AADAIH
Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria

UGR Universidad del Gran Rosario

DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO

DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD

Directora: Arq. María Elvira Contreras

Coordinación Académica: Arq. José Turniansky

Organizan: Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
Universidad del Gran Rosario (UGR)

Trabajo monográfico:

IMAGEN SIMBOLICA Y FORMAL DE LOS EDIFICIOS DESTINADOS A LA SALUD

ALUMNOS: Arq. Sofía Joosten, Arq. Gastón Traverso, Arq. Adrian Mendes

2020

INTRODUCCION El peso de lo Simbólico

En este trabajo pretendemos realizar un recorrido sobre el valor simbólico que deriva del la imagen formal de las Instituciones Hospitalarias, tratando de respondernos dos preguntas:
En primer lugar ¿cómo el aspecto externo e interno de los Hospitales, tanto en el pasado como en el presente, impacta sobre el estado psicológico y la predisposición del paciente a mejorar en su tratamiento?
En segundo lugar las instituciones hospitalarias ¿han logrado a través de su evolución histórica desarrollar una imagen formal que las identifique por su función?
Los Edificios destinados a las Salud ¿tienen una identidad formal rápidamente reconocible?
Para respondernos estos interrogantes en el primer capítulo vamos en primera instancia a generar un marco teórico que nos permita definir el concepto de valor simbólico del espacio arquitectónico y una definición de cuál es la dimensión estética dentro de un proyecto hospitalario.
Frente a la inconmensurable cantidad de ejemplos de edificios hospitalarios tanto históricos como contemporáneos que podríamos analizar para responder nuestros interrogantes iniciales hemos decidido realizar en forma metodológica el análisis de tres obras de arquitectura hospitalaria en cada capítulo de este trabajo para poder abordar hacia el final una conclusión o respuesta a los interrogantes iniciales.
La elección de las tres obras ha sido para el primer capítulo por su valor icónico e inaugural de periodo histórico. Para el segundo capítulo donde trabajamos con arquitectura contemporánea elegimos tres casos muy antagónicos para evaluar las distintas propuestas que se generan a partir de las posibilidades económicas y técnicas en un contexto internacional diverso, marcado por grandes diferencias económicas y sociales. Por ultimo en el tercer capítulo abordaremos este concepto en el ámbito local analizado casos que han marcado momentos en la historia nacional donde se ha logrado una identidad, un espacio arquitectónico humanizado y como se ha podido dar una imagen tecnológica y contemporánea en nuestro contexto nacional.

INDICE

Capitulo 1 Recorrido Histórico de la Evolución en la Imagen de los Edificios destinados a la Salud

1.1 Algunas Definiciones
1.2 Hotel Dieu, de la Edad Media al siglo XIX
1.3 Hospital de New York Weill Cornell Medical Center - Cambios de Tipologia y advances.
1.4 Hospital Paimio - La humanización y el Movimiento Moderno

Capítulo 2 Tendencias Actuales en Arquitectura Hospitalaria

2.1 Criterios Transformadores
2.2 Ampliación Fundación Santa Fe de Bogotá
2.3 Hospital Universitario Sant Joan de Reus
2.4 Surgical Clinic and Health Centre in Léo; + Léo Doctors´housing

Capítulo 3 Argentina "Entre las posibilidades Tecnológicas y la necesidad de reflejar una imagen humanizada y domestica"

3.1 Una Breve Reseña Historica
3.2 Hospital Presidente Peron - Sarandi
3.3 CEMAFE - Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe
3.4 Hospital del Bicentenario Ituzaingó

Conclusión Final
Bibliografía

Capítulo 1

1.1 ALGUNAS DEFINICIONES

Como punto de partida de nuestro trabajo es necesario definir ciertos conceptos:
¿Cuál es la dimensión simbólica que tiene el espacio arquitectónico en general sobre la sociedad?
¿Es posible analizar la imagen formal de un Edificio Hospitalario sin relacionarlo con el contexto histórico, económico, político y formal en el que fue construido?

Lo simbólico

Sobre el concepto de dimensión simbólica de objeto arquitectónico vamos a citar a Elena Solano Meneses (Universidad Autónoma del Estado de México):

…Los símbolos culturales son el soporte de la cosmovisión del hombre, por esto, lo simbólico es aquello que ha trascendido de la significación a un nivel más profundo de apropiación…
La interpretación de la arquitectura, bajo esta idea de lo simbólico, pretende su fundamento en un lenguaje más cercano al destinatario, no apoyado en el tradicional lenguaje especialista sino en la cotidianidad. Por ello la prosaica se convierte en una plataforma desde la cual es posible refigurar la arquitectura como una mirada no poética a la vida cotidiana (Mandoki, 2006), sino como una crítica hacia el quehacer del hombre, más allá del sentido artístico que se le ha conferido a cierto tipo de objetos.
De esta manera, la prosaica repara en el quehacer cotidiano del hombre, el cual “requiere de mecanismos de persuasión y adhesión que le den sentido y encanto, es decir, de estrategias ligadas a la presentación de realidades, de imaginarios, de identidades y colectivas” (Mandoki, 2006). La arquitectura forma parte de estas manifestaciones humanas y por tanto comparte acuerdos, reglas y dicha relación de identidades.
Bajo esta perspectiva se propone un método de interpretación o critica de la arquitectura, que privilegie la prosaica y la hermenéutica analógica para reconfigurar una interpretación estética de la arquitectura por una de carácter simbólico.

Lo Simbólico en la Comprensión del Espacio Arquitectónico

El enfoque simbólico implica una base antropológica que le confiere un valor representativo (rebasando el valor inmanente) al fenómeno arquitectónico en congruencia a su contexto cultural ideológico, social y temporal.

Desde una visión antropológica, la cultura es el amalgamiento de un pueblo, es lo que les identifica de otro grupo social. Acorde a Mélich (1998), “el ser humano encuentra sentido a su existencia a través de esquemas culturales, que son simbólicos”.

El símbolo es un signo que ofrece un significado manifiesto y un significado oculto, solo detectable y comprensible para quien está iniciado en él (Beuchot, 2008). Existe en el hombre una férrea necesidad de este sistema de símbolos culturales. Los símbolos culturales son el soporte de la cosmovisión del hombre, entendida esta como su manera de ver y entender la vida, le dan sentido y coherencia a su existencia.

El hombre se concibe a sí mismo como inmerso en un espacio, lo que concede sentido y simbolización a su existencia (Morales, 1999).

Narváez Tijerina (2004) propone incluso que no sólo le da sentido, sino lo ubica en un imaginario urbano, ya que los habitantes son capaces de describir la ciudad a través del establecimiento de relaciones espaciales cuyas representaciones les permiten una significación de su ser, tanto en la dimensión individual como colectiva.

El hombre debe crear un orden arquitectónico para establecerse y entender el mundo. De ahí que la consideración aclaradora y situante nunca puede omitirse en las labores arquitectónicas (Morales, 1999) conceptos en los que Muntañola (1996) apoya la teoría de la topogénesis. Para él, el lugar es el espacio habitado, es el escenario del hombre, resume tiempo y espacio, y se construye con la existencia de un sujeto y su historia (otros), de ahí que la topogénesis sea el estudio de la construcción de lugares para vivir convirtiendo al arquitecto en un generador de lugares. El lugar permite al sujeto navegar por la historia y permite a la historia situar al sujeto (Muntañola Thornberg, 2009). Con la identificación del lugar, el hombre construye mapas de comprensión espacial, se entiende a sí mismo y se entiende en el mundo. La arquitectura como hito le sitúa, le da sentido.

(La interpretación simbólica de la arquitectura como mapa de la comprensión espacial: Una mirada desde la prosaica Eska Elena Solano Meneses, Universidad Autónoma Metropolitana, 2015, pág.2-4)

Lo Estético

Otro concepto importante que no podemos soslayar en nuestro análisis son los referidos a la estética de los edificios Hospitalarios. Y para poder profundizar en este aspecto es necesario definir a que nos vamos a referir respecto a los aspectos estéticos.
Para ello vamos a citar a la Dra. Marta Zantoyi de su libro “Una Estética del Arte y el Diseño”

…”Frecuentemente escuchamos la palabra estética, como sustantivo, o estético, como adjetivo, y la inmensa mayoría de las veces carece de valor científico, aunque su uso es tan dilatado y generalizado que es muy difícil corregirlo, cambiarlo o sencillamente no usarlo con estos significados incorrectos. Amén de la problemática de qué es lo que sirve y para qué sirve y qué es servir (tema desarrollado en otro capítulo), de ninguna manera podemos separar la función y la aparición, o más sencillamente, el contenido y la forma entre sí. No existe arte que no tenga función, de una u otra manera, y no existe arte que no sea a su vez estético, pues no podría existir como tal. Siempre y cuando no confundamos lo funcional con lo funcionalista y lo estético con lo estetizante…”

...”Las ciencias humanísticas en su interacción, dirigen su mirada hacia el hombre como ser social y ser individual, en su generalidad y en su particularidad, en corte diacrónico y en corte sincrónico, El papel específico de la estética, dentro de ellas, es establecer la relación entre el pensum estructurado (o en desestructuración o en reestructuración) de un determinado momento, en un determinado contexto y su producción artística. La estética estudia el arte como fenómeno expresante de una relación entre sujeto y objeto”... (Zatonyi, 1990, pág. 19)

Habiendo definido conceptualmente mediante las citas expuestas los conceptos de imagen simbólica y estética, nos proponemos hacer algunos análisis de Edificios Hospitalarios que son icónicos para la época que fueron realizados, tratando de verificar los conceptos antes expuestos mediante un análisis que los relacione con sus contextos históricos, sociales, políticos y económicos.

1.2 HÔTEL-DIEU PARIS

Ubicación: Paris- Francia
Fecha de construcción: Año 651, ampliaciones y Modificaciones en siglos XVII, XVIII, XIX y XX
Proyectos: Original Anónimo, Por academia de Ciencias J.R.Tenon & B. Poyet 1787
Subsistema al que pertenece: Subsistema Publico

Contexto histórico / social y económico en el que fue construido:
Construido como un símbolo de caridad y hospitalidad, el Hôtel-Dieu (Albergue de Dios) de París es el hospital aún operativo más antiguo del mundo, y uno de los principales hospitales de Europa.
…"Para el estudio del significado general del hospital en la Edad Media y el Renacimiento debe considerarse el texto titulado "Le Libre de la vie active del'Hótel-Dieu", escrito por un parlamentario que fue administrador del Hótel-Dieu, en un lenguaje lleno de metáforas (una especie de "Román de la Rose" de la hospitalización) pero que refleja claramente la mezcla de funciones de asistencia y de transformación espiritual que incumbían al hospital. Estas eran las características del hospital hasta principios del siglo XVIII. El "hospital general", lugar de internamiento, donde se yuxtaponen y mezclan enfermos, locos, prostitutas, etc., es todavía a mediados del siglo XVII una especie de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual del que está ausente la función médica."…(Foucault 1974, pág. 3)



Imagen Interior

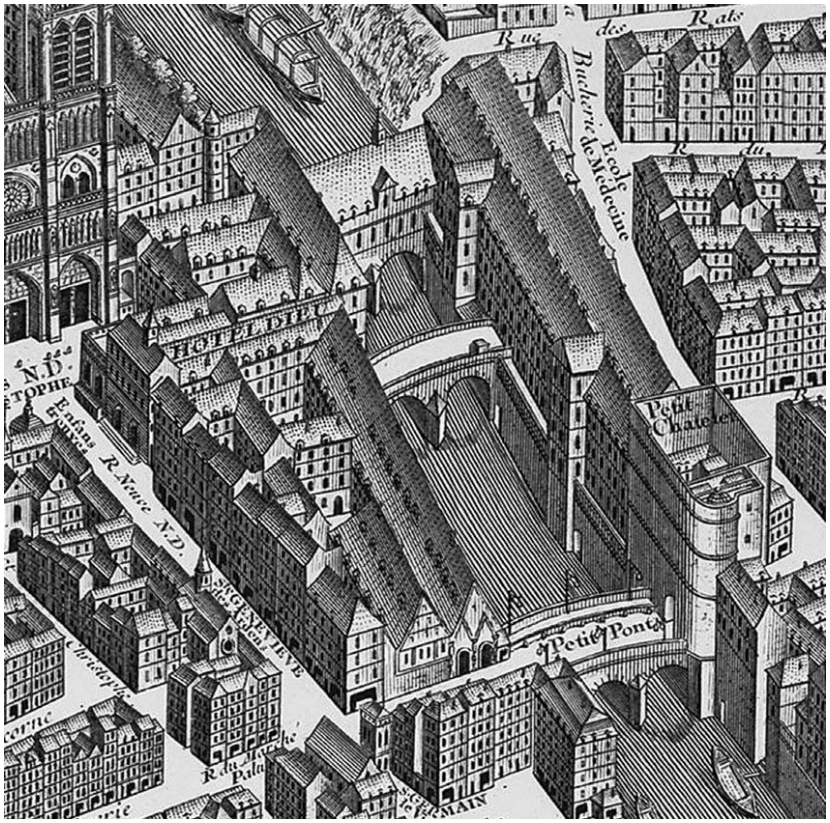
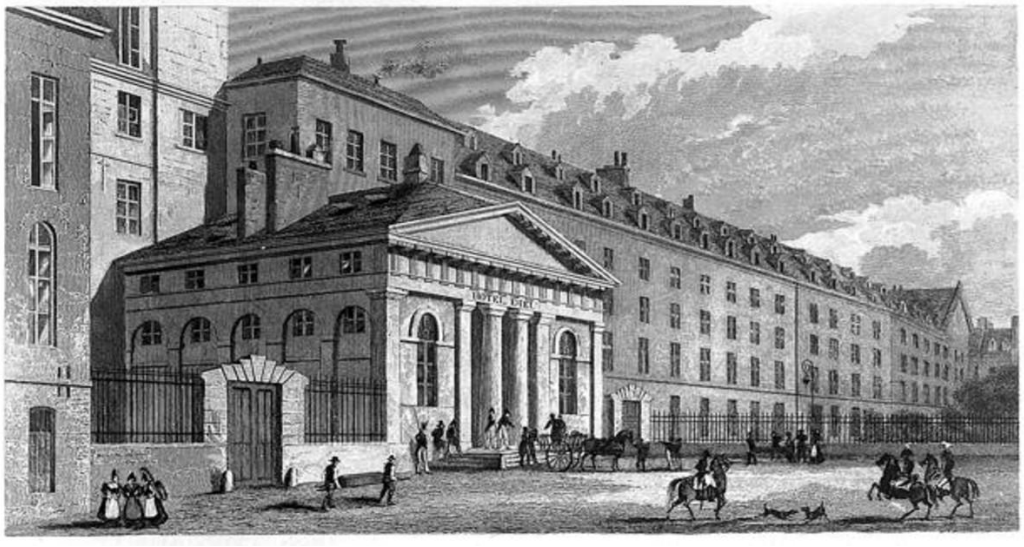


Imagen Aérea

El Hôtel-Dieu fue fundado por San Landerico de París en el año 651, siendo entonces el único hospital de París. Como tal, el edificio abastecía a toda la ciudad. En sus inicios, el Hôtel-Dieu sirvió tanto a los enfermos como a los pobres, ofreciendo comida y refugio, así como atención médica. Seguiría esta tradición hasta el siglo XVII, cuando la élite de la sociedad comenzó a crear instalaciones separadas para los pobres. *Science Museum* informa que en el siglo XVI, el Hôtel-Dieu podía albergar y atender a 3.500 pacientes, aunque el edificio solo tenía 1.200 camas. Los pacientes a menudo tendrían que compartir una cama con otros dos o tres. Algunas mujeres incluso tuvieron que compartir camas mientras daban a luz. En la década de 1700, solo había ocho médicos, un número considerable en ese momento, en nómina para atender a todos estos pacientes; Sin embargo, había aproximadamente unos 100 cirujanos. Los ocho médicos debían visitar a cada paciente dos veces por semana, lo que significa que cada médico tenía que atender a unos 430 pacientes cuando el hospital estaba lleno. El edificio fue dañado por un incendio en 1772, y no fue completamente restaurado hasta el reinado de Napoleón. En esta época, muy probablemente debido a las continuas campañas militares de Napoleón, el Hôtel-Dieu se llenó aún más de pacientes, a veces llegando a tener 6 personas en una cama. Durante este

tiempo, se ganó la reputación de ser el hospital más insalubre e incómodo de Francia, sino de toda Europa. Para cuando se produjo la Revolución Francesa, se habían construido varios hospitales más en París, lo que permitió al Hôtel-Dieu limitar el ingreso de pacientes a uno por cama. El hospital se volvió notablemente más cómodo, pero como era el centro médico más centralizado de París, seguía recibiendo los casos de lesiones accidentales más urgentes. Esto hizo que la tasa de mortalidad del Hôtel-Dieu se mantuviera alta. En el siglo XIX, se construyó una segunda instalación para ampliar los esfuerzos médicos del Hôtel-Dieu en el lado opuesto del Sena, al lado de la catedral de Notre-Dame. Este edificio sigue siendo el primer centro de víctimas para casos de emergencia en París, con aproximadamente 350 camas. El Hôtel-Dieu fue dirigido exclusivamente por monjas agustinas durante más de un milenio, pero en el siglo XVIII, los médicos se encargaron en gran medida de las tareas médicas y las monjas sirvieron más como enfermeras. Las monjas agustinas permanecieron en el lugar hasta principios del siglo XX. Si bien el Hôtel-Dieu ya no está bajo los auspicios de la Iglesia Católica, la influencia católica en el hospital permanece siempre presente en su nombre: El albergue de Dios. Hoy, el Hôtel-Dieu alberga un amplio departamento clínico para la investigación y el tratamiento de la diabetes y las enfermedades endocrinas. https://es.wikipedia.org/wiki/Hotel-Dieu



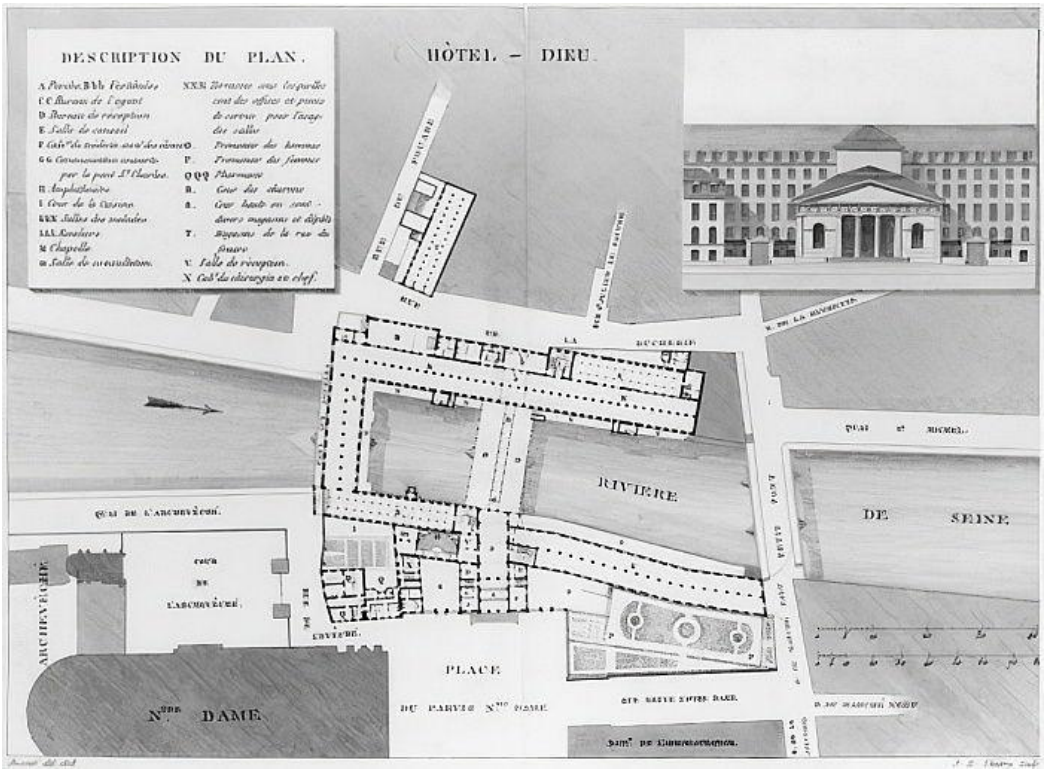
Fachada

Contexto Arquitectónico al que pertenece:

El Hôtel-Dieu desde su fundación hasta el presente a recibido varias ampliaciones y modificaciones, Es un edificio que ha recorrido varios siglos, por lo cual hoy podría ser catalogado como un edificio Eclectisista o Neoclásico en su imagen arquitectónica Final.



