



HOSPITAL POLICIAL UNA RESPUESTA AL PROBLEMA DE LA INDETERMINACION

*Arqtos. H. E. Benech
M. Marzano
T. Sprechmann
A. Villaamil*



El tema de la indeterminación, en su doble aspecto de flexibilidad interna y crecimiento externo, es todavía relevante en la discusión sobre arquitecturas "complejas" y en particular, en relación a la temática hospitalaria. Por haber sido una determinante fundamental en el planteo del Hospital Policial, creemos pertinente transmitir algunas reflexiones relacionadas con esta problemática, vista a través de un proceso concreto de diseño, que exigió, en este terreno, una respuesta técnica precisa.

Como ya ha sido anteriormente publicado (1), no abundaremos en la descripción del proyecto. Anotaremos solamente que el edificio hospitalario fue planteado con un desarrollo en tres etapas, comenzando con un hospital autosuficiente de 110 camas, completando 330 en su versión final. El tema de la indeterminación estaba ya implícito en la propia formulación programática a través de los requerimientos exigidos en cada una de las etapas propuestas.

El modelo de referencia para el proyecto del Hospital Policial fue el de la arquitectura "sistemática" (2), y, en particular, el del hospital sistemático en horizontal. Este modelo, en el ámbito rioplatense, fue principalmente desarrollado en Argentina a través de

una serie de hospitales concursados a partir de 1971, siendo el Hospital Nacional de Pediatría de Buenos Aires su realización más característica. Estos planteos, con su énfasis centrado en la versatilidad de la respuesta arquitectónica frente al cambio tecnológico y funcional, generaron una nueva tipología hospitalaria que propuso alternativas dentro del modelo "funcionalista", superando, en múltiples aspectos, la correlación lineal entre forma y función.

El modelo sistemático en su expresión más radical, apostaba a la



flexibilidad total y al crecimiento ilimitado, utilizando a tales fines, una gama de recursos arquitectónicos fundamentados en esta visión extrema de la indeterminación. Horizontalidad, plantas libres, clara estructuración circulatoria, neta diferenciación entre espacios servidos y de servicio, estricta modulación, plenos de instalaciones, entresijos técnicos, panelería y cielorrasos desmontables, fueron los recursos más recurrentes, que, en general, se extendían en forma no

selectiva a la totalidad de la propuesta arquitectónica.

La búsqueda neutralidad de la forma, validada en gran medida por metodologías extra-disciplinarias, se tradujo arquitectónicamente en la explicitación de las leyes generativas de los edificios, siendo difícilmente discernibles los límites entre la transformabilidad real y la "imagen" de la transformabilidad.

Los resultados de este enfoque del diseño hospitalario tendieron por lo general a una importante reducción en el repertorio tipológico. La solución genérica, el "sistema", absorbió los casos particulares, resolviendo la mayor cantidad de situaciones con la menor cantidad de recursos arquitectónicos posibles, en otras palabras, con la menor apertura tipológica. Esta idea discutible de economía arquitectónica, contribuyó, algunas veces, a forzar situaciones funcionales, en estructuras incompatibles en aras de la sistematización. Otras veces, previsiones excesivas de indeterminación fueron aplicadas a situaciones con muy remotas posibilidades de cambio.

Las contradicciones del modelo, evidenciadas fundamentalmente por las limitaciones de la capacidad tecnológica de nuestro medio, resultaron en definitiva, en la difícil absorción de los sobrecostos debidos a la indeterminación frente a alternativas más realistas.

La identificación de la obsolescencia funcional y tecnológica con la obsolescencia arquitectónica, expresión límite del "funcionalismo", culminaría supuestamente con el "consumo" mismo del objeto construido. Consideramos que la velocidad del cambio tecnológico en la medicina, no implica necesariamente la caducidad concomitante de las estructuras arquitectónicas hospitalarias.

