

NECESIDADES PARTICULARES PARA LOS HOSPITALES DEL INTERIOR

Dres. GERMAN MERNIES y WALTER RAVENNA

DR. GERMÁN MERNIES.—Solamente vamos a ocuparnos de lo que se requiere para un hospital que responde a necesidades regionales. Es claro que también se ha tenido en cuenta la situación de Salud Pública en cuanto a organización, planeamiento y sistemas seguidos que, por otra parte, creemos que no existen, aunque figuren en el papel, pero en la práctica no se aprecian.

Lo que vamos a mostrar, ustedes verán que no se ha hecho en forma ideal, sino teniendo en cuenta lo que se pueda aplicar en la actualidad. Y sobre todo, lo que interesa, como renovación en Salud Pública, es la *construcción de nuevos hospitales*, pero de ninguna manera la remodelación de viejos hospitales, que no llenarán nunca las exigencias actuales.

Voy a conceder la palabra a mi compañero, el Dr. Walter Ravenna, para que haga la exposición sobre este tema, por dos razones: primero, porque hoy tengo la voz afectada y, segundo, porque lo considero más compenetrado que yo en estos aspectos.

Hemos traído un esquema de lo que consideramos las necesidades mínimas de un Departamento Quirúrgico en el Interior, lo cual, desde luego, no cubre ni medianamente las exigencias que tiene el desarrollo de la medicina en la actualidad.

Cedo la palabra al Dr. Walter Ravenna.

DR. WALTER RAVENNA.—En materia de bloques quirúrgicos para hospitales del interior, tenemos que tener en cuenta fundamentalmente que el tamaño del hospital para una ciudad del interior, por ejemplo, para una capital de Departamento, debe de-

pender no sólo de las necesidades de esa ciudad, sino también de la población rural y de las poblaciones de la zona de influencia de la ciudad donde se va a construir el hospital.

Muchas ciudades del interior de nuestro país cubren las necesidades médicoquirúrgicas no sólo de la ciudad propiamente dicha donde está el hospital, sino que se tratan allí también los enfermos del área rural del Departamento, y muchas veces de zonas ubicadas a centenares de kilómetros, unidas por lazos de comunicaciones directas con esos puntos. Por tanto, la construcción hospitalaria debe encararse con un *estudio previo de la zona de influencia* que va a cubrir el hospital y los servicios. Es fundamental tener en cuenta esto, para las futuras construcciones hospitalarias.

Además, hay que tener una *visión del progreso de esa zona en los próximos cincuenta años*, de acuerdo con la economía que tiene y con la proyectada, para construir hospitales con Servicios Generales mayores de los que se tienen y se requieren en el momento de inaugurar el hospital, de modo que puedan hacerse las ampliaciones sin mayores contratiempos.

Cuando se planean los Servicios Generales, como los bloques quirúrgicos, hay que tener esto muy presente: hacer la construcción para el momento actual, calculando las posibilidades de ampliación de todos los servicios del hospital, y del bloque quirúrgico en particular.

Cuando se construyen hospitales, como el que se construyó en San José, hospital que dirige el Dr. Mernies, podemos dar las siguientes cifras. Tiene en la actualidad este hospital general, unas 140 camas en uso, y cubre una vasta extensión de territorio, no sólo del Departamento de San José, sino de zonas limítrofes de departamentos vecinos, cuyos enfermos vienen a nuestro hospital para su tratamiento y hospitalización. Esto exige que el hospital tenga una capacidad mayor de la que requiere la población de nuestra ciudad.

Sobre esas bases se debe planear el bloque quirúrgico de cualquier hospital. Nunca se debe olvidar este aspecto cuando se construye el hospital. Y es fundamental para ello el intercambio de ideas entre los arquitectos especialistas en construcciones de hospitales y los médicos que van a ser en parte los asesores técnicos de la funcionalidad médica y quirúrgica del hospital.

Es imposible construir hospitales sin un estrecho intercambio de ideas entre las dos partes.

Nosotros planeábamos el bloque quirúrgico para este hospital del interior basándonos en una nueva construcción. Creemos que la remodelación de hospitales viejos, con agregados nuevos, siempre es perjudicial, sobre todo cuando los edificios son tan vetustos como la mayoría de los hospitales del interior de nuestro país.

