



CURSO DE GESTIÓN Y DISEÑO DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD

Organizan:

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH)
International Federation of Hospital Engineering (IFH)**

TRABAJO FINAL

**De los hospitales rurales a los centros de atención primaria
en la Provincia de Santa Fe, Argentina**

Alina Cuervo
Guillermo Echeverría
Walter Van Den Bergh

Noviembre 2016

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo 1: Centros de APS (atención primaria de la salud)	4
1.1. Concepto de APS	4
1.2. Niveles de complejidad.	5
1.3. Efectores de salud	7
1.3.1. Estaciones sanitarias rurales	7
1.3.2. Centros de salud	7
1.4. Tipo y prototipo	7
1.4.1. Tipo-sistema tipológico	7
1.4.2. Prototipo	8
Capítulo 2: La Posta Sanitaria, hoy Hospital Rural	9
2.1. Marco histórico	9
2.2. Prototipo: El hospital Rural	13
2.3. El edificio	14
2.4. El Plan de salud que sustentó la obra	18
Capítulo 3: Centro de Atención Primaria	20
3.1. Algunos datos sobre la Provincia de Santa Fe	20
3.2. Regionalización de la Provincia - Los Nodos	21
3.3. El sistema de Salud provincial en los Nodos	21
3.3.1. Los nuevos hospitales regionales	22
3.4. El Prototipo	24
3.4.1. Proyecto Centro de Atención Primaria	26
3.4.1.1. Propuesta de Trabajo	26
3.4.1.2. Localizaciones	28
3.4.1.3. Conceptos / Módulos Funcionales / Materialidad	28
Capítulo 4: Conclusiones	32
Bibliografía	34

INTRODUCCIÓN

El recurso físico comprende edificios y equipamientos, pero también es geografía, con sus distancias, sus servicios y sus medios de comunicación, sus organizaciones funcionales y espacio - temporales.

En la elaboración de la presente monografía hemos aplicado los conceptos incorporados en el Curso, respecto de atención primaria, regionalización, tipología.

Entendiendo la estrategia de atención primaria de la salud como producción interdisciplinaria nos proponemos, desde el punto de vista de nuestra profesión, y específicamente desde nuestro puesto de observación como profesionales arquitectos del Ministerio de Salud, relevar la producción arquitectónica en materia de recurso físico, en forma general, agrupando en grandes conjuntos que evaluamos por magnitud - volumen, permanencia y/o vigencia.

Sabemos que desde el punto de vista profesional es enriquecedor relevar con intención de, posteriormente, asesorar más ajustadamente a la autoridad sanitaria, que de este modo aportaremos “algo positivo” al aquí y ahora.

Al plantear este esquema de trabajo, detectamos, al enfocarnos en APS, la repetición de dos prototipos, verificando sus transformaciones, y permanencias en el tiempo, para dar respuesta a los cambios que la planificación de la política en salud les va marcando.

A la vez observamos que esta planificación responde en forma directa a la política de salud aplicada en cada momento histórico, al concepto de la salud sobre el que se organiza.

En el presente trabajo analizamos esta transformación del recurso físico en salud en la provincia de Santa Fe, desde 1900, hasta la actualidad. Pero presentamos dos casos significativos y didácticos: el prototipo y el sistema proyectual tipológico.

En el Capítulo 1 nos referimos el tema CENTROS DE ATENCION PRIMARIA, en general. Definimos los conceptos con los que vamos a trabajar, APS, 1º nivel de atención, tipo y prototipo arquitectónico, etc., buscando precisiones respecto de la mirada con la cual abordaremos el tema.

En el Capítulo 2 estudiamos el Hospital Rural o posta sanitaria, sus características y el entorno geográfico y sociopolítico en que se desarrolla..

En el Capítulo 3 analizaremos los Centros de Atención Primaria, la organización actual de la Provincia de Santa Fe, según el Plan Estratégico Provincial, sus Nodos y sus recursos físicos para la salud.

En el Capítulo 4 las conclusiones a que arribamos.

CAPÍTULO 1: Centros de APS (atención primaria de la salud)

Se puede considerar el recurso físico en salud como una consecuencia de un modelo de atención, o mejor dicho, como consecuencia de la superposición en el tiempo y en el espacio de distintos modelos de atención, acciones y políticas de salud” Arq. Luciano Monza

1.1 Concepto de APS (atención primaria de la salud)

Al preguntarnos que es atención primaria de la salud coincidimos con los conceptos de Zurro y Jorda Solá:

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva¹

Consideramos que el alcance de la APS, y en particular, refiriéndonos al recurso físico en salud, no se restringe únicamente a los Centros de Salud en donde se desarrolla el primer nivel de atención, sino que los mismos son la puerta de ingreso, la vinculación de los habitantes con el sistema de salud, y por eso mismo se transforman en componentes fundamentales del sistema.

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata en septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, definiendo así la estrategia a implementar.

En Alma Ata se establece una Declaración de diez puntos, en los que se manifiesta que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; un derecho humano fundamental y la

1

consecución del nivel de salud más alto posible debe ser un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, ampliando así el alcance por fuera de los límites de lo específicamente sanitario.

Definiéndose en la Conferencia a la "Atención primaria como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria»²

El concepto de APS incorpora algunos de los principios fundamentales comunes al proceso de desarrollo socioeconómico en general, pero con énfasis en su aplicación en el campo de la salud. Según este enfoque, la salud está sujeta a la disponibilidad y la distribución de los recursos, no solo los sanitarios como la oferta de médicos, enfermeros, estructuras de salud, etc., sino también otros recursos socioeconómicos como la educación, la disponibilidad de agua potable, la existencia de saneamiento mínimo y la provisión de alimento. Por tanto, la APS propone una distribución más justa y equitativa de los recursos, teniendo especial consideración hacia aquellos que mayores necesidades tienen en materia de salud.³

1.2. Niveles de complejidad – 1ºer nivel de atención

El primer nivel de atención, es decir el que se desarrolla en los Centros de Salud, no es sinónimo de APS, para un buen funcionamiento del sistema se requiere de los otros niveles y de la articulación de los mismos, para garantizar una atención integral y de calidad.

² Declaración de Alma Ata – UNICEF - 1978

³ Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Universidad del país Basko

Mediante la Ley de Salud Pública Santa Fe (agosto 2010), y específicamente en su Artículo 34 referido a la Categorización de los efectores, se establece: El Ministerio de Salud debe elaborar una nueva categorización de los efectores según perfiles prestacionales y nivel de complejidad, que incluya en la red servicios alternativos a la internación para todos los problemas de salud, teniendo presente los lineamientos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica - Decreto 1424/97.

Esta clasificación origina la necesidad de reorganizar los recursos físicos, materiales y humanos, estableciendo el sistema por niveles de complejidad:

1er nivel: Centros de salud.

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.

2do nivel: Centro de especialidades y hospitales de mediana complejidad.

Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

3er nivel: hospitales de gran complejidad.

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

1.3 Efectores de Salud

1.3.1 Estación sanitaria rural

Las Estaciones Sanitarias Rurales fueron proyectadas en el período 1936 – 1945 en la Provincia de Santa Fe para completar la red de establecimientos de atención médica provincial, se proyectaron 62 pero se construyeron 58. Estas estaciones debían constituirse en verdaderos Centros Activos de impulso de la salud.

1.3.2 Centro de salud

En cumplimiento del plan estratégico, y con el objetivo de completar la red se construyeron 80 pequeños edificios que van desde los 160 a los 500 m² cuya característica principal es el sistema que permite adaptaciones y combinaciones de módulos funcionales.

