

## La otra cara de la enfermedad. Tres crisis sanitarias en Lima del siglo XVI al XXI\*

The other side of the disease.

Three sanitarian crisis at Lima from 16th century to 21st century

Leandro Vásquez\*\*

Investigador independiente

Recibido: 5 de abril de 2022

Aceptado: 6 de junio de 2022

---

### Resumen

En la historia de la salud pública de Lima, han acontecido crisis sanitarias que condenaron doblemente a la ciudad, por las mismas enfermedades y por la poca capacidad de respuesta de los hospitales para hacerles frente. Este artículo analiza la transformación de la arquitectura hospitalaria para afrontar estas circunstancias y revela las épocas de pestes que más han desequilibrado el sistema médico de la capital, desde el Hospital Real de San Andrés (1552) frente a la viruela, el moderno Hospital Dos de Mayo (1875) ante la fiebre amarilla y el Hospital de Emergencias de Lima Este (2018) frente al coronavirus.

**Palabras clave:** arquitectura hospitalaria, Lima, epidemiología, salud pública, COVID 19.

### Abstract

*In the history of public health in Lima, there have been health crises that doubly condemned the city, due to the diseases and the poor response capacity of hospitals to deal with them. This article analyzes the transformation of hospital architecture to face these circumstances and reveals the periods of plague that have most unbalanced the capital's medical system, from the Hospital Real de San Andrés (1552) against smallpox, the modern Hospital Dos de May (1875) against yellow fever and the East Lima Emergency Hospital (2018) against the coronavirus.*

**Keywords:** hospital architecture, Lima, epidemiology, public health, COVID 19.

---

\* **Antecedentes del documento.** La versión original del presente texto fue elaborado en el curso Taller de investigación académica, grupo 903, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Pontificia Universidad Católica del Perú, durante el semestre 2020-1. A partir de esta investigación se inicia el interés por desarrollar el proyecto de fin de carrera, durante el 2021, con el que se gradúa de arquitecto, en torno a rediseñar los conceptos que definen los espacios dedicados a sanar.

\*\* **Leandro Vásquez Trelles.** Arquitecto por la Pontificia Universidad Católica del Perú.

## Se busca un hospital para Lima

Distintas enfermedades han asolado la ciudad de Lima desde el virreinato. En cada caso, la respuesta sanitaria se vio perjudicada por la capacidad de los hospitales, con trágicas cifras de fallecidos. En tiempos recientes, la pandemia del coronavirus hizo visible la poca capacidad del Estado peruano frente a la alta tasa de mortalidad y un sistema sanitario poco abastecido y desorganizado.<sup>1</sup> Una ciudad desigual como Lima se vio afectada por una realidad de crisis social, en un ambiente de peligro, sumado al deterioro del sistema económico, la falta de servicios y la insuficiencia de recursos básicos.

Durante la epidemia del COVID-19 una serie de medidas, en lo que concierne a la salud, buscaron suplir la inestable situación médica para enfrentar a la coyuntura. Los hospitales, por un lado, no alcanzaron a brindar la atención óptima que merece el paciente, debido a la falta de implementos como respiradores o balones de oxígeno, principalmente. Por otro lado, el colapso se dio por la insuficiencia de camas y personal médico, hecho que se intentó enfrentar durante los primeros meses de la emergencia sanitaria decretada en la gestión presidencial de Martín Vizcarra. De esta manera, se acondicionaron centros especializados para albergar a los afectados y se equipó nosocomios, en especial el Hospital de Emergencia de Ate Vitarte, como el nuevo hospital COVID.<sup>2</sup>

Interesa entender los problemas sanitarios en Lima analizando la reacción de las autoridades frente a los momentos de mayor crisis. Poco se sabe acerca de la transformación de la arquitectura hospitalaria para afrontar estas circunstancias en la historia limeña, por ello, el artículo enfatiza en los problemas que tuvo la ciudad durante las mayores crisis sanitarias y los hospitales que las resistieron, surgieron o se adaptaron.

El Hospital Real de San Andrés, fundado en 1552, fue uno de los primeros centros de salud del virreinato. Su construcción guarda relación con fiebres endémicas, como la viruela, y tuvo modificaciones importantes, que se establecieron de manera progresiva y paralela a los avances científicos de mediados del siglo XIX, lo que permitió una valiosa

adaptación a la futura epidemia de la fiebre amarilla.

No obstante, no fueron suficientes los cambios en su infraestructura o ampliaciones del conjunto, por lo que surgió la necesidad de nuevos y mejores establecimientos que hagan confortable la estancia del paciente y permitan su tratamiento. Esto habría cambiado el diseño arquitectónico, anteriormente guiado por el pensamiento religioso, orientado ahora por una mirada científica. Este concepto propondría nuevas tipologías como punto de partida para los primeros hospitales de la era republicana.

Así nace el Hospital Dos de Mayo, oficialmente inaugurado el 28 de febrero de 1875 en el Cercado de Lima, siete años después de que se iniciara su construcción. Sin embargo, a pesar de la demora, respondió oportunamente a las deficiencias de los hospitales edificados en la época virreinal y su arquitectura habría de ser un emblema de la nueva era hospitalaria a nivel nacional y sudamericano.

La comparación respecto a la situación hospitalaria del pasado, abre la posibilidad de generar consciencia en la manera de actuar. Lima posee un sistema sanitario que recién empieza a reformarse o intenta hacerlo. Por ello, resulta vital recordar que existieron tiempos proporcionalmente análogos, respecto a la reacción del Estado y el nivel de control en la lucha contra las enfermedades. Si bien existen factores sociales, económicos y políticos en esta problemática, los hospitales, como pretende resaltar esta investigación, destacan como cuarteles de autodefensa que, a pesar de su limitada capacidad, responden a la crisis como parte esencial del control sanatorio.

## La arquitectura surge de entre las fiebres

En la etapa virreinal, la ciudad sufrió uno de los peores momentos en su historia sanitaria, a raíz del crecimiento de la población. Estos problemas derivaron de la acumulación de basura en ríos y acequias, el deficiente sistema de alcantarillado y la insuficiencia de baños públicos, por citar algunos. Como describe el historiador Jorge Lossio, los primeros males respiratorios a los que se enfrentó la población (como la bronquitis o la tuberculo-

sis), surgieron a partir de estas costumbres y falta de higiene.<sup>3</sup> Por si fuera poco, simultáneamente, estas enfermedades se sumaron a la endemia de fiebres provenientes de Europa, traída desde el proceso de conquista.

La grave situación requirió de medios para tratar a los afectados de la crisis. Los hospitales destinados para dicho fin se dividieron por razas y el más importante fue el Real de San Andrés, destinado a la población española y de raza blanca<sup>4</sup>. Fue edificado en 1552 por el virrey Andrés Hurtado de Mendoza, principal benefactor, razón por la que lleva su nombre (Iza, Salaverry, 2000, p. 248). Utilizó una tipología de carácter religioso, de planta en cruz, que concentraba las salas en torno a una capilla.

