



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Arquitectura

Arquitectura Hospitalaria en Morelia. 1901-1965.

Tesis que para obtener el grado de Licenciado en Arquitectura presenta:
Eder García Sánchez

Directora de tesis:
Dra. Catherine R. Ettinger Mc Enulty

Morelia, Mich., Enero 2010

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por el apoyo otorgado para la realización del presente trabajo, bajo el proyecto 105136 “*Arquitectura hospitalaria en Morelia (1901-1965)*”.

A la Coordinación de la Investigación Científica de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por el apoyo otorgado bajo el proyecto 17.3 “*Modernidad y tradición en el espacio construido en México*”.

A mi directora de tesis la Dr. Catherine Rose Ettinger Mc Enulty, por toda su ayuda, sus consejos y su orientación durante la realización del presente trabajo, pero sobre todo, gracias por la confianza brindada en todo este tiempo.

A mis sinodales, el Dr. Salvador García Espinosa y el Dr. Héctor González Licón por el tiempo dedicado en la revisión del presente trabajo, gracias por los consejos compartidos.

A mis padres, Cirila Sánchez y Prisciliano García, mis maestros de vida, no tengo palabras suficientes para agradecerles, a ellos les debo todo, este trabajo es por ellos y para ellos, gracias por darme la vida pero sobre todo por enseñarme a vivirla plenamente.

A mis hermanos, Silvia, Eloy, Sandra, Prisciliano, Graciela, Fany y Gustavo, mis eternos compañeros y siete grandes ejemplos a seguir, gracias por toda una vida juntos y por estar siempre cuando los necesito.

A mis compañeros, Arturo, Iván y Hugo, amigos incondicionales y un fuerte apoyo a través de esta carrera y fuera de ella, gracias por todos los buenos momentos.

A Luisa, una excelente amiga y una mejor persona, gracias por todos los consejos, por toda la ayuda y por siempre creer en mí.

A todas las personas que de algún modo contribuyeron para que este trabajo fuera una realidad. Un agradecimiento especial a Sor María de Lourdes Colín Correa, a la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, a la Sra. Julia Ramírez Soriano, a la C.P Berenice Ileri Saucedo Moreno, a la Sra. María Martha Zavala Moreno, al Sr. Juan de Dios Fuentes Torres, al Ing. Manuel Carlos Aguilar Magaña y al Ing. Francisco Valdez Granados; a todos ellos, gracias por su tiempo y su ayuda.

ÍNDICE

Introducción.	1
<i>PRIMERA PARTE. HISTORIA DEL HOSPITAL EN MÉXICO</i>	
• Introducción	6
I) Antecedentes del hospital en México y las nociones de salud.	
• Introducción.	8
• La época prehispánica. Los primeros espacios para el cuidado de la salud.	10
• El virreinato. La labor hospitalaria como factor de evangelización.	16
II) El hospital en el México liberal y el razonamiento científico de los conceptos de salud.	
• Introducción.	33
• Siglo XIX y porfirismo. La refuncionalización de edificios.	34
• El México posrevolucionario. Los nuevos hospitales modernos.	48
• El Seminario de Arquitectura Nosocomial de 1943. El hospital edificio y el hospital institución.	65
<i>SEGUNDA PARTE. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN MORELIA</i>	
• Introducción	78
III) El hospital en Morelia. Las instituciones públicas de salud.	
• Introducción.	83
• Hospital General de Michoacán (1901).	84
• Hospital Civil de Morelia (1956).	104
• Clínica de Salubridad (1956).	130
• Hospital Psiquiátrico (1958).	147
IV) El hospital en Morelia. Las instituciones de iniciativa privada.	
• Introducción.	167
• Sanatorio La Luz (1953).	168
• Hospital de Nuestra Señora de la Salud (1952).	186
• Sanatorio La Inmaculada (1949).	215
V) Arquitectura hospitalaria y conceptos sobre la salud. Reflexiones finales.	228
Bibliografía.	240

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El presente trabajo parte del proyecto de investigación *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, dirigido por la Dra. Catherine R. Ettinger Mc Enulty, con la colaboración de investigadores y alumnos de la División de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, así como pasantes de Arquitectura de la misma facultad que prestan su servicio social, todo esto con el apoyo del CONACYT-Gobierno del Estado de Michoacán a través de los Fondos Mixtos para la investigación, referencia 64469.

La temática del presente trabajo consiste en mostrar los resultados de una investigación realizada así como el análisis de los principios de la modernidad en la arquitectura de Morelia reflejada y ejemplificada en el sector salud con los hospitales y clínicas construidos durante la primera mitad del siglo XX que es cuando, mediante las tendencias porfiristas y la influencia de la arquitectura europea y en gran medida de la arquitectura norteamericana, se da esta tendencia modernista en México.

El trabajo no se limita a una recopilación de ejemplos representativos de la arquitectura hospitalaria en Morelia como lo indica el tema, sino que pretende analizar, a través de estos ejemplos, cómo las ideas y el conocimiento de la medicina, mediante su evolución y desarrollo conllevan a que la arquitectura y por ende los espacios arquitectónicos evolucionen a la par de las necesidades que requieren satisfacer.

Sería una investigación bastante extensa si se analizara este tipo de arquitectura desde que comienza el movimiento moderno en Morelia hasta nuestros días, es por eso que se ha tomado como delimitante temporal de los años 1901 a 1965. En el año 1901 se inaugura en la ciudad de Morelia el Hospital General de Michoacán diseñado por el ingeniero Manuel Barrios, siendo este de los primeros hospitales en adoptar la distribución mediante el sistema de pabellones aislados para el tratamiento de distintos pacientes y sus diversas enfermedades;¹ mientras que por otro lado se toma como limitante el año de 1965 por ser en esta época aproximada la que se puede tomar como el cierre de la primera modernidad en Morelia, a pesar de que el último edificio analizado corresponde al Hospital Psiquiátrico correspondiente al año de 1958; pasando, además de estos dos ejemplos, por otros cinco edificios más, entre ellos el Hospital Civil de Morelia inaugurado en 1956 y el cual constituye la primera gran obra hospitalaria a nivel estatal de la época moderna, que corrió a cargo de los ingenieros Rodríguez Soto,² personajes importantes en la arquitectura hospitalaria de la época y responsables de varios edificios representativos de este género.

El tema no es del todo nuevo, como ya se mencionó parte de una investigación más general y existe material de consulta, libros como el de *Historia de la Medicina en Michoacán*³ o *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*,⁴ o tesis de maestría de la propia Facultad de Arquitectura como *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*,⁵ todos ellos entre otros contribuyen al tema analizando lo que es la medicina, los hospitales y el movimiento moderno en Morelia, pero lo que se pretende lograr con este trabajo, además del estudio de estos aspectos es tener un registro completo de los hospitales, sanatorios y clínicas más importantes y representativos de la época en cuestión.

¹ Melchor Ocampo Manzo, *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1985, p. 73-74.

² Catherine R. Ettinger Mc Enulty, “Las prioridades de la posrevolución: educación y salud en Morelia, 1926-1961”, en Marco Tulio Peraza Guzmán (coord.), *La memoria inmediata: patrimonio siglo XX*, Mérida, Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán, 2007, p. 56.

³ Nicolás León, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1984, 207 pp.

⁴ Melchor Ocampo Manzo, *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1985, 355 pp.

⁵ José Manuel Rosales Mendoza, *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008.

Objetivo General

El principal objetivo del presente trabajo es realizar una investigación detallada de algunos de los edificios más importantes de la Arquitectura Hospitalaria durante el movimiento moderno en la ciudad de Morelia, que mediante la recopilación de datos y registros históricos, fuentes orales, material fotográfico y realización de los planos y dibujos correspondientes, sean de utilidad a las personas y/o instituciones que requieran de dicha información.

En 1895 se dictó un acuerdo para que en todo edificio público se abriera un libro que llevara su historia,⁶ más de cien años después y habiendo sido declarada la ciudad de Morelia como Patrimonio Cultural de la Humanidad, los registros de los edificios que la componen son de gran importancia para conocer su historia pero sobre todo para que en un futuro se conozca otra parte de su pasado a la que hoy llamamos presente.

Objetivos Específicos

- Analizar la etapa de modernidad en la arquitectura de la ciudad de Morelia en la primera mitad del siglo XX, enfocado específicamente en hospitales, sanatorios y clínicas, analizando cuales fueron sus orígenes e influencia.
- Estudiar el funcionamiento de los hospitales, sanatorios y clínicas en la ciudad de Morelia durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 1901-1965, que permitan comprender su desarrollo y evolución a la par de la disciplina médica, tomando de ejemplo algunos de los edificios representativos de la época.
- Recopilar para cada uno de los edificios seleccionados los datos históricos obtenidos mediante consulta bibliográfica y entrevistas a personas que puedan aportar datos fidedignos de la historia de los edificios en cuestión, captura de

⁶ Melchor Ocampo Manzo, *op.cit.*, 1985, p. 27.

imágenes de la época obtenidas en libros o periódicos así como fotografías del estado actual de los edificios, y la realización de los planos y dibujos correspondientes a través de la facilitación de la planimetría de la época o en su defecto realizar los levantamientos correspondientes complementado con los datos históricos recabados.

- Realizar la reconstrucción hipotética del proyecto original de los edificios analizados en base a los datos antes mencionados, en el caso de los edificios de los cuales no se pueda encontrar la planimetría original.
- Crear un material que sirva de consulta para las personas y/o instituciones que lo requieran y para los propósitos pertinentes.

Justificación

La importancia de este proyecto radica principalmente en un aspecto, la historia, la que forma parte de nuestro pasado y la que forjamos en el presente. Respecto a la primera, como seres humanos vivimos de nuestra historia; “hay que conocer el pasado para entender el presente”, es una frase que resume perfectamente el propósito de un trabajo de investigación de este tipo en el que mediante al análisis de ciertos datos históricos particulares nos damos cuenta de las situaciones y los aspectos que dieron como resultado lo que tenemos actualmente, en este caso, por qué los edificios que se van a estudiar fueron diseñados de la manera en que están, qué situaciones dieron como resultado los cambios que han sufrido a través del tiempo y cómo es que sabemos los datos que tenemos sobre ellos.

En relación al segundo aspecto de la historia y como ya se ha mencionado anteriormente, es de gran relevancia el contar con un registro completo y fidedigno de los edificios representativos de la ciudad, tanto para archivar la información histórica como para que esta sea utilizada por personas, instituciones o dependencias de la manera que consideren pertinente, como por ejemplo, para la protección o restauración de los edificios que así se requiera.

Como ya se mencionó en un principio, este trabajo parte de otro proyecto de investigación y se complementa con él, así mismo este trabajo busca servir de complemento a ese proyecto y en lo posible servir de complemento o consulta para otros proyectos a futuro.

Metodología

La metodología de este proyecto consiste en la consulta de revistas, tesis y libros especializados, periódicos y publicaciones de la etapa en cuestión, entrevistas y consultas a personas que puedan aportar datos fidedignos de la época y los edificios correspondientes, visitas de campo a los edificios elegidos para la investigación con el propósito de localizar a personas que puedan colaborar con la investigación, realizar observaciones y apuntes necesarios, tomar las fotografías pertinentes, de ser posible conseguir los primeros planos o dibujos del edificio o en su defecto realizar el levantamiento correspondiente de cada edificio complementado con información que pueda ser proporcionada por las personas que están o en algún momento estuvieron involucradas en el lugar. Contando con la información necesaria se procederá a ordenar la misma así como el resto del material, digitalizar los planos de los edificios elegidos, realizar los dibujos y esquemas necesarios y redactar el resultado del proyecto.

The background is a soft, light-colored gradient. A large, dark, curved, glowing shape, resembling a stylized letter 'C' or a ribbon, is positioned in the lower half of the page. It has a gradient from black to a vibrant magenta/pink. The shape is surrounded by several thin, translucent, curved lines that follow its path, creating a sense of motion and depth.

Primera Parte. Historia del Hospital en México.

“Un hospital no es solo un edificio y su historia condiciona en gran parte sus posibilidades y sus limitaciones”.

PRIMERA PARTE

HISTORIA DEL HOSPITAL EN MÉXICO

Introducción

La arquitectura hospitalaria históricamente ha sido una de las más cambiantes; cambia de acuerdo a su tiempo, a su ubicación, a la cultura de la sociedad que la demanda, a las enfermedades que aquejan determinado lugar en determinada época y a la manera de afrontar dichas enfermedades por parte de las instituciones o individuos encargados de tratarlas; cambia, en pocas palabras, de acuerdo al contexto global en el que se crea, se desarrolla e inevitablemente evoluciona.

Del mismo modo la arquitectura nosocomial así como la arquitectura en general son el reflejo mismo de ese contexto y de esa sociedad a la que representan. Al respecto de ambas cuestiones son varios autores los que pueden ser citados dando su punto de vista al respecto.

Federico Ortiz Quezada menciona: “La salud y las organizaciones médicas reflejan la estructura socioeconómica de su momento histórico. De esta manera cada civilización crea una patología y una respuesta a la misma que le sean propias.”¹

En el libro del hospital moderno se habla de que: “Las condiciones que constituyen el ambiente del hospital son constantemente objeto de modificación; los cambios sociales, el

¹ Ortiz Quezada, Federico, *Hospitales*, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000, p. 157.

crecimiento de la población, los descubrimientos científicos dan lugar a nuevas demandas que el hospital ha de satisfacer.”²

Guillermo Fajardo Ortiz nos dice: “La evolución de la medicina mexicana siguió un proceso paralelo al de la ideología cultural que se desarrollo en el país.”³

En los tres casos hay una constante, la arquitectura hospitalaria, como el resto de la arquitectura, debe cumplir con una función temporal y espacial, reflejando así el contexto en el que se desarrolla; así mismo la arquitectura hospitalaria es cambiante, evoluciona de acuerdo a su tiempo, a las necesidades que se demandan y sobre todo evoluciona de acuerdo a la ciencia médica a la que sirve, no se puede entender un hospital sin la medicina y por lo tanto debe ir a la par de esta.

En el caso de México, la arquitectura hospitalaria refleja perfectamente la cuestión cultural e ideológica que mencionan estos tres autores en sus libros, ya que, a través de la historia los nosocomios han estado fuertemente influenciados por ideologías extranjeras, desde las costumbres españolas adoptadas durante la conquista hasta la adopción de los modelos norteamericanos en las primeras décadas del siglo XX, pero en todo momento haciendo de todos esos modelos y teorías una amalgama cultural e ideológica que conlleva en una arquitectura propia con la que se puede sentir identificado.

El presente trabajo comprende dos partes principales, en esta primera se contempla un análisis de los antecedentes del hospital en México, lo cual nos da una idea inicial de lo que ha sido la arquitectura nosocomial en México así como los conceptos que durante distintas épocas se tuvieron sobre la salud, el hospital, la enfermedad y el paciente; así como la forma de tratar a estos dos últimos y la manera de diseñar los edificios y en particular cada uno de espacios necesarios para cumplir cabalmente con las funciones requeridas. Desde los conceptos de salud del México prehispánico hasta los hospitales modernos de la primera mitad del siglo XX y la ya mencionada amalgama ideológico-cultural que se da en ese lapso de tiempo, lo que forma la base de la arquitectura hospitalaria moderna en México.

² *El libro del hospital moderno*, Chicago, Illinois, The Modern Hospital Publishing Company, Inc., 1940, p. 8.

³ Fajardo Ortiz, Guillermo, et al, *Centenario del Hospital General. Historia de la medicina mexicana*, Barcelona, España, Lunwerg Editores, 2004, p. 20.

CAPÍTULO I
ANTECEDENTES DEL HOSPITAL EN MÉXICO
Y LAS NOCIONES DE SALUD

Introducción

Para entender los antecedentes del hospital en México y en general de los espacios destinados a tratar el tema de la salud humana a lo largo de la historia de México, primeramente se debe tener en cuenta que, la evolución de este género arquitectónico ha ido siempre acompañada de los avances y los descubrimientos que la ciencia médica ha aportado al tratamiento, cuidado y prevención de la salud a lo largo de la historia de la humanidad, pero no solo entendiendo como ciencia médica a los conceptos contemporáneos que se tienen sobre este tema, sino además contemplando y analizando las ideas, costumbres y creencias que se han tenido a través del tiempo acerca del tratamiento de los padecimientos humanos.

Al respecto, son varios los autores sobre los cuales se estudiará y comentará en el presente trabajo, los cuales hablan sobre la influencia y la importancia que desempeña el contexto de un edificio en el diseño, construcción y desarrollo del mismo, ya que éste no puede considerarse aislado de su periodo temporal así como de su entorno, cultural, social, político, geográfico, físico, etc. Como lo menciona José Villagrán García: “.....toda la arquitectura se ubica cual si fuere un punto matemático por medio de dos coordenadas: la

del espacio geográfico y la del tiempo histórico....”¹ He aquí la importancia del análisis de los edificios tomando en cuenta su ubicación temporal y espacial y en base a ello entender lo que motivó ciertas respuestas arquitectónicas a un problema establecido en una época y un lugar determinados. En el caso de los hospitales y la salud, Federico Ortiz Quezada menciona al respecto que:

“La medicina, que trata de la salud y la enfermedad humanas, ha seguido un camino que va del saber parcial o de la ausencia del saber hacia el saber completo, aglutinando más que rechazando el conocimiento previo. Este devenir ha estado ligado siempre a las ideologías y acontecimientos de una época determinada, de tal forma que los conceptos están relacionados en forma coherente con el contexto en que se desarrollan”.²

De tal manera que, los conceptos de salud y medicina que evolucionan a través del tiempo permiten que esta evolución se traslade a los espacios y los edificios donde se desarrollan estas actividades, esto aunado a los diversos contextos donde éstos se desarrollan da como resultado una constante variable en la arquitectura hospitalaria a través de la historia de México y del mundo.

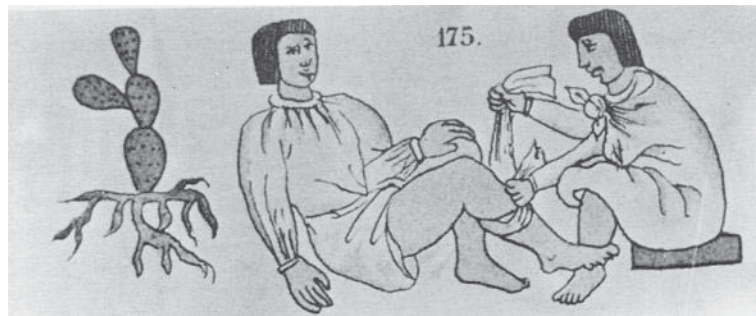
En éste primer capítulo se pretende analizar los primeros conceptos de salud y las primeras manifestaciones arquitectónicas en materia hospitalaria que se dieron en México, desde la época prehispánica y durante la etapa del virreinato donde se da una interesante mezcla cultural e ideológica, de tal manera que en base al estudio comparativo de la opinión de diversos autores se pueda hacer un juicio propio de lo que fueron los primeros nosocomios en México así como los conceptos que llevaron a su construcción para así finalmente poder hacer un comparativo con las ideologías posteriores y los hospitales contemporáneos.

¹ José Villagrán García, *Teoría de la Arquitectura*, México, D.F., Instituto Nacional de Bellas Artes, Dirección de Arquitectura y Conservación del Patrimonio Artístico Nacional, 1983.

² Federico Ortiz Quezada, *Hospitales*, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000, p. 2.

La época prehispánica. Los primeros espacios para el cuidado de la salud

La evolución en los edificios de arquitectura hospitalaria es un reflejo de la evolución social del lugar en el que se ubican. En el caso particular de México tenemos que en un principio el concepto que regía las ideas de salud y enfermedad en el México prehispánico era el de la espiritualidad, durante el virreinato fue el concepto de caridad, y posteriormente en el México liberal el concepto fue el de beneficencia; al respecto Federico Ortiz también hace mención que: “es imposible aislar a la medicina de su marco cultural; ligada a la cultura de los pueblos y su función práctica se ha manifestado en diversas formas, la magia, la espiritualidad, la doctrina, la herbolaria, etc.”³



1.01 Tratamiento de las fracturas entre los mexicanos, según el códice Florentino. Viñeta 175 del libro X. Fuente: Nicolás León, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Para entender mejor la relación del edificio con su contexto es preciso mencionar el concepto de historia, a la que el *Diccionario de la Lengua Española* menciona en una de sus definiciones como “Conjunto de los sucesos o hechos políticos, sociales, económicos, culturales, etc., de un pueblo o de una nación”; y es precisamente estos hechos lo que determinan los conceptos de salud-enfermedad que se han tenido en los diversos pueblos y culturas a través del tiempo y que determinan, entre otras cosas, la arquitectura propia para satisfacer tal necesidad, así como las posibilidades, alcances y limitaciones. Los hechos históricos nos hablan de contextos pasados y es el contexto el que influye fuertemente en la concepción y el diseño de los espacios que la sociedad requiere.

³ *Ibidem*, p. 3.

Así mismo, cabe mencionar que, dentro de ese conjunto de sucesos o hechos va implícito otro concepto, el de globalización, distante de la connotación actual de la palabra y entendiéndola como un flujo de ideales y costumbres que dan lugar a concepciones mixtas; el más claro ejemplo de esto es la que se dio tras la conquista de América; en este caso en particular, la mezcla cultural e ideológica que se dio entre españoles y mesoamericanos y la influencia que los primeros ejercieron en varios aspectos que determinaron parte de la ideología del virreinato, así como previamente las influencias romana y árabe en España y su ideología entre otros aspectos; todo esto nos da un panorama de que los conceptos que se tienen, en este caso los conceptos de salud en México, no son el resultado de una sola fuente o raíz, sino que son el parte de un proceso histórico global resultado de una serie de factores que intervinieron en él.⁴

De este modo partimos de la época del México prehispánico y de los conceptos que se tenían sobre la salud y la enfermedad. Al respecto de esta dualidad salud-enfermedad, como muchas otras, el ser humano las construyó a partir de ciertos criterios para así poder explicar el mundo que lo rodea y su interacción y permanencia en él.⁵ Pero para entender la ideología prehispánica hay que entender los conceptos que manejaban, los cuales no variaban mucho entre las culturas del México prehispánico; por ejemplo, entre los aztecas a los médicos en general se les conocía como *Ticitl*. Estos médicos debían manejar tanto aspectos medicinales como sobrenaturales, sus habilidades debían servir tanto para curar a los enfermos mediante técnicas operatorias como sus oraciones y conjuros para exorcizar a los malos espíritus, practicaban tanto la medicina como la cirugía y tenían conocimientos sobre plantas medicinales.⁶ Aún así podemos dividir a estos médicos en grupos:

- Los médicos empíricos, el grupo más numeroso, encargado de transmitir las prácticas y conocimientos, se proponían a obtener nuevas alternativas y conocimientos médicos. Los médicos hechiceros tenían un amplio conocimiento sobre diversas técnicas sanatorias, habilidades operatorias, de oración y conjuros,

⁴ F. González, *et al*, *Los hospitales a través de la historia y el arte*, Barcelona, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., 2004, p. 15.

⁵ Alba María Luna Pérez, *Salud y enfermedad entre los tarascos del siglo XVI*, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, Vol. 9, Núm. 1, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, marzo 2006, p. 8.

⁶ Federico Ortiz Quezada, *op.cit.*, p. 31.

herbolarias, minerales y espirituales, utilizaban tanto la “magia blanca” como la “magia negra”, es decir, eran aptos tanto para sanar como para enfermar.

- Los médicos sacerdotes, especializados en tratar los males que se creían eran enviados por la deidad a la que servían; por ejemplo, los que servían a *Tlaloc* (dios de la lluvia y la fertilidad) se encargaban de tratar la hidropesía (retención de líquido en los tejidos) y a los quemados por un rayo; los que servían a *Ehécatl* (dios del viento) trataban la tortícolis y las reumas; los servidores de *Xipe Tótec*⁷ trataban enfermedades de la piel; y los que servían a *Tezcatlipoca* (dios de la noche y de la magia) cuidaban a los dañados por epidemias y la locura.⁸



1.02 Altar ritual en donde los curanderos del México antiguo dedicaban sus conocimientos medicinales, de herbolaria y sobrenaturales a sus deidades patronas.

Fuente: Sala Mexica, Museo Nacional de Antropología, México, D.F., 2009.

Fotografía: Eder García Sánchez.

En el caso de los purépechas había un claro conocimiento del organismo humano lo cual les permitía manejar varios conceptos de salud:⁹

⁷ Xipe Tótec es el dios de la agricultura, la fertilidad y el ciclo vida-muerte-resurrección, su nombre significa “Nuestro Señor, el Desollado”, debido a que se quitó la piel para alimentar a la humanidad. Los sacrificios a este dios implicaban despellejar cuidadosamente a los esclavos produciendo una piel casi entera que era usada por los sacerdotes durante los rituales de fertilidad subsiguientes al sacrificio.

⁸ Federico Ortiz Quezada, *op.cit.*, p. 31-32.

⁹ Alba María Luna Pérez, *op.cit.*, p. 7.

- *Vraquan piquareraquan* (sentirse bien), al que identificaban como el estado natural del organismo exento de malestar y dolor.
- *Vraquan piquarerani* (salud), cuando un individuo gozaba de salud mental y física.
- *Pamenchaqua* (enfermedad), cuando se tenía una sensación de malestar ajena al cuerpo que alteraba el estado natural, el bienestar corporal, mental, individual y social del individuo; y por último el concepto de paciente.
- *Uingatsquareni, tecauanstani* (paciente), dada esta categoría al que tenía algún sufrimiento así como el que tiene paciencia, ánimo y esfuerzo para esperar la cura.

Entendiendo estos conceptos, los purépechas tenían claro lo que representaba la salud, no solo para el individuo sino también las repercusiones que traía para la comunidad el que un miembro de ella no pudiera realizar correctamente su función social por la carencia de un buen estado físico. Si bien es cierto para los purépechas y en general para las culturas prehispánicas de México el cuidado de la salud se basaba en un sentido espiritual no se trataba únicamente de un aspecto sobrenatural de hechicería o poder divino, también estaba el contacto con la naturaleza y la fe en lo que ésta podía ofrecer al hombre. En el caso de los purépechas había dos clases de médicos:¹⁰

- Los *Siquame* (el hechicero), quienes practicaban únicamente usando actos de magia y hechicería, se les atribuían poderes sobrenaturales y es por eso que incluso eran temidos pues se creía que podían utilizar sus habilidades mágicas no solo para curar enfermedades sino también para provocarlas.
- Los *Xurhime o Xurhica* (el médico), los que curaban aplicando hierbas, minerales o sustancias animales, además de esto se decía que curaban mirando el agua, esta habilidad se utilizaba para solucionar otro tipo de dificultades, por ejemplo, para el arreglo de disturbios matrimoniales.

Como se puede apreciar, las técnicas curativas eran variadas en la época prehispánica, sin embargo, los espacios destinados exclusivamente para el tratamiento y cuidado de la salud eran escasos, debido a que no se requería de algún equipamiento especial en el inmueble, los tratamientos se hacían en las mismas viviendas. Respecto a éstas, cumplían con el

¹⁰ Nicolás León, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1984, p. 82.

entendemos que el hospital se refiere a un lugar que brinda atención o ayuda a un extraño, o mejor dicho, a un conjunto de extraños. De este modo, para que en una sociedad existan hospitales la asistencia a un grupo de extraños debe ser necesaria, útil y socialmente valorada.¹⁴ Lo más resaltante de este punto es la idea de que para que un hospital exista y sea valorado debe de cumplir con una función social, idea que con el paso de los años y a través de la historia sería reafirmada.

Sin embargo estos hospitales del México prehispánico eran escasos y solamente se encontraban en las grandes ciudades. Moctezuma II mandó construir dentro del complejo del palacio imperial una casa a manera de albergue para la asistencia de los viejos y los que padecían enfermedades incurables o extraordinarias.¹⁵ Además de este recinto tenía un hospicio anexo al Templo Mayor y junto al mismo templo había un edificio llamado *Netlatiloyan* consagrado al dios *Nanahuatl* (patrón de las enfermedades de la piel), en donde se recogían a los leprosos, como lo señala Francisco de Asís Flores y Troncoso.¹⁶

Así mismo señala que los aztecas tenían hospitales que sostenían mediante el sobrante de los diezmos destinados para el culto de los dioses, estos hospitales su localizaban en México, Cholollan y, como ya se mencionó, en las grandes ciudades y hasta donde alcanzaba la beneficencia. En Tenochtitlán había hospitales para los viejos y los enfermos, en Culhuacan, Moctezuma II estableció un hospital para inválidos para militares y civiles servidores al Imperio, sostenido por el Estado; por último, en Texcoco había otro hospital de esta clase, sostenido por los reyes chichimecas.¹⁷

A pesar de que en la época prehispánica se tenían varios conceptos de salud y de cómo tratar los padecimientos humanos es posible que, además de su preocupación por del cuidado de la salud, lo que se buscara, más que salvaguardar la integridad física del individuo fuera cuidar los intereses comunitarios, ya que, si un individuo no puede desempeñar completamente su función social, al ser parte de ésta, afectaba los intereses y el desarrollo de la sociedad; tal como lo menciona José Rogelio Álvarez Noguera:

¹⁴ *Ibidem*, p. 16.

¹⁵ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 37.

¹⁶ Federico Ortiz Quezada, *op.cit.*, p. 35.

¹⁷ *Ibidem*, p. 35-36.

“Los conceptos de bienestar y salud se encuentran presentes en la historia de la arquitectura mexicana desde tiempos remotos; aunque es probable que ninguna de las dos ideas haya estado particularmente relacionada con la intención expresa de abordar la cura de enfermedades o el hospedaje de menesterosos, puede considerarse un hecho que se convirtieron en símbolos de estabilidad y progreso”.¹⁸

Idea que con el tiempo lejos de desaparecer continuaría formando parte de los conceptos de salud sociales, buscar no solamente el bienestar individual sino con esto, lograr así el bien comunitario.

El virreinato. La labor hospitalaria como factor de evangelización

Los hospitales novohispanos, como su nombre lo indica, surgieron a partir de la fundación que hace España de ellos en sus nuevos territorios, la Nueva España, imponiendo así en gran medida sus costumbres, sus ideas, sus conocimientos, entre ellos los constructivos. Esto es una idea lógica pero, así como en un principio y en gran medida todo este cambio radical que surge en el territorio americano es por los españoles, entonces, es evidente que las ideas y el conocimiento español también provienen de algún otro lugar. En Europa, antes de que iniciara la exploración y conquista de América, estaba concluyendo un periodo muy importante, la Edad Media; de gran influencia para el territorio europeo, sin embargo en España tuvo una peculiaridad, como ya se mencionó antes tuvo la influencia no solo de los romanos que formaron su imperio por todo el continente europeo además de territorios asiáticos y africanos, sino que además tuvo la influencia de los árabes y los moros.¹⁹

El hospital medieval podría decirse que tiene su origen a finales del siglo IV, mediante la transformación que la iglesia católica hizo de los albergues para peregrinos. En algún momento la función de estos albergues pasó de únicamente dar asilo y resguardo, a dar apoyo a personas enfermas. Sin embargo esta ayuda no era la atención médica que se

¹⁸ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 30.

¹⁹ Guillermo Fajardo Ortiz, *et al*, *Centenario del Hospital General. Historia de la medicina mexicana*, Barcelona, España, Lunwerg Editores, 2004, p. 23.

requería; al igual que la función de asilo, el apoyo médico fue solamente caridad que se le brindaba al desfavorido. Así, la forma de afrontar y tratar a los enfermos no se hacía mediante procedimientos médicos sino consistía únicamente en la práctica de la oración y el deseo de la intervención de un poder divino y su compasión por los fieles enfermos.²⁰ Siendo una cuestión de caridad, compasión divina y misericordia, los hospitales medievales se fundaron bajo el amparo de las órdenes religiosas, las hermandades y las cofradías, es aquí donde radica el origen de las primeras instituciones de este tipo en la Edad Media;²¹ aunque aún lejos del concepto de hospital que se conoció algunos siglos después, si representa el primer paso para los centros de cuidado y atención para personas enfermas.

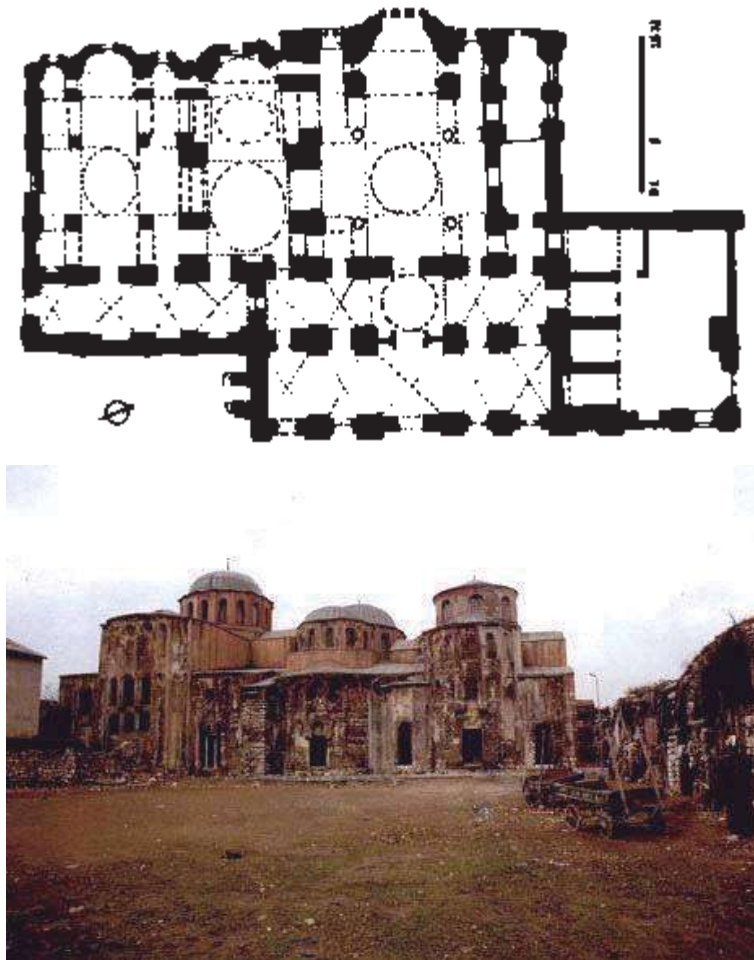
Otra parte importante del hospital medieval es el que se dio en el oriente del imperio romano en la Edad Media, el Hospital Bizantino. El término que se utilizó para determinar a los centros o establecimientos de atención para enfermos fue *nosokomeion*, derivado de *nosos* que significa enfermedad y *koméo* que significa cuidar o alimentar, de ahí el término “nosocomio” que utilizamos para denominar a los hospitales. El más importante de estos establecimientos fue el Pantokrator Xenon, fundado en Constantinopla en 1136 como parte del monasterio de Pantokrator, el término Xenon, derivado de la palabra *xénos* que significa extranjero, fue utilizada para denominar a los albergues monacales. Este hospital contaba en sus instalaciones con 50 camas agrupadas en cinco áreas, un almacén de fármacos, librería, sala de conferencias, instrucción para estudiantes y atención para pacientes ambulatorios; en sus inicios este establecimiento surgió para la atención a los pobres pero con el tiempo y al convertirse en una institución sofisticada fue utilizado por las clases más acomodadas.²² En cuanto a los conceptos de salud y enfermedad no todo era con un enfoque divino aunque si era el pensamiento más aceptado, una de las ideas más significativas que se tuvieron en la medicina medieval es la que se basaba en la teoría griega del estado de las cosas: sequedad, humedad, frío y calor; y de cómo las enfermedades eran atribuidas al exceso o deficiencia de cualquiera o varias de estas cualidades.²³

²⁰ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 43.

²¹ Guillermo Fajardo Ortiz, *et al.*, *op.cit.*, p. 74.

²² F. González, *et al.*, *op.cit.*, p. 24.

²³ Guillermo Fajardo Ortiz, *et al.*, *op.cit.*, p. 67.



1.04 Planta y fachada oriente del Monasterio de Pantokrator, hoy conocido como Zeyrek Camii, en Estambul, Turquía (antigua Constantinopla), en donde anexo a este se construyó el hospital Pantokrator Xenon.
Fuente: <http://www.emporis.com/application/?nav=building&lng=3&id=107510> consultado 09/09/09.

Si bien es cierto instituciones como ésta eran más complejas y sofisticadas que la mayoría de los hospitales medievales, continuaban con la liga a las instituciones religiosas que fueron las encargadas de llevar a cabo esta labor, parte de las costumbres y herencia que los romanos dejaron a lo largo todo su imperio y los territorios conquistados, incluyendo España, y que estos a su vez transmitieron al continente americano tras su propia labor de conquista.

Sin embargo, si bien es cierto la conquista española trajo consigo una masacre de los pueblos indígenas, su cultura y sus costumbres no fueron destruidas, sino que más bien se

formó una amalgama cultural, como se menciona en el libro del centenario del Hospital General:

“En la historia, cuando dos pueblos se funden, uno de ellos absorbe al otro y le impone por fuerza sus costumbres. Los españoles impusieron al pueblo mexicano su idioma, su religión, sus instituciones políticas, su organización social y económica, y sus fundaciones culturales, su arte e incluso la manera de vestir. Es un caso típico de imposición cultural, con destrucción y aniquilamiento de cuanto pudiera recordar la civilización sometida. Pero en el caso de México la fuerte personalidad del pueblo conquistado y la rápida fusión física de ambos grupos evitó que el aniquilamiento se llevara a cabo, y así, apenas terminada la conquista, cuando la espada y la ballesta cedieron el paso a los religiosos y juristas que debían edificar el nuevo país, surgió una amalgama cultural en la que los elementos indígenas se infiltraron en la mentalidad dominadora y la modificaron en muchos aspectos”.²⁴



1.05 Jorge González Camarena, *La fusión de dos culturas*, acrílico sobre tela, 1963. En esta pintura el artista representa algunas características de la conquista militar, como la violencia y la muerte. A los costados de la imagen se muestran los bustos de Cuauhtémoc a la derecha y Hernán Cortes a la izquierda.

Fuente: Sala 2: El reino de Nueva España, Museo Nacional de Historia, México, D.F., 2009.

Fotografía: Eder García Sánchez.

²⁴ *Ibidem*, p. 20.

El desarrollo de la conquista española así como la mezcla cultural que se dio en los años posteriores dictaron el rumbo que seguiría el desarrollo del país y en este caso, el de los hospitales novohispanos. Primeramente hay que hacer mención de cómo la conquista, todos los aspectos de ella y no solo el conflicto militar, fue poco a poco haciendo notar la necesidad de instituciones hospitalarias. Enumerando las causas de esto se pueden mencionar las siguientes:

- Los constantes estados de guerra. Este resultaría la causa obvia, al sostener una guerra entre españoles e indígenas es natural pensar en centros que brindaran auxilio a los heridos en batalla, ya que recobrar la salud de un elemento herido o enfermo aseguraba contar con elementos preparados y experimentado listos para proseguir con la guerra de conquista así como defender en un futuro los territorios conquistados.²⁵ Aunque siendo estrictos, si bien es cierto que se tenían que atender a heridos, esto no representaría el origen de los hospitales novohispanos como se conocen comúnmente, ya que el sentido que se le dio a estos fue muy diferente, sin embargo, a la postre y con la conquista consumada representaría una causa indirecta para la creación de los hospitales novohispanos que servirían de apoyo para los indígenas afectados por la guerra así como la creación de hospitales militares que servían a la corona.
- Los viajes transatlánticos. Los viajes de España a México eran muy largo y difíciles, sin mencionar que muchos pasajeros que se disponían a visitar o poblar el nuevo mundo enfermaban durante el viaje, aunado a esto las condiciones insalubres y el mal clima de los puertos.²⁶ Esto originó que se fundaran hospitales en los puertos de embarque, ya fuera para brindar ayuda a los que enfermaban durante el trayecto, o dar asilo a los viajeros para que descansaran un poco antes de proseguir su camino adentrándose hacia las ciudades del interior del territorio. Esto con el tiempo llevaría a la creación de una ruta hospitalaria que consistía en construir hospitales en puntos estratégicos, desde los puertos de embarque para las vías marítimas de

²⁵ María Luisa Rodríguez-Sala, *Los cirujanos de hospitales de la Nueva España (1700-1833). ¿Miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2006, p. 40.

²⁶ *Ibidem*, p.39.

comunicación del Atlántico, pasando por las ciudades importantes entre dichos puertos y la capital, hasta llegar a los puertos de embarque de las rutas marítimas del Pacífico y las ciudades intermedias. Era un largo camino para aprovechar la ventaja que el territorio brindaba como puente entre ambos océanos y se requería de estas instituciones para brindar apoyo a los enfermos y asilo a los viajeros.

- Las nuevas enfermedades. La comunicación humana por primera vez entre ambas civilizaciones trajo consigo un intercambio de microbios que conllevó a la aparición de enfermedades desconocidas hasta ese momento en la Nueva España y que se extendieron rápidamente al grado de ocasionar epidemias.²⁷ Esto fue sin duda una de las principales razones que llevaron a los españoles a la conquista de América, quizá más que la misma guerra y la superioridad militar de los conquistadores. Esta situación no benefició del todo a los españoles, si bien es cierto facilitó su triunfo en la guerra de conquista con el tiempo se vieron en la necesidad de controlar las epidemias que ellos mismos habían desatado, ya que les convenía mantener el buen estado de los naturales que formaban un pilar importante en su sociedad.
- Los hospitales como reguladores sociales. Al respecto son varios aspectos los que se deben considerar; primeramente que a los españoles les convenía mantener sana a la población indígena a la que utilizaban como mano de obra en el desarrollo de sus ciudades, así también se buscaba salvaguardar la salud de los españoles, tal como lo menciona María Lilia González Servín:

“Aunque la fundación de los hospitales no era rentable para el sistema colonial, pero debido a la problemática social seguían fundándose para contender a la epidemia o algún problema inmediato ocasionado por algún desastre natural”.²⁸

Los hospitales además de ser un sistema de atención forman un sistema de prevención, indispensable para el buen desarrollo de una sociedad. Con el tiempo y la desigualdad de condiciones entre la sociedad se empezó a ver a la pobreza como la fuente principal de la delincuencia, por lo que las autoridades veían en el hospital

²⁷ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 52.

²⁸ María Lilia González Servín, *Los hospitales durante el liberalismo de México. 1821-1917. (De la tipología arquitectónica de claustro al sistema de pabellón)*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 2005, p. 20.

una institución que pudiera mantener el orden social. Este ideal podía verse en las palabras de Luis Vives quien en 1526 afirmaba:

“Doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados; donde se sustenta un cierto número de necesitados; donde se educan los niños y las niñas; donde se crían los hijos de nadie; donde se encierran los locos; y donde los ciegos pasan la vida. Sepan los regidores de la Ciudad que todos estos cuidados son de su incumbencia”.²⁹

Es evidente que lo que se buscaba es que los hospitales desempeñaran varias funciones al servicio de la comunidad para regular el orden social, no solo funcionaban como hospitales y albergues, sino también como asilos, orfanatos, manicomios y escuelas.

- Apoyo a los naturales. Esta causa es consecuencia de las anteriores, evidentemente los más afectados fueron los naturales, el pueblo conquistado y sometido mediante la guerra, el que padeció por enfermedades desconocidas para ellos las cuales devinieron en epidemias, afectados por el deterioro de su ambiente y el hambre; sin embargo, al no exterminarlos y al formar parte de su sociedad el gobierno virreinal se vio en la necesidad de no abandonarlos por completo y apoyarlos, es así como surgen, sobre todo por la iniciativa de particulares, los hospitales-pueblo, que más que un hospital era toda una institución que buscaba retribuir un poco a los pueblos indígenas que tanto habían dañado.
- Contribuir al proceso de evangelización. Una de las principales actividades u objetivos que tuvieron los españoles tras la conquista fue el de transmitir sus costumbres y tradiciones a los naturales, por supuesto que la principal de ellas fue la religión y para esto se llevó a cabo el proceso de evangelización. Siguiendo con los lineamientos del hospital medieval lo que se buscaba más que la sanación del cuerpo era la del alma, los hospitales formaban parte de las iglesias o los monasterios y eran atendidos por los mismos religiosos. Al buscar imponer su religión a los naturales, los españoles vieron en la fundación de hospitales un

²⁹ F. González, *et al. op.cit.*, p. 32.

instrumento más para continuar con la labor y el ejercicio cristiano y así imponer sus costumbres en los territorios conquistados.

Son varias las causas que originaron la aparición de los hospitales en territorio novohispano, sin embargo todas estas causas no fueron obra de la casualidad, obedecieron a situaciones que se dieron en ese momento y en ese lugar, como lo menciona María Lilia González Servín, “el desarrollo de la infraestructura hospitalaria en México ha estado ligado a los conflictos sociales, al paso de las epidemias, endemias e incluso a desastres naturales”.³⁰

Todas las situaciones antes mencionadas dieron origen a los hospitales en la Nueva España, que dieron solución a diversas circunstancias o problemas que se daban en el nuevo territorio. Se dispuso a construir los hospitales generalmente como edificaciones anexas a iglesias y monasterios o simplemente como parte de ellos, posteriormente y con el paso de los años y la necesidad de un mayor número de hospitales se recurriría a la práctica de la adaptación de edificios ya construidos para usarlos como hospitales.

La Corona Española vio la necesidad de contar con instituciones de este tipo así que tomó cartas en el asunto y expidió leyes que instaran a la Iglesia a participar activamente en la fundación de hospitales; en el Libro Primero de la Gobernación espiritual de las Indias se hace mención que:

“...en todos los lugares de la indias donde se erigiere iglesia, catedral o parroquia, en el mismo lugar se erija, funde, construye y dote un hospital, mandamos se les dé solar competente de lo realengo si lo hubiese y si no de particulares, pagándose cerca de la iglesia...”³¹

Fue así como las instituciones religiosas y los religiosos mismos quedaron a cargo de la labor nosocomial en el país y la alta demanda de estas instituciones se vio resuelta mediante el apoyo tanto colectivo como individual. Primeramente la respuesta de la iniciativa individual se dio por parte de importantes personajes principalmente religiosos, como una forma de espíritu caritativo, de agradecimiento por las gracias obtenidas y de reivindicación

³⁰ María Lilia González Servín, *op.cit.*, p. 14.

³¹ María Luisa Rodríguez-Sala, *op.cit.*, p. 248.

por las acciones y hechos ocurridos durante la conquista, todo esto con un carácter religioso tal como lo menciona Guillermo Fajardo: "...la atención médica se entregaba como una dádiva religiosa, como una manifestación caritativa, con ello se buscaba alcanzar la felicidad en el más allá...".³²



1.06 Imagen del hospital para naturales en Angahua, Michoacán. La influencia religiosa en los hospitales de la época virreinal es evidente en sus construcciones las cuales generalmente eran anexos de alguna otra construcción religiosa como capillas, conventos o monasterios.

Fuente: José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *Salud y arquitectura en México*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 1998.

Por otro lado, la respuesta de la iniciativa colectiva surgía como respuesta a los intereses y necesidades de diversos grupos asentados en la Nueva España, estos intereses eran generalmente, como ya se mencionó, complementar el proceso evangelizador construyendo los hospitales como anexos a la iglesia en lugares considerados como santuarios, como reguladores y apoyos sociales en los asentamientos humanos que así lo requirieran y en el caso particular del cuidado de los enfermos de acuerdo a las enfermedades a tratar, y para preservar la mano de obra de los naturales; esto se puede apreciar con la construcción de hospitales cerca de los centros de producción como son los puertos y las minas entre otros, así como en los cruces de caminos para el auxilio de los viajeros.

Los primeros hospitales novohispanos seguían los lineamientos de los hospitales medievales, tanto en el aspecto físico, diseño y construcción, como en la función. Tanto los

³² Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, D.F., Asociación Mexicana de Hospitales, 1980, p. 15.

constructores como los médicos tenían una formación europea y por consiguiente medieval, aunque esto por ningún motivo representaba un signo de atraso. La idea seguía siendo la misma, el concepto de hospital abarcaba los edificios en los que se recibían y atendían a todos los necesitados mediante el espíritu de la caridad cristiana que permitía alcanzar la paz espiritual.³³

El cuanto a la cuestión arquitectónica y como ya se mencionó, los hospitales novohispanos estaban fuertemente inspirados en los hospitales europeos, se les vinculó siempre con la religión y es por eso que un componente importante en estas construcciones fue la capilla ya que el cuidado de los enfermos estaba orientado más hacia un sentido divino y religioso que científico o médico y más que el cuidado del cuerpo se procuraba el del alma, así como la salvación y el perdón de un ser superior. Esta idea se estableció en un concilio celebrado en Aquisgrán, en el que se prescribía que: “En cada sala es preciso colocar un altar disponiendo las camas de manera que los enfermos puedan fácilmente seguir el servicio divino...”³⁴ Hasta finales del siglo XVI en España los hospitales, atendiendo a la planta y a la relación entre la capilla y las enfermerías, se dividían en tres tipos, como lo menciona Eduardo Báez Macías:³⁵

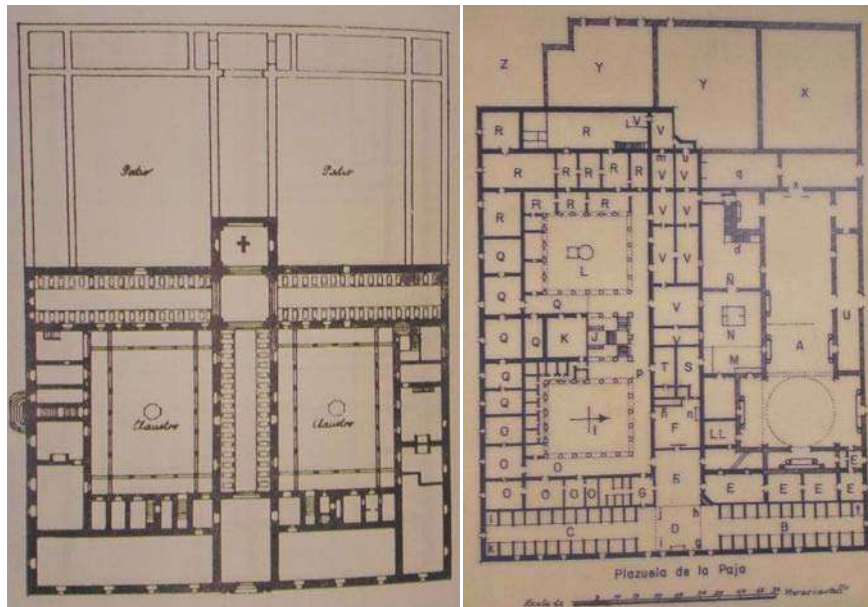
- Basilical. Llamada así por su semejanza a una basílica romana con sus naves divididas por hileras de columnas. Las camas de los enfermos se colocaban en las naves laterales que eran más bajas que la central, y el altar visible a todos los pacientes.
- Palaciano. Es el resultante de la unificación de las plantas gótica y renacentista, en el que las enfermerías se disponían alrededor de un patio rectangular y la iglesia de manera independiente paralela o al fondo del patio; el inconveniente que presentaba esta planta es la separación de las funciones religiosas y hospitalarias al separar el altar de los enfermos.

³³ María Luisa Rodríguez-Sala, *El Hospital Real de los Naturales. Sus administradores y sus cirujanos (1531-1764)*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2005, p. 22.

³⁴ Eduardo Báez Macías, *El edificio del Hospital de Jesús. Historia y documentos sobre su construcción*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 1982, p. 14.

³⁵ *Ibidem*, p. 15.

- Cruciforme. Consta de cuatro salas de enfermos dispuestas en forma de cruz en cuyo punto de convergencia se encontraba la capilla, en ocasiones en vez de cuatro salas eran tres lo que formaba la planta en “T”. Este tipo de planta tenía el beneficio de que se podía cumplir cabalmente con el ejercicio religioso, ya que los todos los enfermos podían atender a la misa desde sus camas sin ningún inconveniente.



1.07 Planta del Hospital de Santiago de Compostela en España (izquierda) y del Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora en la Ciudad de México (derecha), se puede observar la clara influencia de los hospitales europeos en el diseño de los hospitales novohispanos, el sistema de claustro como la alternativa más utilizada y en este caso particular la planta en “T”.

Fuente: José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *Salud y arquitectura en México*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 1998.

El primer hospital de México fue construido bajo esta influencia. El Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, posteriormente llamado Hospital del Marqués, y subsecuentemente nombrado Hospital de Jesús, el cual continúa con su labor hasta nuestros días. Este hospital tiene un trazo inspirado en el de Santiago de Compostela, con una planta en forma de “T”, constaba de dos patios y dos niveles que se comunicaban por medio de una monumental escalera que se encontraba descubierta de los lados que permitieran el paso de corrientes de aire que facilitarían la curación de los pacientes.³⁶ Este hospital fue construido por obra de Hernán Cortés y sirvió como prototipo de hospital urbano para ser

³⁶ Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve historia...op.cit*, p. 17

repetido en otras partes del territorio. Por otro lado, el sistema de hospitales que se basaba en el esquema de patio central tuvo su origen en los monasterios medievales, con esto lo que se buscaba era emular la vida comunitaria que llevaban los frailes.³⁷

En cuanto a la ubicación de los hospitales respecto a la ciudad, para su construcción se procuraban dos cosas, primeramente localizarlos cerca de abastecimientos de agua; evidentemente en ese tiempo no se contaba con una red de infraestructura urbana que permitiera dotar a los hospitales de este servicio por lo que el tener una fuente de abastecimiento era indispensable para estos edificios como para la ciudad en general. Por otro lado lo que se procuraba era construirlos en lo posible a las afueras de la ciudad o por lo menos apartados de los asentamientos humanos, con los vientos dominantes en contra para que estos se llevaran las miasmas o aires malignos, que según la creencia eran los causantes de las enfermedades, lejos de la población y así evitar contaminación y contagios; todo esto de acuerdo a las recomendaciones establecidas en las cédulas de Felipe II.³⁸

Referente a la distribución de los hospitales, por lo general eran edificios de dos niveles y en los que predominaba la planta claustral, en el primero de los niveles se localizaba el patio principal, la botica, un huerto con hierbas medicinales, los lavaderos y el cementerio anexo, en el segundo nivel se ubicaban las enfermerías, estas se encontraban separadas las de hombres de las de mujeres así como las de los enfermos contagiosos y convalecientes, además contaban con una capilla, área de habitaciones para el administrador, médicos, enfermeros y practicantes, capellanes y servidumbre, área de cocina, comedor, baños para el personal y temazcal para los enfermos, zonas de trabajo y almacén, y en el caso de los hospitales más importantes un área para la práctica de autopsias.³⁹

El partido arquitectónico además de estar determinado por los niveles del edificio también lo estaba por la jerarquización de los patios que lo conformaban; por lo general se contaba con dos patios, como por ejemplo en el caso del Hospital de Jesús, en el patio principal se

³⁷ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. II. El periodo virreinal*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1997, p. 371.

³⁸ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. III. El México independiente*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1998, p. 332.

³⁹ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Vol. II...op.cit.*, p. 372.

localizaban los espacios de mayor importancia como la capilla, las enfermerías, la farmacia, los espacios administrativos y los de residencia para los religiosos, mientras que en el patio secundario o traspatio se ubicaban los servicios del hospital. Cabe mencionar que esta no era una distribución absoluta pero sí la que se manejaba por lo general en los hospitales, dependiendo de la ubicación, el tipo de hospital o la importancia de éste, podía no contar con alguna o varias de estas áreas o por el contrario complementarse con otras diferentes de acuerdo a las necesidades que cada edificio requería y a las actividades que en él se desarrollaban.

De acuerdo con esto podemos mencionar que a partir de las actividades específicas que se realizaban en sus espacios, los hospitales podían clasificarse de diversas maneras:⁴⁰

- Por su propósito. Este podía ser desde el cuidado de enfermedades hasta el alojamiento ya sea de peregrinos o personas sin hogar o huérfanos. Se clasificaban en hospitales de asistencia a viajeros y de curación de enfermos.
- Por el tipo de mal al que daban atención. Debido al origen o la causa del mal no se podía confinar a todos los pacientes en un mismo hospital, fue así como surgieron los hospitales especializados, como es el caso del Hospital de San Hipólito, el primer hospital planeado exclusivamente para la atención de enfermos mentales y cuya característica arquitectónica particular fue la sustitución de enfermerías por cubículos o cuartos privados.⁴¹ Se dividían en enfermedades contagiosas, mentales y del espíritu.
- Por la clase de individuos que atendían. En un principio existían hospitales para cada grupo social ya que principalmente los españoles no querían ser atendidos en los mismos centros de salud que el resto de los grupos o bien, en los hospitales para españoles se les negaba la atención a éstos grupos, lo cual requirió de hospitales divididos, aunque con el paso de los años y la mezcla cultural, esta característica fue decayendo. Así se tenían hospitales para españoles, indios, negros, etc.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 373.

⁴¹ Josefina Muriel, *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Cruz Roja Mexicana, 1990, p. 206.

- Por el origen de su fundación. Esto respondía a quienes se encargaban de la construcción de los hospitales desde su concepción, tanto individuos como colectivos. Estos se clasificaban en reales, señoriales y de comunidades.

Mención aparte merece la obra hospitalaria creada por iniciativa de Don Vasco de Quiroga, quien construyó varios centros de salud en muchas partes del país, sobre todo en Michoacán, pero que además llevó a cabo un tipo de construcciones particulares en una escala mucho menor pero que merecen una mención especial, el hospital pueblo. Este tipo de centros distaban un poco de los conceptos de hospital manejados en la Nueva España e incluso manejados por el propio Vasco de Quiroga en sus otras construcciones, eran más que un simple hospital como se conocía en esa época, eran todo un complejo social de apoyo a los pueblos indígenas que se basaba en el trabajo colectivo, la vida en comunidad y evidentemente la religión.

El primero de los hospitales pueblo fue el Hospital de Santa Fe de México, posteriormente el Hospital de Santa Fe de la Laguna en Patzcuaro, después nombrado Hospital de Nuestra Señora de la Concepción y Santa Marta, y finalmente el Hospital de Santa Fe del Río; además, como ya se mencionó, de un gran número de fundaciones distintas al concepto del hospital pueblo, que realizó en los territorios de Jalisco, Guerrero, Colima, Querétaro y sobre todo en Michoacán. En el caso particular de los hospitales pueblo, entre las necesidades que cubrían este tipo de instituciones, ya sea de carácter material o espiritual, se encontraban las siguientes:⁴²

- El cuidado de los indios enfermos, sobre todo de los afectados por la invasión española y en particular por las enfermedades desconocidas para los naturales.
- La prestación de servicios médicos a la población indígena. Cabe mencionar que en muchos de los hospitales la atención era únicamente para los españoles, la comunidad nativa era excluida de este servicio, por lo que era necesario que contaran con establecimientos propios.

⁴² Guillermo Fajardo Ortiz, *et al*, *Centenario...op.cit.*, 2004, p. 40.

- Ofrecer albergue a los indios forasteros; siendo una institución construida por y para los indígenas deberían ser los mayores beneficiarios de los servicios de estos centros.
- Disponer de un lugar que funcionara como anexo o complemento de las cofradías indígenas donde pudiera ofrecerse ayuda material o espiritual.

En cuanto a la composición de los hospitales pueblo, estos estaban formados por tres secciones divididas acorde a las actividades que desempeñaban:⁴³

- Actividades políticas. Lo constituía la sede del Ayuntamiento, en estos centros se elegía a los gobernantes de los pueblos y a los administradores del hospital.
- Labores asistenciales y de colectividad. Conformado por las actividades que dictaban la vida en comunidad y el trabajo colectivo, los indígenas se turnaban semanalmente para colaborar en las actividades; mientras las mujeres atendían a los enfermos, los hombres trabajaban las tierras y los niños eran educados, tanto en la teoría como en la práctica, tanto en la vida comunal y las prácticas sociales como en las religiosas.⁴⁴ La estancia de los semaneros, como se les llamaba a los colaboradores en turno, permitía que poco a poco todos los indígenas participaran activamente en el desarrollo del pueblo y se beneficiaran de él. No solo trabajaban sino que también estudiaban y aprendían de las demás personas diversos oficios y artesanías. Además de la doctrina religiosa, creaban consciencia de caridad, responsabilidad y servicio social; el producto de su trabajo era repartido entre los habitantes, lo suficiente para satisfacer sus necesidades, el resto se utilizaba para los gastos de la comunidad.⁴⁵
- Prácticas religiosas. Destinada al hospedaje de enfermos e indios peregrinos, tenía un templo o capilla anexa la cual tenía la peculiaridad de ubicar la fachada principal siempre al oriente y de dedicar el templo a la Limpia Concepción de María. La enfermería se componía de un patio cuadrado en cuyos extremos se ubicaban las salas de los enfermos contagiosos y de los no contagiosos, mientras que los

⁴³ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 47.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 56.

⁴⁵ Josefina Muriel, *op.cit.*, p. 64.

costados intermedios eran utilizados para las habitaciones del administrador y el dispensero en una parte, y en otra las oficinas para los servicios de la enfermería, al centro del patio se colocaba una capilleta abierta por los lados donde se ofrecía misa para los enfermos.⁴⁶

Hospitales pueblo como tales se fundaron muy pocos, sin embargo toda la obra hospitalaria de Don Vasco de Quiroga estaba basada en características y conceptos primarios, similares y sobre todo en una primicia fundamental, el apoyo a la comunidad indígena fuertemente afectada por la ocupación española y en ciertas ocasiones olvidada o descuidada.



1.08 Fachada de la iglesia y patio de capilla de Santa Fe de la Laguna en Patzcuaro.
Fuente: http://www.patzcuaro.com/santa_fe_laguna.html consultado 09/09/09.

Los conceptos de salud manejados en el virreinato continuaron durante muchos años más, con ligeras variaciones paulatinas pero siempre conservando el mismo lineamiento, el sentido de la caridad por sobre la práctica médica. A pesar de que en Europa ese pensamiento se había revolucionado gracias a la influencia de los pensamientos renacentistas y del movimiento ilustrado, tardó algún tiempo en arraigarse en el territorio novohispano. Hacia finales del siglo XVIII fue cuando las ideas acerca de la prestación de servicios hospitalarios se reformaron gracias a, como ya se mencionó, el desarrollo del pensamiento ilustrado y su interés en la ciencia experimental, así como a cambios en los intereses religiosos y políticos.⁴⁷

⁴⁶ *Ibidem*, p. 65.

⁴⁷ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 66.

En el hospital medieval la administración de éste corría a cargo de las órdenes religiosas mientras que el médico era un elemento que pasaba a segundo plano. Con ésta revolución intelectual el médico pasó a ser pieza fundamental de las instituciones hospitalarias. Respecto a esta nueva forma de ver y entender el tratamiento de los enfermos y la administración de los hospitales, provocado por una corriente intelectual, se puede mencionar que: “la antigua caridad medieval, motor único de aquellos viejos hospitales, pasó a un segundo plano, superada ya por el concepto de necesidad y ayuda social”.⁴⁸

En cuanto a la composición arquitectónica de los hospitales de finales del siglo XVIII, ésta no varió en gran medida respecto al resto del periodo virreinal, salas dispuestas alrededor de un patio separadas para hombres y mujeres, para enfermos contagiosos y no contagiosos, con habitaciones y oficinas para personal y administradores del hospital en los lados intermedios. Si bien es cierto éste movimiento intelectual fue un cambio significativo en la forma de concebir las enfermedades y los hospitales, no fue un cambio radical, ya que el espíritu de la caridad siguió presente en los hospitales de los últimos años del virreinato. Aún se requería de un apoyo y encomienda divina que sirviera, ahora no como solución sino como apoyo a la medicina en el cuidado de los enfermos. El Clero y en general las organizaciones religiosas continuaron siendo los grandes e importantes promotores de la construcción así como de la administración de los hospitales; aunque quien tomaría el control y cobraría fuerza en los años siguientes sería la ciencia médica.

⁴⁸ Guillermo Fajardo Ortiz, *et al*, *Centenario...op.cit.*, p. 79.

CAPÍTULO II

EL HOSPITAL EN EL MÉXICO LIBERAL Y EL RAZONAMIENTO CIENTÍFICO DE LOS CONCEPTOS DE SALUD

Introducción

A principios del siglo XIX México inició su guerra de independencia, una guerra que duraría once años y que, si bien es cierto daría al país su libertad, lo dejaría en muy malas condiciones. De cierto modo y en algunos sentidos se volvió a la situación que se tuvo después de la conquista española, con un país que necesitaba de un crecimiento pero para dar ese paso requería primero de una recuperación. Los daños sufridos por la guerra y sus secuelas, las invasiones extranjeras, la baja condición salubre del país, la insuficiencia hospitalaria y las epidemias que aún proliferaban en el México liberal, todos esos factores provocaban que la calidad de vida de la población no fuera la idónea.

La situación de México durante y después de la guerra de independencia, debido a los factores ya mencionados, llegó a un punto en el que incluso la tasa de mortalidad superaba a la de natalidad en el país; desaparecieron las sociedades médicas y varios hospitales dejaron de funcionar. Era evidente que la situación en la que se encontraba la nación demandaba una arquitectura nosocomial que diera servicio y satisficiera las necesidades que la sociedad demandaba pero que además estas instituciones cumplieran con los requerimientos que el país necesitaba en ese momento en particular.

El México liberal sufrió varias transformaciones en su organización, en su infraestructura así como en su ideología, estas modificaciones evidentemente también trascendieron al campo de la arquitectura nosocomial y los conceptos de la salud.

Otra situación importante que dio lugar a esta transformación fue la separación del Clero y el Estado a través de las Leyes de Reforma, mediante las cuales el gobierno dispuso la nacionalización de los bienes eclesiásticos y de este modo se dispuso que las propiedades de la Iglesia para realizar actos de beneficencia privada debían ser objeto de tal disposición jurídica.¹

En el siguiente capítulo se analizarán los conceptos de salud del México liberal y su evolución en esta etapa de la historia del país así como en el resto del mundo para así comprender cómo la influencia, tanto nacional como internacional, determinó el rumbo de la salud en México y por consiguiente de su arquitectura hospitalaria, para así entender cómo se fue evolucionando hasta alcanzar la modernidad de las décadas de 1940 y 1950, donde se da uno de los repuntes más importantes en materia de arquitectura nosocomial en México, así como las ideas que llevaron a esta instancia.

Siglo XIX y porfirismo. La refuncionalización de edificios

Toda la serie de eventos y sucesos nacionales ocurridos después de la independencia de México, aunado a los sucesos internacionales que revolucionaron el pensamiento científico y hacían efecto en México después de un tiempo de letargo, como lo fueron el Renacimiento, la Ilustración y la Revolución Industrial, todos ellos dieron como resultado que la atención a los problemas de salud evolucionara de la caridad, manejada durante la época virreinal como principal motor de las labores nosocomiales, a la beneficencia, un nuevo concepto que revolucionaría la forma de brindar atención médica.

¹ Federico Ortiz Quezada, *Hospitales*, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000, p. 119.

La conceptualización de la salud y la enfermedad dejaban de ser considerados como situaciones de origen místico o como obra de una voluntad divina para analizarse y tratarse mediante procedimientos y deducciones con base en los avances científicos; “...la visión cosmogónica de salud-enfermedad, dejó de ser un castigo divino, para supeditarse a los alcances logrados en la ciencia y la tecnología, evolucionando hacia la teoría de los microorganismos.”²

Entendiendo que las enfermedades eran producto de las condiciones en las que el hombre realizaba sus actividades y de la calidad de vida que se tenía, así mismo considerando que las situaciones que atravesaba México en ese sentido no eran las óptimas, comenzó una preocupación por parte de las autoridades políticas del país por conservar la salud de sus habitantes, es así como nace el concepto de beneficencia, el cual daba el cargo de servicio público a la atención médica ciudadana y como un ramo de la administración civil, y no de carácter privado atendido por particulares, ya sea individuales o colectivos, como se venía haciendo en los siglos anteriores. La beneficencia vendría a revolucionar la actividad nosocomial de México, ahora, esta no se consideraba como un favor que se hacía a la comunidad por parte de la iniciativa privada sino como una responsabilidad del gobierno de salvaguardar la salud de sus habitantes a través de instituciones públicas.

El país pasaba por momentos complicados, requería de hospitales para satisfacer la demanda de servicio médico, sin embargo la arquitectura nosocomial era insuficiente y deficiente para las necesidades del momento, además, la situación del país no le permitía construir nuevos edificios para tal propósito. Fue entonces cuando la solución al problema fue la refuncionalización, al no poder construir nueva arquitectura la opción más viable fue la de tomar los edificios con los que se disponía y adecuarlos para que funcionaran como hospitales, en el caso de los que no lo habían sido con anterioridad, así como el remodelar los que ya lo habían sido en algún momento, ampliándolos, actualizándolos acorde a las carencias que tenían, o terminando su construcción, según fuera en caso y de acuerdo a las

² María Lilia González Servín, *Los hospitales durante el liberalismo de México. 1821-1917. (De la tipología arquitectónica de claustro al sistema de pabellón)*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 2005, p. 38.

posibilidades y los recursos con que se contaban para tal efecto y así lograr tener espacios adecuados para resolver las necesidades médicas.³



2.01 Exconvento de San Diego en Morelia, tras la Reforma de México se convirtió en la sede del Hospital de la ciudad (1961), a pesar de haber funcionado como tal por tan solo dos años es un claro ejemplo de la refuncionalización de edificios antiguos en el país.

Fuente: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=910398> consultado 09/09/09.

Entre las adecuaciones más significativas que se hacían para refuncionalizar un edificio se pueden mencionar las siguientes:

- Cambio de muros. Este fue un aspecto básico en la remodelación de edificios, básicamente lo constituía el derribar muros innecesarios y construir otros que si lo fueran, principalmente muros divisorios, esto estaba determinado por los espacios que se requerían, si se contaba con espacios pequeños que por su actividad debería ser más espaciosos se eliminaban muros para fusionar espacios y así tener uno de mayor dimensión y por el contrario si un espacio era muy grande y se podía seccionar para un mejor aprovechamiento del espacio, se colocaban muros divisorios. Así mismo dentro de este cambio de muros se encontraba el reparar, en mayor o menor grado y dependiendo del estado de éstos, aquellos que estuvieran en malas condiciones.

³ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. III. El México independiente*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1998, p. 166.