1.4 Tipo y prototipo

1.4.1 Tipo – Sistema tipológico

Entendemos el concepto de tipología tal como lo define el Arq. Monza en su nota del Anuario 11 de AADAIH:

Es importante señalar que, en este trabajo, cuando hablamos de tipología nos referimos a la relación entre el programa médico arquitectónico y el edificio. No nos referimos a la relación entre características morfológicas y edificio, que es otro concepto con el que se aplica la palabra tipología en arquitectura. (94)

Pero también entendemos el tipo como un ejemplo a copiar y a la tipología como la clasificación y estudio de los tipos. El análisis tipológico, por sus características, nos permite descubrir las líneas evolutivas en los partidos edilicios y por sus características metodológicas, al utilizar variables para la construcción de estas, nos permite generar una visión integral del funcionamiento de este aspecto edilicio.

En el ámbito de la arquitectura, la tipología es el estudio de los tipos elementales que pueden formar una norma que pertenece al lenguaje arquitectónico.

En cuanto a la Provincia de Santa Fe, a partir del Plan Estratégico 2007, se trabaja con el concepto de sistema proyectual tipológico.

1.4.2 Prototipo

DEFINICIÓN DE LOS PROTOTIPOS (Diccionario Real Academia Española)

Del gr. πρωτότυπος prōtótýpos.

1. m. Ejemplar original o primer molde en que se fabrica una figura u otra cosa.
2. m. Ejemplar más perfecto y modelo de una virtud, vicio o cualidad.

La noción de prototipo procede de la lengua griega, en concreto, es fruto de la suma de dos componentes de dicha lengua, por un lado el prefijo “protos-”, que podría traducirse como “el primero” y por otro el sustantivo “tipos”, que es sinónimo de “modelo” o “tipo”.

Podría entenderse la idea de prototipo como un objeto que sirve como referencia para futuros modelos en una cadena de producción.

CAPÍTULO 2: La Posta Sanitaria, hoy Hospital Rural

2.1 Marco histórico

Investigando en la historia de la salud en nuestro país, y ante la escasez o inexistencia de datos históricos sobre la salud en la provincia, tratamos de armar con datos de nivel nacional un escenario aproximado de lo que sucedía a fines de 1800/principios de 1900. Por ejemplo, saber que “La Asamblea de 1813 aprobó un plan de enseñanza de medicina en razón de que era necesario contar con un equipo de profesionales para los ejércitos libertadores. De ahí que naciera el Instituto Médico Militar para apoyar las campañas de la Independencia Argentina y Americana.

Y que en Rosario, la facultad de Ciencias Médicas fue creada en 1919, después del nacimiento de la Universidad Nacional del Litoral, pasando a depender de la Escuela de Farmacia y de la Escuela de Parteras.

Alrededor de 1900, encontramos Hospitales de Caridad, edificios definidos tipológicamente como claustro, ubicados en la periferia de las ciudades. Los casos detectados eran y son propiedad de las Sociedades de Beneficencia, sector conservador, generalmente vinculado al clero, que consecuentemente con su ideología, actuaba “por caridad”.

La finalidad manifiesta era cuidar de los “enfermos”, pero estaba implícita la intención de limpiar la ciudad logrando el aislamiento de “los enfermos”, ya que estos edificios estaban en ese momento situados “extramuros” y con una sola puerta bien controlada. Posteriormente se vinculan a la docencia universitaria (UNR) tendiendo a la formación de profesionales y auxiliares de la salud.

Como ejemplos en Rosario podemos nombrar el Asilo de Mendigos, hoy Hospital Geriátrico, el Hospital de Caridad, hoy Hospital Provincial de Rosario, etc. De los centros de atención primaria no se encuentran menciones en ese período.

Dice el Arq. Monza: “El hospital, y más todavía el hospital pabellonal,, es funcional a la separación entre población sana y enferma, entre “lo normal” y “lo anormal”

Este panorama nos lleva a pensar que a principios de siglo XX el sistema de salud estaba muy lejos de ser una preocupación concreta para el estado. Solo a partir de la segunda mitad de los años ´30 se puede leer una transformación importante en este sentido.

Tardíamente llegaban a estas tierras las nuevas teorías científicas, en general opuestas a la iglesia (por eso demoraron tanto).

Se puede observar que la idea de SOLIDARIDAD corregía el rumbo de la CARIDAD.

Los años '40 fueron testigo en Argentina de profundas transformaciones en las políticas de atención médica. En esta reseña se presenta la propuesta que lideró en la provincia de Santa Fe el ministro de Salud Pública y Trabajo, Abelardo Yrigoyen Freyre, titular de esa cartera entre 1941 y 1943

En paralelo con el debate sobre la necesidad y adecuación de nuevas formas organizativas, es posible reconocer algunos cambios significativos en las representaciones que la sociedad construye en torno a problemáticas vinculadas con la enfermedad. Ese registro también está presente en el discurso de Yrigoyen Freyre cuando historiza los fundamentos de la nueva institucionalidad que promueve. Su relato se inicia con los avances en la identificación de la etiología microbiana en las últimas décadas del siglo XIX, para datar el comienzo de lo que caracteriza como la era profiláctica de la medicina. En completa sintonía con la perspectiva optimista resultante de considerar al pensamiento científico como un instrumento infalible de promoción del bienestar, rescata además una conclusión socialmente significativa de los avances en ese campo: en la medida en que se profundiza el conocimiento de la etiología de la enfermedad, la medicina habría abandonado su preocupación dominante por el tratamiento del individuo enfermo y proyectado su intervención sobre el conjunto social. El siguiente paso es anunciado bajo condiciones de necesidad ineludible: la inclusión de la problemática referida a procesos de salud/enfermedad/atención médica en la agenda de gobierno, en estrecha vinculación con las funciones orientadas sobre problemas económicos y sociales, políticos y educacionales.

...la revolución pasteuriana entraña una mirada diferente de la sociedad sobre sí misma, modificando completamente la representación anterior de las relaciones entre lo individual y lo social". En su opinión, la revolución científica resultante de la teoría microbiana habría otorgado fundamento a una nueva filosofía social: el "solidarismo".

Su obra, evidentemente, se apoya en teorías científicas que llegan por primera vez a estar respaldadas por el poder político.

...Con objetivos en parte coincidentes, también se proponen como necesario objeto de preocupación del Estado todas aquellas enfermedades que puedan causar invalidez o incapacidad, reclamando la acción dirigida a resguardar esa invaluable posesión colectiva que se identifica con la expresión capital humano: "El capital-brazo y el capital-inteligencia que el obrero incorpora a la empresa, valen más que el capital-dinero y merecen por tanto igual solicitud para su conservación. El valor económico de la vida humana, fundamento de la concepción neoclásica de

intervención del poder público en la preservación de la salud, se reitera a lo largo de los años, ya en paralelo, ya en combinación con otras fundamentaciones de raíz ética.

Estos conceptos permiten entrever la importancia de la idea de solidaridad que en los hechos se traduce prevención y restablecimiento de la salud.

Se construyen en el territorio provincial Hospitales especializados (psiquiátricos, de tuberculosos, de leprosos, etc.) y postas sanitarias (hospitales rurales).

... Si nos atenemos al diagnóstico que se formula en la Cámara de Diputados provincial en 1932 , en ocasión de debatirse la Ley de Sanidad de la Provincia (nº 2287/1932), la situación sanitaria santafesina reproduce las condiciones generales dominantes en ese momento en el país.

En la fundamentación de dicha ley, las dificultades se relacionan con la inoperancia del Consejo de Higiene provincial, cuya acción se vería obstaculizada por falta de atribuciones para actuar en el interior de las jurisdicciones municipales, conflictos de competencia e insuficiencia de recursos. Por su parte, las municipalidades y comisiones de fomento, cuya autonomía en materia de sanidad sancionaba la respectiva ley orgánica, tampoco pueden cumplimentar su función por falta de recursos técnicos y materiales. El nuevo organismo creado en consecuencia, la Dirección General de Higiene, avanza sobre las autonomías locales y se inscribe bajo las palabras de orden del momento: centralización, cabeza única, plan.