El proceder de la medicina, de allí hasta mediados del siglo XIX, no contemplaba razones científicas por lo que el “buen morir”<sup>5</sup> significó la cura necesaria para los males. Atender al enfermo se resumía en brindar un trato generoso en cuanto alimento y un lugar donde pueda sobrellevar sus últimos días o hasta que la fe logre sanarlo.

Para tomar control y transformar esta situación, la Sociedad de Beneficencia<sup>6</sup> exigirá modificaciones esenciales al proceso de curación y asistencia sanitaria. La construcción del nuevo Hospital Dos de Mayo será esencial en este proceso, cuando en 1875 se erige como exponente de la moderna infraestructura que necesitaba Lima, en contraposición a los nosocomios coloniales. El nuevo hospital haría frente a una nueva amenaza: la fiebre amarilla.

Entre las investigaciones realizadas, destacan los artículos de Antonio Coello<sup>7</sup>: “El Antiguo Hospital Real de San Andrés” (2002) y “Orígenes del Hospital Dos de Mayo de Lima” (2018). Coello propone comprender las etapas mencionadas dentro de dos tipologías que marcaron el cambio en la morfología del hospital, consecuentes a la creencia cristiana y al avance de la ciencia, respectivamente. También el libro de José Neyra, *Imágenes históricas de la Medicina Peruana* (1999), en el que analiza detalladamente las implicancias ocurridas en la ciudad con las epidemias de la época y la importancia del Hospital Dos de Mayo durante la fiebre amarilla y la tuberculosis. Edificación en la que destaca su

accionar, con nuevas expansiones, así como programas de enseñanza en la especialización para afrontar enfermedades con nuevos tratamientos.

Finalmente, habiéndose abordado acontecimientos del pasado limeño en esta investigación, se culmina en una sección de carácter crítico sobre la morfología de los hospitales actuales. Se pone énfasis en el Hospital de Emergencias de Lima Este en Ate Vitarte, adaptado como uno de los principales nosocomios para la pandemia<sup>8</sup> de COVID 19. En su misión de albergar los casos más críticos, presentó deficiencias en torno a sus recursos materiales y humanos. Asimismo, cabe destacar que, a pesar de ser tiempos distintos con crisis particulares, el contexto de la capacidad sanitaria es similar, con respuestas lentas en medio del problema, a modo de acción-reacción<sup>9</sup> y no con medidas de prevención a través del diseño.

## Entre gallinazos y mascarillas

Los asentamientos del antiguo Perú se caracterizaban, esencialmente, por su arraigo espiritual con la naturaleza, a la que respetaban y con la que trabajaban, de modo que fuera posible el aprovechamiento de sus recursos.

Eso se aprendió y en ello se adquirió gran experiencia. Se aprendió a rotar las áreas de cultivo para recuperar la fertilidad de los suelos; se aprendió a programar los ciclos productivos y a cuidar calidades. Así fue como nacieron nuevas especies y también como crecieron las aldeas y aumentó la población (Lumbreras, 1992, p. 57).

Con la llegada de los españoles en 1532, este escenario favorable para la vida, respecto a un ambiente saludable y consolidado, se transformó. El mundo colonial, de manera racional y absolutista, marcaba una nueva forma de vivir, expresada en el trazado de la recién fundada ciudad de Lima por Francisco Pizarro en el valle del Rímac<sup>10</sup>. Este “gran damero”, empieza a marcar cuadrículas, gobernado según los intereses de la corona española, desde la nueva Plaza Mayor como corazón del poder virreinal, que reúne a la Casa de Pizarro, el ayuntamiento y la que sería una ostentosa catedral, símbolo del poder religioso de los castellanos en el Virreina-

to. El encuentro de dos realidades distintas y el nacimiento de una nueva etapa histórica habían empezado en 1532 en esta parte del continente americano. (Figura 1)

Este tejido ortogonal sería posteriormente desdibujado tras el crecimiento de la ciudad<sup>11</sup>, donde empiezan a surgir nuevas plazas, iglesias, casas huerta en las zonas agrícolas y una fortificada muralla construida en 1687, con la finalidad de proteger a la población de invasiones de piratas y corsarios, enemigos de España. Aunque esta “armadura” no recibiría ningún ataque, sirvió de límite para la expansión de la ciudad, que encontraría un punto de inflexión luego de la reconstrucción de Lima y Callao, posterior al catastrófico terremoto de 1746.<sup>12</sup> (Figura 2)

Tal como lo describiría el científico ilustrado Hipólito Unanue<sup>13</sup>, los aires pútridos empezaron a contaminar el medio, desde la catedral y el palacio arzobispal, bajo los que yacían la mayor parte de los cadáveres del desastre, como si de un cementerio se tratase. Más preocupante es que dicha peste se filtraría en los canales de agua destinada al consumo humano, sumado todo lo anterior a la constante presencia de heces de animales, donde los imponentes gallinazos rondaban. Un dilema sanitario que empezaba a empeorar el entorno, ya afectado por la acumulación de desperdicios en las acequias y la ineficiente gestión de las ordenanzas en torno a la policía sanitaria, dirigida por el Cabildo de Lima, que debía enfrentar las dificultades que atravesaba la ciudad.

En este período histórico de trescientos años, cabe mencionar un aspecto: la salubridad no fue un hecho caritativo por parte de los conquistadores, sino que estratégicamente serviría para mantener supremacía sobre los conquistados, cuya supervivencia era imprescindible.

En el siglo XIX, la expedición libertadora de José de San Martín, condujo a la independencia del Perú, trayendo un nuevo panorama. Había llegado una atmósfera de autonomía, consolidada en 1824 en los campos de batalla de Junín y Ayacucho con la presencia del general Simón Bolívar. Pese a ello, la vida en la ciudad de Lima seguía en la misma situación ambiental: el limeño se había acostumbrado

a vivir en la insalubridad, entre basurales y desperdicios, producto de los malos hábitos con lo que, evidentemente, la limpieza de la urbe no pasó a ser tan importante. Hipólito Unanue, desde 1793, había ya elaborado una propuesta con la que sería factible mejorar la ciudad, a través de lo que él denominaba la política “ventilatoria”, que incluía la descontaminación de pantanos y cloacas, consideradas como el origen de las enfermedades de la población. Asimismo, argumentaría en contra de los “cementeros” de las iglesias y los entierros en extramuros (Bustíos, 2004, p. 169).

Dichas medidas fueron asumidas como base de la higiene pública, dando pie al surgimiento de la Sociedad de Beneficencia en 1835, a fin de que organice el sistema sanitario. Esto no pasaría a más, al menos en esta época, por lo que el auxilio hospitalario se limitaba a esperar la muerte de aquellos afectados por las endemias y la contaminación en la que se vivía. Por otro lado, “las décadas posteriores al nacimiento republicano del Perú estarían marcadas por la inestabilidad política, la escasez de recursos y la incapacidad del Estado por continuar las reformas de higiene urbana iniciadas por los Borbones en la segunda mitad del siglo XVIII” (Lossio, 2003, p. 55); es decir, cuestiones que no se hallaban resueltas en el siglo XIX. (Figura 3)

La crisis encontraría cierta tranquilidad por casi 30 años, durante la “próspera” era del guano (1842-1873)<sup>14</sup>, con la aparición de nuevas edificaciones que modernizarían la ciudad de Lima, posterior a la expulsión de los peninsulares. Del mismo modo, en cuanto a la sanidad, “las instalaciones de fierro reemplazaron en 1856 a la cañería de arcilla, lo cual hizo aumentar extraordinariamente el consumo de agua en las casas” (Basadre, 2005, p. 52). El sistema anterior era uno de los principales inconvenientes para su abastecimiento y, a su vez, se embellecería las calles antes gobernadas por las acequias.

