

Configuración de periferias interiores en dos ciudades intermedias: Antofagasta y Piura. Influencia de la ubicación de los hospitales en la consolidación de su trazado urbano¹

Inner peripheries configuration in two medium size cities: Antofagasta and Piura. The influence of the hospitals's location in their urban fabric consolidation

Paula Kapstein López²
Universidad Austral de Chile
Valdivia, Chile

Rita Ayala Pazos³
Universidad de Piura
Piura, Perú

Cómo citar este artículo: Kapstein, P. y Ayala Pazos, R. (2023). Configuración de periferias interiores en dos ciudades intermedias: Antofagasta y Piura. Influencia de la ubicación de los hospitales en la consolidación de su trazado urbano. *Revista 180*, [51], 27-39. [http://dx.doi.org/10.32995/rev180.Num-51.\(2023\).art-967](http://dx.doi.org/10.32995/rev180.Num-51.(2023).art-967)

DOI: [http://dx.doi.org/10.32995/rev180.Num-51.\(2022\).art-967](http://dx.doi.org/10.32995/rev180.Num-51.(2022).art-967)

Resumen

Partiendo del concepto de *periferia interior*, se estudia la evolución de dos ciudades latinoamericanas intermedias, Piura en Perú y Antofagasta en Chile, localizando los hospitales en la planimetría elaborada para describir el crecimiento de estas ciudades durante el siglo XX. La hipótesis por verificar se refiere a que equipamientos como los hospitales desempeñaron un rol relevante en la construcción y consolidación de ambas ciudades, definiendo zonas de límites periféricos durante la primera mitad de dicho siglo, para después, en las últimas décadas, pasar a colaborar en la formación de zonas de límites internos. Por tanto, los hospitales constituyen hitos por su función urbanizadora en el proceso de crecimiento de dichas ciudades. Además, como ocurre en el caso de Antofagasta, el hospital se acompañaba habitualmente de otros usos asociados (cementerio, morgue y lazareto), formando un conjunto de equipamientos que construye parte de la periferia de las ciudades en Latinoamérica hasta aproximadamente la década del cuarenta. Se utiliza un método de análisis cartográfico basado en los planos de crecimiento de cada una de las ciudades; y se extraen conclusiones acerca de las funciones urbanas y territoriales de los hospitales, así como sobre su capacidad de definir límites internos o periféricos en ambas, dotándolas de significado e identidad.

Palabras clave

Antofagasta, crecimiento urbano, hospitales, periferias interiores, Piura

Abstract

Using the *inner periphery* concept this article studies the evolution of two medium size Latin American cities: Piura in Peru and Antofagasta in Chile, identifying the hospitals's location in the planimetry developed to describe these cities growth during the 20th century. The underlying hypothesis to be verified refers to the fact that urban scale facilities like hospitals, especially during the first part of the century, carry out a relevant role in the construction and consolidation of both cities defining peripheral border areas which, eventually, end up forming new urban zones with strong internal limits within the consolidated cities. Thus, due to their urbanizing role, hospitals can be considered milestones in the growing process of these cities. In some cases, like Antofagasta, the hospital was adjoined by a set of facilities (a cemetery, a morgue and a lazaretto), creating an ensemble of equipment that used to be part of the periphery of the Latin American cities until the 1940's. A cartographic analysis method is used, based on the expansion of both cities. The conclusions show both the urban and territorial functionality of hospitals, as well as their capacity to define internal or peripheral limits that, in the case of the studied cities, endow them with specific meaning and identity.

Keywords

Antofagasta, urban growth, hospitals, inner peripheries, Piura

Introducción

Este trabajo revisa el crecimiento urbano de dos ciudades americanas, Piura (situada al norte de Perú, 473.025 habitantes, Instituto Nacional de Estadísticas e Informática [INEI], 2017) y Antofagasta (ubicada en el norte de Chile, 361.873 habitantes, Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2017). Ambas se consideran ciudades intermedias tanto por su tamaño como por su población.

Según Ciudades y Gobiernos Locales Unidos (CGLU, 2017), las ciudades intermedias tienen entre 100.000 y un millón de habitantes; sin embargo, Horacio Capel (2016) define una ciudad media como aquella de entre 50.000 y 350.000 habitantes. Dicho autor, en su estudio de ciudades medias españolas, distingue en ellas algunos rasgos como la diversidad de sus localizaciones y la facilidad que tienen de crear redes de comunicación e intercambio con otras ciudades similares en tamaño y características.

Se estudia la influencia de los hospitales en la consolidación de estas dos ciudades intermedias, ya que, a finales del siglo XIX, e incluso en las primeras décadas del siglo XX, los grandes equipamientos sanitarios se construían en la periferia, abundante en terrenos disponibles con buena accesibilidad. El objetivo era crear focos de desarrollo que permitieran, por un lado, dar valor al suelo en dichas zonas y, por otro, proyectar una tendencia de crecimiento de la ciudad. Justamente en las ciudades intermedias es donde la influencia de la localización de los hospitales es más notoria que en las más grandes, donde se entrecruzan una serie de otros factores en sus tendencias de crecimiento.

La base conceptual del presente trabajo se recoge de la tesis doctoral *La periferia interior, un problema de vulnerabilidad no resuelto por el planeamiento urbano en Chile*. En dicha tesis se definió el concepto de *periferia interior* y se desarrolló una metodología para identificar y localizar estos sistemas urbanos (Kapstein, 2009). El concepto de periferia interior se refiere al sistema formado por aquellos espacios degradados que se ubican en el centro urbano de una ciudad, correspondientes a zonas de una antigua periferia que quedó detenida en el tiempo porque el crecimiento de la ciudad la atravesó en su recorrido, dejándola olvidada (Kapstein, 2009). Temáticas similares a esta han sido abordadas por otros autores con diversas aproximaciones: definiendo categorías y elementos morfológicos desde el punto de vista de la geografía urbana (Conzen, 1960; Conzen, 2009), analizando la posición y forma de equipamientos con una significación histórica y cultural (Kolnberger, 2018) o enfocándose en los procesos de planificación y diseño urbano (Hazar, & Kubat, 2015).

Por otro lado, es de interés observar el rol que ejercen los hospitales en la consolidación de las ciudades porque, a principios del siglo XX, la construcción de hospitales grandes, de escala ciudadana, se enmarca en el desarrollo de los planteamientos del urbanismo higienista.

Sobre el urbanismo higienista

El urbanismo higienista se impulsó a partir de las primeras concepciones de salud pública realizadas por médicos europeos en el siglo XVIII. Es en la segunda mitad de dicho siglo, empezó a tomar fuerza una nueva especialidad médica centrada en los efectos que tiene sobre la salud de las personas el ambiente en el que se desenvuelven, la que terminó adoptando el nombre de "salud pública" (Jiménez, 2016).

Durante el siglo XIX, el urbanismo higienista se desarrolló en Europa gracias al trabajo de algunos ingenieros y arquitectos que planificaron los ensanches de las ciudades, empleando nuevos estándares técnicos que propiciaban la ventilación natural y el soleamiento de los edificios, y que también se aplicaban en el diseño de las calles. Se concebían estas con un ancho suficiente para separar el paso de los carruajes del paso de las personas (en veredas a ambos costados de las calles y también muchas veces en un paseo o *boulevard* dispuesto en el eje de las avenidas), e integraban bajo las calles un sistema de drenaje de las aguas pluviales y de alcantarillado, las cuales pasaron a llamarse de redes sanitarias. El Plan Cerdá de Barcelona del año 1860 es un ejemplo de lo anterior puesto que, entre otras cosas, incorporaba el proyecto urbano al concebir el diseño de secciones viales.

Los ensanches de ciudades europeas de la segunda mitad del siglo XIX constituyen un universo amplio que muestra cómo se planificaron y construyeron las urbes bajo estos nuevos parámetros higienistas⁴. Mientras tanto, los países situados en el continente americano comenzaban a adaptar los tratados higienistas europeos a la realidad local.

Según Sánchez (2020), entre las variables que pueden destacarse para entender el desarrollo social y urbano de las ciudades latinoamericanas en las últimas décadas del siglo XIX se cuentan: primero, la necesidad de poseer espacios salubres para evitar la incidencia de enfermedades como el cólera, la malaria, la fiebre amarilla y la tuberculosis; en segundo lugar, la búsqueda del ejercicio del poder económico, político e ideológico y; finalmente, la perspectiva de progreso que se estaba construyendo en las nacientes sociedades, donde era relevante lo que ocurría en las ciudades europeas.

Modelos de la estructura social de la ciudad y de localización espacial de usos

Las teorías que estudiaron el devenir urbano de las primeras décadas del siglo XX en el continente americano están ligadas a problemáticas y conflictos dados en las ciudades estadounidenses, las cuales en aquellos años crecieron aceleradamente por la llegada de inmigrantes desde el campo, pero también desde algunos países europeos, entonces empobrecidos por la Primera Guerra Mundial. Chicago es un ejemplo de ello, pues mantuvo un crecimiento forzado por la inmigración, ya que constituía una puerta de entrada hacia el oeste. Esto le otorgó un carácter especial, una identidad cambiante, pero también acogedora con los que iban llegando atraídos por la industria, las acerías o el comercio (Hannerz, 1993).

Las problemáticas causadas por el acelerado crecimiento de Chicago dieron origen a diferentes teorías urbanas y sociológicas surgidas en el seno de la Universidad de Chicago, que, al poco tiempo de ser inaugurada en 1892, ya contaba con un sólido departamento de Sociología. De dicho departamento provienen las aportaciones más influyentes de comienzos del siglo XX, como la de William Thomas, basada en una investigación empírica sobre la sociedad. También es notable la obra de Robert Park, quien estudió la vida en las ciudades desde el punto de vista de la ecología urbana, visualizando los conflictos de la sociedad por medio de la observación de comunidades vegetales o animales (1925). Un poco antes, Ernest Burgess (1924) había aportado una teoría de localización de usos de suelo y desarrollo urbano, que se traducía en un diagrama ideal de ciudad (Burgess, 2008): los usos del suelo y las áreas residenciales de diferente categoría social se disponían en forma de anillos concéntricos alrededor del espacio central ocupado por un distrito de negocios y de comercio intensivo, en el que convergían las calles más importantes, resultando este ser el más accesible y de mayor valor de la ciudad. A partir del centro, se definía un espacio de transición, capaz de acoger usos variados e incluso lugares sin un uso claro. Después de esta franja se definían, en el siguiente orden, una zona residencial para familias de rentas medias, una zona residencial para familias de rentas altas y una zona suburbana caracterizada por acoger una población itinerante.

El modelo de Burgess presenta componentes de segregación social y espacial que hoy en día continúan dándose en las ciudades americanas. Dicha segregación adquiere distintas formas urbanas que se concretan casi siempre en el abandono del centro urbano por parte de las clases sociales altas. A pesar de la vigencia de este modelo, su concepción ha resultado ser polémica. Manuel Castells (2004) señaló que dicho modelo no aludía a la especificidad geográfica e histórica del momento en el que fue elaborado. Otro autor que defiende este punto de vista es Saverio Muratori (1960), cuando se refiere a que la forma urbana no puede definirse al margen de su aplicación concreta, es decir, al margen del tejido construido.

Metodología

Este trabajo plantea que los hospitales tuvieron un rol urbanizador en las ciudades de Antofagasta y Piura, ya que dichos edificios por su escala urbana y su función colaboraron en la consolidación de la periferia de estas ciudades, definiendo zonas de límites periféricos durante la primera mitad del siglo XX, para después, entre 1960 y 1980, pasar a delimitar zonas de límites internos. Esto ocurrió porque estas ciudades crecieron aceleradamente durante la segunda mitad del siglo XX, sin que este desarrollo fuese regulado por normas o instrumentos de planificación. Cuando esto sucede, los límites periféricos quedan contenidos en el trazado interior, pero no integrados, formando un conjunto de espacios degradados que se suelen apoyar en estructuras en desuso (Kapstein, 2010).

La hipótesis que sustenta el trabajo se refiere a que los grandes hospitales construidos en las últimas

décadas del siglo XIX en Antofagasta y en Piura constituyen hitos por su función urbanizadora en sus momentos iniciales. Sin embargo, al **cabo de tres o cuatro décadas**, al perder su uso original, adquieren un estado obsoleto, colaborando en la formación de periferias interiores en estas ciudades.

El interés que tiene observar el rol urbanizador que poseen los primeros hospitales construidos a finales del siglo XIX en dos ciudades latinoamericanas es visualizar el impacto generado por estos edificios en la forma urbana de las ciudades de Piura y Antofagasta. Impacto que es debido, por una parte, al servicio que prestaban en dichas ciudades, como también por sus localizaciones periféricas, además de su tamaño y su estilo arquitectónico, que se correspondía con la función de grandes equipamientos públicos. Además, estos complejos aparecían rodeados de un territorio de paisaje desértico, donde no había calles ni nada más a su alrededor, salvo la desolación propia de la pampa, según la descripción de Martínez Estrada (1996).

De acuerdo con lo anterior, la construcción de los hospitales y la posterior transformación de su entorno cercano son representativas de este proceso de cambios urbanos acaecido en las primeras décadas del siglo XX. Por ello, se considera que estos cumplen una doble función: dan un servicio a la ciudadanía, lo cual les permite mantener una vigencia por su uso y, al mismo tiempo, se configuran como hitos porque tienen un rol urbanizador en el proceso de crecimiento y consolidación de la ciudad. Del mismo modo, cuando este uso disminuye o desaparece por la precariedad de las instalaciones hospitalarias o por su obsolescencia, dicho equipamiento llega a convertirse en un foco de degradación para la ciudad, al no contar con un nuevo uso que lo revitalice en su función social y urbana.

El objetivo es localizar los hospitales de ambas ciudades en planos que muestran la secuencia de su crecimiento urbano durante el siglo XX, con el fin de determinar la formación de límites internos y periféricos en planos de diferentes momentos históricos y verificar la formación de periferias interiores.

La metodología consta de dos partes, la primera dedicada a identificar periferias interiores en Antofagasta y Piura, y la segunda referida al análisis de la influencia que ejercen los hospitales en la consolidación urbana de estas ciudades. La primera parte se compone de un análisis cartográfico que considera lo siguiente: origen histórico de las periferias interiores, discontinuidad espacial en el proceso de crecimiento y localización de estas. La segunda parte de la metodología permite observar la situación de los hospitales en el contexto de crecimiento y transformación que han tenido las ciudades analizadas durante el siglo XX.

Con el fin de observar el proceso de crecimiento de las ciudades estudiadas, que conlleva la transformación de bordes periféricos en límites internos, se reconocen los límites internos y periféricos de Antofagasta y Piura en seis planos de diferentes años que muestran su evolución durante el siglo XX. Estos se dibujan con el programa de AutoCAD,

ya que los mapas de referencia tienen diversas maneras de representar la ciudad y diferentes escalas gráficas y, por ello, es necesario homogeneizarlos para hacer posible su comparación. A continuación, se lleva a cabo el reconocimiento de límites periféricos e internos, para pasar a delimitar la zona de periferias interiores en cada ciudad, la cual queda determinada en el plano más reciente de cada secuencia cartográfica.

Identificación de periferias interiores en Antofagasta y Piura

Es preciso diferenciar el concepto de periferia interior del de límite interno. Una periferia interior es un área urbana vulnerable que se sitúa en una posición más o menos céntrica. Dicha zona se configura por elementos urbanos que en el pasado constituían límites periféricos, y que en el presente han quedado en una posición interior dentro de una determinada ciudad. Estos límites periféricos que pasan a ser internos se reconocen en vías ferroviarias, cauces de ríos, franjas de terrenos semiabandonados compuestos por sitios eriazos y, en general, todos los elementos que tienen una cierta longitud y que presentan obsolescencia en su estado (Kapstein, 2009).

Por otro lado, en las periferias interiores también se manifiestan problemas de vulnerabilidad en áreas que antiguamente han sido periféricas. Es decir, el origen de las periferias interiores se da por una situación de vulnerabilidad que se extiende a ámbitos diferentes, pero que interaccionan entre sí: problemas sociales, urbanos, económicos y/o políticos confluyen en el mismo lugar. Según Fernández Salinas (1999) se pueden generalizar tres fuentes de problemas en un área urbana céntrica y consolidada. Estas, que tocan las principales temáticas involucradas en los procesos de obsolescencia de dichas zonas, son: la falta de adecuación espacial en el proceso de producción de bienes y servicios entre las necesidades reales de los ciudadanos y su localización en el espacio urbano, la acumulación del conflicto social en ciertas zonas y la intensificación de un conflicto físico-espacial en algunos barrios, agravado por la lentitud de respuestas de la planificación urbana.

Antofagasta

Los orígenes de la ciudad de Antofagasta (361.873 habitantes, INE 2017, situada en Chile en el paralelo 23° de latitud sur) se remontan a mediados del siglo XIX, y coinciden con las primeras prospecciones que se hicieron para explotar el salitre. La industria del salitre dio a la zona su impulso inicial y sustentó su desarrollo hasta la década de los años treinta de un modo intenso y, moderadamente, hasta el día de hoy.

Antofagasta se fundó en la costa, en un territorio extremadamente árido: el desierto de Atacama. Otra dificultad para su desarrollo fue la falta de accesibilidad de la ciudad, ya que esta se ubica en la franja costera entre la cordillera de la Costa y el mar. Este emplazamiento condicionó, desde sus inicios, su forma urbana alargada y estrecha.

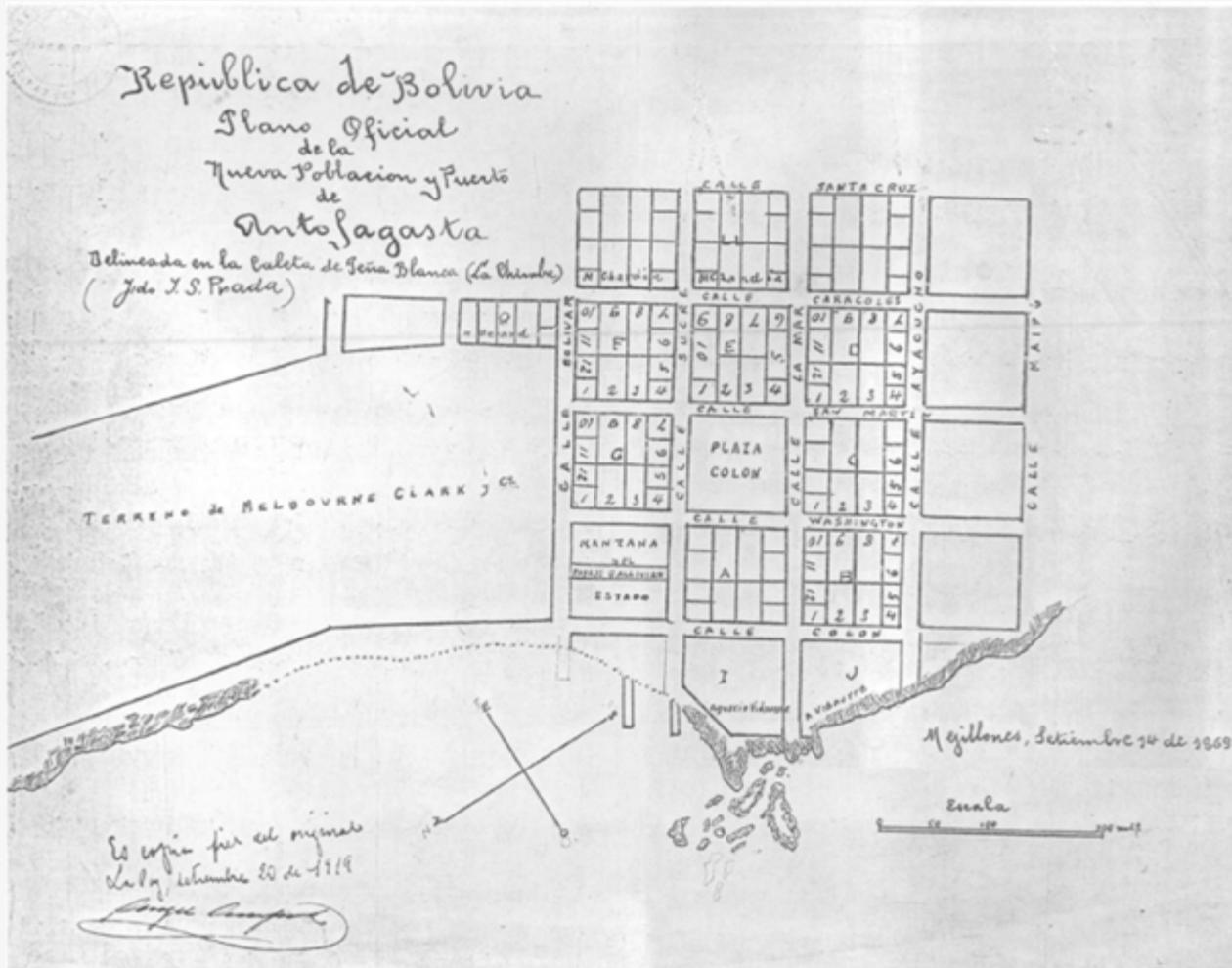


Figura 1

Plano fundacional de Antofagasta de J. S. Prada (1869)

Nota. Adaptado de Garcés, 1999, p. 26.

El primer plano de la ciudad que se conserva fue realizado por José Santos Prada en el año 1869, siendo sellado y archivado en una notaría de La Paz⁵. En este se halla delineado el terreno de Melbourne Clark y unas diecisiete manzanas alrededor de la plaza principal (Figura 1), las que se ordenaban en una trama en damero dispuesta desde la caleta de La Chimba, donde se situó el primer puerto. Se aprecia en este plano cómo los deslindes de la empresa explotadora de salitre, Melbourne y Clark⁶, definieron los direccionamientos de la trama inicial de la ciudad (Kapstein, 2010).

Entre los años 1869 y 1911, la ciudad mantuvo un crecimiento regular y homogéneo debido a la existencia de tres tipos de trazado: el de damero con manzanas de 100 por 100 metros en la zona fundacional (Figura 1); el trazado que rodeaba la nueva estación de trenes⁷, compuesto de manzanas regulares de unos 100 por 80 metros y el último de los trazados, que se ubicaba en dos zonas, una al norte de los patios del ferrocarril y la otra al sur. Se trataba de áreas cuya traza se cortaba por el encuentro de las vías de trenes, dejando intersticios y espacios de geometría irregular. Esta zona, situada al norte de los patios del ferrocarril, hoy constituye una de las zonas incluidas en las periferias interiores localizadas en Antofagasta.

Identificación de periferias interiores en Antofagasta

Para localizar las periferias interiores se consideraron los planos de los años 1893, 1903, 1911, 1933, 1941 y 1961 (Figura 2).

El hecho más importante que detonó la consolidación de áreas vulnerables o periferias interiores en Antofagasta fue el traslado de los patios del ferrocarril a una nueva ubicación en el año 1900. Con el desplazamiento de los patios del ferrocarril Antofagasta-La Paz (FCAB) a un terreno más grande situado hacia el lado nororiental del anterior, fue necesario adaptar el recorrido del tren; así, los tendidos férreos cambiaron su recorrido unos diez años más tarde, dejando una huella en la ciudad: las vías obsoletas todavía pueden verse en algunos tramos de la avenida Argentina. La modificación de las vías dejó zonas sin resolver en el trazado urbano. Otra de las consecuencias de la modificación del tendido férreo es que el cementerio y el hospital pasaron a estar más cerca de la trama consolidada y de la zona fundacional, contribuyendo a definir límites interiores en la ciudad.

Por otro lado, el reconocimiento de límites en la secuencia de planos permitió identificar tres grandes fases en la formación de periferias interiores (Figura 2): antes del año 1911, cuando los límites internos eran escasos y correspondían más bien a la geometría del trazado fundacional y al recorrido de un tranvía; entre 1911 y 1941, cuando, con el traslado de la línea del tren de Antofagasta a La Paz a



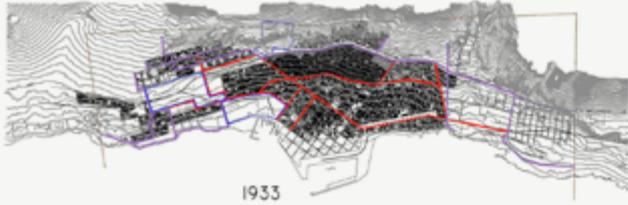
1893



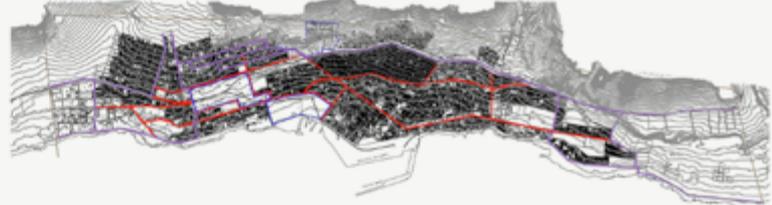
1903



1911



1933



1941



1961



SÍNTESIS DE ELEMENTOS FIG. 4



1961

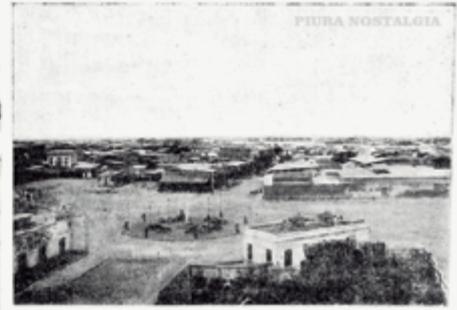


Figura 2

Secuencia cartográfica del crecimiento urbano de Antofagasta: síntesis de límites internos y periféricos

Nota. En rojo se definen los límites internos y en morado los periféricos. Adaptado de Kapstein, 2010, p. 113.

Figura 3

Delimitación de las periferias interiores de Antofagasta (en negro)

Nota. Adaptado del plano del Plan Regulador de 2002. Kapstein, 2010, p. 112.

Figura 4

Plano de Piura de 1920 e imágenes del periodo dado entre 1900 y 1930. Abajo en el centro, el Hospital de Belén

Nota. Plano de la Memoria del Plan de Desarrollo Urbano de Piura, Municipalidad Provincial de Piura, 2014, p. 60. Las fotografías son de la web *Piura nostalgia*, que comparte fotos antiguas de la ciudad del diario *El Tiempo*.

una posición cuatro manzanas al este de la anterior vía, los límites internos se desplazaron hacia el perímetro de la zona fundacional y, la última de estas fases que se produjo después de 1941, cuando los dos equipamientos relevantes que había entonces en el sur de la ciudad, el hospital de la calle 21 de mayo y el club hípico, permitieron la consolidación de los barrios donde se ubicaban.

Las periferias interiores en Antofagasta no se dan de un modo aislado, sino que surgen y se consolidan agrupadamente, formando un sistema de relaciones entre ellas. Estas relaciones se establecen mediante los elementos urbanos que se repiten en las áreas estudiadas: las vías del tren, el cementerio y los patios del ferrocarril (Figura 3). Como resultado de la secuencia cartográfica se identificaron las dos áreas que muestra el plano de la Figura 3, que corresponde al plano del año 1961. Estos barrios, situados al norte y al sur del terreno de los patios de maniobras del ferrocarril, definen el sistema de periferias interiores. Los patios de maniobras componen un paño de aproximadamente 25 hectáreas situado en el centro de la ciudad, que actúa como una gran barrera y que presenta obsolescencia por su escaso uso, interrumpiendo la accesibilidad entre estos barrios hasta el día de hoy⁸.

Piura

Los orígenes de la ciudad de Piura (473.025 habitantes, según el INEI del año 2017, situada en el norte de Perú, en el paralelo 5° de latitud sur) se remontan al año 1532, cuando fue fundada por Francisco Pizarro⁹. En su actual ubicación, la ciudad se ha desarrollado por su actividad agrícola, la relación con el río Piura que la atraviesa de norte a sur y por el ferrocarril que iba de Paita a Catacaos, pasando por Piura¹⁰ (Figura 4).

Tanto el cauce del río como las líneas ferroviarias constituían límites periféricos a inicios del siglo XX; dichos límites, con el paso del tiempo, se convirtieron en límites internos (Figuras 5 y 6). Los años considerados para realizar el reconocimiento de los límites internos y periféricos de Piura son: 1920, 1932, 1940, 1954, 1961 y 1972, ya que en estos años se llevaron a cabo censos poblacionales y hay cartografía disponible.

Identificación de periferias interiores de Piura

El reconocimiento de límites permite identificar tres etapas en la formación de las periferias interiores de Piura: antes de 1940, entre 1940 y 1972 y después de 1972. En el caso de Piura, estos límites están dados por el río Piura y por el tren de Piura a Catacaos.

Antes del año 1940, la ciudad se fundó y consolidó únicamente en el distrito de Piura, es decir, en la llamada margen izquierda del río Piura. Además, se construyó en 1888 la línea férrea Piura —Paita y Piura— Castilla, que permitió el desarrollo del comercio en la ciudad, dándose un cierto despegue económico en las primeras décadas del siglo XX. Antes de 1940, en el distrito de Castilla ubicado en el sector oriente del cauce del río o margen derecha, el desarrollo urbano era incipiente (ver plano de 1920 en la Figura 5). En los planos de 1920, 1932 y 1940 es posible distinguir un límite interno en la ciudad dado por el recorrido del tren, que definía distintas zonas en Piura: hacia el norte de la línea férrea era la zona de ensanche o más nueva. Como límites internos, junto al recorrido del tren, se distinguen tres calles que también definían diferentes zonas dentro del incipiente trazado que aún presentaba la ciudad (Figura 6).

Entre 1940 y 1972, Piura se desarrolló con un rápido crecimiento longitudinal hacia el oeste, y al mismo tiempo se inició una expansión al norte.

A partir de 1972 se dio un contraste entre el crecimiento urbano que sigue el eje poniente-oriente del lado del distrito de Piura, con la tendencia de expansión en el sentido norte-sur del distrito de Castilla, donde los límites periféricos están en la av. Progreso y en las calles reconocidas como límites internos como son las avenidas Ramón Castilla, Junín y Guardia Civil; dichas calles en los planos anteriores ejercían como límites periféricos. También durante la década de los años setenta se identificó un área alargada que se reconoce como periferia interior en Castilla, acotada por los límites internos dados en las avenidas Progreso y Miguel Grau, mientras que en Piura se evidencia aún más una periferia con proyección al poniente acotada por las avenidas de Sánchez Cerro y Grau (Figura 5).

En el plano de 2013 de Piura (Figura 6), puede apreciarse que las áreas definidas como periferias interiores se forman por el encuentro de límites que eran periféricos en el pasado, pero que quedan contenidos en la ciudad según esta va creciendo. Los barrios adyacentes a dichos límites no se integran en la ciudad, y continúan hasta el día de hoy con los problemas que tenían cuando eran parte de su periferia. Las periferias interiores aparecen como si fuesen “radiografías” de lo que la ciudad era en el pasado, pero ocupando posiciones céntricas.

Los límites periféricos de Piura se definen, en buena medida, por el recorrido que hacía el tren a Catacaos (poblado situado al sur); sin embargo, es el cauce del río Piura, el elemento que propició el carácter dual de la ciudad: cada margen se establece desde sus inicios como si fuese un asentamiento independiente, a pesar de que esta contaba con puentes entre ambas zonas desde su formación. De hecho, la forma urbana de Castilla (distrito en la margen derecha) y su tendencia de crecimiento norte-sur a diferencia del distrito de Piura; ya que en Castilla el aeropuerto constituye una barrera que impide el crecimiento en dirección al este (Figura 6).

El rol urbanizador de los hospitales en Antofagasta y Piura

El Hospital del Salvador de Antofagasta, en su primera ubicación, estuvo situado en la calle Manuel Antonio Matta, adyacente al cementerio. El hospital, cuya construcción comenzó en 1872¹¹, formaba un conjunto con dicho cementerio, el lazareto y la morgue (Figura 7). En 1913, el hospital fue trasladado a un nuevo edificio construido en la avenida Argentina, por lo que quedó situado en una posición algo más céntrica, ya que se ubicó en un terreno adyacente a lo que en el plano de 1903 era un polígono de tiro y que ya desde 1911 será la calle 21 de mayo. En ambos emplazamientos, el Hospital del Salvador estuvo ubicado en zonas que todavía eran periféricas en esos años (Figura 7).

A principios del siglo XX, el terreno del cementerio ya definía el límite este de la ciudad. Dicho equipamiento se sitúa hasta el presente en la ladera de los cerros, en la actual avenida Andrés Sabella.

En el plano del año 1893 se aprecia que el cementerio se situaba adyacente al límite oriental de la ciudad de 1888. Lo mismo sucede con el antiguo hospital que se emplazaba al lado del cementerio y del lazareto. Dichos equipamientos contribuían a consolidar la ciudad cerca de los límites periféricos de fines del siglo XIX, los cuales pasaron a formar parte de la ciudad consolidada cerca de la década de 1960.

Con respecto al crecimiento y a su regulación urbana, en el año 1867 Antofagasta tenía alrededor de 400 habitantes y en 1920 ya contaba con 40.000 (Pérez, 1985); en 50 años su población había aumentado cien veces. En el año 1920, Antofagasta se situaba entre las cinco ciudades chilenas más grandes, es decir, las que contaban con una población igual o superior a 40.000 habitantes (Ministerio de Vivienda y Urbanismo [Minvu], 2004). En estos años, los intentos municipales por organizar el rápido crecimiento de la ciudad se manifestaron en elaborar planos con límites urbanos bien definidos. Estos límites ya se aprecian en el plano de la ciudad de 1911 (Figura 7). Sin embargo, los esfuerzos administrativos todavía tardarían en concretarse en un instrumento de regulación. El primer Plan Regulador de Antofagasta data del año 1959 (Decreto N.º 129A), y fue elaborado en respuesta a la necesidad de ordenar los nuevos barrios que, por entonces, se estaban construyendo para acoger a la gran cantidad de familias que llegaron a la ciudad entre 1930 y 1940, después del cierre de la mayoría de las salitreras (Pérez, 1985). Estos barrios eran precarios (Garcés, 1999) y se situaban cerca de los límites urbanos o directamente fuera de ellos.

En la década de 1960, adyacente al Hospital del Salvador de 1913, se construyó el Hospital Regional de Antofagasta, que se localizó en un terreno existente en el encuentro entre el trazado fundacional y otro tejido de distinta orientación y forma de manzanas ubicado hacia el sur del centro histórico. Este nuevo hospital de carácter regional tuvo una especial relevancia porque fue producto de una política del gobierno dedicada a incentivar adelantos en los servicios y equipamientos de salud, la que venía dándose desde al menos 25 años atrás¹².

En el caso de Piura, el plano de la ciudad de 1900 permite mostrar la ubicación que tenían entonces los dos hospitales que había en la ciudad (Santa Ana y Belén), además del cementerio San Teodoro. Este último, construido en el año 1838, todavía en el año 1920 se situaba en la periferia. El Hospital Santa Ana, fundado entre 1535 y 1550, es de los hospitales más antiguos de Perú¹³. Su ubicación en la plaza de Armas revela la importancia que tenía para la región y el Virreinato (Fajardo, 2002). Sin embargo, es el Hospital de Belén en el distrito de Castilla, el que realmente cumple con el rol urbanizador al que se refiere este apartado, pues su posición coincidía con las instalaciones del tren que iba a Catacaos, como puede verse en las fotos de la Figura 9. Este hospital prestó servicios hasta aproximadamente el año 1920, hoy se ubica allí el Centro de Reposo San Juan de Dios.

En cuanto al crecimiento de la ciudad y a su regulación urbana, es preciso considerar que en el año 1940 esta tenía una población de 145.276 habitantes¹⁴, cifra que se incrementó hasta alcanzar

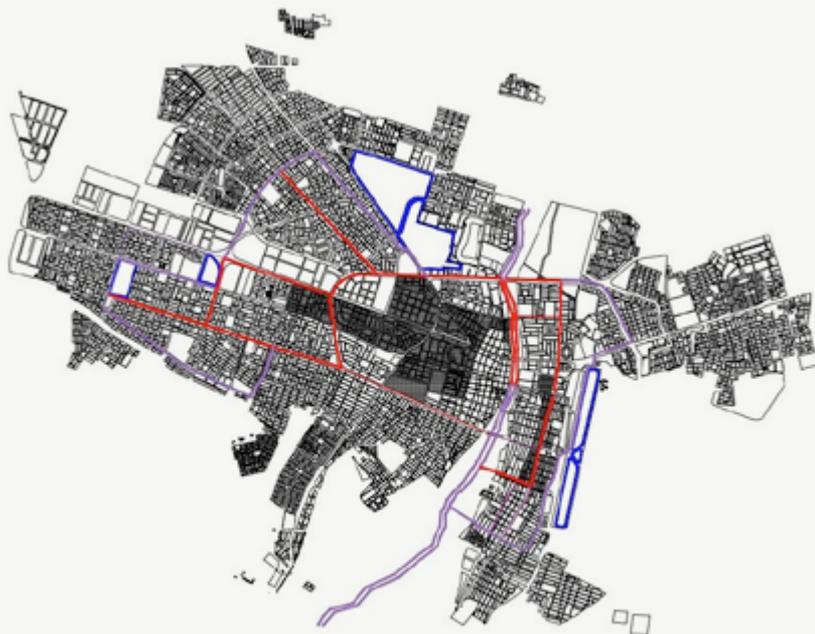


Figura 5

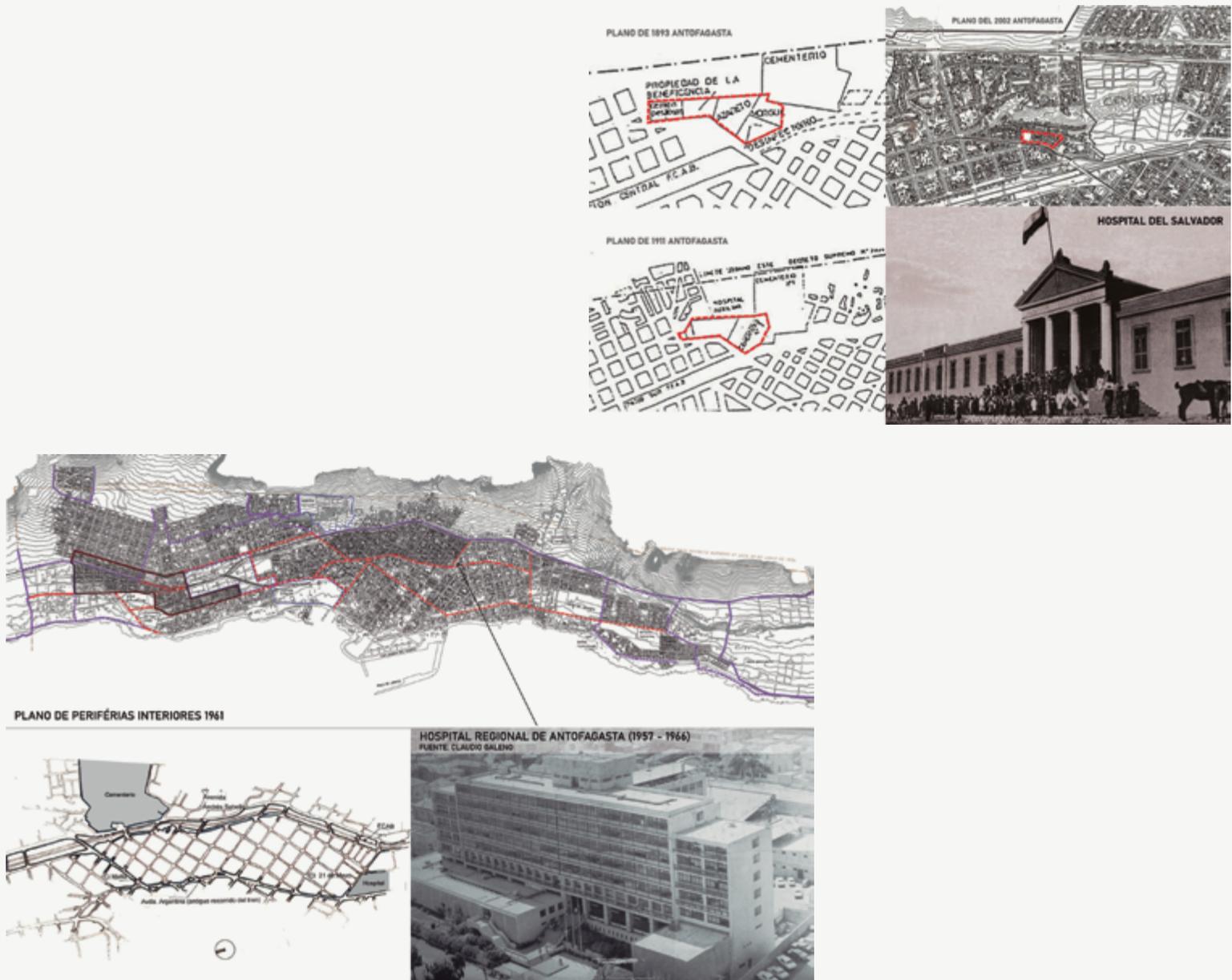
Secuencia cartográfica del crecimiento urbano de Piura: límites internos y periféricos

Nota. Secuencia de planos entre los años 1910 y 1972. Adaptado a partir de Ayala y Adriansén, 2020 [curso de Urbanismo 2, de la Universidad de Piura].

Figura 6

Delimitación de las periferias interiores de Piura sobre el plano de 2013 (en negro), e identificación de nuevos límites internos (en rojo) y periféricos (en morado)

Nota. Adaptado del plano de 2013. Ayala y Adriansén, 2020.



los 697.100 habitantes en 1981. El período de mayor crecimiento poblacional fue entre 1972 y 1981, con una tasa promedio anual de crecimiento intercensal de un 3 %. Hoy la ciudad de Piura tiene una población de 707.318 habitantes (INEI, 2017). Por otra parte, el primer instrumento de regulación urbana de Piura fue el Plan Director del año 1972, seguido del Plan Regulador de 1982 y del Plan Director de Piura y Castilla de 1992. El Plan de Desarrollo vigente fue aprobado mediante la Ordenanza Municipal N.º 122-02-CMPP, en septiembre de 2014. Los instrumentos de planificación elaborados hasta 1972 se realizaron con el objeto de paliar la falta de regulación urbana que había habido hasta ese momento y, por otro lado, para dar respuesta a la gran demanda de vivienda que ya entonces generaba asentamientos informales alrededor de la ciudad (llamados “pueblos jóvenes”); en cambio, los planes de 1982 y de 2014 tenían por finalidad, además de lo anterior, dar respuesta a la falta de equipamientos de educación y salud, y también de infraestructura de obra civil; ya que esta última, desde la década de los ochenta, empezó a ser muy necesaria dadas las recurrentes inundaciones por fenómenos climáticos, como el de El Niño (FEN)¹⁵.

Consolidación del trazado urbano alrededor de los hospitales de Antofagasta y Piura

La función urbanizadora de los hospitales que plantea este trabajo se relaciona directamente con la consolidación del trazado urbano de Antofagasta y Piura alrededor de dichos equipamientos, ya que estos, al situarse en posiciones que refuerzan los límites periféricos antes de 1900 en el caso de Piura y hasta la década de 1960 en Antofagasta, se configuran como hitos con una significación tanto urbana como de utilidad pública. Otra de las condiciones que define esta función urbanizadora de los hospitales en ambas ciudades es su capacidad de articular diversos elementos urbanos característicos de cada una de ellas; en el caso de Piura, el Hospital de Belén, por su posición, su tamaño y la definición de su larga fachada orientada al poniente permitió consolidar la avenida Cayetano Heredia, pues el hospital se construyó antes de que dicha avenida existiera.

En Antofagasta, el Hospital del Salvador cuando funcionaba en su edificio más antiguo (el de 1913) colaboró propiciando la articulación de un sector periférico con servicios considerados como “marginales”: un lazareto¹⁶, el cementerio y la morgue.

Figura 7

Detalle de planos de la evolución del cementerio, lazareto y antiguo hospital en su primera ubicación

Nota. Planos antiguos, adaptado de Pérez, 1985, p. 20. Plano de 2002, adaptado del plano del Plan Regulador de Antofagasta de dicho año. Fotografía del Hospital del Salvador de 1883, descargada de <https://www.museodeantofagasta.gob.cl/coleccion/asistencia-publica-en-antofagasta-el-hospital-del-salvador>

Figura 8

Plano de las periferias interiores de Antofagasta y ubicación del Hospital Regional

Nota. Plano de periferias interiores de Antofagasta de Kapstein, 2010, p. 112. Plano esquemático de la zona central de las periferias de Kapstein, 2010, p. 77. Fotografía del Hospital Regional de Antofagasta “Leonardo Guzmán”, 1957-1966, Galeno, 2009, p. 12.



Figura 9

Plano de Piura de 1900: trayecto del tren de Paita-Piura-Catacaos y fotos de aproximadamente el año 1920

Nota. Adaptado del plano de Piura de 1900 de la Memoria del Plan de Desarrollo Urbano (PDU) de Piura, Municipalidad Provincial de Piura, 2014, p. 59. Fotografías de Jorge Flores.

Dicho hospital, en su siguiente edificio situado en la avenida Argentina, articuló y dio vitalidad al espacio público de dicha arteria, además de formar parte de un sector que estaba comenzando su ensanche o crecimiento hacia el sur de la ciudad a principios del siglo XX. Mientras que en Piura las calles llegan a consolidar una porción de territorio que era totalmente periférica cuando se fundó el Hospital de Belén. Este se construyó en un terreno situado muy cerca de las instalaciones ferroviarias, en una zona del distrito de Castilla, que actualmente es céntrica, aunque no forma parte del casco fundacional o zona más antigua. En Antofagasta, en cambio, el Hospital del Salvador fue asumiendo distintas posiciones (y contando con nuevos edificios) con el objeto de volverse más urbano y moderno, respondiendo a la búsqueda de higiene y modernidad dada en las ciudades chilenas durante la primera mitad de dicho siglo.

Respecto de las tendencias de crecimiento de ambas ciudades, mientras que el desarrollo urbano de Antofagasta se dio principalmente hacia el norte de la ciudad, dejando en posiciones interiores sus periferias entre 1940 y 1960, en Piura el crecimiento en el distrito de Piura (margen izquierda del río), se dio a partir de 1961 en dirección al oeste. En este

caso, aunque también influyó el recorrido del tren entre Paita y Catacaos en la formación de límites al interior de la ciudad, es más relevante el cauce del río tanto en las tendencias de crecimiento de la ciudad durante el siglo XX, como en la consolidación de sus periferias interiores. El río Piura aún hoy ejerce de barrera entre los barrios que se sitúan en sus márgenes. Esto se debe más al estado de deterioro de su cauce y espacios públicos ubicados en ambos márgenes, que a la falta de accesibilidad que puede presentar en algunos tramos.

Finalmente, considerando la distribución de usos en las ciudades analizadas de acuerdo con el modelo ideado por Burgess, se observa que hay correspondencia entre la franja que dicho autor define como intermedia y de gran complejidad por la cantidad de usos que se dan en ella, y la ubicación de las periferias interiores en Antofagasta y en Piura, pues en ambas ciudades, las periferias interiores se localizan en zonas cercanas al centro histórico, al ser las primeras periferias que rodearon la zona fundacional. Además, cuentan con una gran variedad de usos y de terrenos libres, los que se presentan como oportunidades de regeneración urbana. Sin embargo, los criterios de los planes y programas de regeneración deben definirse por la

equidad y la diversidad, en procesos democráticos (Fainstein, 2013), con el fin de evitar que estas actuaciones deriven en situaciones de gentrificación o de barrios prefigurados para ciertas clases sociales.

Conclusiones

Se ha podido verificar la hipótesis que se refiere a que los hospitales acompañados de los cementerios y, en algunos casos, de algún lazareto, forman un conjunto de equipamientos situado en la periferia de las ciudades intermedias que se analizan (Piura y Antofagasta), los que cumplen una función urbanizadora dada durante las primeras décadas del siglo XX. Complementariamente, se ha constatado que la fecha en la que esta función o capacidad urbanizadora se da es anterior a lo estimado anteriormente. En Antofagasta se pudo observar que el primer hospital es del año 1872 y estaba situado al lado del cementerio y de un lazareto, en una zona periférica y alta de la ciudad. En el caso de Piura pasa lo mismo, pues el Hospital Belén, ubicado en la periferia del distrito de Castilla, es de aproximadamente el año 1860 y está frente a las instalaciones del tren que iba de Paita a Catacaos, pasando por Piura. Por lo cual, ambas ciudades presentan hospitales situados en posiciones periféricas anteriores a 1900; y más tarde, esos mismos hospitales se trasladaron a otro lugar dentro de la ciudad (como es el caso de Antofagasta) o quedaron con otro uso como sucedió en Piura.

Se observa que los hospitales construidos en la periferia de las ciudades que se estudian quedan al cabo de unas décadas situados en posiciones céntricas, por el propio avance del desarrollo urbano y, en los casos analizados, sucede que el hospital pierde su uso original por su propia precariedad o por la antigüedad de sus instalaciones, asumiendo otro uso o quedando como un edificio complementario de un hospital nuevo más grande. Lo primero ocurrió en Piura y lo segundo en el caso de Antofagasta.

Lo anterior permite verificar que los límites periféricos de ambas ciudades fueron quedando en posiciones interiores según se fue dando su crecimiento durante el siglo XX, propiciando que los hospitales construidos originalmente en zonas periféricas quedaran también en ubicaciones céntricas; en el caso de Piura, el Hospital de Belén se fundó en 1860 en una zona donde no había aún calles, pero sí se hallaba muy cerca el paso del tren que iba de Piura a Catacaos. En Antofagasta, el Hospital del Salvador, que había sido construido al lado del cementerio en 1872, se trasladó a un nuevo edificio en el año 1913, el cual se ubicó en la avenida Argentina. Más tarde, al lado de este edificio se construyó el Hospital Regional de Antofagasta, quedando el antiguo Hospital del Salvador funcionando como una instalación complementaria al nuevo hospital.

Este trabajo permite reflexionar sobre la utilidad que tienen para la planificación urbana las áreas periféricas cuando por el propio crecimiento urbano estas quedan contenidas en la ciudad, pues entonces se da una cierta transfiguración de estas zonas, que son capaces de cambiar su uso e iden-

idad, contribuyendo a modificar el destino de esa porción de ciudad donde se hallan. Así, las periferias interiores, a pesar de la vulnerabilidad física y social que presentan, poseen una importante vocación articuladora tanto por la cantidad de terrenos libres de que disponen como por los equipamientos relevantes que se localizan en ellas, como los hospitales. En las dos ciudades analizadas, estos equipamientos colaboraron en la consolidación de los barrios donde se ubicaban y, por supuesto, en el desarrollo de la salud pública.

Asimismo, este estudio deja abierta una línea de investigación de carácter patrimonial. Se trata de observar los procesos de obsolescencia en los edificios de los hospitales, cuando estos quedan situados en posiciones céntricas que han sido zonas periféricas en el pasado, relacionando dichos procesos de deterioro y sus causas con las políticas públicas y la regulación urbana.

Referencias

- Ayala, R. y Adrianzén, J.C. (2020). "Análisis y delimitación cartográfica de las periferias interiores de Piura" (trabajo no publicado). En el *Curso de Urbanismo II* (dictado por Paula Kapstein y Gisella Hernández), 2do semestre de 2020. Universidad de Piura.
- Burgess, E. (2008). The Growth of the City. En G. Bridge y S. Watson (Eds.), *The Blackwell City Reader*. Publicaciones Blackwell. Trabajo original publicado en 1924.
- Capel, H. (2016). Pensar en ciudades habitables para el futuro. *Finisterra*, 51(101), 26-43.
- Castells, M. (2004). *La cuestión urbana*. Siglo XXI.
- CGLU. (2017). *Co-Creando el Futuro Urbano. La Agenda de las Metrópolis, las Ciudades Intermedias y los Territorios*. GOLD IV (GOLD-Cuarto Informe Mundial sobre la Descentralización y la Democracia Local). Autor. https://issuu.com/uclgclgldocs/gold_esp-web
- Conzen, M. P. (2009). How cities internalize their former urban fringes: a cross-cultural comparison. *Urban Morphology*, 13(1), 29-54. <https://doi.org/10.51347/jum.v13i1.3946>
- Conzen, M. R. G. (1960). *Alnwick, Northumberland: a study in town-planning analysis*. George Philip. <https://doi.org/10.2307/621094>
- Fainstein, S. (2013). Planificación, Justicia y Ciudad. *Urban*, (6), 7-20. <http://polired.upm.es/index.php/urban/article/view/2050>
- Fajardo, G. (2002). Algo sobre los betlemitas y sus hospitales en Hispanoamérica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 45(6), 261-263.

- Fernández Salinas, V. (1999). La singularidad del centro histórico: multifuncionalidad y dinamismo. Procesos de cambio. En B. Bernal (coord.), *II Jornadas de Geografía Urbana. Revitalización del centro histórico, un reto* (pp. 17-27). Universidad de Burgos.
- Flores, J. (s. f.). Fotos antiguas de Piura. *Facebook Piura Nostalgia*, sitio web de sociedad y cultura. https://www.facebook.com/jorgefloresgandelman?locale=es_ES
- Galeno, C. (septiembre de 2009). *La arquitectura estatal de los hospitales como paradigmas de modernidad en el norte chileno: Tocopilla, 1937-1940; y Antofagasta, 1957-1966* [Sesión de conferencia]. 8° Seminario Docomomo, Río de Janeiro, Brasil.
- Garcés, E. (1999). *Las ciudades del salitre*. Editorial Orígenes.
- Gubbins, V. (2001). *Estudio análisis renovación urbana casco central y borde costero de Antofagasta* (Informe N.º 4. Volumen IV). Gobierno Regional de Antofagasta.
- Hannerz, U. (1993). *Exploración de la ciudad*. Fondo de la Cultura Económica.
- Hazar, D., & Kubat, A. (2015). Fringe belts in the process of urban planning and design: Comparative analyses of Istanbul and Barcelona. *ITU/AZ*, 12(1), 53-65.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2017). Censo de población y vivienda, año 2017. <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática de Perú. (2017). Censo de población, año 2017. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- Jiménez, C. (2016). *Tamaño y densidad urbana. Análisis de la ocupación de suelo por las áreas urbanas españolas*. <http://habitat.aq.upm.es/tydu/atydu.html>
- Kapstein, P. (2009). *La periferia interior. Un problema de vulnerabilidad no resuelto por el planeamiento urbano en Chile* [Tesis doctoral]. Universidad Politécnica de Madrid.
- Kapstein, P. (2010). *Vulnerabilidad y periferia interior*. CIUR 71; Instituto Juan de Herrera de Madrid. <http://polired.upm.es/index.php/ciur/article/view/288>
- Kolnberger, T. (2018). Cemeteries and urban form: a historico-geographical approach. *Urban Morphology*, 22(2), 119-139. <https://doi.org/10.51347/jum.v22i2.4074>
- Lastres, J. (1951). Recopilación de Leyes de Indias, L.I., leyes I y II, 1681. En *Historia de la Medicina Peruana* (vol. II) [p. 39]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Martínez Estrada, E. (1996). *Radiografía de la pampa*. ALLCA XX; Ed. Universitaria.
- Ministerio de la Vivienda y Urbanismo de Chile. (2004). *Chile. Un siglo de políticas en vivienda y barrio*. División Técnica de Estudios y Fomento Habitacional; Editorial Pehuén.
- Municipalidad de Piura. (2014). *Memoria del Plan de Desarrollo Urbano de Piura*. Autor.
- Muratori, S. (1960). *Studi per una operante storia urbana di Venezia, I*. Istituto Poligrafico dello Statu.
- Park, R., McKenzie, R. D., & Burgess, E. (1925). *The City: Suggestions for the Study of Human Nature in the Urban Environment*. University of Chicago Press.
- Pérez, J. (1985). *Crecimiento y forma de Antofagasta*. Seminario 051.
- Sánchez, G. (2020). *Procesos urbanos en América Latina en el paso del siglo XIX al XX. Del higienismo al urbanismo*. Juan Pablos Editor.
11. En 1905 el presidente Germán Riesco visitó el Hospital del Salvador, que entonces solo tenía 32 años de antigüedad; a pesar de ello, lo denominó como la "antesala al cementerio", por las deficientes condiciones en que funcionaba y la precariedad del edificio.
12. Lo que se demuestra con la creación de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios en el año 1944 (Galeno, 2009).
13. Se fundó bajo el reinado de Carlos V (Lastres, 1951).
14. El primer censo de población en el Perú registrado por el Instituto Nacional de Estadísticas es del año 1940.
15. Los episodios del fenómeno de El Niño durante el siglo XX fueron en 1925-26, 1982-83, 1997-98 y en 2014-16, el cual finalizó con El Niño costero de 2017.
16. Lugar donde permanecían las personas que padecían alguna peste o enfermedad contagiosa. Su nombre se debe a San Lázaro.

Notas

1. Recibido: 7 de mayo de 2021. Aceptado: 11 de marzo de 2023.
2. Contacto: paula.kapstein@gmail.com
3. Contacto: rita098rfap@gmail.com
4. Como ejemplo de ello están los ensanches de Madrid, Valencia y Barcelona en España.
5. En ese momento Antofagasta era una importante ciudad boliviana.
6. En los terrenos de esta empresa se situó a partir de 1880 la estación de ferrocarril de Antofagasta-La Paz (FCAB). Ver plano de 1893 en la Figura 7, donde se aprecian los primeros ramales de la compañía ferroviaria.
7. El 13 de abril de 1872 la sociedad Melbourne Clark y Cia. obtuvo el permiso para construir un ferrocarril que pudiera recorrer las propiedades salitreras que dicha compañía poseía al interior de Antofagasta. El primer tramo de dicho ferrocarril se construyó entre Antofagasta y Salar del Carmen entre enero y diciembre de 1873 (Gubbins et al., 2001).
8. Este terreno es de la empresa privada de ferrocarriles de carga FCAB.
9. La actual ubicación de la ciudad es su cuarto emplazamiento, pues inicialmente fue fundada por Pizarro en Tangarará, en el valle del río Chira.
10. Dicho tren se mantuvo funcionando entre 1889 y 1937.