Las estructuras arquitectónicas por lo general y las hospitalarias en particular, perduran más allá de los usos y significados que les fueron originalmente conferidos. Así lo demuestra la persistencia del stock hospitalario nacional, gran parte del cual fue construido en el Siglo XIX. El tema de la flexibilidad, visto desde esta perspectiva más amplia de la

FICHA TECNICA

HOSPITAL POLICIAL - 1a. ETAPA

MONTEVIDEO/URUGUAY

Proyecto y asesoría técnica

a la dirección:

H.E. BENECH - M. MARZANO - T. SPRECHMANN -
A. VILLAAMIL arqs.

Asesores

Organización Médica : Dr. V. Alonso
Estructura : Ing. A. del Castillo
Acond. Térmico : Ing. M. Cabella
Acond. Eléctrico : Ing. E. Rodríguez Molinari,
D. Suárez
Acond. Sanitario : Ing. J. Yaffé Berro
Elem. Constructivos : Arq. J. Lambach

Dirección Gral. de Obras: Depto. Arquitectura del Ministerio del Interior
Arq. M. Tosi

Empresas Constructoras:

Estructura
Ing. CABRERA DIMARCO
Construcciones S.A.
Albañilería e instalaciones
DE LOS CAMPOS PUENTE TOURNIER S.A.

- 1975-76 — CONCURSO NACIONAL DE ANTEPROYECTOS (1er. PREMIO) (330 camas en 3 etapas)
- 1976 — PROYECTO DEFINITIVO 1a. ETAPA (14.000 m² y 128 camas)
- 1977-83 — CONSTRUCCION 1a. ETAPA
- 1980 — HABILITACION SECTORES CONSULTA EXTERNA
- 1981 — PROYECTO DEFINITIVO 2a. ETAPA (8.000 m² y 128 camas)

Descripción por niveles.

1) AREA DE SERVICIOS GENERALES. (N-4.00).

A nivel y con acceso directo de la Av. José P. Varela, incluye los accesos de abastecimiento y personal desde sus respectivos estacionamientos y las áreas de cocina, esterilización central, salas de máquinas, depósitos y vestuarios.

2) AREA MEDICA PRINCIPAL (N ± 0.00).

A nivel y con acceso directo del Br. José Batlle y Ordóñez constituye el nivel médico fundamental del hospital y se desarrolla en forma compacta en horizontal. Incluye los accesos principales: de pacientes, de emergencia y de visitantes y sus respectivos halles.

En este nivel se desarrollan las áreas de admisión, consulta externa, servicios intermedios, emergencia y block quirúrgico, agrupándose las áreas de mayor cuidado para zonificar en un ámbito exclusivo los recursos humanos y materiales de mayor complejidad. Se plantea una estructura circulatoria diferenciada para pacientes y para personal técnico.

3) AREA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y DISTRIBUCION DE VISITAS (N + 3.10).

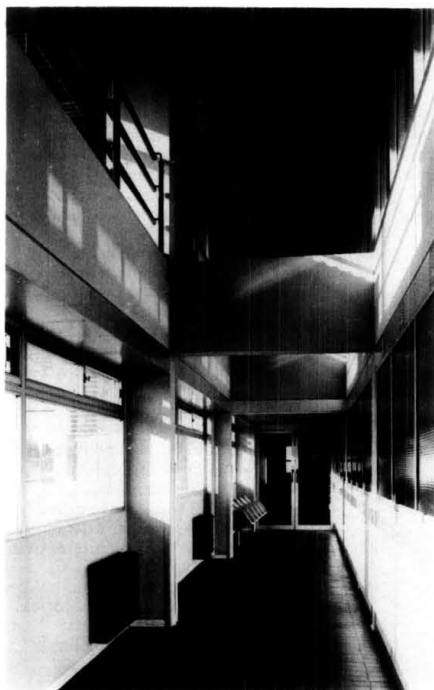
Para evitar interferencias en la planta médica se crea un nivel de entresijo superior para la distribución de visitas al área de internación apoyado por áreas de cafetería y sala de actos.

4) AREA ADMINISTRATIVA Y DE DIRECCION (N + 6.20).

Se ubica en un segundo entresijo con independencia de las áreas médicas.

5) AREAS DE INTERNACION (N + 9.30, + 12.40, + 15.50, + 18.60).

Se organiza en cuatro niveles altos con habitaciones en doble crujía y un área central de servicios de enfermería y apoyo.

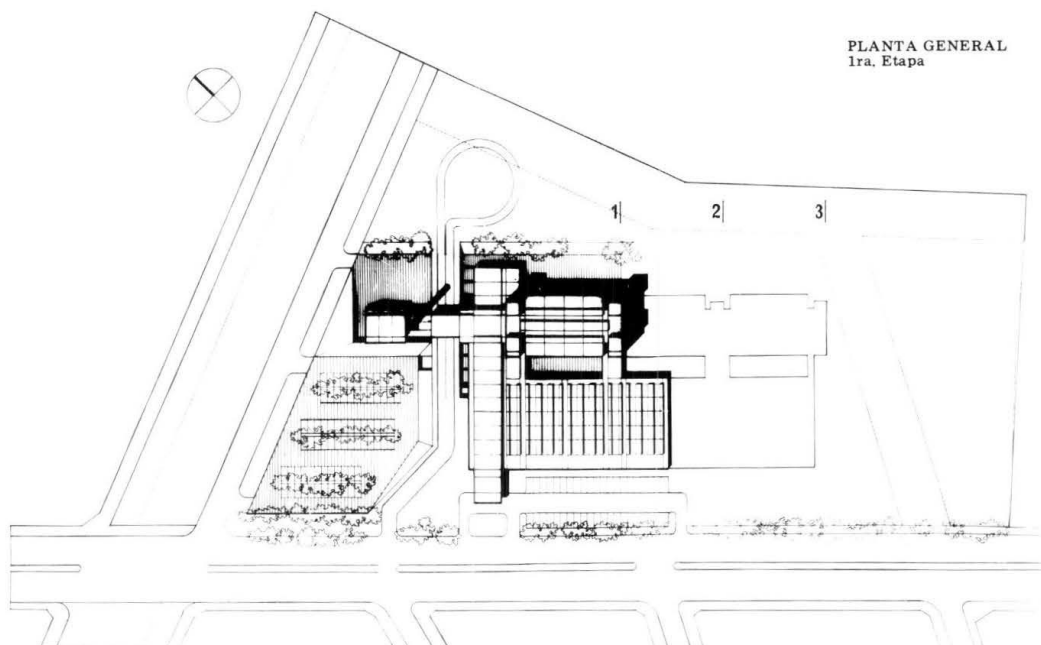


transformación de las estructuras edilicias a través de su evolución histórica, relativiza muchos de los supuestos arraigados en la ideología "sistemática".

En este sentido, el análisis de los procesos de transformación que afectan a las estructuras arquitectónicas a lo largo del tiempo, demuestran que su capacidad de transformación es en gran parte independiente de su fundamento funcional y de su propuesta tecnológica. Su adaptabilidad está más relacionada con la forma arquitectónica misma, con las jerarquías y articulación entre sus partes y de sus relaciones morfológicas con el contexto más amplio de la ciudad.

Esta reflexión, aportó elementos que creemos redundaron en forma positiva en el proyecto del Hospital Policial. La correspondencia entre ciertos agrupamientos tipológicos con la estructura urbana en general y con ciertas familias de actividad en particular, permitieron definir y acotar sus posibles leyes de transformación. Estas tipologías y sus relaciones estructurales, que permanecen incambiadas en un posterior desarrollo en etapas, conforman la matriz urbana y edilicia de la propuesta.

A nivel urbano, y debido a la estructura morfológica poco



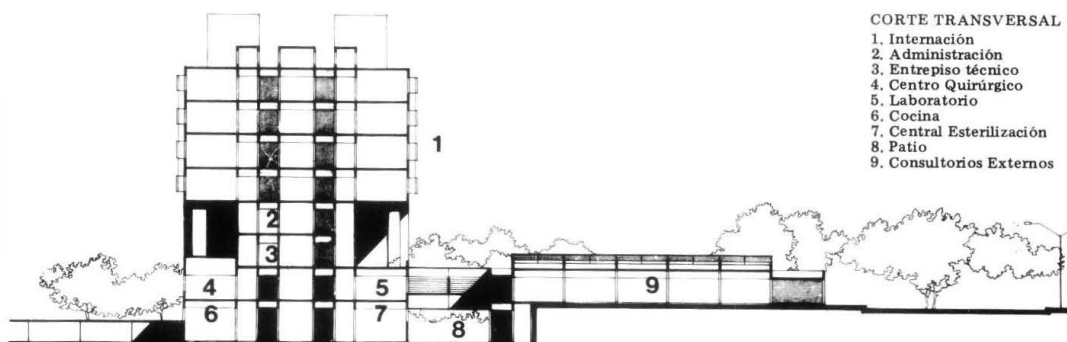
PLANTA GENERAL
1ra. Etapa

consolidada del área, la propuesta se apoyó en la alineación con la traza referencial primaria, el Br. José Batlle y Ordóñez. A partir de la resolución espacial de la esquina con sus estructuras de accesos, el edificio se desarrolló en paralelo a la calle, manteniendo un perfil bajo sobre la misma retirando los sectores internos en altura a un segundo plano.

Esta idea precisa de conformación urbana se plantea como una alternativa a los criterios manejados por soluciones "sistemáticas", en general sin intenciones urbanas precisas más allá de las comandadas por una adecuada conectividad circulatoria. Su resolución de acuerdo a parámetros de estructuración de adentro hacia afuera resultaron en una respuesta urbana de carácter residual.

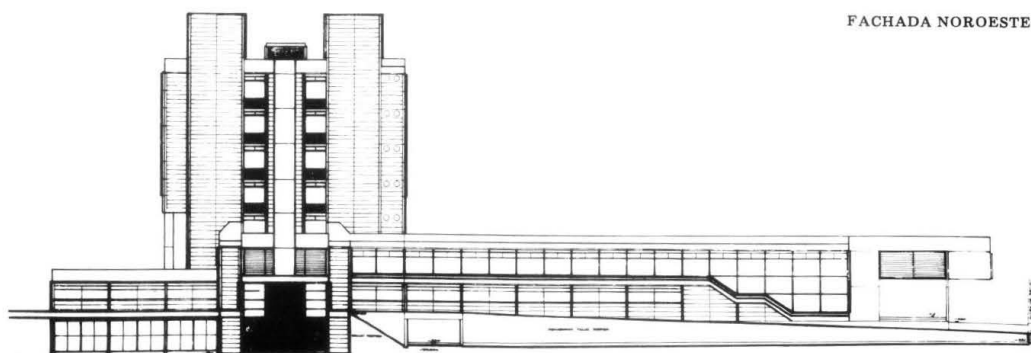
A nivel edilicio, "un hospital: llevado a sus términos más elementales, no es más que un gran hotel, (la internación), con muchas salitas-despacho de recepción, (los consultorios), y, un área muy particular que son los servicios técnico-médicos" (3).

De acuerdo a esta desagregación tipológica primaria, la propuesta se estructuró en base a: a) un edificio de accesos y distribución, cinta lineal en tres niveles interconectados. b) un edificio de servicios externos, nave continua de un nivel con iluminación cenital y estructura circulatoria en

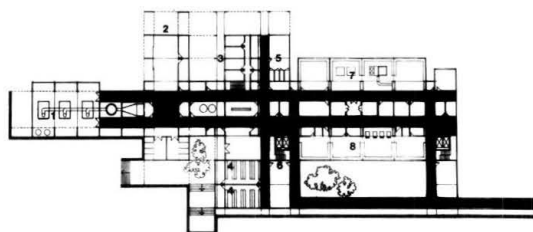


CORTE TRANSVERSAL

1. Internación
2. Administración
3. Entrepiso técnico
4. Centro Quirúrgico
5. Laboratorio
6. Cocina
7. Central Esterilización
8. Patio
9. Consultorios Externos

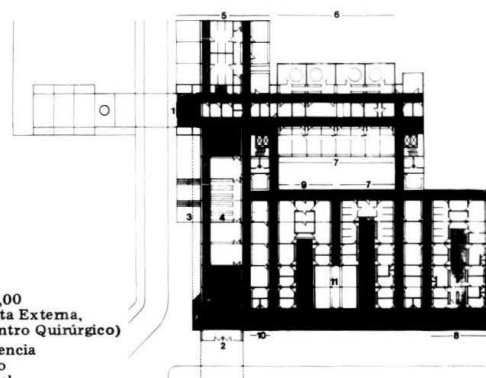


FACHADA NOROESTE



PLANTA N-4,00
(Servicios Generales)

