



LOS HOSPITALES MODERNOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO CHILENO: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama.¹

Eixo Temático: O modernismo como cultura

Claudio Galeno-Ibaceta

Doctor en Teoría e Historia de la Arquitectura (ETSAB, UPC)
Director Programa de Magíster Arquitectura en Zonas Áridas. Universidad Católica del Norte
(Antofagasta, Chile)
cgaleno@ucn.cl

Resumo:

Las ciudades puerto de Arica, Iquique y Antofagasta, en el Desierto de Atacama, por la adversidad de sus ambientes, la salud adquirió especial relevancia, siendo un campo de desarrollo de arquitecturas hospitalarias promovidas por la Beneficencia y por el Estado chileno. A partir de 1917 se produjo un principio de la consolidación de una arquitectura de la salud. En 1920 se propuso un nuevo hospital para Iquique guiado por precepto modernos. Desde 1935 se empezaron a construir hospitales de expresión moderna, donde tuvo un rol fundamental el arquitecto Fernando Devilat. El primero de ellos fue el Hospital de Iquique, inaugurado en 1938. Un evento muy particular, que evidenció los avances de la arquitectura hospitalaria chilena, fue el Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales, celebrado en enero de 1940. En 1944 fue creada la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH), entidad que construía mientras que los proyectos los desarrollaba la Junta de Beneficencia, hasta que fue creado el Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952. El primer hospital moderno de Arica (1946-1952), fue una de las primeras obras de la SCEH. Los proyectos modernos de hospitales siguieron reflejando los avances en cuanto arquitectura y salud. A partir de 1957 de inició el proyecto de Antofagasta, para ser inaugurado en 1967, siguiendo la tipología de placa y torre. El año 1967 fue clave, ya que se inicia la construcción de la ampliación del hospital de Arica, pero también el año en que los arquitectos especialistas en hospitales del SNS pasan a la SCEH.

Palavras-chave: Norte de Chile, arquitectura hospitalaria, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, Servicio Nacional de Salud, arquitectura moderna.

Abstract:

The port cities of Arica, Iquique and Antofagasta, in the Atacama Desert, due to the adversity of their environments, health acquired special relevance, being a field of development of hospital architectures promoted by the Beneficence and by the Chilean State. Since 1917 there was a beginning of the consolidation of a health architecture. In 1920 a new hospital was proposed for Iquique guided by modern precept. Since 1935, modern expression hospitals began to be built, where the architect Fernando Devilat played a fundamental role. The first of these was the Iquique Hospital, opened in 1938. A very special event, which evidenced the progress of Chilean hospital architecture, was the First Latin American Hospital Congress, held in January 1940. In 1944 the "Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios" (SCEH) was created, an entity that built while the projects were developed by the Beneficencia Pública, until the Servicio Nacional de Salud (SNS) was created in 1952. The first modern hospital in Arica (1946-1952), was a of the first works of the SCEH. Modern hospital projects continued to reflect advances in architecture and health. From 1957 the Antofagasta project

¹ Este trabajo es parte del Proyecto Fondecyt 11180673: Estudio histórico de la arquitectura hospitalaria y equipamientos de la salud en ciudades puerto del norte de Chile: Arica, Iquique y Antofagasta, 1880-1967.

13º Seminário
do_co,mo,mo_
brasil

Salvador – BA
7 a 10 de outubro de 2019



began, to be inaugurated in 1967, following the type of plate and tower. The year 1967 was key, since the construction of the expansion of the Arica hospital began, but also the year in which the architects specialized in hospitals of the SNS passed to the SCEH.

Keywords (título em negrito e itálico): Northern Chile, hospital architecture, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, Servicio Nacional de Salud, modern architecture.



LOS HOSPITALES MODERNOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO CHILENO: Los establecimientos de Arica, Iquique y Antofagasta en el desierto costero de Atacama.²

Introducción

Las condiciones adversas de las tres principales ciudades puerto del norte de Chile: Arica, Iquique y Antofagasta, emplazadas en los desiertos costeros de Atacama, su carácter fronterizo, y de migraciones permanentes, acentuaron los requerimientos sobre la salud, impulsando el establecimiento de hospitales y otros equipamientos que reflejaron nuevos saberes científicos, políticas públicas y las necesidades sanitarias, y a partir de los cuales podemos comprender la consolidación de las instituciones de salud del estado chileno

La consolidación de una arquitectura de la salud en Chile

En Chile, la modernización de la institucionalidad de la salud tiene como umbral de emergencia el año 1917, cuando una serie de acciones tuvieron como horizonte implementar un moderno sistema de salud.

El 20 de agosto de ese año fue creado el Consejo Superior de Beneficencia, que reunió todas las juntas departamentales del país. Su creación impulsó que entre el 13 al 16 de septiembre se desarrollara el Primer Congreso de Beneficencia Pública y que se iniciara la publicación de la Revista de Beneficencia Pública de forma ininterrumpida hasta 1930, para luego ser secundada por la Revista de Asistencia Social, publicada desde 1932 hasta 1944. (NUESTRO PROGRAMA, 1917; ESPINOZA, 2015: 222-225)

Si bien, en Chile hay iniciativas tempranas de modernización de la arquitectura (aunque aún con la expresión del eclecticismo), como por ejemplo las directrices de los tres tomos del libro del arquitecto Ricardo Larraín Bravo: “La higiene aplicada en las construcciones” (GALENO-IBACETA, 2014: 107-115), publicado en 1909 y 1910, los establecimientos de salud chilenos debían reformarse y el Estado no impulsaba una transformación.

En el artículo de Ismael Valdés en el primer número de la Revista de Beneficencia Pública de septiembre de 1917³, indicaba que el Estado era incapaz de administrar la institución de beneficencia que se proponía. Daba por ejemplo a los Ferrocarriles del Estado que en manos del gobierno habían llegado al fracaso (VALDÉS, 1917: 4). Esto habría que comprenderlo en el marco de una sanidad que no se debía totalmente al estado sino a las juntas de beneficencias locales, y que se proponían aunarse en una sola institución bajo la administración estatal.