- Creación de espacios. Podía ser desde adecuar espacios ya existentes a las nuevas actividades que el hospital demandaba, hasta la creación total de dichos espacios en caso de que así lo requiriera el proyecto. Se creaban desde salas o enfermerías que satisficieran la demanda del servicio, áreas de curación, cirugía, de aislamiento para los enfermos contagiosos, aunque esta característica ya se daba desde los hospitales novohispanos en esta época se tenía un mayor cuidado con este tipo de pacientes y sus enfermedades; y en general se iban incluyendo los espacios que cada edificio requería y de acuerdo a las posibilidades de construirlos.
- Iluminación y aireación. Considerando a la luz solar y a los vientos como agentes naturales de saneamiento se procuro dotar a los espacios de mejor y más abundante ventilación e iluminación natural; esto se consiguió mediante la apertura de nuevos vanos o la ampliación de los ya existentes en los casos que fuera necesario, así como en el aprovechamiento y/o construcción de patios, cubos de luz y tragaluces.⁴
- Instalación de redes de agua. La limpieza comenzaba a ser una premisa en la labor nosocomial por lo que se inició la tarea de disponer de ser posible de agua entubada en estos edificios, la cual sustituiría a las tradicionales piletas. Al contar con agua corriente el agua no permanecía estancada por mucho tiempo como ocurría con las piletas y esto reducía la posibilidad de tener fuentes de contagio.⁵

Evidentemente que éstas no son las únicas medidas que se tomaban para refuncionalizar un edificio, cada uno requería atenciones especiales de acuerdo a las condiciones en las que se encontraba, los espacios que requería, así como su uso anterior, ya que era más fácil remodelar un edificio que había funcionado como hospital en antaño a uno cuya función fue completamente diferente.

Quizá el ejemplo más significativo del hospital refuncionalizado sea el Hospital Juárez, un edificio que a través del tiempo sufrió varias modificaciones y lo convierte en el mejor ejemplo de los edificios nosocomiales de la época. Originalmente nombrado Hospital de San Pablo, este edificio fue considerado el primer hospital gubernamental del país, fue

⁴ *Ibidem*, p. 333.

⁵ *Ibidem*, p. 166.

instaurado como “Hospital provisional de sangre” en parte del antiguo Colegio de los Agustinos, antes Iglesia de San Pablo,⁶ posteriormente fue ampliado al comprar a los agustinos la parte restante del Colegio así como una casa vecina. Con el tiempo se le fueron haciendo mejoras parciales al edificio, se le agregaron nuevos espacios y la capacidad de atención fue en aumento paulatinamente.



2.02 Fachada y claustro del antiguo Hospital Juárez en la ciudad de México (1847), el ejemplo más significativo de la refuncionalización hospitalaria en el siglo XIX.

Fuentes: http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev5/hospital_general.html
<http://tachiportal.wordpress.com/2009/11/10/lista-de-casas-edificios-y-parques-embujados-en-mxico/consultados-09/09/09>.

En la época del porfirismo el Hospital Juárez se puso al día con lo más avanzado en la ciencia médica y la construcción, entre las modificaciones que se hicieron al edificio para renovarlo están, la utilización de novedosos sistemas constructivos y materiales como el concreto, el acero y los ladrillos de barro recocido lo que permitió tener muros más altos y esbeltos, la carga de estos se redujo y por ende la cimentación, se usó un rodapié de 1.10 m de piedra basáltica como protección contra la humedad y el deterioro, las salas se ampliaron de acuerdo a la nueva normativa, se abrieron vanos en muros exteriores de 1.25 x 2.20 m y a 1.00 m sobre el nivel del piso, con el fin de tener una mejor ventilación e iluminación; en las cubiertas se cambió la teja por lámina galvanizada acanalada, apoyada en polines y tiras de madera, las vigas se sustituyeron por viguetas de acero, y por debajo de estas se colocó un plafón de duela que permitía tener un microclima confortable y lucir más estético.⁷

⁶ Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, D.F., Asociación Mexicana de Hospitales, 1980, p. 55.

⁷ María Lilia González Servín, “Los hospitales del porfirismo”, *Bitácora Arquitectura*, Núm. 17, México, D.F., Octubre de 2007, p. 65.

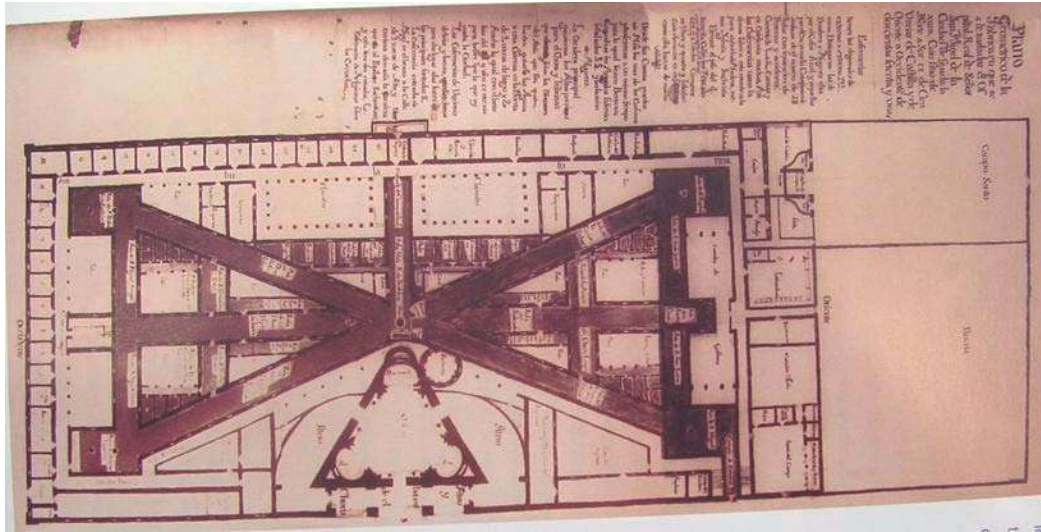
Este es un claro ejemplo de cómo la arquitectura de refuncionalización requería de cambios constantes al ir adaptando el edificio de acuerdo a las condiciones que se presentaban así como de las posibilidades de realizar la remodelación, en vez de tener un edificio previamente planeado para resolver las necesidades de la sociedad.

Al tomar edificios ya existentes y adaptarlos o reutilizarlos para la labor nosocomial es natural el pensar que la forma del edificio así como sus características arquitectónicas eran prácticamente las mismas ya que al modificarlo para su refuncionalización, estos cambios no eran significativos en la forma general del edificio. Se continuaba con la planta claustral de los hospitales virreinales y lo único que variaba un poco era la distribución de los espacios. Sin embargo la nueva arquitectura no fue descartada completamente y un ejemplo de esto es el Hospital de Belén de Guadalajara.

Este edificio conservaba la línea de uso de la planta claustral pero con una significativa modificación; este inmueble, además de contar con las salas o alas que se disponían alrededor del patio, contaba con salas diagonales que atravesaban los patios, dando a la planta una forma de “estrella”.⁸

El uso de este tipo de planta tenía algunas ventajas; el número de salas era mayor y en el caso de las salas diagonales la dimensión de estas era superior a la del resto, con esto el número de pacientes que se podía atender era mayor que si se contara con una clásica planta claustral; en el punto de convergencia de las salas diagonales se colocaba la capilla, con esto se facilitaba la atención religiosa que no estaba abandonada del todo en los hospitales del liberalismo, así mismo se facilitaba el cuidado de los enfermos al reducir recorridos; suficiente iluminación y ventilación, la disposición de los cuerpos del edificio permitía que los espacios tuvieran suficiente ventilación e iluminación natural; clara zonificación del proyecto, al concentrar las salas de enfermos dentro de la planta de estrella permitía disponer de las zonas administrativas y de servicio en puntos permitieran dar un buen servicio a los pacientes, para esto se disponía del perímetro del predio y con esto se lograba que la atención fuera del exterior en las zonas de servicio al interior en las salas de enfermos.

⁸ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *Salud y arquitectura en México*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 1998, p. 96.



2.03 Planta en “estrella” del Hospital de Belén en Guadalajara, la implementación de salas diagonales optimizaba el espacio y aumentaba la capacidad del edificio.

Fuente: José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *Salud y arquitectura en México*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 1998.

La refuncionalización de edificios fue un sistema que funcionó parcialmente para un país en pleno desarrollo y sin los medios suficientes para solucionar los problemas inmediatos de salud, sin embargo, la deficiencia de este sistema a largo plazo se hizo evidente con el tiempo así como la acentuación de los problemas de salud en el país causados en gran medida por los constantes estados de guerra, el contagio de enfermedades susceptibles de transformarse en epidemias, incluso los desastres naturales hicieron evidente la necesidad de una reforma sanitaria en el país.

A finales del siglo XIX, en la época del porfirismo, el país abrió las puertas, de manera radical y como nunca en su historia, a la ciencia, la tecnología y el pensamiento revolucionado por éstos conceptos. El primer cambio radical que se dio en materia de salubridad y que cambiaría definitivamente la manera de manejar este aspecto en el ámbito tanto particular como social fue el concepto de higiene. En los años anteriores de la historia de México este concepto estuvo prácticamente olvidado o no se le dio la atención debida, pero en el porfirismo se le dio importancia a su práctica en la vida cotidiana de los habitantes y así mismo fue considerado como indispensable para la preservación de la

salud.⁹ Su trascendencia fue tal que se dictaron normas higiénicas y sanitarias que habrían de regular estos aspectos de suma importancia para el desarrollo de la población, salvaguardar su salud, y construir y administrar los centros encargados de llevar a cabo esta labor; el primero de estos elaborado en 1891, el Código Sanitario Federal.

Toda esta serie de factores, ideologías y sucesos que envolvían al país a finales del siglo XIX permitieron que el hospital sufriera una serie de transformaciones que iban desde su concepción hasta su formación, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- En esta época el hospital sufrió una transformación importante en cuanto a la función primordial que desempeñan para la sociedad, pasan de funcionar como albergues que brindan asilo a toda clases de necesitados a funcionar exclusivamente como centros de diagnóstico y tratamiento de pacientes enfermos pobres.¹⁰ Este cambio es fundamental ya que en primer lugar declina de todas las funciones adicionales que a lo largo de la historia desempeñaron los hospitales para dar lugar exclusivamente al cuidado de la salud, con todos los requerimientos que se necesitan para tal efecto; y en segundo lugar es un preámbulo que da paso a lo que es el concepto de beneficencia social, la atención comunitaria para los más necesitados y que requieren de hospitales administrados por la iniciativa pública y no por la privada como se venía realizando anteriormente.
- La curación y rehabilitación como nuevos objetivos hospitalarios. Ya no solamente se trataba de diagnosticar al paciente y brindarle asilo, ahora era de suma importancia tratar la enfermedad mediante los procedimientos científicos y tecnológicos de la época para procurar su reincorporación a sus actividades cotidianas y a desempeñar su labor en la sociedad. Nuevamente la reiteración de la misión del hospital por proteger la salud.
- La importancia de transformar a los hospitales en centros de formación de médicos y cirujanos. En hospital funcionaría como hospital-escuela, tras adquirir los conocimientos necesarios en las aulas los médicos concluían su formación como

⁹ *Ibidem*, p. 98.

¹⁰ F. González, *et al*, *Los hospitales a través de la historia y el arte*, Barcelona, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., 2004, p. 44.

tales en los hospitales, aprendían de los expertos y en la práctica como realizar correctamente su labor.

- Los hospitales como campos de investigación. Esto daba paso a lo que sería la prevención, tan importante era el tratamiento de la enfermedad como el saber que la originaba y como evitar o al menos reducir el riesgo de propagaciones futuras. El hospital proveía una característica muy particular en el campo de la investigación, la observación. Al tener a los pacientes para su tratamiento en el hospital se podía hacer un seguimiento del paciente, de su enfermedad y de sus padecimientos, que permitieran a los médicos científicos analizar a detalle las enfermedades que afectaban a la sociedad.
- La aparición de nuevas dependencias hospitalarias. La nueva conceptualización de la salud y la enfermedad, la forma de tratarla, estudiarla y prevenirla, dio lugar a la aparición de nuevos espacios que no existían en los hospitales anteriores, como ejemplo de algunos de ellos se tienen los quirófanos, las salas de disecciones, de autopsias, laboratorios patológicos, fisiológicos, químicos y bacteriológicos, entre otros variados espacios que se ajustaban a las necesidades de cada hospital.
- La aparición de redes de instalaciones. Quizá el cambio más significativo al respecto y considerando la reciente preocupación por la higiene sea la implementación del drenaje en los hospitales así como la utilización de agua corriente. La importancia de contar con este vital líquido en distintas zonas del edificio para las labores de higiene llevó a sustituir las tradicionales piletas concentradas en un solo punto por agua entubada que podía ser transportada a cualquier parte del edificio. Si bien es cierto esta idea ya se venía aplicando años atrás, con las implementaciones tecnológicas fue más fácil realizar esta labor además de la posibilidad de incluir tanto agua fría como agua caliente.
- Los códigos sanitarios. La aplicación de normas de higiene y sanidad provocaron cambios en los espacios hospitalarios, ya que estos debían adecuarse y cumplir con la normatividad sanitaria establecida. Entre las recomendaciones significativas que establecían los códigos sanitarios al respecto de los espacios hospitalarios, destaca

el que éstos contaran con superficies fácilmente lavables tanto en pisos como en muros así como la obligación de que los espacios contaran con la iluminación y ventilación suficiente, todo esto con el fin de que los espacios fueran lugares más limpios y por ende más sanos.

Se tenían las ideas clarificadas, la sociedad estaba consciente de que necesitaban nuevos espacios para la atención de la salud que cumplieran con ciertos requerimientos que les permitieran un progreso en el ámbito hospitalario y estaban deseosos de poner en práctica su nueva consciencia. La necesidad porfirista de contar con nuevos edificios hospitalarios que fueran nuevos desde su concepción, planeamiento y construcción requería además de contar con una infraestructura urbana de calidad que permitiera llevar a cabo estos proyectos. “El proyecto y construcción de los nuevos nosocomios exigía disponer de eficaces redes de agua, electricidad y drenaje, así como de expeditas vías de comunicación”.¹¹

Los edificios ya no estaban sujetos, como en antaño, a construirse cerca de fuentes de abastecimiento de agua, ahora el edificio se construía en la mejor ubicación posible y se debía buscar la forma de dotarlo de los servicios necesarios donde sea que estuvieran, así como el construir vías que comunicaran al edificio con el resto de la población y así brindar el servicio a toda la sociedad. Tal y como lo mencionó en su momento Felipe II, los hospitales deberían edificarse preferentemente alejados en lo posible de los centros de población.¹²

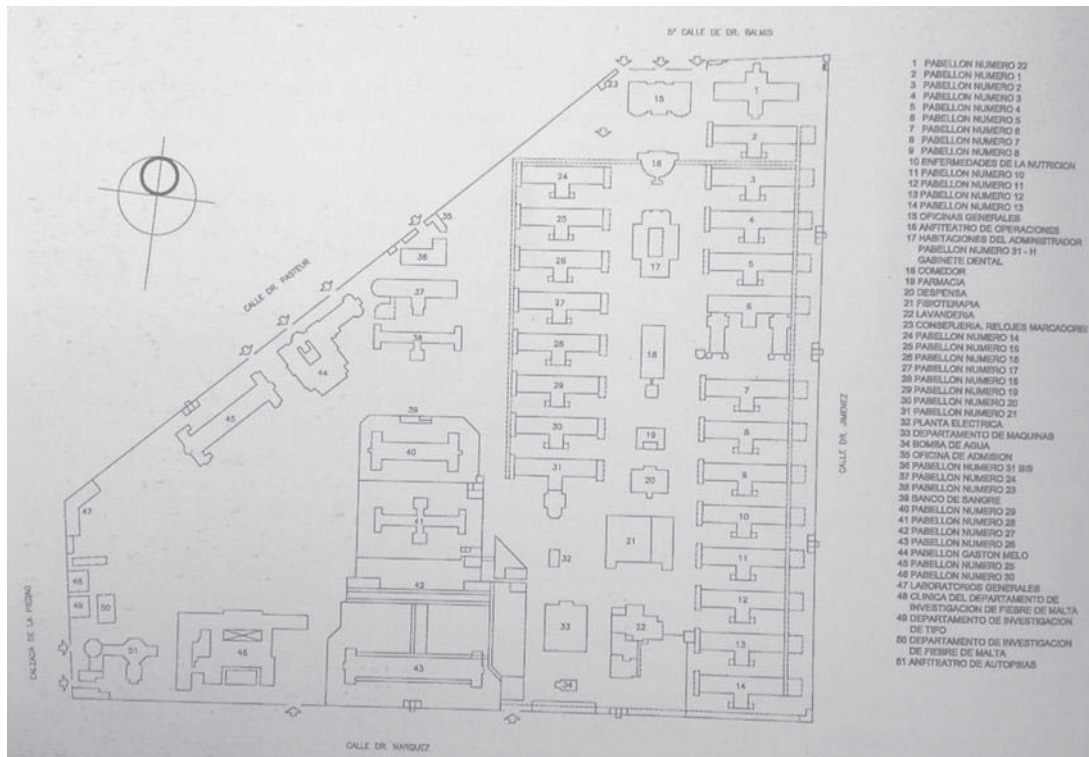
Esta idea fue retomada en el porfirismo con la finalidad, como lo fue originalmente, de mantener a los enfermos alejados del resto de la sociedad para así evitar contagios con la población sana, además de que al construir los hospitales a las afueras de la ciudad, esto brindaba la posibilidad de contar con predios de mayor extensión que permitieran al hospital contar con espacios más amplios y mejor organizados, así como el disponer de los recursos naturales que este tipo de predios podían ofrecer. Otra de las ventajas que los grandes predios ofrecían para la construcción de nuevos hospitales era la de contar con

¹¹ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *op.cit.*, p. 329.

¹² *Ibidem*, p. 332.

grandes áreas verdes y arbolados que constituían una “zona sanitaria” que separaba al hospital de otros edificios, permitía la purificación del aire y hacía la vista más agradable.¹³

Todas estas circunstancias ya mencionadas dieron lugar al surgimiento de un nuevo sistema de hospitales; se había hecho notoria la deficiencia del tradicional sistema de claustro y esto dio paso al nuevo sistema de pabellones, basados en las ideas hipocráticas sobre la fuerza sanadora de la naturaleza y los elementos naturales, así como las teorías higiénicas que daban importancia al aire, la ventilación, el sol y la limpieza.¹⁴



2.04 Planta, con modificaciones, del Hospital General de la Ciudad de México, inaugurado en 1905 fue uno de los primeros hospitales que implementaron el sistema de pabellones y el primer gran proyecto hospitalario del país en el siglo XX.

Fuente: Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. III. El México independiente*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1998.

Este sistema vendría a revolucionar la atención hospitalaria, daba solución a varias deficiencias presentadas anteriormente, tanto conceptuales como físicas, actuaba acorde a la

¹³ *Ibidem*, p. 333.

¹⁴ F. González, *et al.*, *op.cit.*, p. 50.

realidad de los problemas de salubridad y a las tendencias científicas y tecnológicas de la época, y en general era un sistema que funcionaba en muchos sentidos como no había ocurrido anteriormente, presentando varias características particulares que le daban una ventaja sobre otros sistemas hospitalarios previamente utilizados con carencias y deficiencias que se procuraron solucionar con este nuevo sistema, así mismo se adecuaba a las necesidades y exigencias demandadas en el momento basadas en razonamientos previamente analizados.

Los pabellones eran autónomos y se encontraban aislados entre ellos para fines particulares; en primer lugar se trataba de edificios independientes en los que se albergaba y distribuía a los pacientes según diversos criterios, como lo eran sexo, edad y padecimiento, este último es el que dio lugar a la principal clasificación de los pabellones, dividiéndolos en pabellones para enfermos comunes, infecciosos y no infecciosos, esto con el fin primeramente de mantenerlos aislados entre ellos y así tener un control sobre sus enfermedades con el propósito primordial de evitar que éstas se expandieran a través de contagios. En segundo lugar, el mantener a los pacientes agrupados según estas características permitía la especialización tanto del edificio como del equipo y material, ya que al estar destinado un pabellón para determinado padecimiento se permitía, así mismo, destinar al personal capacitado y especializado en determinado padecimiento para tratar a los pacientes para los que estaban mejor calificados y de esta manera ofrecer un mejor servicio.

Los pabellones estaban separados por amplios jardines que tenían la función de aislarlos entre sí de manera natural; la vegetación, los vientos y el sol funcionaban como agentes naturales de saneamiento que contribuían a mantener las condiciones que facilitarían la recuperación de los pacientes; además, la separación de los pabellones a través de sus amplios jardines contribuía a que cada uno de ellos tuviera la suficiente ventilación e iluminación natural. Así mismo, esta característica también permitía que cada edificio tuviera la misma orientación y con esto asegurar que la iluminación y ventilación fueran iguales en cantidad y calidad para cada uno de los espacios.¹⁵

¹⁵ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 98.



2.05 Panorámica interior del Hospital General de la Ciudad de México (1905), el sistema de pabellones requería de grandes predios que permitieran a cada una de las salas tener las mismas condiciones de saneamiento naturales, las grandes áreas jardinadas eran indispensables.

Fuente: Carlos Chanfón Olmos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. III. El México independiente*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1998.

Otra característica importante de la aplicación de este sistema era que al ser construidos en grandes predios y al ser edificios independientes pero de iguales características, la ampliación del conjunto hospitalario, en caso de ser necesaria, se lograba simplemente multiplicando el número de pabellones sin que esto afectara la estructura y el funcionamiento del hospital, si se requería un nuevo pabellón que resolviera una nueva necesidad del hospital este simplemente se construía siguiendo los mismos lineamientos que el resto del conjunto sin afectar el desarrollo de éste; así mismo se daba la posibilidad de tipificar elementos, materiales e instalaciones, facilitando así las labores de construcción y mantenimiento del edificio al manejar elementos y piezas tipo que ya no funcionaban o eran aplicadas para un solo espacio sino que podían funcionar para varios de ellos.

Referente a las características arquitectónicas de los hospitales de pabellones se puede señalar que, los estos eran edificios aislados de un solo piso de aproximadamente 8.00 m por 17.00 m y 5.00 m de altura, de interior estucado, sin cielo raso, con pavimento y lambrines de mosaico de 2.50 m de altura que pudieran fácilmente ser lavados y desinfectados, los pabellones elevados del suelo 0.70 m o más como recomendación, separados unos de otros por aproximadamente 15.00 m mediante pasillos y jardines,¹⁶

¹⁶ Carlos Chanfón Olmos (coord.), *op.cit.*, p. 338.

comunicados por un sistema de galerías cubiertas, con los servicios generales centralizados en lo posible evitando grandes recorridos y ofrecer el mismo servicio a todos los pabellones¹⁷, el conjunto estaba regido por un eje compositivo que iniciaba en el edificio de la administración y conducía a una capilla o a los servicios generales, finalmente todo el complejo hospitalario se encontraba rodeado por una muralla con casetas de vigilancia¹⁸



2.06 Sala de recuperación del Hospital Escandón en la Ciudad de México (1908), al final de la sala se observa un pequeño altar, lo que demuestra que a pesar de los avances de la ciencia médica la esencia religiosa se hacía presente en la labor nosocomial de México.

Fuente: María Lilia González Servín, “Los hospitales del porfirismo”, *Bitácora Arquitectura*, Núm. 17, México, D.F., Octubre de 2007.

Cabe señalar que en ocasiones los pabellones contaban con un pequeño y modesto altar al final de la sala, simulando a las enfermerías de los hospitales novohispanos, lo que demostraba que la relación con su esencia religiosa de antaño no se había perdido por completo considerando a la intervención divina como un factor, ya no principal y mucho menos único como se había dado históricamente, pero si como un apoyo espiritual o un deseo de la pronta y próspera recuperación de la salud de los enfermos y en una cuestión de fe y confianza en que los procedimientos médicos dieran los resultados esperados a favor de la labor nosocomial.

¹⁷ *Ibidem*, p. 344.

¹⁸ María Lilia González Servín, *Los hospitales durante el liberalismo...op.cit.*, p. 158.

El México posrevolucionario. Los nuevos hospitales modernos

La etapa de la Revolución Mexicana, como los anteriores conflictos armados que ocurrieron a lo largo de la historia del país, influyó de manera determinante en la labor nosocomial de México. Si bien es cierto al encontrarse en un conflicto armado donde por lógica hay bajas y heridos y se podría suponer que los hospitales serían un referente en la infraestructura del país, lo cierto es que el movimiento revolucionario vino a estropear el avance que se había logrado en este rubro en los años anteriores. La construcción de los hospitales decayó radicalmente hasta algunos años después de concluida esta era cuando la etapa pacífica se consolidó y la estabilidad del país comenzó a ser una realidad.

Consolidada esta etapa fue posible retomar la labor de construcción hospitalaria y el progreso médico que se detuvo durante la época revolucionaria. Durante los años siguientes, en la década de los veinte, retomó su camino y se construyeron algunos hospitales, destacando la labor de José Villagrán García con edificios como el Instituto de Higiene y Granja Sanitaria de Popotla (1925) y el Sanatorio de Tuberculosos en Huipulco (1929). Sin embargo, no fue hasta la década de los treinta cuando la construcción de centros hospitalarios tuvo un mayor auge en base a una serie de ideas que transformaron la forma de concebir este tipo de arquitectura.



2.07 Sanatorio de Tuberculosos en Huipulco, comenzado a construir en 1929 e inaugurado en 1936, la participación de José Villagrán García fue de suma importancia en la renovación hospitalaria de México.
Fuente: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/iner/v19n4/a12f2.jpg> consultado 09/09/09.

Uno de los factores inmediatos de mayor importancia y que caracterizó a la primera etapa del siglo XX fue el tránsito del concepto de beneficencia hacia el concepto de asistencia.

Este concepto establecía que el servicio médico dejaba de ser considerado como un acto de voluntad, de dádiva o incluso de caridad, para ser considerado como un deber de todos, del gobierno y de la sociedad en general, tomando en cuenta aspectos prácticos y filosóficos.¹⁹ La sociedad ahora tenía un papel activo en el cuidado de su propia salud tanto individual como colectivamente y formaba parte de un bloque sanitario y de prevención, Siguiendo las normas de salubridad e higiene se podían prevenir las enfermedades o al menos evitar que estas incidieran con mayor grado y frecuencia en la sociedad.

El gobierno y posteriormente también la iniciativa privada se encargaban de atender y curar a los enfermos cuando éstas enfermedades se presentaban más gravemente y requerían de cuidados especializados, y finalmente el enfermo volvía a su casa cuando su estado de salud estaba controlado para ahí poder terminar con su tratamiento en un ambiente más confortable para el paciente, cerrando de esta manera el ciclo de prevención-tratamiento-recuperación, o profilaxis-diagnostico-rehabilitación,²⁰ que se convertirían en las tres funciones que pretendía cumplir el hospital. Aunque claro está que para lograr esto era necesario crear conciencia en la sociedad sobre la importancia de la salubridad y la higiene así como dotar a las localidades de la infraestructura hospitalaria necesaria y de calidad para brindar una atención eficaz, lograda además tanto por un personal capacitado como por el uso de material y equipo adecuado a las demandas contemporáneas.

Así como en épocas anteriores las revoluciones ideológicas en diversas etapas de la historia permitieron cambios importantes en la concepción de los hospitales y evidentemente en la práctica y los razonamientos médicos, durante el siglo XX un factor importante aunado a los anteriores fue el que se produjo gracias a los avances científicos, los cuales influyeron fuertemente en la forma de estudiar, enseñar y aplicar los conocimientos médicos, en el equipo y mobiliario que se utilizó para la nueva práctica médica y por supuesto en la forma de diseñar los nuevos nosocomios que fueran capaces de estar a la par de estas nuevas necesidades.

¹⁹ Guillermo Fajardo Ortiz, *op.cit.*, p. 75.

²⁰ Enrique Yáñez de la Fuente, *Hospitales de seguridad social*, México, D.F., Editorial Limusa, S.A. de C.V., 1998, p. 5.

Este último aspecto, el del diseño y la construcción de hospitales, estuvo determinado por los antes mencionados, ya que la especialización de la medicina, el estudio científico de los padecimientos y condiciones humanas que están relacionadas con los hospitales prácticamente en todas las etapas de la vida, la nueva enseñanza médica, y otros aspectos contemporáneos en la vida nosocomial, dieron como resultado una serie de necesidades que los hospitales de antaño no podían resolver y que ni siquiera estaban consideradas y para lo cual fue necesario replantear la concepción de lo que sería el hospital moderno. Al respecto de la nueva medicina Federico Ortiz Quezada menciona lo siguiente:

“La clara definición, registro y sistematización del conocimiento médico permitió un avance científico técnico notable en diversos campos, tales como la inmunología, la cirugía, la genética y la psiquiatría, puesto que centró la visión de la enfermedad en una alteración orgánica en un nivel molecular susceptible de medición.”²¹

Los avances científicos no solo derivaron en la especialización médica, la investigación, la enseñanza, la creación de espacios apropiados para desarrollar estas actividades y varios otros aspectos, sino que también permitieron elevar la calidad de la asistencia médica y por ende la calidad de vida de la sociedad al tener una idea más clara y precisa de lo que era la medicina moderna y su correcta aplicación a favor del bienestar del prójimo.

En esta época se puede apreciar no solo una evolución en el campo de la ciencia médica, los avances científicos y la concepción del diseño nosocomial; ahora la filosofía médica juega un papel importante ya que es el sustento teórico de todos los aspectos y funciones que rodean al hospital y su desarrollo. La teoría médica nos lleva a entender que los conceptos de salud y enfermedad se vuelven algo más complejo y profundo con la finalidad de preservar la salud de los pacientes y a través de esto mejorar la calidad de la vida humana. Enrique Yáñez menciona una definición de hospital que explica lo que es la concepción nosocomial del siglo XX en México:

“En el campo de la arquitectura, los hospitales son los edificios más característicos del género que se destina a la atención médica de la colectividad, como parte del cuidado de la salud integral. La salud integral se ha dicho, no solo es la falta de enfermedad, sino el correcto y

²¹ Federico Ortiz Quezada, *op.cit.*, p. 174.

armonioso funcionamiento del organismo que conduce a un estado adecuado de bienestar físico, moral y social.”²²

Los conceptos de salud y bienestar habían evolucionado, ahora no solo se trataba de curar una enfermedad por el hecho mejorar la salud del paciente, sino se trataba de mejorar a la vez varios aspectos de su vida para lograr un beneficio no solo personal sino social; se consideraba al ser humano como una parte importante en el engranaje social y no solo como la mano de obra del Estado. Hubo varios aspectos que caracterizaron la atención médica hospitalaria y que formaron parte de su nueva práctica y filosofía, pero que no solo influyeron de manera importante en la continua labor hospitalaria, sino también en la ideología y el accionar de los pacientes, y consecuentemente en los edificios destinados a la atención de la salud. Entre las características prácticas e ideológicas más importantes se pueden mencionar las siguientes:

- La utilización creciente de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Es aquí donde la influencia de los avances científicos se hace presente, la utilización de servicios como rayos X, electrocardiografías, laboratorios de análisis clínicos, etc., además de permitir un estudio, diagnóstico y tratamiento más preciso y eficaz de los padecimientos, hicieron surgir la necesidad de replantear el diseño de los espacios hospitalarios, en algunas ocasiones y en lo posible adecuando los espacios ya existentes pero que requerían adaptarse a las nuevas necesidades de equipo y mobiliario, y en otras la concepción de nuevos espacios necesarios para cumplir con estas necesidades que antes eran inimaginables pero que en ese momento eran una realidad y una fiel necesidad del hospital moderno.
- La creación de los servicios de medicina preventiva. El hospital deja de ser solo un lugar de curación, las labores del hospital van más allá y ahora se concentran, además del tratamiento de enfermos, en atacar las enfermedades desde antes de que éstas se presenten, como parte de la creciente idea de prevención de salud que años atrás se comenzó a inculcar en la sociedad. Los hospitales tomaban su papel en ese aspecto y que mejor que éstas instituciones para dotar a la población de las herramientas necesarias para prevenir, además de cuidar de su salud.

²² Enrique Yáñez de la Fuente, *op.cit.*, p. 5.

- El trabajo en equipo. El médico dejaba de encargarse de todo el trabajo para formar parte de un equipo organizado y especializado que no solo debía brindar un buen servicio sino que además lo tenía que hacer para un gran número de pacientes. El médico, además de ser especializado, se apoyaba conjuntamente con enfermeras, trabajadoras sociales, dietistas, técnicos y personal administrativo;²³ todos en conjunto formaban una maquina especializada para brindar un servicio más eficaz para los pacientes en todos los aspectos que el hospital debía cubrir así como la atención que el mismo hospital requería para su cuidado y mantenimiento.
- El surgimiento de especialidades. La atención médica ya no se centra en una sola persona que se encargue de todo, surgen especialistas capacitados en determinados aspectos o áreas de la medicina, así mismo lo propia atención del hospital como edificio y como institución recae en un mayor número de personas que, en conjunto, desempeñan un mayor número de actividades. En el caso particular de la atención médica, la especialización se volvió una realidad gracias a la nueva enseñanza médica y a los avances científicos que permitieron explorar la medicina a niveles antes inimaginables y brindar atención con una mayor eficacia y precisión gracias, además de las nuevas teorías médicas, al uso de nuevo equipo médico y hospitalario que generó en conjunto la adecuación de antiguos y nuevos espacios dentro del edificio, que respondieran a las nuevas demandas que el servicio médico exigía, como la especialización en la consulta que requería espacios para cada padecimiento o rubro, o áreas de trabajo para las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, sobre todo aquellas que requerían de espacios adecuados para los nuevos equipos.
- La investigación y la enseñanza médica. Evidentemente que todo el progreso médico, tanto práctico como teórico, no fue obra de la casualidad y no se podía quedar estancado, necesitaba perfeccionarse y evolucionar. Este fue el papel que desempeñaron estos dos aspectos, al investigación permitía indagar sobre los padecimientos, que los originan, como tratarlos, como prevenirlos, así como las técnicas y procedimientos adecuados para llevar a cabo todo esto; mientras que la

²³ Guillermo Fajardo Ortiz, *op.cit.*, p. 77.

enseñanza daba a conocer a todos los involucrados, nuevas y antiguas generaciones de médicos, enfermeras, técnicos y especialistas, los logros obtenidos para poder aplicarlos en su labor diaria. Estos aspectos que comúnmente se desarrollaban en otros lugares formaron parte del compromiso del hospital, ya que no había mejor lugar para estudiar los padecimientos humanos que en el lugar donde eran diagnosticados y tratados, y no había mejor lugar para la enseñanza médica que en el lugar de su práctica. El hospital evolucionaba paulatinamente en una institución mucho más completa y requería de los espacios adecuados para llevar a cabo esta labor; laboratorios y aulas eran los espacios mínimos con los que debían contar los hospitales que deseaban llevar a cabo esta misión.

- El sentido humanitario del hospital. “Los mejores hospitales en la actualidad asumen deberes para con sus pacientes que abarcan mucho más y que son más humanos que lo que la estricta interpretación del término ‘servicio médico’ requiere.”²⁴ Al paciente se le comienza a ver como un ser humano en toda la extensión de la palabra, capaz de experimentar emociones y sentimientos, capaz de sentir dolor y sufrimiento, todo ello enfatizado por sus padecimientos y que son aspectos que deben ser considerados por los médicos y enfermeras durante el tratamiento de sus padecimientos.
- La psicología del enfermo. No solo se consideran las emociones y sentimientos que experimenta el paciente causados o enfatizados por su enfermedad, sino los que experimenta en su estadía hospitalaria y que son causados por el ambiente que lo rodea. Es por eso que en el hospital moderno se procura rodear al paciente de un ambiente tranquilo y uno de los puntos de mayor interés es el visual, el crear un ambiente agradable a la vista del paciente que lo mantenga relajado y facilite su pronta recuperación. Al estar el paciente en un encierro causado por su hospitalización, la forma más práctica de crear este ambiente es mediante el uso de colores no excitantes en muebles y paredes,²⁵ que puedan alterar al paciente y

²⁴ *El libro del hospital moderno*, Chicago, Illinois, The Modern Hospital Publishing Company, Inc., 1940, p. 1.

²⁵ Alberto T. Arai, “La arquitectura hospitalaria y el problema psicológico del enfermo”, *Arquitectura y lo demás*, Vol. 1, Núm. 1, México, D.F., Mayo de 1945, pp. 24.

afectarlo psicológicamente durante el estado vulnerable que le genera su deficiente salud física. Además de esto, la psicología del enfermo se preocupaba por mantener el buen estado físico y por ende mental, al estar correlacionados ya que si no se cuida la salud física de un paciente esto puede derivar en trastornos psicológicos que conlleven a padecimientos mentales; “Un hombre sano moralmente aunque enfermo en lo físico, puede ser víctima de un padecimiento mental por una atención incompleta de su mal físico.”²⁶

- El hospital como una institución de confianza. “Los establecimientos asistenciales ya no son solo refugios o antecámaras de la muerte, sino auténticas posibilidades de salvación y de recuperación.”²⁷ A principios del siglo XX el hospital era considerado como una institución de último recurso ya las personas preferían atender sus padecimientos en sus propias casas;²⁸ el hospital no se veía como una institución atractiva o incluso de confianza y era más sencillo superar la enfermedad en el propio hogar. Con el tiempo ésta ideología cambió, el hospital se perfeccionó y se convirtió en una institución de prestigio, de confianza y sobre todo de importancia, donde las personas tendrían la certeza de que sus padecimientos serían tratados de la mejor manera posible, con un servicio de calidad y claramente fundamentado en bases científicas y no en la caridad. “Ahora el hospital vendría a ser en esencia redefinido de una institución cívica al servicio de los pobres que trabajaban en una institución científica consolidada como la más reciente forma de autoridad profesional.”²⁹
- La importancia del papel de la ciencia en el desarrollo hospitalario. Como se ha podido observar en los puntos anteriores, el papel de la ciencia fue de suma

²⁶ *Ibidem*, p. 25.

²⁷ José Eduardo Carranza Luna y César Barranco Torices, “Arquitectura hospitalaria del siglo XX en Puebla”, en Montero Pantoja, Carlos y María Silvana Mayer Medel (coords.), *Estudios de arquitectura y urbanismo del siglo XX*, Puebla, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ICOMOS Mexicano, A.C., 2007, p. 136.

²⁸ Alan M. Brandt y David C. Sloane, “Of beds and benches: Building the Modern American Hospital”, en Galison, Peter y Emily Thompson (ed.), *The Architecture of Science*, Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra MIT Press, 1999, p. 281.

²⁹ *Ibidem*, p. 285. Cita original: “Now the hospital would come to be fundamentally redefined from a civic institution serving the working poor to a scientific institution consolidating a newly formed professional authority.” Traducción del autor.

importancia en la transformación del concepto del nuevo hospital, se hizo evidente la deficiencia de las antiguas creencias científicas y moralistas, de este modo la nueva ciencia influyó y se convirtió en parte importante de la medicina contemporánea y del hospital moderno. “La tecnología médica y el hospital se convirtieron en sinónimos.”³⁰

- La misión del hospital. A diferencia de lo que ocurría en épocas anteriores, en el siglo XX la misión del hospital se concentró profundamente en procurar la precisa y pronta recuperación del paciente, poniendo todo a su disposición para lograr éste objetivo. En base a esto, la misión del hospital se puede analizar desde tres puntos de vista, el médico-higiénico, el económico y el psicológico.³¹ Desde el punto de vista médico-higiénico, el hospital pone a disposición del paciente todos los recursos necesarios para combatir la enfermedad y prevenir que ésta aparezca, para ello dispondrá tanto de infraestructura de calidad, el equipo necesario, personal técnico, administrativo y médico capacitado, así como la investigación y enseñanza necesarias para llevar a cabo ésta misión. Desde el punto de vista económico, suple la falta de recursos del enfermo para poder tener un tratamiento completo que de otro modo y por su propia iniciativa no podría obtener, esto se logra centralizando todos los servicios en una sola institución con un costo menor del que se cobraría en una institución privada. Finalmente, desde el punto de vista psicológico, mediante la intervención del personal hospitalario y el uso de los recursos que el hospital brinda, suple la falta de voluntad del paciente para tomar un tratamiento que en su propia casa quedaría inconcluso.

Con la nueva producción hospitalaria y gracias a los nuevos razonamientos científicos, los objetivos del hospital ya no solo se basaban en el simple tratamiento de los padecimientos humanos sino que ahora tenían objetivos más complejos y particulares, que si bien es cierto el objetivo principal seguía siendo el mejorar la salud de los pacientes que acudían a éstos centros, ésta actividad principal se desglosaba en múltiples aspectos que conllevaban a lograr esa meta primordial. Si bien es cierto cada hospital tenía sus metas particulares bien

³⁰ *Ibidem*, p. 290. Cita original: “Medical technology and the hospital became synonymous.” Traducción del autor.

³¹ Alberto T. Arai, *op.cit.*, pp. 24.

definidas y ésta particularidad se hizo más evidente con la especialización en un principio solo médica pero que se extendió a la especialización institucional, lo cierto es que tenían funciones y finalidades en común, como por ejemplo:

- Proporcionar atención médica. La principal función de los hospitales, el atender a los pacientes que requirieran de servicios médicos.
- Propagar la enseñanza médica. En base a los medios de los que dispusiera cada hospital o institución encargada, era deber de todos fomentar la enseñanza a favor de las instituciones médicas que servían a la sociedad.
- Fomentar la producción científica y la investigación. La ciencia y la investigación como motor del constante progreso médico y la evolución hospitalaria.
- La aplicación de medidas preventivas. Ahora ya no solo era importante atacar la enfermedad sino evitar que apareciera.
- Vigilancia sanitaria. Los hospitales como reguladores sanitarios de la sociedad para evitar y controlar padecimientos colectivos potenciales de convertirse en epidemias.
- La asistencia social. Un apoyo que se brinda tanto al enfermo como a sus familiares, que incluye varios aspectos que van desde comprender y sobrellevar la enfermedad hasta su rehabilitación y reincorporación a la sociedad.

Se menciona como hospitales a los centros de atención para la salud pero de una manera general, lo cierto es que a partir de esta época se puede hablar de otro tipo de instituciones o edificios destinados a la atención médica, denominados de acuerdo a la forma de abordar las enfermedades y brindar dicha atención.³² En primer lugar se tiene a la Clínica, en la que se atiende a los enfermos que se encuentran en fase de diagnóstico. En ésta etapa es necesario realizar una serie de investigaciones y observaciones que ayuden a determinar la causa del padecimiento del paciente; generalmente solo cuentan con consultorios y equipos auxiliares de diagnóstico.

³² Enrique Yáñez de la Fuente, *op.cit.*, p. 5.

En segundo lugar se encuentra propiamente el Hospital, en éstas instituciones se alojan a los enfermos para su tratamiento y curación de situaciones patológicas, es decir, que la enfermedad se estudia y es tratada en un sentido más amplio y profundo. Además del servicio de hospitalización cuentan también con consulta externa y debido a la estadía temporal de los enfermos cuentan con servicios propios del alojamiento como lavandería, alimentación, entre otros. Y finalmente está el Sanatorio, en el que los enfermos se albergan para su rehabilitación y tratamiento pero preferentemente mediante la utilización de regímenes de higiene, de aire, de alimentación, etc., el tratamiento de padecimientos “naturales”. Otra diferencia con los hospitales es la estadía de los pacientes, la cual es generalmente más prolongada con excepción de las pacientes de maternidad.³³

Esta es la forma de nombrar a los edificios destinados a la atención médica de acuerdo a cómo ésta se brinda, sin embargo, en el caso particular de los hospitales que son las instituciones más complejas y objeto de estudio general del presente trabajo, hay diversos criterios que ayudan a clasificarlos; Enrique Yáñez menciona cuatro:

“Por el área territorial que abarquen sus servicios en: rurales, urbanos, regionales o nacionales. Por el origen de los recursos que se inviertan en la construcción y operación en: privados, de instituciones descentralizadas, municipales, estatales o gubernamentales. Por el tipo de padecimientos que atienden en: generales o especializados. Por el tiempo que demanda el tratamiento de los enfermos en: agudos, de larga estancia y crónicos.”³⁴

Todo este conjunto de características e ideologías ya mencionadas y que se dieron a principios del siglo XX entre los años veinte y treinta, dieron como resultado la consolidación del hospital moderno; el cual tiene como una de sus fuentes a la organización y planeación los hospitales estadounidenses que influyeron en México, entre otras cosas, debido a las publicaciones norteamericanas que llegaban a México y los viajes que los arquitectos mexicanos realizaban a los Estados Unidos.³⁵

El intercambio cultural de médicos, ingenieros y arquitectos entre ambos países, los mexicanos que iban a estudiar a los Estados Unidos y los estadounidenses que visitaban

³³ *Ibidem.*

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem*, p. 3.

México, las publicaciones norteamericanas que llegaban al país, y algunos otros factores que influyeron para que en México dejaran de tomar los modelos franceses para utilizar los norteamericanos. A pesar de esto, no se buscaba realizar copias exactas de los hospitales estadounidenses, las características generales de estos modelos se fueron modificando de acuerdo a las necesidades y la realidad del país, logrado gracias a la experiencia y el estudio realizado por diversas instituciones a lo largo del país, lo que permitió tomar la experiencia de los hospitales norteamericanos para edificar los nuevos hospitales modernos de México que respondieran a una identidad propia pero sobre todo a una necesidad particular acorde a los problemas del país.

“Casi todos los análisis que se han formado acerca de la arquitectura mexicana moderna y contemporánea, coinciden en señalar que los momentos de madurez conceptual que dieron origen a los más brillantes ejemplos de edificios consagrados a la atención de la salud, se presentaron cuando el medio asumió que la cultura más sólida habría de formarse con aportaciones de la más diversa procedencia, en presencia desde luego de una vigorosa conciencia nacional y con la incorporación de las propuestas más atractivas del exterior.”³⁶



2.08 Hospital Manuel Gea González en la ciudad de México (1942), una de las mayores características de los modelos hospitalarios norteamericanos implementadas en los hospitales mexicanos fue el “hospital rascacielos”, un edificio en vertical optimizaba el espacio predial y acortaba recorridos.

Fuente: Alberto Sartoris, *Encyclopedie de l'architecture nouvelle. Vol. III Ordre et Climat Américains*, Milán, Italia, Ulrico Hoepli Écliteur, 1954.

³⁶ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 121.

El hospital moderno tuvo un cambio sustancial con respecto a sus antecesores, en primer lugar contó con el apoyo de numerosos avances científicos y se basó en lo que éstos ofrecían al quehacer cotidiano, y en segundo lugar se abrió a la ideología contemporánea, la cual se alejaba de los estándares conservacionales para abrirse a una mezcla concienzuda de ideas racionales amalgamados con una identidad nacional, más no nacionalista. El hospital moderno reunía ciertas características que lo distinguían, como por ejemplo:

- El concepto del hospital rascacielos. El modelo tomado de los hospitales estadounidenses indicaba la viabilidad de la sustitución de los edificios horizontales por edificios verticales. Estos, en el caso particular de los hospitales, tenían dos ventajas fundamentales sobre sus predecesores. En primer lugar, la creciente demanda de hospitales se vio resuelta al construir nosocomios de mayores dimensiones y que por consiguiente brindarían atención médica a un mayor número de pacientes en vez de construir varios hospitales para solventar la misma demanda; esto por supuesto estaba supeditado a los requerimientos del hospital para poder llevarse a cabo. En segundo lugar está el elevado costo de los terrenos para construir los hospitales, lo que llevaba a la necesidad de reducir la superficie en la que debía de construirse el hospital. En el caso de los hospitales de pabellones se requería de una extensa superficie para su edificación lo cual ya no era necesario en un hospital vertical, a través de ellos se podían resolver las mismas necesidades que con un hospital horizontal pero en una extensión de terreno mucho menor.
- El empleo de elevadores. Una herramienta de uso recurrente en los hospitales modernos, la cual permitió principalmente la creación de los hospitales rascacielos, al agilizar y simplificar los recorridos verticales y todo tipo de labores realizadas en el hospital, ya que lo mismo servían para transportar al personal, pacientes y familiares, como a los pacientes encamillados, o incluso equipo ya sea pequeño o pesado, mediante el empleo de montacargas, elevadores de mayor capacidad tanto espacial como de carga. Así mismo se pueden mencionar a las rampas, las cuales sustituían a los elevadores cuando éstos no podían implementarse en el hospital o en ocasiones por aplicación propia del diseño. La función que cumplían eran las mismas que los elevadores y en ocasiones eran más prácticos, aprovechando

desniveles del terreno o como concepto de diseño. De así requerirlo el uso era mixto de elevadores y rampas dando fluidez a las circulaciones del hospital.

- La preferencia por lo horizontal. Esto podría sonar contradictorio si se piensa que se había optado por la creación de edificios verticales, sin embargo, a pesar de esto lo que se buscaba era resaltar ese rasgo característico del gusto por la horizontalidad lo cual se lograba mediante la utilización de elementos horizontales distintos de muros y pretilas.³⁷ Uno de los ejemplos más comunes que se utilizaron para enfatizar dicha horizontalidad fue el empleo de elementos que delinearán los entresijos así como el uso de largos vanos en fachadas que enfatizarán ésta característica, e incluso los mismos volúmenes del edificio, a pesar de estar conformados por varios niveles y ser bastante altos para su época, en muchas ocasiones llegaron a ser más anchos que altos, más horizontales que verticales, así como la mezcla de ambos, un juego de verticalidad y horizontalidad volumétrica.
- La utilización de nuevos materiales. Los avances científicos dieron como resultado que se pudiera pensar en la utilización de materiales nuevos y otros ya existentes pero de un modo que no se hubiera pensado anteriormente. Quizá uno de los cambios significativos en este aspecto sea el de la ligereza, los materiales que brindan al edificio una ligereza estructural y visual tan importante en edificios de grandes proporciones, como por ejemplo, la implementación de materiales aparentes o el empleo de grandes ventanales o cristales de piso a techo.
- La sencillez plástica. El diseño del hospital moderno era sencillo, el rechazo a cualquier tipo de ornamentación era evidente en estos edificios. De acuerdo a la doctrina de José Villagrán García, en palabras de Enrique X. de Anda, quien afirma que: "...una voluntad del diseño que mantiene el rechazo del ornato y funda la fuerza de la expresión en la claridad objetiva del plano, la línea y la plenitud lumínica, sin recurrir a la combinatoria del claroscuro."³⁸ La preferencia era por un edificio funcional, estético en su más pura y simple expresión, carente de ornatos

³⁷ *Ibidem*, p. 120.

³⁸ Enrique X. de Anda, *La arquitectura de la Revolución Mexicana: Corrientes y estilos de la década de los veinte*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 1990, p. 116.

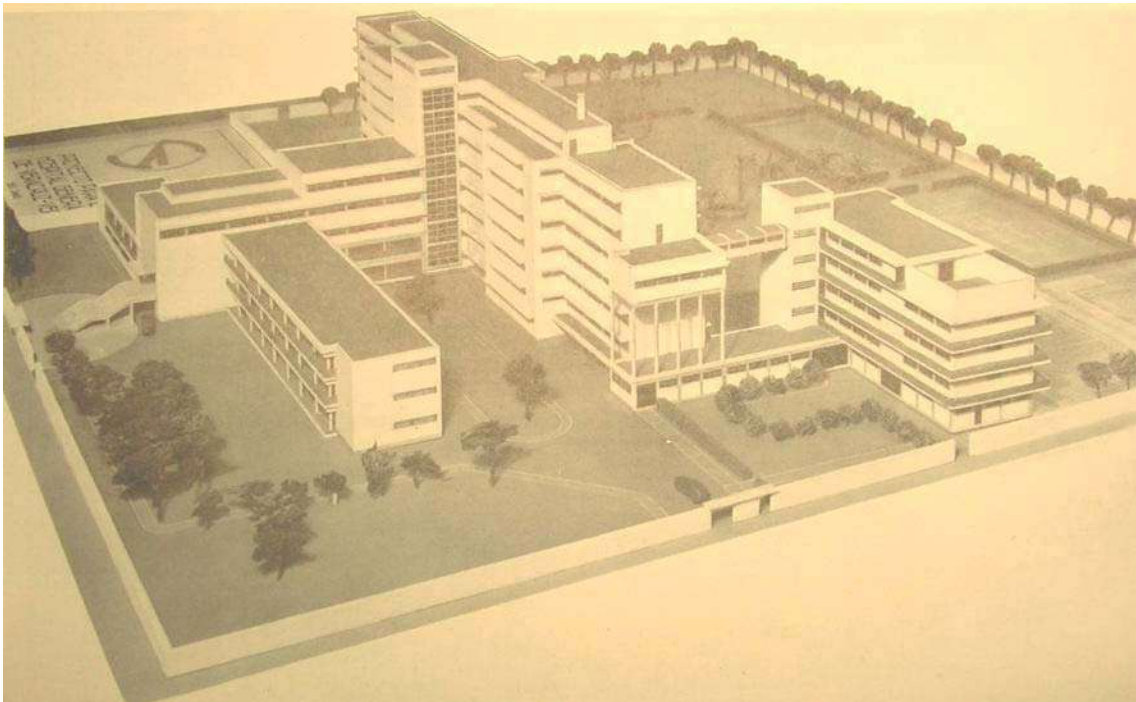
que no eran más que caprichos superfluos que no hacían más que desviar la atención de los verdaderos problemas y las verdaderas necesidades del proyecto. La misma composición del edificio era simple, en vez de optar por formas arcaicas y complejas, se optó por una composición de volúmenes prismáticos simples que en conjunto daban lugar a formas estéticas y puras bastante agradables a la vista.

- La creación de una identidad arquitectónica. En años anteriores se tomaban los modelos de los hospitales franceses los cuales eran considerados como un ejemplo de arquitectura de élite. La modernidad nosocomial sin embargo, ve reflejado en los modelos estadounidenses la esencia de la practicidad, la sencillez, el funcionamiento, pero adecuándolo y moldeándolo acorde a las necesidades propias de su contexto y dándole una identidad propia. De lado quedan los estilos que han dejado huella a lo largo de la historia de la arquitectura para dar paso a un estilo que no trata de imitar los viejos modelos o revivirlos para sí, lo que se busca es una arquitectura que responda a una necesidad y solucione un problema de la manera más sencilla y clara posible. “Esto que hicieron en el Renacimiento y en el siglo XVII, es lo que tenemos nosotros que hacer. Ni neoclásico y neocolonial; debemos buscar lo que nuestros problemas actuales nos exijan.”³⁹
- El análisis del edificio previo a su concepción. “...lo que se predica no es una estética sino una ética profesional, la de una arquitectura que primero conozca a fondo su problema y después alcance su solución.”⁴⁰ El arquitecto no solo puede dedicarse a diseñar un hospital producto de la espontaneidad, debe previamente investigar así como rodearse de especialistas, personas que conozcan el verdadero problema y las necesidades que requiere un edificio de este tipo, y solo así, después de comprender lo que un hospital requiere, sus alcances y sus obstáculos, solo entonces podrá aventurarse a proponer una solución.

³⁹ José Villagrán García, “Carta 2 al arquitecto Alberto T. Arai”, *Arquitectura*, Núm. 55, México, D.F., Septiembre de 1956, p. 137.

⁴⁰ Ramón Vargas Salguero, *José Villagrán García. Vida y obra*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, 2005, p. 58.

- Los principios básicos del hospital.⁴¹ El hospital moderno consta de tres principios básicos que determinan su esencia. En primer lugar la Unidad, si bien es cierto un edificio con tal grado de complejidad se compone de diversas partes todas y cada una de ellas deben de funcionar como un conjunto, una máquina perfecta en la que todas sus partes trabajan como una sola unidad complementándose y ayudándose entre ellas. En segundo lugar está la Diversidad, no importa el grado de complejidad o simplicidad del diseño, por ningún motivo debe ser obstáculo para la especialización de sus funciones, a pesar de trabajar como un conjunto debe permitir la versatilidad que la medicina y los nosocomios modernos requieren. Y finalmente la Flexibilidad, esta característica es la que hace posible la expansión, desarrollo y evolución de un hospital, la medicina está en constante cambio y el hospital debe poder adaptarse a él y estar a la par de su demanda.



2.09 Maqueta del Hospital General de Veracruz (1943), la preferencia por lo horizontal, sencillez plástica, la unidad, el dinamismo y la creación de una identidad propia fueron algunos de los conceptos básicos de los hospitales modernos en México durante la década de los cuarenta.

Fuente: Alberto Sartoris, *Encyclopedie de l'architecture nouvelle. Vol. III Ordre et Climat Américains*, Milán, Italia, Ulrico Hoepli Écliteur, 1954.

⁴¹ *El libro del hospital moderno, op.cit.*, p. 9.

Otro punto importante y que formó parte de esta nueva forma de concebir el servicio hospitalario caracterizando a esta época fue la planeación hospitalaria, ya que anteriormente los hospitales se enfocaban más a resolver una necesidad inmediata que a planificar dicha necesidad a futuro.

“Planificar es obrar con método científico, imponiendo los recursos económicos de un país, siempre limitados y siempre desproporcionados a sus necesidades, al máximo interés de rendimiento que sólo una técnica aunada al patriotismo es capaz de obtener. Planificar, en suma, es explotar la realidad y hasta la pobreza en sentido de servir a una colectividad.”⁴²

La planeación de los hospitales no solo consistía en analizar los procesos para la construcción del edificio, incluía además el estudiar previamente las necesidades y los alcances como institución y a nivel social. Algunos aspectos a considerar al momento de planear un hospital abarcaban varios rubros, económicos, políticos, sociales, culturales, físicos, geográficos, etc., todo lo que pudiera influir en la concepción del edificio y lo que este podría brindar. Entre estos aspectos se podrían mencionar algunos como, los recursos con los que se contaba para edificar el hospital, de donde provenían y con cuánto se contaba para así mismo saber qué se podía hacer con ellos, el nivel económico de la población, así como el momento, el número, la composición y las condiciones de vida de ésta, y en general todos los datos que se pudieran obtener acerca del tipo de población daban una clara idea del tipo de hospital que se debería planear, ya que a fin de cuentas ellos son a los que va dirigido el servicio.

Otro sería las normas profesionales y los hábitos de los médicos,⁴³ ya que si un hospital se construye en una zona en donde los médicos aún no tienen los hábitos hospitalarios esto repercutirá en un inicio en el desarrollo de la labor hospitalaria. Uno más la actitud de la población hacia los hospitales, si la población no tiene una cultura hospitalaria cabe la posibilidad de que haya un rechazo inicial hacia éstas instituciones. Finalmente la

⁴² José Villagrán García, “La primera planeación escolar del país”, *Memoria de la primera planeación (1944-1946)*, Comité Administrativo del Programa de Construcción de Escuelas, México, ca., 1946, citado en Ramón Vargas Salguero, *op.cit.*, p. 40.

⁴³ *El libro del hospital moderno, op.cit.*, p. 10.

incidencia morbosa,⁴⁴ que es un factor de suma importancia ya que podría determinar la posible demanda que tendría el hospital.

Sin embargo, la planeación hospitalaria tuvo un detalle en su primera etapa, ya que si bien es cierto los hospitales comenzaban a ser planeados como edificios e instituciones, no formaban parte de una planeación como un conjunto nacional, respondían a una necesidad inmediata pero no a una visualización a largo plazo de las necesidades de una nación en constante desarrollo.

Como parte de esta planeación y regulación hospitalaria a nivel nacional, comenzaron a surgir las instituciones de salud y asistencia pública, creados inicialmente con la sustitución del término beneficencia por el de asistencia, haciendo de éste un deber tanto del gobierno como de la sociedad. Es así como durante el régimen de Lázaro Cárdenas (1934-1940) surge la Secretaría de Asistencia Pública, la cual tiempo después, en 1943, se fusionaría con el Departamento de Salubridad formando así la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) encargada de solucionar los problemas de salud pública y asistencia médica.⁴⁵

En ese mismo año, 1943, surge otro tipo de institución, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la cual surgió debido al costo creciente de los servicios de asistencia hospitalaria, lo que hizo necesaria la aparición de seguros de asistencia médica, principalmente para los trabajadores quienes debido a su condición laboral eran más propensos a sufrir accidentes o padecer enfermedades a causa de sus labores; además, buscaba proteger a los empleados en caso de maternidad, vejez, invalidez o muerte.

El IMSS fue fundado como un organismo descentralizado y sostenido económicamente por patrones, empleados y el Estado. Entre las características que presentaba el IMSS están, que era de carácter obligatorio, se estableció para dar protección a la clase trabajadora de industrias, fábricas, empresas, etc., así como a sus familiares, y fue la culminación de los

⁴⁴ *Ibidem*, p. 11. Se entiende como “incidencia morbosa” a la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado; derivado de la palabra “morbilidad”, la cual también hace referencia al estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

⁴⁵ Guillermo Fajardo Ortiz, *op.cit.*, p. 76.

anhelos populares de la Revolución por tener algo que asegurara a la clase trabajadora del país en sus labores cotidianas.⁴⁶

En años posteriores se crearon otras instituciones con conceptos similares a los del IMSS, como lo son, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1960), la Dirección General de Seguridad Social para los Militares (1961), los Servicios Médico-Sociales de los Ferrocarriles Nacionales de México, y los Servicios Médico-Sociales de los Trabajadores de Petróleos Mexicanos. Este tipo de instituciones, en particular el IMSS y el ISSSTE, abrieron la posibilidad de crear nuevos y numerosos centros hospitalarios que se fundaron en todo el país.

El Seminario de Arquitectura Nosocomial de 1943.

El hospital edificio y el hospital institución

A pesar de los grandes avances, tanto científicos como filosóficos que se dieron en las primeras décadas del siglo XX en materia hospitalaria, además de la creciente fundación de nosocomios que se dio después de los años treinta, las carencias y deficiencias que aún se apreciaban en el servicio hospitalario nacional eran evidentes. Una de las mayores preocupaciones que aquejaban al gremio, al Estado y a la sociedad, era la falta de una correcta organización a nivel nacional, no solo hospitalaria, sino en general en la infraestructura del país.

En el caso particular de los hospitales las preocupaciones eran claras, dotar al país de una infraestructura hospitalaria de calidad, eficiente y estudiada, planeada a nivel tanto local como nacional y que respondiera a las verdaderas necesidades que cada localidad y el país en general demandaban. Esta preocupación interesaba principalmente al Secretario de Salubridad y Asistencia, el Dr. Gustavo Baz Prada, quien en el año de 1943 incentiva a crear un seminario en el que se analice el correcto diseño de los nosocomios así como los alcances que debe tener la infraestructura hospitalaria, estudiar las fallas de los antiguos

⁴⁶ *Ibidem.*

modelos hospitalarios y así poder definir una correcta concepción de los hospitales que formarían la base de la asistencia médica nacional.

Lo que se pretendía lograr con este Seminario era sintetizar los pensamientos conjuntos de médicos y arquitectos y entender los razonamientos que ambas partes tenían acerca de la problemática de los hospitales, uno como constructor y otro como trabajador de la institución. Es por eso que el Dr. Gustavo Baz encomendó la dirección conjunta a un médico y a un arquitecto, el Dr. Salvador Zubirán Anchondo y el Arq. José Villagrán García. Fue así como en el año de 1943 fue inaugurado el Seminario de Arquitectura Nosocomial. El Seminario reunió a algunos de los especialistas más sobresalientes de ambos gremios, con el objetivo fundamental de precisar las funciones, los factores y las partes que deben conformar los hospitales. Los médicos participantes en el seminario fueron: Alejandro Aguirre, Esteban Domínguez, Jesús Lozoya, Pedro Daniel Martínez, Ignacio Mora, Rafael Moreno Valle, José Ruiloba Benítez, Mario Salazar Mallén, Bernardo Sepúlveda, Norberto Treviño, Gustavo Viniegra y Alfredo Zendejas. Los arquitectos presentes fueron: Raúl Cacho, Mauricio M. Campos, Enrique Guerrero, Marcial Gutiérrez Camarena, Alonso Mariscal, Enrique de la Mora, Enrique del Moral, Mario Pani, Antonio Pastrana, Carlos Tarditi y Enrique Yáñez.⁴⁷

El Seminario se mantuvo hasta un año después y de él surgió una nueva filosofía de la concepción hospitalaria, de su planeación tanto particular como nacional. Entre las principales conclusiones a las que se llegaron están las siguientes:

- El criterio básico. “Antes de pensar en el hospital edificio es preciso concebir el hospital institución”. La consigna fundamental que se convertiría en una verdad incontrovertible y que resume lo que fue el propósito de este seminario, la respuesta a la pregunta de ¿cómo se debe concebir y proyectar un hospital? El mensaje es claro, antes de pensar en la solución formal del edificio, antes de tomar el lápiz para dibujar, es necesario analizar concienzudamente lo que el hospital será como institución, su organización, su estructura, su desempeño, los alcances que tendrá, hacia qué tipo de personas se dirigirá, en qué lugar será edificado, la forma en que dará respuesta a éstas y muchas más interrogantes obteniendo la mejor respuesta

⁴⁷ José Rogelio Álvarez Noguera (coord.), *op.cit.*, p. 112.

para ellas para que el desempeño del hospital sea el apropiado como institución para los que laboraran en ella, para los que la visitarán, para la sociedad y el país en general. Sólo cuando quede completamente claro lo que es la institución, se podrá pensar en darle un espacio físico para que se desempeñe, solo entonces se podrá pensar en un programa arquitectónico, en áreas, espacios, sistemas constructivos, materiales, solo entonces se pensará en el edificio, y solo entonces se podrá tener la certeza de que se podrá contar con un edificio y una institución de calidad y a la par uno del otro.

- Las etapas de elaboración del proyecto.⁴⁸

Primera etapa, el análisis no arquitectónico de las necesidades del hospital: a esta etapa corresponde todo el análisis previo de las funciones, necesidades y alcances del hospital, lo que se llama, concepción del hospital institución.

Segunda etapa, transformación del análisis anterior en programa arquitectónico: tomando en cuenta todos los datos previamente obtenidos y haciendo los razonamientos correspondientes se puede proceder a analizar las necesidades del inmueble; esto sería, la concepción del hospital edificio.

Tercera etapa, síntesis arquitectónica, el proyecto: lo que consiste en la concepción propia del proyecto arquitectónico y el plasmarlo gráficamente mediante los planos y dibujos correspondientes.

- El diseño en conjunto. A cada uno de los proyectos hospitalarios se le asignó un arquitecto que hubiera participado en el seminario, así como un médico o un grupo de estos que actuaban como asesores,⁴⁹ esto para seguir con el lineamiento de que el arquitecto debía de rodearse por especialistas que le auxiliaran en la concepción del edificio.
- El abandono de la construcción arbitraria. Para la construcción de un hospital el sitio de su fundación debe ser elegido en base a las características de la población a la que dará servicio y a las condiciones del lugar, pero la característica quizá más

⁴⁸ Enrique de la Mora y Palomar, "Arquitectura de hospitales", *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944, pp. 275.

⁴⁹ Ramón Vargas Salguero, *op.cit.*, p. 40.

importante que hay que tomar en cuenta al momento de escoger el lugar es el índice de morbilidad de cada región, para así garantizar que el servicio inmediato se brindará en las zonas que más lo requieran.

- La creación de una red de hospitales. La creación de hospitales además de obedecer a una serie de necesidades locales formará parte de una red hospitalaria de nosocomios ligados entre sí para atender con el tiempo las necesidades de todo el país. Si un hospital garantiza una cobertura regional, al formar parte de una serie de hospitales el radio de cobertura crece hasta brindar una cobertura por zonas y con el tiempo poder cubrir el grueso del país.



2.10 Plan de Construcción de Hospitales de 1943, en él se contemplan las instituciones con que se cuenta, su avance de construcción, tipo, y los alcances de la infraestructura hospitalaria para así poder distribuir los centros de salud de acuerdo a las necesidades reales del país.

Fuente: Gustavo Baz Prada, "Hospitales en México", *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944.

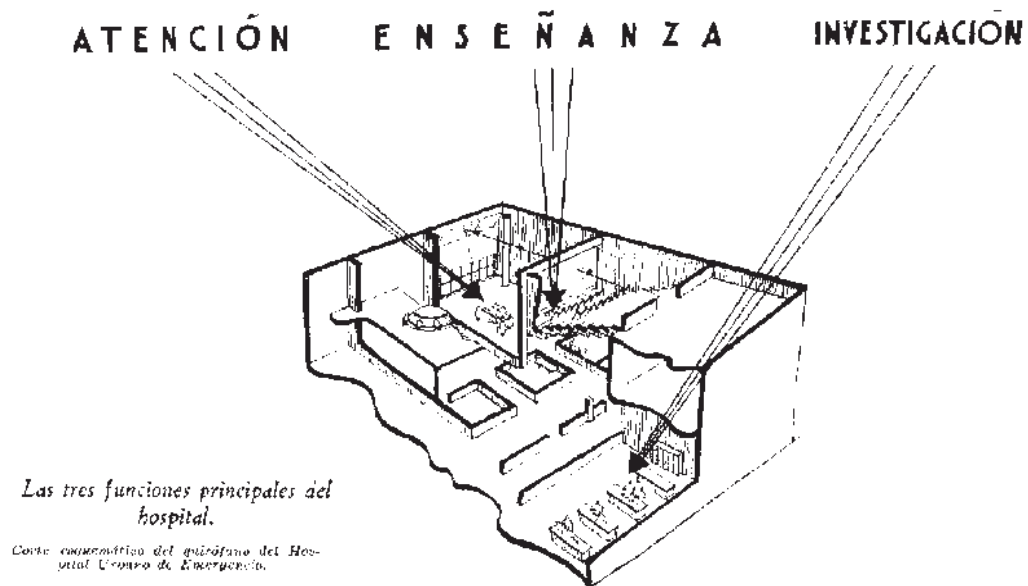
Además de éstas conclusiones generales se determinaron algunos aspectos fundamentales que serían determinantes en la concepción de los futuros hospitales y que sería quizá uno de los mayores logros del seminario, el determinar las tres funciones principales del hospital, las ocho funciones y las cuatro partes que lo deberían constituir.

Las tres funciones principales del hospital.⁵⁰

1. Atención médica. La función más importante del hospital, la de brindar atención a todos los pacientes que la requieran como parte de la labor social de asistencia y control sanitario. Esta atención va más allá de la propia atención médica como tal, requiere también de atención espiritual, siguiendo las antiguas costumbres de siglos atrás, así como también la atención psicológica; juntas ayudan a mantener el bienestar de los pacientes tanto en cuerpo, mente y alma, tan importante es el primero, quizá el más importante e inmediato, el aspecto físico que sana las heridas y los padecimientos del cuerpo, como el aspecto psicológico que ayuda al paciente a evitar o sobrellevar los posibles traumas que se pudieran presentar durante o después de la enfermedad, y el aspecto religioso, que brinda un sentido de fe más no de confianza o certeza en el mejoramiento de la enfermedad del paciente, una fe que forma parte importante de nuestra sociedad.
2. Enseñanza. El hospital se convierte en escuela, en un centro de capacitación constante y especializada, tanto de los futuros médicos como de los que ya ejercen la profesión. Al pertenecer la escuela al hospital y estar dentro de él ofrece una posibilidad de interacción única entre la teoría y la práctica, lo que ofrece a los profesionistas activos la ventaja de capacitarse constantemente y a los alumnos de prepararse profundamente para la vida laboral.
3. Investigación. El hospital se transforma en un centro de investigación científica que contribuya al constante progreso de la ciencia médica, cuya función principal es la prevención de las enfermedades así como salvaguardar la salud de la sociedad. Al igual que la enseñanza, al realizarse la investigación en el hospital ofrece la

⁵⁰ Salvador Zubirán Anchondo, "Los nuevos hospitales de México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento", *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944, pp. 263-264.

posibilidad de estudiar a los pacientes y sus enfermedades y todos los estados de ésta, desde que se presenta, mientras se desarrolla y hasta que llega a sus últimas consecuencias, ya sea que se cure y desaparezca del organismo o bien cause un deceso y de él se pueda aprender.