1. Sala Calderas
2. Centro de Abastecimiento
3. Dormitorios guardia
4. Vestuarios personal
5. Morgue
6. Depósito Farmacia
7. Cocina
8. Central Esterilización



PLANTA N ± 0,00
(Accesos, Consulta Externa,
Emergencia y Centro Quirúrgico)

1. Acceso Emergencia
2. Acceso Público
3. Acceso Personal
4. Archivo
5. Emergencia
6. Centro Quirúrgico
7. Laboratorio
8. Fisioterapia
9. Radiología
10. Farmacia
11. Odontología

doble peine. c) un edificio de servicios internos, bloque de ocho niveles en doble crujía con servicios centrales y núcleos de circulación vertical en los extremos.

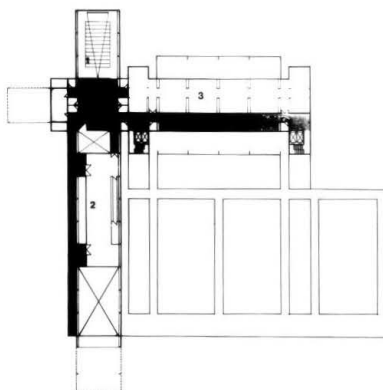
Cada tipología cuenta con su propia estructura distributiva y espacial, sus

leyes dimensionales y estructurales, su nivel de especialización, acondicionamiento, densidad de instalaciones y sus propios grados de indeterminación. La independencia tipológica de las partes permitió definir con precisión la flexibilidad interna, la autonomía de crecimiento de las distintas áreas, así como también la absorción de la atipicidad.

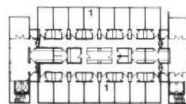
El agrupamiento de locales con similares requerimientos tipológicos

se fundamentó en la posible intercambiabilidad de los mismos. Este simple mecanismo de reubicación de locales, permitió entre otras cosas, la racionalización del proceso de etapas admitiendo que el crecimiento se realizara en paquetes edilicios simples y concentrados. Las determinantes funcionales y tecnológicas quedaron de este modo supeditadas a la organización tipológica.

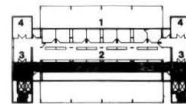




PLANTA N+ 3,10
(Entrepiso Distribución)
1. Sala de Conferencias
2. Cafetería
3. Entrepiso Técnico



PLANTA N+ 9,30 + 12,40 + 15,50 + 18,60
(Internación)
1. Sala Internación



PLANTA N+ 6,20
(Administración)
1. Dirección
2. Atención público
3. Espera
4. Sala de reuniones

Los resultados de esta propuesta fueron verificados en el proyecto de la segunda etapa realizado en 1981, cinco años después del planteo inicial. El partido de agrupamiento tipológico permitió resolver el reordenamiento de varios sectores y absorber los incrementos diferenciales de las distintas tipologías en forma sencilla e independiente.

En síntesis, el proyecto del Hospital Policial, definido en sus líneas generales en 1976, puede ser considerado como una respuesta arquitectónica fuertemente marcada por los principios organizativos de la arquitectura "sistemática". De todos modos, y tal como lo habíamos establecido en las memorias que fundamentaron aquella propuesta, su resolución concreta se fundó en la evaluación crítica de sus postulados más ortodoxos y particularmente en los referentes al tema de la indeterminación. Estimamos que con la profundización de dicha crítica se abre un camino realista para la futura evolución de las arquitecturas de la salud en nuestro país.

NOTAS:

- (1) Arquitectura para la salud.- REVISTA SUMMA no. 108. Buenos Aires, 1977.
- (2) El diseño hospitalario, sus modelos fundamentales - Benech, Sprechmann, Villamil - en REVISTA SIKA No. 5, Montevideo, 1983.
- (3) Notas sobre el diseño de hospitales - Baudizzone y otros en REVISTA SUMMA No. 108, Bs. As. 1977.