Estas medidas marcaron una tendencia por solucionar errores que, de manera lamentable, durante el siglo XX y hasta la actualidad aún persisten. Es falso pensar que el medio ambiente y la salud pública no hayan sido materia de conversación entre académicos y autoridades, pero si bien el tema



Figura 1: Francisco Pizarro y la conquista el Imperio Inca. Pintura de Juan B. Lepiani (entre 1920-1927).  
 Recuperado de: [https://www.elconfidencial.com/cultura/2018-01-31/francisco-pizarro-conquista-del-peru-esteban-mira-caballos\\_1513867/](https://www.elconfidencial.com/cultura/2018-01-31/francisco-pizarro-conquista-del-peru-esteban-mira-caballos_1513867/)

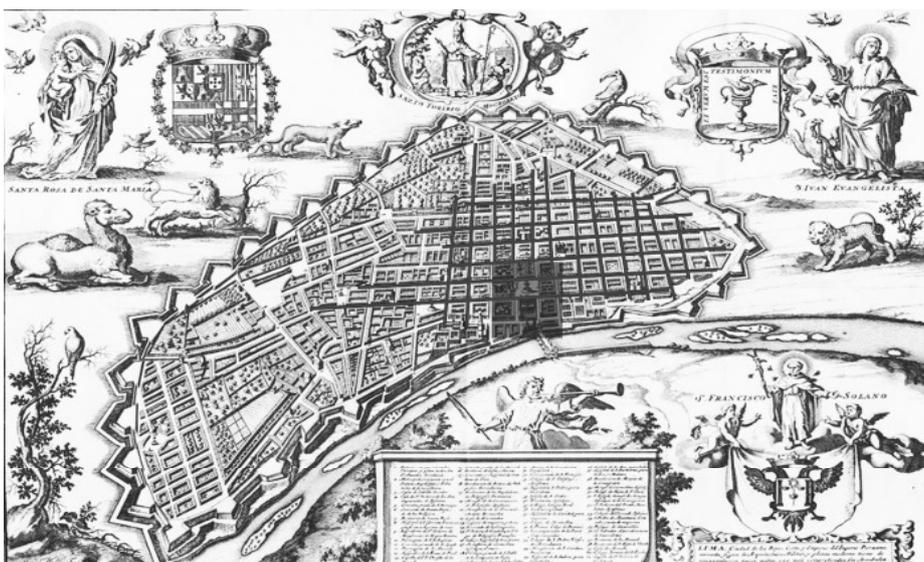


Figura 2: Lima, Ciudad de los Reyes. Plano de Pedro Nolascio (1685). Anotación del autor, señalando el damero y el posterior crecimiento de la ciudad.  
 Recuperado de: <https://lima2000.com/mapas-historicos/>



Figura 3: Lima, vista de la calle Valladolid. Se aprecia el pasar de la acequia en medio de la rúa y la presencia de gallinazos y equinos junto con los habitantes de la ciudad.  
 Grabado de Lauvergne (entre 1840-1852).

Recuperado de: <https://digitalcollections.nypl.org/items/510d47d9-7c32-a3d9-e040-e00a18064a99>

ha sido tratado nunca pudo llegar a una respuesta consistente.

### De la salud pública a las pestes

Enfermedades como la viruela y la fiebre amarilla afectaron gravemente la capacidad sanitaria de la ciudad. La población prehispánica conquistada se redujo de 6 millones en 1532 a aproximadamente un millón en 1628, debido a enfermedades infecciosas que, para dicha época, tendrían origen desconocido (Guerra, 1988, p. 51). La muerte ocasionada por nuevas enfermedades propició que los exploradores pudieran colonizar territorios del Perú, México, República Dominicana, Colombia<sup>15</sup> o el Medio Oriente. Sin embargo, dicha ventaja, a pesar de servir inconscientemente como “arma”, también afectaría la salud de los conquistadores.

Francisco Guerra indica el territorio español como inicio de estas epidemias, algunas a consecuencia de pestes medievales en la península ibérica. Otras, provenientes de ocupaciones en Asia (influenza) y África (viruela y fiebre amarilla).<sup>16</sup> Cita, además, la *Epidemiología española* de Joaquín de Villalba (1803), donde se indica la presencia de “bubas en Aragón desde el año 591, viruela en Andalucía desde el 714 introducida por los árabes, lepra en Asturias en 923, malaria en Valencia ya en 1324 y peste bubónica también en Valencia y el resto de las regiones españolas desde 1348” (1988, p. 44). No solo los humanos fueron portadores, los animales domésticos como caballos y cerdos desarrollaron mutaciones similares. Por ello, al haber formado parte de las embarcaciones hispanas, arribaron animales a las colonias que multiplicaron los contagios en los lugares más vulnerables. Sobre este impacto demográfico, uno de los casos más críticos fue Santo Domingo, la primera ciudad fundada en 1493, en donde la población aborigen disminuiría de 4 millones de habitantes a 15,600 por la propagación de la influenza del cerdo en 1518, y a tan solo 125 habitantes el mismo año, con la aparición de la viruela.

Esta última se extendió rápidamente en Lima a mediados del siglo XIX, llegando a presentar 88 muertes en 1858 y 474 el siguiente año (Casalino, 2017, p. 566). La cifra habitual era de 1 a 3 casos, debido a la ley de vacuna-

ción impuesta por el Estado el 25 de noviembre de 1847, a través de la cual se desplegaron vacunadores ambulantes en cada región del país, acompañada de una cuarentena que, por razones diplomáticas con las embarcaciones inglesas, no llegó a concretarse. Así, iniciada la etapa denominada como República Aristocrática, el virus dejaría un saldo de 21,000 víctimas desde su aparición (Basadre, 2005, p.157).

En el contexto de la segunda mitad del siglo XIX, se evidenció en Lima el descuido del estado de la salud pública frente a la viruela, momento en el que apareció otro brote epidémico: la fiebre amarilla.

Esta enfermedad mortal pudo haber ingresado por el norte en 1781<sup>17</sup>, después de la colonización del territorio americano, afectando regiones como Brasil, en 1692; Colombia, desde 1726, y Guyana Holandesa, en 1760 (Espinoza et al., 2005, p. 310). Era un acontecimiento para el cual Lima no se encontraba preparada, sin hospitales debidamente organizados, con espacios que no eran propicios para albergar lo que serían dos epidemias distintas y consecutivas. Se trataba de un virus caracterizado por dos formas de contagio, dependiendo de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*: la fiebre amarilla urbana (FAU), cuando el vector pica a un humano enfermo y traslada el virus a un humano sano; y la fiebre amarilla selvática (FAS), donde el afectado es el mono, quien al ser picado por el mosquito le trasmite el virus a un humano sano. Al ser incubado entre 3 a 6 días, el insecto es capaz de seguir contagiando y generar un brote epidémico.