Tras el interregno que significó la intervención del gobierno central , Presidencia de A. Justo, a la administración demoprogresista de la Provincia (1935-1937), en 1938 se dicta la Ley nº 2608 de Asistencia Hospitalaria y Social, que establece un plan de construcción de hospitales conforme criterios de regionalización y diferenciación por niveles de complejidad. Un año más tarde, en octubre de 1939, se discute en la Legislatura santafesina la creación del Departamento de Salud Pública de la Provincia (Ley nº 2858/1939). La consideración del proyecto actualiza en ambas cámaras el debate abierto en la sanidad argentina en torno a las propuestas de unificación y coordinación.

Los proyectos de reforma de la sanidad santafesina registran un nuevo avance en 1941 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo. En su organización interna se diferencian dos áreas: los problemas relacionados con la salud pública y la asistencia social se ubican a cargo del Consejo General de Sanidad, mientras que los vinculados con el trabajo y la producción corresponden al Consejo General de Economía.

Recién en 1941 se logra el rango de Ministerio, pero se ocupa a su vez de asuntos de Trabajo evidenciando su punto de vista económico más que social, este aspecto se redondea durante el gobierno peronista.

La obra realizada en el ámbito santafesino se reconoce como fértil. En los años que corren entre el censo hospitalario de 1936 y el realizado en 1945, el número de hospitales en la provincia pasó de 43 a 114 y las camas, de 4.667 a 6.700. De los 62 pequeños hospitales rurales proyectados se construyeron 58; 32 de ellos se habilitaron antes del golpe de junio de 1943 y los restantes entre esa fecha y 1945. El Dr. Abelardo Yrigoyen Freyre estuvo al frente del Ministerio de Salud Pública y Trabajo entre julio de 1941 y junio de 1943. Algunas expresiones de su discurso lo vinculan con el sector del gremialismo médico que en esos años defendía la propuesta de oficialización de la medicina.

De aquí puede interpretarse que hubiera un hilo conductor con las posteriores ideas del Justicialismo

Es factible que un acercamiento de características similares con otros protagonistas haya sido el origen de la responsabilidad asignada a Yrigoyen Freyre por el gobierno santafesino. Es posible también que la construcción de un nuevo formato institucional requiriera vínculos más amplios y más sólidos entre actores estatales y nuevos actores sociales, y la experiencia santafesina terminara asumiendo una trayectoria dependiente de las decisiones políticas tomadas a nivel nacional.

En 1932 se sanciona la Ley de Sanidad de la Provincia (nº 2287/1932), que deroga el Consejo de Higiene provincial reemplazándolo por la Dirección General de Higiene, recién en 1941 se le otorga el rango de Ministerio, pero se ocupa a su vez de asuntos de Trabajo evidenciando su punto de vista económico más que social.

2.2 Prototipo: El hospital Rural

La obra proyectada por Wladimiro Acosta entre 1938 y 1939 para el Estado provincial santafesino incluyó un hospital psiquiátrico en Santa Fe, un leproscario suburbano en Recreo (Santa Fe), una colonia de alienados en Oliveros y un prototipo de estación sanitaria rural para construir en 58 pequeñas localidades. Fueron cuatro proyectos de relevancia incuestionable inscriptos en un plan pionero de reforma sanitaria, que anticipó prácticas y políticas implementadas años más tarde a escala nacional con el denominado Plan Carrillo.

Las cuatro obras continuaron una búsqueda que había iniciado antes, procurando respuestas particulares a las condiciones climáticas y a los requerimientos funcionales. Para resolver estos edificios de destino público, recurrió al lenguaje de la "arquitectura de la vivienda" porque no concebía a esta última como "mera habitación" sino como el espacio donde el hombre, continuada o transitoriamente, vive, trabaja o descansa. Dejó de lado las convenciones de la tradición disciplinar, las jerarquías monumentales vinculadas a la construcción del carácter, las simetrías compositivas, para trabajar sin prejuicios ni soluciones preconcebidas, a partir de esquemas novedosos de implantación sobre el terreno y de relación entre los cuerpos edificados, con resultados impensables bajo las viejas fórmulas académicas,...Se trató de una experiencia destacable de confluencia fructífera entre la política de salud pública (de una lógica distributiva hasta ese entonces no ensayada), la representación del Estado a través de la arquitectura como instrumento de modernización, las expectativas de los médicos sobre la renovación del tratamiento de la locura, las enfermedades contagiosas y la salud preventiva, y la capacidad técnica articulada a un anhelo de proyección social que Acosta defendía con convicción. (W. Acosta, Vivienda y ciudad, 1937).

En la provincia de Santa Fe, se destacan en primer lugar por la repetición y la cantidad distribuida en todo el territorio, pero aproximándonos, se puede observar un edificio bien estructurado, diseñado a escala del hombre y para durar en buenas condiciones de uso.

Son los prototipos "Postas sanitarias", ahora llamados "Hospitales Rurales", construidos entre el 40 y el 43 por el Arq. Wladimiro Acosta, de los cuales se construyeron 58, durante la gobernación del Dr. Manuel María de Iriondo con el Dr. Abelardo Irigoyen Freyre como presidente de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social de la Provincia.

2.3 El edificio

Estos edificios son muy robustos y siguen funcionando hoy con buen resultado, aún con bajo mantenimiento, reconocibles en su morfología y con alguna flexibilidad para adaptarse a los cambios funcionales.

Estudiándolos según los parámetros de la arquitectura clásica observamos – Vitruvio (80 a.C a 15 Dc) – Servir – Permanecer – Agradar:

Utilitas (lo funcional)

Básicamente el partido se desarrolla montando sobre un eje circulatorio los paquetes funcionales a ambos lados.

Se interpreta que por adaptación al sitio-clima (ver W. Acosta), este eje circulatorio se obtura en uno de sus extremos con los núcleos duros de los grupos sanitarios y queda abierto en el otro a fin de sugerir el sentido de crecimiento. Esta señal, aparentemente fue bien interpretada en la mayoría de los casos, ya que cuando crecieron para responder a demandas diversas (se agregó SUM, por ejemplo) lo hicieron en este sentido. Se respetó esta ley salvo los casos en que el crecimiento fue triplicando o cuadruplicando la superficie original.

Se componen de una pequeña galería de acceso y una sala de recepción-espera, enfermería, un consultorio, algunas camas de recuperación-observación y la vivienda del médico.

Es evidente que la escala de la sala de espera no contempla las actividades de participación comunitaria, difusión, etc. Y la necesidad de camas de observación-recuperación entendemos se deberían, en esos años, a las dificultades de traslado hoy superadas.

Como aspecto negativo aparece una intrincada compartimentación pero es evidente que respondía a cuestiones operativas ya superadas, como por ejemplo la vivienda del médico, y les faltan otras que hoy son indispensables como sala de imágenes.

Sin duda, a través de casi ochenta años, han sufrido algún un cambio notable en el aspecto funcional, con el crecimiento demográfico y el acceso a la salud de amplios sectores de la población, la sala de espera resulta insuficiente, lo que derivó en el cerramiento de la galería de acceso tan necesaria en nuestra región litoral.

