

PROYECTO FINAL DE CARRERA

Catedra:
Arq. Beltramone, Alejandro
Tutor:
Arq. Banchini, Guillermo





TRANSICIONES

[Acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro distinto]

Por **Díaz Colodrero**, Adela y **Pedraza**, Bárbara

TRANSICIONES

ÍNDICE

01. PRÓLOGO

02. INTRODUCCIÓN

03. TEMÁTICA: ARQUITECTURA PARA LA SALUD
Arquitectura hospitalaria en el tiempo
Arquitectura hospitalaria en la actualidad

04. CONTEXTO: SALUD Y OBRA PÚBLICA
Sistema sanitario nacional
Sistema sanitario provincial
Sistema sanitario municipal

05. PLAN MAESTRO
Red sanitaria de Santa Fe
Plan urbano Rosario
Lineamientos generales
Sitio de intervención

06. PROYECTO ARQUITECTÓNICO
Cuantificación
Premisas
Intervención en el terreno
Hospital regional de alta complejidad y emergencias
Elementos del paisaje
Programa y circulaciones
Edificios complementarios

07. PROYECTO TECNOLÓGICO
Módulo incremental
Áreas en detalle
Estructura resistente flexible y adaptable
Etapabilidad constructiva
Detalles constructivos
La envolvente

08. ESTRATEGIAS DE INSTALACIONES Y SUSTENTABILIDAD

09. REFLEXION FINAL
Conclusión
Agradecimientos

10. BIBLIOGRAFÍA

PRÓLOGO

Este libro es producto de la asignatura Proyecto Final de Carrera, en la cátedra Beltramone, con la cual se culmina la formación de grado de la carrera de Arquitectura, en la Facultad de Arquitectura Planeamiento y Diseño de la Universidad de Rosario. Esta asignatura surge de la renovación del Plan de Estudios correspondiente al año 2008 [Res.849/09CS] con el objeto de crear un ámbito curricular propicio para la integración y consolidación de los conocimientos teóricos y prácticos, a nivel arquitectónico, urbanístico y constructivo, adquiridos por parte del alumno a lo largo de la carrera.

Se plantea desarrollar dentro de la temática 'salud', un Master plan el cual incluya un Hospital de alta Complejidad y un Centro de Rehabilitación, en un terreno ubicado dentro del Distrito Noroeste, en la intersección de las Avenidas Provincias Unidas y Sorrento, frente al borde sur del Bosque de los Constituyentes

de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

En el último año, especialmente, pudimos seguir, a una velocidad vertiginosa, grandes cambios en las ciudades y sus espacios. La pandemia trajo consigo nuevos paradigmas, alterando repentinamente órdenes establecidos desde hace mucho tiempo. Las casas se convirtieron en oficinas, las oficinas quedaron desiertas, los hoteles fueron reemplazados por camas médicas y los estadios se transformaron en hospitales. La arquitectura, en medio de todo esto, tuvo que mostrar su flexibilidad albergando usos antes inimaginables. Una adaptabilidad que parece ser cada vez más la clave para crear espacios coherentes con la forma (y velocidad) en que vivimos.

A partir de esto, surge el tipo de proyecto que queremos desarrollar.

INTRODUCCIÓN

Proyecto Final de Carrera es quizás un final y un comienzo. Un final, ya que se culmina un camino recorrido en la Universidad, de esfuerzo, perseverancia, aprendizaje; y, por otro lado, un comienzo de una nueva etapa, llena de ilusión e incertidumbre.

Este libro es el fruto del trabajo de investigación y proyecto realizado en la Cátedra Beltramone de la Facultad de Arquitectura, Planeamiento y Diseño de la Universidad Nacional de Rosario.

La decisión de elegir la temática del hospital no fue casualidad, ya que cuando comenzamos el cursado estábamos atravesando la pandemia de Covid-19. Esto nos movilizó a pensar cómo influye la arquitectura ante estas situaciones, de qué forma se puede aportar desde nuestro lugar a generar espacios versátiles, funcionales, a partir de qué técnicas podemos generar construcciones más eficientes, etc.

Pero, por otro lado, vimos un desafío al encontrarnos con un espacio de la ciudad vacante de uso, con un gran potencial a nivel metropolitano, con diversas problemáticas a resolver pero que a partir de la generación de un edificio público de estas características, puede ser una oportunidad para generar un nuevo enclave dentro de la Ciudad.

Sin dudas, atravesar Proyecto Final de Carrera nos dio las herramientas para comenzar esta nueva etapa de la carrera con muchas más herramientas y más convencidos de que podemos hacer nuestro aporte para generar una mejor ciudad.

Esperamos que lo disfruten. Adela y Bárbara.

**TEMÁTICA:
ARQUITECTURA PARA LA SALUD**



LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN EL TIEMPO

Cuando se habla de los eventos que marcaron la historia mundial (y, por qué no, la arquitectura), por lo general se mencionan conflictos entre los seres humanos, lucha y poder, religión, entre otros tópicos.

Es muy poco lo que se tiene en cuenta el rol de las enfermedades infecciosas o las epidemias en la población. Sin embargo, desde que el ser humano comenzó a organizarse y configurarse en sociedad, creando núcleos de personas que conviviesen en un mismo espacio territorial, las mismas tienen un gran protagonismo en la historia.

A medida que una enfermedad se extendía, afectando a una determinada cantidad de regiones a nivel mundial, se generaban las llamadas epidemias, o pandemias si atravesaban a varios continentes.

Fueron estas epidemias las que transformaron las sociedades en las que aparecieron, afectando no solamente a la ciudadanía sino también a su entorno y su contenedor, es decir, al urbanismo y a la arquitectura.

Las crisis sanitarias, enfermedades y epidemias pasadas se inscriben en lo cotidiano, por lo que la arquitectura sanitaria es una cuestión cotidiana. Esta arquitectura no lleva a costas las huellas o cargas de las enfermedades pasadas, sino que está completamente moldeada por ellas.

Cada evento médico (como, por ejemplo, la pandemia de COVID-19 en la actualidad) activa historias y relaciones profundas entre arquitectura y salud, en conjunto con todos los miedos, prejuicios y malentendidos, pero también con las innovaciones y pruebas del pasado.

El recorrido por la historia de la arquitectura hospitalaria desvela la evolución tipológica de la arquitectura de los establecimientos hospitalarios. Pero no solo eso, si no también da cuenta de la trascendencia social, en las diferentes culturas y desde distintas miradas,

que esos espacios han tenido. A pesar de que unas veces han estado vinculados con la espiritualidad y otras han sido más cercanos a la ciencia, no cabe duda de su papel en la evolución y transformación de nuestras sociedades.

En Egipto, en 3000 AC, existieron edificios dedicados al cuidado de los enfermos. Aunque estaban asociados a la religión y por lo tanto no estaban vinculados con el desarrollo de la medicina, tal y como la entendemos hoy en día. Sin embargo, fueron relevantes para el período y cultura.

El gran cambio en la historia de la arquitectura hospitalaria llega en Europa entre el s. VII y s. XII. El concepto de hospital, tal y como lo entendemos hoy en día, empieza a surgir desde la religión. Su aparición coincide con el estallido de una explosión demográfica en la primera mitad del s. XII. En ese contexto histórico aumenta la concentración de la pobreza en las primeras ciudades y surge la necesidad de acoger a los enfermos, origen del hospital actual.

El concepto de cuidado y caridad de algunas órdenes religiosas es determinante en el escenario de la aparición de los primeros hospitales. Las monjas y sirvientas femeninas eran las responsables de los centros: los pocos médicos que trabajaban lo hacían como un acto caritativo. El aspecto científico de la medicina se deja a un lado y los tratamientos se basan en proporcionar descanso, calor, higiene y el alimento (no se suministraban medicinas).

El mobiliario era muy sencillo: una lámpara y una cama, por lo general; alfombras y cortinas de forma excepcional.

Durante los siglos XI y XIII, los hospitales estaban más enfocados a acoger personas desvalidas que a enfermos. Era una arquitectura muy cerrada con pabellones rectangulares en forma de nave. Los hombres y las mujeres estaban separados. Los hospitales poseían tamaños variables y acogían a las personas que allí acudían durante lar-

gas estancias. La capilla era una pieza importante en la composición del conjunto, pues se ubicaba como pieza de remate de las naves.

Tras la peste negra que asola Europa en la Edad Media entramos en el Renacimiento y algunos cambios importantes llegan a través de ejemplos de hospitales italianos.

La concentración demográfica en ciudades como Florencia, Venecia, Milán o Génova provoca la proliferación de los centros hospitalarios del momento. En Florencia entre los años 1000 y 1500 se construyen 58 hospitales, llegando a suponer hasta 1 cama por 40 habitantes. Los centros adquieren un nuevo estatus y se convierten en las instituciones más ricas de la ciudad. El tamaño de los hospitales crece notablemente como es el caso de Sta. M. Nouva con cerca de 300 camas.

La arquitectura de estos edificios se basaba en una planta cruciforme y el altar estaba presente y visible desde todas las camas, probablemente sea el origen del control de observación actual. El claustro empieza a utilizarse por los enfermos, mientras que anteriormente sólo se usaban por los monjes. Es el primer paso a que los hospitales se vayan desligando de los monasterios y quedando como lugares para el uso exclusivo del tratamiento de enfermos.

Durante el Renacimiento conviven diversas tipologías de hospitales, no sólo de órdenes religiosas: pobres, gremios, orfanatos, peregrinos, etc. Su personal empieza a especializarse: directores, administrativos, clérigos, jardineros, médicos y enfermeras.

Uno de los hospitales más importantes del Renacimiento es Sta. María della Scala, Siena (s. IX) y Sta. María la Nueva, Florencia (s. XIII).

En el Hospital Spiritu Santo en Roma (s. XVI) observamos también un tipo de planta basada en la cruz con las habitaciones a ambos lados de cada brazo y los claustros entre los mismos.

Históricamente, la arquitectura destinada a la salud se asocia a tecnicismo, frialdad, higiene donde, en el pensamiento, se suceden distintas imágenes sobre materiales brillantes y duros, luces intensas, desconexión con el entorno, hasta se puede sentir el olor del edificio. Es muy difícil encontrar un momento en el que ingresar a un edificio de salud sea una experiencia parcialmente amena.

La Revolución Industrial marcó un antes y un después en la historia, tanto a nivel económico y productivo como arquitectónico.

El brote de tuberculosis, expandido en el siglo XIX en la ciudad industrial, generó en la sociedad y en la arquitectura una obsesión para combatirla, donde los médicos y arquitectos trabajaron en conjunto para poder incorporar cuestiones higienistas en sus ciudades y en sus hospitales.

Los medios para curar o combatir la tuberculosis (extrema higiene, ventilación cruzada, aversión al polvo y paredes blancas) hicieron mella en el Movimiento Moderno, por lo que no fueron únicamente los hospitales los que se vieron alcanzados por estas nuevas disposiciones. Desde Le Corbusier y su desarrollo de viviendas orientadas al

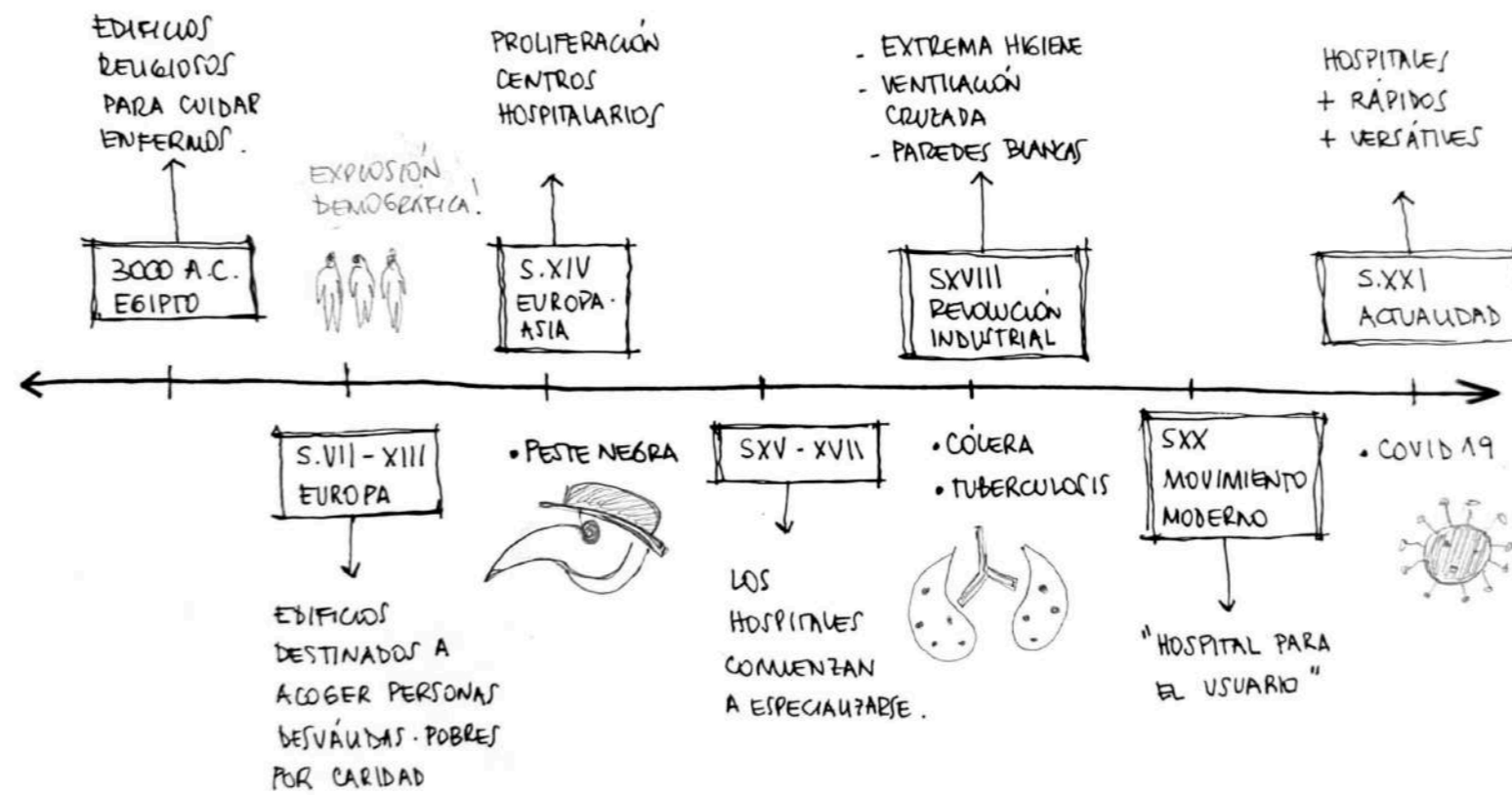
sol, con amplias terrazas que permitiesen llevar una vida sana y elevadas para evitar el contacto con la tierra sucia, hasta Jan Duiker con su escuela al aire libre para niños, los arquitectos se vieron atravesados por estos nuevos interrogantes y buscaron formas para resolverlos.

Es en el Sanatorio Paimio donde Alvar Aalto logró incorporar todas sus investigaciones y su propia experiencia, generando una arquitectura sanitaria enteramente en función del paciente y su enfermedad. El estudio de los encuentros redondeados entre muros y techos para evitar la acumulación de polvo, el ingreso de luz solar al paciente acostado, entendiéndolo que la incidencia de la misma contribuía a la curación, la posibilidad de ventilación en todos los ambientes y su contacto permanente con el exterior, marcaron un hito en la manera de combatir enfermedades.

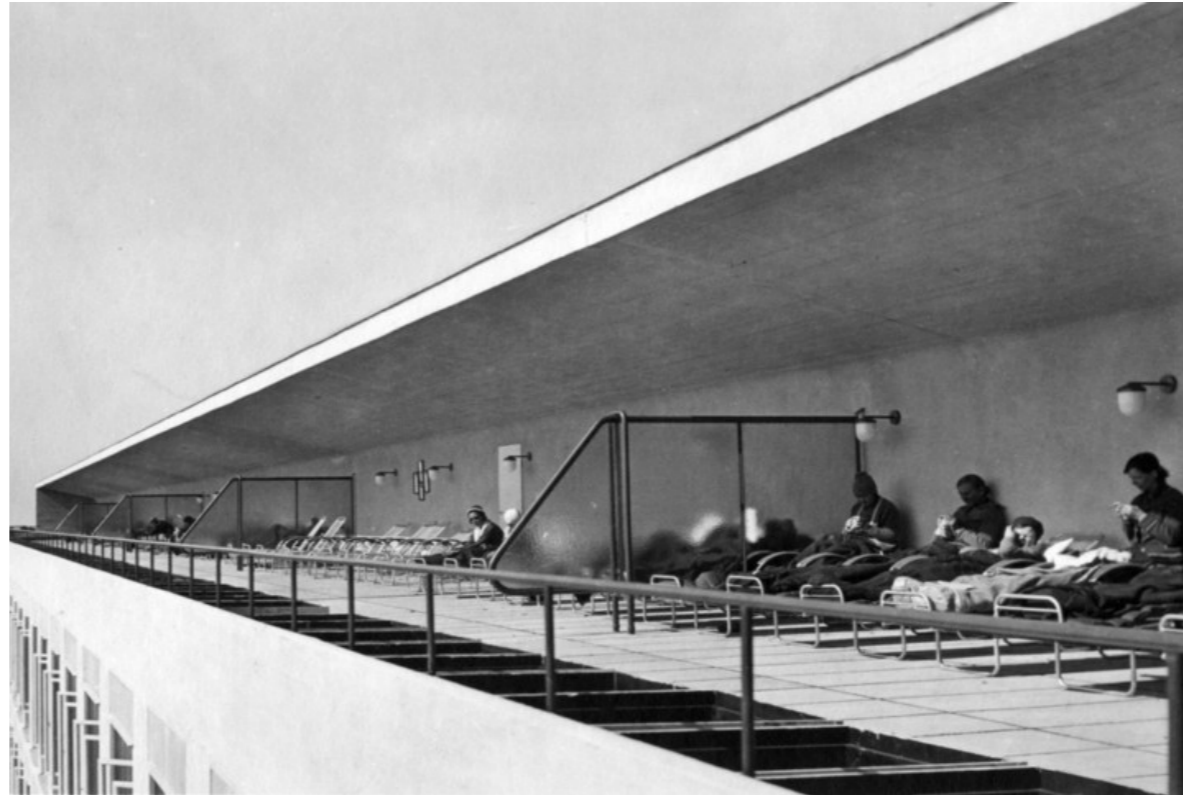
A partir de estas nuevas concepciones, se empezó a ver la arquitectura desde el punto de vista de la enfermedad, incluyendo todas las patologías, tanto físicas como mentales. Es así que las epidemias comenzaron a moldear e interceder en la arquitectura sanitaria, no haciendo hospitales monumentales, sino construyendo en relación a

la curación efectiva de los pacientes, con lo que ellos necesitan.

La secuencia de los clásicos modelos pabellonal, edificio en torre, torre con basamento, o sistemático y sus combinaciones, cedió paso a una variedad de expresiones arquitectónicas que buscan responder orgánicamente a: las características del entorno, la dinámica de cambio de la tecnología médica, los sistemas de atención de salud, los nuevos conceptos de sustentabilidad y la búsqueda de una identidad cultural. El diseño arquitectónico se ha focalizado en el paciente y sus características psicofísicas atendiendo a sus demandas de eficiencia, seguridad y confort. En relación con los modelos arquitectónicos utilizados en el mundo, actualmente coexisten teorías y realidades muy diversas: torres urbanas en ciudades como Chicago o Tokio, hospitales horizontales como Chile y España, conjuntos hospitalarios que configuran una trama urbana como en Canadá y Noruega, o acomodados en lotes entre medianeras como sucede en gran parte de las ciudades argentinas.



“Antes de hacer el Sanatorio de Paimio, caí enfermo y tuve que permanecer durante tres años en un hospital. Este edificio estaba pensado por hombres en posición vertical, los cuales no tomaban en consideración a los hombres en forzosa posición horizontal que iban a alojarse en él. Por ejemplo, mi habitación tenía una lámpara en el centro del techo. ¿Saben qué tortura supone la diaria contemplación desde la cama de aquella luz? [...] Aquel edificio, no importa qué otras buenas condiciones reuniera, era un fallo porque no partía de lo fundamental: el hombre.” (Alvar Aalto, Conferencia en el Colegio de Arquitectos de Madrid, 1953)



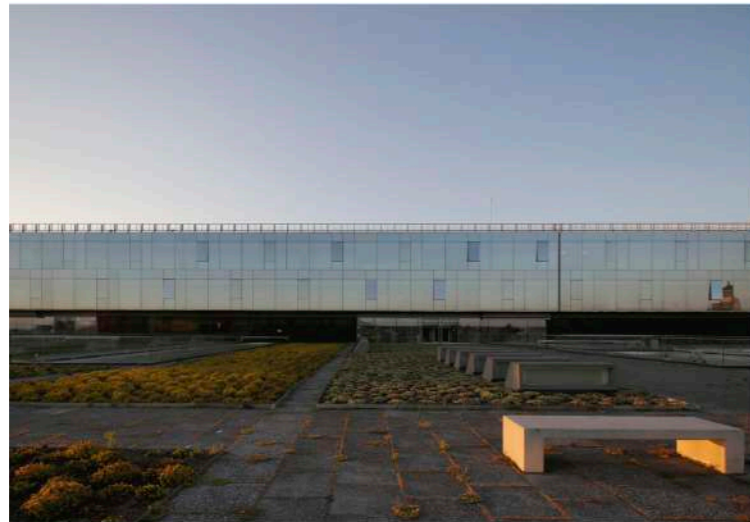
LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA ACTUALIDAD

Con el auge tecnológico del modernismo los hospitales buscan la economía y funcionalidad y se transforman en lugares con ambientes herméticos, priorizando la higiene y la recuperación por medio de aparatos tecnológicos nuevos. La arquitectura para la salud durante muchos años fue asociada con una frialdad técnica, con un ambiente higienista donde predominan las superficies duras y brillantes, el paciente había perdido contacto con la atmósfera y el clima de los

espacios domésticos que le son familiares.

Desde mediados del siglo pasado, la secuencia de los clásicos modelos pabellonal, edificio en torre, torre con basamento o sistémico, cedió paso a una vereda de expresiones arquitectónicas que buscan responder orgánicamente a las características del entorno la dinámica de cambio de la tecnología médica los sistemas de atención de salud, los nuevos conceptos de sustentabilidad, y la búsqueda de

una identidad cultural. El diseño arquitectónico se ha focalizado en el paciente y sus características psicofísicas atendiendo a sus demandas de eficiencia, seguridad y confort. Se considera actualmente que las mejoras ambientales dentro de los establecimientos sanitarios también contribuyen a la mejora del paciente, así como al confort de una estadía, corta para la visita ambulatoria, o más prolongada para la internación.



-hospital D´Olort Comarcal – Sanabria y Sandalinas (ingreso de luz, tipología de internación con escala más doméstica)

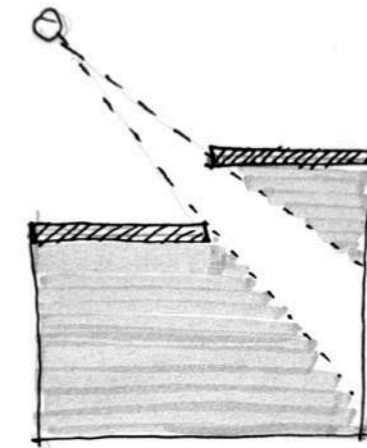
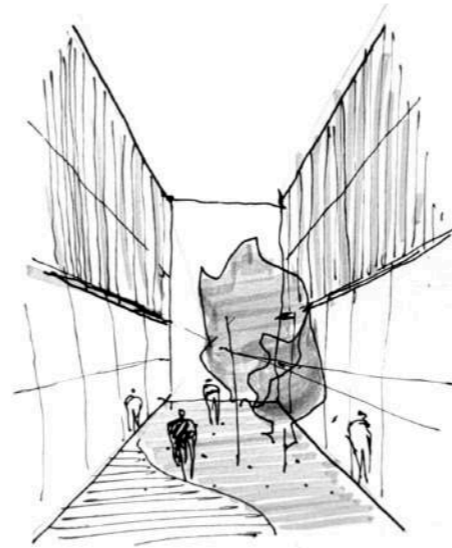
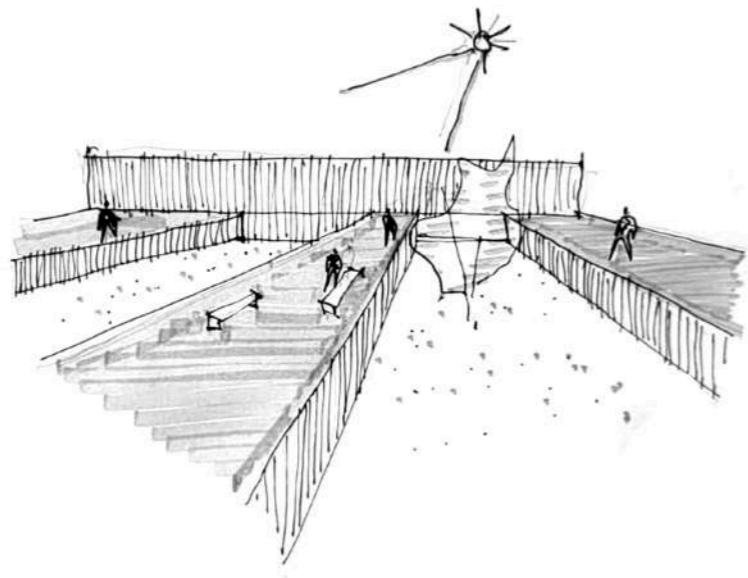
-Hospital El Carmen de Maipú – Murtinho + Raby (terrazas para pacientes)

-Children´s Hospital Zurich - Herzog & De Meuron (patios internos con gran cantidad de vegetación, incorporación de áreas verdes)

Durante el proceso de investigación de la arquitectura hospitalaria, se llevo a cabo el análisis de distintos casos de estudio, hospitales contemporáneos tanto a nivel local como a nivel global, en donde la tendencia mayor es la de generar, como mencionábamos, una arqui-

tectura más humanizada, poniendo foco en los usuarios, es decir, los pacientes y los médicos. Para ello, podemos notar distintos recursos utilizado en la mayoría de los casos de valor: la utilización de patios internos como perforaciones en la masa para iluminación, ventilación

y visuales desde las distintas áreas; el ingreso de luz cenital, y en distintas formas; el uso de expansiones como áreas terapéuticas y de recreación, entre otras.



**CONTEXTO:
SALUD Y OBRA PÚBLICA**

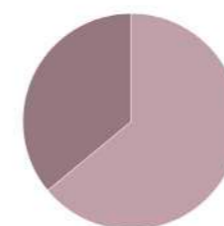
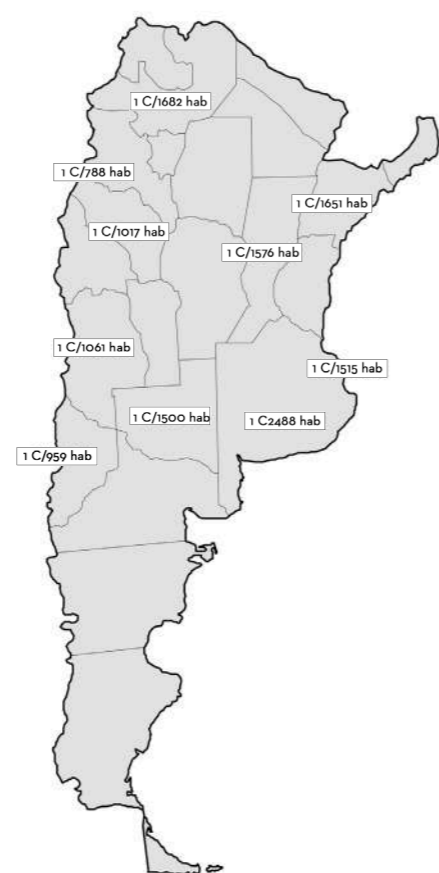


SISTEMA SANITARIO NACIONAL

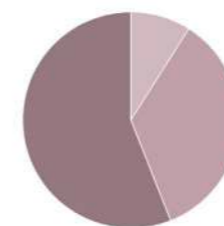
Los establecimientos de salud con internación general representan el 9% del total de los 25.751 centros que existen en el país, a los que se suma un 7% de establecimientos con internación especializada en tercera edad, un 2% de centros materno infantiles y un mismo porcentaje de internación en otras especialidades. El 56% del total de los centros brinda diagnóstico y tratamiento, pero no internación.

La mitad de los establecimientos de atención médica están concentrados en la región de mayor densidad poblacional (sólo la provincia de Buenos Aires tiene el 26%). Sin embargo, allí la relación establecimiento/población muestra el indicador más bajo de todo el país, con 4,6 establecimientos por cada 10.000 habitantes. La mejor relación en este indicador la tiene Cuyo, con 9,9.

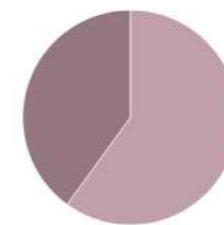
Una característica particular del sistema de salud argentino es la coexistencia de lo que podrían considerarse tres “subsistemas” de atención y financiamiento. Actualmente, los argentinos tienen tres grandes tipos de coberturas de salud. Para 2010, el censo poblacional arrojaba las siguientes estadísticas: el 64% de los habitantes contaba con una cobertura, siendo la obra social la mayoritaria (46%). Cuenta con una prepaga, ya sea a través de la obra social o por contratación voluntaria, el 16%. El 2% se atiende a través de programas y planes estatales de salud y el 36% no cuenta con ninguna cobertura de salud y se atiende exclusivamente en los servicios públicos sanitarios. El NEA y el NOA coinciden con las regiones donde es mayor la demanda sobre el sistema público: en el primer caso, el 51% de los habitantes se atiende allí y en el segundo, el 44%.



Habitantes con cobertura médica: 64%
Habitantes sin cobertura médica: 36%



Internación general: 9%
Internación especializada: 35%
Diagnóstico y tratamiento sin internación: 56%



Internación sector privado: 60%
Internación sector público: 40%

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO PROVINCIAL

El Sistema Integrado de Salud es uno de los programas que integran el Plan Estratégico Provincial de Santa Fe, poniendo esta temática como prioritaria en la gestión política provincial. Dentro del plan se contemplan la incorporación de 4 Hospitales Nodales, 4 de Complejidad media, 80 nuevos centros de salud en todo el territorio Santafesino, con el objetivo de enfrentar desafíos en términos de equidad en la prestación de servicio.

La provincia propone de esta manera un sistema de atención en red para garantizar el acceso a la salud de toda la población.

Dicha red está compuesta por 798 efectores (Hospitales, SAMCOs (sistema de atención médica para la comunidad) y Centros de Salud de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Los efectores de salud están organizados territorialmente en los cinco nodos antes descriptos.

El Nodo 5, de la región de Rosario cuenta con 311 efectores, que supera en número a las otras cuatro regiones.