Reconocida, en la mayoría de casos, por presentar el paciente los ojos amarillos y una mortalidad que llega a bordear el 30%, provocó dos epidemias entre los periodos 1854-1856 (1099 muertos) y 1867-1869, de donde cabe destacar el año 1868 como el momento cúlpe, en el que “un décimo de la población capitalina cayó víctima de la enfermedad (aproximadamente 10,000 personas). Entre las víctimas se encontraron connotados políticos, artistas y damas de las clases más acomodadas, lo cual demostró que nadie estaba seguro frente a la propagación de estas enfermedades.” (Lossio, 2003, p. 62). Así, Lima se encontraba en una situación preocupante,

en la que el foco de contagio ahora eran los mismos peruanos, por el tránsito constante de comerciantes y turistas que propagaron la enfermedad durante la era del guano.

Estos acontecimientos generaron discusiones en torno a cómo debían tratarse las epidemias. Se entendieron, por un lado, como producto del daño ambiental y de otro, como infecciones provenientes de los extranjeros. Ante la incertidumbre, el cuidado de la salud pública buscó mejoras en las instalaciones de agua, entre tuberías y fuentes, la preservación de la ventilación y espacialidad de las áreas públicas, la desaparición de concentraciones de basura, la renovación tecnológica con la presencia de los primeros ventiladores, entre otros. No obstante, hasta llegado el siglo XX, los debates sanitarios quedaron inconclusos, lo que constantemente ha golpeado a los limeños, evidenciado en la pandemia del coronavirus.

De rápida propagación, el COVID 19 proveniente de Wuhan (China), invadió todo el planeta desde fines del año 2019 y se presentó como la crisis sanitaria más grave en el presente siglo XXI. En el Perú fue detectado oficialmente el 6 de marzo del 2020 y el 15 de abril ya se contaban 11,475 casos y 254 muertes, de los cuales 8412 contagiados pertenecían al departamento de Lima (Munayco y otros, 2020, pp. 339-341). Según datos del MINSA, la cifra de infectados aumentó rápidamente a pesar del estado de emergencia decretado el 16 de marzo de 2020, medida adoptada en el país para la contención de la crisis.

### La contención sanitaria de la arquitectura

Durante la época virreinal tardía, la religión cumplió un papel importante en la concepción arquitectónica. La fe, en este sentido, controlaba la cultura limeña, negando los avances científicos que se desarrollaban en otras partes del mundo. Así, los hospitales mantuvieron la tipología en cruz o claustro desde el siglo XVI, siendo los más representativos, según la clasificación de castas, el hospital Santa Ana (hospital de indios), San Bartolomé (hospital para negros) y el Real de San Andrés, que obtuvo mayor relevancia por ser el hospital que atendía únicamente

a españoles y blancos. Este fue fundado en 1552, con el aporte económico de las rentas del virrey Andrés Hurtado de Mendoza, del que lleva su nombre, ubicado frente a la plaza Santa Ana, próximo a los hospitales Santa Ana y San Bartolomé, conformando el triángulo de la salud limeña.

La característica principal del Hospital San Andrés era su planta en cruz griega.<sup>18</sup> En los brazos más largos se hallaban las salas de los enfermos congregados en torno a un altar, ubicado al centro y que remataba con una capilla, en el brazo más corto. (Figuras 4, 5 y 6) La idea era sencilla y modesta: brindarles a los pacientes una mirada constante a las misas, en favor de su recuperación, una práctica sagrada orientada por lo divino, por encima de cualquier diagnóstico médico. La falta de práctica de los casi 100 únicos galenos hizo que el hospital fuera la última estancia donde esperar la sanación o la infortunada muerte.

Sin tratamientos y en el contexto deplorable de mediados del siglo XIX, con la escasa higiene de las rúas limeñas, las salas de hospital recibieron una cantidad considerable de víctimas de la viruela y las infecciones. Razón por la que el colapso de los hospitales de herencia colonial fue inevitable, y la aglomeración de afectados se tornó en un problema aún mayor. Al desbordarse la capacidad de la edificación y escasear la limpieza de los ambientes, estos se convirtieron en focos infecciosos, causados por la insuficiente ventilación e iluminación. De este modo, la decisión de ingresar a un hospital implicaba riesgos, a que un enfermo empeore o que el residente sufra contagios, por el contacto con pacientes de distintas afecciones en un mismo lugar.

Indudablemente, el hospital era el reflejo de la ciudad, en la mala calidad de sus tugurizados interiores. Por el apoyo del doctor Hipólito Unanue se fundaría en 1815 la Escuela de San Fernando, cerca del hospital, donde los médicos harían las prácticas de lo aprendido en la academia. Posteriormente, llegada la era del guano, entre 1850 y 1875, la bonanza económica permitió la implementación de mejoras en el Hospital Real de San Andrés.

...instalaciones de teatinas, y grandes ventanales en las salas de enfermos para dotarlas de una amplia ventilación; la destrucción de

