

2020 | 2022

MIX TURA



PROYECTO FINAL
DE CARRERA

PROYECTO FINAL DE CARRERA
HOSPITAL DE MEDIA COMPLEJIDAD

Impreso en Rosario, Santa Fe.

Mayo 2022

Autoras:

Pastorutti, Lucía

contacto: lulipastorutti@gmail.com

Tomatis, Angela

contacto: angtomatis@gmail.com



Facultad de Arquitectura,
Planeamiento y Diseño.

PROYECTO FINAL DE CARRERA
Facultad de Arquitectura, Planeamiento y Diseño

Cátedra: Arq. Marcelo Barrale

Tutores:

Arq. Marcelo Barrale

Arq. Macarena Barbiani

PRÓLOGO

Este libro es el producto del trabajo realizado en el transcurso de los años 2020 a 2022, dentro del marco de la asignatura Proyecto Final de Carrera, en la cátedra de Proyecto Arquitectónico del Arq. Marcelo Barrale en la Facultad de Arquitectura, Planeamiento y Diseño, de la Universidad Nacional de Rosario.

- La presente publicación forma parte de un profundo proceso de investigación, que parte de estudios urbanísticos, proyectuales, tecnológicos, técnicos y específicos del área de salud.

- Proyecto Final de Carrera surge en la renovación del plan de estudios correspondiente al año 2008. Establece por parte del alumno, un trabajo que abarque una síntesis de todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos a lo largo de la carrera, dentro de un marco de adhesión a las Políticas Públicas vigentes, de acuerdo a las siguientes categorías: Hábitat, Infraestructura, Equipamiento y Arquitectura del paisaje.

De acuerdo a esto la cátedra propone al alumno distintos temas a desarrollar y lugares de intervención, con alto grado de flexibilidad.

Esta investigación se divide en una instancia presencial (cursado virtual), y otra de seguimiento personalizado a cargo del tutor quién guía el trabajo hasta la instancia pública.

En este caso, se opta por desarrollar el tema de Salud. El lugar de emplazamiento es el barrio Saladillo, en el CMD sur.

ÍNDICE

p.09 INTRODUCCIÓN

p.11 TEMA

Concepto Universal de Salud
Arquitectura Hospitalaria en el tiempo
Arquitectura Hospitalaria hoy
Arquitectura Hospitalaria del futuro
Referentes de la Arquitectura Hospitalaria

p.25 SOPORTE

Contexto: salud pública en la Argentina
Salud pública en la Provincia de Santa Fe
Salud pública en la Ciudad de Rosario

p.31 SITIO

Distrito Sur
Área barrial: Saladillo

p.39 PROYECTO

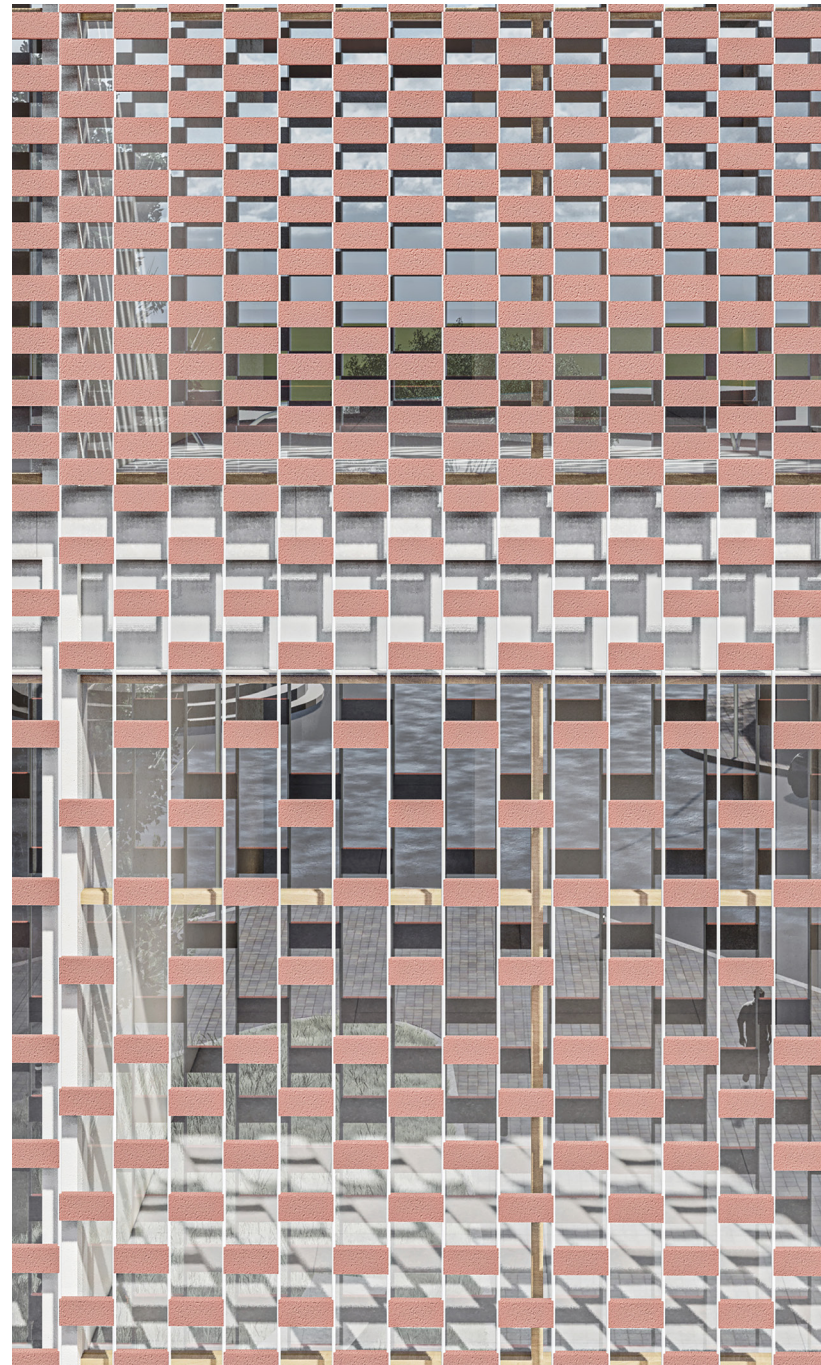
Entorno
Esencia
Proceso proyectual
Programa
Hospital Julieta Lanteri
Materiales y naturaleza
Flexibilidad
Referentes

p.103 REFLEXIÓN

p.105 BIBLIOGRAFÍA

p.107 AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN





«El principal desafío que veo en la arquitectura es que realmente regrese a ser arquitectura, a responder a las personas, al ser humano, a sus actividades; y deje de una vez por todas de responder al capital.»
(2005, Tatiana Bilbao).

El presente trabajo plantea una resolución de programa hospitalario que se ajusta a la oferta de la Red Hospitalaria de la Provincia de Santa Fe.

Tras el estudio de la Red de Salud Pública en Rosario, se decide proyectar un Hospital Público de Segundo Nivel, es decir de media complejidad, que posee además, un centro de rehabilitación kinesiológica. Buscando complementar el servicio del Hospital Roque Sáenz Peña Rosario, situado también en el distrito sur de la ciudad. Sirviendo a su vez, de centro de derivación para los Centros de Salud aledaños, como ser: Centro de Salud El Mangrullo, Centro de Salud N° 29 “Araoz de la Madrid”, Centro de Salud Rubén Naranjo.

El sitio de implantación se encuentra en el Distrito Sur de la ciudad, en el Barrio Saladillo, sobre la Avenida Nuestra Sra. Del Rosario, eje principal de acceso barrial. A pocas cuadras tenemos la Av. Circunvalación, fundamental para su acceso de interconexión regional, con el siguiente nivel de salud, como lo es el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Formando parte así de la red del sistema de salud pública.

La propuesta busca, por su rol de edificio público de salud, generar un carácter institucional en Av. Nuestra Sra. del Rosario. Para contribuir a su entorno de manera física, sensorial e interconectada, ofreciendo al uso público una plaza interna. Además de un edificio permeable con programa social de uso para la comunidad, en el cuál la expresión de sus materiales busca la misma mixtura, a modo de revalorización de su pasado. Es intención al abarcar la temática de salud, proyectar un edificio que además de ser flexible, adaptable, sostenible y funcional, albergue espacios públicos aprovechables tanto para la comunidad como para el paciente, y que sus espacios cerrados, semicerrados y abiertos, colaboren a la propicia estadía de recuperación de quienes lo necesiten.

TEMA

CONCEPTO UNIVERSAL DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud, describe a la salud como el “estado completo de bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedades” (1948), clasifica a los factores que influyen sobre la salud en cuatro grupos:

- Biológicos (edad, genética).
- Ambientales (contaminación, clima y entorno).
- Estilo de vida (alimentación, actividad física, actividades y trabajo).
- Salud pública (ambulancias, centros de atención, acceso a medicamentos).

Un concepto más contemporáneo de salud, no lo considera como un estado abstracto sino como un recurso que posibilita a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

El “Derecho a la Salud” implica el acceso a los servicios de salud de calidad a toda la población, ya que la OMS establece que el grado máximo de la misma, es un derecho fundamental de todo ser humano. Ello implica la necesidad de una cobertura universal de salud.

A su vez, podemos decir que el concepto de Salud Universal, expresado en el texto -“Transformando los servicios de salud hacia redes integradas”- es el siguiente:

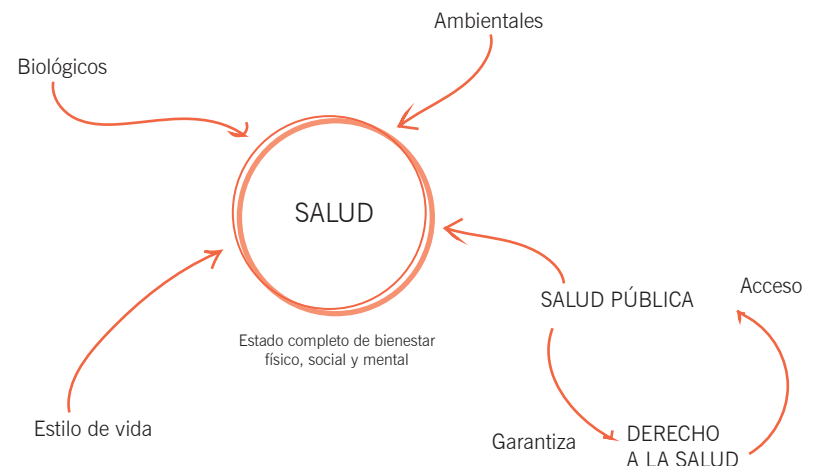
«El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad.

Para alcanzar la salud universal, sea por vía del aseguramiento (énfasis en la demanda y en la cobertura prestacional) o vía ampliación de la oferta (“universalidad del acceso”), se requiere más inversión pública y un gasto más eficiente; fortalecer la rectoría del Estado;

transformar los sistemas de salud en la lógica de RISS y la estrategia de APS, disminuyendo la segmentación, la fragmentación y el hospitalocentrismo; y, actuar efectivamente sobre los determinantes sociales de la salud. Salud universal, requiere de gobernanza para una amplia participación social, una comunidad activa y participando en la toma de decisiones y en la implementación de las políticas.

Cada país, avanza hacia salud universal, desde su historia y desde su contexto social y político, pero sin duda todos lo harán actuando sobre los múltiples factores que inciden en la salud de las personas y buscando construir consensos que viabilicen políticas de Estado de largo plazo.»

Siendo la hospitalidad lo que acoge y aloja al otro. La amabilidad y atención con que una persona recibe a los visitantes extranjeros en su casa o en su tierra.



Para dar origen al tema, nos detenemos en lo fundamental, en el cómo se empiezan a manifestar las características del hospital, para ello traemos la siguiente reflexión del texto -“Arquitectura y miasmas: Sinergias termodinámicas en el hospital pandémico”-:

«Vitruvio decía que la arquitectura surge por la necesidad de mantener y proteger el fuego, mientras que Alberti considera que este origen se debe a la necesidad de protegerse de los elementos naturales. Ambas teorías son complementarias, la necesidad de generar un ambiente de confort que asegure la supervivencia tanto del individuo como de la especie es intrínseca a ambas. En cierto sentido, se busca prevenir la enfermedad. De ahí podemos deducir que la arquitectura y la salud han estado íntimamente relacionadas desde el origen del hombre.»

El hospital, del latín hospitalis, surge como una “habitación para huéspedes”, un lugar donde se atendía a “pobres y peregrinos”, un “sitio para recibir extraños”, a modo de respuesta a guerras y epidemias, es decir a problemas de la relación entre la ciudad, la naturaleza y sus habitantes. En dónde la manera de diseñar las ciudades y la arquitectura de cada época era influyente en la salud de sus residentes; e influida por los acontecimientos.

En la Época Antigua, las polis con su política y sociedades estaban organizadas alrededor de las creencias religiosas y templos, es por ello que al ser estos grupos los más organizados, fueron los primeros en brindar ayuda en sus establecimientos a los padecimientos humanos. En los templos e iglesias nació la “arquitectura de o para la salud”, aunque aún no se concebía como tal. Luego, en la Edad Media se organizaba la asistencia de los enfermos en las llamadas casas de Dios. Prelados, obispos y concilios toman a su cargo y reglamentan la atención de los enfermos y desvalidos, y con abnegación -que nunca será suficientemente reconocida- imponen la caridad como criterio médico, hasta que la Revolución Francesa penetra en los establecimientos eclesiásticos y los transforma en servicio público. Desde entonces los hospitales son el producto de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye socialmente en un deber, perdiendo su nota de concesión religiosa.

Durante el Movimiento Moderno comienzan las ideas sanitarias e higienistas, con la importancia de la luz y ventilación, aparecen aquí por ejemplo los sanatorios antituberculosos, que traen consigo la importancia de los elementos naturales como curadores y sanadores de la enfermedad.

«La arquitectura moderna y los rayos X nacieron aproximadamente al mismo tiempo y evolucionaron en paralelo. Mientras que los rayos X exponían el interior del cuerpo a la mirada pública, el edificio moderno reveló su interior, invirtiendo drásticamente la relación entre lo privado y lo público. Mientras que los rayos X permitieron ver el interior del cuerpo humano, la arquitectura desveló el interior de los edificios a través de las fachadas de cristal.» (Texto: Arquitectura de Rayos X, Beatriz Colomina)

Luego, para proseguir citamos el siguiente texto: *«El ideario hospitalario de fines del siglo XIX estableció una serie de pautas y formas que dieron origen a la morfología del hospital pabellonal y a la aparición en su interior de áreas destinadas a espacios verdes. En ese esquema fundacional, las instituciones de salud se emplazaron lejos del centro urbano, a fin de proveerse de calidad higiénica en cuanto al saneamiento y renovación del aire. Esta tipología, conformada por una serie de pabellones articulados por patios y senderos como parte del conjunto, se destacó por presentar en sus áreas abiertas el espacio verde intrahospitalario, a partir de distribuir especies arbóreas como masas envolventes y permeables a modo de “pequeños bosques”, diversos tipos de canteros y sitios con césped y arbustos alineados. El hospital pabellonal, emergente en un contexto signado por el binomio higiene-ornato, dejó una impronta particular en el modo de producir hospitalización, caracterizada en lo edilicio por sus salas –el “adentro” del dolor y la enfermedad– y por el verde –el “afuera”– un lugar para estar al aire libre, apto para descansar y liberarse.»* (Texto: III Seminario Internacional de Historia de la Arquitectura Hospitalaria).

Es aquí dónde nos interesa detenernos, en la aparición consciente de que el espacio y el contexto natural deben formar parte de un diseño que sea soporte y sustento para facilitar la labor profesional de los médicos; y que además se toma conciencia de que éste es influyente directamente, se diseño o no. Es así que el presente trabajo analiza el espacio verde como entorno favorable a la salud, la calidad de vida y el habitar cotidiano en ámbitos de hospitalización.

EDAD ANTIGUA

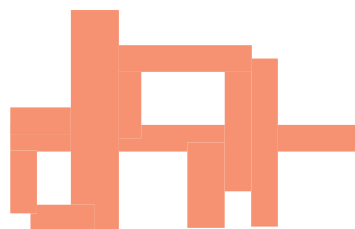
EDAD MEDIA

EDAD MODERNA



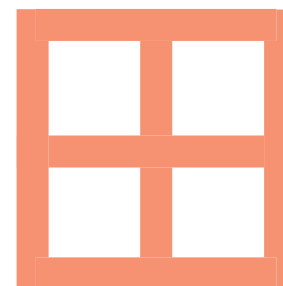
Grecia: Se realizaban cuidados colectivos en los templos de los dioses, "Atenea" estaban lejos de las ciudades en bosques sagrados. Roma: En los campamentos militares de las fronteras del imperio se creaban espacios para heridos o enfermos. Cuando se incorpora como religión oficial el Cristianismo (S IV), pasan a regular el cuidado de los enfermos los obispos. Se construyen casas de acogida para albergar a los pacientes.

Xenodoquio, Hospital del Imperio Romano.



Primeras Iglesias para el cuidado de enfermos, indigentes o convalecientes, a modo de hospitales, se utilizaban los claustros de los conventos. Se brinda al enfermo ayuda espiritual, por encima de exigencias médicas, sociales o higiénicas. Se intentaba lograr una comunicación visual entre la cama del enfermo y el altar de la iglesia. El Renacimiento marca el inicio de la Arquitectura Hospitalaria de Occidente, en dónde nacen las tipologías de: basílica, cruciforme, palaciega, entre otras.

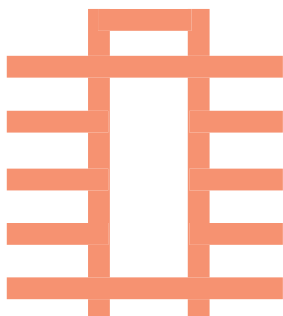
Hospital de San Andrés, Perú 1549.



Hospitales extra urbanos y de grandes proporciones. Buscan mejorar la insalubridad de épocas anteriores, aparecen ideas sanitarias sobre el cuidado y la atención de la salud, importancia del sol y la ventilación. Planta en cruz griega, con cuatro patios con galerías que permitían la ventilación adecuada.

Hospital Real de Granada, España 1504.

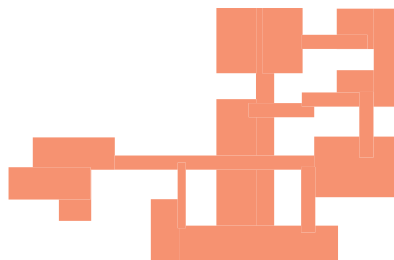
EDAD CONTEMPORÁNEA



Surge un nuevo concepto de hospital como “máquina de curar”. En esta época, la teoría médica para evitar la proliferación de enfermedades respondía a lograr la pureza del aire, por lo cual en la arquitectura tomó radical importancia la ventilación. Se comienzan a implementar grandes pabellones aislados, donde cada población podía elegir la forma, las dimensiones y la orientación que más les favorece.

Hospital Lariboisiere de París, Francia 1890.

EDAD POSMODERNA



En la primera mitad del siglo, toman relevancia los sanatorios antituberculosos pulmonares, que consisten en un bloque en forma de “T” o mariposa, procedentes de los hospitales palaciegos del s. XIX. Surge un crecimiento vertical, gracias al desarrollo de los ascensores. Se disminuyen así, los recorridos de circulación, haciendo el sistema más eficiente. Se resuelven con variaciones en su forma en planta, desde esquemas en peine, L, C, X, T, etc.

Hospital de Venecia, Le Corbusier 1964/66.

CONCLUSIÓN

En síntesis, los hospitales han adquirido tipologías edilicias (claustro, basilical, cruciforme, palaciano, pabellonal, monobloque, polibloque, bloque basamento), basándose en la demanda política, social y económica del lugar de emplazamiento y a los avances técnicos y medicinales de la época. La arquitectura hospitalaria y su campo de estudio no son disciplinas estáticas sino que varían adaptándose a la demanda, según las tecnologías y el crecimiento poblacional. Podemos concluir que las crisis epidemiológicas han sido una constante en la historia del hombre. Ante estos sucesos, y sin poder acudir a la vacunología, la sociedad solo tiene un mecanismo de defensa: la arquitectura. Durante la crisis sanitaria actual, y durante la historia de la humanidad, se ha recurrido al espacio y a la ciudad para defenderse de las enfermedades: a través del aislamiento de los enfermos, de la renovación del aire y de políticas públicas.

Hacia fines del siglo XIX se gestaron en nuestro país la mayoría de los hospitales públicos bajo el modelo pabellonal.

A partir de 1930, acompañando los avances de la medicina y el auge de la tecnología, se impuso en las grandes ciudades el modelo en torre. Como resultado de concursos nacionales y de préstamos internacionales, desde 1970 el hospital público adhiere al modelo sistémico. El eje de la Arquitectura para la Salud es sin duda el paciente. Y los arquitectos, como parte de un equipo multidisciplinario, debemos continuar la búsqueda de las mejores respuestas a sus necesidades y a las de la comunidad que los contiene, mediante un ejercicio profesional responsable que apunte a soluciones sustentables.

Con la expansión del modernismo, los hospitales buscaron economía y funcionalidad, y se transformaron 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 (el cual fue necesario y fundamental en la época de su nacimiento), 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.

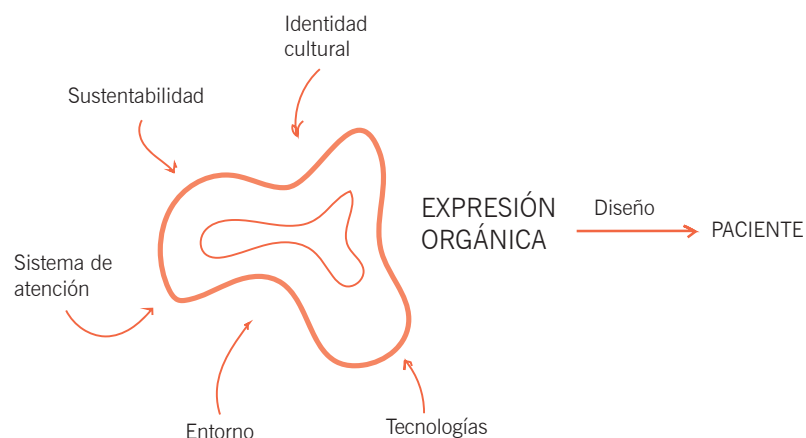
Desde mediados del siglo pasado, la secuencia de los clásicos modelos pabellonal, edificio en torre, torre con basamento o sistémico, cedió paso a una variedad de expresiones arquitectónicas que buscan responder orgánicamente a: las características del entorno, la dinámica de cambio de la tecnología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

Desde mediados del siglo XX asistimos a un proceso en el que los modelos históricos de los hospitales han sido transformados o reemplazados por respuestas particularizadas a cada necesidad, entorno o cultura. 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.

Existen pautas de diseño que se repiten, son aquellas que acompañan los procedimientos de atención al paciente y su pronta recuperación, humanizan el entorno físico, valorizan la luz natural, las visuales abiertas e incorporan la naturaleza como parte de la terapia.

Considerando que los hospitales se ubican entre los edificios responsables del mayor consumo energético y por ende alto impacto ambiental, severas medidas de control se comienzan a aplicar en distintos países. Este despertar de la conciencia lleva a los arquitectos a valorizar el diseño bioambiental. Los equipos interdisciplinarios se imponen entonces como un medio indispensable para resolver la complejidad de las demandas en un conjunto equilibrado y de “buena arquitectura”.



El hospital del futuro, tras lo acontecido, se enfrenta a abordar ciertos desafíos sociales y de salud: la circulación de patógenos por todo el mundo, el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas; se le suma a su vez, el hecho de hacerlo de un modo ecológico y financieramente sostenible. Para lograrlo la organización de espacios públicos y médicos, la flexibilidad de los edificios y la elección de los materiales, son la clave del éxito para el hospital del futuro, un lugar que ofrecerá atención médica de alto valor y rentable, que estará preparado para adaptarse rápida y eficientemente a emergencias sanitarias como las pandemias. Esta evolución tendrá que sacar partido a una oferta de atención sanitaria más sostenible, que tenga en cuenta la calidad de vida del personal médico, la transparencia del recorrido del paciente e instalaciones para gestionar la atención más allá de los límites hospitalarios. Este cambio sólo sería posible con un enfoque multidisciplinar, la colaboración entre pacientes, personal médico, arquitectos, diseñadores, ingenieros de hospitales, etc.

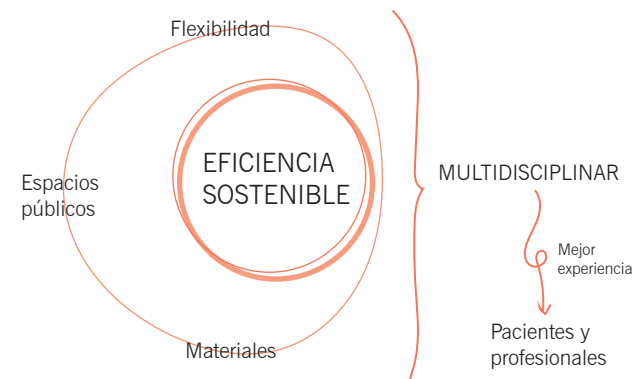
Gracias a este enfoque colaborativo, el hospital del futuro podrá definir un nuevo modelo de atención sanitaria que responda a las necesidades médicas, financieras y medioambientales, lo que se traduce en una mejor experiencia sanitaria tanto para los pacientes como para los cuidadores.

Aparecen estudios, informes y nuevas maneras de repensar la construcción de hospitales y edificios en un contexto de pandemia o post pandemia. Se reafirma la teoría de concebir el aire como elemento sanador. La crisis se presenta como una oportunidad para recuperar la compatibilidad entre los aspectos técnicos y pasivos de la arquitectura hospitalaria, donde la calidad y los flujos de aire son esenciales para evitar la transmisión y el contagio. La idea del aire como elemento sanador nos invita a pensar en su repercusión futura a distintas escalas, no solo la hospitalaria, sino también la doméstica y la urbana.

Aparecen propuestas para el diseño futuro, contemplando el contexto actual. Como por ejemplo en el informe “El Hospital del Futuro: apuestas y desafíos.” de Tarkett, dónde se plantean siete principios para un diseño sanitario resiliente a la pandemia. El informe establece parámetros de infraestructura y planificación que contribuyen al mantenimiento de las

operaciones durante una pandemia. Las claves son: fomentar la seguridad de los pacientes, el personal y las familias, e incrementar la flexibilidad del centro para responder a necesidades cambiantes. Los siete principios son los siguientes:

- Versatilidad: Además de responder a las necesidades de la pandemia, el diseño debe funcionar para el uso cotidiano y la atención de pacientes no infecciosos para ser económicamente viable.
- Preparado para futuras olas: El diseño debe soportar un aumento relevante del número de pacientes y de su gravedad dentro del espacio existente.
- Bienestar: La atención a la pandemia es muy estresante para el personal, los pacientes y las familias. El diseño tiene que permitir espacios para el descanso, la recuperación y el bienestar de personal y familiares.
- Aire y superficies limpias: El diseño reduce la transmisión de partículas infecciosas, al tiempo que facilita el mantenimiento y la limpieza del aire y las superficies.
- Aislar, confinar y separar: Se facilita la separación de la atención a los pacientes infecciosos para mantener la seguridad del resto de pacientes y del personal, apoyando la continuidad de las operaciones.
- Flujo: El diseño admite canales claros para la circulación, apoyando el movimiento seguro y minimizando el riesgo de transmisión.
- Digital/Físico: Debemos diseñar espacios y lugares innovadores y atractivos que permitan una transición fácil del ámbito físico al digital.