Los efectores de salud están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciuda-

dano:

- Primer 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

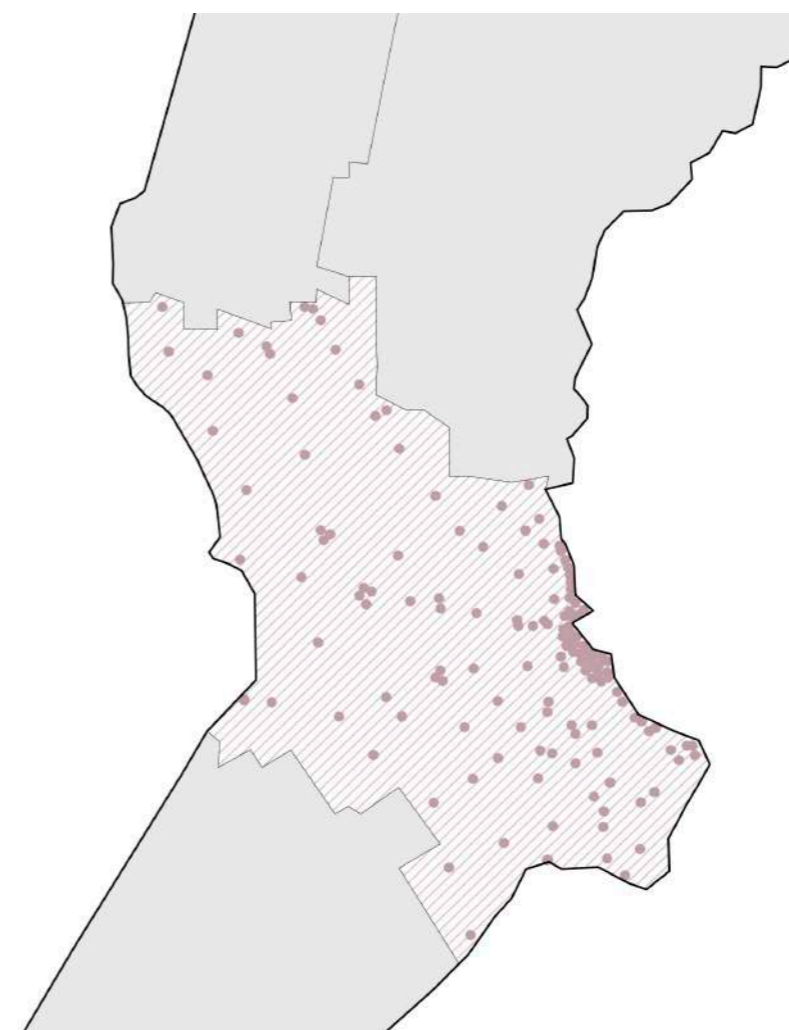
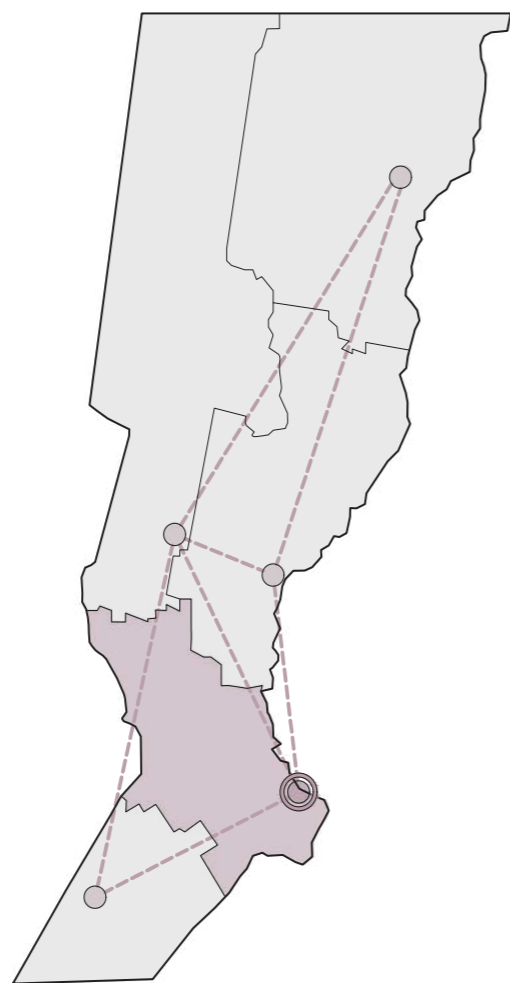
- Segundo Nivel: Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad.

- Tercer Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

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.

“La red tiene que estar compuesta por edificios evolutivos y ella misma tiene que ser evolutiva, capaz de cambiar, complejizarse y si es necesario, crecer. Esto permitirá dar respuesta a corto y a largo plazo, al adaptarse para asumir situaciones puntuales como una pandemia o catástrofe natural, sin colapsar la red existente y con las mismas garantías sanitarias tanto para pacientes como para profesionales de la salud.”

(**Mario Corea**, “Reflexiones sobre la red sanitaria”, 2020)



SISTEMA SANITARIO PÚBLICO MUNICIPAL

El gobierno municipal de la ciudad de Rosario pone a la salud pública en agenda prioritaria: desde 1989 que se le destina el 25% del presupuesto municipal. La ciudad posee una equitativa distribución de efectores de salud lo largo de todo su extenso territorio, garantizando el acceso rápido de salud a los ciudadanos desde cualquier barrio de la ciudad.

En cuanto a los efectores de mayor complejidad, Rosario alberga hospitales tanto municipales como provinciales, que trabajan en conjunto y en red (incluso en algunos casos también con efectores privados) para garantizar la correcta atención de los ciudadanos de toda la región metropolitana.

Los centros de salud, que se categorizan como atención de primer nivel, cuentan con consultorios generales, odontológicos, dispensario de medicamentos y en algunos casos laboratorios. Trabajan de 6 a 12 horas, solo durante el día. Existen más de 100 centros distribuidos por toda la ciudad. Estos son equipamientos muy importantes dentro de la red de estructura de salud pública, ya que descongestionan los efectores de mayor complejidad: El vecino del barrio debe asistir en primer medida a un centro de salud para ser atendido, y luego si es necesario, derivado a un hospital.

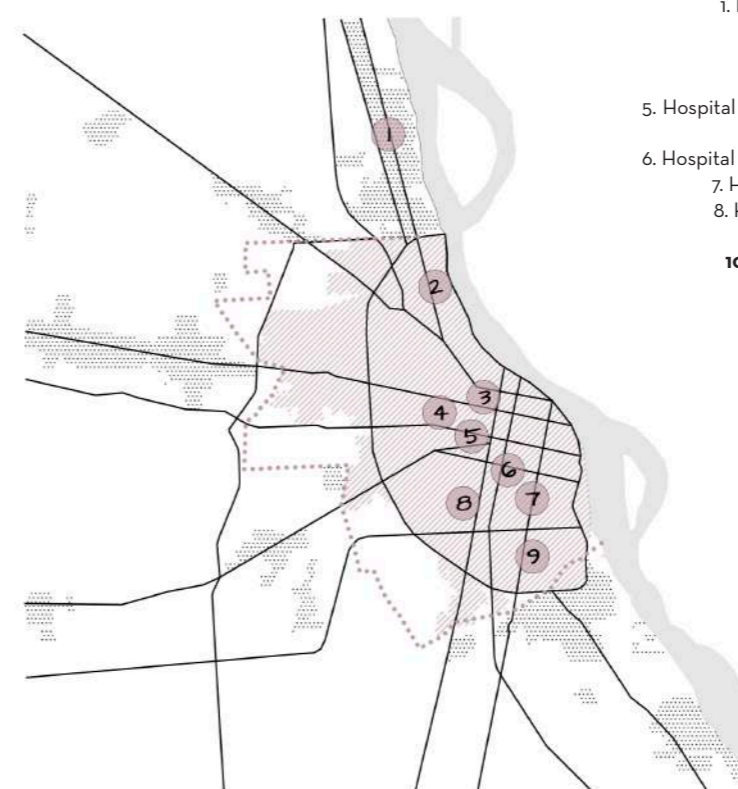
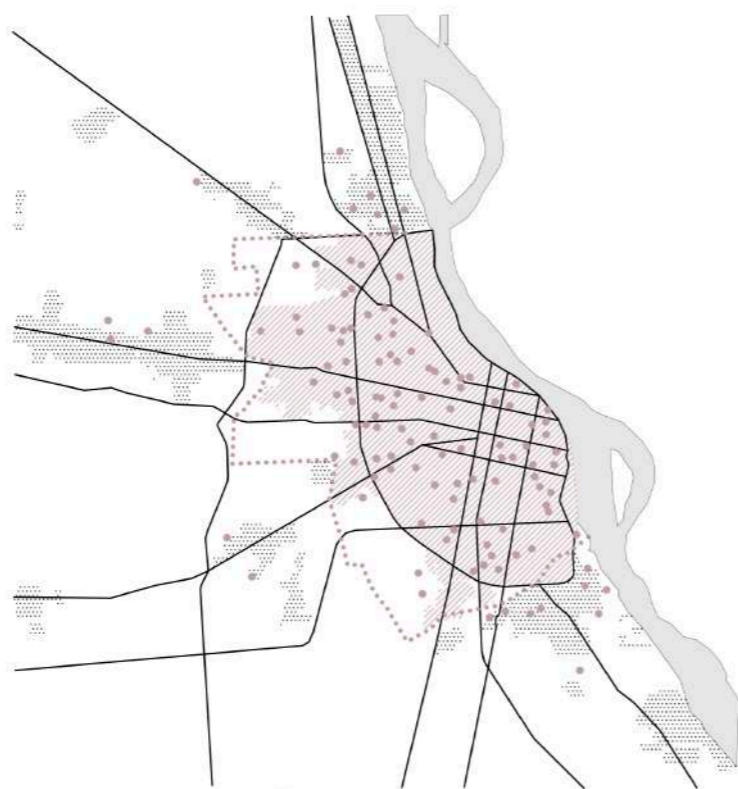
Los efectores categorizados como segundo nivel de atención, complementan los servicios de los centros de salud, y reciben pacientes en situaciones más complejas. En Rosario podríamos nombrar al CEMAR (Centro de especialidades Médicas Ambulatorias), en el centro de la ciudad, o el Hospital Roque Sáenz

Peña, en zona Sur. Son hospitales de baja complejidad, que reciben pacientes derivados de los centros de salud.

Atienden 12hs, poseen consultorios, laboratorio, internación, emergencias, hospitalización, centro quirúrgico y diagnóstico por imágenes. Son también encargados de la derivación de pacientes en casos de alta complejidad.

El tercer nivel de atención lo conforman los hospitales de alta complejidad, ubicados en ciudades de escala metropolitana (ciudades nodales) que reciben pacientes desde toda la región. Tienen 12 horas de consultorios externos, laboratorio, todas las especialidades y subespecialidades, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico, diagnóstico por imágenes, hemoterapia, medicina patológica, hemodiálisis, terapia intensiva, radioterapia, medicina nuclear, trasplante de órganos, investigación y docencia.

Dentro de este mismo nivel podemos también ubicar a los hospitales de alta complejidad con algún tipo de especialización, como por ejemplo el HECA (Hospital de Emergencias Clemente Álvarez) cuya especialización es Traumatología. El Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado que es un centro de alta complejidad en relación a la medicina física y rehabilitación, o el Hospital Centenario especialista coronario-cardiovascular.



1. Hospital Escuela Eva Perón
2. Hospital Alberdi
3. Hospital Centenario
3. Hospital Carrasco
5. Hospital de Emergencias Clemente Álvarez
6. Hospital de niños Dr. Victor J. Vilela
7. Hospital Español de Rosario
8. Hospital Italiano de Rosario
9. Hospital Sáenz Peña
- 10. Hospital Regional Oeste**

PLAN MAESTRO



El hospital de alta complejidad que vamos a desarrollar estará incluido dentro de la red sanitaria de la provincia de Santa Fe. Esta red está compuesta por centros sanitarios de distintas complejidades de atención médica. Los mismos se organizan territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

La Red de Servicios Público 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 3 niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención. Emplazada en el sector cen-

tro-sur de la provincia, limita al norte con las Regiones 2 y 3, al oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la

Región 5 y la provincia de Buenos Aires y al este con la provincia de Entre Ríos. Comprende los Departamentos: Belgrano, Iriondo, además de San Lorenzo, Caseros, Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución.



Proyecto circunvalar Rosario
 Avenida Segunda Ronda
 Sistema de conexiones inter-metropolitanas
 a. Tramo Norte de la Ruta Provincial N°348
 b. Tramo Sur de la Ruta Provincial N°348 entre autopista Córdoba y Ruta N°33
 c. Camino de los granaderos hasta su intersección con la Ruta Provincial N°345 Norte
 d. Avenida Uriburu hacia el Oeste hasta distrito Perez y conexión con la Ruta Provincial N°14
 e. Avenida Battle y ordoñez hasta empalmar con la prolongación de la Avenida Uriburu
 Sistema de accesos metropolitanos a la ciudad de Rosario
 Sistema metropolitano de transporte de pasajeros



Sistema de parques metropolitanos
 1. Reserva ambiental Funes
 2. Reserva ecológica Perez
 3. Parque de la cabecera
 4. Parque del Aeropuerto
 5. Parque de la Autopista
 6. Parque Villarino
 7. Parque de la Tablada
 8. Parque de Las Vías y Scalabrini Ortiz
 Alto Delta del río Paraná
 Obras de Saneamiento de los cursos de los Arroyos Saladillos
 10. Cuenca Arroyo Ludueña
 11. Cuenca Arroyo Saladillo
 Suelo ocupado
 Suelo rural

El plan urbano 2007/2017 propone una serie de intervenciones en el sector en cuanto a las vías de circulación, usos, paisaje, etc.

Por un lado, pone especial énfasis en la reconversión del Arroyo Ludueña, generando distintos planes de detalle, reordenamiento de asentamientos irregulares, áreas destinadas a nuevos desarrollos, creación de nuevos espacios públicos, etc.

Dentro de este marco, se consolidó en el sector suroeste del mismo, el proyecto de Urbanización Parque Habitacional Ludueña y se encuentra en ejecución un parque público en el borde del arroyo.

En cuanto al sector que nos compete, se propone la puesta en valor y recuperación del Bosque de los Constituyentes, reordenamiento de asentamientos irregulares, y se destina un área para nuevos de-

sarrollos urbanos condicionados.

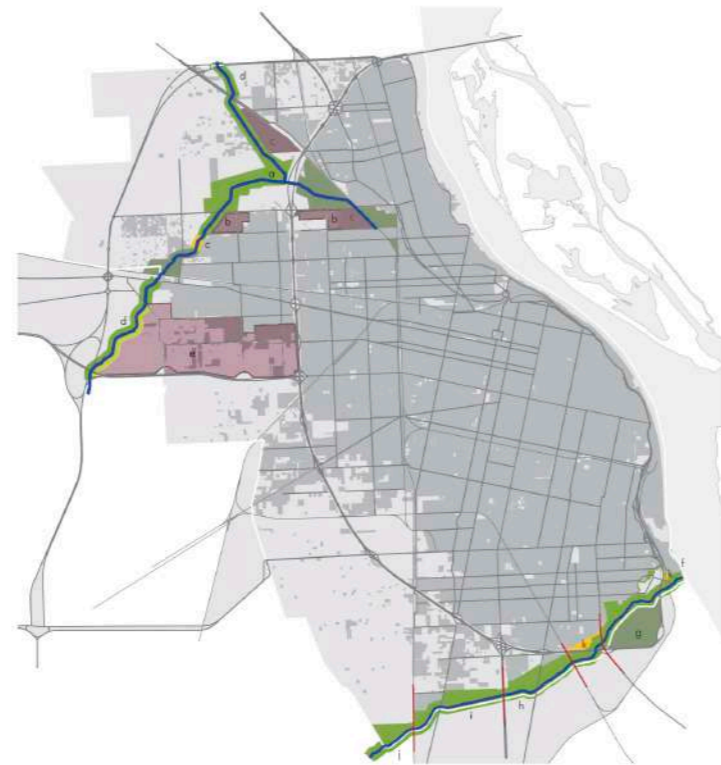
Por otro lado, se define Avenida Sorrento como calle singular y caracterizante del trazado, y al borde del arroyo como uno de los sitios y ámbitos que definen el paisaje de la ciudad.

A partir de este contenido teórico, e investigación complementaria, surge nuestra propuesta de desarrollo de una nueva centralidad en el Noroeste de la Ciudad de Rosario.

Cuando se habla de nueva centralidad, se refiere a una renovación urbana en un amplio sector de la ciudad perteneciente a la periferia que pudiese albergar distintas infraestructuras, equipamientos y espacio público para lograr la descentralización urbana.

La misma es asumida como un área de oportunidad donde llevar

adelante programas urbanos de modernización acordes con los objetivos globales y económicos del conjunto, y con una amplia incidencia positiva sobre la estructura física y funcional de la ciudad. Al estar tan densamente ocupadas el área central y el microcentro de Rosario, no existe más espacio físico para la incorporación de nuevas actividades o equipamientos, por lo que las nuevas centralidades constituyen ocasiones y oportunidades para localizarlas desde una concepción espacial diferente, posibilitando la evolución hacia una imagen de ciudad más equilibrada.



ARROYO LUDUEÑA

- a. Plan de detalle, puesta en valor y recuperación del Bosque de los Constituyentes
- b. Areas para los nuevos desarrollos urbanos condicionados
- c. Reordenamiento condicionado de los asentamientos irregulares en las margenes del arroyo Ludueña y canal Ibarlucea
- d. Creación de nuevos espacios públicos
- e. Ejecución del proyecto de urbanización Parque Habitacional Ludueña

ARROYO SALADILLO

- f. Plan especial de recuperación de los Bajos del Saladillo, cortada Mangrullo y Clubes de la Costa
- g. Remodelación integral del Parque Regional Sur, mejoramiento de los accesos y de las márgenes del Arroyo y Canal Ibarlucea
- h. Extensión programada del parque vinculado a políticas de preservación de las condiciones naturales del Arroyo
- i. Rehabilitación y ampliación del Balneario Los Angeles
- j. Extensión programada del Balneario Los Angeles
- k. Reordenamiento condicionado de los asentamientos irregulares



a. SITIOS Y ÁMBITOS QUE DEFINEN EL PAISAJE DE LA CIUDAD:

- Costa del Río Paraná
- Línea de barrancas
- Bordes de arroyos y canales

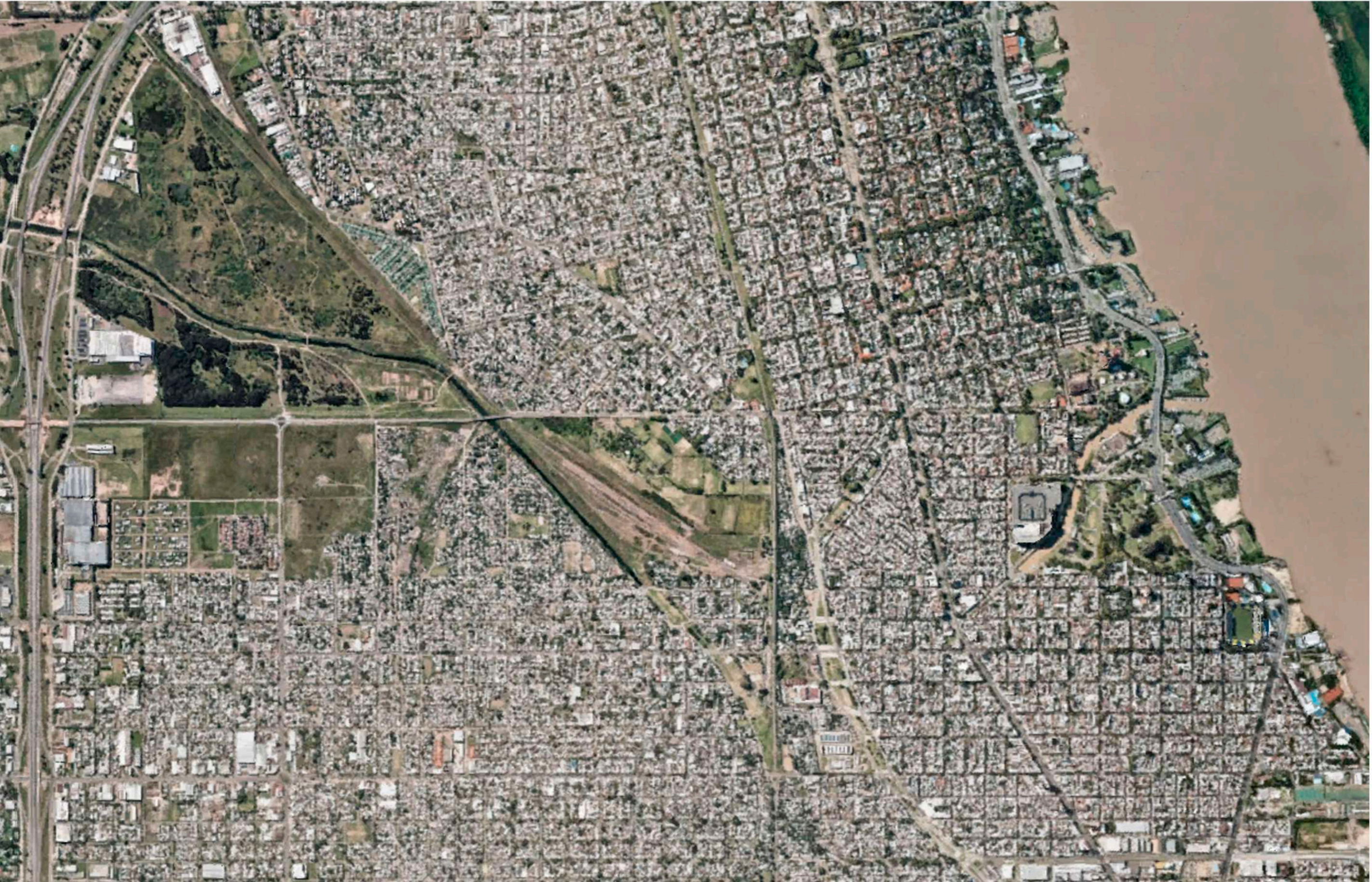
b. PARQUES Y PASEOS

- Parques regionales
- Parques urbanos
- Paseos urbanos
- Balnearios
- Plazas y paseos de caracter distrital o barrial

c. Calles singulares y caracterizantes del trazado

- Boulevares de ronda
- Corredores de centralidad
- Calles con recorridos paisajísticos y/o escenográficos
- Corredores verdes
- Circuitos peatonales





Para el abordaje del proyecto, se partió desde lo general a lo particular. Comenzando por el planteo de un nuevo enclave en la ciudad, con una mixtura de usos para reactivar la zona, la puesta en valor del paisaje, la generación de usos y recorridos públicos, a la vez, respetando la escala del barrio, buscando generar una transición entre lo artificial y lo natural. Luego de esa base como fundamento y punto de partida para el desarrollo del masterplan, el proyecto busca ser lo más eficiente tanto desde lo programático a lo técnico y estructural. Los pilares fundamentales son: funcionalidad, adaptabilidad, sustentabilidad, y eficiencia constructiva

UBICACIÓN

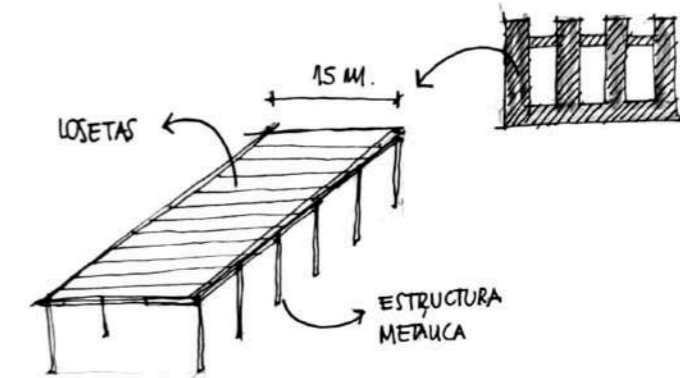
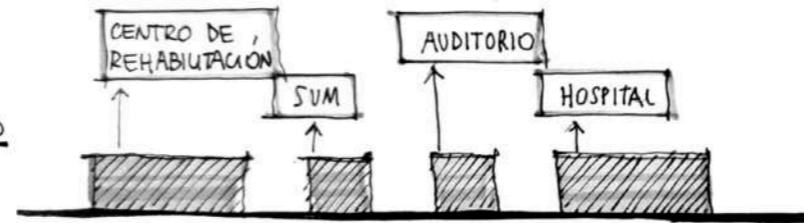
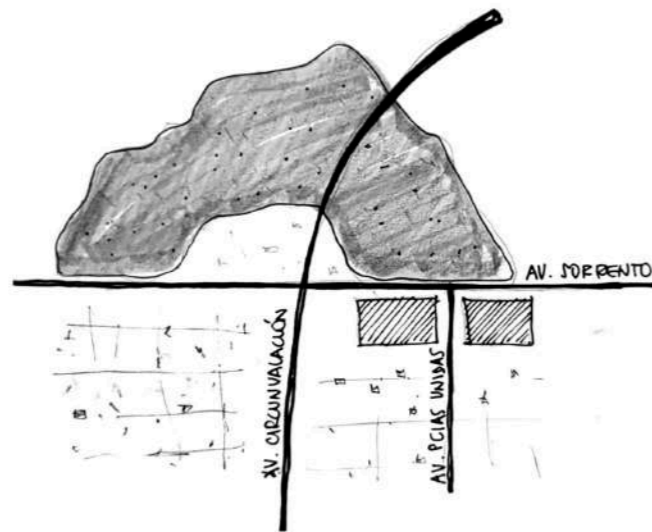
El proyecto se emplaza en la intersección de las avenidas Sorrento y Provincias Unidas de la Ciudad de Rosario, frente al Bosque de los Constituyentes. Un terreno vacante de uso, con diversas problemáticas como son los asentamientos irregulares y la carencia de infraestructura de servicios, equipamiento urbano y conectividad ciudad - bosque. A su vez, cuenta con una gran potencialidad a escala urbana y metropolitana.

PROGRAMA

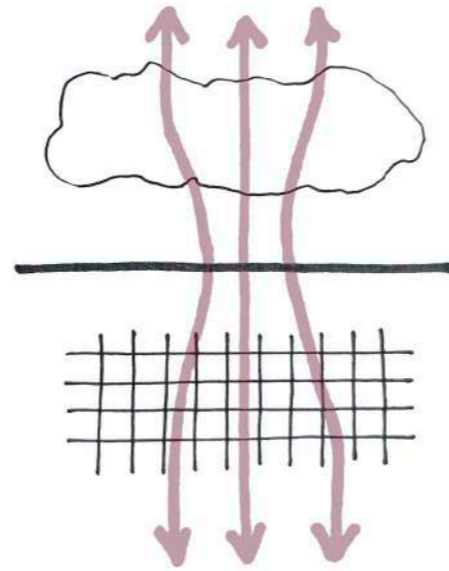
El proyecto a desarrollar es un master plan que contempla la ejecución de un Centro de Salud Público de alta complejidad y Emergencias, de escala metropolitana; un Centro de Rehabilitación que a su vez funciona como polideportivo para el barrio; un Salón de usos múltiples para eventos deportivos y culturales; y un Auditorio. Estos últimos dos programas, se conectan a través de un puente por el que se ingresa a los edificios y conecta la ciudad con el bosque.

METODOLOGÍA

Se utiliza para el hospital el sistema de peine cerrado, en planta baja y dos niveles, lo cual posibilita tener distintas áreas especializadas y que cada una funcione tanto independiente como en conjunto. Se busca que la construcción sea lo más rápida y eficiente posible, por lo cual se decidió utilizar un sistema estructural en seco, compuesto por columnas y vigas metálicas, con losetas de hormigón pretensadas, lo cual genera un avance en cuanto a los tiempos de construcción, y además, posibilita tener plantas libres ya que esta estructura permite hasta 15 metros de luz libre.



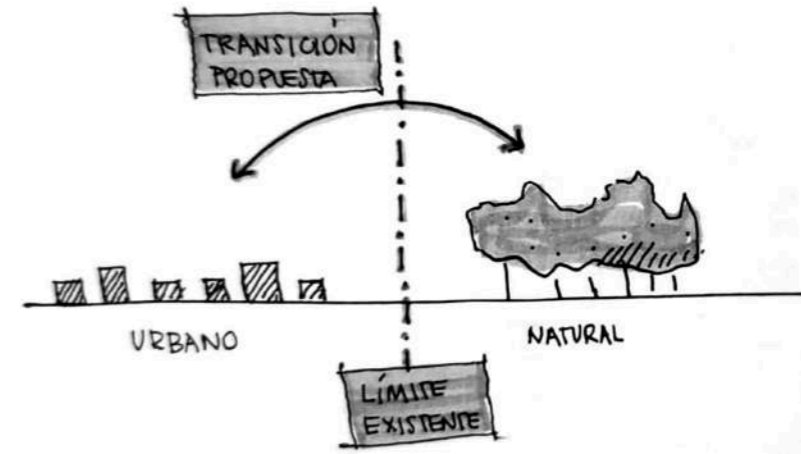
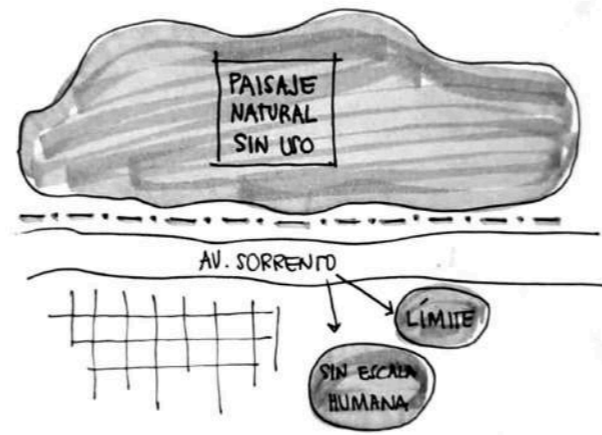
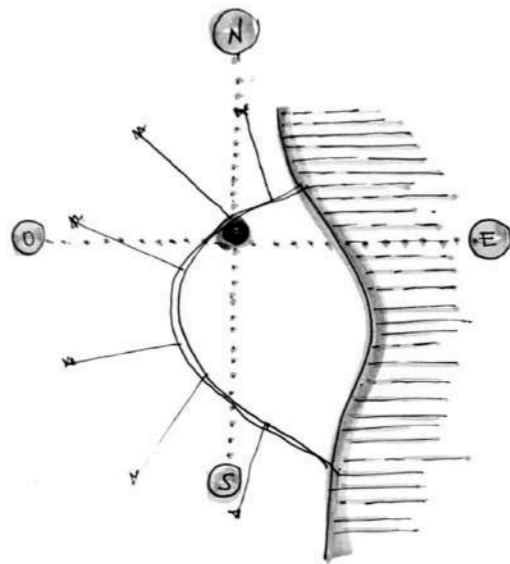
SITIO DE INTERVENCIÓN



El sitio de intervención está ubicado en la intersección de la Avenida Sorrento, que vincula la ciudad de este a oeste y la Avenida Provincias Unidas que comienza en la zona sur de la ciudad y remata en nuestro sector de emplazamiento. A su vez, se encuentra próximo a la Avenida Circunvalación, vial que conecta toda la ciudad. Esta condición resulta favorable para la conectividad de la propuesta con el res-

to de la ciudad. Debido a que la ciudad en su proceso de crecimiento, se enfrenta a la generación de situaciones urbanas de 'borde' en su tejido -lugares en donde se produce la transición entre lo urbano y lo natural- es que entendemos el sector como un área de oportunidad para el crecimiento y desarrollo urbano de la ciudad de Rosario. Por lo tanto, este presente trabajo analiza la condición de una arquitectu-

ra ubicada en el encuentro de la ciudad con el Bosque de los Constituyentes -entre lo urbano y lo natural-. La condición inherente a este tipo de localizaciones implica que estas arquitecturas pertenezcan a ambos territorios. El desafío que se nos plantea operando bajo estas condiciones es resolver esta dualidad proporcionando una respuesta consistente y válida a la doble demanda planteada.



