

Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España

Martin José Marcide, arquitecto

1.º LOS HOSPITALES CONSTRUIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE AÑOS

Con los ejemplos que se han presentado anteriormente se puede tener una idea de la construcción de hospitales en estos últimos años. Dentro del volumen general de la construcción es evidente que la construcción de hospitales en España ocupa un puesto, tanto en valor absoluto como en porcentaje de la construcción muy elevado con relación a los índices europeos y casi podríamos decir mundiales.

Esta aseveración, que constituye una realidad fácilmente comprobable, se debe a dos factores de orden interno y externo. En el orden interior, aparte de las realizaciones provinciales locales y particulares de cierta consideración, a la existencia de dos planes nacionales constituidos por el volumen de edificaciones del Patronato Nacional Antituberculoso y el Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad.

Refiriéndome naturalmente a este último Plan, por ser el que mejor conozco, creo que ha sido de los pocos casos en la historia de España en que han coincidido una voluntad superior de realización con una organización general de planificación y una dotación de recursos económicos para llevarlo a cabo. Todo esto ha permitido llegar a un nivel en España en la construcción de hospitales de cierto rango internacional, aunque bien es verdad que hay que hacer constar que la influencia de la última guerra mundial hizo que en estos últimos años a que nos referimos, las construcciones hospitalarias en el mundo estuviesen hasta cierto punto paralizadas, cosa que naturalmente no ocurre en el momento actual.

En los primeros proyectos de hace doce años se partió de plantas en forma de H de brazos desiguales, lo que vulgarmente podemos decir "tipo de avión", con el ala mayor destinada a enfermería, la cola destinada a zona quirúrgica y cuerpo formando enlace, en el cual están situadas las principales circulaciones verticales.

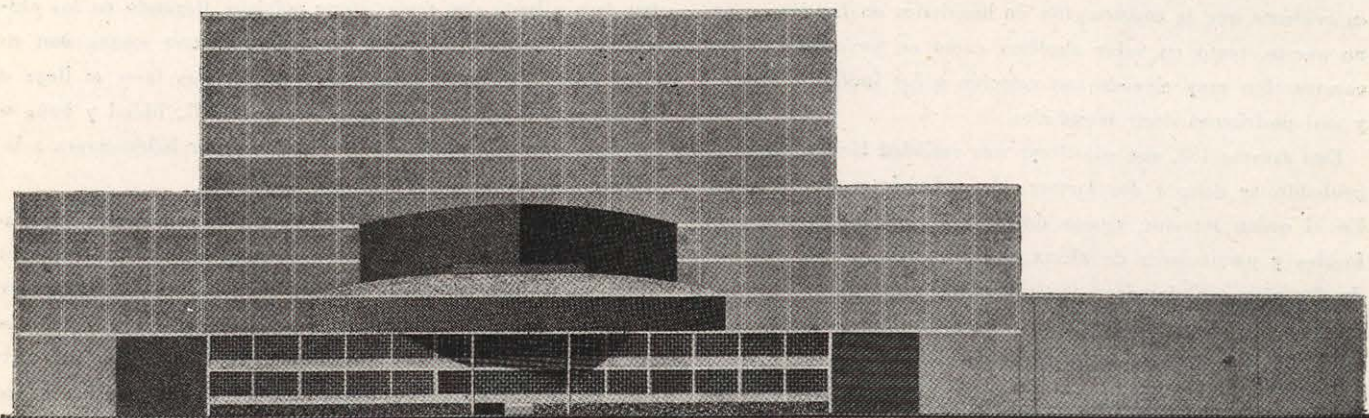
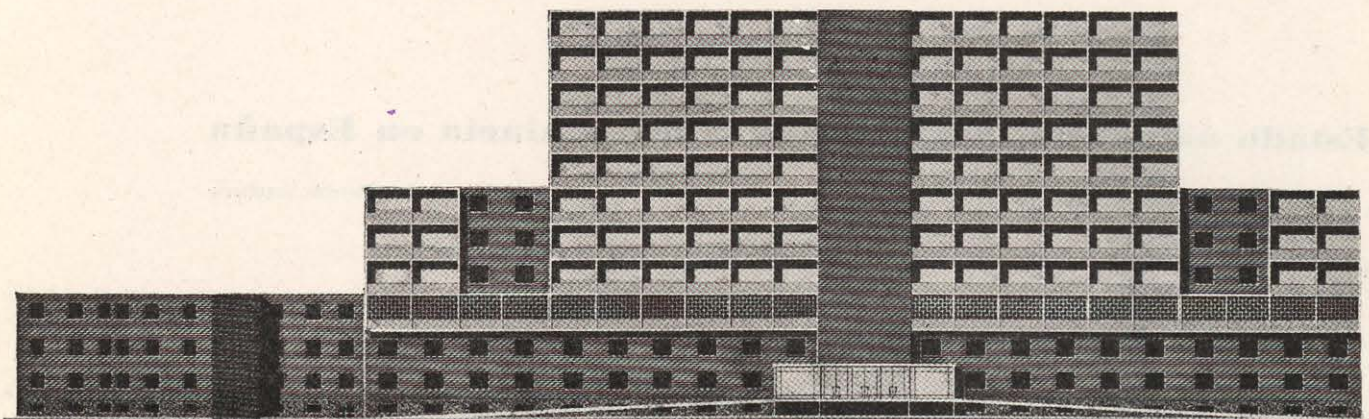
La enfermería, en los primeros proyectos, se viene a construir normalmente con dos unidades de 2 camas por planta, con habitaciones de seis, cuatro, dos y una cama, dotando de aseos independientes a las habitaciones de una o dos camas, y construyendo servicios comunes para el resto de las camas. A medida que en estrecha colaboración con los asesores médicos se empieza a hacer una crítica del funcionamiento de este tipo