REFERENTES DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA

Alvar Aalto, Finlandia / Sanatorio antituberculoso Paimio (1929|1933)

Amancio Williams, Argentina / Hospitales en corrientes (1948|1953)

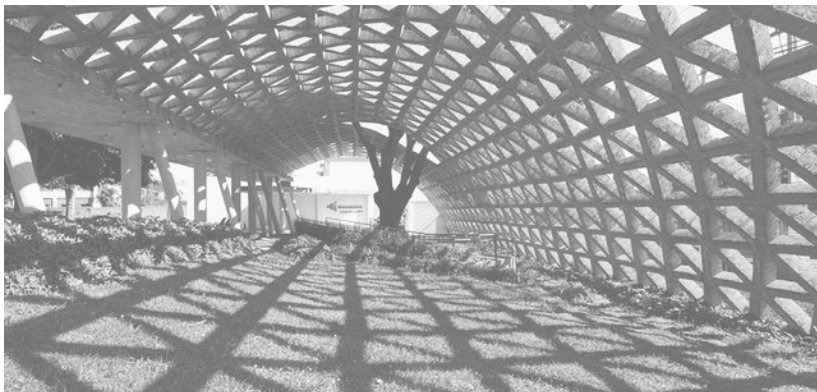
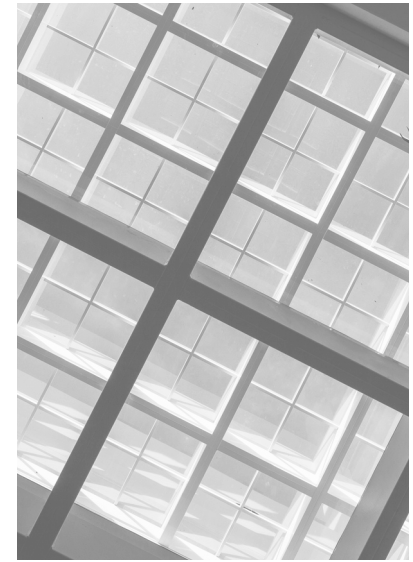
João Filgueiras, Brasil / Hospital Sarah Kubitschek (1994)

Claudio Vekstein, Marta Tello, Argentina / Instituto Municipal de rehabilitación Vicente López (2001|2004)

Solano Benítez, Paraguay / Centro de Rehabilitación infantil de la Teletón (2009|2010)

Mario Corea, Argentina / Hospital Sant Joan de Reus (2010) - Hospital Dr. Gutiérrez (2017)

Manoel Coelho, Brasil / Hospital Rocio (2014)



Alvar Aalto: Sanatorio antituberculoso Paimio

Esta obra fue el resultado ganador de un concurso en 1929 para un Sanatorio, el cual puso a Finlandia en el mapa de la arquitectura moderna. Actualmente está nominado para entrar en la lista de Patrimonio Mundial de la UNESCO.

El conjunto tiene una aproximación humana que va más allá del funcionalismo técnico y que se percibe en el detalle de sus elementos.

El Sanatorio Paimio supone un claro punto de inflexión en la obra de Aalto, pasando de una producción caracterizada por el respeto a la tradición hacia una arquitectura plenamente relacionada ya con la cultura del Movimiento Moderno.

La idea principal para el Sanatorio, proyectado inicialmente para 296 pacientes, era un edificio que favoreciera la curación y rehabilitación de enfermos de tuberculosis, o en palabras del mismo Aalto, *un edificio concebido como si de un “instrumento médico” se tratara*.

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

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

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

En el interior de las habitaciones, habilitadas para dos ocupantes, el detallado diseño de sus elementos proporciona una máxima comodidad al paciente, como por ejemplo a través de la disposición indirecta de luz

artificial, el color del techo pintado en verde oscuro para evitar deslumbramientos, o también la colocación de la calefacción en el techo para evitar la radiación directa, y el cuidado diseño de los lavabos, cuya geometría minimiza el posible ruido provocado por su uso.

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

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



Amancio Williams: Hospitales en corrientes

El universo arquitectónico propio de Williams se formula a partir de un definido pensamiento acerca de la cuestión técnica, campo en el que establece un ámbito de exploración y desarrolla una poética sin dobleces, en la que la forma deviene del análisis implacable de las necesidades funcionales y de la perfección aplicada en su materialización, produciendo, en su actuar en conjunto, una invención, un resultado original. Esta convicción de que en el interior mismo de la concepción de la obra es donde anidan sus principios fundamentales, lo define como un pensamiento esencialmente moderno.

De esta manera, se pueden comprender los proyectos de Amancio como un deseo de transformar la realidad. Para él, proyectar siempre era anticiparse, planear el futuro, repensando y releendo el presente. Su capacidad de proyectar futuros desde el ámbito arquitectónico se convirtió en una potente herramienta crítica no sólo de la manera de habitar sino también de la realidad.

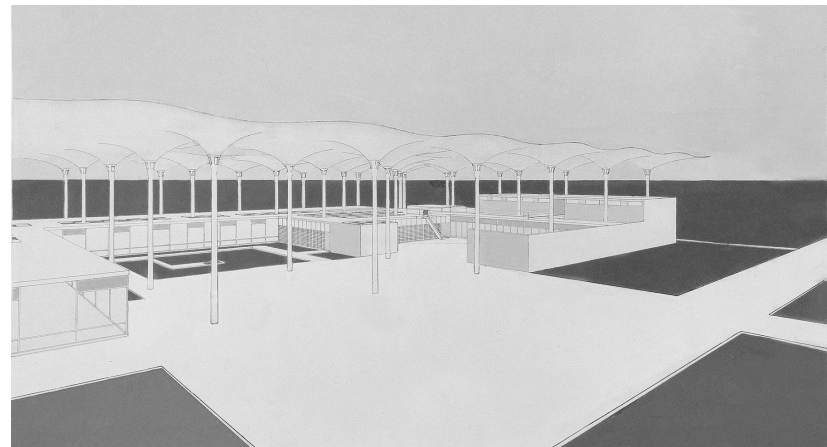
Amancio Williams recibió el pedido de proyectar Tres Hospitales para las localidades de Curuzú-Cuatiá, Esquina y Mburucuyá, Provincia de Corrientes, encomendados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. El encargo incluyó también la elección del terreno y participación en la elaboración del programa. De acuerdo a las indicaciones ministeriales, a fin de evitar circulaciones mecánicas, se elaboró un proyecto desarrollado en planta baja.

Analizando los conceptos desplegados en la propuesta para los tres hospitales, se hacen evidentes las rigurosas elaboraciones implicadas en el proyecto, que alcanzan un grado de sistematicidad tal que permite resolver las tres situaciones con soluciones semejantes sin resignar la singularidad de cada caso. Como lo expresa el propio arquitecto:

Se propuso estudiar cada sector constitutivo del hospital como un elemento tipo que pudiera ser utilizado en los diferentes proyectos, variando solamente sus conexiones, tamaño o posición, pero sin sufrir otras modificaciones (Williams, 1957).

Los hospitales fueron proyectados como una unidad a fin de realizar una intensa obra social y una acción asistencial, especialmente preventiva.

Un techo convencional en un clima de esas características hubiera implicado grandes espesores y diversidad de materiales, solución de escasa efectividad. Por esa razón se utilizó en el proyecto un sistema de dos techos: uno alto de espesor mínimo y otro bajo de poco espesor ya que no recibe prácticamente ni lluvia ni sol. Ese techo bajo puede tener iluminación y ventilación cenital. El techo alto, formado por bóvedas cáscara crea una zona sombreada y fresca.



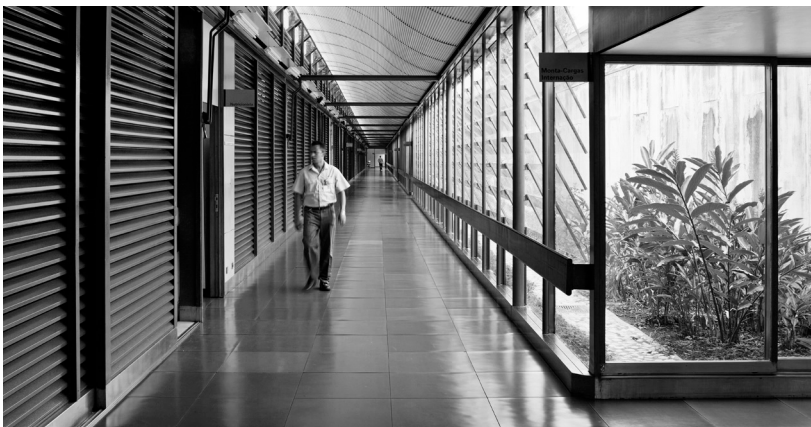
Este proyecto queda determinado por un único elemento: un cobertizo metálico curvo, con amplias y diferentes extensiones, y repetido en decenas de líneas paralelas. Sus únicas variaciones, además del formato estándar, son la generada por una mayor luz de la estructura de acero que la soporta, incidiendo en la mayor dimensión del galpón; y otra creada cerrando la caseta desde la continuidad de su curva, cuando no hay necesidad de ventilación.

Las aberturas están cubiertas con frentes verticales pintados de amarillo, que prolongan el techo curvo, y entre ellos se intercalan filas paralelas de lamas horizontales. De esta forma, los ambientes internos quedan protegidos de los rayos directos del sol.

Los ambientes internos están íntimamente conectados con los jardines externos que rodean el edificio. A veces se abre al exterior en grandes cristales, a veces en pasillos exteriores, a veces los jardines entran y recortan su volumen, y a veces las camas se prolongan en pequeños balcones.

Además de estar rodeado de naturaleza, el edificio está impregnado de arte.

Athos Bulcão fue el responsable de crear diferentes tipos de paneles multicolores. Se utilizan como linderos del terreno, realizados con mortero armado; en los pasillos, paneles metálicos en tonos azules y naranjas; en el refectorio, paneles de madera pintados de azul, verde y rojo, perforados con diseños geométricos. La extrema calidad de la construcción se confunde en esta obra con su indisoluble relación con el arte.



Este proyecto, a modo de nueva sede, surge de la necesidad de crear un lugar apropiado para acoger el incremento de pacientes con discapacidades, considerando que este Instituto ha estado históricamente abierto a toda la población y es gratuito, y para revertir las condiciones de precariedad y aislamiento del viejo Instituto respecto de su relación con la comunidad en general.

Su esquema volumétrico general en 'U' responde a la idea de generar un espacio abierto central capaz de brindar un ambiente saludable y generoso en asoleamiento y ventilación para todo el edificio, además de un espacio de uso tipo plaza con vegetación. Contorneando este patio y sirviendo a su vez integrado a las fachadas de parasol al ala sur, se desarrolla la rampa requerida de escape de emergencias aunque también de accesos, que se convierte de acuerdo al diseño en verdadera alma del edificio al ser un elemento dinámico y unificador ideal para el ejercicio diario de rehabilitación del movimiento en los pacientes.

La imagen exterior pretende un claro reconocimiento del edificio a través de sus elementos componentes, de fuerte carácter y cierta crudeza, de reconocimiento a escala institucional.

La pantalla general perforada y recortada brinda un ambiente externo/interno de sombras y luces marcadas, que la hacen atractiva por contraste la relación de transparencia y profundidad con el patio de la manzana naturalmente iluminado. Por detrás de la pantalla y en aquel hueco entre esta y el edificio, se produce una apertura y fuga al cielo sucesivamente ampliada a manera de diafragma invertido de donde vuelve colgante una gran pieza inclinada: 'la mano de Dios', como un umbral vertical capaz de llevar a los pacientes que lo atraviesan una lluvia consistente del máspreciado Don que irán a recibir en el edificio a través de las laboriosas terapias diarias de los médicos: el más puro Amor.

Solano Benitez: Centro de Rehabilitación infantil de la Teletón

El Centro de Rehabilitación Infantil de la Teletón en Paraguay, de carácter institucional, intenta rescatar y revitalizar su importante función social.

Inspirado en las estructuras simples y la morfología contundente de la arquitectura vernácula, comenzó con la demolición de las compartimentaciones obsoletas de la zona de la clínica y el gimnasio, una actuación acompañada luego, por la construcción de un nuevo pabellón de hidroterapia.

Todo el proyecto se desarrolló contando con los materiales disponibles: por un lado, fragmentos cerámicos producidos por las demoliciones previas y por el otro, puertas de vidrio templado donadas por un banco tras la renovación de sus sucursales. Mientras que el vidrio definió la solución para la tabiquería del edificio preexistente, organizada por un corredor de paredes de mampostería blanca y techos acristalados, los cascotes, dispuestos en bóvedas, losas y otras soluciones prefabricadas, resolvieron con una plástica eficaz povera la singular geometría piramidal de la cubierta del nuevo pabellón.

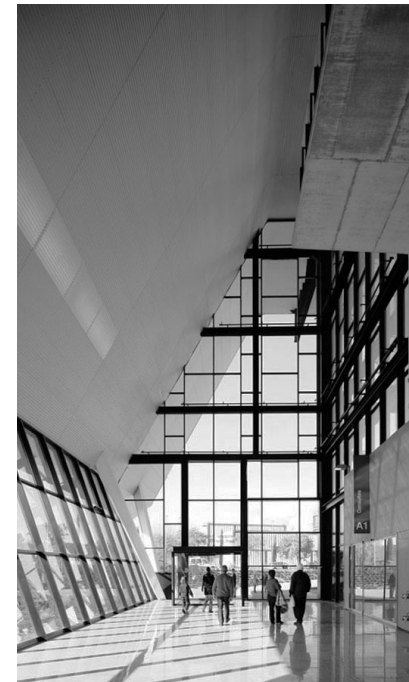


Mario Corea: Hospital Sant Joan de Reus

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

Tiene una superficie total construida de 104.910 m², con un total de 250 camas de internación y 150 de sociosanitario.

El nuevo equipamiento sanitario cuenta con 4 bunkers de radioterapia y radiofísica, 10 quirófanos, 2 quirófanos sépticos, y un total de 93 consultas externas. Además se prevé la construcción de un parking enterrado de 763 plazas.



Mario Corea: Hospital Dr. Gutiérrez

El nuevo edificio del Hospital Dr. Gutiérrez de Venado Tuerto, Argentina es un hospital regional de alta complejidad innovador por su diseño arquitectónico y tecnología avanzada, así como por los servicios de atención médica que brinda. Este hospital forma parte de un programa de arquitectura social creado por el Gobierno de Santa Fe para brindar a los ciudadanos de la provincia una infraestructura integral de servicios de salud. El “sistema tipológico proyectual” desarrollado por el arquitecto Mario Corea es la estrategia implementada para el diseño de los hospitales incluidos en este programa. A diferencia de modelos como prototipos, el sistema de diseño tipológico se basa en el desarrollo de un proyecto arquitectónico que se puede adaptar a diferentes escalas, territorios y grupos de usuarios.

El sistema de diseño tipológico ha generado el concepto del “hospital evolutivo”, que se basa en un solo módulo repetido que genera un marco adaptativo perfectamente capaz de responder al programa propuesto, así como de adaptarse a los cambios tecnológicos y funcionales progresivos sin la necesidad de alterar la estructura de soporte, la circulación general o las fachadas siendo esto una característica definitoria del hospital evolutivo.

Los espacios interiores están organizados en torno a una serie de patios, que proporcionan luz natural y ventilación, factores que se ha demostrado contribuyen a la mejora de los pacientes, así como a la mayor eficiencia laboral del personal médico.

Como parte integral del programa que se desarrolla en la provincia de Santa Fe, el Hospital Dr. Gutiérrez responde a los nuevos conceptos emergentes en la atención sanitaria contemporánea, como la sostenibilidad, el impacto ambiental y el uso inteligente de los recursos naturales y económicos. La estrategia resultante se basa en una red compuesta por hospitales generales y especializados, así como por centros de salud de complejidad variable, todos integrados en un sistema interrelacionado al que pueden acceder los ciudadanos.

Manoel Coelho: Hospital Rocio

El hospital está ubicado en Campo Largo, en el área metropolitana de Curitiba. Su nuevo edificio principal se utiliza para proporcionar servicio prioritario a los pacientes en el Sistema de Salud Pública, además de ofrecer práctica privada y dar servicio a planes privados de salud.

El concepto general del proyecto busca organizar las áreas y el flujo hospitalario según la función, priorizando la calificación y el factor humano de los espacios internos. Con esto en mente, la construcción del hospital busca la optimización intensiva de la luz natural y explora la conexión máxima entre ambientes internos y externos. Se puede acceder al complejo a través de 3 entradas distintas: general, de servicios y de atención ambulatoria, que organizan los distintos tipos de usuarios a través de un sistema de transporte interno para acceder a diferentes áreas.

Se tienen en cuenta las divisiones y el control del flujo mediante la planificación de áreas separadas y amplias salas de espera, siendo de gran magnitud la cantidad de personas que pasan por el hospital todos los días. Las recepciones y entradas independientes distribuyen a los usuarios a diferentes sectores dentro del hospital. El proyecto está estructurado en dos ejes principales de circulación paralela que dividen el complejo, organizando la circulación del público y los trabajadores.

Estos ejes llevan a los principales servicios hospitalarios a realizarse en la planta baja. Los niveles superiores abarcan el áreas de hospitalización, como apartamentos y suites, así como áreas administrativas y un auditorio.



SOPORTE

«Un hospital en un pueblo civilizado ha de ser una casa donde el dolor sea respetado y donde el hombre sea defendido de la muerte y de los males de la salud con los medios más adelantados que la ciencia y la técnica han puesto a nuestro alcance.» (Perón, 1951).

Los últimos años de la década de 1940 en Argentina bajo un momento particular, se pensó en la obra pública en gran escala: con un líder personalista como Juan Domingo Perón en la presidencia con fuerte apoyo popular, se propone redefinir el orden social desde el Estado, con el propósito de la generalización del bienestar, una condición que, para alcanzarla, requería de una firme actuación en el campo de la salud pública.

Para eso en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública y el presidente puso al médico Ramón Carrillo al frente del nuevo organismo que, al ser elevado a la categoría de ministerio en 1949, lo convirtió en el primer Ministro de Salud Pública de la Nación. Ocupó entonces, un lugar preponderante en la reorganización sanitaria de la Argentina. Comprometido con las teorías eugenésicas de su tiempo y orientado por un ideario nacionalista, en su controvertida labor se ocupó de idear e implementar las políticas sanitarias y también de delinear las premisas arquitectónicas para proyectar y gestionar hospitales, publicando dos tomos de Teoría del Hospital, uno dedicado a la arquitectura y otro a la administración.

El planeamiento y construcción de hospitales ha ocupado un lugar de preferencia entre las tareas que ha asumido el doctor Carrillo como Ministro de Salud Pública de la Nación. Así la Argentina pasa a ocupar un puesto de honor, tanto por la originalidad del sistema funcional de principios y reglas que forma su contenido, como por el hecho de ser pioneros en la solución de todos los problemas inherentes al hospital, como estructura técnica y como organismo activo.

Una extensa producción edilicia realizada en su gestión se corresponde con la imagen generalmente asociada con las representaciones del imaginario peronista, basadas en el llamado “estilo neocolonial” y con las que él mismo se identificaba, pero dentro del amplio programa de obras también se encuentran proyectos modernos, realizados por arquitectos externos al ministerio.

El Dr. Carrillo diagramó el plan que debía llevar adelante su sector para alcanzar las metas propuestas, en todo consensuadas con el Plan Quinquenal (1947-1951).

A las acciones del Estado sobre los temas de la salud pública de fines del siglo XIX y principios del XX, que habían sentado una importante plataforma organizativa y de equipamientos, se le sumó una nueva corriente de interés en un contexto que no era casual ni aislado, en general, en el mundo se comenzó a entender el tema como “bien social” a partir de la Segunda Guerra Mundial, en la década de 1940.

Luego de la fundación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) apenas al finalizar la guerra, el Consejo Económico y Social del organismo internacional impulsó la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que concentró los esfuerzos en definir estrategias sanitarias a nivel mundial. En ese contexto en que se promueve la fuerte intervención estatal a gran escala en el tema, la gestión del peronismo y la figura del Doctor Carrillo encontraron las condiciones apropiadas para insertarse en una corriente sanitarista a nivel mundial.

Al año siguiente se plantea una paradoja, por un lado en 1949 se elevaba la secretaría de Carrillo al rango de Ministerio de Salud Pública de la Nación, otorgándole la máxima jerarquía y convirtiendo así al médico santiagueño en el primer ministro en ocupar ese cargo en la historia del país, por otro, ello no implicó una ampliación de su presupuesto sino que, por el contrario, este comenzó a verse mermado por la captación de recursos de otras áreas institucionales, en particular por Asistencia Social, la fundación “Eva Perón” y nuevos actores que empezaban a cobrar cada vez más peso: las obras sociales sindicales.

Así, en la intervención estatal en el área de salud durante el peronismo, pueden visualizarse dos grandes etapas: la primera de ellas, que abarca desde 1946 a 1950, está caracterizada por la expansión de los centros hospitalarios y centros materno-infantiles y por el intento de lograr un

cuerpo burocrático con mayores visos de profesionalidad aunque sin que se perdiera la lealtad al proyecto político. La segunda etapa va desde 1950 a 1954 y está marcada por un recorte presupuestario y por la búsqueda de nuevos pilares de legitimidad. Durante este segundo período, en el que la Fundación Eva Perón tuvo un mayor protagonismo en el área sanitaria, las campañas de difusión se mantuvieron y permitieron la visibilidad política del Ministerio.

En los años siguientes aparece el hospital moderno, como resultado de siglos de experimentación tipológica, en un proceso en el que el edificio se fue modelando de acuerdo con las posibilidades que aportaron los avances de la ciencia de la construcción y su tecnología, pero sobre todo en función de los adelantos propios de las ciencias médicas y sus técnicas subsidiarias. En cada período el edificio ha traducido la práctica médica del momento y se puede apreciar un trazado histórico en que el hospital ha sido un tema con una especificidad particular y siempre desafiante para la arquitectura.

En el caso de Buenos Aires, puede observarse cómo los grandes hospitales estatales cuya disponibilidad de terreno es mayor, siguen radicalmente las transformaciones tipológicas operadas a nivel internacional.

Estas condiciones, que en algunos casos pueden extrapolarse a las ciudades capitales de provincia, verían que el paso del sistema de pabellones al desarrollo del tipo edilicio de block en altura recién sería asimilado por el Estado al promediar la década de 1930. Grandes ejemplos de estos desarrollos bloques verticales son, entre otros, el Hospital de Clínicas, el Hospital Churrua, y el Hospital Central de Mendoza.

Tendencia que sería revertida, en parte, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo como Secretario primero y luego Ministro de Salud Pública de la Nación al definir, en el marco de un plan racional de sistematización del sistema nacional de salud, que los hospitales verticales serían admisibles sólo en los grandes centros urbanos, privilegiando por lo general a los esquemas de tránsito horizontal.

Los hechos posteriores demuestran que la gran mayoría de los edificios construidos por el organismo de Salud Pública se realizó dentro de las

acotadas directivas formales indicadas por Carrillo, con algunas destacadas excepciones que provenían del tablero de arquitectos con afinada lectura de la arquitectura moderna, que fueron contratados por fuera de las oficinas técnicas del ministerio. Se realizaron: Centros Sanitarios en Catamarca, Tucumán, Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Corrientes; y en 1948 la Secretaría de Salud Pública encargó proyectos para estas unidades, que eran centros regionales donde se desarrollaban acciones preventivas, sociales y curativas.

Un caso excepcional, aunque finalmente no llegarán a construirse, fueron los tres hospitales encargados a Amancio Williams para ser ubicados en Esquina, Curuzú Cuatía y Mburucuyá, en la provincia de Corrientes, en los que salvo la premisa de organización horizontal en planta baja, ninguna de las directivas de Carrillo fueron cumplidas.

Por lo visto, entonces, en la arquitectura producida por Salud Pública convivieron al menos estilos diferentes: neocolonial y modernista.

El primero dado en las oficinas técnicas de la Dirección de Arquitectura Hospitalaria, que dependía directamente del Ministerio de Salud Pública de la Nación y cuyos arquitectos se verían compelidos a seguir las directivas del ministro y, el segundo, aparece entre los profesionales que fueron contratados por fuera de las estructuras administrativas del Estado, que se desligaron de las mismas en lo relativo a la estilística requerida.

«Los servicios médicos constituyen un derecho esencial del hombre. El Estado no puede darlos o no darlos, no puede regatearlos, no puede retacearlos. Tiene que prodigarse en ellos; economizar lo superfluo pero que abunde lo necesario; tiene que prevenir, curar y reparar en lo posible los efectos de la enfermedad. En nuestros modernos hospitales, el enfermo no sólo recibe atención médica; es además edificado en el ejemplo de un medio higiénico, limpio, agradable, que después trasladará o procurará trasladar a su propia casa.» (Perón, 1951).

A partir del año 2007, con la voluntad de crear una red de infraestructuras sanitarias que garantizara el bienestar y cubriera las necesidades de los ciudadanos, el Gobierno de Santa Fe inició un programa de arquitectura social en la provincia, ideado por el gobernador Dr. Hermes Binner.

Se trabajó en conjunto en la Unidad de Proyectos Especiales del Ministerio de Obras Públicas para crear un plan estratégico de los servicios de salud, que tenía como objetivo organizar la región en redes, conectando las áreas centrales con las periféricas, corrigiendo desigualdades territoriales y potenciando los recursos de cada región.

En cada una de las cinco regiones, se planteó el concepto de red sanitaria, construyendo tres tipos de efectores de salud: centros de atención primaria, hospitales de mediana complejidad y los cinco hospitales de alta complejidad.

En total se construyeron más de 100 establecimientos de salud, logrando que, a día de hoy, Santa Fe tenga uno de los sistemas de salud públicos más sólidos y autónomos de América Latina.

Lo interesante del plan de Santa Fe no es solo su contexto local, latinoamericano, sino el hecho de que ofrece una oportunidad para abrir un debate internacional sobre diversos temas que han estado perfilándose en todo el mundo con relación a la arquitectura, el diseño urbano y los servicios sociales. En este momento histórico no es posible admitir que hay muchos lugares del mundo que tienen un servicio de salud deficiente y en algunos casos inexistente. La construcción de redes sanitarias integradas y coordinadas que brinden una salud integral en todos los ámbitos

territoriales es hoy un derecho impostergable de todos los ciudadanos. Sin embargo, la red sanitaria por sí misma no puede existir sin que sea respaldada por las voluntades políticas, sociales y económicas, en función y beneficio de todos los ciudadanos.