El terreno tiene diversas problemáticas para abordar como punto de partida:

El sector cuenta con numerosos asentamientos irregulares. Según el RENABAP (Registro Nacional de Barrios Populares), el cual registra información sobre las villas y asentamientos irregulares de Argentina, son 2300 las familias que allí viven.

Por otro lado, tanto estos asentamientos como las demás áreas vacantes no cuentan con servicio de agua potable ni cloacas.

Son las avenidas principales, las únicas que cuentan con pavimento definitivo. La mayoría de los trazados del sector tienen únicamente una carpeta asfáltica, o bien, son de tierra.

El sector carece de diversidad de usos. La superficie está prácticamente destinada a vivienda (asentamientos irregulares, conjuntos de viviendas financiados por el estado, y viviendas unifamiliares tradicionales). Hay una gran carencia de equipamientos tanto comerciales, como deportivos, culturales y sanitarios.

La fragmentación entre las distintas escalas es disruptiva, entre el “grano chico” de viviendas, al “grano grande” de las industrias sobre Av. Circunvalación, el límite es brusco. Lo mismo ocurre con el límite entre la ciudad y el Bosque de los Constituyentes. No existe ningún tipo de transición entre los distintos paisajes, si no que en realidad, lejos de intentar conectar ambos escenarios, se plantea como una barrera.

PLAN MAESTRO



- Bosque de los Constituyentes
- Área de viviendas colectivas financiadas por el Estado
- Área de asentamientos irregulares

- Calle con pavimento definitivo
- Calle con carpeta asfáltica
- Calle de tierra
- Área carente de servicios de cloaca y agua potable

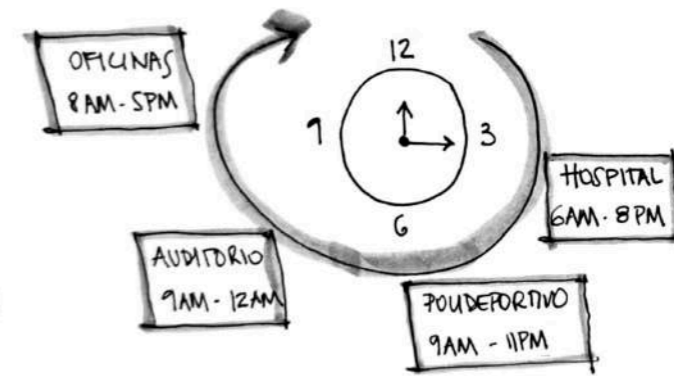
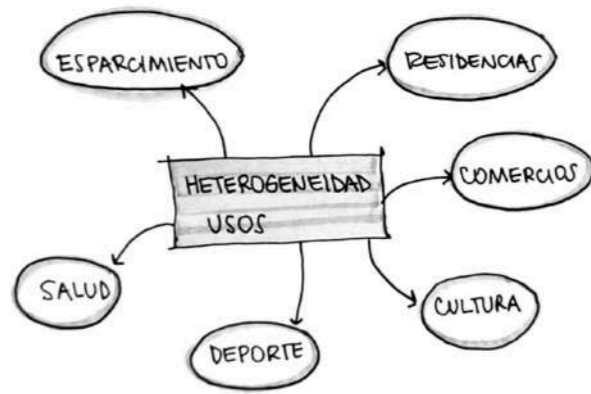
El área de implantación se presenta como un área de transición entre la CIUDAD y el BOSQUE en donde lo natural y lo artificial se enfrentan, es por esto que nos preguntamos, ¿Cómo podemos intervenir en este sitio? Luego del análisis de las necesidades y potencialidades que tiene la ciudad en este sector, entendemos que el desafío del proyecto urbano no es solo resolver un edificio sino un fragmento de ciudad.

Los hospitales, más allá de ser infraestructuras de salud, son lugares de referencia para los ciudadanos y tienen un gran impacto a nivel

urbano. Teniendo en cuenta este concepto y la premisa de hacer ciudad, se propone potenciar la heterogeneidad de flujos y personas a partir de la mixtura de usos. Sumando programas que resuelvan otras necesidades que tiene el sector. En este sentido, hacer un complejo multi programático, asegura la utilización del edificio y su entorno en diferentes momentos del día, incluso en horarios en donde el uso exclusivamente hospitalario no sucede.

Entendemos que el Proyecto Urbano representa la oportunidad de reconciliar a través de la incorporación de usos recreo-deporti-

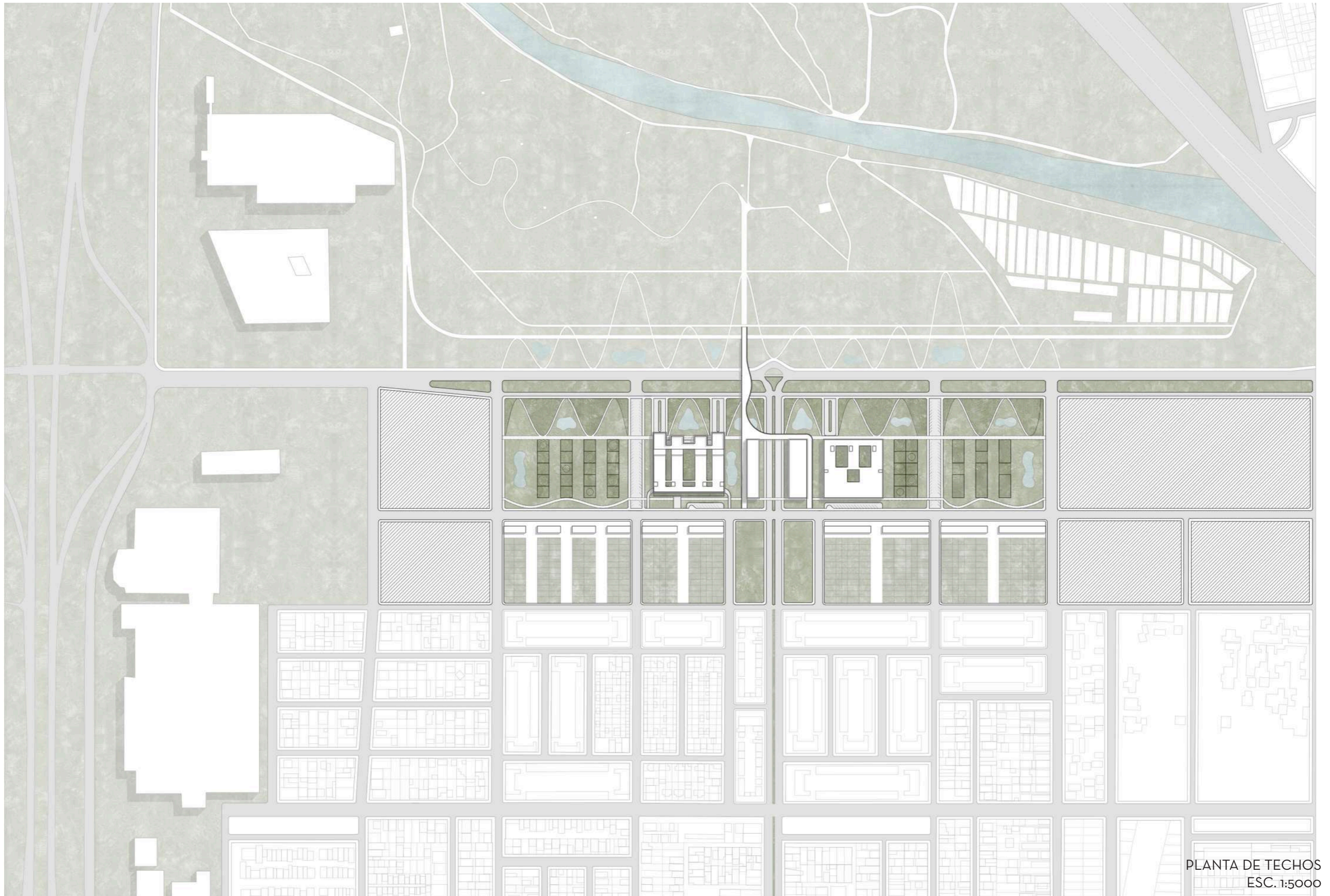
vos y de ocio de escala zonal dos sistemas que históricamente han sido pensado separadamente: por una parte el Bosque de los Constituyentes, el cual hace parte integral del sistema de espacios verdes metropolitanos que funciona como un área de reserva; y por otra, los procesos urbanos producto del crecimiento de la ciudad, representados en la construcción de los barrios colindantes al Bosque. Los barrios configuran un borde heterogéneo, con problemáticas que requieren diversos tipos de acercamiento para garantizar su correcta articulación.



**PROYECTO
ARQUITECTÓNICO**









CUANTIFICACIÓN MASTERPLAN

Terreno: 210.460m² | 100%

Trazados: 29.996m² | 14%

Espacios verdes y áreas de reserva para futuras expansiones: 105.029m² | 50%

Centro de salud de alta complejidad y emergencias: 6.327m² | 3%

Auditorio: 1.089m² | 1%

Salón de usos múltiples: 1.648m² | 1%

Polideportivo: 5.565m² | 2%

Vivienda social: 50.621 | 24%

Comercio: 10.850 | 5%

Para generar la mixtura de usos que mencionamos, proponemos a modo de gradiente desde la ciudad al bosque, la ubicación de los siguientes usos:

-Viviendas sociales para reubicar familias de los asentamientos irregulares

-Corredor comercial y de oficinas

-Edificios públicos con diferentes usos sociales y culturales: Hospital de alta complejidad; Centro de Rehabilitación y Polideportivo; SUM; Auditorio.

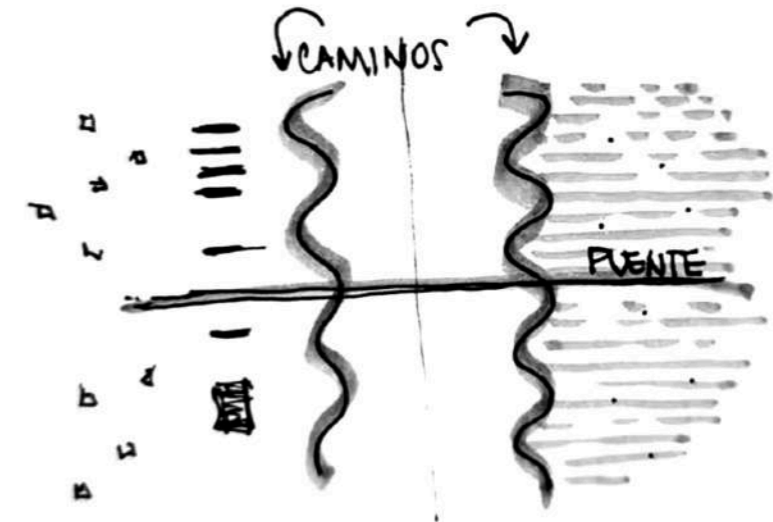
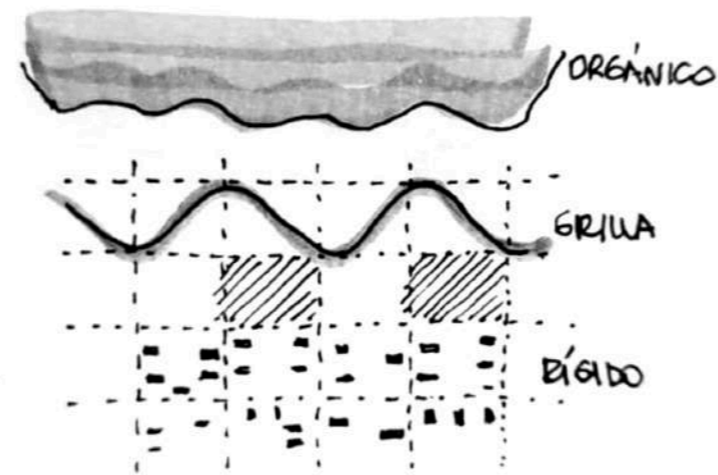
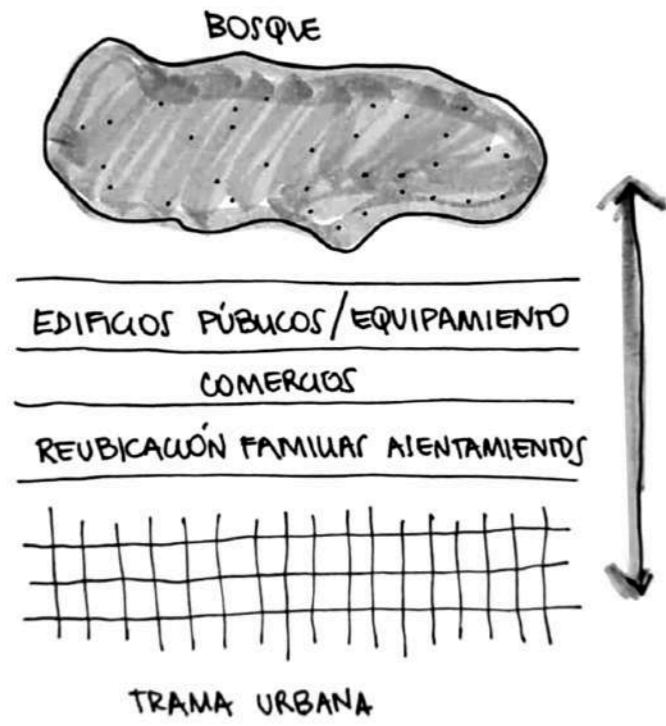
Además, proponemos un puente por el que se llega de la ciudad

al bosque, el cual además funciona como acceso a los últimos dos edificios, y se integra a una continuidad de caminos y recorridos entre la ciudad y el bosque, generando la transición entre los mismos con usos de ocio y esparcimiento.

Por otro lado, dejamos áreas vacantes destinadas a una posible futura expansión tanto del hospital como del centro de rehabilitación. Ya que hoy se encontraría como terreno libre, proponemos en ella "islas programáticas", es decir, usos públicos con la característica de ser desmontables (juegos para niños, gimnasio al aire libre, skatepark, etc).

Por último, proponemos la delimitación de Áreas de Reserva para futuros planes de detalle.

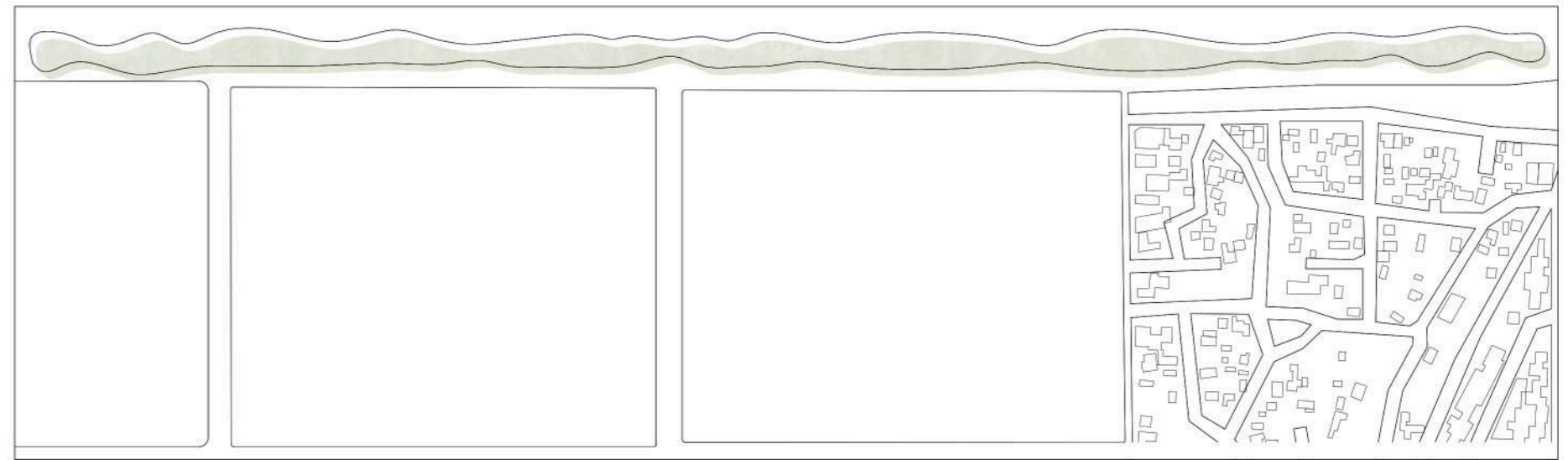
Para generar esta transición que fue el punto crítico del proyecto, entre una trama de la ciudad recta y consolidada, y un espacio natural y orgánico con la dimensión que tiene el Bosque de los Constituyentes, utilizamos una grilla organizadora del proyecto, de 15 x 15 metros, a partir de la cual, se organizan tanto los edificios, como los caminos que empiezan a ser orgánicos pero a partir de estos ejes que vienen de la ciudad, y hasta incluso, a partir de ella, se ubican los árboles.



PROYECTO ARQUITECTÓNICO

ESTADO ACTUAL:

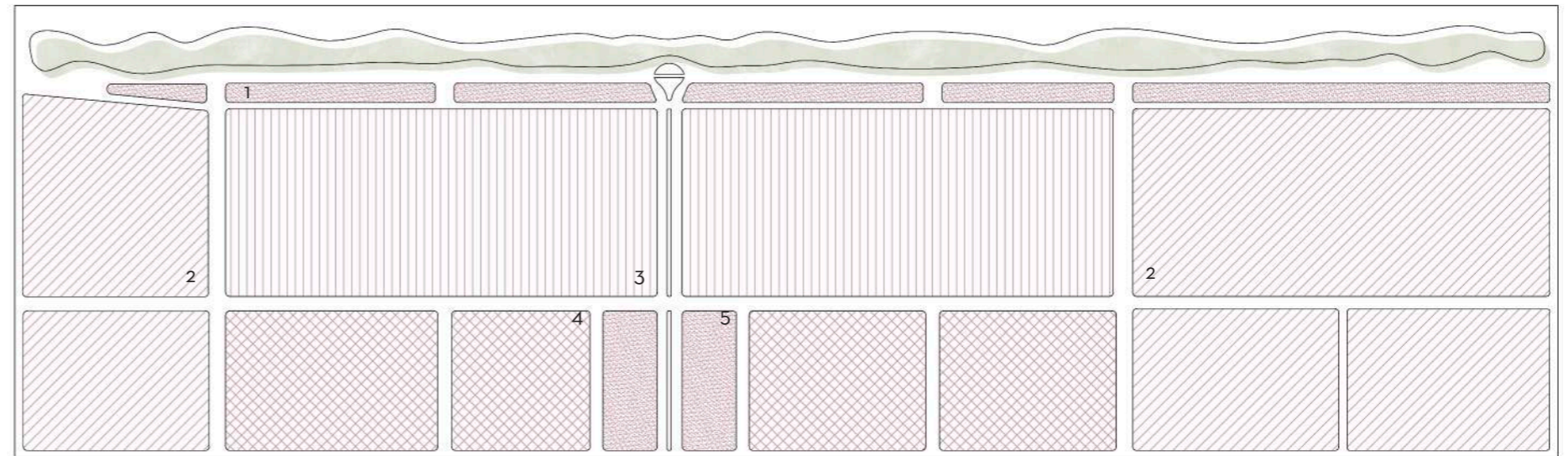
El terreno a intervenir se encuentra vacante de usos, y presenta un entorno heterogéneo donde conviven distintas escalas: hacia el Norte, el paisaje natural y orgánico del Bosque de los Constituyentes; hacia el sur, la trama urbana de baja densidad mayormente residencial; al Oeste, grandes industrias y equipamientos Sobre Av. Circunvalación; y hacia el Este, asentamientos irregulares densos.



DELIMITACIÓN MANZANAS:

Se subdivide el terreno, generando diversas macromanzanas, generando una zonificación de usos que van a formar parte del plan maestro para la intervención del sector analizado. Entre ellos:

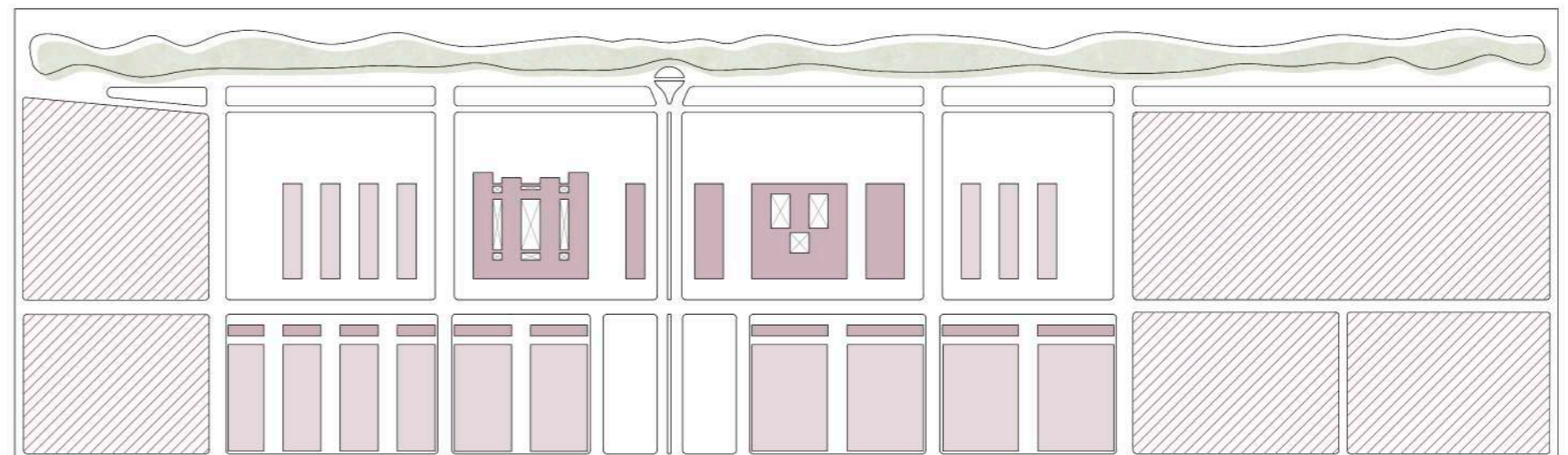
1. Boulevard verde (para otorgar escala humana a Av. Sorrento)
2. Áreas de reserva para plan de detalle.
3. Terreno a intervenir.
4. Edificios de uso comercial y oficinas | Loteo viviendas unifamiliares para reubicar familias de los asentamientos irregulares.
5. Plaza seca.



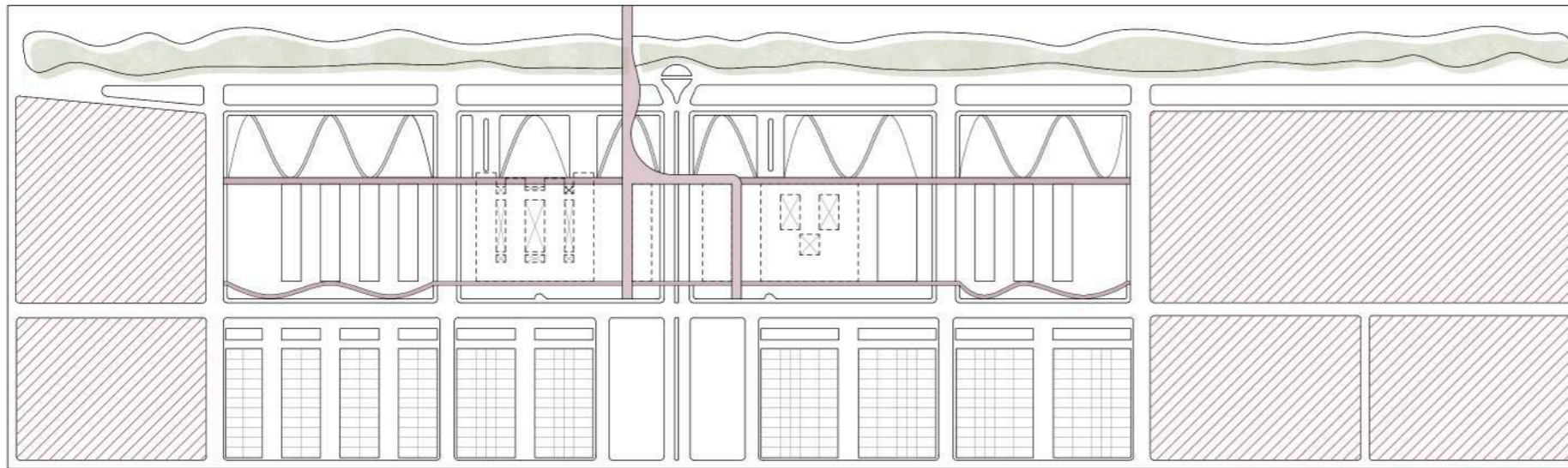
PIEZAS ARQUITECTÓNICAS:

Proponemos la ubicación de estos grandes edificios públicos en base a una grilla proveniente de la ciudad, de manera tal que continúe con la trama urbana y que nuestro terreno muestre una transición entre la escala del bosque y la escala de la ciudad, que por sus usos, sea un lugar de encuentro social.

En base a las necesidades de la población vecina, proyectamos un Centro de Salud de alta complejidad y emergencias, un Auditorio, un Salón de usos múltiples, un Centro de Rehabilitación y Polideportivo, un Área de reserva para futura expansión del Centro de Salud, un Área de reserva para la futura construcción de un Centro de Educación, edificios de uso comercial y oficinas, y loteo para viviendas individuales.



PROYECTO ARQUITECTÓNICO

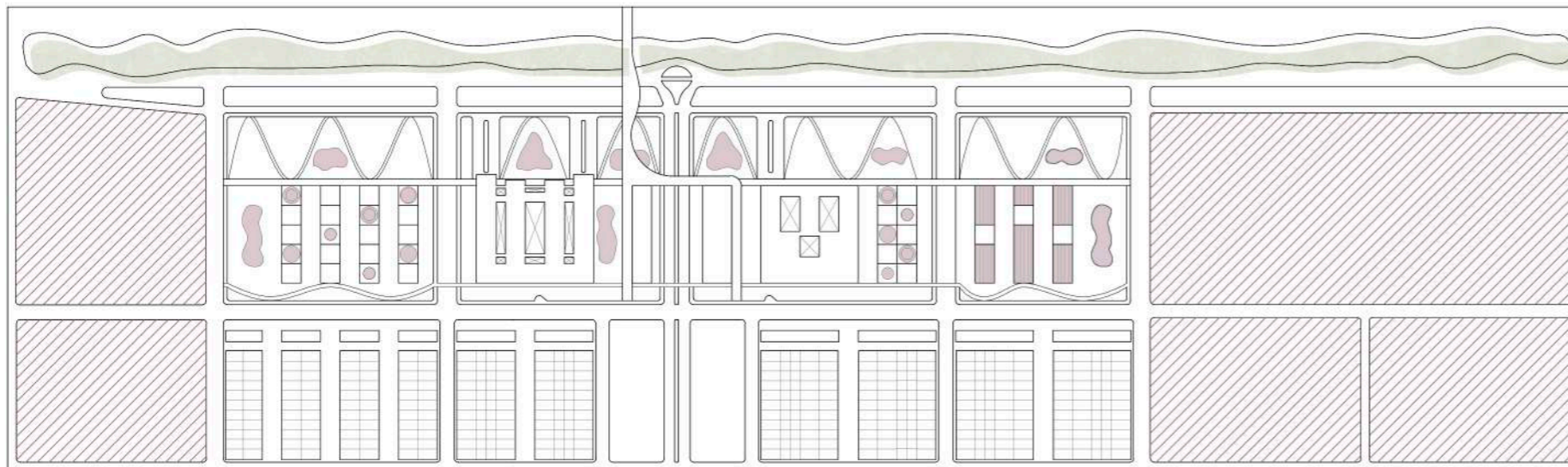


CIRCULACIONES:

Planteamos dos tipos de caminos:

Por un lado caminos lineales sentido E-O, que actúan como conectores de los edificios en cuestión. Por otro lado caminos orgánicos cuyo fin es crear un recorrido peatonal, disfrutando de diversos elementos del paisaje que forman parte de nuestro plan maestro.

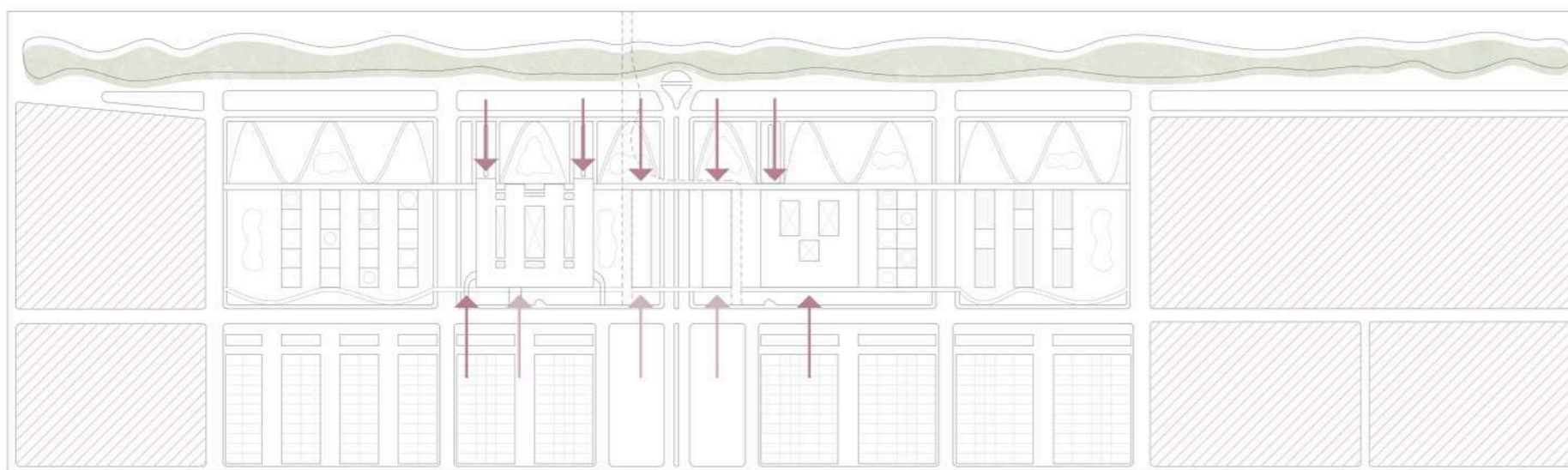
Además, al ser nuestra premisa la idea de transicionar la ciudad y el bosque, proponemos un puente que atraviesa el terreno en sentido N-S y conecta la trama urbana con el entorno natural.