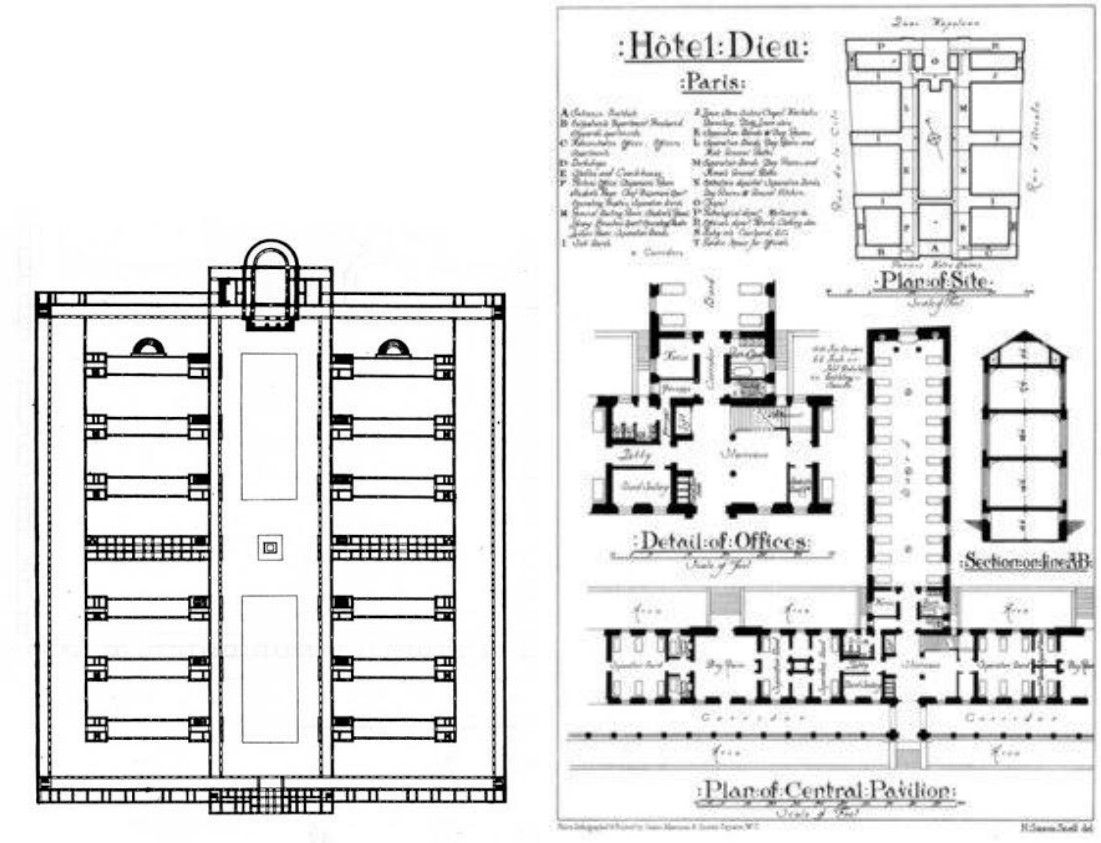
Imagen Aérea Actual



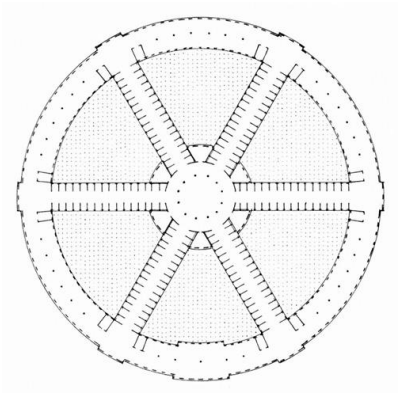
Ampliación Siglo XIX

Análisis Arquitectónico:

La larga historia del edificio del Hôtel-Dieu se remota a la edad media por lo cual en sus inicios respondió a la tipología de Claustro y su imagen estaba toral mente emparentada con la de la instituciones religiosas del momento. No se podría decir otra cosa que la identificación del edificio no era otra cosa que la iglesia misma y en este caso con su ubicación en cercanía con la catedral de Notre Dame. En su configuración medieval las plantas son grandes salas donde se ofrecía cobijo a los pobres y desamparados y la atención medica era un ofrecimiento complementario.



Plantas proyecto Jean Baptiste Leroy



Planta Proyecto de Antoine Petit

…”El incendio de 1772 destruyó un viejo hospital gótico, un edificio de la más vieja tradición cristiana y caritativa que con el tiempo se había convertido en un edificio monstruoso. La aglorneración de naves y la mezcla de sus contenidos constituía una degeneración del tipo original de hospital”…

…”Precisamente por su importancia para la ciudad, la reconstrucción del hospital de la Catedral dio origen a un proceso de pensamiento en que médicos y arquitectos. Hubieron de replantear todo, empezando por la función social de la medicina y del alojamiento de todo tipo de enfermos. Al conocimiento de este proceso de

Conciencia médica y social contribuyó sobremanera el libro de Foucault, La máquina de curar. Allí se describe cómo a finales de diciembre de 1772 ardió el Hotel Dieu de París y cómo este episodio que podría haber dado lugar a un mero proyecto de reconstrucción, cosa que también hizo, abrió uno de los más importantes debates en la historia de la asistencia social, ocupando lo que quedaba de siglo con una multitud de manifiestos, tratados, reuniones y proyectos al respecto”…

…”La reconstrucción del Hótel-Dieu suscitaba multitud de preguntas sobre el concepto y el tipo de hospital adecuado. Aunque fuera el hospital de la catedral, ¿porqué no se llevaba esa construcción pestilente a las afueras de la ciudad? Y si había tanta necesidad, ¿no sería mejor fragmentar el hospital en establecimientos más pequeños y controlables?

La discusión no encontró nuevos prototipos satisfactorios hasta mucho después, y la nueva arquitectura de los hospitales tuvo que esperar más de medio siglo para definirse. La cuestión higienista por su parte se reorientó, y también hacia la segunda mitad del siglo diecinueve dio lugar al nacimiento de la política de prevención de la enfermedad”…

…”Apenas sofocado el incendio, en 1773, el científico Jean Baptiste Leroy ya tenía preparado el proyecto de reconstrucción”…

…”adoptó su esquema simétrico de naves seriadas en paralelo y comunicadas entre sí por corredores que enmarcaban un patio central presidido por la capilla de oración. En su propuesta se hacía distinción entre las salas de medicina y cirugía y
las de infecciosos, que debían estar aisladas del conjunto principal”…

…”La Administración de la Casa de Dios parisina ya había sugerido antes del incendio su traslado a un lugar menos céntrico e insistió después, cosa que contempló Leroy y que volvió a hacer uno de los cirujanos de plantilla del viejo hospital, Antoine Petit. Petit extrapolo al conjunto del hospital la frase memorable de edificio entero debía ser una máquina de ventilar, y la planta de su proyecto se ceñía de un modo grafico a esa idea: una gigantesca rueda de seis radios alrededor de un templete, cuya cúpula adoptaba la forma de una inmensa chimenea de ventilación que habría de succionar el aire viciado del conjunto”…

…”El proyectos de los arquitectos Bernard Poyet y Claude Coquéau se diseñó sobre la misma noción de tan seductora para los arquitectos del XVIII.
El centro de la rueda de Poyet y Coquéau era una réplica casi literal del conjunto del arquitecto Bramante para San Pietro in Montorio, obra que no se había podido completar con la construcción del patio circular que debía rodear al templete. Desde ese centro ideal bramantino irradiaban apretadamente dieciséis radios para enfermería. Su capacidad de camas se completaba, hasta alcanzar las cinco mil”…

…”Cuando Luis XVI recibió la propuesta del arquitecto real Poyet, se entusiasmó ante la posibilidad de ver construido en París un nuevo Coliseo y lo envió a evaluación de la Academia de Ciencias. El informe desfavorable no tardó en llegar a manos del Rey

Se hacían numerosas objeciones: a la capacidad descomunal del hospital y de sus salas de enfermería, a que se hiciese distinción entre los enfermos pobres y los de pago, que
no debían tener cabida en una institución de la beneficencia, a que por el contrario no se hiciese distinción entre los enfermos de medicina general, los infecciosos y los dementes, y a la escasa ventilación que iban a proporcionar unos patios tan estrechos”…

…”El cirujano J. R. Tenon recogió todos esos datos y formuló, después de dos anteproyectos y valiéndose de la ayuda de Poyet, la propuesta definitiva de la Academia en 1788 en un texto repleto de estadísticas y comentarios sobre la organización asistencial, Ménwires sur

les hópitaux a París, extraordinariamente informado y divulgado a lo largo de los primeros tres cuartos del siglo diecinueve. El curso de la historia dejó este proyecto en suspense durante sesenta años, momento en que volvió a retomarse de forma casi literal para la construcción del Hospital Lariboisiere. Mientras tanto el Hótel-Dieu se reedificó casi de la misma forma que tenía antes del incendio. A la espera del cambio, funcionó la inercia, como suele suceder"…

…"La enajenación de los bienes del clero por parte del Estado en 1789, y la reunión de Estados generales en 1790 señalaron el comienzo de la Revolución francesa, que desembocó en la instauración de la República en 1792. Como consecuencia de la disolución de las órdenes religiosas se provocó una reducción drástica del personal asistencial, curas, monjas y cofrades en su mayoría, que obligó al cierre de los hospitales más pequeños y a la concentración de asilados en grandes establecimientos. Tras el golpe de Estado del 18 Brumario, 9 de Noviembre de 1799, Napoleón promulgó la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, que presuponía una serie de deberes para con la Nación y la contrapartida de corrección de las desigualdades por intervención del Estado. Apartada la Iglesia por un tiempo de sus cometidos asistenciales, la medicina comenzó a librarse de contenidos sobrenaturales que no habían hecho mucho en su favor. En esta nueva edad de la Razón la higiene y la ciencia fueron ganando terreno a la oración, y llegó a erradicarse por completo la concepción humoral de la medicina, que tenía como únicos aliados terapéuticos a la sanguijuela, la purga, las ventosas y el rosario"…

(Alberto Pieltain, "El Hospital Doscientos años de Proyectos", pág. 10-18)

Conclusión:

El excepcional caso del Hotel Dieu nos permite descubrir una institución que a lo largo de su existencia paso de representar los valores de caridad y contención de la iglesia a la de la evolución y el avance de la medicina como ciencia.

Arquitectónicamente muto del la imagen de Monasterio Medieval que identificaba este tipo de instituciones en la edad media al de un Hospital pabellonal en el siglo XIX.

Este proceso de transformación también fue acompañado por un cambio en la estructura de la sociedad que transformo al Hospital de una Institución de Caridad, en espacio para la salud y los derechos del hombre. Es inevitable no pensar que ese cambio de identidad fue acompañado por un cambio de imagen formal del edificio,

aunque por los parámetros de la época el edificio desde el exterior cumpliría con los cánones de diseño de todos los edificios públicos. Analizaremos con el avance de este trabajo si es posible que los edificios Hospitalarios lleguen a consolidad una imagen identificadora diferenciada del resto de los edificios públicos.

1.3 HOSPITAL PRESBITERIANO DE NEW YORK

Ubicación: New York, estados Unidos
Fecha de construcción: Año 1928
Proyecto: Arq. James Gamble Roges
Subsistema al que pertenece: Subsistema Publico

Contexto histórico / social y económico en el que fue construido:

El Hospital de Nueva York fue fundado en 1771 por Samuel Bard, graduado en Edimburgo. Recibió una Carta Real otorgada por el Rey Jorge III de Gran Bretaña y se asoció con Weill Cornell Medical College tras la fundación de esta última institución en 1898. Es el tercer hospital más antiguo de los Estados Unidos, después de NYC Health + Hospitals / Bellevue en Nueva York (1736) y Pennsylvania Hospital (1751). Una donación de 1927 de más de $20 millones por Payne Whitney expandió el hospital significativamente y la Clínica Psiquiátrica Payne Whitney recibe su nombre en su honor. Otros donantes destacados incluyen a Howard Hughes, William Randolph Hearst, Harry y Leona Helmsley, Maurice R. Greenberg y las familias Baker, Whitney, Lasdon y Payson.

El Hospital Presbiteriano fue fundado en 1868 por James Lenox, un filántropo de Nueva York y el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, también fundado por Samuel Bard en 1767. En 1910, la Universidad de Columbia y el Hospital Presbiteriano llegaron a un acuerdo para afiliarse, formando el primer centro de salud académico mediante la fusión de instituciones existentes. Durante la década de 1920, Edward S. Harkness y Anna Harkness compraron terrenos y financiaron la construcción del Columbia-Presbyterian Medical Center. En 1928 las dos instituciones se trasladaron por completo al nuevo centro médico. (Figuras 9-10-1-12) En 1925 se incorporó el Sloane Hospital for Women, líder en obstetricia y ginecología que se había fundado en 1886. También en 1928, Sloan junto con The Squier Urological Clinic y Vanderbilt Clinic se mudaron al Columbia Presbyterian Medical Center.

https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_presbiteriano_de_Nueva_York



Detalle de Acceso



Inauguración



Postal de Inauguración



En Construcción

Contexto Arquitectónico al que pertenece:

El Hospital central de New York fue construido bajo la influencia de la escuela de Chicago con amplia experiencia en el momento para el desarrollo de torres al igual que en su aspecto formal influenciado por el Art Decco y el Futurismo.

…"En el año 1871, Chicago sufrirá un gran incendio e inmediatamente después comienza la reconstrucción de la ciudad. En lo que fue la vieja ciudad se construye un moderno centro comercial con oficinas, hoteles y grandes almacenes. Se experimentará con nuevos sistemas constructivos para satisfacer las nuevas demandas. Los protagonistas de esa situación serán conocidos colectivamente como "la escuela de Chicago ". La primera generación está compuesta por aquellos que trabajaron tras el incendio en reconstruir la ciudad y a ella pertenecieron William Le Baron Jenney, Boyington, o VanOsdel. Del estudio de Jenney saldrán las figuras más importantes de la segunda generación, como Burnham, Holabird, Roche o Sullivan.

El rascacielos tal y como lo entendemos hoy nace en Chicago. Los elevados edificios del centro comercial de Chicago será posible construirlos gracias a algunas invenciones técnicas como la estructura de esqueleto de acero o el ascensor de seguridad (primero a vapor, luego hidráulico y finalmente eléctrico)"…

(Benévolo, Historia de la Arquitectura Moderna, pág. 14)

Estas dos influencias formales fueron en el caso del Art Decco una primera intención del abandono de los postulados del Eclecticismo imperante en el siglo XIX y una ruptura total con lo anterior como el caso del Futurismo perteneciente a las vanguardias de las primeras Décadas del siglo XX.

…"El futurismo es, al principio, un programa literario y los pintores, escultores y músicos que se le unen, se proponen traducir ese programa literario. Era según Severini una "actitud intelectual "y bajo su bandera coexisten muchas búsquedas distintas cuya unidad entre todas ellas es más deseada que real. Los futuristas se dan cuenta, antes que los demás, de que la cultura de vanguardia europea tiene la posibilidad de producir una nueva síntesis de las artes y prepara un nuevo "escenario integrado "para la sociedad contemporánea. Después del manifiesto de Marinetti, aparecen en 1910 los dos manifiestos sobre pintura; en 1912 el de Boccioni para la escultura y en 1914 el de Antonio Sant´Elia para la arquitectura. El texto original de Sant´Elia dice que el problema de la arquitectura moderna no consiste en determinar las diferencias formales entre el edificio nuevo y el antiguo, sino en crear completamente la nueva casa. Esa nueva casa deberá hacerse conociendo todos los recursos de la ciencia y la técnica del momento; se deberán determinar formas nuevas, líneas nuevas. Esa arquitectura no debe de estar sujeta a ninguna ley de continuidad histórica sino que debe de ser nueva como son nuevos nuestro estado de ánimo y las contingencias de nuestro momento histórico. La arquitectura en la vida moderna, se debe separar de la tradición y volver a empezar desde el principio"…

(Benévolo, Historia de la Arquitectura Moderna, pag.29)

Casi contemporáneo a la construcción del Hospital central de New York es el desarrollo del proyecto del Rockefeller Center con características formales compartidas.


Rockefeller Center

Análisis Arquitectónico:

La Tipología Monobloque surgió en los Estados Unidos alrededor de los años veinte a partir de la tecnología constructiva que la hace posible. Las realizaciones de edificios en altura de la denominada Escuela de Chicago a partir de estructuras en acero, el ascensor, al aire acondicionado y todos los sistemas de transporte de líquidos, gases y comunicaciones hacen posible que en 1920 se construya en Nueva York el Hospital de la Quinta Avenida.

…"Se planteó entonces la posibilidad de construir el hospital corno un bloque compacto, de recorridos menores, y de una mayor economía en lo referente a calefacción, alumbrado, limpieza y demás. A la posibilidad de mantener un ambiente aséptico se unió el desarrollo de las estructuras de acero y hormigón armado, y también el invento del ascensor, que permitía una superposición virtual de los pabellones de enfermería o de su descendiente, la unidad de enfermería con habitaciones privadas. La menor necesidad de terreno favorecía este tipo de hospital, de regreso al interior de las ciudades después de pasado el temor al contagio. Los diseñadores del hospital monobloque racionalizaron el desorden que había degradado al hospital de pabellones una vez que la ciencia clínica se asentó. Las plantas de los nuevos hospitales adoptaron las formas de T, H o Y, con los apéndices dedicados a la zona clínica mirando generalmente al norte, y el a la de hospitalización, al sur. El hospital se construyó por apilamiento de unas especialidades clínicas que mantenían su independencia. Este nuevo tipo surgió en las ciudades de mayor densidad de población de los Estados Unidos, en general asociado a la fusión de clínicas especializadas y centros de investigación y docencia dependientes de las Universidades. Un ejemplo temprano y muy difundido fue el Columbia

Presbyterian Medica! Center en Nueva York, de 1928, un complejo de 1500 camas resultante de la agrupación de doce instituciones - escuelas, colegios, institutos, clínicas, hospitales y facultad- construido según proyecto de James Gamble Rogers…"

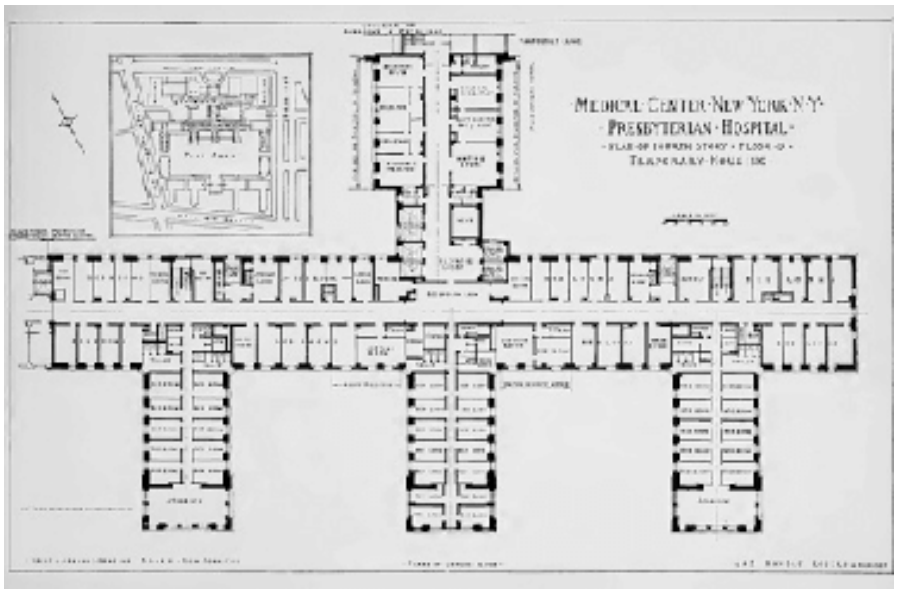
(Alberto Pieltain, "El Hospital Doscientos años de Proyectos", pág. 26)

El Centro médico de new York es una variante de dicha Tipología denominándose Polibloque.