El sistema de salud provincial santafesino se caracteriza por ser un modelo de gestión en red, basado en la atención primaria de salud, una gran red en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La red está compuesta por efectores (Hospitales, SAMCOs 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 cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

Están divididos en niveles de complejidad necesarios para el cuidado del ciudadano:

- 1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel: Hospitales y Samcos de baja y mediana complejidad.
- 3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

En números, la Red de salud de la provincia está compuesta por diversos efectores públicos: 452 Centros de Salud; 117 Servicio para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) y hospitales de 2do nivel; 12 hospitales de alta complejidad.

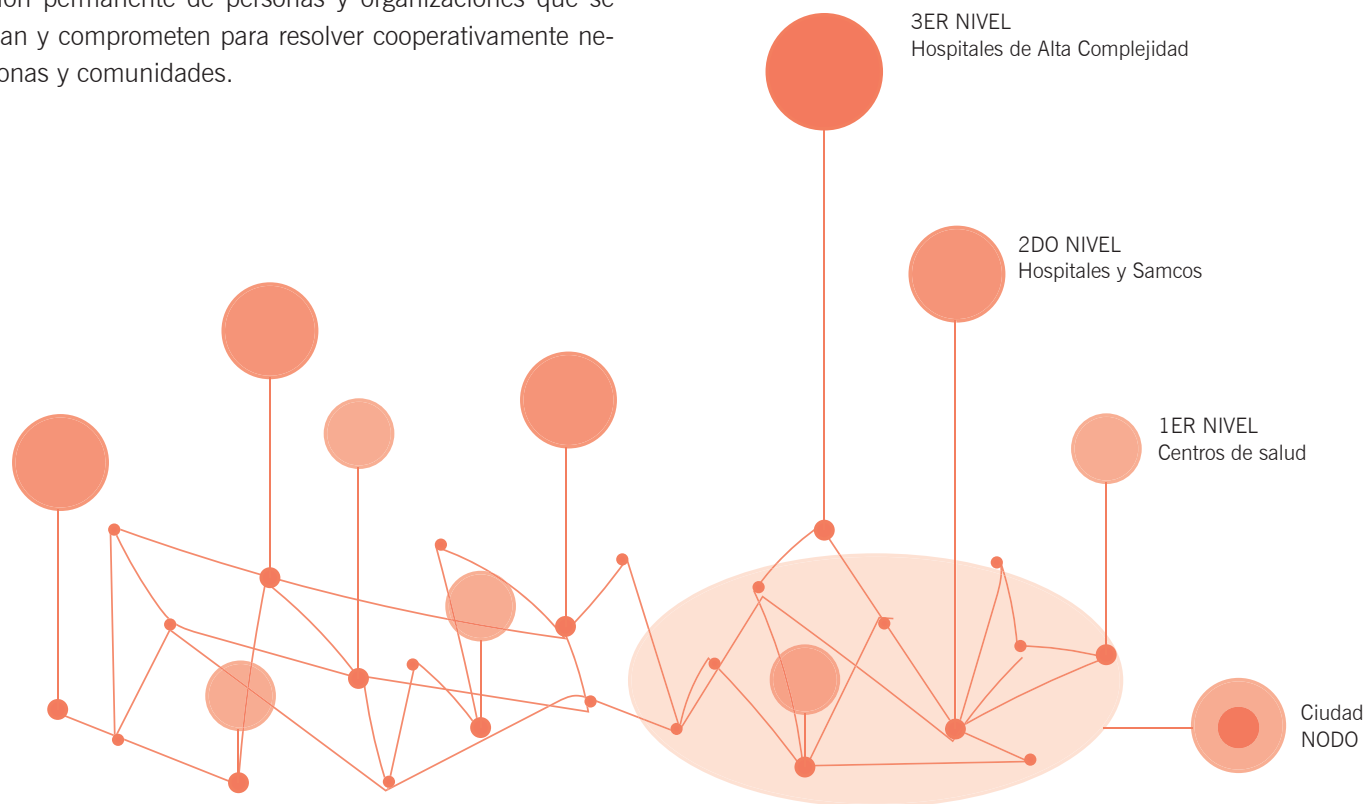
Esta red integrada de todos los niveles de atención en salud, constituye un elemento clave para la gestión de un modelo que sea equitativo, solidario y de calidad. Y, para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias

(SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

Según el texto “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas” las Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- son:

«Un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve.»

Las RISS requieren de una serie de atributos esenciales, para asegurar la materialización del derecho a la salud a través de acciones integrales con y para las comunidades y personas, dando garantía de acceso, oportunidad, continuidad de atención y cuidados y de calidad de los servicios. Es una construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, involucran y comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades.



Región 4 – Nodo Rosario. El modelo de atención de la ciudad de Rosario está basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia, mencionada anteriormente, implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población. Para ello, es central partir de donde las personas viven, porque es allí donde se construyen los proyectos de vida y donde se presentan los problemas de salud.

Las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementan y cooperan, formando grupos amplios y plurales.

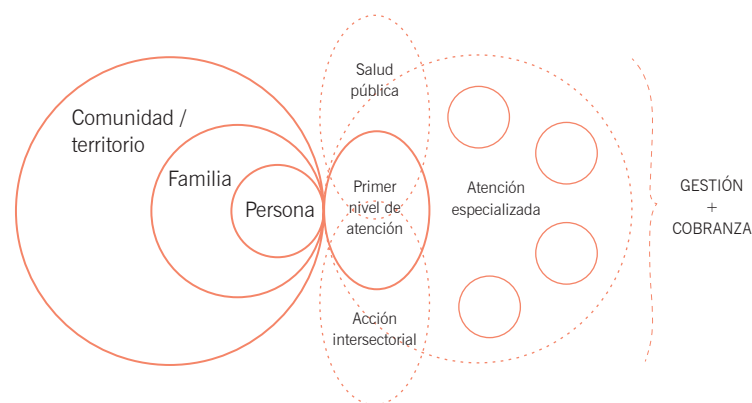
Los equipos de salud son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los problemas se abordan no solo desde lo individual sino también teniendo en cuenta el contexto familiar.

En el ámbito de esta red se desarrollan acciones para cuidar la salud de todos, como promover formas de vida saludables, prevenir enfermedades, monitorear el surgimiento de aquellas situaciones que ponen en riesgo la salud, distribuir insumos de manera oportuna, capacitar a los trabajadores e investigar sobre los problemas más importantes en salud.

El Sistema de Salud público de Rosario se integra por todas las organizaciones, instituciones y recursos del Estado destinados a garantizar el Derecho a la Salud. En ese sentido, Rosario ofrece una Red de Servicios públicos que integra acciones del Municipio, la Provincia y la Nación.

«El Estado Municipal tiene a su cargo una red de servicios constituida por 50 Centros de Salud, 3 Hospitales de Mediana complejidad, 2 Hospitales de Alta complejidad, 2 Maternidades, Instituto de rehabilitación (ILAR), Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), La Estación, espacio de de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas, SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), Instituto de la Salud Lazarte, el laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus 7 sedes.» (Información: datos.rosario.gob.ar).

En el marco de la estrategia de Atención Primaria, hace 30 años que junto a los otros efectores de salud de la ciudad forma parte de una red que atiende y lleva adelante la atención de la salud de manera integral en todos los aspectos que la constituyen: orgánica, mental, social y comunitaria.



SITIO

DISTRITO SUR

Tanto el Distrito Sur, como el resto de los distritos de nuestra ciudad, surgen ante la necesidad de descentralizar la administración de la municipalidad de Rosario, para propiciar un mayor acercamiento a las necesidades de los ciudadanos.

Es en el año 1955 en que la gestión vigente establece dicha división administrativa. A partir de ese año se proyectan lugares físicos donde se llevará a cabo la administración del distrito, estos lugares son los CMD (Centros Municipales de Distrito). El CMD sur, se encuentra en un edificio ubicado en Av. Uriburu 637.

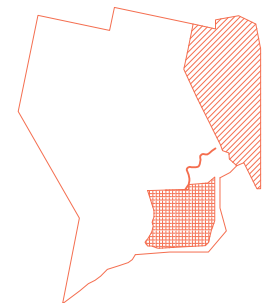
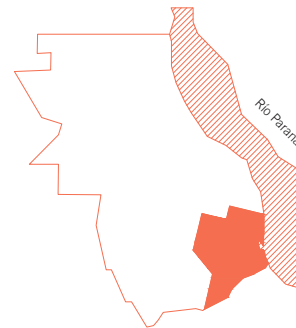
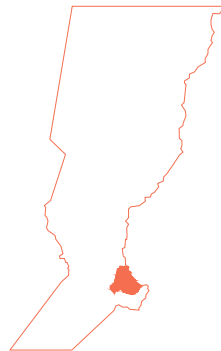
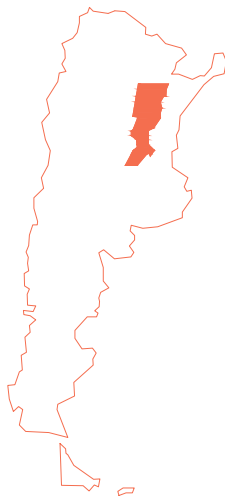
Este CMD lleva su nombre “Rosa Ziporovich” en honor a una maestra, supervisora, gremialista y luchadora incansable, quien a lo largo de sus más

de 80 años por los derechos humanos, se ha convertido en un símbolo de la lucha en defensa de la educación pública y gratuita, la participación y el compromiso con sentido de transformación social.

En el mismo se encuentran los siguientes efectores de salud:

- El Hospital Roque Sáenz Peña, hospital de segundo nivel de complejidad.
- Centro de Salud El Mangrullo, de primer nivel de complejidad.
- Centro de Salud N° 29 “Araoz de la Madrid”, de primer nivel de complejidad.
- Centro de Salud Rubén Naranjo, de primer nivel de complejidad.

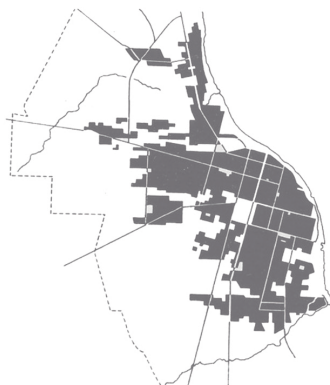
Conformando así una red de salud para la inclusión y pertenencia, generando lazos sociales, dentro del distrito que fomenta la comunidad.



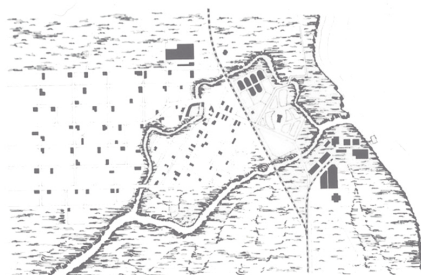
1930



1970



1980



ÁREA BARRIAL: SALADILLO

El barrio Saladillo, lugar donde se emplaza nuestro proyecto, posee una interesante transmutación que se fue dando a través del tiempo. Por lo que lo podemos interpretar a modo de realidad “mixta”, o de “mixtura”.

Solía ser un sector urbano de exaltación, regodeo y ocio de las elites rosarinas. El cual se transformó en un espacio obrero, caracterizado por los fijos y flujos de la producción de elementos cárnicos.

El primer equipamiento urbano de relevancia en este sitio, fue un elemento natural, el agua. Se sostenía que la cascada del arroyo Saladillo tenía propiedades curativas por su alto nivel de sal y de yodo. En ese entonces, grupos acomodados frecuentaban las mismas, es por ello que aparece una alta especulación inmobiliaria sobre los terrenos del sur, con sus beneficios de un espacio de distinción y diferenciación social.

El lugar tuvo un carácter de exclusividad, dónde se daban usos colectivos del tiempo libre de las élites. Relacionado con las experiencias europeas de la aristocracia y la burguesía, que se propagaron a través de procesos migratorios en el entramado social rosarino, como costumbres de grupos ricos e “híbridos”.

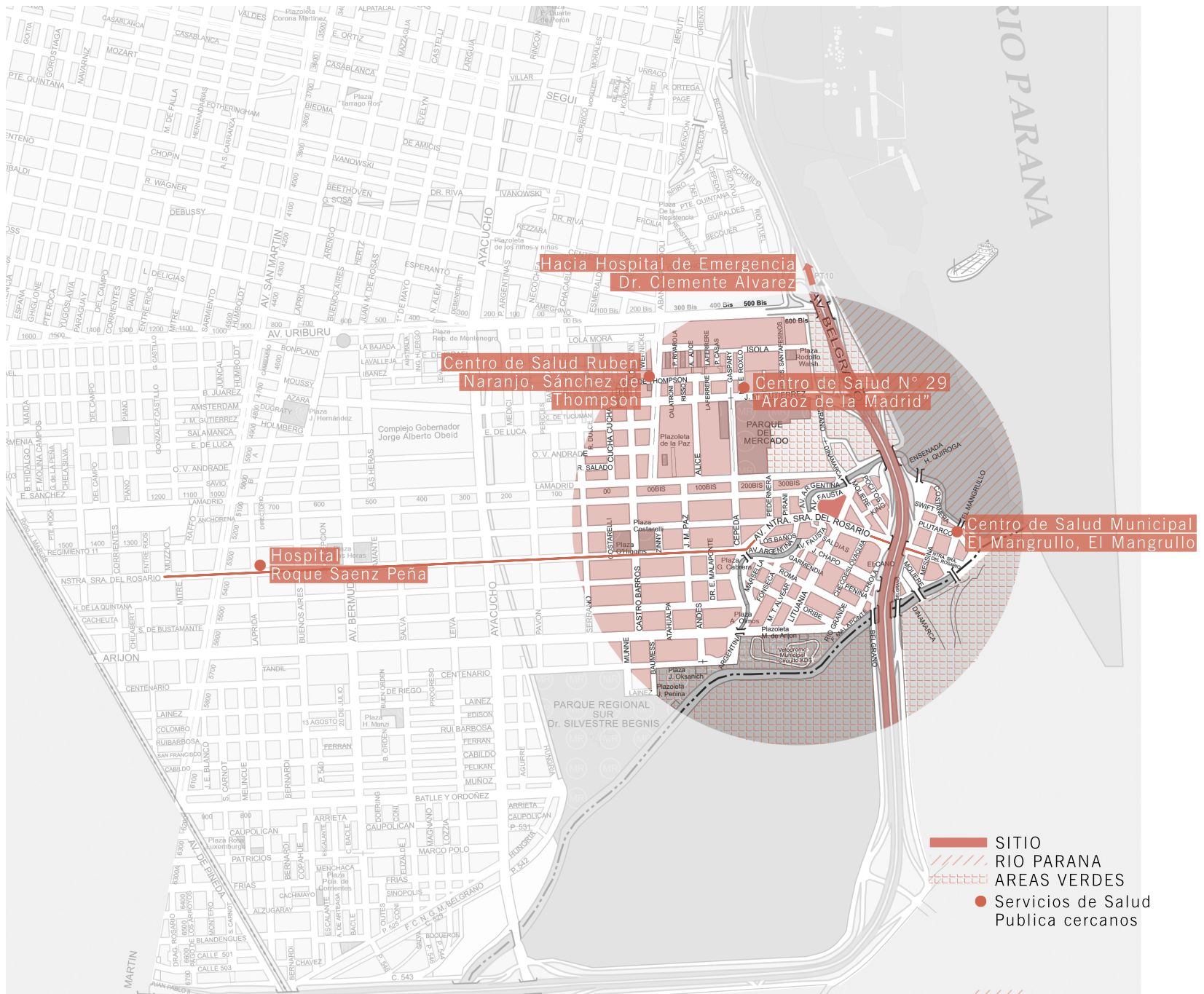
A finales del siglo XIX se hacen presentes, las necesidades de un balneario destinado al disfrute de los sectores populares. Dichas obligaciones son captadas por el municipio, lo cual disminuye la distinción social que ofrecían los baños del sur.

A su vez, los reclamos para segregar actividades insalubres (provenientes de médicos higienistas) establecen que la localización de los mataderos, el mercado de hacienda, y las industrias de producción cárnicas (Frigorífico Swift) representaban una muestra de lo “indecente” o “insano”, por lo que su destino debía situarse en los confines del territorio municipal, en las orillas. Dónde poder arrojar gran cantidad de “efluvios malsanos” lejos de la población “digna” asentada en núcleos centrales, y así evitar su contaminación.

Estas decisiones transformaron el espacio paulatinamente, dotándolo de otro carácter.

La nueva configuración del barrio dió como consecuencia remates de terrenos y la instalación de viviendas populares, que otorgaban al lugar un carácter rutinario de las fábricas. Singularidad que figura ser la identidad de las masas obreras en el período posterior. Hoy en día se percibe en el barrio su carácter múltiple.





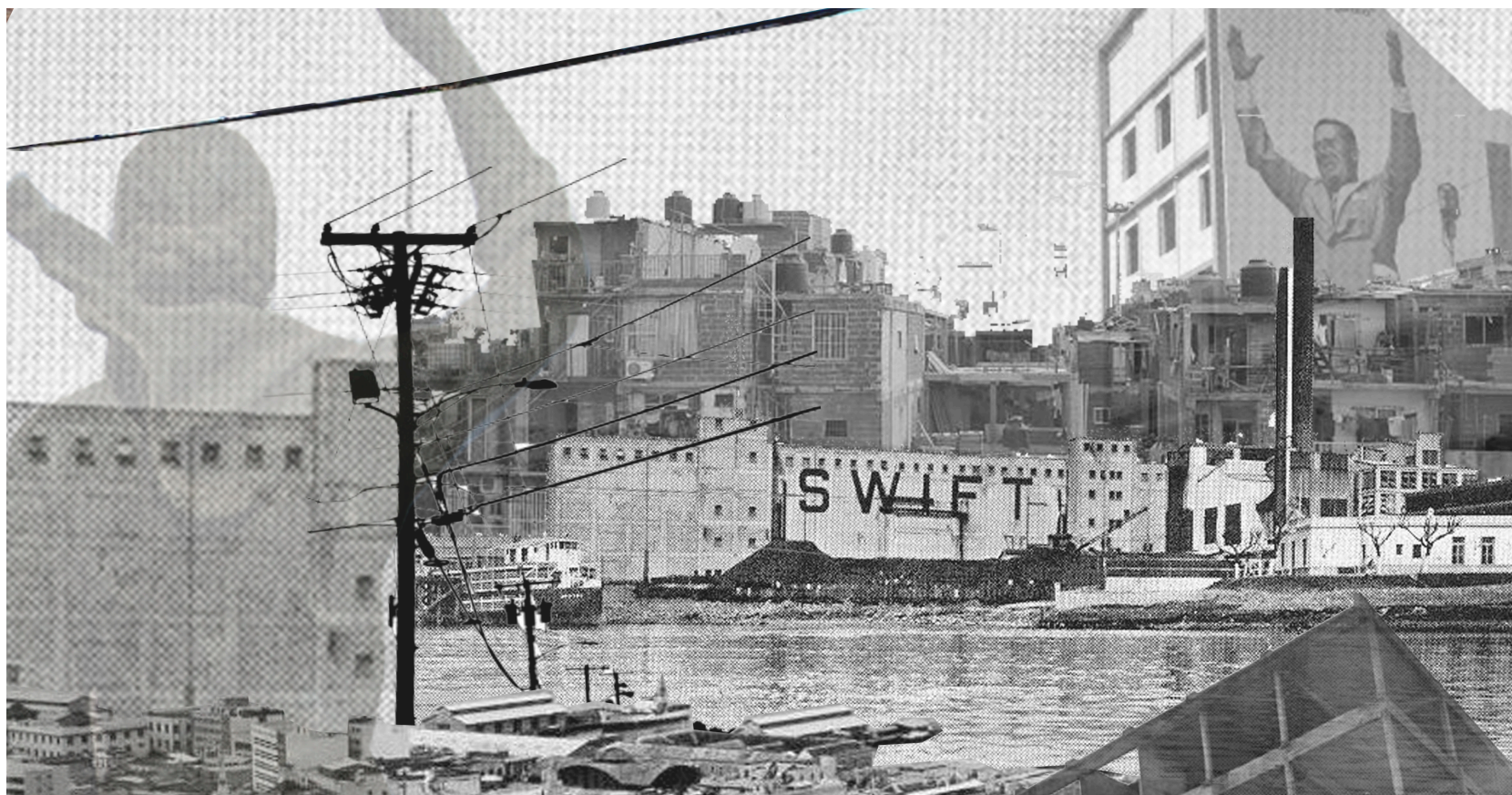
Nuestro sector para llevar adelante esta propuesta, es el ubicado entre las calles Av. Nuestra Señora del Rosario y Lituania, se configura como el final del recorrido del sistema de proximidad de espacios verdes que conecta el Parque Regional Sur con el brazo seco del Arroyo Saladillo y la desembocadura del mismo en el Río Paraná. Presenta un valor histórico – cultural, mencionado anteriormente, dónde hay una especial relación con la industria frigorífica, los espacios naturales, y el agua.

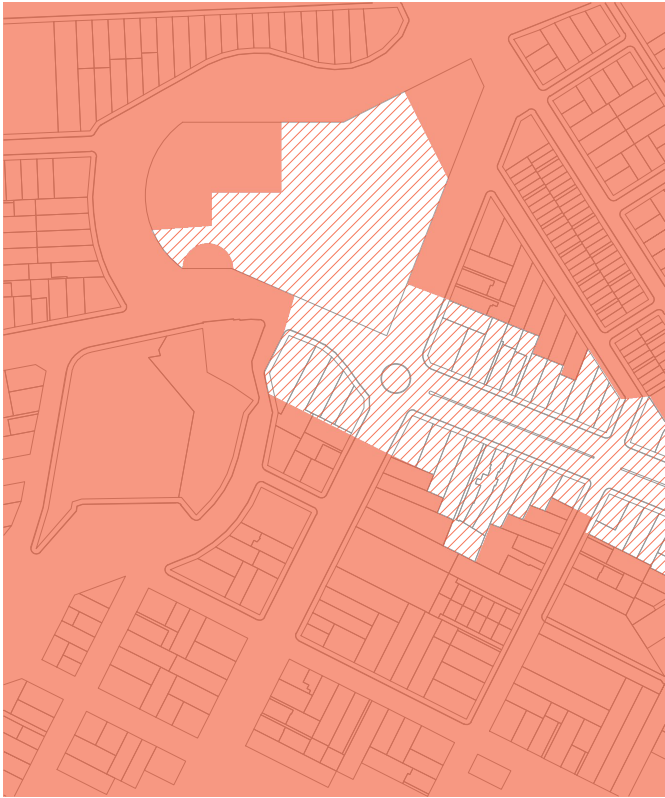
Su historia, cargada de diferentes grupos sociales, olas migracionales, y diversas costumbres, denota una mezcla que con el correr del tiempo fue dejando huellas en el barrio.

El primer monumento a Eva Duarte de Perón construido en Rosario se encuentra en la rotonda enfrentada a la esquina del proyecto. El cual es un punto de referencia física importante para el barrio.

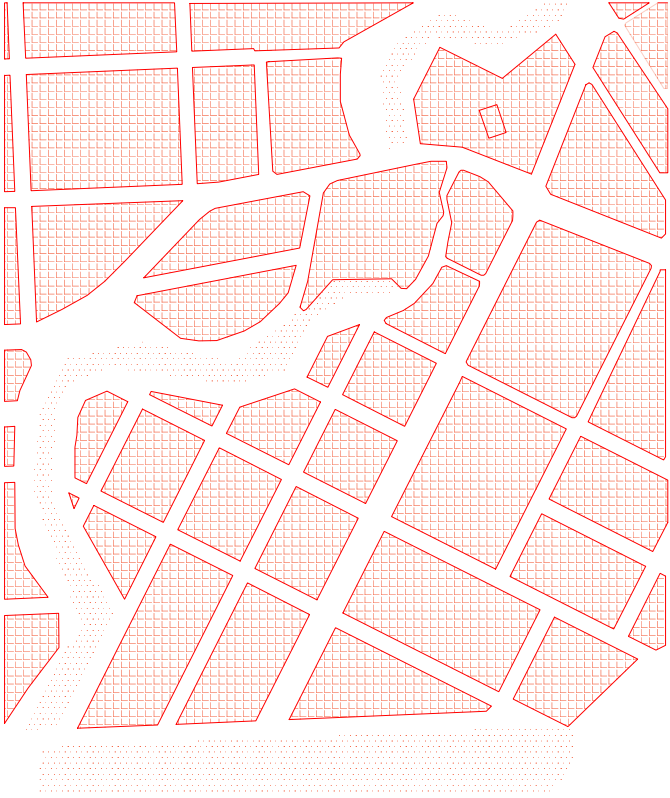
Actualmente el sitio se ha ido deteriorando, a raíz del golpe militar estatal, y sumadas las crisis sociales mantenidas en el tiempo. Se generaron así múltiples asentamientos irregulares, que prevalecen hasta el día de hoy y que consecuentemente se han ido agudizando.

Hay además, una falta de usos en los extensos equipamientos que acompañan los espacios verdes. Siendo carencias que vemos como potencialidades, en un lugar con enorme valor histórico del espacio natural, dónde se podrían realizar múltiples intervenciones para su mejora barrial y significación en su rol a nivel paisaje en el territorio de la ciudad de Rosario.

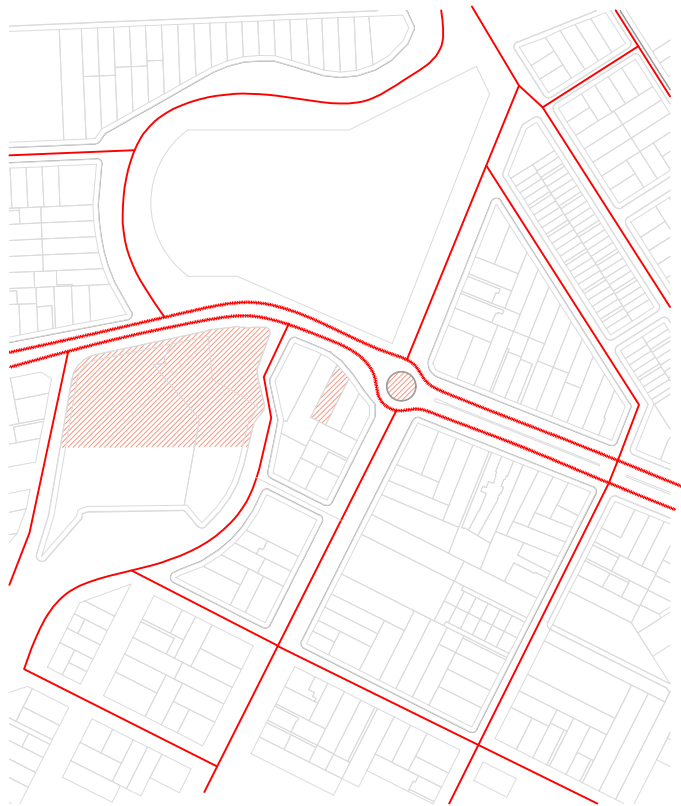




Area de Tejido 
Area de Reserva PLAN DE DETALLE 



Tejido Urbano 
Parque Regional Sur y su extensión 



Vías de circulación vehicular primaria +-----+

Vías de circulación vehicular secundaria —————

Equipamientos [hatched box]



Nivel - 5 [hatched box]

Nivel - 8 [hatched box]

Nivel - 10 [hatched box]

Nivel - 15 [hatched box]

PROYECTO

Nuestra manzana se encuadra, como lo mencionamos anteriormente, entre las calles Nuestra Señora del Rosario y Lituania. Enmarcada por: “Área de Reserva Plan de Detalle” y “Área de Tejido”, en lo que respecta a normas urbanísticas de la ciudad de Rosario.