de enfermería, se tiende a habitaciones de menor número de camas, lo que permite un porcentaje real de ocupación mucho mayor y se pasa en diversos proyectos a habitaciones de cuatro, tres y hasta dos camas como máximo, llegando en los últimos a un equilibrio en la habitación de tres camas, con su aseo anejo. La dotación del aseo en algunas fases se llega a dotar de todos los elementos: lavabo, W. C., bide y baño o baño-aseo hasta reducirlo posteriormente por habitaciones a lavabo y W. C.

En los primeros proyectos realizados, la colocación del grupo de circulaciones verticales, escalera y grupo de ascensores en la zona intermedia del edificio, solución en aquella época corriente en muchos hospitales americanos y europeos, se observó que producía un cruce evidente con la circulación entre enfermería y quirófanos, y siendo estos proyectos destinados en un porcentaje muy elevado a hospitalización quirúrgica, este inconveniente es muy grave. Si se estudian las plantas de los hospitales que se acompañan, se observa una diferenciación en la circulación vertical de público de forma que no interfiera en absoluto al hospital. Las zonas quirúrgicas se proyectaron en principio según las normas comunes en casi todo el mundo, pero estudiada más intensamente la circulación en la zona con un contacto estrecho con los asesores médicos, se llegó a la separación total de las circulaciones de médicos, enfermos y material dentro del grupo quirúrgico. Por lo general la mayoría de los planos presentados están resueltos en las zonas quirúrgicas por un bloque de quirófanos con agrupaciones de dos quirófanos por planta. Esta solución tiene, naturalmente, sus ventajas y sus inconvenientes. La ventaja principal es cuando el programa general del hospital nos permita la dotación a cada enfermería de sus quirófanos correspondientes según la especialidad. Pero indudablemente esto no es siempre posible y en muchos casos el índice de utilización del quirófano es muy bajo, con el encarecimiento correspondiente. Desde luego este tipo de solución es inadmisibles desde el punto de vista económico en el caso de una clínica particular en que no se puede establecer una división de especialidades por plantas, salvo, normalmente, la posibilidad de separar la zona destinada a Maternidad.

Ejemplo de hospital en estudio

Arquitecto: Martín José Marcide



Es una verdad evidente en arquitectura—y máxime en estos tiempos, en que se abusa muchas veces de la palabra funcionalismo—que cuanto más concreto y mejor pensado está el programa de funcionamiento de un edificio, mejor resultará el proyecto. Si esto es evidente para cualquier tipo de proyecto se comprende que con mayor razón para el caso de un hospital, cuyo programa es uno de los más complejos que se pueden presentar en arquitectura. Es necesario, en primer lugar, una estrecha colaboración con los médicos, tanto con los especialistas para un perfecto conocimiento de las técnicas y, por tanto, de sus soluciones arquitectónicas, como (y esto es más importante) con médicos dedicados a la dirección y organización del hospital, y, por consiguiente, con una visión no particular, sino de conjunto.

Como resultado de todas las consideraciones anteriores y de una labor crítica sobre los edificios anteriormente realizados, y el estudio de las nuevas tendencias y técnicas, materializado todo ello en un asesoramiento de los doctores Aliseda, Junquera y Santos presentamos una planta tipo de un hospital teórico de 300 camas.

El programa de este edificio está destinado a un hospital de 300 camas, dedicado en su mayor parte a hospitalización qui-

rúrgica, con una zona de hospitalización médica dedicada a diagnóstico.

El plan de concepto de funcionamiento está concebido a base de unidades quirúrgicas dotadas cada una de ellas de un jefe de equipo y sus ayudantes correspondientes.

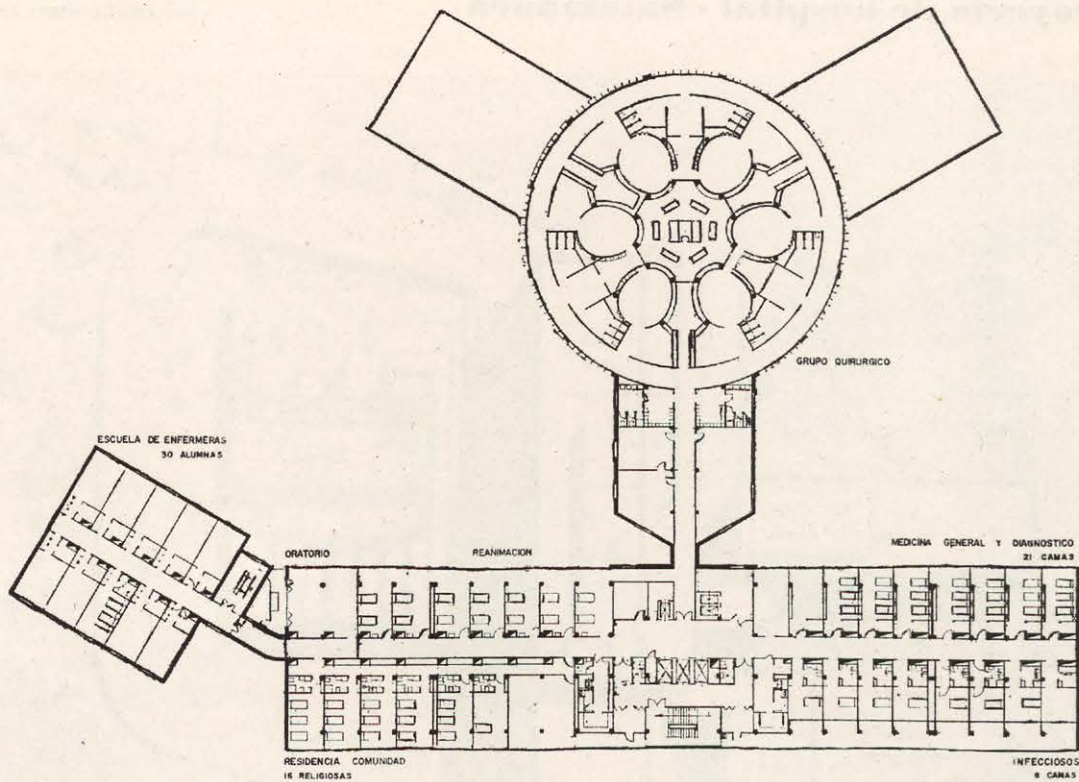
En la planta segunda se encuentra todo el grupo quirúrgico formado por seis quirófanos y esterilización central; todos los quirófanos son de sección oboidal e iluminación de foco fijo. En la zona de enfermería se encuentra la reanimación con galería de acceso desde los quirófanos y todo un ala destinada a diagnóstico. En la parte sobrante se encuentra la Residencia de Monjas.

