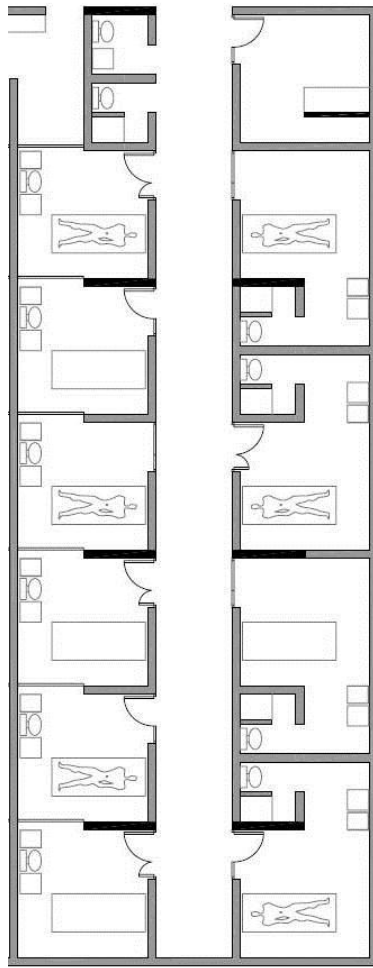
Nivel 3- El tercer nivel se destina exclusivamente a la estadía de las personas con alguna enfermedad. Sin embargo, vemos que su planta se desarrolla como una repetición de módulos, sin ninguna diferencia entre ellos, no reflejándose la multiplicidad de personas que habitarán ahí.



Nivel 3 – Unidad de Cuidados (hospitalizaciones).

Este nivel es capaz de incorporar el agua y la vegetación en su conformación, enriqueciendo sus espacios exteriores con **patios verticales verdes, patios de agua, terrazas** y un perímetro que se extiende con el agua.

Fig. 143: Planta tipo - dormitorios .



Logra así, por medio de su altura con respecto a la velocidad de la ciudad como con el trabajo de sus lugares exteriores, un **retiro controlado**, ya que desde su ubicación perimetral se **relaciona con la ciudad**, también logra la **tranquilidad** necesaria para los que habitan su interior.

A pesar que el proyecto muestra claras **intenciones de relacionarse con el exterior natural**, su **interior** nos muestra lo **contrario**, no produciéndose una continuidad en su habitabilidad. La forma de las habitaciones quizás corresponde bien para enfermos graves y de reposo absoluto que requieran de **total desconexión** con el medio, pero no es solución para la gran mayoría de enfermos que requieren de ese vínculo cada vez en mayor medida en su **camino a la recuperación**. Esta solución **no distingue edad** ni tipo de **enfermedad**.

Las **habitaciones**, al no poseer paños vidriados, **desvinculan** a la **persona** que padece alguna enfermedad, del **paisaje**, del entorno que por su emplazamiento logra tener el hospital, siendo solo la luz del paisaje la que incide en ellas. Desde el paciente, las habitaciones se muestran como **unidades independientes** facilitando la **atención personalizada**, pero **no permitiendo la interrelación** entre ellos ni del doctor con un grupo, impidiendo otorgar indicaciones, presentaciones o terapias grupales.

El corte nos evidencia que las **habitaciones se abren solo a la luz cenital**, siendo este mínimo lazo la única relación con el exterior, así la existencia de esa luz natural solo informa del **paso del tiempo**.

Desde nuestro punto de vista, las personas con una enfermedad, poseen un **límite temporal para vivir** y recorrer la arquitectura a partir de ese límite. Las habitaciones que se proponen **más los limitan**, no aprovechándose la relación con el medio exterior.

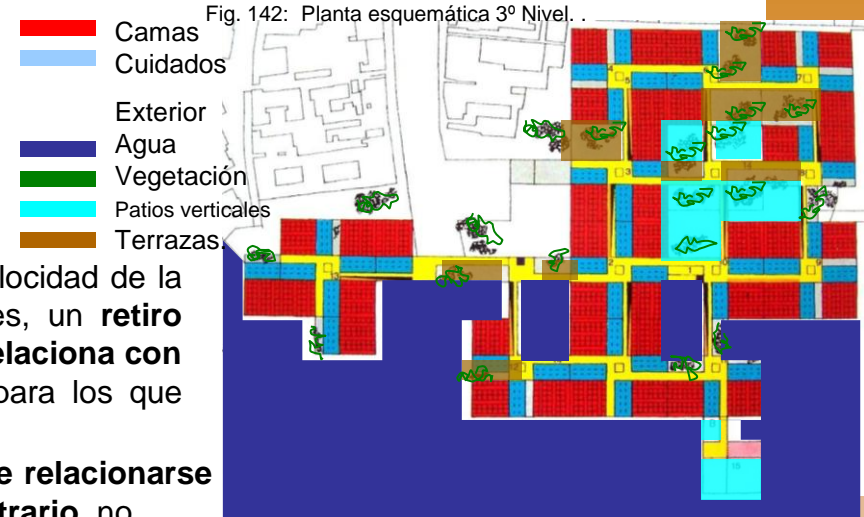


Fig. 142: Planta esquemática 3º Nivel .

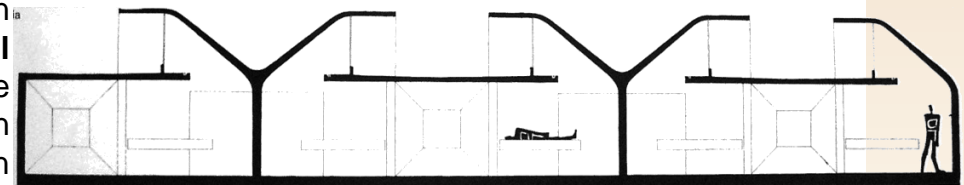
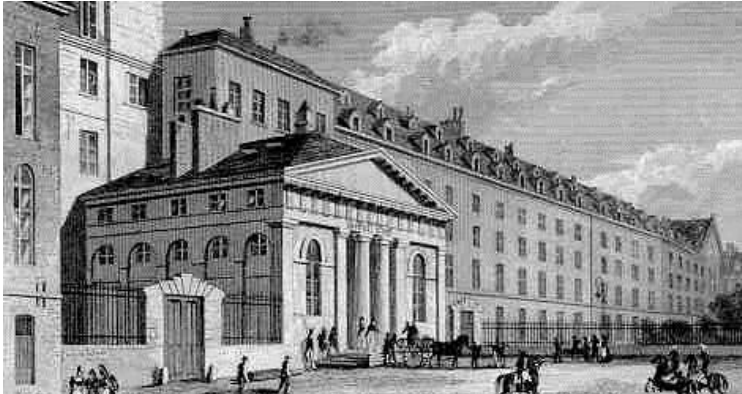
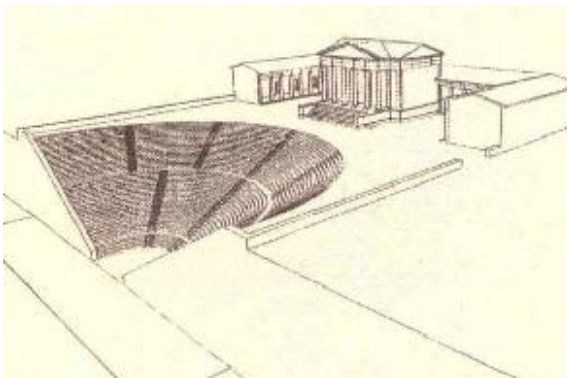


Fig. 144: Corte tipo .

## BREVE HISTORIA DE LA RELACIÓN DE LA ARQUITECTURA CON LOS “ENFERMOS”



La relación de la arquitectura con los enfermos fue variando en la historia, desde una relación muy cercana a lo **espiritual**, religioso, hasta una relación basada en el **funcionalismo**, en donde el paciente **pierde** completamente **valor** y la **relación se genera con la enfermedad**. Reconociendo que hay excepciones, en la historia predomina un **desinterés hacia el sentir real del enfermo**, el cual va creciendo al amparo del desarrollo de los procedimientos médicos, llegando a convertir al paciente en un órgano enfermo que se debe intervenir. Sin duda esta relación “**deshumanizada, técnica y carente**”, como nos plantea el Dr. Benedicto Chuaqui, no beneficia al bienestar del paciente; el funcionalismo debe abrirle paso a **la sensibilidad, a la cualidad**.



Acercándonos a una visión más local; ¿los servicios de salud en Chile estarán también teñidos de este funcionalismo deshumanizado?

## UNIDAD 3:

### SERVICIOS DE SALUD EN CHILE: EL HOSPITAL.

#### 3.1- BREVE HISTORIA.

Las ideas del Renacimiento y Barroco europeo no influyeron en el desarrollo de las instituciones hospitalarias en Chile. Tampoco el cuidado de los enfermos por parte de los indígenas tuvo mayor influencia en este desarrollo, el cual se vio frenado por la Guerra de Arauco. La medicina araucana es una medicina primitiva, de carácter mágico-religioso. Su ejercicio estaba a cargo de los *machis*, siendo el acto central, con el enfermo, el *machitún*.

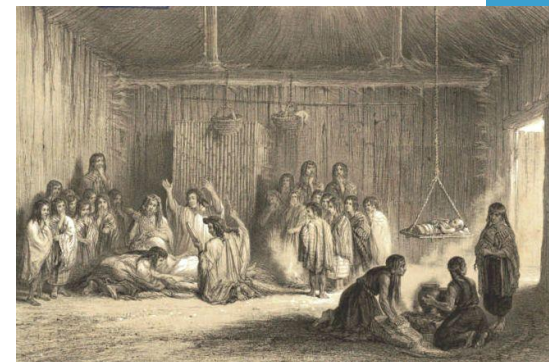


Fig. 145: Machitún .

En el siglo XVI, siguiendo las ordenanzas de la Corona, se fundaron hospitales en cada ciudad conquistada. Eran hospitales rudimentarios, hospitales de campaña. El primer hospital fundado fue laico y tenía 50 camas.

En el siglo XVII las órdenes religiosas toman el mando de muchos de los hospitales. En 1617 el Hospital de la Virgen del Socorro recibió el nombre de San Juan de Dios y pasó a ser regentado por los hermanos de esa orden. El hospital tenía un sitio enorme, con un frente de ocho cuadras extendido entre las actuales calles San Francisco y Portugal.

Una consecuencia del Absolutismo Ilustrado en España fue la expulsión de los Jesuitas de los dominios españoles. Ella aconteció en Chile en 1767, con lo que muchos de los hospicios quedaron en manos de laicos.

Unos de los progresos más importantes en este siglo XVIII fueron la renovación y construcción de hospitales en varias ciudades, la fundación de la Casa de Huérfanos o Expósitos en 1758 y la de las Recogidas en 1764. En 1782 se habilitó el Hospital San Borja para mujeres.

En el medio siglo XIX transcurrido, de 1841 en adelante, se modernizaron los hospitales coloniales y se construyó una vasta red hospitalaria. En 1852 se fundó la Casa de Orates en el barrio Yungay. En 1893 se terminó la construcción del hospital San Agustín en Valparaíso. Así *“fueron ubicándose en diversas localidades de algún tamaño, completando una treintena hacia fines del siglo XIX.”* (20)

Actualmente en Chile los factores que rigen el trato de los enfermos son la economía y la funcionalidad, es así como se han construido grandes clínicas que no se diferencian mayormente de la infraestructura hotelera.



Fig. 146: Hospital San Agustín de Valparaíso .

(20) .” Revista CA, “Arquitectura y Salud” N. 88, Pág. 31.

### 3.2- EVOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA

Según Ignacio González G. en su texto “La evolución de la Arquitectura Hospitalaria en Chile” se distinguen 7 momentos que a continuación se plantean brevemente.

**-Hospitales de la conquista:** Respondía su precaria materialidad a la realidad social de la época en que se vivía , de distribución espacial simple.

**-La Colonia:** La estabilidad social se refleja en el cambio y mejora del material. Su diseño respondía a un criterio funcional, en cuanto al diseño religioso – formal este venía de Europa de la mano con el Cristianismo.

**-La Independencia:** con lo español fue servido el concepto colonial de las cosas, pero su reemplazo por lo nuevo tardo años en llegar, se hicieron unos pocos hospitales que remedan en mayor o menor grado los anteriores, prevaleciendo el “tipo de patios”.

**-1870 a 1910:** Hay una mayor preocupación por el confort. Pero, aparentemente aún no se desvincula completamente de lo religioso, por lo descrito se plantea que eran “muchos espacios cerrados reunidos en un mismo terreno”, a pesar de que se indican varios aspectos funcionales, se menciona el bajar las ventanas para ver el jardín, una medida que se “sensibiliza” tanto con los enfermos como con los que los cuidan.

**-1910 a 1927:** La escuela Alemana impone el Hospital de pabellones aislados, al ser posible no mas de 2 o 3 pisos se busca la solución por extensión y el orden espacial es en sucesión de pabellones. Toma fuerza la funcionalidad.

**-1927 a 1934:** Aún esta la presencia de la beneficencia tras las obras hospitalarias, por medio de donaciones. Se implementa mas fuertemente la funcionalidad en la forma arquitectónica, por ej. El Sanatorio para Tuberculosos de Putaendo a pesar de su programa teñido de funcionalidad, la disposición de sus salas tenían estrecha relación con el sol y la sombra y mencionan “ galerías de reposo”.

**-Desde 1834:** Se implanta el “monoblock”, se menciona como hospital de “gran rendimiento”, expedito, con “vías mas directas y expeditas”, en relación a los procedimientos hospitalarios se plantea como un “hospital vertical”.

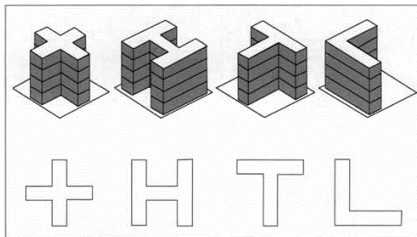


Fig. 147: Formas del monoblock .

El **monoblock**, vigente hasta hoy, es una respuesta arquitectónica centrada en el procedimiento médico y la inmediatez de los medios de atención (completamente funcional). Está pensado desde la atención médica rápida de la enfermedad, pero no desde y para el enfermo, principalmente en permanencia (hospitalización), ni para dar atención a un ser integral en el “recinto hospitalario”.

Es así como podemos ver que la evolución arquitectónica de los hospitales se basa principalmente en una evolución formal, pero no en una evolución importante de las condiciones espaciales favorables para el paciente desde el sentido humano.

### 3.3- ANÁLISIS: CENTROS DE SALUD - HOSPITAL

Los centros de salud más cercanos a cada uno de nosotros y los que nos encontramos con frecuencia y facilidad en nuestra ciudad como en los noticiarios y hasta en programas de televisión son los hospitales. Es a ellos a los que acudiremos más de alguna vez en nuestras vidas, ya sea para visitar a algún conocido, para dar a luz o por alguna enfermedad que nos aflija y nos obligue a hospitalizarnos.

Es así cómo todos nos vemos involucrados a estas obras, por lo que debemos tomar conciencia y no ser indiferentes a ellos y a como transcurriría nuestra vida en su interior.

A continuación analizaremos 4 hospitales contemporáneos chilenos , tomados al azar, de los cuales 2 dependen de la administración pública y dos del ámbito privado. Pondremos un especial cuidado en las áreas de hospitalización, áreas en las que el enfermo pasa todo su proceso de recuperación, y por lo tanto, el lugar donde debe habitar parte de su vida.

Nos preocuparemos tanto del programa como de la calidad espacial de los lugares que alberga, referidos no sólo a los enfermos , sino también a los visitantes y al cuerpo de empleados del hospital, es decir, a todos los habitantes de un hospital. Tratando de ver , a través del análisis, como son acogidos cada uno de ellos y que posibilidades reales se le dan para desarrollar cada una de sus áreas (cuerpo - mente - espíritu) y de esta forma para seguir viviendo, habitando, como una persona completa.

Los 4 hospitales analizados son:

- **Hospital Carlos Van Buren.**
- **Clínica Tabancura.**
- **Clínica Los Andes de Los Ángeles.**
- **Hospital de San Felipe.**



**-HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

Torre Médica. (1980-1981)  
 Depto. de proyectos, Arqto. Álvaro Prieto L.

Este hospital se ubica en la ciudad de Valparaíso, en la Región de Valparaíso. Es administrado por el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, dependiente del Ministerio de Salud. Estudiaremos la Torre Médica, proyecto de ampliación del hospital, construido entre los años 1980-1981, el cual se materializó como un monoblock en donde los pisos altos albergan las unidades de hospitalización, de una atención más cerrada, mientras los inferiores, un programa de atención abierta y/o mixta.

El proyecto distribuyó parte del programa de la siguiente manera:

- Primer Piso: - Hall de ingreso principal.
- Unidad de Admisión (SOME).
  - Unidad de ingreso de enfermos a hospitalizarse.
  - Banco de sangre.
- Segundo Piso: - Dirección y Administración.
- Jefaturas Médicas y Docencia.
  - Auditorium.
- Tercer Piso: - Hospitalización de Pensionado.
- Cuarto Piso a Séptimo Piso: - 2 Unidades de enfermería por piso.
- Hospitalizaciones salas común.