Decidimos involucrarnos en el sector que está determinado por el Área de Reserva Plan de Detalle, dejando una plaza verde utilizable en el resto, pero vacante también para futuras necesidades.

Se configura el paisaje circundante como una continuación de los espacios verdes desde el Parque Regional Sur, entendiendo su importancia cultural, social, orgánica e higienista que tiene en la construcción de identidad barrial. Como equipamientos, se proponen sectores de juego y pasarelas que pueden ser utilizados como espacio al aire libre para ejercicios de rehabilitación kinesiológica; además diferenciaciones de pisos donde aparecen ‘momentos’ de observación del atardecer, y un anfiteatro flexible que propone un ‘uso para’ pero no lo define con total permanencia.

Su ubicación estratégica en la esquina, abraza un corazón verde, culminación de la continuidad de los parques. Un corazón como lugar de unión, reunión y rehabilitación donde aparece la naturaleza; y el protagonismo de la esquina, que es el ingreso principal, para dar valor a la emblemática Eva Duarte de Perón, más conocida como “Evita”, que tiene su monumento en la rotonda situada a su frente.

Las alturas propuestas para los diferentes bloques del proyecto, están rela-

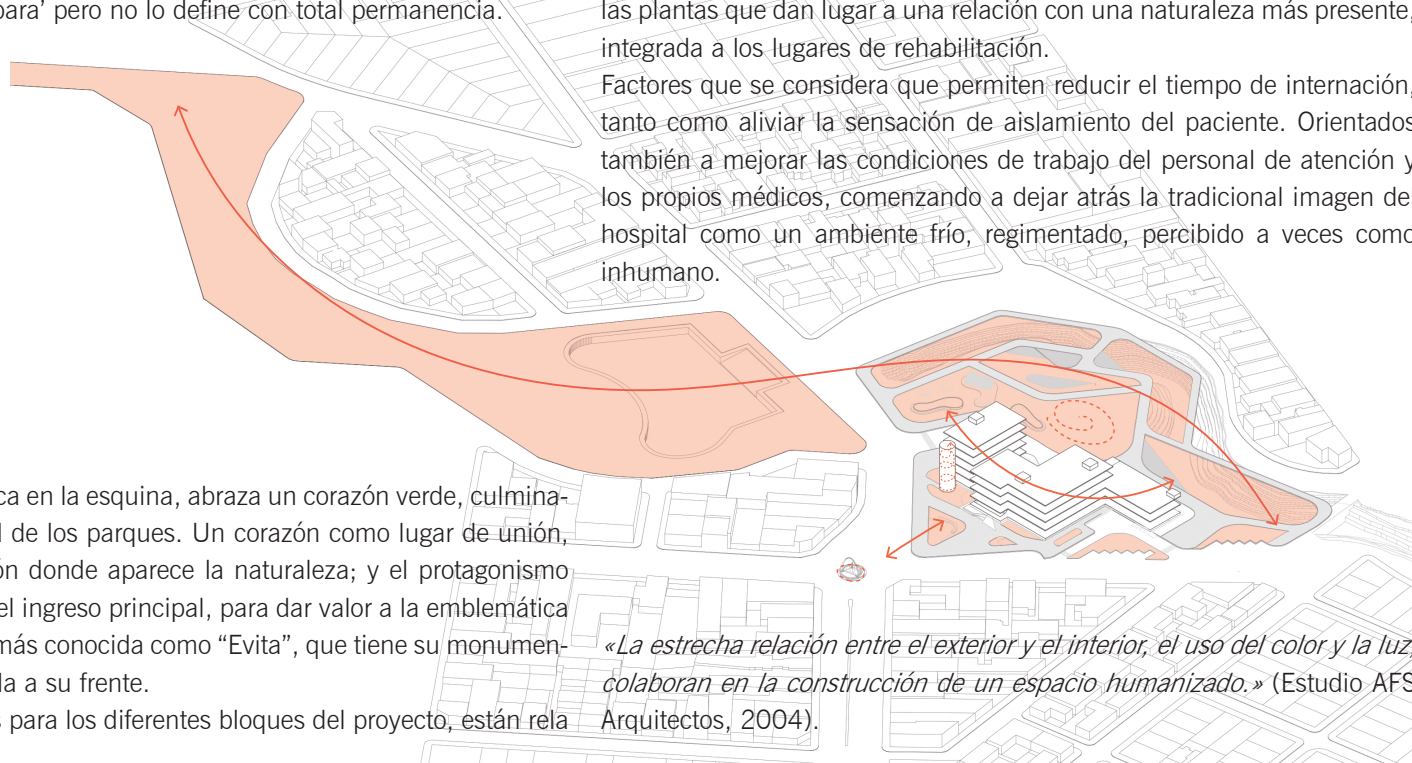
cionadas con la estructura preexistente (que forma parte del programa), y con la trama urbana. La mayor altura queda definida por lo existente, sin ser superada por el resto de la nueva construcción. Y el resto de las alturas se van disminuyendo al acercarse al tejido de la ciudad. Mimetizándose así y marcando un respeto con las alturas barriales.

Se intenta dar un uso a los jardines verdes no solo como espacios contemplativos sino también como sectores que pueden ser apropiados por los pacientes como lugares de rehabilitación y paseo. La visión del exterior, la luz natural, los colores cálidos y superficies menos duras forman parte de los recursos de esta propuesta, que considera, también, la experiencia de los acompañantes y familiares. Se plantean cancheros perimetrales al proyecto que dan la posibilidad de colocar enredaderas que se unan a las fachadas, y de colocar árboles como el Álamo.

Buscando no caer composiciones meramente utilitarias, se contemplan las plantas que dan lugar a una relación con una naturaleza más presente, integrada a los lugares de rehabilitación.

Factores que se considera que permiten reducir el tiempo de internación, tanto como aliviar la sensación de aislamiento del paciente. Orientados también a mejorar las condiciones de trabajo del personal de atención y los propios médicos, comenzando a dejar atrás la tradicional imagen del hospital como un ambiente frío, regimentado, percibido a veces como inhumano.

«La estrecha relación entre el exterior y el interior, el uso del color y la luz, colaboran en la construcción de un espacio humanizado.» (Estudio AFS Arquitectos, 2004).





«Ningún hombre es una isla, algo completo en sí mismo; cada hombre es un fragmento del continente, una parte de un conjunto.»
(John Donne, 1624).

Para dar definición a lo sustancial, lo intrínseco del proyecto, podemos decir que nuestra arquitectura busca ser soporte del vínculo, de los vínculos sociales, que fomentan la comunidad. Interpretando el barrio como una “mixture” social, cultural e histórica.

La expresión del proyecto busca entonces, devolverle al sitio con el paisaje y los materiales esto mismo, a modo de revalorización de su pasado. A través de una heterogeneidad de materiales que intentan recuperar y poner en valor, desde lo nuevo y moderno, aquella historia cultural y social. Con estructuras metálicas blancas (como expresión de salud e higiene) y ladrillo (como identidad histórica que aporta calidez).

Es la fusión y mixture de elementos que nos parecen competentes (dinámicas e historias del barrio, circulaciones internas, naturaleza, expresión material, acondicionamiento térmico, equilibrio compositivo, conexión con las preexistencias), y el respeto de introducirnos en el entorno, y no al revés, de introducir el entorno a posterior.

Contemplando la realidad como un paisaje que preexiste a nuestra propuesta, la cual inevitablemente lo modifica.

Estudiamos cómo se relacionan los espacios de circulación en un hospital de segundo nivel, cómo son los -intermedios- que articulan el funcionamiento de un sistema complejo, dónde cada pieza tiene una función específica y debe cumplir con ciertos requerimientos. Pero sin dejar de lado la importancia de los elementos orgánicos que aporten calidez en una estructura rígida/funcional propia de lo complejo, como ser un Hospital de segundo nivel.

Entendemos el edificio como un “unificador”, como una analogía con el cuerpo humano. Conformado por piezas internas que se definen gracias a sus circulaciones, y que a su vez son englobadas por capas de pieles que dan el carácter y aclimatación necesaria.



«La arquitectura es dónde la imaginación encuentra vida.»
(Kazuyo Sejima, 2010).

El proyecto en su emplazamiento, nace como se explicó anteriormente, con el objetivo de encerrar un centro verde y priorizar la esquina, respetando lo existente en cuanto a vegetación, alturas e historia cultural.

Para ello articulamos volúmenes de manera tal que todas sus caras estén, de algún modo, en relación con su entorno, permitiendo el ingreso de la naturaleza a través de sus colores, de la luz, por todos sus lados y con esto llegar al resultado de minimizar factores ambientales generadores de estrés dentro de la arquitectura relacionada a la salud.

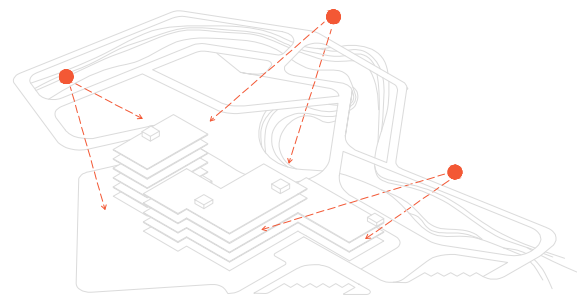
Sabiendo que lo material, que da sentido a lo real, tiene una influencia psicológica sobre el paciente y su realidad, y no sólo sobre el paciente que es el que padece, sino también sobre quienes están allí para su sanación, profesionales y trabajadores de la salud.

Sus tres nuevos volúmenes envuelven el centro de la manzana, y componen en conjunto con la estructura preexistente una especie de “caracol” que marca su énfasis en la esquina a través de un material diferente, el ladrillo. La elección material fue un punto de partida en nuestro proyecto, intentando que el carácter externo se lea como una expresión sensible en la búsqueda de texturas que den sensaciones. Definiendo lo externo a través de su materialización y lo interno a través de un programa riguroso que necesitó de una grilla modular organizadora de sus espacios interiores.

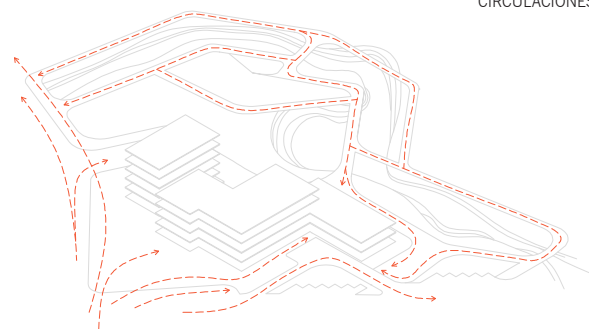
La separación de la estructura existente, además de ser una manera de resaltar lo que prevalecía a lo nuestro, se relaciona con el programa interno, con la complejidad de los sectores. Dejando por un lado lo íntimamente propio de un hospital de media complejidad, y por el otro lo que compete a áreas de kinesioterapia o menor complejidad y ocio.

En el exterior de la misma, se suma una escalera, protagonista por sus dimensiones y características materiales, a modo de cinta. Desde la cual se puede acceder a un mirador superior que se encuentra en la terraza del edificio, y funciona también como faro nocturno.

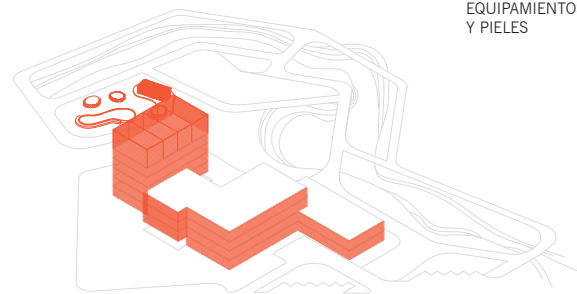
ASOLEAMIENTO

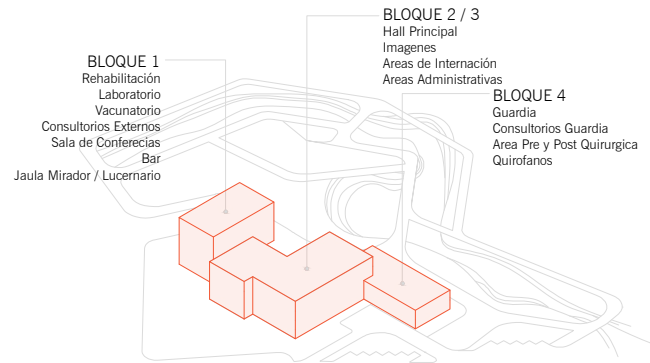


CIRCULACIONES

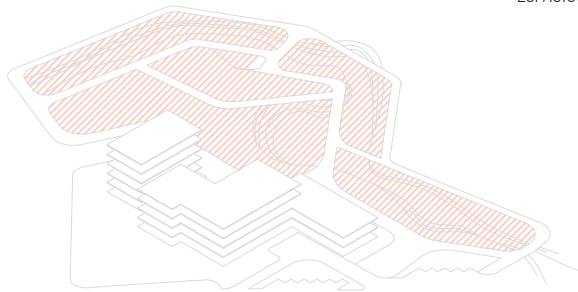


EQUIPAMIENTOS Y PIELES

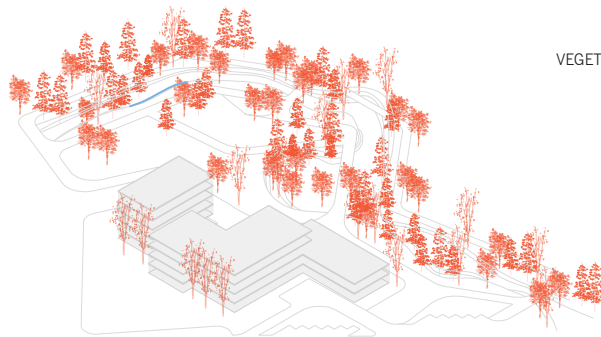




ESPACIOS VERDES



VEGETACIÓN



PROGRAMA

Nuestro Hospital Público “Julieta Lanteri” de Segundo Nivel, con centro de rehabilitación kinesiológica, situado en el barrio Saladillo, Rosario, Santa Fe, Argentina, se compone de 7000 metros cuadrados que dan lugar a 90 camas, y un programa que se conforma por:

Planta baja: hall principal, imágenes (resonador, tomógrafo, mamógrafo, rayos x, ecografía), rehabilitación kinesiológica, farmacia, laboratorio, vacunatorio, guardia.

Primer piso: recepción, habitaciones dobles de internación (30m²), quirófanos, sala pre y post quirúrgica, consultorios externos de especialidades. Segundo piso: consultorios externos de especialidades, habitaciones dobles de internación (30m²).

Tercer piso: áreas administrativas, consultorios externos de especialidades, habitaciones dobles de internación (30m²).

Cuarto piso: bar con terrazas internas, sala de conferencias.

Terraza: mirador / lucernario, con acceso interno y externo.

HOSPITAL JULIETA LANTERI

El nombre del Hospital, se lo debemos a una figura femenina, pionera en la lucha por la igualdad de los derechos humanos. Farmacéutica, médica y precursora en el movimiento feminista, Julieta Lanteri fue la primera mujer incorporada al padrón nacional y la primera en votar en la Argentina y América Latina. Fundadora del Partido Feminista Nacional y la Asociación Universitaria Argentina, fue un estandarte en la lucha por la reivindicación de los derechos de la mujer.

Fue la primera mujer que pudo ingresar y recibirse de bachiller en el Colegio Nacional de La Plata.

En marzo de 1896 solicitó al decano de la Facultad de Medicina, Leopoldo Montes de Oca, el ingreso a la carrera.

En 1898 se graduó de farmacéutica en la Universidad de Buenos Aires y algunos años después realizó prácticas de obstetricia en la Escuela de Parteras.

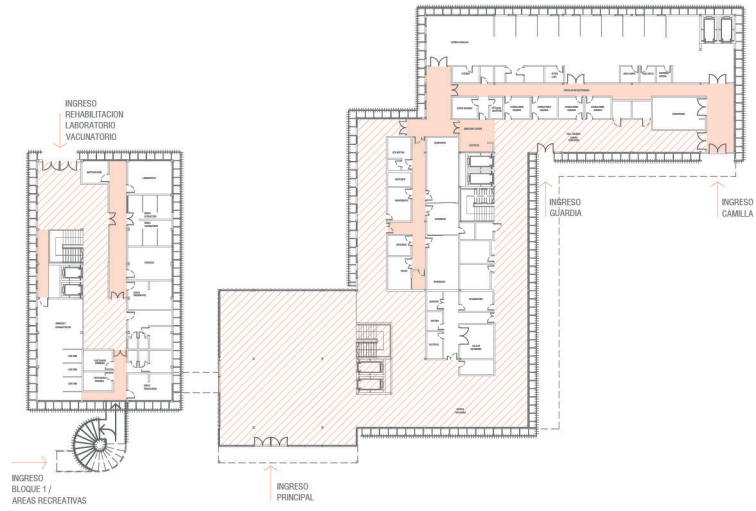
En 1906 participó del Congreso Internacional de Libre Pensamiento, en Buenos Aires, e integró el Centro Feminista, creación impulsada por Alicia Moreau de Justo. Más tarde, Lanteri fundó la Liga Argentina de Mujeres Librepensadoras.

A Julieta Lanteri se la reivindica de diversas formas: salas universitarias, calles y hasta una estación de la línea H de subte llevan su nombre. Sus ideas se despliegan en miles y miles de banderas que recuerdan la importancia de su lucha en el camino por la igualdad de derechos.

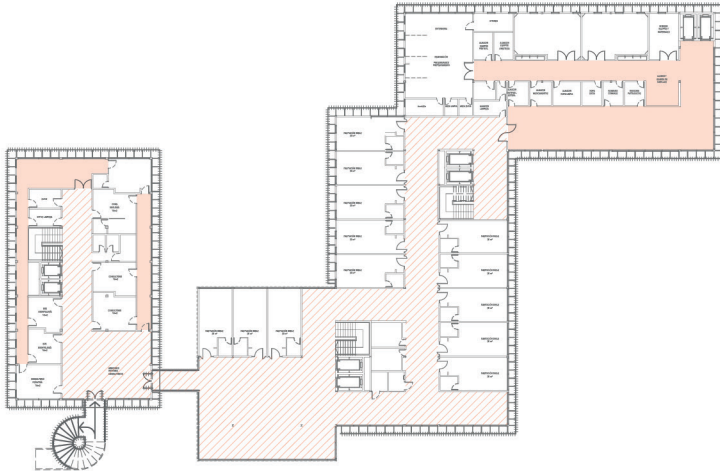
"El hombre piensa, estudia y trabaja y jamás siente saciedad del saber ¿por qué la mujer se detiene? ... De ninguna manera se debe admitir esto y la prueba está en que un despertar placentero se manifiesta en la vida de las mujeres en general, y las hace entrar de lleno en la evolución y el progreso." Julieta Lanteri.



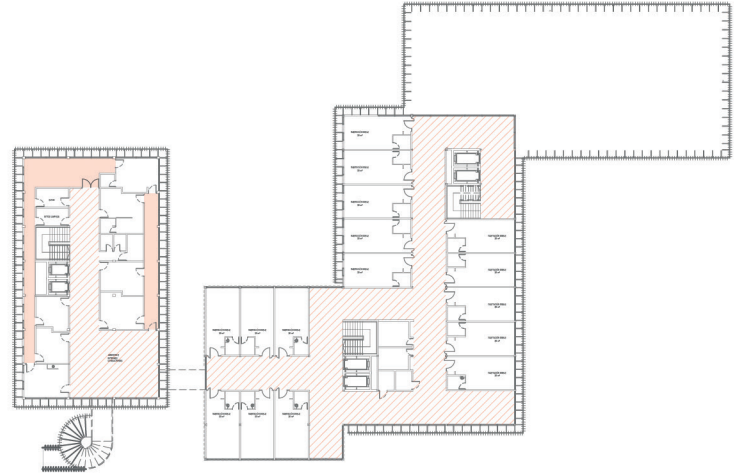
Planta baja
Escala grafica



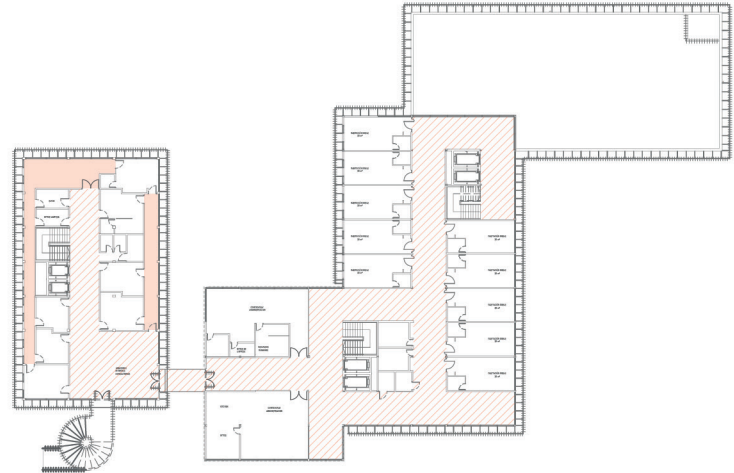
1º Nivel
Escala grafica



2º Nivel
Escala grafica



3º Nivel
Escala grafica



Circulación pública 
Circulación restringida 

ACCESOS

En cuanto a los accesos al hospital en su planta baja, están ubicados de manera estratégica según sus requerimientos:

En la esquina (Nuestra Señora del Rosario y Lituania) se sitúa el ingreso principal y general a todo el edificio, y a continuación el hall principal con la recepción general. Este espacio posee un tratamiento diferenciado de piso en madera para dar sensación de calidez en el recibimiento.

Sobre calle Lituania generamos el acceso vehicular de ambulancias e ingreso a guardia. Permitiendo una fácil llegada y manipulación de las camillas. A continuación la recepción y sala de espera correspondiente.

En la parte posterior del edificio conformado por la estructura preexistente, y parte del programa de mayor complejidad, se sitúa el ingreso al área de rehabilitación kinesiológica, con espacio para espera y detenimiento de un vehículo especial.

TIPOS DE CIRCULACIONES HORIZONTALES

Todo el programa está ligado a un sistema de circulaciones internas específico de la arquitectura hospitalaria. Las mismas se dividen en dos:

- Circulación restringida: Destinada únicamente a médicos, personal y pacientes acompañados por alguno de los responsables de la salud.
- Circulación pública: Transitan familiares, pacientes ambulatorios, y toda aquella persona que llega al hospital.

CIRCULACIONES VERTICALES

En cuanto a los medios de circulación vertical, de dimensiones enmarcadas en la grilla modular, se ubican a modo de cubrir los metros cuadrados de superficie con sus circulaciones. Quedando un grupo de circulación vertical por cada bloque volumétrico de nuestro proyecto. Es decir 4 grupos, de los cuales 3 pertenecen a la circulación pública, y uno (situado en relación a la guardia y al quirófano) a la circulación restringida.

Cada grupo de circulación se compone de: 2 ascensores y una escalera. Excepto el de circulación restringida que son sólo los dos ascensores.

CERRAMIENTOS

Los muros en relación con el exterior se componen de paneles cementicios resistentes al impacto y a la humedad, y los tabiques interiores se materializan a través de placas de yeso.

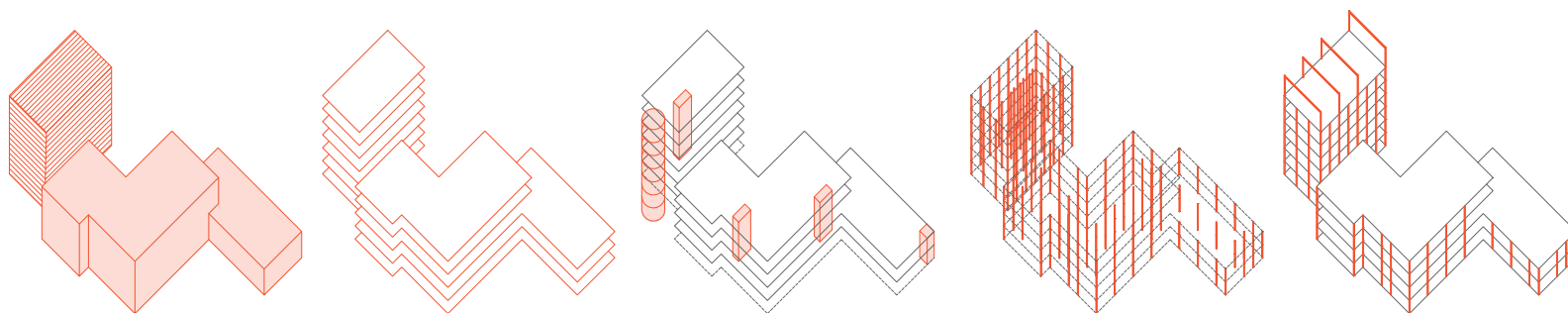
En cuanto a estos últimos queremos mencionar una particularidad técnica de aquellos que rodean las salas del resonador y tomógrafo. Los mismos estarán contruístos con placas de plomo en su interior, las cuales se colocan para controlar la radiación producida por los equipos. Dichas placas

son de un espesor de 2mm y se colocan hasta los 2,5 metros de altura, atornilladas al muro y en paralelo a la lana de vidrio, la cual evita la propagación de ruidos hacia el exterior.

Entre estas habitaciones se encuentra la sala de comandos, desde la cual se van a controlar los equipos mencionados anteriormente. Para ello se necesita colocar un material que permita la visual entre ambas, esto se logra a través de un material translúcido de un gran espesor, como ser un vidrio de 10 cm (gramaje equivalente a la placa de plomo de 2mm), obteniendo así el aislamiento en su totalidad.

Las puertas interiores, buscan una relación de amabilidad con el proyecto, conformándose en madera al igual que los zócalos. Las exteriores por su parte, en concordancia con los cerramientos vidriados. Estos últimos se componen de marcos de aluminios y vidrios DVH con cámara de 12 mm, compuesto por:

Laminado de control solar en cara exterior (4mm+4mm). Cámara con aire en su interior. Vidrio interno templado con coating de baja emisividad (6mm). [4+4|12|6]. Con coloración gris en su cara externa para las orientaciones Oeste y Este.