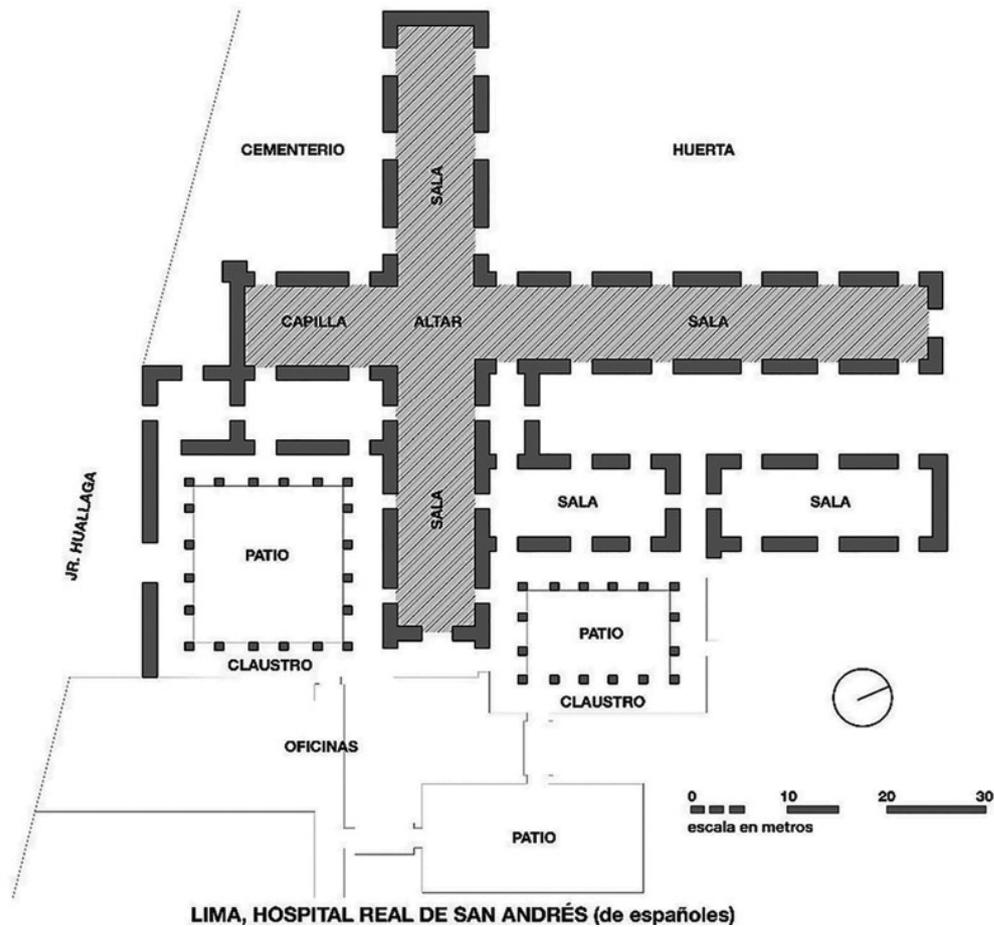


Figura 4: Hospital Real de San Andrés. Plano redibujado por el autor del artículo, donde se destaca la planta en cruz. Fuente: Inventario del patrimonio monumental inmueble de Lima, Ministerio de Cultura del Perú. Véase también en el artículo de Harth Terré: “Hospitales mayores en Lima en el primer siglo de su fundación” (1963)



Figura 5: Vista exterior del antiguo Hospital Real de San Andrés. Foto: Elio Martuccelli, 2022.



Figura 6: Vista de uno de los patios del claustro del Hospital Real de San Andrés, muestra de la influencia religiosa de su arquitectura. Foto: Stucchi, 2010. Recuperado de: <http://psiquiatriahistorica.blogspot.com/2010/03/el-hospital-de-san-andres.html>

las covachas, en donde antiguamente reposaban los enfermos, y su reemplazo por catres y camas independientes; la instalación de tuberías de agua caliente y fría, de amplias tinas y la adquisición de todo un servicio de cama y menaje recientemente traído de Francia. (Coello, 2010, p. 22)

Sin embargo, inicialmente pensado para 300 pacientes como máximo, en el año 1868, llegó a superar los 700, por lo que resultaría insuficiente para contener las epidemias de la viruela y el segundo brote de la fiebre amarilla.

El fracaso del diseño hospitalario del virreinato llevó a considerar nuevas propuestas de la ciencia médica como parte de la solución. Es así que en el gobierno civil de Manuel Pardo y Lavalle se apoyó la inauguración del Hospital Dos de Mayo, el 28 de febrero de 1875, diseñado por Mateo Graziani y Michele Trifogli, como “símbolo del afianzamiento del sentido profesional y científico de las instituciones de este tipo. De los objetivos de custodia y de benevolencia que ellas habían tenido se había evolucionado hacia la práctica en su recinto de la mejor medicina que era posible ejercer” (Basadre, 2005, p. 96).

Considerado como el más moderno de Sudamérica a finales del siglo XIX, dotó a los pacientes de un agradable espacio compuesto por jardines entre cada pabellón. En me-

dio de la superficie original, el patio octogonal sirve para organizar las salas distribuidas en cada uno de sus lados. (Figuras 7, 8 y 9) La circulación, a diferencia del antiguo hospital Real de San Andrés, es independiente, tanto del exterior como en cada uno de los pasillos, separando a los pacientes por tipo de enfermedad. La religión, hasta este momento, tampoco se descarta como factor en la sanación del paciente, por ello, como parte del eje desde la galería de entrada, se ubica la capilla.

La importancia del Hospital Dos de Mayo se basó en su capacidad de albergar 600 camas contra la epidemia de fiebre amarilla y otros males como la tuberculosis, así como por su función investigadora y educativa en la formación de mejores médicos. De esta manera, frente a las crisis que acontecieron desde su inauguración y mediante constantes ampliaciones, fue vital para la medicina peruana, por sus aportes teóricos y prácticos.

Es así como la contención hospitalaria evolucionó, de manera decidida, hacia una arquitectura que responda a la crisis de la salud pública y las epidemias, con construcciones que anteriormente no disponían de suficiente personal ni áreas confortables. Dichos métodos de control permitieron que el funcionamiento del Hospital Dos de Mayo se mantenga frente a posteriores crisis como

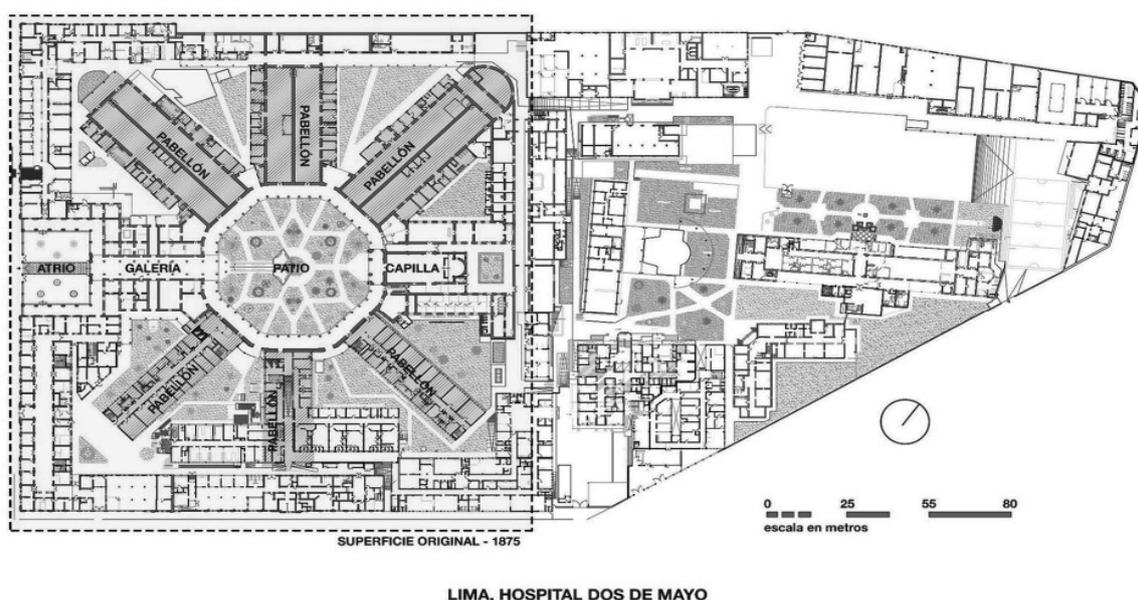


Figura 7: Hospital Dos de Mayo. Plano de distribución y análisis del autor del artículo, en el que se resalta la planta original de 1875 y la posición de los pabellones. Fuente: Inventario del Ministerio de Salud.