Firmitas (la Materialidad)

Como se dijo anteriormente, se trata de edificios sólidamente construidos, con materiales nobles locales.

a - Caja muraria en mampostería portante de ladrillos comunes revocada y pintada de blanco, que resistió perfectamente el paso del tiempo en un ambiente húmedo y cálido

b - Cubierta inclinada, de construcción seca, con pendiente mínima permitiendo buen escurrimiento de aguas y fácil acceso.

c- Tecnología corriente cuya mano de obra puede proveer cualquier constructor de la región.

d- Aberturas de cedro de buena factura pintadas con esmalte.

e- Instalaciones muy simples, que fueron, en la mayoría de los casos, reemplazadas por haber finalizado su vida útil.

Igualmente el mantenimiento ha sido simple y económico aunque nunca se dispuso de presupuesto suficiente para este ítem, que lejos de ser un gasto, es una inversión

Venustas (lo Estético)

El aspecto formal se inscribe en la obra en general del arquitecto racionalista que las diseño.

Es un volumen geométrico, simple y blanco que se apoya sobre un generoso plano verde.

Totalmente despojado de artificios como adornos o molduras.

Su retórica se basa en “el juego sabio de los volúmenes bajo la luz” que proponía Le Corbusier.

Estas pautas formales, en un pueblo santafesino del año ´40 con fachadas italianizantes o ranchos, los hacían claramente reconocible como institución, y aun hoy en muchos casos continúan siendo un hito.

Figura N° 1 - Nuevos Hospitales Rurales



Fuente: Aviso periódico –

“La arquitectura moderna es, específicamente, la arquitectura de la vivienda. En este hecho reside su diferencia substancial con la arquitectura de todas las épocas que la preceden.”

W. Acosta, Vivienda y ciudad, 1937.

“...Wladimiro Acosta, quien en el año 1937 había dictado una conferencia para presentar su libro Vivienda y ciudad en Rosario promovido por la Asociación de Intelectuales, Artistas, Periodistas y Escritores -reducto de la izquierda que en Buenos Aires presidía Aníbal Ponce-. Acosta contaba con una experiencia concreta, más teórica que práctica, y debido a su condición de extranjero, y sin un título profesional homologado en el país, debió ser contratado en el carácter de

“Asesor Urbanista” para saltar las formalidades de su contratación”... En abril de 1942 fue inaugurada la primera de las cuatro obras que proyectó Wladimiro Acosta dentro de este ambicioso Plan de Salud.”

Figura N° 2 - Plano original del hospital rural



Fuente: LOS EDIFICIOS DE WLADIMIRO ACOSTA PARA LA SALUD EN LA PROVINCIA DE SANTA FE (1938-1942)

Adagio, N; Müller, L. -Laboratorio de Historia Urbana/CURDIUR. FAPYD.UNR. nadagio@farq.unr.edu.ar

2.4 El Plan de salud que sustentó la obra

La gobernación del Dr. Manuel María de Iriondo (1937-1943), potenciada por un momento de prosperidad económica, se caracterizó por una acción de gobierno dirigida a la construcción de edificios públicos, especialmente en educación y salud con un modelo de gestión orientado a producir actividad económica a través de la obra pública que fue defendido como demostración de capacidad de gobernar y ejemplo de administración eficiente. Desde el inicio de su gestión, Iriondo insistió en la necesidad de reformar el sistema de salud de la provincia, y a poco de asumir elevó a las Cámaras legislativas un ambicioso plan de reforma del sistema sanitario con detallados análisis del estado de la cuestión. El Ejecutivo demostraba con cifras elocuentes que la provincia no llegaba al tercio de lo necesario si se consideraban los indicadores estándares más aceptables de la época (una cama cada 100 habitantes). Particularmente, se evaluaban los requerimientos para enfrentar el cáncer, la lepra, enfermedades venéreas y tuberculosis, y las necesidades de la atención de la salud mental. El problema de las enfermedades contagiosas había llegado a tal estado crítico que entidades privadas llevaban adelante iniciativas para paliar el déficit. La iniciativa del gobierno no fue improvisada; se elaboró a partir de especialistas poniendo al frente del Dr. Abelardo Irigoyen Freyre, designado presidente de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social de la Provincia. Después de la presentación pública del proyecto y como forma de legitimación científica y espacio de discusión de la iniciativa en marcha, se realizó en la ciudad de Santa Fe un Congreso de Sanidad que reunió a especialistas y funcionarios del área de todo el país

Ley Provincial Nº 2608 con el “Plan general de creación de hospitales y de realización de estudios para una organización de la asistencia social”, que insistía en que las construcciones, instalaciones y el funcionamiento de los mismos debían integrarse a un plan orgánico conjunto. La división de Arquitectura e Ingeniería Sanitaria estaría a cargo de la planificación y desarrollo de los proyectos arquitectónicos. En enero de 1940, el PE designó los médicos Abelardo Irigoyen Freyre como presidente del Consejo General de Sanidad del Departamento de Salud Pública; Francisco Javier Pérez como vocal, y David Sevlever como secretario técnico médico. Irigoyen Freyre, autor intelectual y promotor del sistema de salud ideado desde el cargo que ocupaba anteriormente, era un defensor de la medicina preventiva pensada como resorte exclusivo del Estado, cuyos beneficios debían alcanzar a todos los habitantes, más allá de sus condiciones económicas y sociales.

A partir de un estudio de las poblaciones y las distancias relativas entre localidades, se propuso la distribución de los hospitales de cabecera, los centros sanitarios principales y los hospitales rurales, considerando las proyecciones de migraciones con relación a los procesos ya registrados. Según las conclusiones, debían crearse cuatro sanatorios de llanura en las ciudades de Santa Fe, Rosario, Rafaela y Venado Tuerto; dos colonias de niños débiles o convalecientes en las cercanías de Oliveros y San Justo por razones de distribución geográfica; dos colonias de alienados radicadas en proximidades de Santa Fe y Rosario; unos 25 hospitales de entre 30 y 50 camas distribuidos en localidades de importancia en todo el territorio; hospitales de enfermos crónicos en Santa Fe y Rosario, con cien camas cada uno, y unas 58 Estaciones Sanitarias Rurales.

CAPÍTULO 3: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En la organización del sistema de salud actual de la Provincia de Santa Fe, observamos la regionalización planteada según el Plan Estratégico Provincia del año 2007, sus Nodos y sus recursos físicos para la salud, la aparición como concepto de las ciudades Nodo, su importancia a nivel regional, las subregiones dentro de cada región o nodo, la forma en que se organizan y vinculan los efectores ubicados en cada uno de estos nodos, las conexiones viales que posibilitan o impiden estas vinculaciones, las concentraciones demográficas que exigen determinado tipo de soluciones para dar respuesta a la población, precisando escalas y niveles de complejidad y atención que a la vez definirán edificios que se repiten a manera de prototipo.

3.1. Algunos datos sobre la Provincia de Santa Fe

La provincia de Santa Fe cumple un rol fundamental en el desarrollo y la integración social, económica y productiva de la República Argentina. Su población representa un 8% del total nacional.

Con una extensión territorial norte-sur de 720 Km. de longitud y de 380 Km. en su eje este-oeste, es la segunda economía más importante del país.

Cuenta con una población de 3.200.736 habitantes según el Censo 2010, es la tercera provincia con mayor población del país. La tasa de crecimiento poblacional intercensal es de 6,5%.

El Índice de Desarrollo Humano –que evalúa el progreso promedio en las dimensiones de salud, educación y crecimiento económico en un valor entre 0 y 1–, en la provincia de Santa Fe alcanza el 0,832, ubicándose en la novena posición en el ranking total del país.

Según datos del Ministerio de Salud provincial (2011), el 69,6% de la población posee cobertura de salud. En tal sentido, es importante destacar que Santa Fe es la sexta provincia con mayor cobertura de salud del total del país. La tasa de mortalidad infantil descendió, por tercera vez consecutiva en lo que va de los últimos cinco años, alcanzando, por primera vez, un dígito en la historia de la provincia con un valor de 9,7 por mil nacidos vivos, según información oficial. Antes, había pasado de 11,2 por mil nacidos vivos en 2007 a 10,9 en 2008 y, luego, a 10,5 en 2009. Además, la mortalidad materna fue de 2 puntos por 10 mil nacidos vivos en 2010. En la provincia de Santa Fe, el sistema sanitario cuenta con 5.568 camas dispuestas en 760 efectores públicos y 4.508 en efectores privados. Los centros

urbanos de Rosario y Santa Fe cuentan, en proporción, con menor cantidad de establecimientos oficiales públicos de salud pero de mayor escala y complejidad, a los cuales son derivados pacientes de toda la provincia y la región. Al mismo tiempo, en estas localidades se encuentra la mayor concentración de servicios de salud privados, dando lugar a que el Estado priorice su presencia en localidades más pequeñas y menos provistas de estos servicios.

3.2. Regionalización de la Provincia - Los Nodos

La Provincia de Santa Fe es un territorio extenso y heterogéneo, de gran diversidad, de múltiples raíces y pasado, que incluye zonas desérticas, boscosas, inundables, fértiles y también áreas metropolitanas complejas. El Plan Estratégico Provincial interpretando esta realidad define: "cinco regiones, una sola provincia", frase que resume la visión política de la regionalización territorial.

Un signo distintivo de la provincia es la combinación entre lo urbano y lo rural. Si bien la población se concentra en los grandes centros urbanos, el territorio es profundamente rural y este fenómeno se vive en la identidad santafesina.

La regionalización se plantea como una estrategia de organización y gestión del territorio, para integrar territorios antes desconectados y fragmentados, concibiendo al mismo como una gran red, que entrecruza actores locales diversos, actividades sociales, políticas y económicas, articulando y estructurando la Provincia, constituyendo el escenario adecuado para desplegar la planificación estratégica y la participación ciudadana.

En cada una de las regiones pueden identificarse ciudades - nodos. Los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud.

3.3. El sistema de Salud provincial en los Nodos

El Plan de Salud de la Provincia se sustenta en la estrategia de la APS, configurado como un sistema único de salud que tiene su ingreso en la Atención primaria. para llegar a este nivel de atención se proyectaron y en gran parte se construyeron o se están construyendo, 80 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), 8 Hospitales Regionales, entre los que se encuentra el Centro de

Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe (CEMAFE), en la ciudad de Santa Fe.

En cada uno de los Nodos se han construido una serie de edificios pequeños, los CAPS, que van desde los 160 m² hasta los 500 m², que varían en su constitución, pero dan respuesta a los requerimientos de cada caso, son edificios pensados con algunos espacios no solo destinados a curar. En todas las regiones se repite la misma constante, en todos los CAPS hay espacios para curar, consultorios y enfermerías, y espacios para compartir, espacios para charlar, para discutir, como ser el SUM y la sala de espera.

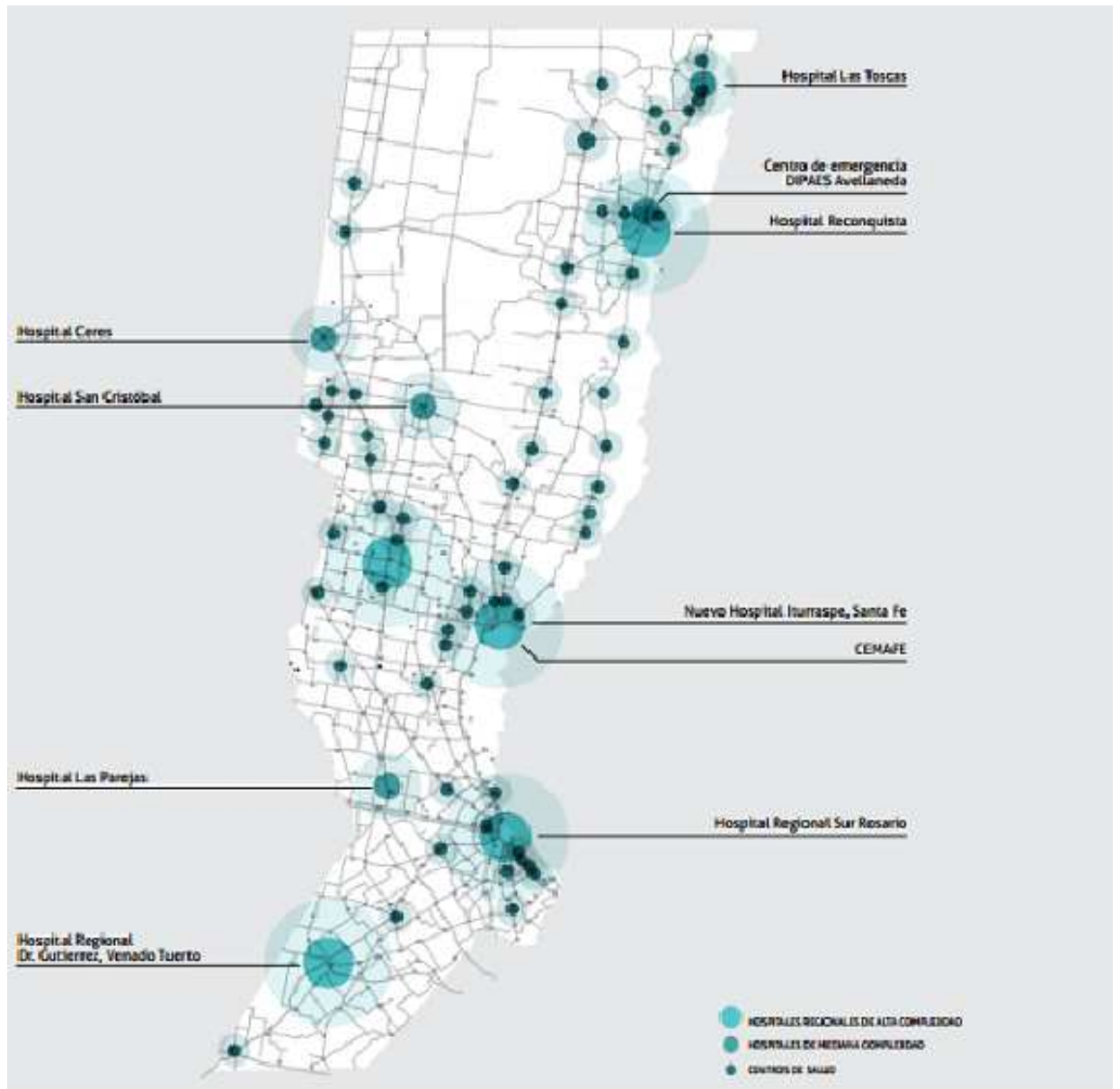
Dentro del Sistema de Salud, el Estado actúa como prestador de servicios y como regulador de los otros sistemas (público, privado y seguridad social). La regionalización del Estado provincial parte de concebir un sistema flexible, con fronteras dinámicas entre las regiones.

La Red de Servicios Público/Estatal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.

3.3.1. Los Nuevos Hospitales Regionales:

Nodo 1 – Reconquista	Hospital Las Toscas Hospital Reconquista
Nodo 2 - Rafaela	Hospital Ceres Hospital San Cristobal
Nodo 3 - Santa Fe	Nuevo Hospital Iturraspe CEMAFE
Nodo 4 - Rosario	Hospital Regional Sur
Nodo 5 - Venado Tuerto	Hospital Dr. Gutierrez

Figura 3 – Los efectores de cada Región – Nodo



Fuente: Plan Estratégico Santa Fe año 2007

3.4. El prototipo

Figura 4: El tipo – Sistema Tipológico



Fuente: Publicación Unida ejecutora de proyectos especiales – Ministerio de obras públicas - Ministerio de salud –Provincia de Santa Fe.