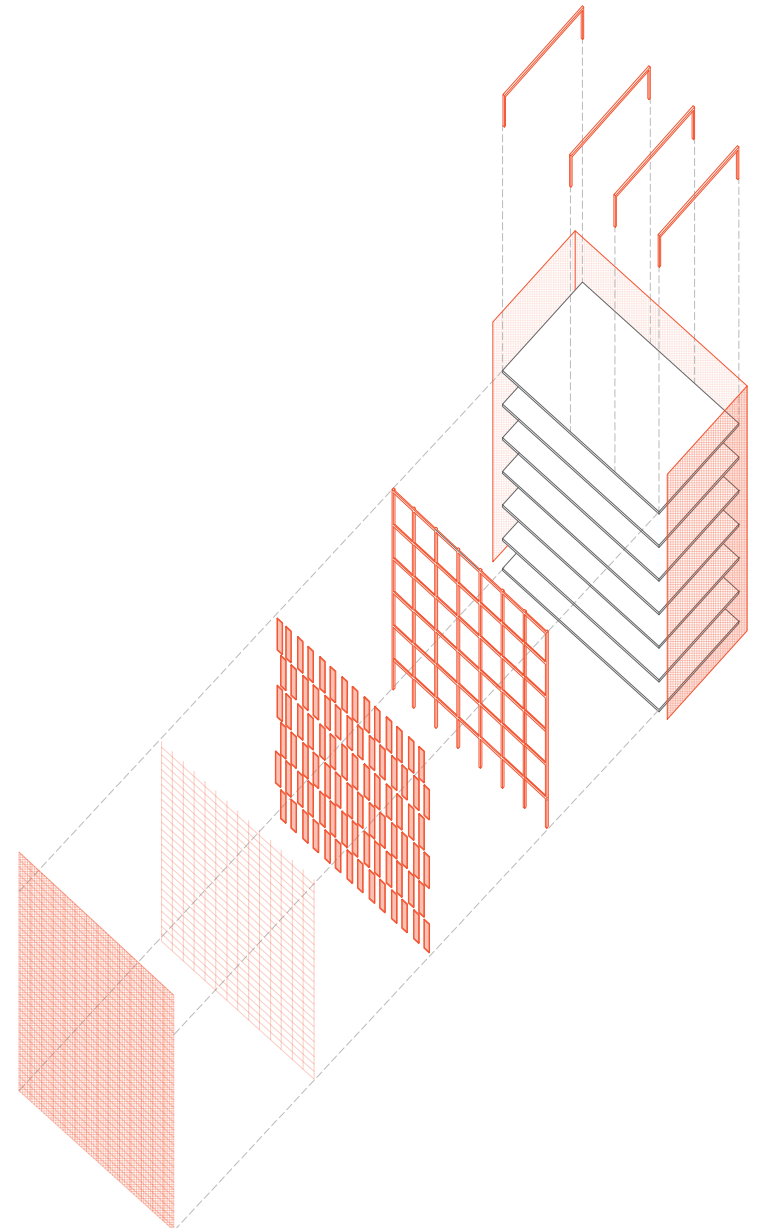
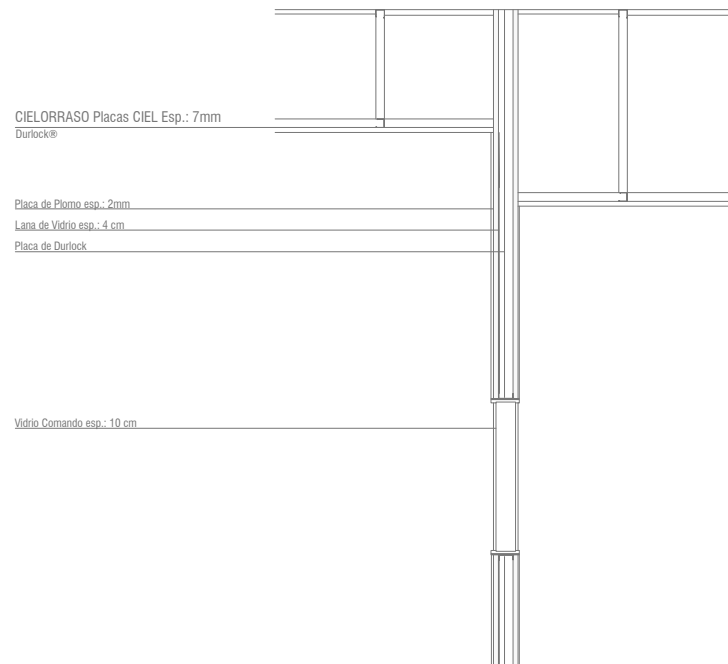


ESTRUCTURA

En cuanto a lo estructural, contábamos desde un principio, con la preexistencia de un almacén de hormigón armado, el cual se articula en 5 pisos de altura. Para diagramar la totalidad del hospital se decide añadir nuevos volúmenes de tamaños similares en planta.

Para organizar lo existente y ordenar nuestra estructura, partimos de una grilla modular base de 4 x 4 metros. Que articula el espacio interior dentro del edificio, según sus necesidades programáticas y funcionales. Por ejemplo, en algunos casos esta estructura se transforma en módulos de 8 x 8 y 8 x 4, por la necesidad de espacios más amplios.

Este orden se materializa a través de perfiles metálicos tanto para vigas y columnas. Las losas por su parte, adoptan el sistema “steel deck”. Elegimos este sistema constructivo por su facilidad de montaje y flexibilidad para generar grandes luces, logrando que las vigas sean de poca altura lo cual nos permite contar con mayor espacio para el pase de las instalaciones por un cielorraso suspendido.



ESPACIOS INTERNOS

Los espacios interiores quedan organizados según las necesidades y requisitos de cada área programática, propias de un hospital de segundo nivel.

Con respecto a las áreas internas, cada una de ellas va a contar con una admisión previa. Sus argumentaciones son las siguientes:

En planta baja contamos con laboratorio, farmacia, área de rehabilitación, área de imágenes y guardia. Todas estas áreas fueron colocadas acá por un motivo en particular, por ejemplo el área de imágenes por el peso de sus equipos, guardia por su acceso directo con ambulancias, kinesiología por el ingreso de sus pacientes al área de rehabilitación. Y por último el ingreso de pacientes al área de laboratorio y vacunatorio, para que no tengan necesidad de transitar por el resto del edificio, y así poder retirarse a la brevedad.

En el primer piso se encuentra el sector quirúrgico situado en el último bloque arriba de la guardia. Siendo esta el área más crítica ubicada en planta baja, con la que necesita conexión en vertical. El área de internación se encuentra a su lado, también de manera relacionada. Los consultorios externos, por su parte, están ubicados en la vieja estructura. Cabe destacar que en la antigua estructura se ubican todas aquellas áreas y servicios más transitorios, de menor complicación o destinados al ocio, motivo por el cuál, se decidió separar el bloque estructuralmente, sin desvincularlo de la idea arquitectónica, manteniendo así también su carácter histórico. En el segundo piso contamos con más habitaciones de internación y más consultorios externos dedicados a otras especialidades médicas.

En el tercer piso aparece todo lo que tiene que ver con cuestiones administrativas y contables por un lado, y por el otro habitaciones de internación y consultorios.

Por último el cuarto y quinto piso de la estructura han sido destinados a sectores público, social o gastronómico, como ser una sala de conferencias, un bar que sirva de espacio para todo aquel que permanezca en el hospital, acompañante, etc. Y un mirador, el cual va a permitir disfrutar de toda la visual que esa altura proporciona y del Río Paraná, siendo símbolo de identidad o punto físico de referencia nocturno. Con el objetivo de que desde el río se identifique el lucernario a modo de “faro” de la salud.





PUENTES, ESCALERA Y MIRADOR

Como elementos conectores entre la nueva estructura y la existente, utilizamos una serie de puentes que vinculan los espacios que así lo necesitaron. De manera de no intervenir en aquellas áreas del programa dónde circulaciones públicas innecesarias entorpecen la labor de médicos, auxiliares y todo aquel personal de salud.

Como conexión vertical externa de la estructura preexistente, proyectamos una escalera caracol que proporciona acceso a todos sus niveles, y a su vez llega hasta un mirador “jaula” en el último nivel del proyecto.





Nos detenemos a pensar cómo queremos que estos espacios se perciban ante la mirada de los pacientes, los peatones, los médicos, el personal de salud y todo aquel que esté presente en el uso del mismo, partiendo del deseo de que un ambiente limpio e higiénico no tiene por qué caer en lo aséptico.

Para lograr esto tomamos dos tipos de resoluciones materiales en las fachadas, uno en representación de la calidez y otro de la sanidad.

El primero es el ladrillo. Si bien en la búsqueda inicial apuntábamos a utilizar ladrillos vistos con un cribado que generaría un juego de luces y sombras, al final optamos por un sistema que se adaptara a la velocidad de ejecución necesaria, en consonancia con la elección del sistema constructivo y un menor peso en su fachada. El mismo se denomina Flexbrick. Para el segundo optamos por un sistema denominado Metal Skin, el cual por su color blanco e impresión de transparencia, consideramos símbolo de la higiene y lo saludable o la paz de un ambiente pulcro e iluminado.





La presente propuesta sugiere una especial relación con los materiales y la naturaleza.

Los primeros como lo perdurable cargado de valor cultural, pero no por ello inmutable en sus maneras físicas de expresión. Es por ello que traemos nuevas e innovadoras formas de poner en valor materiales que son milenarios y clásicos. A modo de recharacterizar un barrio que tiene mucha historia, diversa y entremezclada, que necesita re-descubrirse a sí mismo, para poner en valor lo que ya existe a través de la composición de ciertos elementos que son de gran importancia para nosotras.

Ya que lo existente es de gran valor y hay con qué hacer, es un planteo de respeto frente a lo que estaba antes, frente a lo y los que viven allí. Intentamos revalorizar la historia pero con una mirada en el futuro, utilizando mixtura.

«La función de la arquitectura debe resolver el problema material sin olvidarse de las necesidades espirituales del hombre.» Luis Barragán.

Con respecto a la segunda, entendemos que el paisaje, y los elementos naturales son desde tiempos remotos, vitales para la sanación de enfermedades y padecimientos. Concebimos *«El paisaje como práctica estética, y fenómeno de constante negociación entre cultura y naturaleza.»* (Davis Hays). Por lo que priorizamos la preexistencia del espacio verde, como continuidad del Parque Regional Sur.

Los árboles propuestos que están en los canteros más cercanos al proyecto, son Álamos plateados, por su característica de raíces profundas y el hecho de que no invaden pisos circundantes. El resto de los mismos fueron pensados para ofrecer sectores de sombra, para ello se proponen las siguientes especies de la zona: Jacarandá, Fresno, Olmo, Naranja, Ceibo, Grevillea, Aguaribay, algunos los cuales ya existen en el terreno.

«Los jardines devuelven a las personas el verde que la ciudad les robó.» (Roberto Burle Marx, 1950).





También nos ocupamos de resolver las fachadas según su orientación, en relación con su entorno, a través de las diferentes pieles que componen el proyecto. Es así que las fachadas se componen de las siguientes maneras, según su orientación:

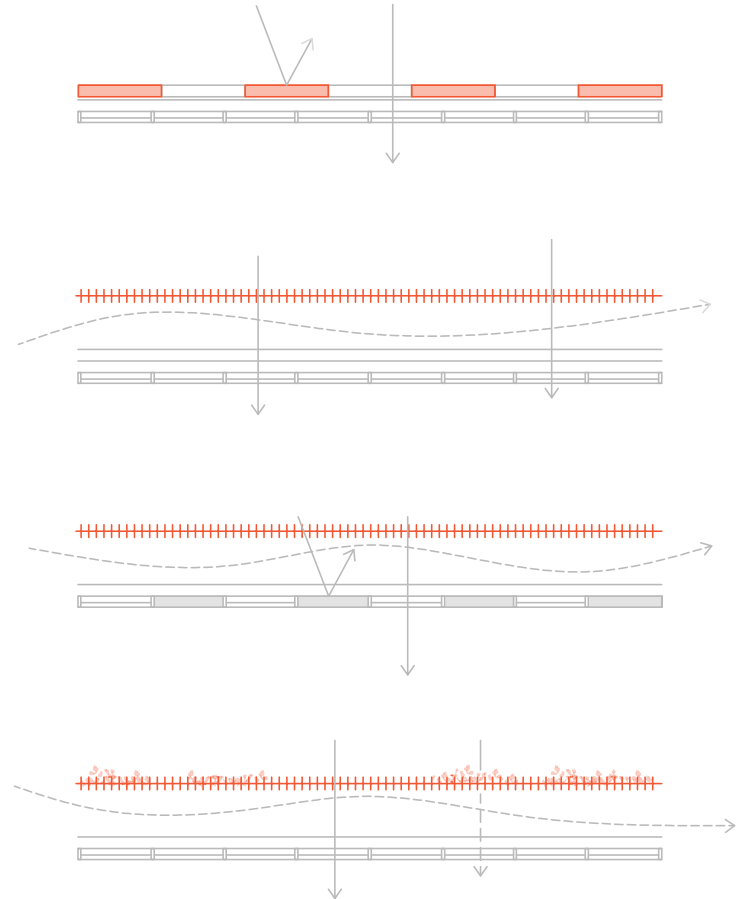
- Oeste: primera piel interior de muros alternados con las ventanas, en paralelo a la segunda piel compuesta por la malla Metalskin o el tejido Flexbrick. VISIBILIDAD BAJA.

- Norte: primera piel interior de aventanamiento continuo, en paralelo a la segunda piel compuesta por la malla Metalskin o el tejido Flexbrick con enredaderas desde sus canteros en planta baja. VISIBILIDAD MEDIA.

- Este: primera piel interior de aventanamiento continuo, en paralelo a la segunda piel compuesta por la malla Metalskin con enredaderas desde sus canteros en planta baja. VISIBILIDAD MEDIA.

- Sur: primera piel interior de aventanamiento continuo, en paralelo a la segunda piel compuesta por la malla Metalskin o el tejido Flexbrick. VISIBILIDAD ALTA.

«Los mejores edificios se aprovechan de las vistas, el clima, la luz.»
(Norman Foster, 1985).





FLEXBRICK

“La cerámica avanza hacia los nuevos formatos y aplicaciones que conducen la colocación pieza por pieza.” (Frase: flexbrick.net)

Tejido cerámico flexbrick

Este formato introduce un nuevo concepto tecnológico: el textil cerámico. Un sistema industrializado que toma la forma de láminas flexibles de arcilla cocida para revestimientos y estructuras laminadas con acabado cerámico.

Estos textiles cerámicos abren posibilidades para los sistemas de revestimientos de montaje en seco en la arquitectura. Pueden “vestir” fachadas, cubiertas y explorar nuevas relaciones con la arquitectura textil.

Del pasado al futuro, Flexbrick es una nueva forma de utilizar un material milenario. La revolución de las superficies cerámicas superando las técnicas tradicionales de instalación manual.

Es un sistema industrializado basado en una malla de alambre de acero entretejida, que se encierra en un mosaico de tejas cerámicas de barro apiladas en bandas horizontales y verticales. Su principal ventaja es que nos proporciona un material antiguo en un nuevo formato que mejora la instalación manual tradicional pieza a pieza. Al ser altamente flexible, el textil se puede plegar en tarimas para almacenamiento y transporte, ocupando poco espacio y fácil de mover. Las tiras largas hacen que su instalación sea fácil, rápida y económica para reducir las emisiones.

Esta fachada o ‘celosía’ permeable a la luz actúa como filtro solar natural y reduce la radiación solar, permite interespacios templados en edificios. Además, se puede reciclar fácilmente porque solo consta de dos materiales tejidos en seco, la malla de acero y los elementos cerámicos, que son fáciles de separar para reciclar.

Las cerámicas se fabrican con biogás extraído de vertederos. Este es un proceso único en Europa, y se consigue una reducción del consumo energético de 5.000.000 Nm³ al año en combustibles fósiles y se reducen

significativamente las emisiones de dióxido de carbono y otros gases de efecto invernadero (aproximadamente 16.700 ton/año de CO₂).

Características de su innovación:

- Sostenible: La cerámica de los tejidos Flexbrick se hornea con Biogás. Además, es fácilmente reciclable por su sencilla separación de elementos, que se unen en seco.

- Formatos de gran dimensión: Menor costo de mano de obra.

Óptimo rendimiento de ejecución: La colocación mediante grúa acelera notablemente el proceso constructivo con el acabado ya incorporado en una sola operación.

- Flexibilidad: Las láminas Flexbrick se pueden almacenar y transportar plegadas en tarimas o enrolladas en bobina.

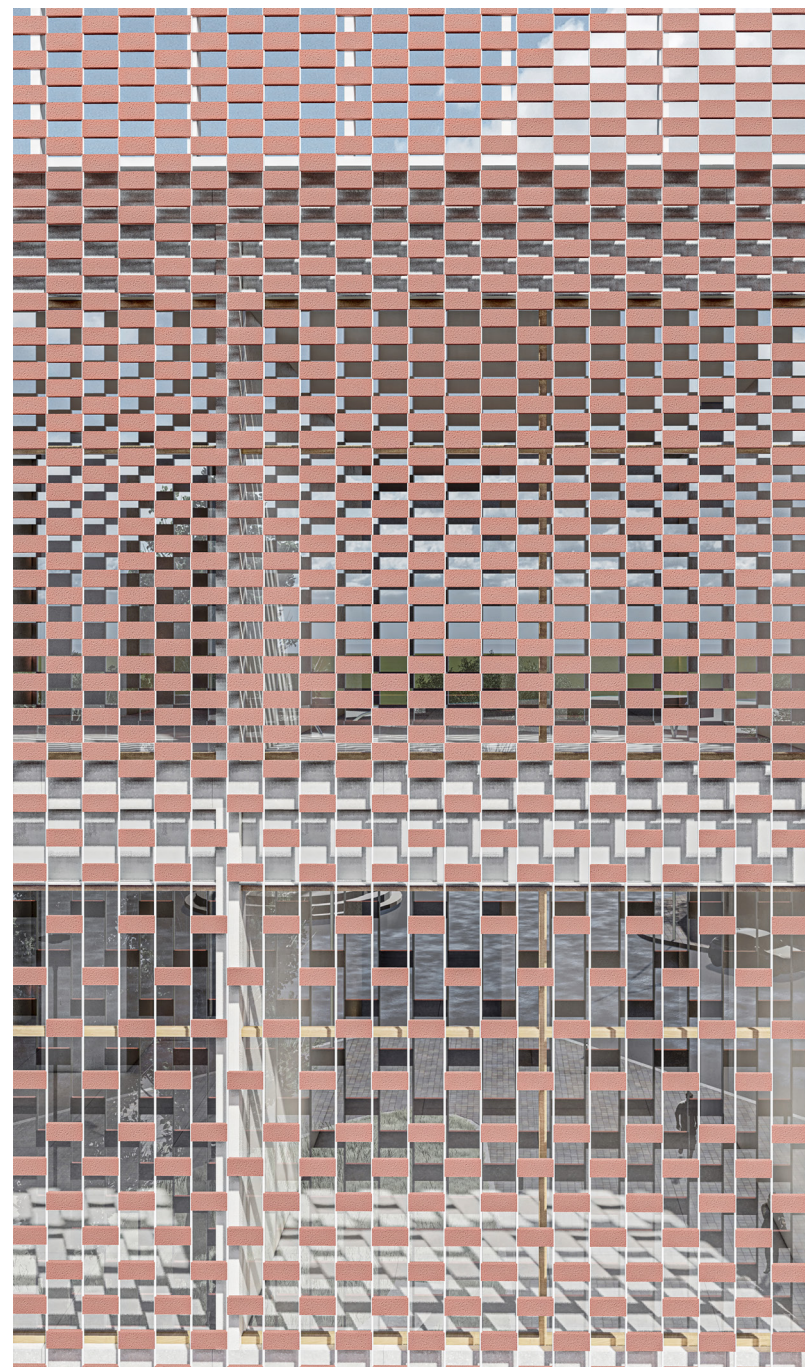
- Polivalente: Modificando menos del 10% de los componentes de la malla, se puede aplicar un mismo Flexbrick en pavimentos, fachadas y cubiertas facilitando el cerramiento continuo.

- Variabilidad: Sistema prefabricado que permite la configuración de diferentes tejidos y gamas de colores.

- Diseño: Con Flexbrick se pueden crear decoraciones combinando diferentes configuraciones, proyectar cerramientos continuos, construir cualquier curvatura y obtener alineaciones precisas de forma notablemente rápida y ahorrando costes.

- Extender el uso tradicional de los productos cerámicos: a nuevos mercados potenciales en arquitectura y obra civil.

- Fácil mantenimiento: reparación y reciclaje. Al ser un sistema dry and roll, permite “recoger” el Flexbrick para facilitar las labores de mantenimiento en su rebozado o para su reposición o reciclaje.





METALSKIN

Metalskin de Mathiesen

Es una malla arquitectónica de aluminio fabricada con láminas de aleación de aluminio. Se destaca por su ligereza y durabilidad, además de su valor estético. Cuenta con bajos costos de transporte, fácil instalación y manejo. Además, mantiene su integridad estructural en todo tipo de condición ambiental.

La característica principal de Metalskin es su capacidad de envolvente para la construcción en su conjunto, creando una especie de “caparazón” alrededor del edificio como una segunda “piel” que da forma a su estética definitiva. Esta piel funciona como un solo elemento y como un filtro entre el interior y el exterior. Metalskin resalta los elementos de la construcción, sin limitar, protegiendo del sol sin restringir la vista desde el interior, proporcionando al mismo tiempo una sensación de seguridad.

Características de su innovación:

- Formatos de gran dimensión: Menor costo de mano de obra.
- Flexibilidad: Al ser liviano, es de fácil transporte. Uso tanto para proyectos comerciales como residenciales.
- Variabilidad: Se encuentra disponible en una amplia gama de colores RAL en 3 texturas diferentes, brillante, mate y colores con un acabado granulado junto con una amplia selección de colores mate para satisfacer casi cualquier requisito.
- Durabilidad.
- Visibilidad: Es una solución simple, elegante y rentable que ofrece niveles excepcionales de permeabilidad.
- Protección: Además de dividir o dar forma a los espacios, actúa como protector solar, difusor de luz y reja de seguridad.



En el libro del doctor Ramón Carrillo “Teoría del Hospital”, se exponen los principios a que debe sujetarse, por lo menos en nuestro país, la construcción de hospitales de tipo estándar, así como las normas que conviene aplicar en su administración.

Carrillo define aquí los “Tres principios cardinales de la arquitectura hospitalaria.”

El primero es el de la “evolución”, es decir, la posibilidad de crecimiento en módulos de treinta camas por etapas sucesivas y definiendo que recién a partir de las cuatrocientas camas se debe optar por el tipo monobloque vertical, caso contrario el hospital deberá plantearse en plano horizontal. Por ello es necesario siempre, establecer como base, una cantidad de terreno suficiente para que ese hospital pueda ampliarse en lo sucesivo.

El segundo principio establece que deben existir tres sectores separados, sin confundirse ni interferirse entre sí: un sector de internación, otro de servicios externos y por último otro de servicios generales. Para mantener la libertad en el giro de enfermos, visitas, médicos, enfermeras, etc. Estableciendo la forma de “U” como unidad tipológica básica, correspondiendo a cada sector uno de sus tramos. La U es el punto de partida de toda la arquitectura hospitalaria.

Por último, el tercer principio impone la “fórmula oficial” para establecer la amplitud del terreno en que debe construirse un hospital: una hectárea cada treinta camas (unidad de medida funcional), dando lugar con ello a la previsión de las ampliaciones futuras.

Nombra además una cuarta ley, la “Ley de diferenciación”. La misma expresa la forma en que se especializan y subdividen los sectores en subsectores, a medida que crece el hospital en su número de camas. Los sectores “segregan” subsectores; de modo que todo crecimiento implica una diferenciación de acuerdo a la ley de Spencer (Ley de evolución sociológica en la cual, se establece que un sistema se complejiza con su crecimiento).

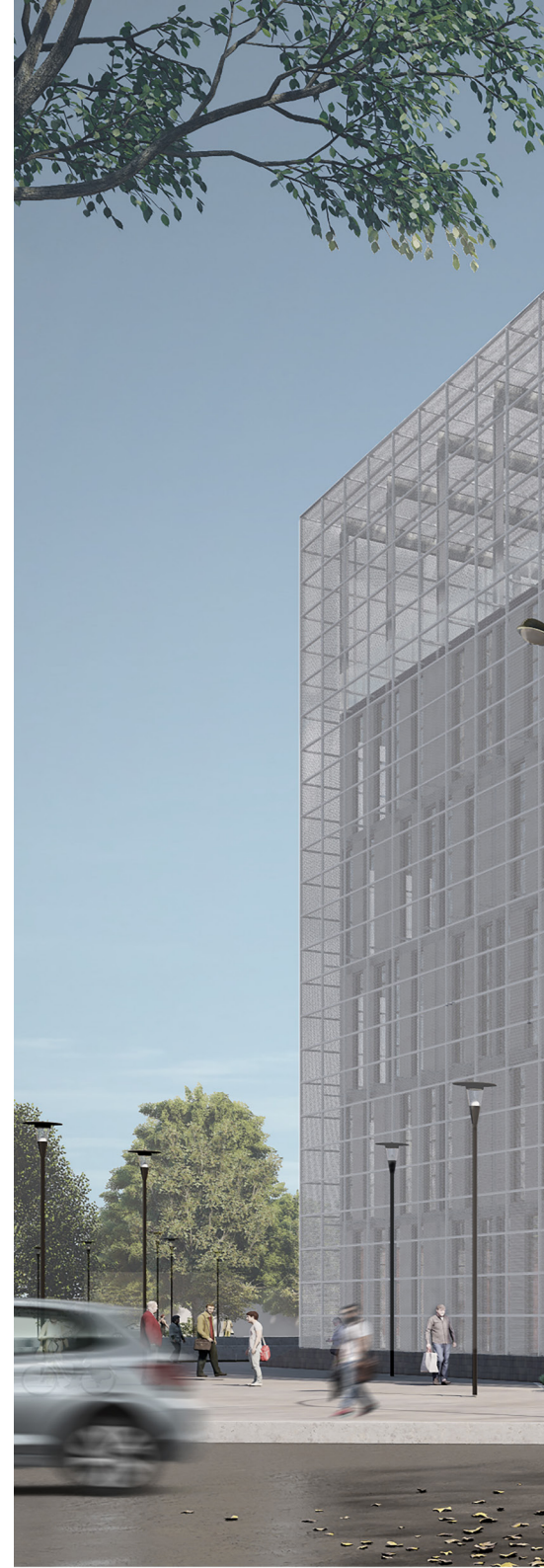
De ésta importante teoría hospitalaria, tomamos la aplicación de dejar un terreno “libre” circundante, pero proyectado actualmente, con equipamiento a modo de plaza de esparcimiento y rehabilitación.

Nuestras 90 camas dentro de los 7000 m² de superficie cubierta, se ubican en un terreno de 22000 m², es decir 2,2 hectáreas. Con espacio suficiente para futuras ampliaciones o requerimientos de construcciones de urgencia.