Lo proyectado es para un hospital más o menos de 150 a 200 camas. Es diferente, por cierto, la ubicación del bloque quirúrgico, según sea la planta física del hospital, según sea el hospital de una o más plantas. Pero de cualquier manera siempre es aconsejable que el Departamento Quirúrgico esté en un ala del hospital y que sea el punto de menos circulación, es decir, que allí se lleve los enfermos a operar y que no sea un punto de máxima circulación.

Para eso se recomienda ubicarlo en un ala del hospital, moviéndose a lo largo de un corredor amplio de acceso, con una puerta doble, de gran amplitud, que comunica con el resto del hospital, y tiene que estar próximo a los lugares de hospitalización del enfermo, a las salas o próximo a los ascensores o lugares de acceso.

El plano que hemos hecho tiene un amplio corredor que se comunica con una amplia puerta de dos hojas con el resto del edificio, y presenta, a su izquierda, un sector de central de esterilización. Sobre el tamaño de esta central ya hay dimensiones clásicas, de tantos metros cuadrados para tantas camas quirúrgicas. Por lo general, la variación del tamaño depende del número de enfermos hospitalizados. La distribución, en general, también es bastante clásica, con un área de limpieza y preparación de material, un sector central de mesa de trabajo, un sector de esterilización, y un depósito de material preparado.

Es decir, que el material entre a la central de esterilización por una puerta, siga una marcha, y no retroceda hasta salir totalmente preparado.

Estos esquemas comunes son muy divulgados y no creo que ofrezcan problemas.

Sobre este corredor central, frente a la Central de la Esterilización hemos marcado los cuartos para médicos, cuartos para

nurses, con sus cuartos sanitarios anexos, y un cuarto de pequeña cirugía y traumatología, con una cámara oscura para revelación anexa a él, y al fondo de este corredor, a mano derecha y a mano izquierda, dos salas de cirugía mayor. Consideramos que se puede hacer cirugía mayor en una y cirugía mayor con ginecología y otras especialidades en la otra.

Como decimos, para un hospital del interior de este tamaño, pese a ser muy recomendable tener salas para las diversas especialidades, es antieconómico hacerlo, y frecuentemente hasta hay dificultades para conseguir los especialistas. En general, si los enfermos requieren tratamientos de especialidades sale más económico desplazarlos hasta los centros especializados ya instalados, donde el tratamiento va a ser más efectivo, más económico, y con mayores garantías para el enfermo.

En cuanto a los materiales que se pueden utilizar, nosotros para la Central de Esterilización tenemos preparados tipos clásicos de bandejas para las operaciones más corrientes, y nos manejamos con estos materiales ya preparados. Entendemos que hay que tener cajas preparadas para apendicectomías y hernias, cuatro cajas; Caja ginecológica; Caja para cirugía de estómago; Caja para vías biliares; Caja para tórax; Caja de raspados; Caja de bujías; paquetes para pequeña cirugía completa; Cajas auxiliares; Cajas portaagujas. Cajas de valvas; Cajas para traumatología. Entre las Cajas para traumatología ponemos distintas variedades. Y, finalmente, Cajas para cuello.

Para estas Cajas ya tenemos preparados los lugares de esterilización, de modo que el personal técnico de la Central de Esterilización puede prepararlas siguiendo los esquemas que hay en un pequeño índice.

El Dr. Mernies ha preparado este trabajo con los distintos capítulos para las salas de operaciones y ubicación del bloque.

Él hacía hincapié en la instalación en un ala del edificio en una zona poco transitada, con salas de operaciones al fondo y servicios accesorios hacia el resto del edificio de hospitalización.

También es importante en el interior de nuestro país, como en todo lugar donde exista un bloque quirúrgico de este tipo, colocar la *sala de recuperación*. Y la colocamos en esta ala, pero fuera de este corredor. Prácticamente en el primer ambiente

que sigue a la salida de este corredor. La sala de recuperación en el interior es una necesidad aún mayor que en las grandes capitales, por la escasez de personal técnico especializado para el tratamiento de enfermos quirúrgicos. Y entonces es una forma de ahorrar y de manejarse con el personal experto en una forma más eficaz, economizando, inclusive, materiales, que nunca son abundantes en los Hospitales de Salud Pública.