Modelo Polibloque Esta tipología posee la particularidad de desarrollarse en varios bloques de nueve o más pisos, unidos o no entre sí por circulaciones horizontales. Habitualmente el cuerpo principal o más significativo es el destinado al departamento de internación, que en algunos casos funciona como un verdadero hospital autónomo. En los otros bloques pueden

ubicarse los servicios de urgencias, ambulatorios, servicios generales, servicios de diagnóstico y terapia.
En algunos casos esta tipología alcanza tal magnitud que se convierte en ciudad hospital, tal el caso del Centro Médico de Nueva York, construido en 1932 (Figura 15). Este se compone de doce unidades agrupadas y relacionadas entre sí, conteniendo a la Clínica Vanderbilt, el Hospital Pediátrico de Nueva York, el Colegio de Medicina de la Universidad de Columbia, el Hospital Femenino Sloan, el Instituto Neurológico de Nueva York, la Escuela de Odontología y Cirugía Bucal, el Hospital Presbiteriano de Nueva York, la Escuela Presbiteriana para enfermeras, el Pabellón Harness y la Clínica Urológica Squier. (Figura 13-14)

(Jorge Daniel Czajkowski, Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica. Pag.17-18)



Planta Cuerpo Central



Vista Aérea Actual

Conclusión:

El caso del Hospital Presbiteriano de New York (a la inversa del Hotel Dieu que fue el resultado de la evolución de la ciencia médica través de los siglos) se trata de un edificio proyectado y planificado desde los parámetros más modernos y avanzados con que la arquitectura hospitalaria contaba en su momento.

Su imagen es coherente con los presupuestos formales que se manejaban en la década a la que pertenece su diseño, tal es así que como lo comentamos anteriormente no difiere en algunos de sus pabellones de la imagen elegida para el Rockefeller Center.

Desde la foto área que antecede a este párrafo podemos vislumbrar que el aspecto actual del edificio no se diferencia demasiado de otros edificios del Norte de Manhattan.

La pregunta es: el edificio tiene la identidad formal de un Hospital? O al igual que la última versión del Hotel Dieu no desentona del leguaje con el que identificamos a todos los edificios que prestan servicios públicos en esa ciudad?

El Hospital del Clínicas y la Facultad de Medicina de la UBA comparten la Tipología y la identidad del Hospital Presbiteriano de New York, aunque el proyecto fue realizado casi 15 años más tarde y construido entre 1949 y 1962

1.4 SANATORIO ANTI-TUBERCULOSO EN PAIMIO

Ubicación: Paimio Finlandia

Fecha de construcción: Año 1928-1933

Proyecto: Arq. Alvar AAlto

Subsistema al que pertenece: Subsistema Publico

Contexto histórico / social y económico en el que fue construido:

En 1808 estalló la llamada guerra finlandesa, que dio como resultado la anexión de Finlandia por el zar Alejandro I de Rusia, que creó el Gran Ducado de Finlandia cuyo mandato asumió como primer duque. El Ducado de Finlandia existió hasta finales de 1917.El 6 de diciembre de ese año, poco después de la Revolución Bolchevique en Rusia, Finlandia declaró su independencia. En 1918 el país experimentó una breve pero amarga guerra civil, que conmocionó su escena política durante años. Entre 1918 y 1920, voluntarios fineses llevaron a cabo una serie de incursiones en territorio ruso, conocidas como Heimosodat, cuyo objetivo era la creación de la Gran Finlandia. Finalmente, se firmó el Tratado de Tartu con Rusia el 14 de octubre de 1920, donde se definieron las fronteras ruso-finesas. Finlandia desalojó algunas regiones en Carelia ocupadas por los voluntarios, a cambio recibió una salida al océano Ártico a través de Petsamo. https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_Finlandia3

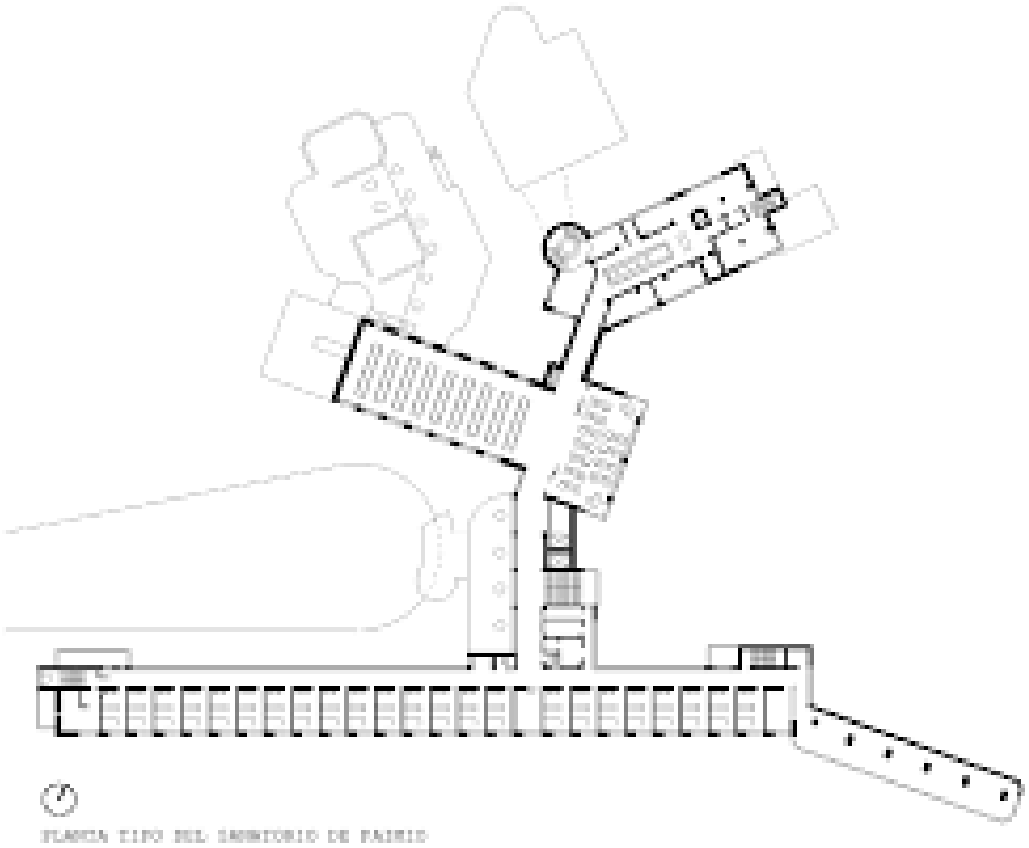
La relación del sanatorio con la arquitectura moderna y su influencia resulta en ciertos casos evidente si se analiza la trayectoria profesional de los arquitectos que los proyectaron y construyeron; pero también está presente en la obra de otros tantos arquitectos que, tras la Primera Guerra Mundial y pese a no construir sanatorios, trataron de atender a las necesidades de una población destrozada por el conflicto bélico, intentando aportar optimismo a la nueva sociedad emergente de posguerra. Estos arquitectos adoptaron los principios climáticos e higiénicos descritos por los médicos higienistas dado que, como ellos, estaban convencidos de ser capaces de transformar la sociedad al mejorar las condiciones de su entorno; para lograrlo llenaron sus construcciones de luz, sol, aire puro e higiene. De este modo, el sanatorio antituberculoso pulmonar, creado a partir de estas mismas terapias higienistas, se convierte en un referente a imitar y, en consecuencia, sus características específicas pasan a estar presentes en la arquitectura de todos los niveles, especialmente en el ámbito residencial. Por otro lado, gracias a la simbiosis médico-arquitectónica que caracteriza al período de entreguerras, se produce una acentuación de este trasvase que

pone a la arquitectura de la salud en la primera línea de la experimentación, incrementando el potencial interés por su estudio.

Aalto recibió la comisión de diseño después de haber ganado el concurso de arquitectura para el proyecto celebrado en 1929. El edificio se completó en 1933 y poco después recibió elogios de la crítica tanto en Finlandia como en el extranjero. El edificio sirvió exclusivamente como sanatorio de tuberculosis hasta principios de la década de 1960, cuando se convirtió en un hospital general

El conjunto, claramente funcional, tiene una aproximación humana muy propia de la arquitectura de Alvar Aalto que va más allá del funcionalismo técnico y que se percibe sobre todo en el detalle de sus elementos. El Sanatorio Paimio supone un claro punto de inflexión en la obra de Aalto, pasando de una producción caracterizada por el respeto a la tradición hacia una arquitectura plenamente relacionada ya con la cultura del Movimiento Moderno

https://en.wikipedia.org/wiki/Paimio_Sanatorium



Planta Internación

Contexto Arquitectónico al que pertenece:

Funcionalismo, proto Estilo Internacional, Arquitectura Orgánica

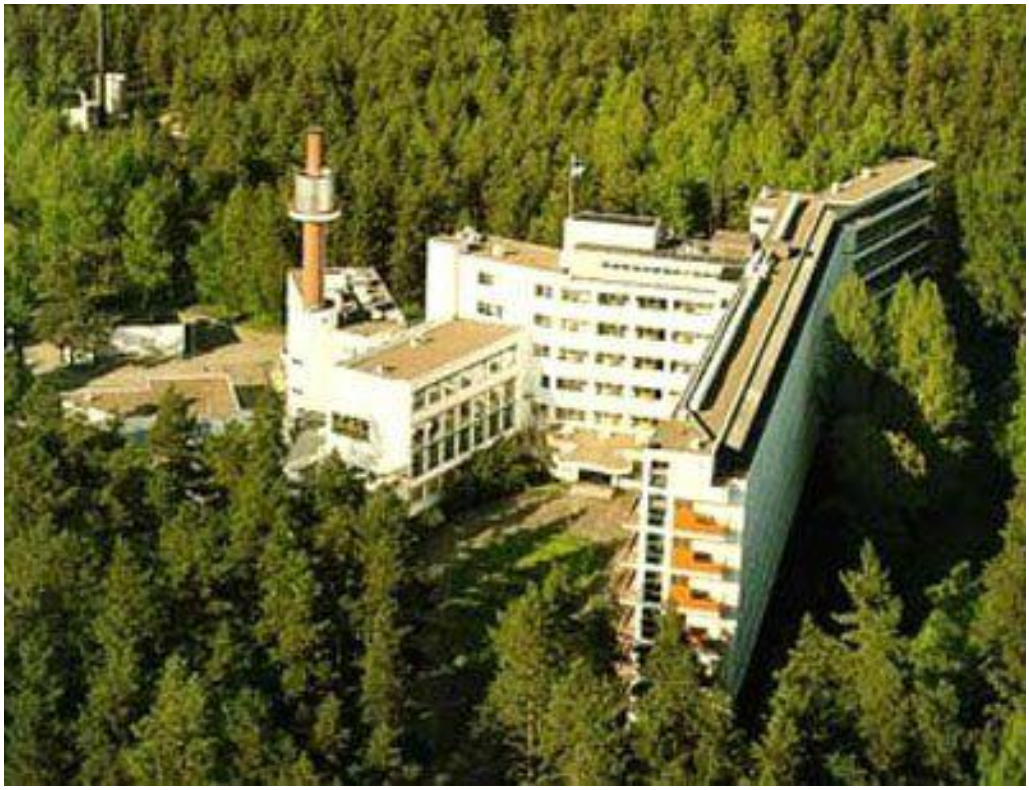
…"Nos vamos a detener, en primer lugar, en el edificio del Sanatorio Anti-tuberculoso en Paimio (1928-1933), una de las primeras obras de Aalto que respondían ya plenamente a la manera moderna, esto es, a la que más adelante se conocerá como «Estilo Internacional». El encargo fue producto de haber ganado en 1928 el concurso convocado por un consorcio de 48 municipios y 4 ciudades para realizar este importante equipamiento, entonces el más importante en su género, y que, de acuerdo con su uso, se situó en medio del bosque y lejos de pueblos y granjas.

Tres cuestiones queremos señalar con respecto a Paimio, tres cuestiones que se relacionan íntimamente con dicha manera racionalista y a las que bastaría añadir una determinada estética (los volúmenes horizontales, los huecos y corridos o rectangulares y repetidos el color blanco de los paños) para encontrar una definición casi completa de dicho estilo. Son éstas, en primer lugar la del entendimiento de la ordenación de un programa complejo como una composición por elementos o partes. En segundo lugar el hecho de concebir muchas de estas partes, generalmente las más importantes, como algo lineal, repetitivo u ordenado en serie. En tercer lugar, puede señalarse todavía la importancia de una muy meditada relación entre forma arquitectónica y estructura resistente. En cuanto a la composición por partes o elementos, ha de recordarse que había sido éste, en realidad, y como es bien sabido, un principio académico, practicado ya de modo sistemático desde la popularización de las enseñanzas de Durand y que tomó cuerpo más definitivo, si se quiere, cuando e! eclecticismo Beaux Arts, de final y principios de siglo, fue también un «Estilo Internacional». Puede decirse asimismo que es éste un principió universal e intemporal de hacer arquitectura que está presente, de uno u otro modo, en la mayoría de ellas.

Nos referimos aquí, sin embargo, al modo racionalista de entenderlo, tan claro que parecería nuevo, y que en la planta del Sanatorio de Paimio está absolutamente presente: las partes o elementos configuran un conjunto abierto, compuesto de piezas lineales, y la ley de la simetría ya no es la ordenadora, sino que se ha acudido a una armonía "irregular" que en su naturaleza plástica parece encontrar la mejor definición. Gran parte de la arquitectura racionalista utilizará el mecanismo de la repetición de pabellones al emplear este sistema, buscando muchas veces la mayor igualdad entre ellos, incluso a pesar de la complejidad del programa. El caso de Aalto en Paimio no es, desde luego, éste, y tanto por el distinto programa como por deseo propio tal parece que se hubiera complacido en mostrar,

precisamente, la diversidad de las partes, que no sólo son diferentes, sino que tienen, casi cada una, una diferente orientación. La oblicuidad entre ellas preside así el conjunto que, desde el racionalismo, y utilizando la componente pintoresca que en éste había, parece deslizarse por una vertiente que insinuaba ya, acaso, lo que más adelante se conocería como arquitectura orgánica"…

(Antón Capitel, Alvar Aalto Proyecto y Método, pag.13-14-15)



Vista Aérea

Análisis Arquitectónico:

Situación

Ubicado en lo más alto de un idílico y aislado entorno al sureste de Finlandia , Paimio, unos 29Km de la ciudad de Turku, el complejo de edificios que componen el Sanatorio se abre y articula hacia el exterior, permitiendo vistas, ventilación y asoleamiento natural en todas las habitaciones y demás estancias.

Concepto

La idea principal para el Sanatorio, proyectado inicialmente para 296 pacientes, era un edificio que favoreciera la curación y rehabilitación de enfermos de tuberculosis, o en

palabras del mismo Aalto, un edificio concebido como si de un “instrumento médico” se tratara.

El conjunto está formado por zonas claramente diferenciadas, la de los pacientes y galerías o salas de reposo, la de las salas comunes y la de servicios, articulando los bloques que contienen dichas funciones según la orientación y vistas alrededor de un núcleo central de circulaciones.

Las casas de médicos y empleados son tratadas como pabellones aislados, para dar privacidad y descanso a los trabajadores.

Espacios

Aalto pone especial atención en la distribución, funcionamiento y orientación del bloque principal, contenedor de las habitaciones y salas de reposo para los enfermos, estas últimas situadas en el extremo de cada planta. Orientadas las primeras a sur-sureste y las salas-terraza de reposo a pleno sur, Aalto consigue un máximo aprovechamiento de la luz y propiedades curativas del sol para facilitar la rehabilitación de los enfermos.

También existe una sala de reposo en cubierta, para 120 tumbonas, que ocupa todo el largo de la superficie y corona el edificio, ofreciendo unas vistas inmejorables sobre el paisaje y cuyo ajardinamiento evita el exceso de calor durante el verano.

En el interior de las habitaciones, habilitadas para dos ocupantes, el detallado diseño de sus elementos proporciona una máxima comodidad al paciente, como por ejemplo a través de la disposición indirecta de luz artificial, el color del techo pintado en verde oscuro para evitar deslumbramientos, o también la colocación de la calefacción en el techo para evitar la radiación directa, y el cuidado diseño de los lavabos, cuya geometría minimiza el posible ruido provocado por su uso.

Las estancias comunes más espaciosas, como son el comedor y el taller, están orientadas a sur y están provistas de toldos para un control solar. También estos espacios ofrecen diferentes orientaciones y visuales para provocar en el paciente una variedad de estímulos psíquicos.

El mobiliario interior fue diseñado por el mismo arquitecto, destacando la silla Paimio que, por su ergonómico diseño, decíase favorecía la respiración del enfermo.

Estructura

La estructura, de columnas de hormigón armado, está perfectamente modulada con los espacios interiores que alberga. Incluye la estructura otras paredes de carga, de 8-10cm de grosor, también realizadas en hormigón armado.

La estructura y las vigas del edificio han sido hechas de tal manera que todo el complejo tiene un sistema de canales tubulares verticales y horizontales (a cada columna o viga le corresponde un vacío o canal adosada a la misma), de manera que todas las cañerías, cables eléctricos, etc. se han podido instalar aquí. Desde los pasillos hay entradas a estos vacíos con puertas de una altura normal por lo que todas las obras de reparaciones pueden hacerse sin tener que entrar en las habitaciones, incluso las que afectan los sifones de los lavabos, que también están en dichos vacíos.