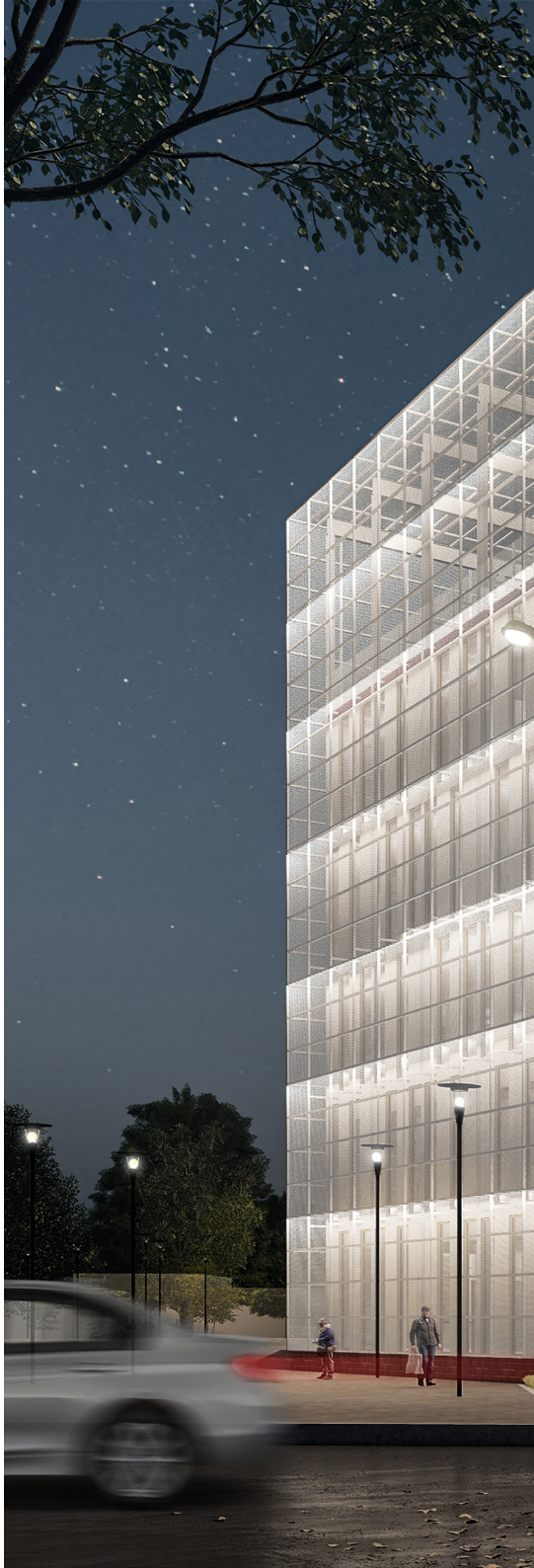
La flexibilidad de crecimiento también está dada por su sencilla estructura metálica, modulada en una grilla de 8m x 8m, fácilmente replicable.

Y por el hecho de que sus sistemas innovadores de protección en sus fachadas, posibilita el desarme del mismo, su modificación o perforación para requerimientos futuros.

Planteando así, una propuesta que además de tener de base teoría hospitalaria, se posiciona en el mundo actual bajo un contexto que depara cada vez más complejidades, siendo primordial el desarrollo de un sistema de salud que pueda ser soporte del porvenir.







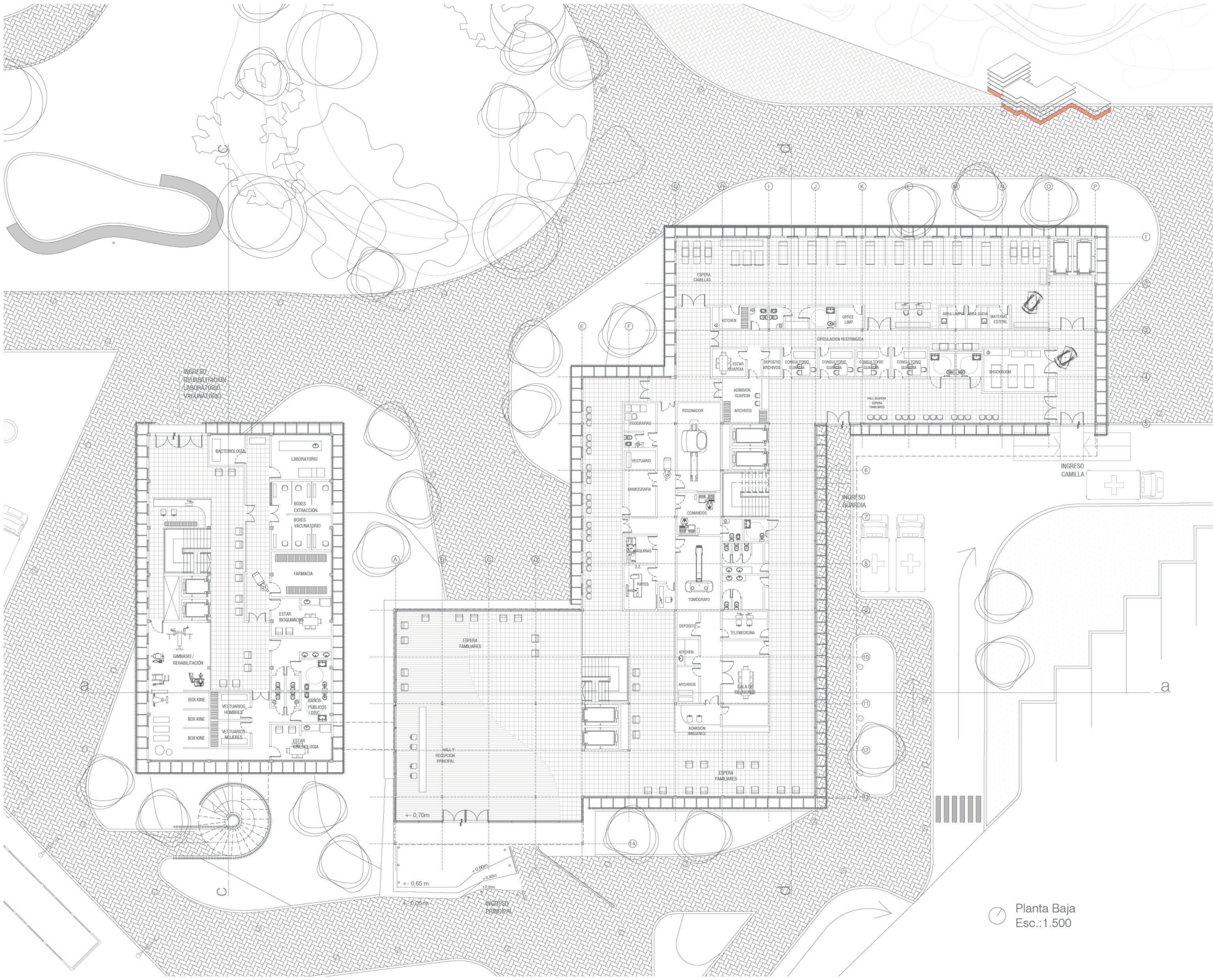


PLANTA ENTORNO



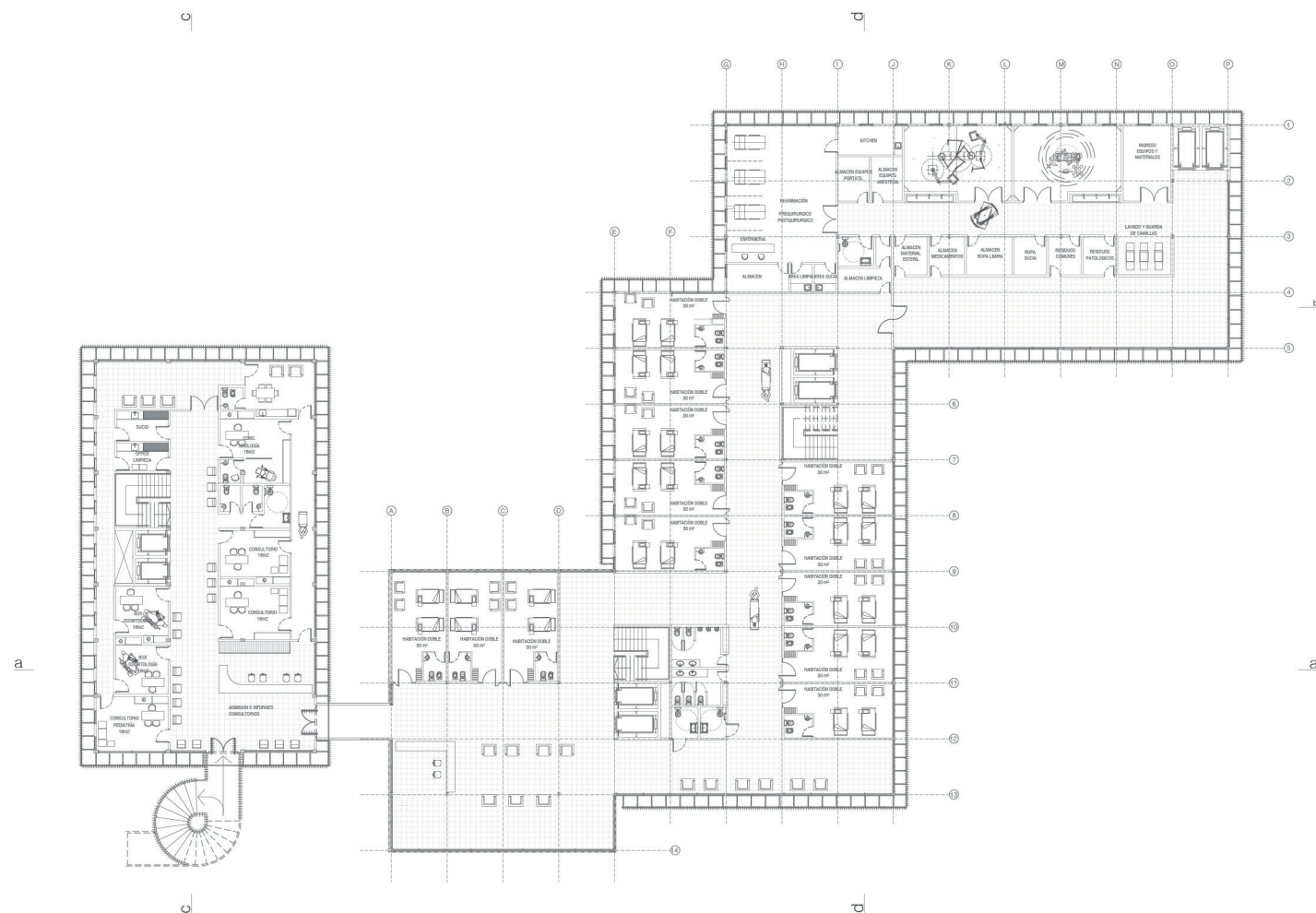
Planta de Techos
Esc.: 1:1000

PLANTA BAJA

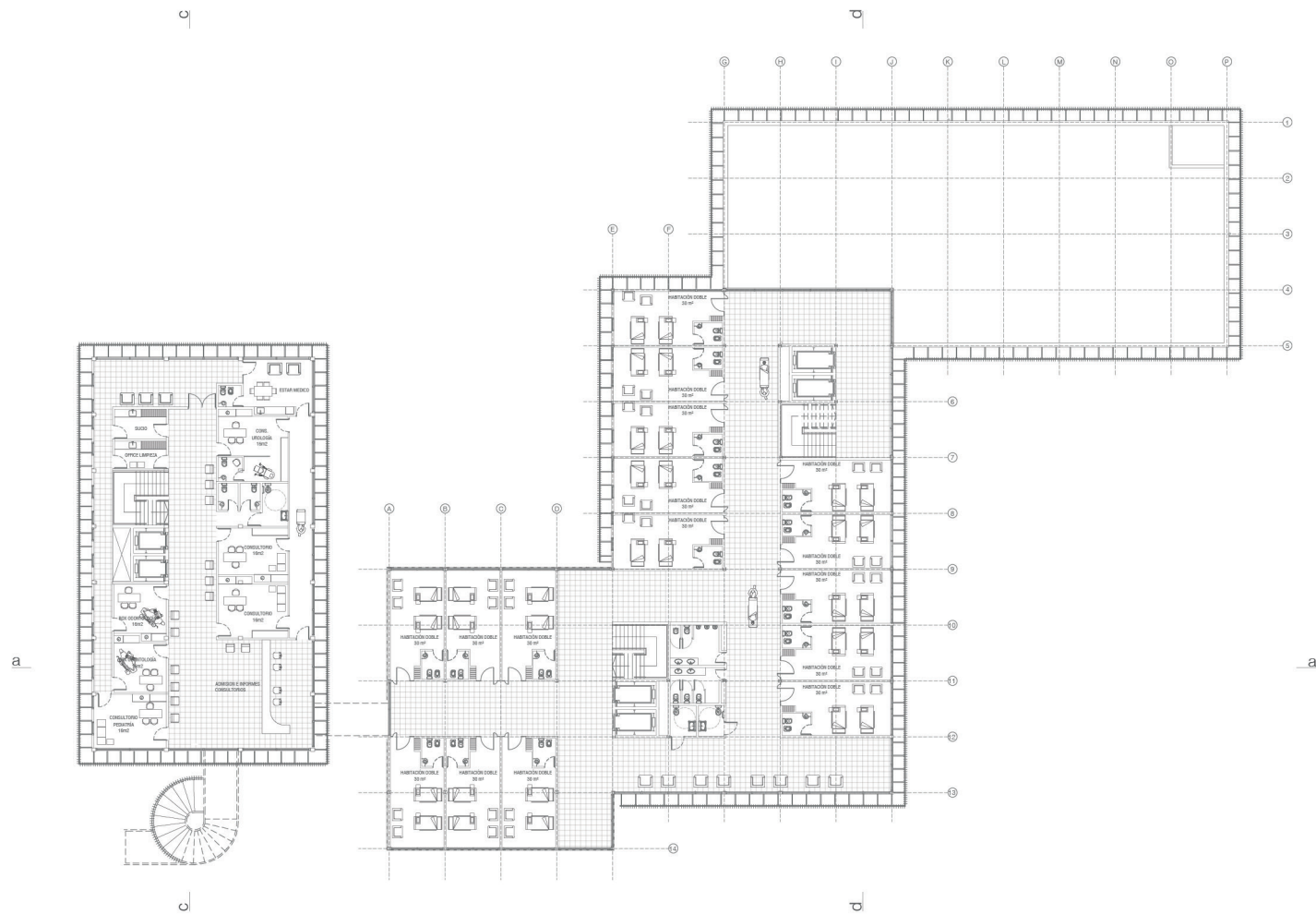


Planta Baja
Esc.: 1:500

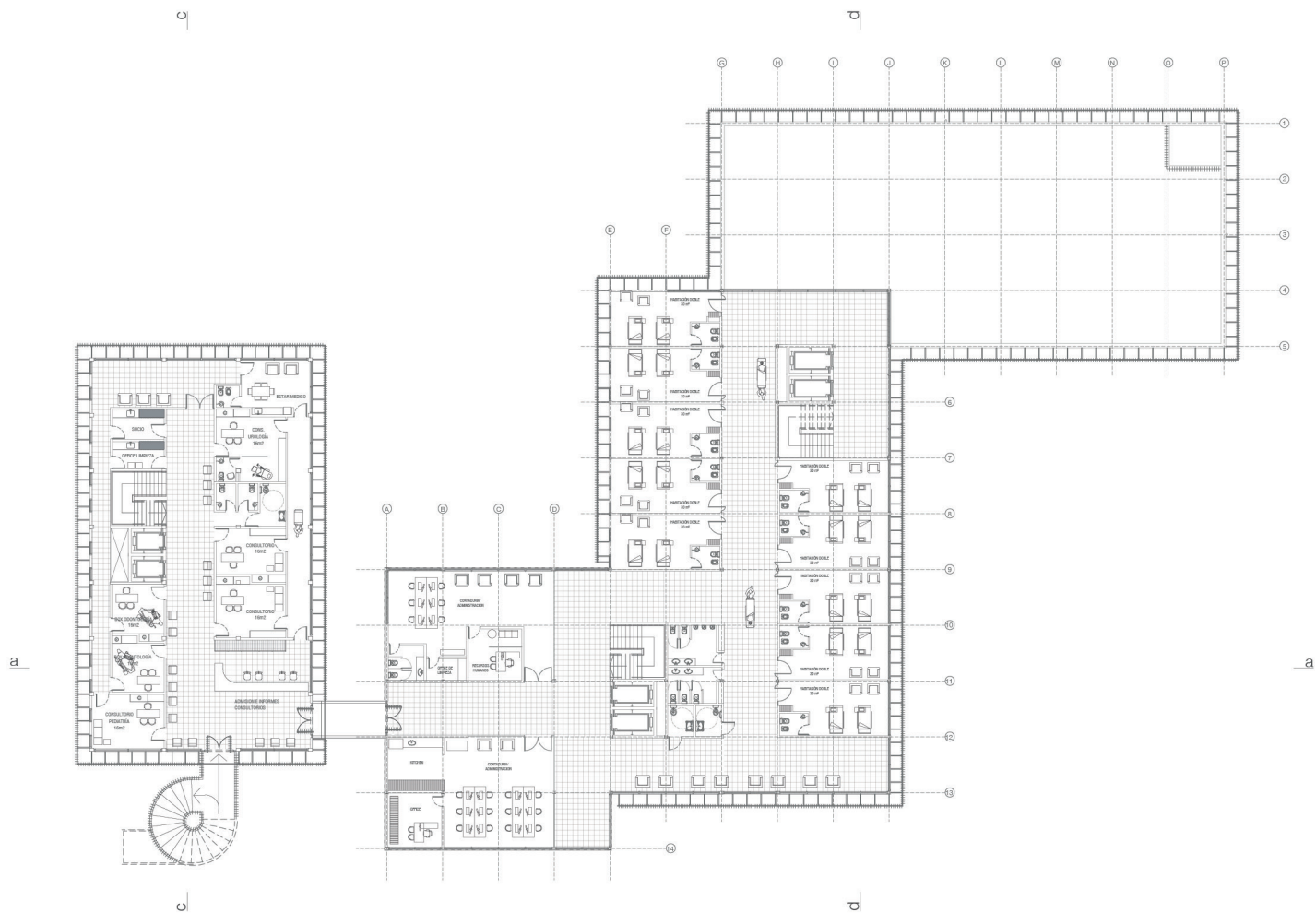
PRIMER NIVEL



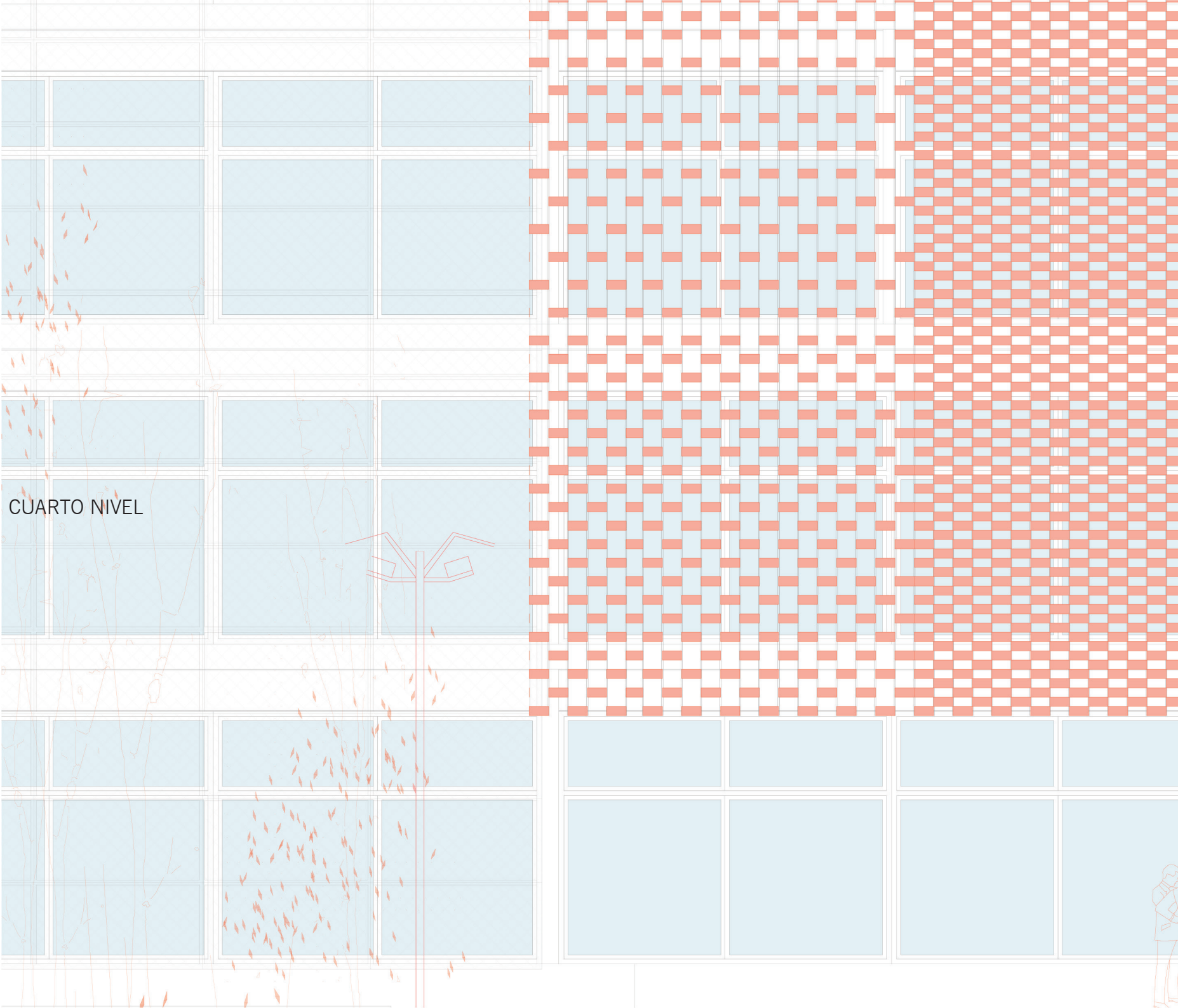
SEGUNDO NIVEL

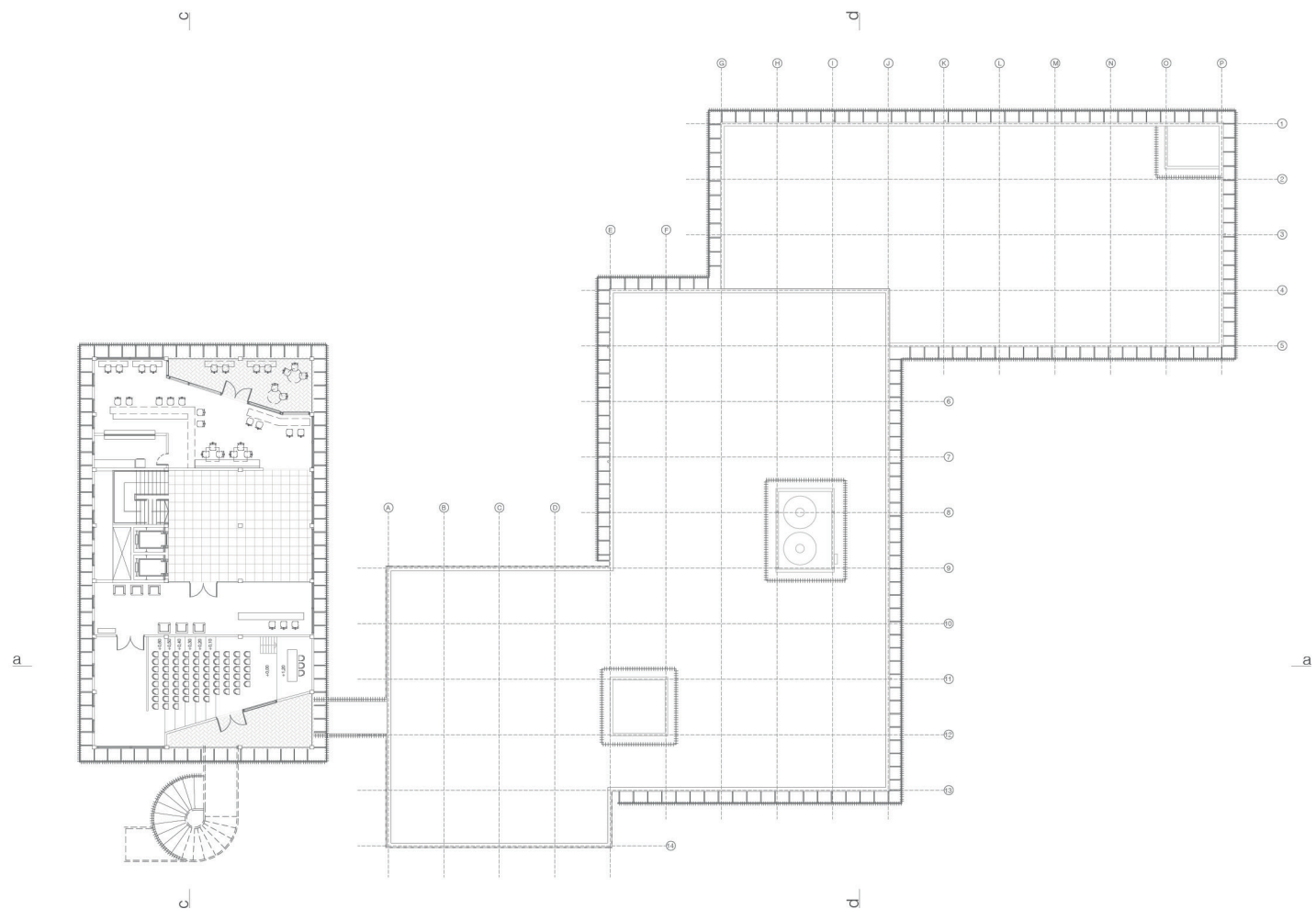
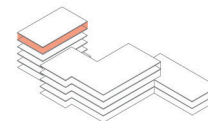


