



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de ciencias y artes para el diseño

Doctorado en Ciencias y Artes para el Diseño

Área de concentración Estética, Cultura y Semiótica del Diseño

**El espacio arquitectónico del hospital pediátrico en la CDMX y su
coexistencia con el diseño desde un enfoque semiótico**

Tesis que para obtener el grado de Doctorado

Presenta:

Jocelyn Dafne Valenzuela Romero

Tutor de Tesis: Dr. Jesús Octavio Elizondo Martínez

Ciudad de México 21 de Noviembre de 2018

Agradecimientos

Esta tesis no hubiese sido posible sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que han vivido conmigo su realización debido a que fue un esfuerzo conjunto en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad, por lo cual merecen las gracias porque sin su valiosa aportación no hubiera sido posible este trabajo.

A mi hija

A mi mamá

A mi Familia

Al Dr. Octavio E.

A la Dra. Margarita P.

A mi Alma Mater



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de ciencias y artes para el diseño

Doctorado en Ciencias y Artes para el Diseño

Área de concentración Estética, Cultura y Semiótica del Diseño

**El espacio arquitectónico del hospital pediátrico en la CDMX y su coexistencia
con el diseño desde un enfoque semiótico**

Tesis que para obtener el grado de Doctorado

Presenta:

Jocelyn Dafne Valenzuela Romero

Director de Tesis: Dr. Jesús Octavio Elizondo Martínez

Coordinadora de Área: Dra. Andrea Marcovich Padlog

Lectora: Dra. Martha Isabel Flores Ávalos

Lectora: Dra. Eska Elena Solano Meneses

Lectora: Dra. Margarita Pulido Navarro

Lectora: Dra. Ricardo Cuellar Romero

Ciudad de México 21 de Noviembre de 2018



Contenido

INTRODUCCIÓN	4
Objeto de estudio específico.....	14
Objetivos periféricos	14
Problema práctico	15
Preguntas de investigación	16
Hipótesis	16
Elementos que posibilitaron la realización de la investigación	17
ANTECEDENTES.	21
La reflexión arquitectónica hospitalaria.....	21
Primera parte:	29
PRAGMÁTICA. El usuario y el espacio arquitectónico hospitalario como signo	29
1.1 Bienestar social y sus componentes	36
1.2 Necesidades de habitar y habitabilidad en los edificios para la salud	42
1.3 Los hospitales como un espacio arquitectónico de poder	44
Segunda parte:	51
SINTÁCTICA. El análisis de los hospitales y el valor indexical de los planos.....	51
2.1 Sistemas de prácticas arquitectónicas en el diseño y representación de hospitales	56
2.2 Los signos indexicales y las tipologías del espacio arquitectónico hospitalario.	65
2.3 La arquitectura hospitalaria de tercer nivel como espacio simbólico.	89
Tercera parte:	96
SEMÁNTICA. La relación de los signos con los significados del espacio hospitalario de especialidades	96
3.1 Los signos, el significado simbólico y su representación en el espacio arquitectónico en el Instituto Nacional de Pediatría. Unidad de Hemato-Oncología.....	98
3.2 El significado simbólico del cuerpo dentro de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología como un espacio de subjetividad.	141
CONCLUSIONES	152
BIBLIOGRAFÍA	167

Índice de ilustraciones y tablas

Ilustración 1. Marco conceptual.....	23
Ilustración 2. Esquema para soporte del Marco Teórico	23
Ilustración 3. Ejemplos de elementos de articulación.....	27
Ilustración 4. Esquema de interpretación pragmática.....	30
Ilustración 5. Esquema de interpretación sintáctica	52
Ilustración 6. Configuración de la representación arquitectónica	53
Ilustración 7. Esquema de interpretación Ontosemiótica	55
Ilustración 8. Esquemas de tipologías básicas de significados	58
Ilustración 9. Configuración y procesos del fenómeno del espacio arquitectónico hospitalario.....	63
Ilustración 10. Tipologías más frecuentes de Hospitales en la ciudad.	74
Ilustración 11 Esquema de las tipologías de Hospitales	75
Ilustración 12. Combinación de Planta Basilical, junto con claustro Catedral de San Pedro de Jaca.....	77
Ilustración 13. Planta Palaciana, diseño hospitalario de L. Bruant.....	77
Ilustración 14. Planta Radial, proyecto de los Arq. Claude Philippe Coqueau y Bernard Poyet	78
Ilustración 15. Planta Pabellonal; Hospital Lariboisiere proyectado por M. P. Gautier (1839-1854)	78
Ilustración 16. Planta de Bloques.....	79
Ilustración 17. Proxémica, como concepción espacial de referencia	91
Ilustración 18. Leci n'est pas une pipe	94
Ilustración 19. Esquema de interpretación semántica.	96
Ilustración 20. La Unidad Pediátrica de Hemato – Oncología en el Instituto Nacional de Pediatría se proyecta la construcción de esta. Derivado de un compromiso presidencial de crear. 2012.....	109
Ilustración 21. Representación Gráfica del INP y la UPHO	112
Ilustración 22. Requisitos primarios considerados	113
Ilustración 23. Representación del espacio arquitectónico de la UPHO.....	116
Ilustración 24 Concepto como signo	117
Ilustración 25. Elementos connotativos y denotativos en el Hospital	118
Ilustración 26. Funciones de comunicación Referencial.....	120
Ilustración 27. Imagen Aérea del INP.....	121
Ilustración 28. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Primer Nivel ...	126
Ilustración 29. Representación de la Sala de Esperas de Consulta Externa.....	127
Ilustración 30. Representación del Área de Gobierno	128
Ilustración 31. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Segundo Nivel	130
Ilustración 32. Representación de la Sala de Espera.....	131
Ilustración 33. Representación de la Sala de Procedimientos quirúrgicos	132

Ilustración 34. Representación de la Unidad de Terapia Intensiva.....	133
Ilustración 35. Representación de la Unidad de Trasplantes	134
Ilustración 36. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Tercer Nivel ...	138
Ilustración 37. Representación de Hospitalización	139
Ilustración 38. Fachadas de la UPHO	151
Ilustración 39. Dimensión Normativa. Tipos de Normas.....	155
Ilustración 41. Transformación demográfica de México 1930-2050.	165
Ilustración 42. Pirámides de población de México, 2000-2050.....	166

Índice de Tablas

Tabla 1 Bienestar social, como el binomio de necesidad	40
Tabla 2. Tipologías.....	76
Tabla 3. Marco histórico representativo de evolución hospitalaria de especialidades (Dreifuss 2004)	88
Tabla 4. Tipos de semántica (Morris, Fundamentos de la teoría de los signos 1985)	97
Tabla 5. Acercamiento Evolutivo del Instituto Nacional de Pediatría.....	108
Tabla 6. Espacios generales del programa médico arquitectónico del INP.....	123

INTRODUCCIÓN

El espacio humano en general ha sido siempre significativo, su diseño fue considerado como una actividad formal y funcional, pues existen diferentes maneras de entender la arquitectura. Según Fernando Tudela (1976, 11-15) ésta, sufrió una profunda crisis después de la segunda guerra mundial, debido al alejamiento cognitivo de la arquitectura racionalista, ya que se condujo hacia una aplicación del método científico con el propósito de liberarse de todo concepto formal, donde no hay representaciones del espacio, sino una configuración ligada al valor funcional de los recintos; el proceso proyectual avanza del interior al exterior.

Como consecuencia se generó la posibilidad de aplicar la inducción de un conocimiento complejo, multidisciplinario y poco consensuado. Sin embargo, todo espacio tiene un significado propio y éste es una característica inherente a él, es decir, inherente a la percepción, representación e interpretación que los individuos hacen.

Si trasladamos la racionalidad del proceso al mecanismo de argumentación que se ubica en las diferentes funciones del objeto arquitectónico, el significado puede derivarse de las particularidades físico-estructurales, de la funcionalidad del espacio arquitectónico ligada a las prácticas sociales que se desarrollan en él, o bien ser fruto de las interacciones que a nivel simbólico se dan entre sujetos que ocupan o utilizan ese espacio, de tal forma se aumenta la toma de conciencia de la dimensión significativa de la arquitectura.

En este sentido, el propósito de la investigación fue indagar problemas relacionados con el significado del espacio arquitectónico hospitalario de especialidades pediátricas, debido a que la representación del dibujo del plano arquitectónico debe ser precisa, objetiva y unívoca ya que se presentan en la configuración de un área cultural entendida como un espacio que está conferida de significados y que tienen su armazón en una construcción social; sin embargo, la interpretación es ambigua,

subjetiva y contextual, como consecuencia el diseño sigue reglas institucionales estandarizadas que no coinciden con las necesidades de los usuarios.

Los edificios para la salud han existido desde tiempos remotos, algunos diseñados expresamente, otros adaptados para la atención de enfermos y cuyos orígenes fueron los conventos, cuarteles, etcétera.

En nuestro país pareciera relativamente reciente la construcción de edificios diseñados para atender casos especializados que pueden ser considerados como una especie de oclusión, de censura, que la objetividad ha puesto a la significación como una forma de imaginario (Barthes 1993, 257), en parte por el impacto que produce la situación de encierro, pero sobre todo, del que provoca la convivencia dentro de un sitio socialmente marcado por el signo de la inclusión, pues con la aceleración del crecimiento tecnológico se crea un aumento de acontecimientos generalmente no previstos “la superabundancia de acontecimientos” (Auge 2002, 34) los cuales resultan ser un problema económico, político, cultural, social, etc.

La necesidad de dar un sentido al presente, haciendo un balance de los acontecimientos del pasado, sin caer en una cuestión histórica, es rescatar su superabundancia “que corresponde a una situación de sobremodernidad¹ para dar cuenta de su modalidad esencial: el exceso” (Auge 2002, 36) el cual nos lleva a exigir aún más sentidos, a prolongar las expectativas en el orden de vida social.

Bajo esta concepción, es preciso entender el espacio arquitectónico hospitalario pediátrico como una infraestructura del “comportamiento en los niveles organizacionales inferiores que sustentan la cultura” (Hall 2003, 125) como un sistema abierto de pensamiento, que posee componentes de integración dialéctica entre sí, en la que el hombre deja huella en el espacio.

¹ La sobremodernidad se toma como un concepto de exceso.

Durante un intervalo de tiempo algunos arquitectos, que querían encontrar la salida de la crisis de la disciplina, se acercaron hacia teóricos de la semiótica que tienen un foco de interés común: la dimensión comunicativa de la arquitectura (Eco 2006), entendiéndola como el comienzo de un espacio interno que puede recordar sensaciones, que van configuradas a una idea de la construcción por medio de la representación del plano, que es un recurso para el conocimiento y reconocimiento de los objetos ya que puede ser un modelo abstracto o ya codificado.

Al registrar ideas y documentar necesidades espaciales y objetuales, hace que la representación arquitectónica requiera códigos gráficos de comunicación compartidos para que tanto el emisor como el receptor puedan comunicarse sin ambigüedad.

El complejo proceso del espacio arquitectónico se proyecta y construye sobre la base de un intercambio de información, los atributos del objeto diseñado exigen definir un conjunto de normas que codifiquen su funcionalidad y habitabilidad, de tal forma que un código es un sistema de signos y reglas que nos permiten formular y comprender un mensaje.

Es necesario entender el espacio arquitectónico hospitalario como un sistema abierto, que posee componentes de integración dialéctica entre sí, en la que el hombre deja huella. De tal forma que los elementos obligatorios a deliberar son: el espacio simbólico y el uso pragmático que se concentra en las posibilidades de interpretación del intérprete (Esqueda 2000), a partir de los siguientes ámbitos: cognitivo, social y cultural (G. Reyes 2002) por lo que la semiosis es un proceso de naturaleza vital en el que un estímulo se convierte en signo (Elizondo 2012), un signo pragmático donde se reflejan los procesos de sentido de significación que surgen a partir del valor indexical de los planos arquitectónicos hospitalarios.

Por lo tanto, para realizar la investigación se recurrió a la semiótica, teoría que tiene como centro de interés a los signos entendidos como algo que para alguien equivale o representa a algo que se crea en la mente de las personas y como consecuencia se encarga de estudiar la presencia de éstos en la sociedad (Elizondo 2012), así como a la clasificación de tres dimensiones de la semiótica según Charles Morris: la pragmática, la sintáctica y la semántica.

Según el filósofo norteamericano Charles S. Peirce (1838-1914) la semiótica tiene una perspectiva filosófica, la cual está integrada en el campo de las relaciones con un enfoque cognitivo debido a que es un marco de referencia que incluye otros estudios. Casi simultáneamente, el suizo Ferdinand Saussure (1857-1913) con una perspectiva lingüística declara su teoría sobre los signos con la semiología, la cual relaciona la psicología social e incorpora los procesos que de ella resultan.

Ambos establecen una teoría de la realidad y del conocimiento que un grupo social puede tener por el medio cultural del que disponen: los signos. Sin embargo, fue Charles Morris lógico y filósofo norteamericano (1985) quien consideró a la semiótica como un eslabón importante para la unificación de las ciencias con dos características: la semiótica como una ciencia más y a la vez como un instrumento de la ciencia, por lo que considera al signo en tres dimensiones:

- A) Pragmática: es la relación entre los signos y sus usuarios. Todo signo tiene relación con otro signo, es difícil asegurar que exista un signo aislado; el signo está en relación con sus propios orígenes, los efectos sobre sus destinatarios y la utilización que hacen de ellos.
- B) Sintáctica: en ésta el signo es susceptible de ser insertado en secuencias de otros signos; estudia la relación de los signos entre sí y de las reglas que los vinculan.
- C) Semántica: en donde el signo se considera en relación con lo que significa; estudia la relación de los signos con sus significados.

En general la semiótica tiene la tarea de buscar leyes y generalidades relativas a su objeto de estudio, “debe ser una ciencia de las representaciones sánicas y de los fenómenos de semiosis” (Zeccheto 2002, 13) entendidos estos, como los procesos de significación donde participan un signo, su objeto y su interpretante, que deben presentar una dinámica concreta de los signos dentro de un contexto social y cultural.

En la arquitectura los estímulos son difíciles de interpretar como signos, sin embargo estos permiten la comprensión del uso del espacio arquitectónico no solo con las funciones posibles, sino los significados vinculados a ella ya que se predisponen para el uso funcional.

De esta forma se genera un eje de estudio apoyado con la ontosemiótica que es la fusión de la ontología y la semiótica, que nos mostrará la relación que se establece entre la creación de los espacios simbólicos y las leyes que guían la vida a través de la experiencia directa de los usuarios, debido a que ellos son los que habitan y transitan en y por la arquitectura.

Así, los actores del diseño arquitectónico hospitalario se consideran intérpretes de acuerdo al conductismo de Morris (1946), que propone un cuarto elemento en el signo: el de intérprete.

Los usuarios del diseño arquitectónico se entenderán como aquellos que usan, se apropian, modifican y crean un espacio personal y social, los cuales se apoyan en la proxémica para “designar las observaciones y teorías interrelacionadas del empleo que el hombre hace del espacio” (Hall 2003, 6) que actúan de manera real o conceptual en la apreciación de estos, pues existen en la población múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura y genera diferentes miradas sobre la realidad, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte.

Sin embargo, estas expresiones culturales tienen relación con las transformaciones históricas, el avance científico, las ideas dominantes, las percepciones religiosas, los procesos productivos y las costumbres particulares de cada sociedad, pero cuando esas características se muestran en perspectivas concretas en un espacio arquitectónico hospitalario y no son tomadas en cuenta, se convierten en barreras a veces imposibles que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, pues:

“la tamización selectiva de los datos sensorios deja pasar algunas cosas y excluye otras, de modo que la experiencia percibida a través de una serie de filtros sensorios normados culturalmente es muy diferente de la experiencia percibida a través de otra serie. Los medios arquitectónicos y urbanos que crean las personas son manifestaciones de este proceso de tamización y filtración” (Hall 2003, 8)

Se analizó como caso de estudio específico la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología (UPHO) del Instituto Nacional de Pediatría (INP), con las distintas ramas de la semiótica que influye en la proyección, la construcción y la valoración de interrelación con los diferentes espacios arquitectónicos hospitalarios.

Por lo que se podrán entender las dimensiones simbólicas, índiceles e icónicas mediante la selección de un corpus que incluye planos arquitectónicos de la Unidad de especialidades, análisis de prácticas de usos espaciales, donde la experiencia en los eventos narrados por el usuario de la arquitectura hospitalaria pediátrica, se traducen como percepciones pragmáticas ya que de acuerdo con Charles S. Peirce (CP, 5.467) es un método para indagar los significados sobre lo que les rodea.

A su vez el filósofo italiano Umberto Eco (2006) considera a la semiótica como ciencia que estudia todos los fenómenos culturales como si fueran sistemas de signos, por tal motivo la cultura nos comunica. Así el papel de la arquitectura no solamente es de resguardo, sino que comunica los posibles significados vinculados a ella y las predisposiciones del uso funcional del espacio hacia los usuarios.

Cuando la semiótica pretende proporcionar claves explicativas de todos los fenómenos culturales, la arquitectura la desafía, porque la apariencia de los objetos arquitectónicos no comunican, sino que funcionan; por lo que uno de los puntos que plantea la semiótica es saber si las funciones se pueden interpretar en su aspecto comunicativo y si éstas nos permiten o no comprenderlas y definirlas mejor. (Eco 2006)

La arquitectura es un comienzo de un espacio interno y/o abierto que puede evocar sensaciones que van configurando una idea de la construcción. En el caso de la arquitectura hospitalaria, se diseñan modelos ya codificados que generan un código icónico, los cuales “desde el momento en que existe en la sociedad, cualquier uso se convierte en signo de este uso” (Barthes 1993); por lo tanto, la función comunicativa en la arquitectura, comunica la función que debe ser ejercida incluso sin ser usada.

Se utilizó la cartografía hospitalaria,² para indagar las relaciones con la problemática de la iconicidad al tomar las normas generales en el diseño arquitectónico de hospitales y aplicarlas indistintamente para diseñar espacios destinados a diferentes patologías que requieren de una metodología semiótica con características espaciales y visuales, dentro de una atención particular.

A su vez, el análisis semiótico de los planos arquitectónicos hospitalarios presentó al menos tres nudos problemáticos (Magariños de Morentín 1996):

1. La *representación* de la forma arquitectónica hospitalaria mediante la recopilación de planos.
2. La *memoria semiótica*, por medio de la aproximación sincrónica se puede ver cómo los planos construyen el espacio hospitalario en un momento determinado y la atención diacrónica, permite analizar en la sucesión de planos como se crean construcciones o espacios supuestos entre ellos, de

² cómo una tipología documental compuesta de un conjunto de planos que son contenedores de información esencial que define realidades próximas y/o lejanas.

tal forma que a partir de investigar otras semiosis se puede preparar algunas apreciaciones de la promesa de sentido de cada plano.

3. La *contrastación* entre los planos arquitectónicos generales de hospitales de especialidades y los planos realizados de forma segmentaria con fines específicos, debido a las remodelaciones o ampliaciones que han requerido los nosocomios, ya que representan las problemáticas del cambio de patologías en la población.

A partir de estos puntos se indagó los problemas relativos a la iconicidad que representa el trabajar con planos arquitectónicos hospitalarios. Por tal motivo, para su análisis se recurre a la propuesta de Juan Magariños de Morentín sobre la semiótica de la imagen visual, metodología que combina aspectos de la semiótica de Peirce y algunos desarrollos del cognitivismo.

Con respecto al espacio, el ser humano lo ocupa como un estar en el mundo y relacionarse con los otros, por lo tanto el área de salud tiene una clasificación que establece sitios y entornos, donde la habitabilidad es el elemento obligatorio, estructural y definitorio del diseño, pues a medida en que mejora nuestro entorno visual y anímico, se pueden generar ambientes hospitalarios que compongan de forma evidente la especialidad a la que va dirigida y a su vez aumenta la calidad de vida del usuario.

Estos espacios hospitalarios tienen la capacidad de aglutinar determinados significados (imagen mentales) en su seno, es decir, se cargan de significado simbólico generados a partir de los sentidos básicos que se llevan a cabo en la mente del usuario/destinatario en un proceso hermenéutico, en el cual se establecen códigos entre los significados y los significantes, que pueden ser considerados representativos para una comunidad porque es un elemento que otorga identidad a un grupo, que es determinante en su conformación y su cambio.

El trabajo intenta esclarecer el habitar en el espacio arquitectónico hospitalario y la indagación pragmática del diseño en el Instituto Nacional de Pediatría, principalmente en la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología, para ello se esboza una imagen de dicho espacio, en el que es posible apreciarlo como un todo, cubierto bajo la teoría de los signos, de tal forma que el trabajo está dividido en tres partes:

- La primera dedicada a la pragmática, donde se aborda al signo arquitectónico y la relación con el usuario.
- La segunda, se aborda el análisis sintáctico de los hospitales considerados como el estudio de las relaciones de los signos entre sí, y se hace una abstracción de las interacciones de los signos con los objetos o con los interpretantes a través del valor indexical³ de los planos.
- La tercera parte, se analiza la relación semántica de los signos con los significados del espacio hospitalario pediátrico, que proporciona los términos y la teoría necesaria para tratar la dimensión de la semiosis que se interesa por aspectos reales de esa dimensión, puesto que estudia la relación de los signos con los objetos a los que son aplicables y los hechos que puede denotar.

Esta investigación tomó principalmente como base los estudios realizados por: el teórico social francés Michel Foucault con su teoría de control y disciplina a través del panóptico de Jeremy Bentham, a Luc Boltanski que analiza los usos sociales del cuerpo, en los semiólogos Charles Sanders Peirce, Charles Morris y Umberto Eco y a Juan Díaz Godino con sus investigaciones de ontosemiótica aplicadas a las matemáticas.

³ Los signos indéxicos presentes en una combinación sígnica, centran la atención del intérprete en partes del entorno; el signo caracterizador dominante determina algunas respuestas generales a esa parte; los especificadores de caracterización delimitan la expectativa general y la elección del signo dominante se determina atendiendo al problema en cuestión. (Morris 1985)

Actualmente la capacidad y productividad traducida en la sobrepoblación del Instituto ocasiona problemas de riesgos y exigencias que repercuten en la salud y genera una percepción negativa en los usuarios, debido a que en sus instalaciones hay un desequilibrio entre los servicios de auxiliares de diagnóstico, auxiliares de tratamiento, de hospitalización y consulta externa.

Con base en lo anterior, no se pretende exhibir una vez más las carencias con las que la gran mayoría de las personas deben enfrentarse dentro de un edificio hospitalario bajo el contexto de la crisis del sistema de salud, pues el desafío actual para el pensamiento crítico es estudiar la lógica cultural, espacial, económica y política con el propósito de construir testimonios de diversos usuarios del Instituto que amplíen, expliquen o rompan las lógicas funcionales que los obligan a comportarse desde una reacción en vez de la acción.

Por tal motivo para identificar dicha percepción se empleó el método cualitativo de la historia oral y se seleccionó extractos de las conversaciones de nueve personas las cuales son dos menores de edad, una enfermera, un trabajador administrativo y cinco mamás de pacientes pediátricos, que nos permite observar y conocer cómo se concibe el significado del espacio arquitectónico en el Instituto debido a que la investigación se propuso realizar no sólo la identificación de prácticas arquitectónicas funcionales, sino socialmente-habitable que desentrañen cómo son significadas a través de la relación entre lo expresado y lo vivido, la apropiación del espacio simbólico con sus efectos en el discurso para optimizar la operación, el análisis físico de los objetos de diseño arquitectónico y así establecer la relación entre conformaciones o disposiciones del hábitat, el comportamiento del usuario en el ámbito individual y social; el estudio descriptivo de la colectividad y la historia social, como apoyo para sustentar el mismo.

Objeto de estudio específico

Demostrar cómo el diseño arquitectónico de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría continua con los parámetros Institucionales normativos de control y disciplina hacia los usuarios y cómo repercute en las percepciones del espacio de quienes lo habitan (los usuarios).

Explicar con la semiótica como instrumento que explora lo que existe de fondo de toda significación: sus raíces y los mecanismos que la sostienen, a través del papel sintáctico y semántico, del hospital pediátrico entendido como institución total para el control social y valorar el vínculo pragmático entre arquitectura–seres humanos, al examinar los requerimientos y necesidades que tienen los usuarios en los hospitales de especialidades de acuerdo al diseño del espacio.

Objetivos periféricos

- Investigar las relaciones pragmáticas del espacio arquitectónico hospitalario con el usuario.
- Estudiar las relaciones semióticas de poder en el espacio arquitectónico pediátrico.
- Esclarecer la relación entre el significado de la forma y el espacio simbólico hospitalario que le da el usuario.
- Estudiar el efecto de la significación de las formas y del espacio arquitectónico hospitalario en las percepciones y conductas de los usuarios.
- Valorar el vínculo que tiene la arquitectura hospitalaria con la percepción proxémica ser humano.
- Analizar el programa médico arquitectónico de la UPHO en torno a valores indéxicos de los planos de representación arquitectónica, en el que se enlazan los productores y receptores, significados y significantes, mensajes y contextos
- Estudiar los requerimientos que tienen las Instituciones de Secretaría de Salud en el área de especialidades pediátricas, basadas en las normatividades del IMSS e ISSSTE para el diseño arquitectónico espacial y su funcionalidad, ya

que con el principio de dependencia, el significado debe estar constituido por la continua interacción de estos y no por un sólo conjunto de acciones en un plano seguido por las acciones del otro.

- Establecer las necesidades y funciones del espacio arquitectónico de la UPHO.
- Desentrañar algunos de los mecanismos intelectuales que desembocan en una arquitectura objetiva, verdadera y benéfica.
- Analizar las estructuras de la representación semántica del espacio arquitectónico hospitalario pediátrico que está constituido por las mismas formas de referencia sintagmática, paradigmática, tipológica, diatópica⁴, diacrónica y sincrónica de la Normatividad de la Secretaría de Salud, para identificar las problemáticas de diseño arquitectónico y así obtener la relación de los signos con los significados.

Problema práctico

Las formas espaciales en todo edificio y en toda ciudad están cargadas de significaciones que sugieren e inducen comportamientos determinados. Esto lo vemos en el diseño de los hospitales psiquiátricos, hospitales de segundo nivel (regional y zonal), pero sobre todo en los de especialidades (pediátricos, de rehabilitación, de cardiología, etcétera): adoptan, generalmente, el modelo panóptico de Jeremías Bentham. Éste produce una mirada autoritaria y correctiva del personal médico, administrativo y de los mismos pacientes así como de sus familiares.

Asimismo, es necesario apoyarse en la pragmática para comprender la importancia de la naturaleza vital del signo y su significación, al considerar que esta se construye con la memoria y el conocimiento previo de quienes interpretan el estímulo como signo (E. E. Solano 2012) de tal forma que las vivencias del usuario en el nosocomio, nos traduce un cúmulo de sensaciones y emociones (con frecuencia no

⁴Entendida como la variedad del espacio.

conscientes), para proponer medidas estratégicas que den valor a la relación persona – hospital para un bien común.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las diferencias del valor simbólico del espacio arquitectónico hospitalario concebido con el percibido por los usuarios?

¿El panóptico representa una constante dentro del diseño arquitectónico en edificios de especialidades y este refleja un mecanismo de poder en su aplicación?

¿Por qué un tipo de implantación de los cuerpos en el espacio arquitectónico hospitalarios reduce el confort tanto de los enfermos, como al personal de servicio y usuario en general?

Hipótesis

Si el espacio arquitectónico de especialidades pediátricas se enfrenta a una indeterminación en su funcionalidad y a aspectos no resueltos actualmente por el surgimiento de nuevas patologías de gran complejidad, su diseño en lugar de resolver y atender satisfactoriamente se hace principalmente, con la intención de controlar a los usuarios, pues toma normas generales y las aplica indistintamente para los pacientes que requieren de atención particular.⁵

De esta forma, sí el diseño sigue reglas institucionales estandarizadas, que no coinciden con las necesidades de los usuarios, el hospital, por lo tanto, no será efectivo con la atención integral que ayudaría a una recuperación del paciente y a un buen proceso de trabajo del personal médico, ya que el espacio arquitectónico tiene influencia sobre el estado anímico de los niños, así como de los trabajadores de la salud.

⁵ Esto ocasiona una clara y tajante división entre dos poblaciones: aquellas que son juzgadas en tanto que son “capaces”, “aptos”, “normales”, “sanos” y los que por la razón que fuese, son considerados como sus contrarios. (Foucault, 1976)

Elementos que posibilitaron la realización de la investigación

Con las innovaciones informáticas, el surgimiento de la economía global y los cambios culturales en su manifestación en la conciencia ecológica, se pone en entredicho el oficio del arquitecto, así como el lugar que ésta profesión ocupa como el artista creador o especialista técnico dentro de la sociedad, pues sea cual sea el proyecto, el arquitecto debe tener en cuenta la característica del edificio y su entorno para su diagnóstico conceptual; por tal motivo los elementos que posibilitaron la realización de la investigación son:

- Las normas arquitectónicas en función de los programas de actividades, organización y técnicas en uso.
- El programas médico-arquitectónicos que contienen también las relaciones entre servicios determinadas por el flujo o tráfico entre ellos, el cual puede ser de personas o suministros y/o materiales.
- El programa de necesidades que es un elemento fundamental en el diseño arquitectónico para determinar y propiciar las relaciones funcionales entre las diferentes áreas.

El plan funcional para realizar esta investigación fue:

- Situar el punto de partida del proyecto en una base de reflexión técnica que permita una óptima correlación entre el concepto de espacio deseado y la realidad operativa.
- Servir de base de trabajo para el desarrollo del proyecto arquitectónico en el posicionamiento de espacios en el hospital, de la interrelación de los mismos, de las superficies necesarias, las circulaciones, de la organización prevista con base en su programa de necesidades.
- Que el método de la investigación sea un instrumento que permita el seguimiento objetivo de la ejecución del proceso.
- Implicar a colectivos interesados o afectados por el proyecto en su definición y en la dinámica de cambio que se genera.

No podemos olvidar en el desarrollo de un programa funcional, la vertiente que afecta el diseño hospitalario que es donde reside en parte la dificultad de su diseño, pues los edificios para la salud deben dar respuesta a las exigencias de pacientes, visitantes, familiares - acompañantes y del personal.

A los primeros habrá que procurarles calidad ambiental y confort, a los segundos simplicidad en las comunicaciones interiores, para los terceros, la comodidad y funcionalidad; y hay un cuarto grupo los gestores, que exigirán eficacia y economía de medios e instalaciones.

Por lo tanto, se hace preciso, que para el diseño del hospital intervenga un grupo multidisciplinar, que trabaje con los equipos de programación en un continuo proceso de retroalimentación, bajo diversas técnicas de investigación como:

- LA HISTORIA SOCIAL

Cuando pensamos en la historia social lo primero que relacionamos es el “pueblo”, pero no el pueblo entendido como todos los miembros que componen una sociedad sino a una parte de ellos, el que problematiza la naturaleza del conocimiento histórico (el tiempo, el cambio, la totalidad, la estructura, la verdad y la objetividad). La historia social al despojarse de las causas únicas y al explorar otras dimensiones de las explicaciones históricas como la subjetividad, el lenguaje o vida cotidiana, ha disuelto sus bases primigenias orientándose hacia indagaciones deconstruccionistas como la crítica textual, olvidando muchas veces la dimensión ontológica y fenomenológica de la historia.

Desde esta perspectiva, el hombre tiene una relación de dependencia a un todo articulada y homogénea, que limita las elecciones y las interacciones entre los actores. Por tal motivo la historia social como perspectiva analítica y metodología será determinante para importantes posibilidades temáticas, perspectivas analíticas y metodológicas de mayor profundidad teórica, siendo clave para redescubrir las

“otras historias”, es decir las voces de los subalternos, la experiencia de las personas que estuvieron al margen de los acontecimientos.

○ HISTORIA ORAL

La historia oral nos introduce al conocimiento de la experiencia individual y colectiva, siendo un dato subjetivo debido a que no muestra verdades precisas porque es individualista, frágil y cambiante, ya que se apoya en la memoria que está en una constante revaloración, puesto que el testimonio oral da cuenta de las expectativas de las personas, sus deseos, emociones, sentimientos, etcétera, siendo precisamente la historia oral la que se interesa por la vida en donde se manifiesta la experiencia, pues admite como testimonios a los individuos más diversos y antagónicos de la escala social, revelando más sobre el significado de los hechos que sobre los hechos mismos y enseña la relación del individuo con su historia, revela lo que la gente hizo, lo que deseaba hacer, lo que creyeron estar haciendo y lo que ahora creen que hicieron (pasado, presente y futuro) .

Son los procesos de simbolización que se encuentran en todas las sociedades lo que permite a los actores situados en este espacio, elaborar los esquemas organizadores y las referencias intelectuales que ordenarán la vida social. Esta simbolización constituye un a priori, a partir del cual la experiencia de cada uno se construye y remite a tópicos y formas de recordar, jerarquizar, seleccionar y omitir en la memoria.

○ INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Utilizando esencialmente dos tipos de investigación documental; la argumentativa o exploratoria, la investigación se realizará, apoyándose con fuentes de carácter documental, principalmente de la información selectiva de lo que expertos ya han dicho o escrito sobre un tema determinado, presentando la posible conexión de ideas entre varios autores y las ideas del investigador, en comunicados de cualquier especie que sean referentes al habita, habitabilidad, sustentabilidad y cualquier aportación de conocimientos del hábitat humano.

Como subtipos para esta investigación, se buscan indagaciones bibliográficas basada en la consulta de libros; en la hemerográfica, en artículos o ensayos de revistas, periódicos y la archivística de documentos que se encuentran en los archivos, como cartas, oficios, circulares, expedientes, etcétera, comprobando y comparando la confiabilidad y precisión del contenido de la información de varias fuentes, considerando factores como el prestigio académico de autores, casas editoras y editores de libros y artículos en revistas especializadas.

- INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Es también conocida como investigación *in situ*, esto es debido a que se realiza en el área en donde se encuentra el objeto de estudio, permitiéndonos el conocimiento más a fondo, ya que se pueden manejar los datos con mayor seguridad soportando el diseño exploratorio, descriptivo y experimental, establecer una situación de control en la que se puede manipular sobre una o más variables dependientes (efectos) en las conductas observadas, con el objeto de describir de qué modo o por qué causas se produce una situación o acontecimiento particular.

Por tal motivo la investigación *in situ* se realizó en la ciudad de México en el Instituto Nacional de Pediatría localizado en Av del Imán e Insurgentes, delegación Coyoacán en su Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología.

ANTECEDENTES.

La reflexión arquitectónica hospitalaria

*Tal vez la época actual sea más bien la del espacio.
Estamos en la época de lo simultáneo, estamos en la época de la yuxtaposición,
en la época de lo cercano y de lo lejano, de lo contiguo, de lo disperso.
Estamos en un momento en que el mundo se experimenta (...)
menos como una gran vía que se despliega a través de los tiempos
que como una red que enlaza puntos y entrelaza su madeja*
Michel Foucault

Si todo fenómeno cultural es un acto de comunicación y puede ser explicado mediante los esquemas propios de cualquier acto de comunicación, será conveniente individualizar la estructura elemental de la comunicación donde esta se produzca. (Eco 2006, 35)

A finales del siglo XVIII se logró establecer “el conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas” que en ese momento era dominante en los grupos sociales hasta que pudieron identificarse como “la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” a lo que Eduardo Menéndez (1988) denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH) y éste constituye un manejo de varios niveles de estructura abstracta como son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico.

Sin embargo, el rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos, que no aparecen reflexionados en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad.

Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad (Menéndez 1988). Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional, pues su aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son únicamente tomados como anecdóticos, por lo tanto, el médico en su formación especializada no aprende a manejar la enfermedad en otros términos de los paradigmas biológicos.

El biologismo del MMH se debe expresar no sólo en la práctica clínica, sino en la práctica normativa para el diseño y construcción del espacio médico arquitectónico hospitalario, el cual debe tener como unidad de trabajo a los conjuntos sociales; por lo que al tener el contacto con los edificios dedicados a la salud en México: su arquitectura, su evolución histórica, sus implicaciones funcionales, culturales y estéticas, me han generado un profundo interés por la manera en cómo se interpreta el fenómeno del espacio arquitectónico hospitalario de especialidades pediátricas, así como el proceso de interpretación dialógica que éste forma con sus destinatarios.

Considero que el desarrollo de un proyecto arquitectónico hospitalario de especialidades, necesita procesos pragmáticos reflexivos que sirvan para representar y dar un valor indexical a los planos y, así llegar a visualizar un fenómeno arquitectónico en el que se localice una relación semántica de los signos con los significados de los edificios dedicados a la salud.

De tal forma, parto de una categorización de distintos sistemas complejos que renuevan el enfoque de análisis al facilitar la fusión y conexión del enfoque pragmático, sintáctico y semántico, se puede mirar de forma simultánea el fenómeno y generar argumentos que fundamenten la interpretación de la arquitectura hospitalaria.

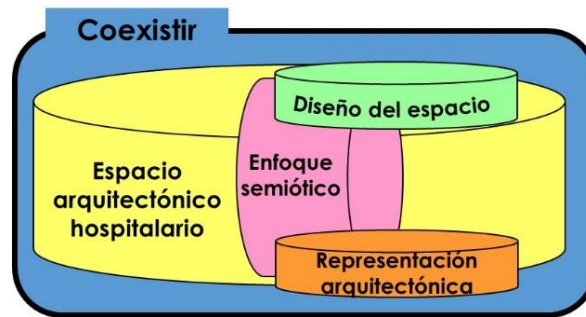


Ilustración 1. Marco conceptual.

El objetivo del análisis es la interpretación de la habitabilidad en el espacio arquitectónico hospitalario, entendido como un fenómeno que impacta y trasciende (M. E. Solano 2012, 31) desde el momento de su concepción y representación del dibujo bidimensional en los planos hasta el uso de la edificación.

El diseño de hospitales de especialidades en México, se proyecta y construye principalmente con la intención de controlar a los usuarios, ya que toma normas generales y las aplica indistintamente en varias patologías que requieren atención particular.⁶ De esta forma, si el diseño sigue reglas institucionales estandarizadas, que no coinciden con las necesidades de los usuarios, el hospital por lo tanto, no será efectivo con la atención integral que ayudaría a una recuperación del paciente y a un buen proceso de trabajo del personal médico en general y en particular, ya que el espacio arquitectónico tiene influencia sobre el estado anímico de los niños, así como de los trabajadores de la salud.

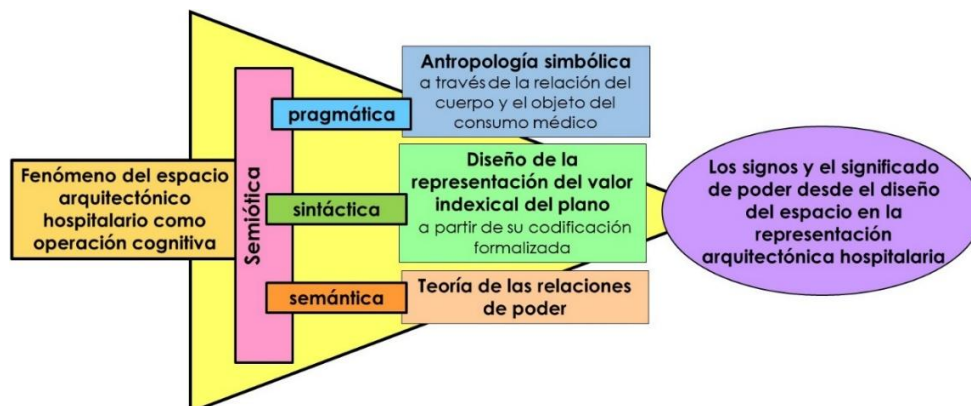


Ilustración 2. Esquema para soporte del Marco Teórico

⁶ Esto ocasiona una clara y tajante división entre dos poblaciones: aquellas que son juzgadas en tanto que son "capaces", "aptos", "normales", "sanos" y los que por la razón que fuese, son considerados como sus contrarios. (Foucault, 1976)

Al hacer posible la interpretación, representación y comprensión conceptual del fenómeno, la semiótica nos sirve como instrumento de análisis para apoyar el lenguaje y los símbolos del espacio arquitectónico hospitalario y tener un mejor entendimiento, no sin antes hacer evidente que, en el momento en que la arquitectura elabora sus propios códigos con referencia a algo que está fuera de ella, es necesario dirigir el estudio hacia el campo de la antropología (M. E. Solano 2012); debido al vínculo que ésta tiene con la sociedad como respuesta a su ideología y de las determinaciones ambientales que al ser examinadas han sido objeto de codificación y por lo tanto reducidas a un sistema cultural que nos permite un análisis cercano como elemento simbólico.

Al investigar el espacio, éste excede el marco arquitectónico de lo construido, ya que debe transformarse hacia posiciones cada vez más complejas y abarcativas, por lo que es necesario pensarlo como una operación cognitiva, en cuanto al proceso de percepción, memoria o de selección estética pues se encuentra en una actividad humana. (Escudero Chauvel 2000)

Sin embargo, la primera dificultad con la que nos encontramos al explicar qué es el espacio, es por la evidencia que todo ser humano parece tener, debido a que es algo dado y que no precisa definirse; sin embargo a diferencia de las ideas o pensamientos, las personas y los objetos ocupamos un espacio en el cual nos movemos y lo imaginamos como un contenedor neutro, uniforme; como un receptáculo que está esperando ser ocupado, por lo que se entrelazan diferentes maneras de afrontar las ideas del espacio a partir de la semiótica que nos propone una serie de categorías generales desde donde pensarlo:

1- La arquitectura como un objeto de lectura, donde el recorrido interpretativo es posible ya que es el proyecto de diseño el lugar primario de la segmentación espacial, el cual puede ser visto según César Jannello como una gramática de producción del objeto de diseño que impone un recorrido de lectura posible.