La estrategia de salud en Santa Fe se basa en el armado de una red sanitaria de prestaciones y servicios para dar respuesta a la demanda de necesidad de salud en el nivel que cada paciente acceda a dicha red. Así, el Ministerio de Salud se propone reemplazar el modelo hospitalario tradicional por la organización hospitalaria moderna, repensando la atención por niveles de complejidad y cuidados progresivos, como una alternativa para la resolución de problemas y optimización de recursos. Se define cuidados progresivos como “la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en forma tal que el enfermo reciba los servicios de atención en el grado que los requiera en el momento más oportuno y en el sitio o área física del hospital más apropiado a su cuadro clínico”. El paciente se asigna a un sector dependiendo de la gravedad de la patología y no de la especialidad que origine la demanda. Esto implica el desarrollo de sectores de internación de complejidad creciente, desde los cuidados mínimos de cuidados intermedios hasta la unidad de cuidados intensivos. Esto involucra la complementación de los servicios con la internación domiciliaria, cirugía ambulatoria y la red de hospitales de menor complejidad. Esta concepción conlleva una reestructuración y refuncionalización del actual hospital, que trascienda los límites rígidos de las salas, servicios o departamentos como se los concibe

actualmente. En este marco, se planifica la construcción de infraestructura edilicia con la clara intención de dar respuesta 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. Se arriba a la necesidad de construcción de tres tipos de dispositivos 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.
- Segundo Nivel: Ambulatorio de alta complejidad: Centro de especialidades medico ambulatorias.
- Tercer Nivel: Hospitales polivalentes organizados por cuidados progresivos con amplia capacidad de diagnóstico.

Primer nivel ambulatorio: En el marco de una reforma sanitaria integral y participativa, expresión de la reforma del estado en el sector salud y un compromiso priorizado en el plan estratégico provincial, la Atención Primaria de la Salud es la estrategia para la reorganización del sistema en su totalidad y se la reconoce como el nivel que garantiza el acceso equitativo, integral y universal.

La construcción de 80 nuevos Centros de Salud refuerza la estrategia de atención primaria como ingreso al sistema. Con la intención de que cada población desarrolle en cada uno de ellos un sentido de pertenencia a fin de sentirse incluida y contenida en una red, donde se pretende, en una tan amplia y heterogénea provincia adscribir grupos de familias a equipos médicos responsables, que deberán actuar como gestores en el sistema de salud hacia otros niveles de atención hasta llegar a la máxima complejidad. Tienen como objetivo la resolución en el territorio de todas aquellas prácticas ambulatorias de baja complejidad (controles, consultas, seguimiento del embarazo, extracciones de laboratorio, vacunación, salud mental, etc.) y todas aquellas acciones relacionadas con la prevención de la salud.

Como premisa de proyecto de estos centros se plantea la adaptabilidad de los nuevos edificios al sitio, la flexibilidad de funciones interiores, el crecimiento futuro y una materialidad constructiva acorde a su implementación y mantenimiento posterior. Se desarrolló un proyecto funcionalmente eficaz en términos de seguridad resolviéndolo constructivamente con productos de manufactura local, reduciendo incertidumbres respecto a los costos y provisión. El concepto rector del proyecto se

basa en generar un prototipo compuesto por un espacio interior propio, abierto y controlado a través de patios, un exterior uniforme, compacto y seguro con una fuerte imagen institucional arquitectónica que resuelva la compleja relación con el medio de inserción físico y social. Los términos generales del trabajo se sustentan en el desarrollo de un prototipo variable basado en el movimiento y crecimiento de módulos funcionales reglados por conceptos proyectuales de contraposición y complemento exterior-interior y de una arquitectura institucional como imagen de comunicación de la gestión de permanencia en el tiempo. Los Centros de Salud, pensados como sistema proyectual abierto, tienen elementos que son siempre los mismos como las consultas, un elemento repetitivo, que varía de un centro al otro en cantidad; puede haber 4, 6, 8 10, consultas que son generalmente prototípicas. La forma organizativa es la relación entre consulta y sala de espera con un lugar de recepción y mostrador, y la posibilidad de ubicarlo en un terreno, que puede cambiar y puede obligar a que en lugar de estar en línea estén en cuadrado o en L, pero siempre vuelve a ser el sistema proyectual prototípico basado en una idea de modulación y de piezas que se repiten como piezas singulares. en los Centros de Salud son las consultas, las salas de espera y la recepción los elementos constitutivos que se acomodan y se agrandan o achican según las necesidades por un lado y las disponibilidades de suelo por el otro; esto también pertenece al sistema proyectual prototípico. Como se explicó en la exposición de las regiones que anteceden, los nuevos edificios para Centros de Salud son conceptualmente un sistema, que se pueden adaptar a distintos programas, a distintas escalas, a distintos territorios, a distintas orientaciones, y siempre siguen siendo arquitectónicamente, el mismo proyecto. En los Centros de Salud, como en los demás proyectos de esta unidad, el concepto de arquitectura institucional como imagen del estado, en términos actuales es un tema recurrente. Se promueve la consolidación de una imagen institucional a través de la arquitectura, sus formas y sus materiales y no en recursos de la cartelería gráfica como único medio institucional.⁴

3.4.1. Proyecto Centro de Atención Primaria

3.4.1.1. -Propuesta de trabajo

⁴ SANTA FE EN OBRAS 2008 - 2009 UNIDAD DE PROYECTOS ESPECIALES Ministerio de Obras Públicas y Vivienda

En respuesta a la demanda planteada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, respecto al desarrollo de Centros de Atención Primaria, proponemos la implementación de un proyecto prototipo.

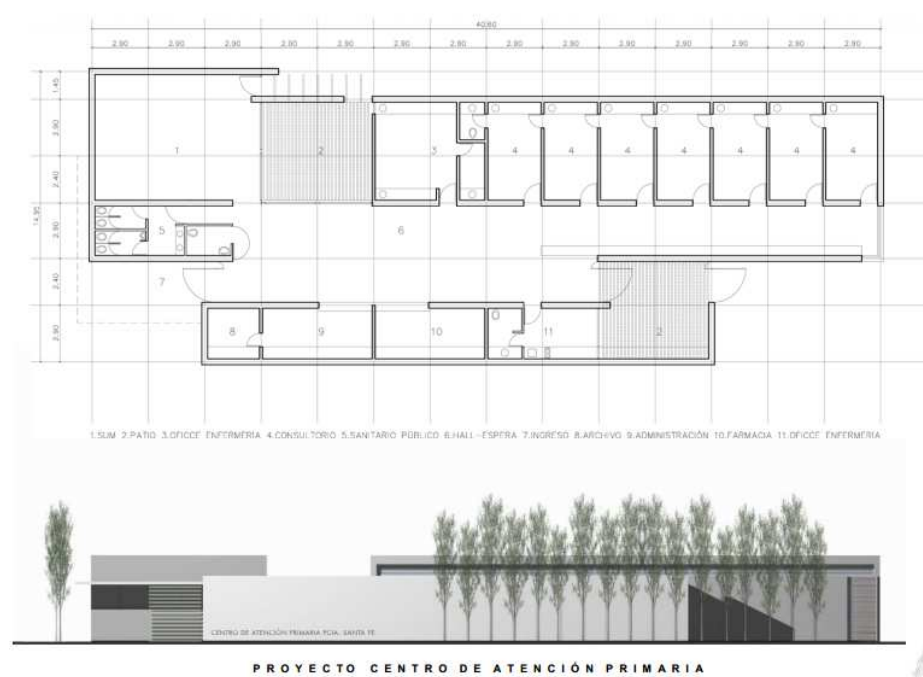
Como premisa de proyecto planteamos la adaptabilidad de los mismos al sitio, la flexibilidad de funciones interiores, el crecimiento futuro y una materialidad constructiva acorde a su implementación y mantenimiento posterior. Una ejecución que responda a demandas de calidad, durabilidad y mínima necesidad de mantenimiento.