TERCER NIVEL

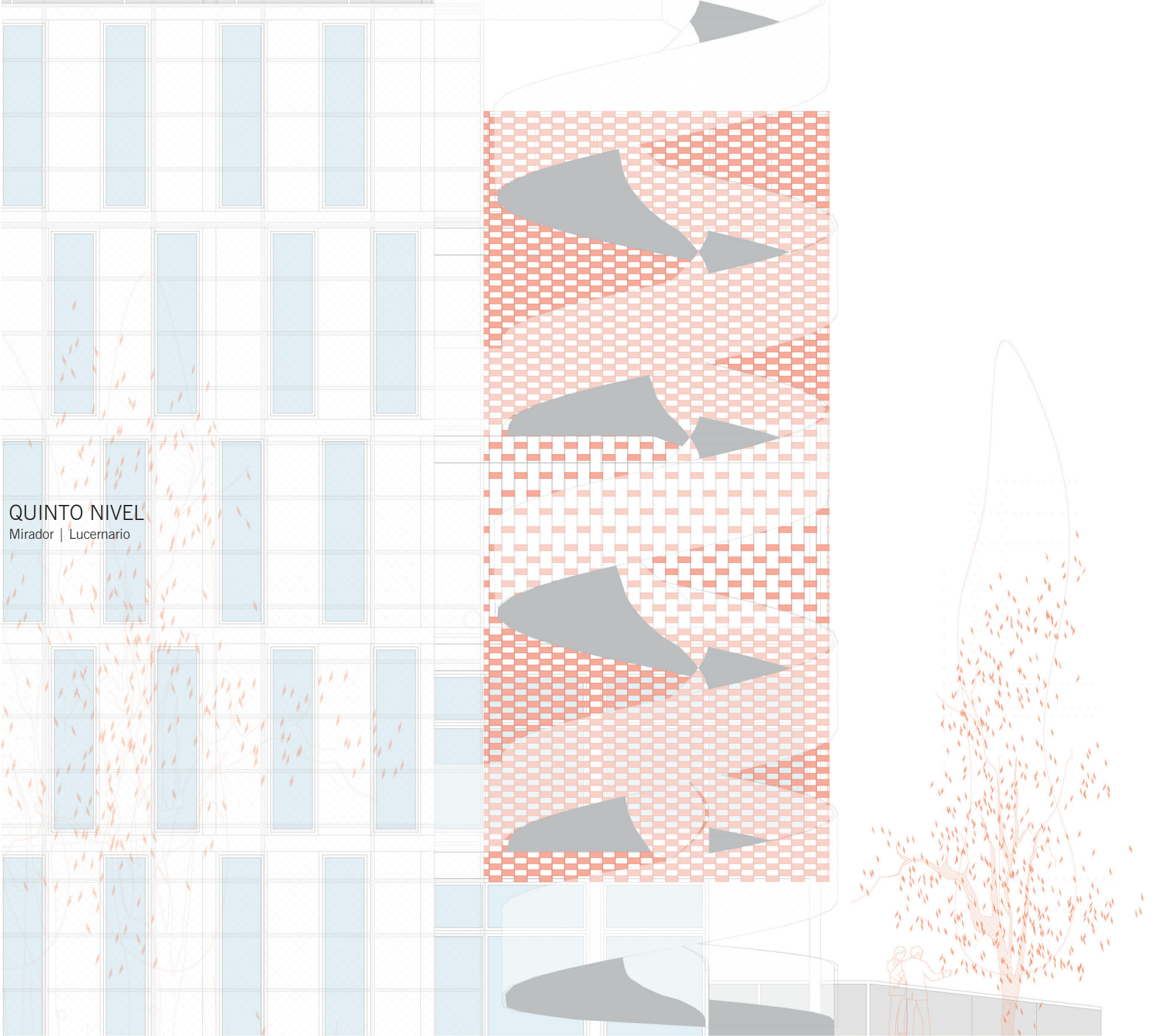


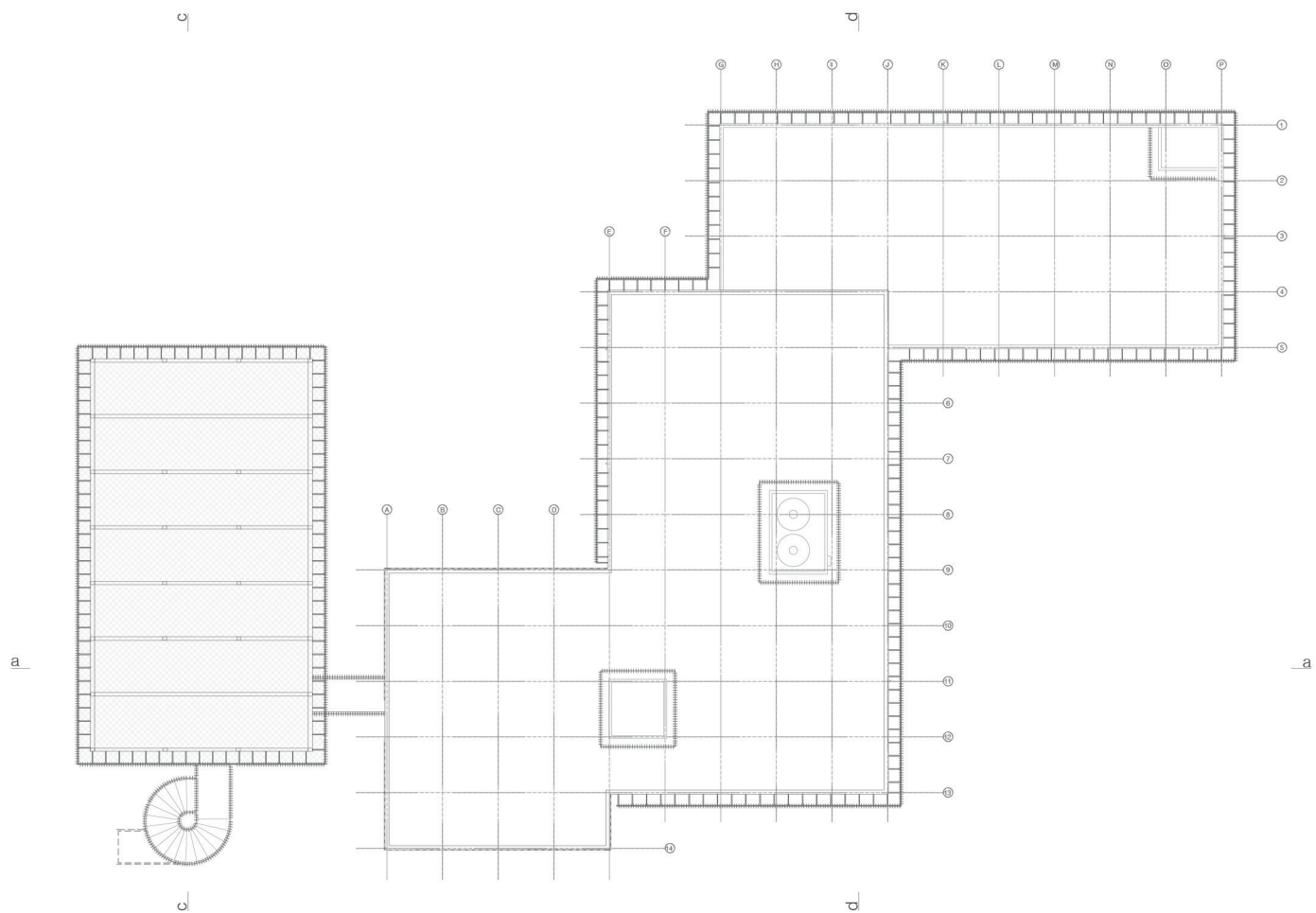
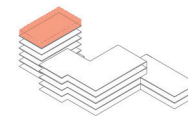
CUARTO NIVEL





QUINTO NIVEL
Mirador | Lucernario





CORTES



Corte b-b
Esc.:1.500

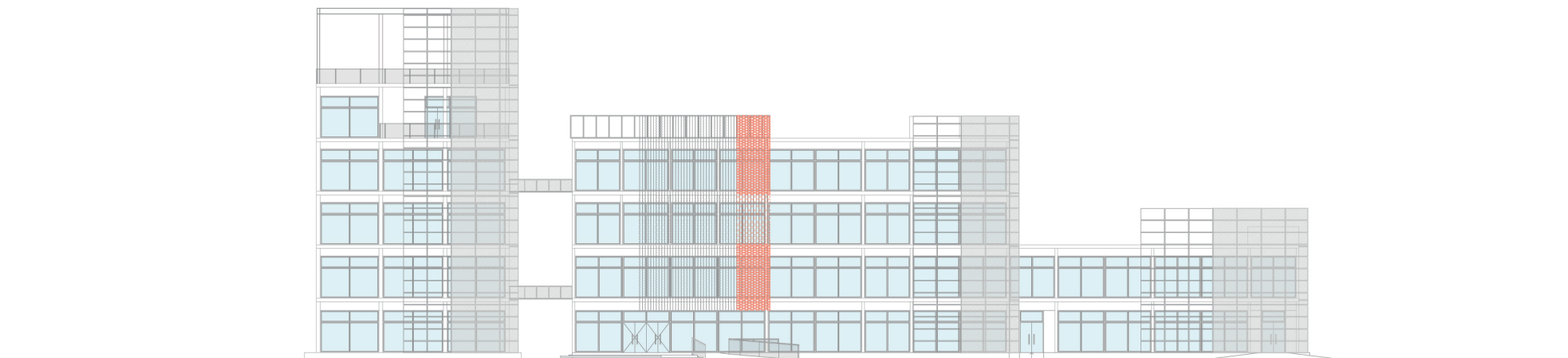


Corte c-c
Esc.:1.500

CORTE Y VISTA

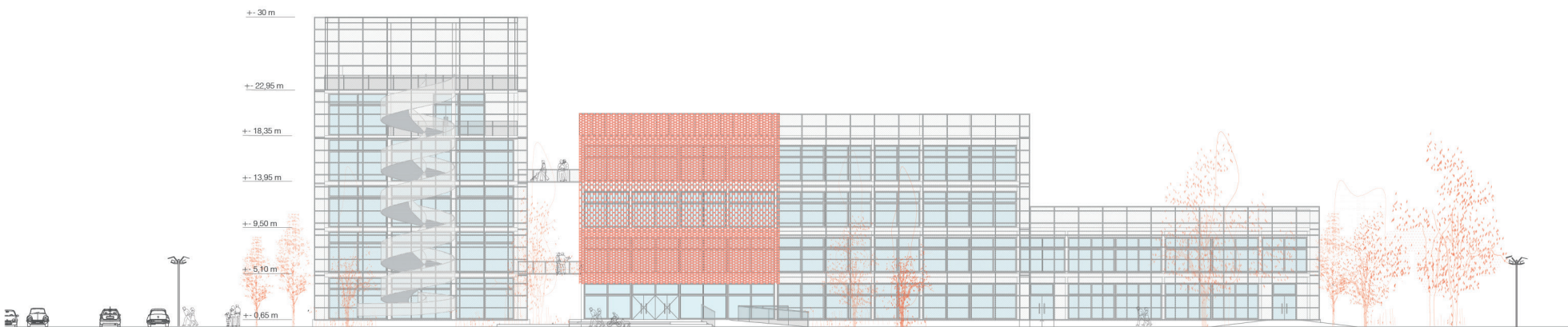


Corte a-a
Esc.:1.500

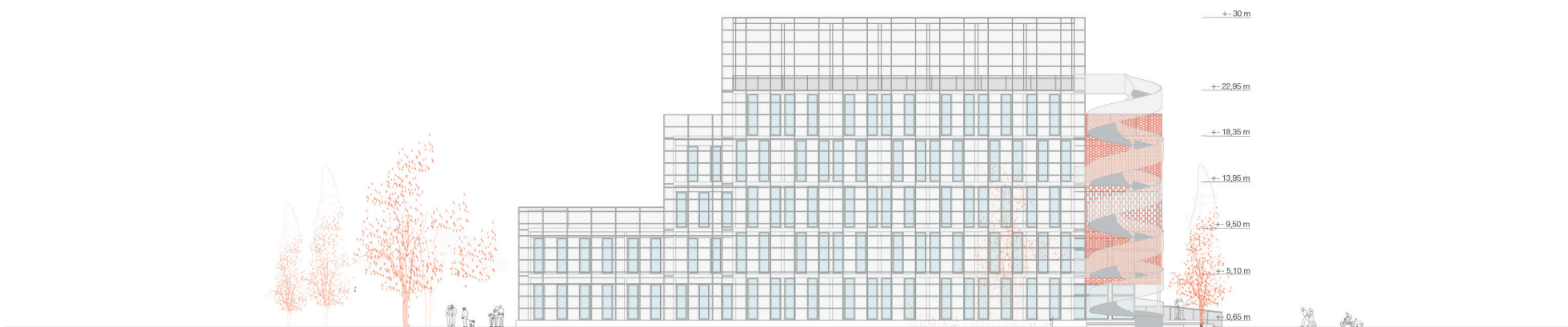


Fachada Sur - Despiece
Esc.:1.500

VISTAS

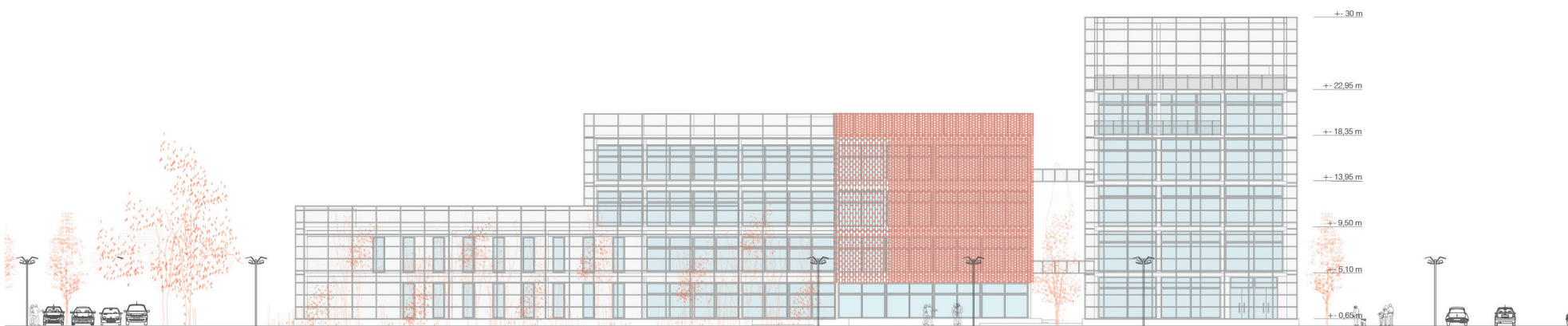


Fachada Sur
Esc.:1.500

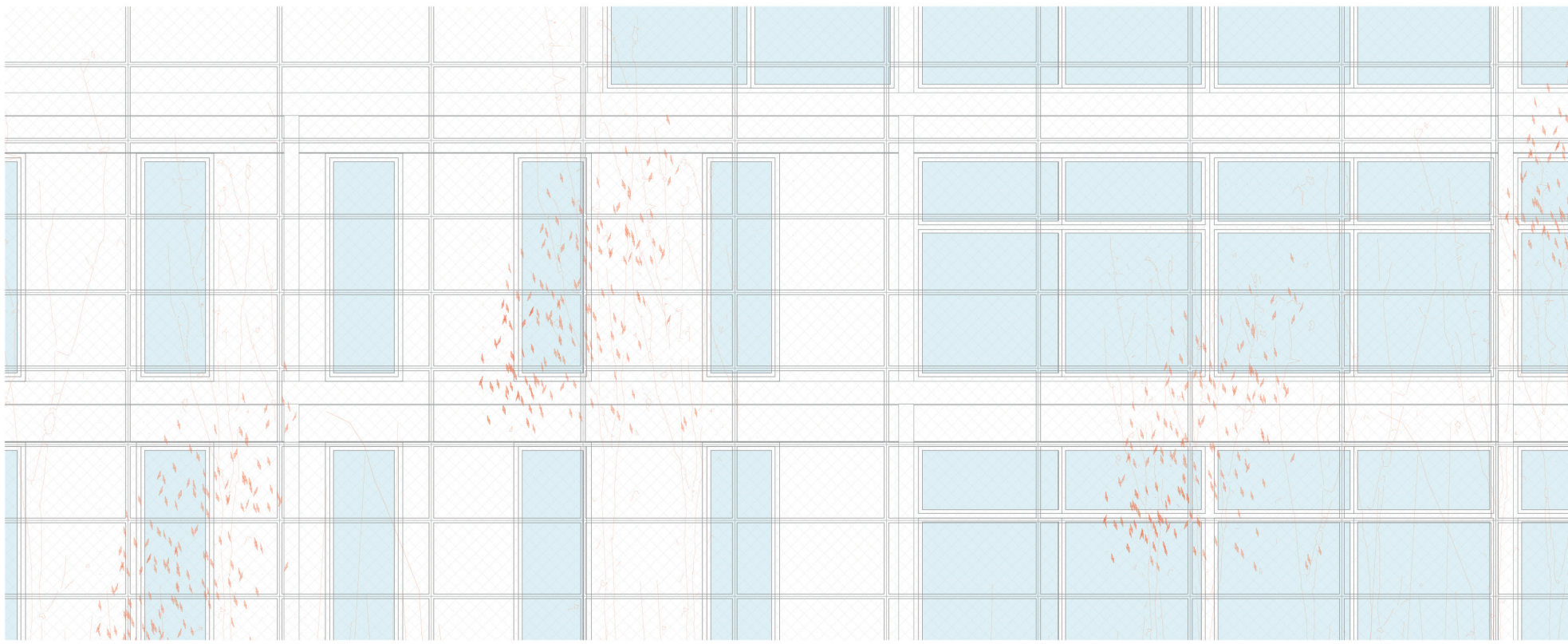


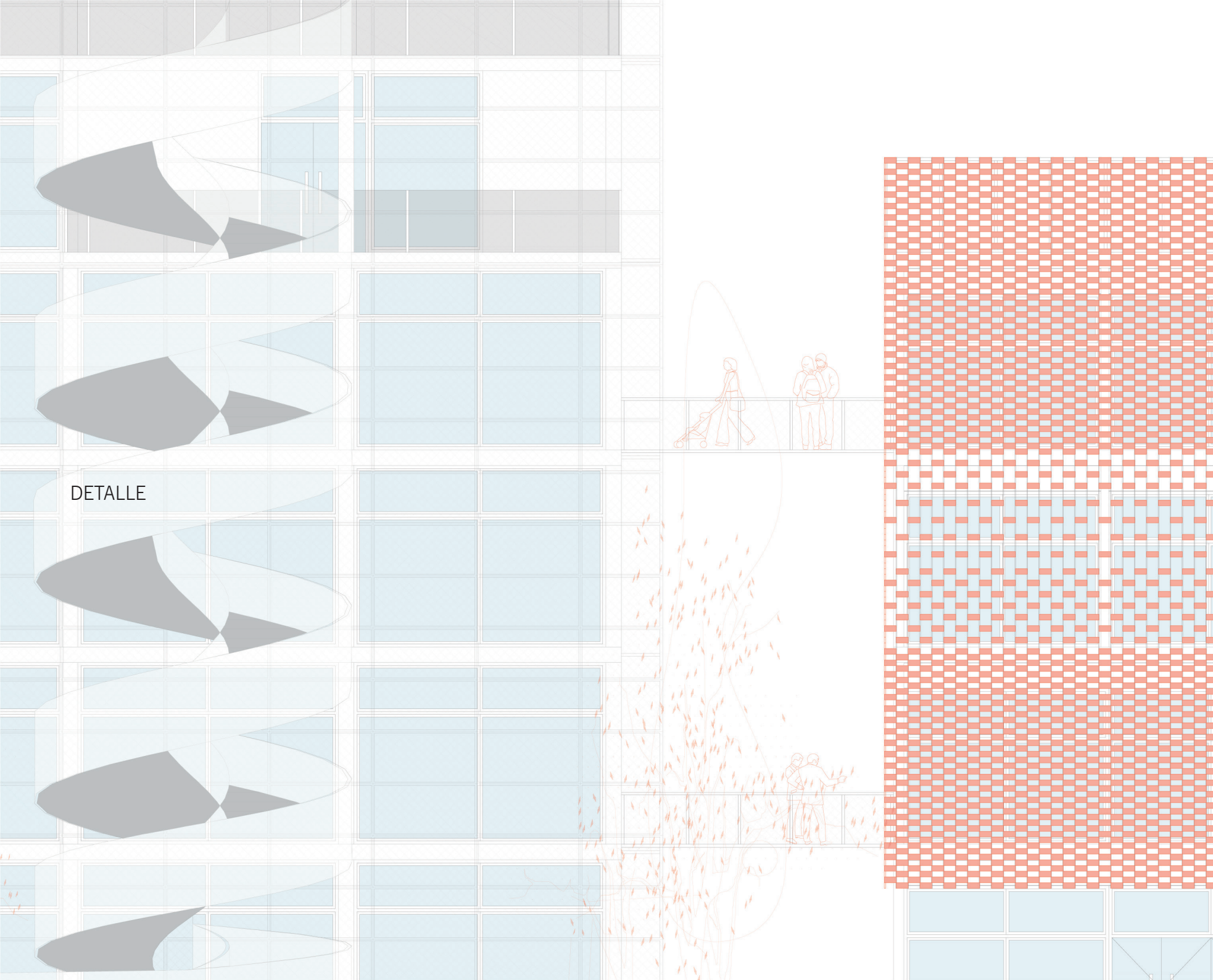
Fachada Oeste
Esc.:1.500

VISTA



Fachada Norte
Esc.:1.500





DETALLE

ESTRUCTURA PIEL

Perfiles C140 horiz. y verticales

Membrana asfáltica

Cenefa de chapa

Carpeta de cemento y arena

Contrapiso Hormigon de pediente

Film de polietileno 200 mic.

Poliestireno Expandido

Steel deck

Metalskin ® Esp.: 0,02m

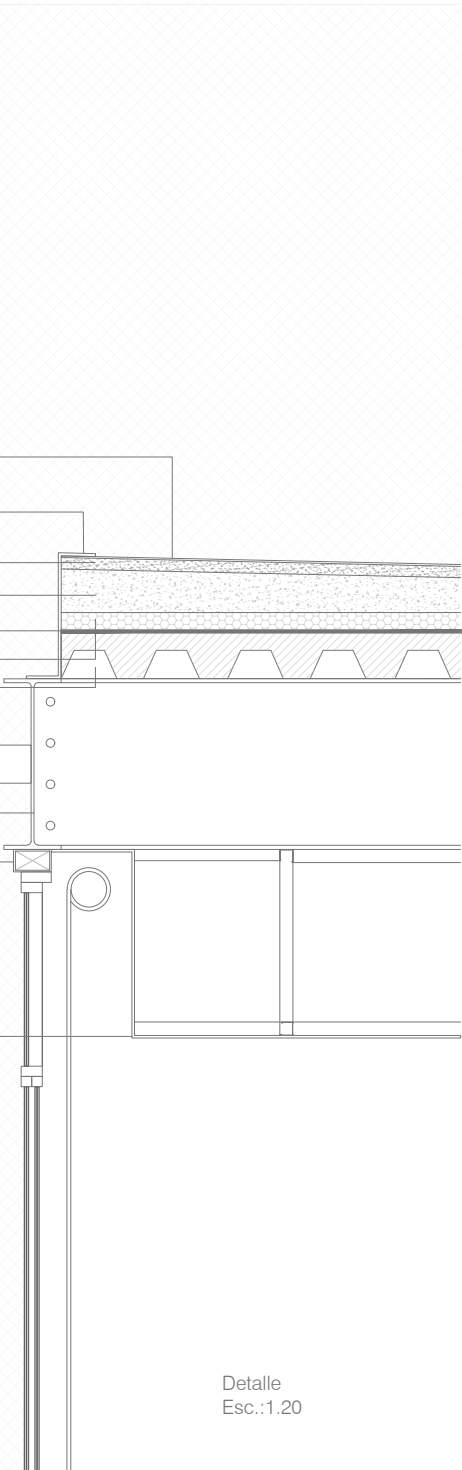
Mathiesen ®

VIGA METALICA Alto: 0,50m

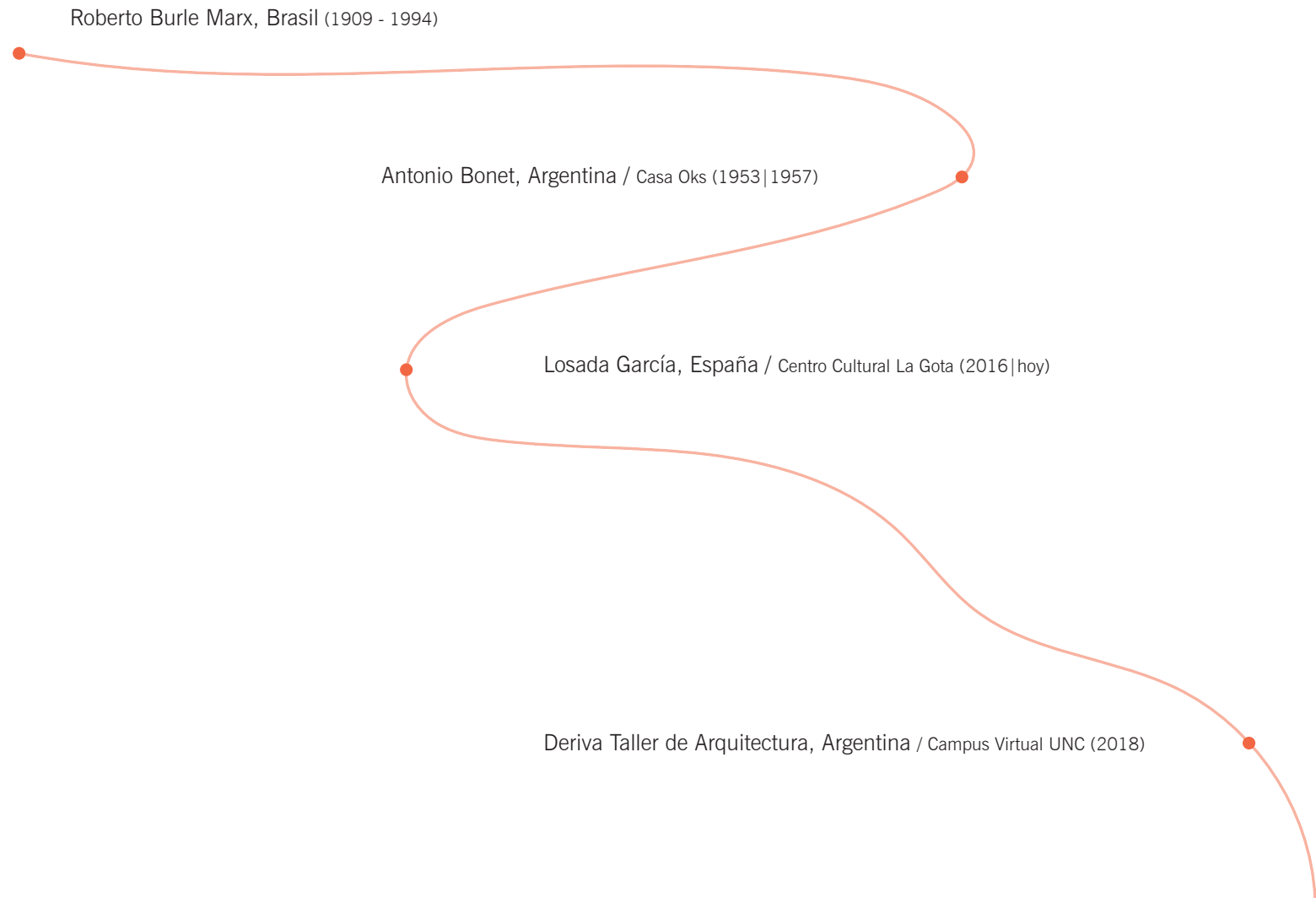
Tubo metalico

CIELORRASO Placas CIEL Esp.: 7mm

Durlock®



Detalle
Esc.:1.20



La carrera de Burle Marx como un arquitecto del paisaje, se vio impulsada por su sensibilidad en lo material. Se distinguió por utilizar flora nativa en sus diseños de jardín: trabajó para identificar y cultivar la maleza tropical poco estudiada de Brasil (descubrió cerca de 50 especies), seleccionando plantas autóctonas en los arreglos, entregándoles un nuevo significado.