Materiales

El sanatorio está adecuado a los distintos tipos de pacientes, teniendo presente elementos como la visión de la vegetación exterior o el uso de una lámpara de luz indirecta en los pacientes postrados. Aalto diseñó los interiores cuidando de todos los detalles, como la introducción superficies curvas en el encuentro de paredes y suelos para facilitar la limpieza o la elaboración de una escupidera especial para los enfermos, que finalmente no fue utilizada. Así mismo diseñó el interior de las habitaciones y gran parte del mobiliario.
https://es.wikiarquitectura.com/edificio/sanatorio-antituberculoso-paimio/



Fachada Actual



Circulaciones Interiores

Conclusión:

El sanatorio Paimio por la fecha de en la que fue realizado el proyecto y su construcción se convierte en una verdadera obra de vanguardia no solo respecto a los conceptos compositivos de lo que en un futuro se llamara Intenational Style sino también respeto a lo que hoy llamamos humanización del espacio Hospitalario y desarrollaremos en el siguiente capítulo. Difícilmente encontremos estas características en otros ejemplos de Arquitectura Hospitalaria proyectados y construidos en esta época en el resto del Mundo, Es real que su imagen formal podría ser confundida con un Hotel o u Spa implantado en medio de un paisaje idílico, y tal vez sea una buena manera de asociar el placer del descanso con la buena recuperación que los pacientes del Paimio lograban en su estancia en el sanatorio.
Tampoco creemos que este tema haya sido una preocupación de Alvar Alto a la hora de proyectarlo. El resultado tiene más que ver con una sensibilidad personal, una capacidad profesional y una idiosincrasia relacionada con su país donde las rigurosidades del clima instan a un valorado desarrollo de los espacios interiores.
El tema de la identificación como hospital por parte de la población circundante y la necesidad de lograr un leguaje arquitectónico con identidad hospitalaria es un tema que seguiremos desarrollando mas adelante.

Capítulo 2

TENDENCIAS ACTUALES EN ARQUITECTURA HOSPITALARIA

Como pudimos apreciar en el capítulo anterior, la arquitectura es una disciplina en constante evolución. Su desarrollo acompaña los cambios históricos y culturales y se aprecia en las formas, la estética, el desarrollo tecnológico, etc. Podemos decir que van surgiendo nuevas necesidades que generan nuevas respuestas y nuevas tecnologías que nos permiten nuevas posibilidades.

2.1 CRITERIOS TRANSFORMADORES

Pero existen temas que son permanentes a la arquitectura de toda época y lugar. Uno de ellos es la relación Arquitectura-Lugar, el lugar nos brinda datos como medidas, topografía orientaciones, clima, pero también, cultura, sociedad, historia. Cuando hacemos arquitectura hospitalaria el lugar casi siempre es una ciudad, pero puede ser una ciudad consolidada, borde, periferia o una ciudad metropolitana. El lugar hace especifico un proyecto, más que su uso –que puede ser común- cada lugar le da identidad a un proyecto y a su vez cada proyecto redefine ese lugar. Otro es el binomio Forma-Función. La forma se define por la planta, la sección y la luz, a lo largo de la historia la forma más común para edificios hospitalarios fue variando de claustro, pabellonal, de bloques y sistémicos. Pero estas formas o tipos pueden ser comunes a varias funciones. Del análisis de lugar y el programa saldrá la elección del tipo a partir del cual trabajar.

Por otro lado, existen conceptos e ideas que una vez planteados permanecen hasta hoy día. Desde el surgimiento del movimiento moderno el concepto de sanidad está incorporado como una premisa dentro de la arquitectura, no solo en los edificios destinados a la salud sino también en viviendas y hasta en el urbanismo. Conceptos como iluminación y ventilación natural y la introducción del espacio exterior natural al interior desde la ruptura de la caja arquitectónica fueron innovaciones de la época pero no deben olvidarse hoy en día. La incorporación de estos conceptos a la arquitectura hospitalaria, con las posibilidades que nos brinda la tecnología actual crea entornos más saludables y que ayudan en la recuperación y tratamiento de los pacientes.

Ahora sí, si hablamos de arquitectura hospitalaria, estamos hablando de un programa específico y complejo, caracterizado por una variedad de usuarios diferenciados y por ende de flujos, por un constante incremento del equipamiento tecnológico y por una disminución de las estadías con aumento considerable de las actividades ambulatorias, al menos previo a la pandemia de covid-19. Es por esto que una de las características más importantes que deben tener los hospitales es su capacidad de adaptación al cambio, hasta hace poco se

hablaba y se trabajaba en edificios con la capacidad de crecer, hoy en día esta idea se remplazó por la de hospital evolutivo u hospital en red, en palabras de Mario Corea (2015):

> El hospital evolutivo es el que tiene una gran capacidad para aceptar los cambios, físicos, tecnológicos o médicos sin que su estructura física necesite modificaciones sustanciales. Poder cambiar su distribución funcional o su equipamiento tecnológico sin tener que alterar la estructura de soporte, las circulaciones generales o las fachadas son características definitorias de hospital evolutivo." *(*p.86-87)

El concepto de hospital en red o red sanitaria es un poco más amplio y es posible gracias al desarrollo de la informática que permite entre otras cosas la historia clínica compartida, se trata de la integración dentro de un determinado territorio de una red con distintos efectores de distinta escala. Esto genera la disminución del costo de construcción, costo operativo y mantenimiento, ya que es más fácil agregar efectores a la red que transformar los existentes.

Habiendo desarrollado los cambios y continuidades en el área de la arquitectura y especial de la arquitectura hospitalaria, podemos desarrollar los criterios transformadores que han tomado fuerza en el último tiempo en torno a los edificios para la salud:

Diseño basado en evidencia (EBD)

El diseño basado en evidencia es la toma de decisiones sobre el entorno construido o proyectado basado en investigaciones rigurosas y fiables para el logro de los objetivos propuesto y para mejorar los resultados.

Debe su origen a tres factores, el primero de ellos a principios de la década del 70' con el desarrollo de la medicina basada en evidencia, el segundo a fines de la misma década con el movimiento de los cuidados centrados en los pacientes, y el tercero en la década del 80' cuando el psicólogo ambiental Roger Ulrich publicó un estudio científico que relacionaba por primera vez en la historia una variable de diseño (las vistas en la habitación de hospitalización) con variables clínicas (la estancia de hospitalización y el uso de analgésicos, entre otros).

Su énfasis está en la investigación, y para ello no solo participan arquitectos o diseñadores sino es necesario un equipo interdisciplinario, como médicos, enfermeros, consultores, administrativos, gerentes, etc. No podemos dejar de mencionar a los usuarios, cuando se trata de una institución de salud, tanto trabajadores, como pacientes y familiares para trabajar sobre sus necesidades, deseos, nivel de satisfacción etc. Las investigaciones llevadas a cabo se pueden aplicar desde el inicio de un proyecto o sobre un edificio ya construido y funcionando, a priori se utilizan para tomar decisiones, a posteriori para evaluar sobre lo realizado. A través de las investigaciones ya realizadas se demuestra que el diseño

de entornos físicos puede afectar a la calidad de la atención como a los resultados médicos del paciente.

Healing environment "Ambiente Curativo"

Se conoce como ambiente curativo o entorno saludable, y el concepto hace referencia a que el ambiente puede afectar a la sanación del paciente, reduciendo los niveles de estrés y de esta manera el tiempo de recuperación, como también mejorar la atención médica. La relación psicológica y emocional con la recuperación del paciente reafirma la definición de salud de la OMS: "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Tiene su origen en Florence Nightingale, (1820-1910) enfermera, quien fue una visionaria al entender el impacto del entorno sobre la salud del paciente. Fue pionera en el concepto del 'healing environment', es decir, de cómo manipular el entorno para convertirlo en terapéutico. Describió en detalle los requisitos de la "habitación del enfermo" para minimizar el sufrimiento y optimizar la capacidad de recuperación de un paciente, incluidos el silencio, el calor, el aire limpio, la luz y una buena dieta. Mucho tiempo después, con el estudio de Roger Ulrich toma valor científico y queda íntimamente relacionado con el EBD. El equipo de diseño debe interpretar el EBD en soluciones de diseño únicas para cada ambiente.

Se trabaja principalmente sobre el efecto fisiológico del estrés en el paciente a través de la interacción de los 5 sentidos con el ambiente. Las variables de diseño son amplias, como, confort sensorial, acústico, iluminación y ventilación natural, vistas exteriores, incorporación de arte, privacidad y respeto por la intimidad del paciente, etc.

Humanización

Estamos acostumbrados a ver a los hospitales como edificios estrictamente técnicos y funcionales, pensados con el propósito de curar a las personas. El concepto de humanización nos plantea correrno s de esta visión y centrarnos en las personas. La humanización del sistema de salud no aplica solo al ámbito de la arquitectura y es un tema integral que debe ser abordado desde la estructura física, el trato con el profesional y la cultura organizacional. Se trata de dejar de ver al paciente como un objeto enfermo y pasar a verlo como una persona, con una visión integral de sus necesidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales.

Este modelo interpreta a la salud y la enfermedad como un estado de equilibrio entre el hombre y su persona, el ambiente y su medio social. Desde la estructura física de una institución algunas de las acciones que se pueden llevar a cabo son a través de la creación de ambientes limpios, seguros, cómodos y familiares, que hagan sentir a las personas "como

en su casa”; espacios para la reflexión espiritual; orientación espacial y señaletica que eviten pérdidas de tiempo y espaciales; visuales atractivas ya sea exteriores, arte, colores; buen diseño de variables como luz, ventilación, ruido; espacios que te permitan estar acompañado por tus seres queridos y que ellos también se sientan a gusto, etc.

Un ejemplo que podemos citar son los espacios de parto humanizado diseñados por el estudio Parra – Muller Arquitectura de maternidades, especialistas en diseño de habitaciones de parto humanizado.

> Nuestros espacios sanitarios piden a gritos ampliar la mirada. Ya no nos contentamos con controlar la enfermedad, sino que queremos eliminar los efectos secundarios de las intervenciones, crear entornos que calmen al paciente y cuiden al profesional, y atender las necesidades físicas y emocionales de toda la sociedad a través del diseño de hospitales. (P.9)



Habitación integral de parto – Hospital universitario de Getafe en Madrid, España.

Accesibilidad universal

“Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.” (observatorio de la accesibilidad; s.f.)

De esta definición de desprenden nuevos conceptos que es necesario citar:

DISEÑO PARA TODOS: La actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos,

instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todos. Debe basarse en los siguientes principios:

-El diseño será útil y equiparable a personas con diversas capacidades.

-El diseño debe acomodarse a un amplio rango de preferencias y habilidades individuales.

-El uso del diseño debe ser fácil de entender, atendiendo a la experiencia, conocimientos, habilidades lingüísticas o grado de concentración actual del usuario.

-El diseño comunique de manera eficaz la información necesaria para el usuario, atendiendo a las condiciones ambientales o a las capacidades sensoriales del usuario.

-El diseño minimice los riesgos y las consecuencias adversas de acciones involuntarias o accidentales.

-El diseño pueda ser usado eficaz y confortablemente y con un mínimo de fatiga.

-Que proporcione un tamaño y espacio apropiados para el acceso, alcance, manipulación y uso, atendiendo al tamaño del cuerpo, la postura o la movilidad del usuario. (observatorio de la accesibilidad; s.f.)

AJUSTE RAZONABLE: Aquellas disposiciones adoptadas con el fin de adecuar el entorno, bienes, productos y servicios a las específicas situaciones personales que por diferentes causas, se encuentran en una situación especial, cuando no puedan realizarse las medidas estipuladas por ley o que supongan una carga desproporcionada para el que las realice.
(Observatorio de la accesibilidad; s.f.)

Como podemos ver la accesibilidad universal es un concepto más amplio que el referido al medio físico, no se trata solo de eliminar las barreras arquitectónicas. Para nuestra área de aplicación el término a definir es el siguiente:

ACCESIBILIDAD EN EL MEDIO FÍSICO: se trata de la aplicación de los principios de accesibilidad universal y diseño para todos en la arquitectura, edificación y en el urbanismo para que el acceso, uso y circulación de cualquier edificio de uso público o privado, así como a las vías, espacios y equipamientos públicos, sea posible para todas las personas.

Jardines terapéuticos

Espacio exterior diseñado para abordar y satisfacer las necesidades de los usuarios de una estructura sanitaria, ya sea pacientes como acompañantes y personal sanitario. Pensado con un objetivo terapéutico especifico como puede ser rehabilitar, educar, estimular y desarrollar aspectos físicos, psicológicos y socio-emocionales del individuo. La tarea proyectual es multidisciplinar e intervienen arquitectos, diseñadores, biólogos, paisajistas e ingenieros agrónomos.

La existencia de jardines dentro de los centros de atención para la salud o asistenciales no es algo nuevo, podemos corroborarlo en las primeras tipologías que se utilizaron para estos edificios, como el claustro o los pabellones, que encierran o se organizan alrededor de patios, y también más adelante en el movimiento moderno, por ejemplo, en el sanatorio de Paimio donde se utilizaban las terrazas. Es a mitad del siglo XX con la tecnificación de los hospitales donde este espacio se suprime. Y décadas más tarde, estudios sobre sus beneficios nos hacen dar cuenta que fue un error.

Existen diferentes tipos de jardines dependiendo el tipo de institución o la dolencia a tratar por ejemplo espacios especialmente diseñados para la rehabilitación fisiológica y motriz tras un accidente; entornos de estimulación neurológica previstos para pacientes con demencia o deterioro cognitivo y hasta el tratamiento de ciertos trastornos transitorios del estado de ánimo, como la depresión, la ansiedad o el duelo.



Jardín Terapéutico del Centro Socio-Sanitario Bernat Jaume, en Figueres diseñado por Vitaller Arquitectura.

Diseño sostenible/sustentable

Para empezar, es importante definir conceptos que muchas veces se utilizan indistintamente pero no son sinónimos:

Desarrollo sostenible: “desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer las capacidades que tienen las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades” (Comisión Mundial para el Medio Ambiente y el Desarrollo de Naciones Unidas en 1983).

Implica tres enfoques, social, económico y ecológico con sus variables de integración equitativo, viable y soportable.

Desarrollo sustentable: Proceso por el que se conserva y protege el medio ambiente y los recursos naturales de manera de no comprometer las necesidades futuras. Intento por potenciar los aspectos positivos y minimizar los impactos negativos de las actividades del

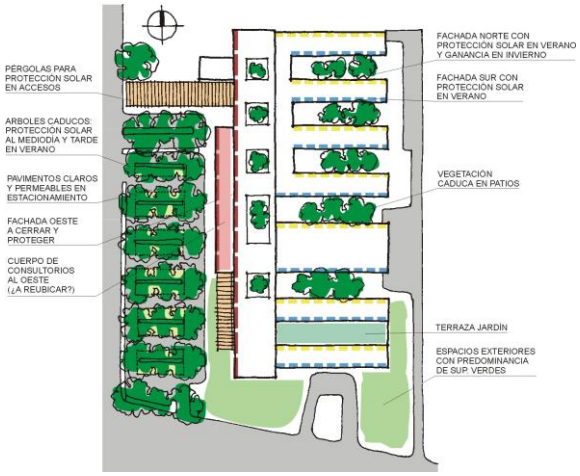
hombre sobre el medio. En el área de la arquitectura y construcción la eficiencia energética y la adaptación al medio son las bases del diseño sustentable de hoy.

Pero porque es importante aplicar prácticas de diseño sustentable a los edificios para la salud:

> Son consumidores intensivos de energía y recursos, poseen una complejidad muy importante al involucrar una gran cantidad de procesos diferentes, necesitan una actualización constante en tecnología, y a su vez sus estructuras deben permanecer funcionales el mayor tiempo posible. Adicionalmente, requieren una especial atención en cuanto al confort y la calidad del ambiente interior logrado para todos sus ocupantes. (Sartorio J. s.f.)

Mario Corea (2015), dice: “El segundo paradigma (del hospital actual) es sin duda sus respuestas al concepto de sostenibilidad, impacto ambiental, ahorro energético y en general aprovechamiento de los recursos naturales, que pasaron de ser ideas progresistas a convertirse en requerimientos que han alcanzado estado de ley de obligado cumplimiento.” (p.86). Una de las estrategias del diseño sustentable es el diseño bioclimático, que es el aprovechamiento de los recursos naturales y las condiciones climáticas del entorno para optimizar el confort y la eficiencia en los edificios a través de algunos simples pasos mejoramiento de la envolvente, control del asoleamiento, diseño de microclimas exteriores, aprovechamiento de la ventilación, integración de sistemas de acondicionamiento artificial, diseño de la iluminación natural, etc.

Podemos ver por ejemplo el proyecto para el “Hospital del Este”, Ciudad de Tucumán, del Estudio Alvarado Font Sartorio, Arquitectos.



Esquema de planta con incorporación de diferentes soluciones para reducir el impacto climático y optimizar el confort.

2.2 AMPLIACIÓN FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ:

Lugar: Bogotá, Colombia

Fecha: 2016

Área: 32.000 m2

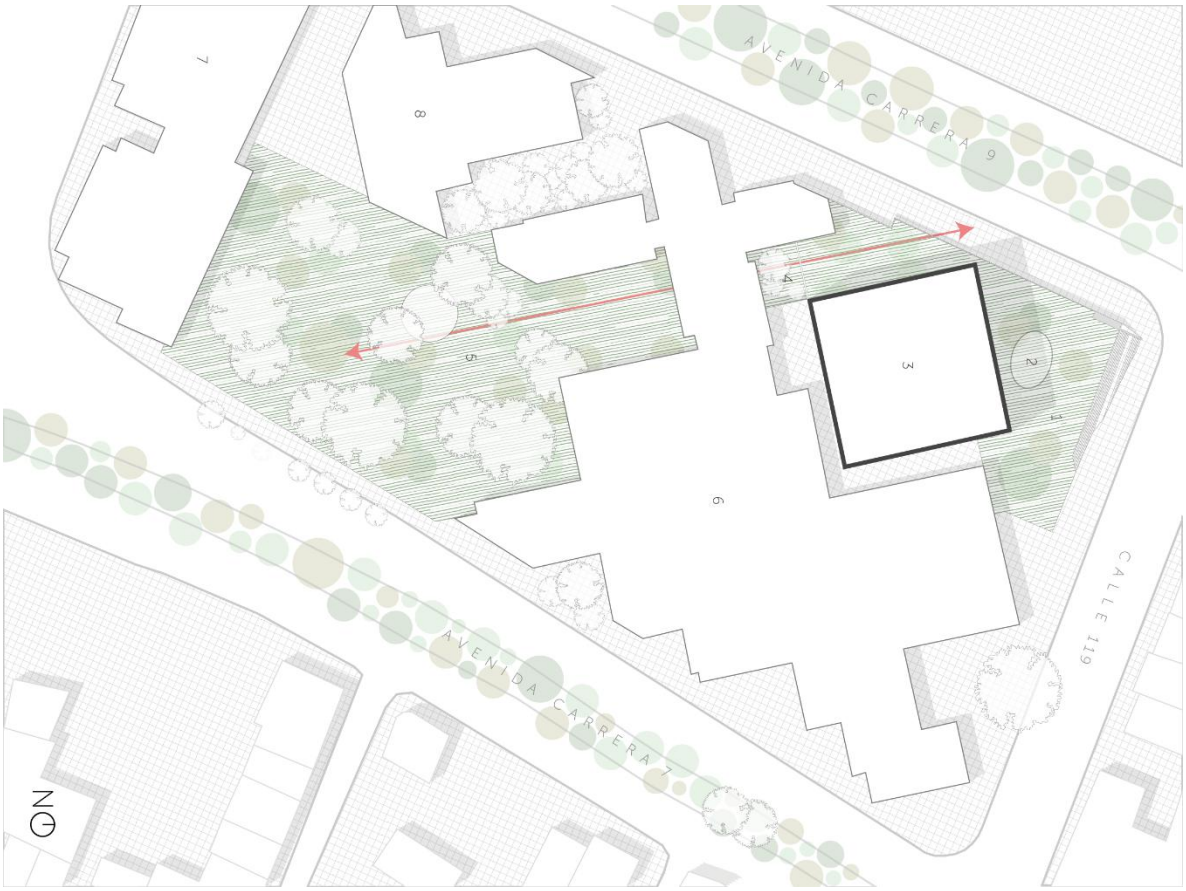
Proyecto: El equipo Mazzanti

Subsistema de Salud: Entidad privada de carácter social.