Figura 8. Hospital Dos de Mayo. Vista exterior del ingreso principal. Foto: Martuccelli, 2022.



Figura 9: Hospital Dos de Mayo. Vista desde el patio octogonal, donde se aprecia el jardín y la capilla de estilo clásico como remate. Foto de Leandro Vásquez, 2020.

el cólera de 1991 e incluso la pandemia del coronavirus, junto a los nuevos hospitales, propios del siglo XXI.

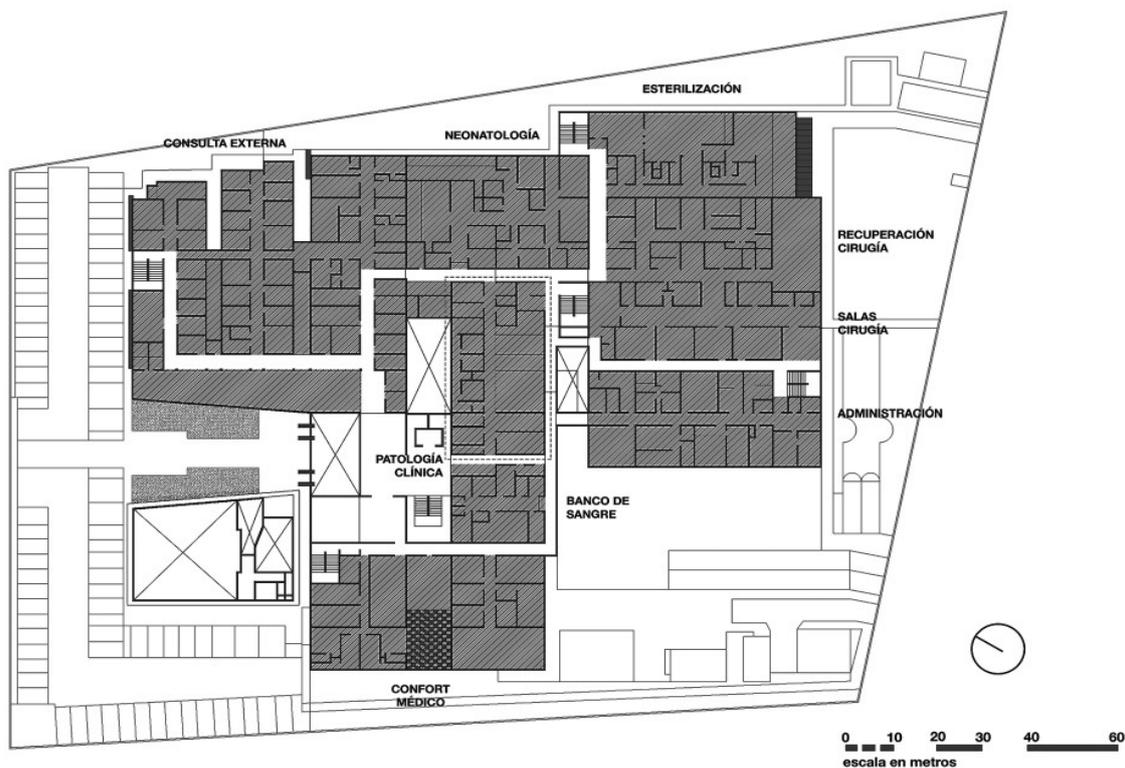
La obra del Hospital de Emergencias de Lima Este - Vitarte fue terminada en el 2018. La construcción se desarrolló en el gobierno de Ollanta Humala, con la misión de ofrecer un establecimiento moderno y con mayor capacidad, que pueda reemplazar al antiguo Hospital de Ate. Las condiciones físicas del hospital recuerdan las tipologías con claustro del siglo XIX. Sectores funcionalmente distribuidos pero compactados entre sí, con pasillos que no separan las áreas privadas de las salas y que no brindan un espacio adecuado de control que articule cada una. Un diseño que, a consecuencia de encasillar el espacio para el paciente, ve asfixiado su volumen en áreas sin suficiente luz ni ventilación. (Figuras 10-15)

Sin embargo, tomando en cuenta los componentes necesarios para su activación, fue planeado como uno de los mejores equipados tecnológicamente. Por lo que, habiéndose culminado e implementado a finales del 2019, se convirtió en Hospital COVID-19 en el gobierno de Martín Vizcarra, desde abril de 2020. El objetivo fue que los pacientes más

graves, con necesidad de camas UCI (unidad de cuidados intensivos) lleguen a las instalaciones de este nosocomio y evitar juntarlos con otros hospitalizados en situación moderada y que, a futuro, logre ser el primer hospital de cuidados intensivos de la capital.

El 18 de marzo de 2020 se estimó el equipamiento de 50 camas para albergar los primeros casos críticos. A pesar de ello, el 6 de abril había colapsado con un número inferior a lo promulgado por el presidente el mes anterior. Disponía de 34 camas de cuidados intensivos, 22 ventiladores mecánicos, 14 de ellos empleados un día después y 10 provenientes de préstamos con otros hospitales. La situación se agravó en dicho mes, teniendo que rechazar pacientes. Mientras tanto, el antiguo Hospital de Ate colapsó, con tan solo 34 médicos, trasladándose la atención al público a los exteriores del establecimiento, lo que demostró la escasa ayuda del Hospital de Lima Este para contener la crisis.

Ante la carencia de recursos humanos y equipos necesarios, para el mes de junio de 2020 se ampliaron a 70 camas UCI, atendiendo a 221 personas, lo que representó una reacción por parte del gobierno para dar abasto al progresivo ingreso de enfermos. Estos



LIMA, HOSPITAL DE EMERGENCIA DE LIMA ESTE

Figura 10: Hospital de Emergencias de Lima Este – Vitarte. Planta redibujada por el autor del artículo. Se aprecia la distribución funcional por especialidades.



Figura 11: Vista aérea del Hospital de Emergencia de Lima Este.  
Recuperado de la videgrabación del grupo CMO: [http://www.cmo.pe/proyectos\\_at](http://www.cmo.pe/proyectos_at)





Figuras 12-15: Vistas exteriores del Hospital de Emergencias de Lima Este-Vitarte.  
Fotos de Leandro Vásquez, 2022.

implementos materiales y humanos se complementaron con capacitaciones, tanto para el servicio de ventiladores mecánicos, como para la salud mental de los propios profesionales en medio de una crisis cuya gravedad se expresó, a inicios de la pandemia, en 181,421 contagiados y 5,688 fallecidos, en una ciudad de 10'628,470 habitantes.

### La arquitectura como parte de la cura

Desde la época colonial, las enfermedades y la higiene de la ciudad han influenciado constantemente en la salud de los habitantes. En aquellos tiempos, las acequias atravesaban las calles y existía la creencia en la intercesión divina para sanar los males, tendencia guiada fuertemente por la cultura católica de los hispanos, ideas con las que se erigieron los primeros hospitales limeños. La sacralidad y pureza en la atmósfera de las basílicas, se transformó en el nuevo espacio médico de los nosocomios. El Real de San Andrés, en ese momento, es la manifestación de la religión como respuesta sanitaria a la creciente epidemia de la viruela, cuyo concepto de diseño y construcción obtienen validez en dicho pensamiento, como acto de fe y espacio de culto. Pero, como centros de sanación, se transformaron en focos de contaminación y enfermedades variadas. Las tipologías de la cruz griega hallarían, para tal situación, sus límites y el fin de su utilidad.