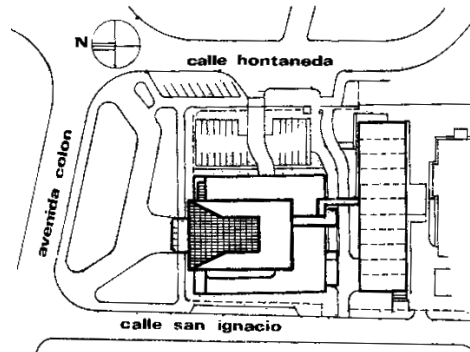


Fig. 148: Emplazamiento.



Fig. 149: Vista frontal.

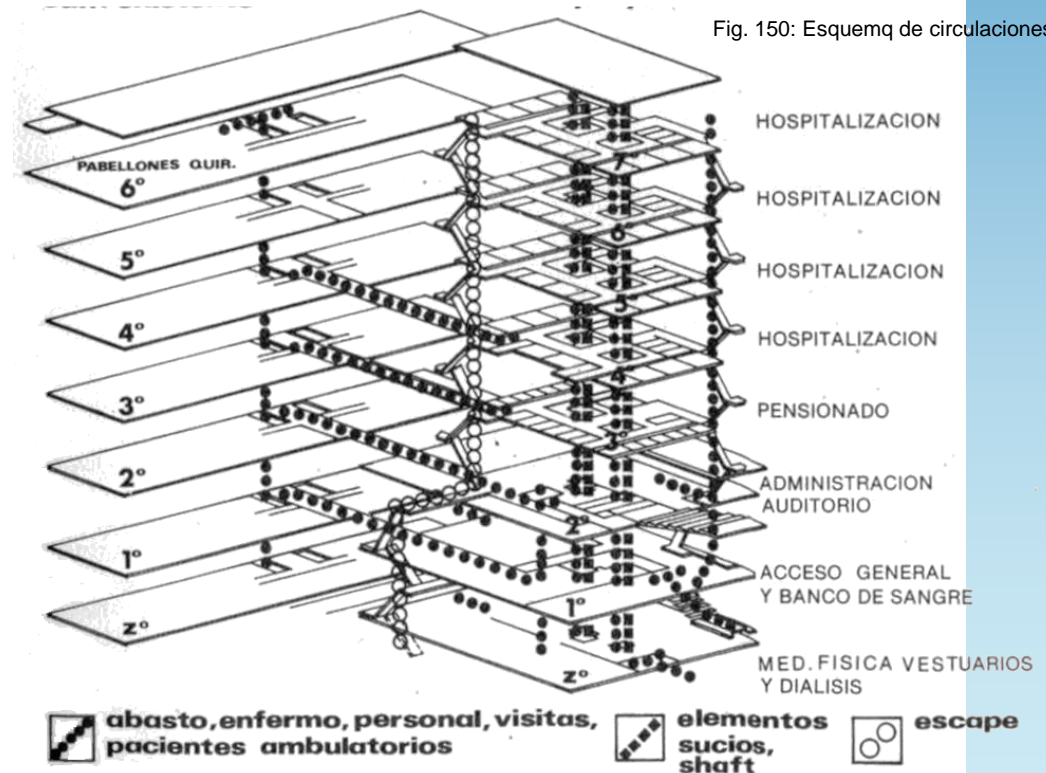


Fig. 150: Esquemq de circulaciones .

Debido al programa que albergan, nos detendremos en la planta del 5º piso de hospitalización, la que es igual a la del 6º y 7º. Ya que analizaremos sólo esta planta tipo, no nos detendremos en el programa dirigido al personal, ya que se podría desarrollar en otros niveles, pero sí en aquel que tiene directa relación con el paciente y sus familiares y/o amigos.

En su programa podemos distinguir:

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1) Estación de enfermera. | 2) Curaciones        |
| 3) Trabajo sucio.         | 4) Trabajo limpio.   |
| 5) Reportero perisférico. | 7) Bajada sucio.     |
| 8) Equipo.                | 9) Baños.            |
| 10) Visitas.              | 11) Hospitalización. |
| 12) Oficina médico.       | 13) Procedimientos.  |



Fig. 151: Sala de espera .



Fig. 152: Planta tipo – nivel 5 .

La mayoría del programa que alberga este nivel tiene relación con los procedimientos médicos-sanitarios para la recuperación física del paciente, siendo el área de espera de las visitas el único que se escapa de lo estrictamente funcional, el cual espacialmente es muy reducido para acoger al número de visitas, conformándose como un espacio residual dentro de la planta total. No se consideran programas que se vinculen directamente al desarrollo intelectual, espiritual u social de los pacientes.

Los únicos lugares donde el paciente podría desarrollar los aspectos antes mencionados son las salas comunes de hospitalización y los pasillos; recorridos pensados en forma funcional para el buen traslado de camillas e instrumentos médicos, por lo que el paciente habitaría lugares que no están destinados para su desarrollo.

En la planta no se ve alguna preocupación respecto al sol o la luz natural, ubicándose las salas en forma perimetral quedando algunas al sur sin tener posibilidades de recibir en algún momento del día rayos solares.

Las habitaciones, en apariencia, se ven proyectadas para ubicar a los pacientes, con el suficiente espacio para emplazar artefactos médicos y el ingreso de la camilla y de las bandejas de distribución de alimentos, pero no se distinguen lugares claros donde podrían ubicarse los visitantes, a los cuales el Servicio de Salud, entendiendo la importancia que pueden tener en el proceso de recuperación, les ha extendido el horario; desde las 12:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.



Fig. 153: Sala de recuperación .

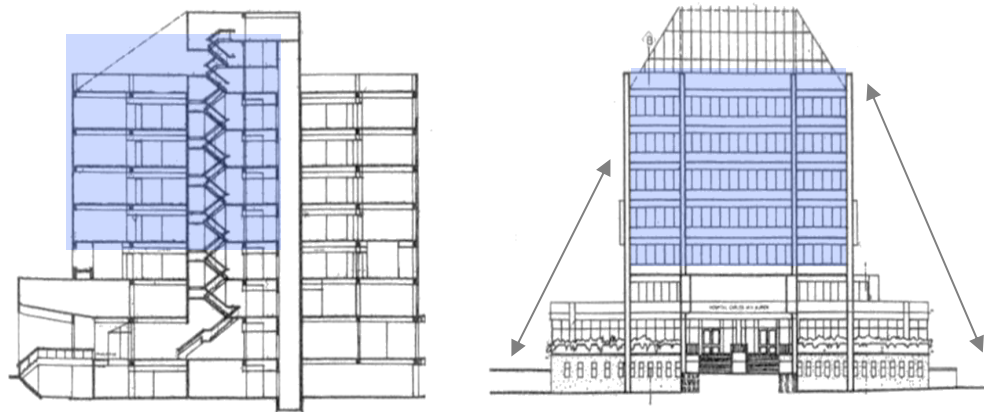


Fig. 154: Corte y elevación frontal, también se destaca el área de Hospitalización.

Los niveles de hospitalización toman distancia del bullicio de las calles colindantes por medio de la altura, esto logra dar mayor tranquilidad al ambiente de los pacientes, pero , a su vez, le cierran la posibilidad de salir a algún jardín exterior. Tampoco se considera la presencia de algún patio interior en estos niveles a los que pudieran acceder todos los usuarios del hospital.

No se ve que se haya considerado el desarrollo del paciente como persona integral dentro del diseño de esta área, no considerándose sus intereses o inquietudes. Los familiares se convierten en habitantes no esperados, los cuales son permitidos ingresar a la habitación de los pacientes como si fuese un favor.

**-CLÍNICA TABANCURA**

Inagro S.A. y Aedo;Ebner;Muñoz (1991-1992 )

Esta clínica se ubica en Vitacura, en la Región Metropolitana. Es administrada por Isapre Consalud.

Esta clínica esta destinada a funcionar tanto como clínica - maternidad como centro médico. Sus arquitectos plantean como coordenadas relevantes en la concepción del proyecto la imagen institucional, su concepto de maternidad y el terreno y su entorno.

Sus arquitectos definieron maternidad *“no como el concepto tradicional de clínica para el tratamiento de enfermos, sino como el “hogar” donde el paciente no es un enfermo, sino que se encuentra sano, viviendo un proceso natural de la vida, un momento de felicidad, de encuentro familiar”* (21)

Esta clínica es una obra de 4 niveles, centrándose las áreas de hospitalización en el 3º y 4º.

El proyecto distribuye parte de su programa como sigue:

Primer Piso: - Hall de acceso.

- Cafetería.
- Laboratorio.
- Auditorio.
- Consultas médicas.
- Administración.

Segundo Piso: - Pabellones.

- Neonatología.
- Hospitalización.

Tercer y Cuarto Piso: - Hospitalización.



Fig. 157: Patio acceso .

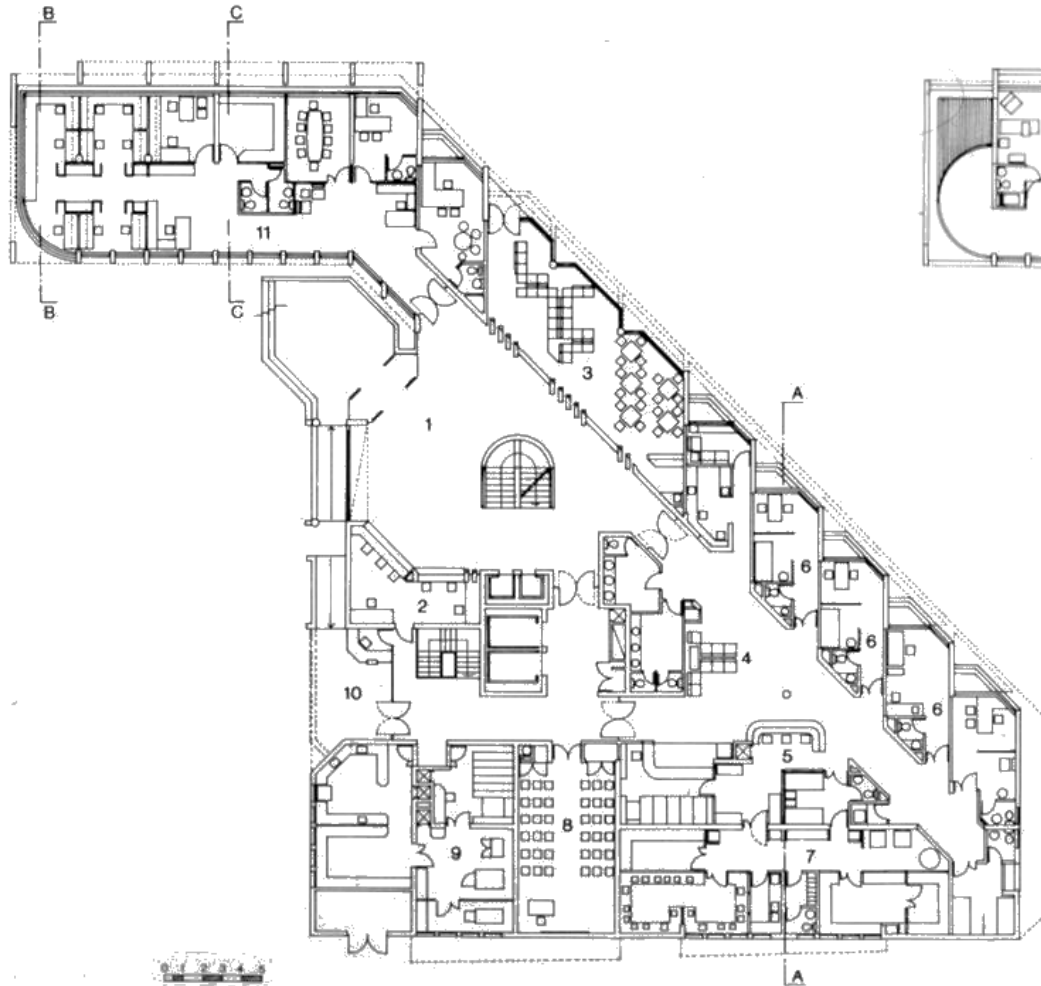


Fig. 155: Elevación principal .



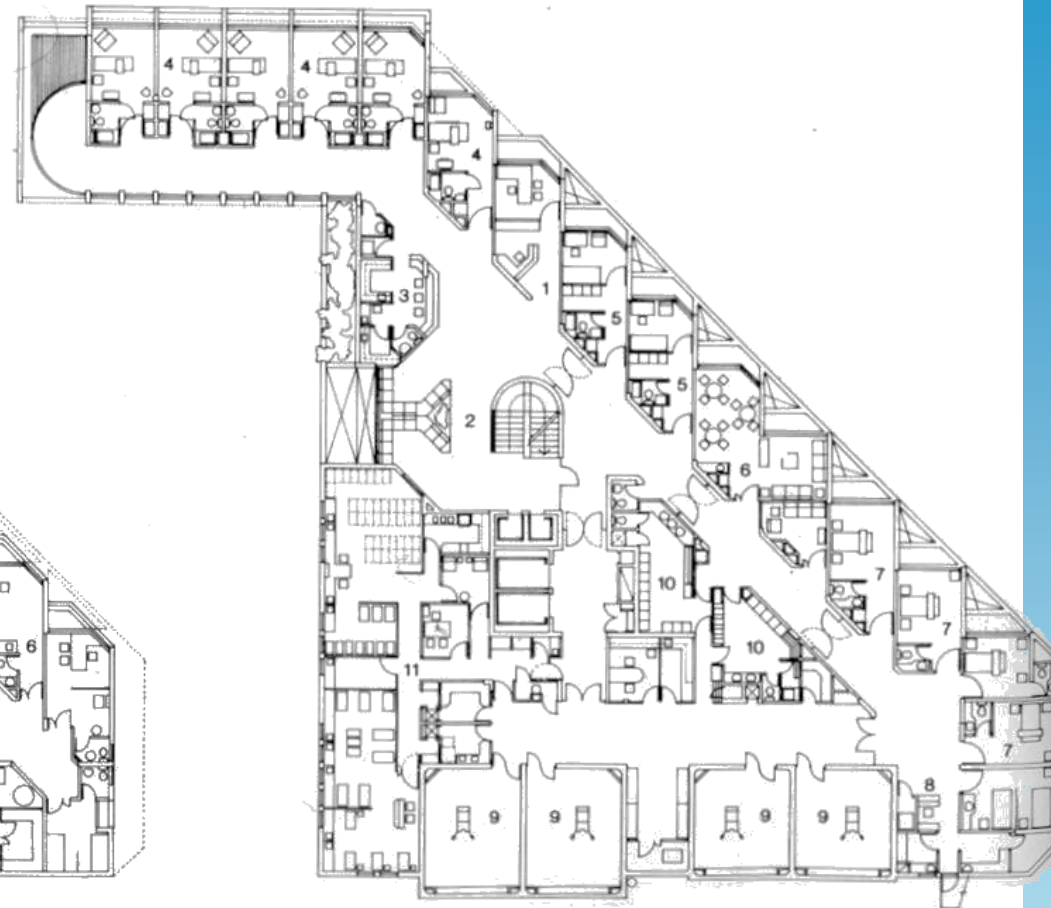
Fig. 156: Plano de ubicación .

(21) .” Revista CA, “Arquitectura y Salud” N. 88, Pág. 42.



Planta primer piso:

- 1) Hall acceso. 2) Admisión. 3) Cafetería. 4) Espera.
- 5) Recepción y admisión laboratorio. 6) Consultas médicas.
- 7) Laboratorio. 8) Auditorio. 9) Esterilización. 10) Acceso de servicio.
- 11) Administración.



Planta segundo piso:

- 1) Recepción maternidad. 2) Espera y estar. 3) Estación enfermería.
- 4) Pensionado. 5) Box médicos ; matronas. 6) Estar médicos; matronas.
- 7) Pre-parto. 8) Estación pre- parto. 9) Pabellones. 10) Camarines.
- 11) Neonatología.

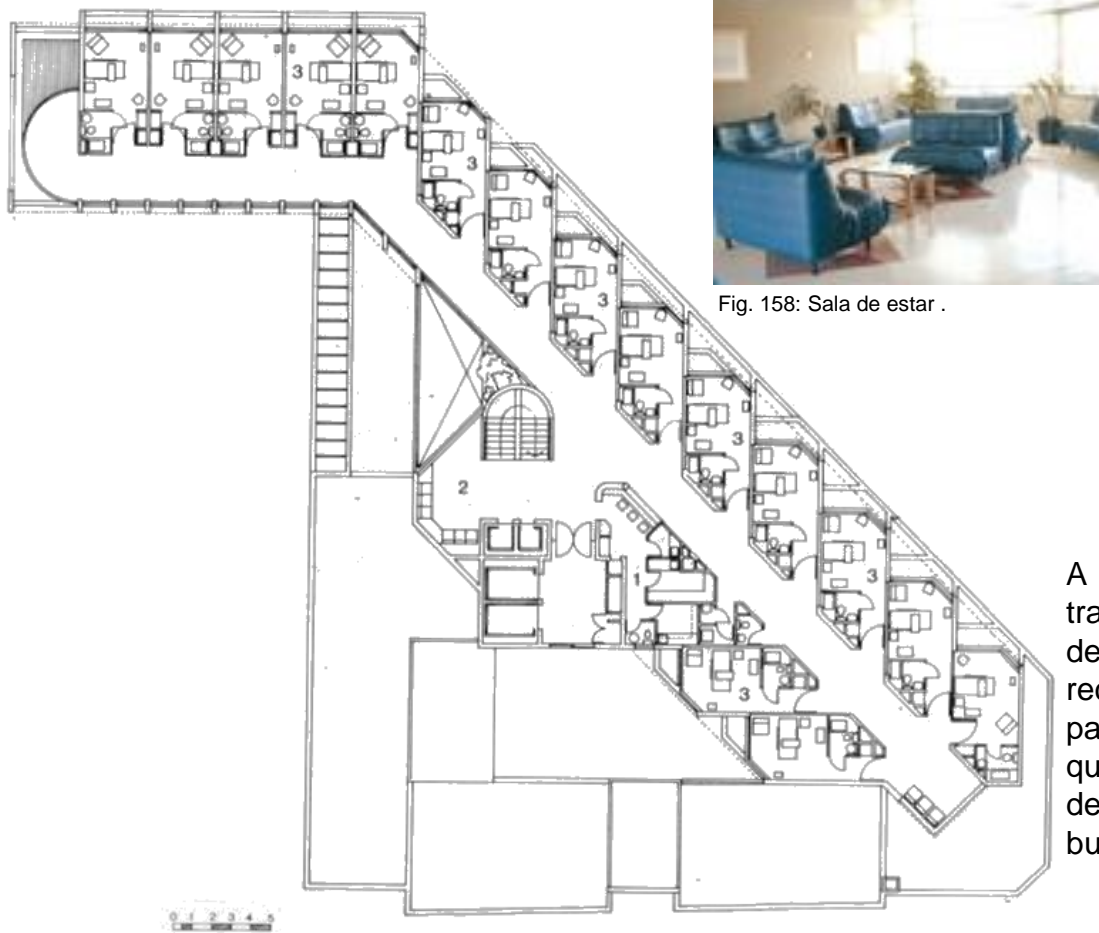


Fig. 158: Sala de estar .

Programáticamente encontramos áreas que benefician al personal más allá de lo estrictamente funcional, como lo es el auditorio en el primer nivel o la sala de estar en el segundo. También encontramos la cafetería que beneficia tanto a empleados como a visitantes. También se consideran áreas de espera en todos los niveles, pero no baños para las visitas.

La mayoría de las habitaciones se ubican hacia el Norte, asegurando el ingreso del sol, pero en el tercer nivel, bajo lo funcional y la optimización de los espacios, encontramos habitaciones hacia el Sur.



Fig. 159: Habitación compartida.

A pesar del concepto de maternidad que sus arquitectos querían trabajar, el área de hospitalización usa el mismo patrón funcional de cualquier centro de salud, habitaciones laterales y un pasillo recto, los espacios para las madres siguen siendo el mismo como para cualquier paciente en una clínica normal, las habitaciones, quedando sólo los pasillos como áreas a las que podría acceder si desea salir de su pieza, quedando sus palabras sólo como muy buenas intenciones.

Fig. 160: Vista interior.



Planta tercer piso (piso tipo 3º y 4º)

1) Estación enfermería. 2) Espera.

3) Pensionado.

A pesar de que cada planta alberga funciones distintas y con ello habitantes con condiciones distintas, su apariencia es muy similar, acusando la lejanía que se tiene con las necesidades de las personas y la pregnancia que tiene la funcionalidad en su diseño.

**-CLÍNICA LOS ANDES DE LOS ÁNGELES**

Victor Lobos L. y Victor Lobos Del F. (1994 )

Esta clínica se ubica en la ciudad de Los Ángeles, en la Región del Bío-Bío. Es administrada por Inversiones Clínicas S.A.

Al diseño de esta clínica, junto con los requerimientos de funcionalidad propios de un establecimiento de salud , se le sumó, al ser la primera de una cadena de clínicas en el país, la necesidad de una “imagen corporativa” por lo que *“requirió de una arquitectura más bien ecléctica, que permitiera la repetición de los elementos formales principales en distintas regiones del país”* (22).

La clínica, a pesar de ser una sola obra, se puede entender programáticamente como dos obras independientes, ya que está destinada a funcionar tanto como clínica y como consulta médica, en donde el volumen vertical de mayor altura (7 pisos) congrega principalmente las consultas médicas y el de menor altura (4 pisos), el área de cirugía y hospitalizaciones es sus 3 primeros niveles, que es donde nos concentraremos para este estudio.

El proyecto distribuye parte de su programa de la siguiente manera:

Primer Piso: - Halles de acceso.

- Administración.
- Pabellones de operación.
- Farmacia.
- Consultas médicas.

Segundo y Tercer Pisos: - Hospitalización.

- Consultas médicas.

Cuarto Piso: - Casino.

- Consultas médicas.

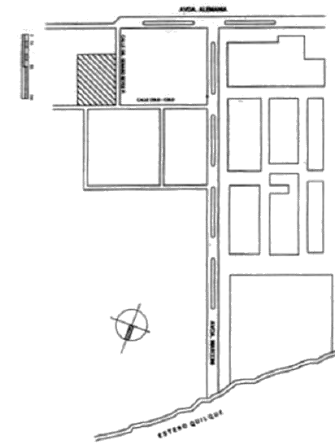


Fig. 161: Plano de ubicación.



Fig. 162: Vista aérea.

Fig. 163: Planta de conjunto.

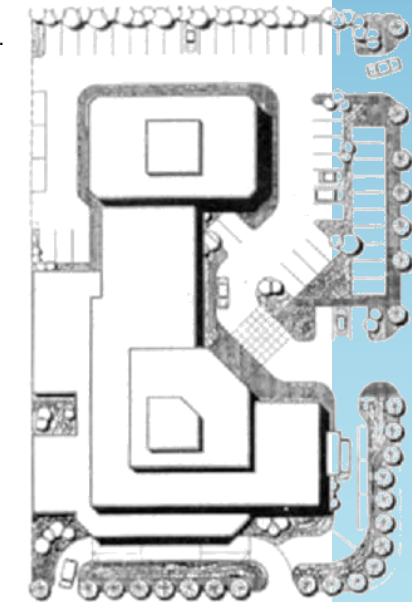


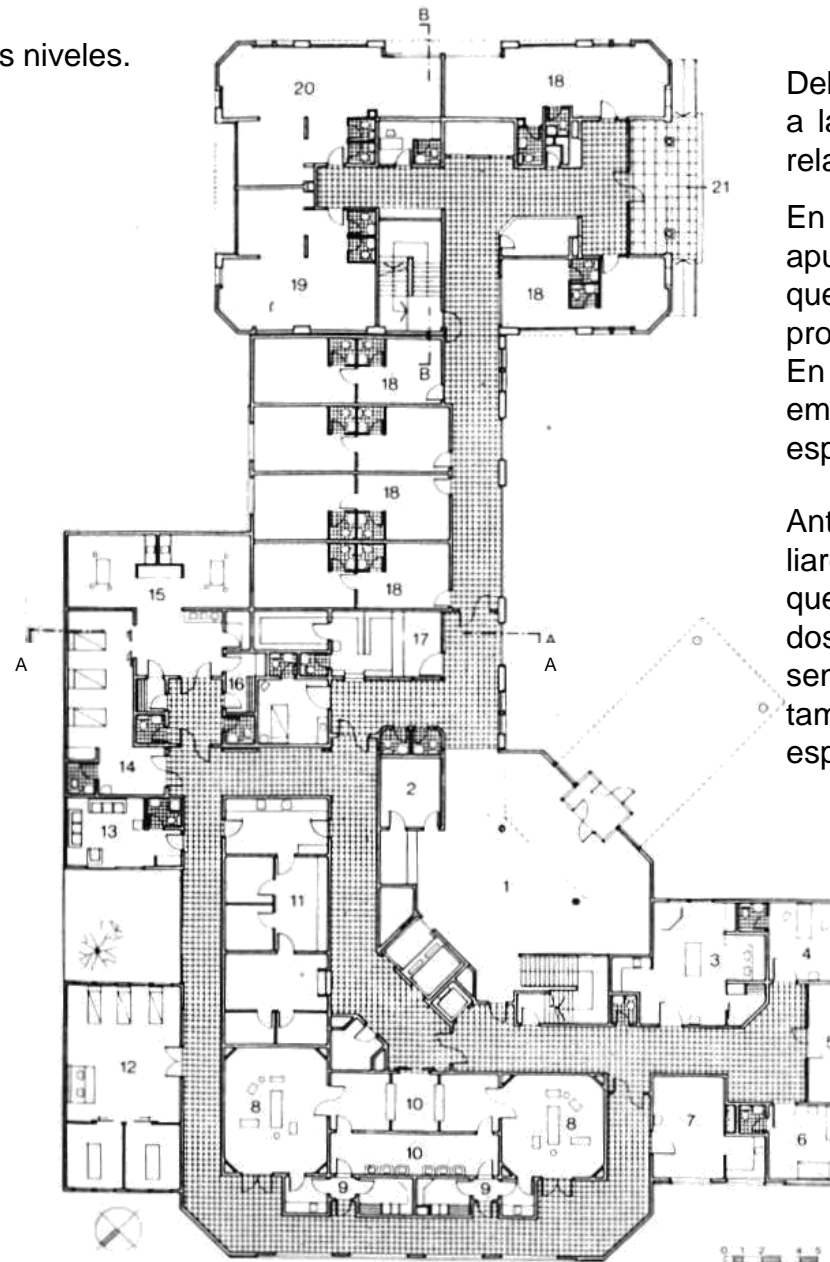
Fig. 164: Fachada principal.

(22) .” Revista CA, “Arquitectura y Salud” N. 88, Pág. 46.

Analizaremos los tres primeros niveles.

Planta primer piso:

- 1) Hall acceso y espera.
- 2) Administración.
- 3) Rayos x.
- 4) Ecografía.
- 5) Acceso parientes.
- 6) Box examen médico.
- 7) Pabellón cirugía menor.
- 8) Pabellones.
- 9) Acceso médicos.
- 10) Preparación médicos.
- 11) Central esterilización.
- 12) Post-operación.
- 13) Descanso médicos.
- 14) Pre-parto.
- 15) Sala de Partos.
- 16) Vestidor.
- 17) Farmacia.
- 18) Consultas médicas.
- 19) Kinesioterapia.
- 20) Terapia.
- 21) Acceso consultas médicas.



Debido a que el estudio se centra en las áreas vinculadas a la hospitalización, obviaremos aquel programa que se relaciona con una atención ambulatoria (18,19,20,21).

En el primer nivel podemos percibir que todo el programa apunta a un buen procedimiento médico, la única área que se vincula más a las personas que a los procedimientos sería la sala de descanso de los médicos. En este nivel el paciente actúa como pasajero y son los empleados los que permanecen, junto con el tiempo de espera de los parientes.

Ante la espera de los familiares de aquellos pacientes que están siendo intervenidos médicamente se presenta el sector del hall, que también actúa como sala de espera.

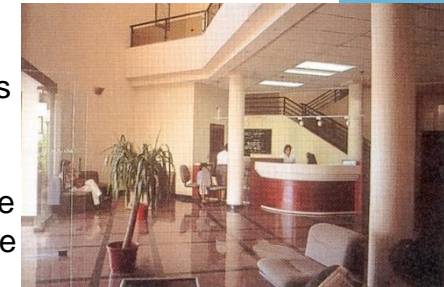


Fig. 165: Vista interior acceso.

A pesar que programáticamente existe un área de descanso de los médicos (con un baño exclusivo para ellos), éste se ve muy reducido en cuanto a su programa, constituyéndose como un living junto a un patio que no se menciona en el programa y no se ve claramente si el personal tiene acceso a él o no. También a este patio colinda la sala post-operatoria, vinculándose por medio de pequeñas ventanillas. A pesar de que este nivel se ve como aquel que congrega a gran parte de sus empleados, no se considera otro programa para el personal.

Planta segundo piso:

- 1) Espera.
- 2) Enfermería.
- 3) Hospitalización 2 pers.
- 4) Hospitalización 1 pers.
- 5) Neonatología.
- 6) Matrona.
- 7) U.T.I.
- 8) Hospitalización 4 pers.
- 9) Consultas médicas.



En el segundo nivel, la mayoría del programa, en el área de hospitalización, se relaciona con los procedimientos hospitalarios estándares para el cuidado de sus pacientes, los que en este nivel pueden ser adultos, niños y recién nacidos. Los recién nacidos poseen una sala exclusiva para ellos, en cambio el resto de los usuarios utilizan salas espacialmente similares, que varían según el número de camas, distinguiéndose para que usuario están pensadas sólo en la decoración, aunque igual pueden ser utilizadas indiferentemente por niños, adultos u ancianos. Programáticamente no se consideran áreas que estimulen el desarrollo integral de sus pacientes. Para las visitas se considera un área de espera, pero no se visualizan servicios higiénicos para ellos, por lo que deberían usar el del paciente al cual visitan.



Fig. 166: Habitación especial infantil.



Fig. 167: Habitación individual simple

El confort del paciente se vincula con la ambientación de las habitaciones y a ciertos servicios como televisión y teléfono.

Las habitaciones, a pesar de diferenciarse por el número de pacientes que alberga y por su decoración, espacialmente no presentan un especial cuidado, un ejemplo de ello son las habitaciones que están en el extremo, las cuales poseen los mismos mt.<sup>2</sup>, pero una esta destinada para un paciente y la otra para dos. Otro ejemplo es la última habitación para dos personas, cuya área de acceso también es para una consulta médica, lo que podría agredir la intimidad del paciente si quisiera salir a caminar a los pasillos, que son la única área al que puede acceder el paciente fuera de su pieza. Tampoco hay diferencias entre las habitaciones que están al Norte o al Sur.

Planta tercer piso:

- 1) Estar.
- 2) Enfermería.
- 3) Hospitalización 2 pers.
- 4) Hospitalización 1 pers.
- 5) Admisión clínica.
- 6) Hospitalización 4 pers.
- 7) Consultas médicas.



En cuanto a su distribución espacial, el arquitecto Victor Lobos (x) plantea que con el objetivo de “lograr una humanización del proceso de recuperación de la salud”, en donde se apuntara a lograr ambientes íntimos más que monumentales, sin dejar de lado la imagen de higiene y funcionalidad de una clínica, se “han agrupado los recintos interiores de acuerdo a los requerimientos funcionales pero separados entre sí por quiebres de ejes de conexión, manejo de distintas alturas y tratamiento de luz artificial y natural, situación que se acerca más al espacio hogareño que al de una clínica de interminables pasillos que desembocan en espacios monumentales” (23) A pesar de esto, como ya vimos, existen sectores de los pasillos que se mezclan hospitalizados con pacientes de las consultas médicas, quizás indicándonos que deben ser precisas desiciones mucho más profundas en el diseño para lograr dicha humanización, la cual también debe verse reflejada en el programa.

Las plantas del segundo y tercer nivel, a pesar de atender a pacientes que son hospitalizados debido a distintas razones, como lo son dar a luz y sanar de alguna enfermedad, no presentan diferencias en sus plantas, manifestándose claramente la fuerza de la funcionalidad en el proyecto arquitectónico hospitalario.

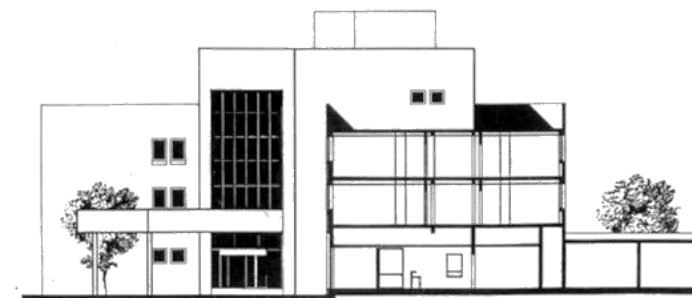


Fig. 168: Corte a- á.

(23) .” Revista CA, “Arquitectura y Salud” N. 88, Pág. 46.

**-HOSPITAL SAN CAMILO**

Eduardo Vásquez Luco (1993-1994 )

Este hospital se ubica en la ciudad de San Felipe, en la Región de Valparaíso. Es administrado por el Servicio de Salud Aconcagua, dependiente del Ministerio de Salud.



Fig. 169: Plano de ubicación.



Fig. 170: Vista exterior.

El hospital se desarrolla a través de 5 volúmenes afiatados que permiten leer el proyecto como un cuerpo, entendiendo su arquitecto Eduardo Vásquez que *“lo básico en un hospital, es su funcionalidad operacional, por sobre cualquier otro fundamento”*(24), dejando de manifiesto que la prioridad del proyecto fue su funcionalidad y que *“un hospital es, desde lo funcional, como un organismo viviente, en el que cada una de sus partes, guarda una determinada relación con el resto.”*(25)

El proyecto congrega su programa en los siguientes volúmenes de la siguiente manera:

- Volumen: A – Servicio de urgencia.  
 B – Consultorio de especialidades.  
 C – Hospitalización.  
 D – Servicios generales.  
 E – Bodegas.

Debido a que el volumen c, de 4 niveles, reúne el área de hospitalizaciones será al cual nos abocaremos, tomando las plantas del 1º piso y la del 2º.