Se desarrolló un proyecto funcionalmente eficaz en términos de seguridad resolviéndolo constructivamente con productos de manufactura local, reduciendo incertidumbres respecto a los costos y provisión.

Un sistema tradicional en el mercado, sin necesidad de inventar ni producir una técnica singular, que garantiza una provisión segura en todo el territorio.

Para responder con eficiencia a este encargo, surge la necesidad de reunir un equipo base de trabajo conformado por profesionales especializados en el desarrollo de edificios de salud. El equipo base de profesionales cuenta con la capacidad técnica y equipamiento necesario para desarrollar proyectos y legajos de obra en tiempos pactados, ofreciendo un producto de calidad proyectual, constructiva y gráfica para su posterior ejecución.

Figura 5: El tipo – Sistema Tipológico



Fuente: Publicación Unida ejecutora de proyectos especiales – Ministerio de obras públicas - Ministerio de salud –Provincia de Santa Fe.

3.4.1.2 - Localizaciones

Criterios de Localización Urbana

Localización y accesibilidad

Deberán tener una ubicación estratégica para ser identificados claramente y sin obstáculos para la comunidad.

La accesibilidad debe ser decisiva para la selección del predio.

Consideraciones básicas de localización

Accesibilidad desde sistema vial primario de la ciudad.

Servicio de transporte público para acceder a los diferentes recorridos necesarios.

Concentración de población en situaciones de vulnerabilidad social y sanitaria.

Considerar la posibilidad de coordinación funcional y cercanía geográfica con:

centros comunitarios, centros vecinales, centros educativos, comedores comunitarios, centros de promoción comunitaria y deportivos.

Terreno

Superficie mínima 800m². Lado mínimo 15 metros lineales y ubicación en esquina Factor de ocupación del suelo (FOS) 0.5

Infraestructura y Servicios

El terreno deberá contar con los siguientes servicios básicos: Energía Eléctrica / Agua / Pavimento y/o mejorado / Cordón cuneta y/o cruces de calle.

3.4.1.3 – Concepto / Módulos Funcionales / Materialidad

Concepto

El prototipo es la resolución arquitectónica de una demanda físico-funcional, en este caso un centro de Atención Primaria, que sufre la imprecisión a la vez que la adaptabilidad de un objeto con una demanda y localización indeterminada.

El concepto rector de proyecto se basa en generar un prototipo compuesto por un espacio interior propio, abierto y controlado a través de patios, un exterior uniforme, compacto y seguro con fuerte imagen institucional arquitectónica que resuelva la compleja relación con el medio de inserción físico y social.

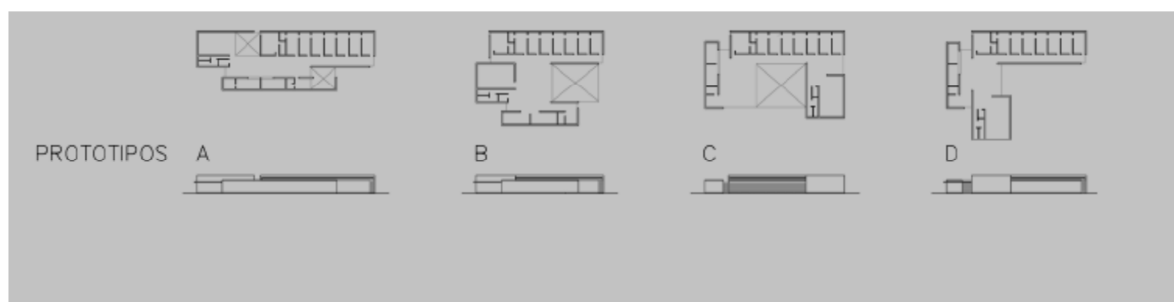
Todas las decisiones de proyecto se afirman en este concepto, que define la materialidad dura exterior a través de muros y losas compactas y cerramientos metálicos vertical (aberturas exteriores) y horizontal (cubriendo patios) protegen del

medio exterior para poder abrir a través de los patios un acristalado y luminoso espacio interior.

El concepto de **arquitectura institucional** como imagen del estado, en términos actuales es también un tema recurrente en el edificio. Creemos en la consolidación de una imagen institucional a través de la arquitectura, sus formas y sus materiales y no en recursos de la cartelería gráfica como único medio institucional.

Los términos generales del trabajo se sustentan en el desarrollo de un prototipo variante basado en el movimiento y crecimiento de módulos funcionales reglados por conceptos proyectuales de contraposición y complemento exterior-interior y de una arquitectura institucional como imagen de comunicación de la gestión de permanencia en el tiempo.

Figura 6: El tipo – Sistema Tipológico



Fuente: Publicación Unida ejecutora de proyectos especiales – Ministerio de obras públicas - Ministerio de salud –Provincia de Santa Fe.

Módulos Funcionales

El concepto de variantes distributivas sobre áreas funcionales preestablecidas (módulos), posibilita una mejor adaptación al sitio, estableciendo variaciones formales del prototipo base. Estos módulos se articulan entre sí a través de las áreas comunes (circulaciones, esperas y patios) que van modificándose para posibilitar las diversas variables de posición.

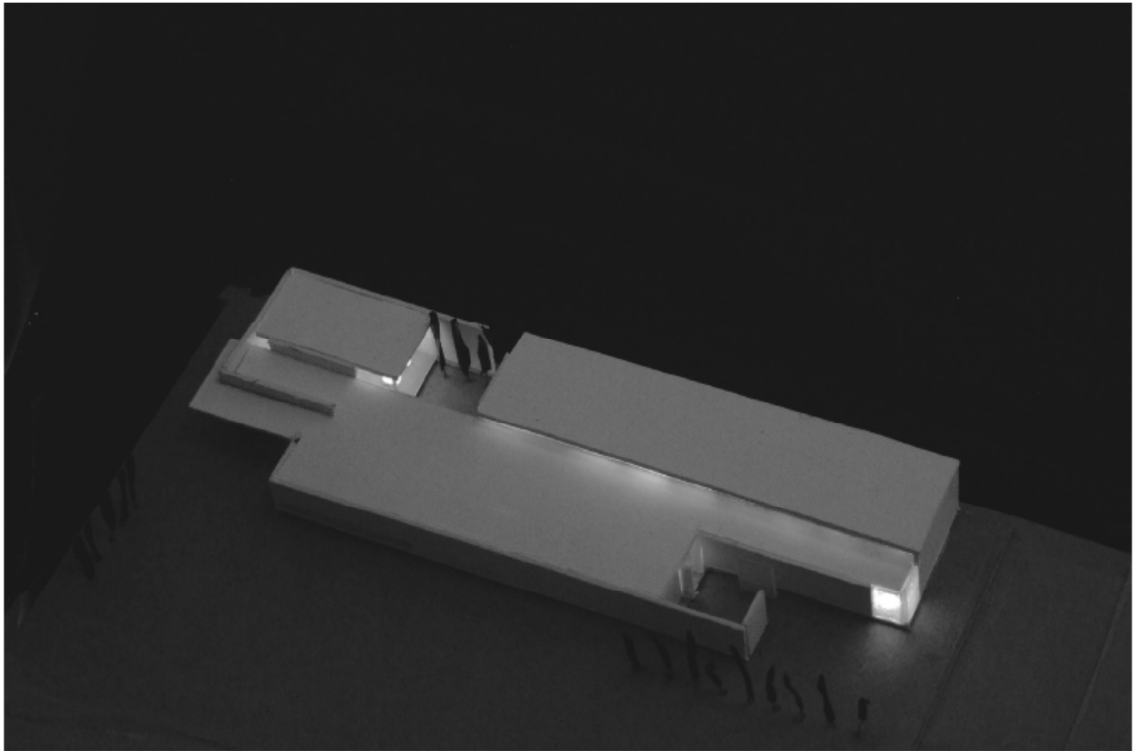
Este sistema de módulos funcionales es superior del modelo único (donde la variante es el terreno y no el edificio) ya que tiene mayores posibilidades de adaptación al sitio (sobre todo en localizaciones urbanas pequeñas), posibilitando el máximo aprovechamiento de las variables (posición, clima, asoleamiento, visualización, ingreso, etc)