2.11 Esquema que muestra las tres funciones principales del hospital y cómo estas forman una unidad dentro de él complementándose en conjunto para un propósito en común, un buen diseño y desarrollo hospitalario. Fuente: Salvador Zubirán Anchondo, “Los nuevos hospitales de México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento”, *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944.

Los ocho factores necesarios para proyectar un hospital.⁵¹

1. Zona de influencia. Este es un factor es de suma importancia, ya que es el que determina, de acuerdo a los estudios previos de población, territorio, infraestructura, etc., la construcción de los centros de salud. La fundación de los hospitales no se elige de forma fortuita, es en base a un minucioso análisis de las condiciones bajo las cuales un hospital debe ser fundado, y estas condiciones están determinadas por dicho factor que no solo determina si es viable construir un hospital o no, sino que además determinará los alcances de éste en beneficio de la sociedad.

⁵¹ *Ibidem*, pp. 264-265.

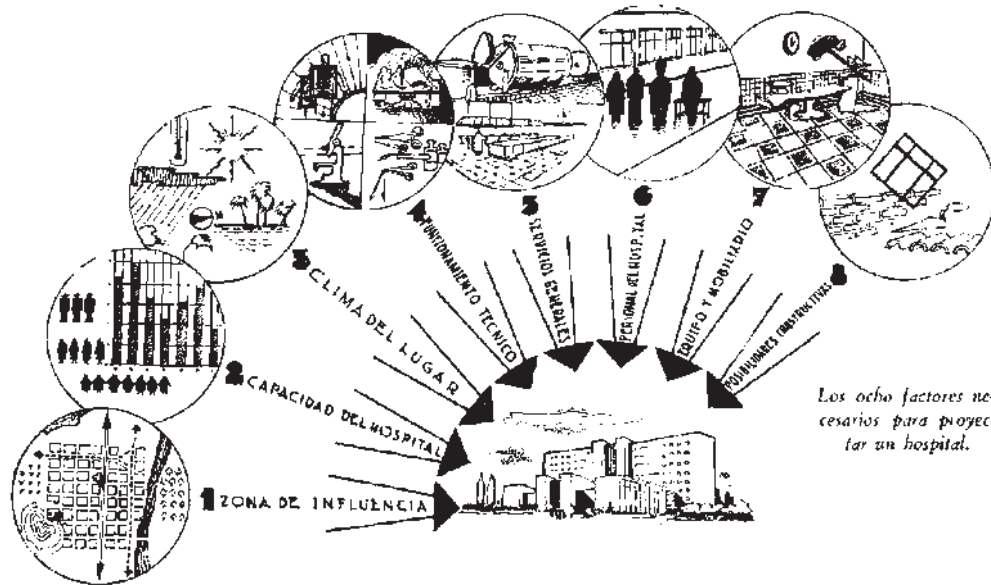
2. Capacidad del hospital. Este factor también se basa en los estudios previos y es fundamental para determinar el número de pacientes al que se dará servicio. Esta capacidad se obtiene en base a dos aspectos principalmente, la densidad de población y el índice de morbilidad.
3. Clima del lugar. Determina los aspectos físicos y meteorológicos que influirán en el diseño del hospital, la orientación del edificio, el efecto de los vientos dominantes, asoleamientos, sistemas de calefacción o refrigeración según sea al caso, etc. Son los aspectos fundamentales a considerar en cualquier construcción pero que en un hospital son de mayor importancia a considerar porque pueden llegar a ser, si se toman en cuenta y aplican correctamente, sistemas naturales de higiene, saneamiento y curación.
4. Funcionamiento técnico. Esta función comprende varios aspectos, el tipo de servicios médicos, determinación de los diferentes servicios que habrá de prestar el hospital, sistemas de hospitalización, servicio de profilaxis, enseñanza y capacitación, y la investigación científica.⁵²
5. Servicios generales. Comprende los siguientes aspectos: elaboración y distribución de alimentos, lavandería y ropería, farmacia, servicios administrativos, habitaciones para empleados, almacenes, fuentes de energía, sistemas de llamadas y, sistemas de archivo y estadísticas.⁵³
6. Personal del hospital. Se agrupan en tres grandes categorías, administrativo, técnico y de servicio. Es de suma importancia analizar las actividades del personal, en particular los turnos, la alimentación dentro del hospital y el hospedaje del personal que lo requiera de acuerdo a su labor. Estos son los tres aspectos del personal que más consideración deben tener al momento de planear un hospital
7. Equipo y mobiliario. El estudio detallado tanto del equipo como del mobiliario de todas las áreas del hospital proporciona al diseño de éste un panorama que permite

⁵² *Ibidem.*

⁵³ *Ibidem*, p. 265.

al arquitecto tener una idea más precisa de las dimensiones de los espacios a diseñar así como las funciones que se llevaran a cabo en el hospital.

8. Posibilidades constructivas. Es lo que determina los alcances y limitantes constructivas del edificio, en cuanto a materiales, sistemas constructivos, el terreno, etc., así como su futura ampliación en caso de ser requerido.



2.12 Esquematación de los ocho factores necesarios para proyectar un hospital, son factores que determinaran el diseño óptimo del edificio de acuerdo a necesidades y características particulares.

Fuente: Salvador Zubirán Anchondo, "Los nuevos hospitales de México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento", *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944.

Las cuatro partes fundamentales de un hospital.⁵⁴

1. Consulta externa. Elemento indispensable en el servicio hospitalario; la importancia de este radica en dos aspectos fundamentales, el primero es que permite disminuir el tiempo de estancia de los enfermos en el hospital para que estos puedan continuar con su tratamiento fuera de él reduciendo así los costos de atención médica pudiéndolos destinar a otras áreas como la hospitalización; y el segundo es que permite a los pacientes que no pueden solventar un servicio médico privado debido a la falta de recursos, el poder acceder con mayor facilidad a los servicios de salud

⁵⁴ *Ibidem*, p. 265-270.

inmediatos. Este está determinado por la densidad de población ya que constituye el servicio primario del hospital. Si las facultades económicas lo permiten, lo recomendable es dotar de consultorios de cada especialidad médica en el área de consulta externa.

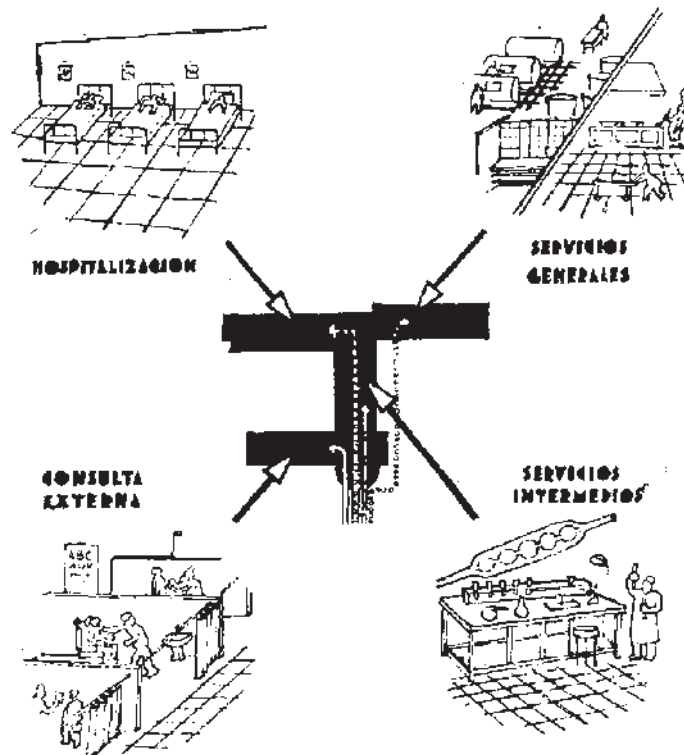
2. Hospitalización. Lo constituyen las salas de albergue de enfermos así como las unidades destinadas a su servicio. Las salas reducen su capacidad y así mismo existen salas privadas para los pacientes más graves o aquellos que deseen y puedan costear una sala privada. La única ventaja de estas salas es la privacidad ya que el servicio debe ser el mismo tanto para las salas privadas como para las salas generales. Dentro de la zona de hospitalización deberá estar el departamento de urgencias con las siguientes características; diseñado de acuerdo a la magnitud del hospital y colocado en un sitio de fácil acceso independiente, contiguo a los servicios de admisión y disponer de un número aislado de camas en relación al hospital, no debe de ser de gran magnitud ya que el paso de los enfermos es transitorio, debe contar con una sala de operaciones, además de un pequeño laboratorio, central de enfermeras, un cuarto séptico y sanitarios.⁵⁵ Como complemento, la zona de hospitalización puede contar con un departamento de necropsias y conservación de cadáveres, el cual debe considerarse como un importante laboratorio de investigaciones, con un acceso fácil y oculto al exterior y con una pequeña sala de estancia para los deudos en caso de ser necesario.⁵⁶
3. Servicios generales. Son aquellos que no tienen una función específicamente médica, sino que más bien son auxiliares. Entre los básicos se pueden encontrar las oficinas de información y control, la caja y el archivo clínico, la farmacia y el almacén de medicinas, y las cocinas y lavanderías. Este tipo de servicios por lo general se ubican en la planta baja del edificio, aunque en el caso de la cocina y lavandería se puede colocar un servicio general en planta baja y otros de menor rango que solo funcionen como distribuidores en cada uno de los pisos.⁵⁷

⁵⁵ *Ibidem*, p. 267.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 269.

⁵⁷ *Ibidem*, p. 270.

4. Servicios intermedios. Conformado por los servicios susceptibles de prestar atención tanto a pacientes de hospitalización como a los de consulta externa, es por eso que al momento de diseñar un hospital es recomendable ubicarlos en un área de fácil circulación y acceso para ambos departamentos, y están constituidos principalmente por servicios de diagnóstico.⁵⁸



2.13 Ejemplificación de la distribución de las cuatro partes fundamentales del hospital en un esquema básico de un centro de salud moderno, como se puede observar la planta en “H” y sus ligeras variantes fueron la distribución idónea para resolver los proyectos nosocomiales de la época ya que delimitaban claramente las partes del hospital y permitía una fluida comunicación entre ellas.

Fuente: Salvador Zubirán Anchondo, “Los nuevos hospitales de México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento”, *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944.

El Seminario de Arquitectura Nosocomial de 1943 vino a ser la culminación de la conceptualización sobre arquitectura hospitalaria en México. Si bien es cierto a lo largo de la historia de México los centros de salud respondieron a necesidades específicas, tanto temporales como espaciales, lo que diferenció a la arquitectura nosocomial moderna de mediados del siglo XX fue un concepto clave, la planeación; y no es que las instituciones

⁵⁸ *Ibidem*, p. 267.



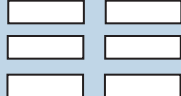
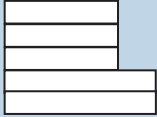
de salubridad de antaño no fueran planeadas ya que, como ya se mencionó, es su momento respondieron a necesidades particulares; sino que en siglo XX dicha planeación fue llevada a otro nivel, diseñando los hospitales no solo para responder a necesidades inmediatas sino previniendo necesidades a mediano y largo plazo; no solo satisfaciendo a la demanda local sino planeando redes hospitalarias a través de todo el país.

El Seminario estableció pautas específicas en el diseño hospitalario que hoy, casi setenta años después, resultan eficientes, lo que demuestra ese pensamiento a largo plazo; se establecieron conceptos sobre arquitectura hospitalaria que fueran funcionales para todo el país y que no se estancaran en la década de los cuarenta sino que fueran prácticos décadas después.

Dichos conceptos se pueden apreciar en los hospitales contemporáneos, tanto los que se conservan de aquella época, adaptándose a la actual, como los que se construyeron posteriormente. Como ya se ha mencionado la arquitectura hospitalaria debe evolucionar acorde a la ciencia médica con la cual se complementa. Los hospitales actuales responden a dicha evolución, sus espacios se han adaptado a las nuevas técnicas médicas, la estricta especialización de la medicina así como la tecnología aplicada en ella, hace indispensable la adaptación de los espacios hospitalarios. Sin embargo, los conceptos básicos se siguen haciendo presentes, la prestación de un servicio médico de calidad, la investigación, la enseñanza, la prevención, los sistemas de salud e higiene, entre otros conceptos ya mencionados, así como el inmueble propicio para realizar todas estas actividades.

En cuanto a los conceptos arquitectónicos básicos está claro que, a pesar de las adecuaciones propias de la temporalidad y el contexto, se siguen haciendo presentes en mayor o menor medida en los hospitales contemporáneos, edificios en vertical que cada vez son más exigidos por la escases de predios extensos, así como los sistemas de comunicación verticales necesarios es este tipo de edificios, pero a pesar de ello aun conservando esa preferencia por lo horizontal que además es práctica para llevar a cabo las labores cotidianas de los centros de salud, como se observa en la distribución en planta en “H” tan utilizada desde la década de los cuarenta, así como las variantes simplificadas que son las distribuciones en “T” y “L”; la construcción estructuras y volumetrías simples y funcionales, el ornato como algo secundario y superfluo, acabados limpios, superficies lisas

y lavables en interiores que garanticen una alta higiene en el inmueble, espacios en lo posible con una óptima ventilación e iluminación natural, la necesidad de áreas jardinadas a pesar de la ya mencionada carencia de espacio predial, redes de servicios funcionales, entre otras características arquitectónicas previamente analizadas a profundidad.

	Prehispánico	Virreinal	Independiente	Siglo XX
Concepto	Asilo	Caridad	Beneficencia	Asistencia
Ideología	Lugar de reposo	Lugar de auxilio	Lugar de sanación	Lugar de prevención
Filosofía médica Causa	La voluntad de los dioses	Castigo divino	Inicios de la teoría de microorganismos	Insalubridad
Filosofía médica Cura	-Rituales -Medicina natural	-Oración -Compasión divina	Tratamiento médico científico	-Higiene -Prevención
Ejercicio médico	-Sacerdote -Hechicero	-Fraile -Monje	Médico	Especialista
Responsables	-Estado -Particulares	-Clero -Estado	Estado	Instituciones de asistencia ⁵⁹
Arquitectura	-Viviendas -Anexos a templos	Anexos a edificios religiosos	Refuncionalización de edificios antiguos ⁶⁰	Planeación de edificios
Sistema	Hospicio	Claustro	Pabellón ⁶¹	Torre
Esquema				

2.14 Tabla de los principales conceptos, ideológicos, médicos y arquitectónicos, manejados en las cuatro etapas generales de la historia de México, analizadas en el presente trabajo.

Tabla elaborada por el autor.

⁵⁹ El Estado continuaba siendo el responsable de resolver los problemas sociales de salubridad, solo que en esta etapa ya no lo hacía como responsable directo sino a través de las instituciones públicas de asistencia. La creación de diversas organizaciones públicas de salubridad permitió al Estado descentralizar los servicios médicos para de esta manera brindar servicios especializados, de esta manera cada institución podía encargarse de algún determinado sector social o laboral.

⁶⁰ La refuncionalización de edificios antiguos se manejó como la principal fuente de dotación de arquitectura hospitalaria en el México liberal durante prácticamente todo el siglo XIX, aunque a finales del mismo y sobre todo en los primeros años del siglo XX entraría en función el sistema de pabellones aislados, que sería de gran relevancia en la arquitectura nosocomial a pesar de no ser el tipo de arquitectura hospitalaria más utilizado durante la época independiente.

⁶¹ Como ya se mencionó, el sistema de pabellones aislados no sería el más utilizado durante la época del México independiente ya que quedaría atrapado entre la refuncionalización de edificios antiguos del siglo XIX y los hospitales modernos del siglo XX; sin embargo, sí sería el de mayor relevancia por ser un sistema novedoso y que resultaría más eficiente que su predecesor, el sistema de claustro en el que se basaban los edificios refuncionalizados, así como ser el precursor de la estandarización hospitalaria y contrastantemente la especialización médica.

Los conceptos e ideologías que han variado tanto pero tan paulatinamente a lo largo de la historia médica y hospitalaria de México han servido para forjar lo que son los centros de salud modernos.

“Es preciso recordar la historia del hospital para comprender su realidad actual y poder contribuir a su evolución”.⁶²

El estudio y la comprensión de la historia de la arquitectura hospitalaria de México así como los conceptos, tanto de salud como arquitectónicos, que dieron lugar a las tan variadas soluciones a los problemas de salubridad del país en distintas épocas, nos pueden dar un panorama más claro sobre cómo afrontar los problemas actuales, no para realizar copias del pasado sino para tener un fundamentación en el presente, fundamentos que ya han sido extensamente probados tras el intenso ensayo de prueba y error pero también de grandes aciertos. En el caso particular del presente trabajo, dicho estudio debe ser de la misma forma un fundamento sobre el cual comprender los problemas a los que se enfrentó el arquitectura hospitalaria en Morelia durante la primera mitad del siglo XX y la forma en la que se abordaron dichos problemas y sobre todo el cómo se les dio solución, entendiendo los antecedentes pero sobre todo el panorama nacional contemporáneo a la época en cuestión. Tras analizar dichos conceptos históricos se está en una postura más favorable para analizar algunos de los ejemplos más representativos de la arquitectura nosocomial moreliana, tanto sus antecedentes, como su desarrollo y evolución médica pero sobre todo arquitectónica.

⁶² F. González, *et al.*, *op.cit.*, p. 15.



Segunda Parte.
Arquitectura Hospitalaria en Morelia.

“Es preciso recordar la historia del hospital
para comprender su realidad actual y poder
contribuir a su evolución”.

SEGUNDA PARTE

ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN MORELIA

Introducción

Durante el siglo XX es cuando surgen, tanto en México como en el mundo, las modificaciones más importantes en materia de arquitectura para la salud, modificaciones que van a la par de una constante, importante y radical evolución científica ocurrida a lo largo de todo este siglo y que marcan un paso importante y trascendente en temas de salud con respecto a lo que se venía manejando durante años anteriores.

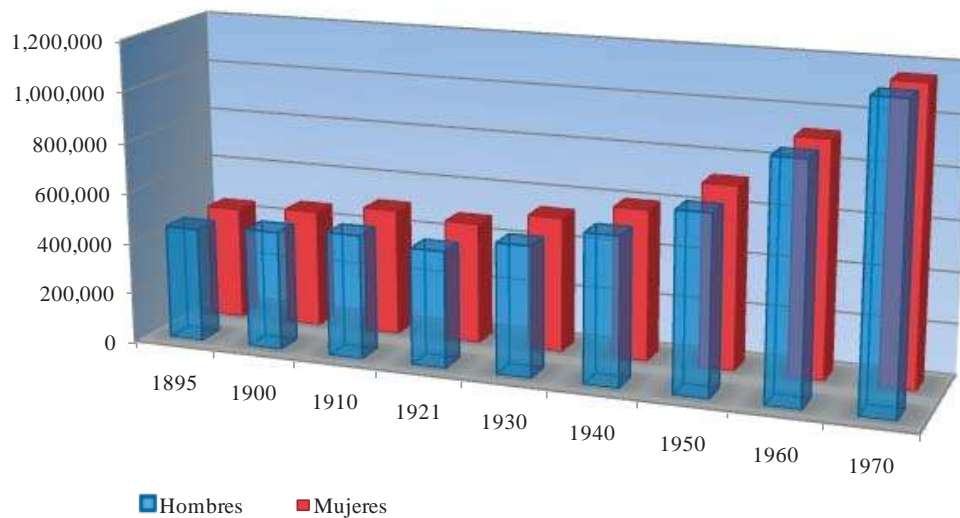
“Si la arquitectura hospitalaria del siglo XIX reflejó aspectos de beneficencia y caridad, la arquitectura hospitalaria del siglo XX rindió homenaje a la religión de la ciencia.”¹

En el caso de la ciudad de Morelia, la historia de la arquitectura nosocomial comenzó a partir del siglo XVIII cuando se fundó uno de los primeros hospitales del estado y que durante más de 150 años fue el más importante de la ciudad. Posteriormente y poco a poco fueron apareciendo otras instituciones de salud hasta que finalmente en la década de los cincuenta es cuando se dio un aumento considerable en el número de instituciones de salud tanto en la ciudad como en el país.

“Para que en una sociedad existan hospitales, la asistencia a una multitud de extraños debe ser necesaria, útil y socialmente valorada.”²

¹ Brandt, Alan M. y David C. Sloane, “Of beds and benches: Building the Modern American Hospital”, en Galison, Peter y Emily Thompson (ed.), *The Architecture of Science*, Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra MIT Press, 1999, p. 292.

Después de la época de la Revolución Mexicana la población del país estado de Michoacán había disminuido, pero en los años posteriores y sobre todo a partir de la década de los cincuenta, en el estado, así como en el resto del país, se dio un aumento en la población al grado de duplicar el número de habitantes en un lapso de cuarenta años entre 1921 y 1960, como se muestra en la siguiente gráfica.





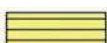
Gráfica de población total según sexo en el estado de Michoacán en el periodo de 1895-1970.






Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estados Unidos Mexicanos, *Cien Años de Censos de Población*, Aguascalientes, Aguascalientes, INEGI, 1996.

Es por esto que durante la década de los cincuenta se dio un incremento en el número de instituciones de salud en la ciudad que incluiría la dotación de un nuevo edificio para el Hospital del Estado que satisficiera la creciente demanda en el servicio. Del mismo modo, los servicios de salud, tanto públicos como privados, se enfocarían primordialmente en la atención en la especialidad de gineco-obstetricia, procurando atender de la manera más eficaz el gran número de embarazos y nacimientos que se daban en la ciudad y en el estado garantizando así la salud tanto de las madres como de los recién nacidos.

² González, F., et al, *Los hospitales a través de la historia y el arte*, Barcelona, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., 2004, p. 16.

Durante la década de los cuarentas en México se creó un seminario con la intención de analizar determinar cómo debían ser diseñados los hospitales que respondieran a las necesidades de un país moderno. Para tal efecto era necesaria la participación de ambas disciplinas involucradas en la problemática, medicina y arquitectura. Una de las conclusiones a las que llegaron concerniente a la cuestión de diseño fue que un hospital debería constar de cuatro partes fundamentales, consulta externa, hospitalización, servicios intermedios y servicios generales. Estas cuatro partes determinan en gran medida las áreas del hospital e incluso pueden utilizarse para dividir a este en zonas. Para cuestiones de análisis de los edificios del presente trabajo, se han dividido a estos no solo en las cuatro partes ya mencionadas sino en ocho áreas generales.

-  La primera de estas áreas es la de consulta externa que, como su nombre lo dice, obedece a las áreas de consultorios que constituyen el primer contacto del paciente con el hospital; además de incluir, basados en la idea previa, a las áreas de urgencias en caso de que el edificio cuente con ellas, por considerarlas también zonas de primer contacto.
-  Hospitalización, que al igual que la anterior es evidente por el nombre a que evoca; engloba a todo tipo de áreas que incluyan la estancia eventual del paciente siempre y cuando esta sea de un lapso no menor a 24 horas, por lo que son descartadas las áreas de recuperación por considerarlas zonas transitorias; así mismo se engloban los servicios complementarios a estas áreas como lo son central de enfermeras y espacios de preparación de pacientes así como los servicios de sanitarios ubicados dentro de las salas de hospitalización, tanto generales, semiprivadas y privadas.
-  El área de servicios intermedios, la cual incluye básicamente cualquier espacio destinado al tratamiento del paciente; generalmente conformado por salas de operaciones, parto, laboratorios y análisis.

-  Servicios generales, correspondiente a las áreas de servicio tanto para pacientes, como para personal o para el edificio mismo; integrada básicamente por servicios como bodegas, áreas de mantenimiento, cocinas, lavanderías y sanitarios que no pertenezcan exclusivamente a alguna de las otras áreas y no se encuentren dentro de los espacios de estas.
-  Administración, que engloba a las áreas encargadas del manejo del hospital, generalmente conformado por oficinas de diversos tipos acorde a las necesidades del hospital.
-  Enseñanza, referente a las secciones de educación, desde una oficina, auditorios, talleres, y aulas; al respecto cabe aclarar que los hospitales, todas sus áreas en general, deben ser consideradas como una fuente primordial de enseñanza médica, sin embargo en esta área solo se consideran los espacios destinados explícitamente para tal propósito, sin llegar a cumplir otra de las funciones del hospital, salvo casos particulares como los auditorios que además se podrían considerar áreas de servicios generales por cumplir funciones propias del hospital como la realización de actos múltiples.
-  El área de residencia, en general hace referencia a las áreas de residencia médica aunque también, y de ser necesario, se refiere a las secciones de residencia de algún otro ramo del personal del hospital.
-  Y finalmente el área de circulaciones, que en primer lugar constituyen exclusivamente áreas correspondientes a la superficie de construcción del edificio, ya que en ocasiones gran parte de la circulación se da a través de las áreas abiertas; además de incluir las áreas correspondientes a salas de espera ya que en muchos casos los pasillos son utilizados como salas de este tipo.

Esta segunda parte corresponde al análisis de algunos de los ejemplos más representativos de la arquitectura nosocomial de la ciudad de Morelia, desde el Hospital General a principios del siglo XX como el primer gran ejemplo de arquitectura para la salud en la ciudad, hasta los edificios del movimiento moderno construidos durante la década de los cincuenta y que representaron gran parte de la ideología de la ciudad, su contexto y su relación con los cambios y movimientos ocurridos en el resto del territorio nacional, principalmente con la zona central, así como la influencia extranjera en los modelos nacionales.

Así mismo una de las partes medulares del trabajo consiste en la aproximación más cercana a la reconstrucción original de los proyectos de los inmuebles. La arquitectura para la salud es quizá la que más modificaciones sufre y en tan poco tiempo relativamente desde que se construye; los constantes avances científicos así como la creciente demanda en los servicios son las razones principales de que los hospitales que vemos actualmente disten mucho de lo que fueron en sus orígenes. Es muy difícil llegar a una reconstrucción precisa, en la gran mayoría de los casos desgraciadamente no se tiene un registro completo fotográfico y planimétrico por lo que la reconstrucción se basa en observaciones, registros orales en caso de localizarlos y en menor medida por carecer de ellos, registros descriptivos escritos.

El reconstruir estos edificios nos da no solo la posibilidad de apreciar su diseño original, sino que a base de este se puede comprender en gran medida parte de la ideología y el contexto que dio como resultado determinado diseño y que no podríamos comprender completamente apreciando el edificio en un contexto actual, pues si bien es cierto en este momento responden a su contexto contemporáneo, no fue el mismo al que respondieron originalmente y es que resulta interesante investigar y estudiar la solución arquitectónica de distintos proyectos en diversas épocas y lugares como parte de una respuesta a una necesidad inmediata pero observando su comportamiento en su desarrollo a mediano y largo plazo.

CAPÍTULO III.

EL HOSPITAL EN MORELIA. LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

Introducción

Durante la época del virreinato en el actual territorio michoacano solo había dos hospitales, uno en Patzcuaro y otro en Valladolid. Este último fue el Hospital de San Juan de Dios, un hospital perteneciente al convento del mismo nombre y administrado por el Clero desde su fundación en el siglo XVIII hasta que en el año de 1858 se decretó que éste quedara bajo el mando del Gobierno del Estado, ya que se consideraba era éste último el que debía encargarse del cuidado de la salud de la sociedad, como lo explica Melchor Ocampo Manzo fue especificado en el decreto correspondiente: “Los fundamentos de esa disposición fueron, según se expresa en el mismo decreto, que uno de los principales deberes de todo gobierno democrático es vigilar por el alivio de la humanidad doliente...”¹

A partir de entonces el Gobierno estatal se hizo cargo del hospital el cual durante mucho tiempo tomó el carácter de general, ya que era más práctico el tener concentrada en un gran nosocomio a la parte de la población con problemas de salud y por lo general aislando a esta del resto de la sociedad ubicando al hospital a las afueras de la ciudad. Con la construcción del Hospital General de Michoacán esta tendencia se mantuvo durante el

¹ Melchor Ocampo Manzo, *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1985, p. 29.

tiempo que estuvo en funcionamiento el edificio, y no fue sino hasta la década de los cincuenta cuando se empezó a vislumbrar una descentralización del servicio.

Si bien es cierto el nuevo edificio continuaba brindando una amplia gama de servicios y en gran medida se podía aún considerar como general, se dieron los inicios de las instituciones especializadas con la aparición del Hospital Psiquiátrico, así como la mayor intervención del Gobierno en materia de salud con la aparición de hospitales y clínicas dependientes de instituciones gubernamentales como la Clínica de Salubridad, especializada en el diagnóstico y prevención más que en el tratamiento mismo de la enfermedad, así como la aparición posterior de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1964) y posteriormente el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1970).

Hospital General de Michoacán (1901)

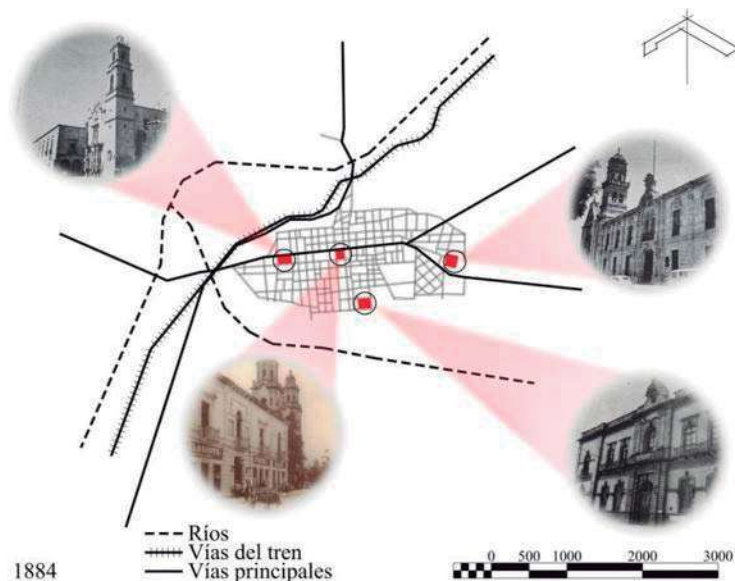
Antecedentes y ubicación

El Hospital General de Michoacán tuvo sus inicios entre finales del siglo XIX y principios del XX pero su historia se remonta muchos años atrás. El hospital ha tenido varias sedes desde que comenzó sus labores a finales del siglo XVIII, en el año de 1794, cuando era conocido como el Hospital de San Juan de Dios, se ubicaba en el centro de la ciudad en el antiguo Convento de los Juaninos, que posteriormente se convirtió en el Hotel Oseguera y el Banco Internacional, actualmente se encuentra ahí el Hotel los Juaninos y un grupo de comercios. El hospital, siguiendo las costumbres de los hospitales del Virreinato estuvo bajo el cuidado y administración de los frailes Juaninos hasta que a mediados del Siglo XIX, durante la época de la Reforma y acorde a las nuevas tendencias en materia de salud en el México liberal se decretó quedara bajo la vigilancia de la Inspección General de Beneficencia Pública.² El hospital continuó con sus labores en el mismo edificio por los siguientes tres años hasta que en 1861 se trasladó a las afueras de la ciudad hacia el

² *Ibidem.*

extremo oriente, en las instalaciones del Ex-convento de San Diego, posteriormente convertido en el Internado de Niñas y actualmente la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Michoacana; en ese lugar permaneció hasta 1863 durante la ocupación de Morelia por las fuerzas armadas del Imperio.³

Posteriormente el hospital se trasladó al otro extremo de la ciudad, nuevamente en la zona centro de esta hacia el costado poniente para ubicarse en el Ex-convento de la Merced, que con el tiempo se transformaría en la Escuela Tipo “David G. Berlanga”, donde permaneció hasta que la República se restableció en el país en 1867. Es entonces cuando se dispuso trasladarlo nuevamente ahora al extremo sur de la ciudad en las instalaciones del Ex-convento de Capuchinas, donde permaneció hasta el año de 1901 en que se inauguró el nuevo edificio que albergaría al Hospital General.⁴



3.01 Croquis de localización de las distintas sedes del Hospital General, ubicadas en un mapa de Morelia de 1884. En orden cronológico; al centro, en el Convento de los Juaninos, al oriente; en el Ex-convento de San Diego; al poniente, en el Ex-convento de la Merced; y al sur, en el Ex-convento de Capuchinas.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

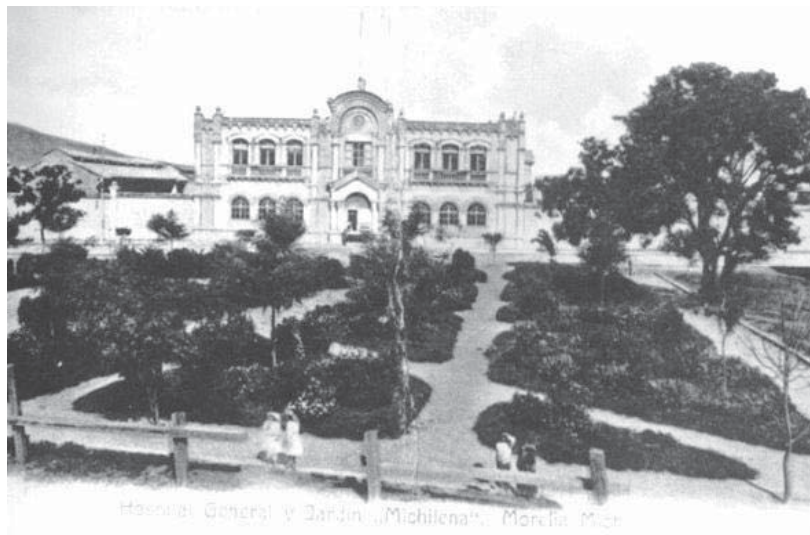
Fuente imágenes: Nicolás León, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1984

³ Nicolás León, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1984, p. 197.

⁴ Melchor Ocampo Manzo, *op.cit.*, p. 30.

Hacia finales del siglo XIX el Gobierno optó por la construcción de un hospital cuyo edificio fuera dedicado y planificado exclusivamente para dicho propósito, dejando de lado la reutilización de edificios tan característica de la arquitectura nosocomial del siglo XIX en México y de la cual Morelia no fue la excepción. El diseño y la construcción inicial del edificio corrieron a cargo del ingeniero Manuel Barrios quien en 1897 comenzó la obra.⁵

Para tal efecto el Gobierno de la ciudad adquirió un terreno ubicado a las afueras de la ciudad, en el extremo poniente de ésta ubicado sobre la calle Nacional, hoy avenida Madero Poniente. El terreno contaba con una superficie de 4 hectáreas, 5,201 metros,⁶ aunque de estas únicamente tres hectáreas fueron destinadas a la construcción propia del hospital mientras que el resto se convirtió posteriormente y por orden del propio Gobierno en un jardín público, el Jardín Michelena, actualmente Jardín de los Niños Héroe. El jardín se ubicó frente al acceso principal del edificio, en el costado sur, con el propósito de que sirviera, por una parte para mejorar la vista en el frente del edificio, y por otro lado para cumplir con los estándares de higiene y saneamiento que requería el hospital, ya que antes de la construcción del jardín esta sección del terreno se encontraba en un estado deplorable con un aspecto desagradable.



3.02 Imagen del Jardín Michelena y el edificio central del Hospital General de Michoacán a principios del siglo XX.

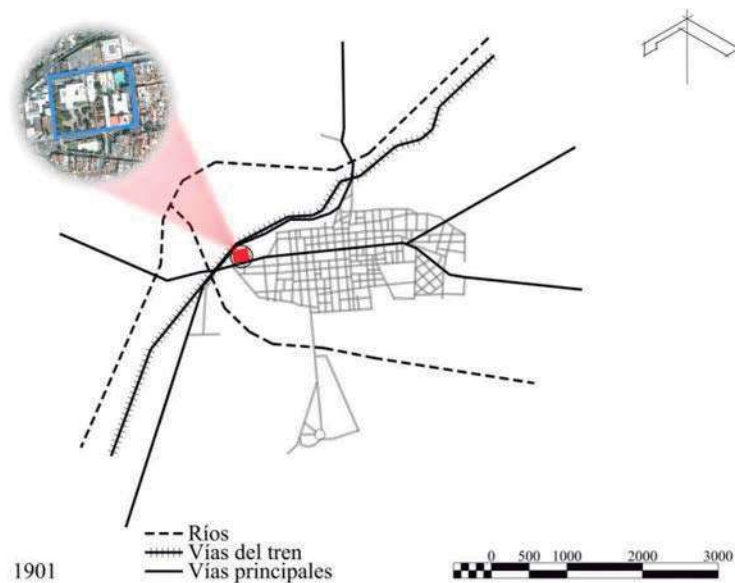
Fuente: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=910398> consultado 09/09/09.

⁵ *Ibidem*, p. 73.

⁶ *Ibidem*, p. 125.

Siguiendo con el cumplimiento de las normas de sanidad, la elección de este terreno se hizo con el fin de ubicar al hospital fuera del núcleo social pero de fácil acceso para este, y así poder aislar la zona médica del resto de la población de la ciudad que gozaba de una mejor condición de salud; en palabras de Melchor Ocampo Manzo:

“El edificio se encuentra en el extremo poniente de la calle Nacional, que divide la ciudad en dos partes, casi iguales, de Norte a Sur, y en un sitio en el que, por razón de los vientos dominantes, las emanaciones que de él puedan exhalarse son arrastradas hacia lugares enteramente despoblados, por donde no es probable que la ciudad haya de extenderse más tarde.”⁷



3.03 Croquis de localización del Hospital General de Michoacán.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1901 y vista aérea de la primera sección del Instituto Mexicano del Seguro Social, construcción actual tras la demolición del Hospital General.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Diseño general

La construcción del hospital tardó cuatro años desde que comenzó la obra el 14 de mayo de 1897 hasta su inauguración el 16 de julio de 1901. Para su diseño se optó por el sistema de

⁷ *Ibidem*, p. 74.

pabellones aislados, considerado en su momento la mejor solución para resolver los problemas y las necesidades que en los hospitales se requería al permitir una excelente ventilación e iluminación en cada una de las áreas del hospital además de una orientación equitativa para todos los pabellones, haciendo hincapié de este modo en la estricta salubridad e higiene que eran la base de la salud y por consiguiente del funcionamiento de los hospitales. De este modo se procuraba una extensa superficie de áreas abiertas preferentemente jardinadas para cumplir con tal propósito. En el caso del Hospital General se evidenciaron estas características con más del 70% de la superficie destinada a áreas abiertas, casi toda esa superficie destinada a jardín con excepción de los patios en las zonas de edificios centrales y de servicios.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	8 397.00 m ²	28.0 %
Áreas abiertas	21 603.00 m ²	72.0 %
Superficie del terreno	30 000.00 m ²	100.0 %

3.04 Tabla de superficies del Hospital General de Michoacán.
Tabla elaborada por el autor.

El edificio fue novedoso en su época y se presumía era el tercero de su tipo en el mundo, después de los construidos en París, Francia y en Halifax, Yorkshire, Inglaterra;⁸ y a pesar de que en la Ciudad de México ya se construía un hospital de las mismas características comenzado a construir antes que el de Michoacán, se inauguró hasta el 5 de febrero de 1905, cuatro años después que el de Morelia por lo que este último se consideraba el primer hospital de su tipo en América, como se mencionó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo:

“Según sabemos, el Hospital General que actualmente se construye en México, se reputaba como el primero que existiría en América bajo el plan de pabellones aislados, pero como ese gran edificio aún no está concluido, y el de Michoacán está ya dispuesto al servicio, nos creemos autorizados para afirmar que este es el primero del continente, construido bajo aquel sistema.”⁹

⁸ “Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, Michoacán, 16 de julio de 1901, p. 2.

⁹ *Ibidem*.

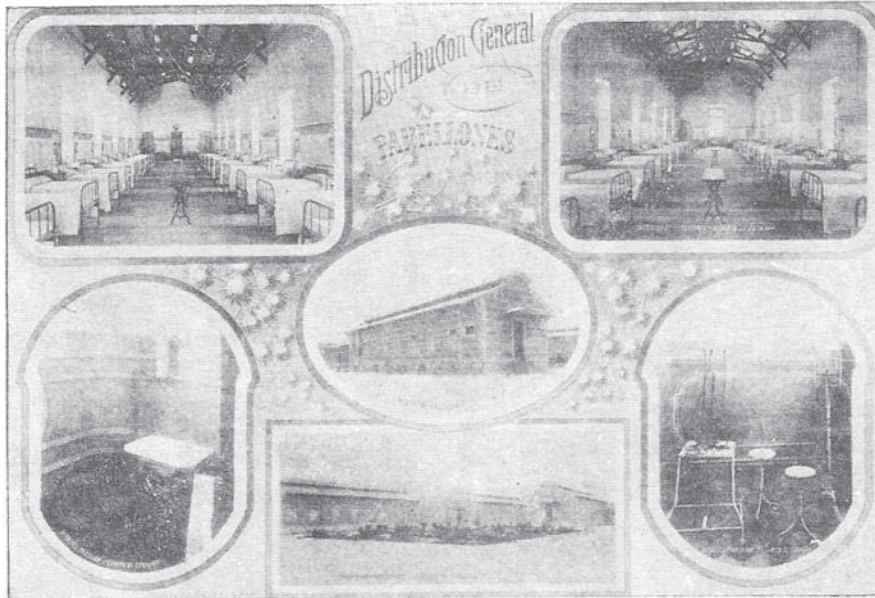


3.05 Acceso del edificio central del Hospital General de Michoacán.

Fuente: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=910398> consultado 09/09/09.

En cuanto a las características de diseño del edificio, este corresponde a los diseños porfiristas de la época, el edificio principal de estilo barroco para resaltar al conjunto al ser este edificio el sitio de acceso al hospital, con grandes ventanas, una jerarquizada puerta de acceso y sobre esta una pequeña terraza al centro de la planta alta, también jerarquizada resaltando el centro del edificio no solo por las dimensiones de sus vanos sino por su ornamentación. Por su parte el resto de los edificios son de un estilo más simple, con acabados finos tanto en interiores como exteriores, cubiertas inclinadas y carentes de ornamentación.

Referente a los materiales con los que se construyó el inmueble, la cimentación se realizó por medio de piedra común, los muros de mampostería irregular y acabados de cantera labrada en muros exteriores en el caso del edificio central y pisos de baldosa. Por su parte los pabellones así como otros edificios del hospital fueron edificados con muros de tabique con aplanados de cal y arena y cubiertas de viguería y lámina.

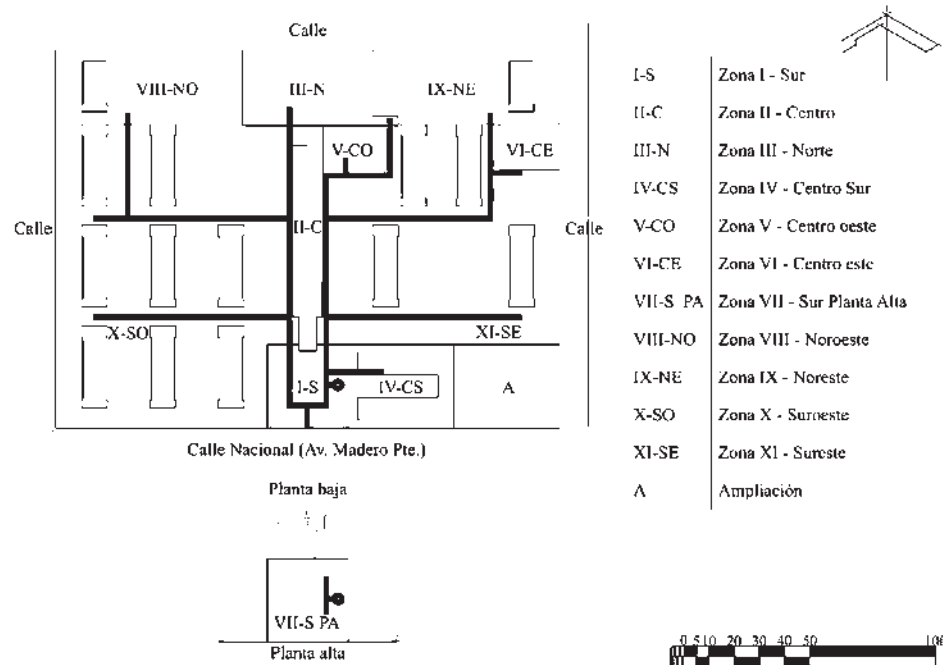


3.06 Distribución general de los pabellones del Hospital General de Michoacán.

Fuente: Ocampo Manzo, Melchor, *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1985.

Distribución general

Con excepción de la zona de pabellones y dejando de lado que el hospital se componía de un grupo de construcción que funcionaban como un conjunto se podría decir que la forma general del hospital era en forma de “T”, considerando el eje central de construcciones y tomando en cuenta que además de los pabellones de hospitalización existían otros bloques de construcciones independientes a este eje principal y del mismo modo la circulación central se dictaminaba en base a este eje, tomando en cuenta que en una construcción tan grande y conformada por diversos bloques o zonas y de distintos tipos de construcción es difícil determinar un tipo de circulación estándar; por ejemplo, en los bloques con planta tipo claustral la circulación era periférica en torno a dicho patio, mientras que en el núcleo central de servicios no había un patrón propio de circulación sino que simplemente se ingresaba a cada departamento y, finalmente en los pabellones la circulación dentro de cada uno de estos era lineal. En general se podría decir que la circulación del hospital era ramificada, de la circulación principal de eje central se desprendían otras circulaciones hacia cada zona y de ahí a su vez hacia cada departamento.



3.07 Croquis de las circulaciones principales del Hospital General de Michoacán. Escala 1:3000.
Croquis elaborado por el autor.

El edificio como construcción podría dividirse en dos tipos, por un lado la zona de pabellones que correspondían a un grupo de construcciones longitudinales tipo que se repetían secuencialmente en dos zonas del hospital ubicadas hacia ambos lados del terreno; mientras que por otro lado se tenían un tipo de construcciones diferentes localizadas preferentemente hacia lo largo de un eje central del predio que dividían a este en dos partes proporcionales y ubicadas además en un punto estratégico donde funcionara para ambas, construcciones dictaminadas en su mayoría por el sistema de claustro, preferentemente de un solo patio de diversas proporciones acorde a la función de esa zona del edificio. Así mismo el edificio se podría dividir por conjuntos o grupos de construcciones en cuatro; primeramente se tenía el edificio principal y que se ubicaba al centro y al frente del hospital y que correspondía a la zona de administración y la Escuela Médica. El edificio constaba de dos plantas y estaba organizado por departamentos distribuidos en torno a un patio central, ubicando en la planta baja la zona administrativa y en la planta alta a la Escuela Médica. Continuo a este edificio se encontraba el segundo grupo correspondiente a los servicios generales del hospital, que englobaba tanto a los de tratamiento para pacientes como a los de servicios propios del hospital y dividía a éste en dos secciones. Este grupo corresponde a

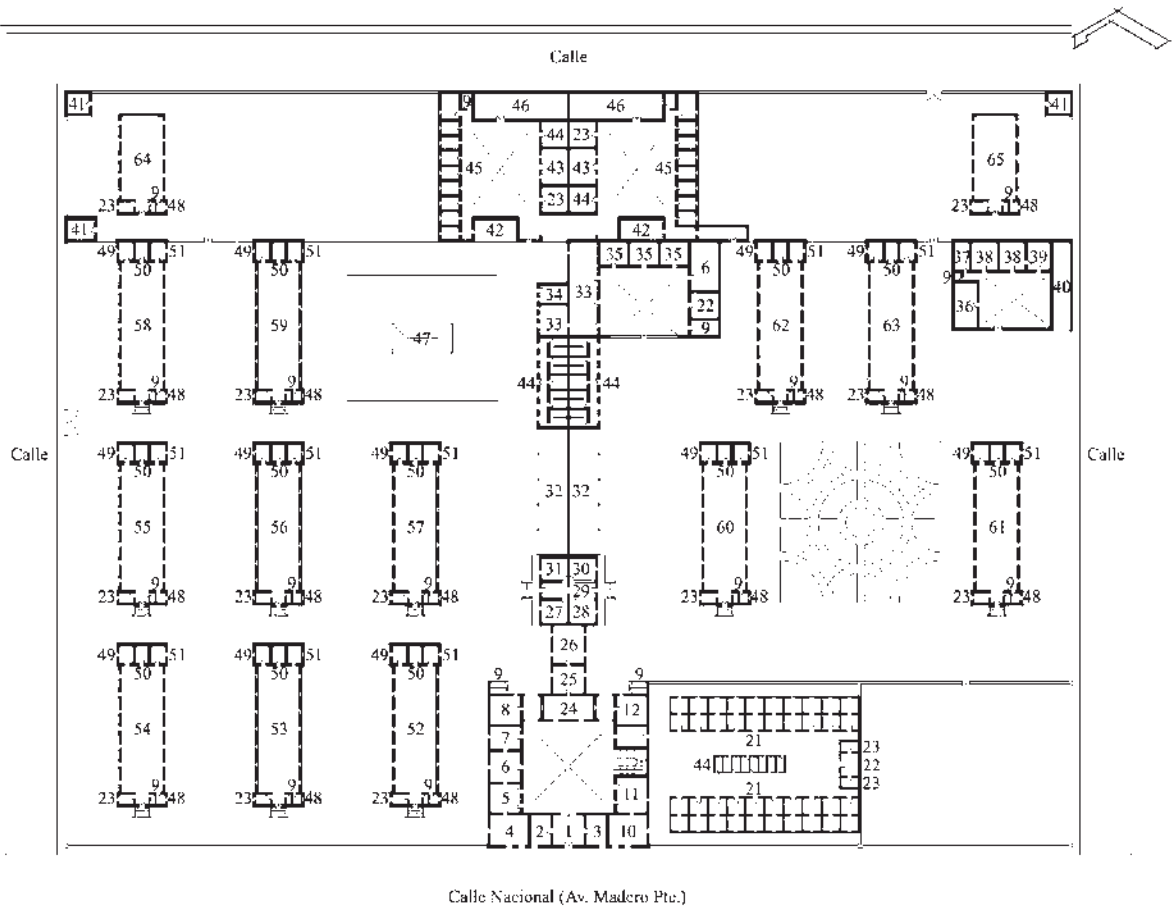
una serie de construcciones menores definida por departamentos o grupos de estos con comunicación inmediata hacia ambos costados del hospital para brindar un servicio general ya sea compartido o particular gemelo, este último se refiere a que un servicio se brindaba solo a esa sección del hospital pero se repite de manera similar en la otra sección.

El tercer grupo inmediato al último hace referencia al edificio correspondiente al manicomio del hospital. Esta zona estaba integrada por un edificio que se divide en dos partes teniendo la característica gemela previamente mencionada, es decir, tiene una sección para hombres por un lado y una de mujeres por el otro pero con los mismo espacios y las mismas características, funcionando cada sección bajo el sistema de claustro, con un patio central alrededor del cual se distribuían todos los departamentos de la sección, así como dos patios de servicio de menores dimensiones. Cabe mencionar que ésta zona, al igual que toda la zona norte del hospital, es la sección más restringida. Por último el cuarto grupo, al igual que en la anterior clasificación del hospital, correspondía al área de pabellones, tanto la de hombres como la de mujeres dividida por los otros tres grupos anteriores, siendo el primero, el del edificio principal, de carácter público; el segundo, el del grupo de edificios del eje central, de carácter comunitario; y los últimos dos, el de la sección del manicomio y el de pabellones, de carácter privado.

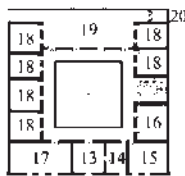
Distribución arquitectónica del Hospital General de Michoacán.

- | | |
|---|--|
| 1. Vestíbulo. | 29. Anestesia. |
| 2. Portería. | 30. Laparotomías. |
| 3. Prevención. | 31. Arsenal quirúrgico. |
| 4. Médico de guardia. | 32. Cobertizo. |
| 5. Administrador. | 33. Cocina. |
| 6. Almacén. | 34. Peluquería. |
| 7. Alcoba administrador. | 35. Habitaciones para servidumbre. |
| 8. Alcoba practicantes. | 36. Lavandería. |
| 9. Sanitarios. | 37. Motor. |
| 10. Sala de reconocimiento y consultorio. | 38. Estufa de desinfección. |
| 11. Comisaría. | 39. Taller. |
| 12. Sala de depósitos. | 40. Caballerizas. |
| 13. Dirección. | 41. Anfiteatro. |
| 14. Secretaría. | 42. Patio para agitados. |
| 15. Salón de recepciones. | 43. Comedor. |
| 16. Gabinete de bacteriología. | 44. Baños. |
| 17. Biblioteca. | 45. Separos. |
| 18. Cátedras. | 46. Dormitorios manicomio. |
| 19. Terraza. | 47. Cenador. |
| 20. Escaleras azotea. | 48. Tiranería. |
| 21. Departamentos de distinción. | 49. Ropería. |
| 22. Comedor de empleados. | 50. Cuarto de aislado. |
| 23. Habitación de enfermeros. | 51. Curaciones. |
| 24. Botica. | 52. Pabellón 1. Enfermedades en observación. |
| 25. Obrador. | 53. Pabellón 2. Enfermedades venéreas. |
| 26. Alcoba del farmacéutico. | 54. Pabellón 3. Enfermedades sifilíticas. |
| 27. Sala de antiseptia. | 55. Pabellón 4. Cirugía menor. |
| 28. Sala de operaciones comunes. | 56. Pabellón 5. Cirugía menor. |

- 57. Pabellón 6. Cirugía mayor.
- 58. Pabellón 7. Enfermedades tuberculosas.
- 59. Pabellón 8. Medicina.
- 60. Pabellón 9. Cirugía general.
- 61. Pabellón 10. Enfermedades sifilíticas.
- 62. Pabellón 11. Medicina.
- 63. Pabellón 12. Maternidad.
- 64. Pabellón 13. Tifo hombres.
- 65. Pabellón 14. Tifo mujeres.



Planta baja



Planta alta



3.08 Plano de distribución arquitectónica del Hospital General de Michoacán en 1901. Escala 1:1500. Planta baja digitalizada por el autor a partir del plano original, planta alta reconstrucción hipotética elaborada también por el autor en base a consulta de documentos descriptivos del edificio.

Fuente: “Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, Michoacán, 16 de julio de 1901.

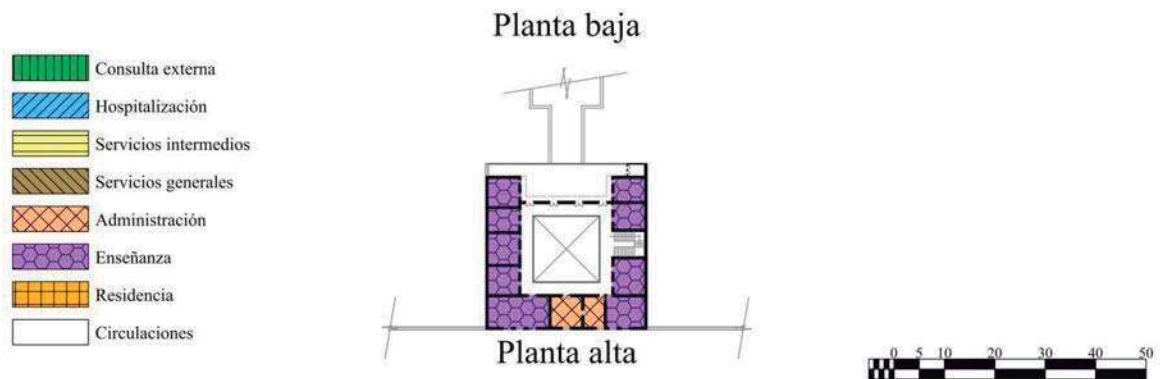
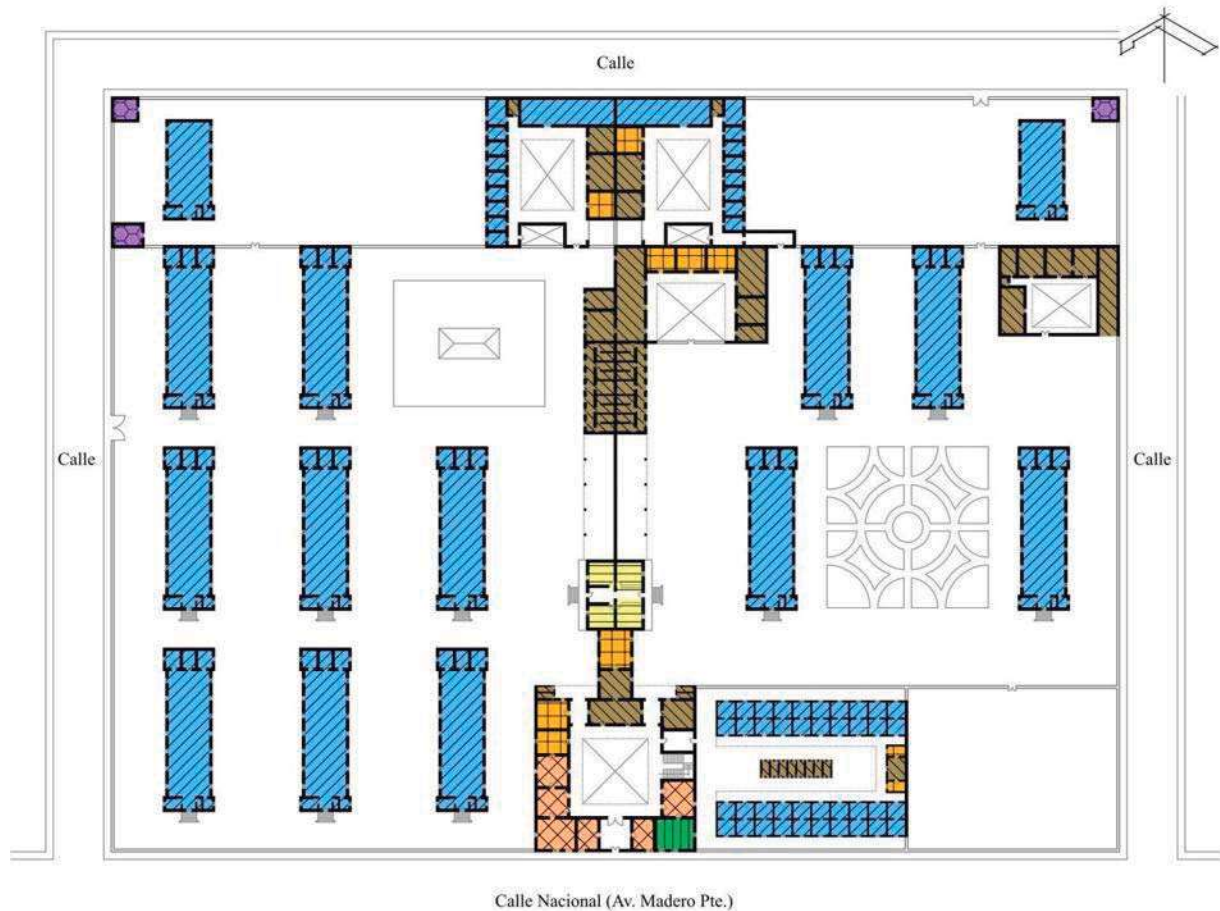
Distribución por áreas

Dentro del hospital la prioridad era el tratamiento y la observación constante del paciente, es por eso que se observa un significativo contraste entre las áreas de consulta externa y hospitalización, mientras que la primera solo es representada por un 0.6% del área construida que corresponde a lo que es la sala de reconocimiento y consultorio, el área de hospitalización representaba más de la mitad de la superficie construida correspondiente a catorce pabellones aislados, un área de hospitalización privada y las áreas de internos del manicomio, que a pesar de ser un área independiente forma parte del propio hospital.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	56.00 m ²	0.6 %
Hospitalización	5 072.00 m ²	54.4 %
Servicios intermedios	135.00 m ²	1.5 %
Servicios generales	1 198.00 m ²	12.9 %
Administración	339.00 m ²	3.6 %
Enseñanza	529.00 m ²	5.7 %
Residencia	305.00 m ²	3.3 %
Circulación	1 685.00 m ²	18.0 %
Construcción total	9 319.00 m ²	100.0 %

3.09 Tabla de áreas del Hospital General de Michoacán.
Tabla elaborada por el autor.

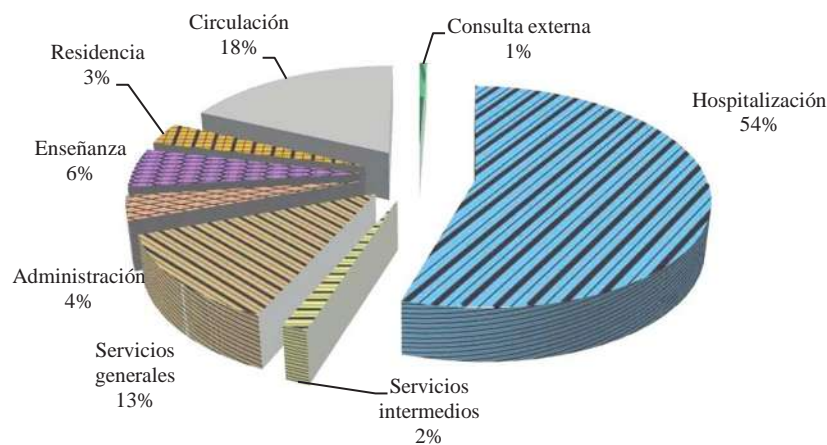
Independientemente de estas dos áreas, la de hospitalización y consulta externa, que representaban las de mayor y menor superficie respectivamente, el resto de ellas se encontraban proporcionadas entre el 1.5% y el 5.7% con excepción de las áreas de servicios generales y circulaciones, mientras que la primera representaba un porcentaje superior al de las áreas promedio por ser un hospital de grandes proporciones que requería de áreas acordes a dicha proporción para su servicio, el área de circulaciones a pesar de representar una superficie superior a todas las áreas con excepción de la de hospitalización, como ocurre normalmente en los hospitales, podría representar una superficie menor si se le compara con otro tipo de hospitales ya que este porcentaje representaba únicamente las circulaciones correspondientes a las áreas construidas y gran parte de las circulación del hospital se realizaba en áreas abiertas correspondientes a la circulación hacia pabellones, departamentos de servicio para los pabellones y edificios independientes al eje central.



3.10 Plano de distribución de áreas del Hospital General de Michoacán. Escala 1:1500.
Plano elaborado por el autor.

Por su parte el área de enseñanza representaba un alto porcentaje en comparación de otros edificios de la ciudad construidos posteriormente, ya que representaba en su gran mayoría a la segunda planta del edificio correspondiente a la Escuela Médica, la cual es posible

considerarla como una sección independiente al resto del hospital como se aprecia en varias publicaciones en donde al observar el plano del hospital únicamente se contempla la planta baja de este edificio y el conjunto del hospital pasando por alto a la escuela o simplemente limitándose a mencionar los espacios que la componen. En este caso se ha considerado como parte integral del hospital al estar comprendida dentro de las instalaciones del mismo a diferencia de otros ejemplos posteriores en los que se observa que la Escuela Médica de los hospitales, a pesar de ser una pieza importante de este y de encontrarse lo más próxima posible a él, estaba conformada por un edificio propio y de cierto modo independiente.

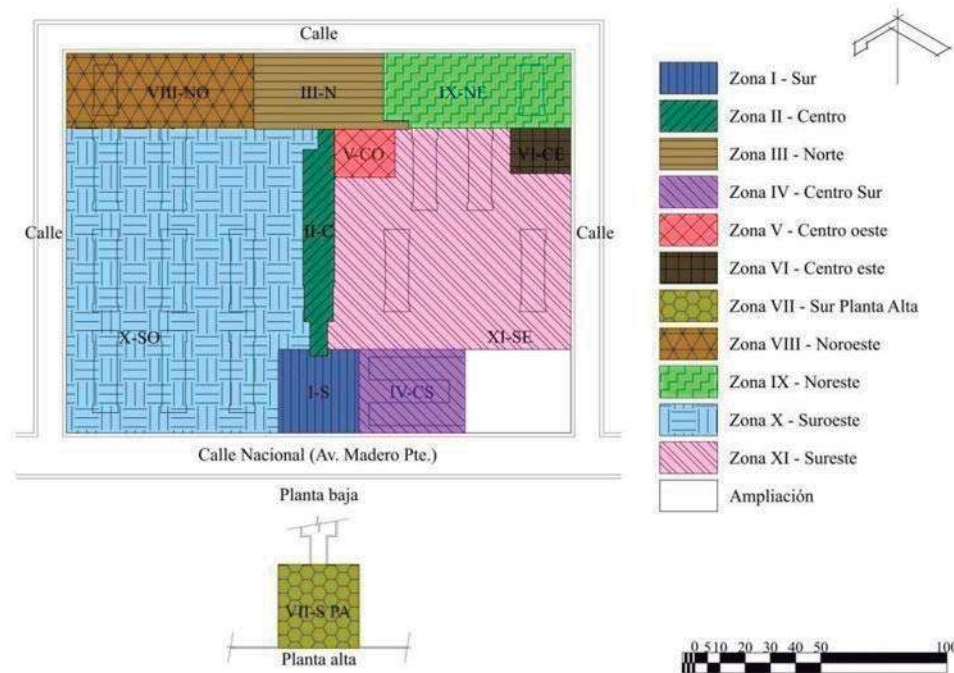


3.11 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Hospital General de Michoacán.
Gráfica elaborada por el autor.

Análisis de departamentos y zonas

Como ya se mencionó hay dos formas en las que se puede dividir el hospital, ambas atendiendo principalmente a la zona de pabellones y el grupo de construcciones centrales; sin embargo hay una tercera forma de dividirlo que atiende a todos los grupos de zonas del hospital, dividiéndolo en once zonas, haciendo referencia a siete distintos grupos de edificios así como a cuatro secciones atendiendo a las áreas de pabellones, tanto las de pacientes normales como las de enfermedades infecto-contagiosas, tanto de hombres como de mujeres. La primera zona se ubicaba en el lado sur del hospital, se refiere a la planta baja del edificio de acceso, correspondiente a la zona administrativa. Como ya se mencionó este edificio formaba parte de lo que se consideraba como la zona pública del hospital conteniendo no solo a los departamentos administrativos sino además el área de consulta

externa conformada por un amplio espacio que tiene la doble función de sala de reconocimiento y consultorio, la botica que siendo un área de servicio tiene el carácter de público, una pequeña zona de residencia correspondiente a las alcobas del administrador y de médicos practicantes, una sala de depósitos y los departamentos de control conformados por la portería y prevención, que sería la zona de seguridad del hospital.



3.12 Croquis de distribución por zonas del Hospital General de Michoacán. Escala 1:3000. Croquis elaborado por el autor.

En la segunda planta de este edificio se encontraba la séptima zona, de carácter semipúblico; esta sección estaba dedicada enteramente a la Escuela Médica con todos sus departamentos, seis cátedras o aulas, biblioteca, salón de recepciones, gabinete de bacteriología y teniendo la característica de que el departamento central destinado a la dirección corresponde no solo a la dirección de la Escuela Médica sino en general a la del hospital.¹⁰

Al costado oriente del edificio central se encontraba la cuarta zona, de característica privada, correspondiente a la sección de hospitalización privada conocida en su momento como Departamento de distinción, ya que a los pacientes que eran hospitalizados en esta

¹⁰ Melchor Ocampo Manzo, *op.cit.*, p. 101.

sección se les daba el carácter de distinguidos o pensionistas y en donde los pacientes que podían pagar un poco más tenían la privacidad de que carecía la zona de pabellones. A esta sección se podía acceder desde un pasillo ubicado a un costado de las escaleras del edificio central. Constaba de dos bloques de departamentos ubicados de manera simétrica hacia los costados norte y sur de la sección teniendo un total de veinte departamentos o salas privadas, diez de cada lado. Cada departamento o habitación privada constaba de una alcoba y una sala. Al final de la sección se encontraba una pequeña zona compuesta por una cocina y cuartos de servicio, además de otra sección al centro de la zona de distinción en la que se ubicaban los baños, tanto de regadera como de tina.¹¹ Cabe mencionar que al momento de la inauguración del hospital esta sección no se encontraba concluida y hasta el año de 1904 no estaba del todo concluido pero debido a que no tenía una gran demanda no era tan urgente su terminación, tal como lo menciona Melchor Ocampo Manzo.¹²



3.13 Fachada del edificio central Hospital General de Michoacán. Maqueta virtual elaborada por el autor.

Continuando por el eje central de construcciones y continuo al edificio principal se encontraba la segunda zona de carácter semiprivado que corresponde a una sección de servicios; a esta zona se accedía por ambos costados del edificio central que daban acceso, a la derecha a la sección de mujeres del hospital y a la izquierda a la sección de hombres. Dicha zona estaba compuesta tanto por los servicio intermedios como por una sección de

¹¹ *Ibidem*, p. 77.

¹² *Ibidem*, p. 114.

servicios generales, ambas de servicio común para las secciones de hombres y de mujeres, recordando lo que ya se mencionó, que a pesar de ser secciones de servicio compartido eran secciones independientes la de hombres de la de mujeres.

Comenzando de sur a norte en primer lugar se encontraba un complemento del edificio central, específicamente de la botica y que correspondía a los departamentos del obrador y la alcoba del farmacéutico. Inmediatamente después se encontraba el área de servicios intermedios y la única sección de comunicación directa entre las secciones de hombres y de mujeres y que era de servicio común. Esta correspondía a las salas de operaciones y los departamentos necesarios para llevar a cabo estas labores, estaba conformado por cuatro departamentos divididos dos en el costado de la sección de hombres y dos en el costado de la de mujeres y a su vez divididos por un pasillo que comunicaba ambas secciones. Los departamentos que se encontraban en el costado de la sección de hombres estaban destinados al depósito de arsenal quirúrgico y a la sala de antisepsia, donde los médicos se preparan para la cirugía; mientras que los departamentos que se encontraban en el costado de la sección de mujeres correspondían propiamente a las salas de operaciones, una destinada a operaciones comunes y la otra destinada a operaciones que requieren una estricta antisepsia; finalmente en el pasillo que divide ambas salas se ubica una pequeña sección para anestesia.¹³

Continuando sobre esta zona se encontraban dos secciones que se repiten de manera simétrica en ambas zonas del hospital, primero un espacio de cobertizo y posteriormente los baños. Con respecto a estos últimos, cada bloque se encontraba dividido en cinco departamentos, el central correspondía a un baño general que por motivos de higiene todo paciente ingresado al hospital debía tomar, mientras que los otros cuatro departamentos correspondía a los baños generales, cada departamento dividido en dos partes, la primera donde el paciente se desviste y la segunda el baño propiamente dicho.¹⁴

Finalmente la última sección de esta zona tiene relación inmediata con la quinta zona y correspondía al área de cocinas y es la única de sección del eje central que no es proporcional en una sección y en otra. En la sección de mujeres se encontraba el área de

¹³ *Ibidem*, p. 111.