Llegada la era republicana y cuando la bonanza del guano alentaba la economía peruana, estos hospicios se proveyeron de mejoras, considerablemente menores si se toma en cuenta la inesperada conjunción de la ya sufrida viruela con la fiebre amarilla. Un virus que tuvo dos brotes epidémicos, en los periodos 1854-1856 y 1867-1869. Esto generaría la necesidad de construir un hospital espacioso, que logre hacer frente al rápido aumento de enfermos. Los médicos, conscientes de que no significaba regirse solamente por modificaciones en la tipología basilical, habrían de reformarse científicamente en el pensamiento ilustrado iniciado por Hipólito Unanue, considerándose obsoletas y limitantes las consideraciones de la fe sobre la edificación y la enseñanza médica. Comprendieron que lo que había que construir era un recinto

que no fuera lo mismo que su contexto, es decir, que en una ciudad donde la higiene era escasa, el hospital debía dar soluciones y no replicar espacios con condiciones insalubres. Sin la turgurización ya conocida de hospitales como el Real de San Andrés, el Hospital Dos de Mayo se presentaba como una pieza arquitectónica propia del mundo europeo. La tipología del pabellón corregía el hacinamiento de los anteriores hospitales y permitió mejores condiciones tanto para el tratamiento de los pacientes como la confortable estancia de estos, habiéndose separado unos de otros para evitar nuevas infecciones y, por ende, rebrotes. La fiebre amarilla se controló con la ayuda de este hospital, puesto que de haberse empleado los de herencia colonial, el resultado habría sido peor.

En consecuencia, y a manera de lección, Lima encontró una nueva arquitectura en el Hospital Dos de Mayo como apoyo a las crisis. Producto de los avances tecnológicos, optó varias décadas después por tipologías como la del Hospital de Emergencias de Lima Este, con espacios destinados a toda clase de pacientes, aunque ha terminado siendo la réplica de un diseño con deficiencias acerca de lo que requiere el enfermo. Es vital que la infraestructura no solo se base en áreas necesarias y encajarlas unas con otras, como si de módulos se trataran. La correspondencia entre el número de equipos, el recurso humano, el edificio y las acciones sobre la salud pública, resultan importantes para ser parte de la cura o la prevención de las infecciones que se presenten.

Es necesaria una práctica arquitectónica de respuestas coherentes y no producto del accidente o la rápida e improvisada reacción, para la contención planificada de enfermedades que la ciudad necesita en tiempos de crisis. Ese debiera ser, en el Perú, el ejercicio sostenido en los temas de salud pública.

Por último, la crítica del presente artículo se orienta hacia la deshumanización de las "máquinas" hospitalarias actuales, que por más avances que puedan tener, no generan espacios o intersticios, de haber alguno, que sanen apropiadamente. Que satisfagan, de manera adecuada, con todo el proceso que un tratamiento implica, para pacientes, personal médico y visitantes.

Por lo tanto, hoy estaría prevaleciendo la funcionalidad, que por más que defina la forma sanitaria, no ofrece respiro ni descanso, tal como se podía observar en el Hospital Dos de Mayo (producto de la crítica a los hospitales que lo precedieron) e incluso, de manera prematura, con el Real de San Andrés. Las nuevas

epidemias nos hacen vivir momentos análogos a etapas anteriores, con las mismas deficiencias, por lo que reconceptualizar la arquitectura sanitaria merece ser una tarea constante. Que el aprendizaje del pasado sirva de referencia para entender el presente y responder de mejor manera a los retos del futuro. ■

## Notas

- 1 Según el reporte del 22 de julio de 2020 de la Organización Mundial de la Salud, el Perú se ubicó entre los 10 países más afectados por el coronavirus en el mundo con un total de 366,550 casos, evidenciando la dramática situación y la poca atención del gobierno en el sector salud.
- 2 Denominado así por el presidente Vizcarra. En: “Gobierno presenta nuevo hospital de Ate que será exclusivo para casos de coronavirus”, nota de prensa de la Plataforma Digital Única del Gobierno del Perú.
- 3 Las condiciones ambientales de Lima eran deplorables, a partir de las cuales se realizó un estudio de los diversos focos de contaminación como los basurales alrededor de las murallas, las aguas contaminadas de las acequias, así como los regadíos que a su vez dañaron el río Rímac (Lossio, 2003, p. 39).
- 4 El hospital funcionaba en base a la clasificación por razas y sexo, habitual en la época. Este sería el “principal nosocomio para españoles y criollos de sexo masculino en el virreinato del Perú” (Hampe, 2003, p. 115). Por otro lado, como menciona Teodoro Hampe, este conformaría el “triángulo de la salud” junto con el Hospital de Santa Ana, que se encargaba de la población indígena y el Hospital de San Bartolomé, de los esclavos negros.
- 5 La atención médica se ejercía, pero limitada a atender las afecciones curables. Lo intratable era derivado a los hospitales como símbolo de fe cristiana (Iza y Salaverry, 2000, p. 248).
- 6 Entidad establecida durante la República, en el año de 1835, con el fin de administrar el sistema de salud como protección de la ciudad (Coello, 2018; Neyra, 1999).
- 7 Se recomienda los siguientes artículos: “Excavaciones en el Real Hospital de San Andrés de Lima” (2007), “Excavaciones arqueológicas en la antigua Escuela de Medicina de San Fernando, de Lima” En *Lima subterránea, Arqueología histórica* (2014).
- 8 Pandemia, según la OMS, se define como la epidemia que traspasa fronteras internacionales y afecta a un gran número de personas. La enfermedad del coronavirus, detectada desde 2019, tuvo momentos de grave crisis mundial. La situación fue progresivamente controlada con planes de vacunación masiva en distintos países del mundo.
- 9 Para este artículo, el término define el accionar del Estado peruano durante la crisis, buscando soluciones temporales inmediatas.
- 10 “Un oasis en medio del desierto costero, cumplía con todos los requisitos demandados por los paradigmas urbanos europeos: cercanía al mar, abundante agua, un clima cómodo y suelos fértiles” (Lossio, 2003, p. 21).
- 11 Según el censo de Lima de 1908 “Poco después de fundada la ciudad, en 1574, se calculaba una población aproximada de 10,000 personas. En 1615 la población era de 26,087 individuos, de los cuales 9,630 eran españoles; 1,720, religiosos; 425, criadas de monasterios; 10,386, negros; 1,999, indios; 744, mulatos; 192, mestizos; y 144, japoneses, filipinos, camboyanos e indios de otras latitudes” (Panfichi, Portocarrero, 2004, p. 24)
- 12 De este acontecimiento, “según la información oficial, perecieron en Lima 1141 personas de un total de 60000 habitantes. De los 4000 habitantes de que se componía la población del Callao, sólo pudieron salvarse unos 200. Los damnificados sobrevivientes sufrieron de privaciones y de los efectos de vivir en la intemperie” (Bustíos, 2004, p. 113).
- 13 “Unanue, uno de los principales representantes de la ciencia ilustrada en el período colonial tardío, también puede ser asociado como uno de los primeros en abordar un tema que en la actualidad es uno de los que causa mayor preocupación, cual es la salud ambiental. Por lo que es válido considerarlo como el Padre de la Salud Ambiental en el Perú” (Casalino, 2008, p. 431). Se podría decir que Unanue estaba dotado de una sabiduría adelantada a la época, derivada de sus conocimientos en el ejercicio profesional de galenos europeos.
- 14 En *Historia de la República del Perú*, Basadre califica de falaz esta época bajo el argumento de que este período beneficiaría a un grupo específico de la ciudad, generando un crecimiento económico desigual. Además, la modernización se enfocaría en obras que no producirían ganancias importantes.
- 15 “La población aborigen de México en 1519, en el momento de iniciarse la conquista por Hernán Cortés, se ha estimado en algo más de 25’000,000 de indígenas y para 1605 había descendido hasta 1’075,000, aunque progresivamente fue recuperándose hasta alcanzar su nivel original al finalizar el período colonial [...] las cifras de los quimbayas en el Valle del Cauca indican que de una población de 60,000 indígenas en 1539 solo quedaban, para 1628, 69 individuos” (Guerra, 1988, p. 51).
- 16 Estas afecciones fueron documentadas de primera mano por Cristóbal Colón durante sus viajes en búsqueda del Nuevo Mundo. En estos primeros documentos habría relatado dos contagios en tierras americanas: influenza (1493) y tifo exantemático (1494).
- 17 No existe documentación oficial acerca del origen de esta enfermedad en las culturas prehispánicas. La descripción más precisa sobre este mal se situaría en Lima y el Callao en 1852, proveniente de embarcaciones panameñas en el puerto, por las que luego se expandiría el contagio hacia el norte (Espinoza, 2005).
- 18 “Lo más notable es que dentro de este mismo hospital se consideró un área para la asistencia de locos, aunque durante esos años no existía aún la ciencia psiquiátrica y los locos eran tildados de diabólicos, poseídos, y en consecuencia eran encadenados” (Coello, 2010, p. 20).

## Referencias bibliográficas

- Basadre, J. (2005) *Historia de la República del Perú (1822-1933)*. Tomo 2. Lima: El Comercio. Consulta: 9 de junio de 2020.
- (2014) *Historia de la República del Perú (1822-1933)*. Tomo 8. Lima: El Comercio. Consulta: 9 de junio de 2020.
- Bustíos, C. (2004) *Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú, 1533-1933*. Lima: UNMSM. Consulta: 5 de junio del 2020 [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cua\\_salud/ficha.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cua_salud/ficha.htm)
- (2013) *La salud ambiental en la historia de la salud pública peruana: 1535-2005* [informe]. Lima. Consulta: 17 de abril de 2020 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3426.pdf>
- Casalino, C. (2017) Mortalidad por epidemias y endemia según causas y condiciones sanitarias a mediados del siglo XIX en Lima, Perú. *Revista peruana médica experimental y salud pública*. Consulta: 16 de abril de 2020. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n3/564-568/es/>
- (2018) Hipólito Unanue: el poder político, la ciencia ilustrada y la salud ambiental. *Revista peruana médica experimental y salud pública*. Lima, volumen 25, número 4, pp.431-438. Consulta: 8 de junio de 2020. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000400014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000400014&script=sci_arttext)
- Coello, A. (2002) El Antiguo Hospital Real de San Andrés. *ARKINKA*. Lima, número 84 noviembre, pp. 92-97. Consulta: 16 de abril de 2020. [https://www.academia.edu/18618917/El\\_Antiguo\\_Hospital\\_Real\\_de\\_San\\_Andres\\_en\\_Lima](https://www.academia.edu/18618917/El_Antiguo_Hospital_Real_de_San_Andres_en_Lima)
- (2010) Los hospitales de Lima en la Colonia. *PUENTE. Ingeniería. Sociedad. Cultura*. Lima, volumen 5, número 17 Junio, pp. 18-23. Consulta 29 de abril de 2020.
- (2018) Orígenes del Hospital Dos de Mayo de Lima. *ARKINKA*. Lima, número 267 Febrero, pp. 82-87. Consulta: 16 de abril de 2020. [https://www.academia.edu/36068084/OR%C3%8DGENES\\_DEL\\_HOSPITAL\\_DOS\\_DE\\_MAYO\\_DE\\_LIMA](https://www.academia.edu/36068084/OR%C3%8DGENES_DEL_HOSPITAL_DOS_DE_MAYO_DE_LIMA)
- Espinoza, M.; Cabezas, C. y Ruiz, J. (2005) Un acercamiento al conocimiento de la fiebre amarilla en el Perú. *Revista peruana médica experimental y salud pública*. Volumen 22, número 4, pp. 308-315. Consulta: 16 de abril de 2020. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342005000400009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000400009)
- Guerra, F. (1988) Origen de las epidemias en la conquista de América. *Quinto centenario*, volumen 14, pp. 43-51. Consulta: 4 de julio de 2020. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=80416>
- Hampe, T. (2003) La última morada de los incas. Estudio histórico-arqueológico del Real Hospital de San Andrés. *Revista de Arqueología Americana*. Consulta: 30 de abril de 2020. <https://www.jstor.org/stable/27768477?seq=1>
- Iza, A.; Salaverry, O. (2000) El Hospital Real de San Andrés. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima: UNMSM, vol. 61, n, 3, pp. 247-252. Consulta: 30 de abril de 2020.
- Lossio, J. (2003) *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP
- Lumbreras, L. (1992) Cultura, tecnología y modelos alternativos de desarrollo. *Entornos*. Colombia, vol. 1, n. 6, pp. 46-63 Consulta: 6 de junio de 2020. <https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/253>
- Munayco y otros (2020) Early transmission dynamics of COVID-19 in a southern hemisphere setting: Lima-Peru: February 29th- March 30th, 2020. *KEAI publishing*. Consulta: 4 de julio de 2020. <https://www.sciencedirect-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/science/article/pii/S2468042720300130?via%3Dihub>
- Neyra, J. (1999) *Imágenes históricas de la Medicina Peruana*. Lima: UNMSM. Consulta: 30 de abril de 2020 <https://fondoeditorial.unmsm.edu.pe/index.php/fondoeditorial/catalog/view/39/39/91-1>
- Panfichi, A.; Portocarrero F. (2004) *Mundos interiores: Lima 1850 - 1950*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Consulta: 30 de abril de 2020.
- SALA SITUACIONAL COVID-19 PERÚ (2020) *Sala situacional Covid-19 Perú*. Consulta: 23 de julio de 2020 [http://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](http://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2020) WHO: *World health organization*. Consulta: 18 de abril de 2020 <https://www.who.int/>