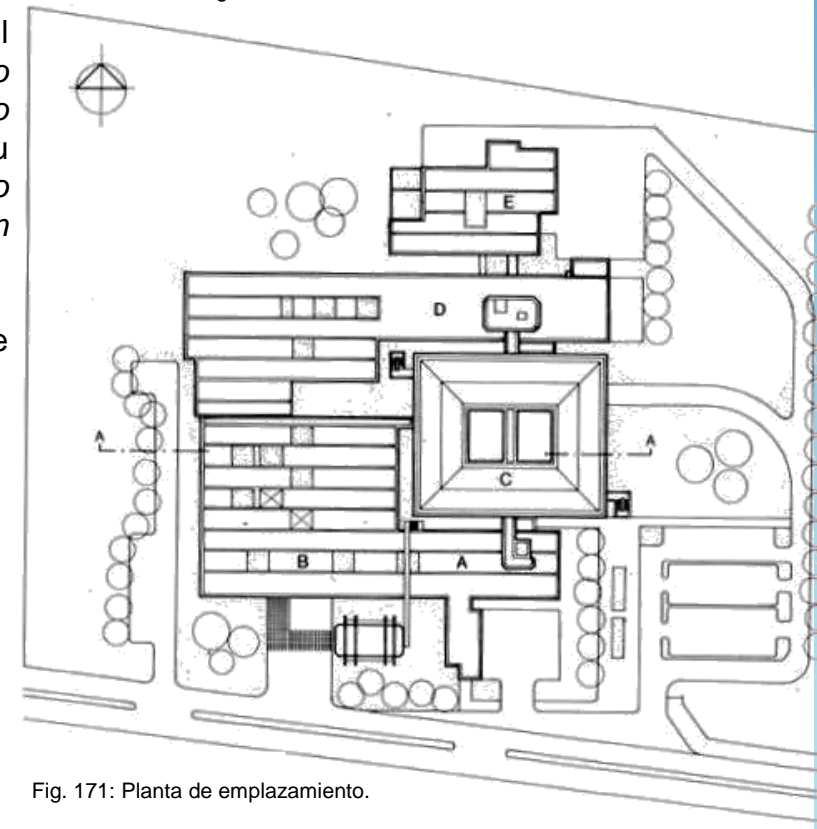


Fig. 171: Planta de emplazamiento.

(24) (25) .” Revista CA, “Arquitectura y Salud” N. 88, Pág. 72.

## Planta primer nivel Volumen C:

- 1) Circulación interna.
- 2) Conexión a consultorio de especialidades.
- 3) Conexión a servicio de urgencia.
- 4) Partos.
- 5) Pabellones.
- 6) Neonatología.
- 7) Esterilización.
- 8) U.T.I.
- 9) U.C.I.

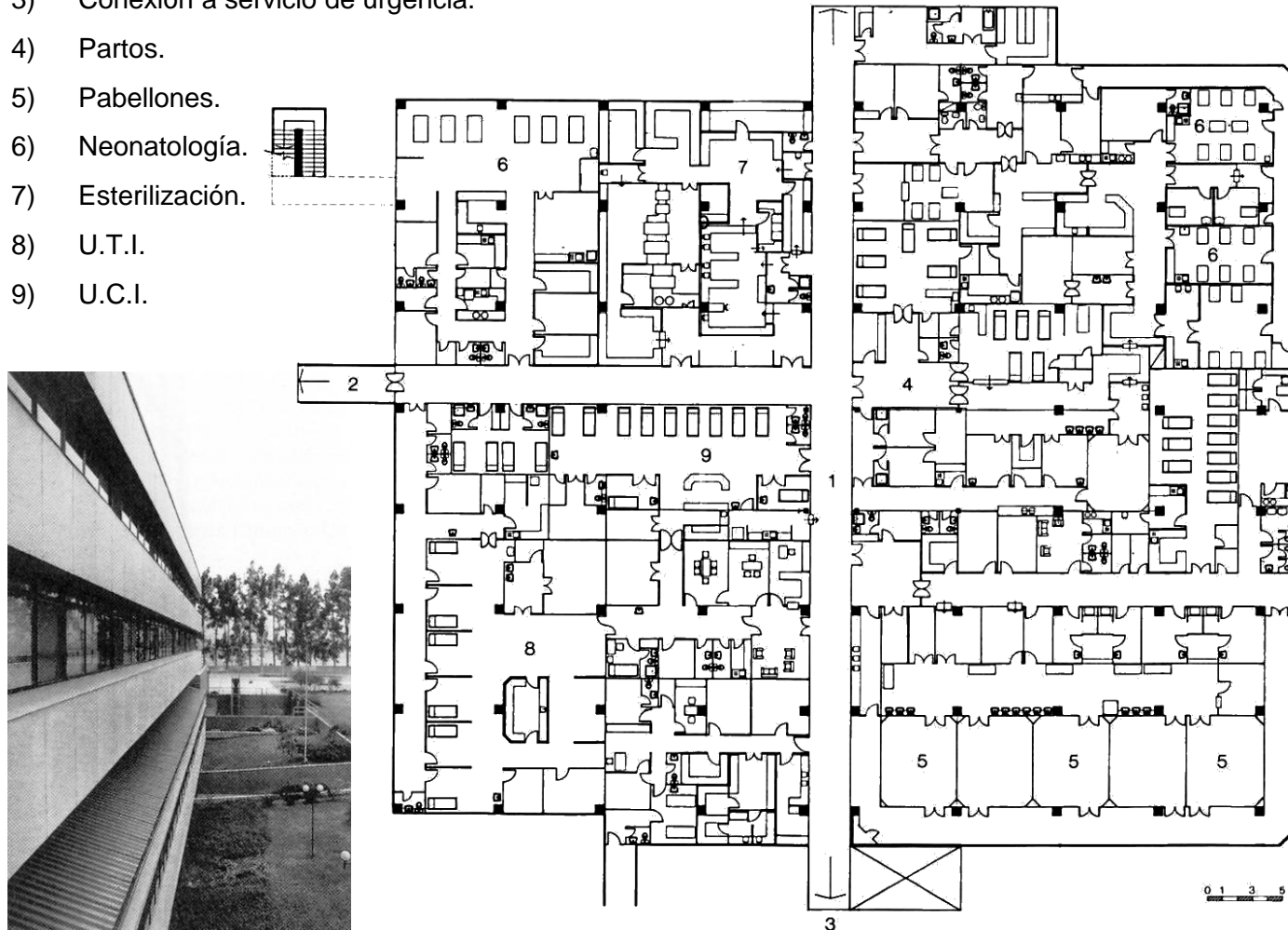


Fig. 172: Vista oriente, volumen hospitalización.

Programáticamente el primer nivel está abocado a procedimientos médicos donde el paciente no pasa, por lo general, más de un día, las únicas salas de hospitalización podríamos decir que son las de U.T.I., U.C.I. y Neonatología, para estas áreas, a las cuales se dirigen los familiares para obtener información de los pacientes, no se consideran salas de espera para las visitas, teniendo como único lugar de espera, en situaciones angustiantes como es tener a un familiar en la U.T.I. o la U.C.I., un pasillo lateral proyectado para lo estrictamente funcional.



Fig. 173: Sala Neonatología.

Planta segundo nivel Volumen C:

- 1) Circulación interna.
- 2) Pensionado lactantes.
- 3) Pensionado pediatría.
- 4) Estación enfermería.
- 5) Recepción materiales.
- 6) Pensionado gineco - obstétrico.
- 7) Guardería.
- 8) Área disponible.

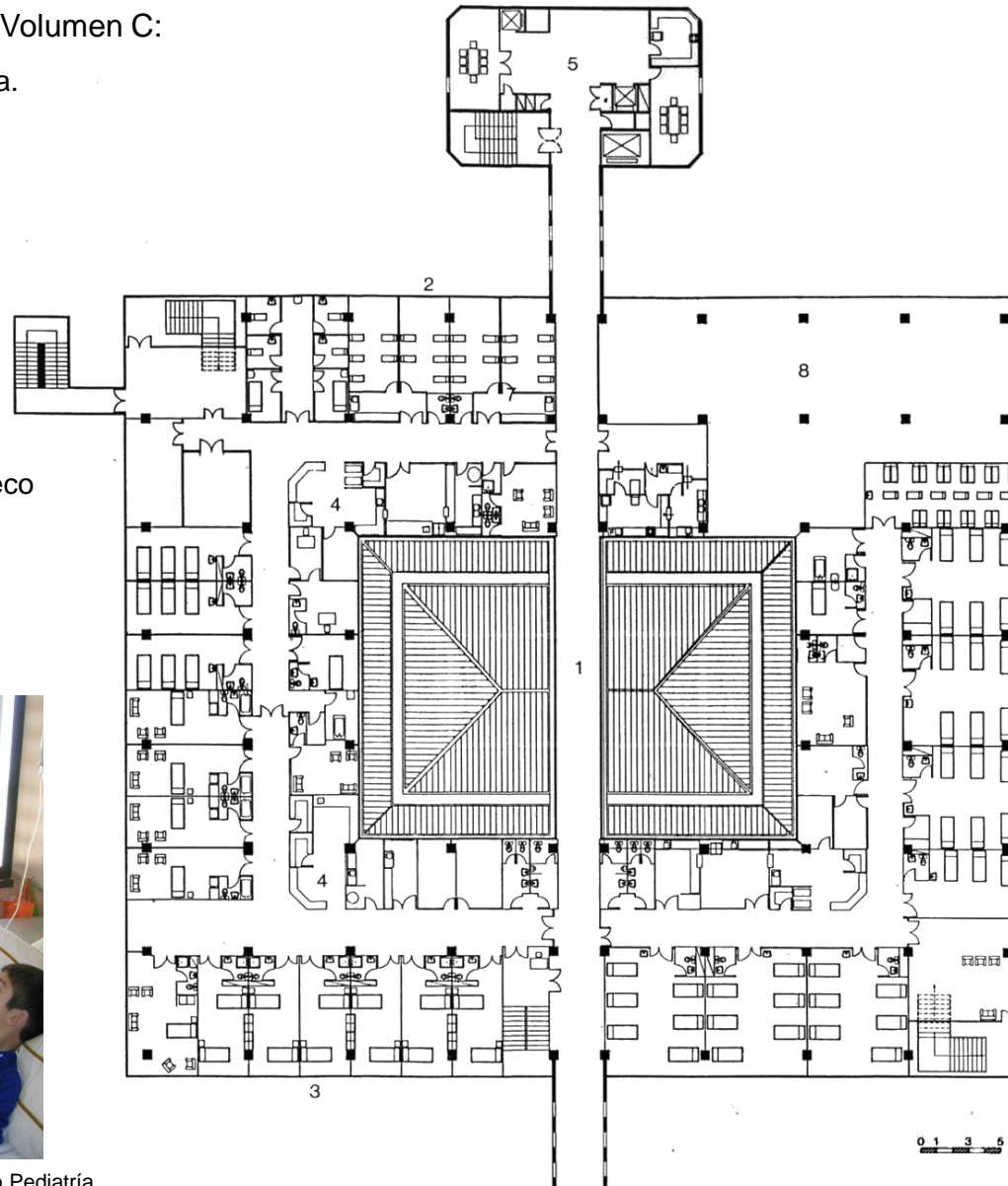


Fig. 175: Habitación pensionado Pediatría.



Fig. 174: Vista hacia volumen hospitalización y zona estacionamientos.

Programáticamente hay un distingo entre lactantes, infantes y adultos, pero se destinan los mismos  $mt.^2$  para una habitación de pediatría para dos niños como para uno, sólo se reemplaza la cama por sillones donde podrían estar las visitas y así también se le agrega otra cama, quedando para 3 infantes. Espacialmente las habitaciones responden a una modulación funcional, no considerándose el distingo antes mencionado.

Al tener un vacío central se garantiza la presencia de luz natural en todas las salas, aunque en la calidad de las vistas difiere mucho hacia donde quede ubicada la habitación. Los pasillos creados a la luz de la funcionalidad son el único lugar al cual podrían acceder los pacientes si quisieran caminar fuera de sus habitaciones.

Programática y menos espacialmente es considerada la posibilidad de que el paciente pueda desarrollar alguna actividad fuera de su cama.

El paciente queda disminuido a ser un ente sin voluntad propia, que debe permanecer en su cama recibiendo los procedimientos médicos.



Fig. 176: Vista desde urgencias a volumen de hospitalización.

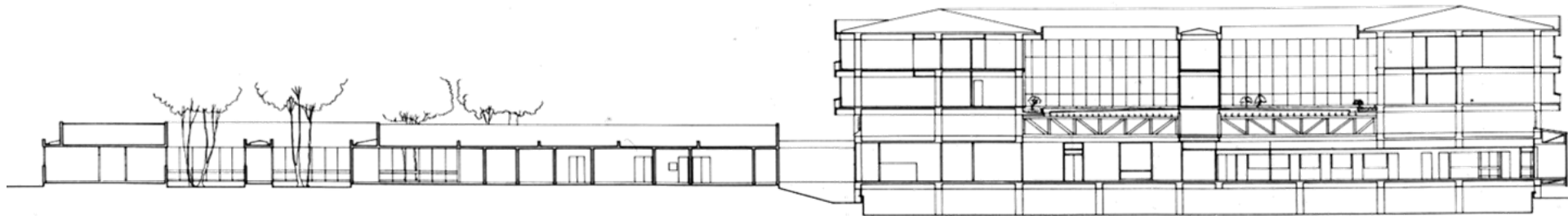


Fig. 177: Corte transversal.



La realidad de la **arquitectura de los establecimientos de salud en Chile**, su evolución y relación con el enfermo no escapa a la realidad que predomina en Occidente, notándose en el desarrollo de sus centros de salud una tendencia a la **despreocupación** por los **intereses y aspiraciones de la persona enferma**, como también por los familiares y personal del recinto, en donde todo está proyectado sólo a favor de los **procedimientos médicos**, negándole la posibilidad al paciente de desenvolverse a partir de su **integralidad como persona**, limitándolo a una sala de hospital, en una **obra deshumanizada**.

## **UNIDAD 4:**

---

### **PLANTEO Y DESARROLLO DE LA HIPÓTESIS**

#### **4.1- HIPÓTESIS GENERAL**

Como fue planteada, con la problemática que la origina expuesta en la introducción y entendiendo que nos abocamos a aquellas personas que deben permanecer en un centro de salud por una enfermedad física o fisiológica que considera un proceso de recuperación, la hipótesis de esta investigación es:

**“Hasta hoy la respuesta de la Arquitectura frente al hombre “enfermo” no ha sido adecuada, ésta ha estandarizado sus soluciones y lo ha olvidado en su individualidad e integralidad, tratándolo como un órgano enfermo, creando una arquitectura fría y funcional. Ha llegado el momento en que el arquitecto realice una arquitectura para el enfermo, que se vincule con el espíritu de quienes debe acoger, recogiendo el sentir de quienes realmente habitan estos espacios, logrando así una relación eufórica entre arquitectura y enfermo.”**

**Los enfermos son aislados, la arquitectura los “ubica”.** En esta arquitectura, los espacios son inadecuados, deshumanizan al enfermo, no permiten su desarrollo como persona con virtudes, anhelos y necesidades. Por lo tanto resulta sumamente necesario que la Arquitectura sea capaz de crear espacios sensibles con la persona enferma y que ayuden a su desarrollo en plenitud, para así evitar que seres humanos en situación de límite vean cortadas sus capacidades de habitar.

Si la Arquitectura ha sido capaz de dar respuesta a espiritualidades, modos particulares, si ha podido sensibilizarse, ser una arquitectura con **sentido**, por qué ante la espiritualidad, o modo particular del enfermo, **no** se ha comportado de la misma forma. Sin duda la Arquitectura y con ello los arquitectos deberíamos ser capaces de dar un trato arquitectónico real, entendiendo que el enfermo, bajo ningún caso, ha dejado de ser una persona que necesita una arquitectura adecuada para desarrollarse integralmente; tanto espiritual como intelectual y físicamente, **una arquitectura que haga participe al enfermo al entenderlo y con ello sea capaz de revitalizarlo y devolverle la vida que ha perdido, colaborando así en su proceso de recuperación.**

---

### - Hospital - Hospitalario.

Pedir que un hospital sea hospitalario no es una redundancia. Actualmente el término hospitalario, cuando esta referido a un centro de salud, nos habla de procesos que se vinculan con él, pero no de la **calidad con que debe ser acogido el paciente**. No basta con ser mujer para ser femenina, ni ser hombre para ser varonil, entonces por qué pareciese que un centro de salud por ser hospital esta dentro de lo hospitalario.

Como vimos en la historia, los primeros lugares que aparecieron junto con el Cristianismo o al amparo de él, los hospicios, tenían como fin acoger al más desvalido, uniendo a enfermos, extranjeros y mendigos. En su nacimiento tenían el fin de ser hospitalarios, por lo que existía una cierta sensibilidad, pero quizás esa sensibilidad era guiada mucho más por la compasión y por la “necesidad” de obrar bien para estar “cerca de Dios” que por el deseo de sensibilizarse con el espíritu del enfermo. Esta sensibilidad compasiva pretendía hacerle más gratos sus últimos días (al enfermo) y de esta forma se hacía lo que el que acogía pensaba que era lo mejor para el enfermo, quizás sin tomar en cuenta sus propias intenciones. Lo corporal no era lo que prevalecía, sino lo espiritual.