2- La arquitectura es en objeto que permite a su vez la construcción de un primer recorrido perceptible, donde el problema no está en la pura visibilidad exterior, sino en la búsqueda de los signos visuales como un primer dispositivo de producción de sentidos que es la operación de la delimitación espacial.

Por lo tanto, es necesario ver el espacio arquitectónico como un objeto de lectura que permite colocar un conjunto de práctica socio-simbólicas alrededor de un sujeto. (Escudero 1983, 63-69)

En la arquitectura los estímulos son difícil de interpretar como signos, pues estos de acuerdo con Eco (2006) son un complejo acto sensorial que provoca una determinada sensación, en el que un signo comunica y se puede comprender por prácticas debido a un código de experiencia. Como consecuencia se aprende a reaccionar ante el estímulo el cual permite el uso de la arquitectura no solamente como las funciones espaciales posibles, sino como los significados que se vinculan a su predisposición utilitaria.

De acuerdo a Giovanni Klaus Koenig basado en la semiótica de Morris (Eco 2006), el espacio del lenguaje arquitectónico influye en el comportamiento de las personas, por lo tanto la arquitectura se compone de vehículos signicos que promueven comportamientos.

Sin embargo, el espacio arquitectónico no es de ningún modo un estímulo preparatorio que sustituye a un objeto estimulante, sino que es pura y simplemente el objeto estimulante (Eco 2006), por lo que los signos arquitectónicos según Koenig denotan algo que solamente se pueden expresar con su propia presencia física.

De tal forma, la caracterización de un signo, se basa solamente en un significado codificado, entendida como comportamientos sociales de un determinado contexto cultural que se atribuye a un significante, por lo que la semiótica reconoce en el

signo arquitectónico, la presencia de un significante cuyo significado es la función que este hace posible.

La perspectiva semiótica nos permite reconocer en los signos arquitectónicos unos significantes descriptibles y catalogables que pueden denotar funciones precisas con tal que sean interpretadas por medio de determinados códigos y estos pueden ocultar significados sucesivos.

La denotación la entenderemos, como el espacio de uso arquitectónico desde el punto de vista comunicativo, es decir, el significante del significado expresa la función de forma exacta y convencional (Eco 2006), por lo que la forma del espacio arquitectónico no solo muestra una función sino una concepción de la manera de habitar y de su utilización.

En términos comunicativos, el principio de que la forma sigue la función, quiere decir, que la forma del objeto no solamente ha de hacer posible la función, sino que debe denotarla de una manera clara que llegue a resultar fácil y orientada hacia los movimientos más adecuados para ejecutarla; sin embargo, la forma demuestra la función del espacio basándose solamente en un sistema de expectativas y hábitos adquiridos y por lo tanto se establece en un código arquitectónico.

El aspecto comunicativo de los códigos del espacio arquitectónico, tratan de sistemas sintácticos para justificar y describir objetos cuya función es denotada o de sistemas semánticos ya que los códigos de lectura del objeto y la elaboración de los proyectos derivan de las que son reglas de interpretación de un lenguaje (planos), de la misma manera en la que hay signos icónicos, indicios, símbolos, etc.

Por lo que, los códigos arquitectónicos se limitan a recurrir a los códigos tipológicos (son semánticos), pues se cae en la tentación de buscar las articulaciones básicas de la arquitectura y los sistemas de figuras. De tal forma que si la arquitectura es el arte de la articulación de los espacios, la codificación de la articulación de los

espacios podría ser código geométrico y estos no pertenecen únicamente a la arquitectura, debido a que el mismo código sirve para notación escrita, pintada, fenómenos topológicos, etc. (Eco 2006) y se pueden identificar como un código gestáltico que rigiera la percepción de las formas elementales.

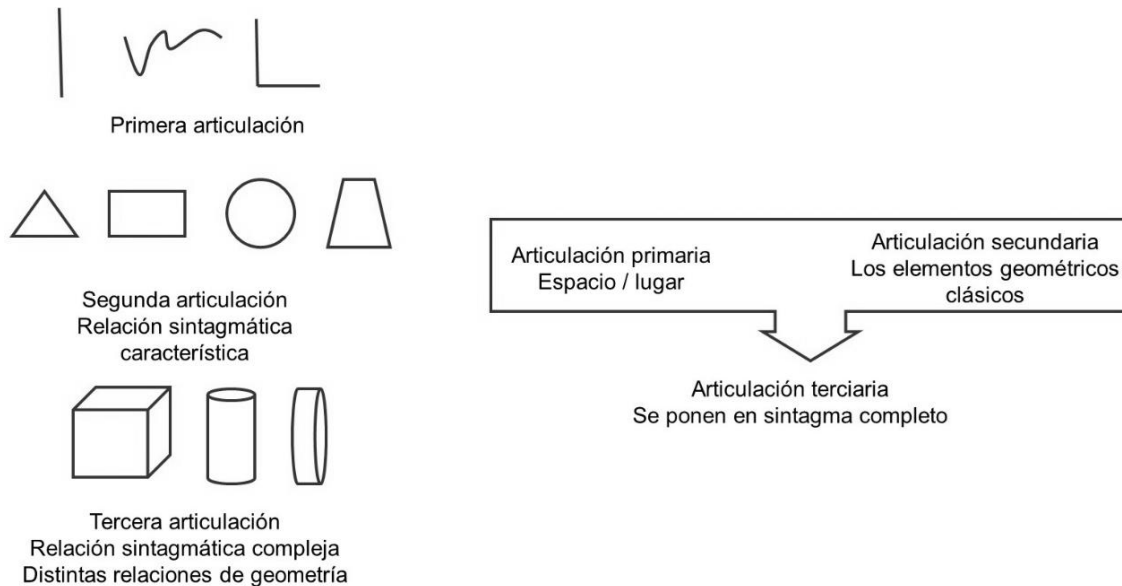


Ilustración 3. Ejemplos de elementos de articulación.

Las codificaciones de la arquitectura formalizan soluciones ya elaboradas, es decir, son codificaciones de tipo de mensajes, aunque en el código-lengua es distinto, debido a que formaliza un sistema de soluciones posibles y puede originar un número infinito de mensajes, pero en la arquitectura la situación es distinta con respecto al código, ya que se dice cómo ha de hacerse una edificación. Así, los códigos arquitectónicos no permiten traspasar límites y la arquitectura en este caso, no es una manera de cambiar el curso de la historia y de la sociedad, sino un sistema de reglas para dar a la sociedad.

En el caso de los edificios dedicados a la salud, el espacio arquitectónico tiene como finalidad presentar un servicio para satisfacer algo determinado y constituido, sin embargo la arquitectura debe prescindir de sus códigos propios y utilizar códigos externos (Eco 2006) :

1. Para promover y comunicar sus funciones propias, pues la arquitectura debe basarse en códigos.
2. Las movilidades del código arquitectónico es limitada, semejante a un sistema retorico que clasifican soluciones preestablecidas.
3. El mensaje arquitectónico se convierte en persuasivo y consolatorio en lugar de innovador, solo da lo que ya se espera de él.

Así pues, el arquitecto está obligado a descubrir formas que constituyan sistemas de exigencias sobre las cuales no tiene poder, por lo que éste debe proyectar funciones primarias variables y funciones secundarias abiertas, en el que busque los elementos del código de arquitectura fuera de la arquitectura, ya que debe configurar su forma significativa de manera que puedan enfrentarse como otros códigos de lectura.

Primera parte:**PRAGMÁTICA. El usuario y el espacio arquitectónico hospitalario como signo**

La función del pensamiento es producir hábitos de acción, esto es, creencias. De este pensamiento nace la máxima pragmática como un método para fijar las creencias. (Elizondo 2012, 37)

La pragmática, es la disciplina que conecta el significado y el proceso signifiante con el uso de todos los tipos de contextos, con el razonamiento y el entendimiento. (Parret 1983, 90)

La pragmática proviene de la palabra griega pragma, que significa acción; en ese sentido, el pragmatismo es un método para descifrar los símbolos, establecer su significado, y de ahí crear una postura; por lo tanto, es la parte de la semiótica que reúne las posibilidades de interpretación del intérprete (Esqueda 2000), el cual tiene en cuenta la complejidad de su funcionamiento con base en el ámbito cognitivo, social y cultural (G. Reyes 2002); ya que permean los procesos de comunicación e interpretación.

Bajo este análisis semiótico, se considera a la arquitectura como forma de la expresión que constituye en sí misma una forma de lenguaje. Sus códigos icónicos, se alejan del lenguaje convencional o escrito, pero al mismo tiempo respetan sus mecanismos y refuerzan el papel de la pragmática, dado que la riqueza interpretativa del ícono resulta superior a otros signos.

El espacio arquitectónico hospitalario es partícipe de la semiosis, entendido como el lugar en el cual se lleva a cabo una acción que involucra un signo, su objeto y su intérprete (Elizondo 2012, 23), ya que los usuarios lo traducen en acciones y relaciones con su entorno de acuerdo a sus estímulos y conocimientos; por lo tanto pueden formar signos que otorgan sentido y significado a la experiencia de transitar o habitar dicho espacio.

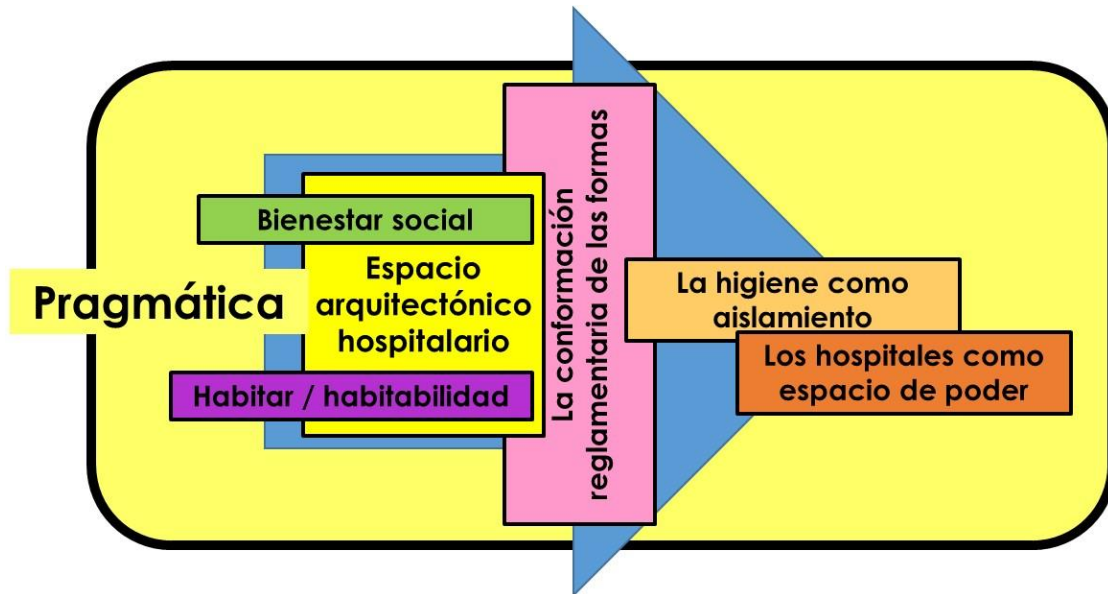


Ilustración 4. Esquema de interpretación pragmática

De esta forma, en el espacio arquitectónico hospitalario existen disfraces, adecuaciones o acentuaciones que ocultan, purifican o potencian las cualidades propias de los diferentes elementos arquitectónicos, porque su uso no es solamente las posibles funciones que se permiten en el espacio dedicado a la salud, sino que incluyen los significados vinculados a ella y que son los que se inducen a su uso.

La verdad misma tiene una historia de una manera un tanto irónica, que consiste en la búsqueda de las condiciones y conciencia de los seres humanos en cuanto a su reflejo, expresión o economía; es una historia de dos verdades por dominar el saber de las prácticas sociales en su relación y éstas atribuciones de significados en el signifiante espacio arquitectónico pertenecen a un código dentro de un contexto cultural determinado, en donde lo posible de la función del espacio debe percibirse.

La primera relación que se contempla en el espacio arquitectónico es una historia interna de la verdad, que parte del principio de regulación con base en las ciencias, pero por otro lado, el de la humanidad que también forma la verdad, y es donde se definen diversas reglas de juego, de las cuales nacen varias formas de subjetividad, dominio de objetos y tipos de saber (Foucault 1991).

Se crea una historia externa de la realidad, que es una práctica de la habitabilidad en la que los individuos intervienen con la apropiación de su espacio arquitectónico, cómo se concibe y se define la funcionalidad a través de la manera en que se imponen éstos para reparar algunas acciones; todo esto, son reglas prácticas que emplea la sociedad y que van modificando la historia para definir una igualdad de las formas de saber y por consecuencia la relación del ser humano con la verdad.

Se comienza a indagar las formas de investigar la verdad con una visión que ha evolucionado sobre todo en el campo de la arquitectura de especialidades hospitalaria y un origen que da lugar a conocer el qué, quién, cómo y en qué momento lo hizo, de esta forma en el siglo XIX apareció la sociedad disciplinaria a partir de dos hechos aparentemente contradictorios, la reforma y la reorganización judicial y penal en el mundo, que se desarrolló alrededor de las instituciones judiciales para permitir asumir el control en los individuos a través de la creación de una red gigantesca de poder de los establecimientos no judiciales como las pedagógicas, hospitalarias, psiquiátricas, correccionales, etc. que deberían de desempeñar una función “que no es ya de castigar las infracciones de los individuos sino de corregir sus virtualidades”. (Foucault 1991)

Según Jeremías Bentham, la edad del control social, consiste en una sociedad de vigilancia para su recuperación, pues fue él quien proyectó, concretó y describió las formas de poder en que vivimos, exhibiéndolas generalizadas en el Panóptico, que es un modelo arquitectónico que permite un control del “espíritu sobre el espíritu”, (Foucault 1991) en un espacio institucional disciplinario que funciona tanto para las escuelas como para los hospitales, las prisiones, los reformatorios, los hospicios o las fábricas.

El panóptico es un área en forma de anillo del cual había un patio con una torre central donde se encontraba un vigilante que tenía una mirada que atravesaba todas las áreas, el anillo estaba distribuido en celdas que daban al interior y exterior, en las cuales no había ningún punto de sombra, por consecuencia, todo lo que hacía

el individuo estaba expuesto y según la institución estaban los objetivos, un niño aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero, un loco, etc.

El panoptismo nació entre el siglo XVII y el XIX como una forma de saber apoyándose no solo en la búsqueda, sino como un procedimiento con el que se proponía estar al tanto de lo que había ocurrido, así con el panóptico no hay más investigación sino vigilancia, examen, ya que no se trata de reconstituir un hecho, sino de vigilar totalmente sin interrupción, es una vigilancia permanente sobre los individuos por un sujeto que ejerce poder sobre ellos, un poder, que tiene la posibilidad de organizar un saber sobre aquellos a quienes vigilan.

Este nuevo saber no es organizado en términos de presencia o ausencia, existencia o no-existencia, ya que se organiza alrededor de normas establecidas, en qué cosa son incorrectas y qué otras son correctas, qué se debe o no hacer.

Michel Foucault en su libro *La verdad y las formas jurídicas* (1991, 51-53) hace mención a Girolamo un autor importante en su época y profesor en la Universidad de Berlín que escribió y publicó en 1830 un tratado en varios volúmenes llamado *Lección sobre las prisiones* el cual plantea que en otras épocas la mayor preocupación de los arquitectos era resolver el problema de cómo hacer posible apreciar el espectáculo de un acontecimiento, un gesto o un individuo al mayor número posible de personas.

Actualmente el problema fundamental de la arquitectura es lo inverso y esta diferencia es básica en la historia del hombre, debido a que se trata de lograr un espacio de vigilancia, que logre hacer que el mayor número de usuarios puedan ser observados por un solo individuo.

De acuerdo con Girolamo, el surgimiento de este problema arquitectónico es un correlato de la desaparición de una sociedad que vivía en comunidad espiritual y religiosa junto con la aparición de una sociedad estatal. El Estado se presenta como

una cierta disposición espacial y social de los individuos, en la que todos están sometidos a una única vigilancia. (Foucault 1991, 53)

Al concluir su explicación sobre dos tipos de arquitectura Giulius afirma que no se trata de un simple problema arquitectónico sino que esta diferencia es fundamental en la historia del espíritu humano.

De tal forma que se llega a la necesidad de definir qué es un espacio arquitectónico y al definir el espacio la primera dificultad con la que nos encontramos es la evidencia que el ser humano parece tener de este, como si fuera algo que no necesita mayor indagación o comprobación.

El espacio al igual que el tiempo son cosas dadas que no precisan definirse, por lo tanto hay una concepción ingenua ya que naturalmente consideramos el espacio como algo previo a las cosas o personas que se encuentran en él a lo que Rudolf Armheim (1978, 13) escribe:

"espontáneamente (...) el espacio se experimenta como el don que precede a los objetos en él, como el medio en el que toda cosa asume su lugar"

Bajo esta postura, el espacio es como el vacío que hay entre cosas, vivimos ocupando espacios arquitectónicos, nos movemos en él y nos lo imaginamos como un contenedor-receptáculo que está ahí esperando a ser ocupado; sin embargo en esta concepción ingenua se entrelazan diferentes maneras de confrontar la idea del espacio y por ende la del espacio arquitectónico hospitalario.

Todo espacio arquitectónico es un espacio pragmático, escenario de las acciones humanas que envuelven nuestras actividades y donde nos movemos, por lo tanto es egocéntrico ya que cambia continuamente a medida en que nosotros lo utilizamos o nos desplazamos, siendo la concepción desarrollada más contigua (es el proceso de aprendizaje mayormente presente en los niños).

Junto a esta idea se encuentra *el espacio de la percepción inmediata* que abarca un mayor cambio de visión, y aunque es de características similares al anterior no se limita al mundo de la acción, sino que incluye también la visión del usuario; ejemplo de esto se presenta en un primer momento, en un paciente pediátrico que es capaz de captar el espacio pragmático pero no el espacio inmediato aunque ambos espacios, el pragmático y el perceptivo, están incluidos en el espacio arquitectónico existencial.

De tal forma que el espacio arquitectónico hospitalario es creado a partir de esquemas mentales que el ser humano se forma y da origen a una representación estable de funcionalidad y habitabilidad del ambiente que lo rodea, sin embargo la acción y el campo de visión cambia continuamente una vez que este espacio arquitectónico hospitalario es habitado por sus usuarios y deben ser "capaces" de encajar sus necesidades y situarse en un esquema mental establecido, pues el ser humano se apropia de su espacio inmediato dando origen a un espacio existencial cargado para él de sentido y significado reconocible sobre el que asienta y considera como propio.

En el espacio arquitectónico hospitalario cada usuario lo dota de un significado personal en la medida en que domina la experiencia y sensibilidad del usuario que lo habita y lo convierte en un espacio expresivo o estético creado por el ser humano para sí mismo, en el que se puede definir distintas categorías del espacio arquitectónico partiendo de una concepción ingenua o inmediata de este: el pragmático, el perceptivo, el representado y el expresivo, y solo profundizando en ellos podemos entender que se quiere decir cuando se habla de espacio arquitectónico hospitalario.

Por lo tanto, el hospital no descarta a los individuos, sino los sujeta a una apariencia de corrección y normalización, siendo su primera finalidad limitar al usuario a un aparato de normalización que tienen por objetivo integrar al individuo al proceso de

producción, ya que el tiempo de vida se convierte en tiempo de trabajo, y esta a su vez, en fuerza de trabajo productiva.

Esto es posible “por el juego de una serie de instituciones que, esquemática y globalmente, se definen como instituciones de secuestro,” (Foucault 1991) en el cual su función, la explotación del tiempo de los hombres, para transformarla en tiempo y fuerza de trabajo, debido a que las personas que dirigen esas instituciones se apropian el derecho de dar órdenes, establecer reglamentos, etc. con un poder, político y económico – judicial, a través de la investigación y el examen, puesto que son formas de saber-poder que funcionan a nivel de la producción y la constitución de la plus-ganancia capitalista.

1.1 Bienestar social y sus componentes

Desde su origen el hombre ha tenido la necesidad de agruparse sin importar las razones que la motivaran, debido a que comprendió que tenía más poder si actuaba en grupos y no de manera individual, por tal motivo así lo hizo en las diferentes etapas de su evolución cultural y en la medida en que las civilizaciones se fueron haciendo cada vez más complejas.

Sociedad es una palabra de origen latino: *societas* que expresa asociación, reunión, unión, comunidad, vida social; sin embargo asociación abarca la agrupación de individuos con un fin específico, que puede ser seguridad libertad, guerra, etc. El fin que se persigue es el que reconoce la unificación de los individuos y éste es aquel que los integrantes de la asociación consideren como un bienestar que pueden poseer en común.

Bajo este planteamiento se realizó un recorrido de las necesidades de salud que son distinguidas como tales por el ser humano, aquellas de las que son conscientes, que formulan y que quieren satisfacer, por lo que implica la creación de un sistema social de prioridades.

A esta concepción le correspondió un sistema social de organizaciones que institucionalizó el término de “necesidad”, por lo cual se contempla como un elemento a partir del cual se construye una economía de bienestar social.

Bienestar social,⁷ es un concepto de vida que se origina en Grecia clásica y se define en el periodo de las transformaciones científicas, económicas, políticas, sociales y técnicas por la revolución Industrial (siglo XVIII), se desarrolló en el círculo burgués dominante y extendiéndose en todos los sectores sociales, y desde luego en México.

⁷ La carta constitucional de la ONU lo denomina Nivel de vida y establece como sus componentes 1. La salud sus condiciones demográficas 2. Alimentación y nutrición, 3. Educación 4. Condiciones de trabajo, 5. Situación en el empleo, 6. Consumo adicional y ahorro, 7. Transportes, 8. Vivienda, 9. Ropa, 10. Recreo y diversiones, 11. Seguro social y libertades humanas.

En la época feudal se daba cierta protección social y refugio a los vasallos para aliviar la explotación sistemática a la que eran sometidos por los señores feudales sin ningún criterio preestablecido, sólo era a su total capricho y basados en relaciones de sumisión. (Pérez García 2011)

Destacan en este periodo las acciones caritativas para todas aquellas personas que no estaban sujetas a la protección del sistema; la caridad era ejercida por los ciudadanos dando limosna, los ayuntamientos mediante albergues y casas de misericordia, o las organizaciones religiosas con sus hospitales eclesiásticos.

Estas formas caritativas, estaban ligadas a sentimientos religiosos y piadosos, siendo fundamentalmente la Iglesia quien se ocupaba de la atención de pobres y marginados; tuvieron origen también en esta época, las primeras leyes respecto a la pobreza.

La pobreza molestaba a la colectividad, por tanto, se intenta impedir la mendicidad al pobre que consideran válido para trabajar y que, por diversas razones no lo hacía, su reincidencia en la mendicidad llevaba incluso al sufrimiento de penas por imposiciones. Progresivamente se va reduciendo la protección feudal y eclesiástica y comienza a tomar cuerpo la beneficencia pública. (Pérez García 2011)

La beneficencia pública, a diferencia de la caridad, no es ejercida por la Iglesia o por ciudadanos con medios económicos, el protagonismo principal pasa a ser ocupado por los ayuntamientos. Esta acción pública tiene dos caras, por un lado trata de reprimir la pobreza y la mendicidad ampliándose la legislación represora de épocas anteriores; por otro, se comienza a pensar que el hombre desvalido no puede quedar a merced de las ayudas de sus semejantes, ni de las instituciones y, por tanto, se necesita establecer una ayuda social pública que pueda cubrir las situaciones de necesidad.

Este interés se cristaliza en las leyes de beneficencia, siendo el Ayuntamiento de Brujas en 1526 el primer organismo público que convierte la asistencia caritativa a los pobres en el primer plan municipal de beneficencia pública.

La beneficencia supone una forma de superación de la caridad, pero no podemos olvidar que está basada en el simple altruismo o generosidad del benefactor, este carácter altruista implica discrecionalidad de la ayuda solicitada, continuando la asistencia sin ser un derecho propio del ciudadano y manteniéndose como una acción graciable.

Para 1849 se decreta la Ley General de Beneficencia. (Pérez García 2011) la cual se refiere al nivel alcanzado en la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales de la sociedad, que se expresan en los niveles de educación, salud, alimentación, seguridad social, vivienda, desarrollo urbano y medio ambiente.

La segunda mitad del XIX provoca un agravamiento de la marginación, sobre todo en los cinturones de las grandes ciudades, producto de una industrialización vertiginosa y de una inmigración masiva sin la más mínima planificación. Se produce un crecimiento incontrolado de las urbes, que se rodean de grandes cinturones de miseria. Podemos considerar la intervención en este periodo como filantrópico-asistencial.

La filantropía es un espíritu de buena voluntad activa hacia los semejantes, basada en la idea y el sentimiento de fraternidad humana, es una forma laica para fomentar el bienestar no socorriendo individualmente a los necesitados, sino mejorando su situación por medio de medidas de alcance general, especialmente a través de instituciones benéficas.

Estas asociaciones filantrópicas crean colegios, orfanatos, comedores, etc. Gran parte de estas estructuras, creadas al final del XIX fueron recogidas por la Administración y han sentado las bases de la política de asistencia social.

Progresivamente se va produciendo un cambio en donde el bienestar social, en términos económicos, se puede medir en función del incremento del producto per cápita real; el aumento en la participación del gasto social respecto al total de egresos, mejoría en la distribución del ingreso, aumento del empleo y fortalecimiento en la balanza de pagos; en el ámbito social se mediría por el incremento en los niveles de salud, educación, vivienda, alimentación y erradicación de la pobreza extrema; desde el aspecto ecológico a través del combate a la contaminación, reforestación de áreas verdes y fortalecimiento de la red hidráulica y su dosificación, entre otros.

Por lo tanto el bienestar social es una medida de igualdad y de distinción, ya que el estar bien es relativo, y esta búsqueda, es lo que podemos decir que mide la satisfacción y la utilidad individual y social.

Dentro de este bienestar se alude a la necesidad de llegar a un modo de producción en el que la economía esté al servicio del hombre y satisfaga las necesidades de cada uno de ellos. Sus componentes dependen del modo de producción, del grado de desarrollo científico, tecnológico y de las demandas que surgen a partir de la luchas de clases que al ser satisfechas crean condiciones de bienestar como:

- Alimentación y nutrición
- Educación y empleo
- La habitabilidad del hábitat humano
- La sustentabilidad ambiental
- Libertad humana
- Salud y seguro social

La relación de estos componentes puede modificar la sociedad, pues evidencian las diferencias cualitativas y cuantitativas que jerarquizan las necesidades y sus modelos de desarrollo.

Bienestar social, como el binomio de necesidad; satisfactor en el objeto arquitectónico y sus cualidades en el caso de las unidades de atención a la salud en México			
Bienestar social	Los usuarios. Necesidades humanas de habitación y de atención a la salud	En lo social necesidad de un objeto satisfactor. Un objeto arquitectónico con cualidades.	Se debe revisar el marco de referencia de las Unidades de atención a la salud
Necesidades básicas del ser humano	Protección Seguridad Confort Atención Privacidad Higiene Identidad Goce estético	Solidez Utilidad Belleza (Villagran García 1988, 127-128) habitabilidad	Planeación Organización Barreras arquitectónicas Diseño Funcionalidad Calidad de la atención médica

Tabla 1 Bienestar social, como el binomio de necesidad

El bienestar marca el análisis del individuo y de la sociedad en una conjunción de necesidad - satisfactor, ya que es el “deseo consciente, aspiración, intención siempre dirigida hacia un cierto objetivo” (Heller 2001), de tal forma estos, son satisfactores que caracterizan a los seres humanos en lo individual y en lo social; por lo que Agnes Héller hace referencia a las necesidades existenciales alienadas, las no alienadas de carácter cualitativo, la actividad cultural, la relación persona, área y trabajo y considera las necesidades radicales al tiempo libre y la libertad.

Sin embargo en el siglo XXI las ciudades expresan las profundas desigualdades económicas y sociales debido a que en el marco de los procesos de globalización y las políticas neoliberales se han aplicado los contrastes entre quienes viven en opulencia, las clases medias que acceden a un nivel “aceptable” de vida y la mayoría en el sector popular que habitan en viviendas autoproducidas y a servicios públicos de “baja calidad”, de esta forma la ciudad es el reflejo de una marcada fragmentación del bienestar social.

En el caso de los edificios dedicados a salud cuentan con una forma estructural y de función ligada a las variantes económicas, políticas, sociales, culturales, ambientales, etc. que gobiernan la vida del hombre, por lo que deben ser vistos como parte del bienestar social ya que en estos reflejan las necesidades y las transformaciones que se han tenido a través del tiempo, con el cual se creó un sistema sanitario de dependencia por la enfermedad, debido a que los que la padecen no solo necesitan tratamiento médico, sino cuidados especiales temporales o permanentes según sea el caso.

1.2 Necesidades de habitar y habitabilidad en los edificios para la salud

Las necesidades del habitar se entienden como, la acción o efecto de ocupar o vivir en un lugar, estos deben reunir una serie de características o cualidades para darles respuestas y no quedarse solo con el criterio del arquitecto, por lo que Rafael Iglesias señala que el estudio del fenómeno del habitar es la razón del ser de la arquitectura, para descubrir las aspiraciones, conductas, goces y padeceres que se esconden en nuestro habitar (Iglesia 1998, 1).

Por tal motivo es indispensable implementar modelos de evaluación que nos permitan reconocerlas para que sean satisfechas no solo desde la perspectiva del profesional, sino de la de los propios usuarios ya que el espacio habitado es vivencial y está caracterizado por una experiencia y signado culturalmente debido a que es donde se evidencia su inevitable naturaleza de construcción mental.

El espacio como proceso de producción y reproducción social, nos permite conocer las carencias del habitar y en la medida en que sean solucionadas se logran satisfacer las necesidades de habitabilidad. El arquitecto José Villagrán García (1970, 285-374) es uno de los primeros autores en México que aborda el análisis de la arquitectura a través de la habitabilidad y plantea que debe ser considerada como una categoría esencial, que no solo se refiere a los espacios interiores y cerrados, sino a todos aquellos que en la amplia connotación arquitectónica abarcan tanto los delimitados, como los delimitantes y los espacios naturales o paisajísticos.

Para fines de esta investigación se entiende por habitabilidad, el gusto que sienten los habitantes por su espacio en función de la satisfacción de sus necesidades y expectativas, las cuales se ven reflejadas en la interacción del ambiente físico construido (la practicidad y operatividad funcional) y el significado simbólico que le dan los usuarios, pues al “apropiarse de un espacio, personalizarlo, impregnarlo con el ser del individuo, poder conceptuar una forma de vida, son los aspectos que determinan el grado de habitabilidad de un lugar” (Mercado 1995, 22)

Los edificios destinados a la salud están sujetos a su utilización dentro de los límites definidos en el tiempo y espacio, reconociendo que el hospital evoluciona cualitativa y cuantitativamente en función de la dinámica de las necesidades de habitabilidad de los usuarios que determinan los riesgos, exigencias, salud y enfermedad que impactan en las características de los espacios.

Para tales efectos se entiende por:

- Riesgos, como los elementos nocivos de los centros de trabajo derivados de los medios de producción, que pueden crear daños a la salud.
- Exigencias, a las necesidades específicas que impone el proceso laboral como consecuencia de las actividades realizadas, la forma de organización, el desgaste mental y la división técnica del trabajo.
- Salud, es considerado como uno de los componentes del bienestar social, es el equilibrio que un ser requiere para ejercer normalmente sus funciones, expresándolo como la posibilidad y la capacidad para controlar y dirigir sus procesos vitales como el trabajo y el consumo.

La ONU define el término “salud” como “el estado físico completo de bienestar mental y social y no meramente de ausencia de enfermedad o falta de fuerza”. (Barquín Calderón 1992)

- Enfermedad, es todo lo que interrumpe al equilibrio, un atributo de la vida humana, el desequilibrio de lo patológico y lo biológico.

Estos elementos son determinantes para crear componentes humanizantes que nos permitan hablar de la salud, no solo como ausencia de enfermedad, sino en términos más amplios, el hábitat, sus características y el grado de habitabilidad con la capacidad de control del trabajo y su iniciativa.

1.3 Los hospitales como un espacio arquitectónico de poder

La enculturación y socialización son términos que en antropología aluden a procesos de reproducción social, es decir, al proceso que desarrollan las personas a medida que se integran a una sociedad y a una cultura con las cuales se encuentra en contacto.

Desde el punto de vista del bienestar social la idea del indigente que la sociedad tiene, es que son personas no útiles a la comunidad, porque no producen, ni pagan impuestos; son “peligrosos”, no son éticos ni morales, ni tienen arraigo laboral; la solución ha sido excluirlos y tratarlos bajo terapias de trabajo y aislamiento.

Con este principio el hospicio nacía con inspiración reeducadora y represiva más que asistencial con una doble función el encierro como higiene y el trabajo como instrumento terapéutico, con el que se conforma un sistema de beneficencia organizada y controlado por el estado, aunque se mantiene la caridad como principal fuente de financiación. Por tal motivo, se defendió la reclusión de los pobres en hospitales y hospicios, en los que se les educó con un oficio para su integración social.⁸

De acuerdo con Bronislaw Geremek (1998, págs. 245-248), los reformadores y las workhouses trataron no sólo de combatir la vagancia y la delincuencia, sino de obtener mano de obra barata, con diversos motivos económicos y de orden público que llevaban al poder de la actitud gubernamental.⁹ La decisión más importante de la política era resolver el problema de la mendicidad en la segunda mitad del siglo XVIII y la secularización de la asistencia pública. Con el referente de Inglaterra, se crearon casas de misericordia, “casas de reclusión”, que eran algo parecido a

⁸ Martín Rodríguez (1984), págs.202-203, ha resaltado la influencia de los “Tratados de pobres” de Vives, Giginta y Herrera en la literatura y políticas ilustradas.

⁹ Geremek (1998), págs. 245-248. La “General Workhouse Act” de 1722 autorizó a las parroquias como a recaudar fondos para el establecimiento de “casas de trabajo”. Moix (1975), pág.144.

cárceles para pobres. “La unión de cárcel y manufactura en las modernas iniciativas hospitalarias están en el origen de la fábrica moderna”.¹⁰

El hospicio, sin ser novedoso, debía ser concebido como institución donde se castigaba la ociosidad mediante el trabajo y nacía como institución de asistencia, para impedir los desórdenes sociales de quienes no podían ganarse el sustento, ni adquirir medicinas.

En las obras de Sempere y Guarinos,¹¹ Meléndez Valdés¹² y Franco Salazar¹³ persiste la influencia y la experiencia francesa durante el reinado de Luis XIV de establecer un Hospicio General en todas las ciudades. Tomás de Anzano¹⁴ sostuvo que los hospicios deberían ser establecidos por el gobierno como parte de la legislación y propone la creación de una fábrica en cada hospicio que diera trabajo a los pobres, tocándole al gobierno prohibir que alguien pidiera limosna.

No todos participaron de la idea de regular el mercado de trabajo mediante los hospicios, pues suponían aceptar la diferencia entre pobres necesitados y pobres sin empleo disponible, de cuya existencia se dudaba.

Para Abate Matanegui, los hospicios tenían como tarea fundamental atender a los pobres y darles trabajo, que debían ser financiados con los sobrantes de las rentas de la iglesia. Normante comparte la idea de financiar las Casas de Misericordia con cargo a las rentas eclesiásticas, aunque su distinción entre verdaderos mendigos, que debían albergarse en éstas, y vagabundos ociosos, de los que debía ocuparse la policía, le hace proponer una mezcla de piedad y punición (M. Rodríguez 1984, 233-238).

¹⁰ Domínguez Ortiz (1984), págs.341-342.

¹¹ Véase Sempere y Guarinos (1784).

¹² Fragmentos de un discurso sobre la mendiguez”, incluido en los Discursos Forenses y citado por Sarrailh (1985).

¹³ Franco Salazar (1812).

¹⁴ Elementos preliminares para poder formar un sistema de gobierno de Hospicio General (1778), citado por Martín Rodríguez (1984).

Los hospicios empiezan a multiplicarse entre 1750 y 1800¹⁵, y son convertidos en verdaderas cárceles, en España por el hecho de mendigar, se condenaba a los pobres a ocho años de encierro y la función reeducativa era imposible de cumplir con una población desigual, constituida mayoritariamente por ancianos, impedidos y niños, carentes de vigor y de estímulos para el aprendizaje de un oficio. La población asocia el hospicio a prisión y castigo, más que a lugar de asistencia.

El hospital, así como el hospicio, cumplían una función de control, fundamentalmente para el mantenimiento del orden público, asistiendo a quienes no estuvieran integrados de forma familiar, ni profesionalmente y sin medios materiales para ser asistidos a domicilio.

Así se establecen los hospitales generales, en los que la gestión estatal y la reducción de costos harían posible proporcionar una asistencia adecuada, en donde el poder médico se reforzará y desplazará paulatinamente a la iglesia de su administración, siguiendo criterios normativos respecto a los estatutos de los hospitales y a la voluntad de los fundadores no sociales, llegando nuevamente a inclinarse por favorecer a la medicina domiciliaria, más individualizada, más aristocrática y oponiéndose al Hospital General (Florindablaca 1982).

El extender la asistencia médica a mayor número de enfermos a través del Hospital General ha sido el remedio propuesto durante el siglo XVIII por Pedro Rodríguez de Campomanes, que trata de tener una triple finalidad económica, social y humanitaria.

Sus argumentos se organizan en torno a una noción de utilidad pública, descrita por Anne Robert Jacques Turgot, barón de Laune como:

“La utilidad pública es la ley suprema, y no debe ser contrapesada ni por un supersticioso respeto hacia lo que se

¹⁵ Canga Argüelles (1833-34, 1968) da para el año 1797 la cifra de 101 hospicios que albergaban 11.786 individuos.

llama intención de los fundadores, como si particulares ignorantes y de cortos alcances hubiesen tenido el derecho de encadenar a sus caprichosas voluntades a generaciones que aún no existían; ni por temor de herir los pretendidos derechos de algunos grupos, como si los grupos particulares tuviesen derechos frente al estado” (Soubeyroux 1982, 50-60).

Por otro lado, Valentín Foronda (Foronda 1994) apela a la intervención del gobierno en una serie de actividades concernientes al bienestar público. Apuesta por hospitales y casas de misericordia, financiadas con limosnas, como instituciones en las que se hallaran alivio a las enfermedades. Las críticas a los hospitales, sustentadas en problemas de orden sanitario (acumulación de enfermos, contaminación del aire) salen en la defensa de la asistencia domiciliaria, pero se enfrentan al problema que representan los enfermos sin un hogar, los habitantes de las aldeas, las dificultades de traslado de los equipos médicos y los enfermos contagiosos.

Ante observaciones como esas, duda de “si el error, la mala lógica, y la inhumanidad, son una parte constituyente de los Escritores económico-políticos”, por tal motivo a su juicio era conveniente el establecimiento de hospitales y de casas de misericordia para atender a los miserables en sus desgracias y advierte: “cuidado que no se conviertan en unas cárceles decoradas con el hermoso adjetivo de refugios caritativos”. Las casas de misericordia debían producir las materias primas de las manufacturas, y financiarse con las limosnas y sus rentas. Parte de los fondos de la limosna debían destinarse a fomentar la ocupación y a suministrar lino, algodón y lana para hilar, a todas las mujeres dispuestas a trabajar (Foronda 1994, 115-126).

En este sentido, tanto el hospital, como el hospicio, cumplían una función de control, fundamental para el mantenimiento del orden público, ya que atendían a aquellos

que no estaban integrados ni familiar ni profesionalmente y sin medios materiales para ser asistidos a domicilio.

La situación de los hospitales de la época era criticada por los ilustrados, de ahí se defendió su concentración, estableciendo hospitales generales, en los que la gestión estatal y la reducción de costos harían posible proporcionar una asistencia adecuada. Los poderes médicos se refuerzan y su ámbito de actuación aumenta y desplaza paulatinamente a la Iglesia en la administración de los Hospitales.

Los distintos campos de la arquitectura y del diseño tienen una responsabilidad en la sociedad a través de la historia, porque la producción de los objetos construidos en distintas escalas debe de aportar elementos necesarios para mejorar el habitar y la habitabilidad para el bienestar social.

La finalidad de los arquitectos tiene que ser la producción de un hábitat que busque los mayores niveles de habitabilidad basados en la búsqueda de las formas de habitar de los usuarios, ya que solo cuando se materializan los objetos y sean utilizados por los usuarios, estarán en condiciones de satisfacer, o no, las necesidades de habitación y de generar, o no, condiciones de habitabilidad.

La calidad y la habitabilidad suponen una obligada conjunción de escalas dimensionales de los campos del diseño, su localización urbana, el entorno, el equipamiento médico, así como el control de las organizaciones del espacio como poder económico, político y social.

Sin embargo no podemos dejar de lado lo que Michel Foucault distingue del hospital de especialidades como una arquitectura del espectáculo y otra de la vigilancia cuya forma arquitectónica como ya se había mencionado es el panóptico de Jeremías Bentham, en la cual se crea una relación entre arquitectura y poder, que pasa por el modo en el que la organización del espacio distribuye el movimiento de la mirada y determina la visibilidad.