ELEMENTOS DEL PAISAJE:

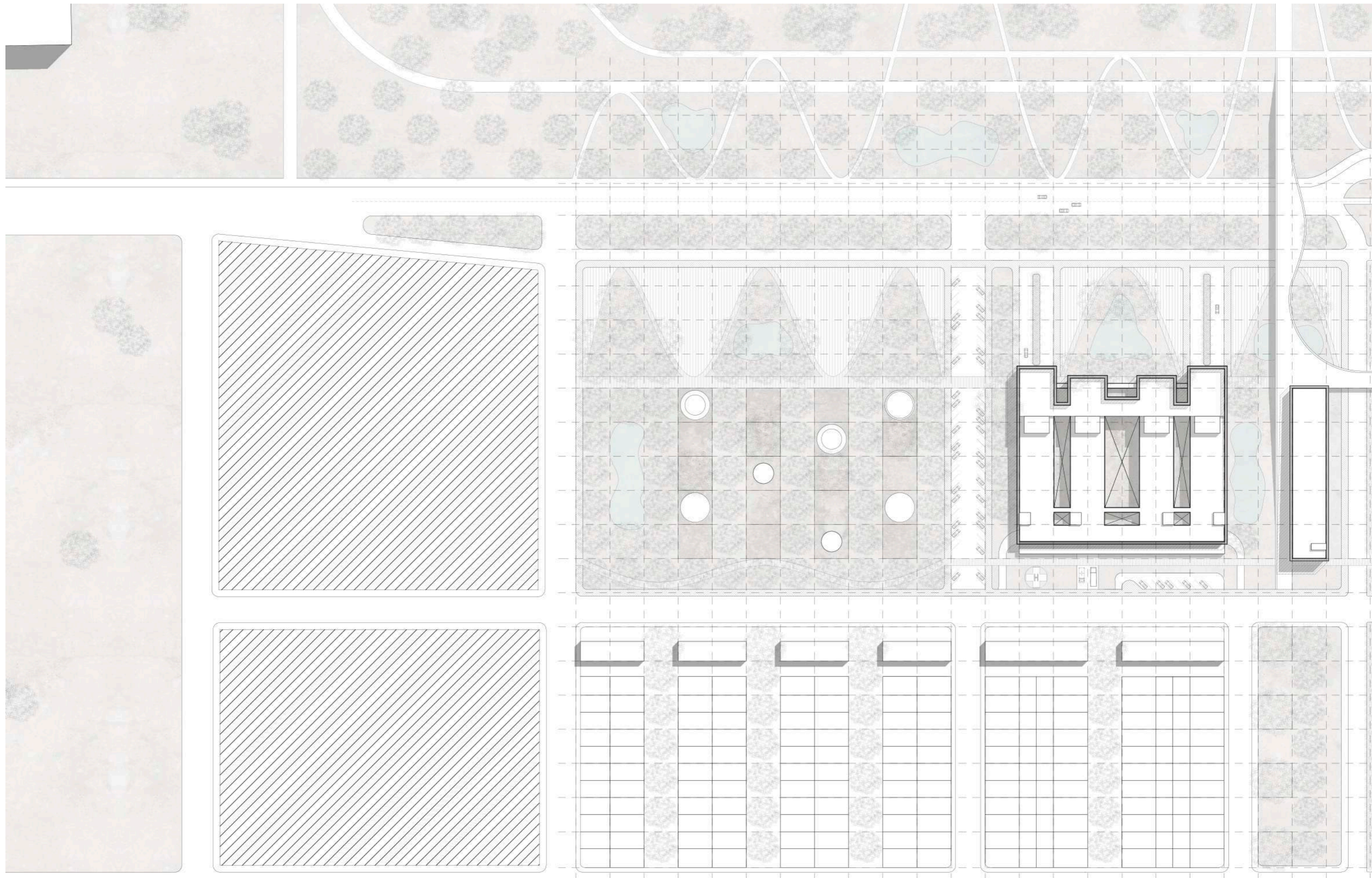
Al encontrarnos con un terreno inundable, proponemos la incorporación de reservorios en distintos puntos del plan maestro, ya que no sólo son funcionales por dicha característica, sino también porque potencian el paisaje natural.

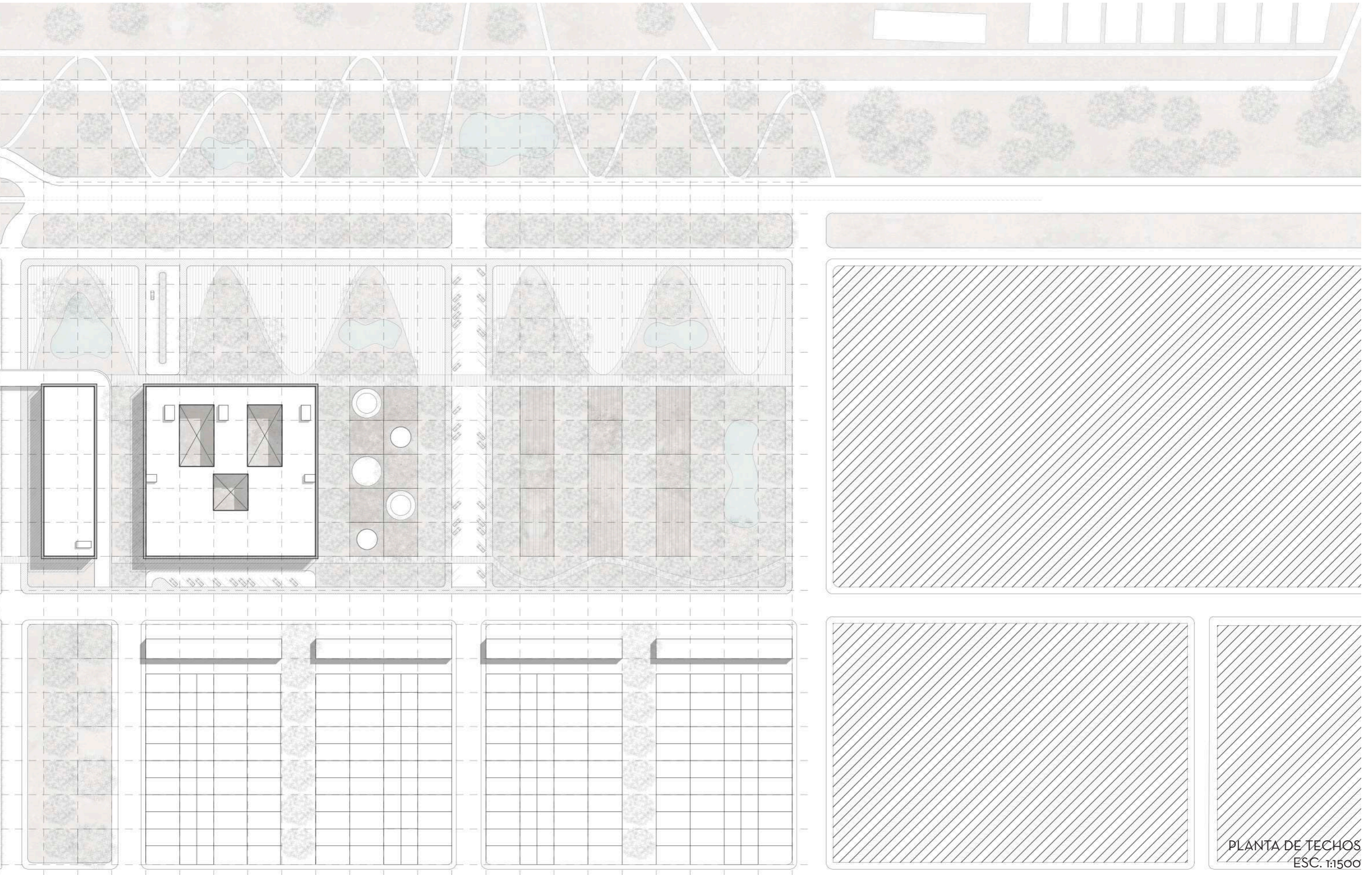
En las áreas de reserva para futuros programas, planteamos la incorporación de islas programáticas realizadas con mobiliario desmontable. Son pensadas para favorecer las apropiaciones espontáneas y que sean escenarios de diversas actividades



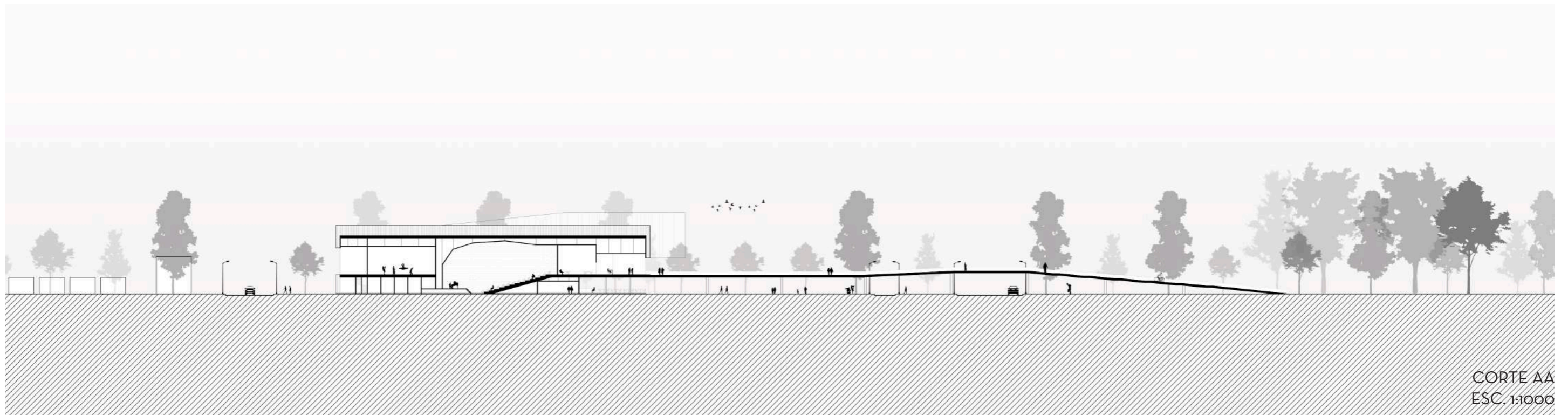
FRENTE DE ATAQUE:

Se plantean dos frentes de ataque hacia los edificios propuestos. Por un lado, desde el norte se plantean los ingresos principales a aquellos edificios que recibirán un flujo de circulación más variado, como es el hospital y el centro de rehabilitación; y por el sur se plantean los ingresos a aquellos edificios que se caracterizan por tener un rol más ligado al barrio, como el polideportivo, auditorio, sum, etc.

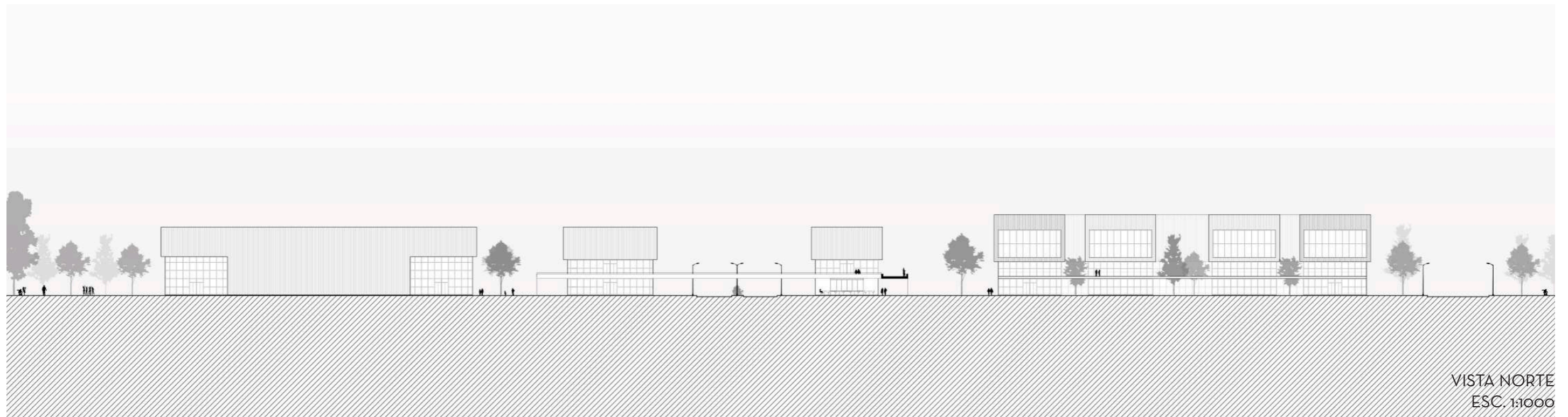




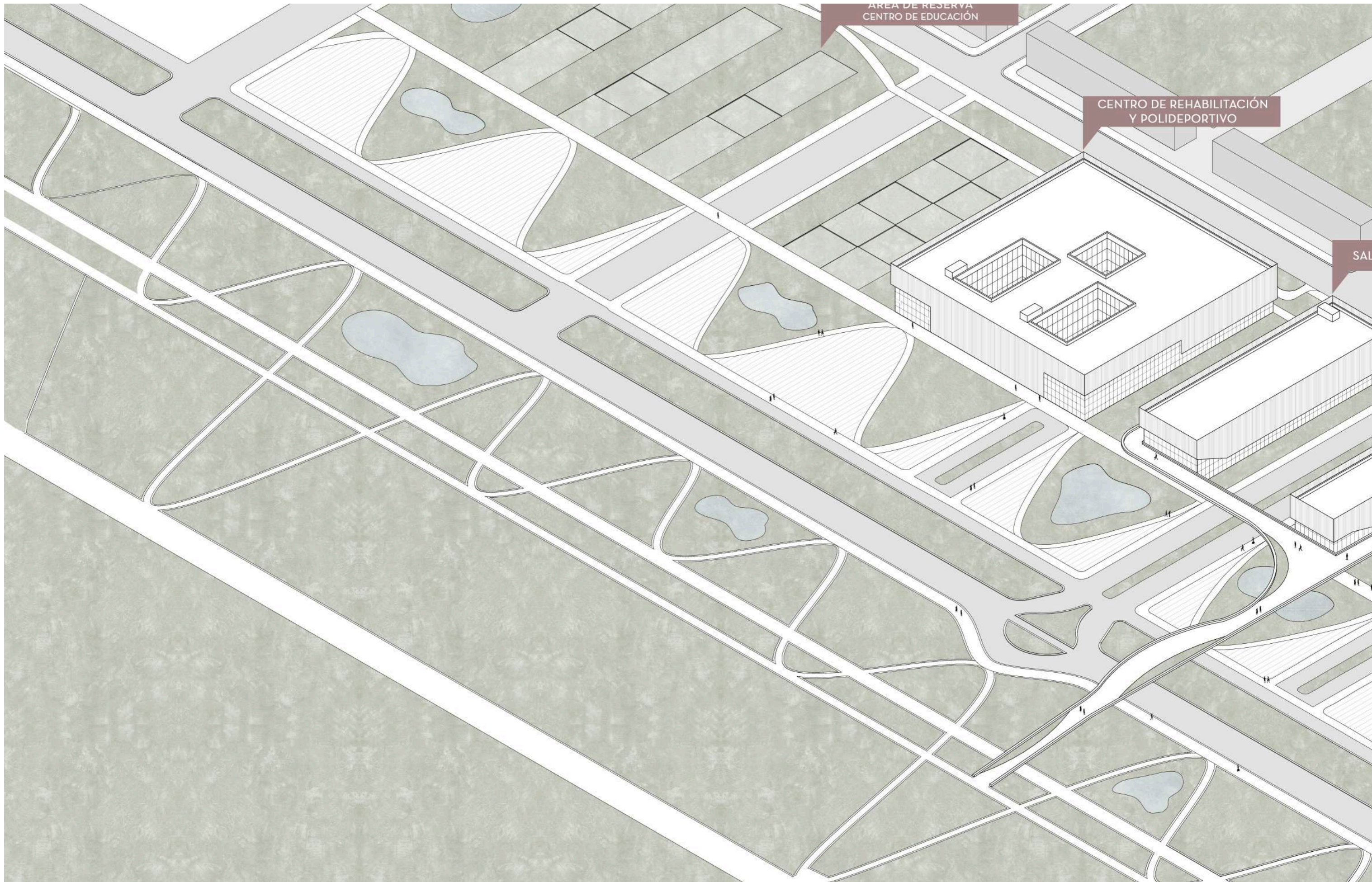
PLANTA DE TECHOS
ESC. 1:1500

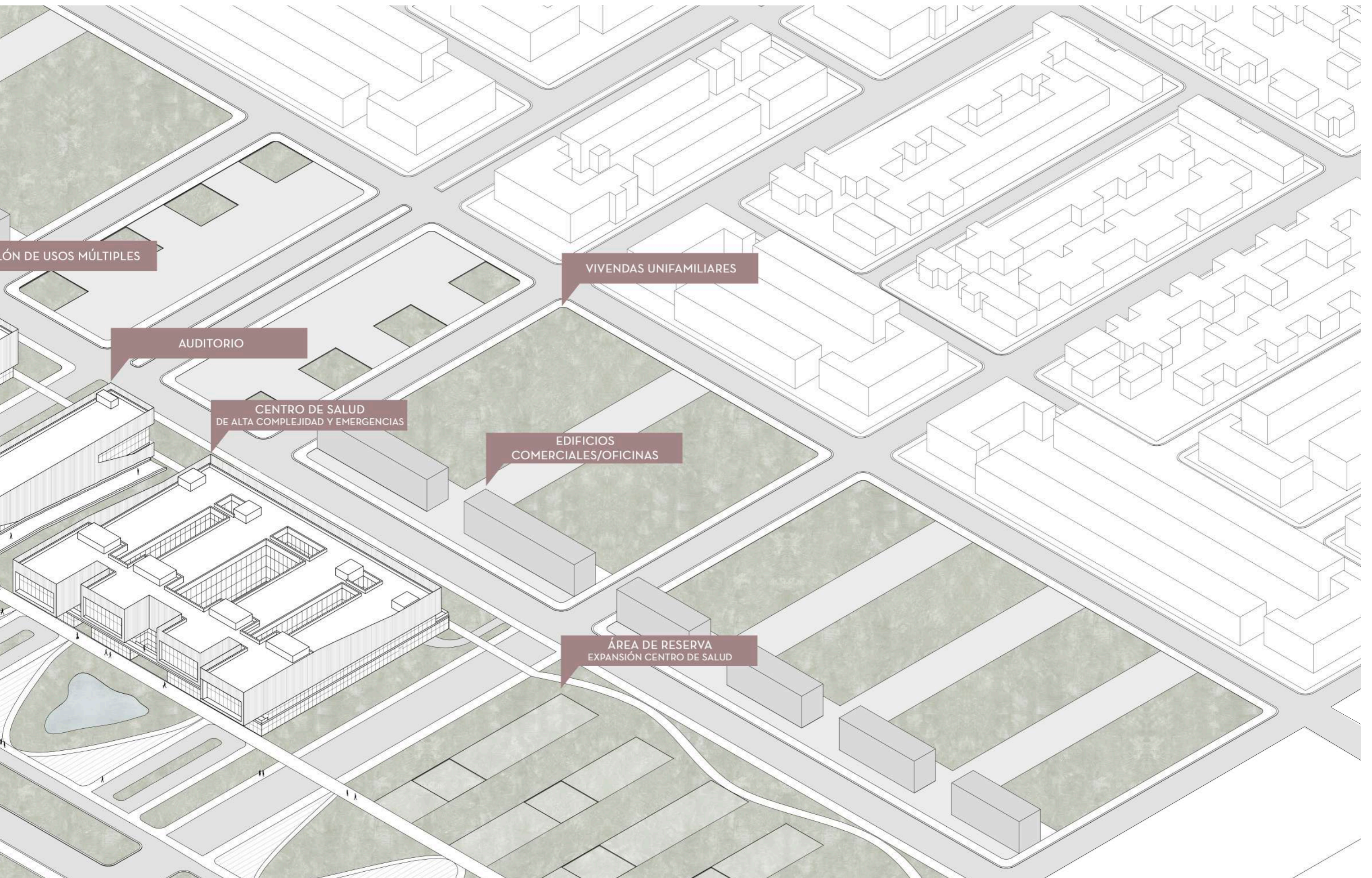












Desde el comienzo del proyecto, estábamos seguras de que para empezar una transformación primero teníamos que entender cuáles eran los intereses y las necesidades de los verdaderos protagonistas de cualquier proyecto: las personas que lo habitaran.

Todo cambio en la infraestructura de una ciudad es, en sí mismo, un cambio social. Aquello que construimos nos construye a nosotros, y por ello debemos ser conscientes de la responsabilidad que implica planificar intervenciones, ya sean de corto, mediano o largo plazo.

La manera en que diseñamos las ciudades impacta directamente en nuestro estilo de vida, en cómo nos comportamos, en nuestro estado de ánimo, y en cómo aprovechamos el tiempo.

El paisaje urbano se define por su morfología: la manera en que los diferentes componentes que lo conforman se relacionan entre sí, respondiendo a medidas y proporciones que garantizan al ciudadano una experiencia cotidiana fácil y eficiente.

Nuestro paisaje urbano se define a partir de los siguientes elementos:

PUENTE:

Una de las principales ideas proyectuales a escala urbana que surgió al hacer esta intervención fue generar una transición entre la trama urbana y el bosque ya que Av. Sorrento actúa como un límite entre ambos escenarios tan distintos. Es por esta razón que diseñamos un parque público elevado, cuyo fin es responder a necesidades o solicitudes por parte de la población, en este caso, conectar.

Este elemento, además de acercar lugares, unir caminos o comunicar dos espacios geográficos distantes se convierte en un lugar de encuentro para los ciudadanos y beneficia a la ciudad al incrementar su densidad verde y generar una conexión entre esta y el bosque.

CAMINOS Y PISOS:

El proyecto urbano cuenta con una serie de caminos y pisos que forman parte de los recorridos públicos. Por un lado se proponen dos caminos principales rectos, conectando en sentido norte-sur todos los edificios de carácter público propuestos.

Para unir los mismos con las veredas, se plantean caminos más orgánicos, que implican recorrido tanto peatonal como de bicicletas.

Se decidió, para estos caminos, utilizar un piso absorbente alis-tonado de hormigón. Entre los listones, crece el pasto, y a modo de gradiente, a partir de la separación de los mismos, se genera una transición entre los pisos llenos, y los espacios verdes.

ISLAS PROGRAMÁTICAS:

Se propone en los sectores destinados a expansión del hospital y del centro de rehabilitación, una serie de usos desmontables, que integran el parque y sus recorridos (gimnasio al aire libre, juegos para niños, skate park, etc).

PARQUE:

Tipología de espacio público de gran superficie que forma parte del subsistema de espacios verdes de escala metropolitana. Estos espacios son aptos para desarrollar actividades culturales, sociales, deportivas y/o comerciales. Prestan importantes servicios ambientales al entorno urbano.

MACROMANZANAS:

- Potencia la movilidad peatonal y ciclista.
- Mitiga la isla de calor urbano.
- Incrementa la biodiversidad en la ciudad al incorporar arbolado.
- Disminuye la contaminación sonora.
- Mejora la calidad ambiental.

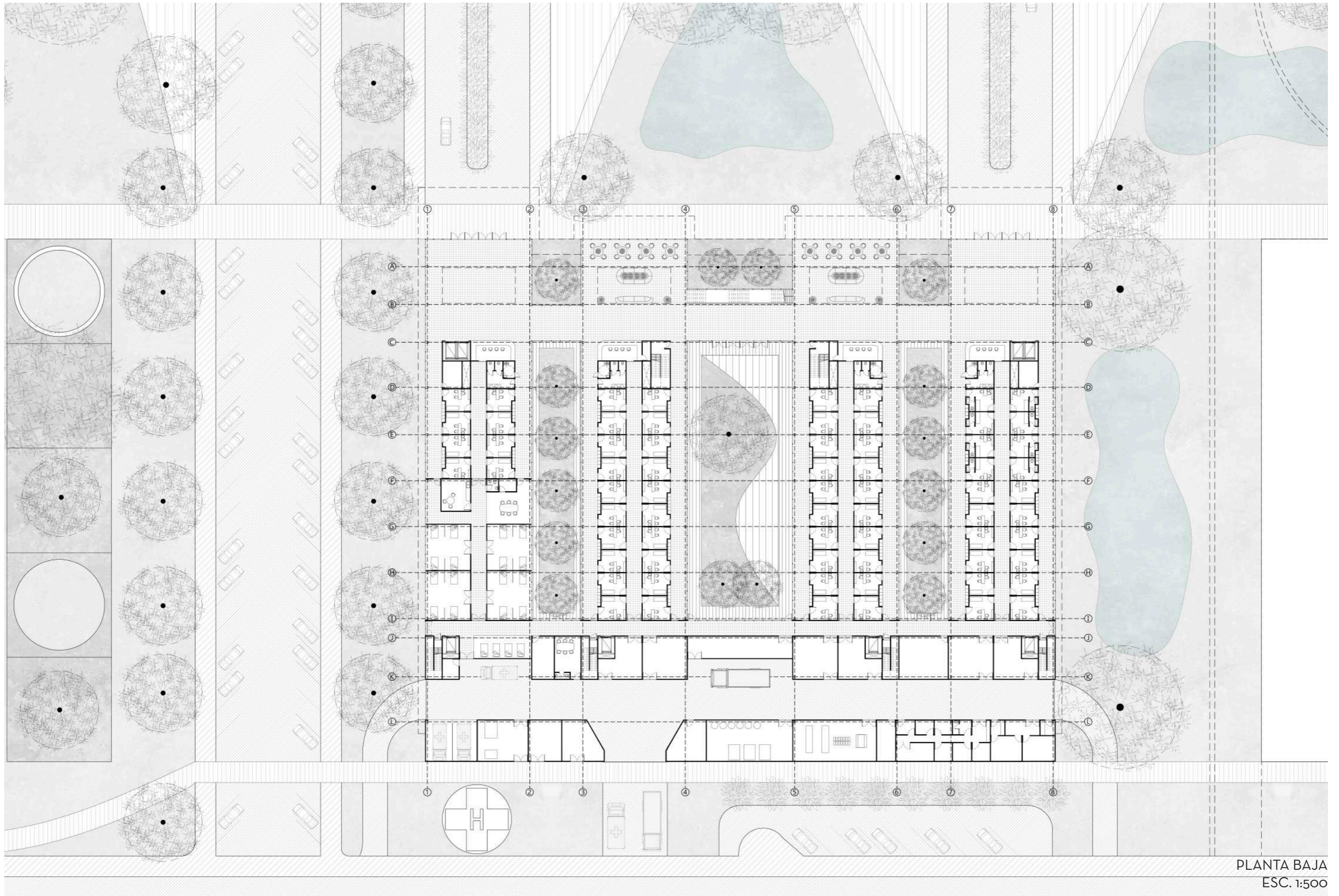
ÁRBOLES NATIVOS:

- Favorecen la biodiversidad, ofreciendo alimento y refugio a innumerable cantidad de especies de aves e insectos.
- Tienen valor ornamental por su floración y/o follaje.
- Cumplen funciones ambientales: moderan temperaturas, y vientos, retardan el escurrimiento superficial, oxigenan el aire reteniendo carbono, retienen polvo atmosférico, amortiguan la contaminación sonora y visual.
- Son de fácil cultivo y propagación.
- Adaptados al clima local.
- Resistentes a plagas y enfermedades.







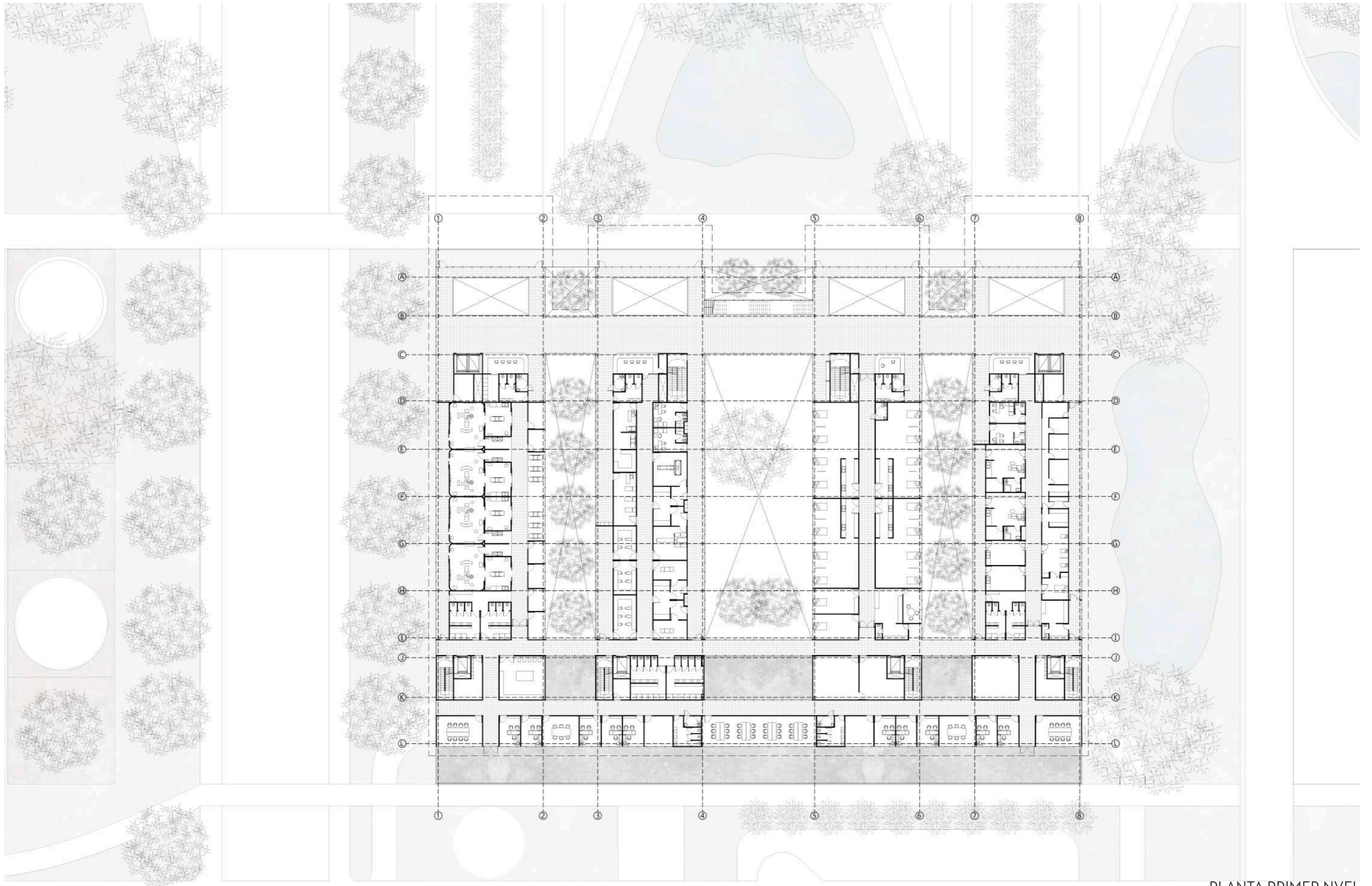


PLANTA BAJA
ESC. 1:500

Planta baja 5.375m² | 100%

Circulaciones 1.381 | 26%
Servicios: 1.539 | 29%
Consultorios: 1.843 | 34%
Emergencias: 612 | 11%

PROYECTO ARQUITECTÓNICO



PLANTA PRIMER NIVEL
ESC. 1:500

Planta primer piso: 4.356 m² | 100%

Circulaciones 1.151m² | 26%

Servicios: 338m² | 8%

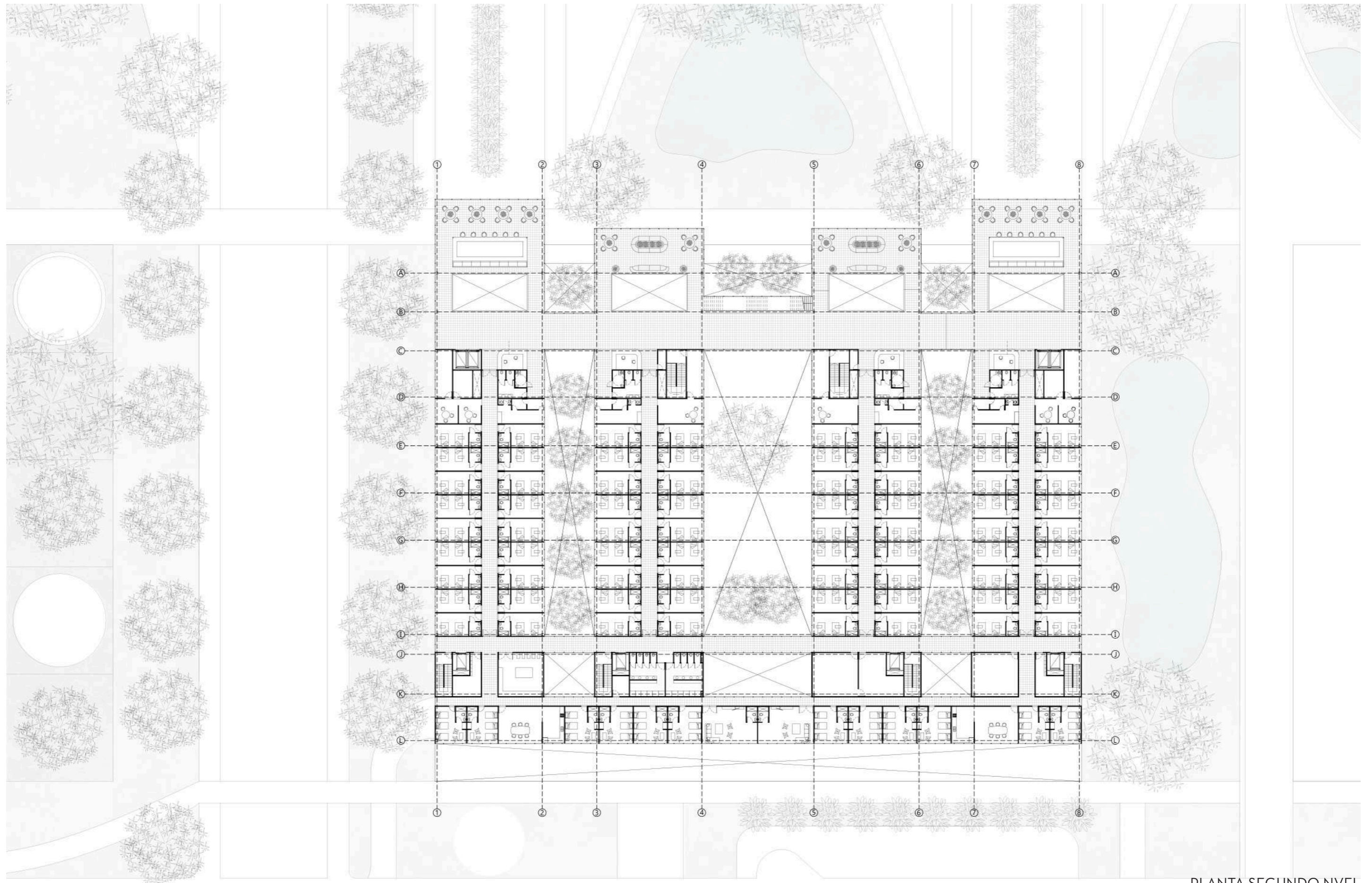
Administración: 441m² | 9%

Quirófanos: 614m² | 14%

Laboratorio e imágenes: 614m² | 14%

Unidad de terapia intensiva: 614m² | 14%

Maternidad: 614m² | 14%



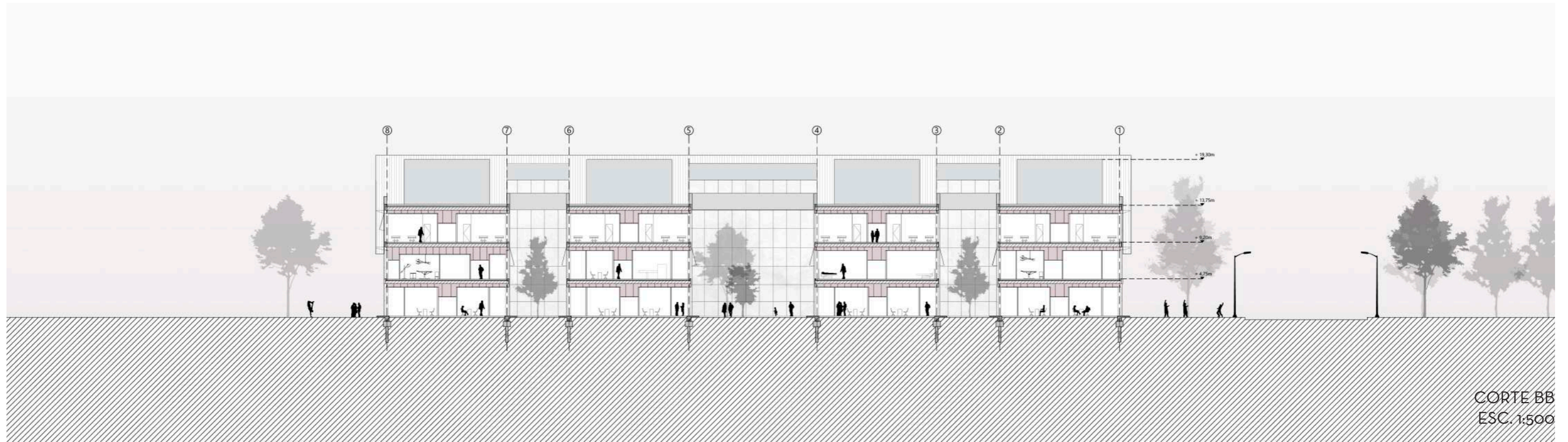
PLANTA SEGUNDO NIVEL
ESC. 1:500

Planta segundo piso: 4.993m2 | 100%

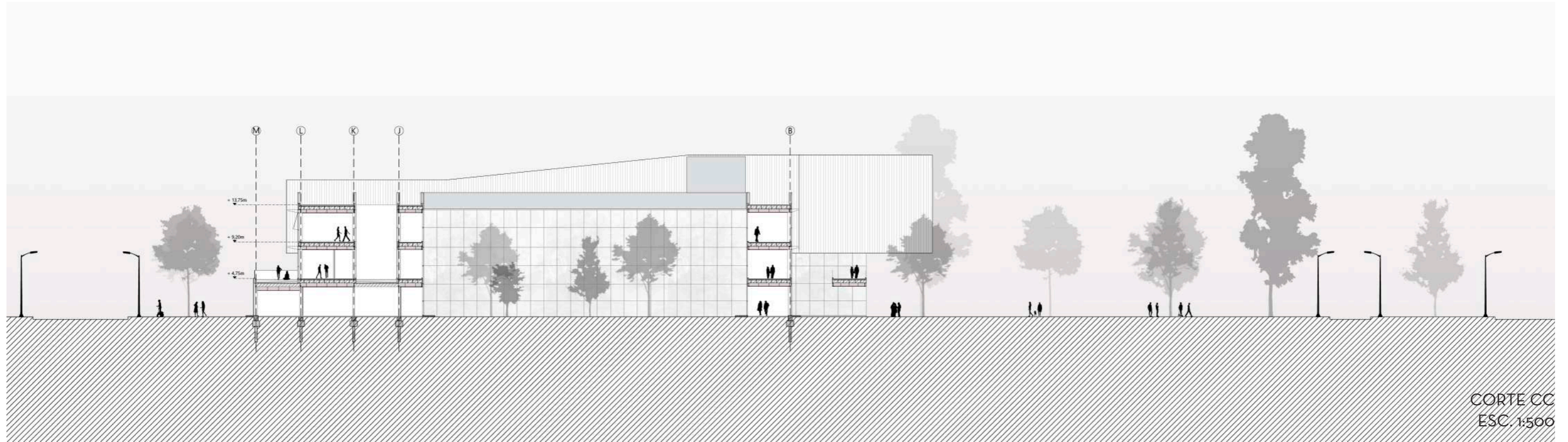
Circulaciones: 1.659 m2 | 33%

Servicios: 878 m2 | 18%

Internación: 2.456m2 | 49%









El diseño de la arquitectura sanitaria es totalmente complejo dada la amplitud de requerimientos que ésta exige. Los arquitectos son los profesionales que tienen la formación y capacidad para lidiar con esta complejidad, de ordenar y proponer espacios adecuados.

La pandemia del COVID-19 nos ha demostrado la importancia de contar con buenos servicios de salud y redes de establecimientos dignos que nos reciban, contengan y se adapten a nuevas necesidades nunca antes conocidas.

Como consecuencia, nos es inevitable reformular, reinventar y replantear cómo pensar a la arquitectura sanitaria del siglo XXI, preparada para afrontar las necesidades actuales y los retos futuros de la medicina. Flexibilidad, modularidad, sostenibilidad, potenciación de la luz natural y la presencia del jardín terapéutico, el verde y la naturaleza son los rasgos de estos espacios centrados en el bienestar de pacientes, familiares y profesionales, gracias a un uso activo de la arquitectura

curativa.

Una estructura que responde a las necesidades presentes (y futuras) del hospital: flexibilidad, fluidez y arquitectura humanizada.

Es fundamental pensar que un hospital tiene que poder adaptarse a distintas situaciones que provoquen su redistribución, crecimiento y adaptabilidad, sin dejar de leerse como un edificio completo en cada una de estas instancias.

Proponemos entonces una tipología de peine cerrado, el cual permite tener distintas “tiras” especializadas e independizadas, y a la vez, una circulación pública y una privada totalmente independizadas.

Para esto, se establece un módulo (en este caso, de 15m x 15m) LIBRE, es decir, sin columnas intermedias, que permite subdividirse de infinitas formas posibles, por lo tanto si en un futuro el edificio buscara adaptarse a nuevas necesidades o incluso cambiar completamente de programa, podría hacerlo gracias a la retícula

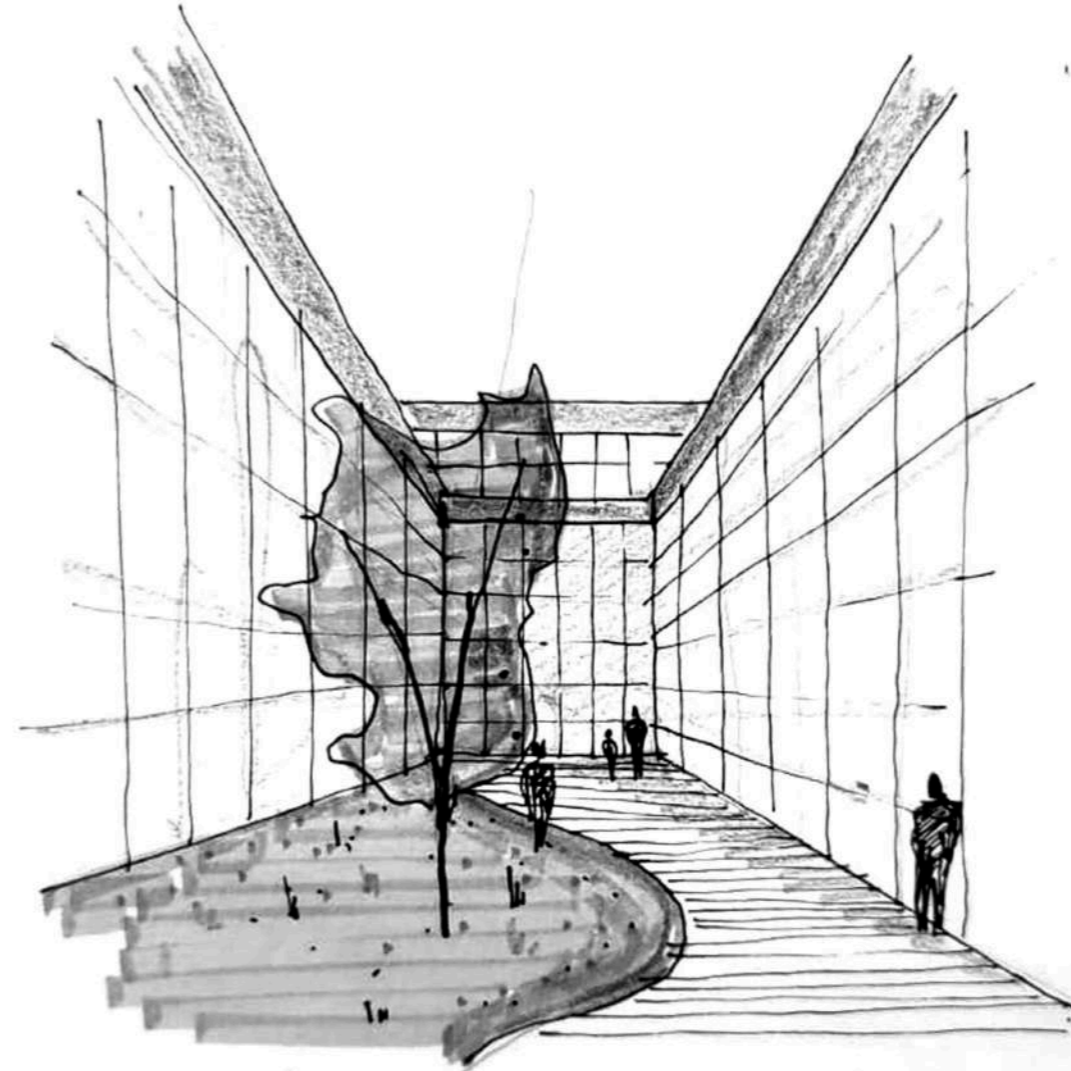
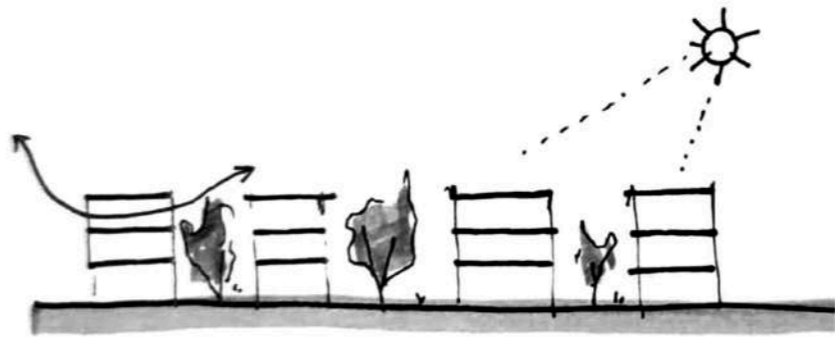
organizadora.

Esta resolución, permite además brindar en todos los espacios del hospital, el elemento fundamental para el confort humano: la luz solar.

Se crean sucesivos patios internos que dividen las “tiras”, y permiten la iluminación y ventilación natural de todas las áreas.

La circulación principal del hospital está estrechamente relacionada con el paisaje. Se generan una serie de recorridos con visuales al bosque siempre con un filtro (la piel), hasta llegar a los remates de las tiras, donde la piel desaparece, y se generan espacios de estar que se materializan como “cuadros” para observar el bosque.

A partir de estas tiras es que el edificio toma mayor altura, materializando una fachada con mayor presencia sobre Av. Sorrento.



RELACIÓN ENTRE ÁREAS

Para el correcto funcionamiento del hospital, existen áreas que deben estar directamente relacionadas con otras:

Por un lado, debe haber áreas de fácil acceso como son los consultorios externos y emergencias. Los consultorios reciben un flujo de personas que tiene mucho mayor tránsito que áreas especializadas. Por lo tanto, su accesibilidad debe ser fácil.

El área de emergencias debe tener una accesibilidad rápida tanto para pacientes que necesitan atención urgente, ya sea que lleguen de forma vehicular, o por helicóptero.

Las áreas de internación deben tener mayor privacidad. No necesitan acceso rápido.

Por ello, proponemos tres niveles, en planta baja consultorios y emergencias, en el segundo nivel internación, y en el primer piso, a modo de "sandwich", ubicamos aquellos usos que van a ser requeridos tanto por el área de emergencias, consultorios e internación, que sería: quirófanos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, maternidad y UTI.

Cada nivel tiene un área de servicios. En planta baja, se ubican todos aquellos servicios que necesitan carga y descarga de insumos y materiales.

PRIVACIDAD DE USOS

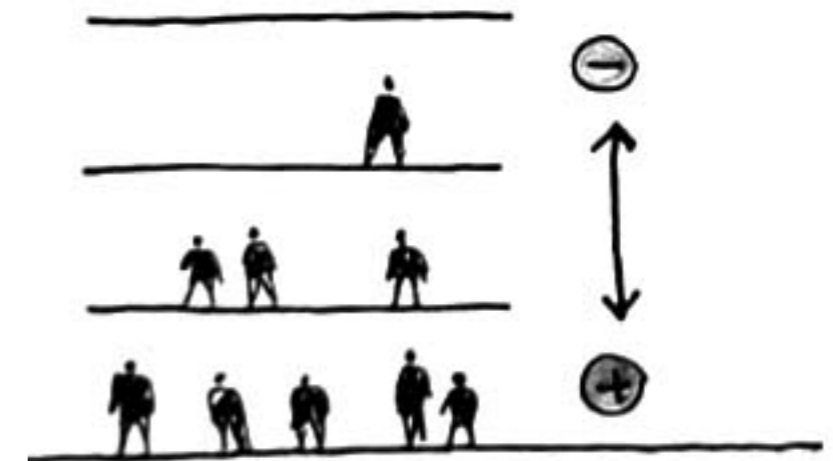
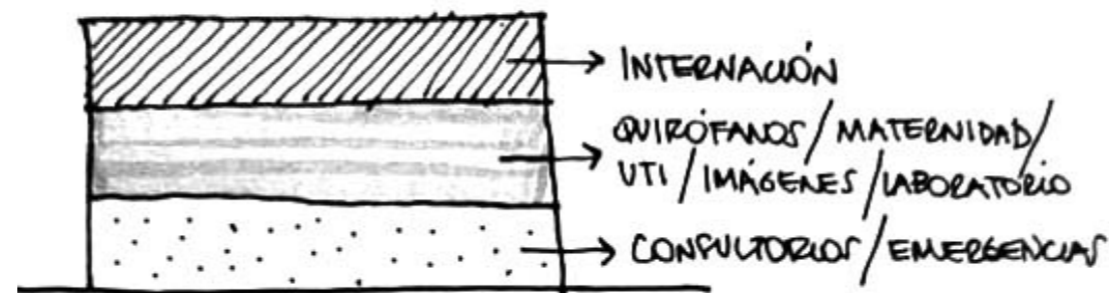
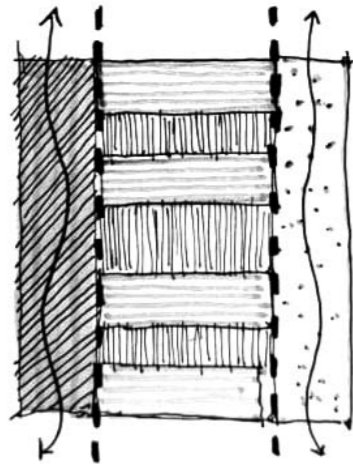
Como mencionamos anteriormente, determinadas áreas del hospital demandan un flujo circulatorio mayor, y otras necesitan menor tránsito de personas y mayor privacidad.

Es por eso que decidimos ubicar en el último nivel las áreas de internación, y con ellas, generar salas de espera de calidad, pensando tanto en el paciente como en las familias visitantes.

PERMANENCIA DEL USUARIO

La horizontalidad es una característica siempre buscada en éste tipo de edificios. Ante la necesidad de incorporar un primer y segundo nivel, se priorizará el programa en planta baja para las áreas que al tener menor permanencia del usuario, tienen un mayor flujo de personas.

En las plantas superiores, se ubican áreas especialidades que retienen al paciente durante uno o varios días, y el flujo de personas se limita al número de pacientes Internados, sus familiares y el personal.





SEGUNDO PISO:

11. BLOQUES INTERNACIÓN

12. SERVICIOS:

- Depósito
- Cocina
- Vestuarios personal
- Esterilización
- Depósito material esterilizado
- Depósito ropa limpia
- Dormis para médicos
- Salas de estar médicos
- Cocina médicos

PRIMER PISO:

4. BLOQUE QUIRÓFANOS

5. BLOQUE LABORATORIO

6. BLOQUE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

7. BLOQUE UTI

8. BLOQUE MATERNIDAD

9. SERVICIOS:

- Depósito
- Cocina
- Vestuarios personal
- Esterilización
- Depósito material esterilizado
- Depósito ropa limpia

10. ADMINISTRACIÓN

PLANTA BAJA:

1. BLOQUE EMERGENCIAS:

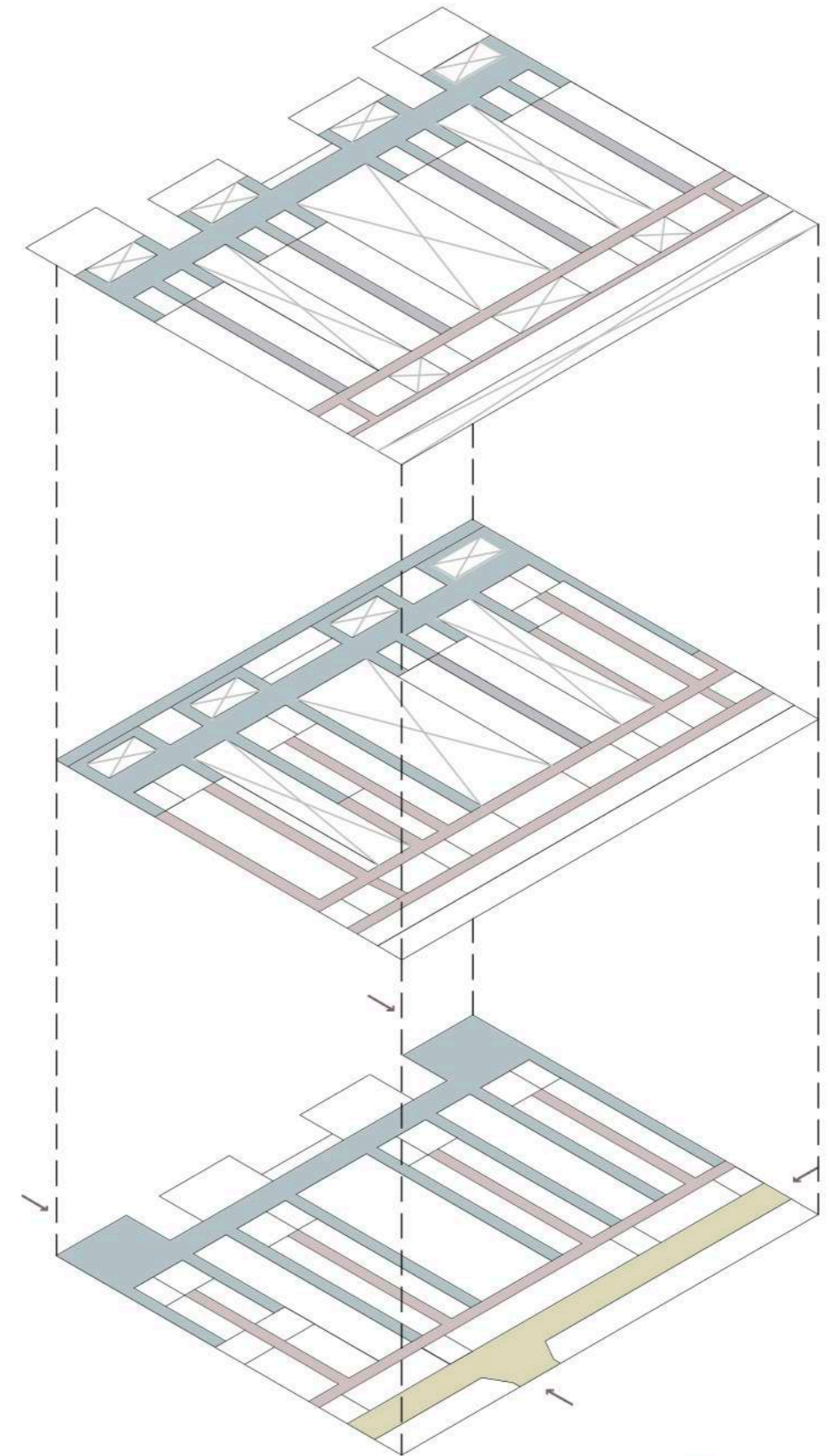
- Recepción
- Consultas
- Enfermería
- Estar médicos
- Observación médicos
- Observación pediátrica
- Shock room
- Sala de procedimientos

2. BLOQUES CONSULTORIOS:

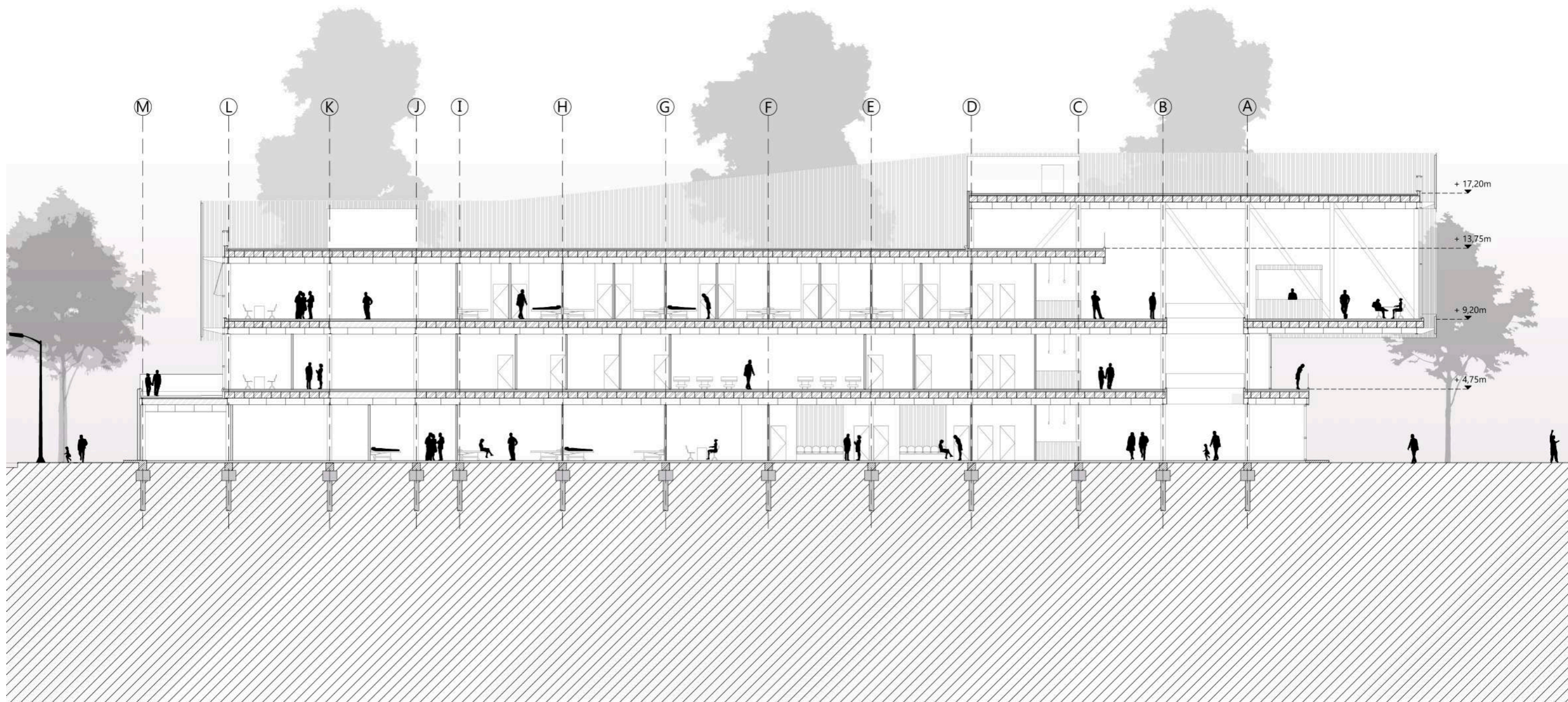
- Consultorios generales
- Consultorios ginecológicos

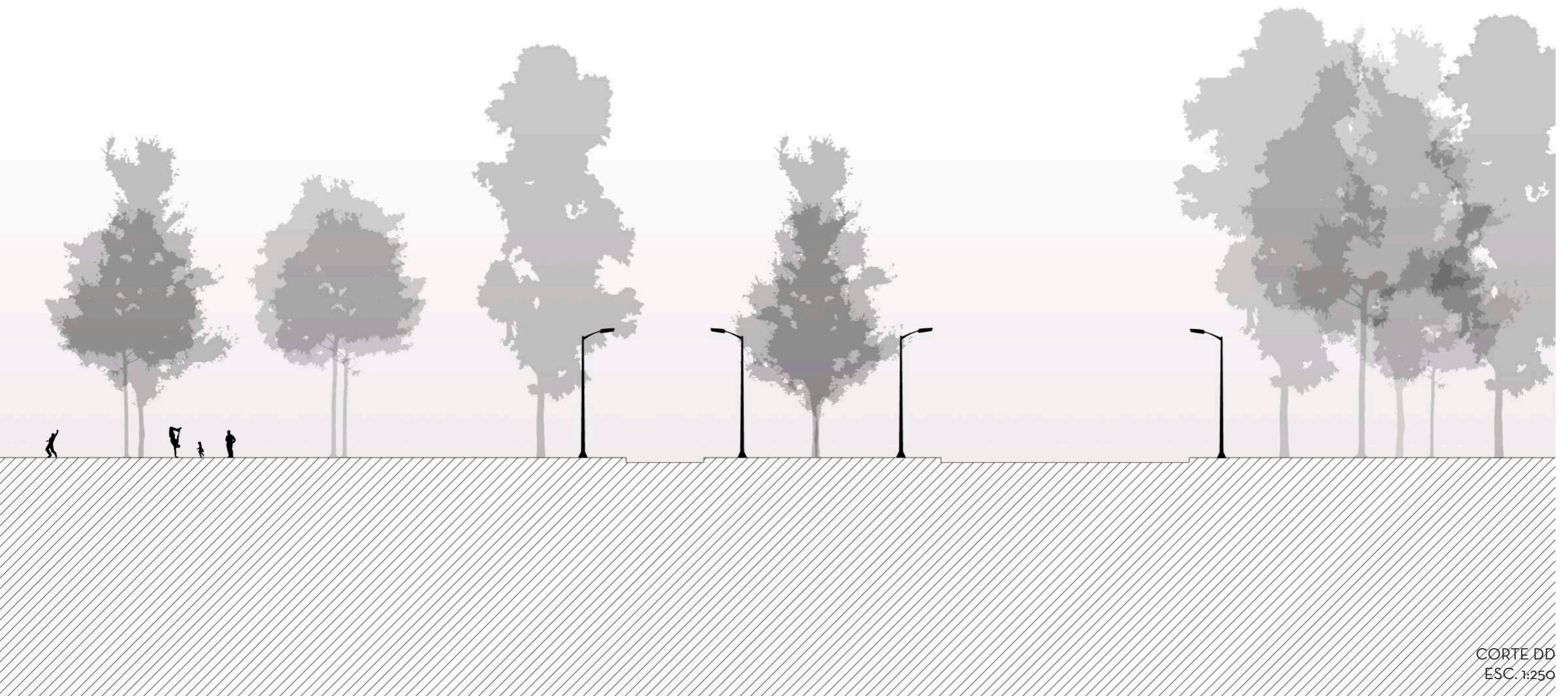
3. SERVICIOS:

- Estacionamiento ambulancia
- Estar personal ambulancia
- Sala de transformadores EPE
- Sala de medidores EPE
- Sala de mantenimiento
- Sala de tanques gases medicinales
- Sala de termomecánica
- Sala de control
- Morgue
- Residuos
- Depósito material esterilizado
- Depósito general
- Almacén ropa limpia
- Clasificación ropa sucia
- Archivo
- Farmacia



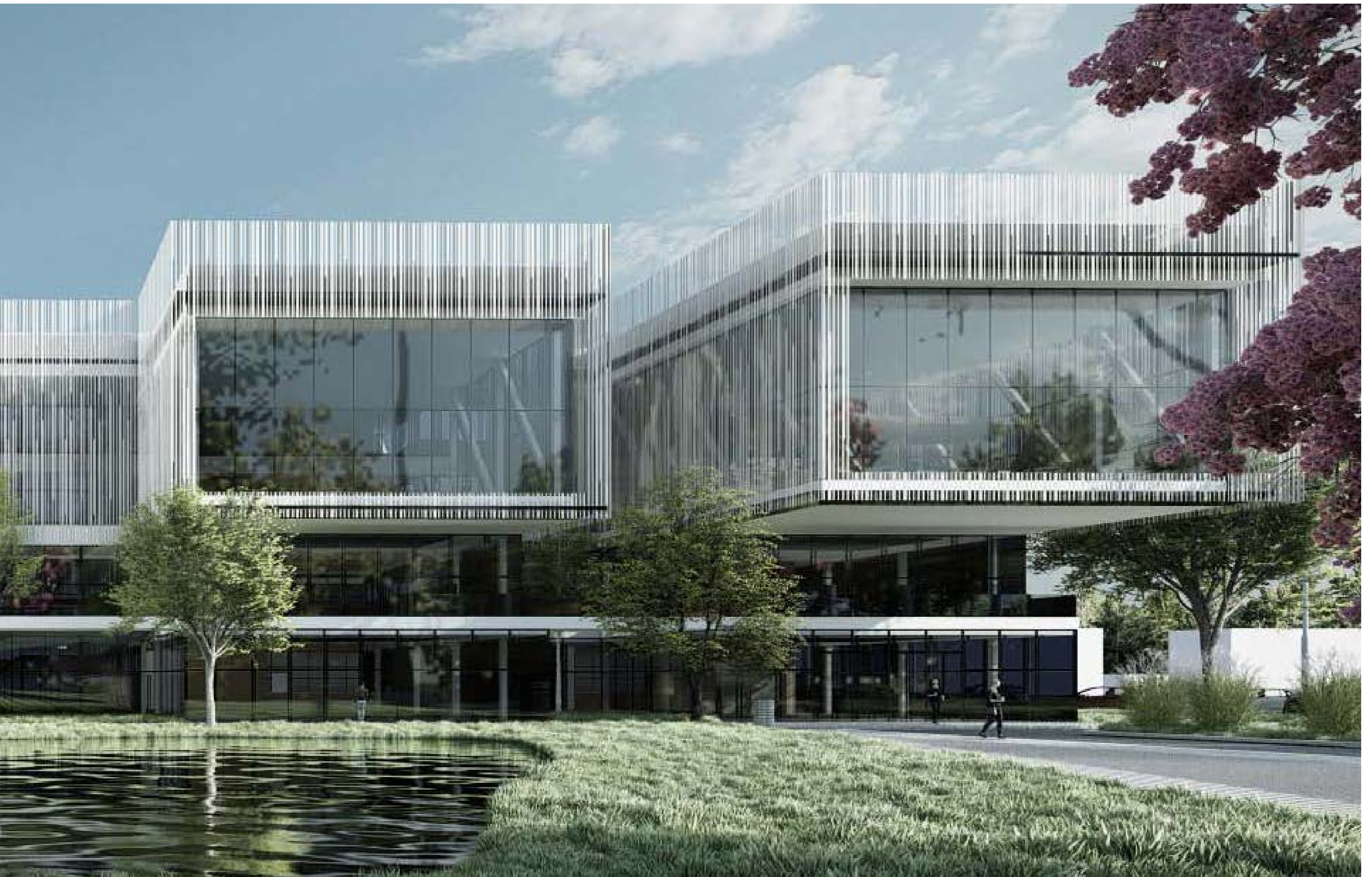
- Circulación vehicular
- Circulación privada
- Circulación pública
- Circulación restringida





CORTE DD
ESC. 1:250





Auditorio

Planta baja: 924m2 | 100%
Bar: 135m2 | 15%
Cocina bar: 135m2 | 15%
Escenario: 170m2 | 19%
Camarines: 172m2 | 19%
Circulaciones: 142m2 | 15%

Salon de usos múltiples

Planta baja: 1575m2 | 100%
Bar: 231m2 | 15%
Cocina bar: 78m2 | 5%
SUM / cancha: 843m2 | 54%
Vestuarios: 103m2 | 7%
Salas de ensayo: 86m2 | 5%

Centro de rehabilitación / polideportivo

Planta baja: 4.625m2 | 100%
Servicios: 382m2 | 8%
Consultorios: 1.242m2 | 27%
Gimnasio: 266m2 | 6%
Cancha futbol de salón: 573m2 | 12%
Piletas de competición y recreativas: 864m2 | 19%
Vestuarios: 124m2 | 3%
Circulaciones: 1.174m2 | 25%



PLANTA BAJA
ESC. 1:500

Auditorio

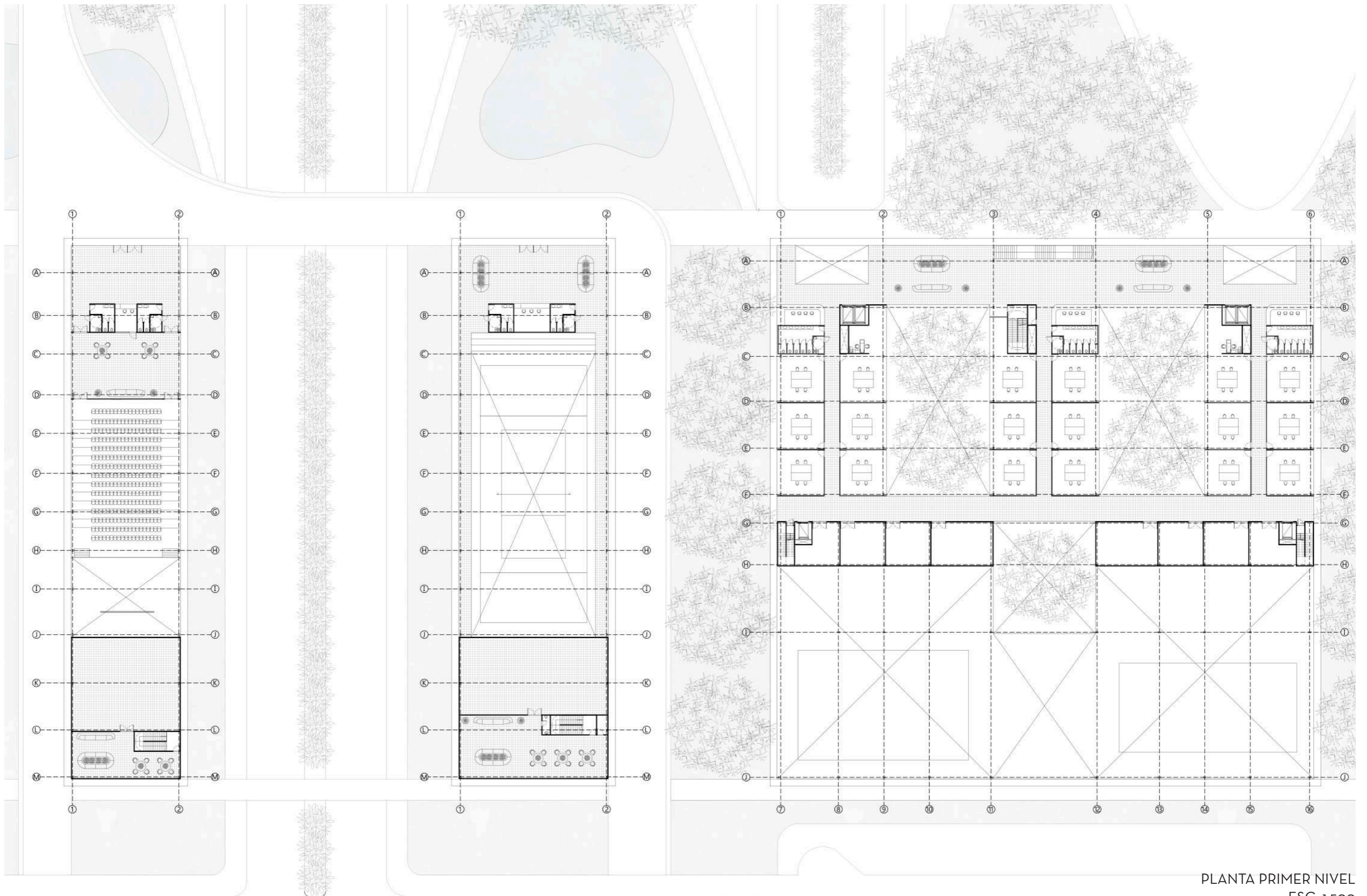
Planta alta: 1.155m² | 100%
Foyer: 332m² | 29%
Sala: 342m² | 30%
Sala de exposiciones: 204m² | 18%
Circulaciones: 619m² | 54%

Salon de usos múltiples

Planta alta: 732m² | 100%
Gradas: 195m² | 27%
Taller: 224m² | 31%
Circulaciones: 313m² | 43%

Centro de rehabilitación / polideportivo

Planta alta: 3.199m² | 100%
Servicios: 382m² | 12%
Salas de investigación: 1.239m² | 39%
Circulaciones y salas de espera: 1.578m² | 49%



PLANTA PRIMER NIVEL
ESC. 1:500





**PROYECTO
TECNOLÓGICO**



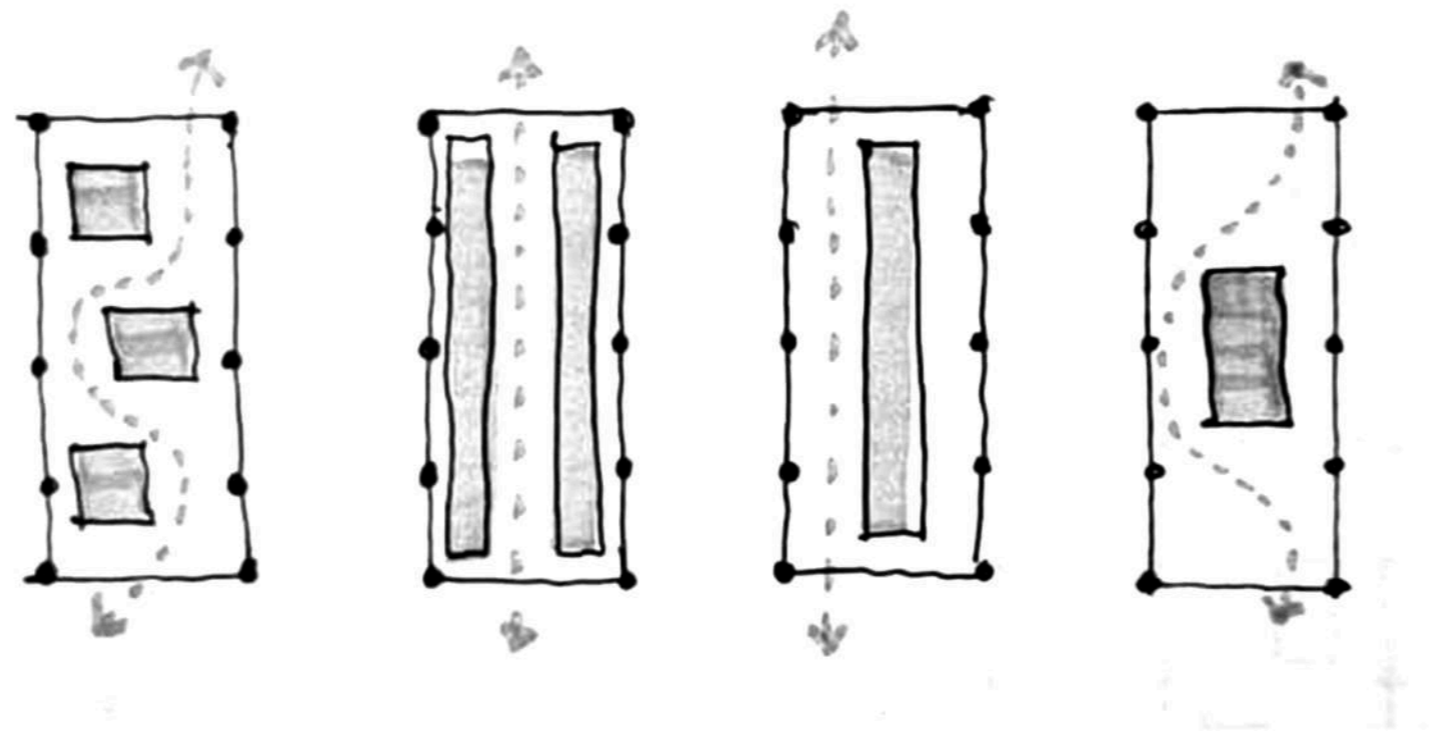
Cada área especializada debe tener distintas dimensiones y sistema circulatorio. El módulo de 15 metros de ancho, sin columnas intermedias permite organizarlo de manera sencilla. Si bien, cada sector es diferente, todos cumplen con una serie de requerimientos:

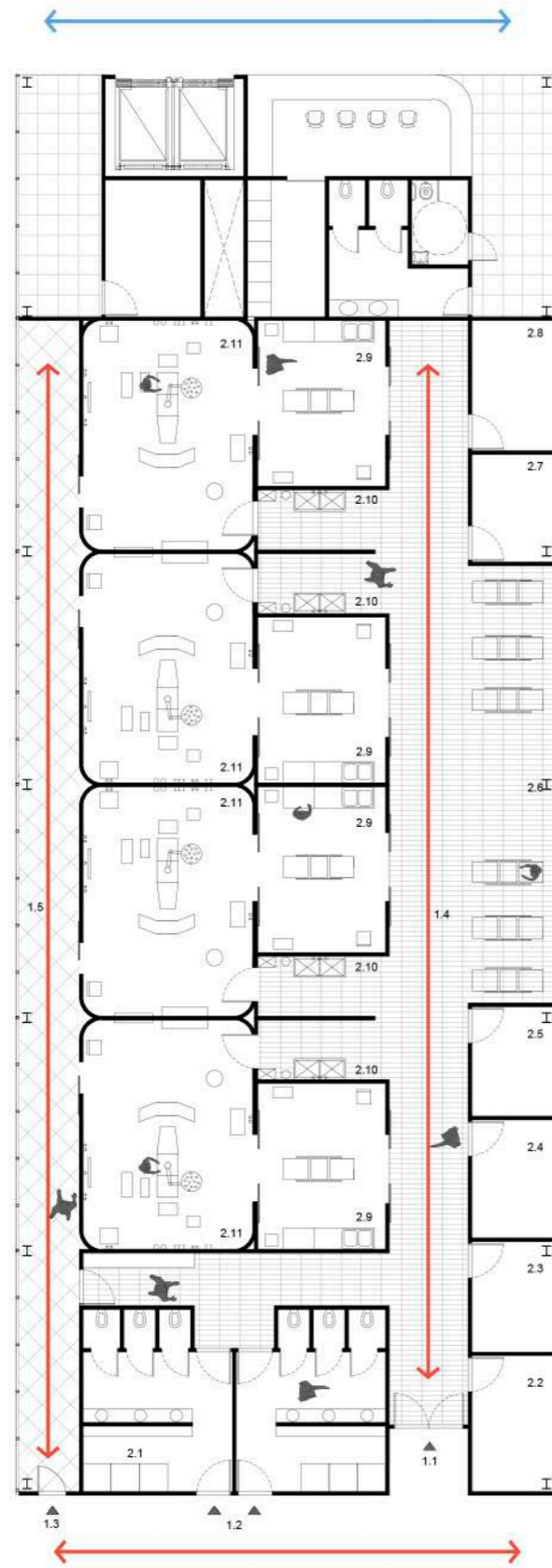
Las circulaciones tienen mínimo 2,20 metros de ancho.

Todas las circulaciones se encuentran separadas según sus usuarios: médicos, pacientes o visitantes, y no se cruzan ni se mezclan.

Todas las áreas tienen un filtro de ingreso, es decir, tienen una recepción donde el personal verifica que tengan turno/ controlan horario de visita/ etc.

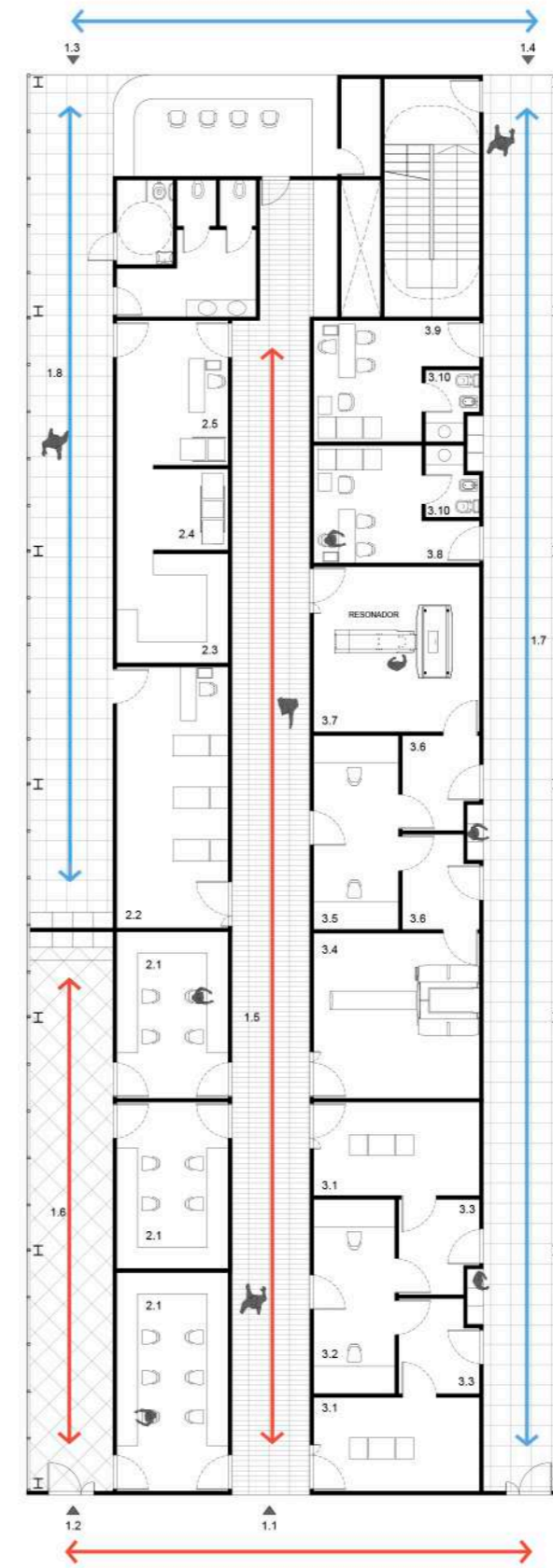
Los núcleos de circulación vertical y sanitarios públicos se encuentran en la punta de cada una de las tiras.





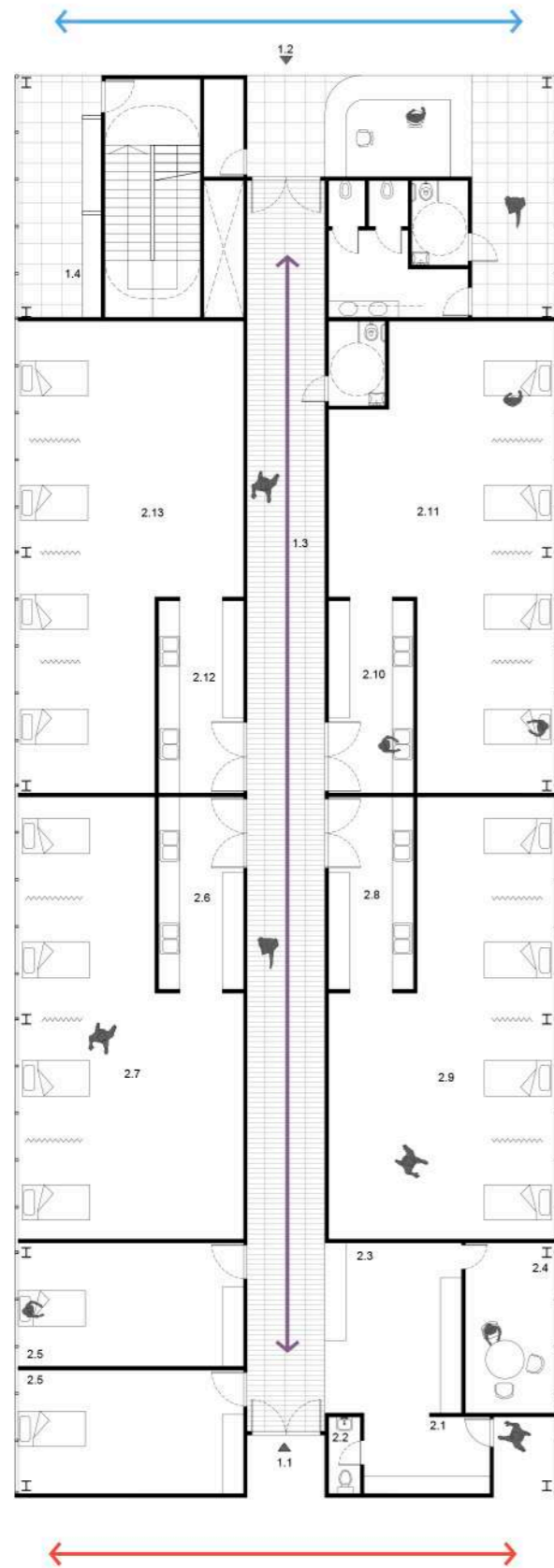
QUIRÓFANOS
ESC. 1:200

- 1)
 - 1.1 Ingreso pacientes
 - 1.2 Ingreso médicos
 - 1.3 Ingreso enfermeros/ personal limpieza
 - 1.4 Circulación limpia
 - 1.5 Circulación sucia
- 2)
 - 2.1 Vestuarios
 - 2.2 Material estéril
 - 2.3 Estar anestésistas
 - 2.4 Estar enfermería
 - 2.5 Estar médicos
 - 2.6 Observación
 - 2.7 Enfermería
 - 2.8 Depósito equipos portátiles



LABORATORIO E IMÁGENES
ESC. 1:200

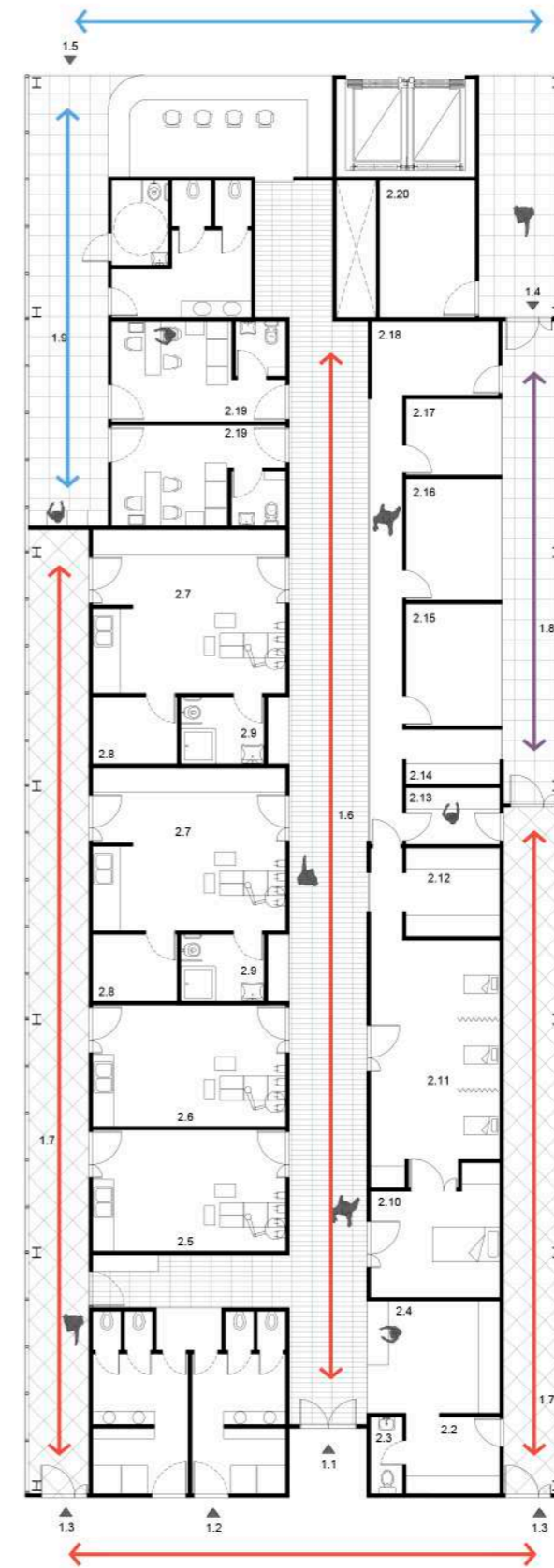
- 1)
 - 1.1 Ingreso médicos/ pacientes internados
 - 1.2 Ingreso personal laboratorio
 - 1.3 Ingreso pacientes laboratorio
 - 1.4 Ingreso pacientes imágenes
 - 1.5 Circulación médicos/ pacientes internados
 - 1.6 Circulación personal laboratorio
 - 1.7 Circulación pacientes imágenes
 - 1.8 Circulación pacientes laboratorio
- 2)
 - 2.1 Laboratorio
 - 2.2 Diálisis
 - 2.3 Banco de sangre
 - 2.4 Extracción en camilla
 - 2.5 Extracción en silla
- 3)
 - 3.1 Sala RX
 - 3.2 Comandos RX
 - 3.3 Vestidor
 - 3.4 Tomógrafo
 - 3.5 Comandos tomógrafo/ resonador
 - 3.6 Vestidor
 - 3.7 Resonador
 - 3.8 Mamografía
 - 3.9 Ecografía
 - 3.10 Baño



UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

ESC. 1:200

- 1)
 - 1.1 Ingreso personal médico
 - 1.2 Ingreso visitantes
 - 1.3 Circulación restringida: médicos/ visitantes
 - 1.4 Lockers para visitantes
- 2)
 - 2.1 Área sucia
 - 2.2 Baño
 - 2.3 Área limpia/ enfermería
 - 2.4 Sala de reuniones
 - 2.5 UTI aislados
 - 2.6 Enfermería UTI 1
 - 2.7 UTI 1 adultos
 - 2.8 Enfermería UTI 2
 - 2.9 UTI 2 pediátrica
 - 2.10 Enfermería UTI 3
 - 2.11 UTI 3 coronaria
 - 2.12 Enfermería UTI 4
 - 2.13 UTI 4 adultos



MATERNIDAD

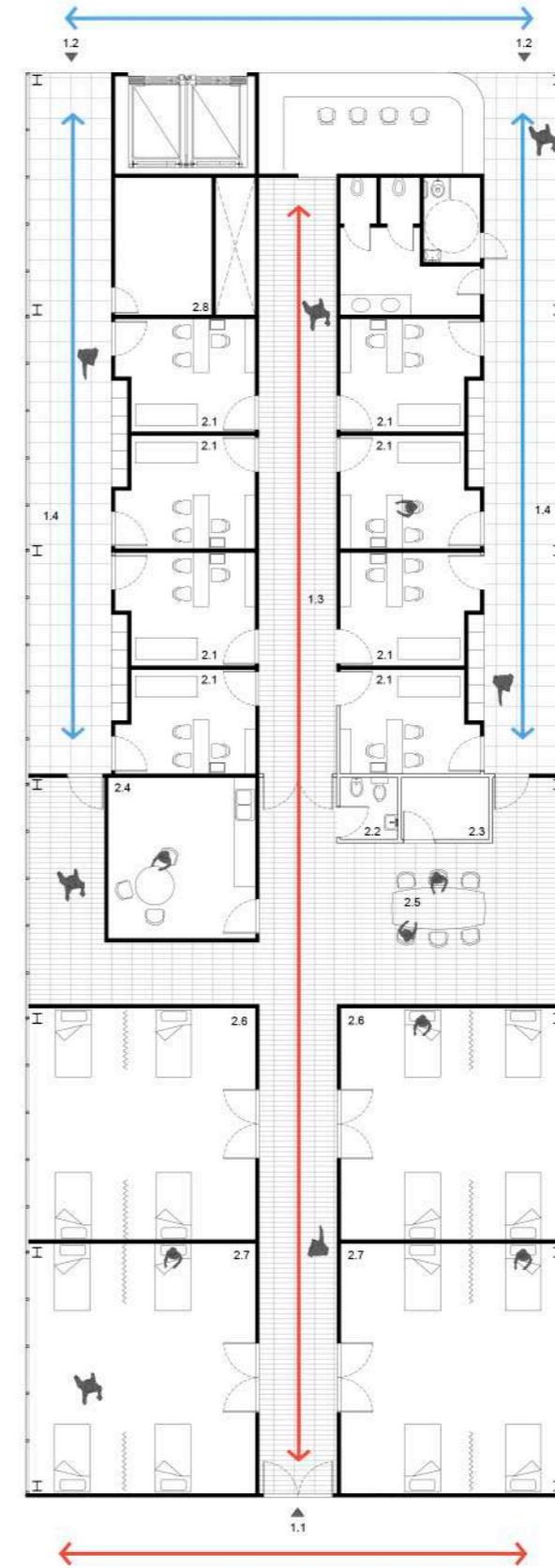
ESC. 1:200

- 1)
 - 1.1 Ingreso pacientes
 - 1.2 Ingreso médicos
 - 1.3 Ingreso enfermeros/ personal de limpieza
 - 1.4 Ingreso familias
 - 1.5 Ingreso a consultorios
 - 1.6 Circulación limpia
 - 1.7 Circulación sucia
 - 1.8 Circulación familia
 - 1.9 Circulación consultorios
- 2)
 - 2.1 Vestuarios
 - 2.2 Área sucia
 - 2.3 Baño
 - 2.4 Área limpia/ enfermería
 - 2.5 Sala pre parto
 - 2.6 Sala parto
 - 2.7 Sala trabajo de parto, parto y recuperación
 - 2.8 Depósito
 - 2.9 Baño
 - 2.10 Reanimación
 - 2.11 Unidad de terapia intensiva
 - 2.12 Enfermería
 - 2.13 Sector sucio
 - 2.14 Sector limpio
 - 2.15 Sector lactancia/ lámparas
 - 2.16 Ordeño
 - 2.17 Rayos X
 - 2.18 Sector reanimación familia
 - 2.19 Consultorios
 - 2.20 Depósito



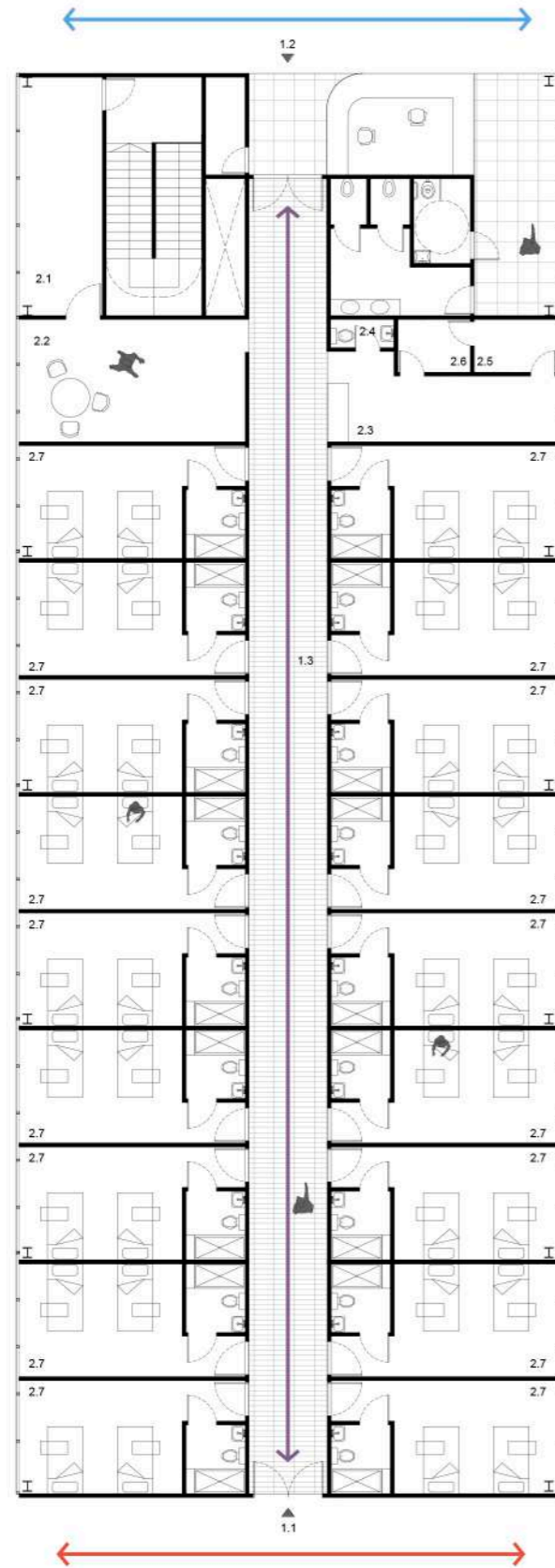
CONSULTORIOS
ESC. 1:200

- 1)
- 1.1 Ingreso médicos
- 1.2 Ingreso pacientes
- 1.3 Circulación médicos
- 1.4 Circulación pacientes
- 2)
- 2.1 Consultorios generales
- 2.2 Consultorios ginecológicos (con baño)
- 2.3 Sala de máquinas



EMERGENCIAS
ESC. 1:200

- 1)
- 1.1 Ingreso médicos
- 1.2 Ingreso pacientes
- 1.3 Circulación médicos
- 1.4 Circulación pacientes
- 2)
- 2.1 Consultorios guardia
- 2.2 Baño
- 2.3 Depósito
- 2.4 Enfermería
- 2.5 Estar médicos
- 2.6 Observación adultos
- 2.7 Observación pediátrica
- 2.8 Sala de máquinas



INTERNACIÓN

ESC. 1:200

- 1)
- 1.1 Ingreso médicos/pacientes
- 1.2 Ingreso visitantes
- 1.3 Circulación restringida médicos/ visitantes

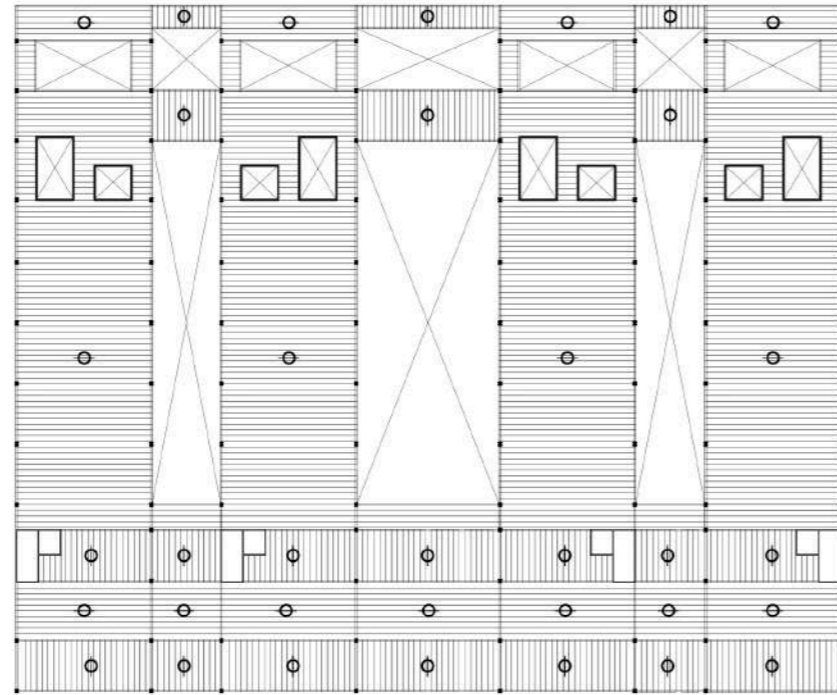
- 2)
- 2.1 Depósito equipos portátiles
- 2.2 Estar médicos
- 2.3 Enfermería
- 2.4 Baño
- 2.5 Sector sucio
- 2.6 Sector limpio
- 2.7 Habitación internación doble

PROYECTO TECNOLÓGICO

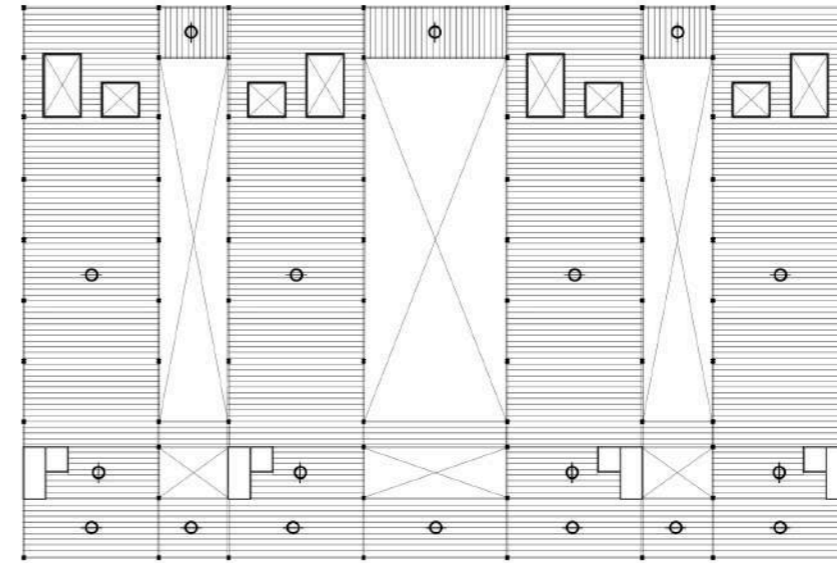
A partir de las premisas antes mencionadas de adaptabilidad y flexibilidad, donde cada espacio pueda readecuarse a las distintas necesidades del hospital, tanto en la actualidad como en el futuro, se pensó para la estructura un sistema de construcción en seco, llevando al extremo estos conceptos, generando plantas completamente

libres de columnas internas. Para esto se analizaron distintos sistemas estructurales, pero se optó por la utilización de perfiles metálicos W en vigas y columnas, soldados para generar un "esqueleto", configurando tiras de 15 metros de ancho. A esto, se suman las losas huecas tensor, que resisten la luz mencionada. Esto, además, permite accele-

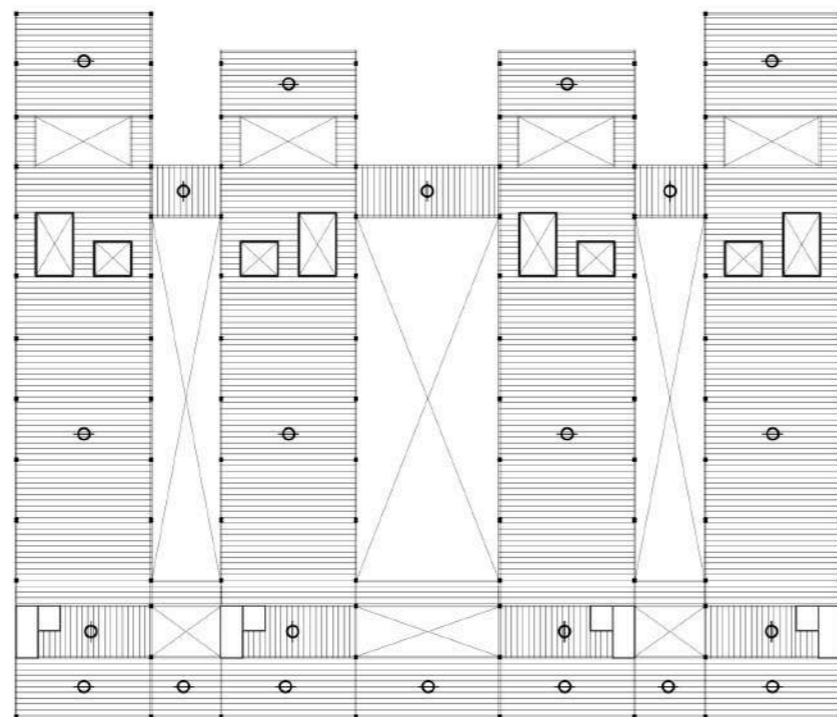
rar los tiempos de construcción ya que los elementos constitutivos de la misma se fabrican en talleres y se montan in situ, una premisa que a partir de la pandemia, resulta de gran importancia.



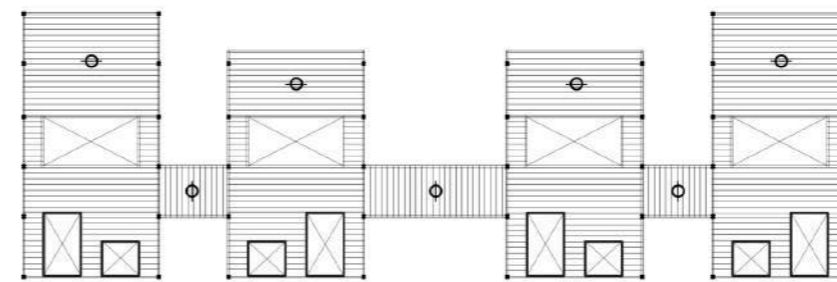
ESTRUCTURA SOBRE PB
ESC: 1.750



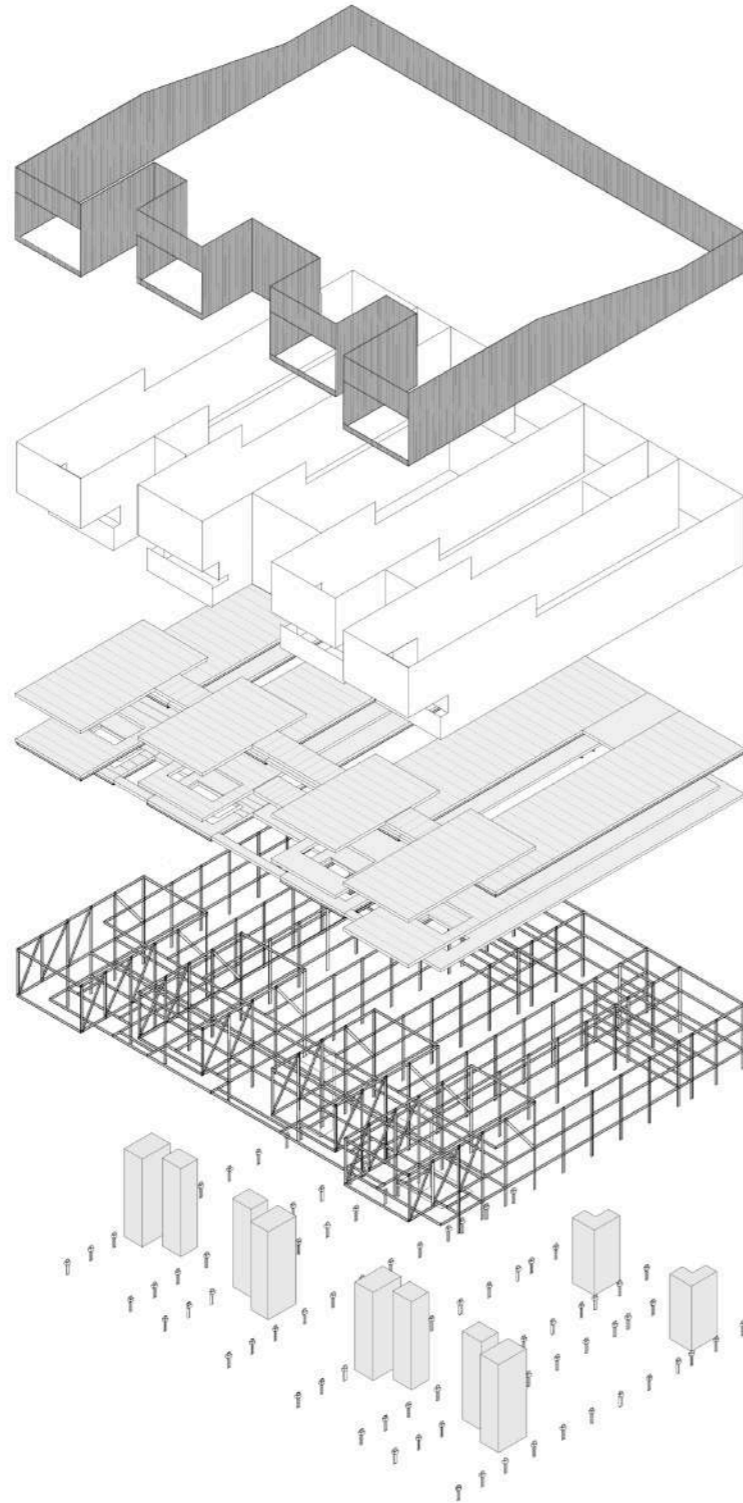
ESTRUCTURA SOBRE 1ER NIVEL
ESC: 1.750



ESTRUCTURA SOBRE 2DO NIVEL
ESC: 1.750



ESTRUCTURA SOBRE 3ER NIVEL
ESC: 1.750



PIEL (quinta etapa):

Piel de aluminio con estructura de aluminio, compuesta por elementos de distintas dimensiones para generar un juego de luces y movimiento:
C 40x10; C 20x20; C 40x20.

PIEL DE VIDRIO (cuarta etapa):

Sistema de fachada continua con carpintería de aluminio, estructura de columnas fijadas con anclajes a los perfiles metálicos, una trama sobre la cual se colocan las hojas, vidrio DVH pirolítico de control solar, alta reflectividad y baja emisividad gris 6mm, cámara de aire de 12mm y vidrio laminado.

LOSETAS (tercer etapa):

Losas huecas tensor prefabricadas de hormigón, de 40cm de espesor y 62.5cm de ancho, y 15 metros de largo.

Estas losas se realizan en pistas de pretensado con máquinas deslizantes que, mediante un correcto vibrado, posibilitan el uso de hormigones de muy baja relación agua/cemento, con lo que se consiguen máximas resistencias en cortos plazos.

ESTRUCTURA METÁLICA (segunda etapa):

Se utilizan para las columnas perfiles W 200 x 46,1 (H) y para las vigas perfiles W 410 x 67,0. Para los voladizos del frente, se refuerza esta estructura con elementos diagonales (W 200 x 46,1 (H) formando una gran viga reticulada.

HORMIGÓN (primer etapa):

Los pilotes y las vigas de fundación se realizan en hormigón in situ junto con los núcleos de circulación vertical.

ESTRUCTURA:

1. Columna perfil W250x149 (H) color blanco
2. Viga perfil W410x67,0 color blanco
3. Losa hueca pretensada Tensar LH40 + capa de compresión hormigón e=5cm
4. Contrapiso Hº pobre e=8cm + carpeta de nivelación e=2cm + piso porcellanato

CIELORRASO:

5. Cielorraso suspendido placa de roca de yeso e=1,25cm con estructura metálica 34mm
6. Tensor de acero 10mm
7. Rejilla Technos Grip Locked tipo 4040

TABIQUERIA INTERNA:

8. Tabique Durlock e=10cm

FACHADA CONTINUA:

9. Piel de vidrio con carpintería de aluminio + estructura de columnas fijadas con anclajes a vigas metálicas y travesaños que forman una trama sobre la cual se colocan las hojas + vidrio DVH pirolítico de control solar, alta reflectividad y baja emisividad gris 6mm, cámara de aire de 12 mm y vidrio laminado incoloro interior 6mm con sistema de hermeticidad de doble contacto con burletes de EPDM. Hojas pegadas con silicona.

ESTRUCTURA PIEL EXTERIOR:

10. Mensulas de hierro para sostener fachada continua + fachada ventilada, con bulones de anclaje a los perfiles metálicos + Rejilla Technos Grip Locked tipo 4040 (para mantenimiento) con planchuela resistente 32x2mm y planchuela de cruce 15x2mm.

FACHADA VENTILADA:

11. Revestimiento de panel de aluminio anodizado con estructura de tubos de acero galvanizado de 4mm de espesor 120 x 120
12. Estructura de soleras y montantes con perfiles C galvanizados 120x50x15x2.0mm + placa cementicia Equitone simil hormigón

PISO:

13. Film de polietileno 200 micrones + Contrapiso sobre terreno natural e=12cm + placa EPS densidad 20kg/m³ e=2cm + piso porcellanato
14. Piso de hormigón llaneado

CUBIERTA:

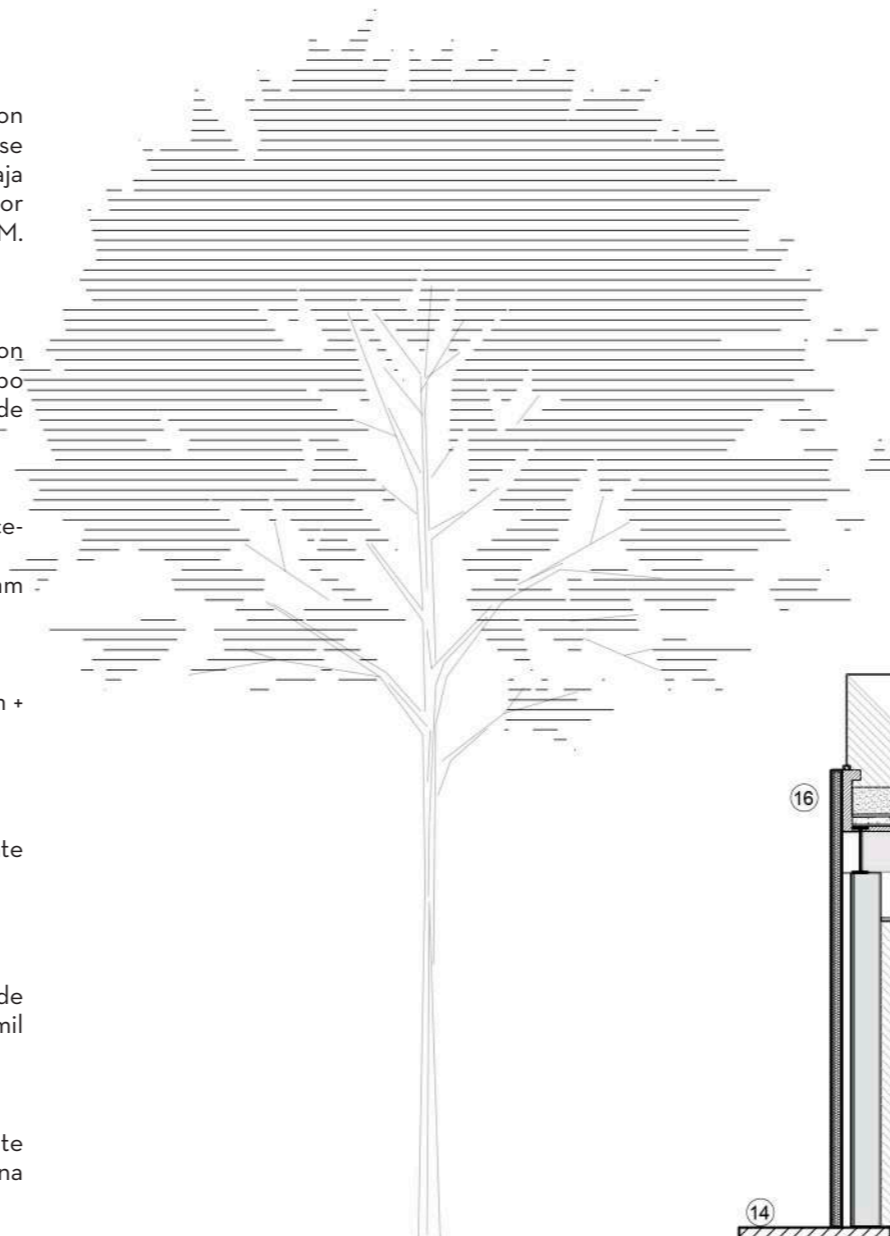
15. Placa EPS densidad 20kg/m³ e=2cm + contrapiso hormigón de pendiente e=8cm + carpeta de nivelación e=2cm + membrana asfáltica geotextil

MURO EXTERIOR:

16. Tabique de hormigón premoldeado e=10cm con alma de EPS + estructura de soleras y montantes con terminación exterior de placa cementicia Equitone simil hormigón e interior de Durlock

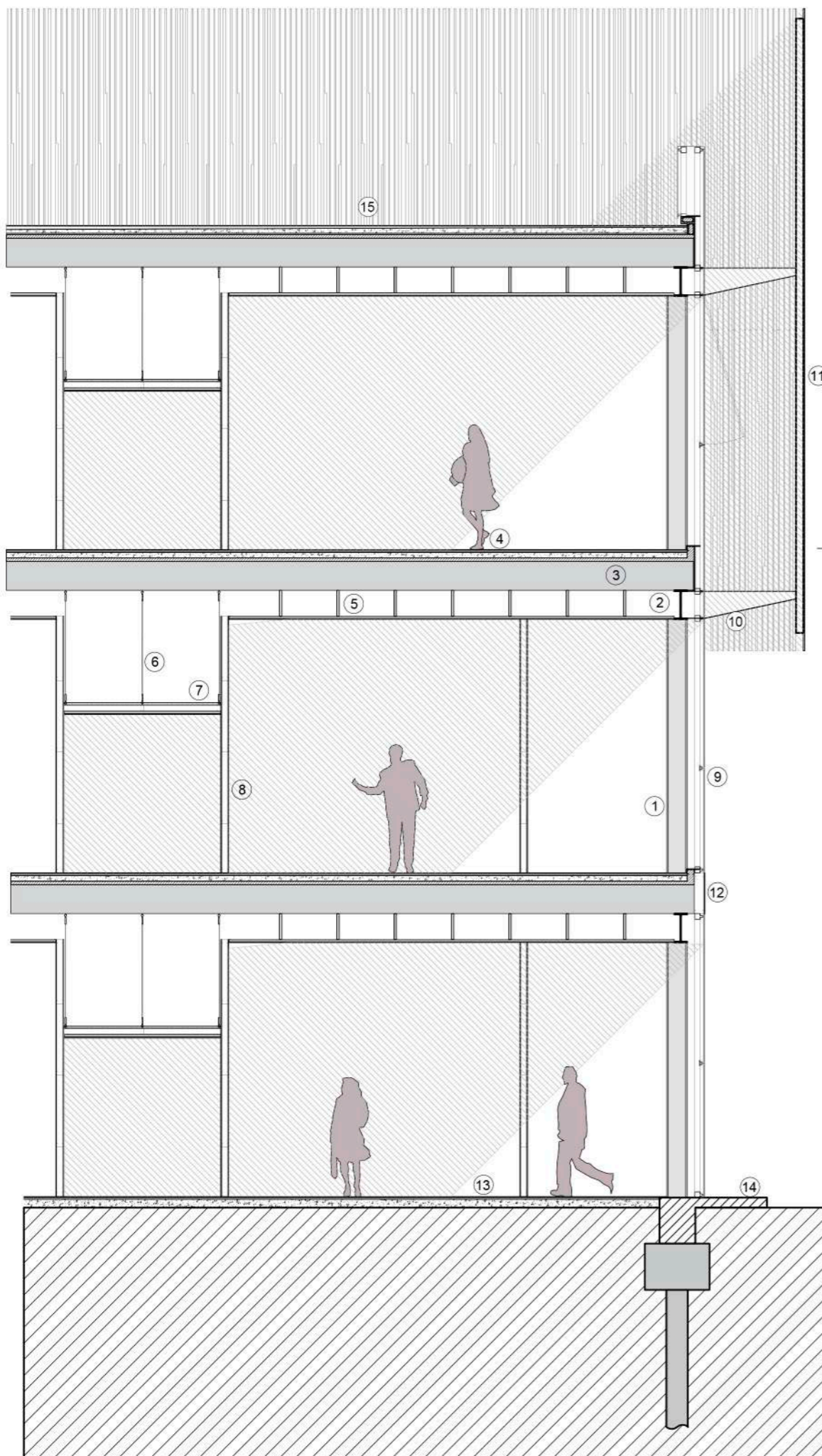
TERRAZA VERDE:

17. Placa EPS densidad 20kg/m³ e=2cm + contrapiso hormigón de pendiente e=8cm + membrana impermeabilizante + membrana antipunzonado + membrana de drenaje + sustrato de crecimiento



DETALLE A
ESC. 1:75





- ESTRUCTURA:**
1. Columna perfil W250x149 (H) color blanco
 2. Viga perfil W410x67,0 color blanco
 3. Losa hueca pretensada Tensar LH40 + capa de compresión hormigón e=5cm
 4. Contrapiso H^o pobre e=8cm + carpeta de nivelación e=2cm + piso porcelanato

- CIELORRASO:**
5. Cielorraso suspendido placa de roca de yeso e=1,25cm con estructura metálica 34mm
 6. Tensor de acero 10mm
 7. Rejilla Technos Grip Locked tipo 4040

- TABIQUERIA INTERNA:**
8. Tabique Durlock e=10cm

- FACHADA CONTINUA:**
9. Piel de vidrio con carpintería de aluminio + estructura de columnas fijadas con anclajes a vigas metálicas y travesaños que forman una trama sobre la cual se colocan las hojas + vidrio DVH pirolítico de control solar, alta reflectividad y baja emisividad gris 6mm, cámara de aire de 12 mm y vidrio laminado incoloro interior 6mm con sistema de hermeticidad de doble contacto con burletes de EPDM. Hojas pegadas con silicona.

- ESTRUCTURA PIEL EXTERIOR:**
10. Mensulas de hierro para sostener fachada continua + fachada ventilada, con bulones de anclaje a los perfiles metálicos + Rejilla Technos Grip Locked tipo 4040 (para mantenimiento) con planchuela resistente 32x2mm y planchuela de cruce 15x2mm.