Su sentido de una visión ampliada de la naturaleza y preservación ecológica, no impidió que utilizara libremente los elementos no orgánicos y artificiales, transformando los sitios con esculturas de hormigón, baldosas de cerámica, e inmensas camas de minerales de colores, como en el jardín de la azotea de la sede del Banco Safra en Sao Paulo.

En estos gestos, dejó en claro que las decisiones de los materiales de jardín estaban cambiando: el hombre moderno habría construido un Edén en miniatura en lo alto de los rascacielos, carreteras pavimentadas junto a las costas sublimes, cortado y quemado bosques en nombre del progreso. Un jardín moderno, a su vez, no podía pasar por alto estos aspectos de su espíritu de la época.

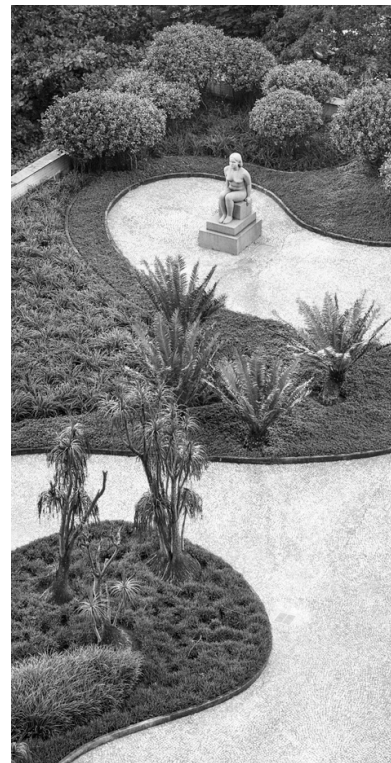
Burle Marx fue un verdadero arquitecto del espacio público, dotado con todos los recursos que el paisajismo, la botánica, la arquitectura y las artes plásticas ofrecen. Extendió también el alcance de su dominio de la botánica al de la ecología, apasionado ya en los setenta por los procesos de aclimatación y adaptación, y plenamente consciente de los peligros inminentes que amenazaban a la riqueza del patrimonio vivo brasileño.

Encontró y dio forma a los lugares públicos de las grandes metrópolis tropicales y subtropicales en el momento mismo que éstas pasaban a crear el cinturón superpoblado que hoy caracteriza al mundo, inexistente al comienzo de la modernidad. Expandida, porque llega a integrar arquitectura y paisaje en un proceso continuo que no acepta el dualismo implícito a entre lo natural y lo artificial, sino que abarca todo el espectro de lo público. Expandida también porque lograr la síntesis que su obra supone implica un gran esfuerzo creativo, en un contexto que escondía científica y

culturalmente artefacto y naturaleza y entendía esta última como un sistema inestable y caótico, frente al un modelo armónico y unificado idealizado.

Contribuyó a la divulgación de los efectos negativos del desarrollo industrial sobre el ambiente en contextos locales como el empobrecimiento de la biodiversidad y de las sociedades indígenas con economías directamente vinculadas al medio; y globales como la síntesis bioquímica de la atmósfera, el agotamiento de los recursos energéticos, el sobrecalentamiento de la tierra.

El legado de Burle Marx es un legado a favor de la belleza, en contra de tantos determinismos sociales, funcionales o científicos; un legado que pone en relación unívoca arte, naturaleza y arquitectura.





Antonio Bonet, Argentina / Casa Oks

La casa Oks, situada en la calle Domingo Repetto de la localidad de Martínez, Buenos Aires, Argentina, es una obra de Antonio Bonet construida entre 1953 y 1957.

En 1953, después de una visita a las obras que Antonio Bonet había realizado en Uruguay, el ingeniero Mariano Oks y su esposa Martha le encargaron el proyecto de su vivienda en la localidad de Martínez, en el cinturón residencial ubicado al norte de Buenos Aires.

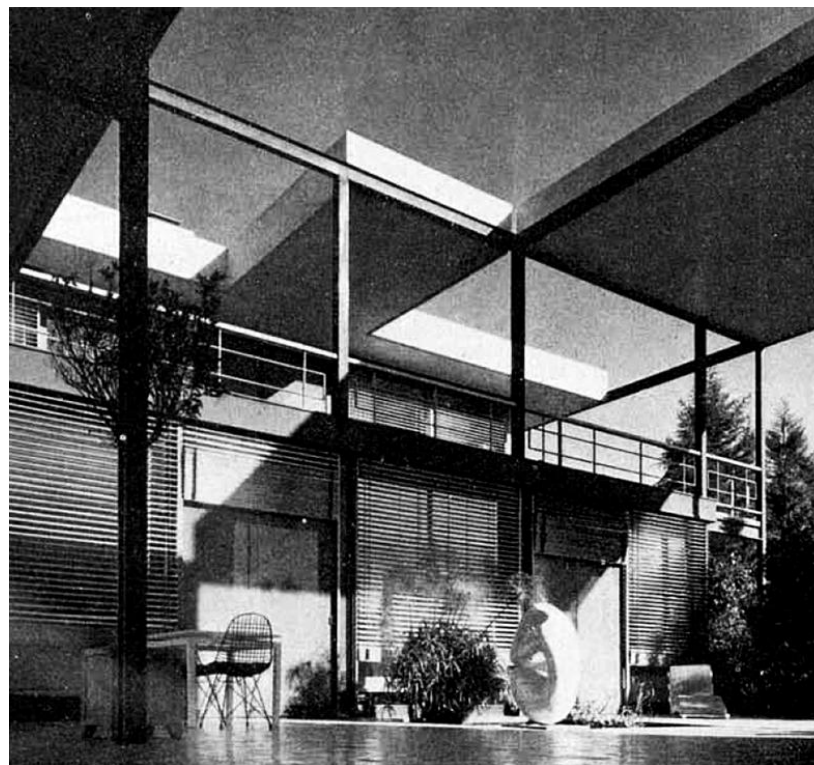
Desde los primeros esbozos, Bonet proyecta la planta de la casa como un prisma rectangular en la parte central del solar, donde pudiese tener un mayor ancho, separando así el terreno en un patio de acceso a noroeste y otro en el interior, más privado, con una piscina ya existente, al sureste.

La casa se compone de una malla estructural de pilares y vigas en perfiles “I” con una modulación diferente en los dos sentidos. Bonet parte de la división del ancho de la parcela en siete partes iguales. En el sentido perpendicular el módulo cambia a lo largo de las diferentes versiones del proyecto y finalmente materializa un esquema de A-B-C-B-A diferenciando así unas pasarelas exteriores alrededor de la vivienda y un lugar central de circulaciones y servicios.

La retícula metálica, pintada de negro mate, inscribe no sólo la geometría de la vivienda sino también un volumen virtual a doble altura de terrazas y balcones en la zona este, rematado con una escalera, que permite, a través de una pasarela, la conexión exterior del piso superior y el jardín.

La escalera exterior está sustentada por una pared rematada con cerámica esmaltada de tonos terrosos que, junto con la sucesión de cubiertas y la estructura siempre vista, ayuda a contener el espacio.

La simplicidad y pureza de los planos, la síntesis entre estructura y espacio, la mezcla entre materiales industriales y planos de materiales cerámicos de color recuerdan los principios proyectuales que guían otras obras suyas en la época, como La Ricarda, el Pabellón Cristalplano o el proyecto no realizado de la Casa Perojo.





El Centro Cultural La Gota es un edificio híbrido para espacios expositivos que pretende crear un nuevo foco de centralidad urbana.

El Centro acoge una sala temporal, la exposición permanente de la pintora Sofía Feliu y el Museo del Tabaco. La geometría del Centro se atribuye a la formación de la planta de tabaco, con el principio de igualdad y diversidad, que también vemos en estos vegetales (las hojas son iguales, pero distintas al mismo tiempo).

Así, el edificio contiene un fuste, a modo de comunicación vertical y estructura, desde el cual surgen plantas de igual tamaño y morfología, pero con diversas alturas, ligeramente desplazadas.

En el interior, el edificio contemporaneiza la atmósfera lumínica de un secadero de tabaco a través de un tejido cerámico inspirado en el tradicional aparejo de ladrillo que tienen estos edificios. La luz entra en aquellos espacios que lo permita el programa, a través de los huecos de la fachada.

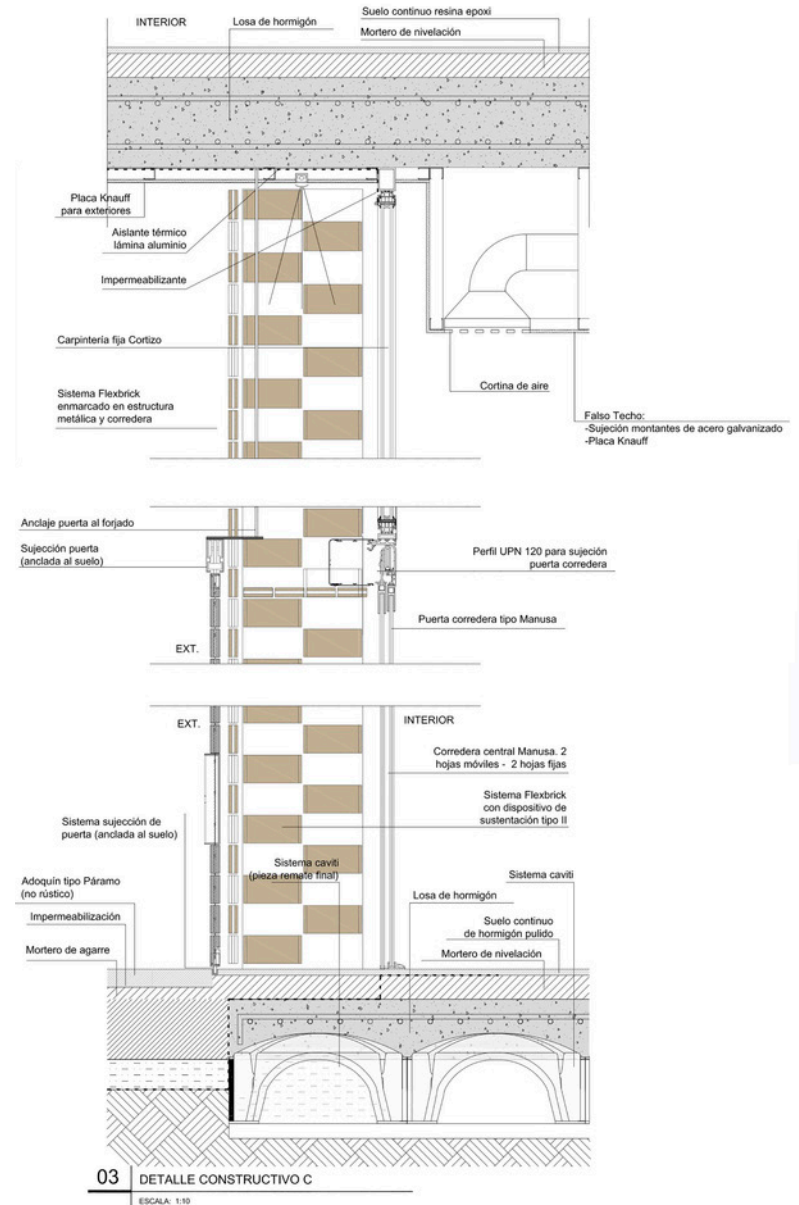
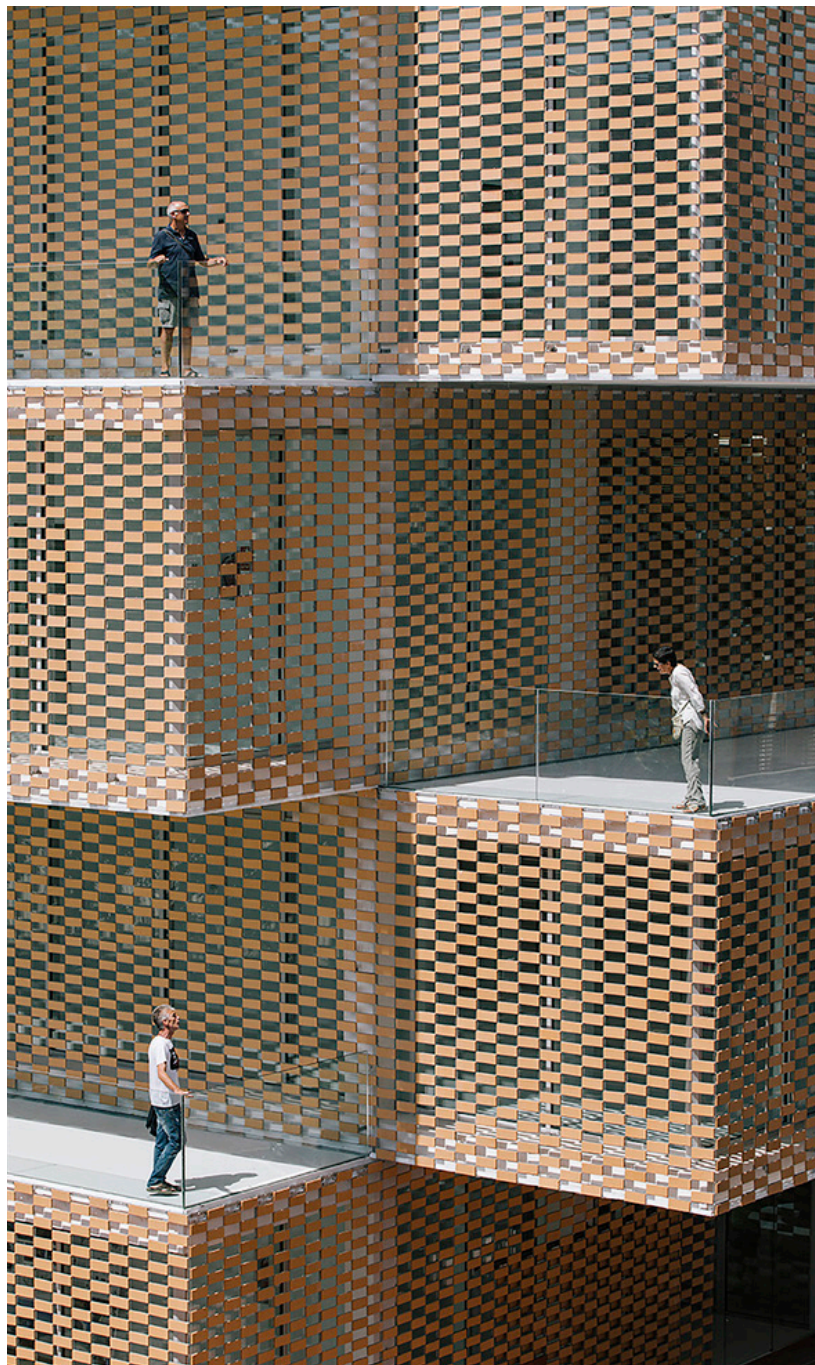
Esto produce un alzado desmaterializado, de geometrías depuradas, que deja filtrar la entrada de sol a través de sus paredes.

La estructura pos-tensada con la que se ha construido el edificio permite, a través de las armaduras activas, obtener grandes luces y reducción del canto de los forjados. El sistema aumenta la capacidad resistente del hormigón, reduce sus deformaciones y disminuye su fisuración, aumentando así su vida útil. Con todo ello se hace un uso más eficiente de los materiales y una reducción del peso total de la estructura.

Las cinco plantas de las que se compone el Centro se inscriben en cinco cajas desplazadas y colocadas unas encima de otras. Los forjados están escalonados en las áreas donde las cajas vuelan hasta el exterior para crear el efecto de una caja “sobre la otra”.

La fachada es de un sistema industrializado de láminas cerámicas flexibles que cubren todo el edificio haciendo diversos dibujos que producen luces y sombras en el interior. El sistema está compuesto por un trenzado de barras de acero en la que se insertan las piezas cerámicas en retícula, lo que permite flexibilidad, polivalencia y variabilidad.





El edificio del Campus Virtual UNC nace de la premisa de crear un nuevo referente educativo para la Comunidad Universitaria en conmemoración del centenario de su Reforma Universitaria. Está destinado a convertirse en un soporte educativo y cultural contemporáneo que tiene por objeto ofrecer y desarrollar programas educativos en un entorno de comunicación virtual.

Desde su implantación urbana, es un objeto singular en el ingreso del Campus de la UNC. El volumen emerge por encima de la vegetación existente, destacándose en el paisaje, sin interrumpir la continuidad del parque. Se destaca la planta baja libre, permeable hacia el paisaje y hacia las actividades recreativas generando un área de interacción social flexible y apropiable.

La rampa propuesta ofrece una continuidad fluida entre el espacio público, la planta baja y el primer nivel del edificio, en donde se ubica el programa de las salas audiovisuales, posibilitando una relación directa entre el edificio y la comunidad.

El programa de usos del edificio está compuesto por un hall de ingreso, salas audiovisuales, las oficinas del Campus Virtual, la Pro-secretaría de Informática y el Centro de Microscopía de Córdoba. En relación a estas funciones, una de las premisas del proyecto en su conjunto fue una propuesta espacial simple, flexible, adaptable a las dinámicas cambiantes de tecnologías, y a las nuevas lógicas de trabajo y educación de lo contemporáneo.

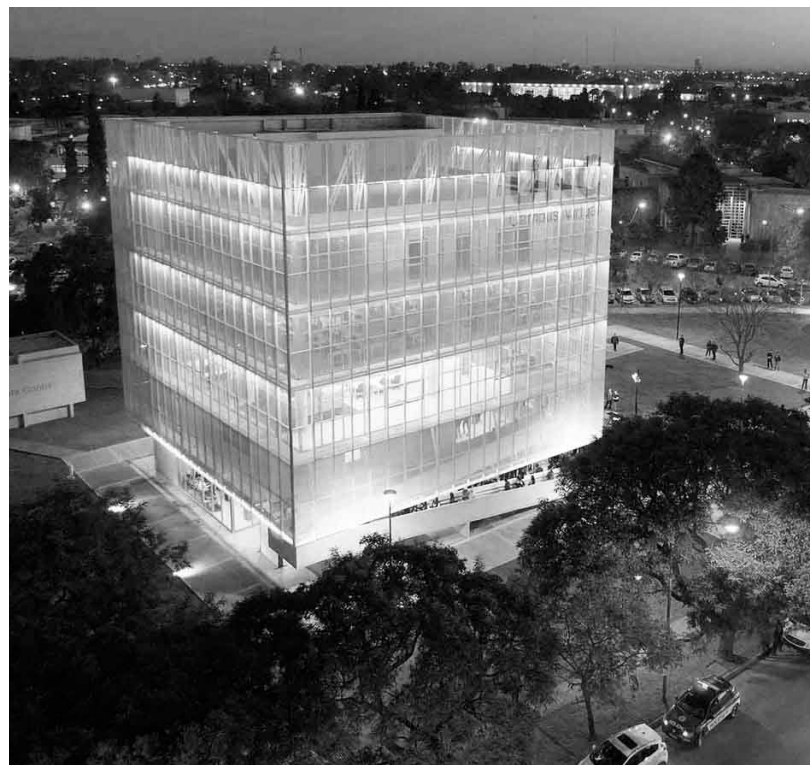
El edificio se presenta en una condición ambigua, entre lo material e inmaterial, una característica ineludible de nuestro mundo contemporáneo, su imagen exterior durante el día se manifiesta en un cubo blanco, sólido, que adopta tonalidades diversas según la luz del sol y en la noche, se vuelve permeable y traslúcido.

Las decisiones tecnológicas son coherentes entre la conceptualización del edificio y las premisas de sostenibilidad ambiental, por eso se trabajó con tecnologías y materiales locales, como el hormigón visto como estructura

portante y una estructura y malla metálica como envolvente exterior, generando un lenguaje austero y sin artificios.

El espesor habitable de la fachada permite en su interior un espacio intermedio de expansión de los usuarios, un espacio técnico de mantenimiento y un espacio de control climático para mejorar la eficiencia del edificio (la circulación continua de ventilación natural en la fachada y reducción del impacto de la radiación solar en los interiores).

A su vez la piel metálica del lado exterior se manifiesta como un lienzo de soporte para proyecciones y mapeos interactivos, creando un edificio que genera eventos públicos, una nueva forma de pensar y habitar la arquitectura con escenarios físicos y virtuales que conviven en el espacio construido.





REFLEXIÓN

A modo de intermedio o de reflexión en ésta pausa, queremos dejar en evidencia nuestra intención de recuperar la conciencia de que un espacio simple, bien iluminado y con temperatura confortable, no tiene por qué caer en lo aséptico.

“La arquitectura es el Arte de proyectar espacios de vida y como tal necesita de una buena dosis de empatía humana.” (Arquitectura y Salud emocional, Jordi Comas, 2022).

En este ritmo caótico, de las ciudades actuales, estamos en la búsqueda de espacios intermedios, que aporten naturaleza y paz que a veces tanto nos hace falta. Estamos llenos de estímulos innecesarios, todo el tiempo, que cambian nuestro ritmo interno.

Nuestra arquitectura influenciada, como todo arte, por el contexto de la época, en el marco de la salud pública, trata de relacionar lo espiritual con la naturaleza y con la sanación.

Consideramos la relación con el paisaje como un elemento que ubica al usuario en su entorno, favoreciendo la sensación de pertenencia a una comunidad. Esta relación facilita la conexión interior - exterior, sin olvidar preservar la sensación de intimidad. Entendemos que para los pacientes es importante no exponerse, por ello el interior está dado como un lugar de seguridad emocional pero sin renunciar a la luz natural y a la visión exterior de un espacio resguardado.

Componer arquitectura implica, para nosotras, la formación de un todo o un conjunto unificado (arquitectura en sí) uniendo con cierto orden (herramientas compositivas) una serie de elementos (material, forma, color, luz, temperatura, textura, olores, etc.). Consideramos importante cómo se ingresa al edificio, y por esta razón creemos necesario proponer un espacio público que reciba al usuario, lugar dónde poder esperar a que llegue

el familiar, dónde compartir la experiencia entre los pacientes. El espacio entre la ciudad y el interior más íntimo. Un espacio de transición.

Creemos que la arquitectura debe dialogar con el entorno. El sentido de pertenencia cultural es algo básico en toda comunidad. Consideramos que los equipamientos públicos aportan a la misma diferentes servicios, pero también son lugares de encuentro, de sociabilidad. Y bajo el marco actual, notamos que la salud emocional de las personas se ha visto muy deteriorada con la pandemia, sobre todo por la falta de socialización. La arquitectura debe proponer espacios que la fomenten.

“Está demostrado que la vegetación, el contacto con la naturaleza, aporta bienestar a las personas.” (Arquitectura y Salud emocional, Jordi Comas, 2022).

Consideramos que los edificios dan valor a los sistemas de organizaciones humanas, y son el soporte esencial dónde se manifiestan las ideas colectivas. La salud por su parte, es un derecho social que se construye colectivamente, dónde el Estado debe garantizar su acceso.

“La salud es la base de un pueblo, lo que engrandece y dignifica a un país, el motor de cualquier otra iniciativa, valoriza y jerarquiza nuestra razón de ser y nuestras actividades diarias. La atención primaria de la salud, entendida como el trabajo sobre los determinantes de la salud y el acceso adecuado y oportuno a una red de complejidades crecientes, jerarquizando el primer nivel de atención y fortaleciendo las redes asistenciales, reposiciona a los hospitales dentro de la estrategia. Y sobre todo una comunidad organizada, educada, entendedora que la salud es una construcción colectiva y de un Estado que garantiza este derecho, mejorando las condiciones de vida de la gente, sobre todo de los más necesitados, generando igualdades de acceso y disminuyendo brechas, generando un país socialmente más justo. Un país con justicia social.”

(Dr. Juan Luis Manzur, Ministro de Salud de la Nación, 2010).

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y LECTURAS:

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. Buenos Aires: Osvaldo Artaza Barrios.

- Ramón Carrillo (2012). Teoría del Hospital. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

- Mario Corea (2020). Reflexiones sobre la red sanitaria. Hospitecnia: Revista de Arquitectura, Ingeniería, Gestión hospitalaria y sanitaria.

- Luis Alberto Müller (2018). Instrucciones para armar un hospital. Ramón Carrillo y la arquitectura para la salud pública en Argentina (1946-1954). Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

- Diego P. Roldán (2005). Del Ocio a la Fábrica: Sociedad, Espacio y Cultura en el Barrio Saladillo. Rosario: Prohistoria Ediciones.

- Secretaría de Planeamiento (2007-2017). Plan Urbano Rosario. Municipalidad de Rosario.

REVISTAS:

- Summa+ 82 (2006). Arquitectura para la salud.
- Summa+ (2019). Humanizando a la Arquitectura para la Salud.

SITIOS WEB:

- <https://hospitecnia.com/>
- <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>
- <https://www.santafe.gov.ar/>
- <https://flexbrick.net/>
- <https://www.plataformaarquitectura.cl>

AGRADECIMIENTOS

“Doy gracias a la arquitectura porque me ha enseñado a ver el mundo a través de sus ojos.”

Queremos agradecer en principio a nuestras familias por el apoyo, la motivación y el amor incondicional en este camino elegido que hace una pausa para culminar en este proyecto. Nuestro proceso hubiera sido imposible sin el privilegio de los buenos amigos y las buenas compañías.

Gracias a la cátedra, por acompañarnos en el cursado virtual de la manera más humana posible, sin perder las enseñanzas teóricas. Y al Arquitecto Marcelo Barrale por su constante motivación hacia sus alumnas.

Gracias a la Universidad Pública por darnos un espacio, un soporte y los contenidos necesarios para transitar este camino. Como también al Arquitecto Andrés Haugh quién nos brindó su tiempo y sus conocimientos para poder abordar el tema elegido.

Nuestro mérito es compartido, creemos que nadie se recibe sólo. Por lo tanto, la felicidad y las felicitaciones son mutuas.

Para finalizar, gracias a nosotras, la una a la otra.

Tutor interno:

Arquitecto Marcelo Barrale, Jefe de Cátedra Barrale.

Asesores externos:

Arquitecto Andrés Haugh, especializado en Arq. Hospitalaria.
Psicóloga Ana Flavia Costa, Jefa del Área de Salud Mental del Hospital Alberdi.





Facultad de Arquitectura,
Planeamiento y Diseño.