El panóptico representa un modelo generalizable de la disciplina polivalente que sirve para corregir a los prisioneros, para enseñar a los estudiantes, para vigilar a los obreros, pero también para curar a los enfermos, ya que dentro de este espacio cerrado a cada individuo se le ubica en un lugar preciso del cual no puede desplazarse; se evita el vagabundeo; se conocen inmediatamente las presencias y ausencias, se puede registrar con rapidez donde está cada enfermo, lo que permite a la vez, controlar a todo el conjunto de personas encerradas con una mayor eficacia.

A partir de este enfoque, es necesario comprender la interrelación del esquema hospitalario pediátrico en su realidad histórica, su matriz contextual, su fundamentación trascendental y no solo como una edificación que se instaura para curar orgánicamente al ser humano o disminuir los efectos producidos por cualquier enfermedad, ya que tradicionalmente en sus espacios habita el poder, que es lo que se ve, lo que se muestra, lo que se manifiesta y, de manera paradójica, encuentra el principio de su fuerza en el movimiento por el cual se despliega los procedimientos disciplinarios, hacia los individuos, de modo que puedan resultar útiles al sistema, pues se reforman a los sujetos para hacerlos dóciles y obedientes en el que se ejerce el poder del espíritu sobre el cuerpo.

Para Foucault la principal función de los edificios hospitalarios no era puramente sanar a las personas para tener una mejor vida. La función de las instituciones de encierro y disciplinamiento es fijar o vincular a los individuos a un aparato de normalización; un objetivo basado en "ligar al individuo al proceso de producción, formación o corrección de los productores, lo que habrá de garantizar la producción y a sus ejecutores, en función de una determinada norma" (Foucault 1980) y un efecto común que es la exclusión de la individualidad del ser humano.

Debido a esto, para comprender el diseño y la función arquitectónica del hospital, entendemos que la habitabilidad es parte de la sociedad en cada época (tiempo -

espacio), por lo que no se da en abstracto o arbitrariamente; depende también de las condiciones materiales, porque:

“los hombres hacen su propia historia; pero no la hacen a su libre arbitrio, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo aquellas circunstancias con que se encuentra directamente, que existe y que les ha sido legadas por el pasado”. (Marx 1981, 404-498)

Actualmente muchas expresiones arquitectónicas tienen una pérdida de vinculación con el ser humano, ya que pareciera que al interior teoría-práctica de las edificaciones surgieran fuerzas que las impulsan a desvincularse de su vida ordinaria real y concreta o de la vida real y concreta del ser humano y al lugar hospitalario se le puede considerar un espacio muerto, fijado, no dialectico, inmóvil, contrario del tiempo, por lo que debe de estar vivo, dialectico, que instalen el reconocimiento de la integridad del hombre y sus dimensiones de cotidianidad.

Erving Goffman (1972) considera a los hospitales “Instituciones Totales”, porque absorben parte del tiempo y del interés de sus miembros y proporcionan de cierto modo un mundo propio, debido a su tendencia absorbente o totalizadora esta simbólicamente expresada por los espacios y obstáculos que suelen adquirir forma material para oponerse a la interacción social.

De esta forma, el espacio simbólico arquitectónico no ha estado jamás fuera del tiempo, en el cual se teje la historia debido a su relación estrecha e imprescindible: “la noción del espacio se modifica según los diferentes tiempos” (Goffman 1972); en donde el tiempo pasa por las heterotopías¹⁶ y estas mantienen una relación con lo tradicional, ya que establecen una especie de ruptura, produciendo lo que podría ser un espacio-otro que da lugar a un tiempo-otro: hotel y hospital en los que el tiempo se amontona y se acumula en un espacio que no cambia de lugar.

¹⁶Entendida como las especies de espacios irreales pero efectivamente realizados.

Segunda parte:**SINTÁCTICA. El análisis de los hospitales y el valor indexical¹⁷ de los planos**

La sintáctica, se entiende como el estudio de “las relaciones formales de los signos entre sí”
(Morris 1946, 240)

*La sintaxis habla de las reglas de formación y transformación,
pero las reglas son modos posibles de conductas e implican la noción de intérprete*
(Morris 1985)

Se denomina sintáctica del espacio arquitectónico, al papel que desempeña un edificio dedicado a la salud que surge a partir de los signos entre sí plasmados en la representación gráfica de planos, así mismo, a la relación de combinación o relaciones sintagmáticas, es decir a la formación y transformación que un plano normativo da o modifica a la edificación, sus necesidades y su contexto.

Las funciones sintácticas más simples son:

- El sujeto (espacio arquitectónico hospitalario de tercer nivel); es el tema o asunto de que se habla.
- El predicado (representación gráfica de planos y vivencia de los usuarios); es lo que se dice o aporta acerca del sujeto.

Por lo tanto la función sintáctica en el lenguaje está desempeñada por distintas clases de formas y palabras que ligan los mensajes entre sí en un eje combinatorio de la expresión.

El espacio como objeto de lectura permite colocar el acento en un conjunto de prácticas socio-simbólicas alrededor de un sujeto (Escudero 1983, 63-69), sin embargo, con respecto a la representación del diseño en el espacio arquitectónico hospitalario, es necesario establecer que los sistemas de lenguajes gráficos utilizan la analogía con base en la función semiótica, por lo tanto se recurre a la dimensión

¹⁷ Los signos indéxicos presentes en una combinación sígnica, centran la atención del intérprete en partes del entorno; el signo caracterizador dominante determina algunas respuestas generales a esa parte; los especificadores de caracterización delimitan la expectativa general y la elección del signo dominante se determina atendiendo al problema en cuestión. (Morris 1985)

sintáctica, la cual nos permite estudiar la relación de los signos en la representación del plano arquitectónico junto con los objetos a los que son aplicables.

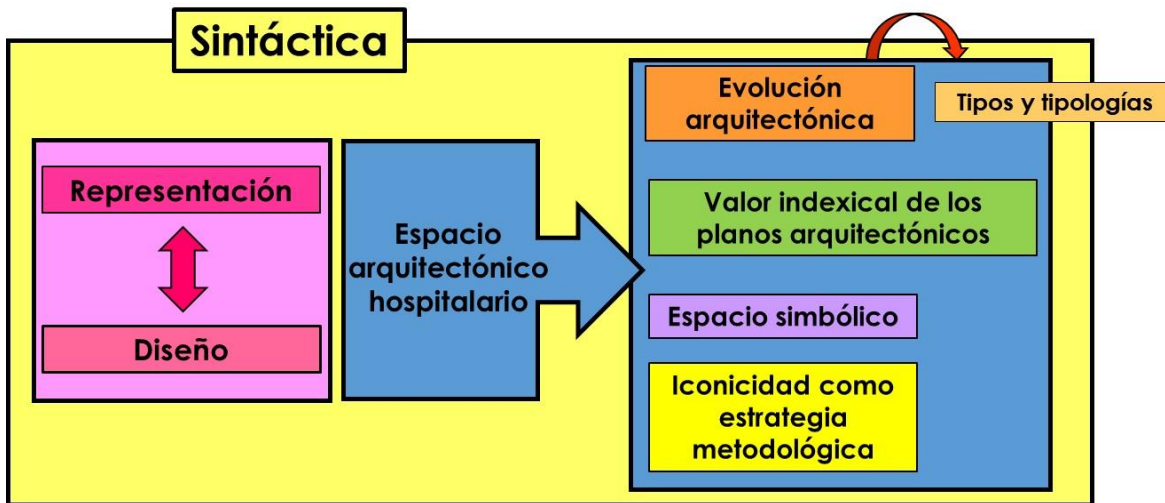


Ilustración 5. Esquema de interpretación sintáctica

En este sentido, la estructura sintáctica de un lenguaje es la interrelación de signos provocada por la interrelación de respuestas de las que los vehículos signicos son productos o partes.

La representación gráfica es una etapa indispensable del diseño, ya que es un instrumento que sirve como medio de comunicación para presentar una propuesta del espacio arquitectónico. A través de la comunicación se puede transmitir elementos que percibimos por los sentidos; estos elementos son los signos.

La comunicación por excelencia es el lenguaje y los signos son las palabras. En el caso de la representación gráfica arquitectónica, el dibujo en el plano es una comunicación, debido a que este es un lenguaje universal con el que nos podemos entender sin importar el idioma, ya que se emplean signos gráficos regidos por normas que lo hacen más accesible.

Para que el diseño del espacio hospitalario se plasme en un plano arquitectónico, la representación debe contar con elementos de comunicación completos y

eficientes; ser claros, precisos y tener todos sus datos. Sin embargo, esto depende de la experiencia del dibujante en la expresión gráfica que realice.

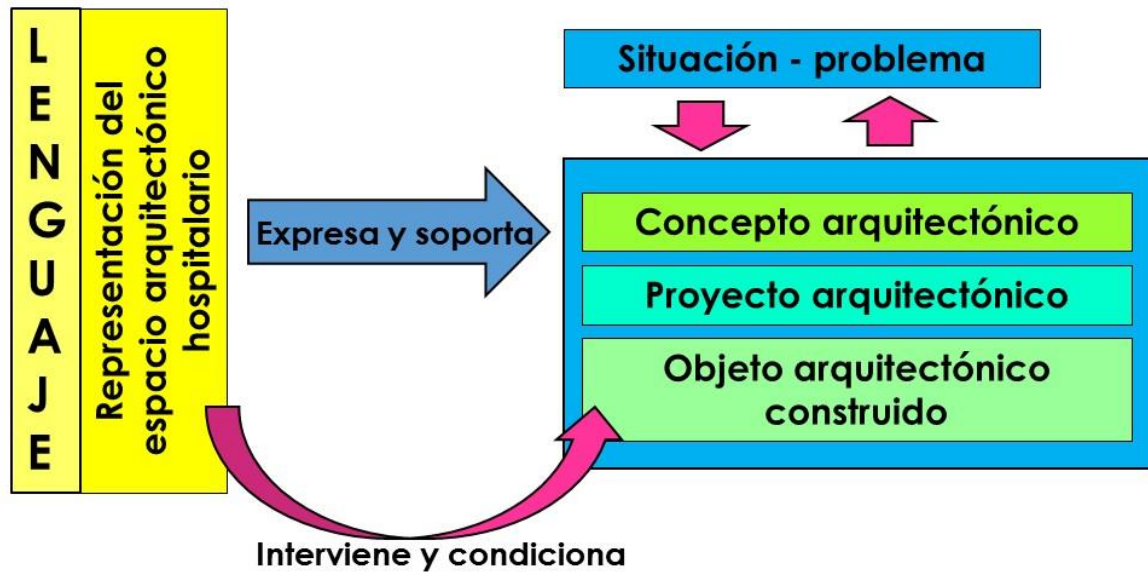


Ilustración 6. Configuración de la representación arquitectónica

Por lo tanto, es necesario establecer que los sistemas o lenguajes gráficos utilizan la analogía con base en la función semiótica, al precisar las relaciones dialécticas entre el diseño (la concepción del proyecto arquitectónico hospitalario), la representación del espacio (sistema de signos) y las situaciones-problemas (hacia qué usuarios va dirigido el edificio) para que se inviertan recursos en la resolución.

De esta forma, al diferenciar el medio y el transporte de la información, se hace vigente la representación gráfica realizada a partir de un trabajo también analógico como el que se realiza al dibujar el espacio arquitectónico en un plano.

A pesar de que en la actualidad todo proceso analógico puede ser digitalizado con una ventaja considerable para el proyecto arquitectónico, es importante subrayar que, lo que se digitaliza es sólo la interpretación.

En consecuencia, se vio la necesidad de avanzar a través de la ontosemiótica, la cual desarrolla una ontología y una semiótica específica (Godino, Batanero y Font 2009), que en este caso en particular, estudió los procesos de interpretación de los sistemas de signos en la representación del diseño de espacios arquitectónicos hospitalarios plasmados en planos y puestos en juego para su construcción y así dar una respuesta sobre los significados institucionales, personales a través de la sintáctica.

El punto de partida del enfoque ontosemiótico para el conocimiento y la instrucción de la representación de un proyecto arquitectónico hospitalario es la formulación de una ontología del objeto del diseño, ya que cuenta con tres aspectos:

1. Como un sistema conceptual lógicamente organizado.
2. El diseño arquitectónico hospitalario como una actividad de resolución de problemas, socialmente compartida.
3. Como lenguaje simbólico.

Al conjuntar la ontología y la semiótica se puede generar una metodología ontosemiótica para aportar herramientas teóricas de análisis de la representación arquitectónica del espacio hospitalario que proporcione criterios para identificar los estados posibles de la “negociación de signos” como elemento clave para la conceptualización de significados del usuario.

La teoría que compone la herramienta del enfoque ontosemiótico, es la formulación de una ontología¹⁸ al coexistir el espacio arquitectónico de hospitales en el diseño y su representación, por lo que se tomó el triple carácter del diseño de edificios dedicados a la salud; como elemento inicial la situación–problema (capítulo I, donde se define el concepto teórico práctico), en segundo lugar el objeto que es el espacio arquitectónico hospitalario Institucional y por último el significado.

¹⁸ Se entiende como el estudio del ser y sus propiedades.

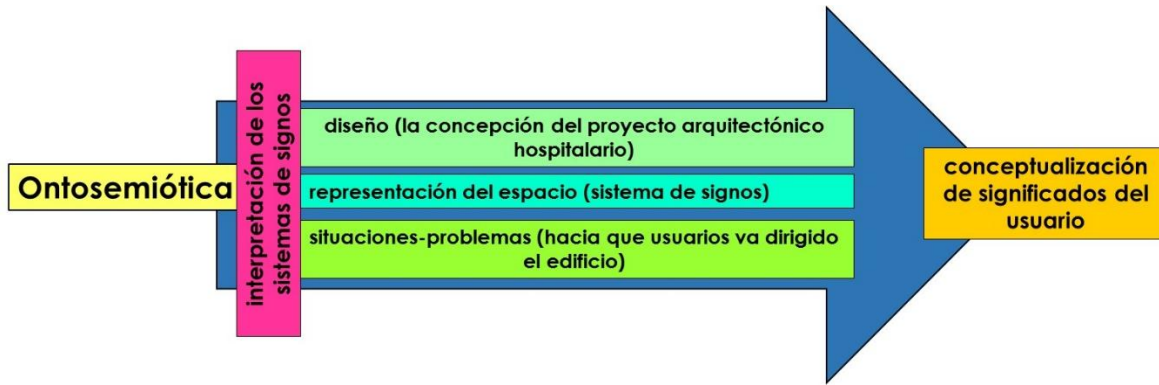


Ilustración 7. Esquema de interpretación Ontosemiótica

En este sentido, el enfoque ontosemiótico asume los presupuestos de la epistemología pragmática y, la representación del espacio arquitectónico se deriva de las prácticas de habitabilidad, en concreto, se considera que la representación en los planos es emergente de sistemas de experiencias, de tal forma que nos proporciona un sistema de prácticas.

2.1 Sistemas de prácticas arquitectónicas en el diseño y representación de hospitales

Se considera práctica arquitectónica a toda acción, representación o expresión (verbal, boceto, plano, etc.) realizada para proponer, desarrollar o resolver problemas de habitabilidad en el diseño del espacio; comunicar a otros la solución obtenida, validarla o generalizarla a otros contextos y problemas.

Las prácticas arquitectónicas pueden ser individuales o compartidas por una misma clase de situaciones o problemáticas, ya que estas conllevan a la realización de una práctica social, con rasgos particulares y generalmente condicionados por los instrumentos disponibles, sus reglas y modos de funcionar. (Godino y Batero 1994)

En el estudio de la representación del diseño del espacio arquitectónico hospitalario, más que una práctica particular ante un problema concreto, interesa considerar los sistemas operativos y discursivos del plano, y puestos de manifiesto por los usuarios. Al preguntar, ¿qué significa o representa alguno de los espacios arquitectónicos que compone el hospital?, automáticamente se propone una respuesta que es, el sistema de prácticas que realiza una persona (el significado personal) o compartidas en el seno de una institución (significado institucional) para “resolver” un tipo de situaciones o problemas.

Con esta formulación, se pretende encontrar un representante de conjuntos de datos con significado, en el cual: las categorías opuestas de sujeto y objeto pasan a un segundo plano, al asignarles un estatus derivado y ceden su lugar privilegiado a la categoría de acción. (Faerna 1996, 14)

El entorno socioepistemológico, sintáctico y cognitivo de la representación de los signos, lo entendemos como un sistema de prácticas y su utilización en el análisis del espacio arquitectónico hospitalario lleva a introducir tipologías básicas de significados, por lo que consideramos tener en cuenta los siguientes:

- El realizado: un proceso de representación gráfica específica, en un sistema de prácticas efectivamente implementada para las instituciones dedicadas a la salud.
- El considerado: el subsistema de prácticas y representaciones gráficas para desarrollar el espacio arquitectónico en un plano.
- El pretendido: sistemas de prácticas y representaciones graficas incluidas en la planificación del proceso de diseño
- El referencial: entendido como un sistema de prácticas que se utilizan para encausar el significado pretendido.

En la parte central de la ilustración 8, se indica las relaciones dialécticas entre la representación del espacio arquitectónico y el significado personal al habitarlo, de esta forma, se supone la articulación progresiva entre el discurso, como representación gráfica en un plano que es impulsada con la experiencia del usuario como comunidad de prácticas que soporta los significados del diseño hospitalario.

Respecto a los significados personales propongo los siguientes tipos:

- Inicial: que correspondería a la totalidad del sistema de prácticas que es capaz de manifestar potencialmente el usuario al estar sujeto a representaciones relativas al objeto.
- Declarado: da cuenta de la habitabilidad efectivamente expresadas a propósito de las prácticas de uso propuesta por los espacios, las cuales incluyen la funcionalidad correcta como la incorrecta desde el punto de vista institucional.
- Logrado: corresponde a las prácticas manifestadas conforme con las pautas de salud institucional establecidas.

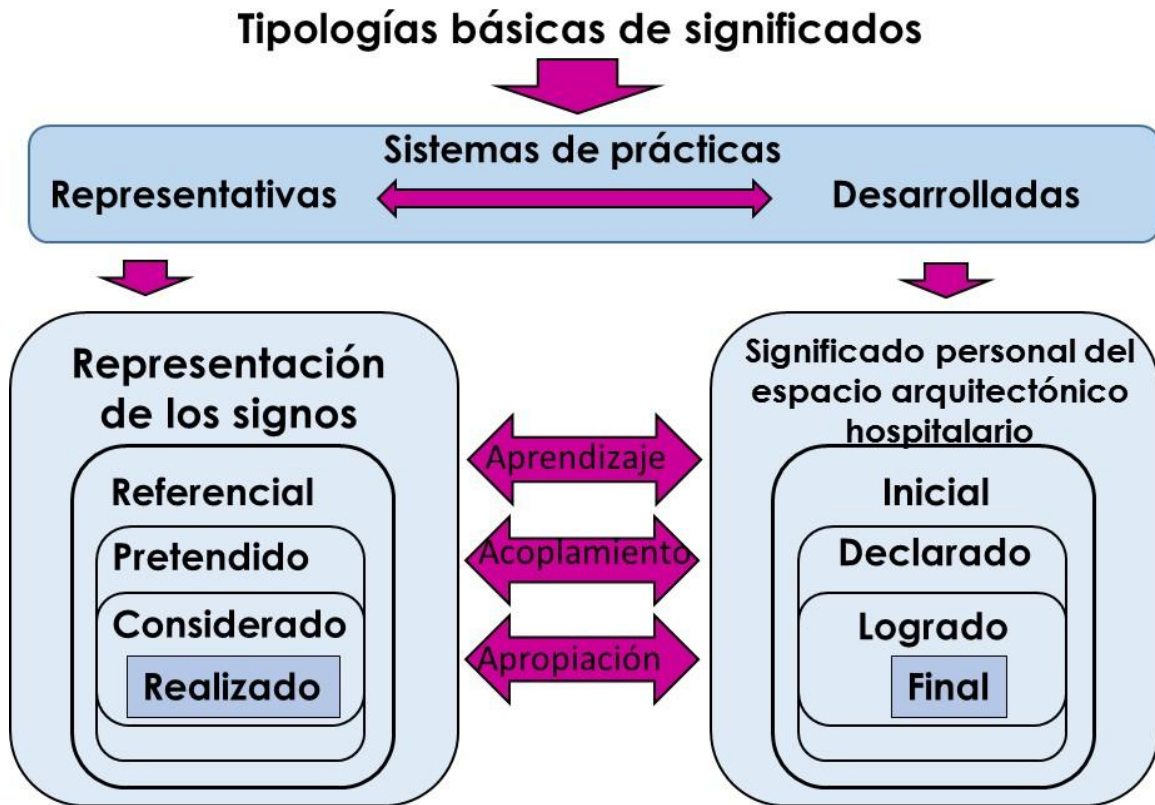


Ilustración 8. Esquemas de tipologías básicas de significados

El análisis de cambio de los significados de la representación gráfica en el espacio arquitectónico hospitalario, tiene lugar en un proceso de estudio, en el que interesa tener en cuenta los significados iniciales previos del objeto y los que finalmente alcanzan al ser habitados; por lo tanto, se genera un fenómeno complejo cuya explicación implica considerar como mínimo dos niveles de tipologías básicas de significado que emergen del sistema de prácticas.

En primer nivel se considera a la representación de signos (planos, edificio, espacio arquitectónico). En segundo nivel tenemos aquellos significados que emergen de las distintas formas de ver, hablar, operar, etc. sobre los objetos del nivel anterior. En el primer nivel se considera la clasificación de eventos intervinientes y emergentes de los sistemas de práctica arquitectónica.

Para que la clasificación de un sistema de práctica arquitectónica en el diseño y representación de hospitales den un resultado satisfactorio, se necesita poner en funcionamiento los componentes del conocimiento que permitan resolver una situación-problema, así veremos el uso del lenguaje como una representación del espacio arquitectónico y simbólico.

Este lenguaje es la parte ostensiva que expresa y soporta una serie de conceptos, proposiciones y procedimientos que intervienen en la elaboración de argumentos (planos arquitectónicos) que muestran las acciones simples que componen una práctica arquitectónica.

En consecuencia cuando un agente realiza y evalúa está en edificios para la salud; activa, de acuerdo a Font y Godino (2006, 69) un conglomerado formado por diversas situaciones – problemas, lenguajes, conceptos, proposiciones (proyecto arquitectónico) y objeto arquitectónico (construido). (Ver ilustración 6)

Para llevar acabo lo anterior se propone la siguiente tipología de configuración de la representación arquitectónica primaria:

- Elementos lingüísticos: (en sus diversos registros, escrito, oral, gestual) el lenguaje como una representación del espacio arquitectónico hospitalario.
- Situación – problema: saber el contexto, motivo por el cual se solicita un proyecto y hacia quien va ir dirigido (los tipos de usuarios).
- Concepto arquitectónico: definición o descripción mediante proposiciones enunciadas.
- Proyecto arquitectónico: representación del espacio arquitectónico mediante procedimientos normativos, operaciones y demandas.
- Objeto arquitectónico construido: una vez habitado explica y valida las proposiciones y procedimientos inductivos o de otro tipo.

Al considerar una entidad como primaria, no se ve como una cuestión absoluta, sino relativa ya que se trata de entidades funcionales a los juegos de lenguaje de la representación arquitectónica (a los marcos institucionales y contexto de uso) en que participa.

Estas cinco entidades primarias se consideran insuficientes para describir los fenómenos que intervienen y emergen de la actividad simbólica dentro de los edificios de tercer nivel dedicados a la salud¹⁹ y la situación problema es el origen de la actividad; el lenguaje representa las entidades que sirven como instrumento para la acción de habitar la edificación, trayendo consigo argumentos que justifican los procedimientos y proposiciones que relacionan los conceptos entre sí.

Con respecto al segundo nivel se contempla las propiedades contextuales como los elementos funcionales de la representación en la clasificación de un sistema de práctica arquitectónica en el diseño y representación de hospitales que ocupan un lugar importante junto con los marcos institucionales al considerarlos como los elementos contextuales que relativizan los significados del espacio arquitectónico hospitalario y atribuyen a éstos una funcionalidad.

Los factores que intervienen dentro de las propiedades contextuales nacen según el lenguaje en el que participan y estas se encuentran agrupadas debido a que se complementan de manera dual y dialéctica y pueden ser consideradas desde las siguientes dimensiones:

- Personal e Institucional; Si los sistemas normativos y de prácticas son compartidas dentro del sector salud, los objetivos emergentes se consideran como “objetos institucionales”, mientras que si se carece del sistema normativo específico, pero se tiene un conocimiento pragmático se especulará como “objetos personales”. En este sentido, la cognición del espacio arquitectónico para la salud debe contemplar tanto la faceta personal e institucional, pues estas

¹⁹ Se amplía así mismo, el triángulo epistemológico (Steinbring, 2006) (signo/símbolo, objeto/contexto de referencia, concepto) especialmente al problematizar la noción de concepto e interpretar el objeto / contexto de referencia, en términos de situación problema.

establecen una relación dialéctica compleja y cuyo estudio es esencial para lograr la habitabilidad óptima del usuario; por lo que la “cognición personal” es el resultado del pensamiento y la acción del sujeto individual ante una cierta clases de problemas, mientras que la “cognición institucional” es el resultado de convenios, y regularizaciones normativas dentro de un grupo de personas que forman una comunidad de prácticas (Godino y Batero 1994, 338).

- Ostensivo – No ostensivo. Se entiende por ostensivo cualquier espacio arquitectónico que es público. Las propiedades institucionales y personales tienen un entorno no ostensivo por que no son perceptibles por sí mismo; cualquiera de estos lenguajes se usan en las prácticas públicas por medio de sus ostensivos asociados como los símbolos, los gráficos, el espacio, las vivencias, etc..., sin embargo esta clasificación es relativa al juego de lenguaje en el que se participa, debido al motivo de que una propiedad ostensiva puede ser también pensada, imaginada por una persona o estar implícita en el espacio arquitectónico hospitalario (por ejemplo el logotipo del hospital en la fachada).
- Expresión – contenido; como los antecedentes y consecuentes de cualquier función semiótica²⁰. La representación gráfica de los planos, la edificación del hospital y el uso del espacio arquitectónico se caracterizan por ser esencialmente relacionales y no se deben concebir como entidades aisladas, sino puestas en relación unas con otras. Esta relación se forma por medio de funciones semióticas, entendidas como una relación entre un antecedente (expresión significativa) y un consecuente (contenido y significado) establecida por un sujeto (persona o institución) de acuerdo con un código de correspondencia. (Godino y Batero 1994)

²⁰ Un signo está constituido siempre por uno (o más) elementos de un plano de expresión colocados convencionalmente en correlación con uno o más elementos de un plano de contenido (...) Una función semiótica se realiza cuando dos funtivos (expresión y contenido) entran en correlación mutua. (...) (Eco 1976, 83-84)

- Extensivo e intensivo; esta dualidad se utiliza para explicar y centrar la atención entre el razonamiento general y lo particular, es una cuestión clave en la función del espacio arquitectónico hospitalario y su relación con los usuarios.

En el análisis de cambio de los significados del espacio arquitectónico hospitalario, tanto las dualidades del segundo nivel de propiedades contextuales, así como la configuración primaria de clasificación de eventos intervinientes y emergentes de los sistemas de práctica arquitectónica se pueden analizar desde la perspectiva proceso-producto ya que dan lugar a diversos procesos cognitivos/epistémicos tales como (Godino, Batanero y Font 2009, 9):

- Institucionalización – personalización
- Generalidades – particularidades
- Análisis/ desintegración – síntesis / reificación
- Idealización / abstracción – materialización –concreción
- Expresión – significación

Con el enfoque ontosemiótico se intenta demostrar que hay diferentes clases de procesos como consecuencia de prácticas: de procesos cognitivos, procesos de instrucción, procesos de cambio, procesos sociales, etc; cuya única característica que tienen en común es el fenómeno del espacio arquitectónico hospitalario como operación cognitiva.

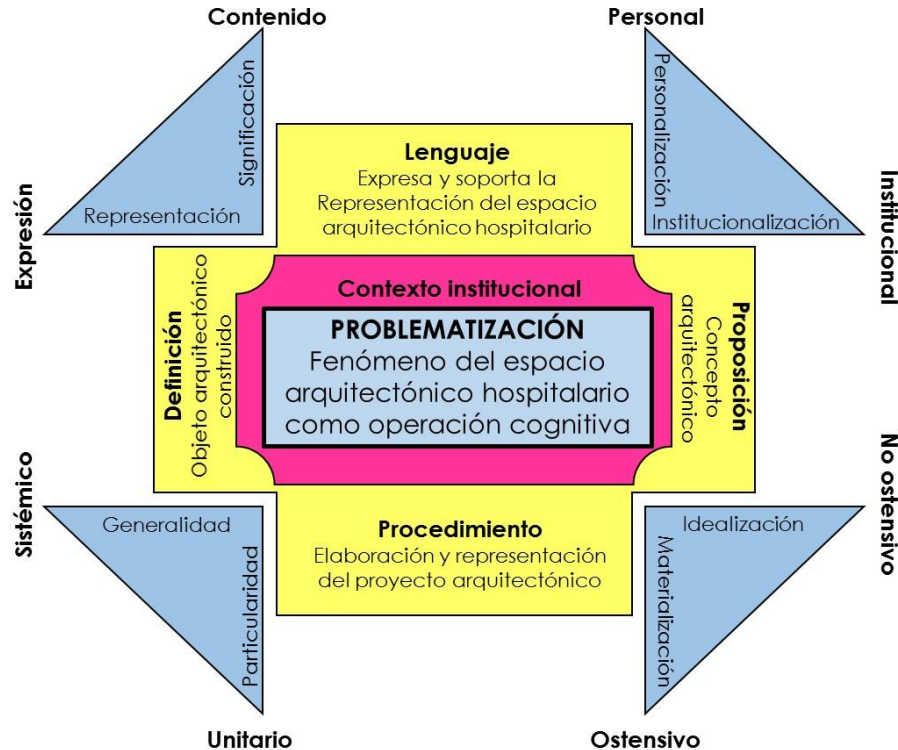


Ilustración 9. Configuración y procesos del fenómeno del espacio arquitectónico hospitalario

Las facetas de configuración y procesos fueron consideradas a partir de factor “tiempo-procesos” y, en menor medida el de “secuencias”, en ésta cada miembro o usuario forma parte de la determinación del siguiente; por lo tanto hay dos maneras de concebir la “comprensión” como proceso mental o como competencia. (Font 2001)

Los enfoques cognitivos de la representación del diseño del espacio arquitectónico hospitalario, en el fondo se entienden como las comprensiones del “proceso mental”; en cambio en la ontosemiótica los posicionamientos pragmatistas se llegan a entender en un primer momento como la comprensión de competencia y no como un proceso mental, de tal forma se considera que un sujeto comprende un determinado espacio dedicado a la salud cuando lo habita de manera competente en diferentes prácticas.

Al considerar que la función semiótica tiene un papel fundamental en el proceso de concordancia entre entidades que comparten un determinado lenguaje, nos permite entender en el enfoque ontosemiótico la comprensión en términos de función semiótica (Godino, Batanero y Font 2009, 11), de tal forma podemos interpretar la visión de un espacio arquitectónico hospitalario por parte de un sujeto (sea individuo o institución) en términos de las funciones semióticas que puede establecer en una circunstancia fijada en las que se pone en juego expresiones y contenidos.

Cada función semiótica implica un acto de semiosis por un interpretante y constituye un conocimiento y hablar de éste equivale a hablar del contenido de una o muchas funciones semióticas, del cual resulta una variedad de tipos de conocimientos.

2.2 Los signos indexicales y las tipologías del espacio arquitectónico hospitalario.

“La distribución anatómica de la enfermedad no modifica su estructura esencial; la simpatía asegura el juego entre el espacio de localización y el espacio de configuración: define su libertad recíproca y los límites de esta libertad”
(Foucault 1963, 35)

Las imágenes del dolor no son conjuradas en beneficio de un conocimiento neutralizado; han sido distribuidas de nuevo en el espacio donde se cruzan los cuerpos y las miradas (Foucault 1963, 11)

El objetivo de analizar los signos indexicales es establecer un marco teórico a partir de las referencias tipológicas a través de la caracterización de los hospitales, los modelos originales, las fuentes y sus influencias, de las cuales son desarrolladas las interpretaciones y variantes posteriores.

Bajo esta perspectiva, se genera un telón de fondo histórico que permite el análisis tipológico que hace posible establecer comparaciones e identificar soportes materiales de funcionalidad ya sea por igualdad, por contraste o variantes de los modelos originales.

La arquitectura opera con un prisma de selectividad, privilegia aquellas obras en las que es posible encontrar más consistentemente el flujo subyacente de significados que la conecta con la sociedad y habitabilidad.

Se centrará la atención en la arquitectura hospitalaria, especialmente en aquellas que propician el desarrollo de simbolizaciones a partir de los significados de la salud, relación espacial y funcional; entre sus discursos, relatos y meta-relatos, con respecto a la producción de la vida social de ciertas épocas.

Se privilegia un tiempo en el que el Estado retiene gran parte de su responsabilidad con respecto a la conformación del paisaje urbano, por lo que se consideran a las construcciones hospitalarias como portadoras de significados expresivos, sobre concepciones de la salud y su correlato de direccionamiento nosológico.

Se intenta encontrar, bajo esta concepción, las visiones con que se considera la reconstitución y cambio del espacio existente que da cuenta de los aspectos centrales del ethos²¹ que habita al interior de pensamiento social.

Con este contexto el médico mexicano Manuel Barquín Calderón nos dice que... “En un hospital, lo importante es que la obra arquitectónica responda a las necesidades de funcionamiento, como la anatomía de un órgano es fiel reflejo de su fisiología” (1992, 341) de esta forma se puede afirmar que el edificio dedicado a la salud es el soporte material de signos, de significaciones y prácticas que permite dar respuesta a las necesidades humanas de habitación y habitabilidad en función de sus características.

Sin embargo es necesario hacer un análisis retrospectivo de los hospitales en general y en particular de los de especialidades ya que estos se conciben, proyectan y construyen bajo una heterotopía²² pues, su funcionamiento espacial queda condicionado por la forma panóptica que despliega significados de poder y control de los usuarios.

Los edificios dedicados a salud cuentan con una forma y una función ligadas a las variantes económicas, políticas, sociales y culturales que gobiernan la vida de los seres humanos, en estos se reflejan las transformaciones que la sociedad ha tenido a través del tiempo. Así se creó un sistema sanitario de dependencia a la enfermedad, debido a qué, los que la padecen no solo necesitan tratamiento médico sino cuidados especiales temporales o permanentes, según sea el caso.

²¹ Entendido como la forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad

²² Concepto introducido por Michel Foucault en su texto *Des espaces autres*, el cual se contrapone al concepto de utopía, alegando que si una utopía es (...) la sociedad misma perfeccionada o el reverso de la sociedad, emplazamiento sin lugar real, una heterotopía es (...) una especie de contra emplazamiento, especie de lugar que está fuera de todos los lugares, aunque sean efectivamente localizables. (Foucault, *Des espaces autres* s.f.)

Los espacios de salud social e individual parten de las casas para peregrinos de los tiempos de Apolo en Delfos, Delos y Corinto 600 años a.C; y mantienen su vigencia hasta el año 500 de nuestra era. En Asia Menor, Egipto, Palestina y Siria se originaron fundaciones como los pandokheion, albergues para peregrinos, nosomium, casas para enfermos y xonodochium, para forasteros; pero el origen de lo que hoy conocemos como hospitales fue elaborado por culturas de religión cristiana en la Edad Media, como instituciones filantrópicas y humanistas. (Ortiz Quesada, Hospitales 1998)

El hospital tenía una estructura feudal en la organización de los servicios médicos, era un espacio donde se fomentaba el cristianismo con sus ideales de una vida eterna; los salarios para médicos y enfermeras eran relativamente modestos, ya que era un lugar para pobres que no podía ser concebido como negocio.

Esto se fue transformado en la modernidad, donde lo que se persigue es la vida terrenal duradera y aparece la idea de hospital empresa: se toma a la salud como un negocio del capitalismo, donde la importancia patronal es la capacidad del trabajador para producir plusvalor.

Durante la segunda mitad del siglo XIX los nosocomios, con una estructura congruente con la ideología del momento y los descubrimientos de la ciencia médica, se convierten en el punto de partida de los hospitales contemporáneos. Pero en el siglo XX, con la aparición de la medicina científica, se relacionan con el estado de bienestar, pues la salud fue entendida como un derecho social que controla y dirige los procesos vitales de trabajo y consumo.

El hospital actual refleja en gran medida a una sociedad capitalista neoliberal “por el vacío de protección social dejado por el abandono del Estado de actividades que anteriormente le pertenecían” (Harvey 2007, 184), sobre todo esto se ve representado más en los hospitales de especialidades.

Con respecto a la representación y elaboración de proyectos así como el desarrollo de construcciones de espacios arquitectónicos hospitalarios, las transformaciones a lo largo del tiempo se originaron para atender la demanda y en contener las epidemias que se generaban en los mismos establecimientos.

Antes de la modernidad la enfermedad recibía una organización jerarquizada en familias, géneros y patologías. Aparentemente no se trata más que de un “cuadro” que permite hacer sensible, al aprendizaje y a la memoria, el copioso dominio de las enfermedades. (Foucault 1963, 25)

En un segundo momento, el espacio de disposición de la enfermedad y el espacio de localización del mal en el cuerpo no ha sido incorporado en la experiencia médica (Foucault 1963, 23), sino tiene una corta etapa: la que coincide con la medicina de finales del siglo XIX con el desarrollo de la bacteriología por Louis Pasteur y los privilegios otorgados a la anatomía patológica; por tal motivo el enfoque por el mantenimiento y los nuevos problemas en proyectar hospitales paso por la optimización progresiva del funcionamiento del edificio.

Esta optimización progresiva del espacio se debe a los cuatro modelos de la medicina que según Federico Ortiz Quesada (2000) han existido y son los siguientes:

- El modelo Teocéntrico siglo XIV y XV d.C.

Asumía que la enfermedad era provocada por causas sobrenaturales a consecuencia del pecado, siendo el paradigma de este modelo médico en donde su propósito fundamental era la salvación del alma. Aparece en las culturas prehelénicas y se transforma con los griegos al dar inicio a la medicina científica racional, pero es abandonada por el cristianismo ya que retoma como control social a la enfermedad como un castigo de pecado y la salud como milagro.

En arquitectura hospitalaria de la segunda mitad del siglo XVIII, fue cuando se desarrolló un gran movimiento en las reformas de las instituciones médicas, la cual se identifica con la experiencia “histórica” por oposición al saber filosófico, el conocimiento que podría en duda el origen y las causas; (Cullen 1785, 39-60) la enfermedad se percibe básicamente en el espacio de proyección sin profundidad y por consiguiente sin desarrollo. “La forma bajo la cual se muestra originariamente la verdad es la superficie donde el relieve se manifiesta” por lo que no hay más que un plano y un instante. (Foucault 1963, 26-27)

- El modelo racional siglo XVIII

Con el renacimiento surge una medicina clasificadora es el espacio abierto de lo inmortal, lo simultáneo; es el espacio en el que las analogías definen las esencias. De una enfermedad a otra, la distancia que las separa se mide por el único grado de su parecido. (Cullen 1785, 86), se van generando cambios que afectan a la sociedad de la época, estableciendo una diferencia cualitativa con el pensamiento cristiano precedente “el aceptar que la enfermedad tiene una serie de acciones naturales y no es consecuencia del pecado”, conduciendo a la búsqueda de las causas naturales de la enfermedad y con ello a su tratamiento, modificando la labor hospitalaria ya que debido a ello el médico tuvo que ir creando las bases conceptuales que permitieran el desarrollo científico y laboral.

La arquitectura de finales del siglo XVIII está ligada a los problemas de salud, de urbanismo, ya que responde a diversas necesidades de las manifestaciones de poder social y del cambio de la divinidad, porque se trata “(...) de servirse de la organización espacial para fines económico-político” (Foucault 1980)

La localización espacial de la organización de los hospitales, predetermina una historia que va siendo remodelada por las implantaciones políticas y económicas, puesto que en el momento en que se empiezan a desarrollar, se refleja en los espacios del hábitat.

Los médicos desempeñan el primer acercamiento de la organización espacial de higiene social, delimitando los lugares que ocupan unos y otros; previo a la construcción, se deben tomar en cuenta la distribución de los locales, su emplazamiento con el hábitat, el clima regional, el tipo de suelo, humedad y sequedad que favorezca a un determinado tipo de enfermedad; también es importante preocuparse por la coexistencia y habitabilidad que tiene el hombre entre sí con su entorno, las cosas, los animales y los muertos así como el de la residencia, el habitar, su hábitat y los desplazamientos la emigración del hombre y la propagación de la enfermedad. (Foucault 1980)

Con el Renacimiento, la arquitectura comienza a reflejar los problemas de salud y enfermedad individual y social, de esta forma, construir fue la respuesta de manifestar el poder, debido a que las concepciones teóricas y metodológicas de mantener una mirada centralizada y tener una visibilidad de los cuerpos y del usuario, no es solo una condición propia de los hospitales.

Las necesidades de evitar los contagios, contactos y el amontonamiento aseguraban al usuario la habitabilidad pues generaba un modo funcional en el que el poder que se ejerce garantizaba el proceso de producción, en donde el usuario es observado de forma anónima y colectiva “un poder de transparencia”, y se eliminan los obstáculos arquitectónicos en función del panóptico, donde cada persona según su puesto, está vigilado por los demás y de acuerdo a su poder se le nombra disciplina (Foucault 1991) .

La función que tiene la disciplina es la distribución de las personas en el espacio y tiempo, donde se utilizan técnicas como:

1. La clausura del espacio; es un lugar aislado y protegido en el que se puede realizar un proceso disciplinario, en los hospitales esta condición se da, debido a que se garantiza una área aséptica para evitar los contagios, etc.