Los módulos funcionales tienen la posibilidad de crecimiento autónomo, según los requerimientos programáticos particulares, lo que genera otro nivel de

complejidad que se suma a los anteriores, garantizando flexibilidad de usos y modificaciones controladas en el tiempo.

La relación exterior-interior conceptual del proyecto, influye en las diferentes posibilidades de posicionamiento de los módulos funcionales, donde el resultado siempre busca y potencia un exterior cerrado en contrapunto con un interior abierto.

Figura 7: El tipo – Sistema Tipológico



Fuente: Publicación Unida ejecutora de proyectos especiales – Ministerio de obras públicas - Ministerio de salud –Provincia de Santa Fe.

Materialidad

Exterior

Se adopta una materialidad constructiva acorde a edificios de salud que responda a demandas de calidad, durabilidad y mínima necesidad de mantenimiento mediante productos locales, reduciendo incertidumbres respecto a los costos y provisión.

Un sistema tradicional en el mercado, sin necesidad de inventar ni producir una técnica singular, que garantiza una ejecución segura en todo el territorio.

Las decisiones conceptuales, definen **materiales exteriores**, a través de muros de ladrillos comunes con revestimientos pétreos, losas de viguetas, aleros de hormigón, cerramientos metálicos en aberturas y patios abrigan del exterior.

Interior

La elección de los **materiales interiores** responden a través de sus cualidades para generar un espacio propio abierto hacia los patios mediante aberturas de aluminio acristaladas dotando de iluminación natural y ventilación.

Figura 8 – Centro de Salud Las Toscas - NODO1



Centro de Salud Las Toscas

Fuente: Plan Estratégico Santa Fe

CONCLUSIONES

Las sucesivas políticas dejaron huellas físicas en nuestro territorio. Analizando éstas podemos observar que, de acuerdo a sus tendencias ideológicas y apoyados en los recursos disponibles, se planificaron respuestas a los requerimientos, desde el aislamiento a principio del siglo XX hasta políticas de prevención y restablecimiento de la salud, llegando a todos los puntos del territorio mediante la construcción del recurso físico que permita:

- 1- Mejor rendimiento de los recursos
- 2- Inclusión de la comunidad
- 3- Calidad de servicio

Vemos también que las gestiones de gobierno que más atendieron a la salud (las que estudiamos) respetaron e integraron lo existente a pesar de tener distinto color político.

En este sentido, uno de los aportes de los profesionales de la arquitectura al sistema de salud fue interpretar la tendencia y ajustar el tipo, que no cambia, evoluciona.

Podemos concluir, a modo de aprendizaje, y para tener en cuenta en los nuevos proyectos:

1. **Aspecto formal:**
 - a. Se ha logrado, en los dos casos, una imagen institucional claramente reconocible.
 - b. Los dos se estructuran sobre un eje circulatorio principal que ordena el partido con sus locales o módulos funcionales a los lados.

2. **La funcionalidad**

Salvando las diferencias de programa médico-arquitectónico, los edificios de Wladimiro Acosta están más compartimentados, presentado cierta rigidez, pero proponen un eje de crecimiento dejando abierto un extremo de la circulación principal que en la mayoría de los casos fue interpretado y aprovechado.

El CAPS , con su sistema modular, supera el planeo anterior donde la única variable es el terreno.

3. **Materialidad:**

Están ambos construidos con tecnologías corrientes, materiales nobles y de la región.

Se desarrollan en una sola planta rodeada de terreno libre.

Su caja muraria es de mampostería portante revocada y blanca soporta las cubiertas livianas inclinadas en un caso y losas de viguetas en el otro.

4. Adaptabilidad

a. Mientras el edificio del hospitales rurales se genera desde un tipo a repetir invariablemente en cualquier situación, el sistema proyectual tipológico aplicado en los CAPS permite variantes de adaptación a múltiples situaciones, flexibilidad y crecimiento.

b. Un cambio evolutivo que se puede observar es la relación con el entorno. En el caso del hospital rural, el edificio se relaciona con el exterior, en el otro caso la relación interior-exterior está obturada. Es la respuesta de los edificios a la realidad social en que están inmersos

Nuevas intervenciones serán desafíos a asumir echando mano a toda la información al alcance incluyendo el análisis de experiencias cercanas y reconocibles con exigencias similares.

BIBLIOGRAFÍA

Adagio, N., Müller, L. (2008). Los edificios de Wladimiro Acosta para la Salud en la Provincia de Santa Fe (1938-1942). Rosario: Universidad Nacional de Rosario, Laboratorio de Historia Urbana, CURDIUR, FAPYD.

Belmartino, Susana. (2007). Coyuntura Crítica y Cambio Institucional en Salud: Argentina en los Años '40. Salud Colectiva N° 3(2), pp. 177-202. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, Recuperado de:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n2/v3n2a06pdf>

Bonfatti, A., Galassi, R. (2012). Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Visión 2030, 1a ed. Santa Fe: Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de:

<https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Declaración de Alma Ata. URSS: Alma-Ata. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

Martín Zurro, A., Jorda Solà, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. España: Elsevier. Recuperado de:

<http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>

Provincia de Santa Fe, Unidad de Proyectos Especiales. Santa Fe en Obras 2008 – 2009. Gobierno de la Provincia de Santa Fe: Ministerio de Obras Públicas y Vivienda. Recuperado de: https://www.santafe.gov.ar/archivos/so_p.pdf

W. Acosta, Vivienda y ciudad, 1937.

Ropolo, Rubén. (2005). Crónicas de la Medicina en Santa Fe. Reseña del cuidado de la salud de los primeros pobladores de la región centro oeste de la provincia de Santa Fe. Años 1660 a 1940. Trabajo presentado en el Congreso Argentino de Inmigración, IV Congreso de Historia de los pueblos de la provincia de Santa Fe. Recuperado de: <https://www.google.com.ar/search?q=RUBEN+M+ROPOLO&oq=RUBEN+M+ROPOLO&ags=chrome..69i57.574j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

RECURSOS DE INTERNET

Argentina, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS). Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <http://www.anlis.gov.ar/cnrl/wp-content/uploads/2014/10/PROVINCIA-DE-SANTA-FE.pdf>

Historiadelperonismo.com. Salud Pública y Peronismo. Roberto Maffei (Coord). Recuperado de: <http://historiadelperonismo.com/salud-publica/>

Provincia de Santa Fe. Plan Estratégico Provincial Santa Fe. Recuperado de: http://www.santafe.gov.ar/index.php/plan_estrategico_provincial

Universidad del País Vasco. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>

Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas. (2011). Atención Primaria de la Salud. (2011). Power Point. Recuperado de: <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-177.pdf>