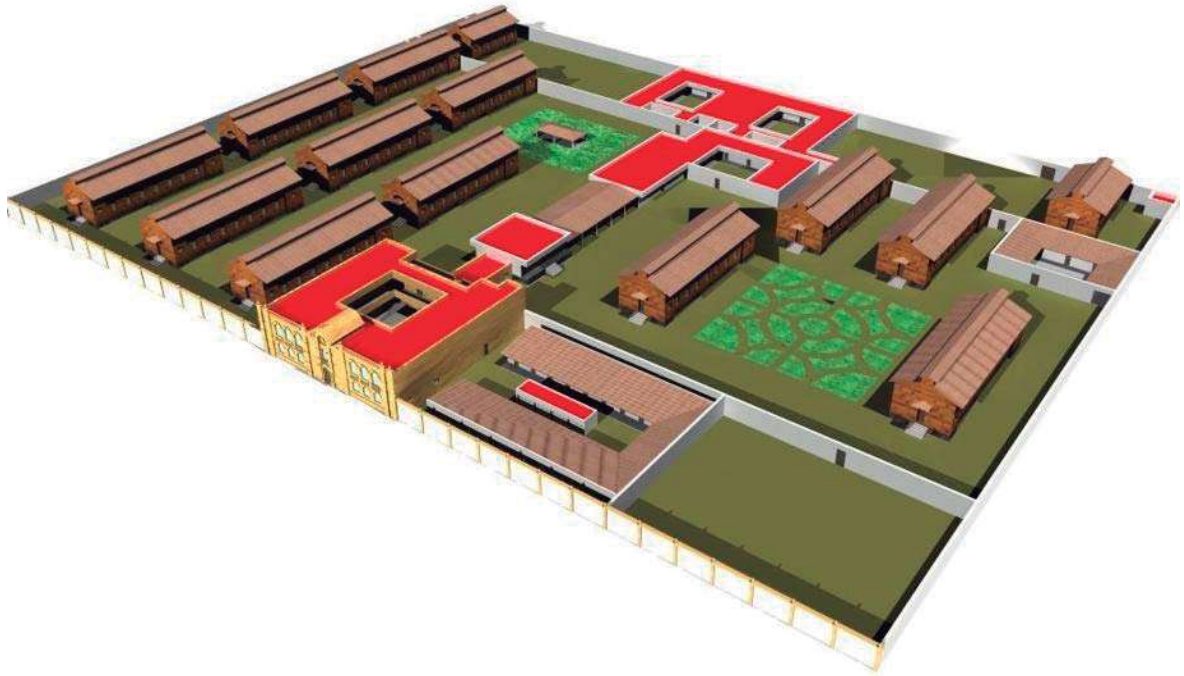
¹⁴ *Ibidem*, p. 113.

cocina general correspondiente a la quinta zona, de basta superficie y con todo lo necesario para la preparación de los alimentos. Constaba de un grupo de departamentos dispuestos en torno a un patio central en el que se ubicaban la cocina, el área de despensa, habitaciones para servidumbre y baños. El departamento correspondiente a la cocina que colindaba con el área de hombres en la sección final de la segunda zona, tenía comunicación directa con área conocida como torno, en donde los alimentos y todo lo necesario eran pasados a la cocina del área de hombres. Finalmente en esta zona, del costado de la sección de hombres, además de la cocina o torno ya mencionados se encontraba un área de peluquería.

La última sección de servicios generales es la que corresponde a la sexta zona y es una edificación que se ubicaba en el costado noreste de la sección de mujeres. Al igual que otras secciones del hospital esta constaba de un grupo de departamentos dispuestos de forma claustral. Esta zona correspondía a la sección de lavandería y estaba conformada por el departamento de lavandería, dos departamentos de estufa de desinfección para garantizar la correcta higiene de las piezas que se lavan las cuales son en su gran mayoría ropa de cama, un espacio para el motor que alimenta a los otros departamentos, y un pequeño taller para el mantenimiento de la sección. Además al costado oriente de esta sección se encontraba un espacio para caballerizas.

La tercera zona y última del eje central es el que correspondía al manicomio, ubicado al norte del predio y de característica privada. Esta zona como ya se mencionó anteriormente estaba dividida en dos secciones simétricas, la de hombres y la de mujeres, cada sección es de planta claustral, con la que se garantizaba el control de los departamentos y de los mismos pacientes que hacían uso de ellos, y en ella se distribuían los siguientes espacios; al norte del patio se ubicaban los dormitorios de los pacientes comunes con capacidad para dieciocho camas cada uno, al sur se encontraba un patio pequeño destinado a ejercicio para pacientes agitados, y en los costados, oriente en la sección de mujeres y poniente en la de hombres, se ubicaba una sección de separos para enfermos agitados. Entre las dos secciones se ubicaba la zona de servicios, simétricos en ambas secciones e independientes entre ellas, en la que se encontraba, un patio de servicio, comedor, habitaciones para enfermeros y la zona de regaderas para pacientes. “En ambos manicomios existen baños de regadera y

ducha, amplios y dispuestos de tal manera que fácilmente puedan darse baños a los enfermos aún a su pesar, como es preciso hacerlo las más de las veces.”¹⁵



3.14 Maqueta virtual del Hospital General de Michoacán, elaborada por el autor en base al plano original y fotografías antiguas.

Además de estas siete zonas, como ya se mencionó se encontraban otras cuatro secciones correspondientes a las áreas de pabellones. Las secciones diez y once correspondían a las áreas de pabellones de enfermos comunes y es de carácter semiprivado. La sección diez es la de hombres a la que se accedía por el pasillo izquierdo del edificio central y se ubicaba en la zona poniente del hospital, estaba conformada por ocho pabellones de los siguientes servicios, el primero especializado para enfermedades en observación, el segundo para enfermedades venéreas, el tercero para enfermedades sifilíticas, el cuarto y quinto para cirugía menor, sexto para cirugía mayor, séptimo para enfermedades tuberculosas y octavo para medicina general, además de estos pabellones se encontraba una zona de cenador para convivencia de los pacientes y al costado poniente una puerta de servicio utilizada para salida de cadáveres de la sección de hombres. La sección once correspondía a la zona de

¹⁵ *Ibidem*, p. 111.

mujeres, ubicada en la zona oriente del hospital a la que se accedía por el costado derecho del edificio central; estaba conformada por cuatro pabellones, correspondientes a los siguientes servicios y continuando con la numeración de los de la sección de hombres, el noveno estaba dedicado a cirugía general, el décimo a enfermedades sifilíticas, el undécimo a medicina general y el duodécimo a maternidad; además al centro de estos cuatro pabellones se encontraba un jardín especial para convivencia y descanso de las pacientes.

Estos doce pabellones eran idénticos, de las mismas proporciones, 32.50 metros de longitud por 9.20 metros de ancho y 8.25 metros de altura, todos orientados de norte a sur teniendo en esta última orientación el acceso, y una separación entre ellos de 17.50 metros. La distribución interior de cada pabellón era la siguiente, al ingresar se encontraba una pequeña zona de servicio en la que se encontraban a la izquierda un departamento de residencia para enfermeros y a la derecha un sanitario de uso para los pacientes, mientras que detrás de este y con acceso desde el interior en la zona de encamados se ubicaba un pequeño espacio denominado tiranía, en la que se encuentra una estufa, una tarja, un vertedero y en depósito de agua.¹⁶ A continuación se ubicaba la zona de camas con capacidad para veinticuatro de ellas, es una zona con basta iluminación y ventilación natural proporcionada por catorce ventanas, siete de cada lado, de un metro de ancho por dos de alto. Finalmente al fondo de la zona de encamados se ubicaban tres departamentos destinados a, el de la izquierda a ropería, el de la derecha una zona de curaciones y el del centro destinado a un cuarto de aislado, en donde un paciente podía aislarse del resto de ellos temporalmente en caso de que el médico lo considerara pertinente.

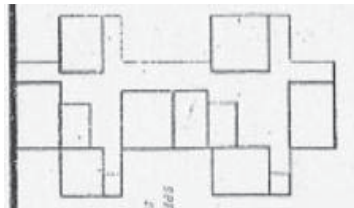
Las secciones octava y novena eran las destinadas a enfermedades infecto-contagiosas y tenían el carácter de privado. Estas secciones eran continuas a las respectivas secciones de pabellones de hombres y mujeres y al igual que estas se encontraban divididas acorde a esta característica. En cada una de estas secciones se encontraban los pabellones trece y catorce respectivamente además de tres anfiteatros, dos en la sección de hombres y uno en la sección de mujeres. Los pabellones eran de dimensiones menores a las del resto y destinados a los servicios de tifo, tanto de hombres como de mujeres. Por su parte los anfiteatros estaban destinados a autopsias judiciales, clases de operaciones con práctica en

¹⁶ “Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *op.cit*, p. 3.

cadáveres, y el último a clases de anatomía descriptiva y topográfica.¹⁷ Finalmente en la sección de mujeres se encontraba la segunda puerta de servicio destinada también a salida de cadáveres.

Ampliaciones

Por último se encontraban dos secciones de ampliación que hasta cuatro años después de su inauguración no estaban construidas.¹⁸ La primera de estas secciones era la ubicada al sureste del predio, a un costado del departamento de distinción, y es la que correspondería a la sección materno-infantil. La otra ampliación inmediata contemplada para el hospital se encontraría en las secciones de enfermedades infecto-contagiosas, tanto en la de hombres como en la de mujeres.



3.15 Esquema de los bloques de salas de enfermos infecto-contagiosos, ampliación.

Fuente: Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, Michoacán, 1901

En cada una de estas secciones, destinadas a albergar pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, se ubicarían dos bloques de ocho salas o departamentos cada uno, dispuestas de tal manera que las puertas de las salas no quedarán de frente unas de otras. La diferencia entre este bloque de departamentos y los pabellones originalmente construidos y ubicados también en esta sección sería que, es los bloques de departamentos se mantendría a los pacientes completamente aislados unos de otros mientras que en los pabellones se encontrarían en convivencia los pacientes que se puedan reunir son ningún inconveniente, principalmente en los casos de epidemia.¹⁹

¹⁷ Melchor Ocampo Manzo, *op.cit.*, p. 113-114.

¹⁸ *Ibidem*, p. 114.

¹⁹ “Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *op.cit.*, p. 3.

Conclusiones

Como se ha podido observar el hospital realmente tenía el carácter de general, ya que dentro del proyecto se buscó cubrir todas las áreas indispensables en el momento y con los espacios necesarios, desde medicina general, cirugías, maternidad, enfermedades venéreas y sifilíticas, enfermedades infecto-contagiosas, psiquiatría, control de epidemias, enseñanza médica, entre otras; además de darle el título de Hospital General de Michoacán ya que atendía no solo a la población municipal sino a la proveniente de otros puntos del estado y de estados cercanos. El hospital cumplió cabalmente con su propósito durante poco más de cinco décadas hasta la aparición de los hospitales modernos a mediados del siglo XX y fue entonces cuando demostró las carencias que presenta el modelo de pabellones, aunado a las condiciones en las que se encontraba el hospital durante sus últimos años y la imposibilidad de adecuarlo a las nuevas necesidades de la ciudad, dieron como resultado la desaparición del inmueble más no de la institución.

Hospital Civil de Morelia (1956)

Antecedentes y ubicación

Con el paso de los años y a decir de los médicos del Hospital General de Michoacán, hacia mediados del siglo XX este resultaba insuficiente e inadecuado para seguir brindando un servicio óptimo y continuar con su función de ser el hospital más importante del estado, dicho en palabras del Dr. Ponciano Tenorio Montes en un artículo que publicó para el periódico tiempo después en el año de la inauguración del nuevo hospital, en 1956, “el viejo hospital se encontraba en estado ruinoso”.²⁰

Es por eso que en el año de 1950 comenzaron las labores para reunir los fondos necesarios para la construcción del nuevo Hospital Civil lográndolo a través de dos fuentes

²⁰ José Manuel Rosales Mendoza, *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008, p. 140.

principalmente, la participación ciudadana y la participación gubernamental. Por un lado se logró en abril de 1950 la aprobación mediante un decreto de la Cámara de Diputados para la constitución de un patronato encargado de reunir fondos mediante cooperaciones a la población con la finalidad de que esta se sintiera vinculada con el proyecto.

El patronato se formó inmediatamente estando integrado por los señores Ernesto Dozal como Presidente, Alberto Terrazas como Secretario, Rafael Ramírez como Tesorero, y como Vocales José Laris Rubio, Filiberto Torres, Benjamín Arreola y Jaime Sandoval. La segunda y mayor fuente de ingresos para la construcción del hospital corrió a cargo de las aportaciones de los gobiernos estatal y federal, quienes aportarían la cantidad de \$100,000.00 mensualmente por cada parte. De este modo, a finales de ese mismo mes se colocó la primera piedra y comenzaron los trabajos para la construcción del nuevo hospital.

21



3.16 Perspectiva exterior del Hospital Civil de Morelia tomada meses antes, previo a su inauguración y mostrada en el periódico *La Voz de Michoacán* en septiembre de 1955.

Fuente: Rosales Mendoza, José Manuel, *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008

²¹ *Ibidem*, p. 139.

A partir de la colocación de la primera piedra, el edificio tardó seis años en construirse pero durante ese lapso la obra se detuvo durante algún tiempo por falta de recursos para continuar con los trabajos; es por eso que a mediados de 1955 el gobierno estatal se tuvo que valer de dos viejos edificios para obtener fondos que le permitieran continuar con el proyecto del hospital así como otros proyectos para los que también se carecía de recursos para llevarlos a cabo, entre ellos la construcción de un nuevo Centro Penitenciario.²²

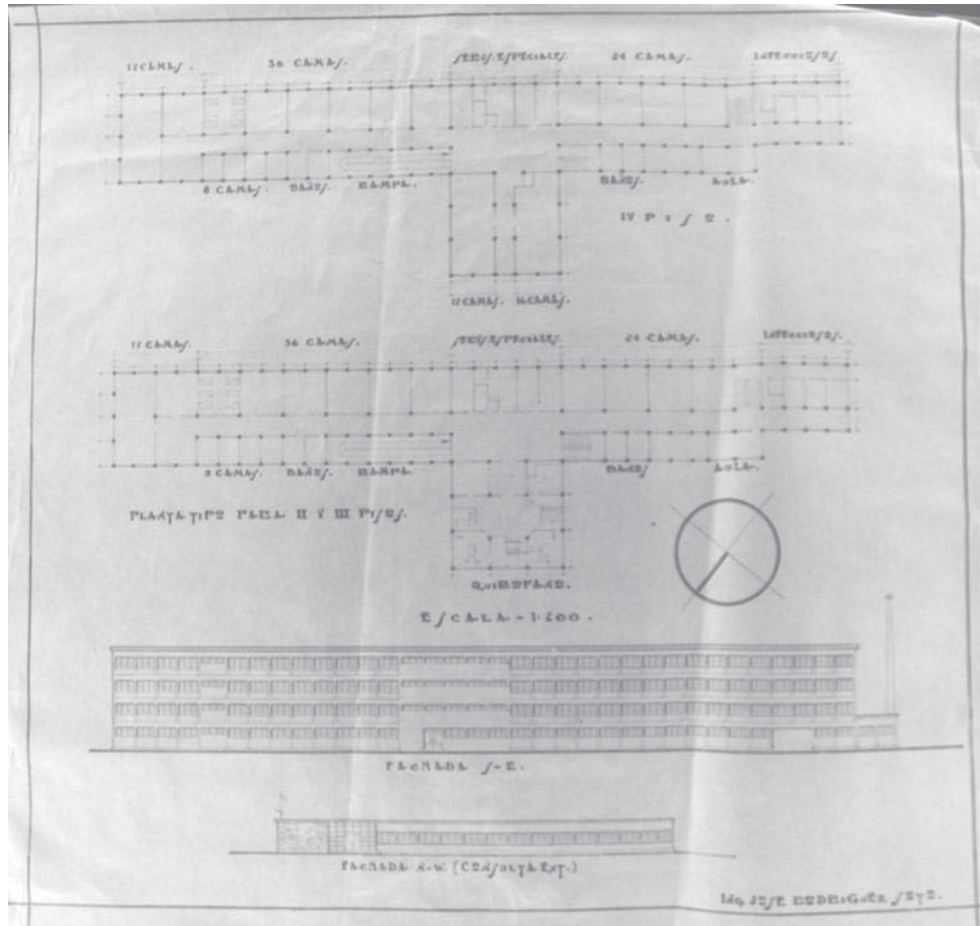
Fue así como se pusieron en venta el viejo Hospital General y la antigua penitenciaría ubicada en el extremo opuesto al bosque frente al que se construía el nuevo hospital, en los terrenos que actualmente ocupa la Facultad de Odontología, la de Enfermería, la Tesorería del Estado, la escuela Preparatoria José María Morelos de la Universidad Michoacana, la Escuela Secundaria Federal No. 1, y algunos inmuebles de particulares. En el caso del antiguo hospital, este se puso a la venta tanto el terreno como el edificio ambos por la cantidad de \$4,500.000.00 mientras que los terrenos de la vieja penitenciaría se pusieron a la venta por un valor de \$60.00 por metro cuadrado.²³

Cabe mencionar que durante la investigación se encontraron en los archivos del Ingeniero Jaime Sandoval los planos de un proyecto para la construcción de un Hospital Civil en Morelia que no corresponde al edificio que se construyó para tal efecto. Este proyecto dista un poco del resultado final del edificio por lo que se descarta la posibilidad de que fuera el proyecto original del hospital que difiera del estado actual debido a las modificaciones, ya que el resultado no es similar.

El proyecto es bastante diferente en planta baja en comparación con el resultado final, aunque las plantas superiores correspondientes a las áreas de hospitalización y servicios intermedios guardan cierta similitud con el proyecto definitivo, incluyendo la utilización de rampas de acceso a los niveles superiores, por lo que es posible que a partir de este modelo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se haya diseñado el proyecto final del Hospital Civil. Lo más interesante de este proyecto es lo que se observa en el pie de plano, el cual dice textualmente:

²² *Ibidem*, p. 140.

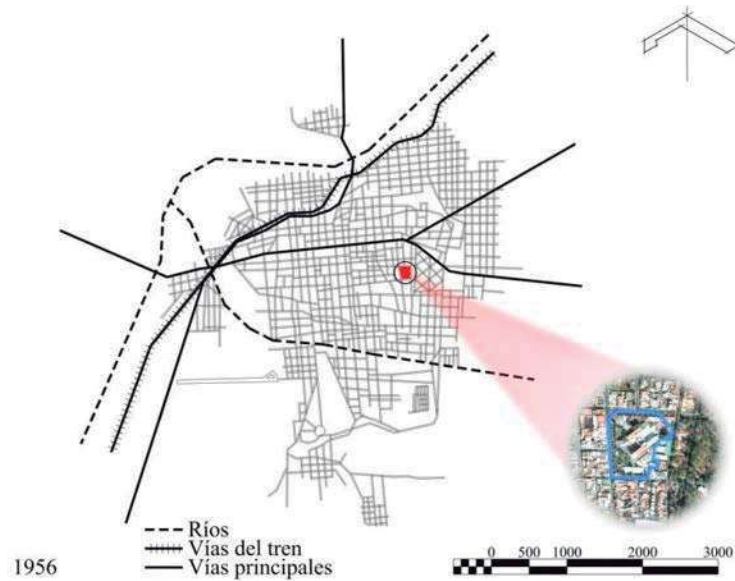
²³ *Ibidem*.



3.18 Imagen de los niveles superiores y fachadas del proyecto para el Hospital Civil de Morelia.
Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.

Para su construcción se escogió el terreno donde antiguamente se encontraba el campo deportivo Manuel N. López, un terreno ubicado en el lado poniente de la ciudad a un costado del bosque Cuauhtémoc, antes bosque San Pedro, y el cual fue elegido por su amplia superficie pero sobre todo por encontrarse en una zona de la ciudad considerada como una de las más tranquilas de la esta,²⁴ a pesar de no estar en la periferia como su predecesor, sino en una zona céntrica que tenía cierta privacidad del resto de la ciudad así como la tranquilidad ya mencionada que le proporcionaba su cercanía inmediata al bosque.

²⁴ *Ibidem*, p. 137.



3.19 Croquis de localización del Hospital Civil de Morelia.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1956 y vista aérea actual.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Diseño general

Los trabajos de construcción terminaron hacia finales del año de 1956 cuando el Hospital Civil de Morelia Dr. Miguel Silva fue inaugurado en un terreno de más de 13,000 m² y con una superficie de construcción de poco más del 20% de la superficie total del terreno, un poco menor a los porcentajes del antiguo edificio pero a diferencia de su predecesor las grandes áreas abiertas del Hospital Civil no correspondían a grandes extensiones de jardín que se requerían en el sistema de pabellones del antiguo edificio.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	3 139.00 m ²	22.9 %
Áreas abiertas	10 578.00 m ²	77.1 %
Superficie del terreno	10 317.00 m ²	100.0 %

3.20 Tabla de superficies del Hospital Civil de Morelia.

Tabla elaborada por el autor.

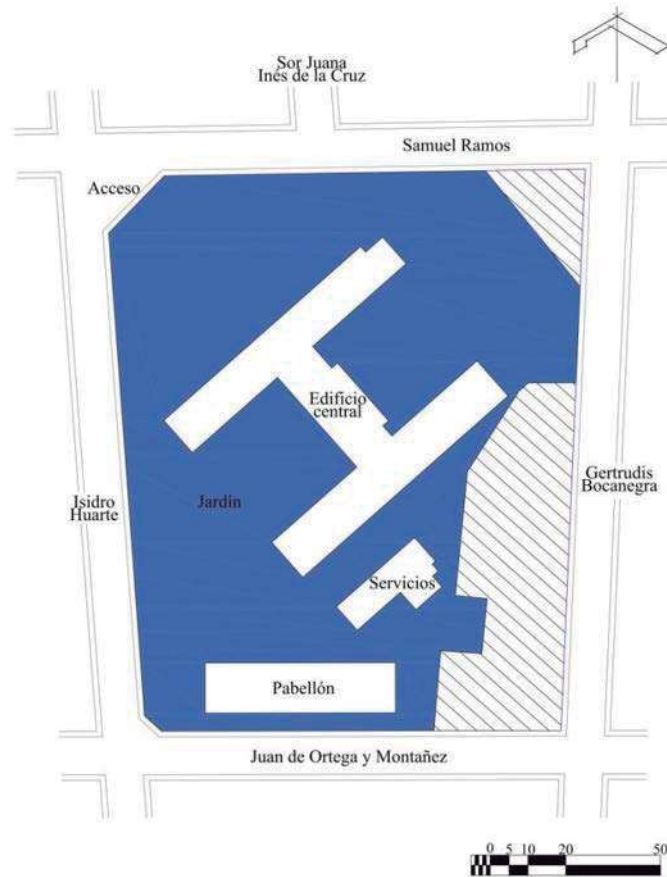
Si bien es cierto en todo hospital se requiere de grandes espacios abiertos que permitan una correcta iluminación y ventilación natural, en el caso de este edificio es probable que las grandes extensiones sin construir se hayan debido a uno de los ocho factores de diseño de los hospitales modernos, el de posibilidades constructivas, el cual permite al edificio contar con el espacio suficiente para un futuro crecimiento que en el caso de los hospitales es inminente más que en otro tipo de edificios. Este factor, aunado a la necesidad de extensas superficies abiertas como factores de higiene y saneamiento, la necesidad de una amplia explanada de acceso que resaltara la magnificencia de la obra así como facilitar el tránsito de pacientes, familiares y personal, pudieron ser los factores que determinaron las diferencias en los porcentajes de áreas abiertas y superficie construida.



3.21 Imagen del pabellón anexo del Hospital Civil tomada previo a su inauguración en 1955.

Fuente: Rosales Mendoza, José Manuel, *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008

En cuanto a la composición del edificio, este era un inmueble propio de la modernidad a la que representaba, un edificio con una estructura de concreto armado, columnas moduladas, muros de tabique y losa reticular, acabados finos tanto en exterior como en interior, en el caso de los acabados en interior, en gran parte son superficies lavables tanto en pisos como en muros para mantener las normas de higiene que se requieren en edificios de este tipo; además de cancelería metálica y puertas de madera en interiores.

Distribución general

3.22 Esquema de la planta de conjunto del Hospital Civil de Morelia en el que se aprecia la colocación de los cuerpos en el terreno y su rotación de 41.5° de dos de ellos incluyendo el cuerpo central del hospital, así como la característica forma de "H" de dicho cuerpo. Escala 1:2000

El edificio originalmente constaba de un cuerpo principal de cinco niveles y dos anexos independientes a este cuerpo pero como parte complementaria del mismo. El edificio principal y uno de los anexos se encontraban girados 41.5° hacia el poniente con respecto al norte mientras que el otro anexo tiene una orientación de oriente a poniente; esto debió obedecer a dos razones principalmente, por un lado el resaltar el edificio al construirlo con una orientación poco convencional, al centro del predio y con el acceso principal en las esquinas formadas por las calles de Isidro Huarte y Samuel Ramos, mientras que por otro lado mantener la longitudinal de la mayoría de los bloques en la misma dirección que los vientos dominantes de la ciudad y así aprovecharlos al máximo como ventiladores naturales

que renovaran constantemente los aires del hospital llevándolos hacia una zona despoblada como lo era el bosque.

Sin tomar en cuenta los bloques independientes, el edificio principal visto en planta tiene la forma de una letra “H”, girada como ya se mencionó; esta forma, con ligeras variaciones, fue muy utilizada en México en los hospitales modernos de las décadas de los cuarentas y cincuentas, posteriores al Seminario de Arquitectura Nosocomial de 1943.

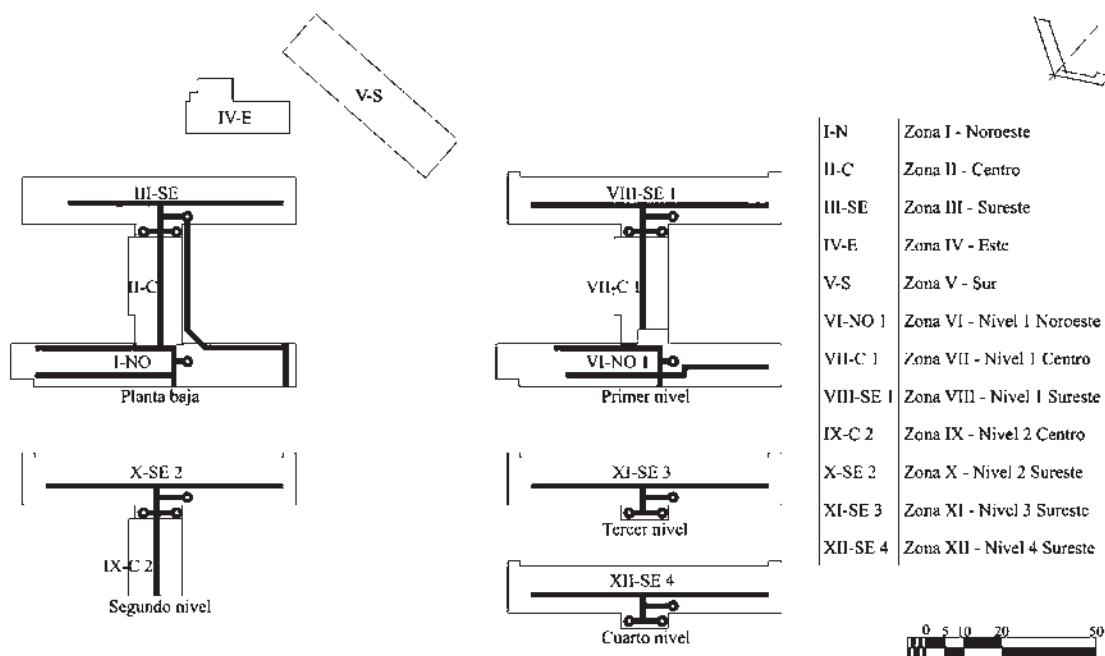
Una de las conclusiones del Seminario era que el hospital debería estar conformado por cuatro partes fundamentales y la distribución en planta en forma de “H” fue una solución muy práctica, acomodando consulta externa al frente del edificio, y hospitalización en la parte posterior, ambos como bloques longitudinales paralelos o casi paralelos, mientras que los servicios intermedios quedaban ubicados en un bloque que ligara a los dos primeros para un fácil el acceso por parte de ambas secciones como es preciso hacerlo en varios de estos servicios, de esta manera se completaba así la forma total de la letra, mientras que los servicios generales se distribuían en los departamentos necesarios a través de estas secciones o de ser necesario en departamentos o bloques independientes al edificio.



3.23 Fotografía aérea del Hospital Civil de Morelia años después de su inauguración, en la que se puede apreciar la forma general del edificio y algunas de las primeras modificaciones.

Fotografía: Ubicada en la zona administrativa del primer nivel del Hospital Civil de Morelia.

El caso del Hospital Civil de Morelia no fue la excepción, de manera general esa era su distribución, consulta externa en el bloque frontal, servicios intermedios en el bloque central, hospitalización en el bloque posterior y servicios generales distribuidos en todo el edificio y fuera de él en un bloque independiente. La planta baja del edificio así como el primer nivel del mismo tenían la ya mencionada forma de “H”, mientras que en el segundo nivel ya no continuó el bloque frontal y la forma de este nivel se asemeja más a una letra “T”; por último los niveles tres y cuatro los conforman únicamente un bloque longitudinal cada uno, similares al resto de los bloques de la parte posterior del edificio.



3.24 Croquis de las circulaciones principales del Hospital Civil de Morelia. Escala 1:2000.
Croquis elaborado por el autor.

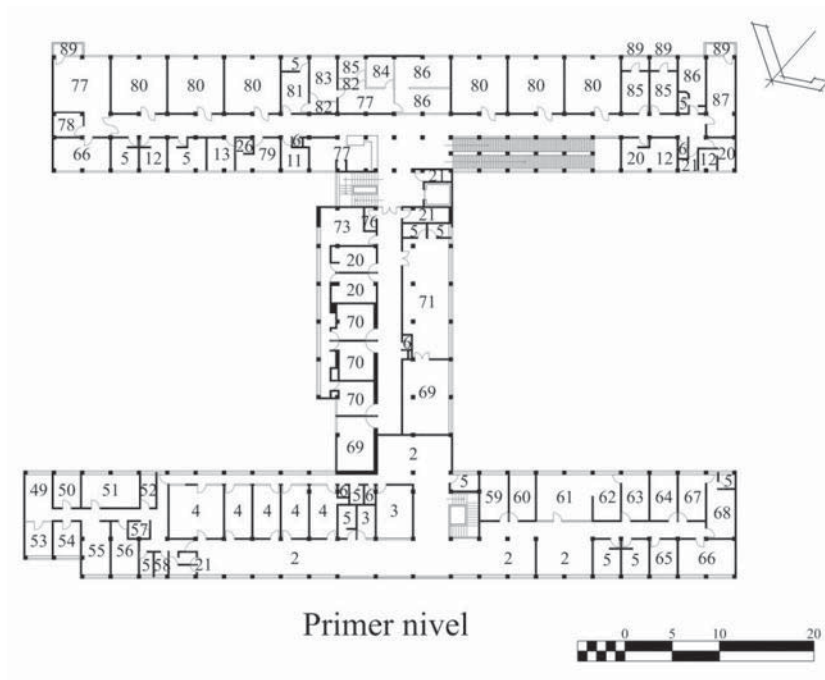
Por su parte las circulaciones principales siguieron la forma del edificio y de los bloques del mismo mediante pasillos, con excepción del departamento de urgencias que en este sentido puede considerarse como una zona independiente ya que tenía sus propios accesos y no se comunica con el resto de las circulaciones principales, únicamente a través de un pasillo exterior de acceso a la sección de hospitalización. Así mismo es de resaltar el área de consulta externa la cual tenía dos pasillos paralelos, uno para uso público y otro para uso del personal. Finalmente en cuanto a las circulaciones verticales, cerca del acceso principal

se encontraban unas escaleras que llevar al segundo piso del bloque frontal para comunicar, principalmente dos de las secciones de consulta externa.

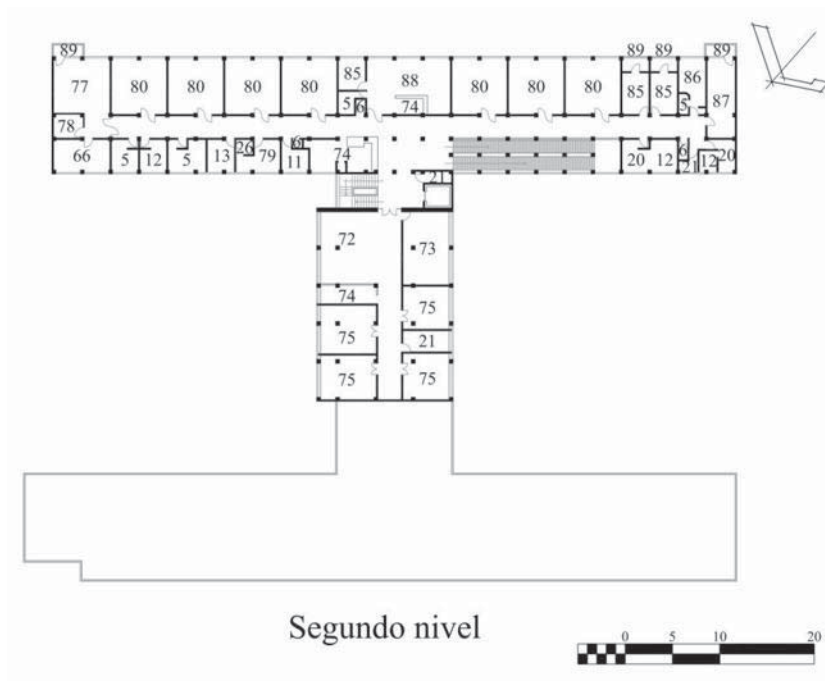
Por otro lado, en el nudo de los grupos de bloques central y posterior se encontraba un núcleo de circulaciones verticales que estaba conformado por los tres tipos de circulaciones existentes en un hospital, unas escaleras y un elevador de uso general, y unas rampas utilizadas preferentemente para pacientes encamillados, es por eso que estas últimas tenían comunicación indirecta con la zona de urgencias. Finalmente las circulaciones de los bloques independientes no eran mediante pasillos sino que se comunicaban inmediatamente un espacio interior con otro.

Distribución arquitectónica del Hospital Civil de Morelia.

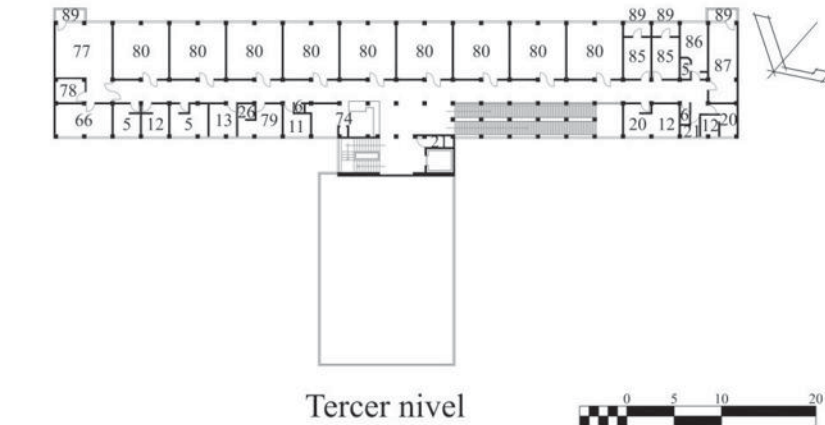
- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Vestíbulo. | 46. Acopio de ropa sucia. |
| 2. Sala de espera. | 47. Mantenimiento. |
| 3. Caja. | 48. Área de calderas. |
| 4. Consultorio. | 49. Preparación de medio y esterilización. |
| 5. Sanitarios. | 50. Lavado de material clínico. |
| 6. Aseo. | 51. Bacteriología general. |
| 7. Entrega de expedientes. | 52. Oficina de micro bacteriología. |
| 8. Urgencias. | 53. Micro bacteriología. |
| 9. Control. | 54. Aeroset. |
| 10. Observación urgencias. | 55. Química sanguínea. |
| 11. Séptico. | 56. Hematología. |
| 12. Baño. | 57. Oficios clínicos. |
| 13. Médico de guardia. | 58. Toma de muestras micro biológicas. |
| 14. Urgencias gineco-obstetricia. | 59. Trabajo social. |
| 15. Rayos X. | 60. Recursos humanos. |
| 16. Cuarto oscuro | 61. Área de supervisión. |
| 17. Sala de interpretación. | 62. Contabilidad. |
| 18. Archivo rayos X. | 63. Dirección administrativa. |
| 19. Archivo. | 64. Secretaría médica. |
| 20. Vestidores. | 65. Departamento de calidad. |
| 21. Bodega. | 66. Sala de juntas. |
| 22. Ultrasonido | 67. Secretaria. |
| 23. Taller de impresión. | 68. Dirección general. |
| 24. Residencia médica general. | 69. Sala de expulsión. |
| 25. Cocina. | 70. Sala de operaciones. |
| 26. Alacena. | 71. Encamados sala de expulsión. |
| 27. Refrigerador. | 72. Recuperación operaciones. |
| 28. Congelador. | 73. CEYE (Centro de esterilización y equipos). |
| 29. Comedor. | 74. Central de enfermeras. |
| 30. Auditorio. | 75. Quirófano. |
| 31. Sala de tomografía. | 76. Cuarto de máquinas. |
| 32. Sala de control tomografía. | 77. Trabajo médico. |
| 33. Microscopía. | 78. Oficial de piso. |
| 34. Patólogo. | 79. Cocina de distribución. |
| 35. Jefe de anatomía patológica. | 80. Hospitalización. |
| 36. Oficina de residencia patológica. | 81. Módulo médico. |
| 37. Sala de secciones de patología. | 82. Técnica de aislamiento. |
| 38. Patología quirúrgica. | 83. Baño de artesa. |
| 39. Laboratorio de histología. | 84. Incubadoras. |
| 40. Inmuno-histoquímica. | 85. Cuarto de aislado. |
| 41. Obituario. | 86. Cuneros. |
| 42. Entrega de cadáveres. | 87. Residencia médica de piso. |
| 43. Pabellón de infecciones. | 88. Terapia intensiva. |
| 44. Área de lavandería. | 89. Terraza. |
| 45. Almacén de ropa limpia. | |



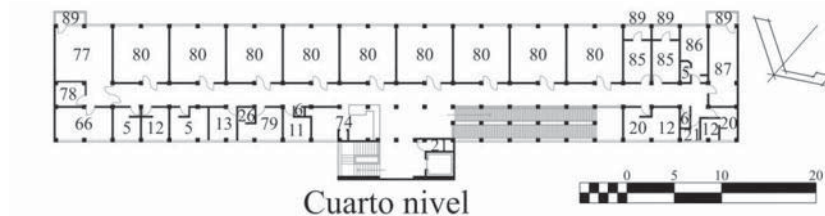
3.26 Plano de distribución arquitectónica del Hospital Civil de Morelia. Primer nivel. Escala 1:800. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, fotografía antigua y observación de campo.



3.27 Plano de distribución arquitectónica del Hospital Civil de Morelia. Segundo nivel. Escala 1:800. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, fotografía antigua y observación de campo.



3.28 Plano de distribución arquitectónica del Hospital Civil de Morelia. Tercer nivel. Escala 1:800. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, fotografía antigua y observación de campo.



3.29 Plano de distribución arquitectónica del Hospital Civil de Morelia. Cuarto nivel. Escala 1:800. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, fotografía antigua y observación de campo.

El Hospital Civil fue una de las obras más importantes de su tiempo y en general de la ciudad de Morelia, en palabras del Dr. Ponciano Tenorio fue una obra que representó la solución a una problemática social así como a una serie de ideales médicos y de infraestructura en favor de la sociedad misma.

“La construcción del Hospital Civil no solamente pretenderá resolver un conjunto de necesidades sociales, también cubrirá las aspiraciones ideológicas de algunos médicos que verán en la edificación del hospital, la conclusión de una lucha por el mejoramiento de las instalaciones de salubridad en la ciudad.”²⁵

²⁵ *Ibidem*, p. 140.

Distribución por áreas

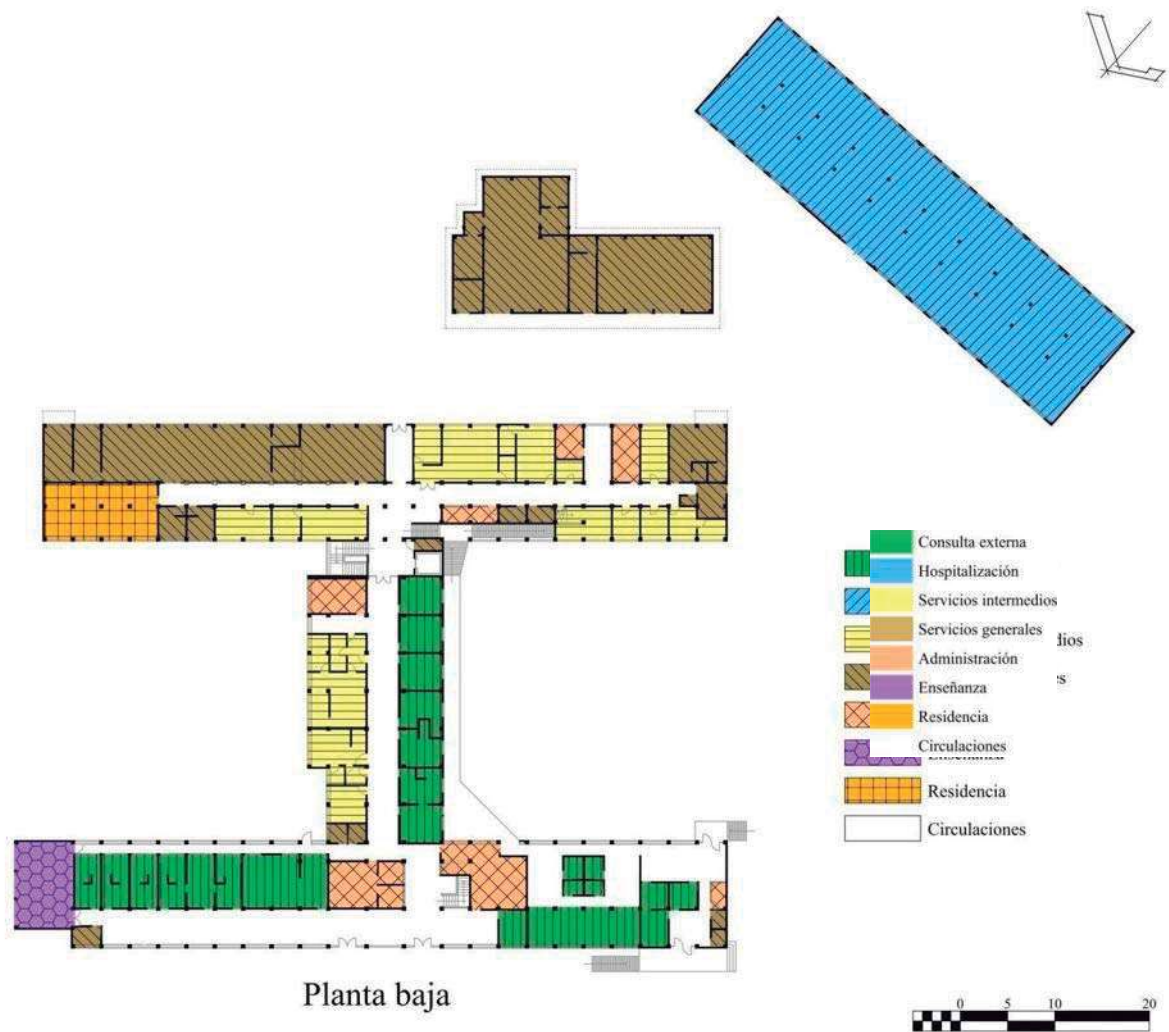
Los porcentajes de áreas en este proyecto estaban bastante equilibrados, se contaba con una amplia capacidad de hospitalización a través de varios de los bloques del hospital y esta se equilibraba con un porcentaje similar de circulaciones representando ambos poco más de la mitad de la superficie total de construcción, los servicios intermedios y generales también eran similares llegando casi el 30% de la superficie total entre las dos áreas, esto debido a que, a diferencia del antiguo edificio que solo contaba con una pequeña sección de servicios intermedios que constaba solo de dos salas de operaciones y amplias secciones de servicio generales, en el nuevo hospital se contó con más variantes de servicios intermedios acordes a los avances médicos y científicos de la época, entre los que se encontraban un número suficiente de salas de operaciones y salas de expulsión, servicios como rayos X, ultrasonidos, laboratorios y salas de traumatología, terapia intensiva y patología.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	514.00 m ²	6.2 %
Hospitalización	2 211.00 m ²	26.6 %
Servicios intermedios	1 195.00 m ²	14.4 %
Servicios generales	1 249.00 m ²	15.0 %
Administración	472.00 m ²	5.7 %
Enseñanza	60.00 m ²	0.7 %
Residencia	234.00 m ²	2.8 %
Circulación	2 383.00 m ²	28.6 %
Construcción total	8 318.00 m ²	100.0 %

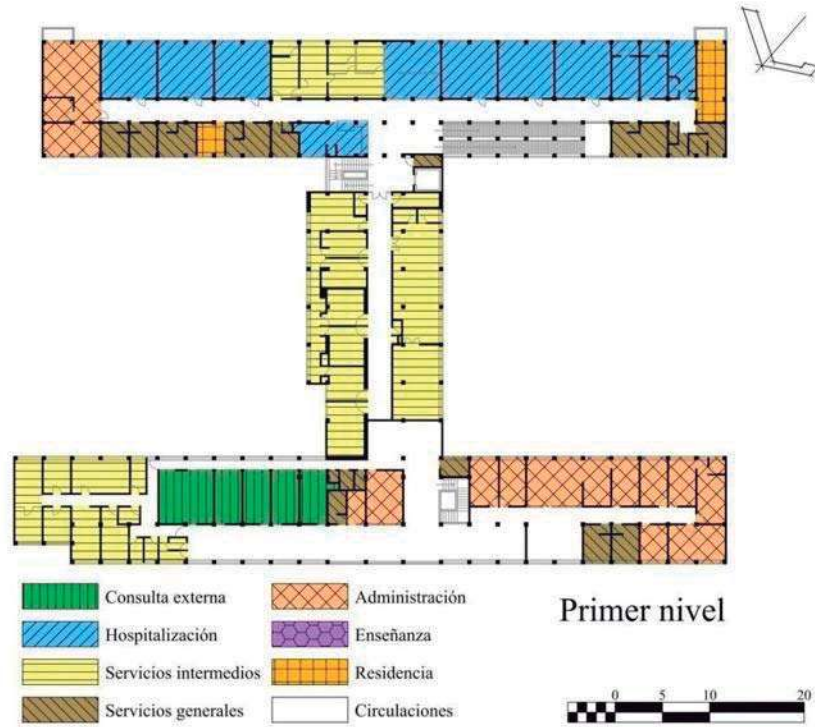
3.30 Tabla de áreas del Hospital Civil de Morelia.
Tabla elaborada por el autor.

Así mismo las áreas de consulta externa y administración estaban equilibradas, la de consulta externa estaba dispersa en varias zonas de consultorios de diversas especialidades, nuevamente a diferencia del antiguo hospital en este se le dio más importancia a la consulta externa, ahora la propuesta no era el tener en constante observación a los pacientes mediante la hospitalización, sino que lo que se procuraba era tener al paciente en el hospital el menor tiempo posible para su propia comodidad y un servicio más ágil, una característica más de los avances científicos de la época que permitían una recuperación más rápida de los pacientes para reducir su estadía en los hospitales. Por su parte el área de administración

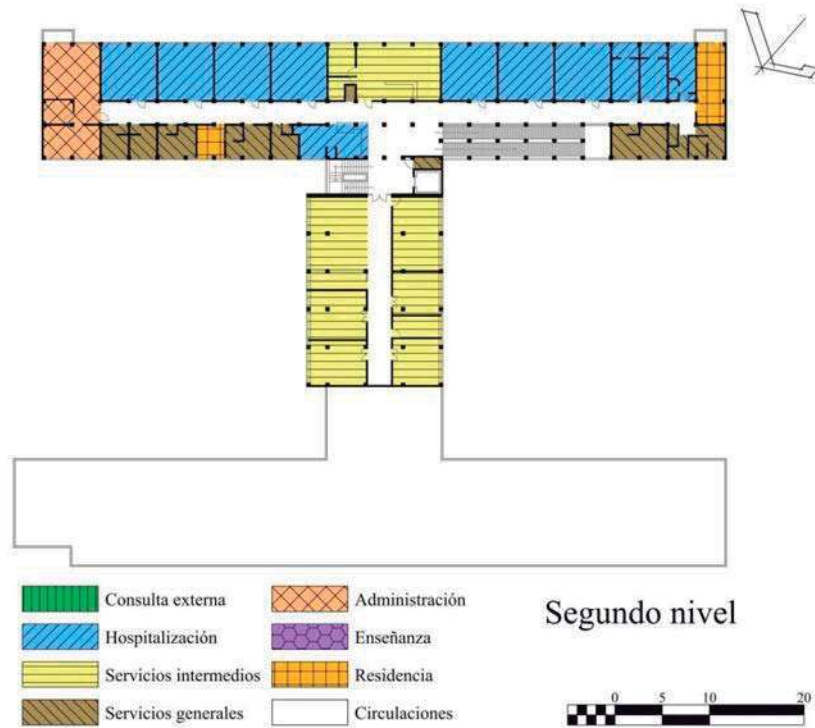
requería ser de características propias de una institución de tal magnitud, por lo que además de estar concentrada en una sección que incluía la mayoría de los servicios administrativos como los eran la dirección general, la dirección médica, trabajo social, contabilidad, entre algunas otras, había pequeños módulos administrativos a lo largo de todo el hospital ubicados en las secciones apropiadas que correspondían a los diversos departamentos del hospital que requirieran de servicios administrativos propios pero dependientes de la administración general.



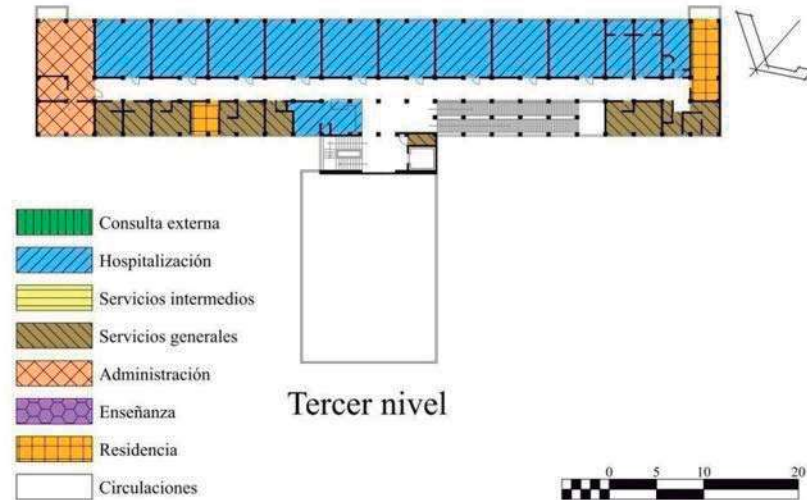
3.31 Plano de distribución de áreas del Hospital Civil de Morelia.
Planta baja. Escala 1:800. Plano elaborado por el autor.



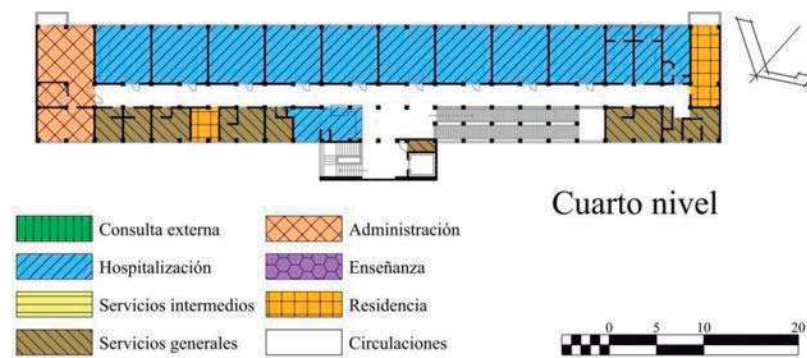
3.32 Plano de distribución de áreas del Hospital Civil de Morelia. Primer nivel. Escala 1:800. Plano elaborado por el autor.



3.33 Plano de distribución de áreas del Hospital Civil de Morelia. Segundo nivel. Escala 1:800. Plano elaborado por el autor.



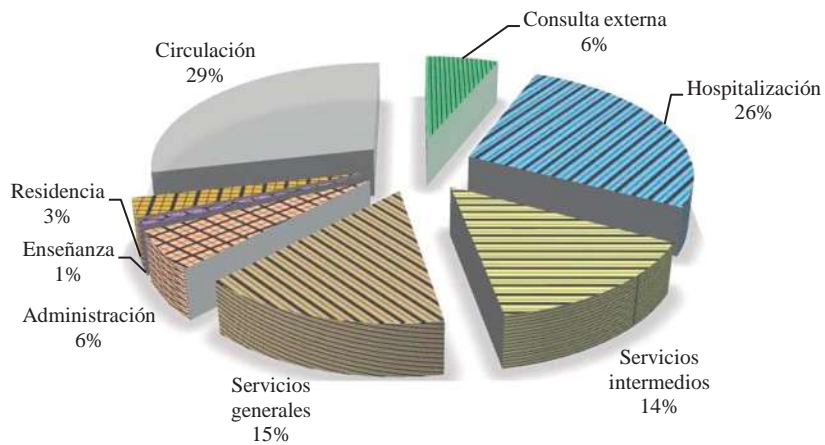
3.34 Plano de distribución de áreas del Hospital Civil de Morelia.
Tercer nivel. Escala 1:800. Plano elaborado por el autor.



3.35 Plano de distribución de áreas del Hospital Civil de Morelia.
Cuarto nivel. Escala 1:800. Plano elaborado por el autor.

De manera general todas las áreas se encontraban equitativas y esto se puede observar claramente en una gráfica de porcentajes, esto se debió principalmente a que el hospital mismo se encontraba bien distribuido, se tenían zonas claramente marcadas sin embargo a diferencia del nosocomio que lo precedió, estas no se concentraban de manera tan marcada sino que dentro de una gran zona se ubicaban claramente las diferentes áreas ya que cada zona contenía por lo general más de un área, con excepción de la zona media del edificio central en sus niveles uno y dos en los que se concentraba gran parte del área de servicios

intermedios, y los departamentos independientes al edificio principal que correspondían a parte de las áreas de servicios generales y hospitalización respectivamente.



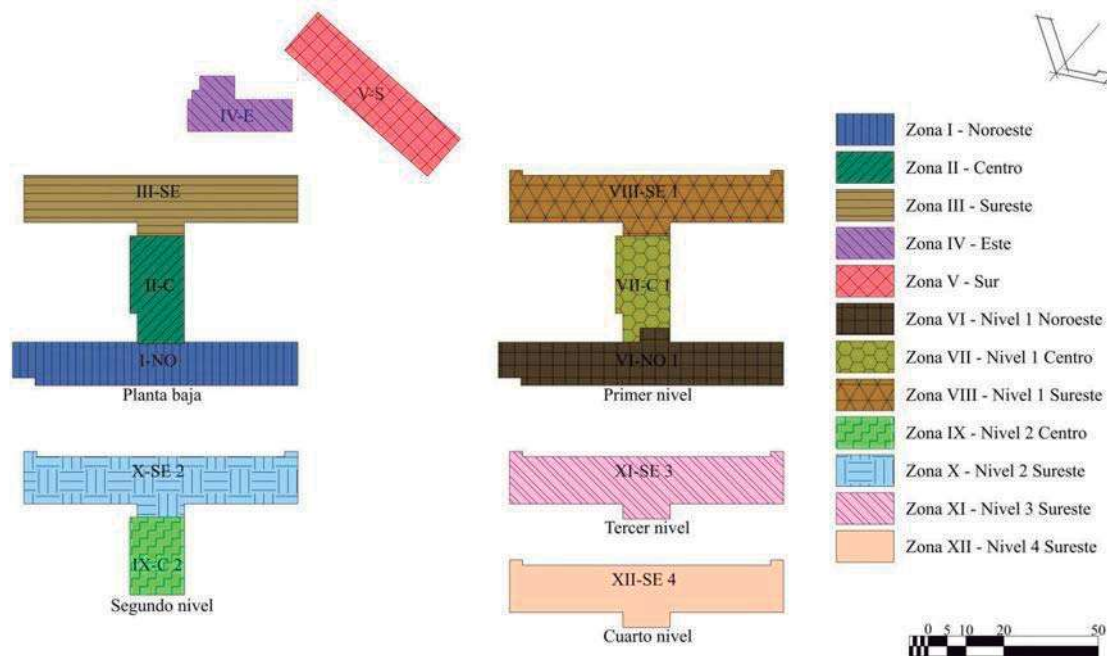
3.36 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Hospital Civil de Morelia.
Gráfica elaborada por el autor.

Análisis de departamentos y zonas

De acuerdo con lo anterior se tienen que el hospital estaba formado por doce zonas, diez correspondientes al edificio principal de cinco pisos y dos zonas o unidades independientes.

Después de cruzar la explanada de acceso se ubicaba la primera zona noroeste de planta baja, en primer lugar se encontraba un doble acceso ubicado al centro del bloque frente al cual se tenía una primer zona administrativa conformada por dos departamentos divididos por un pasillo que continuaba a la línea de la puerta derecha de acceso principal, estos departamentos eran los de caja general a la izquierda y entrega de expedientes a la derecha. Inmediato al acceso principal corría un pasillo en el mismo sentido que la longitud de la zona y que comunicaba la primera sección de consulta externa y que al mismo tiempo funcionaba como sala de espera de la misma, esta sección se conformaba por ocho consultorios, siete de ellos ubicados como un solo bloque a la izquierda del acceso y uno más independiente de estos del lado derecho al final del pasillo que correspondía a consulta general, mientras que los otros siete correspondían a consulta de especialidades, de estos siete, seis eran de similares proporciones correspondientes a endoscopía, proctología,

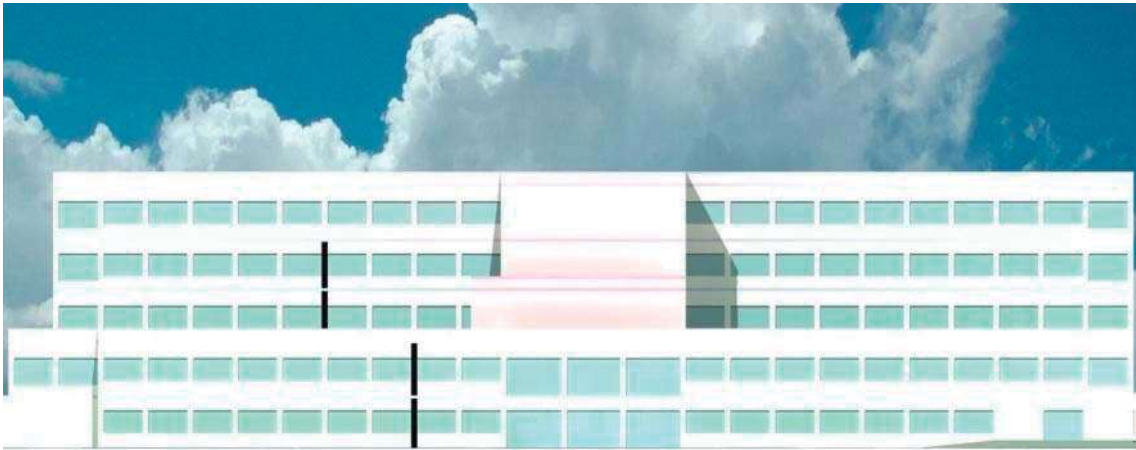
urología, infectología y nefrología, cardiología, y neurología, mientras que el último era de una superficie tres veces mayor al del resto y correspondía a traumatología y ortopedia.



3.37 Croquis de distribución por zonas del Hospital Civil de Morelia. Escala 1:2000.
Croquis elaborado por el autor.

Del costado derecho al final del pasillo se encontraba un pequeño núcleo sanitario y el auditorio del hospital. En la parte derecha de esta primera zona se encontraba la sección de urgencias la cual tenía sus accesos independientes y estaba dividida en dos partes, la primera que correspondía a la sección de consultas de urgencias y que se conformaba por tres consultorios, una sección de control y un núcleo de sanitarios; mientras que la segunda parte correspondía a la sección de observación de urgencias, conformada por un área de encamados y un núcleo de servicios en los que se encontraban cuatro departamentos correspondientes al sanitario del personal, la habitación del médico de guardia, un cuarto séptico y un baño para pacientes. En esta sección es donde los pacientes eran evaluados y se determinaba el grado de la urgencia, si el paciente podía ser dado de alta en un lapso aproximado de veinticuatro horas, si era necesario trasladarlo a piso para una recuperación más prolongada o si se necesitaba algún tratamiento que requiriera una mayor estadía en el hospital; en este caso el paciente era trasladado a través de un pasillo exterior al edificio hasta la zona de rampas y así ser llevado ya sea a hospitalización o a servicios intermedios.

Sobre esta primera zona se encontraba la sexta zona noroeste del primer nivel, a la cual se accedía por las escaleras ubicadas inmediatamente después del acceso principal. Esta zona era independiente del resto del primer nivel y contenía partes de las secciones de consulta externa, administración y servicios intermedios. La zona media era muy similar a su contraparte en planta baja, con un pasillo frontal que también funcionaba como sala de espera, una sección administrativa que contenía dos cajas secundarias y un bloque de servicios conformado por sanitarios y departamentos de aseo, y un bloque de cinco consultorios, cuatro de ellos de proporciones similares correspondientes a endocrinología, otorrinolaringología, laboratorio clínico, y departamento de EGO y CPS (Examen General de Orina y Coproparasitoscópico); mientras que el quinto consultorio de doble superficie con respecto al resto correspondía a odontología.



3.38 Fachada del Hospital Civil de Morelia. Maqueta virtual elaborada por el autor.

Como puede observarse dos de estos consultorios no correspondían propiamente a especialidades médicas sino que más bien eran utilizados para la interpretación de resultados de laboratorio y podrían considerarse como complementos de esta parte de la sección de servicios intermedios. Y es precisamente en el costado izquierdo de esta zona donde se encontraba esa parte del área de servicios intermedios. Al final del bloque de consultorios se ubicaba la zona de laboratorios conformada por una serie de departamentos de bioquímica como hematología, química sanguínea, bacteriología y micro bacteriología y sus complementos. Por otro lado en el extremo opuesto de la zona se encontraba el área de administración general distribuida a los costados de un pasillo continuo al pasillo general y

que se conformaba por un núcleo sanitario, salas de espera, sala de juntas y nueve departamentos administrativos entre los que se encontraba la dirección general.

Volviendo a la planta baja, siguiendo con la línea del acceso principal y posterior a la caja general se encontraba la segunda zona central, perpendicular a la primera zona, la cual se conformaba por un pasillo que atravesaba toda la zona en línea recta y la dividía en dos secciones una de consulta externa y otra de servicios intermedios. Del lado derecho se encontraba la tercera y última sección de consulta externa conformada por siete consultorios de superficies similares correspondientes al área de gineco-obstetricia entre los que se encontraban prenatal, embarazos de alto riesgo, planificación familiar, dos de ginecología y dos de obstetricia, destacando uno de ellos por ser consultorio de urgencias de obstetricia y que tenía comunicación inmediata con el pasillo exterior de urgencias. Del lado izquierdo de la zona se encontraba una sección de servicios intermedios correspondiente a rayos X y que se conformaba por dos salas de rayos X, cuarto oscuro, archivo y sala de interpretación.

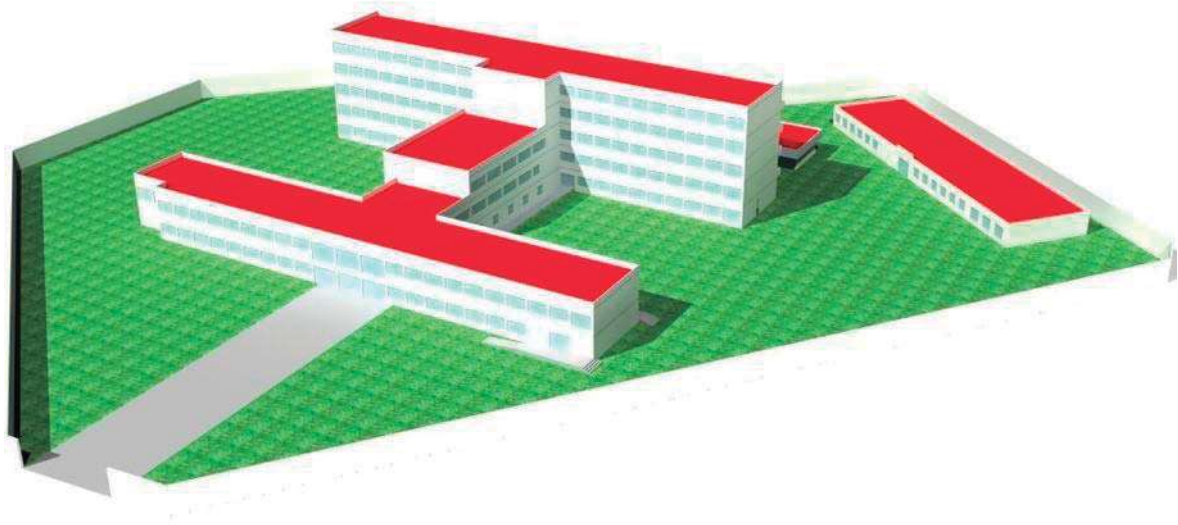
Al final del pasillo de la segunda zona se encontraba el núcleo de circulaciones verticales y posterior a él se ubicaba la tercera zona sureste. El pasillo se prolongaba hasta el otro extremo de la zona para acceder a una de las unidades independientes, así mismo esta prolongación del pasillo dividía a la zona en dos partes en las que se ubicaban principalmente áreas de servicios intermedios, servicios generales y residencia. A partir del centro de la zona sobre la prolongación del pasillo parte otro en ambos sentidos perpendicular a este y que es la circulación principal de esta zona comunicando cada uno de sus departamentos.

La parte izquierda de la zona se conformaba por secciones de servicios intermedios, residencia y servicios generales. Eran pocos departamentos pero de grandes superficies, en primer lugar y como parte del área de servicios intermedios se encontraba la sala de ultrasonido así como su complemento el taller de impresión; posteriormente y sobre ese mismo lado del pasillo se encontraba un núcleo de sanitarios y al final del corredor el área general de residencia médica. Al otro lado del pasillo y ocupando todo ese costado se encontraba la sección del área de servicios generales correspondiente a alimentación, conformada por un gran comedor para empleados y una extensa cocina con sus

departamentos complementarios, alacena, refrigerador y congelador. La parte derecha de la zona se componía en su mayoría por secciones de servicios intermedios conformadas por departamentos, consultorios, salas o laboratorios correspondientes a tomografía, microscopía, histología y patología. Además de estos departamentos, al final de esta parte de la zona se encontraban los departamentos correspondientes al obituario y entrega de cadáveres.

Las zonas centrales séptima y novena de los niveles uno y dos respectivamente correspondían a las áreas de servicios generales, específicamente a las salas de expulsión y operaciones. Ambos tenían una composición similar, a partir del núcleo de circulaciones verticales parte un pasillo de la misma longitud de la zona y a partir del cual se disponían una serie de salas y departamentos. La diferencia radica en dos aspectos principalmente, el primero es un pasillo adicional paralelo al principal que se encontraba por la parte posterior de las salas de la séptima zona y funcionaba como un pasillo de personal, como ocurría en las secciones de consulta externa de la primera y sexta zona, y la otra diferencia la dimensión de las salas de operaciones, siendo las de la novena zona mayores que las de la séptima; es posible que esto se debiera al carácter de las salas de operaciones, mientras que las de la séptima zona pudieron ser utilizadas para operaciones menores las de la novena pudieron utilizarse como quirófanos para realizar operaciones más complejas. Ambas zonas contaban con un departamento de CEYE, bodega y salas de recuperación donde como su nombre lo dice, después de una operación el paciente tenía una estadía de recuperación eventual antes de poder pasar a hospitalización para continuar con su recuperación y/o tratamiento, o ser dados de alta en caso de haber sido intervenidos mediante una operación que le permitiera al paciente salir por su propio pie después de esta.

En el caso de la séptima zona la sala de recuperación correspondía principalmente a las pacientes de las salas de expulsión, es por eso de su comunicación directa con una de ellas, ya que los pacientes de las salas de operaciones correspondían a intervenciones sencillas que pocas veces requerían de mantener al paciente en una sala especial de recuperación. La séptima zona cuenta con dos salas de expulsión y tres salas de operaciones mientras que la novena zona contaba con cuatro quirófanos y su sala de recuperación necesaria para los pacientes intervenidos mediante operaciones de mayor complicación.



3.39 Maqueta virtual del Hospital Civil de Morelia, elaborada por el autor en base a la reconstrucción hipotética del proyecto.

Las zonas ocho, diez, once y doce sureste correspondientes a los niveles del uno al cuatro estaban destinadas principalmente a las áreas de hospitalización y sus respectivos complementos; las cuatro zonas eran muy similares con algunas variaciones en dos de ellas. La undécima y duodécima zona eran idénticas; en ambas, a partir del núcleo de circulaciones verticales partía un pasillo en ambos sentidos recorriendo la distancia de la zona y comunicando todos los departamentos teniendo muy marcadas las áreas de la zona, ubicando el área propia de hospitalización del costado sureste de la zona, el área de servicios del costado noroeste, el área administrativa del costado noreste y el área de residencia en el costado suroeste. El área de administración de esta zona estaba formada por tres departamentos, uno de trabajo médico, uno de oficial de piso y una sala de juntas.

El área de residencia se conformaba únicamente por la sección de residencia médica y uno de los departamentos de la sección noroeste de la zona destinado al médico de guardia; mientras que el área de servicios generales ubicada en la misma orientación de la zona se integraba por un núcleo de baños para los pacientes que incluye sanitarios y baños para hombres y mujeres, otro núcleo para médicos y enfermeras que incluye sanitarios, baños y vestidores, un departamento de séptico y una cocina de distribución. Finalmente el área de hospitalización estaba conformada por nueve salas generales de hospitalización con capacidad para seis camas cada una, un cuarto privado y dos cuartos de aislado, para un

total de cincuenta y siete camas, además de contar cada piso con su propia central de enfermeras.

La décima zona sureste del segundo nivel era muy similar a las dos anteriores con la diferencia de tener dos salas generales de hospitalización menos para ubicar en ese espacio una sección de terapia intensiva con su propio sanitario, su central de enfermeras particular y un cuarto de aislado. La octava zona sureste del primer nivel también es similar a las zonas anteriores solo que este únicamente tenía seis salas generales de hospitalización y en el lugar de las otras tres tenía una sección de neonatos con todo lo necesario para su cuidado como lo son cuneros, incubadoras, central de enfermeras particular e incluso un cuarto de aislado. Es posible que toda esta zona de hospitalización estuviera dedicada a hospitalización de gineco-obstetricia ya que, como se mencionó antes, era en este mismo nivel donde se encontraban las salas de expulsión en la zona central.