2. Con una organización disciplinaria del espacio aislado, todos los usuarios estando juntos, pero separados a la vez, tienen una localización precisa por la cual pueden circular y detectar la presencia, ausencia o localización de cada trabajador o enfermo; lo que permite el control económico de un conjunto de personas.

3. Las áreas del hospital tienen que cumplir su función de habitabilidad, cada enfermo no solo se debe localizar en un lugar determinado, sino que se crean diversos espacios para lograr un aislamiento y evitar cualquier tipo de contagios.

A través de la disciplina que tiende a actuar sobre la conducta “El espacio se convierte, entonces, en un lugar de administración de cuerpos y bienes, lugar de dominación de sujetos y también lugar terapéutico” (García Canal 2002, 72) debido a que con la jerarquización y funcionalidad del espacio se desea la producción requerida por la institución, la salud del usuario.

- La medicina científica siglo XX

“En la enfermedad se reconoce la vida, ya que es la ley de la vida la que funda, además, el conocimiento de la enfermedad” y su orden es una imitación con lo que se considera salud, por tal motivo la racionalidad de la vida es igual a la que la amenaza, dando doble importancia al pensamiento médico. (Foucault 1963, 28-29)

La medicina no es una ciencia pura, puesto que la conforma la historia como un sistema económico y de poder (Cuéllar Romero 1981, 21), que desempeña el modo de producción a través, de la disciplina, la clausura organizada del espacio y la habitabilidad, de esta forma se halla un tratamiento entre los objetos y sujeto, con el nacimiento de las ciencias, donde “el cuerpo es contemplado política y socialmente como fuerza de trabajo” (Cuéllar Romero 1981, 22) que llega a hacer una característica de la medicina científica y del estado de bienestar social e individual, como un poder disciplinario que endurezca las conductas, siendo el

panóptico la forma arquitectónica de garantizar los tratamientos antibacterianos, el desarrollo de la cirugía en un área aséptica y la biotecnología.

- La teoría unificada de la enfermedad

Es la que puede definir al futuro, en donde la biomedicina apoyada en la biología molecular está modificando la práctica, tomando en cuenta a la teoría multicausal y social de los determinantes y causas de la enfermedad, en el que se hace una relación jerárquica de estos, a nivel colectivo e individual, así como el perfil patológico. La biomedicina, la biología molecular y el conocimiento electrónico se convierten en las herramientas trascendentales, pues ofrecen la posibilidad de eliminar padecimientos genéticos (Ortiz Quesada 2000, 282) que corresponden a los principios de configuración primaria de la enfermedad.

La biotecnología es un método de diagnóstico más preciso en los padecimientos, con ella se populariza la robótica quirúrgica y la genética, pero como consecuencia afecta al personal que tiene la obligación de trabajar con el equipamiento y mobiliario con ciclos de repetición y en espacios encerrados que dañan su salud, y así se crea una paradoja, porque éste lugar se convierte en una zona de doble significado, uno que diagnostica para sanar y el otro que causa enfermedad.

Por lo tanto las enfermedades comunican sus verdades básicas; para conocer la verdad del hecho patológico el médico debe disociarse del enfermo “ el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis”, en este sentido es preciso que el médico se base en sus conocimientos “el conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad” (Foucault 1963, 29-30), en un principio el médico no mira a la persona en concreto, sino en pausas y con interrupciones donde los signos de la enfermedad se confunden y la actitud positiva del paciente se va perdiendo.

Estos principios de configuración impactan a la representación del diseño, al espacio arquitectónico, a sus componentes y a los sujetos que tienen relación con éste, ya que al formar un lugar estructurado y funcional, crean un ambiente real de caos y/o desorden que deriva en los tipos de distribución funcional más reconocida, donde las soluciones y las tipologías formales de la configuración espacial arquitectónica corresponden a la realización de cada época y, muchos de los hospitales actuales tienen una tipología igual o con variaciones que de acuerdo a la enfermedad se le concede un espacio heterotópico²³ esencial que, no obstante, se borra a cada momento.

Sin embargo la comprobación de las tipologías de los espacios que pierden su funcionalidad no va a significar su desaparición, no llegan a ser obsoletas porque a pesar del transcurso del tiempo y las problemáticas causales vuelven a reaparecer; con un análisis tipológico de sus características a profundidad se considera que son más eficaces para poder llevar a cabo de una manera óptima las actividades de los edificios hospitalarios.

Un ejemplo de lo anterior es muy notorio en los espacios de consulta externa, que durante la tipología de planta pabellonal (1730) los consultorios se proyectaban con una distribución en forma de crujeas generando una separación lineal entre sala de espera, control de enfermeras y consultorios; a partir de 1930 con las plantas monobloques hasta 1960 con las plantas sistémicas se proyectó una distribución panóptica. Actualmente se retoma la distribución de crujeas en los espacios de atención especializada y la radial en los de primer nivel.

En este sentido el concepto de tipología traza una visión global del universo estudiado a partir de lo que se llama construcción de tipologías por contrastaciones sucesivas, que nos permite una visión integradora, en un principio subjetiva para posteriormente pasará a ser objetiva.

²³ Se emplea este concepto, como una ilusión de la realidad física dentro de un espacio más ilusorio o que da la percepción de una categoría ocupacional y funcional distinta.

En el espacio primordial para tratar la enfermedad, los médicos y los enfermos no están comprometidos de pleno derecho “el papel paradójico de la medicina consiste, sobre todo, en neutralizarlos, en mantener entre ellos la máxima distancia para que la configuración ideal de la enfermedad, (...) se haga de forma concreta, libre, totalizada al fin en un cuadro inmóvil, simultaneo, sin espesor ni secreto donde el reconocimiento se abre por sí mismo, sobre el orden de las esencias” (Foucault 1963, 31)

Así, la disposición y la forma de las construcciones tipológicas (ver imagen 10) pueden favorecer su inclusión en la vida cotidiana de los ciudadanos.

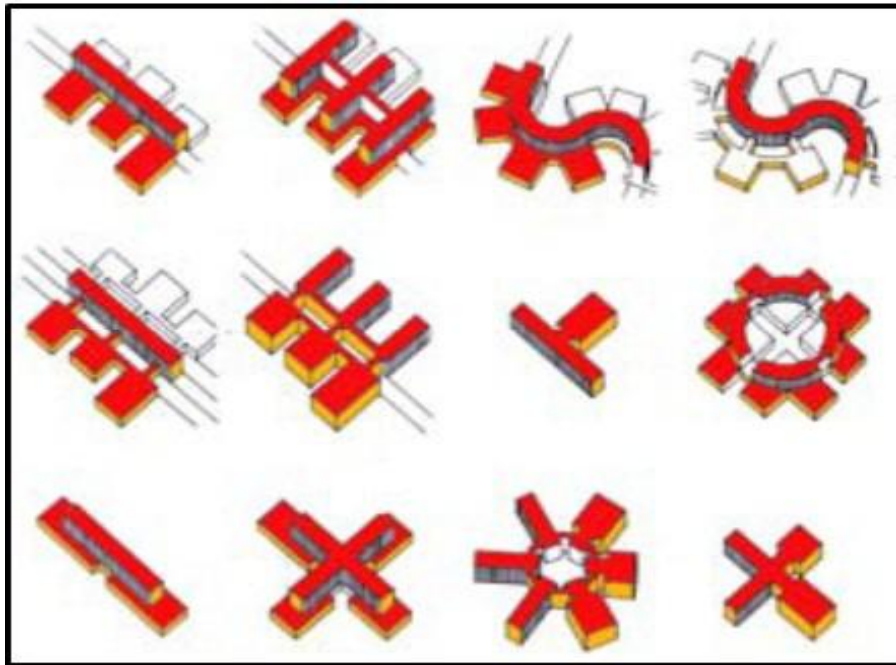


Ilustración 10. Tipologías más frecuentes de Hospitales en la ciudad.
(Neufert 1995)

Los servicios más técnicos, o aquellos que ayudan a los casos más graves, imponen el aislamiento en el lugar más alejado de la entrada, el resto (recepción, consultas, toma de muestras, etc.) se proyectan en lo más cerca de la entrada para su fácil acceso; esta distribución exterior-interior responde a una dialéctica de legibilidad en donde el paisaje sanitario no es obligatoriamente evidente, aunque constituya el fundamento mismo de la concepción arquitectónica.

La arquitectura hospitalaria en general y la de especialidades son semejantes en su equipamiento, con una uniformidad frívola repetitiva y monótona; la diferencia de las unidades de especialidades es acondiciona un espacio arquitectónico muy complejo para asegurar la prestación en cadena de los cuidados que requieren los enfermos que caen dentro del ámbito de varias disciplinas, así como la funcionalidad laboral que se requiere sin dejar de conservar la identidad de cada uno de los servicios.

A partir del análisis bibliográfico es posible agrupar en la actualidad nueve constantes tipologías hospitalarias de configuración: (ver imagen 11)

1. Planta Claustral
2. Planta Basilical
3. Planta Palaciana
4. Planta Pabellonal
5. Planta Radial
6. Monobloques
7. Polibloques
8. Bibloque coligado
9. Sistémico

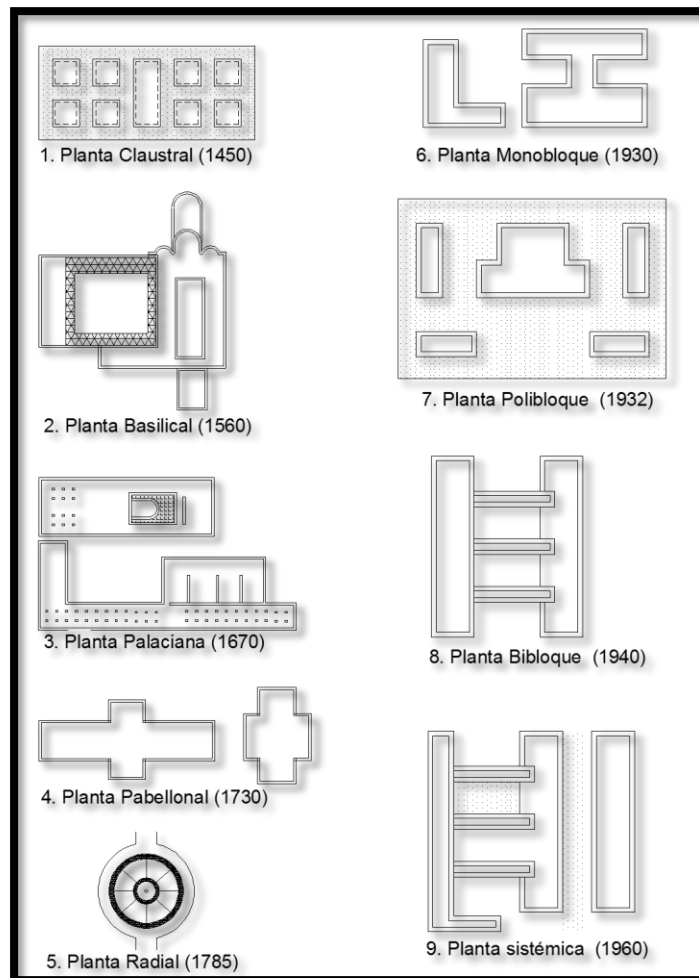


Ilustración 11 Esquema de las tipologías de Hospitales

La imagen muestra la aparición de las tipologías en el tiempo, y se percibe la mayor producción de tipos que se generó en los últimos 60 años, que a su vez con los avances tecnológicos.

Tipo	Modelo	Año
Claustral	Basilical, Cruciforme y Palaciana (Lampérez 1922)	1450 1560
Pabellonal	Ligado por circulación abierta Ligado por circulación semicubierta Ligado por circulación cubierta Ligado por circulación subterránea	1730 1756 1870 1890
Monobloque	Polibloque Bibloque Bloque basamento	1932 1940 1955
Sistémico	Propone la llamada “flexibilidad” del plano apoyado en el concepto de programa arquitectónico abierto.	1960

Tabla 2. Tipologías

Estas tipologías podrían ser reducidas con ciertas limitaciones a solo cinco: Claustral, Pabellonal, Radial, Monobloque y Sistémico y tener los modelos que a continuación se proponen: (Czajkowski y Rosenfeld 1900)

○ Planta Claustral

Esta tipología tiene su origen en los edificios eclesiásticos que son en un primer momento adaptados para cumplir la función hospitalaria; el edificio estaba constituido por dos grupos de salas en forma de cruceros separadas por un patio central en el que se localizaba el templo.

Se considera que era la menos adecuada para cumplir las funciones sanitarias, debido a que la propia conformación de las salas del edificio en torno al patio impide el correcto asoleamiento y la ventilación cruzada que genera rincones cerrados que posibilitan el desarrollo de agentes patógenos.

Esta tipología podemos encontrarla en el Hospital de la Concepción de Nuestra señora, también llamado de Jesús en la Ciudad de México (1521) que a su vez es un paradigma del modelo teocéntrico de la medicina del siglo XVI.

○ Planta Basilical

Antecesora de la planta cruciforme, se llama así porque es una basílica romana con sus naves divididas por hileras de columnas y un lastero plano.

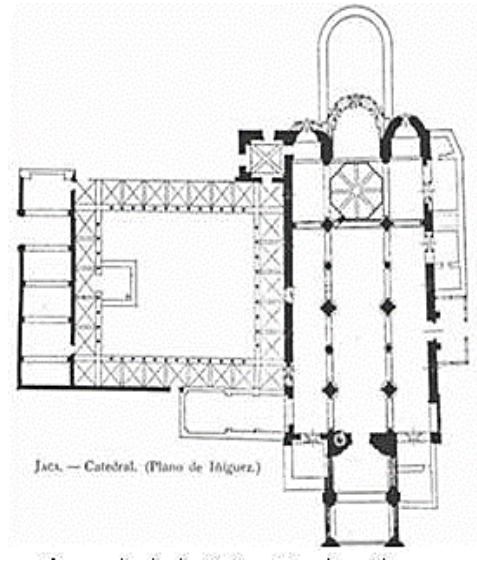


Ilustración 12. Combinación de Planta Basilical, junto con claustro Catedral de San Pedro de Jaca

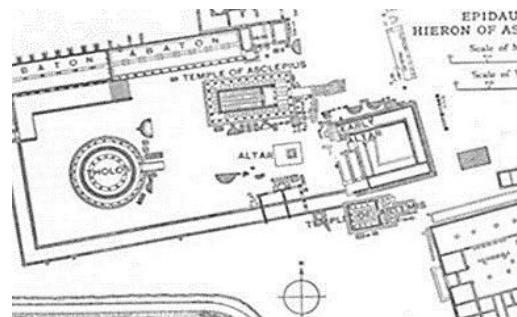


Ilustración 13. Planta Palaciana, diseño hospitalario de L. Bruant

○ La Planta Palaciana

Es el esquema de palacio renacentista utilizado como hospital con el templo como elemento principal sirvió como modelos para fundaciones como el Hospital de los Inválidos, en París; fundado en 1670, para soldados, ancianos o incapacitados.

○ Planta Radial

El proyecto del hospital de Greenwich (1654) el Instituto de la marina genera competencia de Inglaterra para abatir a Francia e inicia el proyecto de planta radial elaborada por Antonio Desgodets con centro es octogonal, 16 salas radiales, pero el proyecto no se construyó.

Para 1785 se planea la edificación del hotel Dieu de Bernard Poyet, que es la base para un proyecto hospitalario realizado entre 1861 y 1878 con una capacidad de 650 camas e incorporó los pabellones que en el último tercio del siglo XIX era un signo de progreso.

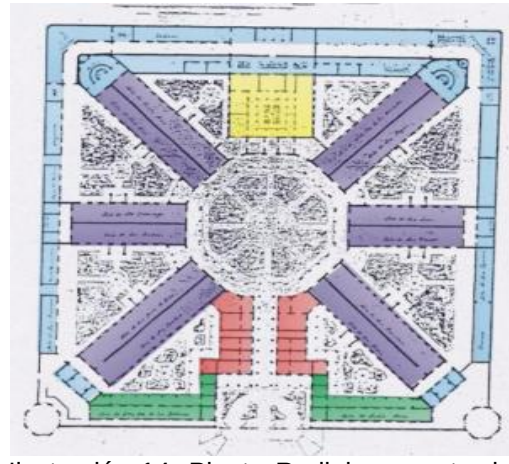


Ilustración 14. Planta Radial, proyecto de los Arq. Claude Philippe Coqueau y Bernard Poyet

○ Planta Pabellonal

El Hotel Dieu (Casa de Dios), obra del siglo VII del obispo St Landry en Paris, fue el primero en adoptar ésta forma, pero dicha tipología encuentra su primer antecedente en el Hospital de St. Bartholomew's Hospital (en el año 1574) en Londres en 1730, James Gibbs comenzó a construir pero realizó su mayor aportación J. Haward (1726-1790)

La planta pabellonal creó una nueva época en los edificios hospitalarios con mejores condiciones para facilitar el proceso de trabajo, su desarrollo radica en poder separar las patologías en distintos edificios y así controlar las epidemias.



Ilustración 15. Planta Pabellonal; Hospital Lariboisiere proyectado por M. P. Gautier (1839-1854)

Esta concepción del edificio se apoyaba en las teorías de los higienistas que veían en el aire el mayor vehículo de contagio de enfermedades, y su separación y clasificación se dan en distintos pabellones que se articulan por circulaciones cubiertas o descubiertas en torno a áreas verdes

En la actualidad esta tipología es una de las más costosas en cuanto a su mantenimiento ya que posee los mayores índices de circulaciones y envoltentes edilicias por unidad de camas

- Planta de bloques en altura

(Sustitución del esquema de pabellón)

Casi todo el sector salud en la Ciudad de México adoptó el tipo de planta de pabellón y de bloques, la ventaja de estos esquemas se basa en la distribución de los pasillos e instalaciones para generar una fluidez en la circulación.

En relación a la evolución arquitectónica de los hospitales en México se identificaron sus características a partir de los modelos originales, las fuentes y las influencias para desarrollar las interpretaciones y variantes posteriores.



Ilustración 16. Planta de Bloques

Este enfoque a su vez nos permite hacer un análisis tipológico funcional de comparaciones por igualdad o contraste para identificar los cambios y permanencias.

La época de la Colonia (1521-1821) marcó el inicio de la práctica arquitectónica Novohispana que se caracterizó por la mano de obra y la creatividad indígena; en

América los hospitales se construyeron en un principio con la modalidad existente en Europa, que consistía en un edificio de aislamiento para enfermedades contagiosas, enfermos mentales y posteriormente para heridos e inválidos, en lugar de realizar prácticas curativas eficaces, ejemplo de esto es el Hospital de Jesús, también conocido como el hospital de “Nuestra Señora de la Concepción” que inició su construcción entre 1521 y 1524 a petición del conquistador Hernán Cortés al arquitecto español Pedro Vázquez y ejecutado por Alonso García Bravo y es considerado como el inicio de la obra hospitalaria en la ciudad de México con un modelo teocéntrico con tipología de planta en T o en cruz.

Esta tipología de planta en T o Cruz refleja la influencia de la iglesia católica que era una de las instituciones de mayor poder en la época que permeaba en todos los asuntos tanto individuales como del estado “en reconocimiento de las gracias y mercedes que Dios le había hecho en el descubrimiento y conquista de la Nueva España (Muriel 1990, 37-38).

Mas no es sólo una obra teocéntrica, ni una hospedería, ni una casa de misericordia o un orfelinato, debido a que con su organización nacen los primeros rasgos del hospital moderno que cuenta con los siguientes espacios:

- Departamento administrativo, que se componía de un abogado, un cobrador, un contador, un escribano y un procurador.
- La parte clínica, compuesta de un barbero o sangrador, un cirujano, una enfermera, un enfermero y un médico.
- En 1535 se amplió la cuadra de las enfermeras que esta hacia el oriente en lo que hoy es Pino Suarez, pero no es sino hasta 1554 que el edificio anuncia su grandeza.

Para que el edificio fuera eficiente y sustentable modifíco su organización interna con mayor influencia religiosa en donde intervenían tres sacerdotes y un sacristán además de una cocinera, tres indios y ocho esclavos, que se encargaban de la

alimentación y la limpieza, tanto de los enfermos como del edificio. En 1662, 1770 y 1800, el hospital sufre varias modificaciones debido a hundimientos y temblores.

También se construyeron numerosos establecimientos para la atención a la salud que marcaban una notoria división de clases sociales de esa época, sin embargo, el ritmo de desarrollo del país disminuyó de forma muy importante y la red hospitalaria se vio afectada drásticamente.

Durante el siglo XVII los hospitales cumplían dos funciones: ser un establecimiento para el cuidado de los enfermos, pero también como nosocomios con tintes medievales que recogía a los huérfanos, daba hospedaje a los peregrinos, albergaba a los desvalidos y adicionalmente se cuidaba de la salud.

Este era el marco que prevalecía en la ciudad de México antes de la llegada del español Vasco de Quiroga, quien amplió la segunda función de los nosocomios y concibió los Hospitales-Pueblo, es decir, congregaciones de indígenas fundadas con conocimiento y práctica del cristianismo, el trabajo colectivo y la vida comunal.

En el siglo XVIII, el hospital contaba con una capacidad de atención de cuatrocientos pacientes anuales, su organización varia, al jefe de enfermeros se le asignan cuatro enfermeros y dos enfermeras para que lo apoyen; aparece también el médico pasante que a vez funge como boticario y administra los medicamentos; el número de sacerdotes se reduce a dos, mientras que el sacristán aumenta uno más; hay un cocinero con su respectivo ayudante, una atolera, dos mozos, un portero, un campanero y una colchonera, este personal reunido en el hospital represento para la ciudad de México servicios incalculables en aquella época.

Posteriormente, en 1977 el arq. José Villagrán junto con especialistas del IMSS, llevaron a cabo una de las modificaciones más radicales de este hospital para adecuarlo a las exigencias que demandaba el proceso de producción de la medicina moderna, lo que le dio el aspecto actual.

Esta construcción y sus múltiples transformaciones dieron el paso a otros modelos tipológicos europeos como el francés, y al hospital norteamericano, que se desarrollaron en los años sesenta.²⁴

En lo que se refiere a los hospitales municipales, en el siglo XVIII fueron dirigidos por autoridades civiles y los privados, en su mayoría, eran administrados por religiosos y por médicos particulares.

En 1842 se creó el consejo de salubridad y nuevos centros de asistencia social que fomentaban los estudios sobre higiene y que proponían una política sanitaria. A mediados del siglo XIX, el gobierno de Benito Juárez expidió las leyes de Reforma (1861) que restó poder político, económico y social a la iglesia y someterla al poder civil en los asuntos del estado; una de estas leyes fue el decreto para la secularización de hospitales, asilos y hospicios y se le dio más importancia a la atención de la salud.

En esta etapa México era un país esencialmente rural, sus principales ciudades se modernizaron y transformaron muy lentamente, por lo tanto, la arquitectura permaneció prácticamente estancada, con pocas obras civiles y eclesiásticas debido a las constantes crisis políticas y a la deteriorada economía.

Fue hasta la segunda mitad del referido siglo, durante el Porfiriato (1876 – 1911) que comenzó un nuevo auge arquitectónico de edificaciones públicas y privadas, con influencia en corrientes europeas especialmente las francesas, pues para Porfirio Díaz, la construcción, sobre todo, de hospitales era una acción dominante que se hace evidente en la sociedad y que se intensifica a partir del progreso de la ciencia con el descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas y el estado de la cultura.

²⁴ Posiblemente la construcción de estos edificios para la salud derivan de las demandas de los diferentes sectores de la sociedad de los estados mexicanos emergentes de la revolución de 1910.

La elite porfirista se negó a ver la desigualdad y la miseria en la que vivía la mayor parte de la población. A finales del siglo XIX uno de cada dos niños moría antes de cumplir un año; solo había un médico por cada 5000 personas, los obreros vivían en condiciones de explotación y miseria; los técnicos y trabajadores especializados estaban inconformes porque tenían que competir en condiciones desiguales con los trabajadores extranjeros, a quienes se les pagaba el doble y gozaban de grandes privilegios, por lo que durante toda la etapa porfiriana hubo diversas manifestaciones de repudio y descontento contra el régimen de Díaz, que fueron reprimidas.

Sin embargo, fueron especialmente significativos los movimientos de los trabajadores en 1906 en la mina de Cananea, Sonora y en 1907 los de la fábrica de textiles en Rio Blanco en Veracruz, que exigían mejoras en las condiciones laborales y en el salario, reprimidas violentamente por el gobierno lo que no impidió subsecuentes protestas y levantamientos armados. Esto provoco que se dañaran gravemente las instituciones destinadas a la preservación de la salud; al finalizar la lucha contra el porfiriato se atribuyó a la Dirección de Beneficencia Pública la función de administrar los hospitales y llevar a cabo la planeación de nuevas unidades.

La década de 1940-1950 fue crucial en la historia de la salud en México, surgió el Sistema Nacional de Salud Moderno, la Secretaría de Salud y Asistencia, y el IMSS. En el periodo comprendido entre 1952 y 1958 se creó la Comisión Nacional de Hospitales que elaboró el Censo Nacional de Infraestructura Médica disponible, antecedente de los Planes Maestros Estatales de Infraestructura en Salud (PEMISPA) a partir de los cuales se pudo contar con información para ubicar el radio de acción y la capacidad de cada una de las unidades médicas.

A su vez se establece al Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI) como el instrumento rector para la planeación, promoción, desarrollo y óptima distribución de los servicios médicos.

Para 1985 nacen nuevos modelos de unidades médicas entre ellos el de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), en el que se establece el marco normativo de los parámetros de evaluación de la infraestructura física de la Secretaría de Salud, como elemento de apoyo en la descentralización; posteriormente en 1995 y con base en las leyes, reglamentos y convenios correspondientes en la materia, el Consejo Nacional de Salud aprobó la elaboración de 32 Planes Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA).

Por medio de la Organización Mundial de la Salud, se estableció un sistema universal para estructurar los servicios médicos que está conformado en tres niveles de atención médica, que tomando como modelo al Instituto Mexicano de Seguridad Social tienen las siguientes características:

El Primer Nivel, está compuesto por inmuebles denominados Unidades de Medicina Familiar (UMF) cuyo objetivo es mantener un estándar indispensable de salud entre los usuarios y proporcionan servicios de Consulta Externa en Medicina General, Planificación Familiar, Fomento a la Salud, Orientación Nutricional, Medicina Preventiva, Odontología y Farmacia.

El Segundo Nivel corresponde a los Hospitales Generales, son instalaciones para pacientes que requieren en su tratamiento de hospitalización o de recibir atención en medicina especializada. Entre sus servicios cuentan con Urgencias las 24 horas los 365 días del año. Su atención se da en las cuatro especialidades básicas de la medicina que son; Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía; además de otras especialidades que se requieran específicamente, de acuerdo a la morbilidad del lugar de ubicación de cada unidad, los más frecuentes son: Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Neumología, entre otras.

El Tercer Nivel de atención, se dedica exclusivamente a resolver padecimientos complejos, que requieren en su atención alta tecnología médica y equipo sofisticado como la Medicina Nuclear, Unidades de Diálisis, Tomógrafos Axiales Computarizados, etc... además las áreas de Enseñanza e Investigación. Está constituido por Hospitales de Especialidades o por Centros Médicos Nacionales. (Ver tabla 3. Marco histórico representativo de evolución hospitalaria de especialidades)

Con respecto a los principales servicios que conforman los hospitales de segundo y tercer nivel desde el punto de vista del Programa Médico Arquitectónico son: Consulta externa, Auxiliares de diagnóstico y el tratamiento, Hospitalización, Servicios generales, Gobierno, Enseñanza e Investigación, los que se rigen bajo una misma normatividad de representación en el diseño arquitectónico sin tener distinción sobre la patología.

Durante el 2003 y 2006 se declara la Reforma a la Ley General de Salud, el Sistema de Protección Social en Salud que crean la Formulación y consolidación del Plan Maestro de Infraestructura y el Certificado del ISO 9000-200.

“En el actual modelo, la salud también se convierte en una mercancía ya que pone un precio a cosas que en realidad nunca fueron producidas como mercancías”²⁵

Los servicios de salud en México están a cargo del Estado, pero debido a su incapacidad de atención a la población permitió el crecimiento de hospitales particulares, por lo que vemos como el capital financiero se apodera también de este sistema, en el que convierte a los pacientes en clientes y a la enfermedad como un medio para incrementar su capital económico. (Pulido Navarro 2012)

²⁵ D Harvey, the Art of Rent. Globalization, Monopoly and the commodification of culture, Socialist Register, Londres , Merlin Press, 2002, pp. 93-110

La reforma de la salud neoliberal ha fracasado, porque el modelo se fundó en principios económicos de rentabilidad y beneficios, como que el sector privado fuera más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino regular un mercado libre y competitivo que los genere de mayor calidad, esto se refleja en los hospitales de tercer nivel, que como ya se ha dicho, cuenta con los equipos más modernos y sofisticados para la detección y tratamiento de enfermedades de alto grado de complejidad, en el que la productividad de estos, se sustenta en contar con una fuerza laboral flexible a fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia.

Marco histórico representativo de evolución hospitalaria de especialidades				
	XV	XVI	XVII	XVIII
E X T R A N J E R O	Pammatone (manicomio) (1422) en Génova primer ejemplo de planta cruciforme.	Hospital Savoy en Inglaterra construido por Enrique VII y es el único ejemplo en planta de cruz	Hospital San Vicente de Paul (1638) dirigido a niños huérfanos y abandonados -Biceire, Luis XII (1656) Hospital de inválidos y casa para pobres -Salpetriere, (1684) incluía casa par pobres, epilépticos y dementes. -Hospital de los inválidos (1670) construido por el Arq. Braunt dirigidos para soldados, acianos e incapacitados.	Chamoussat (1756) hospital por donación privada Hospitales psiquiátricos: -Bootham York (1772-1776) -Retreal York (1796) -Alberghi du Poveri, Napoles (1751)
M É X I C O	1400 los Aztecas conquista territorios al sur de México y se establecen como etnia dominante en Mesopotamia	Hospital de Jesús de Nazareno (1524) por Hernán Cortes -Hospital de Tlaxpana dirigidos para leprosos (1524) -Hospital del amor de Dios para enfermedades venéreas y dirigido por Fray Juan de Zamarraga -Hospital de la mujer de nuestra señora de los desaparecidos (1582) dirigido por Pedro López Negros	Se reconocen los Hospitales: -Del Espíritu Santo y Nuestra Señora de los Remedios. -De San Antonio -Del Divino Salvador -De Betlemitas Todos ellos abiertos al público en general.	-Departamento de partos ocultos. -Hospicio de pobres Casa de cuna

Marco histórico representativo de evolución hospitalaria de especialidades			
	XIX	XX	XXI
E X T R A N J E R O	-Hospital de dementes, Almshouse y House of Refuge en Nueva York (1825) ambos eran dirigidos para atender niños, adolescentes, huérfanos, abandonados y delincuentes. -State Asylum Boston (aprox. 1840). -La evolución más significativa de este siglo es la especialización de los hospitales para cuidar un único tipo de padecimiento en Londres, ejemplo de estos: Hospital Torácico (1814), el Hospital de Oído (1816), el Hospital de Cáncer (1835), el Hospital Ortopédico (1838) y muchos más...	-El Terrassenbau especialidad alemana y suiza para los afectados de tuberculosis -Sanatorio Waiblingen 1929 de Richard Docker. -Johns Hopkins, Baltimore, Reumatología; Otorrinolaringología; Oftalmología; Psiquiatría; Neurología y Neurocirugía Urología.	-Clínica Mayo, Rochester con sus Principales especialidades: Diabetes y Endocrinología; Otorrinolaringología; Gastroenterología; Geriátrica; Ginecología; Nefrología; Neurología y Neurocirugía; Neumología. -Hospital General de Massachusetts, Boston, Psiquiatría; Diabetes
M É X I C O	--Central Militar -Lazareto de Churubusco -Ofthalmológico de Nuestra Señora de la luz (Instituto Oftalmológico Valdivieso) -Homeopático -Hospital de San Andrés y Departamento para Curar Enfermos de la Vista. 1880-1883	-Hospital General SSA. México, D. F. 1960 -Instituto Nacional de Pediatría. -Instituto nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez" -Instituto Nacional de Neumología -Hospital para Tuberculosos de Huipulco. México, D. F. 1936 -Hospital de Enfermedades de Nutrición. México, D. F. 1962 -Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. 1995 -Centro Materno Infantil – Gineco obstetricia Instituto Nacional de Rehabilitación con unidad de quemado, etc.	-Seguro Popular la mortalidad inicio siglo XXI: cardiopatías, neoplasias, diabetes, accidentes Hospital competitivo: -Planeación estratégica - Calidad Retos: economía. ecología, agua, tecnologías, envejecimiento de la población geriátrica

Tabla 3. Marco histórico representativo de evolución hospitalaria de especialidades (Dreifuss 2004)

2.3 La arquitectura hospitalaria de tercer nivel como espacio simbólico.

La semiótica junto con la ontosemiótica se convierten en un punto de partida en el modo de concebir un fenómeno en relación a otro, confrontando su hacer y su ser, en relación a la arquitectura al darle un comienzo de un espacio interno que puede evocar sensaciones y que va configurando una idea de la construcción (Eco, 1986), proporciona sentido a su potencial comunicativo acorde a su tiempo y espacio.

Sin embargo, cuando la semiótica pretende suministrar claves explicativas de todos los fenómenos culturales, el primer problema que se plantea es saber si las funciones arquitectónicas se pueden interpretar en su aspecto comunicativo y si este nos permite o no, comprender y definir las mejor o descubrir un nuevo tipo de funcionalidad (Eco 2006, 252)

Por lo que todo comienza con el desplazamiento de la lingüística que no es más que una parte de la semiótica o ciencia general de los signos; así, los conceptos operativos del signo, significante y significado, paradigma y sintagma, sincronía y diacronía, función y estructura, entre otros, fueron trasladados al campo del código de la arquitectura, partiendo del hecho de que ésta comunica a la vez y es el comienzo de un espacio interno que puede evocar sensaciones y configura una idea de la construcción (Eco 2006, 252) , por lo tanto, estos conceptos son aplicados a la semiótica de todo aquello que se presente ante los sentidos.

Así todas las cosas que llegan a nuestros sentidos significan algo para nosotros, y esta significación está formada alrededor y al funcionamiento comunicativo del signo, que incluso sin ser usada esta función debe ser ejercida debido al doble carácter de entidad que todo signo tiene un su soporte material, físico, evidente, palpable o audible (objetivo), que llamamos significante, en el que éste soporte es capaz de comunicarnos una cantidad de información, que designa el significado de aquel signo.

De tal forma fue posible pasar de una semiología del lenguaje a una semiótica del diseño, es decir de las tipologías de representación arquitectónica hospitalaria esto es porque una cosa es el lenguaje que usamos para hablar, escribir y entendernos en sociedad y otra muy distinta es el conjunto formado por signos urbanos o arquitectónicos debido a que contienen una serie de objetos en su interior para analizar en términos de significación de la sintaxis (de la decoración de una casa, la arquitectura o el urbanismo propio de una cultura)

Los espacios simbólicos arquitectónicos tienen su lugar en el esquema básico del proceso de comunicación ya que son el mensaje; el usuario que los habita y transita, es el receptor. Se realiza una acción cuando el usuario utiliza el espacio arquitectónico, activa el mensaje, la denotación y la connotación con sus diferentes funciones

El objeto arquitectónico denota una forma de habitar y de su utilización, que obliga a vivir de una manera determinada, estética, imperativa, emotiva, etc., mientras que con la connotación llega a ser tan funcional que por el mero hecho de existir puede llegar a relegar la función primaria, porque no solamente son consideradas funcionales en sentido metafórico, sino que también comunican una utilidad social del objeto que no se identifica inmediatamente con la función (Eco 2006, 261-267).

Así, el usuario desarrolla diferentes actividades sociales que conforman un determinado contexto de diseño arquitectónico y urbano, donde el arquitecto o el diseñador, actúan como emisor, y el usuario se convierte en el punto central del diseño, el que recibe los mensajes y los vive.

Por lo que los productos del diseño arquitectónico no sólo tienen funciones prácticas (una puerta, no es solamente el elemento que puede impedir o posibilitar el acceso o la salida a cierto espacio), sino también simbólicas, que adquieren una importancia cada vez mayor (las puertas para Luis Barragán, significan el paso de una dimensión a otra, y como tal, debe marcar ese paso, es un signo que debe tratarse

en su trascendencia y conservar su esencia simbólica). La orientación racional y analítica del diseño debería sustituirse por valores sensitivos y emocionales (Bûrdek 1994, 233)

Al igual una ventana o una escalera no son arquitectura, pues ésta sucede, cuando alguien se asoma por la ventana o se conduce por la escalera y el espacio simbólico arquitectónico es acción, movimiento desde la experiencia del usuario y lo que esto signifique para él; una construcción influye en el comportamiento de las personas, por lo tanto la arquitectura se compone de vehículos signicos que promueve comportamientos debido a que las formas espaciales en todo edificio y en toda ciudad, están concebidas para sugerir, para inducir a tipos de comportamiento determinados.

Dentro de la semiótica y la ontosemiótica nos apoyamos en la proxémica, entendida como la concepción espacial en referencia al “otro”, en donde supone que esto no es un caso de insinuación o mera estimulación, sino que se trata de un proceso de significación de manera que cualquier forma espacial es un mensaje convencional preciso que transmite determinados significados sociales sobre la base de unos códigos existentes (Eco 1973, 130)

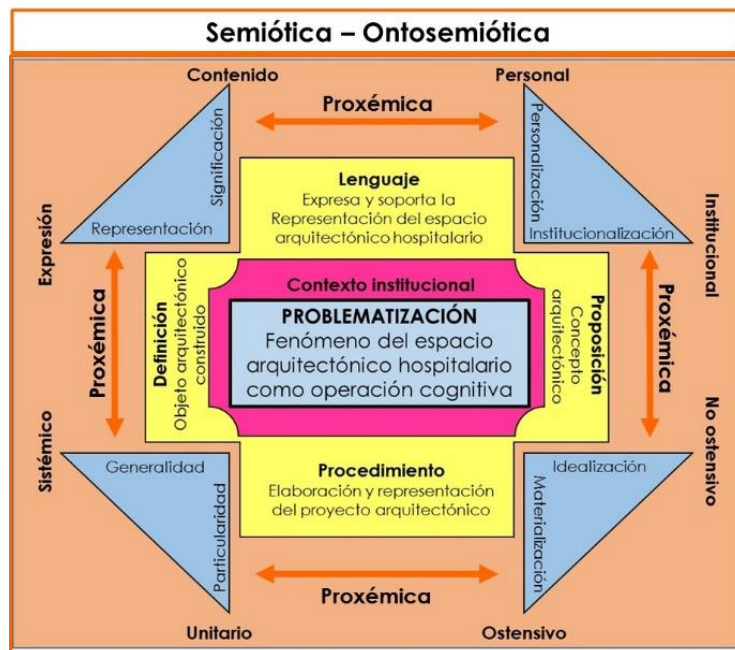


Ilustración 17. Proxémica, como concepción espacial de referencia

De esta manera los objetos se transforman en formas significantes; dentro de la cultura, cualquier entidad se convierte en un fenómeno semiótico y las leyes de la comunicación son las leyes de la cultura. Así, la cultura puede estudiarse desde una perspectiva ontosemiótica, y a su vez la semiótica, es una disciplina que debe ocuparse de la totalidad de la vida social (Eco 1973, 131).

El aspecto comunicativo de los códigos de la arquitectura, trata de sistemas sintácticos y de los sistemas semánticos, pues es algo más que un acto de comunicación de masas, debido a que tiene carga ideológica, por lo que puede ser claro, la dualidad formulada en la ontosemiótica entre las funciones prácticas y las simbólicas.

La arquitectura comunica y crea estímulos que son a la vez ideologías, por lo tanto, connota una ideología de vivir que resulta necesario conocer y profundizar como análisis de la relación sujeto-objeto, en cómo se relacionan los espacios arquitectónicos hospitalarios, con sus elementos como objetos y con el usuario como el sujeto; por lo que se trata de lo simbólico del elemento en la relación, en la experiencia del usuario, cuyo significado está conformado por el conjunto de todos los contextos en el que éste puede tener lugar, ya sea en los espacios arquitectónicos, en los urbanos o en diferentes escenarios.

En este sentido, la arquitectura de especialidades hospitalaria se enfrenta a una indeterminación, que se manifiesta en la funcionalidad de ciertos espacios y a la posibilidad de aspectos no resueltos para la época actual, debido al cambio de patologías de gran complejidad, al alto costo social y financiero.

Cabe señalar que los criterios vigentes de planeación médica, dan referencia a unidades de tamaño intermedio, en lugar de los grandes hospitales de concentración que antes se prefería, sin embargo con el corpus de las tipologías se planteó una lectura y una revisión indexical de los espacios y funcionalidad en los planos arquitectónicos, para poder enriquecer el análisis de la unidad de Hemato-

Oncología del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaria de Salud ubicados al sur de la ciudad de México organizado en dos temas: en primer lugar la concepción y proyecto original; y como segundo punto las modificaciones y ampliaciones que ha sufrido el Instituto basado en las siguientes hipótesis:

- Sí hay cualidades trascendentes en la arquitectura hospitalaria, esas cualidades pueden ser traducidas y cumplidas por medio de la arquitectura tradicional.
- Sí se toman normas generales y las aplican a distintas patologías con la intención de elaborar un lenguaje arquitectónico, éstas pueden controlar a los usuarios e influir en su bienestar.
- Sí hay errores en la concepción espacial y funcional como consecuencia de las reglas Institucionales estandarizadas, tienen que ser abordadas o corregidas.