Contexto de construcción: La construcción original data de la década del 70´ época en donde se crea la Fundación y deciden construir un hospital enfocado en las cirugías complejas, la medicina interna y con una de las primeras Unidades de Cuidados Intensivos del país. El edificio original se realiza por encargo al arquitecto norteamericano George Nelson, uno de los fundadores del modernismo americano, y consta de tres edificios principales conectados entre sí. “Será un hospital que no parezca un hospital, pero que funcione como un hospital en medio de parques y jardines”. “En estas oficinas se le conocerá como El Jardín de la Salud”. Afirmaba Nelson. Luego de años de ampliaciones y reformas puntuales que respondían a las necesidades del momento generando un laberinto de circulaciones y flujos, en 2012 se abre el concurso de arquitectura para un nuevo proyecto que no solo amplié el hospital, sino que resuelva la fragmentación interna y urbana. Su construcción se realiza en 2016.



Vista del conjunto original con ampliación.



Implantación

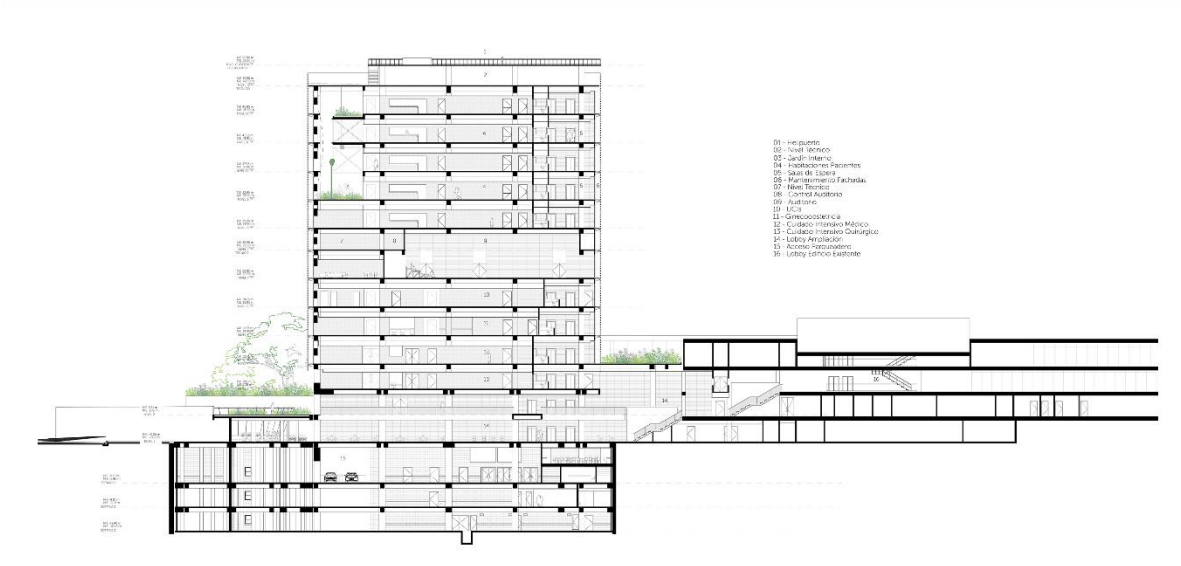


1 - Habitaciones Pacientes
2 - Sala de Espera
3 - Solarium
4 - Depósito
5 - Cuarto Técnico
6 - Directora de Enfermería
7 - Treatamientos Médicos
8 - Cuarto Técnico
9 - Basuras
10 - Oficinas / Cuarto Multipropósitos
11 - Ropas
12 - Staff
12 - Staff

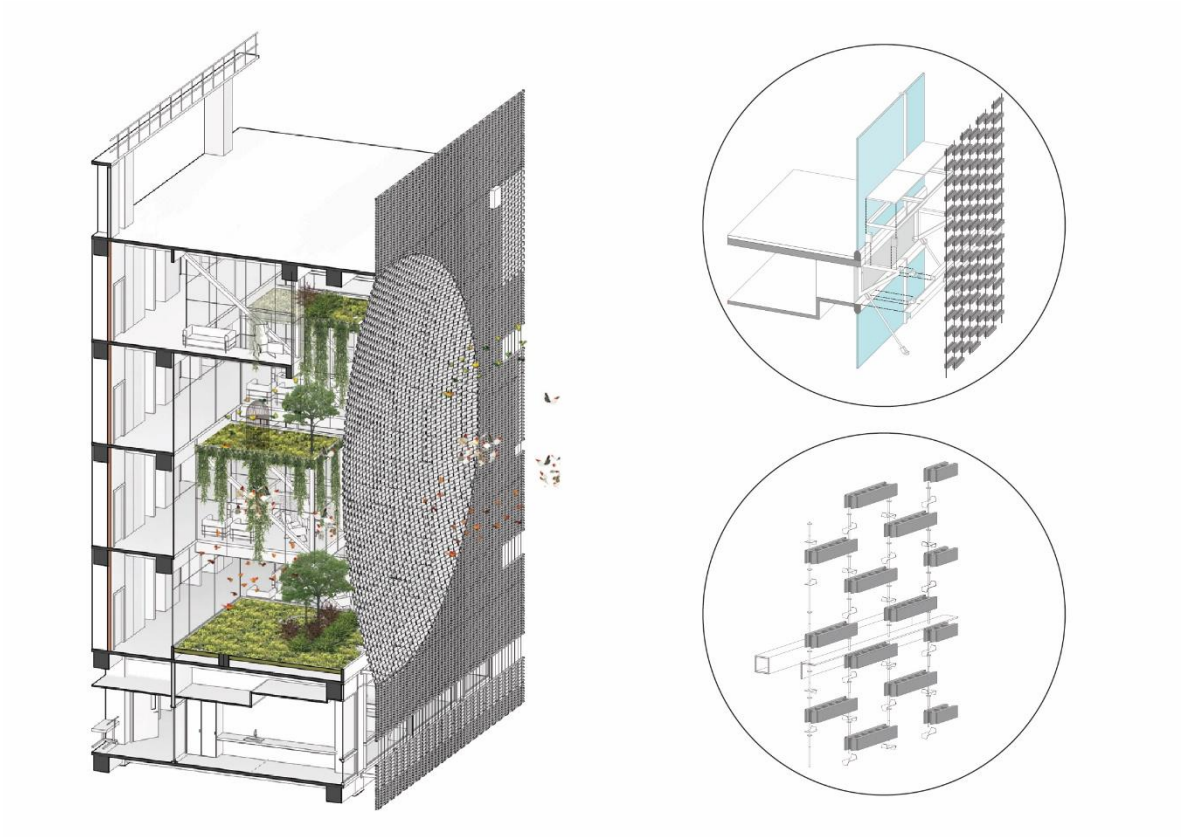
0 1 5 10

NO

Planta tipo internación



Corte longitudinal por ampliación



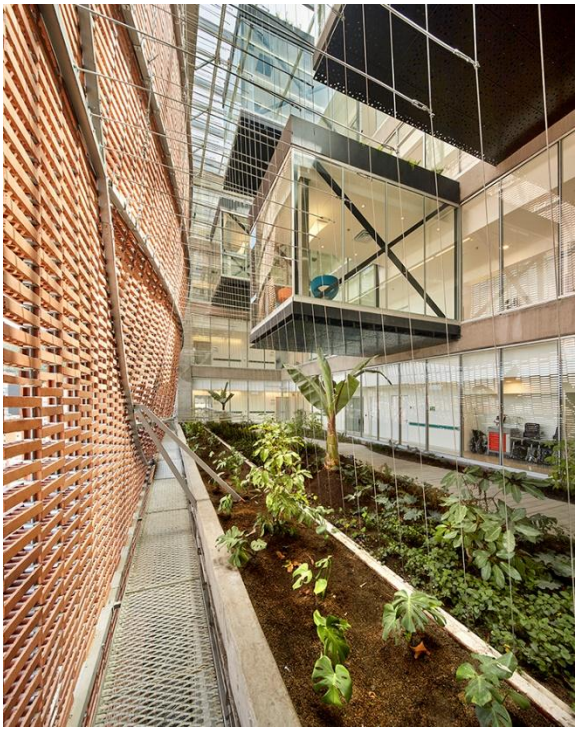
Corte detalle por jardín interno y detalle de fachada.

Análisis Arquitectónico: El proyecto de ampliación consiste en la inserción de un bloque que concentre todas las funciones principales de la institución, ampliando los servicios de UCI neonatal, pediátrica, adultos y habitaciones de internación general, con algunos servicios complementarios. La idea consiste en ordenar los flujos horizontales y verticales de los servicios nuevos y existentes, y a su vez, en la intersección del bloque con el nivel urbano general un parque de uso público, con propuestas comerciales y culturales a la ciudad. La propuesta no solo busca resolver las circulaciones internas sino proponer un espacio de conexión interurbana. La premisa de diseño a nivel estético era respetar el uso de ladrillo terracota que le da identidad a la construcción original. La ampliación propone un uso innovador del ladrillo a través de placas elaboradas en taller que consisten en una malla de tensores de hierro que soportan los ladrillos, generando una trama translucida. La estética pesada y tectónica del tradicional muro de ladrillos se remplaza por una malla liviana que trabaja a tracción en vez de compresión.

Si analizamos el diseño propuesto podemos apreciar muchos de los temas tratados anteriormente. Se hizo uso del **Diseño basado en evidencia** al realizar entrevistas a distintos tipos de usuarios y así comprender sus necesidades y deseos. Se considera un edificio amigable con el medio ambiente y realizado bajo premisas de **Sostenibilidad**, algunas de las acciones que se realizaron fueron la utilización de especies nativas, la creación de una central de residuos para reciclaje y aprovechamiento de desechos y un sistema de recuperación de aguas de lluvia para baños públicos y jardinería. La **calidad ambiental interior** se aprecia en el aprovechamiento al máximo la iluminación natural y las visuales al entorno colocando carpinterías de piso a techo, uso de cromoterapia, decoración con obras de arte. La integración de la naturaleza al interior del edifico a través de **Jardines** que no solo aportan iluminación y visuales, sino que sirven para la reducción del estrés y confinamiento de los pacientes. Podemos afirmar que la nueva construcción funciona como un **espacio de sanación,** pensado en función de la necesidad de los trabajadores, pacientes y sus familias, por ejemplo, la UCI neonatal posee espacios exclusivos para cada paciente y su familia para no separar al bebe de sus padres y las habitaciones de internación tienen el doble de m2 que las solicitadas por reglamentación. También posee un restaurante y auditorio para uso interno y externo y un sistema de monitorización de pacientes de última generación para reducir el trabajo de médicos y enfermeras.

Todas estas condiciones permitieron que, en 6 meses, según estadísticas del hospital, se han reducido el tiempo de recuperación de pacientes, los índices de infecciones y de complicaciones médicas.









Conclusión: Si vemos la ampliación del hospital Fundación Santa Fé de Bogotá con un total desconocimiento de la función que cumple bien podemos pensar que estamos ante un museo, centro cultural o algún otro tipo de edificio público. Ya sea por su propuesta a nivel urbano como por su forma y estética contemporánea. Una propuesta innovadora a nivel urbanístico, funcional y tecnológico que a su vez respeta la identidad original del edificio, la de construir un hospital que no parezca un hospital.

2.3 HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS

Lugar: Reus, Tarragona, España.

Fecha: 2006-2010

Área: 108.760 m2

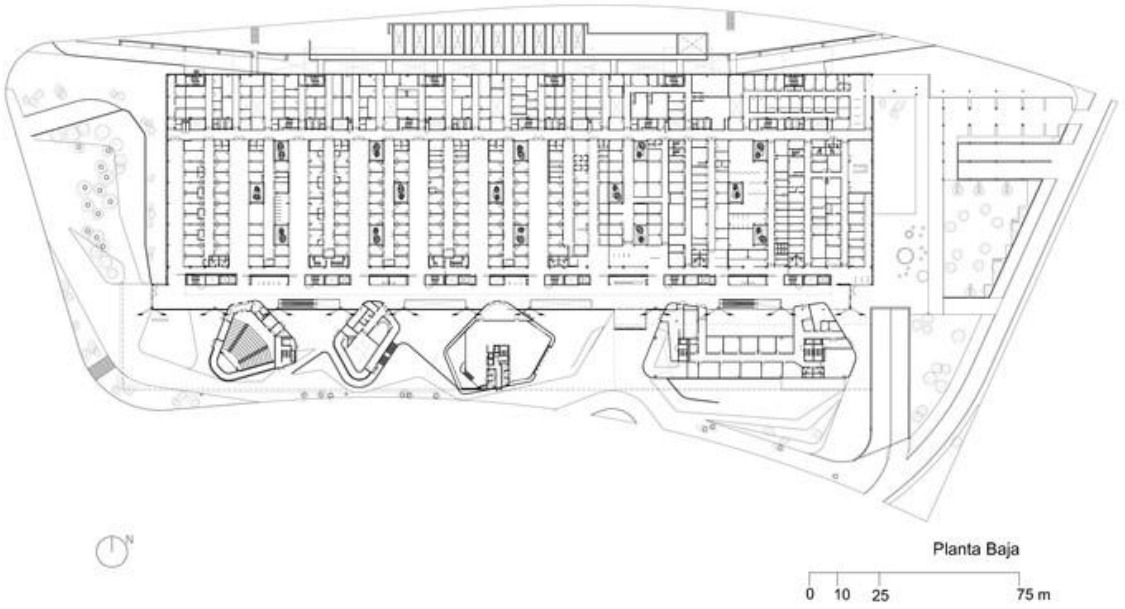
Proyecto: Mario corea, Luis Moran, Pich-Aguilera architect.

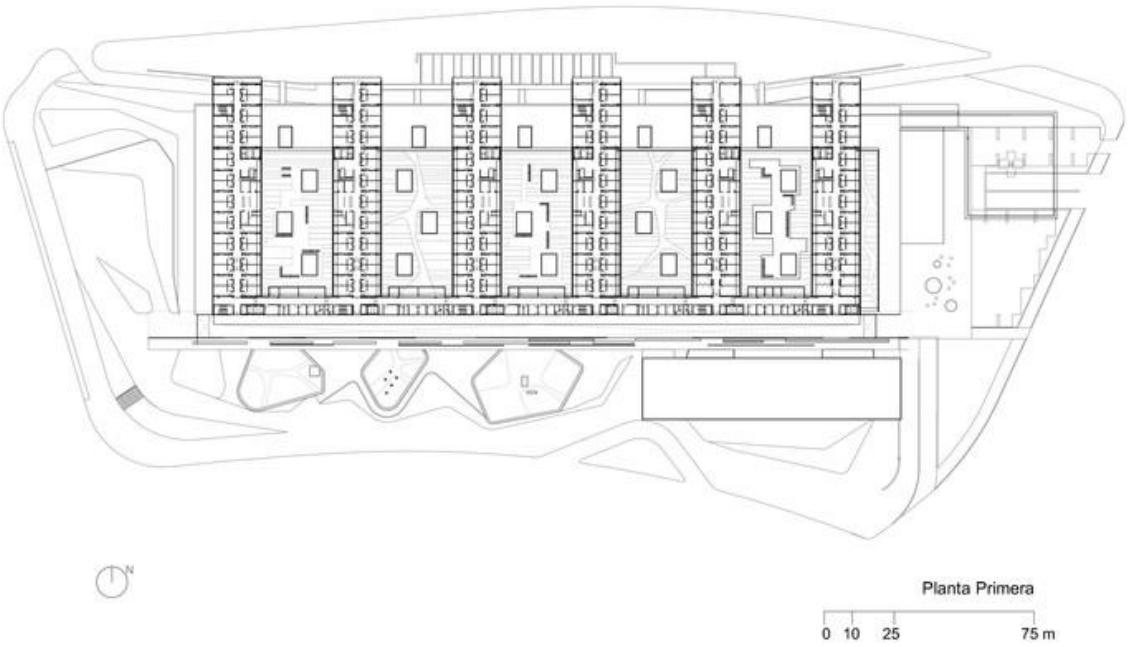
Subsistema de Salud: Realizado por La Generalitat de Catalunya, a través del departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud y el Ayuntamiento de Reus. Desde Julio del 2020 forma parte forma parte de la Entidad de Derecho Público (EDP) Salud Hospital Sant Joan de Reus - Baix Camp.

Contexto de construcción: El hospital Sant Joan de Reus existe desde al menos el año 1244 y su ubicación ha variado a lo largo de los años. El edificio actual se ubica en una zona de ampliación de la ciudad de Reus, donde se creará un nuevo distrito tecnológico. Junto al Hospital se construirá la nueva Facultad de medicina. El edifico está emplazado en un predio rodeado de vías rápidas de acceso a la ciudad y se plantea con dos caras bien diferenciadas. Sobre la fachada norte, desde la via de acceso rápido a la ciudad se aprecian distintos cuerpos en voladizo que contienen las áreas de internación. Sobre la fachada sur se encuentra la circulación pública del hospital concebida como una calle cubierta que funciona como transición entre lo urbano y el interior.