Finalmente en cuanto a las unidades independientes al edificio central, la cuarta zona este correspondía al área de servicios generales conformada por las secciones de calderas, mantenimiento y lavandería. Por su parte la quinta zona sur correspondía a un pabellón de infecciones. Es de resaltar la existencia de este pabellón emulando a los que constituían el antiguo Hospital General; lo interesante de este pabellón es el cómo a pesar de que las técnicas médicas y los nuevos conceptos de diseño nosocomial permitían ya no tener pabellones aislados, y que además en el caso del Hospital Civil en cada piso de hospitalización se tenían dos habitaciones de aislado, a pesar de esto se haya construido un pabellón de infecciones; una de las respuestas sería el contar con un espacio de servicio en caso de presentarse alguna situación epidemiológica. Independientemente de cuál haya sido el motivo de la construcción del pabellón de infecciones este demostró su ineficacia para la época y que no era necesario para el funcionamiento del hospital ya que a los pocos años se transformó en el área de investigación del hospital que incluía consultorios, encamados, administración y aulas.

Ampliaciones

Además de la desaparición del pabellón de infecciones para convertirse en un área de investigación, otra de las modificaciones relativamente inmediatas que sufrió el hospital fue la ampliación del área de quirófanos de la novena zona central del segundo nivel, para la creación de pasillos de servicio por detrás de los quirófanos y cuyas prolongaciones de columnas, además de darle una nueva forma a estas fachadas sirvió para proteger un poco los pasillos exteriores en planta baja, entre ellos el pasillo que comunicaba la sección de urgencias con las rampas de las secciones de hospitalización. Otra ampliación relevante fue la construcción del segundo nivel de las zonas noroeste que contenía otra sección de enseñanza conformada por una biblioteca, una gran aula y una sección administrativa. Otras modificaciones inmediatas fueron la ampliación del auditorio el cual duplicó su capacidad, la construcción de una zona de bodegas a un costado de la cocina general, y la construcción de nuevas secciones de mantenimiento en la zona donde se encontraba la unidad independiente de servicios generales.



3.40 Fotografía actual del Centro Estatal de Atención Oncológica del Hospital Civil de Morelia, una de las primeras grandes ampliaciones del hospital.
Fotografía: Eder García Sánchez.

Conclusiones

Con el paso de los años las modificaciones continuaron, se construyeron algunos departamentos dentro del edificios, otros cambiaron su función, se hicieron pequeñas ampliaciones, se construyeron nuevas secciones, todo para que el hospital cumpliera con los servicios necesarios y satisficiera las demandas de cada época, hasta que poco a poco el edificio perdió su forma original y las áreas abiertas cada vez fueron menores, el hospital cumplió con su propósito, ser el más importante nosocomio de la ciudad y las bastas áreas abiertas cumplieron cabalmente con ese octavo factor de diseño, el de las posibilidades constructivas, ya que cada modificación y ampliación que requirió el hospital se realizó en ese mismo predio donde originalmente se construyó sin necesidad de dispersar las secciones del hospital conjuntándolo de momento en una sola edificación monumental. Todas las modificaciones y ampliaciones ya mencionadas se complementaron con la construcción de un par de inmuebles en los años posteriores a la inauguración del Hospital Civil, uno de ellos dentro del predio del hospital y el otro independiente de éste pero que lo complementaron perfectamente, ambas edificadas del costado oriente del hospital, uno de ellos es la Escuela de Enfermería y Salud Pública inaugurada en 1958 y el otro el Centro Estatal de Atención Oncológica que hace frente a una de las enfermedades de mayor cuidado en el estado y que fue inaugurado en el año de 1960 en los terrenos del hospital y junto a la Escuela.

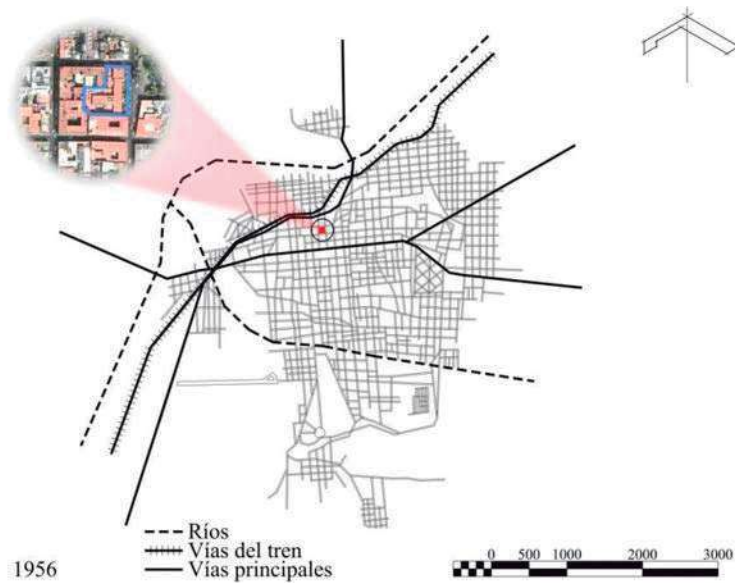
Clínica de Salubridad (1956)

Antecedentes y ubicación

De manera contemporánea a la construcción del Hospital Civil de Morelia se realizó la planeación y construcción de otro edificio de salud en la ciudad que correspondió a un centro de salud para la Secretaría de Salubridad el cual, para su construcción, contaría con la participación de la Lotería Nacional.²⁶ Los orígenes de este centro de salud se remontan

²⁶ José Manuel Rosales Mendoza, *op.cit.*, p. 140.

hacia el año de 1954, cuando el Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud adquirió un terreno baldío ubicado al oriente de donde un par de años atrás habían comenzado a construir su edificio sobre la calle Ignacio Zaragoza y que llegaba hasta el otro lado de la manzana de donde comenzó a construirse, hasta la calle Benito Juárez, esto con la finalidad de continuar con su expansión.²⁷



3.41 Croquis de localización de la Clínica de Salubridad.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1956 y vista aérea actual.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Sin embargo, al momento de realizar la ampliación del hospital, la construcción no llegó hasta los límites de la actual calle Benito Juárez, y al poco tiempo al gobierno del estado expropió esa parte del terreno que no se había construido aún para así poder construir una clínica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia,²⁸ actualmente Secretaría de Salud, cuyas oficinas se encontraban en la esquina contraria de dicha manzana sobre la ya mencionada calle Benito Juárez, en el centro histórico de la ciudad de Morelia.

²⁷ Datos proporcionados mediante una entrevista por la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, actual directora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Señora de la Salud, Morelia, Michoacán, 24 de septiembre de 2009.

²⁸ *Ibidem*.

Además de expropiar los terrenos ya mencionados se utilizó el terreno de la única edificación existente en la zona de la futura clínica; se trataba de un edificio de la Gota de Leche, una institución encargada de proporcionar leche a la población de escasos recursos, además dotar de leche y desayunos escolares a los niños desamparados de la ciudad y comunidades cercanas. La Gota de leche como institución fue fundada en el año de 1929 y es considerada el primer antecedente del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).²⁹



3.42 Fotografía antigua de la calle del Obispado, actualmente Benito Juárez, en la que se puede observar en primer plano del lado derecho la vieja casona sede del edificio de la Gota de Leche.

Fuente: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=910398> consultado 09/09/09.

Diseño general

Finalmente se tuvo el terreno para comenzar con la construcción de la Clínica de Salubridad y en el año de 1956 fue inaugurada. El terreno final utilizado para la construcción de la clínica contó con una superficie de poco más de 2,400 m², de los cuales

²⁹ Adriana Talavera Intriago, Diagnóstico de las áreas, servicios y talleres del DIF de San Andrés Cholula: elementos para una mejor difusión interna y externa, Tesis de Licenciatura, Escuela de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad de las Américas Puebla, Cholula, Puebla, 2004, p. 3.

más de la mitad correspondieron a superficie de áreas abiertas, un porcentaje muy alto para construcciones realizadas en el centro histórico.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	1 043.00 m ²	42.7 %
Áreas abiertas	1 400.00 m ²	57.3 %
Superficie del terreno	2 443.00 m ²	100.0 %

3.43 Tabla de superficies de la Clínica de Salubridad.
Tabla elaborada por el autor.

Es de resaltar como el diseño de la clínica se basó en rodear al edificio por un cinturón vegetal que le diera cierta privacidad a la clínica con respecto a los edificios vecinos y a las calles con las que colindaba, Benito Juárez al oriente y Eduardo Ruiz al norte. En realidad el perímetro del edificio constaba de tres capas o filtros. En primer lugar se encontraba con un muro perimetral que contaba solamente con dos puertas de acceso y tenía la altura de la primera planta y que separaba las calles del edificio. En segundo lugar se contaba con el ya mencionado cinturón vegetal que rodeaba al edificio casi en su totalidad, con excepción del tramo del edificio que colindaba con la calle Eduardo Ruiz. Finalmente el tercer perímetro consistía en los límites propios del edificio, es decir, sus muros.



3.44 Fotografía actual del edificio de la Clínica de Salubridad, en primer plano en la parte inferior izquierda se observa un acceso que no formó parte del proyecto original así como el volumen de planta alta que se observa en la parte superior derecha de la imagen.

Fotografía: Eder García Sánchez.

En el caso del cinturón vegetal lo interesante es que, a diferencia de un hospital que requería de áreas abiertas y jardinadas, además de buscar tener iluminación y ventilación natural que es una característica importante a considerar en todos los edificios y así contar con un sistema de saneamiento e higiene que limpiara y purificara los aires del hospital; en el caso de la clínica su funcionamiento era un tanto diferente y el perímetro vegetal quizá se debió más a buscar aislar al edificio del contexto y del entorno del centro de la ciudad.



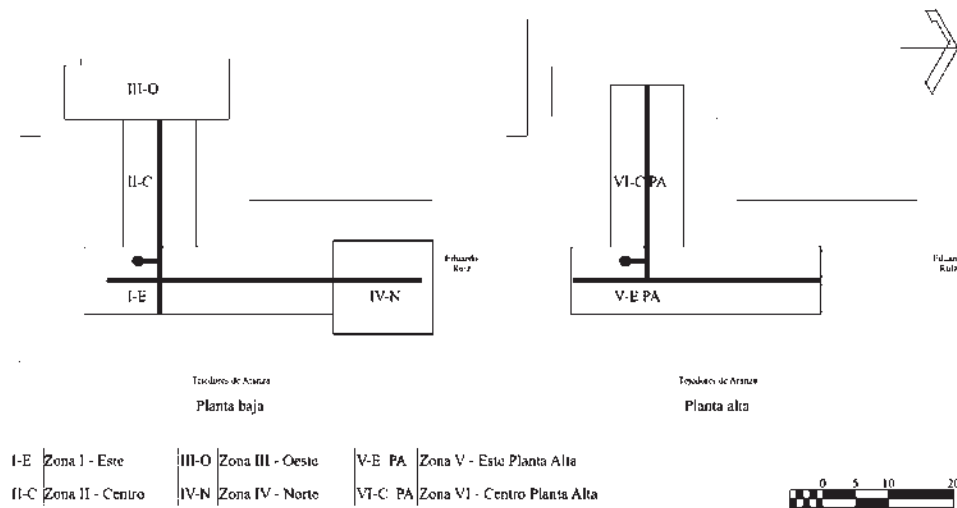
3.45 Fotografía actual del acceso principal de la Clínica de Salubridad donde se observan los detalles de cantera en marco y cornisas que ayudaban al edificio a integrarse con el contexto del centro histórico de Morelia, así como los aplanados lisos y de colores discretos de los muros.

Fotografía: Eder García Sánchez.

El edificio era una clara muestra de la modernidad en la ciudad y como tal su estructura se basaba principalmente en el uso de tabique, estructuras de concreto y acabados finos y sobrios, lo que es de resaltar en este caso es la ubicación, en pleno centro histórico de la ciudad donde es difícil tener un edificio que rompa con el contexto de la zona, es por eso que la fachada de la clínica y el edificio en sí se ocultaba tras el ya mencionado cinturón vegetal dejando como vista desde el exterior el muro que protegía esta área jardinada, se trataba de un muro de cantera cubierto con un aplanado liso y colores claros y discretos que no perturbaran el entorno, además de que para integrarse a dicho contexto contaba con ciertos detalles que ayudan a este propósito, como son las cornisas de cantera con detalles de ornamentación sobria así como los marcos de las puertas de acceso con las mismas características.

Distribución general

El edificio estaba diseñado a través de dos ejes principales, longitudinales y perpendiculares entre ellos y que eran estos mismos ejes los que determinaban las circulaciones principales a base de dos largos pasillos de las mismas características que los ejes principales del edificio que, en el caso de la planta baja, estos ejes terminaban en una zona de consultorios y servicios. Además, este edificio contó con áreas específicas de sala de espera, lo que diferencia a esta clínica de la gran mayoría de los edificios de la salud de la época en la ciudad, en los que los pasillos tenían una doble función, ya que actuaban como circulaciones y como salas espera.



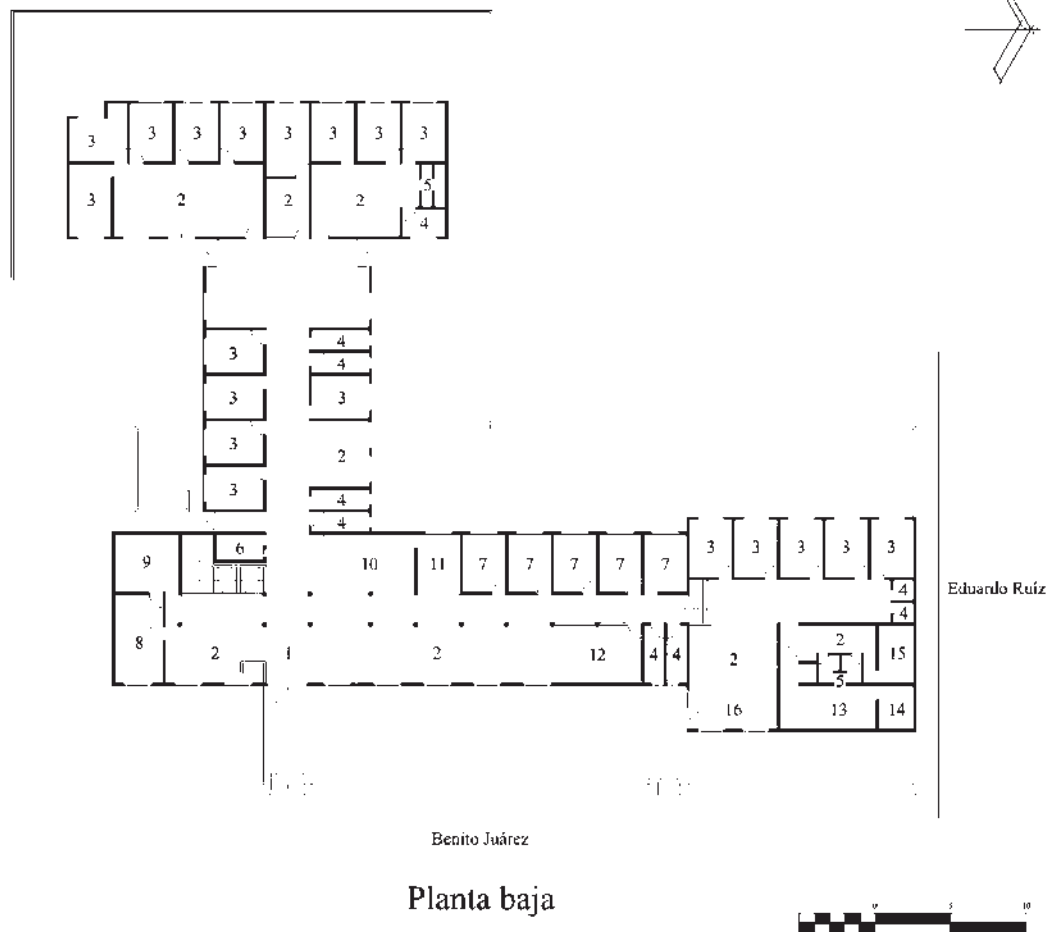
3.46 Croquis de circulaciones principales de la Clínica de Salubridad. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por elaborado por el autor.

En el caso de la Clínica de Salubridad no se utilizaron los pasillos para esta doble función, a pesar de que estos eran lo suficientemente anchos para cumplir con ella, en lugar de eso se optó por la creación de espacios propicios para la espera de los pacientes los cuales se encontraban ubicados en las grandes concentraciones de consultorios principalmente, es decir, por cada zona de consultorios se encontraba una sección de sala de espera, así como en las zonas administrativas. Así mismo, todos estos patrones ya mencionados, de ejes y circulaciones, se repetían en la planta alta del edificio con la diferencia de la proporción de la planta en general y con respecto a la planta baja que era de mayores dimensiones que la

planta alta y esta última tenía más definida la forma rectangular longitudinal en los ejes perpendiculares, lo que en conjunto le daba al edificio una forma semejante a la de la letra “L”, misma forma apreciada en las circulaciones principales definidas por los pasillos.

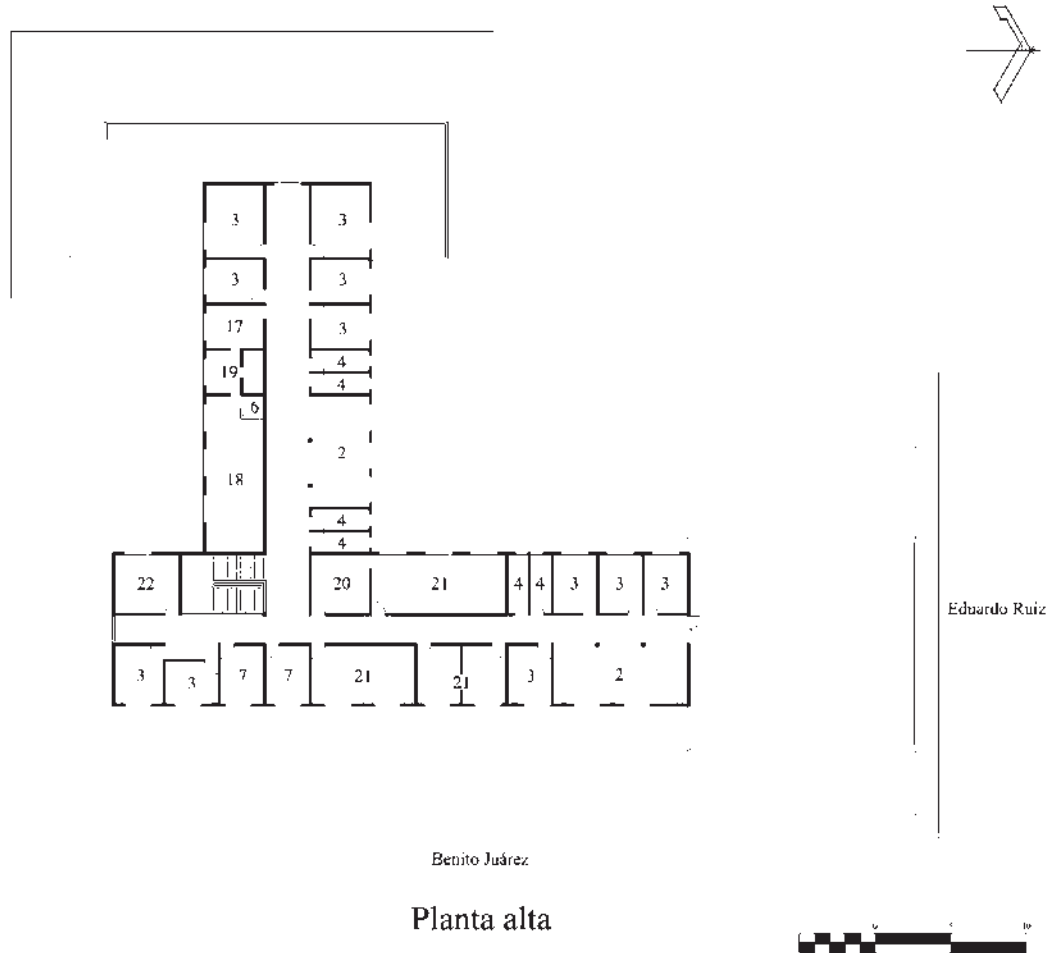
Distribución arquitectónica de la Clínica de Salubridad.

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. Vestíbulo. | 12. Farmacia. |
| 2. Sala de espera. | 13. Rayos X. |
| 3. Consultorio. | 14. Cuarto oscuro. |
| 4. Sanitario. | 15. Oficina rayos X. |
| 5. Vestidor. | 16. Prevención. |
| 6. Control. | 17. Consultorio dental. |
| 7. Oficina administrativa. | 18. Clínica dental. |
| 8. Dirección. | 19. Laboratorio dental. |
| 9. Sala de juntas. | 20. Toma de muestras. |
| 10. Archivo clínico. | 21. Laboratorio. |
| 11. Caja. | 22. Enseñanzas. |



3.47 Plano de distribución arquitectónica de la Clínica de Salubridad. Planta baja. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a entrevistas y observación de campo.³⁰

³⁰ Gran parte de los datos que ayudaron a realizar la reconstrucción hipotética de este edificio fueron proporcionados por la Sra. María Martha Zavala Moreno, quien ha trabajado en la institución por cerca de cuarenta años.



3.48 Plano de distribución arquitectónica de la Clínica de Salubridad. Planta alta. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a entrevistas y observación de campo.

Distribución por áreas

Debido a la ya antes mencionada característica de no utilizar los pasillos como salas de espera sino contar con espacios propios para esta función, poco menos de la mitad de la superficie total de construcción de la clínica correspondía a las áreas de circulación, en total se contaba con nueve zonas de espera, varias de ellas de grandes áreas llegando a estar cerca de la misma superficie ocupada por los espacios a los que daban antesala, además de dos espacios de vestíbulo, el del acceso principal y otro posterior del costado poniente de la planta baja, de enormes dimensiones y hasta cierto punto innecesario ya que era la antesala de las salidas hacia jardín y hacia unas salas de espera en una zona de consultorios.

En este edificio se podía observar la ausencia de dos áreas, la de hospitalización y la de residencia. Esto se debió evidentemente a la condición de Clínica del edificio, diferente a la de los otros estudiados en el presente trabajo. Como ya se mencionó la principal diferencia entre un hospital o un sanatorio con una clínica es el enfoque con respecto a la enfermedad; mientras en un hospital o un sanatorio se procura atender al paciente tratando su enfermedad y en la manera de realizar dicho tratamiento radica la diferencia entre ellos, por su parte la clínica es una institución cuya función con respecto al paciente y la enfermedad es la de diagnóstico y prevención exclusivamente.

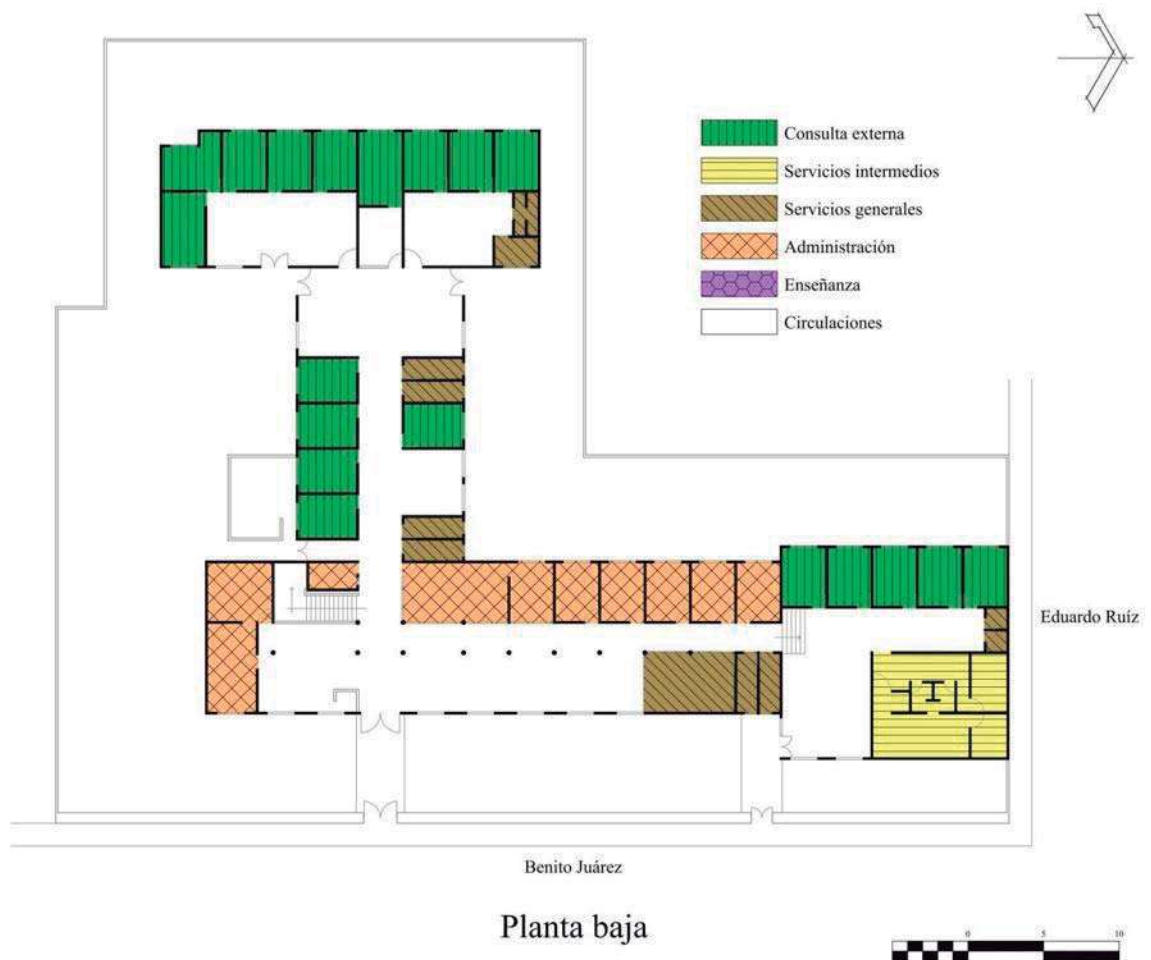
Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	402.00 m ²	23.6 %
Hospitalización	0.00 m ²	0.0 %
Servicios intermedios	241.00 m ²	14.1 %
Servicios generales	119.00 m ²	11.4 %
Administración	176.00 m ²	7.0 %
Enseñanza	19.00 m ²	1.1 %
Residencia	0.00 m ²	0.0 %
Circulación	747.00 m ²	43.8 %
Construcción total	1 704.00 m ²	100.0 %

3.49 Tabla de áreas de la Clínica de Salubridad.
Tabla elaborada por el autor.

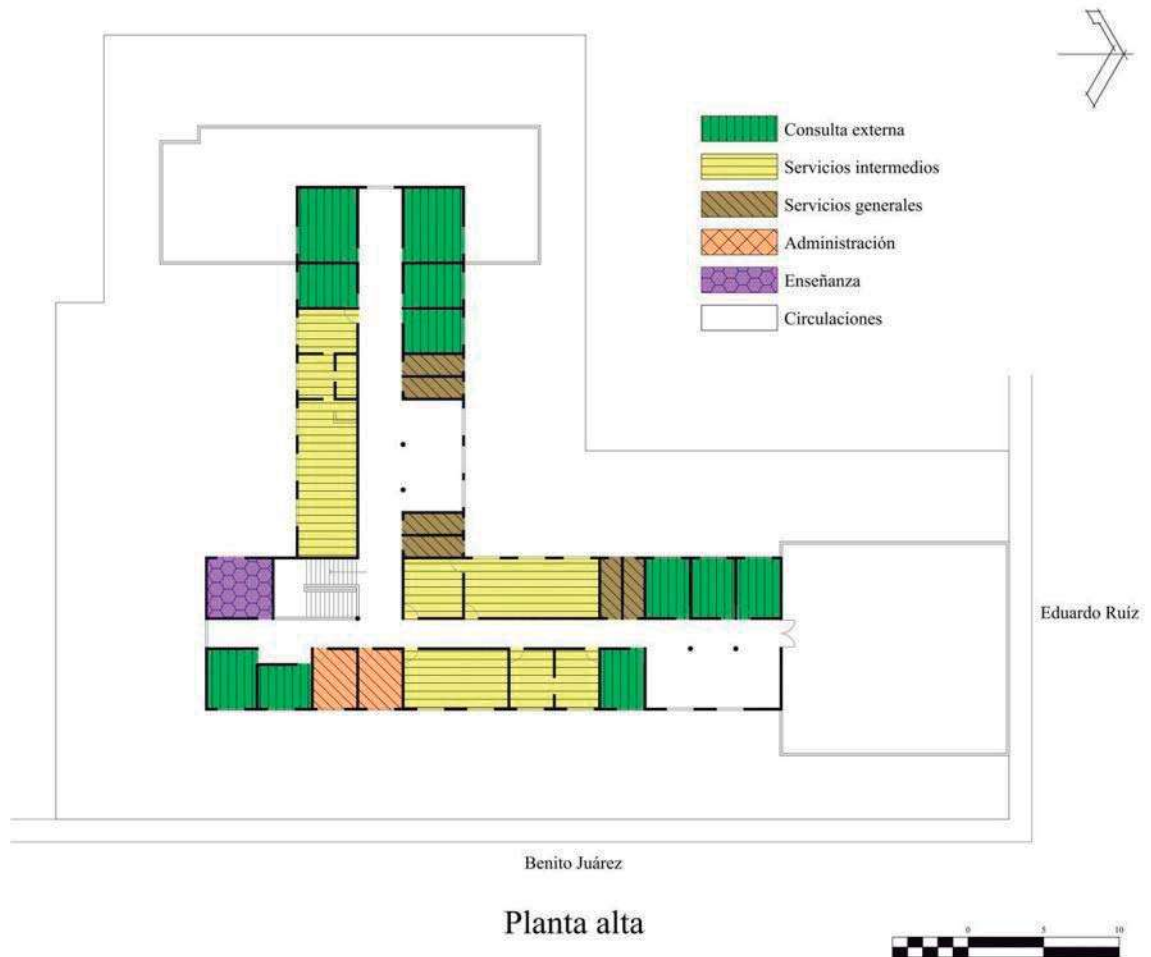
Si bien es cierto tanto hospitales como sanatorios pueden tener espacios en común con una clínica como lo son laboratorios o espacios de diagnóstico como rayos X, estos departamentos de diagnóstico actúan en función de atacar la enfermedad y de cierto modo como espacios complementarios que ayuden al tratamiento del paciente; mientras que en la clínica estos espacios se tienen exclusivamente para diagnosticar una enfermedad, interpretar los resultados y enviar al paciente, de ser necesario, a realizar el tratamiento correspondiente en los hospitales o sanatorios pertinentes, o bien, ya sea realizando esa fase de diagnóstico por indicación de un hospital, sanatorio o médico particular en caso de que dicha institución no cuente con las instalaciones necesarias para realizar esa fase de estudio y detección del problema.

De este modo, en la clínica se dejó de lado el tratamiento directo de la enfermedad que hace necesarias las áreas de hospitalización para la estadía del paciente y por consiguiente las de residencia para la estadía médica que trate la enfermedad.

Por otro lado, tanto los servicios generales como los servicios intermedios representaban cerca de la cuarta parte de la superficie total de construcción entre ambos. Al igual que en el caso del área de consulta externa, los servicios intermedios equivalían a un porcentaje de superficie mayor al promedio de un hospital o sanatorio debido al carácter de la clínica y del requerimiento de este tipo de espacios, sobre todo laboratorios, necesarios para el diagnóstico de enfermedades.



3.50 Plano de distribución de áreas de la Clínica de Salubridad.
Planta baja. Escala 1:500. Plano elaborado por el autor.

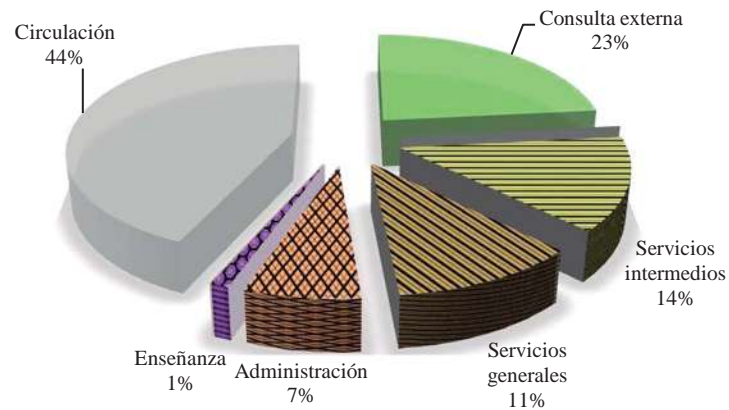


3.51 Plano de distribución de áreas de la Clínica de Salubridad.
Planta alta. Escala 1:500. Plano elaborado por el autor.

Por su parte los servicios generales representaban un porcentaje menor debido a la carencia de los grandes servicios generales necesarios en otro tipo de edificios de salud, como lo son cocinas, comedores, áreas de lavandería, grandes áreas de mantenimiento y bodegas, principalmente. Sin embargo es de resaltar, volviendo a los comparativos, la gran cantidad de sanitarios que tenía la clínica, en proporción relativa con los módulos de consultorios y salas de espera; constaba en total de siete núcleos sanitarios con módulos separados para hombres y mujeres, y un sanitario y baño general.

Finalmente, la otra gran área de importancia en la clínica y que también es de resaltar es el área de consulta externa, que representaba casi la cuarta parte de la superficie total de construcción, muy superior a la de un hospital o sanatorio común en los que esta área

difícilmente llega a representar más del 10% de la superficie total de construcción. Esto se debió a la ya mencionada característica de la clínica. La zona de consulta externa era de gran importancia en el edificio, ya que representa la primera vía para cumplir con las dos funciones de la clínica, la de prevención y diagnóstico, la primera representada por el acercamiento del paciente a buscar una solución u orientación para problemas como el de las adicciones, planificación familiar, control de embarazos sobre todo los de alto riesgo, nutrición, vacunación, entre otros, enfocados como se puede observar en la prevención de una enfermedad ya sea desde antes de que esta aparezca o prevención cuando esta ya apareció y enfocado a prevenir alguna complicación, sin llegar a ser un tratamiento mayor.



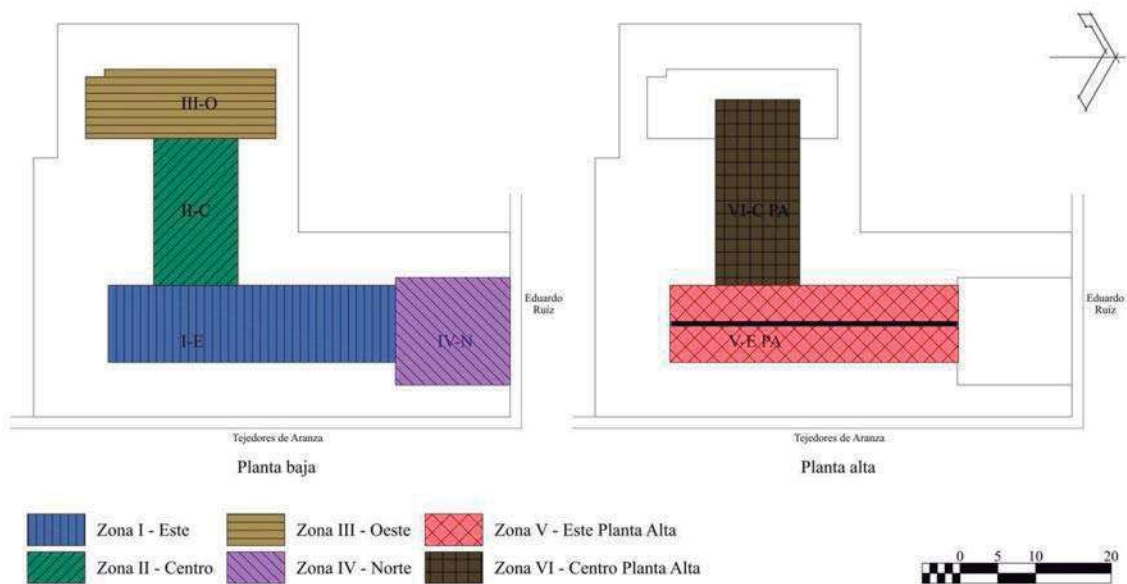
3.52 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes de la Clínica de Salubridad.
Gráfica elaborada por el autor.

Por otro lado la segunda es referente al estudio de la enfermedad, en concreto mediante los procedimientos necesarios y acorde a la complejidad de esta, sea necesaria únicamente la intervención del médico mediante la observación o el análisis simple o bien, que el médico se valga de otros medios como toma de muestras, análisis, y en general las funciones desempeñadas por los servicios intermedios y mediante estos el médico los interprete y determine la gravedad de la enfermedad, el tratamiento que requiere, y si dicho tratamiento el paciente se lo puede proporcionar a sí mismo, si se lo puede proporcionar un tercero o si es necesaria la intervención de otras instituciones que proporcionen los servicios para los que no está destinada la clínica, específicamente las que requieran intervenciones quirúrgicas en cualquier grado, atención de partos y hospitalización en general. En total la

clínica tenía siete módulos de consultorios que van desde dos hasta cinco consultorios por módulo, además de un consultorio independiente de otros pero ubicado en una zona de varios módulos de consultorios. En total eran treinta consultorios en toda la clínica, el 75% de ellos de proporciones muy similares y el resto de proporciones variables.

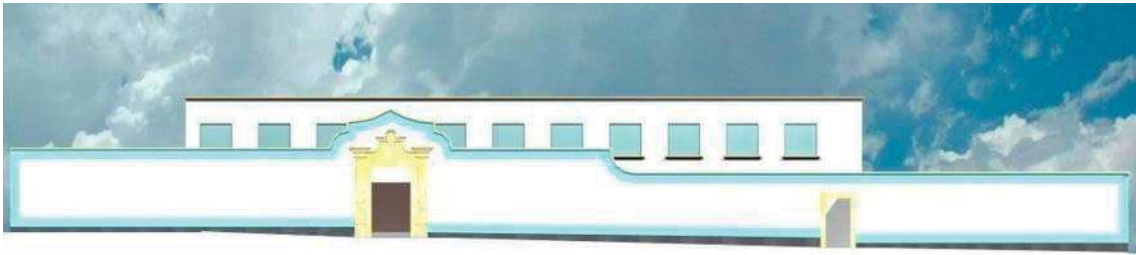
Análisis de departamentos y zonas

Como ya se mencionó, el edificio estaba dividido de manera general en dos ejes principales que se seguían en ambas plantas y que le daban una característica forma de “L”, sin embargo, de manera independiente el edificio se podía dividir en seis zonas, cuatro en planta baja y dos en planta alta. La primera zona este correspondía esencialmente al área administrativa de la clínica. El acceso principal se ubicaba cerca del costado sur de la zona y del edificio y a partir de esta se generaban los dos ejes principales de circulación, uno continuando hacia el poniente del mismo sentido que el acceso principal, y el otro perpendicular a este en el mismo sentido que esta primera zona.



3.53 Croquis de distribución por zonas de la Clínica de Salubridad. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

Hacia la izquierda del acceso principal se encontraba un pequeño cubículo de control e información además de una sala de espera para la dirección general de la clínica y la sala de juntas a un costado de la dirección. Un poco más adelante se encontraban las escaleras y debajo de ellas otro módulo de control para acceder a la segunda zona del edificio. Al lado derecho del acceso principal se ubicaba una gran sala de espera utilizada para la farmacia y otra área administrativa que estaba conformada por la caja, el archivo clínico y cinco oficinas administrativas, al final de la zona, del costado norte y junto a la farmacia, se encontraba uno de los núcleos sanitarios correspondiente a dicha área administrativa.



3.54 Fachada de la Clínica de Salubridad. Maqueta virtual elaborada por el autor.

El segundo bloque central comenzaba posterior a las escaleras y al departamento de control debajo de estas y tenía una orientación perpendicular a la primera zona. Inmediato al departamento de control se ubicaba un pasillo de acceso al jardín que posteriormente sirvió de acceso a los departamentos que años después se construyeron en esta sección del jardín, siendo los departamentos de nutrición y otorrinolaringología los primero de ellos.³¹ Esta zona correspondía a uno de los módulos de consulta externa conformado por cinco consultorios, una sala de espera y dos núcleos sanitarios localizados a los extremos de la zona. El ubicar dos núcleos sanitarios en este módulo de consulta, pero sobre todo el ubicarlos a los extremos de la misma debió ser con la intención de que estos no solo dieran servicio a este módulo, sino que además sirvieran, por un lado a la sección administrativa que era la zona de mayor afluencia, y por el otro lado a los módulos de consulta ubicados del lado poniente del edificio y que no contaban con un núcleo de sanitarios. Además de los espacios ya mencionados es aquí donde se ubicaba el gran vestíbulo que permitía el acceso a las áreas de jardín.

³¹ *Ibidem.*

Inmediatamente después de este vestíbulo se ubicaba la tercera zona oeste, de manera paralela a la primera zona pero de una superficie de aproximadamente la mitad de esta última. Esta tercera zona estaba constituida exclusivamente por módulos de consulta externa con sus respectivas salas de espera pero sin contar con núcleos de sanitarios, teniendo tres módulos en total; de sur a norte, el primero constaba de cinco consultorios, el segundo solo de uno y el tercero de tres consultorios. Este último módulo además contenía un pequeño departamento de vestidores para pacientes y un baño.



3.55 Maqueta virtual de la Clínica de Salubridad, elaborada por el autor en base a la reconstrucción hipotética del proyecto.

La cuarta zona norte se ubicaba inmediata al final del pasillo de la primera zona, en una sección con un desnivel inferior a la primera. Esta zona, a diferencia de las otras no se componía en su gran mayoría de una sola área sino que constaba de dos en porcentajes similares, consulta externa y servicios intermedios. El módulo de consulta externa estaba conformado por cinco consultorios, su sala de espera y dos sanitarios; a diferencia de los otros este no era un núcleo sanitario propiamente ya que solo se componía de un sanitario para hombres y otro para mujeres. Por su parte la sección de servicios intermedios pertenecía al departamento de rayos X, el cual se componía de la sala de rayos X propiamente, un cuarto oscuro, un pequeño departamento de vestidores, la oficina de rayos X y una sala de espera propia dentro del módulo. En esta zona, del lado oriente, se encontraba un segundo acceso el cual solo era utilizado para llegar a una zona junto al

departamento de rayos X que estaba destinada para cubículos de prevención, preferentemente de información y vacunación y que posteriormente y siguiendo con la función de prevención se utilizó para aplicación de vacunas para mascotas para que de este modo las enfermedades de estas no afectaran a los humanos.

La quinta zona este en planta alta era idéntica en orientación, dimensiones y circulación que la primera zona en planta baja. Esta zona presentaba una variante de áreas en la que se presentaban espacios de todas las áreas del hospital. De norte a sur, en primer lugar se encontraba un módulo de consulta externa conformado por cuatro consultorios, una gran sala de espera y un núcleo de sanitarios que además daba servicio a la siguiente sección. Posteriormente se encontraba la sección de laboratorios que se conformaba por tres laboratorios de proporciones similares así como un departamento de toma de muestras. Finalmente en la zona sur del bloque se ubicaban tres secciones, una de administración conformada por dos oficinas, otra con un módulo de consulta externa, y la última que estaba destinada a un departamento de enseñanzas, el único en toda la clínica que correspondía a esta área.

Por último, la sexta zona central de planta alta era similar en proporciones a su contraparte en planta baja solo que esta era un poco más grande. Para empezar, esta zona se encontraba conformada por una gran sala de espera y dos núcleos sanitarios ubicados de manera similar a los que hay en planta baja, posteriormente en la parte poniente de la zona se ubicaba el último módulo de consulta externa conformado por cinco consultorios, y por último en la parte sur de la zona se localizaba en extenso departamento dental, el cual se conforma por el departamento de consulta dental, un laboratorio dental y la clínica dental.

Este último módulo era quizá un ejemplo a menor escala de las funciones de la clínica, primero la consulta para identificar el problema, posteriormente los procesos de diagnóstico para corroborar la consulta y confirmar la magnitud del problema, y finalmente el tratamiento, pero no un tratamiento meramente correctivo sino más que nada preventivo para evitar que el problema se agrave.

Ampliaciones

Con el paso del tiempo, y al igual que la gran mayoría de los edificios, la clínica sufrió varias modificaciones, sin embargo estas no afectaron en gran medida los espacios ya existentes. Los cambios más significativos ocurrieron en las áreas de jardín, donde se construyeron nuevos espacios. Como ya se mencionó una de las primeras modificaciones ocurrió en la zona sur del jardín, donde se construyeron un par de departamentos, entre ellos uno de nutrición.

Otra de las zonas que se construyeron, en esa misma sección, fue la de bodega y lavandería, esta última años más tarde sería trasladada a la zona norte de jardín. En esta zona norte que forma una escuadra con la orientación este del mismo jardín se construyeron grandes departamentos correspondientes a almacenes y un área de rehabilitación, que posteriormente se convertiría en laboratorio. Finalmente, la última modificación importante fue la construcción de un departamento de oficinas de la Secretaría de Salud en parte de los terrenos del jardín sur que colinda con el edificio continuo, perteneciente también a la Secretaría de Salud.

Conclusiones

En cuanto a la composición de la Clínica de Salubridad hay dos cosas que hay que resaltar, en primer lugar la cuestión del diseño el cual es enteramente una muestra de la modernidad y que es de señalar debido principalmente a su ubicación, en la zona medular del centro histórico de Morelia y que rompe totalmente con la tipología arquitectónica de la zona, en un lugar en donde los constructores locales respetaban demasiado el contexto llegando a caer en ocasiones a la imitación más que a la integración, por lo mismo es probable que el diseño de la clínica proviniera de un modelo tipológico de instituciones de salud del centro del país o bien se haya adecuado uno de dichos modelos a las características necesarias para la construcción de uno propio en Morelia.

Por otro lado, el segundo aspecto a resaltar es la función de la clínica en el sistema de salud de la ciudad, un centro propiamente de diagnóstica más que de tratamiento lo que lo

diferencia de los hospitales o sanatorios de la ciudad, en el que resalta la idea de consulta externa como medida preventiva y primer contacto del paciente con respecto a su enfermedad y la manera de atenderla; ya que a pesar de que los hospitales o sanatorios de la ciudad contaban con este servicio no correspondía una función principal de dichas instituciones, ya que esta era la hospitalización y el tratamiento directo de la enfermedad, por lo que el servicio de consulta externa de la clínica y la Clínica de Salubridad misma vinieron a complementar los servicios de salud en la ciudad y en este caso en particular del Hospital Civil de Morelia, edificio contemporáneo a la Clínica.

Hospital Psiquiátrico (1958)

Antecedentes y ubicación

El Hospital Psiquiátrico o como se llamó originalmente, Granja para Enfermos Mentales Dr. José Torres, fue un proyecto de gran interés y relevancia para la ciudad en su momento. Cerca de su fecha de inauguración, en los periódicos locales se hablaba de él y era definido como “un edificio revolucionario tanto por su arquitectura como por su funcionamiento”,³² llegándolo a comparar con otros edificios similares en otras ciudades del país y calificándolo como superior en muchos sentidos a varios de dichos edificios como los de León y Guadalajara.³³

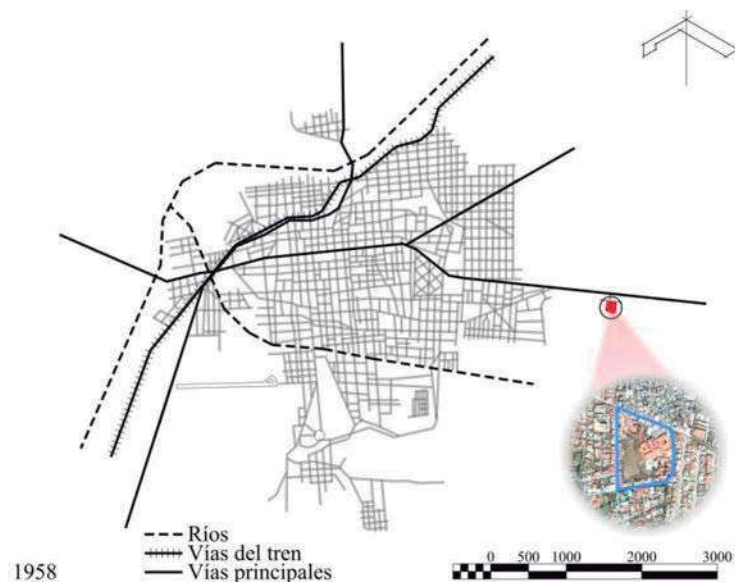
El edificio, cuyo proyecto estuvo bajo la supervisión del Ing. Calderón Robert, fue inaugurado en el año de 1958 y para su ubicación se escogió un terreno localizado en ese tiempo a las afueras de la ciudad, en el lado oriente de ésta, en una zona escasamente poblada, lo cual quizá se debió entre otras a dos razones fundamentales; la primera es que la población a la que atendía era en su mayoría del medio rural y no de la propia ciudad de Morelia, provenientes de poblaciones cercanas a la misma, esto además de que, por otras

³² José Manuel Rosales Mendoza, “Modernidad arquitectónica. Consumo, control, vigilancia, e ideologización”, en Ettinger Mc Enulty, Catherine R. y Salvador García Espinosa (coords.), *Michoacán. Arquitectura y urbanismo. Patrimonio en transformación, Morelia, Michoacán*, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura, 2008, p. 216.

³³ *Ibidem*.

razones señaladas posteriormente, el hospital estaba dirigido principalmente a la atención de este sector de la población. La segunda razón primordial es referente al carácter del proyecto definido en su nombre, el hospital fue además una granja en toda extensión de la palabra y con todo lo necesario para funcionar como tal, y es por esto que para cumplir con dicha función era necesario contar con ciertas características, entre ellas y principalmente con un extenso terreno que permitiera la realización cómoda y correcta de las actividades propias de una granja y que no se podía tener en un terreno en el centro de la ciudad.

Otra causa de la ubicación del hospital a las afueras de la ciudad pudo deberse quizá a un factor de mentalidad social en la que ésta aísla lo que la perturba o atenta contra su estabilidad, tal como se menciona José Manuel Rosales; “el hospital psiquiátrico es un edificio que juega un doble papel: primero como protector y reivindicador de los valores de la sociedad moderna, y en segundo lugar para proteger a la sociedad de aquello que la perturba a través de la segregación”³⁴



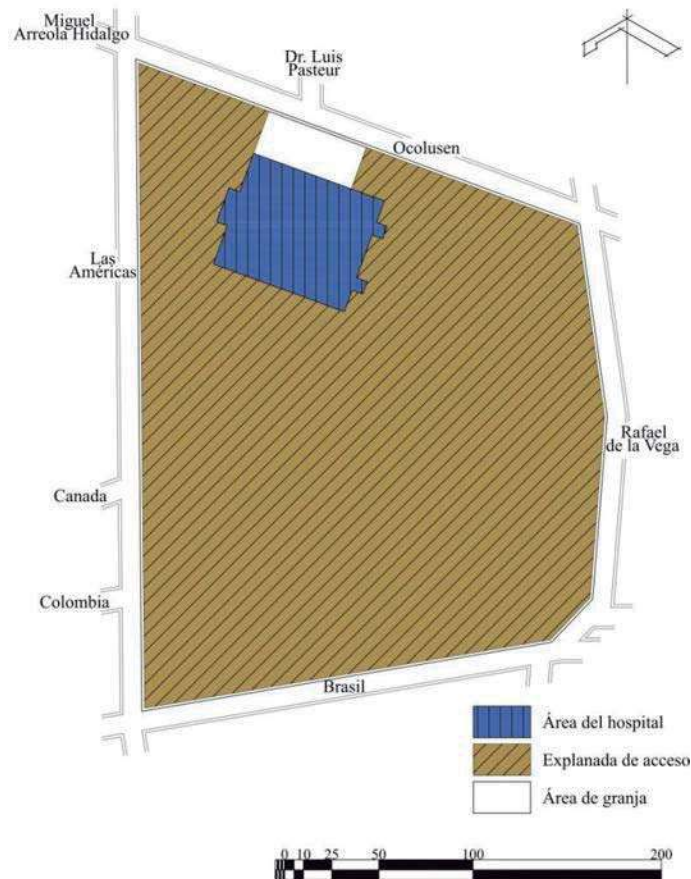
3.56 Croquis de localización del Hospital Psiquiátrico. Ubicación en un mapa de la ciudad de 1958 y vista aérea actual del hospital y los edificios construidos en el terreno que ocupaba la granja del hospital.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.
Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

³⁴ *Ibidem*, p. 217.

Diseño general

El terreno abarcaba una superficie de poco más de 66,000 m², de los cuales 4 806 m² correspondían al edificio propio del hospital, 1,300m² a la explanada de acceso y el resto a la superficie destinada a las labores de la granja. La premisa de la Granja era no solo brindar tratamiento a sus pacientes sino como parte del mismo no desligar a éste de sus actividades cotidianas y de su estilo de vida, y así permitirle seguir siendo un miembro activo de la sociedad en cuando se reintegre a esta, como se mencionaba en los periódicos locales de la época; “la Granja para Enfermos Mentales de Morelia, será el hospital que permita transformar al hombre en un ser útil y un factor de armonía social”.³⁵



3.57 Distribución general de la Granja para Enfermos Mentales, proyecto original del Hospital Psiquiátrico. Escala 1:4000.
Plano elaborado por el autor.

³⁵ José Manuel Rosales Mendoza, *Medios Impresos...op.cit.*, p. 126.

La Granja para Enfermos Mentales, como parte del tratamiento del paciente y del funcionamiento de la misma, promovía una serie de actividades y trabajos entre los que destacaban las labores propias de la granja como lo eran la crianza de animales como cerdos y vacas y el cultivo de maíz, frijol y calabaza, que eran utilizados para el consumo propio de los pacientes, del personal y el producto excedente era repartido entre la población que lo necesitara como parte de una labor social.³⁶

Como ya se mencionó la mayoría de la población que era atendida en la Granja pertenecía al medio rural por lo que las actividades que se realizaban en el hospital eran las propias de una granja, actividades realizadas por gran parte de la población rural, del medio del que provenían y que les permitían no perder contacto con su medio y estilo de vida. Además de las labores de cultivo y crianza de animales se tenían otro tipo de actividades ya que la Granja contaba además con una panadería, un molino para hacer tortillas, y talleres de costura para las mujeres y carpintería para los hombres.³⁷

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	2 715.00 m ²	56.5 %
Áreas abiertas	2 091.00 m ²	43.5 %
Superficie del terreno	4 806.00 m ²	100.0 %

3.58 Tabla de superficies del Hospital Psiquiátrico.
Tabla elaborada por el autor.

Dejando de lado un poco a la sección de la granja que comprendía un extenso terreno para la realización de las labores propias de ella y enfocándose un poco más a lo que es propiamente el edificio del Hospital, como ya se mencionó este constaba de una superficie total de 4,806 m² de los cuales poco más de la mitad estaría destinada a la superficie construida mientras que el resto correspondía a dos grandes áreas de jardín al interior del hospital utilizadas para el esparcimiento y relajación de los pacientes hospitalizados.

³⁶ Gran parte de los datos sobre las actividades y el desarrollo cotidiano de la granja y el hospital así como del tratamiento y la vida de los pacientes dentro del mismo fueron proporcionados por la Sra. Julia Ramírez Soriano, enfermera del Hospital Psiquiátrico y conocedora de la historia de este, mediante una entrevista, Morelia, Michoacán, 07 de mayo de 2009.

³⁷ *Ibidem.*

El edificio de una sola planta enfatizaba la horizontalidad del inmueble en su fachada carente de ornato, horizontalidad mostrada a pesar de que el volumen en total muestra un claro desnivel desde su acceso y hacia su parte posterior. Los materiales eran los propios de la época y de la modernidad a la que representa con muros de tabique con acabados finos y colores sobrios así como losas de concreto reforzado.



3.59 Fotografía actual de la fachada principal del Hospital Psiquiátrico, en la cual se observa el segundo piso correspondiente al área administrativa que no formó parte del proyecto original.

Fotografía: Eder García Sánchez.

Distribución general

Primeramente el hospital se encontraba dividido en dos secciones, al norte la de mujeres y al sur de la hombres, teniendo los dormitorios en los costados oriente de cada sección y una serie de servicios comunes y otros independientes entre ambas secciones. Continuando con las costumbres hospitalarias las secciones de hombres y mujeres se encontraban divididas e incomunicadas, al igual que en el ejemplo de Hospital General algunos servicios se encontraban en la sección media de ambas secciones pero no permitían algún tipo de interacción entre ellas.



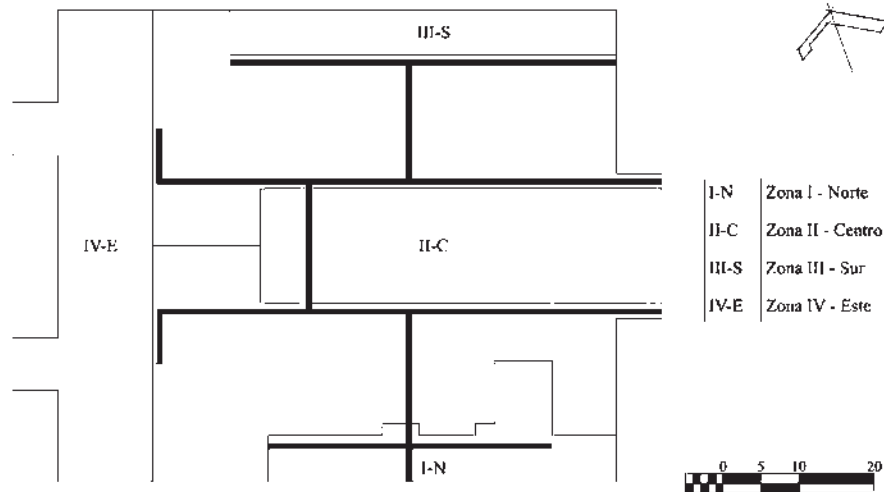
3.60 Fotografía actual del área jardinada de la sección de mujeres del Hospital Psiquiátrico.
Fotografía: Eder García Sánchez.

Sin embargo, el contacto entre ambos grupos de pacientes no era nulo ya que como parte de la terapia de rehabilitación y de esa característica de no perder las costumbres sociales cotidianas algunos pacientes de las secciones de hombres y mujeres podían tener contacto en ciertas actividades y específicamente con la previa autorización del médico correspondiente sobre los pacientes que podían participar en ellas.³⁸

En el caso de las actividades de la granja éstas se realizaban en el área destinada a ellas, pero además había otro tipo de actividades de convivencia social que se hacían en el edificio del hospital para las cuales se destinaban algunos espacios en la sección de hombres para tal efecto, esto debido a que, en primer lugar en la sección de hombres se construyeron espacios adicionales entre los que se encontraba una sala que se ocupaba para la realización de varias de estas actividades mixtas, generalmente los días viernes, y en segundo lugar debido a que por lo general el número de pacientes mujeres era menor al de hombres y era más fácil trasladarlas a la sección de hombres que a la inversa;³⁹ en promedio la ocupación de pacientes mujeres era del 60% en relación a la capacidad total de la sección mientras que la ocupación de pacientes hombres era casi total.

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem.*



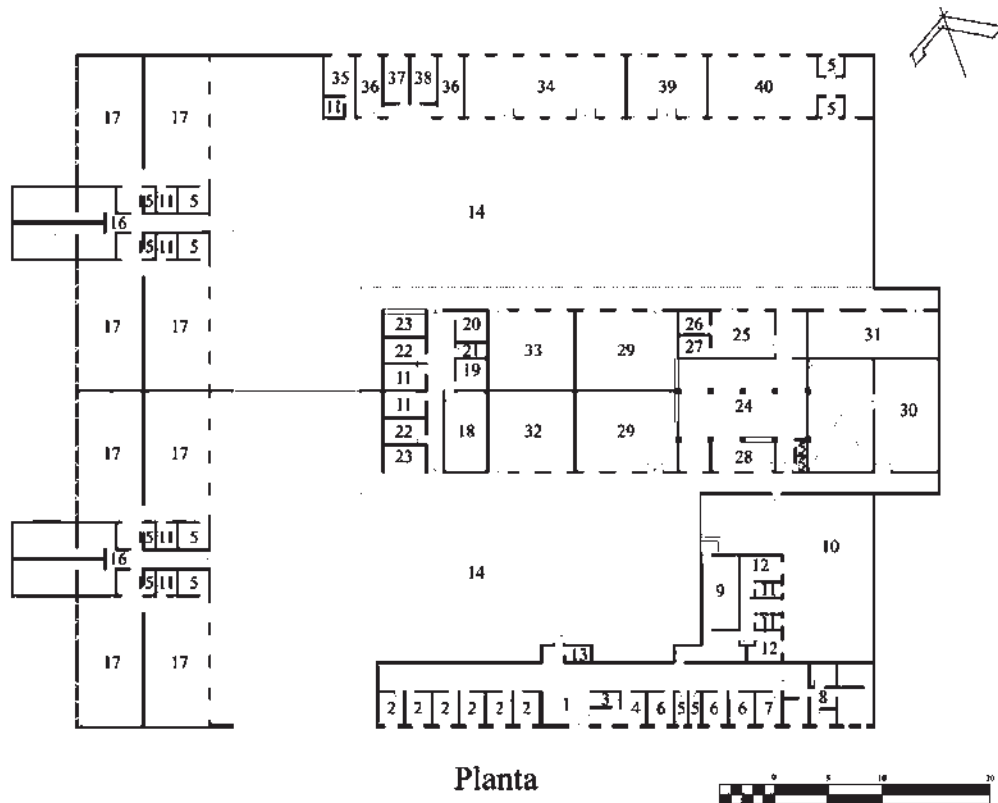
3.61 Croquis de circulaciones principales del Hospital Psiquiátrico. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

A diferencia del resto de la mayoría de los edificios analizados en el presente trabajo a los cuales se les ha relacionado su forma general en planta con una letra para su fácil comprensión, en el caso del Hospital Psiquiátrico no se tiene una forma tan definida, sin embargo, si se le ha de relacionar con la forma de una letra se podría decir que la forma general del edificio se asemeja un poco a una letra “G” un tanto entrecortada, formada por tres bloques rectangulares, horizontales y paralelos entres sí, un cuarto bloque al costados y perpendicular a estos, y una extensión del bloque inferior y perpendicular al mismo que completa la forma de la letra.

Por otro lado a pesar de que como ya se mencionó la circulación se hace principalmente a través de los jardines se pueden marcar unos pasillos alrededor de los jardines y siguiendo las formas de los bloques así como una circulación principal lineal a través de los jardines que comunica dichos bloques.

Distribución arquitectónica del Hospital Psiquiátrico.

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Vestíbulo. | 21. Almacén de enfermería. |
| 2. Consultorio. | 22. CEYE (Centro de esterilización y equipos). |
| 3. Caja. | 23. Tienda. |
| 4. Archivo clínico. | 24. Cocina. |
| 5. Sanitarios. | 25. Alacena. |
| 6. Oficina administrativa. | 26. Refrigerador. |
| 7. Odontología. | 27. Congelador. |
| 8. Laboratorio. | 28. Comedor para empleados. |
| 9. Sala de espera visitas. | 29. Comedor para pacientes. |
| 10. Patio de visitas. | 30. Lavandería. |
| 11. Baños. | 31. Taller de carpintería. |
| 12. Residencia médica. | 32. Taller de costura. |
| 13. Control. | 33. Taller de pirograbado. |
| 14. Jardín. | 34. Sala audio-visual. |
| 15. Aseo. | 35. Intendencia. |
| 16. Central de enfermeras. | 36. Rehabilitación. |
| 17. Dormitorios. | 37. Farmacia. |
| 18. Enfermería. | 38. Almacén de farmacia. |
| 19. Jefatura de enfermería. | 39. Mantenimiento. |
| 20. Coordinación de enseñanza. | 40. Almacén general. |



3.62 Plano de distribución arquitectónica del Hospital Psiquiátrico. Escala 1:700.

Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.⁴⁰

⁴⁰ Gran parte de los datos que ayudaron a realizar la reconstrucción hipotética de este edificio fueron proporcionados por la Sra. Julia Ramírez Soriano, enfermera del Hospital Psiquiátrico y conocedora de la historia de este, y por el Sr. Juan de Dios Fuentes Torres, jefe de mantenimiento del hospital.

Distribución por áreas

La distribución del edificio se asemejaba a una planta claustral de dos patios definidos por los dos jardines de las secciones de hospitalización ya que, con excepción de la zona de consulta externa y administración, el resto de las comunicaciones entre los diversos espacios se realizaba alrededor de estos jardines careciendo de pasillos, a excepción del ya mencionado en consulta externa y el pasillo ubicado en la sección de enfermería que servía para comunicar ambas secciones de hospitalización. El edificio se podría dividir en dos secciones, la pública y la privada. La pública corresponde a la primera zona de acceso en el que se ubicarían las secciones de consulta externa, administración y laboratorio, a pesar de ser una sección pública el acceso a esta tenía cierto control en lo que podría considerarse el primer filtro del hospital, en el que solo se checa quién ingresaba al edificio y que quien lo hiciera tuviera un motivo importante para hacerlo, ya sea empleados del hospital, pacientes de consulta, familiares de pacientes hospitalizados con carácter de visita, y asuntos particulares con previa autorización.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	62.00 m ²	2.3 %
Hospitalización	860.00 m ²	31.7 %
Servicios intermedios	391.00 m ²	14.40 %
Servicios generales	702.00 m ²	25.9 %
Administración	102.00 m ²	3.8 %
Enseñanza	0.00 m ²	0.0 %
Residencia	41.00 m ²	1.5 %
Circulación	557.00 m ²	20.5 %
Construcción total	2 715.00 m ²	100.0 %

3.63 Tabla de áreas del Hospital Psiquiátrico.
Tabla elaborada por el autor.

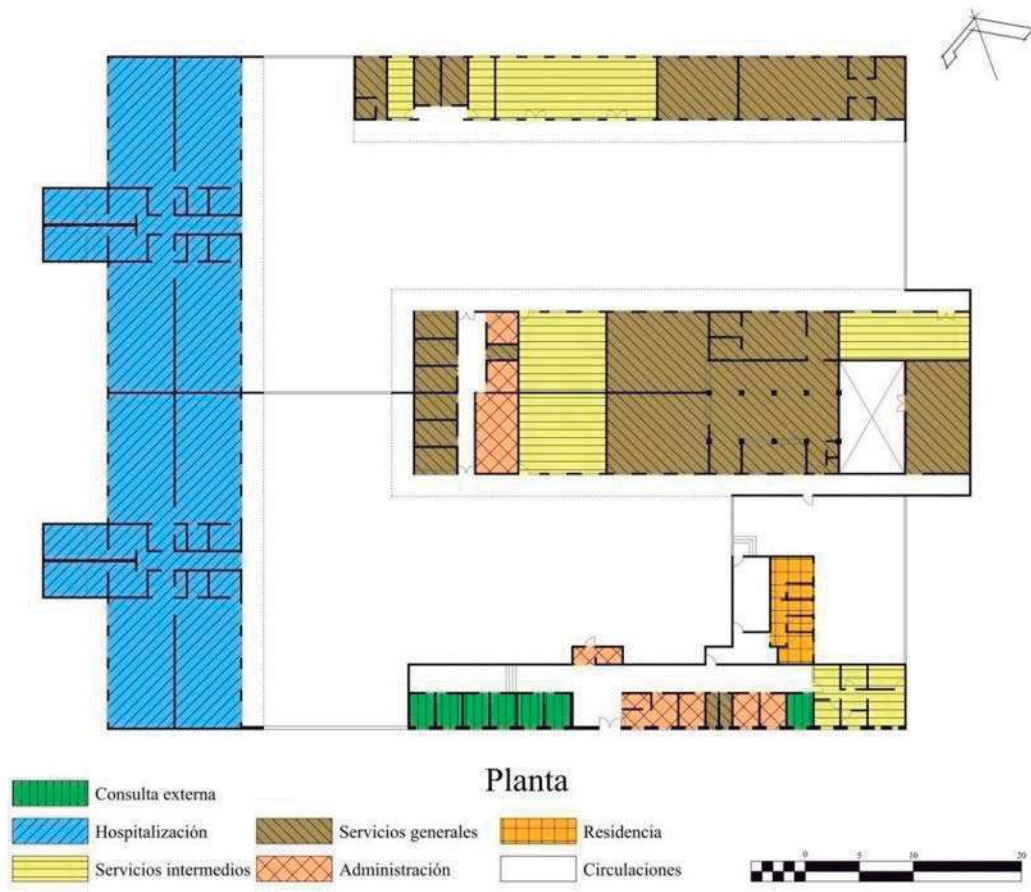
La sección privada correspondería al área de hospitalización y las zonas de servicio contenidas en esta sección, era una zona de alto control a la que solo se le permitía el acceso a pacientes hospitalizados y personal calificado. Finalmente otra zona privada sería la granja a la que, al igual que en la otra sección solo se le permitía el acceso a pacientes hospitalizados y personal calificado, con la diferencia de que únicamente podían participar

los pacientes que el médico autorizara y considerara pertinente su participación en las actividades de granja, como parte de su proceso de recuperación.⁴¹

En cuanto a las áreas del hospital la primera que hay que resaltar es la se consulta externa la cual representaba poco más del 2% de la superficie total construida, esto se debió a que en un principio fue una sección poco utilizada, se contaba con el servicio pero no de uso cotidiano ya que los pacientes por lo general no se presentaban a consulta externa sino que preferentemente eran hospitalizados; a pesar de esto el hospital contaba con un número suficiente de consultorios para satisfacer su demanda. Otra de las áreas a resaltar es la de circulaciones, que representaba una superficie menor a la promedio, esto debido a que equivalía al porcentaje de circulaciones en la superficie construida y como ya se mencionó la circulación primordialmente se realizaba a través de las áreas abiertas; sin embargo, considerando esto, la superficie de área de circulación debería haber sido aún menor pero esta aumentaba al tomar en cuenta los pasillos del jardín que se encontraban techados y que representaba el 63% del total del área de circulaciones en la superficie construida.

Finalmente hay dos secciones que hay que resaltar, en primer lugar la carencia de una sección de enseñanza, a pesar de tener un departamento de coordinación de enseñanza en el áreas de enfermería no se contaba con espacios propios para la enseñanza médica, es probable que esta se realizara directamente en la práctica mediante la atención y convivencia con el paciente y con los doctores y enfermeras de mayor experiencia. En segundo lugar se tenía la sección de servicios intermedios. Esta sección que correspondía a los espacios destinados al tratamiento del paciente, ya fuera directamente con espacios que trataran propiamente la enfermedad del paciente o indirectamente con espacios que ayudaran a diagnosticarla y entenderla; sin embargo en el hospital solo existían dos zonas que cumplían con estos requisitos, la primera correspondiente a la zona de laboratorios y la segunda que correspondía a dos departamentos de rehabilitación.