² Este trabajo es parte del Proyecto Fondecyt 11180673: Estudio histórico de la arquitectura hospitalaria y equipamientos de la salud en ciudades puerto del norte de Chile: Arica, Iquique y Antofagasta, 1880-1967.

³ El primer año de la revista fue publicado en cuatro meses seguidos, desde septiembre a diciembre, y los años que siguieron fueron publicados cada tres meses.



Como se indica en las revistas de Beneficencia Pública, el Consejo reunió a todas las juntas de beneficencia departamentales del país, y las del norte chileno eran Tacna (aún bajo administración chilena), Arica, Tarapacá (Iquique), Antofagasta, Taltal, Copiapó, Freirina, La Serena, Combarbalá y Salamanca.

Las acciones del Consejo Superior de Beneficencia se orientaron a “proponer un plan de fomento y distribución de todos los servicios de Beneficencia” (VALDÉS, 1917, p.3). Uno de los primeros arquitectos que fueron parte del equipo del Consejo Superior de Beneficencia Pública, fue el arquitecto belga Mauricio Aubert, el cual residía en Chile. De hecho, fue el primero arquitecto oficial de la institución, aunque antes ya estaban involucrados otros en proyectos hospitalarios específicos como Pedro Palma, el mencionado Ricardo Larraín Bravo, Alberto Siegel y Emile Jequier.

En 1927 el Consejo Superior de Beneficencia pasó a denominarse Junta Central de Beneficencia (ALLENDE, 1939, p.128). La Junta estuvo en funciones hasta 1952.

La situación de la salud a inicio de la década del veinte

En 1922, el Dr. Franklin H. Martin publicó un libro titulado “South America from a surgeons’s point of view”, resultado de tres viajes que realizaron por Sudamérica en 1920 y 1921. El objetivo de las expediciones fue conocer el estado de la salud en el continente, enfocándose principalmente en las escuelas de medicina, los hospitales y los cirujanos. Dos viajes los había realizado el propio Martin con acompañantes, mientras que el tercero fue realizado por el Dr. Francis Corrigan, e igualmente su reporte fue incluido al libro. (MARTIN (B), 1922)

Habría que mencionar, que ese mismo 1922, en enero, Martin publicó un resumen del libro como artículo en la destacada revista estadounidense The Modern Hospital, (nº1, volumen XVIII). El escrito fue titulado “The hospital situation in South America”. (MARTIN (A), 1922: 13-18)

En ambos viajes de Martin el puerto de salida y llegada fue Nueva York, abordando el barco SS. Ebro. El primero de ellos fue del 7 de enero al 8 de marzo de 1920, acompañado por el Dr. William J. Mayo, y el itinerario incluyó Jamaica, Panamá, Perú, Chile, Argentina y Uruguay. En el segundo viajó con el Dr. Thomas J. Watkins, fue del 29 de enero al 25 de abril de 1921, recorriendo los mismos países del primer viaje, a los cuales fue sumado Brasil.

El viaje realizado por Corrigan se desarrolló desde el 21 de diciembre de 1920 hasta el 18 de marzo de 1921 y se centró en Ecuador y Bolivia. En ambos viajes de Martin, su itinerario incluyó Arica y Tacna, Iquique y Antofagasta. En el viaje de Corrigan, él pasa por Antofagasta, de ida y de vuelta, para tomar el tren que lo lleva hasta La Paz en Bolivia. El 18 de febrero de 1921, Martin y Watkins coincidieron con Corrigan en Antofagasta, quien venía de Bolivia, e hicieron algunas visitas juntos.

Las impresiones del Dr. Mayo, citadas por Martin, acerca de los hospitales costeros fueron:

Las ciudades portuarias de Arica, Iquique y Antofagasta tienen hospitales, todos los cuales visitamos. También visitamos un gran hospital militar y civil



en Tacna, ubicado en un fructífero oasis cerca del límite peruano. Los hospitales de Chile son en gran parte apoyados por el Estado. Los hospitales en Iquique y Antofagasta son mucho más grandes y tienen mejor equipo que los de Arica y Tacna. Están bajo el cargo directo de un obispo católico progresista y están administrados por hermanas francesas e italianas. Cada hospital tiene una escuela de capacitación para aproximadamente cuarenta enfermeras, provenientes de las clases más bajas y con poca educación, que son realmente esclavas para los enfermos en lugar de enfermeras, y una escuela de formación para unas treinta parteras. La mayoría de los pacientes en estos hospitales son de las minas periféricas de nitrato (salitre). Los edificios no están protegidos por mosquiteros, y aunque las moscas no suelen ser numerosas, son incómodamente evidentes en las salas médicas. El agua escasea en esta región sin lluvia, se canaliza desde la montaña; y es canalizada desde largas distancias, y es cara. La falta de enfermeras capacitadas, la falta de suministro de agua adecuado y la falta de mosquiteros son las debilidades de un excelente sistema hospitalario, pero estos defectos se están superando rápidamente. Las grandes corporaciones mineras estadounidenses en la costa y en el interior, como los Guggenheims, tienen sus propios hospitales. Estos hospitales corporativos están protegidos por mosquiteros y están completamente equipados con equipos estadounidenses, y cuentan con médicos y enfermeras capacitados. El Dr. W. F. Shaw, quien ha tenido veinte años de experiencia en los trópicos, está a cargo del hospital Guggenheim. (MARTIN (B), 1922: 55-56)

El proyecto de un nuevo hospital “moderno” para Iquique

Varios artículos escritos por Mauricio Aubert publicados en la Revista de Beneficencia Pública, permiten visualizar los diversos proyectos de hospitales a lo largo de Chile, entre ellos los hospitales de las ciudades de Iquique y de Copiapó y la Casa de Socorro del Hospital Regional de Tarapacá.

El artículo publicado en marzo de 1920, titulado “Nuestros hospitales modernos”, presenta una serie de extensos proyectos de hospitales en tipología de pabellones, entre ellos los de Iquique y Copiapó. Allí dice:

El Consejo Superior de Beneficencia Pública está preocupado en tan loable campaña, como es la modernización y normalización de los hospitales y éste fue el motivo que tuvo en vista para pedir al Supremo Gobierno creara, anexa a esta repartición, una oficina de Arquitectura, que actualmente está empeñada en el estudio de los nuevos planos hospitalarios y en la modernización y normalización de los antiguos edificios, de tal modo que en poco tiempo más, podrá ser una bella realidad el ver nuestros hospitales montados a la moderna.(AUBERT, 1920, p.4)

Al argumentar los diseños, sorprende por la racionalidad con que se presentan ciertos aspectos, por ejemplo: las reglas generales para la determinación de las ‘necesidades hospitalarias’, la orientación del terreno y su relación con la orientación de las salas, y las variaciones de los diseños según la zona geográfica, debido al clima. (AUBERT, 1920, p.12)

Las necesidades de camas se basaban en un cálculo que involucraba número de habitantes de la ciudad, del contexto inmediato, de la zona natural de atracción y futuro crecimiento.



Sobre el terreno, se evaluó la diferencia entre los diferentes sitios de los proyectos que presentaba. Uno de los problemas era la escasa superficie con que contaban para el desarrollo de los proyectos de arquitectura en pabellones.

Un punto importante, de connotación muy moderna, era la orientación del terreno. Decía: “La orientación ideal para un terreno en el cual deba construirse un hospital, es aquella que presenta la mayor longitud expuesta hacia el norte magnético, en la parte que irá la entrada principal”. Respecto de la orientación de las salas, de acuerdo a la orientación del terreno, eran mejor valoradas las que podían organizarse para recibir más norte, refiriéndose a la luminosidad.

Sobre el diseño del conjunto, la extrema diferencia geográfica de Chile, norte desértico y sur lluvioso, se tradujo en el norte en pabellones sin galerías techadas que las unieran (aunque se habían usado cubiertas tamizadas en la mayoría de los proyectos a la fecha), y en el sur galerías techadas. En el norte la única galería techada era la que comunicaba el pabellón de operaciones a las salas de cirugía.

El proyecto no fue ejecutado, por lo menos no totalmente. Un pabellón aún existente en forma de “U” abierta la norte, en la parte sur del terreno, por calle Thomson, que fue usado como maternidad y más tarde como consultorio, podría ser uno de los diversos pabellones del proyecto de Aubert, ya que, según el plano general publicado en 1920, coincidiría en ubicación.

En el Segundo Congreso de Beneficencia Pública, celebrado desde el 7 al 10 de diciembre de 1922 en Santiago, el arquitecto del Consejo Superior de Beneficencia Pública, Oscar Oyaneder Díaz, presentó una relación con Luis Vargas Salcedo, consejero secretario del Consejo, titulada “Progresos de la edificación hospitalaria en el país”, luego publicada en la Revista de Beneficencia de marzo de 1923. Allí explican los proyectos para el Hospital de Iquique, la Casa de Socorros del Hospital de Tarapacá y el Pabellón de Niños del Hospital de Antofagasta, entre varios otros proyectos. De Iquique se dice que hicieron dos proyectos, el primero de dos plantas y a solicitud de la Junta de Iquique, una versión de una planta. En este último, el diseño era de pabellones totalmente aislados, a excepción de Cirugía y Operaciones que estaban conectados por galerías. Entre los pabellones descritos hay uno dedicado a maternidad. (VARGAS, 1922: 158-162)

Una nota de la Revista de Beneficencia de septiembre de 1923, indica que se ha autorizado a la Junta de Beneficencia de Iquique a construir el pabellón de Maternidad anexa al hospital, para lo cual por ley se habían destinado fondos que estaban disponibles en la Caja Nacional de Ahorros (CRÓNICA, 1923: 482). Otro artículo de marzo de 1924, dedicado a las maternidades, decía: “La oficina de Arquitectura del Consejo ha elaborado varias planimetrías, siendo la de Iquique la mas importante que se construirá en la época por la crisis que se encuentra el país (OYANEDER, 1924: 3).

Uno de los arquitectos de la transición de los modelos de hospital de pabellones a los diseños en monobloque, fue Oscar Oyaneder Díaz. Él había trabajado de forma temprana con Mauricio Aubert en los diseños de la década del veinte. Pero en los inicios de los años treinta tuvo un rol relevante en la promoción de nuevos hospitales concentrados y en altura, como se puede verificar con el estudio que presentó con el arquitecto Jorge de la Carrera al Tercer



Congreso de Asistencia Social⁴ realizado desde el 29 de diciembre de 1932 al 1º de enero de 1933, titulado “Extensión o altura en la edificación hospitalaria, su influencia económica desde el punto de vista constructivo y administrativo” (OYANEDER Y CARRERA, 1933: 86-94). Para esa fecha Oyaneder era el arquitecto jefe de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, mientras que de la Carrera era arquitecto visitador de esa misma institución.

Oyaneder trabajaba como arquitecto del Consejo de Beneficencia por lo menos desde 1921, año de su primer artículo para la revista de esa institución. Oyaneder había estudiado arquitectura en la Universidad Católica de Chile, graduándose en 1908. En el “Álbum de los Arquitectos de la Universidad Católica” presentado en el 2º Congreso Panamericano de Arquitectos de 1923-1924, se indicaba que estaba dedicado a la construcción de hospitales, colegios, casas de renta y grandes establecimientos para instituciones. En el espectro de sus diseños, como ejemplo destacado en el ámbito de la salud estaba el Hospital Arriarán en Santiago. (ESCOBAR, 1923)

Según el listado de socios activos de Asociación de Arquitectos de Chile, publicado en los diversos números de la revista Arquitectura y Arte Decorativo, publicada entre 1929 y 1931, se indica que los arquitectos de la Junta Central de Beneficencia eran Raúl Palma, Jorge de la Carrera, Oscar Oyaneder y Fernando Devilat⁵, quien más tarde liderará la arquitectura racionalista de los hospitales chilenos.

Devilat, graduado en 1927, en 1932 obtuvo una beca de la John Simon Guggenheim Memorial Foundation para estudiar la arquitectura de los hospitales y la organización de los servicios hospitalarios en los Estados Unidos, por seis meses desde fines de agosto de 1932.

Un hospital modelo para Iquique

En 1935 se obtuvieron los fondos para la construcción de un hospital modelo para Iquique. Como indican Calcagno y Vásquez, las gestiones de una serie de políticos como el Intendente Orlando Villablanca y el Dr. Ernesto Torres Galdames, lograron que el gobierno del presidente Arturo Alessandri destinara fondos para la construcción de un nuevo hospital en Iquique (CALCAGNO Y VÁSQUEZ, 2018: 66). En julio de 1936 se entregaron los terrenos y fue colocada la primera piedra.

El arquitecto Jorge de la Carrera se había trasladado desde Santiago, para iniciar las obras y efectuar estudios para terminar los planos de algunas secciones que faltaban en el moderno edificio. (...) (CALCAGNO y VÁSQUEZ, 2018: 71)

Si bien se menciona a Jorge de la Carrera, él era arquitecto inspector de la institución, el autor del diseño corresponde al arquitecto Luis Zorzi, según los planos originales

⁴ Modificaron el nombre del evento de Beneficencia Pública a Asistencia Social, por ese motivo esa fue la tercera versión.

⁵ Según el curriculum de la John Simon Guggenheim Foundation, él era parte del equipo de arquitectos de la Junta Central de Beneficencia desde 1927.



identificados en el archivo de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud (UPCS), con fecha de mayo 1936. Habría que agregar, que en los planos figuran otras firmas, entre ellas la del arquitecto Clodomiro Valdivia, quien para esa fecha había reemplazado a Oscar Oyaneder y era el Jefe del Departamento de Arquitectura de la Dirección General de Beneficencia y era quien visaba los diseños.

Clodomiro Valdivia Pineda se había graduado de arquitecto en la Universidad Católica en 1911. Por otro lado, Luis Zorzi Morelli, si bien también estudió en la Universidad Católica se graduó en 1932, y en 1935 ingresó a la Beneficencia Pública como arquitecto proyectista.

En la Revista de Asistencia Social de diciembre de 1937, en las noticias del día del hospital (3 de octubre) hacen referencia a la inauguración de la obra gruesa, dentro del aniversario de los 50 años de la creación del hospital.

Como a las 12 horas, la concurrencia fue invitada a pasar a la terraza del quinto piso del nuevo edificio en construcción, con el objeto de proceder a inaugurar oficialmente la obra gruesa. (...) El acceso a la terraza permitió que la concurrencia pudiera apreciar ampliamente la magnitud de la obra en construcción y que será, sin duda, un establecimiento que honrará a la ciudad. (...) En seguida el señor Intendente destacó los desvelos del Gobierno por dotar a Iquique de un Hospital Regional Moderno. Hizo especial referencia a la labor del señor don Fernando Alessandri y la del ex-diputado don Ernesto Torres, a quienes se debía principalmente que Iquique hubiese sido incluido en el plan de construcción hospitalaria que desarrolla a través de todo el país. (...) Tuvo también palabras de franco reconocimiento para la labor de los médicos y demás personal interno, como asimismo de reconocimiento para la firma Wachholtz y Alessandri, que construye la obra y para el ingeniero señor Enrique Laval, que representa a la Dirección de los Servicios de Beneficencia en la inspección de la obra. (...) (DIA NACIONAL, 1937: 478)

En 1938 fue terminado el Hospital de Iquique con capacidad para 425 camas. Su expresión volumétrica era tremendamente singular para la época, de hecho, fue la primera obra moderna a gran escala en todo el norte chileno. El hospital se componía de dos bloques articulados por un tercero. El bloque sur era alargado en sentido norte-sur y tenía dos plantas, albergando en el primer nivel el policlínico de pediatría y gota de leche, la administración y en el segundo el pensionado. El bloque noreste era el “pabellón de hospitalización”, el cual se disponía en diagonal en eje noroeste-sureste, y se escalonaba desde los extremos hacia el centro, pasando de cuatro a cinco y a seis niveles. El cuerpo central, donde se situaba el acceso principal, era más corto y con forma de “Y”, articulaba ambos y su forma compleja se debía a que de disponía perpendiculares a ambos bloques, igualmente se escalonaba, pasando de dos a cuatro y a cinco niveles.

Como manifiesta González Ginouves en un escrito asesorado por el arquitecto Fernando Devilat para la Revista de Asistencia Social de 1944, luego publicado como un folleto de 37 página, el establecimiento reflejaba la tipología de monoblock, puestas en práctica a partir de 1934. Se trataba de una de las primeras obras de la Junta Central de Beneficencia adscribiéndose al modelo del hospital concentrado. El escrito incluye una secuencia de fotografías que culmina con los establecimientos modernos, una suerte de obras de avanzada que evidenciaban sus dominios de la vanguardia en resolución de hospitales y de paso con estética y espacialidad moderna. Los proyectos presentados eran: Sanatorio El Peral, Hospital



Regional de Iquique, Hospital de Tocopilla, Hospital de San Felipe, Sanatorio de Valparaíso y Hospital de Niños Roberto del Río. (GONZÁLEZ, 1944)

Sobre los paralelismos en Sudamérica, ese mismo año 1944 en Brasil fue publicado el libro Historia y evolución de los hospitales. Como indica Ana Amora, el documento fue editado por Ernesto de Souza Campos, quien también fue uno de los autores. Como indica la investigadora: “A obra refere-se à transcrição dos conteúdos ministrados no Primeiro Curso de Organização e Administração Hospitalares realizado pela mesma divisão do ministério, em 1943.” (AMORA, 2019: 19)

Sin embargo, si bien las fechas coinciden, los procesos y la envergadura de las publicaciones. El trabajo de los hospitales chilenos resultó en un pequeño folleto de pocas páginas, mientras que el documento brasileño es un volumen con cientos de páginas. Sin duda que el caso chileno se complementa con la infinidad de artículos de las revistas de Beneficencia y de Asistencia Social. Una cierta equivalencia sería que mientras que en Brasil se estaban dictando cursos de administración hospitalaria en 1943, en Chile, se habían dictado cursos en 1940, en el contexto del Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales. Además en Chile era una práctica común que ciertos arquitectos fueran a especializarse en el extranjero, y al volver, al interior de la institución fueron forjando, lo que se podría denominar como una escuela de arquitectura hospitalaria.

Primer Congreso Latino Americano de Hospitales

Desde el 7 al 14 de enero de 1940 se realizó en Santiago de Chile, el Primer Congreso Latino Americano de Hospitales. Si bien hace muy pocos meses se había iniciado el gran conflicto de la Segunda Guerra Mundial, eso no impidió que en el ámbito latinoamericano el interés sobre las obras de salubridad, impulsara la realización y el éxito de este evento. Brasil fue la excepción ya que se había involucrado en el conflicto.

Las presentaciones del congreso quedaron documentadas en un número doble de la Revista de Asistencia Pública, número 2-3, tomo IX, de junio-septiembre de 1940. El evento fue organizado por la Asociación Chilena de Asistencia Social. Los países participantes fueron: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, quienes enviaron 23 profesionales y funcionarios experimentados en hospitales. Se sumaron representantes de instituciones y organismos asistenciales latinoamericanos, como por ejemplo el Ministerio de Salud Pública de Paraguay, la Casa Maternal de Montevideo, desde Argentina de la Asociación de Medicina y Ciencias Afines de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública y del Instituto Nacional de la Nutrición, así como de la Caja de Seguro Social del Perú.

Los temas del evento eran diversos, e incluyeron arquitectura, con ponencias y con una exposición de las obras que realizaba el estado chileno.

Entre las presentaciones podríamos destacar de Clodomiro Valdivia el “Plan de Construcción Hospitalaria de la Dirección General de Beneficencia”, de Fernando Devilat: “El tipo más adecuado para un hospital general”, del doctor Arturo Lois: “Relaciones entre los hospitales y la Caja de Seguro Obligatorio”, del doctor Andrés



Bello y del ingeniero Adolfo Carozzo: “Necesidad de la colaboración del médico y del arquitecto en el planeamiento, construcción y dotación de un hospital moderno”.

Habría que destacar que durante los días del Congreso en Santiago se realizaron cursos de administración hospitalaria. Además, se hicieron visitas a algunas obras destacadas, por ejemplo, el Sanatorio El Peral y el Consultorio nº1 de la Caja de Seguro Obrero. El día 10 se trasladaron a Valparaíso para asistir el jueves 11 a la inauguración del Sanatorio de Valparaíso en el cerro Las Zorras, para el sábado 13 viajar hacia Valdivia para asistir el día 14 a la inauguración del Hospital de Valdivia. (EL DIARIO ILUSTRADO, 1940)

La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios y Arica

En 1944 fue creada la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH), que mantuvo sus funciones hasta 1982 (SOCIEDAD, 1980). La SCEH fue una institución estatal que desarrolló una persistente labor que alcanzó todo el territorio chileno (Eliash y Moreno, 1989: 130). Su objetivo fue “la construcción y transformación de edificios destinados a establecimientos hospitalarios, en terrenos de propiedad fiscal, de los servicios de beneficencia y asistencia social o de particulares”. (MUÑOZ, 1953, p.120)

El Hospital de Arica fue una de las primeras obras de la Beneficencia construida por la SCEH. Los fondos para los hospitales de Arica y Taltal habían sido asignados a la Beneficencia en 1942, por la ley 7377 (Chile, 1943: 117).

El diseño del hospital tuvo un proyecto previo no construido, con fecha 1945, se trataba de un policlínico en el sitio del antiguo hospital en pabellones. A ese proyecto siguió el proyecto del primer hospital moderno, datados en 1945 y 1946, según planos del archivo de la UPCS. Están firmados con visto bueno de Clodomiro Valdivia y Fernando Devilat, con el diseño de Javier Rast.

Javier Rast Bucher se graduó de arquitecto en la Universidad de Chile en 1931. En el Diccionario Biográfico de Chile, se indica que era el primer arquitecto proyectista de la Beneficencia. Además, agregan algunos datos fundamentales: “En 1932 fue comisionado ad-honorem a Europa, para hacer estudios de construcción de hospitales, sanatorios y hoteles.” Desde 1943 fue arquitecto del Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad. En 1944-1945 fue becado por el Instituto de Asuntos Interamericanos “para estudiar construcciones hospitalarias y establecimientos asistenciales en los EE.UU.”.

Respecto de los sucesos y sus fechas, no deja de ser singular que Rast vaya a Europa en 1932, el mismo año que va Devilat a formarse a USA. Además, su beca de 1944-1945 evidencia que Devilat no fue el único agente en la modernización de la arquitectura hospitalaria chilena.

El proyecto de Arica inició su construcción a mediados de 1946 y tendría capacidad para 150 camas. Este edificio, en consonancia con otros proyectos hecho en Chile de la década del 40, respondía a una expresión tipológica con plantas radiales. Fue terminado en 1950, pero recién inició sus funciones en 1952 con 126 camas (CHILE, 1952, p.699-700).



El edificio de Arica era una herradura de dos plantas, desde la cual se proyectaban radialmente tres otros cuerpos, uno hacia el norte, otro al noreste y otro al oeste. Entre ellos formaban ángulos de 45 grados. El resultado fue una arquitectura moderna sobria, pero de una gran complejidad, como si se tratase de una máquina que despliega sus radios en el espacio de la ciudad.

En 1952 fue creado el Servicio Nacional de Salud (SNS) mediante la ley 10.383, resultado de la fusión de diversas instituciones de salud, entre ellas la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad y la Junta Central de Beneficencia (Chile, 1952). El SNS se hizo responsable del desarrollo técnico de los proyectos, para lo cual contó con un Sub-departamento de Arquitectura (SOCIEDAD, 1980).

Paralelismos tipológicos entre Brasil y Chile

En septiembre de 1947, la destacada revista chilena Arquitectura y Construcción, número 10, en el espectro de realizaciones en Brasil, publicó el proyecto de la Maternidad Universitaria de Rino Levi en São Paulo, quien había ganado un concurso en enero de 1945 (aunque fue un proyecto que se desarrolló con varias versiones hasta 1953). El establecimiento fue la portada de ese número y tuvo un extenso artículo. En 1948 la Arquitectura de Hoy (versión en español de la francesa L'Architecture D'aujourd'hui), publicada desde Argentina, en su número 13, dedicado a las unidades del espacio de la salud pública, igualmente publicó ese proyecto de Rino Levi.

El proyecto tiene una gran escala, y sintéticamente se podría decir que es una versión compleja de la tipología de placa y torre. En ese mismo número de la Arquitectura de Hoy, fue publicado el emblemático proyecto para el Hospital de Saint Lô, en Francia, un diseño muy influyente, en tipología de placa y torre.

Un conjunto jerarquizado por una torre de 15 plantas, intersecada con una base (o placa) en forma de "T" curvada. Esa placa estaba compuesta de varios cuerpos, que inician en un volumen de cuatro plantas con cirugías, partos, dirección médica, laboratorios y ambulatorio, y que se tuerce para rematar en un auditorio. Una de sus principales características fue que sus distintos cuerpos se articulaban en un terreno de pendiente muy accidentada con diferencia de 21 metros, adquiriendo una expresión orgánica.

Algunos diseños de hospitales chilenos que se conectan a esta morfología son los de la Clínica Alemana y de la Asistencia Pública, ambos en Santiago. Son dos conjuntos que desarrollan la tipología placa y torre, pero de forma compleja y orgánica, de hecho, la placa no podría ser definida como placa. Ambos proyectos fueron publicados en la revista AUCA, número doble 6-7 de 1966-1967.

Si bien las relaciones son tardías, en ese sentido podemos aludir al proyecto para Antofagasta, cuyo diseño se inició en 1957, siendo inaugurado en 1967, y por cuestiones de clima y de topografía desarrolló la tipología de placa y torre, con conexiones con Saint Lô, pero también con la arquitectura brasileña. No necesariamente con la maternidad de Levi, sino con la resolución climática de la placa con la doble fachada con unas singulares celosías de dobles circunferencias.



Antofagasta y la tipología de placa y torre

La realización del Hospital Regional de Antofagasta derivó de las planificaciones trazadas para solucionar los problemas de la salud del Norte Grande durante el segundo gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo, entre 1952 y 1958. Fue diseñado en el Departamento de Arquitectura del SNS, por los arquitectos Alfredo Celedón Silva, Hernán Aubert Cerda y Frank Fones, dirigidos por Fernando Devilat.

Respecto de los procedimientos chilenos para la construcción de hospitales, Alfredo Leonardo Bravo en el artículo “Development of medical care services in Latin America” del American Journal of Public Health, de abril de 1958, indica:

Puede ser interesante describir un sistema peculiar desarrollado en Chile para el financiamiento de la construcción y el equipamiento de hospitales. Hace unos 20 años, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios fue fundada por ley como una organización semiprivada para financiar la implementación de los programas hospitalarios del país. La sociedad está organizada como una corporación con tres grupos de accionistas: gobierno, otras instituciones relacionadas con la atención médica y particulares. Las acciones producen un interés garantizado por el gobierno del 9 por ciento libre de impuestos. Por lo tanto, cualquier individuo o institución puede comprar bonos de este tipo, recibir un buen interés y, de la misma manera, contribuir al desarrollo del hospital. El programa hospitalario, es decir, el lugar, tamaño, tipo, etc., es decidido por los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud (anteriormente la Junta Central de Beneficencia). Últimamente, la ley se ha modificado en el sentido de que la sociedad ahora también puede cuidar el equipamiento. De esta manera, el país ha podido modernizar su red de hospitales mediante la construcción de una serie de nuevos edificios para hospitales regionales y locales y elevar su proporción de hospitales a 6,9 camas por cada 1.000 habitantes. (BRAVO, 1958, p.440-441)

Alfredo Celedón delineó el anteproyecto en 1957, integrándose Aubert y Fones en el la etapa final. El hospital tuvo una escala monumental en la parte alta de la ciudad. En palabras de Celedón en una entrevista para El Mercurio de Antofagasta: “Su ubicación ha sido estudiada debidamente para darle una vista al mar y, al mismo tiempo, contribuir a una mayor estética urbanística de la ciudad.” (LA CONSTRUCCIÓN, 1960: 1)

Poseía una base o placa de dos elevados niveles más un zócalo para articular la pendiente. Sobre esa placa se posaba la torre con planta en forma de T, con seis niveles más el cuerpo de ascensores y depósito de agua, con lo que sumaría 8 niveles, o 10 si se suma la placa. Tuvo capacidad para 400 camas con todas las especialidades médicas. La base se componía de la planta baja y del primer piso, e incluso un subterráneo de servicio en una parte del edificio. La base albergaba los programas más públicos, la planta baja poseía servicios, administración, anatomía patológica, entre otros, mientras que el primer piso tenía el acceso, el policlínico, la urgencia y auditorio.

13º Seminário

do_c_o_m_o_m_o_
brasil

Salvador – BA
7 a 10 de outubro de 2019



El programa estratificado de la torre se compuso del pensionado correspondiente a lo que definieron como el segundo piso, cirugía en el tercero, medicina en el cuarto, maternidad en el quinto, pediatría en el sexto y especialidades en el séptimo, terraza en el octavo y depósito de agua en el noveno.

Aubert explicó que lo esencial de la propuesta fue la construcción de una ruta aséptica para evitar la infección, impidiendo el mayor costo de las enfermedades. El movimiento del enfermo, desde el ingreso del paciente hacia el interior del hospital, como y donde se examinaba, hacia donde se encaminaba y hospitalizaba, y finalmente, si salía vivo o muerto. Todo ese recorrido era una especie de “recorrido arquitectónico”, recorridos de infección y de asepsia. “Todo tenía un camino”, como una “máquina de recuperación de salud”.

Respecto de la tipología, esta se inaugura en la post guerra, con el publicitado Hospital Hospicio de Saint-Lô, del arquitecto franco americano Paul Nelson, construido entre 1946 y 1956. El proyecto fue elaborado adaptando las normas del Servicio de Salud de Estados Unidos, quienes en ese momento habían realizado una extensa investigación sobre las unidades espaciales de los hospitales y definido planos tipo. Ese Hospital Hospicio fue sin duda un antecedente del Hospital Regional de Antofagasta. Existen varias similitudes: el número de camas, los ocho niveles, la base en planta baja de carácter público, el subsuelo con los servicios de apoyo organizados entorno a patios que permiten ventilar e iluminar este volumen horizontal, la torre de planta lineal conteniendo las hospitalizaciones, la terraza, el coronamiento de los estanques de agua. Al describir los aspectos más generales de Saint-Lô, e incluso al observar las plantas y secciones resulta imposible no establecer relaciones con el Hospital Regional de Antofagasta.

El hospital de Sain-Lô, al ser el primero en su tipo, fue ampliamente publicitado y debió ser conocido por los arquitectos del SNS, sea a raíz de los viajes que realizaron, o a través del ya mencionado segundo número sobre salud pública de la revista La Arquitectura de Hoy, donde se publican los planos tipo del Servicio de Salud norteamericano, y como caso paradigmático, de obra proyectada desde estas unidades espaciales, se publica ampliamente el Hospital Saint-Lô, que se encontraba en construcción, con textos de los arquitectos e ingenieros, así como toda la planimetría del edificio. (NELSON, 1948: 45-60)

Los arquitectos preocupados por el significado de la obra, por su escala dentro de la ciudad de Antofagasta, realizaron una propuesta con mucho carácter, de una intensa imagen urbana progresista y moderna. El proyecto merecía esa dedicación y además permitía utilizar una serie de elementos modernos adecuado al clima subtropical del desierto costero. La obra, la de mayor envergadura en la ciudad de Antofagasta, fue un hito urbano, signo de modernidad y desarrollo.

Finalmente, en 1967 la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios creó su propio Departamento Técnico, y contrató a un gran número de profesionales que



trabajaban desarrollando los proyectos en el taller de arquitectura del SNS, la que se había convertido en una escuela de arquitectura hospitalaria liderada por el arquitecto Fernando Devilat (SOCIEDAD, 1980).

El año 1967 articula no solo la institucionalidad de la SCEH y el SNS, sino el inicio de funciones del Hospital de Antofagasta, y el inicio de las obras del nuevo Hospital de Arica, anexo al edificio radial de 1946-1952.

Un hospital brutalista para Arica

El proyecto y construcción de una nueva extensión del Hospital Juan Noé fue realizado entre los años 1967 y 1970 y fue necesaria por el explosivo crecimiento que tuvo la ciudad desde que se declaró Puerto Libre en 1953, y con la creación de la Junta de Adelanto (JAA) en 1958, una figura particular que permitió administrar fondos que se orientaron a invertir en infraestructuras

Esta obra fue necesaria debido al incremento de la población que se triplicó y el consecuente aumento de la demanda de los servicios de salud. Para normalizar los requerimientos, la JAA asignó un financiamiento en cuotas anuales, y debido a ese modelo entrega de los fondos necesario se planificó un hospital que sería construido sucesivamente según un plan de prioridades. El proyecto fue diseñado por los arquitectos de la SCEH, entre ellos Eduardo Vásquez. La nueva superficie fue de 16.963 m² que se sumaba a los 5.580 m² de lo existente que se remodelaría, y a pesar de que se trataba de un hospital de nivel B, debido a la situación de aislamiento de la ciudad, había sido mejor dotado.

Incluye un edificio para hospitalización médico-quirúrgica de adultos con capacidad para 310 camas (6 unidades de enfermería de 33 camas y 4 de 28), un edificio para pacientes crónicos con 60 camas, edificio para administración, consultorio externo, servicio de urgencia, anatomía patológica, rehabilitación, servicios generales, etc., y la remodelación del edificio existente, con capacidad para 128 camas gineco-obstétricas y 132 camas pediátricas, lo que da un gran total de 630 camas. (VÁSQUEZ, 1980:13)

Se componía de una serie de cuerpos organizados entorno a un eje central de circulación, en cuyos extremos se situaba el edificio hospitalario preexistente, y en el otro extremo el nuevo volumen del consultorio externo y el edificio de hospitalización con los pabellones y cirugía distribuidos en cinco plantas. La circulación central abierta, pero cubierta, encadenaba los demás bloques de una planta y los alternaba con jardines. La construcción de la obra disfrutó de la singularidad de que pudieron utilizar materiales de calidad importados a bajo costo debidos a las exenciones tributarias a las importaciones con la que contaba esa ciudad. La estructura de los pabellones fue de hormigón armado en lo que el arquitecto Vásquez denominó una solución elástica, o sea sin muro estructurales en los interiores de modo a permitir realizar modificaciones del programa interior con facilidad.



El lenguaje del nuevo Hospital quedó definido principalmente por la expresión de grandes aleros curvados que se proyectan y elevan, coronando como una cornisa, la mayoría de los bordes superiores de los volúmenes más elevados del edificio del consultorio y auditorio, a los que se suman los antepechos rectos y curvados, todos en hormigón armado a la vista del volumen de fachada, intersectados perpendicularmente por vigas en voladizo, haciendo un claro homenaje a la arquitectura brutalista japonesa.

Breve conclusión

A modo de conclusión, el proceso es complejo y repleto de vitalidad, con equipos de trabajo ambiciosos y con voluntad política. La ruta de los equipos de arquitectos, liderados por un amplio espectro de arquitectos vinculados a las instituciones de salud, como Mauricio Aubert, Oscar Oyaneder, Clodomiro Valdivia, Fernando Devilat, Javier Rast, Luis Zorzi, Alfredo Celedón, Hernán Aubert, Frank Fones y Eduardo Vásquez, entre otros, encontraron en diversos lugares de Chile, sitios donde aplicar nuevos modelos arquitectónicos que estaban alineados con los avances científicos de su época. Las ciudades puerto del norte chileno, conjugaban migraciones, adversidad y modernidad en ambientes extremos, por lo que estas obras se plantearon desafiantes y experimentales.

Además, mediante el estudio de los procesos se revela la evolución de las instituciones del Estado en torno a la salud, y la fundamental acción de los arquitectos, y de las necesarias especializaciones y actualizaciones que conectaban las resoluciones arquitectónicas con el estado el arte en cuanto a las configuraciones adecuadas a la definición de los espacios modernos de la salud.

Referencias:

ALLENDE, S. **La realidad médico-social chilena (síntesis)**. [Santiago]: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939.

AMORA, A. A formação do campo da arquitetura hospitalar no Brasil. En: **A modernidade na arquitetura hospitalar**. Rio de Janeiro: PROARQ, en prensa.

ARQUITECTURA Y ARTE DECORATIVO. Santiago de Chile: Asociación de Arquitectos de Chile, 1929-1931.

AUBERT, M. Nuestros hospitales modernos. **Revista de Beneficencia Pública**, tomo 4, nº1, p.3-17, marzo de 1920.

BRAVO, A.L. Development of medical care services in Latin America. **American Journal of Public Health**, vol. 48, nº4, p.434-447, abril de 1958.

CALCAGNO, S.; VÁSQUEZ, J. (ed.). **Historia de la medicina en Iquique y Tarapacá**. Iquique: S/E, 2018.

CELEDÓN, A.; MÁRQUEZ, J. Aproximaciones a la arquitectura de la salud. **CA (Ciudad y Arquitectura)**, nº26, p.4-7, mayo 1980.



CHILE. Mensaje de S.E. el Presidente de la República don Juan Antonio Ríos: en la apertura de las sesiones ordinarias del Congreso Nacional. Santiago de Chile: Imprenta Fiscal de la Penitenciaría, 1943.

CHILE. Mensaje de S.E. el Presidente de la República don Gabriel González Videla: al Congreso Nacional al inaugurar el período ordinario de sesiones. Santiago de Chile: Imprenta Fiscal de la Penitenciaría, 1952.

CRÓNICA: Maternidad de Iquique. **Revista de Beneficencia Pública**, tomo 7, nº3, p.482, septiembre de 1923.

DIA NACIONAL del hospital: Iquique. **Revista de Asistencia Social**, Tomo 6, nº 4, p.477-483, diciembre de 1937.

ELIASH, H.; MORENO, M. **Arquitectura y modernidad en Chile, 1925-1965: una realidad múltiple**, Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1989.

EL DIARIO ILUSTRADO. Santiago de Chile, enero de 1940.

ESCOBAR, A. (Ed.). **Álbum de Arquitectura de la Universidad Católica de Chile. II Congreso Pan-Americano, 1923-1924**. Santiago de Chile: Imprenta La Ilustración, 1923.

ESPINOZA, A. De la beneficencia a la salud pública. **Revista de Estudios Cotidianos NESOP**, vol. 3, nº1, p.207-236, 2015.

GALENO-IBACETA, C. Conexiones y migraciones del sistema de pabellones en hospitales de Chile. Anticipaciones: el Hospital del Salvador de Antofagasta. En: González Servín, María Lilia (coord.), et al. **Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina, volumen 1**. México: UNAM, p.103-120, 2014.

GONZÁLEZ, I. La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile. **Revista de Asistencia Social**, tomo 13, nº3-4, septiembre-diciembre 1944, p.346-380.

JOHN SIMON GUGGENHEIM MEMORIAL FOUNDATION. Fernando Devilat Rocca. **John Simon Guggenheim Memorial Foundation**, 2018, Disponible en: <<https://bit.ly/2U9FwJ9>>. Acceso en 27 de febrero de 2019.

LA CONSTRUCCIÓN de un nuevo hospital se iniciará en breve [entrevista a Alfredo Celedón]. **El Mercurio de Antofagasta**, p.1, martes 12 de enero de 1960.

MARTIN, F.H. (A) The hospital situation in South America. With notes by: W. J. Mayo, Thomas J. Watkins, Francis P. Conigan. **The Modern Hospital**, vol. XVIII, p.13-18, enero 1922.

MARTIN, F.H. (B) **South America from asurgeons's point of view**. Introduction by William J. Mayo. New York: Fleming H. Revell Company, 1922.

MUÑOZ, E. **Las sociedades anónimas de edificación y renta: La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios**. En: Universidad de Chile, et al. **Memorias de Licenciados Derecho Comercial**. Vol. XXVII, Tomo 2. Santiago: Ed. Jurídica de Chile, p.119-126, 1953.

NELSON, P. Una adaptación de los planos tipo norteamericanos. El Hospital de Sanint-Lo. **La Arquitectura de Hoy**, nº13, p.45-60, 1948.

NUESTRO PROGRAMA. **Revista de Beneficencia Pública**, tomo 1, nº1, p.1. 1917.



REVISTA DE ASISTENCIA SOCIAL. Santiago de Chile: Asociación Chilena de Asistencia Social. Tomo 9, nº2-3, junio-septiembre de 1940.

OYANEDER, O. Las nuevas maternidades, **Revista de Beneficencia Pública**, Tomo 8, nº1, p.1-14 marzo de 1924.

OYANEDER, O; CARRERA, J. Extensión en altura en la edificación hospitalaria, su influencia económica desde el punto de vista constructivo y administrativo, **Revista de Asistencia Social**, Tomo 2, nº 1, p.86-94, marzo de 1933.

SOCIEDAD CONSTRUCTORA DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS S.A. Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. **CA (Ciudad y Arquitectura)**, nº26, p.12, mayo 1980.

VALDÉS VALDÉS, I. Estudio de la organización definitiva de la Beneficencia Pública. - Conveniencia de crear un Consejo Central. **Revista de Beneficencia Pública**, tomo 1, nº1, p.2-6, septiembre de 1917.

VARGAS, L.; OYANEDER, O. Progresos de la edificación hospitalaria en el país. **Revista de Beneficencia Pública**, tomo 7, nº1, p.158-187, marzo de 1923.

VÁSQUEZ, E. Hospital Dr. Juan Noé, Arica. **CA (Ciudad y Arquitectura)**, 26, pp.13-14, mayo de 1980.