Imagen del conjunto

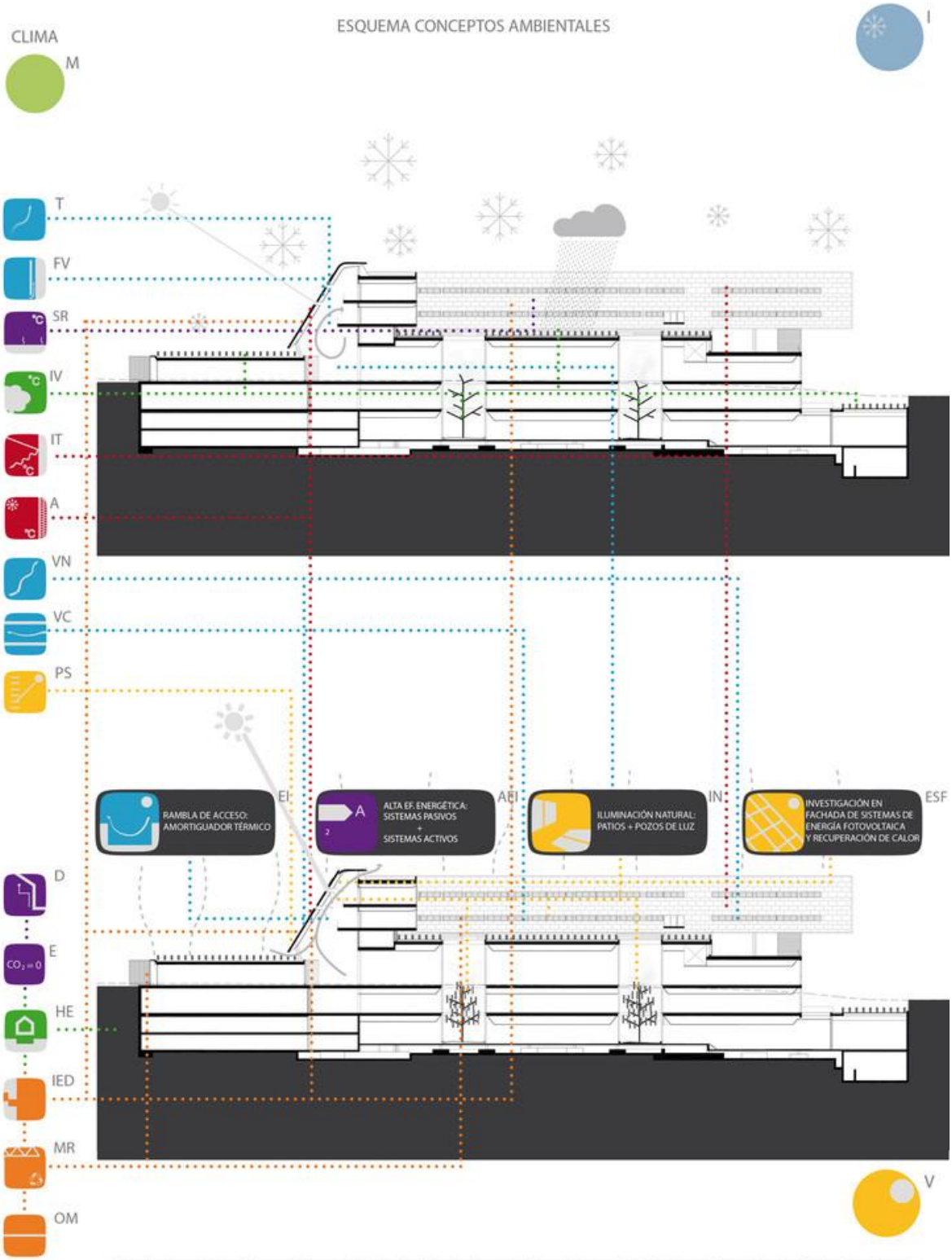






Planta tipo

ESQUEMA CONCEPTOS AMBIENTALES



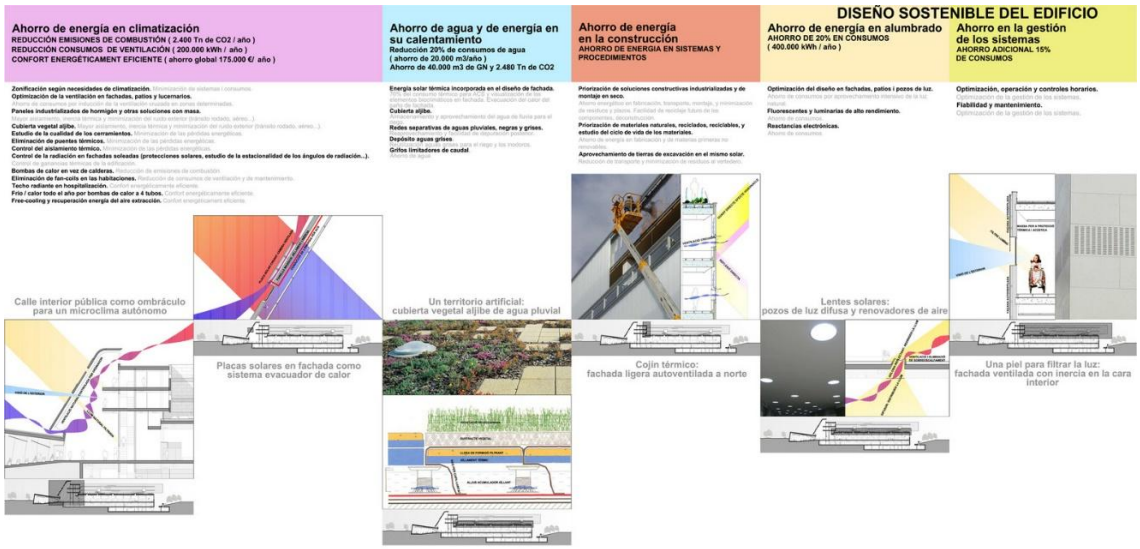
M mediterráneo_**I** invierno_**V** verano_**EST** energía solar térmica_**IN** iluminación natural_**EI** espacio intermedio_**A** aislamiento_**IT** intercia térmica_**AEI** alta eficiencia instalaciones_**D** domótica_**E** emisiones_**E** energía geotérmica_**HE** huella ecológica_**IV** incorporación vegetación_**AAL** Almacenamiento aguas lluvia_**IED** industrialización ensamblaje-desensamblaje_**MR** materiales reciclados_**OM** optimización materiales_**RAG** reciclaje aguas grises_**RAN** reciclaje aguas negras_**T** termodinámica_**FV** fachada ventilada_**SR** suelo radiante_**PS** protección solar_**VN** ventilación natural_**VC** ventilación cruzada

Análisis Arquitectónico: Como describe Mario Corea, (s.f.) en la memoria de proyecto:

> “El hospital se plantea como una gran nave horizontal de tres plantas calada por patios, sobre la cual flotan seis volúmenes de internación de dos plantas. El proyecto busca controlar su escala, frente a la escala urbana, controlando y equilibrando el impacto paisajístico de un edificio de estas dimensiones frente a la ciudad, con dos lecturas contrapuestas: La secuencia de seis volúmenes en voladizo frente a autovía, y la fachada inclinada con pabellones con formas orgánicas frente a la avenida y su percepción peatonal.”

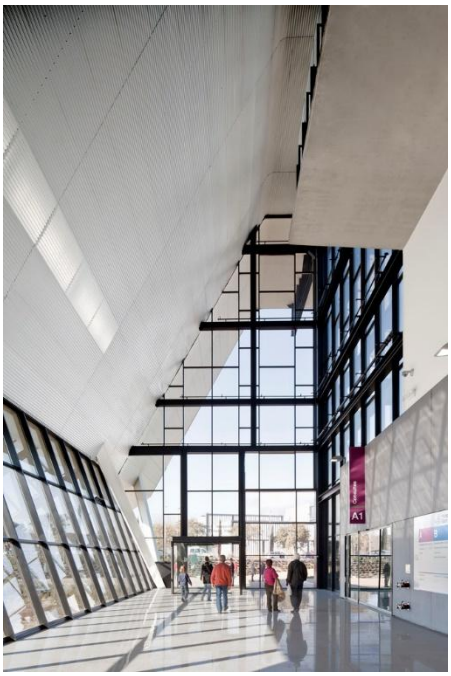
La tipología edilicia es el peine, organizando la internación en pabellones entre patios. Utiliza una organización formal y funcional clásica para su función.

El valor de la propuesta edilicia radica en el **Diseño sostenible** a través de diferentes estrategias de ahorro energético en su construcción, climatización, iluminación, etc. La calle interna funciona como umbráculo, un espacio de transición entre el exterior y el interior, a su vez está recubierta de placas que ayudan a evacuar el calor. Los patios internos con cubierta vegetal sirven de aislantes térmicos y a su vez recolectan el agua de lluvia para su reutilización. Uso de lentes solares y patios para llevar iluminación natural a todos los espacios y fachada ventilada. Si nos centramos en el diseño interior podemos ver la amplitud de los espacios, iluminación natural y búsqueda de visuales y la intervención artística de las áreas de neonatología y pediatría para ocultar la alta tecnologizacion del sector y hacer los espacios más confortables, haciendo énfasis en la **humanización**.



Memoria técnica Diseño sostenible

Conclusión: La propuesta de arquitectura respeta una tipología típica de este tipo de establecimientos, su innovación radica en la tecnología de su construcción y la importancia que le da el conjunto al ahorro energético, que condiciona su forma, materialidad y expresión. Siguiendo la línea de pensamiento del análisis anterior, podemos ver que si bien la tipología, una serie de pabellones separados por patios, nos da una idea de su función, es posible en un primer acercamiento que lo confundamos con una terminal, universidad, o cualquier edificio público de gran envergadura.









2.4 SURGICAL CLINIC AND HEALTH CENTRE IN LÉO; + LÉO DOCTORS´HOUSING

Lugar: Léo, Burkina Faso, África.

Fecha: 2014-2018

Área: 1660 m2 + 950m2

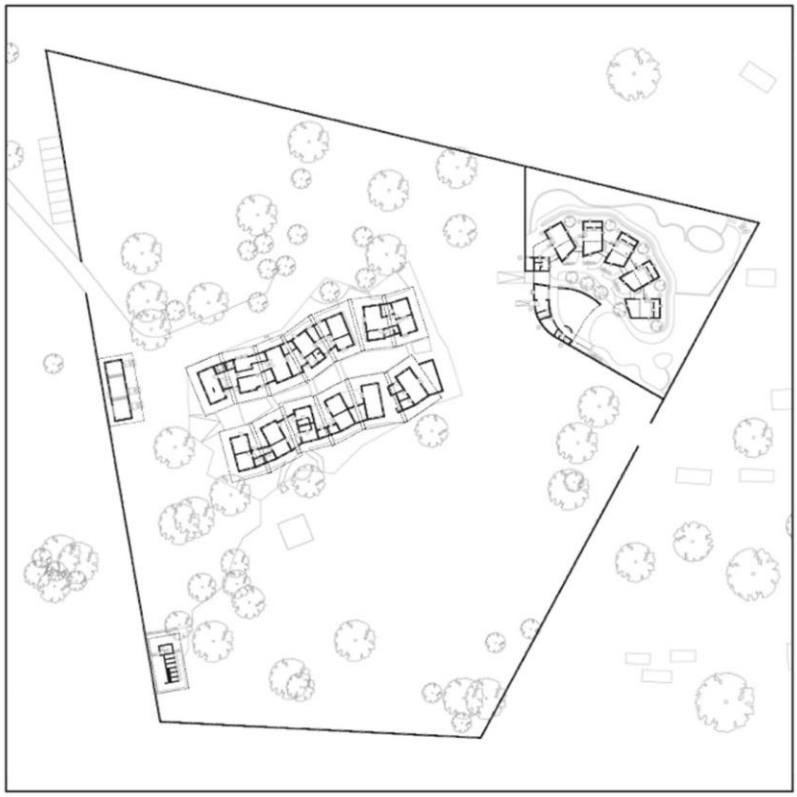
Proyecto: Kéré Architecture; Diébédo Francis Kéré

Subsistema de Salud: Construido y funcionando bajo la dirección de la organización sin fines de lucro Operieren in Afrika e.V. Asociación de origen alemán que trabaja para mejorar la atención médica en Burkina Faso.

Contexto de construcción: la Clínica Quirúrgica y Centro de Salud de Léo se construyó para descomprimir la presión del hospital del distrito y responder a las necesidades de la población local, una comunidad de más de 50.000 habitantes, y a ciudadanos de las comunidades circundantes. El centro construido en 2014 está equipado con instalaciones quirúrgicas, una sala de hospitalización y una unidad de maternidad. En una etapa posterior se realizó un pequeño conjunto de viviendas para médicos visitantes y locales, residentes y personal voluntario. El diseño tiene como objetivo crear una atmósfera inclusiva y una alternativa a la rigidez intimidante que a menudo caracteriza la arquitectura de las instituciones de salud.

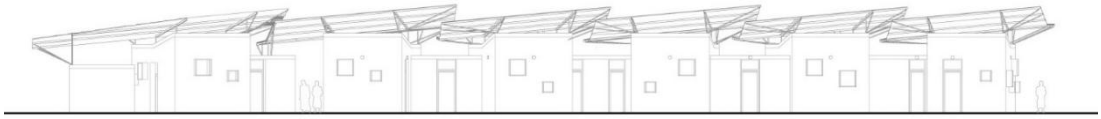


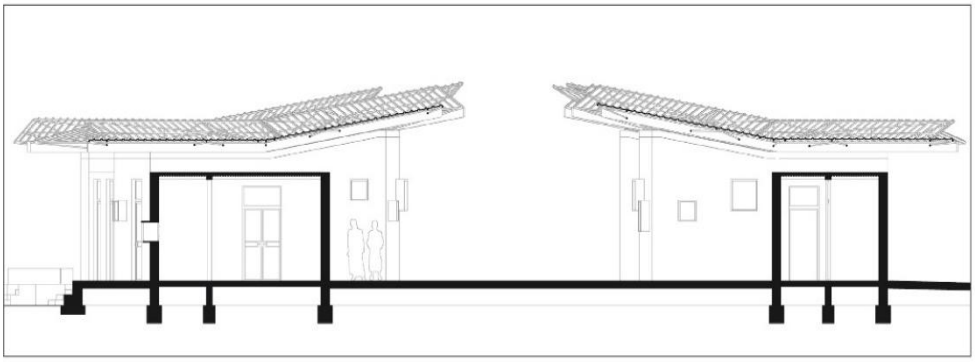
Imagen del conjunto



Planta General

Vista Longitudinal





Corte Transversal

Análisis Arquitectónico: El centro consta de 10 módulos repetitivos en torno a una calle central, separados y rotados levemente entre si generando una secuencia de espacios intersticiales. Las habitaciones, un poco más alejadas son 5 módulos organizados alrededor de un patio. Estos espacios rectores del proyecto, algunos exteriores y otros semicubiertos, sirven para la vida social del centro y la comunidad. La construcción modular se caracteriza por ser un diseño simple que reduce costos y disminuye los tiempos de construcción, a su vez que permite la ampliación del centro a medida que se consiguen los fondos.

En un sitio donde las condiciones climáticas son extremas, con días que alcanzan los 45°C y solo tres meses de lluvia al año, y los recursos económicos son escasos, el **diseño sostenible** no es una opción, sino una estrategia para afrontar la escasez. Los muros son de bloques de tierra comprimida que por su alta masa térmica permite absorber el aire fresco de la noche y liberarlo durante el día, lo que ayuda a mantener frescos los espacios interiores. La cubierta metálica protege las paredes de arcilla de las lluvias, a la vez que genera sombra y recolecta el agua de lluvia para su reutilización. El estar elevada permite la circulación de aire natural entre la cubierta y las ventanas ubicadas a diferentes alturas.



Conclusión: “El complejo es una serie de módulos dispuestos a lo largo de una calle central como las casas de un pueblo, creando un ambiente y atmosfera familiar. A esta reinterpretación de los esquemas urbanos tradicionales se suma el uso de materiales, habilidades y estrategias ecológicas de origen vernáculo” (Kere Architect, s.f.). Tal como se describe en la memoria de proyecto del estudio de arquitectura, lejos está el centro de la macro-escala institucional de los anteriores, casi no diferenciándose de la escala domestica de los alrededores. Sin embargo, comparte con ellos la creación de un espacio central y público, ya sea en forma de calle o patio, donde se unen la vida del pueblo y lo institucional.







Capítulo 3

ARGENTINA “ENTRE LAS POSIBILIDADES TECNOLÓGICAS Y LA NECESIDAD DE REFLEJAR UNA IMAGEN HUMANIZADA Y DOMESTICA”

3.1. UNA BREVE RESEÑA HISTORICA

En el continente americano durante el período colonial, el hospital reprodujo en términos generales los tipos edilicios que existían en aquella época en Europa. Convirtiéndose el hospital en aquel espacio que atendía a personas que debían ser aisladas de la sociedad, como los leprosos y otros enfermos contagiosos, además de aquellos que no podían valerse por sí mismos.

Para el 1880, los médicos higienistas argentinos que habían adherido a la corriente positivista, comenzaron a discrepar en parte con respecto a las formas en las que se debía organizar un sistema de beneficencia moderno. Esta situación empezó a cambiar cuando en las prácticas discursivas médicas se adhirieron a la noción de *constitución epidémica*, por la que se estableció una etiología miasmática *físico-empírica.* La nueva nosología, al establecer una superposición entre el espacio patológico de las epidemias y la insalubridad espacial, constituyó la matriz discursiva moderna del esquema médico que dio lugar al proceso de medicalización en el país. A partir de este momento, la salud será entendida como el producto de las condiciones del medio social y físico en el que desarrollaban la vida las personas.

Por ello, la década de 1880, fue el momento cuando el Estado Nacional argentino, comenzó a la centralizar los temas de la salud de la población, estableciendo funciones de vigilancia y supervisión de todos los objetos atinentes a la *Sanidad Pública.* La estrategia higienista, centrada en a la actuación del Estado y en su recepción del pensamiento positivista, hicieron que las epidemias fueran percibidas no sólo como problemas sino, también, reguladas públicamente por instancias políticas de jurisdicción local. Una mirada sobre los hospitales pabellonales construidos por el estado a partir de las fotografías de obras pág. 6 (2019)

> En Argentina, 90% de la población vive en ciudades. Desde la primera mitad del siglo XIX, la salud de las ciudades fue cobrando cada vez más relevancia para sus habitantes y mayor atención por parte de sus gobiernos. La necesidad de lograr determinadas condiciones de salubridad y de controlar epidemias, dio origen a estrategias urbanas en defensa de la salud, de los ciudadanos y es así que tanto en el contexto internacional como en nuestro país "…el higienismo del siglo XIX consiguió atar el destino de las ciudades con la Salud Pública". Paralelamente, los hospitales fueron evolucionando de su función caritativa en sus inicios, de su misión de "aislar para proteger", hacia la idea del derecho a la asistencia; en manos de la iglesia en sus orígenes, militarizados en la época de la conquista de América, encuentran luego en manos del Estado su condición de Servicio Público. Las estructuras hospitalarias debieron adaptarse al vertiginoso avance de los desarrollos tecnológicos en medicina y a las nuevas modalidades de atención.

Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017) (Pág. 85)

> El sistema sanitario argentino, guarda estrecha relación con los procesos acontecidos en los planos sociales, culturales y sobre todo económicos, a lo largo del tiempo y las variaciones en el rol del Estado.
>
> Como en el resto del mundo la salud en argentina ha transitado distintas etapas.
>
> Desde el colonialismo, la salud giró en torno a una institución especializada en todas las funciones, hoy esenciales de la salud pública, en el Protomedicato. Luego en 1822 se regularon las formas y condiciones de la asistencia médica al promulgarse la primera Ley de Arreglo de la Medicina, creándose a su vez, la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad de Damas de Beneficencia. Se inició así la etapa de fundación hospitalaria, destacando los hospitales de colectividad. El cólera y la fiebre amarilla avanzaron en la segunda mitad del S.XIX. Para proteger la salud pública se creó en 1880 el Departamento Nacional de Higiene y a su vez, diversos grupos comenzaron a asociarse ante el riesgo de enfermedades y surgieron así las asociaciones de socorros mutuos. De esta manera, hasta 1945 existió una escasa regulación estatal y la provisión de servicios que se concentró en hospitales estatales, sociedades de beneficencia y asociaciones mutuales de comunidades extranjeras y de grupos laborales (OPS, CEPAL, PNUD; 2011).

Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017) Pág.

La Arquitectura en salud

> El Dr. Ramón Carrillo – Ministro de Salud Pública de la Nación desde 1946 a 1954 – incorpora la materia Arquitectura Hospitalaria en la carrera de Arquitectura de la Universidad de Buenos Aires y otra análoga en el posgrado de Planificación Hospitalaria en la Facultad de Medicina. Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017) Pág. 86

> En el sector público, el período más pródigo en obras fue a mediados del siglo XX durante el ministerio del Dr. Carrillo, en el cual se duplicaron en el término de 8 años la cantidad de camas disponibles en todo el país.
>
> Es en este periodo donde se construyen 21 hospitales, con programas adecuados a las políticas que se salud que se proponen, lenguajes edilicio similares, distribución geográfica en muchas provincias y sectores de distintas situaciones demográficas.
> Este conjunto de características es representativo de la importancia que el gobierno le otorga al tema, leyéndose claramente la intencionalidad, la envergadura y la preocupación por el bienestar de la mayoría.
> Las tipologías edilicias que acompañaron esa evolución hospitalaria, las clásicas estructuras pabellonales con jardines, hospitales verticales, más compactos y adaptables a la trama Urbana; hospitales sistémicos – de trama flexible – apoyados en la concepción de programas arquitectónicos abiertos.

Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017) Pág. 85

La falta de continuidad en las políticas de salud y la ausencia de una estructura nacional que articule todo el sistema, hace que los resultados en salud sean escasos y con muchas deficiencias dependiendo los lugares geográficos donde se encuentren y las articulaciones entre la Nación, las provincias y los municipios, se produce superposiciones y carencias, generando fragmentaciones en los distintos niveles de acceso a la salud, por parte de los grupos más vulnerables.

Sobre los Subsistemas de Salud en la Argentina

A partir del s. XX se produce una extensión de servicios con el surgimiento de mutuales, asociaciones profesionales y asociaciones sindicales, como esquemas comunitarios de base social con una lógica solidaria, que derivan del modelo de Obra Social. En la década del 70, aproximadamente, las tres cuartas partes de los argentinos eran sus beneficiarios. En la década de 1980, surge la medicina prepaga como nueva conformación de servicios médicos privados. Llegando a la segunda mitad de la década del 90, los diferentes tipos de servicios de salud avanzaban por separado. Cada uno se dirigía a su población beneficiaria específica y contaba con sus propias fuentes o esquemas de financiación. Sin embargo, un conjunto de medidas de reforma del sistema redefine las interrelaciones incorporando flujos de financiación y servicios entre los diferentes subsectores (Tobar; 2001).

Luego de la crisis de 2001–2002 puede identificarse una nueva etapa. Iniciada por una emergencia sanitaria, se pusieron en marcha programas con la prioridad de garantizar el acceso a servicios y medicamentos de los grupos más vulnerables. Junto a la instrumentación de políticas de emergencia, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud (COFESA), una estrategia sectorial a mediano y largo plazo. Primeramente, se propuso que la estrategia surgiera de un consenso entre los distintos niveles de gobierno (ya que, debido a la organización federal del país, las responsabilidades de salud corren por cuenta de las provincias), tomando en cuenta las posibilidades de cada una de las jurisdicciones. En segundo lugar, se propuso que la estrategia se planteara flexible, adecuada a las circunstancias y como una secuencia de reformas y no como una medicación estructural. Más allá de estos importantes logros en materia de salud pública, el sistema se consolidó en su conjunto como una organización fragmentada. (OPS, CEPAL, PNUD; 2011).

Es así como hoy en día, el sistema sanitario argentino se desarrolla a través de la intervención de tres sectores: el público, seguridad social y el privado. Dentro de cada sector, también predomina una diversificación de actores que los componen, los cuales los convierten en sistemas complejos que varían en función del contexto histórico, geográfico y político en el que se desarrollan. Toda esta coyuntura produce como resultante un sistema compuesto por tres sectores escasamente integrados entre sí y fragmentados hacia su interior.

El entre cruce de estas miradas, permite reconocer sus incidencias en la definición de las características específicas de la edilicia de los hospitales públicos, posibilitando con ello explorarlas diferentes ideas y acciones que ha tenido el Estado respecto a la salud y a la arquitectura en cada período histórico. Los movimientos revolucionarios europeos del siglo XIX, obligaron a la burguesía europea a hacer concesiones para tratar de contener la conflictividad social. Naciendo por ello, los sistemas de salud tanto en Alemania como en Inglaterra para mejorar relativamente a los trabajadores sus condiciones de vida.

Así, a partir de las primeras concesiones reformistas a los obreros y el avance de las investigaciones médicas, la visión aislacionista e higienista dio paso a la medicina social. Que entendía que la salud no solo implicaba la contemplación de los determinantes biológicos, sino también situaciones de educación, indumentaria, alimentación, vivienda, trabajo y esparcimiento de la población, ideas que en el caso de Argentina recién se desarrollarían para mediados del siglo XX, como citamos anteriormente.

Sobre los Concursos

La Argentina no se caracteriza por realizar concursos públicos por lo menos en esta área.
El antecedente más reciente de este tema es el del Hospital Garraham.

El proyecto de un hospital pediátrico con características diferentes a las que estaban en vigencia hasta el momento surge de un grupo de médicos pediatras trabajadores del Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez, encabezado por el Dr. Carlos Gianantonio, quienes en 1969 elaboro un programa médico para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. El mismo fue elevado por la secretaría de salud de la ciudad de Bs As. Al ministerio de Salud de la Nación. En Base a este programa en 1971 se convoca a concurso nacional de croquis preliminares.

Resultando elegido finalmente el proyecto presentado por el estudio de los arquitectos Vidal, Egoscue, Bischof, Aftalion, Do Porto y Escudero. En 1973, se cambia la ubicación para localización del proyecto a la que hoy ocupa el hospital, los

trabajos comenzaron 1975. El hospital comenzó a funcionar en el año 1987.
https://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia







En el año 2019 el gobierno de Neuquén, realizo un concurso público para la construcción del Hospital Norpatagónico.

El 15 de noviembre del pasado año se inició el Concurso nacional de ideas y anteproyectos para el Hospital Norpatagónico en Neuquén, que contó con la organización del gobierno provincial a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía e Infraestructura, con el auspicio de la Federación Argentina de Arquitectos (FADEA) y el patrocinio del Colegio de Arquitectos de Neuquén.

El primer premio correspondió a los arquitectos procedentes de la ciudad de La Plata, Guillermo Ariel Canutti, Bernardo Luna, Clara Gallardo, Agustín Ichuribehere y Fernando Sebastián Fariña. El proyecto se localiza en la meseta neuquina y cuenta con una superficie de 32.700 m2.

Plataforma Arquitectura 2019





3.2 HOSPITAL PRESIDENTE PERON

Lugar: Sarandí, partido de **Avellaneda**, Pcia. de Buenos Aires Argentina

Fecha: 24 de febrero de 1951,

Proyecto: Ministerio de salud de la Nación

Subsistema de salud: Publico, Nacional

El POLICLINICO "PRESIDENTE PERON", inaugurado el 24 de febrero de 1951, formó parte de la vasta red hospitalaria construida por la FUNDACION EVA PERON, en consonancia con las políticas del gobierno justicialista en materia de salud pública.

El edificio, resuelto a la manera de un gran monoblock con cinco cuerpos de cinco pisos cada uno, tiene capacidad para un total de seiscientas camas, dispuestas en habitaciones para una, dos, cuatro y seis personas.

> “La materialización de la infraestructura sanitaria fue variada conforme al programa de necesidades que atendía. Los proyectos para los hospitales de gran envergadura se inscribían dentro de las modernas tendencias hospitalarias, tanto formal como funcionalmente. Constituyendo resoluciones verticales a la “europea” de hasta 5 pisos, en la mayoría de los casos. La particularidad residía en el lenguaje aplicado recreando una cubierta de tejas con mansarda y una fachada alternando paños blancos con ladrillo visto (los hospitales gemelos). “
>
> Todo el conjunto, tiene rasgos propios que la producción de organismos nacionales, de otras provincias, o de la Fundación Eva Perón, propiciando para un entendido en el tema, su inmediata identificación, comparten rasgos, especialmente los provenientes de arquitecturas vernáculas, el uso persistente de difundidos materiales locales, que le dan cierto carácter unitario, aunque no monolítico, en cuanto a las temáticas, ya sea vivienda, salud o escuelas.
>
> Molteni, Juan; Galcerán, Virginia (2010). Pág. 23/24

Este edificio alberga además de una gran cantidad de servicios médicos de distintas especialidades, la escuela de enfermería creada también en el mismo año.

Como podemos observar en las fotografías la enorme impronta del edificio implantado en el centro de un terreno rodeado de jardines transmite solidez, confianza,

“antesala de la vida” (art. Diario adjunto)

> Es en este Hospital desde el día 3 hasta el 14 de noviembre de 1951, la señora María Eva DUARTE de PERON estuvo internada en el primer piso del Pabellón "E", en un área de aproximadamente cuarenta y cinco metros cuadrados repartidos en dos salas. Donde la señora María Eva DUARTE de PERON emitió su sufragio en las elecciones presidenciales del 11 de noviembre, en virtud de la ley —por ella impulsada— que, por primera vez en la historia argentina, otorgó derechos cívicos a la mujer.
>
> En las dos salas se ha instalado, en la actualidad, el "Espacio Ecuménico de Meditación. Encuentro para el recuerdo de Eva Perón y Museo Evita", ambientado con muebles y accesorios de la época.

Infoleg / Ministerio de justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación
Decreto 393/2007

> Es interesante señalar que Carrillo tenía, además, opiniones fundadas sobre la arquitectura hospitalaria, pues le importaba que ésta no se divorciase de la memoria colectiva. Por su misma procedencia gustaba de la tradición constructiva hispano criolla –galerías, muros blancos, techos de teja española–, que se conoció entre nosotros como “estilo californiano”; a esto apuntaba cuando sugería que “los arquitectos deberán concebir las formas no sólo en función de su sentir personal, que es respetable, sino del sentimiento colectivo que perdura entre todos y permite reconocer lo que es de todos”.

No obstante sus preferencias personales –que compartía con Evita–, cuando los arquitectos le proponían nuevas soluciones funcionales y estéticas las discutía a fondo y, por lo general, terminaba aceptándolas. De allí que los Centros Sanitarios lleven la firma de Mario Roberto Álvarez, el Hospital del Niño Jesús en Tucumán las de Horacio Caminos y Eduardo Sacrist y la Ciudad Hospital la de un equipo dirigido por Eithel Traine, todos ellos notorios representantes de la vanguardia racionalista argentina.

Alberto Petrina /Página 12/ 08 de mayo de 2020



Maqueta



Foto del edificio recién terminado



Foto actual del edificio



Una visión panorámica del Policlínico Presidente Perón, ubicado en Avellaneda y que constituye todo un modelo. Es así como se ayuda a sufrir menos.

LA SALUD DEL PUEBLO FUE SU PREOCUPACION



UN policlínico es una obra magnífica, grandiosa, útil y necesaria. Pero, interesa más, a nuestra relación, saber las razones de su existencia; por qué se han levantado y con qué criterio se han elegido las comodidades.

"Lo más hermoso es hacer de un policlínico no una antesala de la muerte, sino una ANTESALA DE LA VIDA." Ir allí para curarse; para aprender a sonreír, para recibir atenciones que no puedan ser pagadas. Tal el concepto de los policlínicos cuya creación animó Eva Perón.

¿La razón: "Yo los he visto andar por las calles cargando con el hijo en brazos, buscando médico, farmacia, hospital, cualquier cosa...

El Policlínico Presidente Perón tiene perfeccionadas incubadoras.



Fachada del monumental Policlínico Ferroviario Central Presidente Perón. Otra de las obras de la Fundación Eva Perón en beneficio de los humildes.

"Yo también los he visto..."

Y porque había visto muchas cosas tristes, creó policlínicos alegres. Todo lo alegre que pueden ser esas casas que son antesalas de la vida...

Y son así porque "el cariño limpio del pueblo no se puede pagar sino con obras limpias de amor"...

"Yo creo que al dolor de los que sufren es inhumano agregar otro dolor, por pequeño que sea. Por eso mis policlínicos quieren ser alegres; sus paredes decoradas, sin camas blancas, con sus ventanales amplios y sus cortinados hogareños... ¡Como para que ningún enfermo se sienta en un hospital!...

El criterio que se siguió para que su construcción alcanzara a satisfacer esos anhelos, lo enunció Eva Perón misma: "Cuando una obra se proyecta y se construye, siempre elijo un dormitorio para mí..." (Por eso pudo ocupar, en noviembre de 1951, desde donde votó, uno en el Policlínico Presidente Perón, de Avellaneda, sin desmedro para ella, la esposa del Primer Mandatario, que podría haberlo hecho en cualquiera de los muy lujosos y caros sanatorios particulares de la Argentina.)

Y prosigue Eva Perón:



Clínica de recuperación infantil, situada en Termas de Reyes, en Jujuy.

http://evita3.marianobayona.com/fundacion3.html

3.3 CEMAFE

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE SANTA FE

Lugar: Santa Fe, Argentina.

Proyecto: Arquitectos: Mario Corea Arquitectura, Unidad de Proyectos Especiales del Gobierno de Santa Fe.

Área: 11500 m²

Año: 2017

Subsistema de salud: Publico provincial.



Contexto de construcción:

La provincia de Santa Fe, es la única que ha desarrollado un sistema de atención de la salud diferente en la República Argentina, con resultados muy elogiables, con gran porcentaje de cobertura en la población y muy buenos resultados.

El sistema se organiza en diferentes niveles de complejidad, resolviendo en forma de red perfectamente articulada la administración de salud de sus ciudadanos. La estrategia de gestión del sistema de salud provincial santafesino pone en énfasis la

coherencia en la gestión y la innovación; en la resolución de nuevos problemas, garantizando el acceso a la salud de toda la población acercándose a cada barrio de la provincia. Un modelo de gestión en red basado en la atención primaria de salud, una gran red en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano.

1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.

2do Nivel: Hospitales y Samcos de baja y mediana complejidad.

3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red



Centros de atención primaria

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

Para el desarrollo de esta política de salud, se crearon nuevos edificios y remodelaron otros que sean capaces de albergar las funciones asignadas dentro del sistema, con una lectura reconocible para los usuarios. Son lugares de encuentro en los cuales los ciudadanos descubren su identidad, la de los otros y también la del propio edificio. Es arquitectura social, tender a ser claros y precisos, encontramos las constantes formales para una arquitectura al servicio de la salud, una construcción que es, en esencia, espacio público. De este modo sustancial puede entenderse a estos edificios, como medio y no como un fin en sí mismos.



Red sanitaria integrada tiende a garantizar la universalidad del derecho a la salud, con accesibilidad y gratuidad al sistema. Planificar la construcción de infraestructura edilicia siguiendo estas lógicas significa una respuesta directa al nuevo modelo de atención, facilitando y propiciando desde el diseño y la organización espacial el desarrollo de los procesos y cambios en las modalidades de atención. De esta manera se llega a la necesidad de consolidación de tres niveles de atención a partir de nuevos dispositivos arquitectónicos, cuya implantación en el territorio responde a los, lineamientos de la regionalización y su ubicación está cuidadosamente definida con criterios epidemiológicos y de gestión:

- **Primer nivel ambulatorio:**

Centros de salud

La de una serie numerosa de centros de salud refuerza la estrategia de atención primaria como ingreso al, con la intención de que cada población desarrolle un sentido de pertenencia, a fin de sentirse incluida y contenida en una red mucho más extensa. En efecto, la amplitud y heterogeneidad de la provincia justifica adscribir grupos de familias equipos médicos responsables que deberán actuar como gestores en el sistema de salud hacia otros niveles de atención, hasta llegar a la máxima complejidad.

- **Segundo nivel:**

Centro de especialidades médicas ambulatorias

El dispositivo ambulatorio de alta complejidad constituye un nuevo engranaje, una herramienta adecuada para localidades de alta concentración demográfica. Posibilita brindar una respuesta eficiente y rápida a las demandas programadas de salud de amplias poblaciones a partir del abordar las derivaciones de centros de atención primaria o efectores de mediana complejidad, ofreciendo una favorable concentración de prestaciones libres de servicios de internación. El antecedente inmediato de esta iniciativa es el CEMAR, dispositivo que, según registros comparativos, ha implicado, durante los últimos años en el Gran Rosario, una significativa absorción de la demanda de consulta externa en detrimento de aquella generada en los hospitales de complejidad. Bajo estos mismos lineamientos se construyó el nuevo CEMAFE en la capital provincial.

Efectores que brindan prestaciones de mediana complejidad, con buen nivel de diagnóstico y resolución para la escala de las poblaciones que atienden (localidades de Las Toscas, Las Parejas, Ceres). Básicamente, estos hospitales resuelven el diagnostico y tratamiento de aquellas patologías que no requieren una cama de complejidad.

- **Tercer nivel: hospitales polivalentes** con amplia capacidad de diagnóstico, organizados por cuidados progresivos.



Es el caso de los nuevos hospitales regionales o nodales en construcción (Reconquista, Santa Fe, Rosario, Venado Tuerto), donde se proyecta equiparlos con moderna tecnología para abordar una resolución eficiente, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de patologías complejas dentro de la región de influencia. Hospitales que siguen un modelo horizontal, diseñados en respuesta al requerimiento del cambio de modalidad de atención por grados de cuidado, con criterio de red y la flexibilidad necesaria para garantizar su permanencia en el tiempo y su adaptación a los cambios tecnológicos (Figura 3). Si bien comparten conceptos esenciales por ser partes de un sistema, cada uno de los hospitales en obras presenta sus particularidades de acuerdo con la cantidad de población que atiende, las condiciones climáticas y geográficas, el perfil de su prestación actual, etcétera.

La construcción del CEMAFE, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe, tiene como objetivo satisfacer la demanda de diagnóstico y tratamiento de prácticas de alta complejidad en forma ambulatoria, tanto en la ciudad de Santa Fe como en toda la región centro-norte de la provincia. Forma parte de la estrategia sanitaria en red promovida por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, a los fines de garantizar no sólo la cobertura sanitaria igualitaria, sino también el fácil acceso a los efectores de salud. Por este motivo, se buscó una de las zonas con mejor conectividad del sistema de transporte público de la ciudad.

Nuevo modelo, nuevos requerimientos arquitectónicos Red de salud en la provincia de Santa Fe

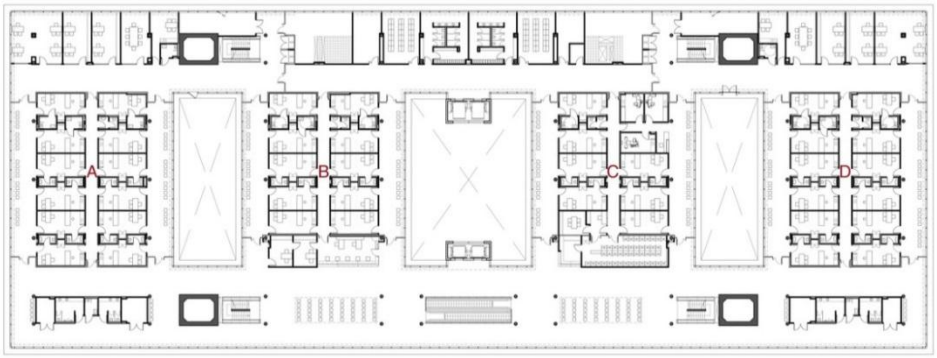
Arq. Silvana Codina (2,3y4)

Análisis Arquitectónico:

El CEMAFE se plantea como una estructura horizontal de dos niveles, con el fin de reducir la dependencia de ascensores. El interior es regulado por la disposición de patios que proporcionan iluminación y ventilación natural a todas las áreas, siendo el manejo de la luz el elemento principal de la cualificación del espacio.