De lo anterior no se debe perder de vista, que cada función exige su propio espacio y éste, puede estar tan determinado que no dé lugar a concesiones formales, debido a la complejidad de la medicina moderna.

El historiador José Luis Romero (2001, 45-68) considera que los hospitales y las ciudades fueron virtuales mucho antes de que este término se pusiera de moda, porque las ideas que se tienen sobre los hospitales reflejan una cuestión central en cuanto a la representación icónica de estos.

Al trabajar el período del marco histórico de evolución hospitalaria y el surgimiento de unidades de especialidades, resalta que estas jurisdicciones fueron creadas para solucionar las necesidades de sanidad de la época antes de elaborar de manera formal la representación gráfica planeada de una entidad dedicada a la salud previa de su construcción; porque el alcance real de los rasgos formales destinados para el buen funcionamiento del inmueble es superado por la demanda de los usuarios que requieren el servicio.

El aporte histórico nos permitió recuperar la idea de que los dilemas de la representación marcan a los hospitales y por ende, el de especialidad pediátrica desde su función: para Peirce, la representación es “estar para, es decir, algo está en una relación tal con otro que para ciertos propósitos, es tratado por una mente como si fuese aquel otro (Collected Paper 1931-1965, 2.273).

En el campo de la representación, el terreno de lo icónico aparece como el más conflictivo²⁶. Santaella y Nöth (1998) ven en la semejanza entre el signo de la imagen (plano) y su objeto de referencia una de las causas para la variedad del concepto de imagen. Estos autores sostienen que a partir de la tríada de Peirce “el signo de la imagen está constituido por un significante visual (el *representamen*) que remite a un objeto de referencia ausente y evoca en el observador un significado (interpretante) o una idea del objeto (Santaella y Nöth 1998, 38).

Como el observador está habilitado mediante el principio de la semejanza para unir los tres elementos constitutivos de signo, el concepto de imagen del plano puede reencontrarse en las denominaciones de cada uno de ellos. A veces, designa el *representamen* como diseño, fotografía y cuadro, otras se remiten a la imagen como interpretante, es el caso del concepto de imagen mental, aunque también se utiliza en relación con el objeto de referencia cuando se considera imagen original de la que se hizo copia, de manera que el círculo de la variedad semiótica recuerda el principio peirciano de la interpretación del signo como un proceso circular de semiosis infinita.

En el caso de las fotografías o de la pintura realista, la relación de semejanza que guarda el icono con el objeto nos lleva a la identificación por ejemplo, Magritte advierte que es imposible fumar en su pipa, pero



Ilustración 18. Leci n'est pas une pipe

²⁶ Para Peirce la semiótica puede caracterizarse como “la teoría general de las representaciones” y que además para el autor, puede hablarse de “signo o representación” CP 1.339

afortunadamente, cuando nos referimos a planos, las dimensiones constructivas tienen otros indicios.

Sin embargo en las bibliografías especializadas es común encontrar expresiones como –la información visual de los hospitales nos dice-, en donde los planos aparecen como si fueran el objeto representado (los hospitales), con esta evasión crea una imposibilidad de considerar a los planos como su representación icónica y, como construcción impide o empobrece a los estudios de su espacio arquitectónico ya que carecen de la interpretación funcional del usuario.

Contrariamente, éstos pueden valorarse como la maneras de “decir” el espacio arquitectónico y por lo tanto, como representación del hospital. Esta reflexión necesariamente invoca a la semiótica icónica que permite recuperarlos no sólo como fuente de información, sino también como material de análisis puesto que aclara los datos con los que trabajamos, más que planos arquitectónicos, son discursos de bienestar social con tientes políticos y que la información no son los datos, sino las representaciones/ interpretaciones sobre los hospitales que pueden identificarse por la población. (Magariños de Morentín 1996, 252).

Por lo tanto, la representación social del fenómeno del hospital pediátrico de especialidades, en su modalidad icónica, es el correlato perceptual de la interpretación social de éste, materializada en los planos como un discurso social gráfico, que resulta ser el soporte físico, pero a su vez el instrumento para la producción de esa representación.

Tercera parte:**SEMÁNTICA. La relación de los signos con los significados del espacio hospitalario de especialidades**

La semántica se ocupa de la relación de los signos con sus designata y, por ello, con los objetos que pueden denotar o que, de hecho, denotan.
(Morris, Fundamentos de la teoría de los signos 1985, 55)

El termino semántica proviene de la palabra griega semantikos, lo que tiene significado, sentido o interpretación; por lo tanto es quizás el nombre de más amplia aceptación para la semiótica, debido a que ésta es la parte que se encarga de los significados de los signos. (Morris 1946)

En principio cualquier medio de expresión admite una correspondencia entre expresiones de símbolos, situaciones o conjunto de cosas que se encuentran en el mundo físico o abstracto, que pueden ser descritos.

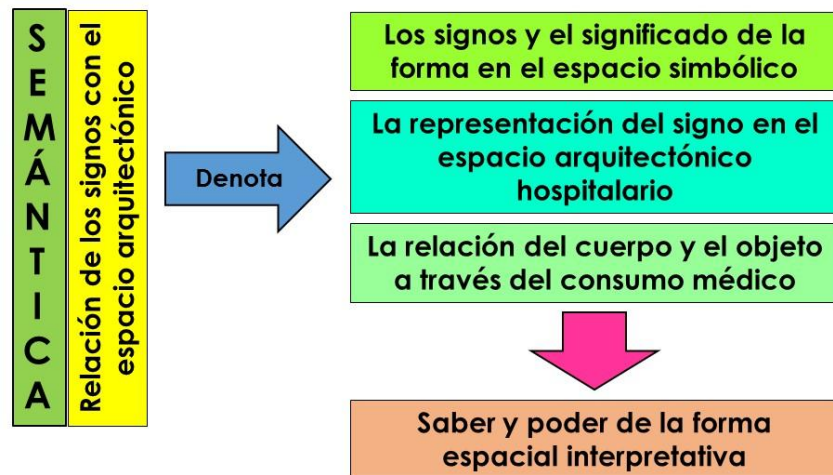


Ilustración 19. Esquema de interpretación semántica.

La semántica determina explícitamente solo a los signos como objeto o situaciones que designan; pero no existe relación de ese tipo sin reglas de uso semántico y esto supone nuevas nociones del intérprete.

Según Morris en su libro *Los fundamentos de la teoría de los signos* (1985, 57-59) tenemos dos tipos de semántica, una pura y otra descriptiva. La primera proporciona los términos, los aspectos teóricos para hablar de la semántica en relación a la semiosis; en cambio, la segunda se ocupa de cuestiones prácticas o “reales” y nos dice que en esta dimensión aparece un “lenguaje objetual” con sus respectivas reglas lógicas que harán que se relacione los signos con los objetos, “una regla que determina en qué condiciones un signo es aplicable a un objeto o situación; tales reglas establecen correlaciones entre signos y situaciones denotables mediante signos”

Semántica pura	Semántica descriptiva
Proporciona los términos y la teoría necesaria para hablar de la dimensión semántica de la semiosis.	Se interesa por aspectos reales de esa dimensión: ○ Un desarrollo riguroso de la semántica presupone una sintaxis con un desarrollo relativamente alto. ○ La semántica presupone la sintaxis, pero desprecia la pragmática, ya que se limita a la dimensión semántica de la semiosis. ○ Reglas semánticas determina, en qué condiciones un signo es aplicable a un objeto o situación

Tabla 4. Tipos de semántica (*Morris, Fundamentos de la teoría de los signos 1985*)

Estas situaciones no están determinadas por los usuarios, al contrario, son el resultado de hábitos generados a partir de las funciones del espacio arquitectónico. Por esa razón el estudio de las situaciones, sus condiciones, así como sus relaciones serían tarea de la semántica descriptiva capaz de crear un lenguaje simbólico que dé cuenta de esto. Ejemplo de esto se refleja en la transición de las circulaciones entre el área gris (tránsito de usuarios) y la blanca (tránsito de usuarios en área aséptica) al ingresar al transfer, lo que marca un hábito adquirido por el espacio.

3.1 Los signos, el significado simbólico y su representación en el espacio arquitectónico en el Instituto Nacional de Pediatría. Unidad de Hemato-Oncología

En la arquitectura hospitalaria pediátrica, quienes la habitan (los usuarios), son los que le dan significado a los espacios y estos como consecuencia se convierten en un sistema de signos, donde las personas se relacionan principalmente desde sus cuerpos.

De acuerdo a Peirce un signo (representamen) es algo que para alguien representa o se refiere a algo en cierto aspecto o carácter, debido a que crea en la mente de la persona un signo equivalente o más desarrollado, ya que el signo está en lugar de algo, su objeto, está en lugar de ese objeto, no en todos los aspectos, sino solo con referencia a una suerte de idea, fundamento del representamen. (Peirce, 1986: 22)

Los proyectos semióticos son muchos y de variadas ideas y conclusiones, pero tienen un lugar común (al menos el de Peirce y Saussure); hacer posible la aprehensión de todo hecho de cultura y de toda práctica social como un lenguaje (Carontini y Peraza 1979, 29), por lo tanto al tener por objeto cualquier sistema de signos, sea cual sea su sustancia: las imágenes, los gestos, los sonidos, toda práctica social, etc.; no hay campo que no haya sido alcanzado por la expansión semiológica y en la arquitectura, por sus espacios, sus elementos constructivos, decorativos.

La construcción puede ser un modelo abstracto o ya codificado en un espacio simbólico arquitectónico que genera un código icónico de los que nos movemos en ella, la habitamos y transitamos, por lo que de su trascendencia no nos escapamos al encanto de la interpretación, debido a su función comunicativa, incluso sin ser usada, hay espacios que tienen la capacidad de aglutinar determinados significados en su seno, es decir, de cargarse de significado simbólico.

Dentro de una institución hospitalaria la vida social, no es solo una cuestión de objetos, espacios e incidentes que se presentan como hechos, sino que también es una cuestión de acciones y expresiones significativas de enunciados simbólicos, textos, artefactos de diversos tipos y de sujetos que se expresan por medio de estos y buscan comprenderse a sí mismo y a los demás mediante la interpretación de las expresiones que producen y reciben por medio del entorno que habitan. (Thompson 1993)

De tal forma la semántica se vuelve la base de estudio para la relación de los espacios simbólicos junto con los interpretantes que utilizan los signos del espacio arquitectónico hospitalario, que posibilita el análisis de las formas y las estrategias concretas que asumen las expresiones comunicativas, con el fin de descubrir las leyes que rigen y establecen sus características generales (Zeccheto 2002, 21) que al crear un distanciamiento alienante, experimentan la propia personalidad como algo ajeno, algo con lo cual la persona no se identifica, que está fuera de ella misma como objeto pensable de contemplación y juicio, donde el usuario principalmente el paciente con su acompañante no enriquece su experiencia por considerarlo un “no lugar” que es... “un mundo donde... se multiplican... los puntos de tránsito y las ocupaciones provisionales, donde se desarrolla una apretada red de medios que son también espacios habitados...” (Augé 1992) porque se tiene la necesidad de acudir a él .

En este sentido podemos encontrar que un signo denota aquello que se afirma en una regla semántica, mientras que la regla en sí, establece las condiciones de designación y determina el designatum (usuario), proporcionando la fórmula explícita de las reglas de un lenguaje dado que requiere un nivel de simbolización superior y es una tarea propia de la semiótica descriptiva, por lo tanto es natural que la atención se centre en fragmentos de los lenguajes ordinarios y deliberadamente contruidos.

Así un signo tiene una dimensión semántica, en la medida en que existen reglas semánticas que determinan su aplicabilidad a ciertas situaciones bajo determinadas condiciones, de este modo el signo indéxico de la representación del espacio hospitalario arquitectónico en planos designa aquello hacia lo que dirige la atención y llega a caracterizar todo lo que denota.

Cuando se considera la representación del plano arquitectónico hospitalario (un lenguaje) como un todo, su estructura semántica es a la vez una función de consideraciones pragmáticas y empíricas y no un mero reflejo de la naturaleza, haciendo abstracción de los usuarios del lenguaje, pues:

- Los designatum de algunos signos han de buscarse en el nivel de la semiótica más que en el nivel del propio lenguaje objetual
- Los signos indican simplemente relaciones de los otros signos entre sí o con el intérprete.

Por lo tanto, un signo en el espacio arquitectónico hospitalario puede no denotar objeto real alguno, debido a que sus lenguajes pueden tener distintos niveles y propiedades en la complejidad de su estructura, en la gama de cosas que designan y en los propósitos para los que resultan idóneos (Morris, 1994: 36).

Lo que los signos designan y las diferentes formas de designarlo quedará determinado por el contexto en el que esos signos sean utilizados, por lo que Morris considera tres dimensiones que pueden darse simultáneamente o por separado al proceso de significación (J. M. Rodríguez 1993, 303):

- a) Dimensión designativa.- proporciona información sobre el objeto a partir de un estímulo recibido por los órganos sensoriales (en el caso de la arquitectura, sucede normalmente cuando la vemos, pero para una persona invidente, por ejemplo, sucedería al tocar, al sentir).
- b) Dimensión apreciativa.- aquella que permite hacer una selección comparativa a partir de las propiedades del objeto (¿es una escalera alta? ¿A dónde me conduce? ¿Es una escalera pesada?).

c) Dimensión prescriptiva.- la que pide una conducta activa en el receptor (el usuario se mueve por la arquitectura, transita en ella: ¿subo por la escalera, o no?

De este modo el espacio simbólico es un elemento importante que otorga procesos de identidad a un grupo; los edificios dedicados a la salud son determinantes en su conformación y su cambio, debido a ello es necesario analizar el papel que juega en la existencia de los usuarios, para saber desde su perspectiva y con los significados que le son propios, cómo entienden y viven el espacio arquitectónico hospitalario que les ha sido impuesto.

Tengo miedo cuando entro al hospital porque ahí veo cuando los doctores maltratan algunos niños, mmm, yo le digo a mi mama que no quiero entrar y a fuerzas tengo que entrar. Veo niños que los maltratan (Niña 2017)

Cuando llevo a mi hijo al hospital, mi sentir es miedo, encontrar un buen doctor que lo sane, que me dé una buena respuesta. (N. D. Mamá 2017)

Lo primero a considerar es el aspecto simbólico como una propiedad del espacio hospitalario, ya que desde este punto de vista, todo tiene un significado propio y que es inherente a él, por lo que este significado puede derivarse de las características físico-estructurales de la función ligada a las prácticas que se desarrolla o bien de las relaciones que a nivel simbólico se dan entre los sujetos que ocupan o utilizan el hospital.

Yo lo que siento cuando voy al hospital siento miedo porque veo como maltratan a los niños los enfermeros y los doctores mmm, y al entrar al hospital lo siento como muy raro pero... no lo siento así tan feo feo, no!. (Niño 2017)

Siento satisfacción al llegar al hospital porque tengo una fuente de trabajo, pero viceversa cuando llevo a un familiar, hijo o un hermano, pues si se siente la angustia de la enfermedad, ósea es la angustia de que lleve uno a su familiar enfermo y pues eso es lo que se siente, la angustia de que va a suceder o que va a pasar y como uno ya sabe, uno como este tiene el

conocimiento, pues si se angustia de lo que sucede con los familiares. (Enfermera INP 2016)

De tal manera que estos espacios pueden ser ordenados jerárquicamente con base en su carga simbólica, es decir a partir de espacios carentes de significado simbólico relevante a nivel social (aunque puedan tener un significado personal) pasando a espacios cuyo significado atañe a un grupo reducido de sujetos (familia, grupo de amigos...) hasta llegar a espacios con un significado ampliamente reconocido por la mayor parte de sujetos que ocupa el área.

Desde la perspectiva de la conducta, los signos son pertinentes en la medida en que determinen correctamente las expectativas de sus usuarios, porque expresan de forma más completa la conducta implícitamente presente en la expectativa o en la interpretación.

La verdad para mi entrar a un hospital significa eh!!! Como seguridad porque sé que en ese lugar mi hija va a estar atendida y pase lo que pase, pues ella va a tener los especialistas necesarios, no me gusta ir, pero si tengo que ir sé que es el lugar más seguro en el que ella puede estar. (V. Mamá 2016)

Por lo que la pragmática intenta desarrollar los términos apropiados para el estudio de las relaciones de los signos con sus usuarios y para ordenar sistemáticamente los resultados procedentes de la semiosis, puesto que:

- Cualquier signo puede ser examinado en función de las condiciones psicológicas, biológicas y sociales de uso.
- El signo expresa pero no denota su propio interpretante, sólo en un nivel superior puede decirse que la relación del signo con el intérprete se convierte en un asunto de designación.
- Cuando sucede esto y se encuentra una correlación, el signo adquiere un valor de diagnóstico social e individual y se convierte en un nuevo signo de nivel superior a la semiosis.

Bajo esta perspectiva desde la cual puede contemplarse el simbolismo espacial, hay hospitales que tienen la capacidad de agrupar determinados significados simbólicos, y generar un signo social que es reconocido y compartido por un número amplio de usuarios.

A mí en lo general no me gusta ir nunca a los hospitales y cuando llevo a mi hija menos porque siento que el tiempo de espera es demasiado, las instalaciones las siento muy sombrías, muy frías y en ocasiones el trato de los médicos o asistentes médicos, no es el mejor.... (R. Mamá 2016)

Mi primer sentimiento sería miedo, angustia por no saber qué es lo que le puede suceder, lo que conlleva, lo que siente en ese momento mi hija y pues quisiera llegar y dejarla en buenas manos y que le diera un tratamiento correcto. (R. Mamá 2017)

Las perspectivas de Peirce y la de Morris, pueden ser integradas y complementadas mutuamente y no son consideradas excluyentes, al contrario, pues es posible que todo edificio hospitalario está dotado de un determinado significado, sea personal o social y, constatar a su vez que determinados espacios arquitectónicos muestran un valor simbólico mayor que otros, por el hecho de que el significado es más ampliamente reconocido o lleva una implicación emocional o afectiva para la comunidad de referencia.

Pues...en cuanto la atención de los niños, pues si siempre es preocupante no, el que tu llegues a un lugar y tengas la certeza de que van a recibir una buena atención para que sane, en cuanto a los tratamientos pues yo en general con los médicos he tenido mucha suerte, te puedo hablar de mí, en lo personal siempre me ha ido bien aunque pierdo mi identidad. (Administración INP 2017)

Los espacios de un hospital pueden ser mostrados, nombrados y recorridos, con los planos; el especialista en realizar el dibujo “reconoce” los espacios y los traslada a la representación de una imagen de acuerdo a reglas específicas de la materia, este trabajo no es un mecanismo que permite simplemente reproducirlos, sino una

compleja actividad de construcciones en la que se realiza un orden, se miden y se recortan superficies para articular territorios de representación.

Una aproximación sincrónica de los planos nos permite recurrir al signo icónico, que de acuerdo a la comparación que hace Peirce de la naturaleza del signo con la de la memoria, nos dice que en cuanto esta recibe la transmisión del pasado se traslada una parte de ella para el futuro.

La comparación de planos que se han elaborado y las vivencias de los usuarios que transitan y viven el espacio arquitectónico permiten verificar las variaciones diacrónicas tanto en la conceptualización cognitiva, en las prácticas y el valor social del signo de la representación del lugar.

Si consideramos las formas de la representación del espacio arquitectónico hospitalario en los planos, se puede hacer un planteamiento de un conjunto de rasgos gráficos que llegan a indicar un patrón en la funcionalidad del lugar, ya que pueden dar cuenta de las principales similitudes y diferencias que se actualizan a la hora de construir el espacio mediante el mapeo y a su vez el usuario corrobora la forma simbólica de habitarlo.

En 1943 se establecieron las bases del sistema de salud que hoy tenemos, al fundarse la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por lo que la ciencia médica ha tenido un desarrollo importante en México y ha vivido momentos de gran trascendencia en el ámbito de la medicina moderna con Los Institutos Nacionales de Salud; puesto que un hospital de tercer nivel revela un espacio arquitectónico dirigido a ciertas patologías y que tiene la elocuencia muda de una máquina con



la funcionalidad de “sanar”, es decir, el edificio simboliza un medio para recuperar la salud mediante un tratamiento especializado.

Sin embargo esta es una referencia que establece la relación entre el mensaje y el objeto al que este se refiere; de tal forma que la referencia puede ser entendida como una función semántica, donde se encuentra la función implicada en la manifestación de significados, por lo tanto es un mensaje cognitivo respecto al referente, que vuelto hacia el objeto, tienen una vocación esencialmente correctiva.

Respecto al Instituto Nacional de Pediatría (INP) como un hospital de tercer nivel, con una superficie de terreno de 35,583.24 m² y ubicado en Av. Insurgentes Sur no. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, México D.F. se fundó el 6 de noviembre de 1970, bajo el nombre de Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), cuya misión fue la prestación de servicios de atención médica pediátrica especializada, así como la realización de investigación científica en las diferentes disciplinas.

Es considerado un acercamiento a la fase de la modernidad de los años setenta, durante el gobierno del presidente Gustavo Díaz Ordaz. Para 1972 se le denominó Hospital del Niño IMAN, sin embargo, para 1976 el IMAN se fusiona con el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por lo que en 1979 se convirtió en el Instituto Nacional de Pediatría-DIF. (INP)

El 19 de abril de 1983, por decreto se creó el INP como organismo público descentralizado e incorporado al subsector de los Institutos Nacionales de Salud; este cambio implicó modificaciones en su estructura



orgánica, debido que el 1º de agosto de 1988 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que modificó su operación dentro del Sistema Nacional de Salud y el 6 de julio de 1990 el DIF donó al INP el Instituto de Ciencia y Tecnología Aplicada a la Salud del Niño, actualmente la Torre de Investigación “Joaquín Cravioto” y el Centro de Información y Documentación (CID).

Desde la creación de los servicios de hematología, oncología y radioterapia en el INP a principios de 1970, el desarrollo de estos ha sido progresivo llegando a cifras que en este momento sobre pasan el número de pacientes atendidos en consulta externa y en hospitalización a la capacidad instalada ya que en la actualidad existe una transición epidemiológica en México.

De acuerdo a los estudios realizados por la Dirección General de Epidemiología, a partir de 1990 la incidencia de padecimientos malignos en menores de 18 años presentaron un incremento, por tal motivo la mortalidad que oscila entre los cuatro y 14 años de edad por cáncer constituye la segunda causa antecedida por accidentes.

Es decir el INP ha observado un incremento en pacientes nuevos con cáncer, alcanzando cifras en los últimos años (2009 a la fecha) de 374 pacientes nuevos por año y 12,928 subsecuentes/años y como consecuencia hay un aumento en la ocupación de hospitalización en los servicios de Hematología y Oncología, con un promedio de consulta externa diaria de 50 pacientes con estos padecimientos. En la unidad llamada AQUA que alberga estas especialidades, registra un promedio diario de 68 pacientes, que incluye la aplicación de quimioterapia y procedimientos invasivos y terapéuticos.

A su vez y con apoyo de la fundación TELETÓN A.C. en el año 2009, el INP destinó un área de aproximadamente 140.4 m² para la construcción del Acelerador Lineal, denominada Unidad de Radioterapia Integral Pediátrica,



que constituye prácticamente un “BUNKER” por la rigidez de sus elementos estructurales, debido a que el acelerador lineal es el dispositivo que se usa comúnmente para dar radioterapia a enfermos con cáncer.

Acercamiento evolutivo del Instituto Nacional de Pediatría	
Etapas	Principales características
1970-1982 Fundación	Apertura el 6 de noviembre de 1970, con instalaciones nuevas, autonomía presupuestal y administración sencilla.
1983-1995 Evolución	*Se integran los Institutos Nacionales de Salud. *Apertura de 22 programas para pacientes con patologías específicas. *Investigación clínica y experimental con el respaldo de los Investigadores en el Sistema Nacional (SIN). *Se otorgan reconocimiento por procedimiento quirúrgico para el tratamiento de las malformaciones anorectales. *Identificación y evaluación de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que complementan la consulta externa y dan la característica de un hospital de tercer nivel, misma que da inicio la publicación del Acta pediátrica y la Gaceta.
1996-2005 Transición	*Técnicas quirúrgicas de mínima invasión y manejo de estándares de calidad de la atención médica. *Reconocimiento universitario a 25 especialidades. *Modernización de la infraestructura en el desarrollo de Sistemas Informáticos. *Remodelación de quirófano central, CEyE, Residencia médica, Cocina y comedor de empleados, Urgencias, Casa de Música y Banco de leche. *Mantenimiento de casa de Máquina *Regularización del predio que ocupa el Instituto.
2005-2017 Crecimiento físico y modernización de los procesos para responder a la transición	*Expansión de la infraestructura física, se crece en aproximadamente 70 mil metros cuadrados (Consulta externa, Neurodesarrollo, Estancia Infantil, área para acelerador lineal, Hemato-Oncología) *Mejora en el proceso del uso de tecnologías de vanguardia como: expediente clínico electrónico, equipamiento del área de servicios de diagnóstico y tratamiento, biología molecular e inversión en equipamiento para la investigación y enseñanza.

Tabla 5. Acercamiento Evolutivo del Instituto Nacional de Pediatría

Con respecto al programa de trabajo 2016-2021 elaborado por el Dr. Alejandro Serrano Sierra, la institución ha debido adecuarse a los tiempos políticos, al gran crecimiento de la población infantil en cuanto a los cambios epidemiológicos experimentados en la población, a las situaciones socioeconómicas del propio país y a los avances vertiginosos de la tecnología y su impacto en:

1. La atención medica
2. La docencia
3. La investigación

Para la creación de la nueva Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología (UPHO) se tomó en cuenta la tasa de ocupación intrahospitalaria del año 2011, que rebasaba el 100% debido al incremento de estos padecimientos, mostrando claramente un problema epidemiológico del cáncer infantil en la república mexicana. La representación gráfica de los planos arquitectónicos proyectados y los construidos se muestran en la ilustración 19 - 20:



Ilustración 20. La Unidad Pediátrica de Hemato – Oncología en el Instituto Nacional de Pediatría se proyecta la construcción de esta. Derivado de un compromiso presidencial de crear. 2012

Como ya se ha mencionado, las formas espaciales en todo edificio y en toda ciudad están cargadas de significaciones que sugieren e inducen comportamientos determinados. De acuerdo con Edward T. Hall (2003, 125), la infraestructura es parte de un sistema de categorización proxémica que implica un orden de relación concreta con otras partes del sistema, de tal forma ésta se utiliza para “definir las observaciones y teorías interrelacionadas acerca del empleo del espacio por el hombre” por lo que se enuncia en tres aspectos:

- 1- Infraestructura, el comportamiento que radica en el pasado biológico del hombre.
- 2- Percultura fisiológica ante todo del presente.
- 3- Microcultura, donde se afectan observaciones proxémicas, las cuales a su vez muestran: los rasgos fijos, los rasgos, semifijos y los rasgos informales.

Bajo esa perspectiva, se encuentra la dificultad metodológica de la ontosemiótica al trasladarse de un sistema de prácticas de un nivel a otro (la representativa y la desarrollada) debido a que proviene de la determinación de la diversidad cultural y del hecho de que es imposible para el observador examinar simultáneamente las tipologías básicas de significados (ilustración 8) con grado de presunción lo que ocurre en comportamientos separados.

Por lo que, el espacio arquitectónico es en todos los sentidos, una prolongación del organismo que es marcado por señales visuales, olfativas, táctiles y vocales; ya que el ser humano crea estas propagaciones materiales como “señaladores territoriales visibles e invisibles” (Hall 2003, 127) el cual dentro una arquitectura hospitalaria pediátrica la territorialidad es relativamente fija.

El diseño de espacios arquitectónicos dedicados a la salud, a lo largo de la historia, ha conceptualizado objetos abstractos que responde a las leyes de la geometría que debe satisfacer funciones específicas (habitar, curar, gestionar, educar, recrear), en el cual éste funcionalismo juega un papel importante en todo el espacio arquitectónico hospitalario, pero también las formas tienen significados que impactan en la conducta del usuario, además se recurre al manejo de otros valores, como la conjunción de la salud y enfermedad, dos momentos del mismo fenómeno unidos por dos facetas una biológica y otra social. (Colmero 1996, 14)

En lo general las instalaciones de los hospitales a mí me ha parecido muy buena y también estoy muy consciente que es una cuestión de suerte muchas veces porque he escuchado testimonios que no, no les ha ido tan bien...entonces en lo general yo puedo hablar bien de las instalaciones públicas que

es lo que a mí me ha tocado... (...)pues si la infraestructura del hospital es buena a lo mejor no te vas a sentir muy cómoda por la situación, pero en realidad puede ser un poquito más tranquila la cosa que llegar a un lugar que este deteriorado o en mal estado, pues finalmente lo que uno está buscando es salud independientemente de cómo se encuentre el lugar. (Administración INP 2017)

En el nivel proxémico, este tipo de lugares son denominados “espacios de carácter fijos” (Hall 2003) que son uno de los modos de organización de las actividades del seres humanos ya sea de forma individual o grupal, del cual el edificio hospitalario es una expresión que se concentra de forma característica y que en su interior se divide de acuerdo a las normas arquitectónicas y diseños culturalmente determinados, pues algunos aspectos de sus espacios no son visibles mientras uno no observa el comportamiento humano.

Como trabajadora del hospital, el hospital para empezar está muy... en el espacio que nos dan es muy chiquito, no, no cabe para tanto paciente, a lo mejor no lo sabe verdad, pero el espacio está muy reducido y los pacientes pues llegan y llegan son bastantes pacientes para el espacio que nos dan y además de que el insumo esta escaso, hay veces que no tenemos jeringas y a ver cómo le haces sin jeringas, agujas, a fines del años es cuando se empiezan a escasear, que la ropa, que jeringas, material, medicamentos empiezan a escasear, pero los pacientes no escasean, ellos no saben, ellos exigen y como nosotras estamos en primera estancia, pues nos exigen a nosotras como enfermeras, pero pues sí, ellos si deberían de ver que no es nuestra culpa que no haya ropa, que no haya insumo, sino que es el gobierno que lo está escaseando si, entonces si deberían de ver eso porque si son muchos problemas para nosotros porque como estamos en primera estancia atendiéndolos ellos si nos exigen y pues el gobierno está bien contento no (se ríe). (Enfermera INP 2016).

Las instalaciones para mí no son agradables, muchas veces no he tenido cama, pero bueno, lo importante es que le están dando la atención y pues no de estar agradable o hacerlo

agradable No, ya cuando veo que el niño está reaccionando, mi forma de pensar cambia. (N. D. Mamá 2017).

La importancia de la arquitectura hospitalaria pediátrica como espacio de carácter fijo se debe a que se crea un “molde donde se fragua buena parte del comportamiento” (Hall 2003, 132) del usuario que parte de los referentes de la representación en planos para una función espacial arquitectónica y la función referencial ligada a ellos; con el mensaje documental (bocetos, representaciones, planos), se revelan algunos de los aspectos que tendría el futuro inmueble, lo que lleva a tomar en cuenta que para la comunicación proyectual el referente edilicio es pura virtualidad que puede no llegar a existir.

El mensaje documental del proyecto es demostrado por imágenes de la UPHO, donde su fusión referencial fue ejecutado antes de que se construyera la obra, en el que se describe algunos de los aspectos que tendría el inmueble, que muestra un significado referencial arquitectónico del edificio y a su vez el significado como Instituto de servicio público dirigida a una población específica, en el cual se ejerce relaciones de poder y disciplina (burocrático), considerado de índole referencial extra arquitectónico. (Ilustración 21)

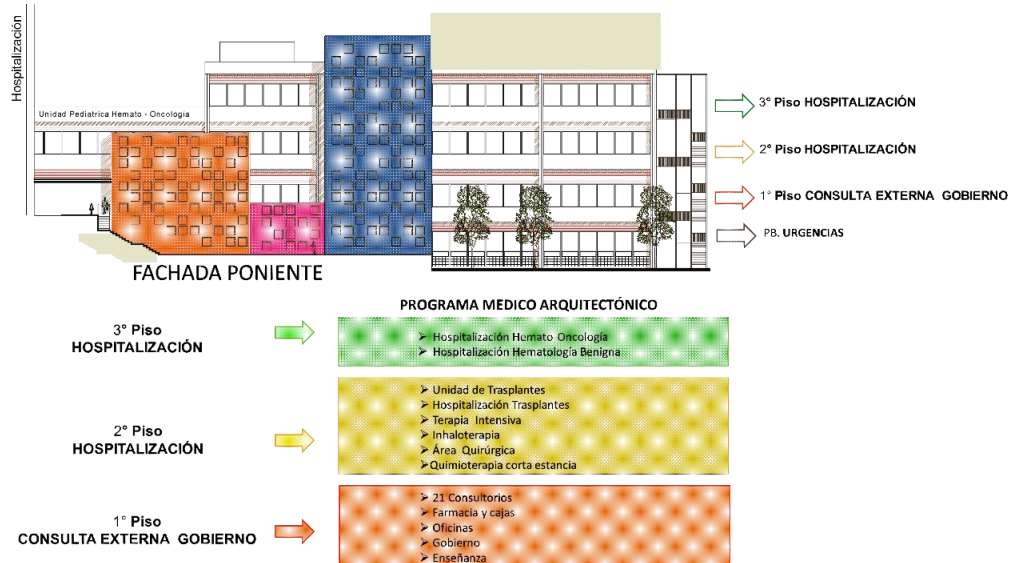


Ilustración 21. Representación Gráfica del INP y la UPHO²⁷

²⁷ La imagen muestra la fachada principal, que está ubicada al poniente sobre la avenida Insurgentes; su distribución por pisos del programa de médico arquitectónico de la UPHO y la

Con base en los requerimientos primarios se organizaron reuniones de trabajo para crear un programa Médico-Arquitectónico inicial apegados a la normatividad en las que participaron: la Gerencia de Proyectos, la Residencia de Obras y las jefaturas Médicas del Instituto Nacional de Pediatría responsables para definir los espacios y funciones de cada una de las áreas y así satisfacer las necesidades mínimas para el servicio; resultado de dichas reuniones se llegó a un primer planteamiento en el cual sería determinante establecer una inter relación de áreas, de acuerdo a los servicios específicos.

Por lo que a mediados del 2012 se autorizó el programa Médico Arquitectónico final, que estableció el inicio de la elaboración del anteproyecto Arquitectónico firmado y avalado por el área médica responsable, el Departamento de Conservación y Mantenimiento del Instituto y el personal adscrito al área, la Gerencia de Proyectos para la Creación de la UPHO; y así llevar a cabo la Licitación Pública Nacional No. LO-012NCZ002-N11-2012 (Segunda licitación), cuyo objeto es la contratación de la obra pública denominada “Proyecto integral para la construcción de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología (UPHO)”, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), cuyo fallo para llevar a cabo la construcción se da el 18 de enero de 2013 a inicios del gobierno del presidente Peña Nieto.

REQUISITOS PRIMARIOS CONSIDERADOS

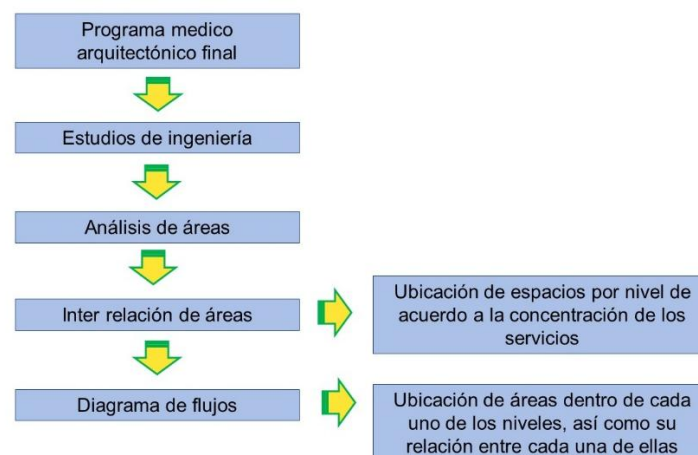
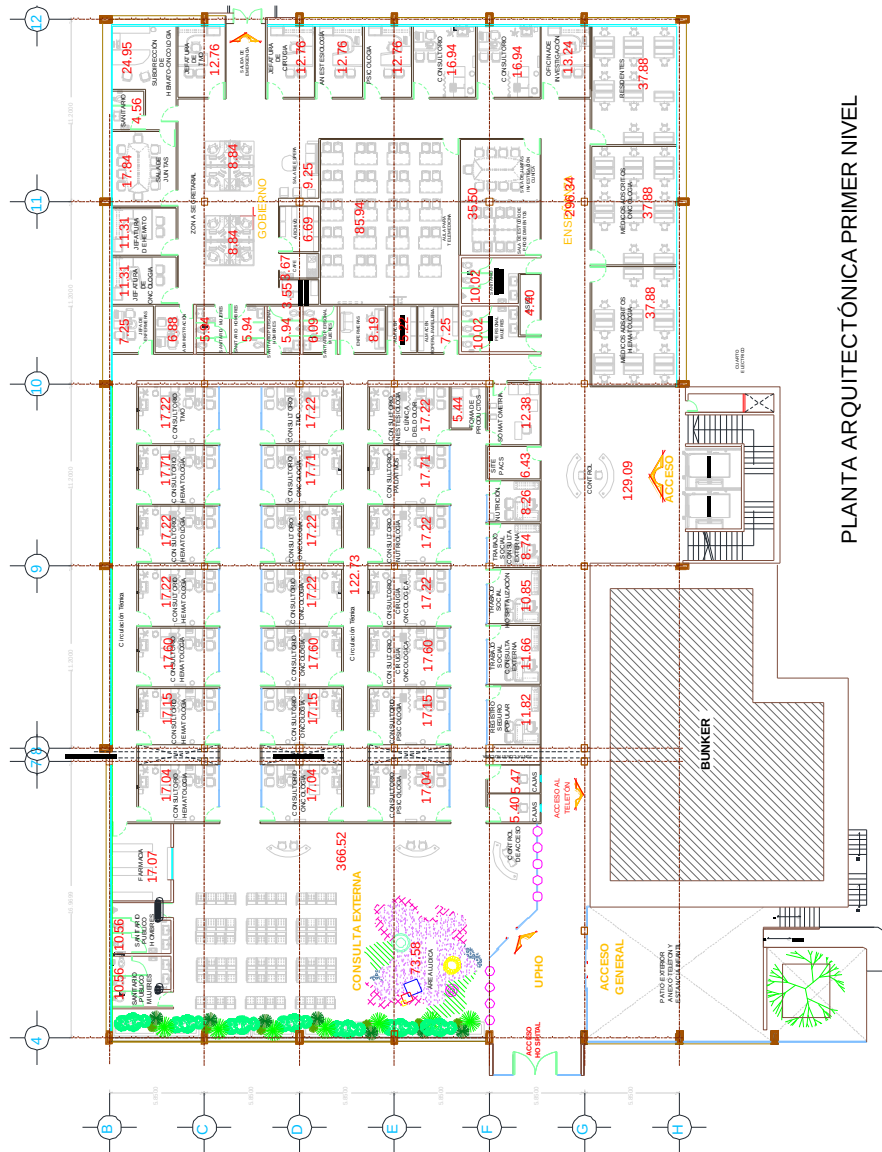


Ilustración 22. Requisitos primarios considerados

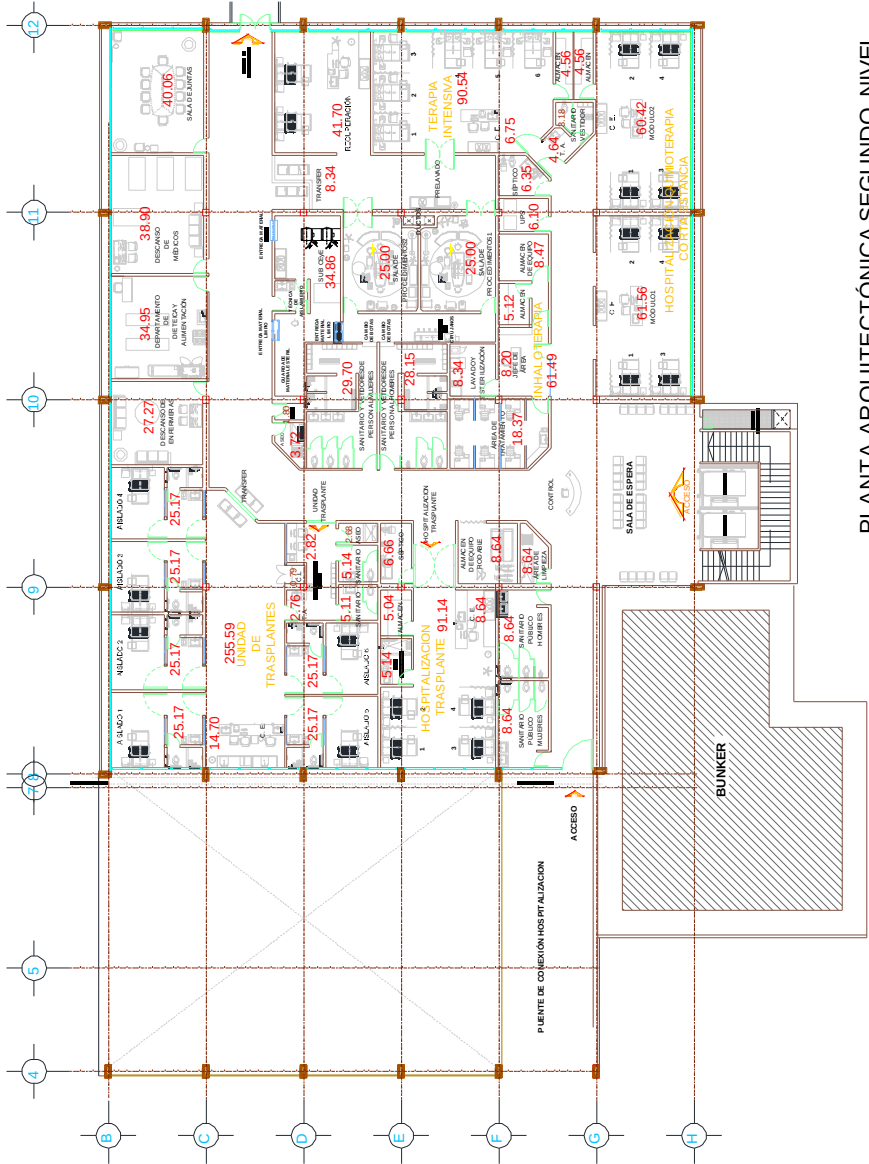
relación con los edificios, con color anaranjado y rosa, que contiene el acelerador lineal obra donada por el Teletón.

Análisis de áreas y programa médico arquitectónico

CONSULTA EXTERNA	61.95 m2
Sala de espera	73.58 m2
Área ludica	21.12 m2
Sanitario público M/H	17.07 m2
Farmacia	103.94 m2
6 Consultorios de Hematología	103.94 m2
2 Consultorios de Oncología	34.44 m2
2 Consultorios de TMO	34.19 m2
2 Consultorios de Psicología	34.82 m2
2 Consultorios de Cirugía Oncológica	17.71 m2
1 Consultorio de Nutriología	17.71 m2
1 Consultorio de Paleativos	17.22 m2
1 Consultorio de Anestesiología Clínica del Dolor	5.44 m2
Toma de productos	12.38 m2
Somatometría	8.66 m2
Nutrición	11.66 m2
Trabajo Social Consulta Externa	10.85 m2
Trabajo Social Hospitalización	11.82 m2
Registro de Seguro Popular	10.87 m2
2 Cajas	6.43 m2
Site	7.25 m2
Jefatura de Enfermeras	8.19 m2
Descanso de Endemeras	5.22 m2
Almacén de curadotes	7.25 m2
Almacén de ropa	11.88 m2
Sanitarios personal medico H/M	
ENSEÑANZA	
Aula para Telemedicina	85.94 m2
Sala de Estudio de Procedimientos	17.75 m2
Sala de Juntas Investigación Clínica	17.75 m2
Médicos Adscritos Hematología	37.88 m2
Médicos Adscritos Oncología	37.88 m2
Residentes	37.88 m2
Oficina de Investigación	13.24 m2
Sanitario personal H/M	20.04 m2
Aseo	4.40 m2
GOBIERNO	
Subdirección de Hemato-oncología / sanitario	24.95 m2
Sala de Juntas	17.84 m2
6 Jefaturas	73.66 m2
2 Consultorios	33.88 m2
Sala de espera	9.55 m2
Archivo	6.69 m2
Café	3.67 m2
Copias e Impresión	3.55 m2
Zona secretarial	17.74 m2
CIRCULACIÓN	
Circulación Técnica	122.73 m2
Circulación Pública	231.86 m2
Circulación personal	296.34 m2



HOSPITALIZACIÓN	Descanso de Enfermeras	27.27 m ²
	Descanso de Médicos	38.90 m ²
	Sala de Juntas	40.06 m ²
	Departamento de Dietética y Alimentación	34.95 m ²
UNIDAD DE TRASPLANTES	Aislados con Baño (6 Cuartos)	255.59 m ²
	Estación de Enfermeras	25.17 m ²
	Técnica de Aislamiento	14.70 m ²
	Área de Médicos	2.76 m ²
HOSPITALIZACIÓN TRANSPLANTES (4 Camas)	Sanitario vestidor H/M	2.82 m ²
	Aseo	10.25 m ²
		2.68 m ²
HOSPITALIZACIÓN TRANSPLANTES (4 Camas)	Baños para Pacientes Niños Niñas	91.14 m ²
	Estación de Enfermeras	5.14 m ²
	Almacén	8.64 m ²
	Septico	6.66 m ²
QUIMIOTERAPIA CORTA ESTANCIA	Sanitario público Mujeres	5.04 m ²
	Sanitario público Hombres	15.69 m ²
	Limpieza	16.02 m ²
	Cuarto de equiparable	5.32 m ²
QUIMIOTERAPIA CORTA ESTANCIA		12.78 m ²
TERAPIA INTENSIVA (6 Camas)	Estación de Enfermeras	121.98 m ²
	Sanitario / vestidor	4.55 m ²
	Técnica de aislamiento	
	Almacén	
INHALOTERAPIA	Oficina	61.49 m ²
	Almacén	8.20 m ²
	Área de Lavado	5.12 m ²
	Área de tratamiento	8.34 m ²
ÁREA QUIRÚRGICA	Equipo	18.37 m ²
	UPS	8.47 m ²
	Septico	6.10 m ²
		6.35 m ²
ÁREA QUIRÚRGICA	2 Sala de Procedimientos	196.06 m ²
	Reuperacion, para 2 Camillas	25.00 m ²
	Sub-Ceyo (2 autoclaves)	41.70 m ²
	Transfer	34.86 m ²
ÁREA QUIRÚRGICA	RPIB	7.67 m ²
	Aseo	1.80 m ²
	Baño / Vestidor Mujeres	3.72 m ²
	Baño / Vestidor Hombres	29.70 m ²
ÁREA QUIRÚRGICA		28.15 m ²



PLANTA ARQUITECTÓNICA SEGUNDO NIVEL

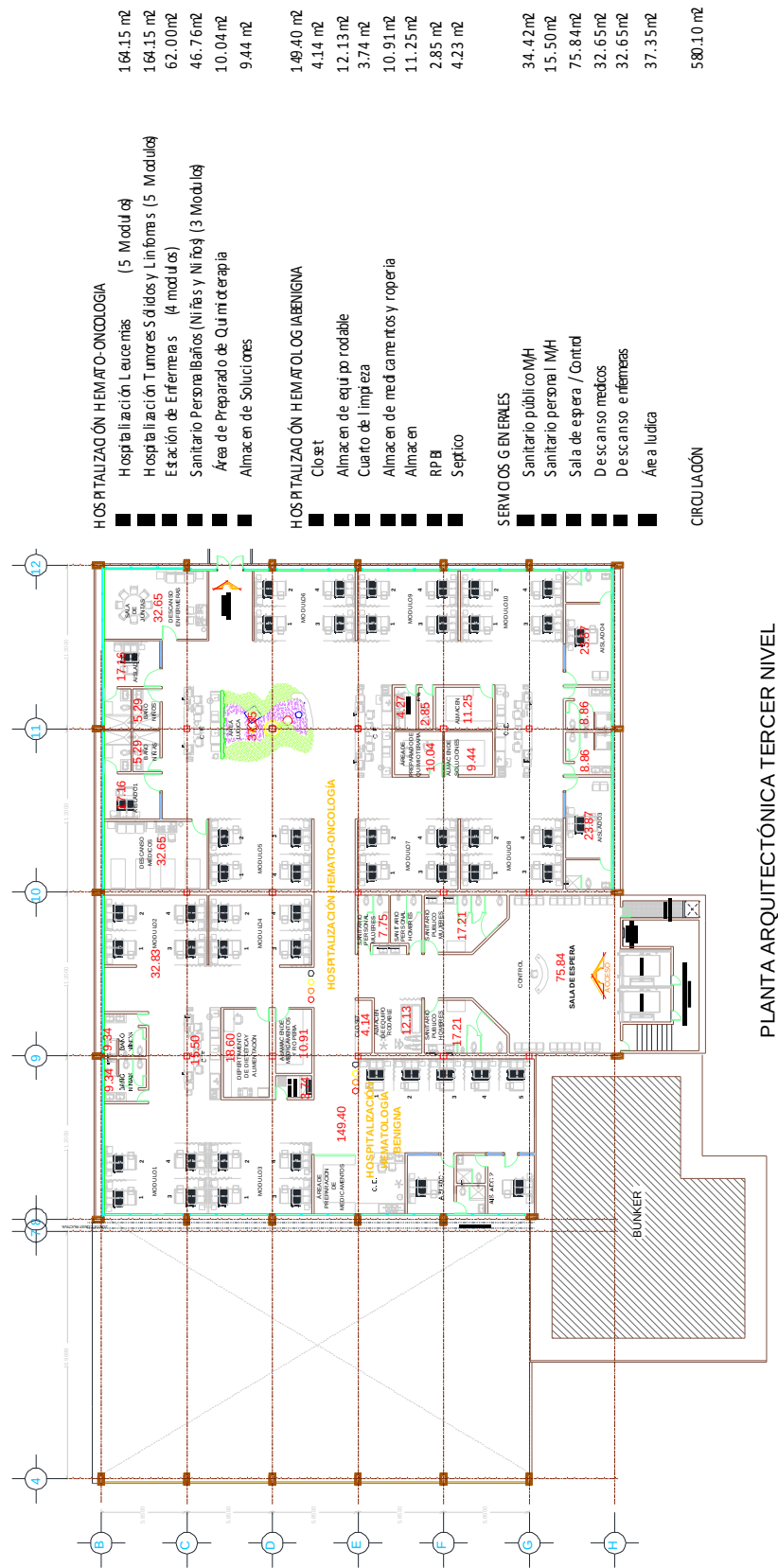


Ilustración 23. Representación del espacio arquitectónico de la UPHO

El referente es algo distinto al mensaje, que esta físicamente separado de él, y lo sustituye ante la percepción del receptor, pero con el mensaje edilicio, es decir a todo aquello propio o vinculado a los edificios y a la construcción de los mismos, el referente coincide parcialmente con el cuerpo físico o forma significativa del mensaje, lo cual aparentemente descalifica a los edificios para actuar como mensajes referenciales, sin embargo Umberto Eco (2006) explica que en la práctica cotidiana son frecuentes los signos en los que una parte del referente es utilizada como significante y donde se caracteriza esta función como denotativa.

Por lo tanto es necesario la descripción del signo como una entidad bifásica constituida por un significante (forma o expresión) y un significado (contenido o concepto) cuya vinculación determinante del signo es llamada relación de significación; en este sentido para Saussure, el signo era cosa mental, pues afirmó que el signo une, que no es una cosa o su nombre, sino un concepto y una imagen acústica. (Negrin y Fornari 1987, 29).

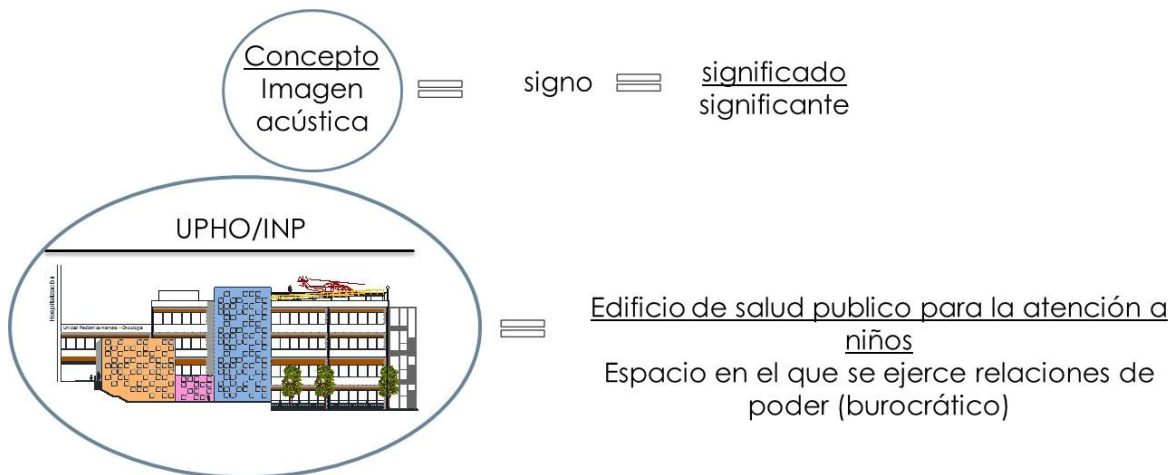


Ilustración 24 Concepto como signo

A su vez se forma el binomio de la denotación y la connotación como todo sistema de significación que comparte un plano de expresión (significante) y un plano de contenido (significado); de tal forma un sistema connotado es un sistema cuyo plano de expresión está constituido él mismo por un sistema de significación.

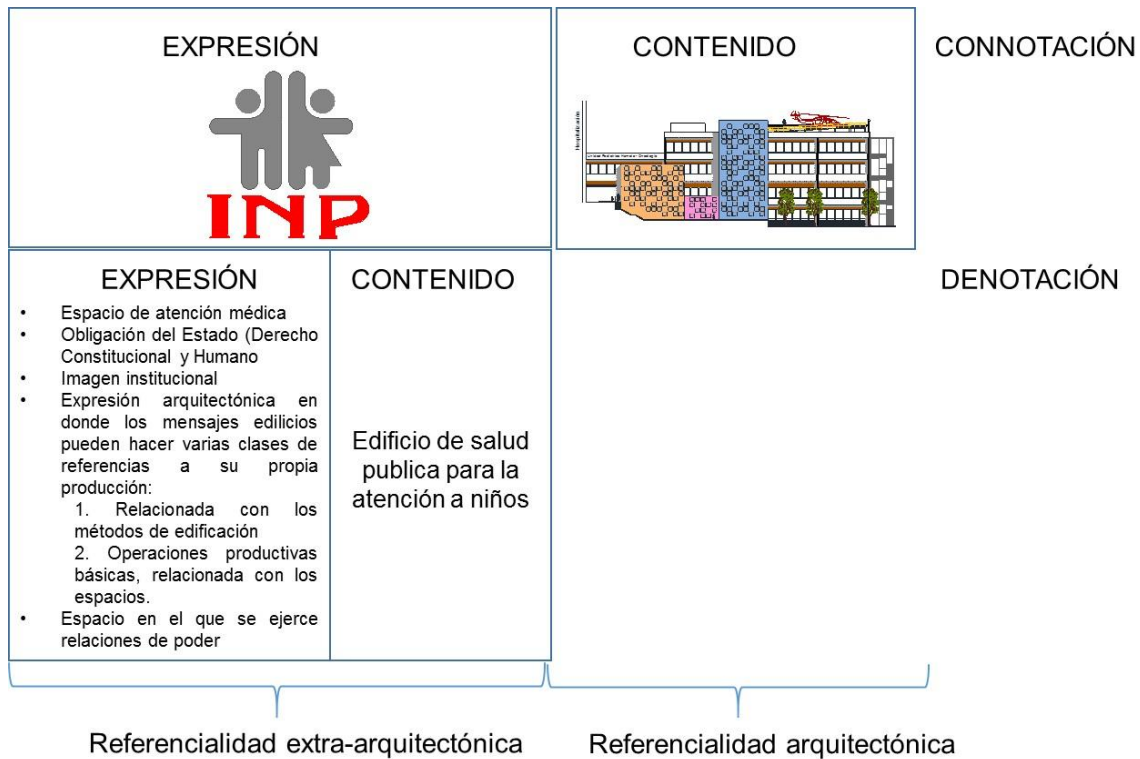


Ilustración 25. Elementos connotativos y denotativos en el Hospital

El nivel expresivo de la expresión en el espacio arquitectónico permite “hacer evidente la invisibilidad de lo visible que por estar tan a la vista la mirada no se detiene en ello; lo visible goza del privilegio del secreto, de lo oculto, aunque paradójicamente no se oculta ni escapa a la luz”; el espacio fue visto como un lenguaje connotado hablante más que hablado, manifestado más que designado y que “revela en la metáfora como lo inconsciente en un sueño o en un descuido” las relaciones de poder donde se hace evidente “la escenografía montada por la medicina clínica en un espacio cerrado” (García Canal 2002, 20-25).

Ejemplo de esto se manifiesta en el consultorio médico que trae consigo la repetición de los espacios arquitectónicos y de la repetición de una escena largamente aprendida entre el médico y paciente: preguntas y respuestas precisas, gestos repetidos, guiones aprendidos que tienen un carácter eminentemente productivo, la relación de tensión entre el médico y paciente.

Llevar a tu bebe es una angustia de que es lo que va a proceder y estas en espera de lo que te vayan a decir, yo creo que los papas de los niños son los que exigen más, se angustian, exigen, piden, ósea no se quedan callados, raro el que se queda callado, pero los papas son muy exigentes con los bebes.

El medico les explica y los papas se ponen muy exigentes les explican el procedimiento, pero nada más te están observando como manejas a su bebe, y si, se enojan, exigen y están todo el tiempo como enojados a la defensiva –que por qué le está haciendo esto a mi hijo y hay que explicar para que ellos también vayan viendo el procedimiento que se le está haciendo y que se le está aplicando, y si, todo el tiempo te están observando. (Enfermera INP 2016)

Por lo tanto la capacidad de un elemento significativo para significar deviene de la posición que este elemento tenga entre otros, esto es, la relación con su contexto.

Haz de cuenta que donde piden las citas cada vez nos trata mal una señora que es la que hace las citas y cada vez le grita a mi abu, cada vez nos dice cosas feas. (Niña 2017)

Los significados denotativos no sólo sirven a la función referencial del espacio arquitectónico (ilustración 26), sino que también puede ser apoyada por significados connotativos convergentes, sin embargo hay situaciones en las que algunos significados denotativos extra arquitectónicos con otros connotativos, en vez de apuntalar los significados del espacio hospitalario se apoderan de ellos para realizar sus propios fines significativos de colaboración con funciones comunicacionales distintas de la referencial de estos.

De tal forma que a cada mensaje global se le puede atribuir simultáneamente a múltiples significados pertenecientes a una misma clase y a clases diferentes. (Negrin y Fornari 1987, 36)

entrar a un hospital me causa miedo, me causa angustia, me causa, si miedo como a que no te atiendan bien, te traten mal a que haya diligencia médica y a que no tengan un buen control y una buena limpieza.

Yo creo que las instalaciones de un hospital son como sombrías, como ausentes se podría decir, no me gusta sientto.... Me da la impresión que es un lugar sucio con algún tipo de infección que puedo adquirir y no me gusta estar mucho tiempo ahí, entre más rápido salga mucho mejor. (A. Mamá 2016)

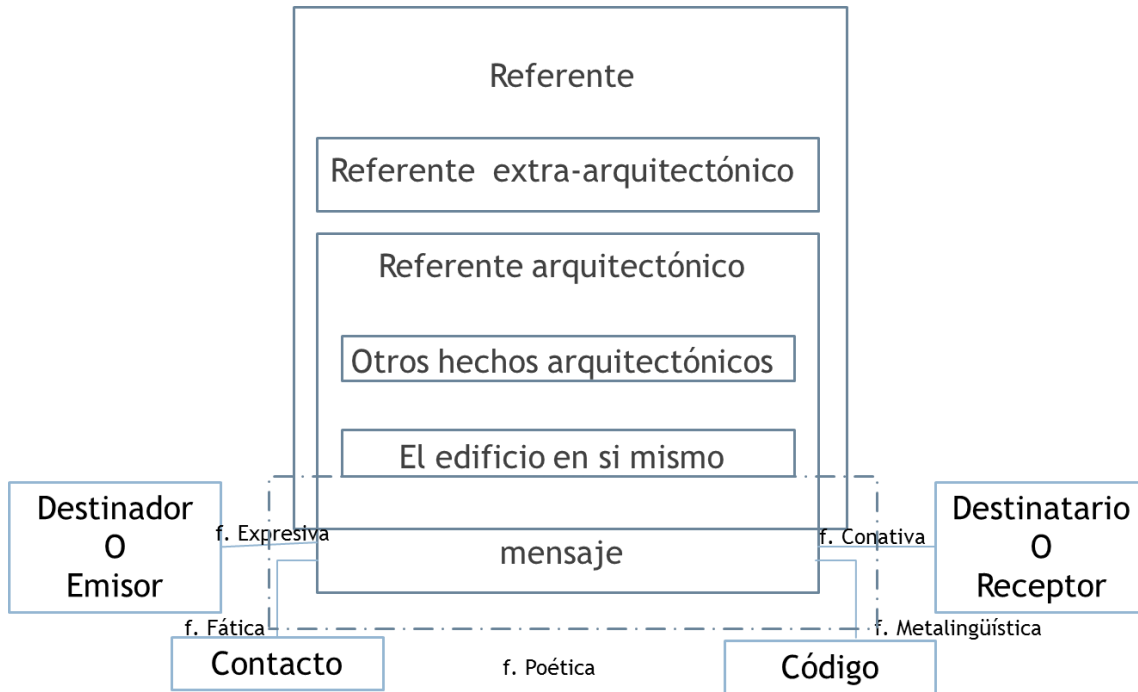


Ilustración 26. Funciones de comunicación Referencial

En el caso del Instituto Nacional de Pediatría INP entendida como una arquitectura institucional que tiene una articulación entre los procesos y la organización (relación entre gente, información tecnología y salud-enfermedad), la cual busca en su interacción e interdependencia, cumplir con la misión y los objetivos estratégicos definidos en los Planes de Desarrollo Integral (Salud 2002).

El Instituto Nacional de Pediatría tenía una superficie construida de 1,294.80 m² (Salud 2002), con instalaciones nuevas, de vanguardia y ciertos principios de composición previos a la modernidad: la simetría, la monumentalidad y el énfasis de accesos por medio de escalinatas y la utilización de elementos de carácter

industrial desarrollados en México desde 1930, con el sello del Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, uno de los más renombrados de México y equipadas con la tecnología de punta de esa época .

A nivel nacional fue un signo de la preocupación y atención del Estado hacia la población más vulnerable, demostró el desarrollo y la existencia de una autonomía presupuestal, administrativa y académica, un modelo novedoso y atractivo de la atención pediátrica, de la formación de recursos humanos de excelencia, y con un enfoque social e integral, que respondería a las necesidades del país.



Ilustración 27. Imagen Aérea del INP

La influencia del estilo con el que fue creado está basado, como se mencionó, en la Arquitectura Institucional mexicana que se asocia a la corriente moderna de la época por su imagen a escala y plástica, pues ésta se deriva de prismas rectangulares puros, con fachadas de cristales polarizados y se toma como tipología arquitectónica de la administración pública por su fácil mantenimiento.

Se utilizan materiales prefabricados que requieren disposiciones formales apegadas al concepto modular, porque las piezas que se aplicaban específicamente para el edificio contenían una sistematización del propio diseño, adaptadas a las circunstancias tanto de materiales predominantes como fueron el concreto aparente, el aluminio, el cristal y las estructuras de acero, sin embargo esta vertiente representó la última etapa de una modernidad funcionalista y el incipiente arranque de la posmodernidad.

El programa médico arquitectónico se formuló tomando en cuenta las opiniones de los trabajadores del instituto sobre las necesidades requeridas, tomando como punto de partida para su buen desarrollo la utilización de indicadores básicos del número de derechohabientes (adscritos, inscritos y usuarios), los problemas de morbilidad y mortalidad que los caracterizan, las necesidades de las instalaciones médicas, las camas censables (de hospitalización), el número de consultorios de especialidades y urgencias, así como los demás locales que lo conforma a nivel del conjunto Institucional.

En la actualidad por su capacidad y su análisis de productividad, traducida en la sobrepoblación del hábitat, el Instituto presenta problemas de riesgos y exigencias que repercuten en la salud y genera una percepción negativa en los usuarios, ya que en sus instalaciones hay un desequilibrio entre los servicios de auxiliares de diagnóstico, auxiliares de tratamiento, de hospitalización y consulta externa.

1.	Auxiliares de Tratamiento		4.	Abastecimiento
	Urgencias			CeyE
	Cirugía			Farmacia
2.	Hospitalización			Cocina
	Cuidados Finales			Comedor
	Cuidados Intensivos			Laboratorio de leches
3.	Auxiliares de Diagnóstico			Almacén general
	Electrocardiografía		5.	Servicios

Endoscopía			Casa de maquinas
Ecocardiografía		6.	Conservación
Radiología			Mantenimiento (talleres)
Ultrasonido			Baños y vestidores de personal
Laboratorio		7.	Torre de investigación
Anatomía Patológica			Aulas
Citología			Laboratorios
Histopatología			Biblioteca

Tabla 6. Espacios generales del programa médico arquitectónico del INP

El INP establece un paralelismo entre la edificación y el cuerpo humano, en donde la ciencia y la tecnología protegen y propician las condiciones de salud de acuerdo a la existencia y desarrollo del espacio arquitectónico y es necesario ver al instituto como un conjunto de elementos que coexisten en un cierto orden.

Se debe de distinguir y conocer al espacio no solo geométricamente, sino también desde el punto de vista antropológico como espacio existencial y un lugar de experiencia de relación con el mundo, que de acuerdo a Le Corbusier, al invertir los sintagmas, no es sólo una máquina sino también un cuerpo orgánico, cuya simbología industrial nace de una necesidad y no simplemente de un icono extracódigo (Pignatari 1983), en la que se tiene una metáfora icónica en la que convención y una cierta arbitrariedad (al menos aparente) entran como procesos formantes.

De esta manera se establece un correlación entre la edificación y el cuerpo humano y los isomorfismos internos, entre las secciones del hospital, sus funciones y las actividades de los usuarios, pues se trata de proponer otra ética, al menos parcialmente, a través de figuras, que intenta retóricamente indicar el salto entre el proyecto y lo existente (Muntañola 2009).

Sin embargo, el INP es parte de una arquitectura monológica²⁸, construida bajo la ausencia del cuerpo de la UPHO y ésta busca los fundamentos de una ideología entre texto y contexto, un contexto que “es para el texto el lugar de la dialogía y está formado por otro texto que contiene imágenes. El cuerpo del otro recibe las imágenes a través del interior del edificio según su transparencia con respecto al exterior” (Muntañola 2009, 12)

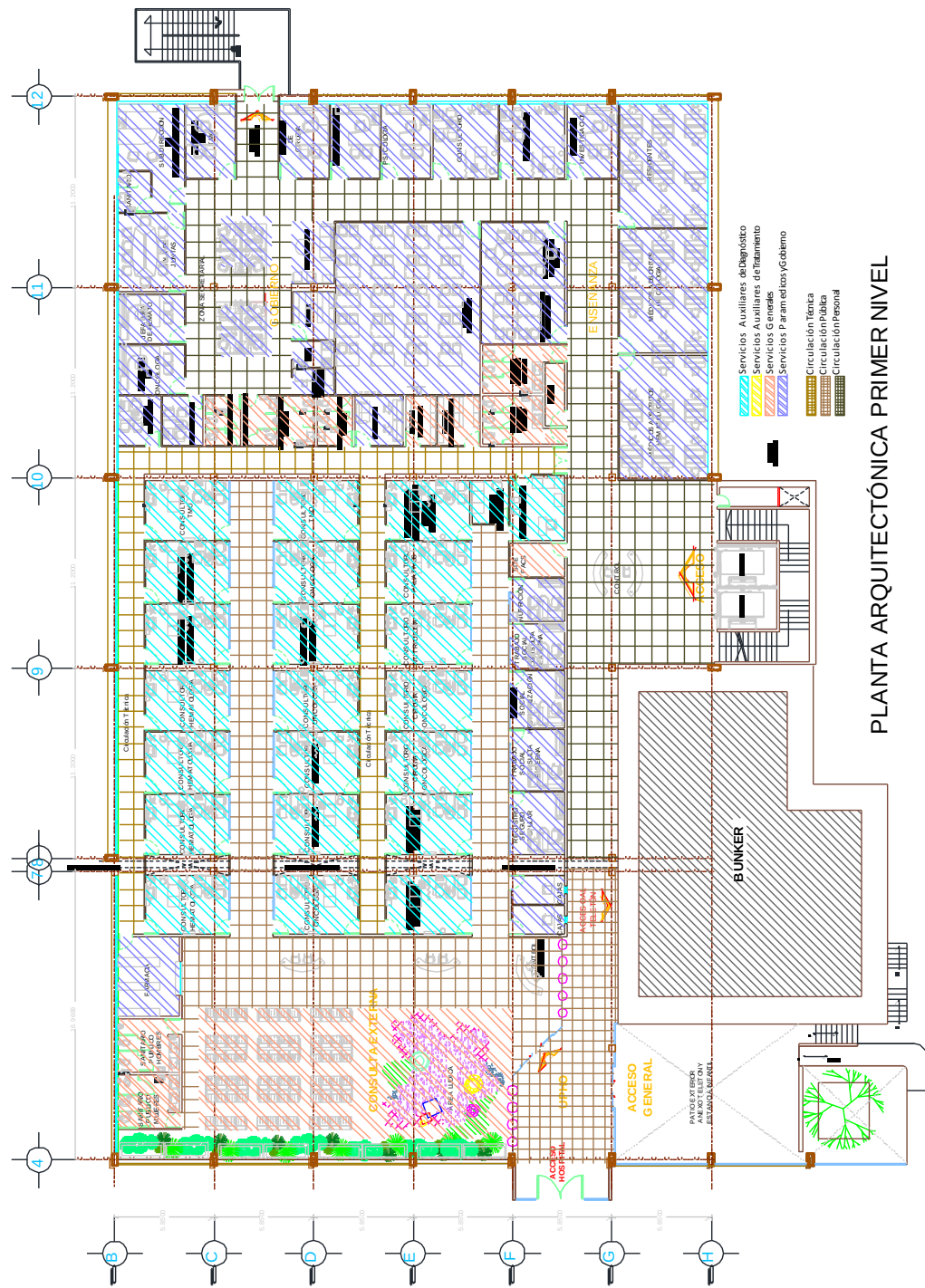
La forma envolvente del edificio es una interface, debido a que éste es un espacio hecho por efectos contradictorios, ya que abrumba y produce un vacío, pues el modelo de organización del hospital ejemplifica de forma conceptual la distinción entre los lugares y no lugares que están en la oposición con el espacio, y muestra las nociones con las que se enfrentan los trabajadores y derechohabientes, pues “crea un cruce de elementos en movimiento” (Augé, Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad 1992, 85) en el que los usuarios son los que transforman el área arquitectónicamente definido como lugar por el programa arquitectónico que demanda la Institución.

Los usuarios conocen y reconocen el entorno a través del espacio y con el hospital se constituye su escenario, según Ricardo Morales (1999): “El hombre... debe crear un orden arquitectónico para establecerse y entender el mundo, se ordena, a su vez, en ello”, por lo tanto el “espacio es la manera en que mentalmente el hombre se ubica, organiza y entiende” (M. E. Solano 2012, 50).

Los no lugares carecen de la configuración de los espacios pues es el cambio circunstancial casi definido por el pasar de los individuos y en ellos la comunicación es más artificial, ya que no personaliza ni aporta a la identidad porque no es fácil interiorizar sus aspectos y componentes, por ejemplo las instalaciones necesarias para la circulación acelerada de personas y bienes; mientras que “el lugar” es la... construcción concreta y simbólica del espacio” (Auge 2002, 58).

²⁸ Entendida como un discurso que genera una sola persona, dirigido tanto hacia un solo receptor como hacia varios receptores (lectores, auditorio, a una cosa, a un personaje o a un narrador).

Distribución de la Planta Arquitectónica Primer Nivel



PLANTA ARQUITECTÓNICA PRIMER NIVEL

Circulación de la Planta Arquitectónica Primer Nivel

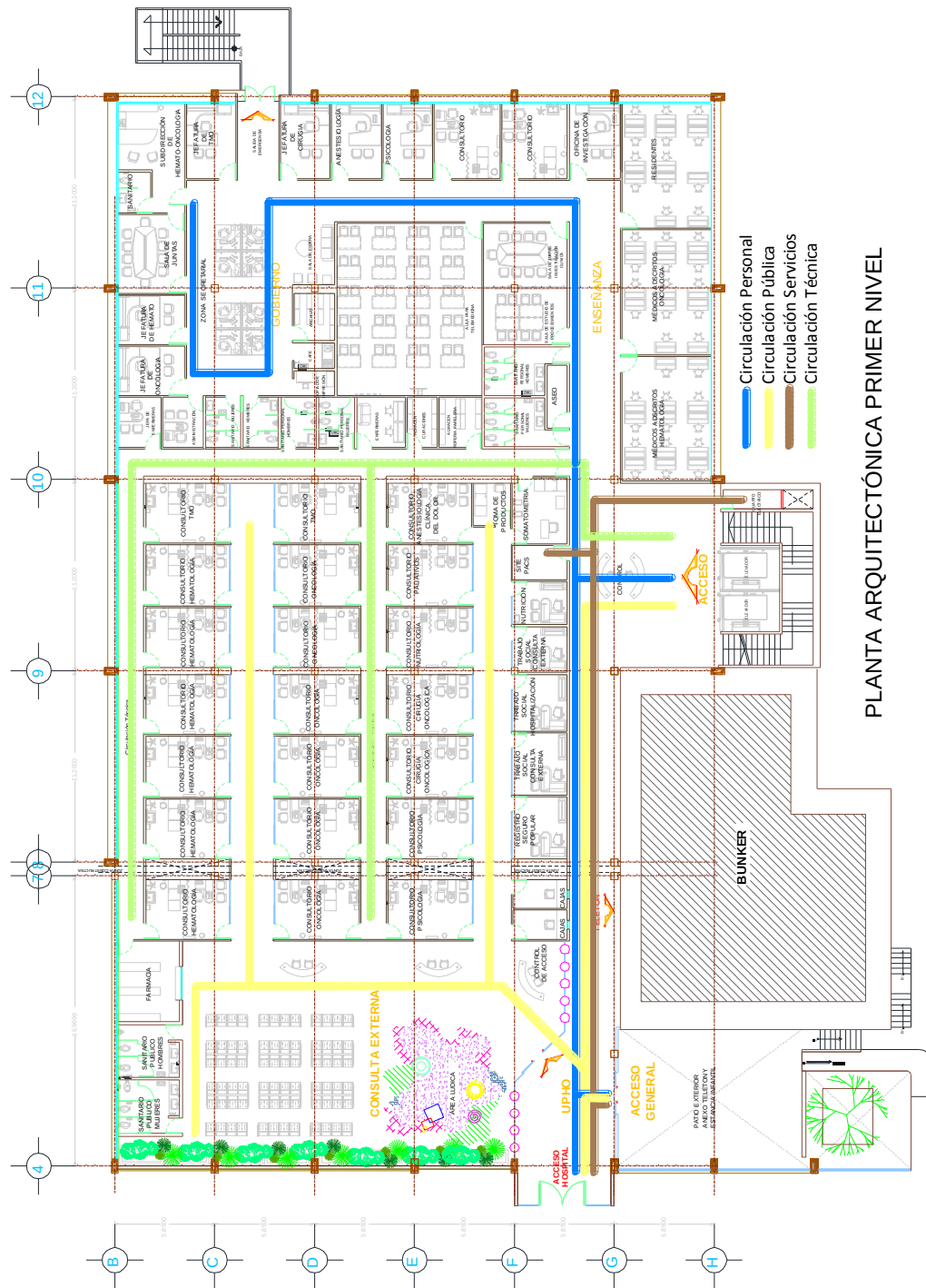


Ilustración 28. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Primer Nivel

Sala de Espera de Consulta Externa

Es el servicio encargado de proporcionar atención médica especializada a los pacientes, facilitar el ingreso a la UPHO y/o para ser intervenido quirúrgicamente si es necesario. Por lo tanto deben ser cuidadosamente diseñados y correctamente ubicados para asegurar su eficiencia y así optimizar los recursos humanos y de sus instalaciones en el que se pueda minimizar en lo posible un ambiente estresante para los usuarios.

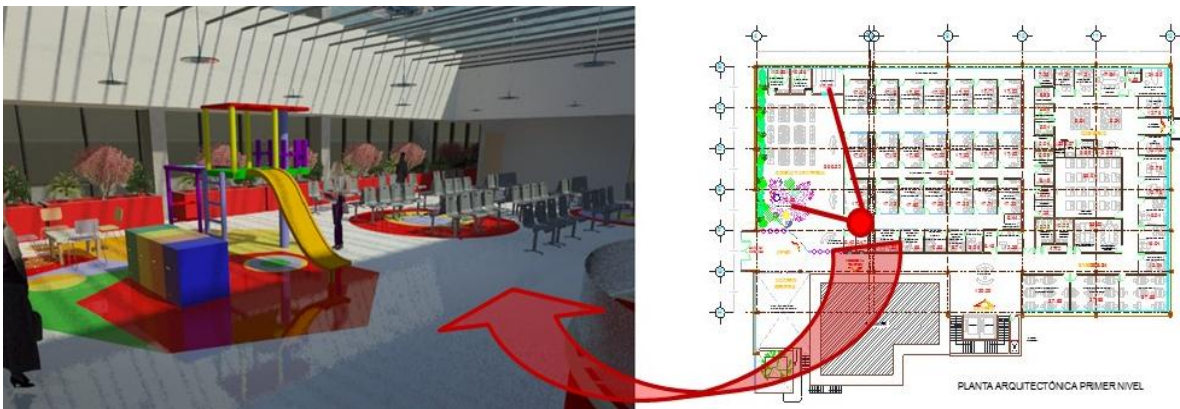


Ilustración 29. Representación de la Sala de Esperas de Consulta Externa

Me hago la espera más amena llevando juguetes utilizando mi celular, viendo las pantallas que pusieron, trato que mi hija este tranquila para que no esté dando lata en la sala de espera y esa es la forma en que me hago un poco más amena estar en el hospital. (R. Mamá 2016)

Si nos ha tocado cosas mal con la señorita, recepcionista, pero bueno, pero también tengo que ver el otro lado, el doctor es amable, es cariñoso con los niños, le gusta su trabajo y creo que, nos encontramos de todo, tanto limpieza, doctor, enfermera, hay buenos y malos y creo que con eso me quedo, ósea hay buenas experiencias hay malas experiencias hay diligencias pero bueno, es parte del hospital. (N. D. Mamá 2017)

Área de Gobierno

Se encarga de administrar, controlar y coordinar los programas y recursos humanos, materiales y económicos, así como de hacer cumplir cualquier disposición que ayude a mejorar la eficacia y eficiencia en cada uno de los servicios de la UPHO; está ubicada en la planta del primer nivel de manera que el público y el personal lleguen fácilmente a la zona operativa.

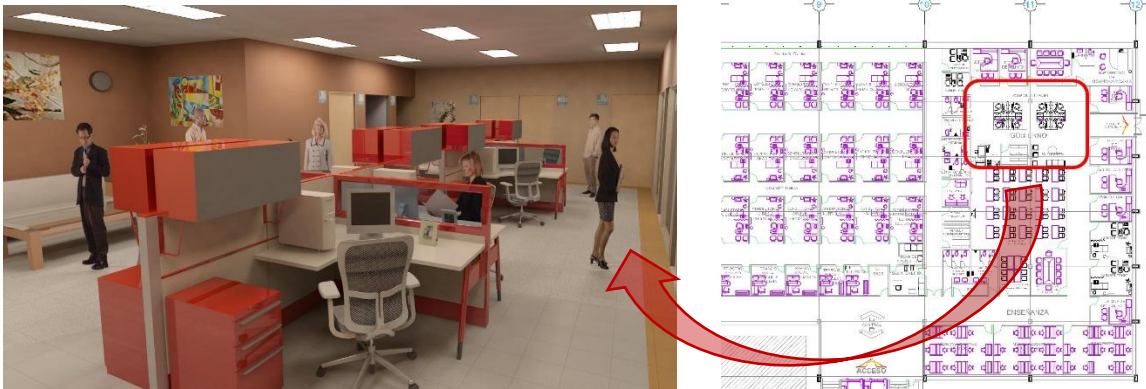


Ilustración 30. Representación del Área de Gobierno

En los pisos pusieron loseta blanca, para mí es muy pesado, la luz es blanca, el papel es blanco te lastima la vista, nada más al entrar a los pisos y llegas y todo blanco si te da el reflejo y con el paso del tiempo te lastima la vista.

Los sanitarios del personal te deslizas mucho siempre están descompuestos y tienes que subirte a otro piso, los elevadores siempre están descompuestos y tiene que bajarte por las escaleras... y me pongo a pensar... una emergencia para un paciente, como lo bajas. (Administración INP 2017)



PLANTA ARQUITECTÓNICA SEGUNDO NIVEL

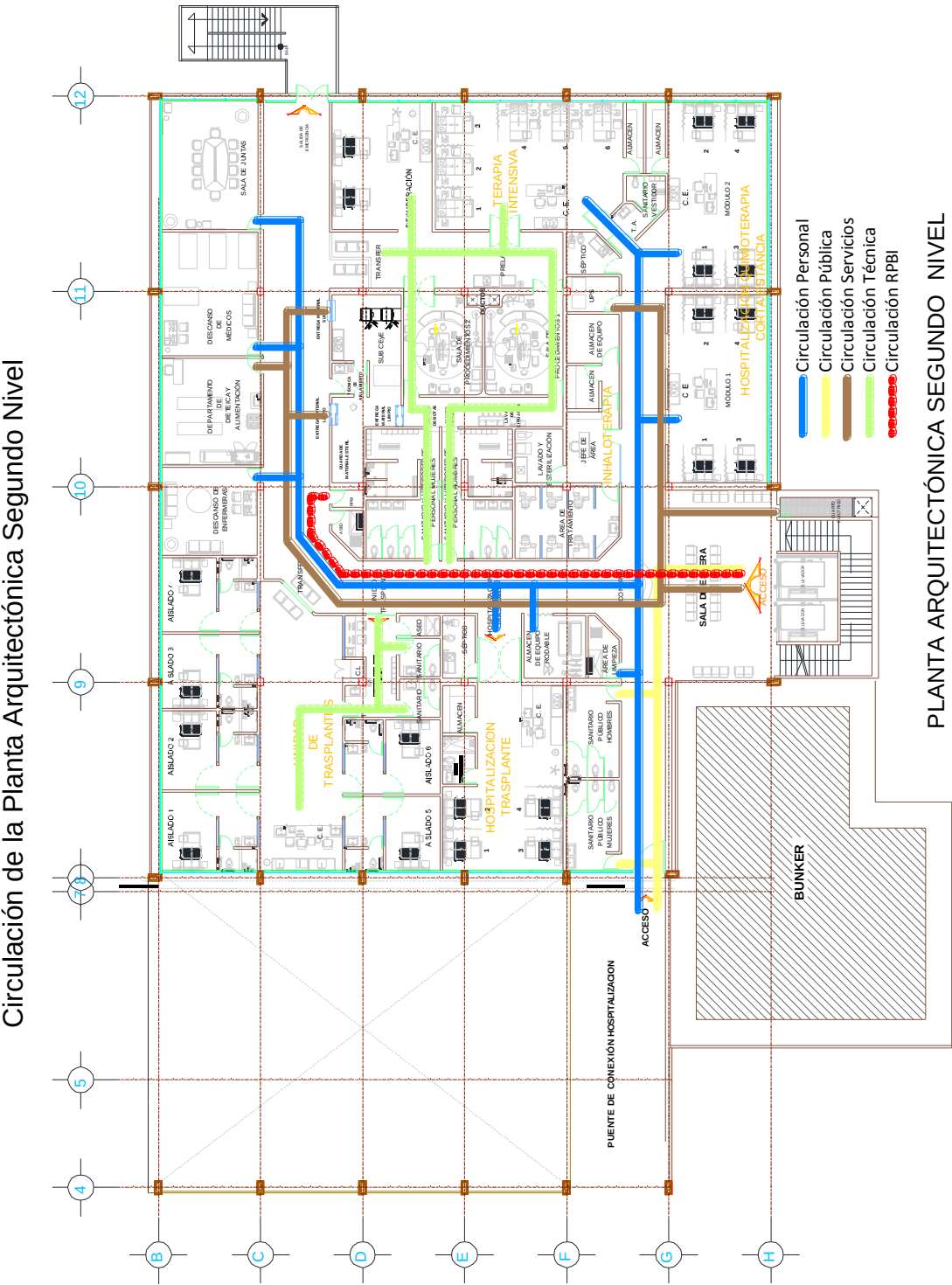


Ilustración 31. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Segundo Nivel

Sala de espera (segundo nivel)

Es un espacio de uso continuo y concentración de personas, amplio con buena ventilación e iluminación tanto natural como artificial, que permita una ambientación agradable y tranquila para los pacientes y acompañantes. La señalización y simbología debe ser de fácil interpretación para conducir a los usuarios, sin embargo es un lugar donde se concentra el diseño panóptico de Bentham, el cual plasma un modelo de vigilancia social que construye su espacio a partir de la idea de la forma de distribución semiradial que permite a una sola asistente administrativa que pueda vigilar a muchos pacientes y sus acompañantes y así generar en una sociedad moderna un “sistemas de control, de poder y de conocimiento mediante una vigilancia óptica . Vigilar a los individuos antes de que la infracción sea cometida. Actitud simbolizada por un ojo siempre abierto, todo conectado mediante la vigilancia (deliberada o no) de unos sujetos por otros, en busca de normalización” (Foucault 1980).

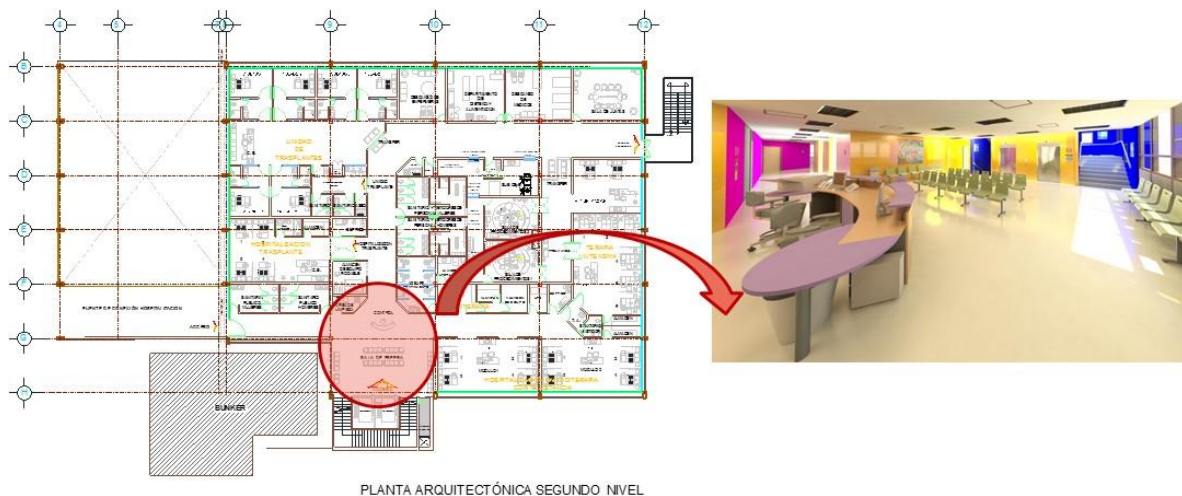


Ilustración 32. Representación de la Sala de Espera

Por lo tanto el panóptico de la sala de esperas es un medio específico de las visibilidades que consiste en alinear el espacio arquitectónico de tal modo que los individuos se vean inmersos en una disciplina institucionalizada regida a una visibilidad total de todos sus movimientos.

Sala de procedimientos quirúrgicos

Está claramente organizado como un “no lugar”, compuesta con zonas estériles de preparación de equipo, áreas restringidas de salidas sucias (RPBI); zonas de exclusas tanto para personal que son los vestuarios, como para camillas, que son las áreas de transferencia.



Ilustración 33. Representación de la Sala de Procedimientos quirúrgicos

La verdad es que sí, es como muy angustiante estar horas en espera de informes, de saber qué es lo que sucede adentro, porque muchas veces pues no puedes ni siquiera entrar o moverte, la niña empeora en lugar de mejorar, y aparte las instalaciones pues si requieren de mucha ayuda porque a veces uno siente que no está en las mejores condiciones. (R. Mamá 2017)

Unidad de Terapia Intensiva

Lugar de monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros de paciente que tiene alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida, en donde se ejerce de acuerdo a Foucault el control y disciplina con cada uno de sus usuarios y principalmente aceptado y demandado por los familiares del paciente.

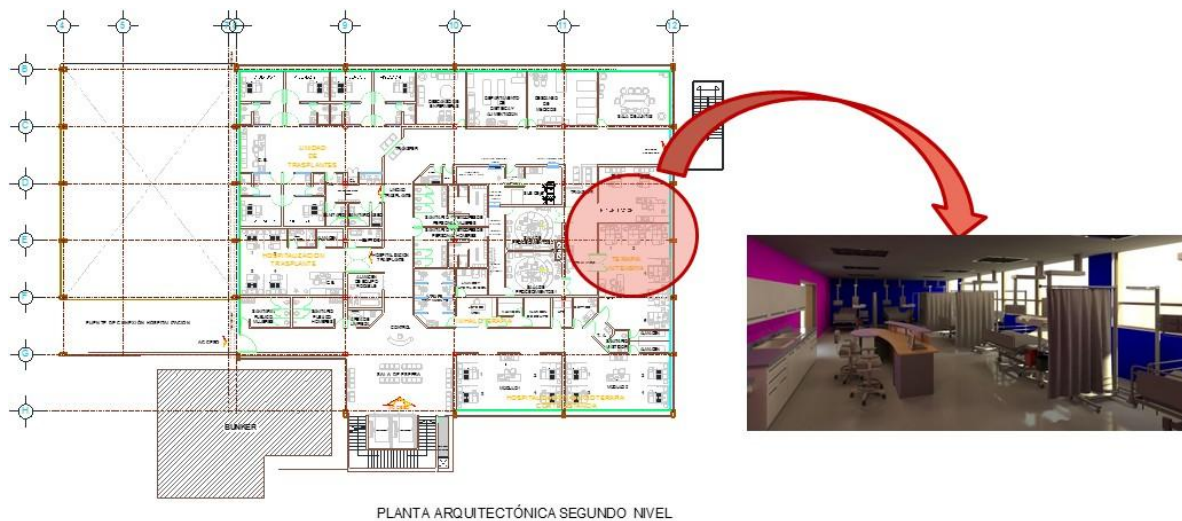


Ilustración 34. Representación de la Unidad de Terapia Intensiva.

El hospital para mi está mal distribuido en la Terapia Intensiva no hay individualidad están los cubículos pero ponen una cortina, pero hay veces que la cortina no sirve o no hay cortina, está el espacio para ponerla pero las cortinas se deterioran y ya no las sustituyen, para cambiar a un paciente, no hay individualidad, no hay ese respeto para el paciente, no está ese espacio para el respeto para los pacientes.

En el control nosotras como trabajadoras no hay espacio para sentarnos y hacer tus notas, tienes que hacerlo todo parado porque no hay una silla para que te puedas sentar unos diez minutos y hacer tu nota (Enfermera INP 2016)

Unidad de Trasplantes

Cuartos de aislamiento diseñado para la estancia de 30 a 60 días de cuidados agudos a pacientes después de haber sido trasplantados para minimizar amenazas de infección, cada cuarto debe contener una cama, así como su baño individual de uso exclusivo para el paciente y se localizan en unidades individuales de la enfermería.

Ésta Unidad además del encierro y aislamiento del usuario, el panóptico se maximiza, ya que no sólo se queda en una vigilancia personal sino que debido a la expansión tecnológica, principalmente de la cibernética, el usuario está vigilado constantemente las 24 horas por el circuito cerrado de televisión (CCTV) lo que ha modificado las formas de control (Deleuze 1995).

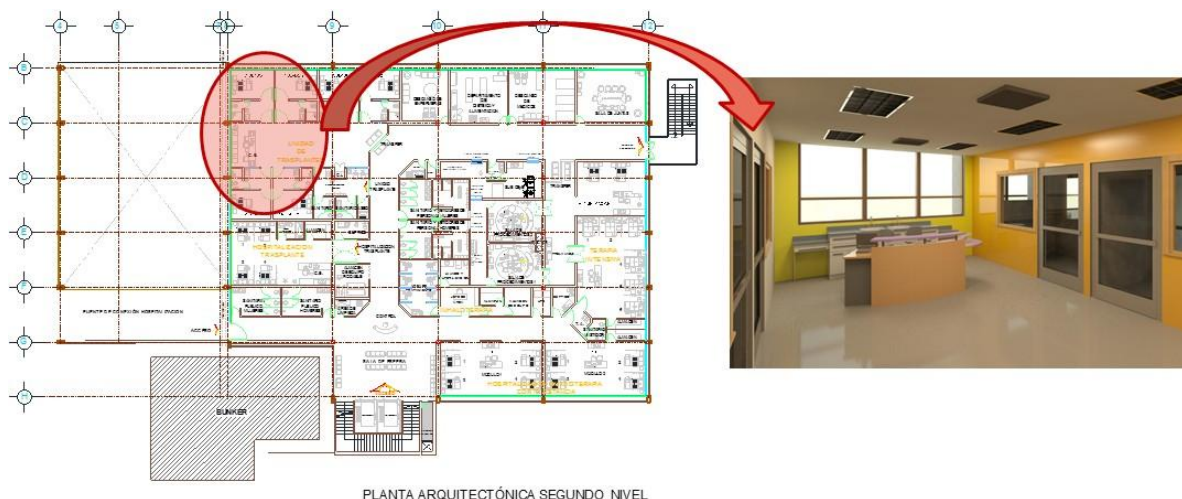


Ilustración 35. Representación de la Unidad de Trasplantes

Hay jefes y peor cuando va haber supervisión que te controlan mucho, te supervisan, viene la jefa de enfermeras y te anda supervisando, las supervisoras, la jefa de piso, este te supervisan todo, todo, todo tiene que estar bien detallado y controlado.

Cuando no hay supervisión la jefa de piso tiene el poder es la que te supervisa pues todo, desde hojas, como tienes el paciente, desde que si está mal puesta la sabana, que si hiciste mal el diagnostico , todo eso te están supervisando la hoja desde el encabezado hasta el final te lo supervisan, que si está mal aplicado el diagnostico, que si los medicamentos los hayas anotado exactamente como deben de ir, la presentación, todo, todo lo del medicamento, te supervisan que si cumpliste con todos los procedimientos y además que no puedes salirte, que no puedes desaparecer, tienes que avisar si vas al baño que si vas a cenar, para todo tienes que comunicarle la supervisora a dónde vas (Enfermera INP 2016).

El espacio arquitectónico de la Unidad de Trasplantes está determinada por las proyecciones propositivas de la sanación, por lo que la convierten en un instrumento de regulación y control de la vida social a través de la inducción de una metodología y pensamiento institucionalmente correcto para lograr su finalidad; sin embargo los aparatos de encierro, según Foucault (1991) giran generalmente en torno a la sumisión del cuerpo (por ejemplo escuelas, cárceles, hospitales, lugares de trabajo), en donde se genera un encierro físico, mientras que los medios de comunicación trascienden el plano corporal de sometimiento a los espacios donde transcurre el tiempo social, para incidir sobre la dirección del pensamiento.

El cuerpo del usuario de ésta Unidad se encuentra limitado en el espacio para moverse, ha organizado el área, trazando fronteras para demarcar su territorio y así tener el control de él, para conservarlo siempre localizado, vigilado para mantener efectivamente la estructura de lo que Foucault considera es una "sociedad disciplinaria", cuya norma de rendimiento está trazada por la observación del cuerpo para tratar de garantizar el funcionamiento del tratamiento.

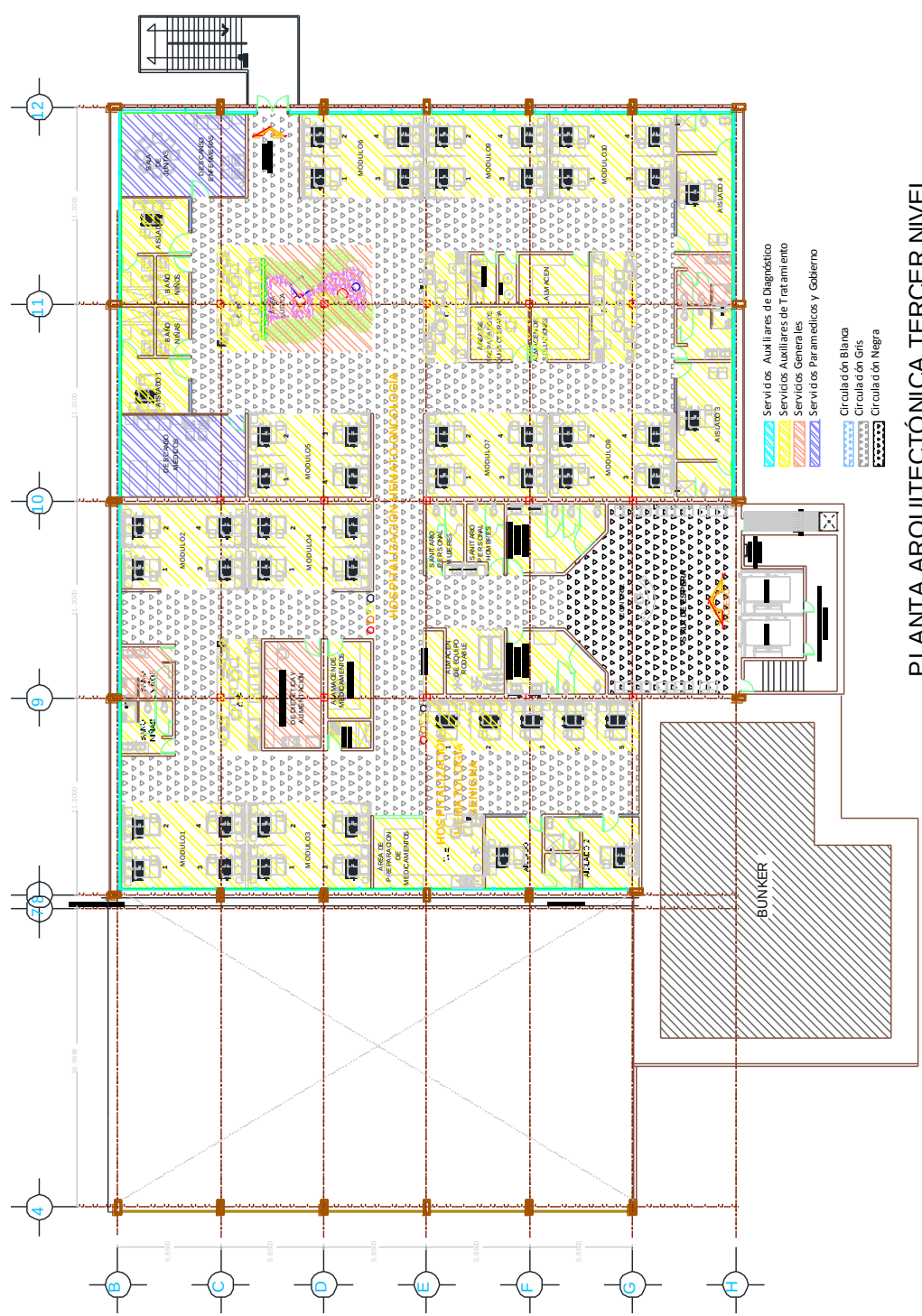
Me observan todo el tiempo como controlando todo lo que hago, no me dejan ser yo.

Si el doctor está al pendiente o la enfermera está al pendiente sí, si creo van llevando una coordinación, a veces siento

que...uno sin saberlo hace cosas que no debe no, y es cuando viene la parte de – haber señora, haga esto, ósea tratan de ..., bueno yo lo siento así de decirte –está tonta no debe de tratarlo así o debe de ponerse eso-

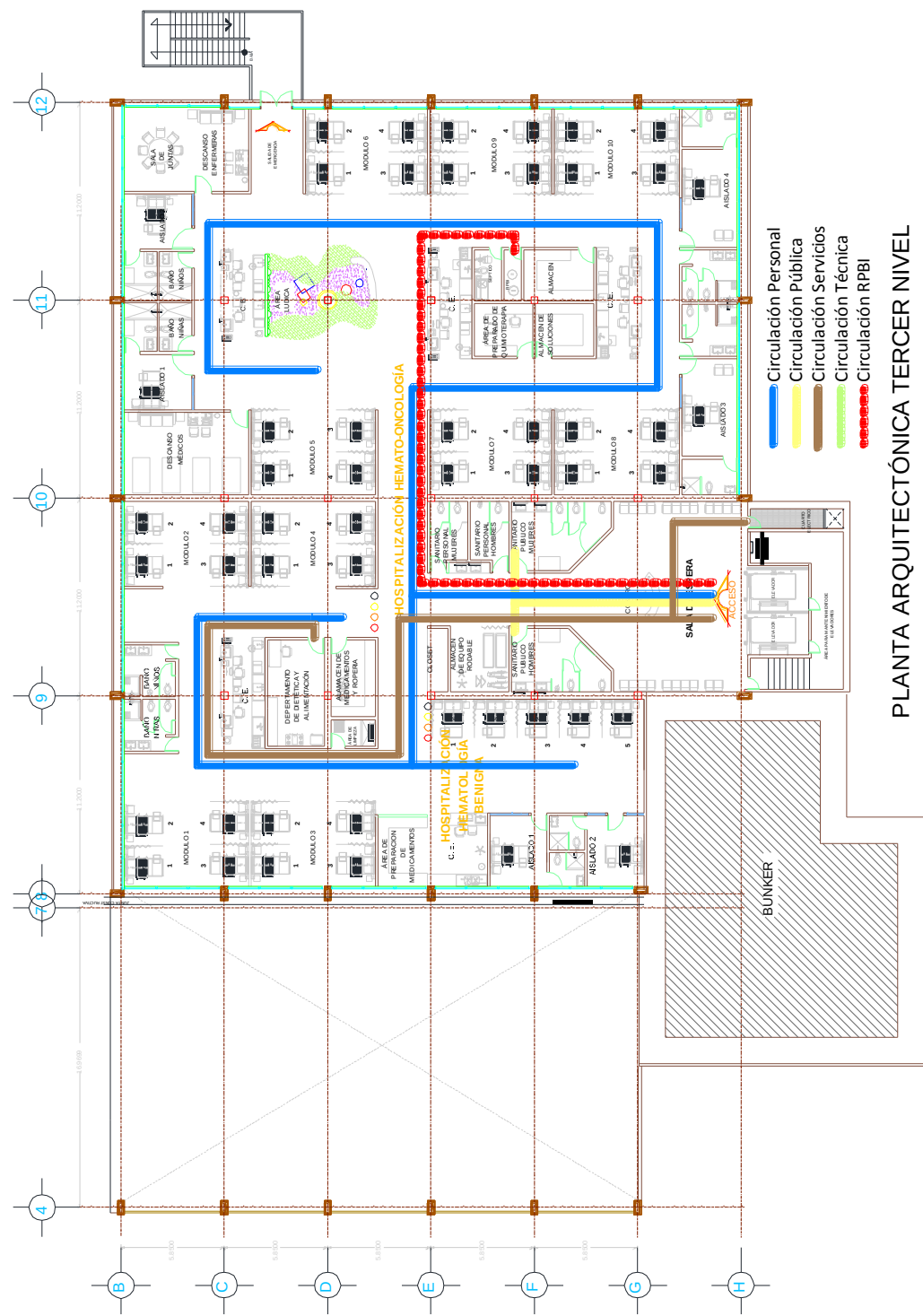
Me enferman, pero no lo explican, más sin embargo pues sé que lo tienes que hacer por el bienestar de tu hijo, creo que van en un conjunto que nos deben de controlar aunque a veces no se coordinan, es que es dependiendo, la verdad hay gente que se coordina y van en equipo hay otros donde no van en equipo y es cuando empieza la desorganización desde que te atienden no (N. D. Mamá 2017).

Distribución de la Planta Arquitectónica Tercer Nivel



PLANTA ARQUITECTÓNICA TERCER NIVEL

Circulación de la Planta Arquitectónica Tercer Nivel



PLANTA ARQUITECTÓNICA TERCER NIVEL

Ilustración 36. Análisis de la representación gráfica de la UPHO Tercer Nivel

Hospitalización

Éste espacio arquitectónico debe tener una relación estrecha con los servicios de cirugía, ya que es de donde se envía el mayor número de pacientes. Al igual que en los otros servicios, el diseño de hospitalización tiene como finalidad resolver las necesidades de los pacientes, familiares, personal, insumos y desechos.

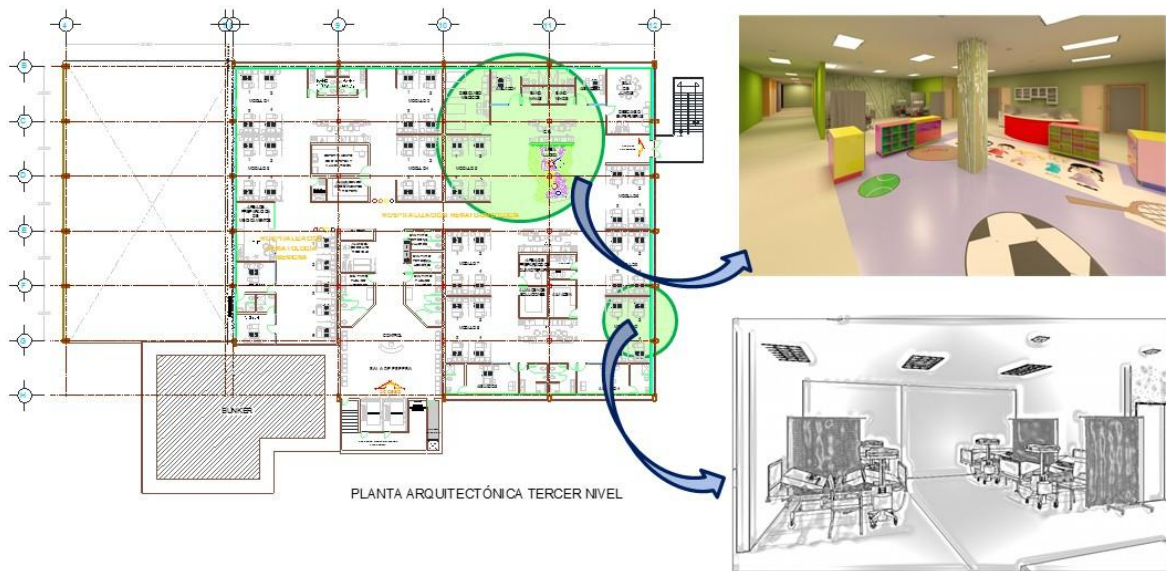


Ilustración 37. Representación de Hospitalización

Entre el lugar como conjunto de elementos que coexisten en un cierto orden y el espacio como animación de éstos, se debe de distinguir y conocer al espacio arquitectónico hospitalario no solo geométricamente, sino también de forma antropológico, como un espacio existencial y lugar de experiencia de relación con el mundo.

Cuando llega un paciente en primera llegan con las asistentes médicas, yo he visto que las asistentes son muy déspotas, la verdad aunque sean mis compañeras son muy así, como que están fastidiadas, entonces llega el paciente y lo atiende ella, cuando ya llega con nosotros ya llega así, enojado, entonces pues llega y empieza a discutir, hay pacientes y familiares que discuten y pelean y gritan, entonces pues uno trata de calmarlos no, y hablar con ello y hay jefes que pues así igual, hablan con

ellos, tratamos que la situación se calme, pues habemos de todo no, habemos compañeras como que están fastidiadas de su trabajo y compañeras que si son muy dedicadas y le echan muchas ganas, pero...

Cuando he llevado a mi hijo o a mi hija pues que ahora que estuvo hospitalizada es angustia de estar esperando afuera que es lo que está pasando adentro porque aunque yo trabaje ahí, yo no puedo estar con ella, y si te tardan en dar los informes y sientes la angustia de que es lo que pasa, a veces el enojo y la impotencia de que no puedas hacer nada. (Enfermera INP 2016)

Eh!!! Dentro de mi espacio de cunero, de la cama que le toque o así, jugar con ella, platicar, tratar de sonreír en medio de la angustia y la desesperación que puedes estar sintiendo por dentro. (V. Mamá 2016)

Sin embargo la posmodernidad y la demanda que llega a tener el INP en la actualidad son productoras de no lugares, de espacios físicos en los que se encuentra mucha gente sin reconocerse, sin identificarse entre sí ni establecer vínculos. Son lugares con alto tránsito de personas en los que la identidad individual es aplastada por la colectiva y donde afirma Marc Augé (1992) “es más bien un concepto antitético” de sobrepoblación de los espacios, aparente desinterés por parte del personal médico, administrativo y de las autoridades que son algunos de los rasgos más destacados, pues el hospital no llega a ser un lugar de destino ni de estancia para los usuarios, especialmente los médicos y enfermeros no lo ven como tal, pues pierden su eje rector de humanidad laboral hacia los derechohabientes y giran alrededor del movimiento económico, convirtiéndolo en un "no lugar sin historia que afecta a nuestras representaciones del espacio, nuestra relación con la realidad y nuestra relación con los otros". (Auge 2002, 89) como por ejemplo los espacios construidos con relación a ciertos fines (estacionamientos, comercios, pasillos, etc.).

3.2 El significado simbólico del cuerpo dentro de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología como un espacio de subjetividad.

En la actualidad los comportamientos del cuerpo tienen una relación dimensional e interdisciplinaria entre la sociología y la etnología y para entender la diversidad del hábitat y su historia, se toman en cuenta también sus hábitos corporales, debido a que estos son modificados y modelados culturalmente.

La sociología que es una ciencia interdisciplinaria toma como objeto de estudio el cuerpo y reproduce en objeto con sus métodos y técnicas para su construcción, pero este resultado tiende a confundirse con las disciplinas, por lo que se continúa con las tradiciones científicas de la antropología, biometría, dietética, física, tecnología, sexología, psicología, etc.

Es necesario que éstas disciplinas científicas se asocien a la construcción del objeto, con el propósito de recuperar la lógica específica de la sociología, de acuerdo a la organización de los comportamientos corporales, que al estar constituidos en un hábitat a determinadas exigencias sociales, no solo manifiestan teorías parciales y relaciones de él y con el cuerpo, como el estudio de la comunicación por medio de gestos y expresiones, que generan relaciones directas o indirectas que han creado conocimientos de los problemas de higiene, salud y el trabajo.

Los diversos tipos de demanda social definen las formas y las categorías de apreciación del organismo ajeno, que tienden a reducir la totalidad del cuerpo a una sola dimensión, ya que de acuerdo a las prácticas y a las situaciones en que las disciplinas las ejercen, se basan en las necesidades de dominar el cuerpo frente a una situación producida por facultades obligadas para satisfacer las demandas sociales creadas para y por la práctica, ser “directamente adecuadas a la necesidad social de manipular el cuerpo ajeno de guiarlo y actuar sobre el (...) o de formarle reglas de conducta,” (Boltanski 1975) una disciplina que está destinada a crear

concepciones funcionales del cuerpo y su espacio para que pueda cumplir satisfactoriamente porque se le han asignado socialmente.

El establecimiento del sistema de relación entre las distintas dimensiones del comportamiento del cuerpo, implica una ruptura de situaciones prácticas definidas por la interpretación subjetiva del espacio arquitectónico, que reduce la totalidad del cuerpo a una sola necesidad o función; por lo tanto, el análisis separado de cada indicador sin que puedan establecerse relaciones ordenadas entre estos, no permite establecer el sistema de relaciones entre las diferentes variables, ni define el peso relativo de un sistema.

Variable independiente	Constante	Variable dependiente (cultura)
El diseño arquitectónico de la UPHO	El espacio arquitectónico Hospitalario	• La percepción valor y uso del personal que labora en el hospital. • La percepción valor y uso del derechohabiente. • La percepción valor y uso de los acompañantes

Por lo tanto el análisis de cada indicador no permite establecer el sistema de relaciones entre las diferentes variables, en este sentido la variable independiente responde a la manera en que influye el espacio arquitectónico en el estado anímico de los pacientes pediátricos y de sus usuarios.

Las variables culturales equivalen a suponer implícitamente que las normas y las reglas pueden ser la retraducción en un orden formativo, debido a las condiciones económicas, políticas o sociales en las que se encuentran los individuos pueden llegar a determinar sus necesidades.

El tipo de comportamiento del cuerpo que le es propio, no omite el espacio físico, en tanto que los sistemas de las disposiciones orgánicas de los esquemas inconscientes del pensamiento, de percepción y de acción, permite generar una ilusión fundada de improvisaciones libres, en una evaluación de las necesidades físicas de los integrantes de cada clase, con una descripción objetiva de diferentes regímenes al que se es sometido cotidianamente con las distintas clases sociales. (Boltanski 1975)

Por lo tanto los determinantes sociales no se transmiten al cuerpo de forma inmediata a través de acciones de orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los transforma en exigencias, obligaciones, prohibiciones, deseos y gustos.

El funcionamiento del consumo médico tiene relación con el cuerpo, el objeto y las acciones que con frecuencia son de orden biológico o fisiológico, no obstante los medios sanitarios para la prevención de los riesgos de salud a los que son propensas las personas se aplican de forma desigual según la clase social a la que pertenecen sin embargo el INP por pertenecer a la Secretaria de Salud atiende a la población infantil en general sin importar su estatus, pero realiza un estudio socioeconómico para apoyar a la población de bajos recursos.

La población infantil con base a su condición social tiene un comportamiento sanitario de consumo distinto, que a su vez provoca diferentes esperanzas de vida, pues las sensaciones mórbidas se enfrentan a desigualdades de intensidad o “enfermedades funcionales”. Los niños tienen una morbilidad plenamente sentida, sin embargo los familiares expresan al médico los síntomas incluyendo las lesiones orgánicas mediante sus acostumbrados procedimientos de habitar el hábitat de acuerdo a su estatus socioeconómico (Boltanski 1975), por lo tanto, la percepción de las enfermedades y la función del espacio arquitectónico hospitalario, es el signo de mensajes para interpretar el cuerpo y el lugar con las sensaciones que otros individuos no perciben.

“Y para reparar calamidades diez ricos hospitales ordinarios a todo menester y enfermedades”

Bernardo de Balbuena (1562 – 1627)

Los miembros de las clases superiores y de las clases medias, presentan una descripción estructurada y detallada de las modificaciones de estado mórbido y jerarquizan los signos de interpretación del espacio arquitectónico hospitalario, en cambio los miembros de las clases populares con base en su experiencia de vida casi siempre hace repeticiones de fragmentos de frases escuchadas a los médicos, es decir no describen correctamente su estado físico, ni espacial. Para entender, expresar e identificar los mensajes corporales, la aptitud varía según la capacidad para verbalizarlos y esto aumenta de las clases populares a las clases superiores (Boltanski 1975).

“Entrarlos a una cama es ponerlos en un tormento...”

Miguel Zerón Zapata

La identificación y la percepción de sensaciones mórbidas, del número y la variedad de categorías de percepción del cuerpo, depende de la economía y la precisión de su vocabulario, de sensaciones y de capacidad de manipulación de la clasificación sintomática de la enfermedad, ya que constituye la experiencia que las personas tienen de ésta en el momento que la expresan.

La memorización de la variedad de las enfermedades exigen un conocimiento, que aunque solo es obtenido totalmente por el médico, éste pueden lograrse parcial y prácticamente para su prevención y atención oportuna, por medio de la familiarización progresiva y general de la población, con la que los sujetos adquieren un dominio más o menos completo en la medida en que disponen de medios materiales y culturales propios.

El médico que vende sus servicios, sus actos, discursos y prescripciones, está obligado no solo a hacer todo lo posible para que el enfermo y sus familiares reconozcan el valor de sus servicios, acepten su autoridad y acaten su voluntad,

sino también a limitar en la medida en que le permita las condiciones de padecimiento, el control al que se ve sometido el infante. Por lo tanto, el poder del médico debe recurrir como lo hace el poder religioso, al sometimiento de la ley al mayor número posible de individuos para hacerles reconocer la legitimidad de su autoridad para su beneficiario (Boltanski 1975) apoyándose en la funcionalidad que le da el espacio arquitectónico hospitalario.

“...habíamos en la sala como setenta enfermos, y con todo eso no duro la visita quince minutos”.

J.J. Fernández de Lizardi. 1816

La verdad es que si es como muy angustiante estar horas en espera de informes, de saber qué es lo que sucede adentro, porque muchas veces pues no puedes ni siquiera entrar o moverte, y aparte las instalaciones pues si requieren de mucha ayuda porque a veces uno siente que no está en las mejores condiciones. (R. Mamá 2017)

La necesidad médica y la desigualdad de las diferentes clases sociales con sus variaciones sobre la percepción de la salud-enfermedad, requieren reconocer que el logro del espacio arquitectónico hospitalario está sujeto a normas específicas, y que el grupo médico determina el grado de atención y de interés que convenga ofrecer a las sensaciones mórbidas y en especial las corporales. Boltanski (1975) nos dice que las clases populares como regla expresan las sensaciones corporales a través de la exhibición visual del cuerpo, debido a normas que determinan las conductas físicas de acuerdo a su percepción somática en el resultado de condiciones objetivas en un orden cultural del modo en el que debe actuar, dependiendo del grado que los individuos tiene, para obtener sus medios materiales, del aprovechamiento de la fuerza física.

De igual forma en su libro *Los usos sociales del cuerpo* nos indica que “hay que dar cuenta de las desigualdades de la necesidad médica en las diferentes clases sociales, sobre la base de las variaciones de la capacidad médica y exclusivamente

por ellas, significa olvidar que la adquisición de la capacidad médica misma está sujeta a normas específicas”

El consumo y competencia médica varía según el nivel de instrucciones que aportan tanto el menor como sus familiares, de acuerdo al grado de atención que los pacientes prestan a su cuerpo, porque cuando mantienen una relación poco consciente al realizar una actividad física (juegos, deporte, etc.) y si aumenta considerablemente, la identificación de sus sensaciones se confunden con la morbilidad ya que provoca interferencia de comunicación entre el sujeto y su cuerpo (Boltanski 1975).

Con el incremento de atención prestada en el cuerpo y la mayor sensibilidad para los mensajes mórbidos, el paciente reduce la intensidad y la duración de la actividad física; ya que se vuelve consciente de su cuerpo y mantiene una relación de comprensión de acuerdo a su edad.

De esta forma, la relación que el hombre mantiene con su cuerpo y con el espacio arquitectónico hospitalario puede “romper con la teoría naturalista²⁹ de las necesidades y funciones que implican el análisis econométrico” (Boltanski 1975, 26) que tiene como objetivo explicar una variable en función de otras con respecto al consumo primario en todos los grupos sociales, y así determinar que el diseño de la UPHO no es independiente de la densidad del consumo médico, ni de su espacio arquitectónico hospitalario, ya que su demanda genera la necesidad de estos con la disponibilidad de sanar al enfermo para que pueda divulgar y enseñar el lenguaje para expresar las sensaciones que señalan su presencia.

Esta teoría implícita impide percibir el carácter específico de las conductas sanitarias de los usuarios del INP, así como la afinidad que existe entre el diseño

²⁹ La teoría naturalista tiene que ver con el consumo médico particular y con la expresión directa de una necesidad específica preexistente, en nuestro caso es la necesidad de un espacio arquitectónico de especialidades pediátricas para generar un bienestar social a partir de la demanda del consumo médico.

de la UPHO y el conjunto de los espacios arquitectónicos, porque “se deja deliberadamente de lado el principio generador y unificador de las conductas(...) de los miembros de un grupo; es decir, del sistema de normas profundamente interiorizadas que, sin expresar nunca total ni sistemáticamente rigen implícitamente la relación de los individuos de un mismo grupo con su cuerpo” (Boltanski 1975, 26) y el espacio arquitectónico, pues su aplicación a situaciones diferentes permiten identificar múltiples conductas de apreciación espacial y físcas que radican para ajustarse a la pragmática cultural.

Por lo que es necesario comprender que, el INP y su consumo médico de espacialidades junto con las conductas sanitarias deben aplicar el sistema de prácticas de las tipologías básicas de significados (ver ilustración 8) las cuales rigen las relaciones de los usuarios con su cuerpo y el espacio arquitectónico, para poder captar el principio de explicación dialéctica entre la representación y construcción del edificio, junto con el significado personal al habitarlo, ya que permite dar cuenta no sólo a las diferencias en el consumo médico y espacial de los usuarios, sino también las formas en que evolucionan con el paso el tiempo.

La relación cultural de una sociedad de conocimiento es un concepto que involucra la aparición del desarrollo con posibilidades tecnológicas y sociales, dadas por las prácticas institucionales, el modelo médico hegemónico, la política, o incluso cualquier usuario del espacio arquitectónico.

Cuando la comunidad se amplía como consecuencia de los desafíos sociales, espaciales y medioambientales actuales, en conjunto con la economía, el conocimiento no se comparte entre diversos sectores, por lo tanto el problema se agrava debido a la falta de acceso a él y a su dinámica, pues se evidencia la falta de innovaciones en el ámbito tanto de la educación, la salud, y el de la apreciación de su entorno.

La relación cultural de una sociedad de conocimiento no solo se basa en las consideraciones del saber académico con la utilización de las ciencias, sus dispositivos teóricos y sus datos, sino se tiene que afrontar y darle importancia al testimonio de los protagonistas encontrando otras formas de la verdad en la apreciación de la salud y sus espacios arquitectónicos con los que se dispone, es decir, que el saber no puede basarse únicamente en el saber científico especializado, sino hay que apelar también a la vivencia del usuario para la producción y reproducción del conocimiento, que evite los riesgos y exigencias del INP.

Con la economía del conocimiento académico se complejizan los saberes y al mismo tiempo los diversos campos disciplinarios, en tanto que los testimonios de los usuarios del espacio arquitectónico se vuelven legitimadores del saber, pero se transmiten de manera muy reducida y la academia no los toman en cuenta, por lo que se puede argumentar que sobrevive una institucionalidad fuerte, con sus puntos de vista médico hegemónicos, sus costumbres y con sus conceptos organizados, sin embargo esto no significa que en el interior del espacio hospitalario se construya la fuerza necesaria para mejorar o enriquecer el servicio médico que requiere de un eficacia, pero subsiste una descalificación de los nuevos saberes.

El poder de representación del espacio arquitectónico hospitalario ha sido un bien en disputa nunca del todo monopolizado por las Instituciones; que configura imaginarios, conduce colectivos, compromete voluntades y produce imperativos en cuyos espacios se habitan sin tener que agotar la interpretación posible del usuario, influenciada por la tecnología que introduce nuevas formas estéticas, habituales, funcionales.

“...Carecen absolutamente de los recursos suficientes”.

J. Hubbe Heyer 1837

...y para ser un establecimiento mexicano, sorprendentemente limpio...

”George Francis Lyon. 1826

Con la hipótesis interpretativa que aquí se planteó se sostiene, que es posible pensar en la entrada a nuevos espacios arquitectónicos hospitalarios de interpretación sustentable, que obliga al proyectista y usuario a auxiliarse en los saberes y dar mayor peso a la experiencia pragmática que a la generalización de una normatividad.

De esta forma se puede implantar nuevas “reglas”, tomando en consideración las vivencias de los trabajadores en general de cada espacio arquitectónico hospitalario y de los pacientes y familiares en particular, para que los arquitectos efectúen estrategias de funcionalidad con nuevos valores proyectuales para la maximización del beneficio en el trabajo y salud tanto individual como social.

Desde mediados del siglo pasado la reflexión crítica, ha señalado diversas equivocaciones que trajo la modernidad arquitectónica urbana y pone visible las debilidades de su fundamentación humanística, en torno a estas fallas de habitabilidad, se han desarrollado esfuerzos para su restablecimiento en la proyección de los espacios hospitalarios, por ejemplo: el cambiar los colores de sus muros que son sobrios o preferentemente blancos porque se tiene la idea de que deben transmitir tranquilidad y pureza, por muros revestidos de imágenes con colores cálidos en donde se perciba un ambiente optimista que levante el estado de anímico al paciente y así generar un espacio de confort y no de encierro.

Uno de estos errores surge cuando la arquitectura se adentra en la ideología funcionalista y reduce la intención de la imagen visual, del lenguaje figurativo y fuerza las posibilidades de ser, de la imagen y la somete a un virtual enmudecimiento *de poder* frente a las necesidades de representación espacial propias de la percepción humana.

Con el reconocimiento de tales necesidades se abre la posibilidad de restablecer un espacio multivalente para la recreación funcional de los espacios arquitectónicos hospitalarios de tercer nivel, pues:

“El desarrollo de representaciones sociales en torno a las cuales se organiza la identidad de lugar y la seguridad ontológica de la reproducción de la vida social, parece requerir una consideración atenta de las preexistencias ambientales, como condición de una venturosa diferenciación simbólica (Lefebvre 1974).

A 48 años de su existencia, el INP se enfrenta a una indeterminación y, se denota en ciertos espacios la imposibilidad de aspectos no resueltos para la época actual y debido a un número muy importante de niños con patologías varias de gran complejidad, de alto costo social y financiero, que requieren un abordaje multidisciplinario y de elevado nivel profesional, se construyó la UPHO, pero a la fecha no está equipada y por tal motivo sigue sin funcionar a cuatro años del “termino” de su construcción.



Cabe señalar que los criterios actuales de planeación médica dan referencia a unidades de tamaño intermedio, en lugar de los grandes hospitales de concentración que antes se prefería.

La tipología formal del INP implicó la persistencia de esquemas que venían de décadas anteriores, pero a la vez fue dando paso a otro tipo de expresiones. Así, las fachadas de cristal continuo, volúmenes compactos, y pocos elementos de énfasis, además del faldón horizontal continuo, muy frecuente en la época; coexisten con cierta tendencia a la masividad de una arquitectura institucional. La UPHO tuvo que seguir esta misma tipología para no romper con la imagen del Instituto ya que su fachada ubicada sobre la avenida del Imán, es considerada y resguardada por el INBA como patrimonio histórico.

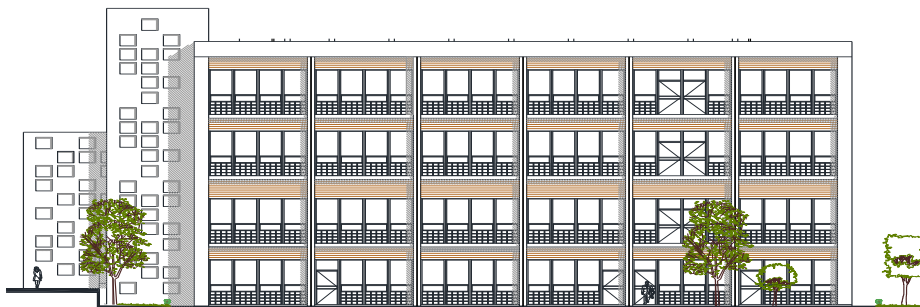
A su vez, se genera una confrontación estilística correspondiente a la fachada principal, al construir dos cuerpos externos con un contraste tanto formal como material que rompe con la Imagen Institucional de los años setenta, sin embargo su inserción crea una paradoja, debido a que su concepción que no proviene por parte de la institución pública, sino de la iniciativa privada TELETON hace evidente una conveniencia que se da al neutralizar la distancia entre el sector público y el privado correspondiente a la atención de la salud.

Por tal motivo se respeta el significado simbólico del INP por su soporte histórico pero el espacio arquitectónico hospitalario debe modificarse o ampliarse para optimizar su funcionalidad de acuerdo a las demandas de las nuevas patologías que enfrenta la población infantil del país.

Ilustración 38. Fachadas de la UPHO



Fachada Oriente



Fachada Sur

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue investigar cómo el espacio arquitectónico de especialidades pediátricas se enfrenta a una indeterminación en su funcionalidad y el diseño sigue reglas institucionales estandarizadas, que no coinciden con las necesidades de los usuarios, por lo que sostenemos, que sí resulta pertinente dar entrada a nuevos espacios arquitectónicos hospitalarios de interpretación sustentable, que motive al proyectista a tomar en cuenta los saberes de los usuarios y dar mayor peso a la experiencia pragmática que a la generalización de una normatividad.

Gracias a la visión ontosemiotica en el caso de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología fue posible mostrar las relaciones que el espacio propicia con los usuarios, así como el carácter icónico que el fenómeno detona, de esta forma se propone implantar nuevas “normas”, que tomen en consideración las vivencias de los trabajadores de cada espacio arquitectónico hospitalario y de los pacientes y familiares, para que los arquitectos realicen estrategias de funcionalidad con nuevos valores proyectuales que maximice el beneficio en el trabajo y salud tanto individual como social.

El tema de las normas del diseño arquitectónico hospitalario fue el objeto de investigación para entender el espacio de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría y la introducción de nociones como patrones de interacción funcional. En ambos casos se trata de tener en cuenta las Normas de Proyecto de Arquitectura, desde su concepción espacial y las coaliciones generalmente implícitas que terminan por regular los hábitos y la actividad de los hospitales de especialidades, debido a que se conciben como “microsociedades” donde se condiciona en mayor o menor medida su funcionalidad (Foucault 1963).

A través de la metáfora del panóptico, se apuntó al conjunto de mecanismos que operan en el interior de las redes de procedimientos funcionales dentro del espacio arquitectónico de la UPHO del INP y como "el panoptismo ha sido una invención tecnológica en el orden del poder, como la máquina de vapor en el orden de la producción. Esta invención tiene esto de particular: que ha sido utilizada en un principio en niveles locales: escuelas, cuarteles, hospitales... Se ha aprendido a confeccionar historiales, a establecer anotaciones y clasificaciones a hacer la contabilidad integral de estos datos individuales" (Foucault 1980, 98-99).

De tal forma se ubicó como un rasgo característico no sólo de la modernidad sino del Instituto, a una sociedad disciplinaria cuyo objetivo central es formar "cuerpos dóciles", susceptibles de sufrir modificaciones a través de tres operaciones:

1. La vigilancia continua y personalizada, que depende del usuario que transita el hospital, se percibe de forma distinta ya sea favorable o molesta.
2. Mecanismos de control de castigos y recompensas y
3. La corrección, como forma de modificación y transformación de acuerdo a las normas prefijadas.

Por lo tanto se puede comprender a la UPHO como un espacio arquitectónico de poder, que está compuesta de la multiplicidad de relaciones inherentes y propias del dominio en que se ejercen y que son parte de su organización como:

- Las relaciones de poder no son solo exteriores sino constantes a los procesos económicos, a las relaciones de conocimiento, etc.
- No son las superestructuras sino una materialidad directamente productora para la mejora de la salud.
- Las relaciones de poder son intencionales y no subjetivas ya que estas son a su vez necesarias para el poder de hacer – realizar.

Los apoyos que se encuentran en sus relaciones forman procedimientos o al contrario desórdenes que generan contradicciones y aíslan a unas de otras, "las

estrategias, por último que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos del Estado, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales" (Foucault 1991, 113), pero no se establecen ideologías de acuerdo a los poderes, pero sí a los saberes, pues estas relaciones no funcionan en estado puro sino que están imbricadas en otro tipo de relaciones (de espacio arquitectónico, del médico, del paciente, del familiar, etc.) donde juegan un doble papel que son condicionantes y condicionadas por el espacio arquitectónico, ya que dichas relaciones son multiformes y no obedecen únicamente a una forma de prohibición y en el caso de la UPHO a una necesidad para atender y garantizar un tratamiento.

Con estas aproximaciones se confirma la hipótesis principalmente por la falta de correspondencia entre el proyecto arquitectónico y el edificio cuando se aborda desde el estado anímico del usuario, ya que solo se constituyen visiones parciales del complejo sistema de normas arquitectónicas hospitalarias sobre las cuales se apoyan el Instituto.

Mediante los esquemas de tipologías básicas de significados (Segunda parte: El análisis de los hospitales y el valor indexical de los planos) identificamos conexiones mutuas y complementarias, que pueden poner la plataforma para el reconocimiento de "nuevos tipos de normas" que articulen la funcionalidad y el simbolismo del espacio arquitectónico de la UPHO y de cualquier otro hospital de especialidades.

Bajo esta perspectiva se contempla el simbolismo espacial del INP que tiene la capacidad de agrupar determinados significados simbólicos ya que es un signo social reconocido que lleva una implicación emocional o afectiva y compartido por sus usuarios.

El espacio del Instituto puede ser mostrado, nombrado y recorrido con sus planos arquitectónicos, sin embargo es necesario tener en cuenta el sistema de relaciones entre las diferentes variables que definirán el peso relativo de un sistema.

Las variables culturales suponen implícitamente que las normas y las reglas se retraducen en un orden formativo debido a los tipos y grados de limitación que se pueden llegar a presentar.

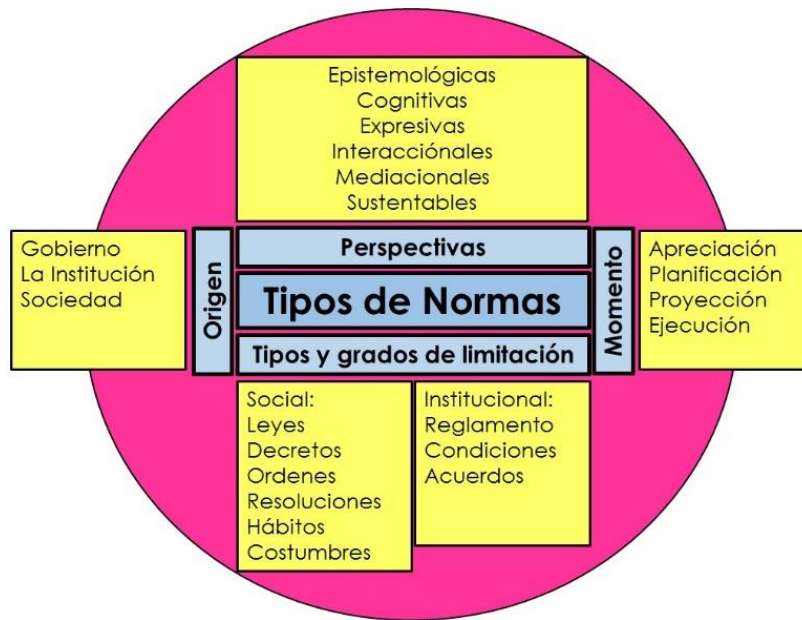


Ilustración 39. Dimensión Normativa. Tipos de Normas.

Al clasificar los diferentes aspectos de la dimensión normativa nos permite:

- Valorar la oportunidad de las intervenciones del usuario y los profesionales, al tener en cuenta el conjunto de normas, pero a su vez, la tipología específica que condiciona la funcionalidad del espacio arquitectónico hospitalario de especialidades.
- El surgimiento de cambios en las normas para que ayuden a mejorar el funcionamiento del espacio arquitectónico con vista a una evolución de los significados sociales y personales del usuario hacia los significados institucionales pretendidos.

Y para entender la identidad que se construye en el Instituto en general y en particular en la UPHO se tomó en cuenta las experiencias de nueve de sus usuarios en donde su construcción en el nivel individual es a través de las experiencias y las relaciones con el espacio arquitectónico “Eso es también muy cierto en el nivel colectivo. Un grupo que se repliega sobre sí mismo y se cierra es un grupo moribundo” (Augé, La nación 2005).

La actitud de las personas en el Instituto como un No Lugar suele ser la siguiente:

- Algunas personas aprovechan la sensación de desconexión con su alrededor para tratar de poner su mente en blanco y se refugian en la soledad para no sentir la presión de las relaciones, ésta reacción es característica del acompañante y los juegos de roles que dominan su vida.
- Los individuos se mueven sin relacionarse, ni negociar nada, pero obedecen a un cierto número de pautas y de códigos que les permiten guiarse cada uno por su lado.
- Las personas “saborean las alegrías pasivas de la desidentificación” (Auge 2002) actitud característica en el apaciente pediátrico y su acompañante.

En los No Lugares la tendencia de las personas es el ensimismamiento y en el INP las personas se definen y se etiquetan por su nombre y apellido, ocupación, estado civil, edad, nivel socioeconómico, nacionalidad y aficiones, pero los usuarios se sienten aislados de las personas que lo rodean y eso le permite sumergirse en sus pensamientos.

Los usuarios acompañantes de la UPHO encuentran el sentimiento de libertad característico de los No Lugares al saber que nadie tiene expectativas de ellos; sin embargo sólo es aparente, pues “cuando dejan de regir las miradas moralistas, castigadoras y juzgadoras de los demás sobre uno, toma más poder la de uno sobre sí mismo” (Augé 1992) la cual es aún más intensa y grave.

El cuerpo ha sido utilizado como objeto y blanco de poder; objeto en el sentido que ha sido visto y valorado como instrumento productivo, exigiendo algunos ejercicios y maniobras para tal fin, y como blanco de poder, porque se ha visto inmerso en un campo político, el cual lo rodea en relaciones de dominio y sumisión.

El cuerpo se encuentra involucrado como principal autor de las relaciones de poder, como por ejemplo las establecidas en el seno de un hogar, en donde se observa las relaciones de poder de los padres hacia los hijos. En esa misma dinámica tenemos al médico y al paciente; al enfermo y a la enfermera, al médico y a la administradora, al administrador y al paciente, etc.

El poder del médico recurre al sometimiento de la ley al mayor número posible de individuos para hacerles reconocer la legitimidad de su autoridad apoyándose en la funcionalidad que le da el espacio arquitectónico del Instituto. Por lo tanto la necesidad médica, la desigualdad de las diversas clases sociales y las diferentes formas de percibir la salud-enfermedad, requieren reconocer que el espacio arquitectónico de la UPHO al igual que todo hospital, está sujeto a normas específicas, y que el grupo médico determina el grado de atención y de interés que convenga ofrecer a las sensaciones mórbidas y en especial las corporales.

El cuerpo se localiza en una sociedad que ha limitado el espacio para moverse, ha organizado el área, trazando fronteras para demarcar su territorio y así tener el control de él, para conservarlo siempre localizado, vigilado para mantener efectivamente la estructura de lo que Foucault considera es una "sociedad disciplinaria", cuya norma de rendimiento está trazada por la observación del cuerpo. En "Vigilar y Castigar" demuestra como el "panoptismo" propio de la arquitectura hospitalaria no solamente opera en ese espacio para observar los movimientos de los enfermos desde cualquier ángulo sino que fundamentalmente el panoptismo es una arquitectura de control social que se reproduce no solo en la planta de producción sino en una progresiva cuadrícula y compartimentación de los espacios sociales.

En el Instituto, la disciplina no actúa de diferente manera, ya que es la tortura contra el cuerpo con una búsqueda por mejorar y sanar al paciente por medio de mecanismos de vigilancia que imponen a los individuos a aprender a cuidarse y ser cuidados, pues estos son lugares donde se ejerce un sistema de control y vigilancia sobre los individuos, el cual rige desde el desarrollo del cuerpo formándolo en todo el proceso de crecimiento, moldeándolo hasta tal punto que se ve obligado a realizar diferentes tipos de actividades cotidianas, que no contribuyen a una sanación holística.

"A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar 'disciplinas'" (García Canal 2002) y formar personas que sean dóciles, es decir fáciles de conducir, fáciles para dejarse enseñar, ése es el objetivo de las disciplinas.

Sí bien es cierto que las disciplinas tiene que existir para el funcionamiento de cualquier sistema social, éstas deben inducir un ambiente cordial y humanizante que ofrezcan crecimiento del ser como humano, el cual debe tomar en cuenta las sensaciones de bienestar, las emociones de agrado principalmente cuando se trata de la población infantil, como es el caso del Instituto, en lugar del ambiente frío, aséptico, militarizado, vigilante, disciplinante y punitivo (Pulido Navarro 2012).

La parte buena, pues... los doctores han sacado adelante a Carlos, empiezo a notar la diferencia, ente un hospital de especialidad a.... mmm llámese hospital o clínica, no hay mucha diferencia, pero bueno, tengo que notar que si no fuera por ellos mi hijo no seguiría su regimiento de sanar, de estar mejor, eso sería la buena parte que yo he visto del hospital.

Las cosas por decirlo así malas, pues bueno, está sucio el hospital, no hay como tantos enfermeros o tanta gente para estar al pendiente de todo, en los lugares hay mucho control para mal y crea el mal genio en vez de curar (N. D. Mamá 2017).

El pensamiento simplificante llega a poner en entredicho el oficio del arquitecto, ya que se puede considerar como artista creador o especialista técnico en la rama de la ingeniería, planificación y/o urbanista como se planteó a principios del siglo XX con base en los supuestos del movimiento moderno que Le Corbusier resumió en la Carta de Atenas (Documento teórico de los Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna), debido a que se pierde la capacidad de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple, o unifica abstractamente anulando la diversidad o, por el contrario, yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad (Morin 2001, 30).

La arquitectura es un lenguaje, un hecho de cultura y de toda práctica social que comunica, ya que no tiene sólo funciones prácticas, sino también simbólicas, donde se da como acción, cuando sucede el movimiento, la experiencia del usuario y lo que esto signifique para él, por lo que una edificación dedicada a la salud no sólo debe ser estilísticamente adecuada en un contexto específico, sino que también requiere un efecto óptimo en sentido estratégico, en el que a la arquitectura habría que exigirle también la vuelta a su sentido humanista, con un enfoque funcionalista de los fenómenos culturales, en el retorno a su naturaleza y que se puedan analizar en términos de satisfacción de las necesidades de los usuarios para el rescate de su esencia como el hecho que se crea con base al ser al que debe su existencia (Dijk Teuna 1992, 140).

La profesión de la arquitectura es una categoría de análisis mucho más compleja, pues trasciende los muros del despacho arquitectónico y cambia constantemente con el tiempo. Desde esta perspectiva, se puede decir que la práctica de la arquitectura es un sistema cultural porque implica una red de significados, rutinas, conocimientos y valores compartidos por un grupo. Estos significados constituyen la cultura de una práctica profesional.

La práctica arquitectónica en la UPHO y en general, implica una serie de dualidades dialécticas que los profesionales tienden a pasar por alto cuando favorecen a una

de ellas en detrimento de otra, en donde siempre se apega a las normas institucionales e intereses políticos, esta preferencia genera un desequilibrio que afecta en gran medida a la misma práctica.

Bajo esta óptica el espacio arquitectónico del INP está dotado de un significado y este tiene su base en una construcción socialmente elaborada y su carga simbólica puede ser dictada o determinada desde instancias de poder dominantes, de manera que su significado se oriente hacia un referente Institucional. Sin embargo, su arquitectura nunca se debe de tomar como un hecho aislado de su contexto, pues lo que los signos designan queda determinado por éste.

El presente estudio se centró en la coexistencia en el espacio arquitectónico de la UPHO visto desde un enfoque semiótico en el diseño del espacio y su representación arquitectónica, lo que permitió mostrar la escala de las estructuras complejas de múltiples enfoques de análisis.

A partir de la semiótica el diseño adquiere su propia objetivación, su especificidad, no obstante ésta, es un buen punto de partida, un punto de vista, una manera más de reflexionar sobre la arquitectura, pues a las conclusiones que llegamos resultan enriquecedoras, sobre todo en el sentido de realizar un ejercicio de relación entre los espacios arquitectónicos del Instituto y del usuario que los habita y transita. Cada apartado del artículo, ha aportado conceptos importantes en el proceso de investigación de diseño, en resumen, concluimos que;

De los signos en la arquitectura de la UPHO.- La Arquitectura es un lenguaje, un hecho de cultura y de toda práctica social, pues ésta no tiene sólo funciones prácticas, sino también simbólicas, donde se da como acción, cuando sucede el movimiento, la experiencia del usuario y lo que esto signifique para él.

El recurso semiótico se pudo aplicar en la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología del Instituto Nacional de Pediatría a partir del proceso de significación basado en

las dimensiones determinadas por Morris, las cuales nos llevaron a definir las tipologías básicas de significados y sus sistemas de prácticas en los espacios arquitectónicos, pues desde el momento en que la disciplina es capaz de abordar todo aquello que se presente ante los sentidos es necesario contemplarla como semiótica del diseño.

Al indagar los problemas relacionados con el significado del espacio arquitectónico de la UPHO, el esquema quedó determinado por los espacios arquitectónicos como mensaje de disciplinamiento, de control, de poder, de dominio y de frialdad en lugar de un espacio de confort, de bienestar, de convivencia agradable para los pacientes, acompañantes y el personal con una visión humanista, cuya finalidad principal es la salud; el usuario como receptor, el movimiento del usuario como la connotación y denotación, el contexto como la actividad social que se desarrolla en el Instituto (educación, salud, religión, recreación, etc.) y el diseñador o el arquitecto, como el conducto del principal emisor, la institución.

Se consideró la conformación reglamentaria de las formas panópticas, que consistió en investigar las condiciones y coincidencias de la habitabilidad en el estudio de la arquitectura hospitalaria, ya que es un espacio institucional disciplinario y su inmersión redirecciona la manera como se aprecia el fenómeno arquitectónico, pues lo cotidiano se convierte en instrumento de interpretación del espacio pragmático.

Los espacios de la UPHO son ordenados jerárquicamente con base a su carga simbólica, es decir, a partir de espacios carentes de significado simbólico (significado personal), a espacios cuyo significado interesa a un grupo reducido de usuarios y a espacios con un significado ampliamente reconocido.

Desde la perspectiva de la conducta los signos determinan correctamente las expectativas de los usuarios, debido a que la pragmática desarrolla los términos

para el estudio de las relaciones de los signos con sus usuarios y el orden procedente de la semiosis porque:

- El Instituto como signo es reconocido en función de las condiciones psicológicas, biológicas y sociales de uso pediátrico.
- El signo que es el edificio Institucional expresa pero no muestra su propio interpretante, pues al tener mayor relación el signo con el intérprete se vuelve un asunto de designación.
- Al haber una correlación, el signo tiene un valor social e individual y surge un nuevo signo de nivel superior a la semiosis.

En consecuencia se halló al interior del Instituto la insuficiencia de la práctica arquitectónica al no interpretarse como el conocimiento cotidiano de ajustes susceptibles a cambios en función del desarrollo de la sociedad y de su demanda; ya que sigue la construcción de grandes espacios de especialidades pediátricas, conforme a las patologías, sin embargo no se implementan nuevas reglas que tomen en cuenta las vivencias de los trabajadores en general y de los pacientes y familiares en particular, para que los arquitectos efectúen estrategias de funcionalidad con nuevos valores proyectuales que maximicen el beneficio en el trabajo y en la salud tanto individual como social y así, el desarrollo del espacio arquitectónico adopte un interés creciente, al hacer hincapié en la necesidad de cambios en el espacio construido que se traduce en una evolución de la percepción del hábitat y la habitabilidad.

En el caso del espacio arquitectónico del hospital pediátrico, se generan algunos códigos gráficos de comunicación compartida desde el emisor para el receptor, donde no solo deben responder a las necesidades normativas formales y funcionales que reclama la institución, sino también a las demandas de bienestar social para prevenir el problema epidemiológico y satisfacer el hábitat y habitabilidad.

Desde la experiencia de la arquitectura se indagó el significado del signo en la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología en el Instituto Nacional de Pediatría, los estímulos nos permitieron la comprensión del uso del espacio como un sistema cultural porque implica una red de significados, rutinas, funciones posibles, conocimientos y valores compartidos por un grupo, por lo tanto, es necesario no caer en la inteligencia ciega (Morin 2001) debido a que es la que destruye los conjuntos y las totalidades, aísla todos sus objetos de sus ambientes, de tal forma que no se puede concebir el lazo inseparable entre el observador y el observado.

Uno de los puntos que se destacan en la presente investigación, es la coexistencia de los elementos teóricos precedentes que se complementan con la noción proyectual y funcional idóneas del proceso de instrucción, definido como la articulación coherente y sistémica de los siguientes componentes:

- La idoneidad epistemológica: se refiere al grado de representatividad de los significados institucionales implementados, respecto a un significado de referencia; por ejemplo, la representación del espacio arquitectónico hospitalario puede limitarse a la cobertura pediátrica de un servicio médico especializado (baja idoneidad), o tener en cuenta los diferentes tipos de situaciones adheridas al usuario pediátrico y, principalmente considerar la significación de habitabilidad al incluir la humanización del personal administrativo y médico (alta idoneidad).
- La idoneidad cognitiva: expresa el nivel en que los significados pretendidos y realizados están representados dentro del desarrollo potencial del dibujo arquitectónico hospitalario de especialidades, así como la proximidad de los significados de funcionalidad logrados.
- La idoneidad expresiva: es el grado de implicación que tiene el usuario con el espacio arquitectónico, está relacionada tanto con los factores que dependen de la institución de salud, como con los del usuario que habitan y transitan en él, así como de su historia de vida previa.
- La idoneidad interaccional: el espacio arquitectónico hospitalario de especialidades y su significación, tendría mayor idoneidad desde el punto de

vista interaccional si las configuraciones del espacio, sus trayectorias funcionales y los significados institucionales tuvieran un proceso de significación del usuario de acuerdo con una secuencia epistémica de gestión, formulación, y validación en lugar de, un proceso magistral de institucionalización que no tiene en cuenta las dificultades de los usuarios.

- La idoneidad mediacional: se considera como el grado de disponibilidad y adecuación de los recursos materiales y temporales necesarios para el desarrollo pleno de la funcionalidad del espacio arquitectónico hospitalario y dar las soluciones óptimas que los diversos usuarios vayan requiriendo de acuerdo a sus necesidades.
- La idoneidad sustentable: como el ajuste del espacio arquitectónico hospitalario de acuerdo a las condiciones patológicas que la demanda demográfica vaya presentando.

Como se puede deducir, la idoneidad de una dimensión no garantiza la idoneidad global, ya que estas deben ser integradas teniendo en cuenta las interacciones entre las mismas sin dejar de lado que éstas se deben de interpretar como relativas a unas circunstancias temporales y contextuales cambiantes; por lo que se requiere de una actitud de flexibilidad, pues como se analizó, el espacio simbólico arquitectónico construido de la UPHO, es un modelo ya codificado que genera un código icónico en el que se mueven, habitan y transitan los usuarios y no se escapan de su función comunicativa, incluso sin ser usada tiene la capacidad de aglutinar determinados significados en su seno, es decir, de cargarse de significado simbólico y donde la semántica tendría que ser la base de estudio para la relación de los espacios simbólicos junto con los interpretantes que utilizan los signos del espacio ya que posibilita el análisis de su funcionalidad comunicativa para disminuir el distanciamiento alienante de los usuarios que experimentan el espacio hospitalario como algo ajeno, como algo con lo cual no se identifican, como un no lugar.

En el transcurso de la investigación no solo se encontraron las indeterminaciones funcionales del Instituto Nacional de Pediatría, sino que debido a la acelerada transformación que el neoliberalismo económico junto con la innovación informática,

a los avances tecnológicos y científicos y las nuevas formas de organización de las sociedades humanas, la morbilidad y mortalidad está cambiando y con ello la disminución de la población infantil, que si bien es cierto que es urgente su atención médica también se comienza a cuestionar “el por qué ampliar y construir nuevos espacios de especialidades pediátricas, si la tendencia es el aumento de las personas de la tercera edad”.

La visión con la que se concebía el desarrollo social en México se ha modificado radicalmente debido a que también se experimenta un proceso acelerado de transición demográfica. Según El Consejo Nacional de Población (<https://www.gob.mx/conapo> 2017) la primera etapa se ubica a partir de los años 30 con el inicio del descenso de la mortalidad, junto con los elevados niveles de natalidad, trajo consigo un periodo caracterizado por un elevado crecimiento demográfico como resultado de mejores condiciones de salud.

Posteriormente para 1960 la natalidad se ubicó en 46 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que para el año 2000 este indicador descendió a 21 nacimientos; se espera que en las próximas cinco décadas la natalidad siga descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en 2050. (CONAPO 2017)

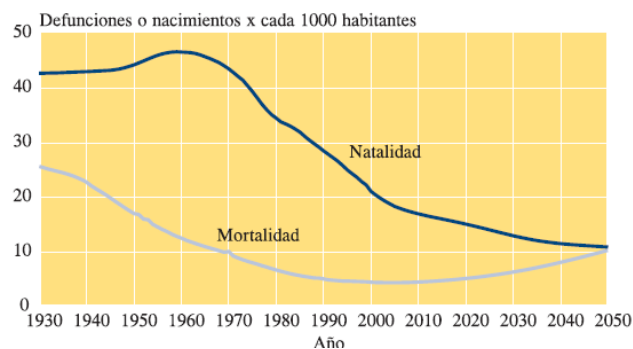


Ilustración 40. Transformación demográfica de México 1930-2050.
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La pirámide de población en México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir una forma rectangular abultada en la cúspide, propia de las poblaciones envejecidas.

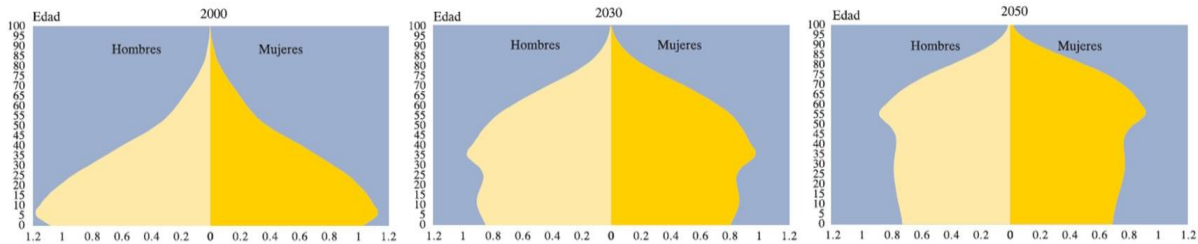


Ilustración 41. Pirámides de población de México, 2000-2050
Fuente: Estimaciones del CONAPO

El cambio es vertiginoso y genera escenarios inéditos en todos los aspectos de la sociedad, y en torno a la vigencia u obsolescencia de las estructuras conceptuales del espacio arquitectónico hospitalario de especialidades pediátricas y a la capacidad del diseño para responder cabalmente o no a su funcionalidad, por lo tanto, existen elementos suficientes para pensar en la existencia de una crisis en el espacio arquitectónico hospitalario de especialidades y en particular en el INP, por lo que deja abierta la posibilidad de posteriores estudios.

El espacio arquitectónico hospitalario de la UPHO, así como del INP funda su rigor y su funcionalidad necesariamente sobre las medidas y el cálculo de cualquier otra especialidad, sin embargo al formalizarse, construirse y habitarse ha desintegrado en mayor medida la identidad de los usuarios, por basarse únicamente en las Normas de Proyecto de Arquitectura y no tomar en cuenta las realidades funcionales debido a la relación entre sí de tres grandes campos del conocimiento: el espacio arquitectónico, la salud y el ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Administración INP, Erika, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (05 de 11 de 2017).
- Armheim, Rudolf. *La forma visual de la arquitectura*. Barcelona: Gustavo Gill, 1978.
- Augé, Marc. *La nación* (miercoles 22 de junio de 2005).
- Auge, Marc. *LOS “NO LUGARES” ESPACIOS DEL ANONIMATO. UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SOBREMERNIDAD*. Barcelona : Gedisa, 2002.
- Augé, Marc. *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremernidad* . España : Gedisa, 1992.
- Barquín Calderón , Manuel. *Dirección de hospitales. Sistema de atención médica*. México: Interamericana Macgraw Hill, 1992.
- Barquín Calderón, Manuel. *Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica*. México : Interamericana Macgraw Hill, 1992.
- Barthes, Roland. *La Aventura semiológica*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- Boltanski, Luc. *Los usos sociales del cuerpo*. Argentina : Periferia S.R.L, 1975.
- Bûrdek, Bernhard. *Diseño*. España : Gustavo Gili, 1994.
- Carontini, Enrico, y Daniel Peraza. *Elementos de semiótica general*. España: Gustavo Gili, 1979.
- Colmero, Enríque Ricardo. *Metodología para el diseño arquitectónico en unidades hospitalarias*. México, 1996.
- CONAPO. <https://www.gob.mx/conapo>. 2017. (último acceso: 11 de diciembre de 2017).
- Cuéllar Romero, Ricardo. *Medicina y poder en Michel Foucault*. México: UAM Xochimilco, 1981.
- Cullen, W. *Institutions de médecine pratique*. París, 1785.
- . *Médecine pratique* . París, 1785.
- Czajkowski, Jorge , y Elias Rosenfeld. *Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica*. La Plata, Buenos Aires: IDEHAB, 1900.
- Deleuze, Gilles. www.catedras.fsoc.uba.ar/forte/articulos/postdata_deleuze.pdf. 1995.
- Dijk Teuna, Van. *La ciencia. El texto*. España: Paidós, 1992.
- Dreifuss, Cristina . *El hospital en occidente hasta el siglo XX. Historia y evolución de la distribución funcional*. 2004.
- https://issuu.com/cristinadreifuss/docs/cristina_dreifuss_serrano_-_ensayo_de_ingreso__mae (último acceso: 15 de noviembre de 2016).
- Eco, Umberto. *Introducción al estructuralismo* . España: Alianza, 1973.
- . *La estructura ausente*. México: Debolsillo, 2006.
- . *Tratado de semiótica general*. Barcelona: Lumen 1995, 1976.
- Elizondo, J. *Signo en acción*. México: Paidós, 2012.
- Enfermera INP, Juana, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (16 de 10 de 2016).
- Escudero Chauvel, Lucrecia . «César Jannello y la semiótica del espacio.» En *Ensayos semióticos dominios, modelos y miradas desde el cruce de la naturaleza y la cultura*, de Adrián Gimete Welsh, 147-153. Puebla: Porrúa, 2000.
- Escudero. *Los aportes de la semiótica al estudio de la arquitectura*. San Pablo: X Clefa, 1983.
- Esqueda, Román. *El juego del diseño. Un acercamiento a sus reglas de interpretación creativa*. México: Designio, 2000.
- Faerna . *Introducción a la teoría pragmatista del conocimiento* . Madrid : Siglo XIX , 1996.

- Federal, Secretaría de Salud del Distrito. «Programa Sectorial de Salud.» *Gaceta Oficial del Distrito*, 27 de octubre de 2014.
- Florindablaca, Conde de 1787. «Instrucción Reservada de la Junta de Estado creada el 8/7/1787.» *Escritos políticos, la instrucción y el memorial*. Academia de Alfonso X, 1982.
- Font, Vicenç. «Processo mentals versus competència.» *Biaix*, 2001: 33-36.
- Foronda, Valentín. «Dobre el establecimiento de hospitales y casas de misericordia.» 115-126. 1994.
- Foucault, Michel. «Des espaces autres.» *Architecture Mouvement, Continuite* # 50, s.f.: 3.
- . *El nacimiento de la clínica*. vigesimosegunda. París: Siglo XXI, 1963.
- . *El ojo del poder, entrevista con Jereias Bentham. El panóptico*. Madrid: La piqueta, 1980.
- . *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa, 1991.
- García Canal, Ma. Inés. *Foucault y el poder*. México: UAM Xochiilco, 2002.
- Godino, Juan, Carmen Batanero, y Vicenc Font. «Un enfoque ontosemiótico del conocimiento y la instrucción matemática.» *The International Journal on Mathematics Education*, 2009: 127-135.
- Godino, Juan, V Font, y A Contreras. «Análisis de procesos de instrucción basado en el enfoque ontológico-semiótico de la cognición.» *Recherches en Didactiques des Mathematiques*, 2006: 39-88.
- Godino, Juan, y C Batero. «Significado institucional y personal de los objetos matemáticos.» *Reserch en Didacticque des Mathematiques*, 1994: 325-355.
- Goofman, Erving. *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrotu, 1972.
- Hall, Edward. *La dimensión oculta*. México: Siglo XXI, 2003.
- Harvey, David. *Breve Historia del Neoliberalismo*. España: Akal, 2007.
- Heller, Agnes. «Las necesidades buenas y malas en Necesidades radicales.» *El viejo topo* No. 50, 2001.
- Iglesia, Rafael. *Pensar el habitar*. Buenos Aires: Artesanal, 1998.
- Lampérez, Vicente. *Arquitectura civil española de los siglos I al XVIII*. Madrid: Saturnino Callejas, 1922.
- Lefebvre. 1974.
- Magariños de Morentín, Juan Ángel. *Los fundamentos lógicos de la semiótica y su práctica*. Buenos Aires: Edicial, 1996.
- Mamá, Rocío, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (22 de 08 de 2016).
- Mamá, Alondra, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del hospital como usuario al traer a tu hija* (28 de 10 de 2016).
- Mamá, Niña Dana y Carlos, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (21 de 05 de 2017).
- Mamá, Rosa, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (10 de 01 de 2017).
- Mamá, Verónica, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Cuál es la percepción del espacio hospitalario como usuarios* (16 de 08 de 2016).
- Marx, Karl. *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte*. Moscú: Progreso, Tomo I, 1981.

- Menéndez, Eduardo. «Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.» *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segunda Jornada de Atención Primaria a la Salud*. Buenos Aires, 1988. 451-464.
- Mercado, Serafín. *habitabilidad de la vivienda urbana*. México: UNAM Facultad de Psicología, 1995.
- Morales, José Ricardo. *Arquitectónica. Sobre la idea y el sentido de la arquitectura*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
- Morin, Edgar. «La inteligencia ciega.» En *Introducción al pensamiento complejo*, de Edgar Morin, 27-35. Barcelona: Gedisa, 2001.
- Morris, Charles. *Fundamentos de la teoría de los signos*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- Morris, Charles. *Signos, lenguajes y conductas*. Buenos Aires: Losada, 1946.
- Muntañola, Thornberg J. *Topogénesis, fundamentos de una nueva arquitectura*. Barcelona: Ediciones UPC, 2009.
- Muriel, Josefina. «Hospitales de la Nueva España.» En *Fundaciones del siglo XVI*, 37-38. México: Cruz Roja Mexicana, 1990.
- Negrin, Chel, y Tulio Fornari. *El mensaje arquitectónico*. México: Gernika, 1987.
- Neufert, Ernest. *Arte de proyectar en Arquitectura*. Barcelona, España: Gustavo Gill, 1995.
- Niña, Dana, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Qué es lo que sientes al tener que estar viniendo al hospital* (21 de 05 de 2017).
- Niño, Carlos, entrevista de Jocelyn Valenzuela Romero. *Qué es lo que sientes al tener que estar viniendo al hospital* (06 de 02 de 2017).
- Ortiz Quesada, Federico. *Diario de un médico*. México: Mc. Graw Hill, 2000.
- . *Hospitales*. México: ISSSTE, 1998.
- Parret, Herman. *Semiotics and Pragmatics. An evaluative comparison of conceptual frameworks*. Amsterdam-Filadelfia: John Benjamin Publishing, 1983.
- Peirce, Charles S. «Collected Paper.» Cambridge: The Belknap Press of Harvard University, 1931-1965.
- Pérez García, Ana Cristina. «proyecto integrado de bienestar social.» diciembre de 2011. <http://woordpress.com/evolución-del-bienestar-social/> (último acceso: 01 de junio de 2015).
- Pignatari, Décio. *Semiótica del arte y de la arquitectura*. Barcelona: Colección Punto y Línea, 1983.
- Pulido Navarro, Margarita. *El lujo de enfermar. Historia de vida y trabajo*. México: Porrúa, 2012.
- Reyes, G. «Prólogo», en Verschueren, J.: *Para entender la pragmática*. Madrid: Gredos, 2002.
- Reyes, Graciela. «Prólogo», en Verschueren, J.: *Para entender la pragmática*. Madrid: Gredos, 2002.
- Rodríguez, Martín. *Pesamiento económico español sobre la población*. Madrid: Pirámide, 1984.
- Rodríguez, Juan Manuel López. *Semiótica de la comunicación gráfica*. México: INBA / UAM AZC, 1993.
- Romero, José Luis. *Latinoamérica. Las ciudades y sus ideas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2001.
- Salud, Secretaría de. *Los Institutos Nacionales de Salud en México*. México, 2002.

- Sandres Peirce, Charles. *Collected Papers of Charles Sandres Peirce*, 8 vols. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, s.f.
- Santaella, Lucía, y Winfred Nöth. *Imagem. Cognicao, semiótica, mídia*. San Paulo: Iluminaras, 1998.
- Solano, Eska Elena. *Crítica arquitectónica sistémica. Enfoque cognitivo y simbolico del fenomeno de la supermodernidad en México*. Toluca, Estado de México,: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO., 2012.
- Solano, Meneses Eska Elena. *Crítica arquitectónica sistémica*. Tesis doctoral, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México, 2012.
- Soubeyroux, J. «El encuentro del pobre y la sociedad: asistencia y represión en el Madrid del siglo XVIII.» *Estudios de la Historia social* No. 20, 1982: 7-225.
- Thompson, John B. *Ideología y cultura moderna, Teoría crítica social en la era de la comunicacion de masas*. España, 1993.
- Tudela, Fernando. *Hacia una semiótica de la arquitectura*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1976.
- Villagran García, José . *Estructura teórica del programa arquitectonico. Memoria de El Colegio Nacional Tomo VII*. México : El Colegio Nacional , 1970.
- . *Teoria de la Arquitectura* . México : UNAM, 1988.
- Zeccheto, Victoriano. *La daza de los signos, nociones de semiótica general*. Ecuador: Abya-Yala, 2002.