**El hospital nace con un gran sello espiritual, al amparo de los monasterios e iglesias, como hospederías, para ser hoy centros netamente funcionales que se dedican 100% a la enfermedad y no al ser humano, reflejándose esto en su calidad arquitectónica y su programa.**

Es cierto que para lograr ser hospitalario cada uno de los componentes de un hospital debe apuntar a un trato digno y acogedor, especialmente con los pacientes, pero no debemos esperar que los distintos factores de un hospital cambien para que la arquitectura empiece a cambiar de fondo , se **humanice**. Es importante entender que no basta con solucionar la complejidad de un centro de salud desde lo estrictamente funcional, sino que también debemos **incorporar la humanidad, el sentido**. Ya las políticas estatales están apuntando a hospitales más amigables, pero esos intentos se quedaran en nada si se siguen entregando los mismos lugares para la recuperación de los pacientes.

### - El Hombre como un Ser Integral.

**El hombre es un ser complejo**, y su desarrollo va ligado a esa complejidad. Actualmente vemos que los centros de salud (pág.72), como lo son los hospitales y/o clínicas, no se hacen cargo del ser humano que es el paciente, reemplazan esa responsabilidad por la enfermedad que hay que curar y otorgan todas las facilidades médicas para que eso suceda. ¿Pero qué pasa con el ser humano, con sus intereses e inquietudes?.

Las **Termas de Caracalla** (pág.20), un centro que, si bien no era para albergar enfermos, si se relacionaba con el bien-estar, tiene valor por su complejidad y su **complejidad** viene de la **integralidad** del hombre. Este reconocimiento de la integralidad humana la podemos ver reflejada en su programa.

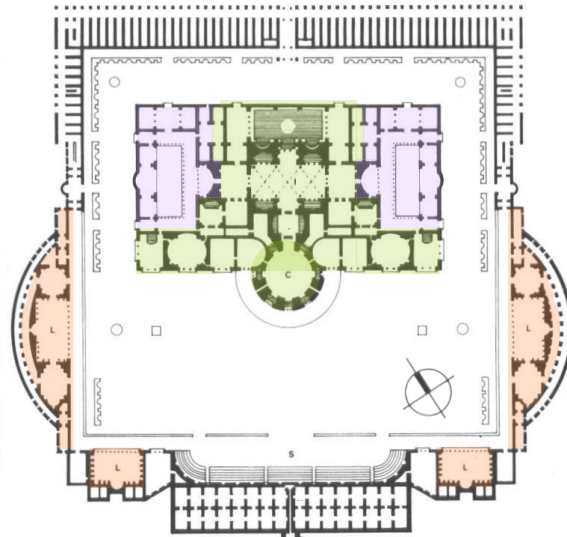


Fig.178: Planta Termas de Caracálla.

- Bienestar físico interior.
- Ejercicio físico.
- Enriquecimiento intelectual.



Fig. 179: Planta 2º Nivel. Clínica Tabancura.



Fig. 180: Planta tipo hospitalizaciones. Hospital Carlos Van Buren.

- Habitaciones hospitalización.
- Procedimientos médico-higiénicos.
- Salas de estar.

Al comparar los espacios interiores, cerrados, zonificando el programa, obtenemos que el programa específico interior de **las termas**, como lo vimos en su análisis (pág.20) se centra en el **desarrollo de las áreas intelectuales, físicas exteriores e interiores del hombre**. En cambio, en la planta del **hospital** como de la **clínica**, el **programa** se centra **principalmente** en todo lo relacionado a lo **médico funcional**, dejando una mínima parte a las áreas dedicadas para el esparcimiento y estar de las visitas y el personal, repartiéndose la mayor parte de sus espacios en los dedicados a los procedimientos médicos y en las habitaciones de los hospitalizados, los que se vinculan sólo al desarrollo físico exterior de la persona, dejando parte del **paciente fuera, congelado, amputado de su integralidad**, mientras se mejora de la enfermedad, quizás provocándole una deficiencia en su espíritu o en su mente, impidiendo un bienestar total. Los romanos nos dan este gran ejemplo; **el bienestar debe ser una condición que involucra al hombre en su totalidad**; cuerpo, mente y espíritu. Por medio de la multiplicidad de su programa se reconoce la complejidad humana y se abarcan todas sus áreas para lograr así un desarrollo completo, entendiendo que sólo así se puede lograr un bienestar integral, en cambio los servicios de salud no logran entender al paciente como tal, solo acogiéndolo desde su parte enferma, su cuerpo, y de esta forma es imposible que le otorguen un bienestar integral, donde el paciente siga desarrollándose.

**Los servicios de salud deben atender y entender al paciente en su complejidad.** Ya los “procedimientos hospitalarios” son complejos y la arquitectura, al amparo de la funcionalidad, ha sabido darle lugar, es hora de que integre a sus habitantes; los pacientes y con ello a los que velan por su recuperación; personal, familiares y/o amigos. Así como las Termas de Caracalla, un gran ejemplo arquitectónico que fue capaz de llevar un programa complejo sin caer en lo funcional, capaz de sensibilizarse con su usuario y crear un lugar integral para él, la arquitectura debe **dar lugar al hombre de forma plena.**

Entender al hombre como un ser integral significa entender que la integridad de un hombre sano no difiere a la de un hombre enfermo, excepto en su estado de salud física. El **enfermarse** implica **sólo un cambio físico**, el no estar 100% saludable, pero en ningún caso significa perder la integralidad, el hombre sigue pensando, sintiendo y con la mismas necesidades que cuando está sano, sólo que físicamente se ve temporalmente limitado en su anatomía. Sólo considerando cada una de sus áreas; cuerpo, mente y espíritu, los centros de salud lograrán un bienestar pleno del paciente; **entender tanto al paciente como a cada uno de los usuarios** de un hospital como seres humanos integrales nos llevan a un lugar de sanidad que vela por el **bienestar total.**

Hombre	=	Hombre
Sano	≠	Enfermo
Integral	=	Integral

Fig. 181: Comparación sintáctica.

A continuación, a modo de análisis, se evaluarán variables **cuantitativas y cualitativas** que influyen en el vínculo arquitectura y enfermo, interviniendo en la relación eufórica, en la hospitalidad y en el aspecto humano que se puede alcanzar. Estas variables son el **programa** y la **espacialidad** respectivamente. Contrastaremos los casos de estudio para tratar de dilucidar algunos parámetros que nos acerquen a una arquitectura que favorezca el espíritu del hombre enfermo, abriendo así la inquietud por investigar los efectos reales del entorno en el paciente, considerando que la arquitectura puede ser un actor activo en su recuperación y en el buen desarrollo de todas las áreas que lo componen.

## 4.2- SUB HIPÓTESIS

### 4.2.1- SOBRE EL PROGRAMA.

**“ El programa no responde a la integralidad del paciente ni de los empleados y familiares, desarrollándose a partir de un parámetro frío, funcional e impersonal”**

Actualmente lo que pareciese más importante e indicar un **buen proyecto de hospital es satisfacer las necesidades funcionales** de los procesos médicos, como lo deja explícito el mexicano, Dr. Manuel Barquín; *“lo importante en todos los casos será que la obra arquitectónica responda a las necesidades de funcionamiento, como la anatomía de un órgano es fiel reflejo de su fisiología”* (26) , **ocupando la funcionalidad el lugar de la cualidad** dentro de la arquitectura, dándole el carácter particular, como nos refiere el arquitecto Eduardo Vásquez; *“cualquier hospital “bien diseñado en lo funcional”, difícilmente puede ser transformado para otro destino, de manera aceptable”*(27). La funcionalidad es suficiente para el desarrollo de las máquinas, pero qué pasa cuando hablamos de “procesos” que involucran a personas, acaso es correcto centrar todos nuestros esfuerzos en lograr hospitales con programas totalmente funcionales que tengan como fin principal facilitar todos los procedimientos médicos y **olvidarnos de las personas** que están tras cada enfermedad, es correcto desentendernos de las posibilidades de habitar que estamos entregando o privando **bajo la luz de la funcionalidad**.

Los enfermos, en su estadía en el centro de salud, no poseen la misma capacidad de relacionarse con su entorno. Esta capacidad va variando de acuerdo a su **proceso de recuperación**. El promedio de días de hospitalización nos llevan a las siguientes cifras; paciente ginecoobstétrica, 4 días; casos quirúrgicos, 8 días; casos médicos, 10 días, sea adulto o niño; traumatología, 20 días; oncología; 30 días. (28) Es importante que esos días que el paciente permanece **hospitalizado** no sienta que **su vida se detiene**, ni que **pierde valor y dignidad** ante el mundo.

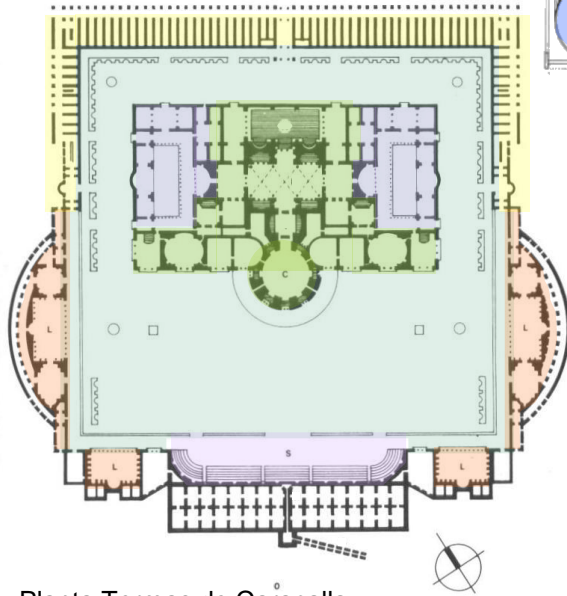
Podríamos decir que **programáticamente** el hospital, como centro de salud, cumple con las necesidades de aquellos pacientes que se encuentran en una etapa de recuperación donde su relación con lo que los rodea es mínima o que sólo, por la fase de recuperación en que están, pueden hacerlo desde su cama, pero **no cumpliría** con aquellos que ya pueden levantarse de su cama y realizar otras actividades, permaneciendo hospitalizados porque aún están en observación o se le deben administrar ciertos cuidados médicos, ya que el programa **no considera** lugares aptos para su **desarrollo social, intelectual o espiritual fuera de su cama**, o del pasillo, el cual funcionalmente está pensado sólo como lugar de tránsito de camillas y personal.

(26) Barquín Calderón, Manuel. “Dirección de Hospitales ...” Pág. 363



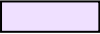

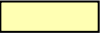
(27) Vásquez, Eduardo. Ca 88 Pág. 72.

(28) Barquín Calderón, Manuel. “Dirección de Hospitales ...” Pág. 365

En esta **contrastación** agrupamos las áreas según el programa que contienen tanto las **Termas** (pág.20) como los **centros de salud** (pág.72),








Planta Termas de Caracalla.

	54,0% aprox. Jardín y arboledas.
	15,5% aprox. Bienestar físico interior.
	12,5% aprox. Ejercicio físico (5% en exterior).
	10,0% aprox. Enriquecimiento intelectual.
	8,0% aprox. Tiendas.








Planta 3º Nivel. Clínica Tabancura.

	57,0% aprox. Habitaciones hospitalización.
	10,0% aprox. Procedimientos médico-higiénicos.
	29,0% aprox. Circulaciones.
	3,5% aprox. Salas de estar.
	0,5% aprox. Vegetación.



Planta 5º Nivel hospitalizaciones. Hospital Carlos Van Buren.

	66,5% aprox. Habitaciones hospitalización.
	12,5% aprox. Procedimientos médico-higiénicos.
	19,5% aprox. Circulaciones.
	1,5% aprox. Salas de estar.
	0,0% aprox. Vegetación.

Vemos lo **limitado** del programa de los centros de salud en comparación al de las Termas, un centro de bienestar. El programa de las **termas** es **capaz de abarcar en equilibrio todas las áreas del hombre**; mente, cuerpo y espíritu, en cambio, **los centros de salud se centran en la recuperación de la enfermedad**. Las áreas para visitas son las de menor porcentaje. No consideran espacios verdes dentro del programa; la vegetación en la clínica aparece como una anécdota. Luego de las salas de hospitalización, las circulaciones son las que ocupan mayor parte del espacio. Ambas áreas, ligadas a los **procedimientos médicos**, son los únicos lugares en que el hombre enfermo puede habitar, pero desde su **anulación como persona**. En el análisis de los porcentajes se ve reflejado la importancia que se le da a la enfermedad en **desmedro de la persona**, versus un programa que apunta hacia el **bienestar integral de su habitante**.

Como vimos en el análisis de los hospitales (pág.72) y constatamos con la contrastación de estos con las termas, los centros de salud **no consideran** dentro de su programa espacios abiertos o patios interiores, donde tanto el paciente como los funcionarios y las visitas puedan **contactarse con lo natural**. Tampoco vemos algún programa que apunte hacia el **desarrollo intelectual** de los pacientes que ya pueden levantarse de sus camas, ni un **área espiritual** donde los pacientes puedan dirigirse. El desarrollo intelectual de los empleados se considera en algunos casos por medio de la presencia de auditorios. También en algunos centros se contemplan comedores y salas de estar para el cuerpo médico, pero no siempre se advierten los mismo puntos de encuentro para el resto del personal. La mayoría de los establecimientos de salud consideran sectores de espera para las visitas. Ante lo anterior vemos que hoy el programa de un establecimiento de salud **no se compromete con el bienestar pleno** de sus usuarios.

Algunos libros dedicados al diseño arquitectónico como el conocido “Neufert”(x) nos muestran **programas de necesidades funcionales** de un hospital, donde lo único que sale de lo estrictamente funcional es “Zona funcional 5: Enseñanza/ formación; Biblioteca – Archivo” (x) Pág. 489 y que lo más probable, de ser incluido en el programa de un centro de salud, sea destinado al personal médico. Esto nos lleva a pensar que la **humanización del programa** no contribuiría de forma real al **proceso de recuperación**.

En Chile, las **Ordenanzas** (anexo 1) establecen la cantidad de baños para los pacientes, que se disponga baños para minusválidos, que los recintos para hombres, mujeres y niños estén separados, indicando también datos técnicos como las áreas de las salas de hospitalización, pero **no se mencionan programas** que induzcan al **buen desarrollo de los usuarios** de un centro de salud.

El **Gobierno de Chile** ha impulsado medidas para que el **hospital sea amigable** para la ciudadanía, lo que concretamente se refleja en el **aumento del horario de visitas** a seis horas, de las 12:00 hrs. hasta las 18:00 hrs., con la finalidad de **incorporar a los familiares al proceso de recuperación del paciente** de una manera más activa, pero **no se refleja esta incorporación en un cambio dentro del programa**, el cual ya los considera muy débilmente y no como un actor importante dentro del **proceso funcional de recuperación** del paciente, entonces, cómo es posible **un cambio real** si el programa que lo sustenta sigue con las mismas **estructuras rígidas** de siempre.



Fig. 182: Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar, Chile.

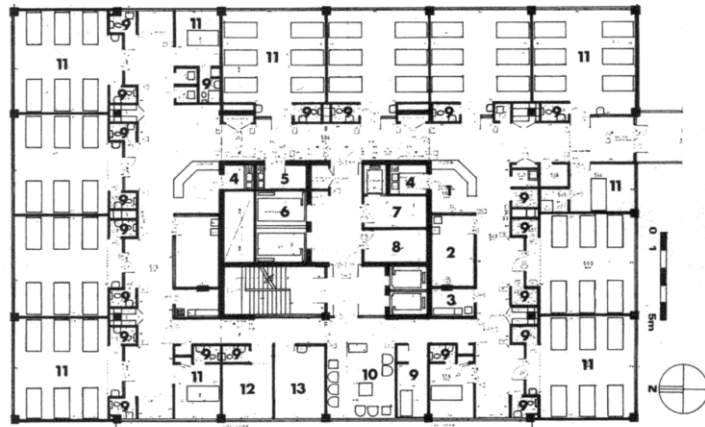


Fig. 183: Planta 5º nivel hospitalizaciones. Hospital Carlos Van Buren.

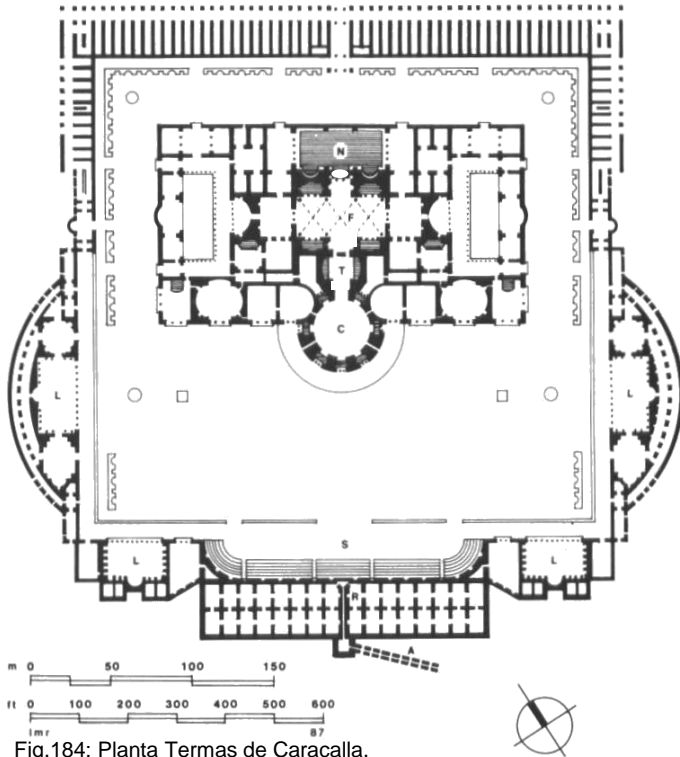


Fig.184: Planta Terme de Caracalla.

A modo de dato cuantitativo contrastaremos los mt.<sup>2</sup> por usuario entre un nivel de hospitalización del **Hospital Carlos Van Buren** y las **Termas de Caracalla**.

El 5º Nivel de la **Torre Médica** del hospital tiene 720 mt.<sup>2</sup> app. Considerando que estuviese con la cantidad **máxima de pacientes**, que serían **66 personas**, más un empleado por sala; **10 empleados**, tendríamos el nivel habitado por 76 personas, lo que implica **9,5 mt.<sup>2</sup> app.** por cada uno. Pues bien, **seis horas** del día se suma la **presencia de las visitas**, consideraremos 1 visita por 1 paciente, lo que **aumentaría** el número de habitantes del nivel a **142 personas**, lo que disminuye los metros cuadrados a **5 mt.<sup>2</sup> app. por personas**. Si tomamos sólo las **salas de hospitalización**, habrían **6 mt.<sup>2</sup> app. por paciente**, lo que se **reduciría** a la mitad en horario de visitas.

En las **Termas de Caracalla**, el espacio que está contenido por su anillo perimetral ( por lo tanto excluyendo las tiendas y cisternas), considerando las bibliotecas, es de 111.212 mt.<sup>2</sup> app., por donde se desenvuelven sus habitantes. Considerando que “*podían bañarse simultáneamente más de 1.600 bañistas*” (29), estos tendrían **69,5 mt.<sup>2</sup> app.** por cada uno. Si aumentaran a **2000 bañistas**, habrían **55 mt.<sup>2</sup> app.** por cada persona. Si todos estuviesen en el **exterior**, en el sector de jardines y arboledas, que corresponde a 68.880 mt.<sup>2</sup> app., tendrían **34 mt.<sup>2</sup> de vegetación app.** por cada uno. Y si todos se congregaran en el **cuerpo central** de las Termas , el cual es de 28.880 mt.<sup>2</sup> app., habrían **14,4 mt.<sup>2</sup> app. por bañista**.

Es cierto que las medidas pueden resultar un tanto desproporcionadas para incorporarlas hoy a los centros de salud, pero no por eso debemos cegarnos a la realidad de que el paciente, que **permanece gran parte de su día en la habitación** debido a carencias programáticas (entre otras), **necesita un mayor espacio para desenvolverse**, quizás no apuntado a los 55 mt.<sup>2</sup> app., pero sí a los 14,4 o hasta los 34 que consideran las Termas (lo cual debe ser estudiado con mayor profundidad), no necesariamente aumentado la dimensión de las habitaciones, sino **enriqueciendo el programa** (junto con la calidad espacial) de los centros de salud, incorporando áreas en donde el paciente tenga la posibilidad, junto con sus familiares y los funcionarios del hospital, de esparcimiento y sociabilización, además del enriquecimiento intelectual y espiritual.

(29) Roth Leland M, “Entender la Arquitectura, sus elementos, historia y significado.” Pág.248

**- CONCLUSIONES.**

Actualmente el programa que conforma un hospital, denominado “**programa medicoarquitectónico**” (30), elaborado en forma conjunta por médicos y arquitectos, no responde a la integralidad del paciente , como tampoco de los funcionarios del centro de salud ni de los familiares, ya que se desarrolla bajo parámetros médico-funcionales estrictos excluyendo la humanidad de los que congrega.

Este programa debe ser capaz de separarse de lo rigurosamente funcional para **teñirse de humanidad, incorporando a cada uno de los habitantes que conforman el centro de salud.**

Se debe trabajar en el logro de un **programa realmente hospitalario**, amable con el enfermo y todos los usuarios de un establecimiento de salud, un programa que sea capaz de **incorporar las distintas áreas de desarrollo de los pacientes**; cuerpo, mente y espíritu, junto con reconocer la presencia de los familiares y amigos de los enfermos como actores activos del proceso de recuperación, como también de los funcionarios, reflejando de esta manera no sólo la complejidad desde lo funcional, sino también la **complejidad desde lo humano**. Debemos alcanzar un **programa integral que permita un bienestar real y ayude a una relación eufórica entre la arquitectura y el enfermo.**

Este programa integral debe ser **sensible** a las necesidades e inquietudes de sus usuarios, considerando junto a los parámetros funcionales, a modo de ejemplo, **áreas de encuentro**, tanto entre enfermos en recuperación, entre los visitantes y aquellos pacientes que pueden levantarse de sus camas, como también lugares de encuentro entre funcionarios. A esto se deberían sumar **lugares con naturaleza**, que podrían ser patios interiores ajardinados, los que se podrían convertir en un escape natural a las realidades, muchas veces ásperas, de las salas de hospital, pudiendo acceder aquellos pacientes que están en la fase final de recuperación , como también sus familiares y funcionarios, ciertamente cuidando todas las condiciones de higiene que deben existir dentro de estos centros.

También deberían considerarse **lugares de ocio y entretenimiento** donde los pacientes pudiesen distraerse y sociabilizar si lo desean, tanto entre ellos como con sus familiares. También **áreas de enriquecimiento intelectual**, como pequeñas bibliotecas o lugares de lectura donde ellos puedan enriquecerse tanto individual como colectivamente. Enriquecimiento al que también tengan acceso los funcionarios, implementando, como se hace en algunos centros de salud, bibliotecas a las que tengan acceso tanto el cuerpo médico como los funcionarios en general.

También dentro del programa deben considerarse **lugares de enriquecimiento espiritual** al alcance de los pacientes, lo más neutrales posibles, que lleven al recogimiento, permitiéndole vivir su espiritualidad en plenitud, ya que actualmente las capillas existentes en los hospitales están dirigidas más bien a los familiares y funcionarios sin considerar la posibilidad de que los pacientes, que pueden levantarse, se dirijan a él. Un ejemplo claro es la Capilla del Hospital Carlos Van Buren, en donde si un paciente quisiera dirigirse a ella sería imposible porque debería salir del centro de salud.

Fig.185: Hospital Carlos Van Buren. De fondo la Capilla de la Medalla Milagrosa.



(30) Barquín Calderón, Manuel. “Dirección de Hospitales ...” Pág. 364

De esta forma apuntamos a que la arquitectura deje de lado la excesiva y exclusiva preocupación del programa funcionalista, complementándolo con uno **sensible a las condiciones de habitabilidad** que deben haber dentro de un servicio de salud, logrando un programa realmente completo y amable, especialmente con los enfermos.

#### 4.2.2- SOBRE EL ESPACIO.

**“ La espacialidad de los centros de salud no es adecuada, ya que no colaboran con el proceso de recuperación del paciente y tampoco favorece su relación con el entorno ni su desarrollo como persona”**

Desde la mitad del Siglo XX la eficacia que comenzaron a tomar los procesos quirúrgicos, junto con los adelantos tecnológicos y la aplicación de nuevas drogas en el proceso de recuperación, han llevado a los hospitales a ser verdaderas **plataformas** que dan lugar a numerosas **maquinarias** de alta tecnología, creando un **mundo artificial**, en donde no hay suficiente cabida al entorno natural, como por ejemplo a la luz del sol y por lo tanto, tampoco a las vistas hacia el exterior. **La calidad espacial esta dirigida hacia el cumplimiento de los requisitos físicos** para que tanto máquinas como procedimientos médicos puedan ejercer bien su acción sobre la enfermedad, viéndose, por lo general en los centros privados de salud, ciertos detalles cosméticos, como lo son la incorporación de colores, aire acondicionado, televisión, etc. en la habitación del paciente con el fin de darle un mejor confort, pero que no pasan de ser soluciones superficiales que no se comprometen con mejorar la calidad espacial de los ambientes en donde debe recuperarse el enfermo.



Fig.186: Vista desde el exterior .Hospital San Camilo.

Veremos ciertos aspectos espaciales y su tratamiento en los centros de salud, junto con compararlos con las cualidades espaciales de las Termas de Caracalla.

Entre los hospitales analizados (pág.72) tomamos como ejemplo el 2º nivel del volumen de hospitalizaciones del **Hospital San Camilo** para analizar elementos espaciales como la luz natural, la relación con el paisaje y las vistas y la calidad espacial de los lugares a los que puede acceder el paciente.

Entendiendo que este hospital se ubica en la periferia de la ciudad (pág.83) con un entorno urbano bastante pasivo, es posible obtener una **tranquilidad interior** en el segundo nivel, pero esto sería más difícil de lograr si estuviese ubicado en el centro de una trama urbana, como se emplaza el Hospital Carlos Van Buren, en

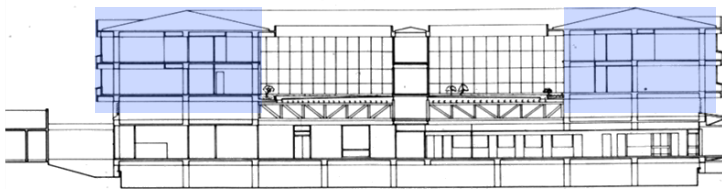


Fig.187: Corte transversal. Hospital San Camilo.

donde el anillo exterior actuaría de amortiguador para el anillo interior, teniendo mayor tranquilidad los pacientes hospitalizados en ese sector que los que sus salas están en contacto directo con el exterior, es por eso que los niveles de hospitalización del Hospital Carlos Van Buren se desarrollan a partir del tercer nivel.

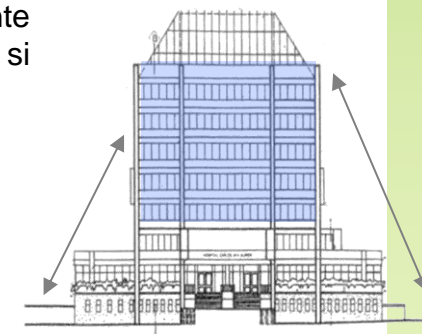


Fig.188: Elevación frontal destacando niveles de hospitalización Hosp. C.V.B.

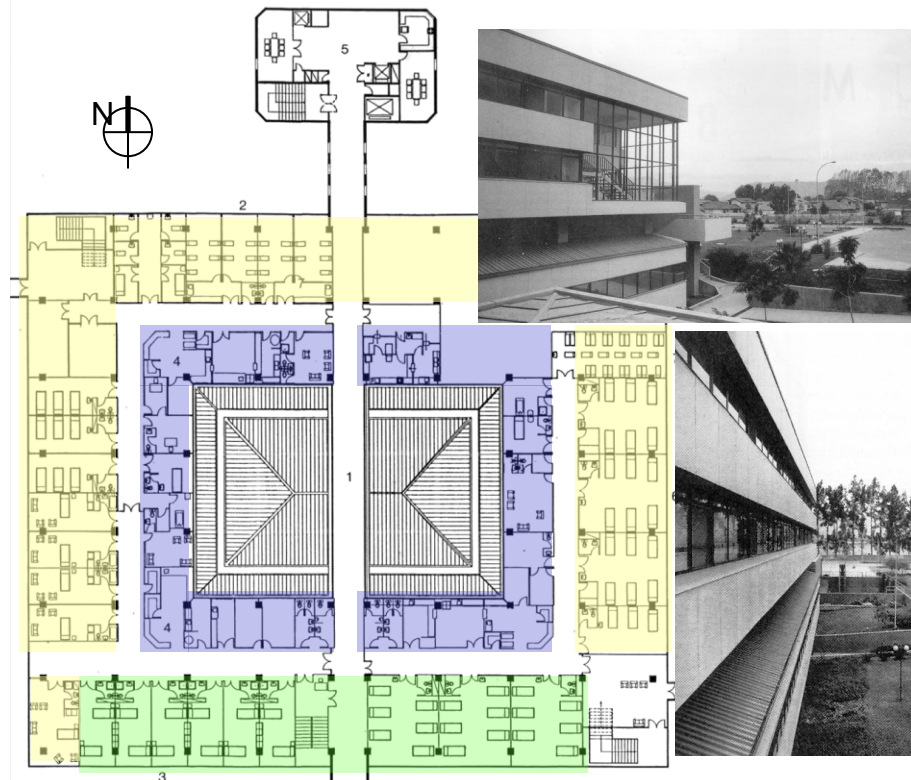


Fig. 189: Planta 2 nivel volumen hospitalización. Hospital San Camilo.

El **vacío central** del volumen garantiza que todos los pacientes reciban **luz natural**, pero la calidad de esta luz varía según su ubicación, así como también las relaciones con el exterior que pueden establecer desde sus habitaciones.

En las zonas perimetrales exterior Este, Norte y Oeste (amarillas) el Sol incide, tanto con su luz como con su calor, en la habitación del paciente, a su vez éste tiene la posibilidad de contemplar el paisaje exterior. En la zona perimetral que se orienta hacia el Sur (verde), el paciente no vivencia el paso del sol, pero puede establecer una relación con el paisaje. Los pacientes que están hospitalizados en el anillo interior (azul) reciben una luz cenital y su relación visual es con un paisaje completamente funcional de ventanas y un pasillo central. Al **no pensarse en las cualidades espaciales** y con esto, no pensar en los pacientes, se producen estas **desigualdades** que no responden a ninguna razón más que a **soluciones funcionales**.

En estas diferencias notamos que posiblemente el vacío central responde a una **necesidad funcional de ventilación**, más que responder a mejorar la calidad de los espacios y así el habitar de los pacientes desde el sentido humano, más que del médico.



Fig.190: Vista pasillo. Clínica Tabancura.

En los centros de salud, cuando los pacientes desean o deben caminar, no tienen otro lugar que los **pasillos**, los que responden a **parámetros totalmente funcionales**, tratando de ser lo más rectos posibles y con un ancho adecuado para el tránsito de camillas y otros artefactos médicos. Generalmente son bastante **sombríos**, un lugar para nada motivador.

Por lo que podemos apreciar en la planta del Hospital San Camilo los pasillos no difieren mucho de lo antes mencionado, viéndose que un buen emplazamiento, con posibilidades de establecer relaciones visuales con un paisaje exterior, queda en nada si el paciente debe **desenvolverse en un espacio que no lo entiende ni se sensibiliza con sus intereses y capacidades**, y mucho menos se compromete desde lo humano y eufórico con su proceso de recuperación, dificultándole el habitar.

Como recordaremos en el análisis de las Termas de Caracalla (pág.20), éstas apuntan a un **habitar concéntrico**, separando al habitante de su entorno urbano por medio de un anillo perimetral, pero a la vez le entregan un espacio **resguardado al aire libre** con vegetación, con el cual el visitante se relacionan tanto visual como espacialmente desde la mayoría de las actividades que realizaba en su interior.



Fig. 192: Vista posterior del cuerpo central. Maqueta de las Termas de Caracalla.

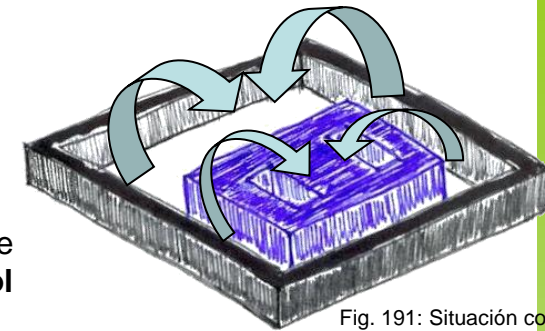


Fig. 191: Situación concéntrica.

Sus visitantes, si deseaban caminar dentro de las termas, poseían **paseos con colores, sol y aromas**.

No debemos olvidar que las **Termas** le daban una gran importancia a los **lugares al aire libre**, diferenciándose rotundamente con la mayoría de los **centros de salud**, los cuales **centran al paciente en su enfermedad y en los procedimientos médicos**, factores que se reflejan en el estrés tanto de pacientes como de sus familiares.

Y no sólo los jardines tenían esta calidad espacial, sino que el total de las Termas. Cada lugar era pensado espacialmente para que **el visitante se desarrollara de forma óptima**. Encontraba acogida a su integralidad como persona por medio de **espacios que lograban sensibilizarse con su plenitud y con su deseo de bienestar**.

Pero los **pacientes** no son los únicos habitantes a los cuales debe acoger un centro de salud, sino también a los **funcionarios** y a los **familiares y amigos** de las personas enfermas. Ante eso podemos mencionar que las **salas de visitas**, como lo vimos en el análisis de los centros de salud (pág 72), por lo general guardan mayor relación con los espacios de circulaciones de un hospital que con el paciente, que son el motivo de las visitas. Además son considerados **lugares de paso**, al cual no podría ir un paciente que médicamente ya pueda levantarse de su cama para conversar con un familiar, porque también **carecen de privacidad**. Las habitaciones, donde son recibidas las visitas, **tampoco los consideran espacialmente**, conformándose de forma natural un ruedo en torno al paciente y así, **en torno a la enfermedad**, más que a la persona. A pesar de que su horario para permanecer en el hospital ha sido aumentado a seis horas, como una medida, impulsada por el Gobierno de Chile (reconociendo así la importancia de los familiares en el proceso de recuperación del enfermo), **los espacios no se han recualificado**, convirtiendo a las **visitas en habitantes no esperados** que les es permitido ingresar a la habitación de los pacientes como si fuese un favor.



Fig. 193: Imagen que muestra el espacio no propicio en el cual deben relacionarse los pacientes con sus familiares y amigos.

Otro actor importante son los **funcionarios del hospital**. Si bien, por lo general, poseen lugares donde pueden reunirse, almorzar, sociabilizar, la **calidad** de estos espacios no siempre son los más adecuados, cayendo en las mismas debilidades espaciales que encontramos con los pacientes, ya que, por ejemplo, generalmente no se considera la relación de los funcionarios con el exterior; **no se consideran espacios cualitativos, sino funcionales**, en donde el funcionario pueda almorzar, pueda dejar sus pertenencias, pueda estar en una reunión, etc.

Se debe apuntar a **mejorar la calida espacial** del centro de salud, entendiendo que es algo **complejo** que reúne a muchos actores, pero sin olvidar que el motivo de existencia de éste es la recuperación de los pacientes y que si el espacio se proyecta entendiendo la **importancia** que puede tener tanto en la **recuperación del paciente, como en su desarrollo integral y en el bienestar** de todos los habitantes de la obra, nos podremos acercar a un establecimiento realmente hospitalario.



Fig. 194: Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Desde la mitad de los '80, investigaciones han demostrado que **el diseño de los centros de salud pueden influir en el proceso de recuperación de los pacientes**. Así lo demuestra el estudio realizado en 1984 por Ulrich, profesor de arquitectura de la Universidad A&M de Texas (31) en el cual **los pacientes en salas con vista a la naturaleza se recuperaron más rápido** y dijeron sentirse mejor que aquellos quienes tuvieron ventanas con una vista hacia paredes de ladrillos de un edificio contiguo. Nuevos estudios clínicos realizados por Ulrich indicaron que **el estrés puede ser reducido significativamente** y más rápidamente si los pacientes **miran paisajes naturales** y distintos tipos de arte visual. Esto se explica, porque cuando **las emociones positivas se incrementan**, los indicadores de estrés como la presión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria se reducen. Los apuntes de los estudios médicos indican que los **bajos niveles de estrés** están asociados al **aumento de la función inmune y a la menos incidencia del dolor**.

El conocido "**Neufert**"(32) nos orienta en cuanto a la proyección del área de hospitalización de un servicio de salud indicándonos la superficie necesaria por cama que debemos considerar, como deben ser sus circulaciones, el ancho de sus pasillos de acuerdo a si pasaran por el una camilla, dos camillas, una persona o dos, el ancho de sus puertas, sus escaleras, ascensores, etc. El número de pacientes por U.C.I. "*para evitar una sobrecarga excesiva de personal médico y sanitario*" (33), poniendo **en segundo plano el "garantizar a los pacientes la mejor asistencia posible"** (34). Nos indica la mejor disposición de las camas para que desde el puesto de enfermera se puedan observar. También nos orienta respecto al emplazamiento, alertándonos de que el lugar sea tranquilo y que el plan regulador del sector excluya una posterior urbanización molesta del entorno junto con recomendarnos hacia donde debemos orientar las habitaciones de los pacientes, para recibir los mejores rayos de sol. Todas indicaciones muy funcionales, pareciese que teniendo totalmente resuelto ese tema, la **humanización de los espacios**, como del programa, son un agregado y no contribuirían de forma real al **proceso de recuperación**.

Las **ordenanzas** en Chile (anexo 1) **sólo establecen datos técnicos** como las áreas de las salas de hospitalización, las horas mínimas que debe llegar el sol a una habitación en el día más corto del año y la superficie de ventanas que deben tener, pero no habla de la altura de dichas ventanas, de la intención visual que deben tener, de **la cualidad espacial** a la que debe apuntar, etc.

(31) Architectural Record 10.04 "Fixing an Oxymoron"

(32) Neufert, Ernst. "Arte de Proyectar en Arquitectura".

(33)(34) Neufert, Ernst. "Arte de Proyectar en Arquitectura". Pág, 496

Sorprende el **trato distinto** que le da el **Ministerio de Salud** a los **enfermos siquiátricos** mediante el “**Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**” (35) que considera la creación de Unidades de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE) en donde se considera “**que las características, apariencia y ambientación de recintos pueden tener gran impacto en la recuperación del paciente**”, reconociendo la influencia del entorno en la recuperación del enfermo, esto trae de la mano cambios en el diseño arquitectónico “**que aseguren al paciente privacidad, seguridad y tranquilidad en un entorno amigable y acogedor**” (36). Es así como el Ministerio de Salud es capaz de plasmar criterios de diseño de una HUCE, considerando áreas exteriores para desarrollar actividades que se desmarcan de lo estrictamente médico-funcional, también propone un **ambiente no clínico** que sea “**lo más parecido al ambiente doméstico. Esta condición facilita la restauración de las funciones sociales del paciente y permite la interacción tanto con otros pacientes como con el equipo de salud.**” (37). Incluso mencionan que el diseño debe permitir la incorporación de nuevas técnicas terapéuticas como la música terapia, hidroterapia, como ejemplo. También debe contar con **condiciones de privacidad** que en lo espacial se traduce en la existencia de **lugares adecuados** en donde los pacientes puedan recibir a sus familiares y/o amigos de forma privada. También el “**espacio debe permitir que los pacientes puedan recibir a los ministros de su religión, sin interferir con aquellos que no desean participar en estas actividades**”(38).

Vemos que el **Gobierno**, mediante el Ministerio de Salud, tiene una **visión bastante humana** sobre como debe ser la permanencia de los enfermos mentales dentro de un centro de salud, considerándolos en su integralidad; **cuerpo, mente y espíritu**, entendiendo que a pesar de la enfermedad mental la persona debe seguir viviendo, en cambio, **ante enfermos físicos o fisiológicos no tiene las mismas consideraciones**. Ante los enfermos mentales dice “es un error confinar en un edificio a personas que están físicamente sanas” (39) ante lo cuál surge la pregunta ¿y no es un **error** confinar en un edificio, **sin posibilidades de desarrollo**, a personas que físicamente enfermas están en su **proceso de recuperación**?. ¿Acaso los pacientes en recuperación física **no tienen derecho a la intimidad, a la espiritualidad, a la sociabilización**? Da por echo de que el paciente que debe ser hospitalizado por una enfermedad física “**cuya permanencia es por un corto período (menos de una semana)... permanece principalmente en cama**”(40). Si lo contrastamos con los casos de hospitales y clínicas estudiadas, sin duda **el enfermo no tiene otra opción que de permanecer en su cama**, porque no existen otros lugares don el pueda habitar. Pareciese que el estar **físicamente enfermo** es estar **humanamente coartado**, distinto a tener una enfermedad mental.

Sin duda este “**Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**” **difiere** mucho de la “**Carta de Derechos de los Pacientes**” (anexo 2) creado por FONASA con colaboración de miembros del Ministerio de Salud, en donde **sólo apunta a garantizar la atención médica** en un servicio de salud, pero **no se mencionan las condiciones de éstas**. Es extraño ver como organismos gubernamentales son capaces de dictar criterios de diseños para centros que acogen a enfermos mentales y no son capaces de sensibilizarse con los enfermos físicos. Creo que el mayor problema es que se entiende que lo más importante ante la enfermedad física es **sanarla, olvidándose de la persona**, que es la que sufre la enfermedad. A pesar de los años, se sigue viendo al enfermo como un **objeto de observación**.



Fig.195: Sala neurología. Hosp. Carlos Van Buren.

(35) Ministerio de Salud, 2000. “Guía de planificación y diseño. Unidades de Hospitalización ...” Pág.18

(36) Ministerio de Salud, 2000. “Guía de planificación y diseño. Unidades de Hospitalización ...” Pág.19

(37)(39)(40) Ministerio de Salud, 2000. “Guía de planificación y diseño. Unidades de Hospitalización ...” Pág.49

(38) Ministerio de Salud, 2000. “Guía de planificación y diseño. Unidades de Hospitalización ...” Pág.50

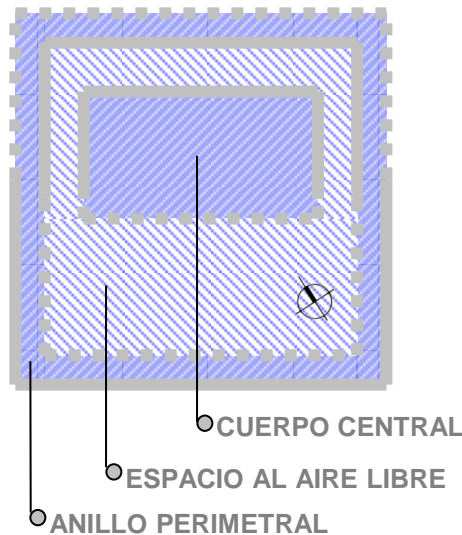
## - CONCLUSIONES.

La espacialidad de los recintos de salud **no se compromete** con el bienestar de los pacientes, ni de sus demás usuarios. No obtendremos un real cambio en la salud si no otorgamos **calidad espacial, sensible a la espiritualidad del enfermo** y de quienes trabajan y visitan el centro de salud. Los espacios deben dejar de ser concebidos sólo como **lugar de concentración de artefactos, enfermedades y procesos médicos**, en donde la funcionalidad dictamine cada una de sus coordenadas. Deben ser **teñidos de humanidad**, pensados para personas que desean recuperarse y que están en ese proceso dentro del centro de salud, desde el cual **forman parte de la sociedad**.

Mientras las inquietudes convencionales del control de infecciones y la eficiencia funcional aun deben ser desarrolladas, los arquitectos deben tomar atención a las **necesidades psicológicas y emocionales** no sólo de los pacientes, sino también, de los familiares y funcionarios, los cuales pueden proporcionar una **mejor atención y cuidado** si se les dan las posibilidades para poder **enriquecerse** junto a los enfermos, creando de esta manera **centros de salud que apuntan al cuidado enfocado hacia el paciente**.

Entender que los habitantes de un hospital respiran, tienen aspiraciones e inquietudes, es entender que **necesitan habitar un centro de salud humano** y no una máquina en donde entran físicamente enfermos y salen físicamente sanos. En esto radica la importancia de dejar un poco de lado la frialdad de lo funcional, para **darle paso a lo sensible, a la cualidad**, otorgándole lugar, por ejemplo, a la luz natural, a salas que permitan observar paisajes, pensadas para acoger en plenitud **al habitante**.

Fig. 196: Esquema espacial Termas de Caracalla. Como lo mencionamos anteriormente (pág.20), la conformación de las termas por medio de tres elementos principales nos muestra un **buen ejemplo** u opción para proyectar un **centro de salud**.



El **anillo perimetral**, así como en las termas, tendría un valor muy importante en el otorgamiento de **intimidad** a las actividades, tanto resguardadas como al aire libre, que se desarrollarían dentro del centro de salud. Ese anillo, a su vez, podría albergar servicios que tienen directa relación con la ciudadanía, como por ejemplo; el sector de consultorio, urgencias, servicios asociados, como son farmacias e insumos, etc.

Como ya se mencionó anteriormente, el **espacio al aire libre** debe considerarse como parte integral del diseño y del proceso de recuperación del enfermo, convirtiéndose en un lugar **con valor** para todos los actores de un centro de salud.

El **cuerpo central** podría ser el lugar donde se alberguen todos aquellos programas que se relacionan con la **permanencia** dentro del centro de salud, como lo serían las habitaciones de los enfermos.

De esta forma, tomando como ejemplo la conformación de las termas, damos un primer paso en el desarrollo del cómo poder otorgarles **lugares con cualidad** que entreguen dignidad a los enfermos para su **“bien estar”**, acercándonos a una **relación eufórica entre los enfermos y la arquitectura**.

## UNIDAD 5:

---

### CONCLUSIONES FINALES

La arquitectura ha tratado de avanzar en salud de la mano del médico, olvidando que **son personas a las que se sana**. Es imprescindible que iguale los avances funcionales en el diseño con la **capacidad de sensibilizarse** con el espíritu de los habitantes de los servicios de salud. Esta sensibilidad debe demostrarse otorgándoles **lugares más amables y estimulantes**, que se desmarquen del enfoque exclusivo de la enfermedad y el cuerpo, **abriéndose al enriquecimiento del espíritu y del intelecto**.

La **euforia** tiene estrecha relación con la **fuerza** para llevar o soportar algo, con el estado de ánimo propenso al **optimismo** y con el **bienestar**, pues bien, es una **relación eufórica** a la que debe apuntar la arquitectura para con el enfermo, como también con las visitas y los empleados de un servicio de salud.

No sería posible esta relación sin poner especial atención tanto a cambios radicales , como a mejorar lo existente, desde la **integración de un programa** que se complemente al que hoy está en marcha, pero que sea **sensible** al desarrollo de las personas, hasta ser capaces de crear **mejores lugares** en aquellos espacios existentes dentro de la obra , logrando, por ejemplo, el ingreso de la luz del día o permitiéndole al enfermo contemplar desde su cama un paisaje natural.

Un primer paso para que la arquitectura sea **realmente hospitalaria** con los usuarios de un centro de salud, en especial con el paciente , y así poder lograr una relación eufórica con él, es entender que el fin de un centro de salud es el **“bien-estar” de la persona**, que los proyectos no serán habitados por doctores y enfermedades, sino por un universo más **grande y complejo**, en donde este “bien-estar” no sólo consiste en la recuperación de salud por medio de la superación de la enfermedad física, sino que se debe apuntar a un “bien-estar” más **amplio**; que la persona , en su **integridad de intereses y aptitudes**, lo logre, y de esta manera ayudar a su recuperación. Es así que la arquitectura debe acoger a los usuarios, en especial a los enfermos, como seres compuestos de **cuerpo, mente y alma**, viéndose esto reflejado en su programa y espacialidad.

Uno de los principales factores de los enfermos que la arquitectura debe considerar es el **sentimiento de estar separado de la sociedad**, al que se suman las condiciones de dolor y stress. Debemos entender cuales son las cualidades espaciales que necesita este ser que físicamente se siente, de cierto modo, un tanto en **desventaja con su mundo circundante**, pero que no por ello se siente discapacitado para seguir viviendo. Es así como llegamos a la **intimidad e inclusión**. El enfermo necesita sentirse **protegido**, desenvolverse en un espacio **íntimo**, ya que su cuerpo en recuperación necesita de tranquilidad para retomar su ritmo normal y no tiene las energías para responder a estímulos normales, que podrían resultar, en ese estado, agresivos. Esta tranquilidad ha sido confundida en la **historia con la exclusión y el aislamiento** , quedando los enfermos **botados** en alguna habitación lúgubre , a la espera de la salud , **cenurando su capacidad** de seguir

**desarrollando sus intereses**, quedando como un ser **discapacitado para vivir**. Es ahí cuando aparece la importancia de la **inclusión**, necesaria para que el enfermo realmente siga viviendo en sus distintas etapas de recuperación. La inclusión se refiere a la **integración del enfermo** dentro del centro de salud, en donde el enfermo siga teniendo la importancia que merece cada ser humano. Cuando hablamos de integración, también apuntamos a la integridad, ya que las personas somos capaces de vincularnos con nuestro entorno de una forma **compleja**, pudiendo intercambiar ideas y seguir desarrollándose, haciendo valer sus intereses e inquietudes y así **sentirse estimulado** para su recuperación. Ese **contraste** entre el **deseo de soledad y el de comunicación** deben ser estudiados y considerados desde el principio en el proyecto de arquitectura de un centro de salud, permitiendo la protección, pero no la desvinculación, tanto de su entorno cercano, como lejano y de la sociedad

El enfermo debe **dejar de sentirse menoscabado**, anulado, reemplazando estos sentimientos ingratos por la estimulación que le implica una **relación eufórica con el lugar que lo cobija, con la arquitectura**.

Es importante entender que **mediante la arquitectura es posible influir en el alivio** del stress e intermediar ante el dolor y el miedo. Debemos proyectar los centros de salud con una **nueva visión de espacios para el bienestar**, que insten a la euforia, que respondan al espíritu de los pacientes, a sus necesidades espirituales, psicológicas, intelectuales y sociales, como también al de los demás usuarios; visitas y empleados.

El **sensibilizarse** con el estado del enfermo es también **entender algunos aspectos perjudiciales** para la recuperación del paciente, como la disposición en salas comunes de pacientes que se encuentran en **distintas fases de recuperación**, en donde el paciente que está conciente ve a otros pacientes cuya salud puede estar más comprometida que la suya, percibiendo procedimientos médicos, artefactos invasivos, sonidos de maquinarias, quejas, y hasta los procesos de reanimación o muerte de uno de sus compañeros de cuarto. Todo esto constituye un **ambiente estresante y desalentador** para el paciente, el que está expuesto a esto debido a una **falta de sensibilidad** tanto de parte de la arquitectura como de la medicina, una **falta de sensibilidad del programa Medico-arquitectónico**.

El hospital, debido a sus adelantos en lo científico y tecnológicos, se concibe como una **“máquina de sanación”**, en donde la individualidad del paciente es **reducida a un número y una enfermedad**, un **ente abstracto**, casi inanimado, un **objeto de observación y cura**, en donde el **desinterés hacia la humanidad del paciente** es aprovechada por **el interés médico hacia el órgano enfermo**.

La **humanización** de los servicios de salud considera la **creación de ambientes**, donde los distintos lugares del centro de salud deben tender a interrelacionarse, yendo más allá que simplemente abrirlos o cerrarlos, donde las articulaciones y relaciones espaciales **favorezcan** la comunicación entre los pacientes, con los familiares y los funcionarios del hospital, exigiendo a su vez una preocupación en la **calidad espacial de los recintos**.

Debemos proyectar un **ambiente hospitalario** partiendo desde las **necesidades y aspiraciones** del paciente y de todos los usuarios, logrando **complementar funcionalidad y cualidad**, debe llevarse a cabo una reforma que apunte a mejorar la calidad de vida de los pacientes, a su bienestar.

Algunos aspectos que deberían estudiarse, en cuanto a la infraestructura, es la **proporción entre la obra y el paciente**, por ejemplo, la monumentalidad de los volúmenes de los actuales centros hospitalarios puede incitar al aumento de la sensación de indefensión de los pacientes al tener la **sensación de pequeñez** ante una especie de **gran máquina**, esta puede ser reemplazada por **dimensiones más amigables para el enfermo**.

Otro aspecto es incorporar **relaciones que integren la naturaleza**, ya sea por medio de patios centrales o emplazándose derechamente en un área rodeada de un paisaje natural, aprovechando sus vistas desde el interior. Al decir un pasaje natural, nos referimos, por ejemplo, a un paisaje montañoso, marino, o un jardín florido. Incorporar elementos que no necesariamente pertenezcan al centro de salud, pero sí que puedan establecer una estrecha relación, como por ejemplo el emplazarse frente a un área verde, dándole la posibilidad al paciente de **recuperarse “junto a un parque”**.

Otro factor que debe ser estudiado es el **acceso del paciente a lo sagrado**, ya que desde sus inicios los hospitales estuvieron relacionados con lo espiritual y, principalmente, porque la **sensación de vulnerabilidad** al sentirse enfermo **exacerba la espiritualidad** del paciente.

Los términos **humanización y hospitalidad** han sido ensuciados en la arquitectura hospitalaria, otorgándole hasta cierto punto una **respuesta superficial**. La preocupación que muchas clínicas privadas le otorgan al mobiliario interno, a los colores, al equipamiento de las habitaciones con teléfonos y televisión solo constituyen **soluciones cosméticas** que no ayudan a mejorar de fondo el **espacio donde debe desenvolverse el paciente**. Se debe pensar en la **recualificación de los espacios** y a su vez en las funciones que se desarrollan en ellos, logrando un **equilibrio armónico** entre lugares privados y lugares que favorezcan relaciones sociales espontáneas, un equilibrio entre espacios interiores, íntimos, y exteriores, integradores.

Así como han sido posibles centros de salud *“bien diseñado en lo funcional”*, **la arquitectura debe ser capaz de entregar centros de salud bien diseñados también en la cualidad, en la humanidad, en la hospitalidad**, y de esta forma entregar una **obra completa** que acoja al **hombre completo**.

Este trabajo llama a notar la importancia de **la arquitectura en el proceso de recuperación de los enfermos**, por lo que es fundamental incitar a investigaciones que **analicen, comprendan y se sensibilicen con el sentir** de los usuarios de un centro de salud para hacer posible una respuesta arquitectónica a la **necesidad de humanización de los centros de salud**, para que éstos realmente los acojan y sea posible una **relación eufórica entre arquitectura y enfermo**.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

- BARQUÍN CALDERÓN, Manuel **Dirección de Hospitales. (7ª Edición).**
- CAMARASA, Sebastián López **De hospital a museo: Ampliación del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. SEEAC**
- CHARLIN, Dr. Carlos **La crisis espiritual de la medicina, 1951.**
- CHUAQUI JAHATT, Benedicto. **Breve historia de la medicina: Programa de estudios médicos humanísticos. Ediciones Universidad Católica de Chile**
- DE TEZANOS PINTOS, Sergio **Breve historia de la medicina universal. Y notas sobre historia de la medicina chilena, 1987 (2ª Edición).**
- KOSTOF, Spiro **Historia de la Arquitectura (2).**
- LIGTELIJN, Vincent. **Aldo Van Eyck, works. (Compilado)**
- MINISTERIO DE SALUD 2000 **Guía de planificación y diseño. Unidades de Hospitalización Corta Estadía Servicio Psiquiatría. Chile**
- NEUFERT, Ernst. **Arte de Proyectar en Arquitectura, 1995 (14º Edición).**
- ROTH, Leland M. **Entender la arquitectura sus elementos, historia y significado.**
- SOTO PÉREZ DE C., Enrique **La Lepra en Europa Medieval. El nacimiento de un mito.**
- SPES, Editorial **Diccionario ilustrado Latín.**

## Revistas

Architectural Record 10.04

Ca 26

Ca 88

Ca 105

El Croquis 88/89

**“Fixing an Oxymoron”**

**Lugares para la salud, 1980.**

**Arquitectura y Salud, 1997.**

**Arquitectura en Acero, 2001.**

**Mundos Uno**

## Páginas Web

<http://anm.encolombia.com/academ25363-enfermeria1.html>

<http://arkinetia.blogspot.com/2007/02/termas-en-vals.html>

<http://monedasdevenezuela.net/Numismatica/leproseria/leproseria.htm>

[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asignat\\_histor\\_enf.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_histor_enf.htm)

[http://es.wikipedia.org/wiki/jerem%c3%ADas\\_Bentham#El\\_Panopticon](http://es.wikipedia.org/wiki/jerem%c3%ADas_Bentham#El_Panopticon)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Michel\\_Foucault](http://es.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault)

[http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec\\_14.html](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_14.html)

[www.aquaspacenter.com/revista/0005\\_termasromanas.htm](http://www.aquaspacenter.com/revista/0005_termasromanas.htm)

[www.arq.com.mx/noticias/Detalles/2084.html](http://www.arq.com.mx/noticias/Detalles/2084.html)

[www.ciudadpolitica.com/modules/news/article.php?storyid=50](http://www.ciudadpolitica.com/modules/news/article.php?storyid=50)

“ Michel Foucault y el ojo del poder” Entrevistador, Jean-Pierre Barou.

[www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital1.htm](http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital1.htm)

[www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital2.htm](http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital2.htm)

[www.nora.it/scaviarch.htm](http://www.nora.it/scaviarch.htm)

[www.dartmouth.edu/classics/rome2005](http://www.dartmouth.edu/classics/rome2005)

[www.turispain.com/id/16/apartados/aventura/aventuraarticulo.asp](http://www.turispain.com/id/16/apartados/aventura/aventuraarticulo.asp)

[www.liceoformia.it/Sito\\_Vitruvio/Pagine/terme.html](http://www.liceoformia.it/Sito_Vitruvio/Pagine/terme.html)

[www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital2.htm](http://www.elalmanaque.com/Medicina/lexico/hospital2.htm)

[www.inforoma.if/feature.php?lookup=terme](http://www.inforoma.if/feature.php?lookup=terme)  
[www.francebalade.com/rome/thermerome.htm](http://www.francebalade.com/rome/thermerome.htm)  
[www.clas.canterbury.ac.nz/nzact/baths.htm](http://www.clas.canterbury.ac.nz/nzact/baths.htm)  
[www.monografias.com/trabajos14/revolucionindustrial/revolucionindustrial.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/revolucionindustrial/revolucionindustrial.shtml)  
[www.elpais.com/articulo/buena/vida/Aguas/termales/marco](http://www.elpais.com/articulo/buena/vida/Aguas/termales/marco)  
[www.via-arquitectura.net/10/10-008.htm](http://www.via-arquitectura.net/10/10-008.htm)  
[198.62.75.1/www1/ofm/sbf/Books/LA43/43387IP.pdf](http://198.62.75.1/www1/ofm/sbf/Books/LA43/43387IP.pdf)

## ANEXO 1:

---

### ORDENANZA GENERAL DE URBANISMO Y CONSTRUCCIÓN CAPITULO 4 EDIFICIOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

**Artículo 4.4.1.** Los edificios que contemplen asistencia hospitalaria deberán cumplir para su funcionamiento, además de las normas que les sean aplicables de esta Ordenanza, con las disposiciones del Código Sanitario, en todo aquello que no se contravenga con ésta.

Deberán contar con un recinto destinado a servicios higiénicos para personas con discapacidad, que permita el ingreso y circulación de una silla de ruedas, los siguientes establecimientos:

1. Los consultorios y policlínicos.
2. Las secciones destinadas al hospedaje de pacientes en clínicas.
3. Las edificaciones de asistencia hospitalaria con capacidad para 50 o más pacientes, debiendo, además, contemplar otro recinto por cada 50 pacientes adicionales.<sup>1</sup>

#### **Consultorios y Policlínicos. <sup>2</sup>**

**Artículo 4.4.2.** Los consultorios y policlínicos deberán tener salas de espera para el público; salas para la atención de pacientes, independientes de las primeras; salas para médicos, para personal auxiliar, para farmacia y servicios higiénicos independientes para el personal y para los pacientes.<sup>3</sup>

Las salas de curaciones y las salas de servicios higiénicos deben tener sus pavimentos impermeables, zócalos también impermeables hasta la altura mínima de 2 m, los ángulos que formen los muros entre sí y con el pavimento y el cielo serán redondeados o achaflanados, y la superficie de los muros y cielos pintada al óleo y sin decoraciones salientes o entrantes.

Las demás piezas y anexos o dependencias deberán tener pinturas murales y pavimentos fácilmente lavables y susceptibles de ser desinfectados.

---

<sup>1</sup> Modificado por D.S. 40 – D.O. 20.06.95; por D.S. 75 – D.O. 25.06.01, sustituye artículo.

<sup>2</sup> Modificado por D.S. 75 – D.O. 25.06.01, reemplaza acápite.

<sup>3</sup> Modificado por D.S. 75 – D.O. 25.06.01, reemplaza inciso 1º.

Los locales estarán dotados:

1. De dispositivos adecuados para obtener una ventilación eficaz.
2. De servicio de desagüe a la red de alcantarillado público, o a fosas sépticas, si no existiere alcantarillado.
3. De estanque de agua con capacidad equivalente al consumo del establecimiento durante 24 horas. <sup>1</sup>

### **Clínicas y Casas de Salud.**

**Artículo 4.4.3.** Los departamentos que se destinen a consultorios de enfermos cumplirán con las condiciones fijadas en el artículo 4.4.1.

Las secciones destinadas a hospedar enfermos cumplirán con las condiciones generales establecidas en el artículo 4.4.1., pero el área del piso de dichos locales no podrá ser inferior a 8 m<sup>2</sup> por enfermo en salas comunes, ni inferior a 12 m<sup>2</sup> en piezas individuales.

Las salas de enfermos, en común o individuales, se orientarán de manera que la diagonal mayor de su planta quede tan próxima como sea posible en la dirección NE-SW, y reciban el sol, en el día más corto del año, durante un mínimo de dos horas.

Cumplirán, en todo caso, con las demás condiciones mínimas establecidas para las habitaciones.

Las clínicas y casas de salud consultarán un departamento, o a lo menos, una sala independiente, para el tratamiento de enfermedades infecciosas.

Las cocinas y reposterías tendrán las dimensiones mínimas indicadas para los hoteles.

Las secciones destinadas a hospedar a enfermos deben estar dotadas de salas de baño que contengan cada una un lavamanos, tina, ducha, inodoro y urinario.

Habrà una sala de baño por cada cinco enfermos y, además, un botaguas con estanque de lavado por cada diez enfermos o fracción.

Los pavimentos y zócalos, hasta 2 m de altura mínima, serán impermeables en las salas de baño y cocinas.

---

<sup>1</sup> Modificado por D.S. 75 – D.O. 25.06.01, eliminación inciso.

Los locales tendrán una entrada especial para vehículos, independiente de la entrada principal.

Tendrán, asimismo, una entrada independiente de la principal para los servicios de cocina, aprovisionamiento y similares.

Consultarán una sala mortuoria, alejada de las habitaciones de los enfermos con acceso directo a la vía pública.

Los establecimientos públicos o privados de salud destinados a la atención permanente o transitoria de personas con enfermedades infecciosas transmisibles podrán contar, previa autorización sanitaria expresa del organismo del Ministerio de Salud que corresponda, con incineradores de restos orgánicos y objetos contaminados, cuyas características técnicas serán determinadas por la autoridad sanitaria competente.

Estarán dotados de calefacción capaz de mantener una temperatura mínima de 16°centígrados.

Todos los locales estarán provistos de dispositivos eficientes de ventilación.

La sala de operaciones o de curaciones deberá contar con los anexos para médicos, instrumental, ropas y servicios higiénicos; estará aislada de los demás departamentos y, preferiblemente, en pabellón separado.

Estos establecimientos deberán disponer de una instalación de lavandería y desinfección de ropas.

### **Sanatorios y Hospitales.**

**Artículo 4.4.4.** Los establecimientos en que se atiendan enfermos de ambos sexos tendrán recintos separados para hombres, mujeres y para niños.

Las salas para enfermos tendrán una cabida máxima de 30 camas y deberán cumplir con las disposiciones establecidas en los números anteriores del presente Capítulo, con las modificaciones siguientes:

1. Las salas recibirán el sol, a lo menos por uno de sus costados principales, durante tres horas en el día más corto del año.
  2. Dispondrán de inodoros, duchas y lavamanos, a razón de uno de cada uno de estos artefactos, por cada 12 enfermos, o fracción superior al tercio de esta cifra.
-

3. La superficie total mínima de ventanas en cada sala será equivalente a  $\frac{1}{5}$  de la superficie del piso y un 40% de esa superficie deberá abrir fácilmente en su parte superior.

Los sanatorios y hospitales deberán estar totalmente separados de los edificios colindantes por muros cortafuego.

## **ANEXO 2:**

---

### **CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE**

FONASA – MINSAL CHILE

#### **- Recibir atención de salud sin discriminación.**

Si es beneficiario de FONASA, su atención de salud no puede ser rechazada ni por su condición socioeconómica, raza, edad, sexo o estado de salud. Por lo tanto, recibirá la atención que requiere en el establecimiento de salud donde acuda, si éste está en capacidad de otorgársela. Si debe ser remitido a otro centro asistencial, puede solicitar que se le entregue información acerca de éste y las razones por las cuales se le deriva.

#### **- Conocer al personal que lo atiende.**

Todo personal que labore en establecimientos de salud, sin excepción, debe portar una identificación que contenga por lo menos su nombre, cargo y unidad donde se desempeña. Esto facilitará su relación con el equipo de salud durante su permanencia en el establecimiento.

#### **- Recibir información y orientación.**

Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicios del establecimiento donde se atiende.

Para facilitar el acceso a la atención, el beneficiario podrá solicitar, en lugares especialmente habilitados, la entrega de información sobre:

- El funcionamiento del establecimiento (horarios de atención, régimen de visitas, etc.), los servicios que ofrece y detalles sobre los programas especiales a que tiene derecho como beneficiario de FONASA.
- El estado de salud de un paciente hospitalizado.
- Los aspectos administrativos relacionados con la atención requerida, tales como valores de las atenciones, documentación necesaria y mecanismos de reclamo, entre otros.

#### **- Formular felicitaciones, sugerencias o reclamos y recibir respuesta escrita.**

La formulación de una felicitación al personal, sugerencia o reclamo, en forma responsable, permite mejorar la atención que se le otorga. Podrá plantearlo por escrito de acuerdo al procedimiento que le indique cada establecimiento.

Posteriormente, dentro de los plazos establecidos, recibirá respuesta por escrito, si la situación expuesta así lo justifica.

Si la respuesta no es satisfactoria, puede presentar su reclamo en cualquiera de nuestras sucursales.

**- Recibir atención de emergencia durante las 24 horas del día en cualquier Servicio de Urgencia Público.**

La atención de emergencia no puede ser condicionada bajo ninguna circunstancia. Para facilitar la atención es importante que el beneficiario acuda a los servicios de urgencia sólo cuando no pueda ser postergada por su gravedad.

**- Acceso a la información y resguardo de la confidencialidad de su ficha clínica.**

La ficha clínica es un documento reservado en el cual el equipo de salud registra información del paciente y su proceso de atención. En el establecimiento de salud donde el beneficiario se atiende deberán informarle sobre el procedimiento a seguir para obtener esta información. La ficha clínica se considera un documento reservado y confidencial y está sujeto al secreto profesional.

**- Decidir libremente si acepta someterse como paciente a actividades de docencia e investigación médica.**

La docencia y la investigación son actividades de gran importancia en el área de la salud. En aquellos establecimientos que desarrollen estas actividades, su colaboración es necesaria. Sin embargo, deberá ser informado previamente de esta práctica, ocasión en la que podrá expresar si le ocasiona algún inconveniente.

**- Informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos, diagnósticos y tratamientos que se le indiquen para decidir respecto de la alternativa propuesta.**

El beneficiario tiene derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad. Asimismo, el médico deberá explicarle, en un lenguaje sencillo, en qué consiste éste y su evolución en caso de no ser tratado.

Si decide ser tratado, deberá conocer cuáles con las alternativas de tratamiento y los efectos secundarios que éste podría ocasionarle. Una vez que éste ha sido debidamente informado podrá otorgar su consentimiento para dar inicio al tratamiento.

**- Recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le receten.**

Cuando le sean recetados medicamentos, el médico tratante debe aclarar las dudas que el beneficiario tenga. La receta respectiva debe contener la identificación del paciente, el nombre del medicamento y la forma de cómo deberá ser usado.

Asimismo, tiene derecho a ser informado sobre posibles efectos secundarios y contraindicaciones del medicamento que se le prescribe.