⁴¹ Datos proporcionados por la Sra. Julia Ramírez Soriano, enfermera del Hospital Psiquiátrico y conocedora de la historia de este, mediante una entrevista, Morelia, Michoacán, 07 de mayo de 2009.

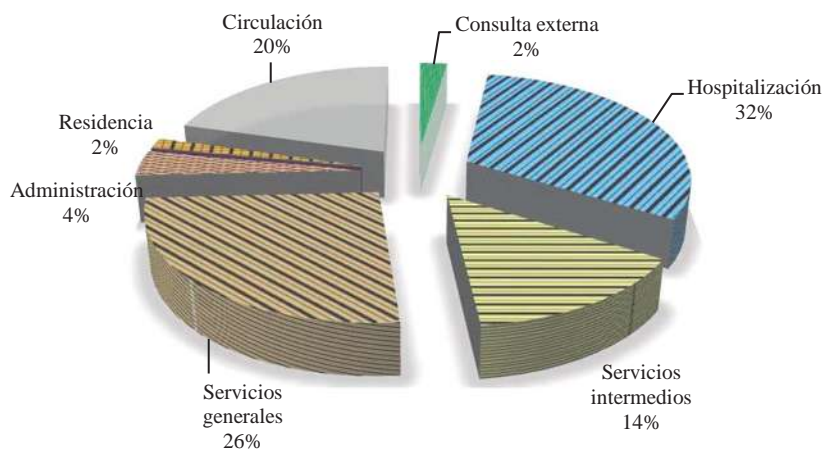


3. 64 Plano de distribución de áreas del Hospital Psiquiátrico. Escala 1:700.
Plano elaborado por el autor.

Debido a las características del hospital y a la forma en que se abordaba y trataba al paciente mediante otro tipo de procesos que correspondían más a la reintegración del paciente al medio y la vida social que a tratamientos terapéuticos y médicos, que también formaban parte del proceso de intervención con el paciente; se han considerado como espacios de servicios intermedios, además de los ya mencionados, a aquellos que se utilizaban para realizar estas labores y actividades de integración social con el paciente, los cuales correspondían a los talleres, de costura, pirograbado⁴² y carpintería, y la sala audiovisual que además era utilizada ocasionalmente para otro tipo de actividades.

⁴² El pirograbado es una técnica de dibujo en la que se utiliza un instrumento llamado pirograbador, el cual a base de electricidad genera suficiente calor en la punta para quemar (dibujar) sobre una superficie ya sea de papel, cartón o madera. Así mismo utilizando pirograbadores con diferentes cabezas o puntas se pueden lograr diferentes grosores de trazos y diversas tonalidades que van desde el marrón claro hasta el negro.

Cabe mencionar que solo se han considerado los espacios explícitos para estas actividades ya que, por ejemplo, la cocina se utilizaba además como panadería y molino, otro tipo de talleres para los pacientes;⁴³ sin embargo, esta se ha considerado dentro de la sección de servicios intermedios ya que era un servicio primordial del hospital. Así mismo se podría mencionar la zona de comedores donde también participaban en su atención algunos pacientes, o la granja que contemplaba una parte fundamental del proceso de rehabilitación pero que tampoco se ha contemplado en esta sección ya que solo corresponde a las áreas propias del edificio del hospital como ya se mencionó en un principio.



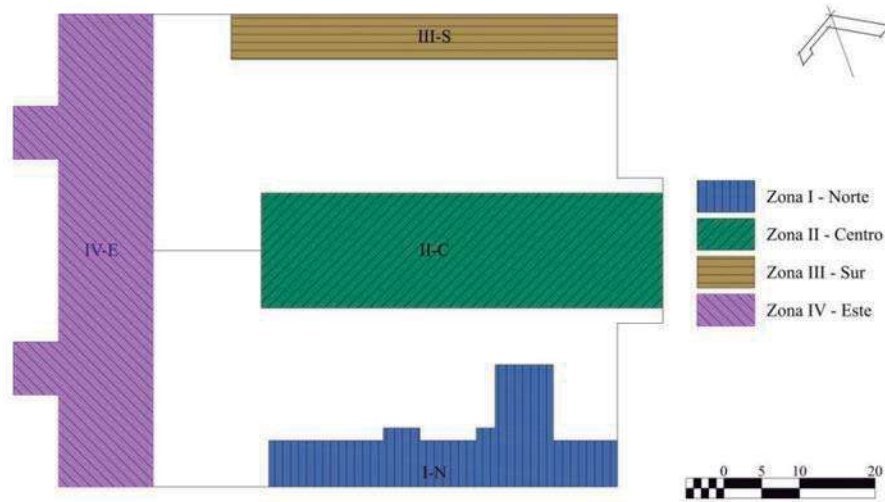
3.65 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Hospital Psiquiátrico.
Gráfica elaborada por el autor.

Análisis de departamentos y zonas

El hospital se dividía en cuatro zonas generales. La primera zona ubicada al norte del edificio es la que correspondía a la zona de acceso, la sección pública del edificio inmediata a la explanada de acceso y que comprendía cinco áreas principalmente, consulta externa, administración, laboratorios, residencia médica y la sección de visitas. El acceso principal del edificio se ubicaba casi al centro de la zona, a partir de esta se desarrollaba un pasillo perpendicular al acceso, en ambos sentidos de este y siguiendo la forma principal de la zona. A partir de este pasillo se localizaban una serie de departamentos agrupados por módulos y solo hacia un costado del pasillo. Hacia la izquierda del acceso se ubicaba el

⁴³ Datos proporcionados por la Sra. Julia Ramírez Soriano, enfermera del Hospital Psiquiátrico y conocedora de la historia de este, mediante una entrevista, Morelia, Michoacán, 07 de mayo de 2009.

área de consulta externa, la cual estaba conformada por seis consultorios de iguales dimensiones y con un considerable desnivel después del segundo consultorio.



3.66 Croquis de distribución por zonas del Hospital Psiquiátrico. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

A la derecha del acceso se encontraba el área de administración en la que primeramente se ubicaba la caja y el archivo clínico, un núcleo sanitario y tres oficinas administrativas; al final del pasillo se encontraba el área de laboratorios comprendida por un departamento de control, un baño y un grupo de departamentos. Entre estas dos áreas, la de laboratorios y administración, se encontraba un consultorio de odontología para la atención de los pacientes del hospital; este espacio está contemplado dentro del área de consulta externa a pesar de no estar concentrado en la zona de consultorios, ya que no correspondía a un servicio exclusivo de los pacientes de hospitalización al encontrarse en la sección pública, aunque también podría ser considerado como parte del área de servicios intermedios.

Frente al núcleo sanitario del área administrativa se encontraba un acceso a las otras dos áreas correspondientes a esta zona, al pasar el acceso principal se ubicaba un pequeño departamento de control y vestíbulo a partir del cual, por un lado se tenía acceso al área de residencia médica la cual estaba conformada por dos dormitorios y dos baños, mientras que por el otro lado se podía ingresar a una sala de espera que formaba la antesala a un extenso patio de visitas con otro acceso del lado opuesto desde donde los pacientes podían ingresar

desde el área de hospitalización para convivir con sus familiares en un ambiente controlado, siempre y cuando la indicación médica así lo permita.



3.67 Fachada del Hospital Psiquiátrico. Maqueta virtual elaborada por el autor.

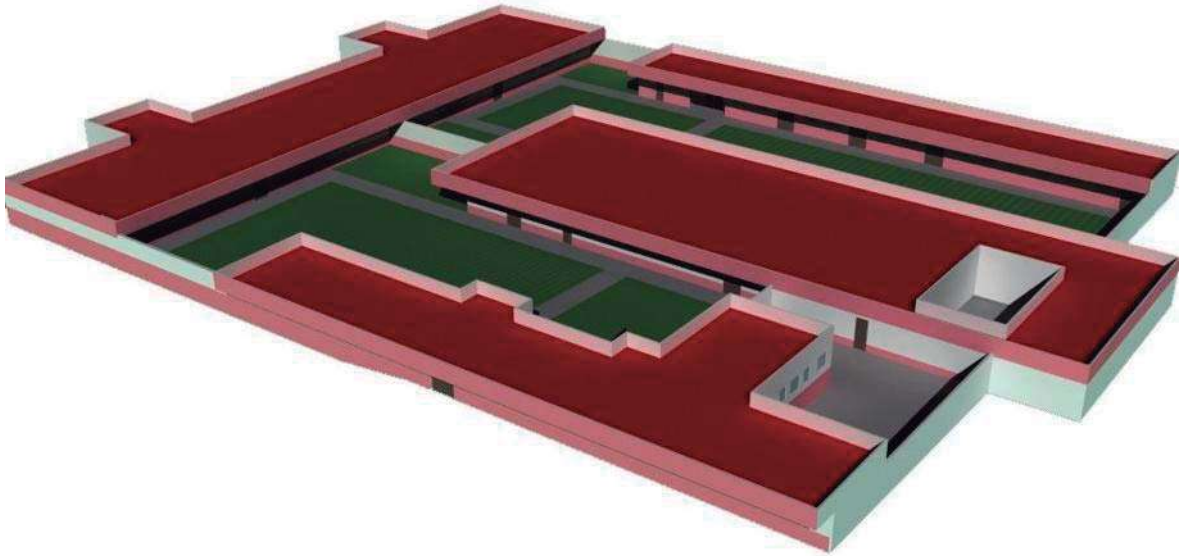
Siguiendo con la línea del acceso principal y frente a este se encontraba otro departamento de control que dividía la sección pública de la privada. Al cruzar por esta zona de control se encontraba con el jardín del área de hospitalización para mujeres, al bajar por la pendiente del terreno y al final del jardín se localizaba el acceso a la sección de enfermería la cual contenía un pequeño pasillo al final del cual se tenía acceso al jardín del área de hospitalización para hombres. En ambas secciones de hospitalización del costado oriente se ubicaban las respectivas áreas de dormitorios que en conjunto formaban el cuarto bloque del edificio. Ambas áreas de dormitorios eran idénticas tanto en la sección de hombres como en la de mujeres, contaban con un único acceso ubicado al centro de cada área la cual contenía una sección de servicios comunitarios.

Frente al acceso de los dormitorios y en un área central de los mismos se encontraba la central de enfermeras en la que se tenía todo lo necesario para el cuidado de los pacientes incluyendo dos departamentos por cada central de enfermeras en los que se podía aislar temporalmente a un paciente ya sea para proporcionar algún tratamiento, para mantenerlo en observación o simplemente por alguna condición que le impidiera convivir con el resto de los pacientes; ya que los tratamientos generales de un paciente normal, suministro de medicamentos, baños fríos o choques insulínicos, se realizaban en las camas de los dormitorios.⁴⁴

A partir de esta zona central de acceso, cada área de dormitorios se dividía en dos partes idénticas, a la izquierda y a la derecha del acceso, cada una de estas partes a su vez se subdividía en dos secciones longitudinales de camas con una capacidad de 13 camas por

⁴⁴ *Ibidem.*

zonas, ubicando siete de un lado de la habitación y seis del otro, para tener una capacidad total de cincuenta y dos camas por área de dormitorios y un total general de 104 camas en todo el hospital. Finalmente en cada una de estas dos subdivisiones de cada área de dormitorios se ubicaba un pequeño núcleo de tres departamentos destinados a sanitarios uno, baños el segundo y aseo el tercero, dando servicio a veintiséis camas cada núcleo para tener un total de cuatro núcleos en todos los dormitorios del hospital.



3.68 Maqueta virtual del Hospital Psiquiátrico, elaborada por el autor en base a la reconstrucción hipotética del proyecto.

Respecto a lo previamente mencionado en cuanto a la capacidad y ocupación de los dormitorios para mujeres, hay que mencionar que estos pocas veces rebasaban la mitad de su ocupación así que generalmente una de las secciones del dormitorio de mujeres permanecía vacía por lo que con el tiempo fue acondicionada para la realización de actividades eventuales; principalmente utilizándose para officiar misa para los pacientes que desearan asistir, la cual se realizaba los días jueves en los que se llevaba un sacerdote al hospital para que officiara la misa y la habitación era acondicionada con sillas y un altar improvisado.⁴⁵

⁴⁵ *Ibidem.*

La segunda zona es la que se ubicaba en el centro del edificio dividiendo ambas secciones de hospitalización y conteniendo varios servicios comunes tanto generales como intermedios. En primer lugar estaba la sección de enfermería que funcionaba como puente de comunicación directa entre ambas secciones de hospitalización. Dentro de esta zona se encontraban los departamentos de enfermería, jefatura de enfermería y la coordinación de enseñanza, así como un pequeño almacén, dos baños y dos módulos de CEYE, uno para cada sección y ubicados próximos a las salidas de cada sección. Agrupada con esta zona de enfermería pero sin ser parte de esta se encontraban las tiendas del hospital, una para cada sección. El propósito de estas tiendas era, como con el resto de las actividades desarrolladas en el hospital, el hacer sentir al paciente que formaba parte de la sociedad de la que se encontraba aislado así como de las actividades que en ella se desarrollaban, además de ser un premio y motivación para su pronta recuperación.

Al participar los pacientes en las diversas actividades y labores del hospital se les entregaban unos vales o puntos por su participación y un trabajo bien realizado, los cuales acumulaba para posteriormente cambiarlos en las tiendas por los productos de su preferencia en el momento en que estas se abrían para tal propósito, ya que no permanecían abiertas durante lapsos prolongados de tiempo sino en momentos y días específicos de los que previamente eran avisados los pacientes. Los vales no solo se entregaban a los pacientes al participar en las labores y actividades del hospital, sino que también se le podían entregar si cumplía con los procesos de su tratamiento, si atendía a las indicaciones médicas, si participaba en las terapias de rehabilitación, si mantenía un buen comportamiento durante su estancia en el hospital o si era responsable no solo en su cuidado médico sino también en su cuidado personal. Si cumplía con estos requisitos era acreedor a puntos para canjearlos en la tienda y eso era otra parte de la rehabilitación que daba al paciente la conciencia de responsabilidad en todos los sentidos, no solo responsabilidad en su cuidado y participación sino también responsabilidad directa por los vales o puntos otorgados, ya que al momento de que se les entregaban el paciente, este se hacía responsable de ellos, de conservarlos hasta el momento de la apertura de la tienda ya que en caso de pérdida no podían ser repuestos.⁴⁶

⁴⁶ *Ibidem.*

Posteriormente se encontraban un par de talleres, uno para cada sección, en la de mujeres encontrándose el taller de costura y un taller de pirograbado en la de hombres. Al final de esta zona, en la sección de hombres se encontraba otro taller destinado a las actividades de carpintería. Así como en el resto de las actividades, a los talleres podía acudir cualquier paciente siempre y cuando los médicos lo permitieran y lo consideraran pertinente ya que debido a las actividades y al equipo que se utilizaba era necesario que el paciente estuviera en condiciones de utilizar tal equipo o herramienta sin representar un peligro para sí mismo y para el resto de los pacientes y el personal; así mismo este último debía estar supervisando exhaustivamente el trabajo de los pacientes.⁴⁷

A continuación se encontraban las áreas de servicio de alimentos, que constaba de una extensa cocina para la preparación de los alimentos tanto de los pacientes como del personal para lo cual se disponía de tres comedores, uno para personal el cual tenía su acceso del lado de la sección de mujeres y un comedor más para cada sección ubicados entre la cocina y los talleres. La cocina era bastante amplia ocupando aproximadamente el equivalente a la superficie de los dos comedores para pacientes, en ella se encontraba una amplia alacena con dos departamentos para refrigerador y congelador, así mismo se contaba con una panadería y un molino para tortillas que además de funcionar como espacios de servicio para el hospital tenían la doble función de talleres donde participaban los pacientes en la preparación de los alimentos, servicio en los comedores o proporcionando lo necesario para la preparación de los alimentos con los productos obtenidos de los trabajos de la granja.⁴⁸

Finalmente en el extremo poniente de esta zona y como contraparte del taller de carpintería pero de una superficie mucho mayor que este se encontraba el área de lavandería que tenía su acceso desde la sección de mujeres y que estaba compuesto por dos espacios de superficies similares, por una parte la habitación de lavandería donde se encontraban todas las máquinas y junto a este un patio de servicio para tender la ropa. Hay que aclarar que

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ *Ibidem.*

este era el único espacio de servicio del hospital que estaba restringido para la participación de los pacientes.⁴⁹

Por último se encontraba la tercera zona ubicada al sur del edificio descendiendo por la pendiente de la sección de hombres. Esta zona pertenecía a otra sección mixta de servicios, tanto generales como intermedios, con la diferencia con respecto a la zona anterior de que los servicios generales no correspondían a servicios para los pacientes sino a los servicios de mantenimiento del hospital. Esta zona constaba de tres departamentos de diferentes proporciones correspondientes a áreas de mantenimiento, en el costado oriente de la zona se encontraba el departamento más pequeño que correspondía a la sección de intendencia, el cual constaba además de un baño propio, por otro lado un taller de mantenimiento, y por último, en el costado poniente de la zona, el mayor de estos departamentos correspondiente al almacén general del hospital que constaba de una sección de acceso a manera de oficina o control, dos espacios de sanitarios y un extenso espacio de almacenamiento. Continuo al departamento de intendencia se encontraba un grupo de cuatro departamentos de los cuales dos correspondían a cubículos de rehabilitación y los otros dos a la farmacia del hospital, siendo uno de ellos para la atención y despacho de medicamentos mientras que el otro correspondía al almacén de la farmacia.

Finalmente se encontraba el último departamento de gran superficie y que correspondía a la sala audio-visual, la cual era utilizada como un pequeño cine, se oscurecía la sala bloqueando las ventanas, se les proporcionaban alimentos propios del cine a los pacientes como lo son bebidas, palomitas o algún otro tipo de botanas, y se proyectaban películas apropiadas a su condición, preferentemente películas que no tuvieran escenas violentas o que los exaltaran y que de ser posible tuvieran algún mensaje positivo y los hicieran reír, por lo que como lo expresa el personal del hospital, las películas de Cantinflas eran las más utilizadas.⁵⁰ Así mismo ocasionalmente esta sala podía ser adecuada para realizar otro tipo de actividades de convivencia y esparcimiento para los pacientes aunque su uso preferente era como pequeña sala de cine.

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ *Ibidem.*

Ampliaciones

Con el tiempo el hospital ha tenido una serie de transformaciones entre las que resaltan la inclusión de departamentos de baños en los patios de ambas secciones, la ampliación de la sección de consulta externa con la inclusión de una cámara de Gesell para la observación de los pacientes, la división del área de visitas en un patio techado y otro abierto en la misma área donde se encontraba el extenso patio de visitas, y modificaciones pequeñas de algunos espacios o el cambio de ubicación de algunos de ellos; sin embargo existen cuatro modificaciones de consideración, la primera de ellas es la construcción del segundo piso sobre una sección de la primera zona en la que se encontraría un área administrativa mucho más extensa, la segunda gran modificación es una que continúa actualmente y que es la inclusión de nuevos espacios o anexos del edificio como por ejemplo el departamento de urgencias y psiquiatría construido al costado poniente de la zona de acceso.

Las otras dos modificaciones consisten en cambios radicales en la esencia del hospital y su forma de tratar la enfermedad de los pacientes basada en la realización de labores y actividades; por un lado se tiene que la panadería y el molino desaparecieron para dejar únicamente la cocina, la desaparición además de los talleres para dar pie a otro tipo de tratamiento, el taller de carpintería cedió su lugar al archivo muerto, y los talleres de pirograbado y costura fueron sustituidos por dos espacios similares en ambas secciones, teniendo en cada una de ellas una sala de terapia y una sala de autocuidado, en donde los pacientes ingresaban para hacerse responsables de sí mismos, como el nombre lo dice, de su cuidado, aseo e higiene personal. Y por otro lado se encuentra la desaparición del área de granja, que cedió sus terrenos para la construcción de otros edificios públicos, el primero de ellos la Escuela Primaria Dr. Lucas Ortiz en la esquina sureste del terreno, le siguieron la construcción del Hospital de la Mujer en la esquina noreste, el Almacén Estatal de la Secretaría de Salud al costado oriente del hospital, y el Centro de Transfusión Sanguínea y el Laboratorio Estatal en el costado sur del hospital.

Conclusiones

Como ocurre en un hospital convencional, una de las razones principales por las que ocurrieron muchos de los cambios en el Hospital Psiquiátrico se debió a la evolución y avances en la medicina y a los nuevos procedimientos para tratar a los pacientes y sus enfermedades, mientras que originalmente el tratamiento consistía básicamente en mantener hospitalizado al paciente y mediante la realización de hábitos cotidianos recuperar su estado de salud mental, con el tiempo se ha recurrido más a terapias y medicamentos e incluso actualmente se está tratando de suprimir la hospitalización; ahora lo que se busca es que los familiares se involucren activamente en la recuperación del paciente y que este se haga más responsable de su tratamiento en lo que es llamado el hospital de día, que consiste en que el paciente vaya al hospital por su propia voluntad a las terapias y a recibir su medicamento y posteriormente vuelva a su casa y a sus labores para ya no tener que permanecer hospitalizado.⁵¹

El hospital ha perdido gran parte de su esencia, debido en gran parte a los avances médicos que conllevan a otro tipo de tratamientos más científicos que naturales, pero quizá también otra causa sea el cambio del propósito original de la institución, que en un principio trataba en su mayoría a pacientes del medio rural que urbano y para lo cual las actividades realizadas eran orientadas hacia los primeros. Ahora que el hospital se ha integrado a la mancha urbana y que sus pacientes pertenecen mayormente a este medio más que al rural sus actividades originales se vieron suprimidas, lo que llevó a la desaparición de la granja tanto física como conceptualmente.

⁵¹ *Ibidem.*

CAPÍTULO IV

EL HOSPITAL EN MORELIA. LAS INSTITUCIONES DE INICIATIVA PRIVADA

Introducción

En Morelia, en el siglo XX, las instituciones hospitalarias de iniciativa privada vieron su origen en la participación religiosa de las dos comunidades más importantes en la ciudad, la protestante y la católica, y con dos instituciones de gran relevancia a mediados del Siglo XX y que continúan hasta la fecha; por un lado el Sanatorio La Luz fundado por misioneros presbiterianos estadounidenses como parte de su labor en el estado y por el otro el Hospital de Nuestra Señora de la Salud fundado por la comunidad católica de la ciudad como respuesta a la misión realizada por la comunidad protestante y al mismo tiempo preocupación por la misma.

Estas instituciones tenían características peculiares y similares entre sí, además de brindar servicios de atención médica lo que se buscaba era atender los designios propios de la religión ofreciendo tratamiento no solo físico sino también espiritual e instruyendo a sus pacientes en los principios acordes a cada religión, recordando un poco lo que ocurría con los hospitales novohispanos pero en este caso haciendo énfasis en los procedimientos científicos contemporáneos a la época ya probados y demostrando una convivencia entre ciencia y religión como no se veía antes. Así mismo en ambos casos la fundación y construcción de los edificios se inició mediante una asociación promovida por particulares que participaron activamente en la construcción de los edificios y el desarrollo de las

instituciones, pero sobre todo basado en los donativos que las propias comunidades religiosas realizaban para llevar a cabo la realización de los proyectos.

Es de este modo como una lucha de poderes religiosos dio como resultado el surgimiento de tres instituciones de gran importancia en la vida nosocomial de la ciudad y siendo las iniciadoras de una serie de circunstancias que conllevarían al auge hospitalario que se dio durante la década de los cincuenta. Como resultado de esta tendencia de iniciativa religiosa en la vida nosocomial de la ciudad, al poco tiempo surge una tercera institución, el Sanatorio La Inmaculada, también de carácter religioso católico y que vino a completar lo que fueron los orígenes de la iniciativa privada en los servicios de salud reflejada en la comunidad religiosa.

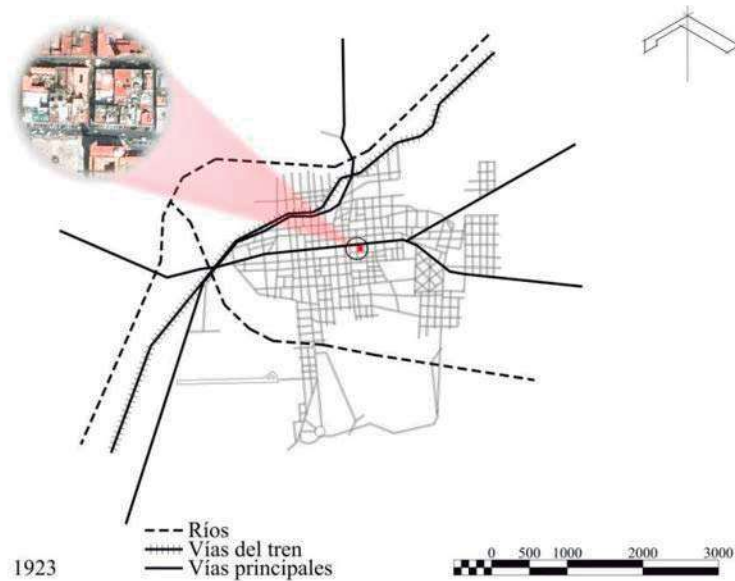
Sanatorio La Luz (1953)

Antecedentes y ubicación

El edificio del Sanatorio de la Luz tuvo su origen en la década de los cincuenta, sin embargo, su historia como institución se remonta hasta principios de la década de los veinte, cuando entonces un grupo de misioneros, dependientes de la Junta Misionera Presbiteriana del Sur, abandonaron los Estados Unidos para expandir su labor y comenzar nuevas misiones en territorio mexicano, principalmente en los estados de Guerrero, Michoacán, Morelos y el Estado de México; su misión comprendía actividades evangelizadoras, educativas y de salud.¹ Y es precisamente en este último aspecto en el que resalta la figura del Dr. Lewwllyn Jackson Coppedge, médico cirujano quien en el año de 1921 fundó el Sanatorio La Luz. Para tal efecto se formó una comisión conformada por los señores Santiago Shelby, H.L. Ross y el Dr. L.J. Coppedge, quienes compraron una casa,

¹ Rafael Díaz Rodríguez, et al, *Avanzando con experiencia. Historia del Sanatorio La Luz de Morelia, Michoacán*, documento inédito, Morelia, Michoacán, agosto 2005, p. 6.

residencia del Dr. Miguel Silva amigo personal del Dr. Coppedge, ubicada en la Calzada Fray Antonio de San Miguel, con el propósito de ahí fundar el sanatorio.²



4.01 Croquis de localización del Sanatorio La Luz de 1923.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1923 y vista aérea actual de la zona.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.
Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

De los años 1921 a 1923 el Dr. L. J. Coppedge atendió a sus pacientes en su domicilio particular mientras concluían los preparativos para poner en marcha las labores del sanatorio, y es finalmente el día 23 de mayo de 1923 cuando estos trabajos terminaron y el sanatorio abrió sus puertas oficialmente teniendo una capacidad inicial de doce camas y cuatro cunas.³

El sanatorio tuvo el resultado esperado en cuanto a la prestación de servicios de cuidado, prevención y tratamiento de la salud de la población moreliana, la demanda creció y esto se reflejó en la necesidad de una ampliación y así construir una segunda área del sanatorio que elevaría su capacidad en casi un 300% llegando así a tener 60 camas. En el aspecto religioso y de evangelización también se pudieron observar resultados los cuales se

² *Ibidem*, p. 6.

³ *Ibidem*, p. 7.

reflejaron en un aumento en el número de personas, tanto en la ciudad y como en el estado, que profesaban la religión protestante.

	Católica	Protestante	Otra	Total
1895	894 625 99.53 %	2 656 0.30 %	1 528 0.17 %	898 809
1900	930 085 99.39 %	4 576 0.49 %	1 147 0.12 %	935 808
1910	988 456 99.65 %	2 340 0.24 %	1 084 0.11 %	991 880
1930	1 024 501 97.72 %	7 349 0.70 %	16 531 1.58 %	1 048 381
1940	1 131 700 95.74 %	7 523 0.64 %	42 780 3.62 %	1 182 003
1950	1 406 764 98.88 %	9 820 0.69 %	6 133 0.43 %	1 422 717
1960	1 816 062 98.07 %	16 116 0.87 %	19 698 1.06 %	1 851 876
1970	2 275 844 97.92 %	14 982 0.64 %	33 400 1.44 %	2 324 226

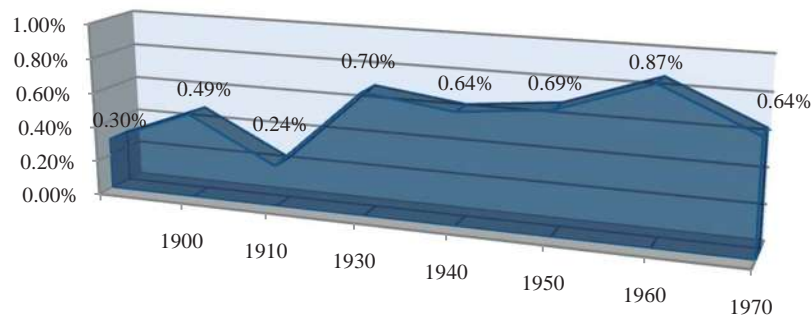
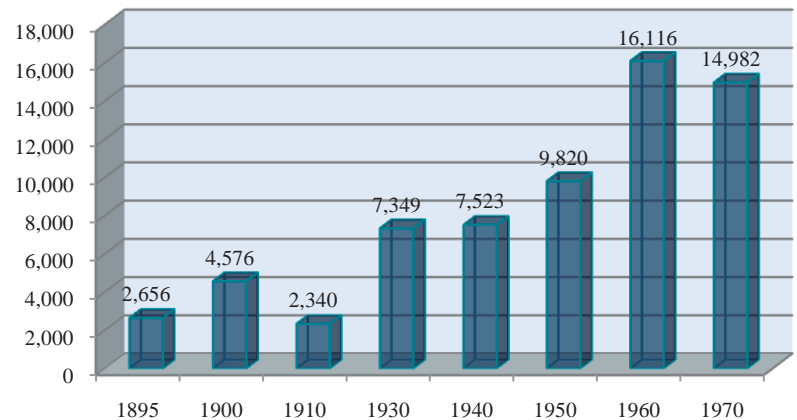
4.02 Tabla de población total y porcentajes según religión en el estado de Michoacán en el periodo de 1895-1970.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estados Unidos Mexicanos, *Cien Años de Censos de Población*, Aguascalientes, Aguascalientes, INEGI, 1996.

Quizá sea difícil determinar con certeza si la inclusión de un sanatorio fundado y administrado por miembros de la comunidad protestante y la influencia misma de estos en la sociedad michoacana de la época sea la razón del aumento en el número de seguidores de esta religión pero es evidente que las estadísticas indican dicho aumento coincidiendo con los primeros años de vida del sanatorio aumentando casi un 200% en el porcentaje de ciudadanos protestantes en el estado de Michoacán.

El aumento no es notable en el número de personas que profesaban la religión protestante, ya que este número aumentó de igual manera y de forma proporcional tanto que el número de seguidores de la religión católica como el número total de habitantes, lo interesante se observa en el porcentaje de fieles en los años posteriores a la fundación del sanatorio, donde la religión protestante gana terreno a la católica, de manera proporcional a los porcentajes previos pero observándose un cambio que no se tenía en las décadas previas a

la aparición del sanatorio. En las siguientes dos gráficas se puede apreciar lo anterior, en la primera se muestra la cantidad de habitantes que profesaban la religión protestante en la ciudad observándose un aumento considerable en la década de los treinta, el cual podría ser proporcional al aumento total de habitantes, sin embargo en la segunda gráfica se observa que el aumento es proporcional, pasando de representar del 0.24% del total de la población en la década de 1910 al 0.70% en la década de 1930, un aumento casi del 300% en el promedio de fieles protestante en la ciudad.

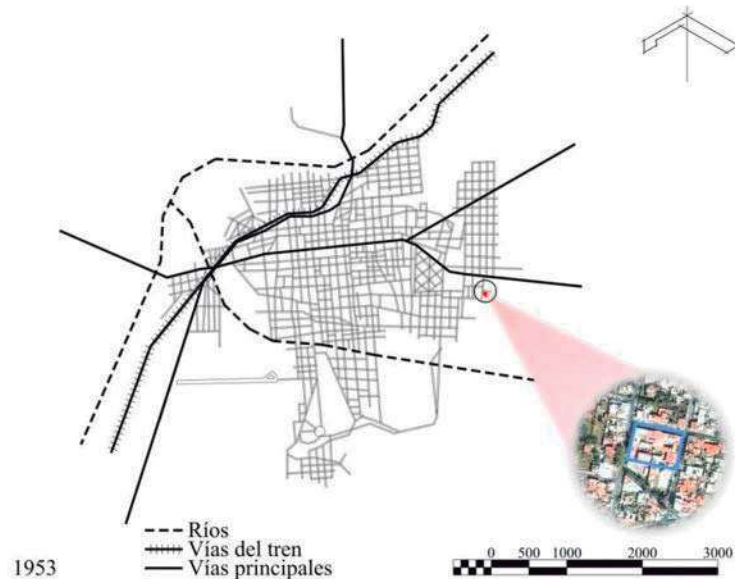


4.03 Gráficas de población total y porcentajes que profesan la religión protestante en el estado de Michoacán, en el periodo de 1895-1970.⁴

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estados Unidos Mexicanos, *Cien Años de Censos de Población*, Aguascalientes, Aguascalientes, INEGI, 1996.

⁴ Hay que aclarar que no se tiene el dato del censo de 1920, esto se debió a los problemas internos del país que impidieron que este se llevara a cabo hasta el siguiente año, en 1921, y solo se contó con los datos de población total según sexo, población urbana y rural, migración interna de la república mexicana según lugar de nacimiento y población de 10 años y más analfabeta según sexo, faltando de este modo los datos de población según religión.

El sanatorio continuó sus labores durante los siguientes treinta años hasta que en 1953 se construyó un edificio por obra de los hermanos Rodríguez Soto, que albergaría las nuevas instalaciones del sanatorio, siendo la fecha oficial de inauguración el 21 de septiembre de dicho año y localizando el edificio en la calle Gral. Nicolás Bravo, delimitado por las calles Gral. Manuel de la Peña y Peña al oriente y Juan Escutia al poniente, en la colonia Chapultepec Norte.



4.04 Croquis de localización del Sanatorio la Luz a partir de 1953.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1953 y vista aérea actual.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Diseño general

El terreno contó con una superficie de cerca de 4 400 m² de los cuales se tenía un poco más de 2,000 m² de superficie de construcción, esto equivalía al 47% de la superficie total del terreno lo que dejaba ver un equilibrio entre la superficie construida y las áreas abiertas, las cuales estaban constituidas por un enorme patio interior, otro también interior de proporción mucho menor y dos jardines exteriores, uno al oriente del edificio y otro más de lado norte del mismo a lo largo de toda la fachada principal.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	2 072.00 m ²	47.1 %
Áreas abiertas	2 326.00 m ²	52.9 %
Superficie del terreno	4 398.00 m ²	100.0 %

4.05 Tabla de superficies del Sanatorio La Luz.
Tabla elaborada por el autor.

Es precisamente el jardín longitudinal ubicado a lo largo de toda la fachada principal del edificio una de las características del mismo, el cual constituía un colchón vegetal delimitante entre el propio edificio y la calle y de este modo continuar con las premisas de contar con espacios que estuvieran iluminados y ventilados de manera natural, además es de resaltar como en este proyecto se buscó que la mayoría de los espacios contaran con dicha característica que se logró en el 90% de los espacios del sanatorio y del otro 10% restante casi todos son departamentos de control y almacén que no requieren de tales cualidades. El cumplir con dicho propósito no se debió únicamente a los jardines exteriores o al enorme patio interno sino que también ayudó mucho el hecho de que el edificio contara con tres calles como colindantes pero en gran medida al diseño del mismo y la distribución de sus espacios acomodados a través de bloques longitudinales definidos por largos pasillos.



4.06 Fotografía antigua del Sanatorio La Luz a pocos años de su inauguración.

Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.

En cuanto al diseño del edificio este era de una sola planta lo que enfatizaba la horizontalidad del volumen, esta característica se contrastaba con dos volúmenes que sobresalían del resto del conjunto, uno de ellos correspondiente a un área de sanitarios y el otro que correspondía al acceso principal del edificio, estos dos volúmenes además de sobresalir por la diferencia de alturas con respecto al resto de la fachada, sobresalía por el uso de un color distinto al del resto y en el caso del volumen del acceso principal además resaltaba el uso de un material distinto, piedra volcánica como acabado enmarcando la puerta de acceso. En general los acabados eran finos en plafones y en muros tanto exteriores como interiores, así como el uso de pisos cerámicos, lo que es característico de los edificios de salud. En cuanto a la estructura, esta no difería de los edificios modernos de la época, con muros de tabique rojo y estructuras de concreto reforzado.



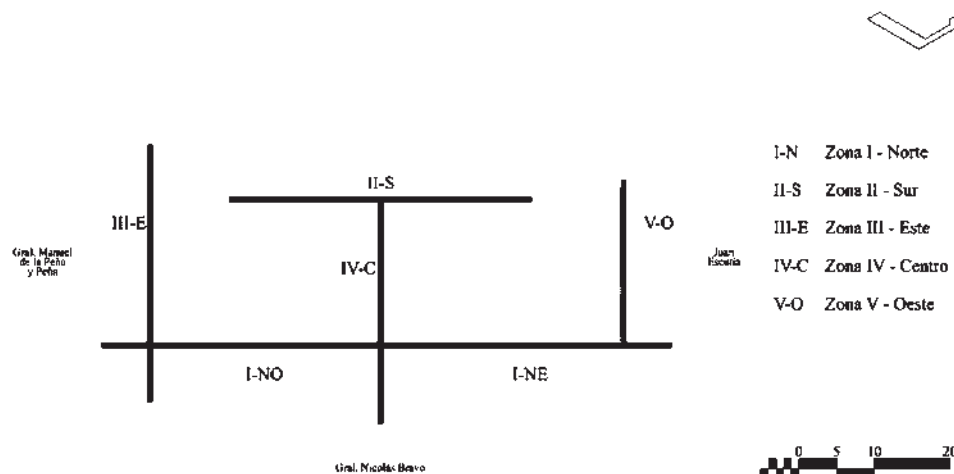
4.07 Fotografía actual del Sanatorio La Luz en la que se observa la jerarquización del acceso principal mediante un volumen que sobresale del resto del edificio a pesar de la homogenización de texturas y colores. Fotografía: Eder García Sánchez.

Distribución general

Como ya se mencionó, el edificio podía dividirse en cinco bloques o zonas, ortogonales y perpendiculares entre ellas, dos de las cuales eran horizontales de oriente a poniente y las otras tres de manera vertical de norte a sur, que en conjunto daban al edificio una forma que se asemeja a una letra “E” de costado. La circulaciones principales del edificio se realizaban por medio de pasillos generales que corrían a través de estas cinco zonas, de este

modo tenemos que también había dos pasillos generales horizontales de oriente a poniente y tres verticales de norte a sur, entrelazándose para formar la red de comunicación de todos los departamentos del sanatorio.

El primero de ellos y el principal eje de comunicación, de manera horizontal se encontraban paralelo a la calle principal de acceso (Gral. Nicolás Bravo, al norte) y es el que constituía la primera de las cinco zonas de espacios antes mencionados y la mayor de ellas. Este eje era el que se encargaba de comunicar la mayor parte de los espacios además de comunicarse con tres de los cuatro ejes restantes.

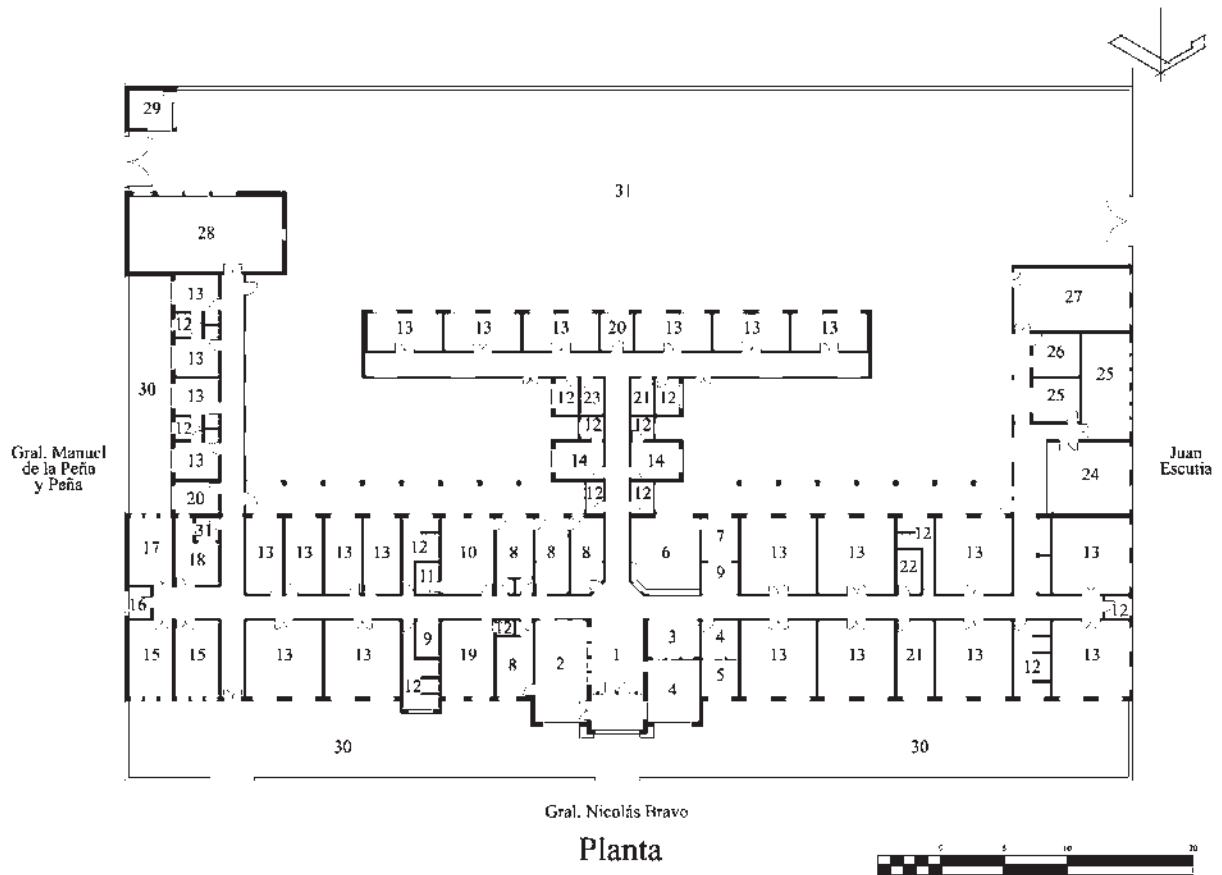


4.08 Croquis de circulaciones principales del Sanatorio La Luz. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

A partir del acceso principal del edificio, este eje partía en ambos sentidos hacia cada costado del acceso para concluir comunicándose inmediatamente con otros dos ejes, uno en cada extremo y perpendiculares a este, para de este modo comunicar las zonas paralelas a las calles laterales del predio. Así mismo uno de estos ejes de comunicación, el del costado oriente, sobrepasaba el límite del pasillo principal y se prolongaba hasta la calle constituyendo lo que sería el segundo acceso, el de urgencias. También perpendicular al eje primario y continuando con la línea del acceso principal se ubicaba el cuarto eje el cual conformaba la zona más pequeña del edificio, a pesar de que el pasillo en sí era largo al prolongarse por el acceso principal hasta la calle y que servía de conexión para acceder al quinto eje de comunicación, perpendicular a este y paralelo al eje primario.

Distribución arquitectónica del Sanatorio La Luz.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Vestíbulo. | 17. Sala de partos |
| 2. Sala de espera. | 18. Lavabos e instrumentos. |
| 3. Control. | 19. Laboratorio. |
| 4. Oficina. | 20. Cocina de distribución. |
| 5. Archivo | 21. Ropería. |
| 6. Botica. | 22. Aseo. |
| 7. Almacén de botica. | 23. Utilería. |
| 8. Consultorio. | 24. Cocina. |
| 9. Preparación de internos. | 25. Comedor. |
| 10. Rayos X | 26. Bodega. |
| 11. Cuarto oscuro. | 27. Lavandería y planchado. |
| 12. Baños. | 28. Auditorio. |
| 13. Hospitalización. | 29. Mortuorio. |
| 14. Residencia. | 30. Jardín. |
| 15. Sala de operaciones. | 31. Patio. |
| 16. Esterilización. | |



4.09 Plano de distribución arquitectónica del Sanatorio La Luz. Escala 1:600.

Plano digitalizado por el autor a partir del plano original.

Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.

Distribución por áreas

La mayor de las zonas del sanatorio era la de hospitalización con un 34% de la superficie total de construcción que contrastaba enormemente con el 3.6% de la zona de consulta externa, prácticamente en proporción de 1:10, lo que daba un indicativo de que más que un servicio de consulta o diagnóstico el objetivo principal del sanatorio era el tratamiento cercano y mediante estancias de hospitalización prolongadas del paciente a través de observación y control del mismo y de su enfermedad, características que definen a la institución como sanatorio y no como hospital, así como también definen esta cualidad las ya mencionadas características de ventilación e iluminación naturales que se procuraron desde el diseño del edificio con sus colchones vegetales y su gran patio interior, lo cual ayudaba al cuidado del paciente al ser aspectos de tratamiento y saneamiento naturales, del mismo modo lo definían los también ya mencionados regímenes de higiene, alimentación, entre otros.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	74.00 m ²	3.6 %
Hospitalización	702.00 m ²	33.9 %
Servicios intermedios	159.00 m ²	7.7 %
Servicios generales	371.00 m ²	17.9 %
Administración	58.00 m ²	2.8 %
Enseñanza	83.00 m ²	4.0 %
Residencia	36.00 m ²	1.7 %
Circulación	589.00 m ²	28.4 %
Construcción total	2 072.00 m ²	100.0 %

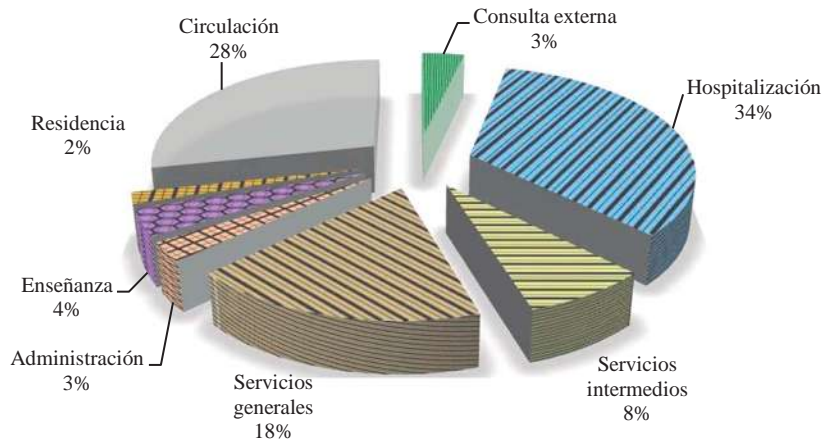
4.10 Tabla de áreas del Sanatorio La Luz.
Tabla elaborada por el autor.

Se podría decir que en general la diferencia entre un hospital y un sanatorio radica en el tratamiento del paciente y su enfermedad, mientras en el hospital se hace en un sentido más amplio y profundo el sanatorio se basa en métodos más simples y naturales, que debió ser lo que se procuraba en el Sanatorio La Luz en su primera etapa de la década de los veinte y a pesar de que en sus segunda etapa a partir de 1953 se conservaron esas primicias, ya se contaba con otro tipo de métodos y espacios como laboratorio, rayos X y salas de

operaciones, sin embargo se optó por conservar el mote de Sanatorio, que es lo que ocurre actualmente, en que siendo una institución que cuenta con sistemas tan avanzados, puede competir con cualquier hospital de la ciudad y tiene todas las características para ser considerado como tal, aún conserva su nombre original de Sanatorio La Luz.



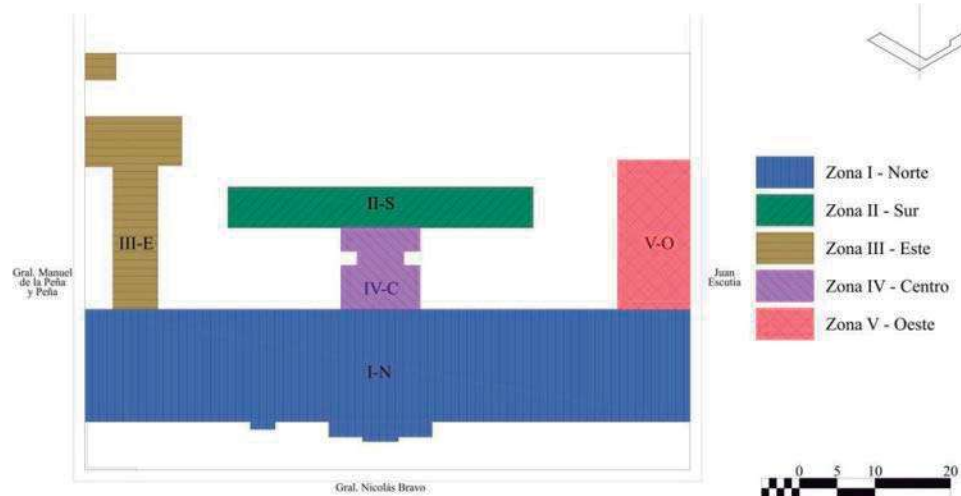
4.11 Plano de distribución de áreas del Sanatorio La Luz. Escala 1:600.
Plano elaborado por el autor.



4.12 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Sanatorio La Luz.
Gráfica elaborada por el autor.

Análisis de departamentos y zonas

En cuanto a la distribución de las áreas del hospital estas se podían ubicar fácilmente en el edificio y se podían distinguir por las cinco zonas antes mencionadas, cuatro de ellas claramente diferenciadas y una, la principal y de mayor superficie (Norte), en la que se encontraban mezcladas varias de las áreas pero de una manera organizada. En primer lugar se encontraban dos áreas que se ubicaban al ingresar por el acceso principal, el área de administración a la derecha, y el área de consulta externa por el lado izquierdo, la primera de ellas era un área concentrada y de una superficie pequeña, apenas el 2.8% de la superficie total de construcción y estaba constituida por dos oficinas, una sección de control y el archivo; por otro lado el área de consulta externa la cual se componía de cuatro consultorios que a su vez estaban directamente comunicados con la primera parte del área de servicios intermedios, justo después del área de consultorios ubicándose el laboratorio y el departamento de rayos X. Respecto a este último departamento, estaba comunicado inmediatamente con tres de los cuatro consultorios por medio de una especie de pasillo trasero que permitía un acceso fácil de estos hacia la sala de rayos X en caso de que la consulta así lo requiera.



4.13 Croquis de distribución por zonas del Sanatorio La Luz. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

La otra parte de servicios intermedios se encontraba al final de esta zona, en el lado noreste del edificio donde se conformaba una sección integrada por dos salas de operaciones y una sala de partos, con sus respectivas áreas complementarias, un cuarto de esterilización y uno de lavabos e instrumentos. Aquí cabe que señalar que justo al lado de esta sección se encontraba el acceso de urgencias y es curioso que no se encuentre ningún consultorio cerca de este acceso; es posible que la utilización de dicho acceso fuera únicamente para urgencias inmediatas y de gravedad que no tuvieran el tiempo de pasar por una consulta previa, como lo son pacientes que requirieran de una cirugía emergente y mujeres a punto de dar a luz, para posteriormente y al estar controlada la situación pasar a una de las zonas de hospitalización inmediatas al acceso de urgencias. Por su parte el resto de los pacientes que fueran en calidad de urgencias pero que no requirieran de uno de estos dos servicios emergentes tendrían que pasar previamente el área de consulta externa ubicada cerca del acceso principal.



4.14 Fachada del Sanatorio La Luz. Maqueta virtual elaborada por el autor.

Por su parte las zonas de enseñanza, residencia y servicios generales se encontraban distribuidas de la siguiente manera, enseñanza en el extremo la zona noreste donde se ubicaba un auditorio con una superficie de poco más de 80 m², la zona de residencia localizada en la zona central y que comprendía dos habitaciones con su respectivo baño privado, y finalmente el área de servicios generales, como ocurre normalmente con espacios distribuidos por todo el edificio, conformada por baños, cocinas de distribución, roperías, aseo y la botica en el área central de acceso, pero centralizando la mayor parte de los servicios del edificio en la zona poniente donde se encontraba la cocina, los comedores y el área de lavado y planchado. Además de estos servicios se contaba con un departamento para mortuorio independiente del edificio en el extremo sureste del predio y junto a uno de los accesos de servicio para proporcionar discreción.

En cuanto al área de hospitalización que es la que ocupa la mayor parte de la superficie construida del sanatorio, esta se encontraba distribuida por sectores, cuatro para ser precisos en tres de las cinco zonas del sanatorio; dentro de estos sectores se ubicaban varias salas con capacidad variable de camas dependiendo de su característica.

Zona	Salas	Caract. Sala	Sup. Sala	Camas/Sala	m ² /Cama	Camas
I - NE	2	General	39 m ²	6	6.5 m ²	12
	4	Semiprivada	20 m ²	1	20 m ²	4
I - NO	8	General	39 m ²	6	6.5 m ²	48
II - S	6	General	20 m ²	4	5 m ²	24
III - E	4	Semiprivada	11 m ²	1	11 m ²	4
Total de camas en el sanatorio						92

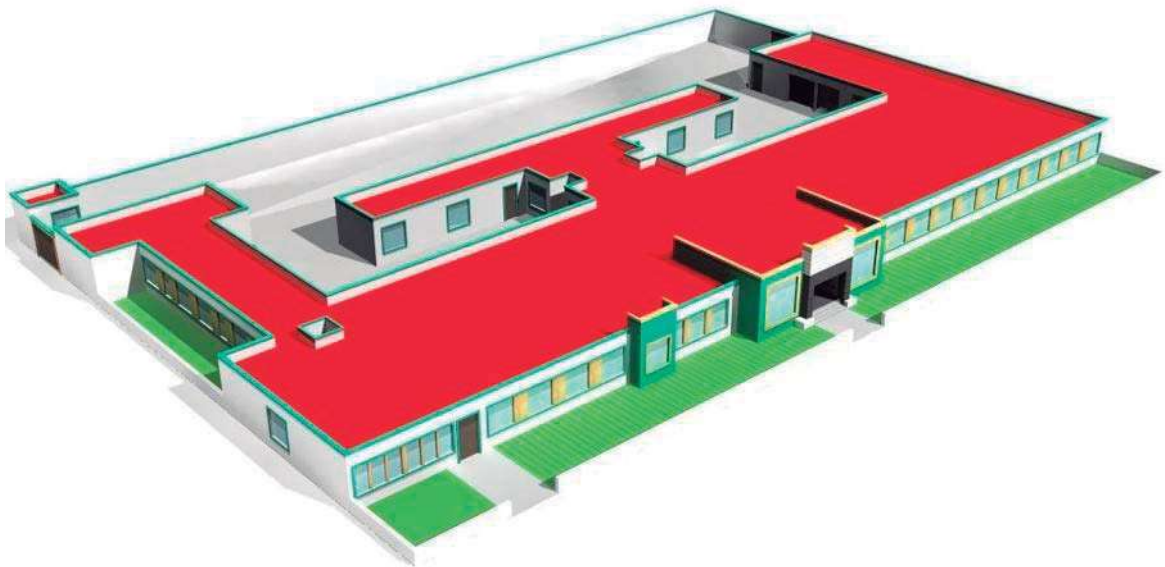
4.15 Tabla de distribución por bloques de las salas de hospitalización, indicando número de salas por zona, característica, superficie, número de camas por sala y por bloque, y metros cuadrados por cama, del Sanatorio La Luz.

Tabla elaborada por el autor.

En total existían cuatro tipos de salas de hospitalización, dos tipos generales y dos semiprivadas. En cuanto a las salas generales el primer tipo es el que tenía una capacidad para cuatro camas por sala, con una superficie promedio de 5 m² por cama; existían seis de estas salas, todas ellas en la zona sur del edificio. El segundo tipo de salas generales era el que tenía una capacidad de seis camas por sala y una superficie promedio de 6.5 m² por

cama, había diez salas de este tipo que se encontraban en la zona norte, divididas en ocho salas del lado poniente y 2 salas del lado oriente en el acceso a urgencias.

Es en este mismo costado donde se encontraba el primer tipo de salas semiprivadas con una capacidad de una cama por sala en una superficie de 20 m², había cuatro de estas salas y junto con las dos salas generales que se ubicaban en este sector pudieron haber conformado una zona de hospitalización de urgencias, por su cercanía con este acceso entre otras características ya mencionadas.



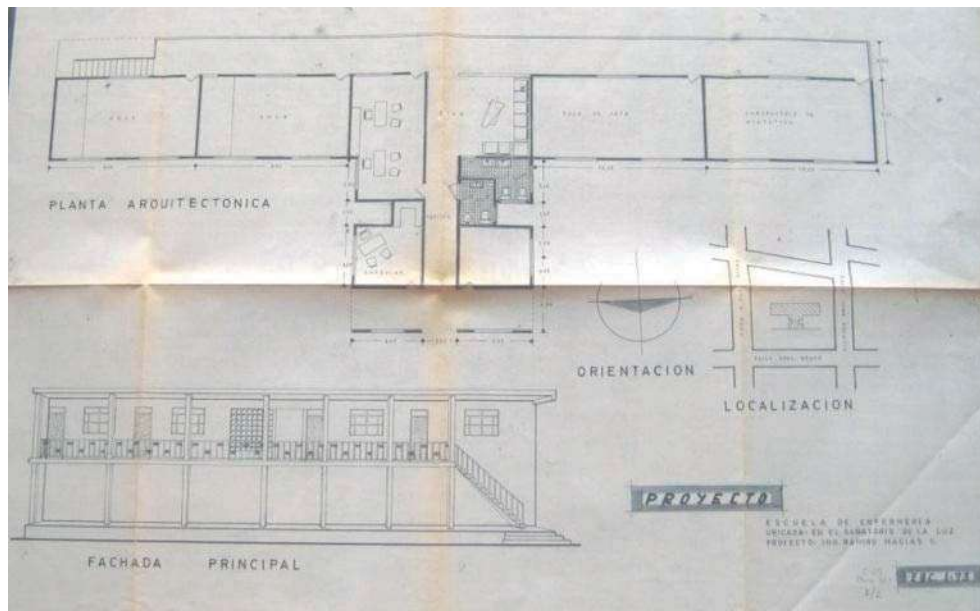
4.16 Maqueta virtual del Sanatorio La Luz, elaborada por el autor en base al plano original y fotografías antiguas.

El segundo tipo de sala semiprivada, también con capacidad de una cama por sala en una superficie de 11 m² por sala y un total de cuatro salas ubicadas en la zona oriente; este grupo de salas o habitaciones tuvo lo característica de que, a diferencia del resto de las salas de hospitalización incluyendo el grupo de salas semiprivadas noreste, el grupo de salas oriente no tenía baños generales, sino que compartían un baño entre dos habitaciones.

Ampliaciones

En cuanto a las ampliaciones y modificaciones de importancia del sanatorio, la primera de ellas ocurrió justo al año siguiente de su inauguración, que aunque no ocurrió directamente en el edificio si fue un evento de relevancia para la institución, cuando en 1954 se construyó el edificio de la casa de enfermeras, el cual contó con un cupo para cien enfermeras y el que se describe como:

“...un edificio de dos pisos con 16 habitaciones cómodas para las estudiantes y seis habitaciones para las graduadas, así como una habitación para la cuidadora, contaba con dos baños para ocho personas en cada piso y baños separados para las graduadas y la cuidadora, había ocho lavaderos por piso y contaba con una sala muy amplia donde había un piano, televisión y mobiliario de descanso, en esa sala se hacían eventos sociales en ocasiones especiales.”⁵



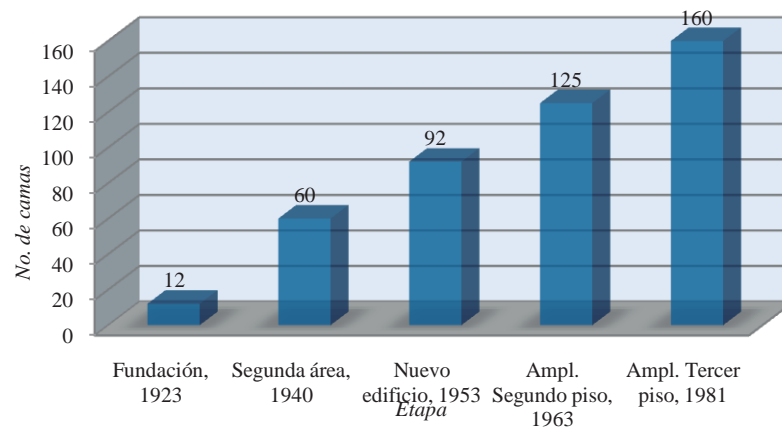
4.17 Fotografía del proyecto de la Escuela de Enfermería del Sanatorio La Luz.

Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.

⁵ Rafael Díaz Rodríguez, et al, *op.cit.*, p. 11.

El edificio del sanatorio continuó con sus labores durante los siguientes diez años hasta que en el año de 1963 se construyó el segundo piso del sanatorio, el cual corrió a cargo también de los hermanos Rodríguez Soto, lo que aumentó la capacidad del sanatorio a 125 camas y estaba conformado por los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, quirófanos, sala de expulsión, departamento dental, biblioteca, dirección de la escuela de enfermería y tres aulas.⁶

Finalmente en el año de 1981 se llevó a cabo la última ampliación de gran relevancia en la que se construyeron varios nuevos espacios y se remodelaron algunos otros, pero sin duda lo más importante fue la construcción del tercer piso del sanatorio el cual contó con oratorio, oficinas administrativas y finalmente la inclusión de rampas y una sección de hospitalización privada contando con 35 habitaciones.⁷



4.18 Gráfica del historial del número de camas en las distintas etapas del Sanatorio La Luz.
Tabla elaborada por el autor.

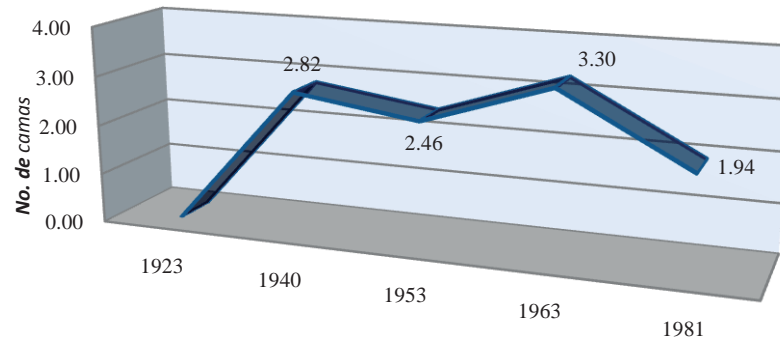
Conclusiones

La demanda del sanatorio se hizo evidente y constante a través de la historia de la institución, de un inicio en el servicio de catorce camas tuvo un aumento de más del 500% 30 años después para la apertura del nuevo edificio y de un aumento de más del 70% después de la construcción del tercer piso. La constancia en la demanda del servicio se hace evidente en el promedio del aumento de camas por año, el cual en todas las etapas oscila

⁶ *Ibidem*, p. 12.

⁷ *Ibidem*, p. 13.

entre 1.94 y 3.3 camas por año teniendo así un promedio medio general de 2.63camas que aumentó por año el sanatorio desde su inauguración en Fray Juan de San Miguel en 1923 hasta la construcción del tercer piso del edificio de Gral. Bravo en 1981.



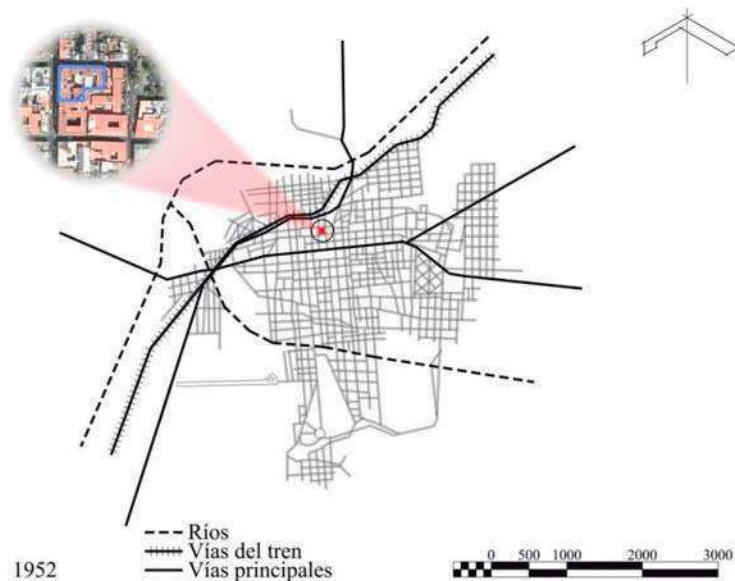
4.19 Gráfica del promedio de aumento de camas por año en las distintas etapas del Sanatorio La Luz.
Gráfica elaborada por el autor.

Finalmente los que nos muestra la gráfica son dos momentos claramente diferenciados, dos aumentos considerables que indican una gran demanda en el servicio y que conllevó en la necesidad de una ampliación grande del sanatorio y que además coinciden ambas con la que se considera la segunda etapa del sanatorio en sus dos sedes; mientras que por otro lado, los dos momentos que no representan un aumento en el promedio de camas adicionales por año no necesariamente representan una baja en la demanda, sin dejar de existir esta evidentemente, sino que más bien representan momentos de transición; por un lado el primer momento representa la transición de la sede original del sanatorio hacia su nuevo edificio y el segundo momento representa la aparición del área de hospitalización privada en el sanatorio.

Hospital de Nuestra Señora de la Salud (1952)

Antecedentes y ubicación

El origen de este hospital se remonta hacia mediados de la década de los cuarenta, cuando surgió una inquietud en la comunidad católica en cuanto a la atención médica de los pobres de la ciudad, ya que estos eran enviados a atenderse en el Sanatorio La Luz, una institución de organización protestante.⁸ Es de este modo como surgió en la comunidad católica de la ciudad la necesidad de contar con un hospital de carácter propio de su religión que brindara atención a los pobres y los mantuviera en el camino del catolicismo.



4.20 Croquis de localización del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1952 y vista aérea actual.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia

facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Al respecto hay que resaltar que al referirse a un hospital de carácter religioso no significa volver a las costumbres practicadas en los hospitales antiguos en donde la religión y la intervención divina eran unas premisas en el tratamiento médico; en este momento de la historia se tenía claridad sobre la importancia de la ciencia y los procedimientos médicos

⁸ Alejandra Vázquez Carmona, *Una congregación ocupada de las "cosas trabajosas y humildes". Las Hermanas de la Caridad en Morelia. Siglos XIX y XX*, Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008, p. 94.

contemporáneos a la época, es por eso que éste carácter hace referencia a una cuestión de educación en materia religiosa independiente de la atención hospitalaria y de una administración por parte de religiosos y en ocasiones la atención de los mismos como complemento a la atención médica que brindaban los especialistas en la materia.

Al ser atendidos por miembros de la comunidad protestante la institución competidora, surge la inquietud en la comunidad católica acerca de sí los pacientes que eran atendidos ahí además de recibir cuidados y atención médica eran al mismo tiempo instruidos en la religión protestante. Es por eso que lo que se buscaba era evitar que la sociedad y sobre todo los fieles católicos no desviaran su camino de la fe católica.

Para tal efecto, en el año de 1947 se creó la Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García, un patronato conformado por los fundadores del hospital. Para la construcción del edificio se requirió de las donaciones de los fieles católicos que llegaban a través de tres parroquias de la ciudad, San José, la Merced y Santa Catalina de Siena (actualmente conocido como Las Monjas);⁹ así mismo se utilizó el terreno que comprendía el área de hortalizas del Hospital del Sagrado Corazón, antes Cárcel de Clérigos, el cual fue donado para tal efecto.



4.21 Sección de una antigua fotografía aérea donde se aprecia en la parte inferior central la manzana donde se construyó el Hospital de Nuestra Señora de la Salud. En primer plano se observa el Hospital del Sagrado Corazón, en el costado izquierdo los terrenos de la hortaliza del mismo y detrás de éste un terreno baldío que posteriormente sería adquirido por el hospital.

Fuente: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=910398> consultado 09/09/09.

⁹ Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García, *Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Datos históricos*, documento inédito, Morelia, Michoacán, 1977, p. 1.

Distribución general. Primera etapa

El terreno se ubicaba al norte del Hospital del Sagrado Corazón, en la esquina formada por las calles, Eduardo Ruiz al norte e Ignacio Zaragoza al poniente en el centro histórico de la ciudad de Morelia, sobre esta última ubicando el acceso principal. El terreno comprendía un área de poco más de 970.00 m² con una superficie de construcción de 797.00 m² distribuidos en 751.00 m² en planta baja y 46.00 m² en planta alta; esto correspondería a lo que se le puede considerar como la primera etapa del proyecto.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	751.00 m ²	77.1 %
Áreas abiertas	223.00 m ²	22.9 %
Superficie del terreno	974.00 m ²	100.0 %

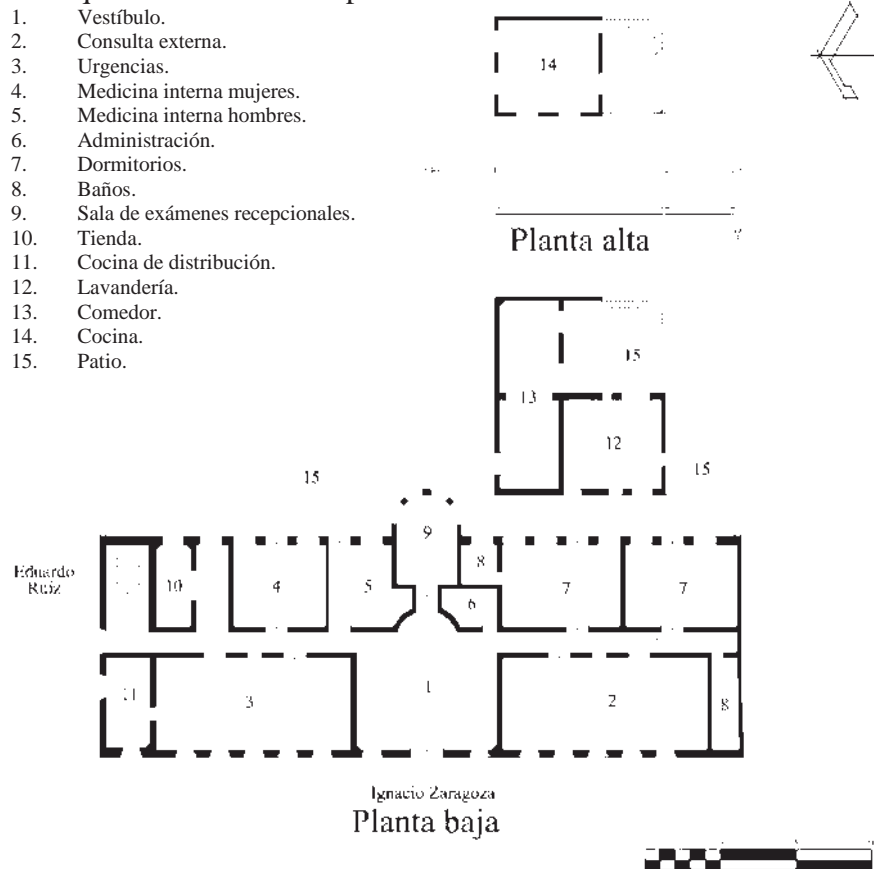
4.22 Tabla de superficies del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Primera etapa.
Tabla elaborada por el autor.

Es así como el 1 de mayo de 1948 comenzó la construcción del hospital, llevando a cabo el proyecto por los hermanos Juan y José Rodríguez Soto. En esta primera etapa del proyecto los espacios con los que contaba el edificio eran consulta externa, urgencias, medicina interna tanto para hombres como para mujeres, una oficina administrativa, una pequeña tienda interior, áreas de servicio que comprendían lavandería, cocina, comedor y el área de residencia de enfermeras y las Hermanas de la Caridad, encargadas de la administración del hospital por designio de la Asociación después de haber rechazado el compromiso la administración del Hospital del Sagrado Corazón.¹⁰ Cabe resaltar que en los primeros años de vida de la institución ésta llevó el nombre de Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud, ya que debido a las condiciones de la institución no podía ser considerado como hospital. Finalmente, el 22 de abril de 1952 y coincidiendo con la llegada a la ciudad de sus administradoras, las Hermanas de la Caridad, el sanatorio tuvo una primera fecha de inauguración y se procedió con los trabajos y preparativos para tener el sanatorio listo para su inauguración oficial el 8 de diciembre de ese mismo año con los servicios de consulta externa.¹¹

¹⁰ *Ibidem*, p. 2.

¹¹ *Ibidem*, p. 3.

Distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Primera etapa.



4.23 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Primera etapa. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.¹²

Distribución por áreas y departamentos. Primera Etapa

Durante sus inicios el sanatorio se destacó por la falta de áreas de hospitalización, es decir, encamados, uno de los principales motivos por el que llevó el nombre sanatorio en vez del de hospital, además por el tipo de atención brindada a los pacientes propios de un sanatorio. En esta primera etapa el sanatorio solamente se encargaba de brindar servicios de consulta externa, medicina interna y atención a urgencias,¹³ el cuidado del paciente se realizaba mediante procedimientos médicos simples, no quirúrgicos (he aquí también la falta inicial

¹² Gran parte de los datos que ayudaron a realizar la reconstrucción hipotética de este edificio fueron proporcionados por la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, enfermera del hospital desde sus primeros años.

¹³ Gran parte de los datos del hospital y sus primeras actividades fueron proporcionados por la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, actual directora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Señora de la Salud, estudiante de la misma en sus inicios y enfermera del hospital desde sus primeros años, mediante una entrevista, Morelia, Michoacán, 14 de mayo de 2009.

de quirófanos), o simplemente mediante procesos primarios de diagnóstico así como la educación o instrucción del paciente respecto a la enfermedad para su comprensión, tratamiento y prevención.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	191.00 m ²	24.0 %
Hospitalización	0.00 m ²	0.0 %
Servicios intermedios	71.00 m ²	8.9 %
Servicios generales	193.00 m ²	24.2 %
Administración	10.00 m ²	1.3 %
Enseñanza	27.00 m ²	3.4 %
Residencia	130.00 m ²	16.3 %
Circulación	175.00 m ²	21.9 %
Construcción total	797.00 m ²	100.0 %

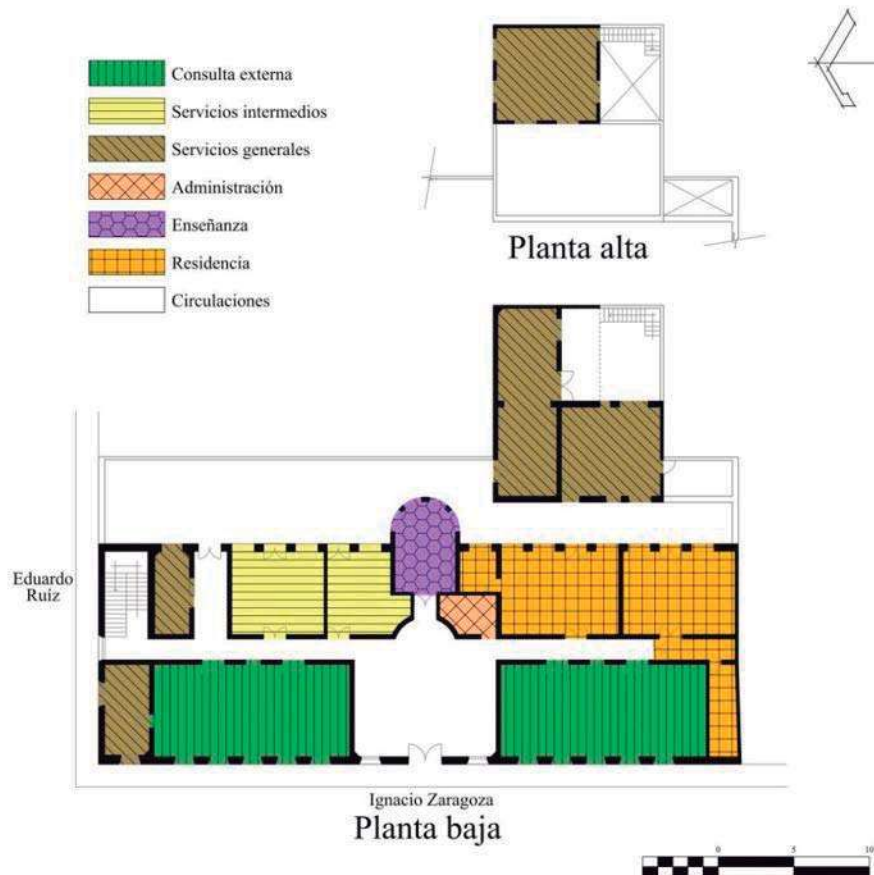
4.24 Tabla de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Primera etapa.
Tabla elaborada por el autor.

En estas instancias del proyecto cerca del 46% de la superficie construida la constituían los servicios generales y las circulaciones, esto correspondía a que el edificio no estaba concluido¹⁴ y las áreas de servicio no eran acorde a las necesidades inmediatas de este, una gran lavandería, un comedor y cocina que excedían en sus dimensiones a la función a la que daban servicio, en esta etapa, únicamente al personal del sanatorio, ya que no contaba con áreas de hospitalización; aunado a esto un amplio vestíbulo y escaleras de proporciones superiores a las de una simple escalera de servicio con la cual también contaban, dan a entender que el proyecto en esta etapa no fue definitivo ni constituía un proyecto original, sino que era parte de un proceso que preparaba las instalaciones para un proyecto más ambicioso que comprendía un mayor alcance en la prestación de servicios y para lo cual requería de mayor espacio para su desarrollo.

A pesar de ser un proyecto inconcluso era un proyecto funcional, el edificio mantenía un orden en cuanto a la distribución de sus áreas que agrupaban los servicios comunes en secciones definidas y en tres grandes zonas en este momento, residencia, servicios y atención al público; comunicando dichas zonas mediante circulaciones simples, por un lado un pasillo paralelo a la calle principal que se distribuye en ambos sentidos a partir de un

¹⁴ *Ibidem.*

vestíbulo central de acceso principal, por otro lado la comunicación con las áreas de servicio se lograba mediante un patio trasero longitudinal paralelo al pasillo principal y finalmente dos escaleras, una en la zona sureste del edificio que comunicaba al comedor en planta baja con la cocina, única construcción en planta alta en este momento; y otras escaleras al noroeste del edificio y al final del pasillo principal que en un principio solo servirían de acceso a la azotea del edificio pero que debido a sus dimensiones denotan su utilización a futuro para comunicar la planta del edificio con un nivel superior previamente planeado. De este modo el sanatorio comenzó a realizar sus labores durante los primeros dos años, brindando atención a los pobres que se vieron beneficiados por la ubicación del sanatorio, en la zona céntrica de la ciudad y cerca de los barrios más concurridos y pobres de ésta.¹⁵



4.25 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
Primera etapa. Escala 1:500.
Plano elaborado por el autor.

¹⁵ Alejandra Vázquez Carmona, *op.cit.*, p. 95.

Distribución general. Segunda etapa

Después de un par de años de atención, finalmente en el año de 1954 se adquirió un terreno baldío ubicado al oriente del edificio para ampliar el sanatorio construyendo las nuevas áreas en lo que vendría siendo la segunda etapa del proyecto. Para la adquisición del terreno fue necesario recurrir nuevamente a las donaciones de los fieles de la ciudad así como a donativos de particulares.¹⁶

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	1 437.00 m ²	71.2 %
Áreas abiertas	581.00 m ²	28.8 %
Superficie del terreno	2 018.00 m ²	100.0 %

4.26 Tabla de superficies del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa.
Tabla elaborada por el autor.

El terreno adquirido constaba de un área de 1,044 m² con lo cual la superficie del sanatorio se duplicó. Con respecto a la primera etapa del proyecto se observa un pequeño aumento en la superficie de áreas abiertas que ahora ocupaban un poco menos del 29% del total de la superficie del terreno, esto se debió en gran medida a la necesidad de contar, además de patios de servicio, con jardines con propósitos terapéuticos.



4.27 Fotografía de uno de los primeros grupos de enfermeras del hospital tomada en el segundo jardín del mismo, el que fuera dedicado a los pacientes de infectología.
Fuente: Archivo personal Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega.

¹⁶ Hospital de Nuestra Señora de la Salud, *op.cit.*, p. 4.

El patio trasero de la primera etapa del edificio se ampliaba para convertirse en un enorme patio central y jardín el cual al poco tiempo fue dividido debido a la construcción del auditorio en la parte central del inmueble, con esto finalmente las áreas abiertas del edificio quedarían de la siguiente manera, un patio central y jardín al poniente del auditorio, un jardín al oriente del mismo el cual fue utilizado preferentemente por los pacientes del área de infectología localizada al sureste del predio, un par de patios traseros de servicio localizados al oriente del edificio, y los patios en la zona de servicio al sur del inmueble y que se conservaron desde la primera etapa del proyecto.

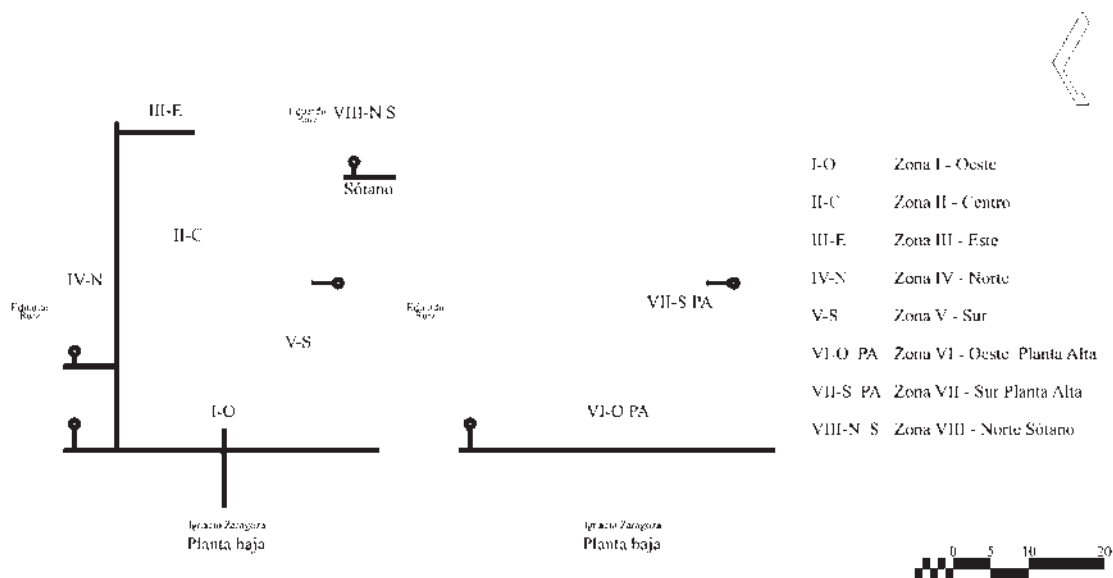


4.28 Fotografía actual de la fachada poniente del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
Fotografía: Eder García Sánchez

En cuando a la composición del edificio este se integraba por completo al contexto del centro histórico de Morelia, con gruesos muros exteriores de cantería y una composición armónica y estandarizada de vanos predominando el macizo por sobre éstos. Las ventanas

eran de herrería al igual que las puertas de servicio localizadas en la fachada norte mientras que la puerta de acceso principal ubicada en el lado poniente era de madera tallada. El exterior integrado al contexto disfrazaba un interior moderno con estructuras de concreto armado, muros de tabique y acabados finos en muros recubiertos por azulejos en la parte inferior de ellos y el uso de pisos cerámicos en pisos, materiales propios de un hospital.

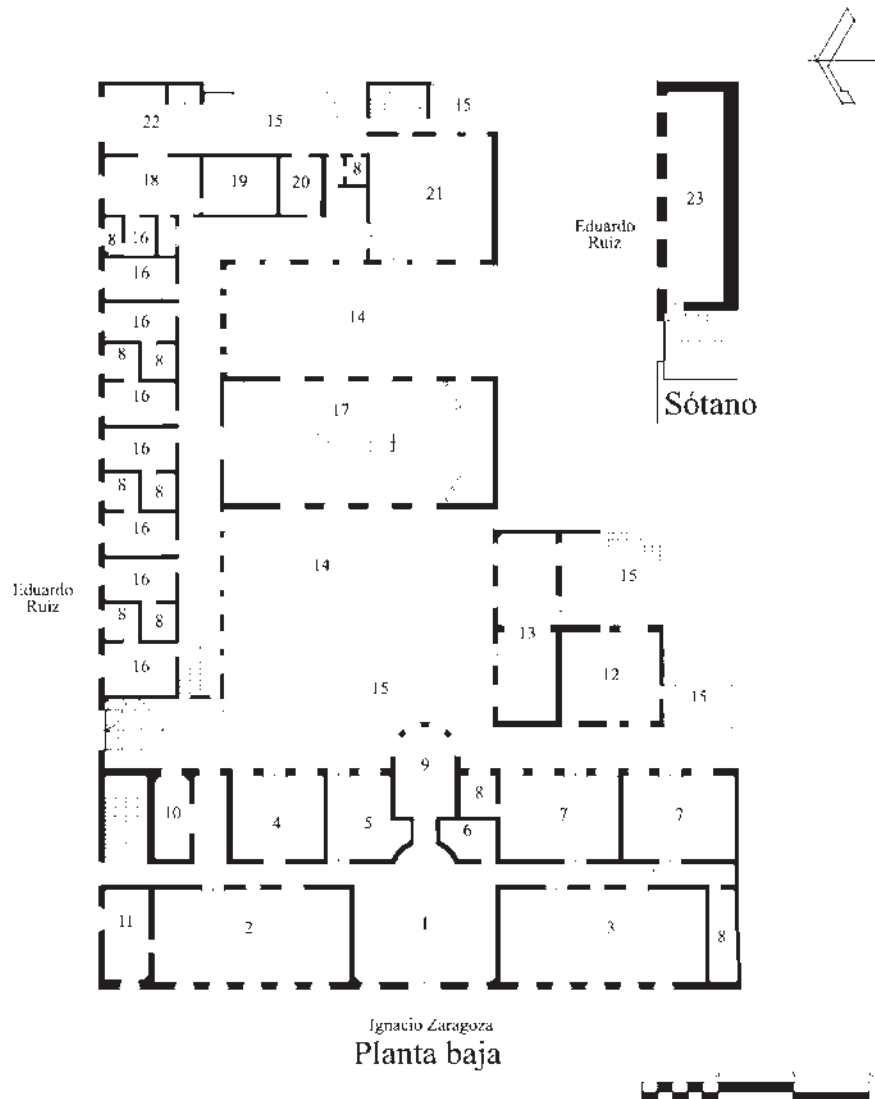
La comunicación de las diversas áreas del edificio se realizaba por medio de pasillos, se conservó el pasillo paralelo a la calle del acceso principal y se utilizó uno similar para articular los espacios de la planta alta, estos a su vez se conectaban por medio de las escaleras principales del hospital ubicadas en el extremo norte de los pasillos, sobre esta misma zona se desprendía otro pasillo en planta baja perpendicular al primero y paralelo a la calle Eduardo Ruíz que se utilizaba para comunicar las diversas áreas de esta zona. Al final de este pasillo corría un último de menores dimensiones y perpendicular a este el cual comunicaba las últimas áreas de servicio del hospital, para finalmente tener un acceso al patio de servicio y a partir de ahí unas escaleras de servicio para subir a la azotea.



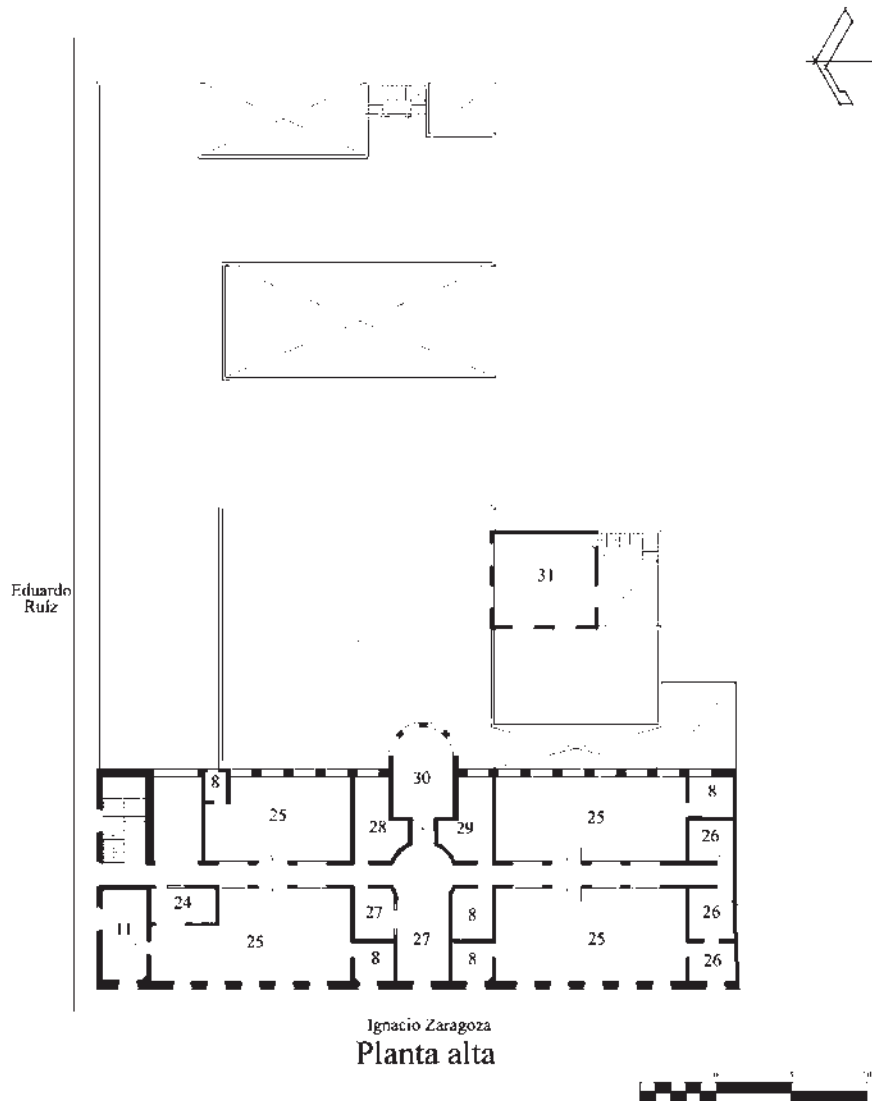
4.29 Croquis de circulaciones principales del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

Distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa.

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Vestíbulo. | 17. Auditorio. |
| 2. Psicología mujeres. | 18. Rayos X. |
| 3. Psicología hombres. | 19. Cuarto oscuro. |
| 4. Medicina interna mujeres. | 20. Mortuorio. |
| 5. Medicina interna hombres. | 21. Sala de infectología. |
| 6. Administración. | 22. Cochera. |
| 7. Dormitorios. | 23. Desayunador de niños. |
| 8. Baños. | 24. Central de enfermeras. |
| 9. Sala de exámenes recepcionales. | 25. Sala de gineco-obstetricia. |
| 10. Tienda | 26. Costurero. |
| 11. Cocina de distribución. | 27. Cuneros. |
| 12. Lavandería. | 28. Sala de partos. |
| 13. Comedor. | 29. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). |
| 14. Jardín. | 30. Quirófano. |
| 15. Patio. | 31. Cocina. |



4.30 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa, planta baja y sótano. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.



4.31 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa, planta alta. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.¹⁷

Distribución por áreas y departamentos. Segunda etapa

La segunda etapa del proyecto estuvo marcada por algunos cambios significativos y es toda esta serie de cambios que comenzaron a darse en ella los que por fin dieron a la institución el título definitivo de hospital, por lo cual el nombre oficial sería Hospital del Nuestra Señora de la Salud, mismo que lo acompaña hasta nuestros días. Y es precisamente la

¹⁷ Gran parte de los datos que ayudaron a realizar la reconstrucción hipotética de este edificio fueron proporcionados por la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, enfermera del hospital desde sus primeros años.

aparición del área de hospitalización el cambio más importante en esta etapa; ésta se localizó en la planta alta del edificio sobre el costado poniente, dedicada exclusivamente a las pacientes de gineco-obstetricia; estaba conformada por cuatro grandes salas dedicadas a esta especialidad con capacidades para siete, diez, y dos salas de ocho camas,¹⁸ cada una de ellas con sus respectivos baños, una central de enfermeras, una cocina de distribución y áreas de costureros como distracción y convivencia para las pacientes. Hay que resaltar que en esta etapa del proyecto no se contaba con salas privadas, las cuatro salas eran generales y correspondían a dicha especialidad por una razón, un incremento en la tasa de natalidad en la ciudad y en todo el estado de Michoacán a partir de la década de los treinta después de un estancamiento durante las primeras décadas del siglo XX debido principalmente al movimiento armado revolucionario, para finalmente tener un repunte considerable a partir de la década de los cincuenta hasta duplicar la cantidad de habitantes en un periodo de treinta años desde 1940 hasta 1970.

	Hombres	Mujeres	Total
1895	451 257	447 552	898 809
	50.21 %	49.79 %	
1900	469 199	466 609	935 808
	50.14 %	49.86 %	
1910	489 073	502 807	991 880
	49.31 %	50.69 %	
1921	459 843	480 006	939 849
	48.93 %	51.07 %	
1930	513 559	534 822	1 048 381
	48.99 %	51.01 %	
1940	584 238	597 765	1 182 003
	49.43 %	50.57 %	
1950	701 430	721 287	1 422 717
	49.30 %	50.70 %	
1960	926 955	924 921	1 851 876
	50.05 %	49.95 %	
1970	1 166 993	1 157 233	2 324 226
	50.21 %	49.79 %	

4.32 Tabla de población total y porcentajes según sexo en el estado de Michoacán en el periodo de 1895-1970.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estados Unidos Mexicanos, *Cien Años de Censos de Población*, Aguascalientes, Aguascalientes, INEGI, 1996.

¹⁸ *Ibidem*.

Así mismo y haciendo hincapié en el incremento en la tasa de natalidad, el hospital contaba con un núcleo de servicios neonatales al centro del área de gineco-obstetricia y entre las cuatro salas, dicho núcleo estaba conformado por un área de cuneros, una sala de partos, un pequeño quirófano y una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en donde los recién nacidos prematuros, neonatos de embarazos de alto riesgo y los nacidos con algún problema eran atendidos aislándolos del resto de los recién nacidos, cuando cumplían con los procesos correspondientes y mostraban una recuperación podían ser trasladados a la sección de cuneros.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	155.00 m ²	7.1 %
Hospitalización	650.00 m ²	29.6 %
Servicios intermedios	198.00 m ²	9.0 %
Servicios generales	357.00 m ²	16.3 %
Administración	10.00 m ²	0.4 %
Enseñanza	186.00 m ²	8.5 %
Residencia	130.00 m ²	5.6 %
Circulación	507.00 m ²	23.5 %
Construcción total	2 193.00 m ²	100.0 %

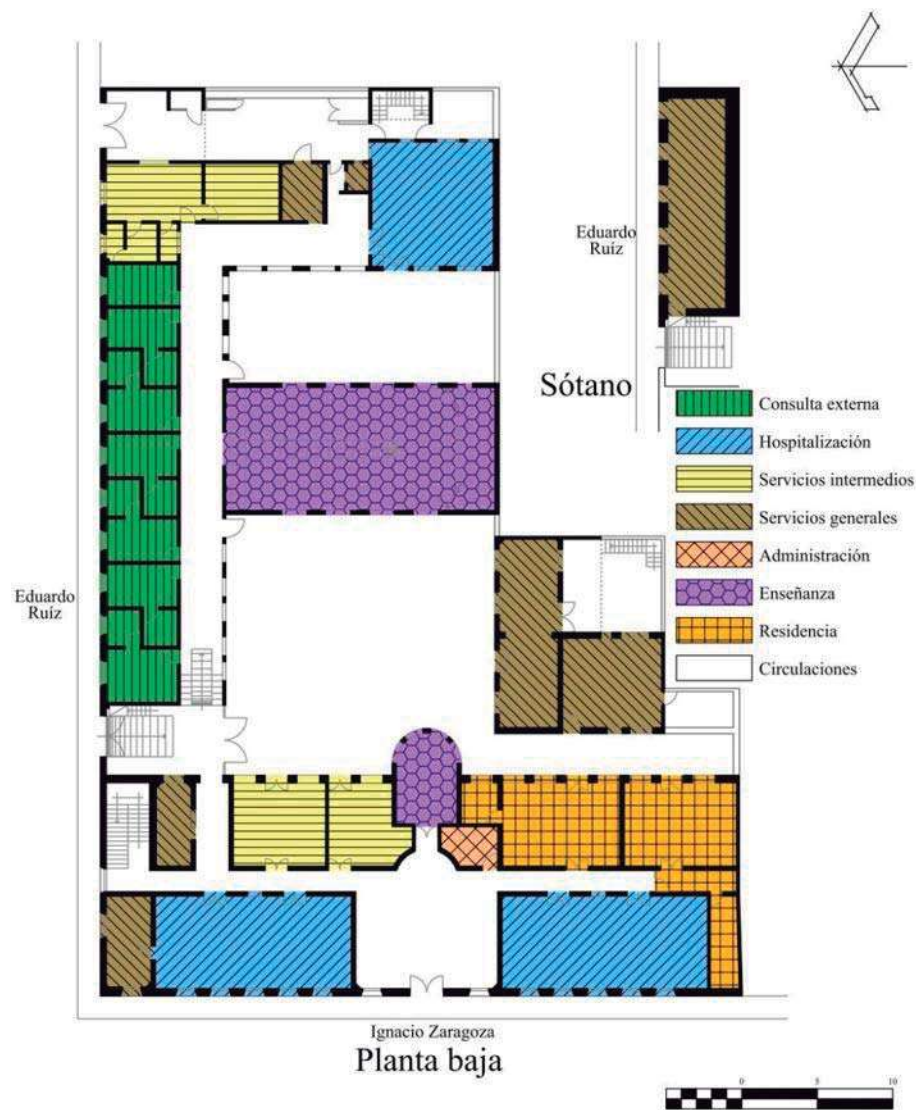
4.33 Tabla de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa.
Tabla elaborada por el autor.

Debido a todos estos factores ya mencionados y al carácter religioso propio del hospital, el área de gineco-obstetricia fue la de mayor importancia en los inicios del hospital, como lo menciona Alejandra Vázquez: “Esta área fue una de las más asistidas por las Hermanas de la Caridad, ya que consideraron un privilegio dar paso a la vida y tener en sus manos a un recién nacido, debido a su condición religiosa.”¹⁹ Esto se observa claramente en los porcentajes de áreas en esta etapa del hospital en el que el área de hospitalización es la que ocupa la mayor superficie de construcción-

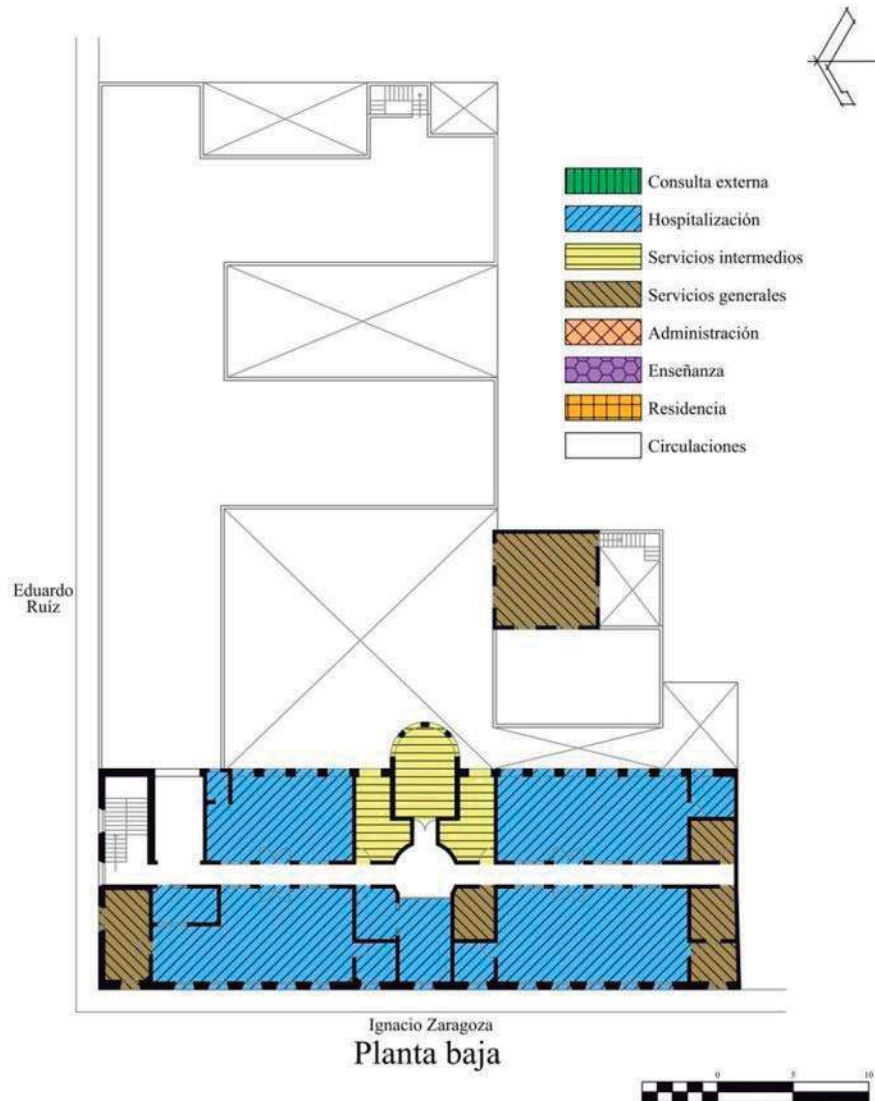
En cuanto al quirófano, es posible que por su ubicación, en la sección de gineco-obstetricia y específicamente en la de servicios neonatales, hubiera sido utilizado en un principio exclusivamente para la realización de cesáreas y cirugías menores, ya que en esos momentos el hospital no requería y no brindaba servicios que conllevaran a la aplicación de

¹⁹ Alejandra Vázquez Carmona, *op.cit.*, p. 97.

cirugías más complejas, por lo tanto, un solo quirófano sería suficiente para dar servicio al hospital en sus inicios. Esta teoría se refuerza al observar la falta de rampas o elevadores en estas instancias del proyecto, condición que permanecería durante algunos años más; únicamente se contaba con escaleras que comunicaban ambos niveles del edificio, por lo que la realización de cirugías complejas requeriría de una estancia prolongada del paciente en el hospital hasta alcanzar la recuperación necesaria para que éste pudiera bajar por las escaleras sin ser lastimado o complicar la recuperación de la cirugía.



4.34 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa, planta baja y sótano. Escala 1:500. Plano elaborado por el autor.

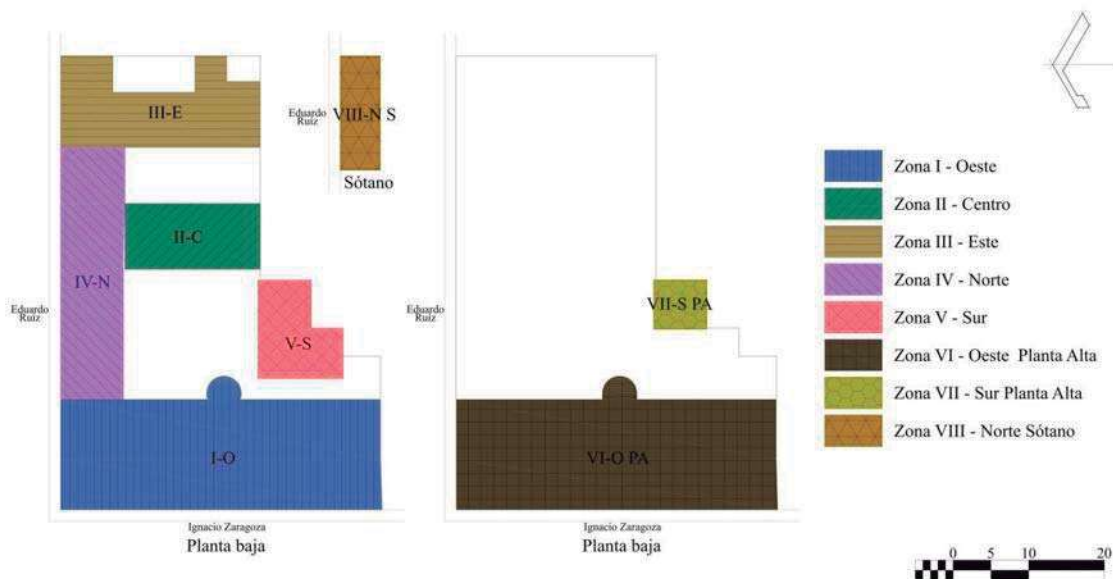


4.35 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Segunda etapa, planta alta. Escala 1:500. Plano elaborado por el autor.

Lo anterior resultaría incómodo tanto para pacientes, como para familiares y para el mismo personal del hospital por lo que es muy probable que el quirófano fuera utilizado únicamente para emergencias o, como ya se mencionó, para cirugías menores en las que el paciente pudiera salir por su propio pie o con un requerimiento mínimo de esfuerzo y ayuda para bajar por las escaleras. Además del área de gineco-obstetricia había dos áreas más que se podrían considerar como de hospitalización en el edificio, ambas en planta baja. La primera de ellas correspondía a lo que era el área de psiquiatría, la cual se localizaba en lo

que sería la zona poniente del hospital donde originalmente se encontraba consulta externa y urgencias, en estas dos grandes salas se dispusieron secciones de tratamiento psiquiátrico, la primera de ellas a la derecha del vestíbulo principal de acceso destinada para los hombres mientras que la segunda a la izquierda del mismo destinada para mujeres, cada una de ellas con un consultorio y capacidad para diez camas cada sala. Los vestigios de estas secciones se pueden observar hoy en día en las ventanas que dan hacia la calle Ignacio Zaragoza (poniente), las cuales aún conservan las protecciones necesarias para áreas de este tipo y que no se observan en las ventanas del resto del inmueble.

La otra sección considerada como de hospitalización sería la de infectología, ubicada en la zona oriente hacia el costado sureste del edificio. Una sección mixta con capacidad aproximada para 15 cubículos de atención y con la particularidad de estar directamente conectada con uno de los dos jardines del hospital y el de mayor jerarquía de ellos, un espacio de vital importancia en el tratamiento de los pacientes ingresados a esta sala. Tanto la sala como el jardín se encontrarían parcialmente aislados del resto del inmueble ubicándose en una de las últimas secciones del hospital y al final del largo camino de pasillos que comunicaban las diversas áreas del hospital.



4.36 Croquis de distribución por zonas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

Otra de las novedades significativas fue la creación de un desayunador para niños, el cual se construyó a manera de sótano para aprovechar el desnivel del terreno adquirido para la ampliación del hospital. El desayunador con una superficie de poco más de 70 m² atendía diariamente a cerca de cien niños como parte de la labor social de la institución.²⁰ El ingreso hacia el desayunador de niños se realizaba a través de uno de los dos accesos construidos en esta etapa por el costado norte del edificio, el primero de ellos ubicado en el extremo poniente y que fungía como acceso de servicio, cochera del hospital y entrega de cadáveres, el segundo aproximadamente a unos quince metros de la esquina del predio y que era utilizado para ingresar al desayunador de niños así como acceso de urgencias, mientras tanto el acceso principal se conservó del lado poniente sobre la calle Ignacio Zaragoza.



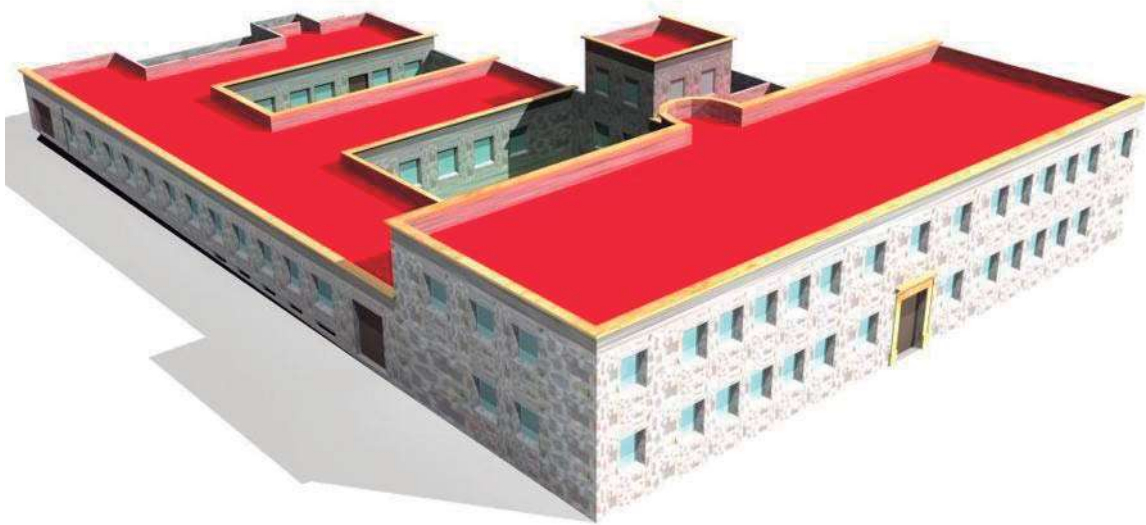
4.37 Fachada del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (segunda etapa).
Maqueta virtual elaborada por el autor.

La sección de consulta externa se ubicó a lo largo de la zona norte de hospital y esta misma sección era utilizada para la atención a urgencias, aprovechando así el acceso antes mencionado. Sobre esta misma zona y frente al área de consulta externa se encontraba el auditorio ubicado al centro del edificio y utilizado para la enseñanza de las enfermeras del hospital, que posteriormente formarían la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, así como para actos cívicos del mismo hospital. Finalmente, en la zona este se ubicaban los departamentos destinados a la sala de rayos X, el mortuario y la sala de infectología, así como un patio de servicio y cochera.

²⁰ Hospital de Nuestra Señora de la Salud, *op.cit.*, p. 4.

Dentro de los espacios que no se modificaron en esta segunda etapa se encuentran las áreas de medicina interna, administración, el área de residencia y las áreas de servicio ubicadas en la zona sur del edificio, comunicadas aún por el patio de la primera etapa con la diferencia de que este amplió considerablemente sus dimensiones.

En cuanto a la distribución de las áreas del hospital aún se pueden ver marcadas diferencias, el área de hospitalización se encontraba del lado poniente del edificio en ambos niveles y con comunicación inmediata al acceso principal para el ingreso de visitas, la excepción era la sala de infectología la cual se ubicó hasta el otro extremo del edificio con el propósito de aislarla así como el mortuorio con un acceso discreto e independiente; el área principal de servicios se mantuvo en la zona sur, la de residencia en la zona suroeste, la de consulta externa en la zona norte comunicada al final de esta con la sala de rayos X, y finalmente el auditorio en la zona central.



4.38 Maqueta virtual del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (segunda etapa), elaborada por el autor en base a la reconstrucción hipotética del proyecto.

En esta instancia de la historia del hospital se pueden observar claramente las cuatro partes fundamentales del hospital manejadas en el Seminario de 1943 y premisas en el diseño y construcción de los hospitales de acuerdo a los designios de la época, consulta externa, hospitalización, servicios generales y servicios intermedios; en el caso de este edificio, dispuestas en el perímetro del terreno rodeando patios y jardines y comunicándose a través

de largos pasillos emulando a algunos edificios del centro histórico de la ciudad y al mismo tiempo recordando un poco las distribuciones de los hospitales virreinales y los sistemas de claustro muy utilizados en esa época de la historia del país.

Distribución general. Tercera etapa

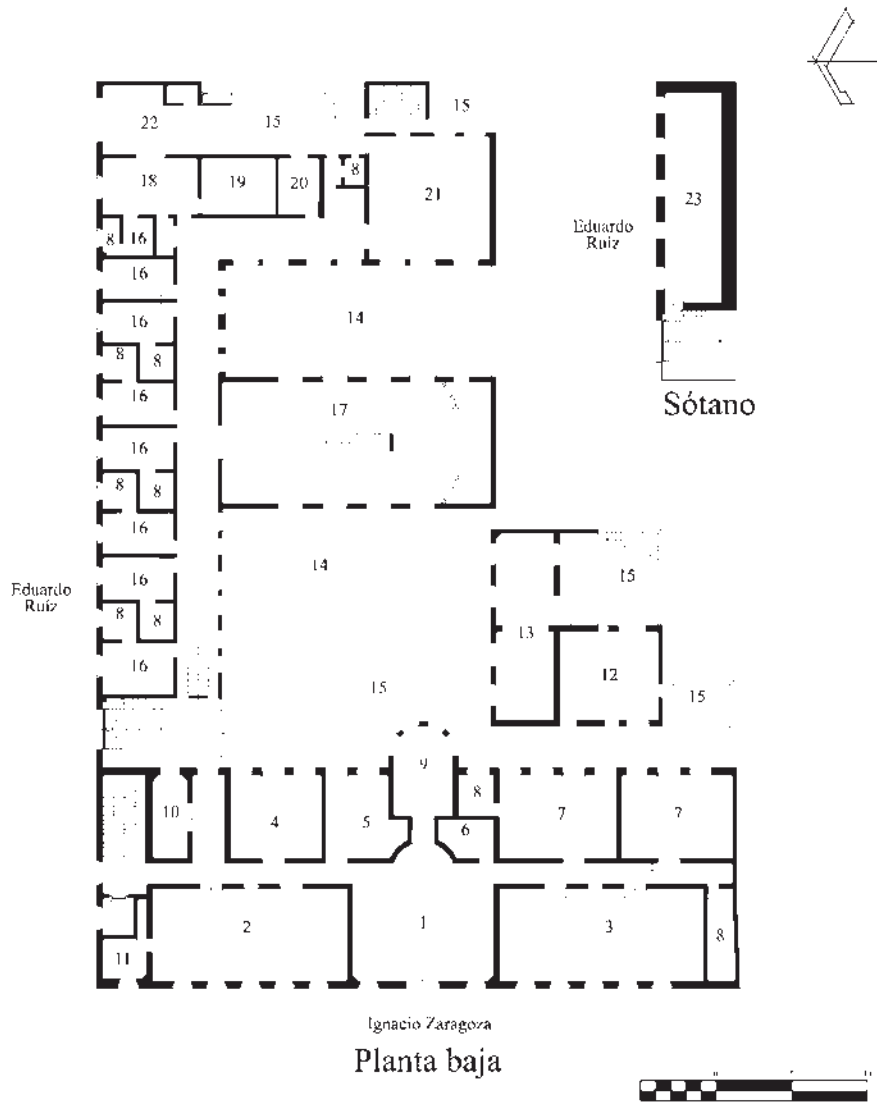
Inmediatamente después de iniciada la segunda etapa de proyecto, un año después, da inicio una tercera etapa, la cual incluye dos aspectos principales, por un lado la construcción de la capilla del hospital y por el otro la creación de las secciones de hospitalización privada. Con respecto a la primera, es en junio de 1955 cuando se coloca la primera piedra de la capilla, dos años tardó su construcción para finalmente ser inaugurada en agosto de 1957.²¹ La capilla se ubicó en planta alta al centro del edificio, justo sobre el auditorio. Las funciones de la capilla consistían en oficiar misa para las Hermanas de la Caridad, personal, pacientes del hospital y familiares, celebrar todo tipo de actos y festividades de índole religiosa, así como velar a los difuntos fallecidos en el hospital.²²

Distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Tercera etapa.

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Vestíbulo. | 19. Cuarto oscuro. |
| 2. Psiquiatría mujeres. | 20. Mortuario. |
| 3. Psiquiatría hombres. | 21. Sala de infectología. |
| 4. Medicina interna mujeres. | 22. Cochera. |
| 5. Medicina interna hombres. | 23. Desayunador de niños. |
| 6. Administración. | 24. Central de enfermeras. |
| 7. Dormitorios. | 25. Sala de gineco-obstetricia. |
| 8. Baños. | 26. Costurero. |
| 9. Sala de exámenes recepcionales. | 27. Cuneros. |
| 10. Tienda | 28. Sala de partos. |
| 11. Cocina de distribución. | 29. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). |
| 12. Lavandería. | 30. Quirófano. |
| 13. Comedor. | 31. Cocina. |
| 14. Jardín. | 32. Hospitalización privada. |
| 15. Patio. | 33. Bodega. |
| 16. Consultorio. | 34. Capilla. |
| 17. Auditorio. | 35. Aseo. |
| 18. Rayos X. | |

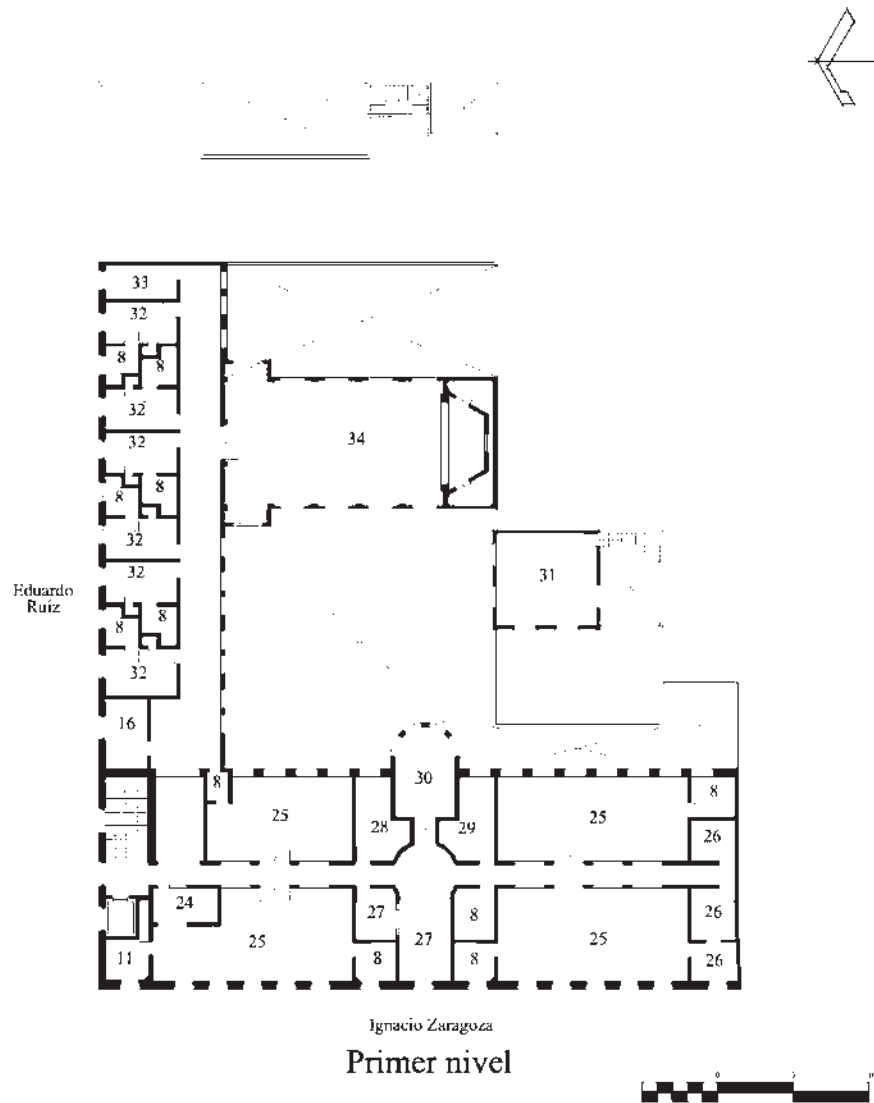
²¹ *Ibidem*, p. 5.

²² Alejandra Vázquez Carmona, *op.cit.*, p. 100.

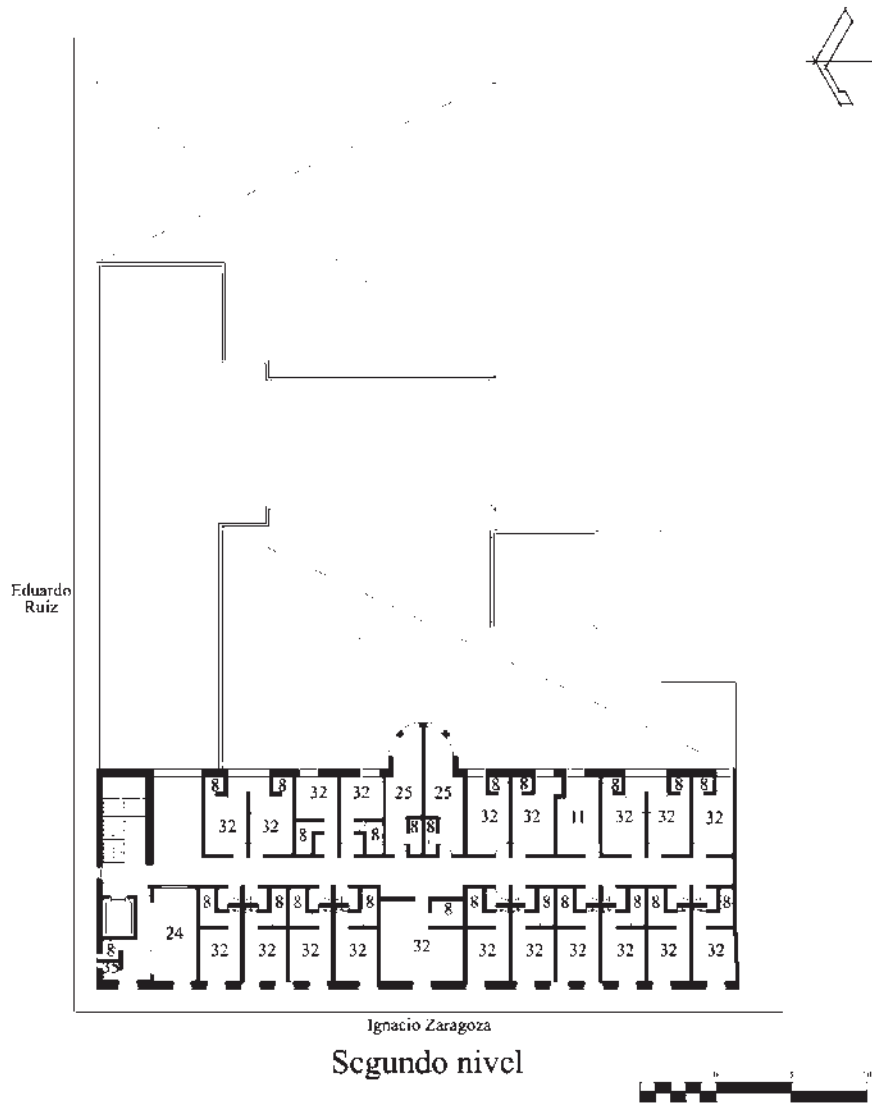


4.39 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Tercera etapa, planta baja. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.²³

²³ Gran parte de los datos que ayudaron a realizar la reconstrucción hipotética de este edificio fueron proporcionados por la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, enfermera del hospital desde sus primeros años.



4.40 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Tercera etapa, primer nivel. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.



4.41 Plano de distribución arquitectónica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Tercera etapa, segundo nivel. Escala 1:500. Reconstrucción hipotética elaborada por el autor en base a consulta de planimetría periódica, entrevistas y observación de campo.

Distribución por áreas y departamentos. Tercera etapa

Con respecto a las secciones de hospitalización privada, éstas tuvieron su origen como respuesta para solventar los problemas financieros del hospital, para este momento la demanda se había incrementado por lo que las donaciones de particulares y fieles católicos resultaban insuficientes para el mantenimiento del hospital, fue por esto que se pensó en la creación de salas privadas y semiprivadas de hospitalización donde los pacientes que

desearan tener este beneficio y pudieran pagar por él disfrutaran de habitaciones independientes y de este modo con lo obtenido por el pago de dichas habitaciones sirviera para el mantenimiento de las salas generales. Se construyeron dos secciones, la primera en planta alta en el costado norte del edificio con seis habitaciones de carácter semiprivado con sus respectivos baños así como un consultorio y comunicación inmediata con la capilla.



4.42 Fotografía de un grupo de enfermeras del hospital tomada en el segundo jardín del mismo en el que se aprecia la construcción de la planta alta en su totalidad.

Fuente: Archivo personal Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega.

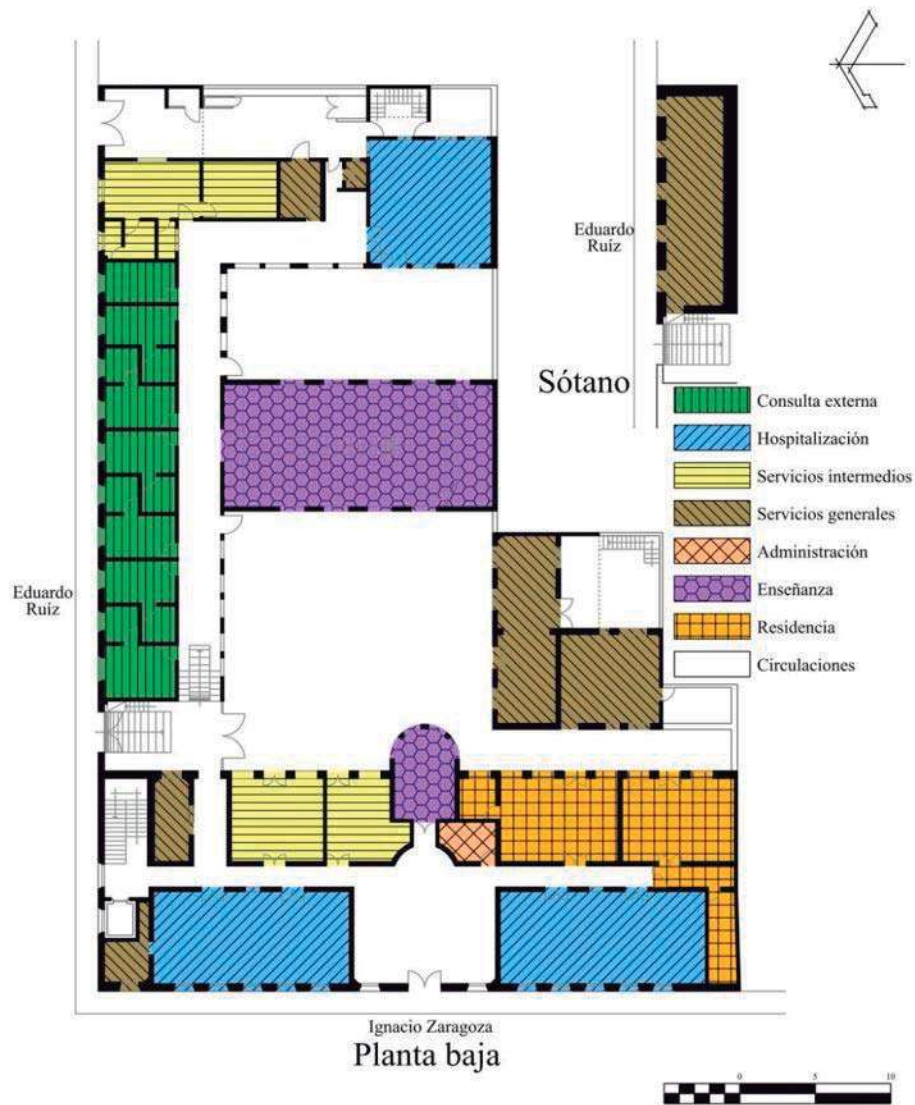
Al poco tiempo se requirió de una segunda sección de hospitalización, esta de carácter privado, la cual su ubicó en un tercer nivel al lado poniente del inmueble completamente aislada de otras secciones del hospital y que contaba con veinte habitaciones, cada una con baño privado y una de ellas especial de dimensiones superiores a las del resto.

Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	171.00 m ²	5.2 %
Hospitalización	1 230.00 m ²	37.7 %
Servicios intermedios	198.00 m ²	6.1 %
Servicios generales	529.00 m ²	16.2 %
Administración	10.00 m ²	0.3 %
Enseñanza	186.00 m ²	5.7 %
Residencia	175.00 m ²	5.4 %
Circulación	768.00 m ²	23.4 %
Construcción total	3 267.00 m ²	100.0 %

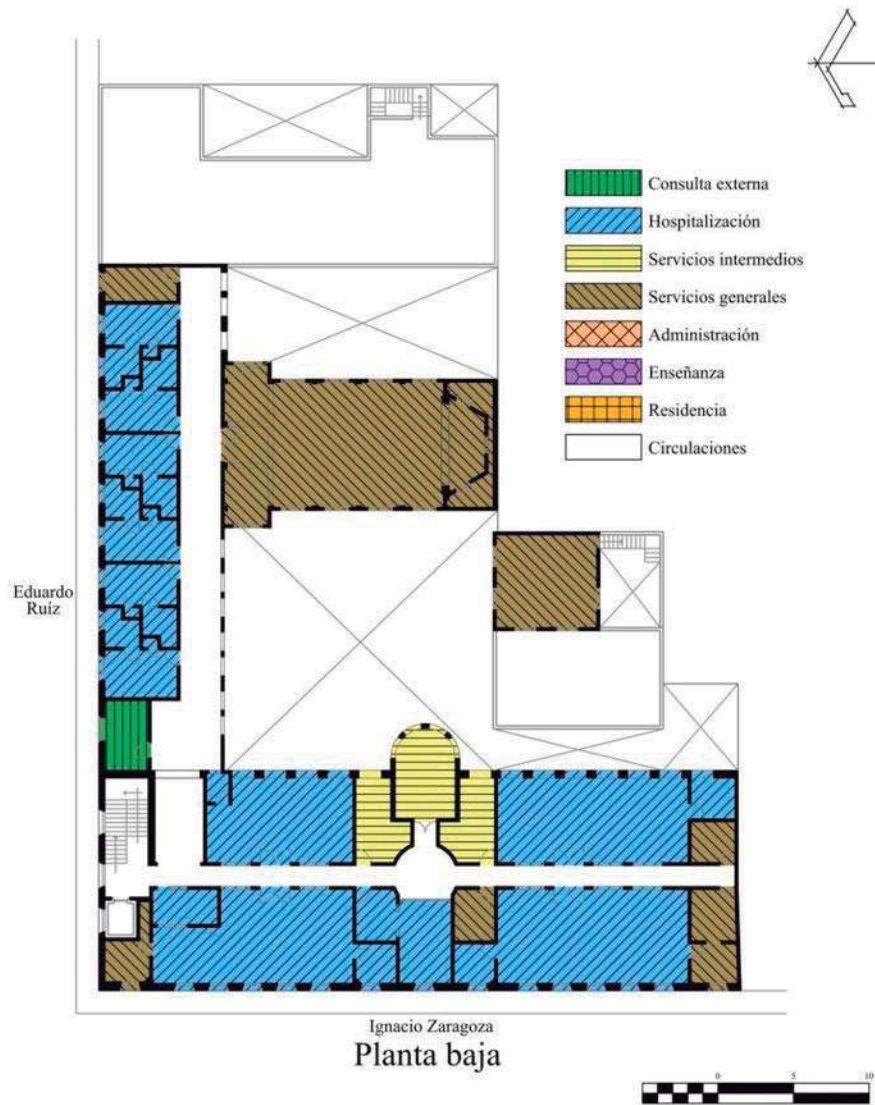
4.43 Tabla de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Tercera etapa.

Tabla elaborada por el autor.

Contaba además con una cocina de distribución, central de enfermeras y áreas de residencia médica. Esta era sin duda la zona más aislada del hospital, la que contaba con todos los servicios necesarios y propios de un área de hospitalización y obteniendo por completo el carácter de privada.



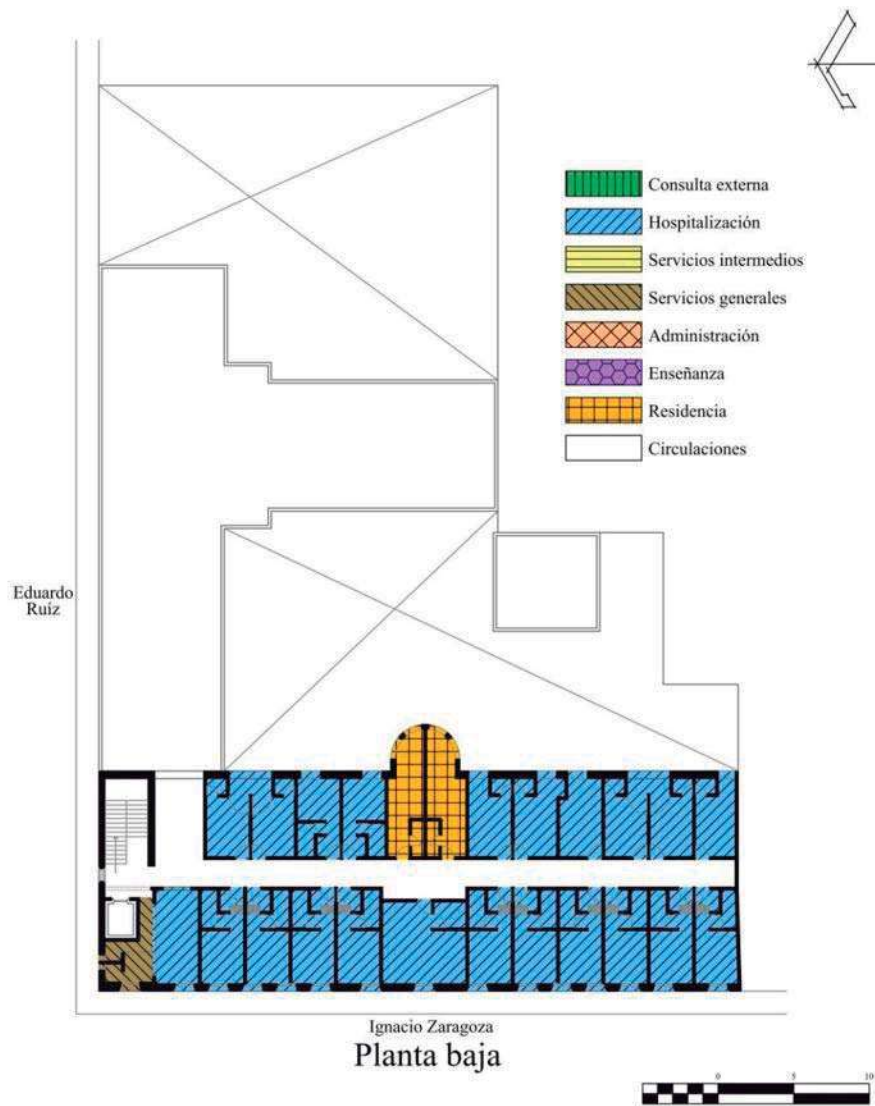
4.44 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
Tercera etapa, planta baja. Escala 1:500.
Plano elaborado por el autor.



4.45 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
Tercera etapa, primer nivel. Escala 1:500.
Plano elaborado por el autor.

La comunicación de las nuevas áreas del hospital conservaba los mismos patrones que el resto del proyecto, largos pasillos paralelos a las calles que delimitaban la esquina del predio y perpendiculares entre ellos, y en torno a espacios abiertos comunicando los diversos espacios hacia uno o ambos constados de estos, por lo mismo la distribución del edificio podía considerarse longitudinal a través de dos ejes principales de comunicación y distribución lo que daba al edificio una característica forma de "L" por la escuadra que formaban dichos ejes de circulación, aunque para algunos y considerando la totalidad de los

espacios así como la superficie de construcción del edificio, éste se podría entender con una forma peculiar de la letra “G”, como en la enseñanza que se les dio a las estudiantes de la Escuela de Enfermería de la propia institución en los primeros años de ésta con la finalidad de que entendieran de una manera más práctica la forma del edificio y pudieran desenvolverse mejor en él.²⁴



4.46 Plano de distribución de áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.
Tercera etapa, segundo nivel. Escala 1:500.
Plano elaborado por el autor.

²⁴ Entrevista realizada a la Lic. Enf. Martha Alcaraz Ortega, actual directora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Señora de la Salud, estudiante de la misma en sus inicios y enfermera del hospital desde sus primeros años, Morelia, Michoacán, 14 de mayo de 2009.

Las circulaciones verticales se mantuvieron por medio de tres escaleras, las de servicio en el extremo sureste únicamente de acceso a la azotea de la sala de infectología, las ubicadas al sur para comunicar la cocina general con el comedor, y las escaleras principales así como las rampas localizadas en el extremo noroeste del edificio en el vértice de los pasillos principales y que comunican todos los niveles del hospital, creando de este modo los tres ejes de comunicación X, Y y Z, el primero de ellos transversal mediante el pasillo poniente, el segundo longitudinal a través del pasillo norte, y el tercero vertical por medio de las escaleras principales. Posteriormente se creó en esta misma área el núcleo de circulaciones verticales completo con la adquisición de un elevador que fue colocado justo frente a dichas escaleras y el cual fue donado en el año de 1959 facilitando así las labores del hospital y mejorando la calidad del servicio.²⁵

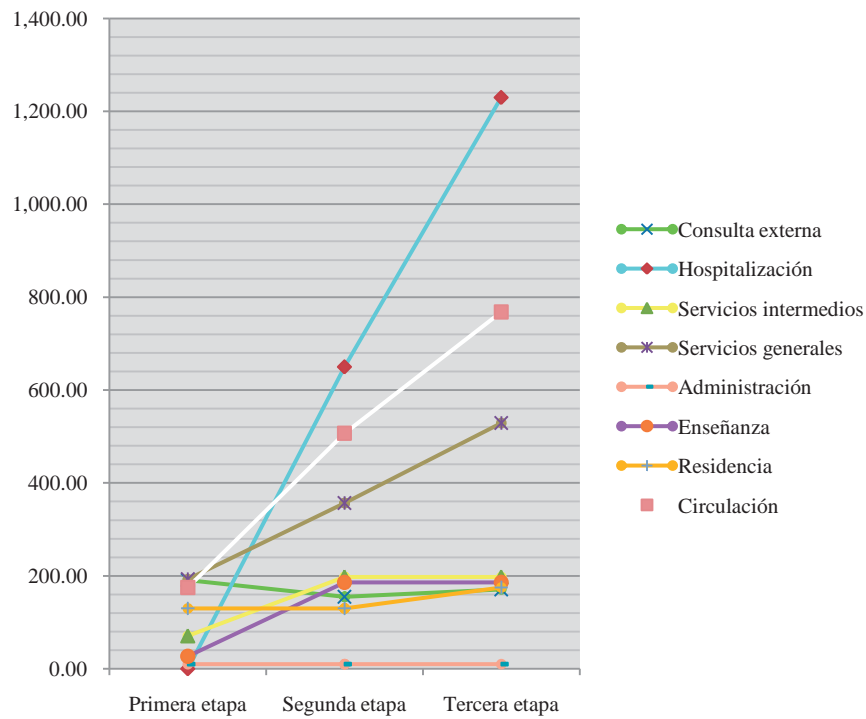
Conclusiones

Lo que se puede observar a través de estas tres etapas de construcción del edificio a lo largo de poco más de diez años es un aumento considerable en las áreas de hospitalización, desde la primera etapa en la que se carecía de estas zonas hasta la tercera en la que llegan a ocupar casi el 40% de la superficie total de construcción, esto debido evidentemente a la gran demanda prácticamente inmediata que tuvo el hospital la cual se justificó con la creación de las salas de hospitalización privada y que además ayudaron a las futuras ampliaciones del hospital.

En la primera etapa del proyecto se puede apreciar un cierto equilibrio en la distribución de las áreas mientras que en las siguientes etapas con el aumento de las zonas de hospitalización se puede ver por consiguiente un aumento en las áreas directamente relacionadas como lo son servicios generales y circulaciones, por su parte el resto de las áreas se mantuvieron relativamente constantes al menos durante los primeros años ya que a la postre inmediata las inminentes ampliaciones serían enfocadas hacia otras áreas como la de servicios intermedios con la inclusión de nuevos servicios, sobre todo un mayor número de quirófanos, la de administración con la creación de nuevos espacios que organizaran la

²⁵ Hospital de Nuestra Señora de la Salud, *op.cit.*, p. 5.

creciente institución, y el área de residencia con la construcción de una sección más amplia y de mayor privacidad para las Hermanas de la Caridad en el tercer piso del costado norte.

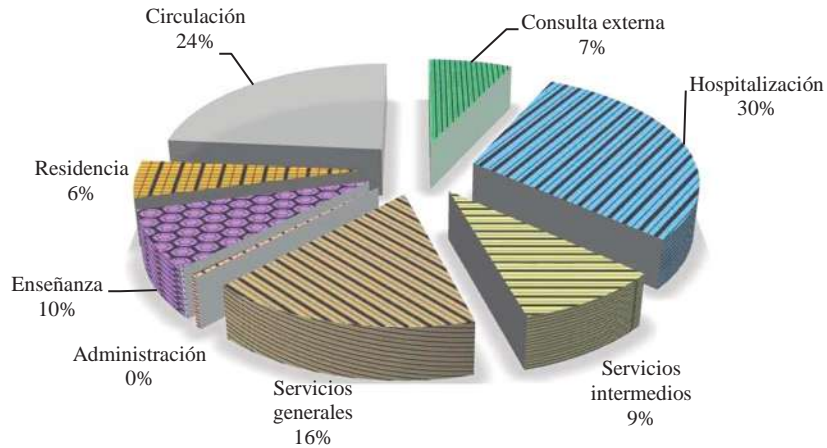


4.47 Tabla de la evolución de las áreas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud a través de sus tres etapas de construcción. Gráfica elaborada por el autor.

Finalmente cabe aclarar que, se considera como el proyecto original hasta la segunda etapa de construcción, debido a la falta de los planos originales y considerando las memorias de personas involucradas en el hospital y sobre todo en los primeros años de vida de éste, la documentación obtenida y la observación de los rasgos físicos del edificio. Sin embargo se hace referencia a las primeras tres etapas, de muchas que ha tenido el hospital, por cuestiones de trascendencia en los inicios y futuro desarrollo del hospital.

La primera etapa constituye el inicio inmediato y de cierto modo apresurado en la prestación de servicios de hospital, lo cual se hace evidente y es un indicativo de un proyecto aún inconcluso por ciertos aspectos del edificio que muestran un proyecto más complejo. La segunda etapa es considerada como la que denota el proyecto original porque se puede observar un proyecto completo, carente quizá en algunos aspectos si se le compara

con otros proyectos de mayor complejidad pero con lo necesario para cumplir la función y los propósitos originales para los que fue concebido y con las posibilidades constructivas que requieren los edificios destinados al cuidado de la salud.



4.48 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el proyecto original (segunda etapa).
Gráfica elaborada por el autor.

La tercera etapa por su parte se considera la primera ampliación de importancia y su relevancia radica en dos aspectos principalmente que dieron solución a dos importantes problemas del hospital, por un lado la inclusión de un elevador que cubrió una carencia importante del edificio y facilitó sus labores, y por el otro la creación de salas de hospitalización privadas que solucionaron los problemas financieros del hospital y lo hicieron autosuficiente desligándolo de su dependencia de las donaciones de capillas y particulares.

Sanatorio La Inmaculada (1949)

Antecedentes y ubicación

Hacia finales de la década de los cuarenta surgió en Morelia otra institución de salud fundada por la iniciativa privada que correspondía al Clero. Es así como en el año de 1949 se inauguró el Hospital de la Misericordia como se llamó originalmente, obra del Ing. Jaime Sandoval, ubicándolo en la colonia Vasco de Quiroga, del lado noreste de la ciudad.



4.49 Croquis de localización del Sanatorio La Inmaculada de 1949.

Ubicación en un mapa de la ciudad de 1949 y vista aérea actual.

Fuente mapa: Croquis digitalizado por el autor en base a cartografía histórica de Morelia facilitada por el Dr. Salvador García Espinosa.

Imagen: © 2009 Google © 2009 DigitalGlobe.

Diseño general

El terreno sobre el cual se construyó el hospital constaba de una superficie de más de 2,000 metro cuadrados de los cuales poco más del 15% correspondía a superficie construida mientras que el resto correspondía a una extensa área jardinada, propia de las labores de un sanatorio basado en sistemas naturales de tratamiento para los pacientes. Posteriormente el hospital cambiaría su nombre para ser llamado el Sanatorio La Inmaculada, el cual lo ha acompañado hasta nuestros días.

Superficies	Metros cuadrados	Porcentaje
Superficie de construcción	366.00 m ²	16.8 %
Áreas abiertas	1 818.00 m ²	83.2 %
Superficie del terreno	2 184.00 m ²	100.0 %

4.50 Tabla de superficies del Sanatorio La Inmaculada.
Tabla elaborada por el autor.

El edificio estaba compuesto de dos niveles de superficies similares y ubicándose en la esquina noreste del predio formada por las calles Tejedores de Aranza y Madrigal de las Altas Torres. De esta manera el edificio conformaba la fachada del hospital dejando detrás y de manera aislada el área de jardín para tranquilidad de los pacientes; además de esta extensa área trasera se encontraba una segunda área de jardín de menores dimensiones al frente del edificio conformando un colchón vegetal que separara un poco al edificio de la calle. Este sistema se repetiría posteriormente en otros centros de salud como el Sanatorio la Luz y la Clínica de Salubridad. En cuanto a la composición del edificio este constaba de un cuerpo longitudinal con movimiento en la fachada mediante volúmenes que sobresalen, dos de ellos en los costados del cuerpo del edificio y un tanto discretos mientras que en el centro del edificio sobresalía un volumen que realzaba el acceso principal mediante un pórtico con arcos de medio punto sobre el cual se disponía una terraza con las mismas características del pórtico para terminar con un remate ornamentado con una cornisa y que envolvía un nicho para la colocación de una figura religiosa.

Había una proporción razonable en la relación de vanos y macizos predominando estos últimos y siendo los primeros equitativos entre ellos en ambos niveles con excepción de los que se ubicaban a los extremos de la fachada los cuales eran de una proporción del doble que los demás. La misma proporción se observaba en la fachada posterior mientras que en las fachadas laterales el predominio del macizo era evidente sobre el vano. Finalmente en relación a estas fachadas laterales hay que mencionar la existencia de dos vanos con arco de medio punto al centro de la fachada, correspondientes a vestíbulos en planta baja y a terrazas en planta baja; en ambas fachadas laterales un espacio por lado de cada uno de los mencionados.

En cuanto a los materiales del edificio la estructura la constituían los muros de tabique recubiertos con acabados lisos y colores claros, la losa de entrepiso se resolvió mediante viguería mientras que la cubierta superior era inclinada con teja de barro. Por último se utilizó una base de piedra volcánica en el edificio y posteriormente una cerca del mismo material.

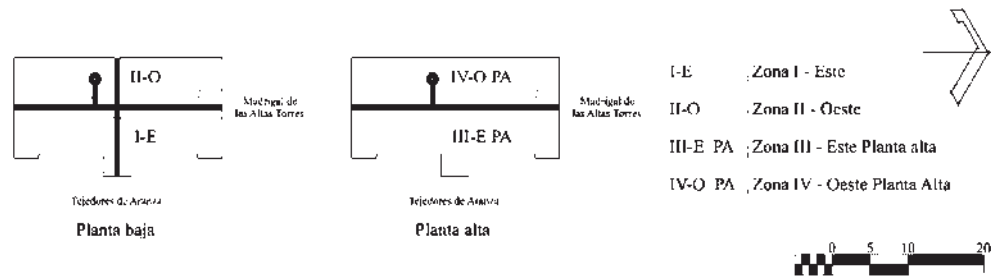


4.51 Fotografía actual de la fachada oriente del Sanatorio La Inmaculada.
Fotografía: Eder García Sánchez

Distribución general

Como ya se mencionó el edificio estaba conformado por dos plantas cada una de ellas compuesta por un bloque longitudinal que corría de norte a sur y ambas también con un volumen que sobresalía al centro de la fachada oriente. La circulación del edificio se realizaba por medio de largos pasillos que corrían en la misma dirección que cada uno de los bloques en ambas plantas aunque en planta baja se puede considerar una línea más de circulación perpendicular a las antes mencionadas. Esta línea de circulación era la que comunica las tres secciones del sanatorio, acceso, cuerpo del edificio y área de jardín trasera. Al ingresar por el acceso principal se podía continuar mediante una línea de circulación la cual pasaba por el vestíbulo, cruzaba perpendicularmente el pasillo de circulación, pasaba por una segunda área de vestibulación para finalmente dar acceso al área de jardín. Por último, junto a dicha zona previa al área de jardín, de lado izquierdo de esta, se encontraban las escaleras que comunican ambas plantas del edificio. En cuanto a los pasillos principales como ya se mencionó, su disposición era paralelos al edificio

dividiendo a éste en dos zonas, en el caso de planta baja a partir del vestíbulo de acceso se partía a través del pasillo en ambos sentidos para acceder a todos los espacios de la planta baja mientras que en la planta alta se hacía lo propio a partir de que se sube por las escaleras para acceder a este nivel.

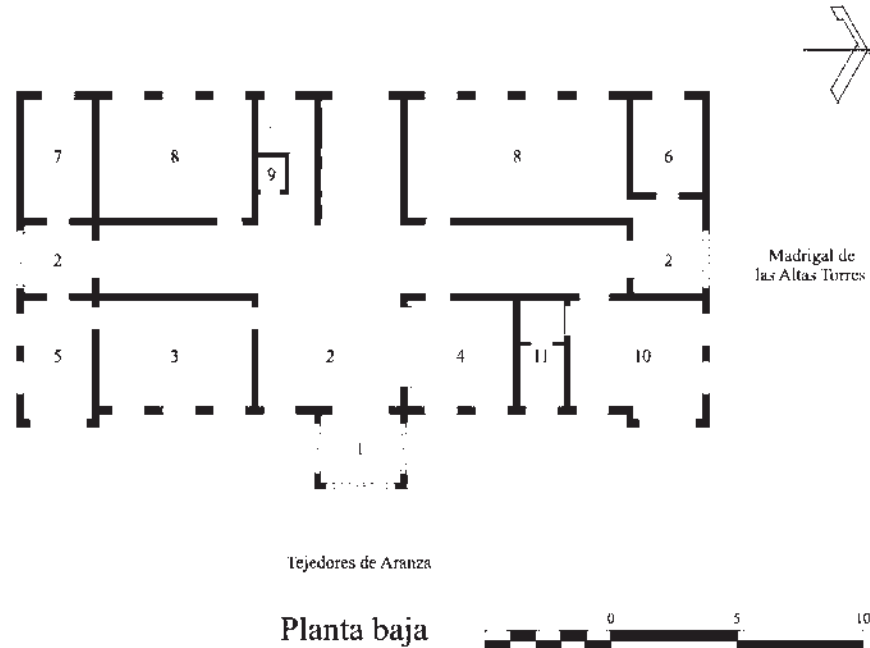


4.52 Croquis de circulaciones principales del Sanatorio La Inmaculada. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

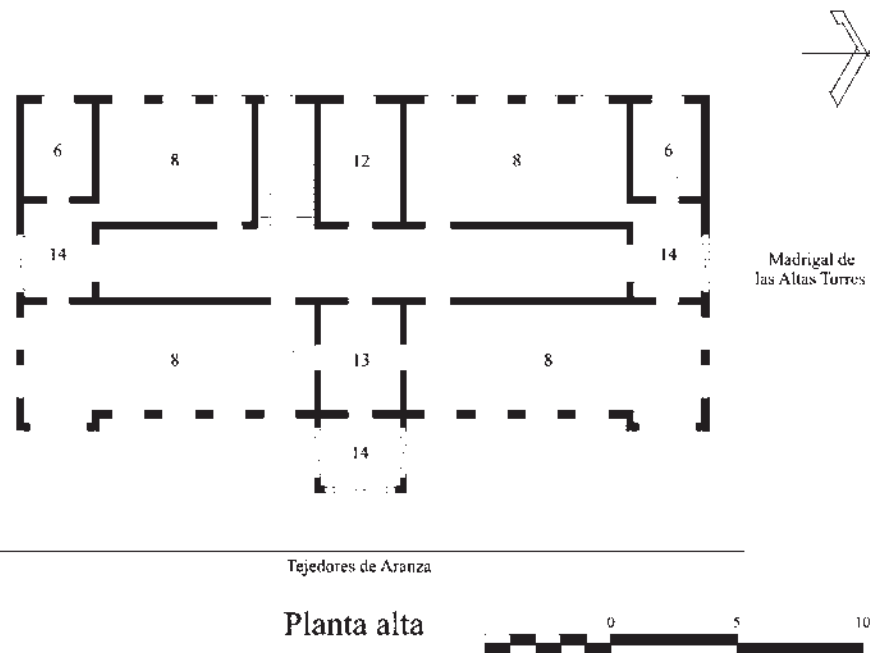
A diferencia de la comparativa que se realizó en el resto de los edificios analizados en el presente trabajo con respecto a su forma en planta comparándola con letras para su fácil comprensión, en el caso del Sanatorio la Inmaculada no se puede hacer dicha comparación ya que, debido a las dimensiones del edificio muy por debajo de las del resto de los edificios analizados y a la forma de concentrar los espacios en un solo bloque, dicha comparación no es viable ya que sería muy forzada, simplemente el edificio se distribuía a lo largo de un bloque longitudinal. Aun considerando la posición y distribución del edificio con respecto al predio total no se puede tener una comparativa de este tipo, ya que como se mencionó, el edificio se encontraba ubicado en una de las esquinas del mismo dejando al área de jardín que comprendía el resto del predio como una sección prácticamente independiente en cuanto a la forma del hospital debido a la falta de construcción. Sin embargo, posteriormente y con las ampliaciones realizadas en los años consecuentes en la zona sur del predio y perpendiculares a este bloque longitudinal, el edificio tomaría entonces una forma semejante a la letra “L”.

Distribución arquitectónica del Sanatorio La Inmaculada.

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 1. Pórtico. | 8. Sala de hospitalización. |
| 2. Vestíbulo. | 9. Aseo. |
| 3. Consultorio. | 10. Sala de operaciones. |
| 4. Oficina. | 11. Esterilización. |
| 5. Farmacia. | 12. Residencia enfermeras. |
| 6. Baño. | 13. Enfermera en turno. |
| 7. Ropería. | 14. Terraza. |



4.53 Plano de distribución arquitectónica del Sanatorio La Inmaculada. Planta baja. Escala 1:300.
Plano digitalizado por el autor a partir del plano original.
Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.



4.54 Plano de distribución arquitectónica del Sanatorio La Inmaculada. Planta alta. Escala 1:300.
Plano digitalizado por el autor a partir del plano original.
Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469.

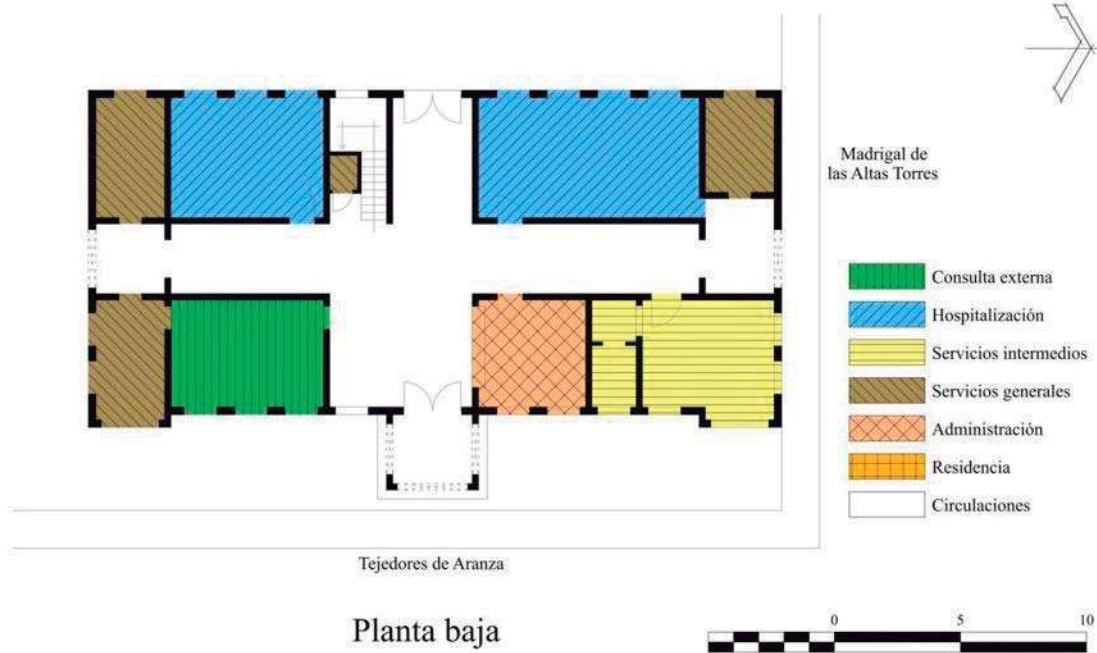
Distribución por áreas

En cuanto a la distribución de las áreas del sanatorio se puede ver claramente el predominio de dos áreas principalmente, el área de hospitalización y el área de circulación, entre ambas representaban cerca del 75% del área total de superficie construida. Con respecto al área de hospitalización la cual representaba poco menos del 40% de la superficie total de construcción, ésta se lograba por medio de grandes salas de hospitalización en ambas plantas del edificio; mientras que por otro lado, el área de circulación representaba un alto porcentaje de superficie a pesar de tener los espacios concentrados en una sola unidad edificada y que por consiguiente esto conllevaría en menor circulación para comunicar los espacios del sanatorio, sin embargo su alto porcentaje se debe al número de áreas de vestibulación y terrazas distribuidas a través del edificio.

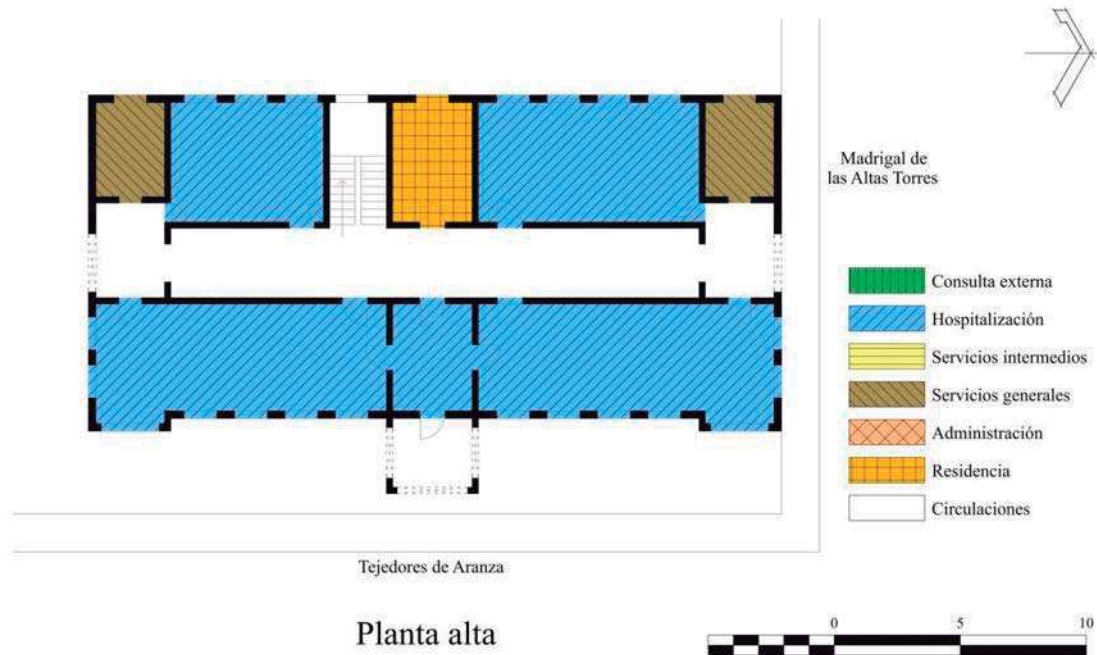
Áreas	Metros cuadrados	Porcentaje
Consulta externa	30.00 m ²	4.1 %
Hospitalización	289.00 m ²	39.5 %
Servicios intermedios	39.00 m ²	5.3 %
Servicios generales	73.00 m ²	10.0 %
Administración	21.00 m ²	2.9 %
Enseñanza	0.00 m ²	0.0 %
Residencia	19.00 m ²	2.6 %
Circulación	261.00 m ²	35.6 %
Construcción total	732.00 m ²	100.0 %

4.55 Tabla de áreas del Sanatorio La Inmaculada.
Tabla elaborada por el autor.

Con respecto a estas dos áreas hay que mencionar un aspecto a resaltar y que comparten una característica en común, la circulación vertical, ya que siendo un edificio de salud requería de otro tipo de circulaciones además de las escaleras, las cuales facilitarían el ascenso y descenso de los pacientes hospitalizados en planta alta. Por lo tanto es posible que al tener salas de hospitalización en ambas plantas del edificio la estadía de un paciente en una sala u otra dependiera de la gravedad de la enfermedad o el padecimiento, de este modo teniendo en planta baja a los pacientes más graves o a aquellos que no pudieran hacer uso de las escaleras.

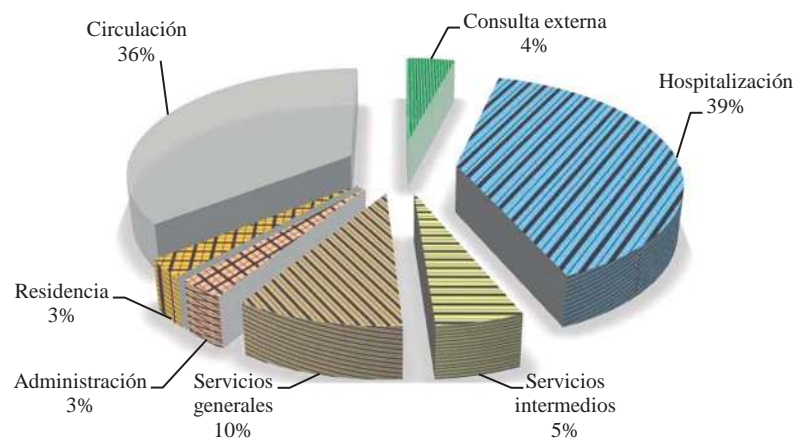


4.56 Plano de distribución de áreas del Sanatorio La Inmaculada.
Planta baja. Escala 1:300.
Plano elaborado por el autor.



4.57 Plano de distribución de áreas del Sanatorio La Inmaculada.
Planta alta. Escala 1:300.
Plano elaborado por el autor.

En cuanto al resto de las áreas se observa una proporción equitativa y correspondiente a la promedio del resto de los edificios de salud de la época resaltando únicamente dos aspectos; por un lado la carencia de un área de enseñanza, el no contar con un área en específico de enseñanza no debió suponer que ésta no se llevara a cabo en el sanatorio, sino que es posible que ésta se realizara directamente en la práctica, aprendiendo de los médicos y enfermeras más experimentados pero teniendo una preparación previa a la práctica y fuera del sanatorio ya que este no contaba con aulas, auditorios ni algún otro espacio destinado exclusivamente a la enseñanza. Por otro lado, la segunda área a resaltar es la de servicios generales, la cual representaba tan solo el 10% de la superficie total de construcción, un porcentaje muy por debajo a lo que se observaba en los centros de salud de la época. Esto se debió a la concentración de los espacios, ya que al tenerlos todos en una misma unidad la necesidad de tener un mayor número de departamentos de servicios distribuidos en varias zonas del edificio se hizo obsoleta, la concentración de espacios conllevó en la concentración de servicios y por lo tanto en la disminución de los porcentajes de éstos.

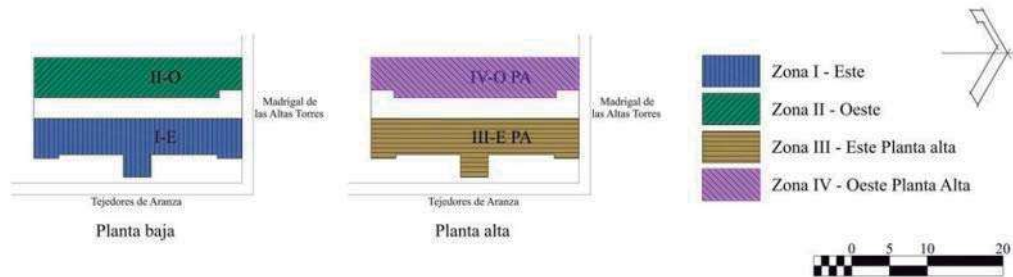


4.58 Gráfica de distribución de las áreas por porcentajes del Sanatorio La Inmaculada.
Gráfica elaborada por el autor.

Análisis de departamentos y zonas

Como ya se mencionó el edificio estaba formado por un solo bloque longitudinal compuesto por dos plantas, cada una de ellas conteniendo un largo pasillo a través de la longitud de la planta y a la mitad de esta para comunicar a todos los departamentos. Por lo

tanto se puede entender que el edificio en total se encontraba conformado por cuatro zonas principales, una a cada costado de cada uno de los pasillos de circulación principal.



4.59 Croquis de distribución por zonas del Sanatorio La Inmaculada. Escala 1:1000.
Croquis elaborado por el autor.

La primera zona este en planta baja es en la que se encontraba el acceso principal del edificio y por lo tanto la mayoría de sus espacios correspondían a la sección pública del sanatorio. Se accede a través de un pórtico conformado por arcos para posteriormente acceder al vestíbulo principal el cual además fue utilizado como sala de espera. A la derecha del vestíbulo se encontraba la única área administrativa del sanatorio, la cual se componía únicamente de una gran oficina con comunicación al vestíbulo mediante una gran ventanilla.

Del lado izquierdo del acceso se ubicaba el departamento de consultorio, de grandes dimensiones por lo que es posible que no fuera destinado a un solo consultorio sino que se halla dividido en dos o hasta tres cubículos. Continuo a este departamento y con acceso inmediato a través de este además de un acceso a través de un pequeño vestíbulo al final del pasillo principal, se encontraba la farmacia, que conformaba uno de los pequeños volúmenes que sobresalían en la fachada en el extremo sur de ésta. Por último en el extremo norte de esta zona se encontraba el área de servicios intermedios, la cual estaba conformada por una sala de operaciones con su respectivo departamento de esterilización.



3.60 Fachada del Sanatorio La Inmaculada. Maqueta virtual elaborada por el autor.

La segunda zona oeste en planta baja correspondía a la primera área de hospitalización del sanatorio con sus respectivos departamentos de servicios generales los cuales se conformaban por un baño, el departamento de ropería y un pequeño departamento de aseo ubicado debajo de las escaleras. En lo que respecta al área de hospitalización, ésta se conformaba por dos grandes salas ubicadas una a cada extremo de la zona de las cuales se desconoce la capacidad original de camas pero en base al área de las salas y la superficie estimada que ocuparía una cama de hospitalización observando los ejemplos previamente estudiados en el presente trabajo, en los cuales dicha superficie es de aproximadamente de cuatro a seis metros cuadrados por cama, hipotéticamente se puede decir que la capacidad de camas por cada sala en este caso sería de cinco camas en la sala sur de ésta zona y seis camas en la sala norte.

La tercera zona este de planta alta correspondía completamente al área de hospitalización, conformada por dos grandes salas, las de mayores dimensiones en el sanatorio, y una central de enfermeras o departamento de enfermera en turno ubicado al medio de ambas salas y que posterior a él se encontraba una terraza, que correspondía a la contraparte del pórtico de planta baja ubicado debajo de ésta. En cuanto a la capacidad hipotética de camas por cada una de estas salas se piensa ésta sería de diez camas por sala.



4.61 Maqueta virtual del Sanatorio La Inmaculada, elaborada por el autor en base a la reconstrucción hipotética del proyecto.

Finalmente se tiene la cuarta zona oeste de planta alta, la cual también correspondía al área de hospitalización conformada por dos salas de capacidades hipotéticas de seis camas la sala norte y tres camas la sala sur, con dos baños ubicados uno a cada extremo de la zona y que daba servicio no solo a la sala correspondiente de esta zona sino también a su contraparte de la zona este. Como antesala de cada uno de estos baños se tenía una pequeña terraza en cada extremo de la planta. Por último se ubicaba entre estas dos últimas salas un departamento destinado a residencia de enfermeras, donde estas podían descansar hasta que tenían su respectivo turno y pasaban al departamento de en frente, el ya antes mencionado correspondiente precisamente a la enfermera en turno o central de enfermeras.

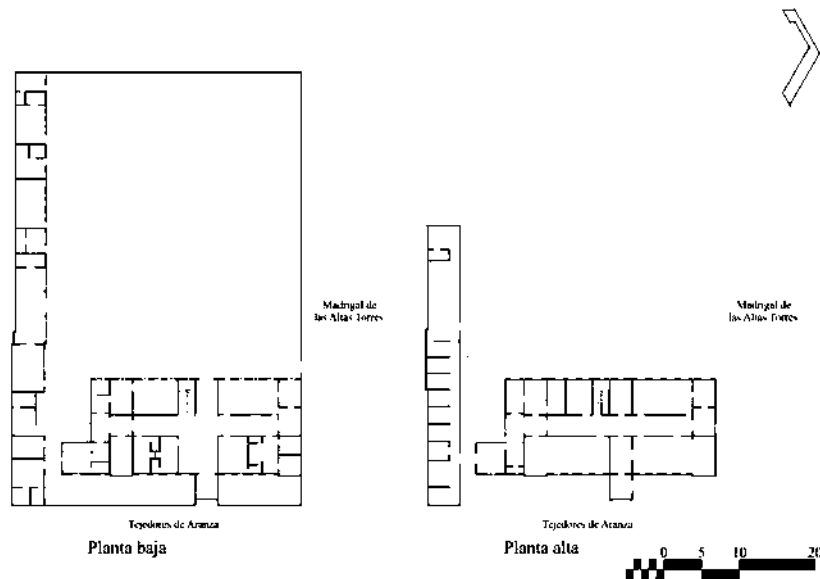
Ampliaciones

El sanatorio ha sufrido múltiples modificaciones que para enumerarlas todas sería necesario un análisis detallado que equivaldría al de un edificio totalmente distinto. De manera general se puede decir que el fachada los detalles que se han modificado son la renovación de los acabados, el cierre de uno de los vanos en planta alta, la eliminación del detalle del

remate sobre la terraza principal, pero sobre todo la eliminación de las cubiertas inclinadas en planta alta para darle al sanatorio una apariencia completamente acorde a la modernidad de la ciudad en sus edificios de la época.

En cuanto a la distribución de los espacios del edificio muchos de ellos se han dividido, muchos otros cambiaron su ubicación y aparecieron otros nuevos como la capilla en planta alta que se adecuó en uno de los espacios ocupados por una de las salas de hospitalización. Respecto a las áreas de hospitalización hay que mencionar que estas cambiaron su carácter, desapareciendo las salas generales para dar paso únicamente a salas privadas y semiprivadas, tanto por las generales que fueron divididas para convertirlas en semiprivadas o privadas como por las que se construyeron bajo esta característica.

Finalmente se construyó una zona de departamentos del costado sur del predio en ambos niveles, los cuales correspondieron al área de hospitalización en planta alta y teniendo el carácter de privada, mientras que en planta baja correspondieron a las áreas de servicios generales como cocina, comedor, lavandería y bodega, y servicios intermedios con departamentos de laboratorios.



4.62 Planos correspondientes al Sanatorio La Inmaculada en su estado actual en los que se puede apreciar las modificaciones que ha sufrido, destacando la construcción de la zona sur del sanatorio.

Planta baja y planta alta. Escala 1:1000.

Fuente: Archivo del proyecto *Arquitectura y Urbanismo Modernos en Morelia, Instrumentos para su Gestión*, FOMIX 64469. Plano digitalizado por Gloria Belén Figueroa Alvarado.

Conclusiones

En el caso del Sanatorio de la Inmaculada se puede observar que el área más importante es la de hospitalización, desde sus inicios en donde comprendía cerca del 40% de la superficie total de construcción hasta su estado actual en el que las ampliaciones realizadas al inmueble, si bien es cierto se han realizada enfocadas en varias de las áreas del hospital, el área de hospitalización no ha sido descuidada en lo más mínimo, desde las adecuaciones en los espacios ya construidos que simplemente se subdividieron sin perder de vista su función original en la mayoría de ellos, hasta la creación de toda una nueva sección de hospitalización privada en la segunda planta del nuevo cuerpo del edificio, el área de hospitalización continua siendo la de mayor importancia.

Con estas modificaciones vinieron dos aspectos interesantes y que ejemplifican claramente lo que es la evolución de los centros de salud, y es precisamente la adecuación de los espacios a los procesos médicos contemporáneos, los conceptos de salud y las necesidades cotidianas, de ser un edificio que como ya se mencionó daba gran importancia al área de hospitalización teniendo el resto de ellas con los espacios mínimos suficientes y que en su momento bastaban para satisfacer las demandas, se tuvo que adecuar a la evolución médica ya mencionada con la creación de nuevos espacios, entre ellos áreas de laboratorios que no existían y quizá no se contemplaron pero que el tiempo hizo necesaria su aparición, así como por supuesto áreas de servicios generales más completas acorde a la creciente demanda del sanatorio, de contar en un inicio únicamente con algunos baños, una pequeña área de ropería y otra de aseo, fue necesaria la creación de departamentos más complejos para la preparación y servicio de alimentos, así como áreas de lavandería y bodega.

En resumen, el Sanatorio la Inmaculada es un claro ejemplo de lo que han vivido la mayoría de los centros de salud de la ciudad con el paso del tiempo, una constante evolución a la par de los conceptos de salud que evolucionan constantemente y a pasos agigantados así como el satisfacer una creciente demanda de los servicio de salud en la ciudad, pero para poder lograr esto es necesario haberlo previsto al momento de diseñar un edificio de este tipo, en el caso de la arquitectura hospitalaria esta no solo debe responder a una necesidad inmediata, sino contemplar las necesidades a futuro.

CAPÍTULO V

ARQUITECTURA HOSPITALARIA Y CONCEPTOS SOBRE LA SALUD. REFLEXIONES FINALES

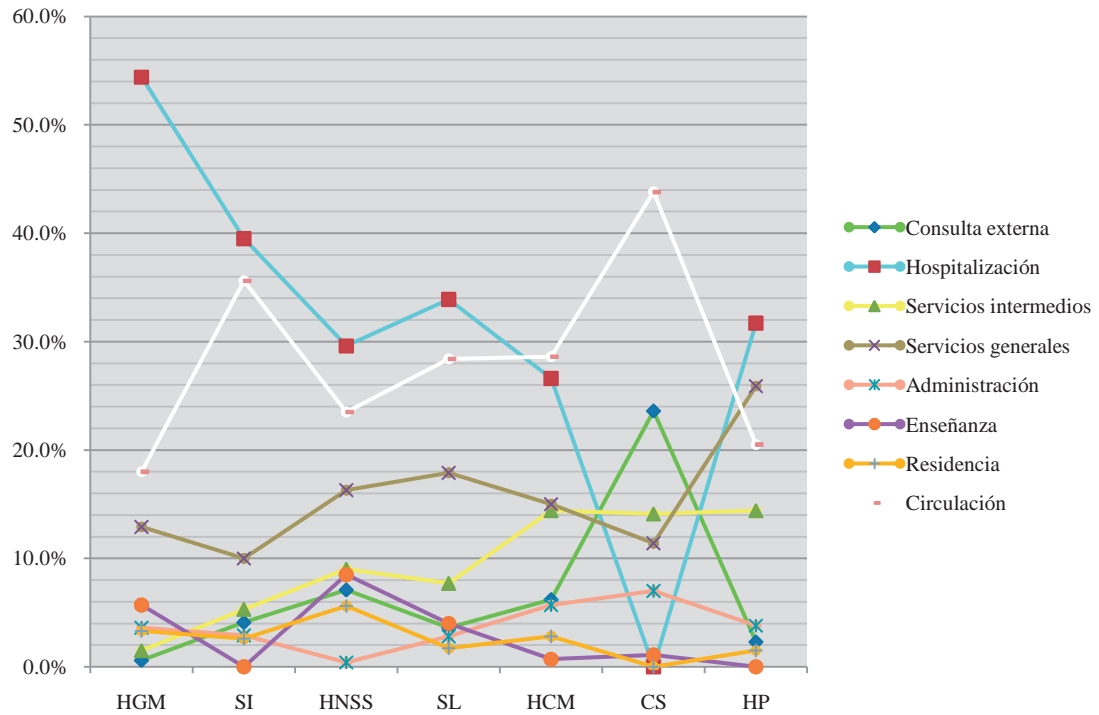
Para la realización del presente trabajo, entre los múltiples objetivos que se pretendieron alcanzar se tuvieron dos, en primer lugar el poder llegar al estado original de cada uno de los proyectos de los edificios analizados, y en segundo lugar y con base a lo anterior, analizar el funcionamiento de dichos edificios, para entender el por qué, de su diseño original y su evolución a través del tiempo.

En cuanto al primer objetivo hay que mencionar que desafortunadamente en la ciudad de Morelia no se cuentan con los registros suficientes de los edificios de salud de la época en cuestión, de los siete ejemplos analizados únicamente en dos de ellos, el Sanatorio La Luz y el Sanatorio La Inmaculada, se pudo encontrar el plano original. En el caso del Hospital General de Michoacán del cual ya no existe el edificio, solo se obtuvo el plano original de la planta de conjunto, mientras que de la planta alta del edificio principal se tuvo que hacer una reconstrucción del proyecto en base a la documentación obtenida del inmueble. Del mismo modo, del resto de los otros cuatro edificios (el Hospital Civil de Morelia, la Clínica de Salubridad, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital de Nuestra Señora de la Salud) se tuvo que realizar una reconstrucción hipotética en base al estudio de planimetría periódica, observación de campo, consulta de documentación, fotografía antigua y fuentes orales, comprendiendo las modificaciones realizadas para así poder llegar a un estado original hipotético fundamentado.

Cabe aclarar que el estudio anterior se tuvo que realizar también para los edificios de los cuales sí se encontró la planimetría original, esto debido a que, en primer lugar si bien es cierto el objetivo primordial de este estudio fue llegar al estado original de los edificios también se pretendió analizar de manera superficial las principales modificaciones que los edificios han tenido a través del tiempo; en segundo lugar, el interés de confirmar que la planimetría que se encontró como original efectivamente correspondiera al estado inicial del edificio y no solo a un proyecto del mismo que al final no se llevó a cabo. Lo anterior quedó de manifiesto en el caso del Hospital Civil de Morelia en el que, como se pudo observar en el apartado correspondiente a este edificio, se encontraron unos planos que correspondían al inmueble pero no al proyecto original sino a una propuesta del mismo que finalmente no se llevó a cabo.

Sabemos que en muchas ocasiones, la mayoría de ellas, un edificio tiene diversas alteraciones, modificaciones o ampliaciones, con la finalidad de adaptarse a las necesidades de los usuarios y evolucionando con las mismas. En el caso de los edificios de salud, y en caso particular de los ejemplos analizados, los cuales en promedio tienen más de cincuenta años de antigüedad, dichas modificaciones suelen ser tan radicales que es difícil suponer a simple vista cual fue su estado original ya que los avances en el campo de la medicina, sobre todo en la última mitad del siglo pasado, han sido tan grandes que provocaron que los edificios de salud disten bastante de su proyecto original. Evidentemente y considerando lo anterior y la dificultad que conllevó la realización de una reconstrucción hipotética del proyecto en inmuebles de este tipo, se procuró que estas se acercaran lo más posible a esa realidad.

En cuanto al segundo objetivo antes mencionado, el del estudio de áreas, para el análisis de los edificios se dividió a estos en ocho áreas de trabajo y servicios, las cuales ya fueron analizadas de manera individual en cada uno de los ejemplos pero que ahora se observarán de manera conjunta.

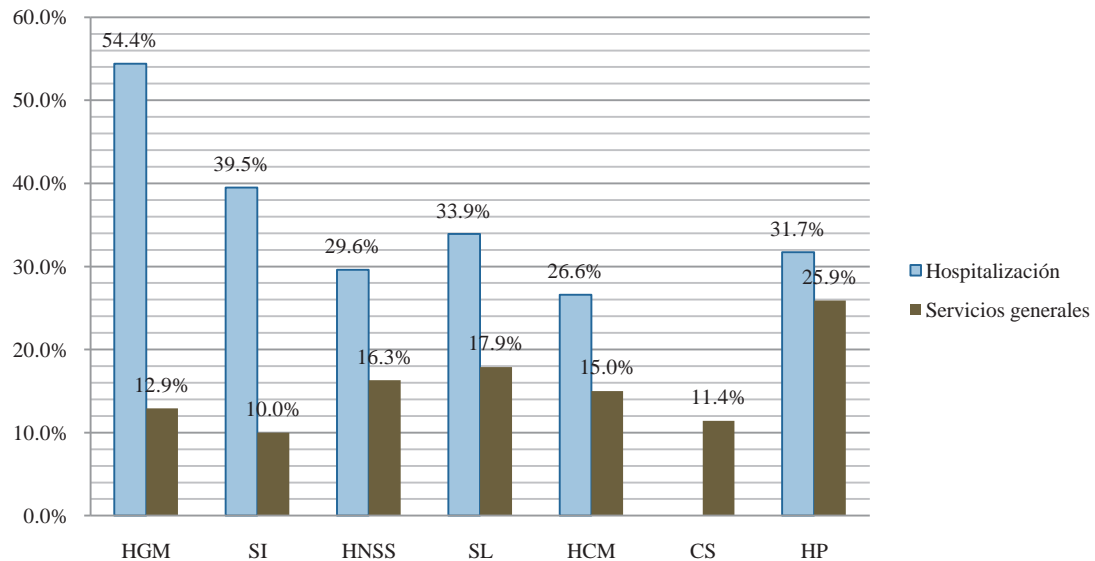


5.01 Gráfica comparativa de porcentajes de superficie de las áreas analizadas en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo, ordenados cronológicamente.¹
Gráfica elaborada por el autor.

En la gráfica anterior se puede ver la distribución de las áreas en cada edificio por porcentaje y no por metros de superficie, lo cual da una perspectiva más clara de la distribución de las áreas, observando cuáles son las áreas dominantes en cada uno pero sobre todo entre ellos. Se puede apreciar que por ejemplo en el caso del área de servicios generales es muy similar en todos los ejemplos a pesar de que, evidentemente sus superficies son muy variadas y que no son directamente proporcionales al área de hospitalización como se pudiera pensar, que entre más camas, se requiere de una mayor cantidad de superficie de servicios. En relación a esta comparativa entre las áreas de hospitalización y servicio generales, quizá el aspecto que más resalta es el de cómo entre más contemporáneo es un edificio la relación entre los porcentajes de estas dos áreas es

¹ Las abreviaciones utilizadas en las gráficas corresponden a las iniciales de los edificios y estos están ordenados cronológicamente por el año de su inauguración; HGM (Hospital General de Michoacán, 1901), SI (Sanatorio La Inmaculada, 1949), HNSS (Hospital de Nuestra Señora de la Salud, 1952), SL (Sanatorio La Luz, 1953), HCM (Hospital Civil de Morelia, 1956), CS (Clínica de Salubridad, 1956), HP (Hospital Psiquiátrico, 1958).

más estrecha; mientras que en el Hospital General, el primer edificio en la escala cronológica, existía un porcentaje mayor de áreas de hospitalización que de servicios, en el último ejemplo y más contemporáneo, el Hospital Psiquiátrico, los porcentajes son similares, esto nos dice que conforme pasaba el tiempo el concepto de salubridad e higiene fue cada vez más fuerte y una premisa de diseño de los edificios de salud fue el contar con suficientes espacios para la higiene tanto de pacientes, como de personal y del inmueble.



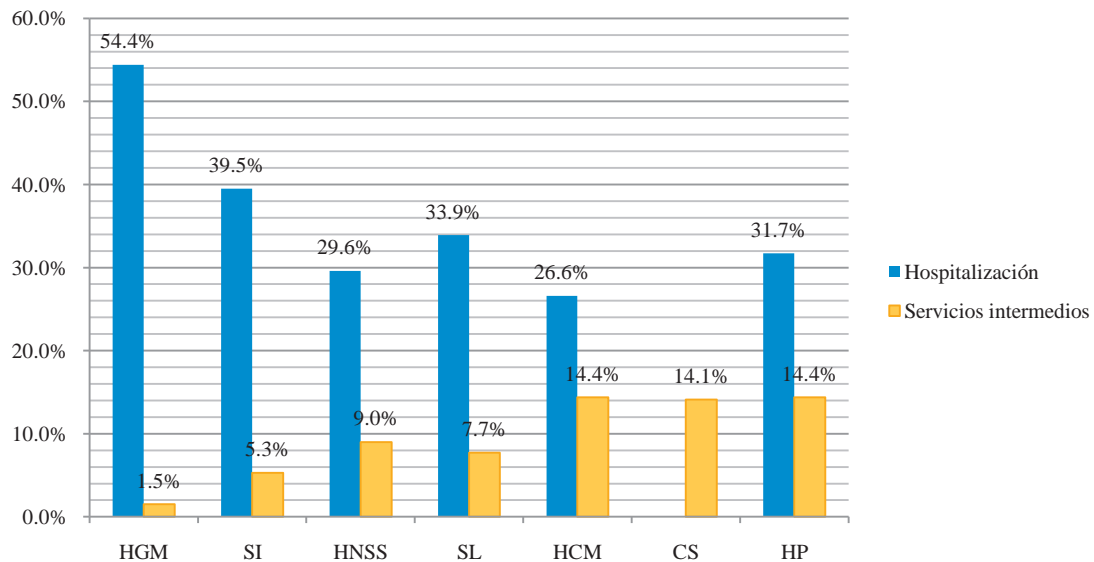
5.02 Gráfica comparativa de porcentajes de superficie de las áreas de hospitalización y servicios generales, en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo.

Gráfica elaborada por el autor.

El mismo caso se observa en las áreas de servicios intermedios comparándola con el área de hospitalización, la cual indica el número de pacientes a los que se dio servicio mientras que la primera corresponde al área destinada a los servicios que se enfocaban en la atención del enfermo. Conforme avanzan los diseños en la escala cronológica la diferencia entre estos porcentajes es menor, lo cual es un indicativo del concepto de diseño que corresponde a la atención directa del paciente; mientras que en los primeros ejemplos, y por consiguiente los más antiguos, la diferencia en porcentajes era mayor debido a que se procuró que el paciente fuera atendido mediante observación y curado por métodos naturales, conforme pasaba el tiempo y los avances médicos eran enfocados a la atención patológica del paciente, dichas áreas de servicios intermedios se ampliaron en superficie en

los edificios de salud debido a la necesidad de nuevos y más amplios espacios que cumplieran con dichas funciones, laboratorios, salas para tomas de muestras o estudios a pacientes y principalmente nuevas, más amplias y más numerosas salas de operaciones.

Mención aparte merece en la contemplación de esta área las salas de parto, las cuales forman parte de la misma; la mayoría de estos edificios de salud se construyeron en la década de los cincuenta y tal como ya se mencionó en el apartado correspondiente, alrededor de esa época en la ciudad, así como en general en el país, se tuvo un crecimiento demográfico considerable por lo que gran parte de la atención de los hospitales, sanatorios y clínicas se centró en la atención hacia pacientes del área de gineco-obstetricia, por lo que un punto importante en la concepción de los nuevos centros de salud era contemplar los espacios necesarios para la atención de mujeres embarazadas y recién nacidos, principalmente las salas de parto y los consultorios de esta especialidad, los cuales se analizarán más adelante.



5.03 Gráfica comparativa de porcentajes de superficie de las áreas de hospitalización y servicios intermedios, en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo.

Gráfica elaborada por el autor.

Por otro lado, las áreas de menor superficie en todos los casos eran generalmente las de enseñanza, administración y residencia médica. En el caso de la primera esto se debió a que en varios casos la escuela era un edificio independiente mientras que en otros casos

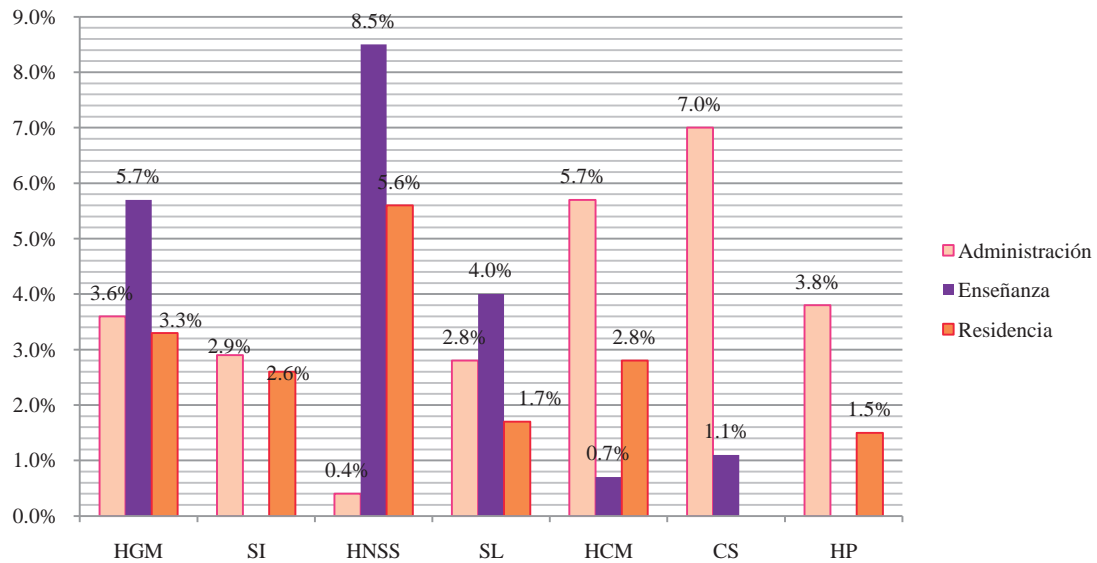
dicha área no existía como tal, simplemente se contaba con pequeños espacios destinados como aulas para la enseñanza o dichos espacios no existían, sino que la enseñanza se realizaba directamente en la práctica y la interacción estudiante-paciente, con la asesoría de médicos capacitados que los orientaran. Los dos casos que presentan un mayor porcentaje de esta área son el Hospital General de Michoacán y el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el caso del primero es el único de todos los ejemplos que contaba con una escuela como tal dentro de sus instalaciones, mientras que el segundo contaba con un gran auditorio que funcionaba tanto para la enseñanza como para la realización de actos propios del hospital.



5.04 Fotografías actuales de las Escuelas de Enfermería del Hospital Civil (1958) a la izquierda y del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (1970) a la derecha. Sin ser parte del mismo inmueble las escuelas de enfermería eran partes fundamentales de la función de enseñanza de los hospitales.
Fotografías: Eder García Sánchez.

En ambos casos se optó por independizar posteriormente las instalaciones de la escuela de las del hospital, en el caso del Hospital General de Michoacán cuando se renovó para convertirse en el Hospital Civil de Morelia en 1956, se construyó e inauguró dos años después un edificio anexo para albergar a la Escuela de Enfermería ubicándola al costado oriente del hospital en la misma manzana que este; en el caso del Hospital de la Salud se instauró la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en un edificio al norte del hospital, frente a las instalaciones de este, inaugurándose en el año de 1970. Por

tal motivo el concepto de diseño de los edificios de salud que involucraba la enseñanza, dictaminó que esta se realizara en instalaciones anexas a los hospitales y sanatorios y se complementara llevándola a la práctica en las instalaciones de los mismos.



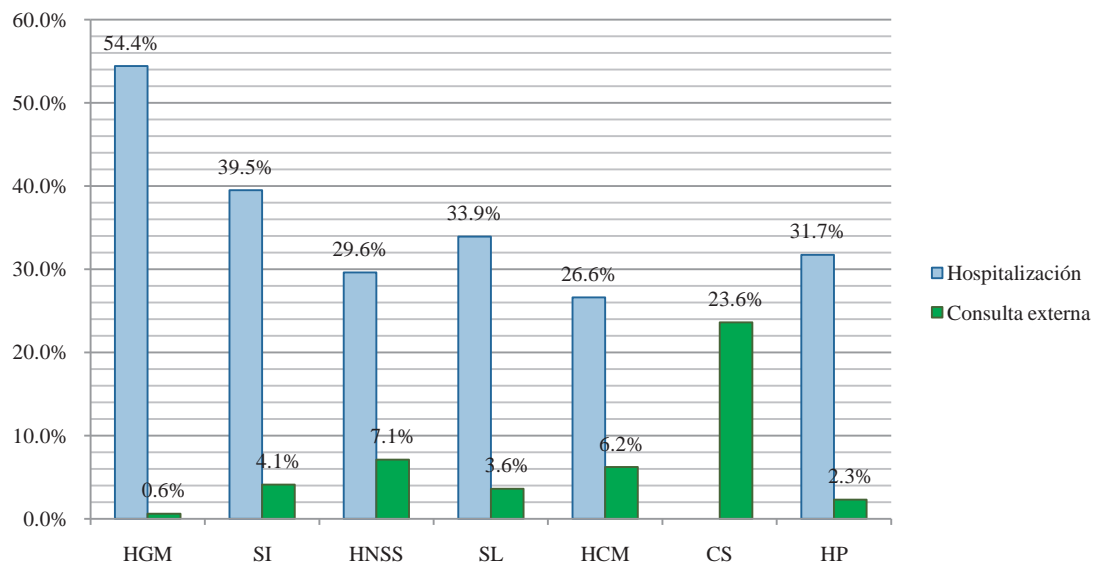
5.05 Gráfica comparativa de porcentajes de superficie de las áreas de administración, enseñanza y residencia, en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo. Gráfica elaborada por el autor.

En el caso del área de administración no se requería de grandes superficies destinadas a ella salvo en el caso de la Clínica de Salubridad, la que tenía un mayor porcentaje de esta área, cuya función primordial siempre fue la prevención, para lo cual sí se requería de un mayor número de estos espacios que coordinaran todos los departamentos correspondientes. Así mismo los edificios con mayor porcentaje de esta área son aquellos que tienen el carácter de públicos, y que en algunos casos son de cobertura estatal, rasgo que no compartían con los edificios de carácter privado, lo cual nos indica que el diseño las áreas administrativas no iba en función de la capacidad del edificio, sino del carácter del mismo, mientras que los edificios de carácter privado solo requerían de una oficina de dirección, los edificios de carácter público además de esta requerían de otros espacios administrativos que coordinaran otros aspectos propios de cualquier otro tipo de edificio público.

Finalmente, en el caso del área de residencia médica tal vez podría pensarse que debería ser proporcional a la de hospitalización sin embargo esto no es así, debido quizá a que esta área

corresponde a una guardia nocturna que no se compara con la cantidad de personal diurno el cual si debió ser proporcional al número de pacientes, por lo tanto el porcentaje de esta área se mantuvo constante, salvo en el caso del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el cual su porcentaje fue mayor al del resto ya que en él vivía una orden de religiosas quienes eran las administradoras del hospital, caso que no se repitió en ninguno de los otros ejemplos.

El último aspecto de resaltar es la comparativa de las áreas de hospitalización y consulta externa, las cuales son inversamente proporcionales en todos los casos, en mayor o menor medida pero siempre manteniendo esta característica.



5.06 Gráfica comparativa de porcentajes de superficie de las áreas de hospitalización y consulta externa, en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo. Gráfica elaborada por el autor.

En el caso de los consultorios la superficie que representaban era poca e inversamente proporcional al área de hospitalización debido a que ésta última representaba la función principal de la mayoría de los centros de salud, siendo el área de consulta externa un medio transitorio y el primer contacto del paciente con la institución; con excepción del caso de la Clínica de Salubridad que por su condición preventiva y de diagnóstico representaba casi la cuarta parte de la superficie total de construcción y no existía el área de hospitalización.

En relación a éste último ejemplo, el de la Clínica de Salubridad, esta actuaba como complemento del Hospital Civil y es en ellos donde el servicio de consulta externa pasa de ser un intermediario para convertirse en un servicio de vital importancia en la evolución de los servicios de salud que promovía la menor estadía posible de los pacientes en el hospital mediante un sistema de prevención ofrecido por el servicio de consulta externa, concepto contrario a los proyectos predecesores en donde la atención se enfocaba en la observación mediante la estadía del paciente.

Consultorios	HGM	SI	HNSS	SL	HCM	CS	HP
Consulta externa	1	1	7	4	20	30	7
Urgencias	-	-	-	-	3	-	-
Porcentaje	0.6%	4.1%	7.1%	3.6%	6.2%	23.6%	2.3%

5.07 Tabla comparativa del área de consulta externa en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo.
Tabla elaborada por el autor.

En cuanto a las áreas de hospitalización, éstas se dividieron en tres tipos pudiendo contener o no todos los tipos en cada inmueble, teniendo así, salas generales, semiprivadas y privadas. Las salas generales eran las más comunes, desde los sistemas de pabellones en los que se separaba a los pacientes por tipo de enfermedad, gravedad de esta y sexo del paciente, esta tendencia continuó separando a los pacientes en salas, de acuerdo a las características antes mencionadas. El caso de las camas privadas ya existía desde el mencionado sistema de pabellones, solo que es este caso estas camas semiprivadas y privadas correspondían por lo general a una condición del paciente, en el que por recomendación médica, éste debía ser aislado temporalmente del resto.

Así mismo aparecieron las salas de distinción, cuartos privados para los pacientes que podían solventar dicha comodidad y solo dicha comodidad de privacidad más no de un servicio favorecido del resto de los pacientes. Estas dos tendencias continuaron en el Hospital Civil, tanto la privacidad por recomendación médica como por lujo. Es en el caso de los hospitales privados donde esta última característica se hizo más evidente, los centros de salud bajo la necesidad de solventar sus gastos y al ser instituciones privadas sin apoyo gubernamental requirieron de este medio para continuar funcionando.

Con el tiempo esta característica se vuelve una condicionante y así poco a poco las salas generales son menores o en algunos casos desaparecen, como en el caso del Sanatorio La Inmaculada, debido a la demanda de la atención médica como un lujo por sobre la necesidad.

Camas	HGM	SI	HNSS	SL	HCM	CS	HP
General	336 ²	40	53 ³	84	186	-	104
Semiprivada	28	-	15	8	68 ⁴	-	-
Privada	20	-	-	-	4	-	-
Total	384	40	68	92	384	-	104
Porcentaje	54.4%	39.5%	29.6%	33.9%	26.6%	0.0%	31.7%
m ² /cama promedio	13.2	7.2	9.5	7.6	5.7	-	8.2

5.08 Tabla comparativa del área de hospitalización en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo.⁵

Tabla elaborada por el autor.

La cantidad y distribución de las camas y sus salas en los centros de salud es una clara ejemplificación de los conceptos de salud que intervinieron y determinaron el diseño de estos edificios. Por un lado se tiene la preocupación por aislar a los pacientes que atenden contra la estabilidad social, en primer lugar los pacientes cuyas enfermedades son de carácter infeccioso son aislados, primeramente por grupos en salas comunes y casos especiales aislando a un solo paciente en una habitación, como ocurrió en el Hospital General y posteriormente en el Hospital Civil, y en segundo lugar a los pacientes de psiquiatría, que contaban con secciones especiales en el Hospital General de Michoacán, el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y posteriormente con un hospital propio con la Granja para Enfermos Mentales.

Por otro lado, como ya se mencionó, la creciente tasa de natalidad de mediados de siglo que determinó que los centros de salud se enfocaran en el cuidado de las mujeres y los recién

² Trescientas camas que corresponden a las secciones de pabellones y treinta y seis al manicomio, de ambos sexos en los dos casos.

³ Treinta y tres camas de gineco-obstetricia y veinte de psiquiatría.

⁴ Ocho camas correspondientes a cuartos de aislado en las secciones de hospitalización y sesenta al pabellón de infecciones, aproximadamente.

⁵ El número de camas se obtuvo en base a varios aspectos, en algunos casos los planos indicaban el número de camas por sala, en otros se recurrió a las fuentes orales y en el caso del pabellón de infecciones del Hospital Civil y del Sanatorio La Inmaculada se hizo una suposición en base a la superficie de las salas, su distribución y la media de metros cuadrados por cama en salas generales de los demás ejemplos de edificios.

nacidos dando así preferencia a las secciones de gineco-obstetricia y siendo estas, así como sus áreas y departamentos complementarios, una premisa en el diseño nosocomial.

Del mismo modo los servicios intermedios con los que contará la institución dependía en gran medida de los servicios que prestaba el centro de salud, si se contaría con servicios de diagnóstico, atención o ambos; así como al rango de cobertura que se pretendía alcanzar, y en este caso los avances médicos y científicos de la época de edificación del inmueble, desde las salas de operaciones del Hospital General hasta los novedosos laboratorios del Hospital Civil.

Finalmente las circulaciones verticales fueron otro de los factores dependientes de los conceptos y carácter del edificio para determinar su diseño, dependiendo de la gravedad de los pacientes a los que se atendería y de la complejidad de los tratamientos que se ofrecerían, así mismo se determinaba que tipo de circulaciones se requerían, si bastaba solo con escaleras simples que fueran utilizadas por pacientes que pudieran salir por su propio pie o con un esfuerzo y ayuda mínima, si se requería de rampas para ser usadas por pacientes más graves que requirieran del uso de sillas de ruedas así como para el tránsito de camillas hacia niveles superiores y viceversa, o en el caso de las instituciones que pudieran solventarlo, la implementación de elevadores.

Circulaciones	HGM	SI	HNSS ⁶	SL	HCM	CS	HP
Niveles	2 ⁷	2	2	1	5	2	1
Escaleras	1	1	3 ⁸	-	2	1	-
Elevadores	-	-	-	-	1	-	-
Rampas	-	-	1	-	1	-	-

5.09 Tabla comparativa de la disposición de circulaciones verticales y el número de niveles en cada uno de los ejemplos de arquitectura hospitalaria estudiados en el presente trabajo.

Tabla elaborada por el autor.

⁶ Como ya se analizó en el apartado correspondiente al inmueble, a los pocos años el hospital contaría con un elevador, el cual sigue funcionando actualmente; por otro lado debido a la topografía del terreno que cuenta con una pendiente prolongada en su sección longitudinal, de oriente a poniente, el edificio, tanto en su proyecto original como en las ampliaciones posteriores, se contempló como dos grandes bloques para compensar la pendiente, lo cual dio como resultado una pequeña rampa en la zona que une ambos bloques. Conforme se construyeron los niveles superiores las rampas fueron un poco más complejas y de mayor pendiente funcionando no solo para compensar el desnivel del terreno sino para conectar varios niveles del edificio por medio de este sistema de circulación vertical.

⁷ Únicamente en el edificio principal se contaba con dos niveles, el resto de los edificios que conformaban el conjunto eran de un solo nivel.

⁸ Dos de esas escaleras eran de servicio, una de ellas para acceder a la cocina y la otra para una de las azoteas.

“Un hospital no es solamente un edificio, y su historia condiciona en gran parte sus posibilidades y sus limitaciones.”⁹

El diseño de los edificios analizados en el presente trabajo fueron producto de los ideales y los conceptos médicos de la época en que se construyeron pero además de su contexto, social, político, cultural, ideológico, físico y geográfico.

La sociedad moreliana de la en cuestión época tenía necesidades específicas que debían ser resueltas y así como la sociedad evolucionó, cambió a través del tiempo, del mismo modo estas instituciones debieron hacerlo.

Y es finalmente el objetivo del presente trabajo, tratar de explicar estos edificios desde sus orígenes y como se dio esta evolución, para así mismo comprender, documentar y conservar nuestra historia.

⁹ F. González, et al, *Los hospitales a través de la historia y el arte*, Barcelona, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., 2004, p. 16.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Noguera, José Rogelio (coord.), *Salud y arquitectura en México*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 1998, 189 pp.

Arai, Alberto T., “La arquitectura hospitalaria y el problema psicológico del enfermo”, *Arquitectura y lo demás*, Vol. 1, Núm. 1, México, D.F., Mayo de 1945, pp. 24-28.

Báez Macías, Eduardo, *El edificio del Hospital de Jesús. Historia y documentos sobre su construcción*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 1982, 164 pp.

Baz Prada, Gustavo, “Hospitales en México”, *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944, pp. 259-260.

Brandt, Alan M. y David C. Sloane, “Of beds and benches: Building the Modern American Hospital”, en Galison, Peter y Emily Thompson (ed.), *The Architecture of Science*, Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra MIT Press, 1999, pp. 281-305.

Carranza Luna, José Eduardo y César Barranco Torices, “Arquitectura hospitalaria del siglo XX en Puebla”, en Montero Pantoja, Carlos y María Silvina Mayer Medel (coords.), *Estudios de arquitectura y urbanismo del siglo XX*, Puebla, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ICOMOS Mexicano, A.C., 2007, pp. 115-136.

“*Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*”, México, D.F., Editorial Purrua S.A., 1955, 108 pp.

Chanfón Olmos, Carlos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. II. El periodo virreinal*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1997, 452 pp.

Chanfón Olmos, Carlos (coord.), *Historia de la arquitectura y el urbanismo mexicanos. Vol. III. El México independiente*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, División de Estudios de Posgrado, 1998, 533 pp.

De Anda, Enrique X., *Historia de la arquitectura mexicana*, México, Ediciones G. Gili, S.A. de C.V., 1995, 275 pp.

De Anda, Enrique X., *La arquitectura de la Revolución Mexicana: Corrientes y estilos de la década de los veintes*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 1990, 180 pp.

De la Mora y Palomar, Enrique, “Arquitectura de hospitales”, *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944, pp. 273-276.

Díaz Rodríguez, Rafael, et al, *Avanzando con experiencia. Historia del Sanatorio La Luz de Morelia, Michoacán*, documento inédito, Morelia, Michoacán, agosto 2005, 29 pp.

El libro del hospital moderno, Chicago, Illinois, The Modern Hospital Publishing Company, Inc., 1940, 160 pp.

Ettinger Mc Enulty, Catherine R. “Arquitectura moreliana. 1940-1955. ¿Expresión de la modernidad arquitectónica mexicana?”, en Ettinger Mc Enulty, Catherine R. y Salvador García Espinosa (coords.), *Michoacán. Arquitectura y urbanismo. Patrimonio en transformación*, Morelia, Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura, 2008, pp. 233-242.

Ettinger Mc Enulty, Catherine R., “Arquitectura y urbanismo modernos en Morelia”, *Folletos de divulgación científica*, Año 2008, Núm. 17, Morelia, Michoacán, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología, diciembre 2008, 19 pp.

Ettinger Mc Enulty, Catherine R., “Las prioridades de la posrevolución: educación y salud en Morelia, 1926-1961”, en Marco Tulio Peraza Guzmán (coord.), *La memoria inmediata: patrimonio siglo XX*, Mérida, Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán, 2007, pp. 48-59.

Fajardo Ortiz, Guillermo, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, D.F., Asociación Mexicana de Hospitales, 1980, 153 pp.

Fajardo Ortiz, Guillermo, et al, *Centenario del Hospital General. Historia de la medicina mexicana*, Barcelona, España, Lunwerg Editores, 2004, 241 pp.

Falco, Carlos (comp. y coord.), “X arqs”, Suplemento mensual publicado por el Colegio de Arquitectos de la Provincia de Santa Fe - Distrito 1, *El Litoral*, Año 2, Núm. 18, Santa Fe, Argentina, 29 de mayo de 2008, 8 pp.

González, F., et al, *Los hospitales a través de la historia y el arte*, Barcelona, España, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L., 2004, 194 pp.

González Servín, María Lilia, “Los hospitales del porfírrismo”, *Bitácora Arquitectura*, Núm. 17, México, D.F., Octubre de 2007, pp. 64-69.

González Servín, María Lilia, *Los hospitales durante el liberalismo de México. 1821-1917. (De la tipología arquitectónica de claustro al sistema de pabellón)*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 2005.

Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García, *Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Datos históricos*, documento inédito, Morelia, Michoacán, 1977, 10 pp.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estados Unidos Mexicanos, *Cien Años de Censos de Población*, Aguascalientes, Aguascalientes, INEGI, 1996, 273 pp.

León, Nicolás, *Historia de la Medicina en Michoacán*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1984, 207 pp.

Luna Pérez, Alba María, “Salud y enfermedad entre los tarascos del siglo XVI”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, Vol. 9, Núm. 1, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, marzo 2006, 8 pp.

Müller, Luis (comp.), *Arquitectura moderna en Santa Fe (1935-1955). Ciudad, modernización y sociedad en la práctica arquitectónica santafesina*, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, 2008, 141 pp.

Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Cruz Roja Mexicana, 1990, 358 pp.

Noelle, Louise y Carlos Tejeda, *Catálogo guía de arquitectura contemporánea. Ciudad de México*, México, D.F., Fomento Cultural Banamex, A.C., 1993, 172 pp.

Ocampo Manzo, Melchor, *El Hospital Civil y la Escuela Médica de Morelia*, Morelia, Michoacán, Biblioteca de Científicos Nicolaitas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 1985, 355 pp.

Ortiz Quezada, Federico, *Hospitales*, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000, 229 pp.

Rodríguez-Sala, María Luisa, *El Hospital Real de los Naturales. Sus administradores y sus cirujanos (1531-1764)*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2005, 198 pp.

Rodríguez-Sala, María Luisa, *Los cirujanos de hospitales de la Nueva España (1700-1833). ¿Miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica?*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2006, 275 pp.

Rosales Mendoza, José Manuel, “Modernidad arquitectónica. Consumo, control, vigilancia, e ideologización”, en Ettinger Mc Enulty, Catherine R. y Salvador García Espinosa (coords.), *Michoacán. Arquitectura y urbanismo. Patrimonio en transformación*, Morelia, Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura, 2008, pp. 211-219.

Rosales Mendoza, José Manuel, *Modernidad: Medios Impresos y Espacio, Morelia 1930-1960*, Tesis de Maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008.

Sartor, Mario, *Arquitectura y urbanismo en Nueva España. Siglo XVI*, Italia, Corporación Industrial San Luis. S.A. de C.V., Rassini, S.A. de C.V., Industrias Luismin, S.A. de C.V., 1992, 285 pp.

Sartoris, Alberto, *Encyclopedie de l'architecture nouvelle. Vol. III Ordre et Climat Américains*, Milán, Italia, Ulrico Hoepli Éditeur, 1954, 729 pp.

“Solemne inauguración de la Escuela Médica y el Hospital General de Michoacán, en Morelia”, *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo*, Morelia, Michoacán, 16 de julio de 1901, 8 pp.

Talavera Intriago, Adriana, *Diagnóstico de las áreas, servicios y talleres del DIF de San Andrés Cholula: elementos para una mejor difusión interna y externa*, Tesis de Licenciatura, Escuela de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad de las Américas Puebla, Cholula, Puebla, 2004.

Vargas Salguero, Ramón, *José Villagrán García. Vida y obra*, México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Arquitectura, 2005, 63 pp.

Vázquez Carmona, Alejandra, *Una congregación ocupada de las “cosas trabajosas y humildes”. Las Hermanas de la Caridad en Morelia. Siglos XIX y XX*, Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, 2008.

Villagrán García, José, “Carta 2 al arquitecto Alberto T. Arai”, *Arquitectura*, Núm. 55, México, D.F., Septiembre de 1956, pp. 136-138.

Villagrán García, José, *Teoría de la Arquitectura*, México, D.F., Instituto Nacional de Bellas Artes, Dirección de Arquitectura y Conservación del Patrimonio Artístico Nacional, 1983, 148 pp.

Villela, Khristan, *Contemporary mexican design and architecture*, Layton, Utah, Gibbs Smith Publisher, 2002, 192 pp.

Yáñez de la Fuente, Enrique, *Hospitales de seguridad social*, México, D.F., Editorial Limusa, S.A. de C.V., 1998, 226 pp.

Yáñez de la Fuente, Enrique, “Un hospital del seguro social (Hospital de la Raza)”, *Arquitectura*, Núm. 41, México, D.F., Marzo de 1953, pp. 41-48.

Zubirán Anchondo, Salvador, “Los nuevos hospitales de México. Consideraciones sobre la técnica de su planeación y funcionamiento”, *Arquitectura. Selección de arquitectura, urbanismo y decoración*, Núm. 15, México, D.F., Abril de 1944, pp. 261-272.