En la planta tercera se encuentran dos unidades de cirugía con dos quirófanos sépticos.

En la planta cuarta hay dos unidades de maternología, y en el apéndice posterior, dos quirófanos de parto, situándose en el cuerpo de enlace los servicios de Nidos de normales y de prematuros.

La planta quinta, formada por dos unidades de Pediatría. La planta sexta, dos unidades de Ginecología. La séptima, dos unidades de Traumatología. La octava, dos unidades de Urología. La novena, cuatro unidades: dos de Oftalmología y dos de Otorrinolaringología.

Planta segunda.

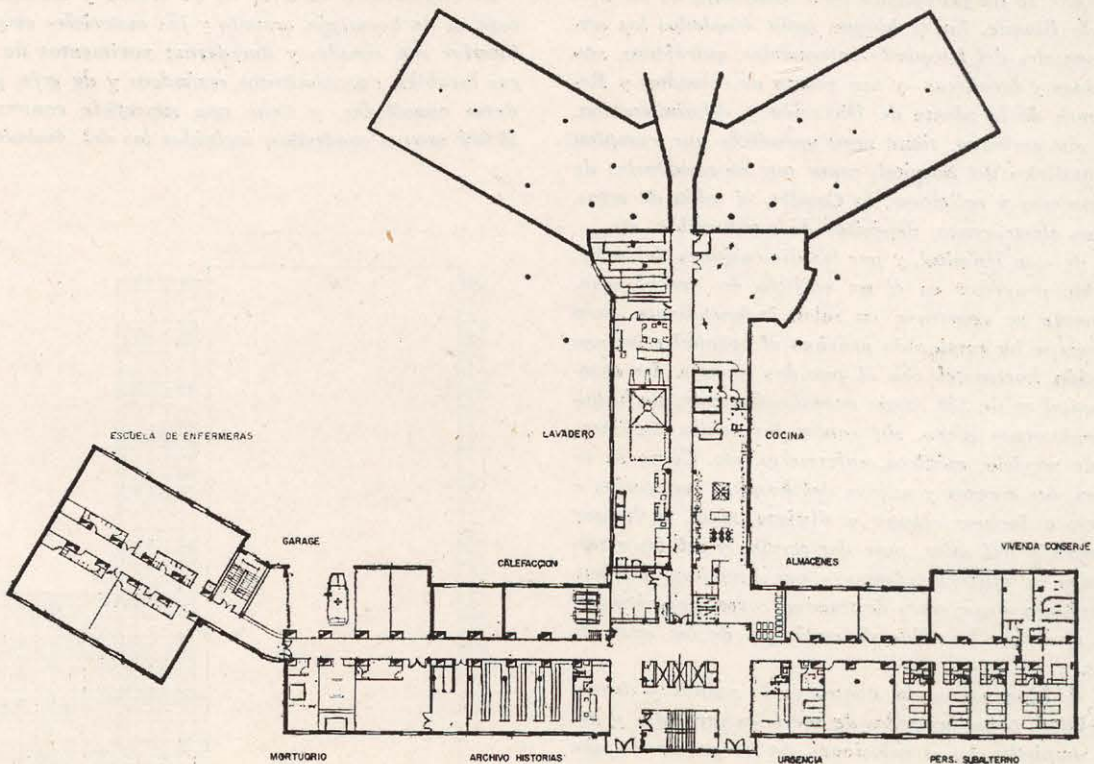


Todo este conjunto forma el hospital propiamente dicho. En la planta primera, en la parte anterior, está destinada totalmente a tratamientos, y el apéndice posterior, destinado a Ambulatorio, con lo cual se consigue que el acceso, tanto el del hospital como desde el Ambulatorio a la zona de tratamientos, sea fácil y, por tanto, de utilización conjunta.

La planta baja, destinada en su cuerpo anterior a servicios generales, y en la posterior a tratamientos.

Además, hay una planta de semisótanos destinada a cocina, lavaderos, calefacción, mortuario, etc.

Todo el hospital está concebido con habitaciones de una y de tres camas, con sus aseos correspondientes



Planta de semisótano.