- FACHADA VENTILADA:**
11. Revestimiento de panel de aluminio anodizado con estructura de tubos de acero galvanizado de 4mm de espesor 120 x 120
 12. Estructura de soleras y montantes con perfiles C galvanizados 120x50x15x2.0mm + placa cementicia Equitone simil hormigón

- PISO:**
13. Film de polietileno 200 micrones + Contrapiso sobre terreno natural e=12cm + placa EPS densidad 20kg/m³ e=2cm + piso porcelanato
 14. Piso de hormigón llanado

- CUBIERTA:**
15. Placa EPS densidad 20kg/m³ e=2cm + contrapiso hormigón de pendiente e=8cm + carpeta de nivelación e=2cm + membrana asfáltica geotextil

- MURO EXTERIOR:**
16. Tabique de hormigón premoldeado e=10cm con alma de EPS + estructura de soleras y montantes con terminación exterior de placa cementicia Equitone simil hormigón e interior de Durlock

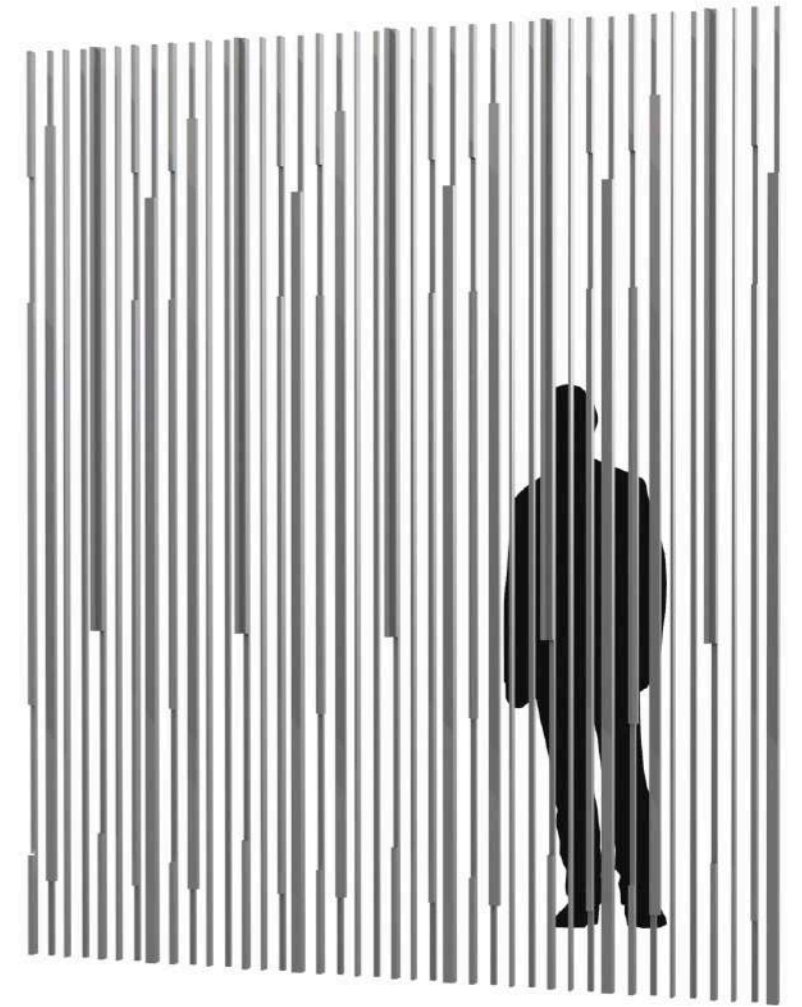
DETALLE B
ESC. 1:75

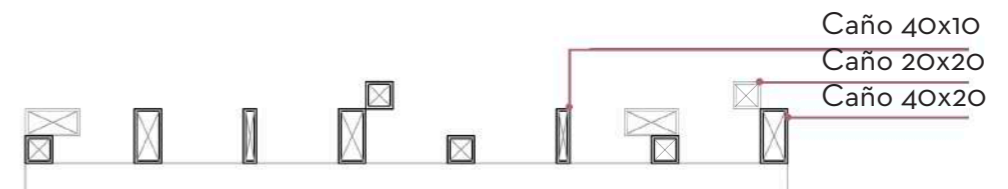
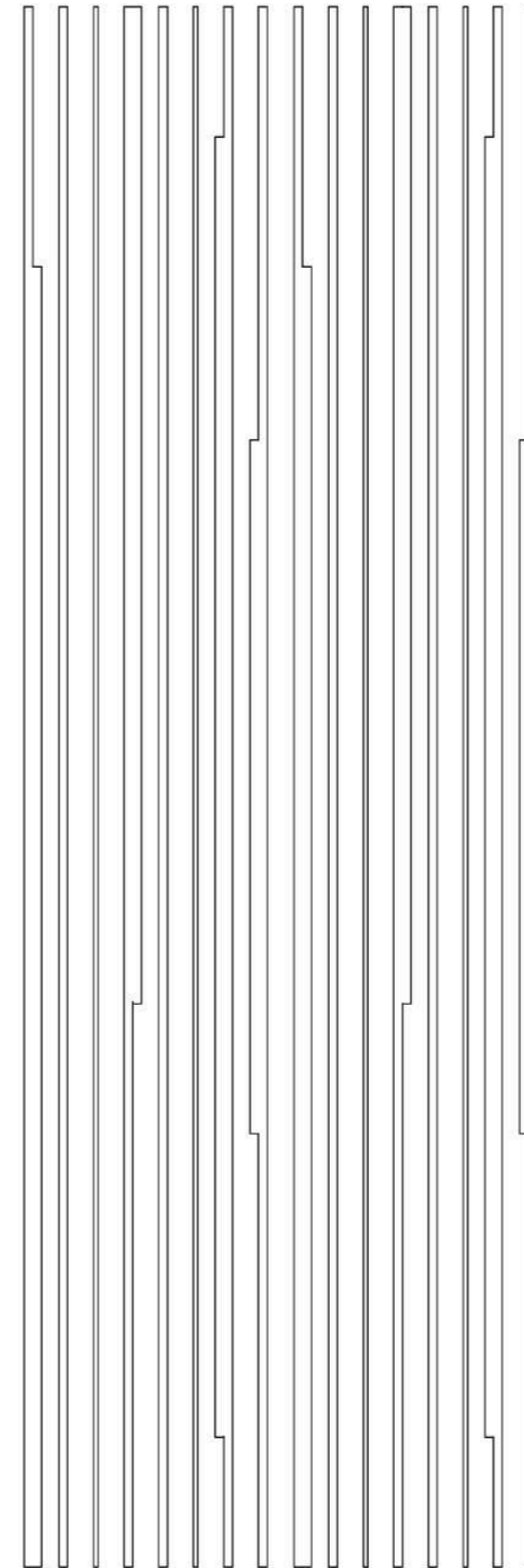
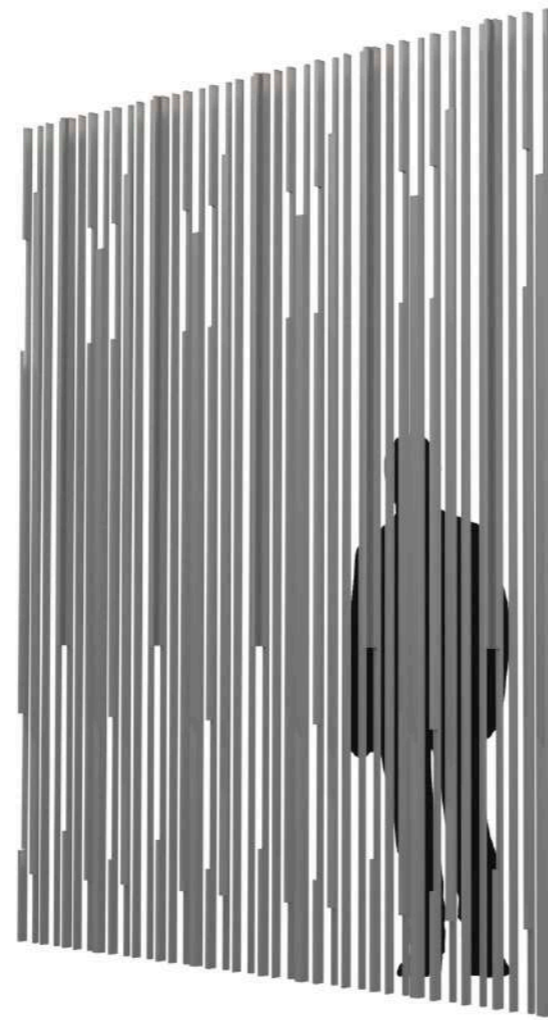
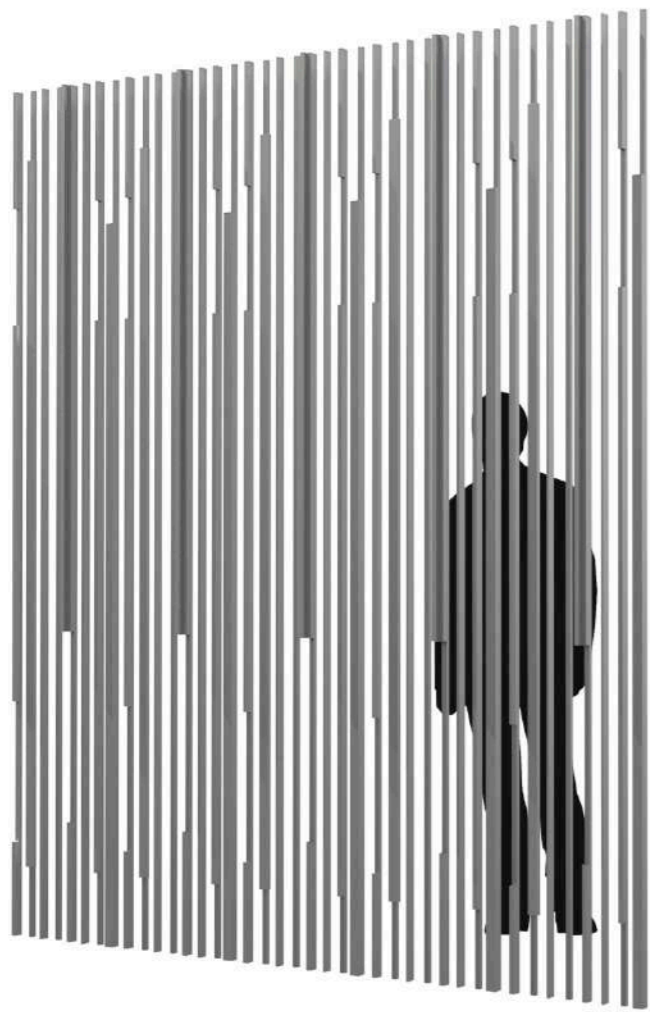


LA ENVOLVENTE

La doble piel surge como una necesidad principalmente de general una mayor privacidad en las áreas de internación, y a su vez, ocultar las instalaciones de la cubierta técnica. A partir de esa necesidad, comenzó la búsqueda de un elemento que sirva como remate del edificio, y se convierta en una referencia para el barrio.

El material elegido es el aluminio anodizado, el cual es respetuoso con el entorno residencial y los equipamientos existentes (la virginia, paso del bosque, etc).









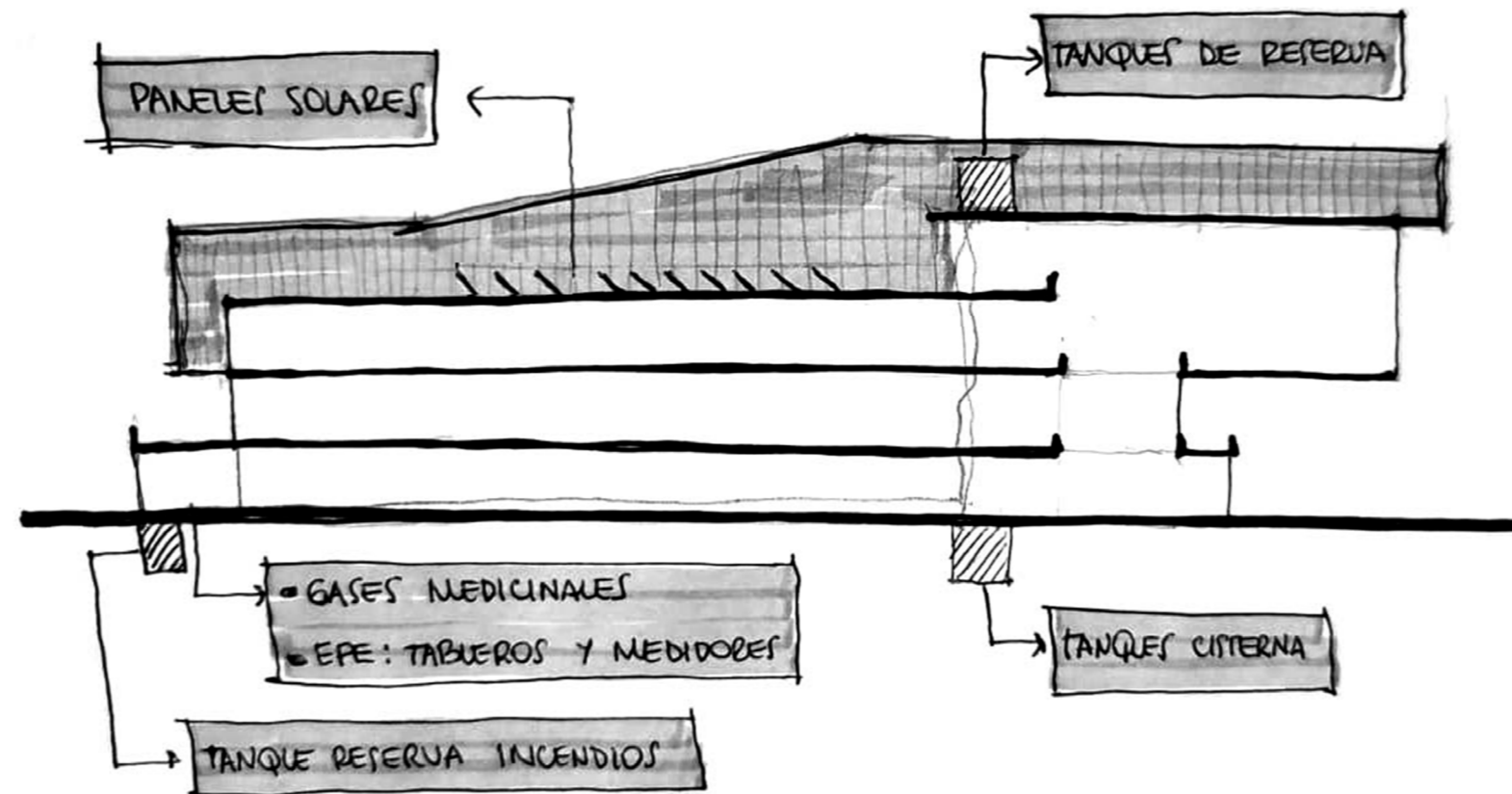
ESTRATEGIAS



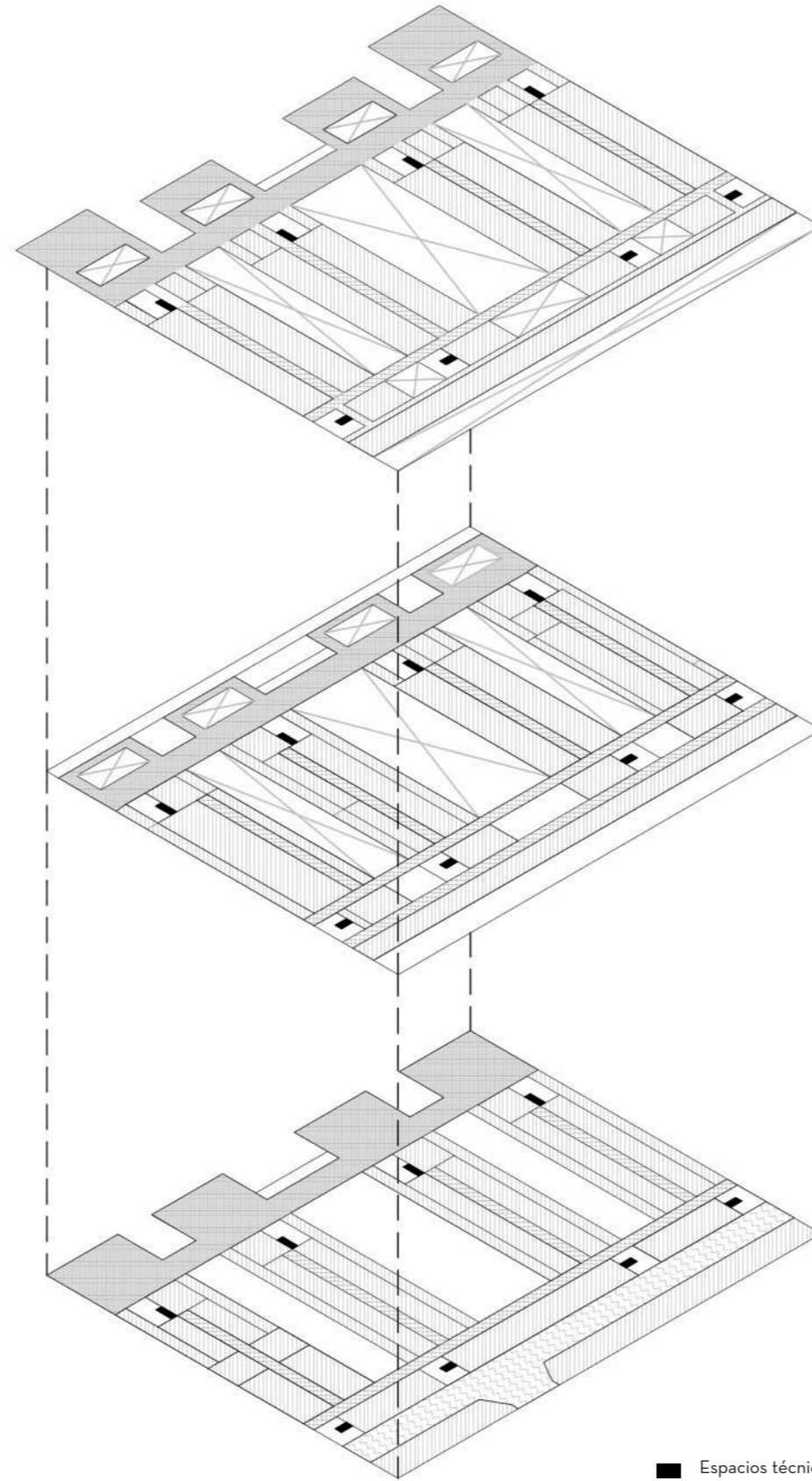
Las instalaciones en un edificio de salud, no pasan desapercibidas. Estos proyectos, por lo general, demandan tanques de agua de grandes dimensiones, salas para alojar tanques de gases medicinales que deben tener acceso desde la calle, grandes espacios para equipos de calefacción, etc. Es por esto, que se planteo a partir de los requerimientos morfológicos del edificio, la ubicación de estos elementos, de manera tal que no solo funcio-

nen, si no que también, formen parte de la resolución formal del edificio. El edificio propone una altura mayor sobre Av. Sorrento, para otorgar sobre esta vía de circulación un carácter más institucional. Esto se aprovecha para ubicar en este sector los tanques de agua, igualando la altura de los sobre recorridos de los ascensores. Se aprovecha la superficie libre de azotea para la ubicación de paneles solares; en planta baja se destina toda un área de servicio para ubicar equi-

pos de gases medicinales, calefacción, refrigeración, transformadores, etc. A partir de aquí, viajan conductos a todos los sectores del hospital, por los espacios técnicos verticales anexados a los núcleos de circulación, y por los espacios técnicos horizontales que se encuentran en las circulaciones privadas del edificio.



ESTRATEGIAS



- Espacios técnicos verticales
- ▨ Espacios técnicos horizontales - cielorraso durlock desmontable
- ▩ Cielorraso durlock exsound
- ▧ Cielorraso durlock junta tomada
- ▦ Cielorraso durlock para exterior

TEXTO EDIFICIO SUSTENTABLE

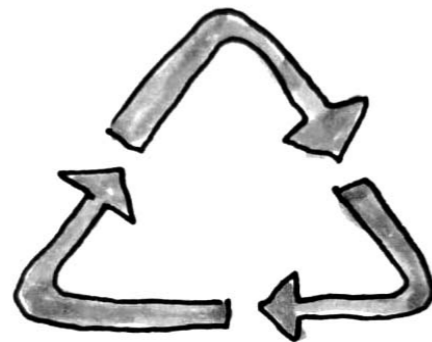
Los hospitales son infraestructuras con un gran consumo energético. Conseguir el ahorro energético y de recursos, no solo redundará en su eficiencia operativa, sino que contribuye asimismo a combatir el cambio climático. Asimismo, la búsqueda de generación de espacios que presten atención a la experiencia del paciente, sin descuidar los estándares técnicos e higiénicos. A partir de esto, se enumeran a continuación una serie de lineamientos principales para luego desarrollar algunos conceptos con más detalle posteriormente.

1) Cuestiones arquitectónicas:

- Emplazamiento: orientaciones, vientos predominantes, asoleamiento;
- Materiales y sistemas de construcción teniendo en cuenta su vida útil, su posibilidad de reutilización y su procedencia;
- Relación interior-exterior: visuales, luz natural, patios interiores o jardines exteriores que son provistos de vegetación para dar lugar a una relación con la naturaleza más presente.

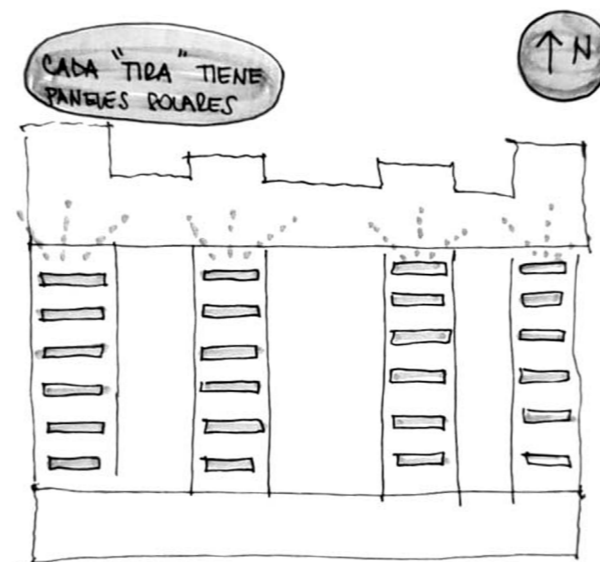
2) Cuestiones técnicas: paneles solares para contribuir al ahorro de energía.

3) Espacios técnicos: Se proponen numerosos espacios técnicos verticales agrupados con los núcleos de circulación vertical y cielorrasos técnicos en las circulaciones para un fácil acceso, sin necesidad de interrumpir los usos del hospital.



ENERGIA

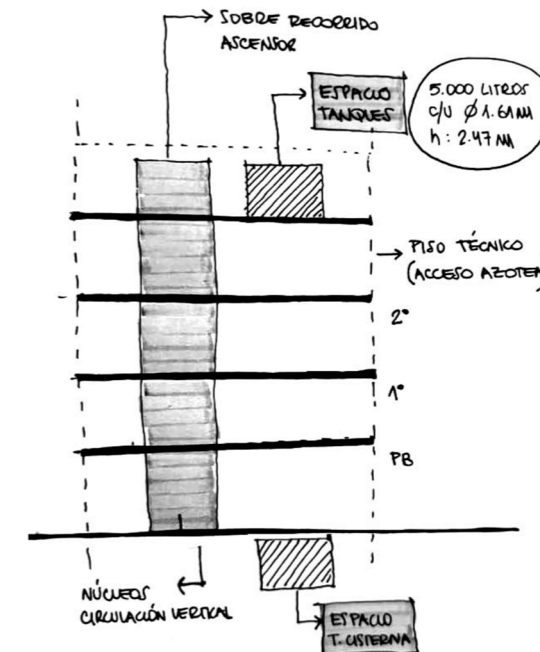
La provisión de energía es realizada por la EPE (Empresa Provincial de la Energía de Santa Fe). Esta ingresa al edificio en media tensión a un sector en planta baja del hospital, en un espacio con acceso directo desde el exterior. Allí se encuentran las celdas y los transformadores que alimentan al Tablero General del Edificio. Se proveerán dos Generadores (trifásicos 3x380) para atender la totalidad de las funciones del edificio. Para que el consumo no sea tan elevado y, aprovechando la localización geográfica del edificio y su gran extensión, se colocan paneles solares de cara al norte ya que es la mejor orientación, que si bien no generan energía suficiente para mantener todo el hospital funcionando, contribuye con las unidades climatizadoras de determinados sectores.



AGUA FRIA Y CALIENTE

La estrategia de provisión de agua se resuelve a partir de la conexión con la red distribuidora externa.

La ubicación de los tanques de reserva y cisterna, fueron un punto a analizar al comienzo del proyecto ya que por las dimensiones del hospital, serían tanques de gran tamaño. Es por eso que se aprovechó el concepto de que el hospital debía ganar mayor altura sobre sorrento, para ubicar en este sector los tanques de reserva, y en el mismo eje los tanques cisterna en subsuelo.



INCENDIO

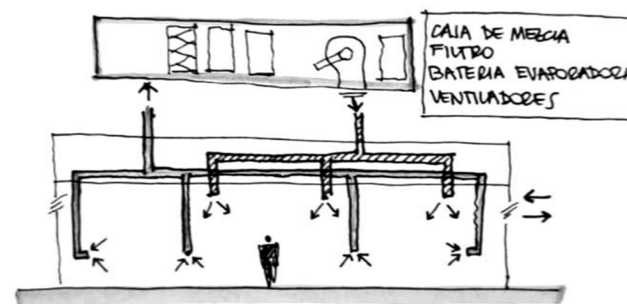
El sistema de detección de incendio está compuesto por sensores ubicados en todas las plantas del edificio, bajo y sobre cielorrasos, especialmente en aquellas áreas con riesgos mayores como puede ser la Sala de Tableros. Cuenta con una unidad central de detección, con detectores ópticos de humo direccionables y analógicos, avisadores manuales de doble acción con registro de operación. Como estrategia de extinción en caso de incendio, se plantea un tanque de incendio con dos electrobombas (una en funcionamiento y otra de reserva).



SISTEMA DE CORRECCIÓN CLIMÁTICA

Se utiliza el sistema de calefacción y refrigeración Rooftop, que son equipos que se encargan tanto de la ventilación como de la climatización de un espacio interior. Es decir, se proporciona un completo tratamiento del aire de renovación y de recirculación. La característica principal del rooftop es que dentro de la misma unidad se puede generar calor o frío. Para ello se incluyen todos los elementos necesarios para el funcionamiento y el cumplimiento de las normativas vigentes: control de temperatura ambiente, control de aportación de aire exterior según la demanda, recuperación de energía, filtración. Los conductos son de zinc y tienen 40x40 aproximadamente.

Funciona por recirculación de aire: en los locales se colocan dos rejillas, una abajo de toma de aire y una arriba que impulsa. Este sistema es ideal para edificios públicos ya que necesitan muy poco mantenimiento.

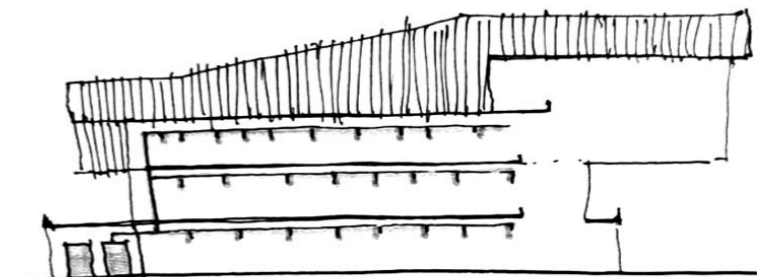


GASES MEDICINALES:

El edificio contará con una red centralizada de Gases Medicinales (Oxígeno, Nitrógeno, Óxido

Nitroso, Dióxido de Carbono, Aire Comprimido y Vacío). La estrategia de distribución se resuelve a través de una montante exclusiva que llega a un tablero de comando por piso, donde se encuentran las llaves de corte y manómetros para cada uno de los fluidos. Desde estos tableros se realiza la distribución a cada habitación o área a alimentar.

En cada habitación se preverá la instalación de Paneles de Cabeceira de aluminio extruido, que contiene los canales independientes y las prestaciones que en cada caso se requieran, como pueden ser: iluminación, toma de gases, prestaciones eléctricas o de datos.



**REFLEXIÓN
FINAL**



REFLEXIÓN FINAL

Esta presentación es el resultado no solo del trabajo durante el año de cursado, y tutorías, si no es el reflejo de un camino recorrido durante muchos años. Nosotras, comenzamos a trabajar juntas a partir del tercer año de la carrera. Ambas desde el ciclo básico elegimos cursar en la presente cátedra, la cual nos formó en base a la metodología de trabajo que implica principalmente “hacer arquitectura”.

A través de los años de cursado, fuimos abordando distintas temáticas, entre ellas: conjuntos de viviendas; teatros; distrito; polideportivo; edificios en altura; etc., en distintas áreas de emplazamiento ya sea el área central, puerto norte, la florida, zona sur. Es a partir de esto que fuimos armándonos de ideas, experiencias, desarrollando nuestros intereses arquitectónicos, urbanísticos, y formándonos como profesionales. Hoy podemos decir que estamos muy conformes con el

resultado de nuestro proyecto final, y que en el se refleja nuestro paso por la facultad, de la cual no solo nos llevamos conocimiento de investigación, teórico y práctico, si no también nos llevamos experiencias, amigas para toda la vida, maestros que dejaron huella en nosotras y que seguirán siendo referentes en la vida profesional. Sin dudas, las herramientas técnicas y humanísticas que nos llevamos de esta etapa son infinitas.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a la FAPyD, y a la Universidad Nacional de Rosario, por brindarnos la posibilidad de estudiar y aprender tanto académicamente, como en lo personal; por haber sido un lugar de encuentro y nuestra segunda casa.

A la cátedra y al Arq. Alejandro Beltramone, por formarnos todos estos años en un camino de pensamiento crítico, de pensar y aprender haciendo.

A nuestro tutor, Arq. Guillermo Banchini, quien nos guió en todo este proceso, y nos acompañó con una paciencia y dedicación única.

Gracias a nuestras familias y amigas, por haber sido nuestro sostén en toda la carrera, sin el apoyo de ustedes jamás hubiésemos llegado hasta acá.

Y finalmente, gracias a nosotras, por enfrentar este desafío de la mejor forma posible.

ASESORES

Arq. Sebastián Perochena - proyecto arquitectónico

Arq. Mauro Latour - proyecto urbanístico

Ing. Guido Giacosa - proyecto estructural

BIBLIOGRAFÍA:

- MANUAL DE DISEÑO URBANO, Gobierno de Buenos Aires. 2015
- SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO, Municipalidad de Rosario "Plan Urbano Rosario". 2007-2017
- EL ARTE DE PROYECTAR ARQUITECTURA, Ernst Neufert. 16° edición. 2013
- REFLEXIONES SOBRE LA RED SANITARIA, Mario Corea. 2020
- EVOLUCIÓN DE UN ENFOQUE SISTÉMICO EN EL PROYECTO DE HOSPITALES, Anibal Moliné. 2008
- LA HUMANIZACIÓN DE LA ARQUITECTURA, Alvar Aalto. 1977
- EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski. 2017

PÁGINAS WEB:

- <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renabap/mapa>
- <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- <https://www.eneroarquitectura.com/un-recorrido-por-el-origen-y-la-historia-de-la-arquitectura-hospitalaria/>

REFLEXIÓN FINAL