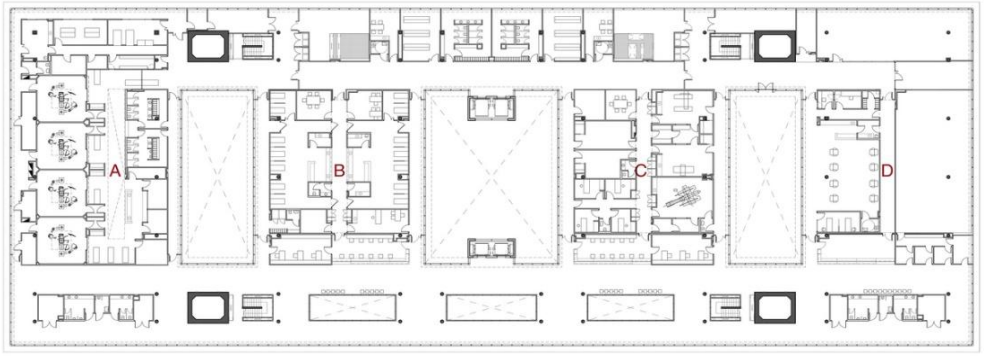
Es importante también la estructura circulatoria planteada en base a circulaciones horizontales que recorren ininterrumpidamente todo el edificio: una pública para pacientes ambulatorios y visitas; otra médica, restringida a pacientes ingresados y personal sanitario. Estas circulaciones no se cruzan nunca y tienen sus sistemas verticales propios y exclusivas. Ambas circulaciones se conectan a través de otras perpendiculares que son mixtas donde coinciden pacientes y personal sanitario.

Desde el punto de vista constructivo el principal desafío fue la cimentación que al tratarse de terrenos de relleno ganados al río requerían buscar terrenos firmes a gran profundidad. Por lo tanto, se optó por una estructura de losas colgadas de una grilla de vigas en la azotea que está soportada por solo cuatro grandes columnas, fundadas a través de un conjunto de 12 pilotes por columna que llegan a una profundidad de 35 metros. Las columnas tienen una luz entre ellas de 60 metros y las losas tienen un voladizo en los extremos de 22 metros.



BLOQUE A: CONSULTAS
BLOQUE B: CONSULTAS
BLOQUE C: CONSULTAS
BLOQUE D: CONSULTAS, DIRECCIÓN

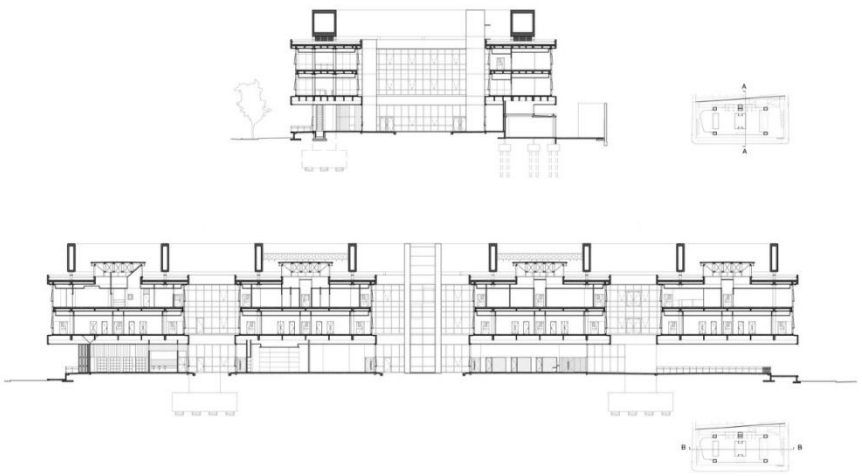
PLANTA PRIMERA



BLOQUE A: QUIRÓFANOS
BLOQUE B: PRE-POST QUIRÚRGICO
BLOQUE C: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
BLOQUE D: ONCOLOGÍA Y LABORATORIO

PLANTA SEGUNDA

Debido a que el edificio está colgado de la grilla de hormigón superior permite la creación de una plaza cubierta de ingreso sin ninguna columna, lo que permite que el edificio flote sobre este espacio público. En síntesis, CEMAFE da una respuesta contemporánea, tanto a la atención ambulatoria de alta complejidad, como al planteo arquitectónico, urbanístico y constructivo. La obra ha sido galardonada con el Primer Premio / Premio ARQ FADEA 2018, donde se destaca la nueva forma de proyectar hospitales.



3.4 HOSPITAL DEL BICENTENARIO ITUZAINGÓ

Lugar: Ituzaingó, Provincia de Buenos Aires

Fecha: 2012/2015

Área: 22586 m2

Proyecto Subsistema de salud: Publico, Nacional

Contexto de la construcción:

A partir de 2003 el Ministerio de salud nacional recupera la capacidad de rectoría lo que se tradujo en asignación de recursos y fortalecimiento del primer nivel de atención y construcción de nuevos hospitales.

En este marco se dio inicio a la construcción de hospitales en zonas altamente pobladas de la provincia De Bs As, como Ituzaingó.

Este hospital fue concebido hospital General para atender a la población en general, particularmente afiliados a Pami. (Hospitales del Bicentenario).

Estos hospitales fueron planificados incluyendo:

Terapia intensiva, terapia intermedia, quirófanos, consultorios de urgencia y de emergencia, shock-room e internación (organizada por cuidados progresivos), consultorios externos, hemoterapia y aulas para docencia.

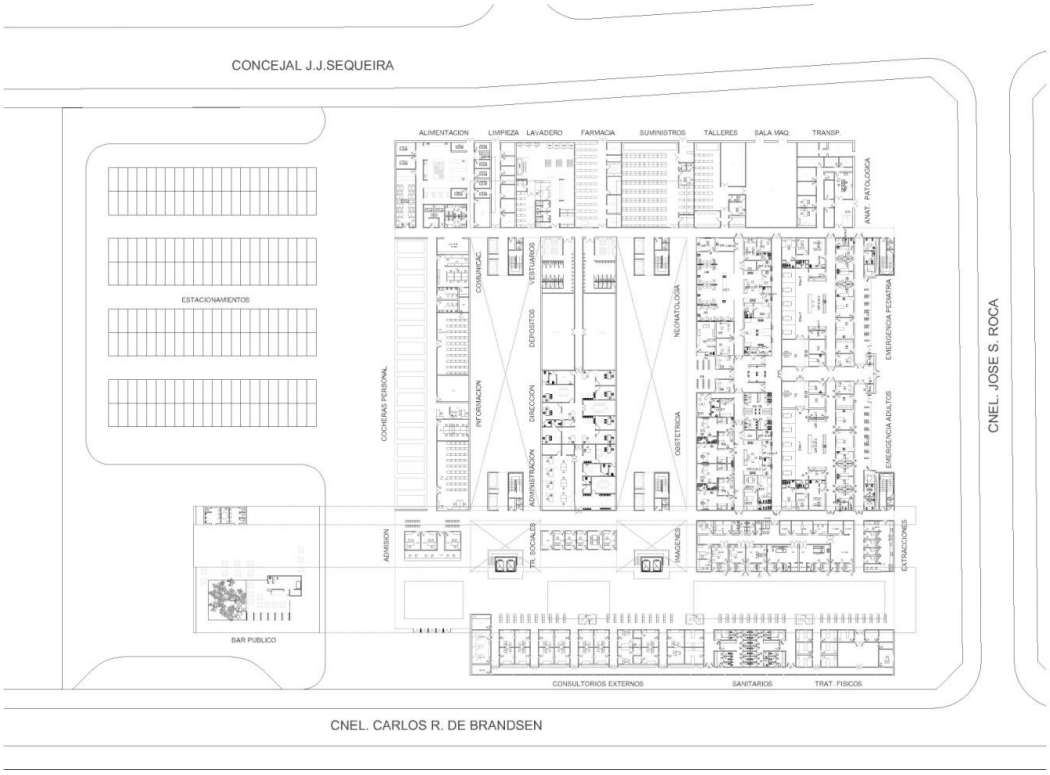
Además, cuentan con tecnología para diagnóstico, tomógrafos, ecógrafos, rayos y laboratorios equipados.

Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de buenos Aires Expte.D-2915/18-19 (pág. 3y4)

Análisis Arquitectónico:

El partido arquitectónico responde a las necesidades funcionales del programa médico, con racionalidad en la organización y austeridad simbólica. La propuesta arquitectónica impacta sobre una superficie total de aproximadamente 17.600 m2 en áreas técnicas asistenciales y un total de 22.586 m2; considerando áreas de entrepiso técnico, locales de infraestructura y áreas semicubiertas. Se trata de un edificio de planta baja y primer piso, con entrepiso técnico que reúne el tendido general de las instalaciones. El esquema incluye accesos y circulaciones diferenciadas para el público y el personal, ordenando los servicios con diferentes restricciones de uso, con el objeto de optimizar la funcionalidad del conjunto.

Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017) Pág. 93



Conclusión: Este gran centro de salud vio interrumpida su puesta en funcionamiento, por los cambios de políticas, como ya ha sucedido en Argentina muchas veces.

En 2015 se pudo inaugurar parcialmente y recién en 2020 se pudo poner totalmente en funcionamiento, siendo destinado a recibir pacientes de Covid19.

La simple austeridad, su impronta, de eficiencia y la calidez lograda en los espacios interiores lo transformo rápidamente en centro de salud elogiable.

La accesibilidad de su implantación, y la cantidad de servicios que brinda hace de este centro un lugar de referencia zonal.




HOSPITAL DEL BICENTENARIO
ITUZAINGO


PAMI
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
DR. LUIS FEDERICO LELOIR

Conclusión Final

Hemos tratado de realizar un recorrido sintético, en primer lugar histórico, en segundo lugar contemporáneo y en tercer lugar en el ámbito Nacional. De este recorrido han surgido conclusiones en cada uno de los capítulos que nos han permitido observar que el valor simbólico de los edificios Hospitalarios analizados ha surgido desde lo prosaico, desde lo cotidiano de su uso, por los usuarios de los mismos (como dice Solano Meneses en el artículo que citamos al comienzo de esta monografía) más que sus características estéticas propias (retomando también el concepto de la Dra. Zatonyi donde plantea que el arte y la arquitectura también es la relación entre el objeto y el sujeto).

De esta observación surgen varias respuestas a nuestras preguntas iniciales:

-Desde lo observado en los ejemplos analizados podemos determinar que los edificios Hospitalarios tienden a utilizar los leguajes arquitectónicos de casi todos los edificios Institucionales contemporáneos a su época de construcción.

-Que si como ejercicio le preguntáramos a una persona ajena a la profesión y a la ciudad donde están implantados, y eliminaramos de los edificios cualquier elemento de Señaletica, que función desempeñan algunos de los ejemplos mencionados, podría decirnos que se trata de un Ministerio o un edificio Gubernamental por ejemplo respecto al Hotel Dieu o un Centro Comercial respecto al Hospital universitario Sant Joan de Reus, o un Museo de Arte Contemporáneo a La Fundación Santa Fe de Bogotá.

Por lo cual podríamos observar que los edificios Hospitalarios no han logrado desarrollar a través de la historia un Leguaje Arquitectónico que le sea propio, como si podríamos decirlo de los ejemplos antes nombrados.

Por lo analizado cuando se trato de exponer presencia del estado la imagen estuvo asociada a edificios institucionales, cuando se trata exponer avances tecnológicos la imagen es cercana a un Laboratorio de desarrollo científico, cuando se trata de exponer eficiencia y rapidez en la atención, la imagen es la de un centro comercial.

Esto implicaría un préstamo permanente de elementos del lenguaje arquitectónico que la Arquitectura Hospitalaria le pide al resto de las funciones que si tienen una identidad definida.

Pero aquí entra el otro elemento que es el del valor simbólico aportado por lo usuarios que comenta Solano Meneses, esta apropiación otorga a los Edificios Hospitalarios de una identidad que permite a la sociedad reconocer su función, identidad fortalecida por los beneficios que le presentan a la personas la atención de su Salud, en el caso de un edificio perteneciente al subsector publico el saber que están contemplados su derecho a acceder a

la salud pública, o en el caso de alguien con una enfermedad compleja a acceder a un tratamiento que le permitirá volver a su vida normal.

Este valor se ve fortalecido cuando además el ambiente hospitalario esta humanizado, concepto que ya hemos definido en este trabajo y que le otorga al edificio un carácter más cercano a lo domestico y le permite al sujeto paciente recuperarse más rápidamente.

También nos resulta relevante cuando el diseño toma cuenta de los leguajes arquitectónicos, tecnologías y posibilidades económicas, sin perder de vista la importancia de la función para la cual se construye el edificio, Tal es el caso del último ejemplo analizado en el capítulo 2 de este trabajo realizado por el arquitecto Francis Kéré en Burkina Faso, perfecto ejemplo de Regionalismo Critico que con conceptos arquitectónicos contemporáneos logra cumplir su función sanitaria, social y simbólica para el que fue destinado.

Tal vez valorizando más aun esta relación de Identificación entre los beneficios que el usuario identifica, tema inevitablemente relacionado con las instituciones que responden a la demanda y las características de espacio humanizado y domestico que el edificio podría tener, los profesionales encontremos un leguaje propio para la Arquitectura Hospitalaria.

Bibliografía

Capitulo 1

Eska Elena Solano Meneses (2015) (Universidad Autónoma Metropolitana)
La interpretación simbólica de la arquitectura como mapa de la comprensión espacial: Una mirada desde la prosaica
IV Jornadas Internacionales de Hermenéutica
"Hacia una hermenéutica neobarroca: mestizaje, imagen, traducción"
Buenos Aires, 2 al 4 de julio de 2015

Dra. Marta Zatonyi (1990) *Una Estética del Arte y el Diseño* Liberia Técnica CP67

https://es.wikipedia.org/wiki/Hotel-Dieu

Alberto Pieltain (2000) *"El Hospital Doscientos años de Proyectos"*

Michel Foucault (1974) Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en Octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Brasil.

https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital-presbiteriano-de-Nueva_York

Leonardo Benévolo (1971) *Historia de la Arquitectura Moderna*

Jorge Daniel Czajkowski, (1993) Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica. Trabajo expuesto y publicado en actas del IV Congreso Latinoamericano y 7° Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires,

https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_Finlandia

Antón Capitel (1999) *Alvar Aalto Proyecto y Método*

https://es.wikiarquitectura.com/edificio/sanatorio-antituberculoso-paimio/

Capitulo 2

Corea M. (2019). *El papel de la arquitectura moderna en el diseño de hospitales. Aprendiendo del pasado para avanzar hacia el futuro.* Recuperado de: http://www.rocagallery.com/es/the-role-of-modern-architecture-in-hospital-design

Parra Casado M. y Muller A. (2019). *La arquitectura como aliada de la salud, Hacia una orientación fisiológica de los espacios*. Recuperado de:

http://www.rocagallery.com/es/the-healing-qualities-of-architecture

Mejía M.M. y equipo Hospital Design & Quality. (2018) *7 Tendencias actuales en infraestructura hospitalaria*. Recuperado de: https://www.elhospital.com/temas/7-tendencias-actuales-en-infraestructura-hospitalaria+124899?pagina=1

Corea M. (2015). *El hospital del siglo XXI: Continuidad y especificidad*. Anuario AADAIH'15

Cambra-Rufino L., Bedoya-Frutos C. y Paniagua-Caparrós J.L. (2019). *La acreditación y certificación del diseño basado en evidencias para la arquitectura sanitaria llega a España*. Madrid, España. Boletín 37. Hospitecnia Revista de Arquitectura, Ingeniería, Gestión hospitalaria y sanitaria.

Definiciones básicas. (s.f.) Recuperado de: https://observatoriodelaaccesibilidad.es/archivos/3104

¿Qué es un Jardín Terapéutico? (s.f.) Recuperado de: https://www.simbiotia.com/que-es-un-jardin-terapeutico/

Vitaller Arquitectura (2019). Creación de un jardín terapéutico en un Centro Sociosanitario. Recuperado de: https://hospitecnia.com/arquitectura/urbanismo-y-paisajismo/creacion-jardin-terapeutico/#:~:text=El%20jard%C3%ADn%20terap%C3%A9utico%20es%20un,pacientes%2C%20familiares%20y%20profesionales

Sartorio J. (s.f.). *Diseño Bioclimático y Sustentabilidad aplicados al proyecto de edificios para la salud*. Capital Federal, Argentina. Estudio Alvarado Font Sartorio, Arquitectos.

Fundación Santa Fe de Bogotá / El Equipo de Mazzanti (2017). Plataforma Arquitectura. Recuperado de: https://www.plataformaarquitectura.cl/cl/876186/fundacion-santa-fe-de-bogota-el-equipo-de-mazzanti

Sobre la FSFB. Nuestra historia. (s.f.). Bogotá D.C. Colombia. Recuperado de: https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/acercadefsfb/sobre-la-fsfb/sectionItem/historia-fsfb

Ampliación Fundación Santa Fe de Bogotá, un Edificio Conector - un espacio Sanador. (s.f.) Recuperado de: https://hospitecnia.com/proyectos/ampliacion-fundacion-santa-fe-de-bogota-un-edificio-conector-un-espacio-sanador/

Barreneche Olivares M. (2017). Fundación Santa Fe de Bogotá: un hospital que no parece un hospital. Recuperado de: https://revistaaxxis.com.co/arquitectura/fundacion-santa-fe-bogota/

Equipo editorial de El Hospital. (2016). *Hospital universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá se renueva con moderno edificio*. Recuperado de: https://www.elhospital.com/temas/Hospital-Universitario-de-la-Fundacion-Santa-Fe-de-Bogota-se-renueva-con-moderno-edificio+116575?pagina=1

Ampliación de la Fundación Santa Fe de Bogotá. (s.f.) Recuperado de http://www.arquitecturapanamericana.com/ampliacion-de-la-fundacion-santa-fe-de-bogota/

Apunt Historic. (s.f). Recuperado de: https://www.hospitalsantjoan.cat/apunt-historic/

Sant Joan de Reus University Hospital / Pich-Aguilera Architects + Corea & Moran Arquitectura" (2013). ArchDaily. Recuperado de: https://www.archdaily.com/405281/sant-joan-de-reus-university-hospital-pich-aguilera-architects-corea-and-moran-arquitectura

Hospital Sant Joan de Reus (s.f.). Recuperado de: http://mariocorea.com/obras/sanitaria/hospital-sant-joan-reus/

Surgical and Health Center, Léo. (s.f.). Arquitectura viva. Recuperado de: https://arquitecturaviva.com/works/surgical-and-health-center-in-leo

Léo Surgical Clinic and Health Center (2020). Recuperado de: https://hospitecnia.com/proyectos/leo-surgical-clinic-and-health-center/

Kere Architecture (2016-2018). *Léo Doctors' Housing*. Recuperado de: https://www.kerearchitecture.com/work/building/leo-doctors-housing

Kere Architecture (2014). *Surgical Clinic and Health Centre*. Recuperado de:

https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre

Capitulo 3

Revista Pensum | issn: 2469-0724 | volumen 5 | noviembre 2019 | pp. 69 / 84

Bitencourt Fabio / Monza Luciano (2017)
*Historia de la Arquitectura Latinoamericana en s*alud

Universidad Nacional de Avellaneda.
Infoleg / Ministerio de justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación
Decreto 393/2007
http://evita3.marianobayona.com/fundacion3.html

Molteni, Juan; Galcerán, Virginia (2010). «La obra pública en la Provincia de Buenos Aires durante el gobierno de Domingo Mercante (1946-1952)». En II Congreso de Estudios sobre el Peronismo, Red de Estudios sobre el Peronismo, ISSN 1852-0731. Recuperado de http://redesperonismo.org/articulo/la-obra-publica-en-la-provincia-de-buenos-aires-durante-el-gobierno-de-domingo-mercante-1946-1952/
Plataforma Arquitectura
newsletter@archdaily.com

08 de mayo de 2020
Estado y salud pública La revolución de Ramón Carrillo *Página 12*

Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.
Proyecto de solicitud de informes
Expte.D-2015/18-19

424-Texto del artículo-1001-1-10-20131127.pdf 424-
Nuevos modelos, nuevos requerimientos arquitectónicos.
Red de Salud en la Provincia de Santa fe
Arquitecta Silvana Codina

https://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia