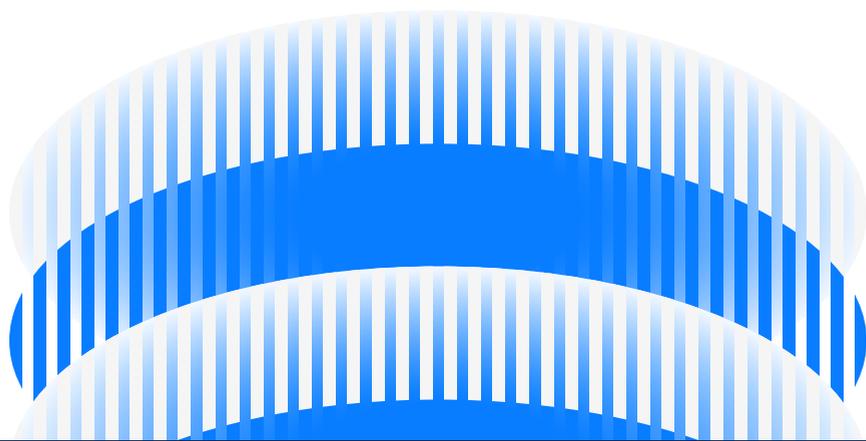


PAISAJE COMO INFRAESTRUCTURA



Capítulo 6



INFRAESTRUCTURA COMO PAISAJE

Claudio Cuneo (editor)

PAISAJE COMO INFRAESTRUCTURA INFRAESTRUCTURA COMO PAISAJE

Claudio Cuneo (editor)

Valeria Takano
Kelly Quispecondori
Adriana Rojas
Miguel Ángel Santiviáñez
Scolli Huaranga
Claudia Borja

**FONDO
EDITORIAL**

**ARQUITECTURA
PUCP**



Primer Premio del Fondo Extraordinario de Apoyo
a la Investigación para Estudiantes de la Facultad de
Arquitectura y Urbanismo - PUCP

**PAISAJE COMO INFRAESTRUCTURA
INFRAESTRUCTURA COMO PAISAJE**

Claudio Cuneo (editor)

© Los autores, 2023

© Pontificia Universidad Católica del Perú

Fondo Editorial

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú

<http://facultad.pucp.edu.pe/arquitectura/>

Telf. (511) 6262000, anexo 5580

publicacionesfau@pucp.pe

Editor: Claudio Cuneo

Diseño, diagramación y revisión de textos:

Arquitectura PUCP Publicaciones

Prohibida la reproducción de este libro
por cualquier medio, total o parcialmente,
sin permiso expreso de los editores.

Primera edición, enero 2024

Tiraje: 250 ejemplares

ISBN: 978-612-49509-4-0

Hecho el Depósito Legal en la

Biblioteca Nacional del Perú: 2024-00893

Edición digital, enero 2024

<http://repositorio.pucp.edu.pe>

e-ISBN: 978-612-49509-5-7

Hecho el Depósito Legal en la

Biblioteca Nacional del Perú: 2024-00894



SALUD Y ENFERMEDAD EN LA ARQUITECTURA SANITARIA DEL MOVIMIENTO MODERNO PERUANO

Sanatorio N.º 1 «Bravo Chico» y Hospital Central del Empleado

Claudia Borja

Resumen

Los hospitales, en el ojo de la tormenta durante la crisis sanitaria, son vistos, ahora más que nunca, como infraestructura técnica más que arquitectónica. Como si, contradictoriamente, el peso de la labor que cargan sobre «sus hombros» —preservar la vida y la salud humanas— les quitara la dimensión de sensibilidad inherente a la arquitectura y los redujera a meras máquinas de curar, sin intenciones subyacentes, sin compromiso ideológico, sin miras al progreso o sin la voluntad de mejorar el hábitat de sus principales habitantes: los enfermos. ¿Acaso alguna vez esto fue diferente? Esta investigación busca aportar una nueva mirada a la arquitectura sanitaria propia del Movimiento Moderno peruano, para entender los hospitales como valiosos exponentes arquitectónicos. Asimismo, para repensar los orígenes de lo moderno en el Perú, reinsertando la dimensión humana a partir de la infraestructura sanitaria mediante el estudio de dos casos: el Sanatorio N.º 1 para Tuberculosos «Bravo Chico» y el Hospital Central del Empleado del Seguro Social.

Palabras clave: salud, enfermedad, arquitectura sanitaria peruana, Movimiento Moderno.

Claudia Borja Sotomayor

Arquitecta titulada por la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. En el año 2021, presentó la versión extendida de la presente investigación para obtener el bachillerato, trabajo que obtuvo el Premio al Fondo Extraordinario de Apoyo a la Investigación para Estudiantes de la PUCP. En 2022, sustentó su Proyecto de Fin de Carrera para la obtención de la licenciatura. Sus intereses abarcan procesos proyectuales, representación gráfica y patrimonio arquitectónico. Contacto: cborja@pucp.edu.pe.

Abstract

Hospitals, in the eye of the storm during the health crisis, are seen, now more than ever, as technical rather than architectural infrastructure. As if, contradictorily, the weight of the work they carry on “their shoulders”—preserving human life and health— could remove the dimension of sensitivity inherent to architecture and reduced them to mere healing machines, without underlying intentions, without ideological commitment, without a view to progress or without the will to improve the habitat of its main users: the sick. Perhaps was this ever different? This research seeks to provide a new look at the healthcare architecture of the Peruvian Modern Movement, to understand hospitals as valuable architectural exponents. Likewise, to rethink the origins of modernity in Peru, reinserting the human dimension from the health infrastructure through the study of two cases: the Sanatorium No. 1 for Tuberculosis Patients “Bravo Chico” and the Central Hospital of the Insurance Employee Social.

Keywords: health, illness, Peruvian healthcare architecture, Movement Modern.

SALUD Y ENFERMEDAD EN LA ARQUITECTURA SANITARIA DEL MOVIMIENTO MODERNO PERUANO Sanatorio N.º 1 «Bravo Chico» y Hospital Central del Empleado*

Claudia Borja Sotomayor

Anamnesis

Esta investigación se organiza en tres secciones estructuradas tratando de establecer un paralelo con respecto a una evaluación médica general. A modo de anamnesis —«proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio, para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos ambientales y personales relevantes» (Rodríguez García y Rodríguez Pupo 1999)—, en la primera sección se examinan brevemente algunos términos esenciales —salud, enfermedad, hospital, modernidad— que aportan información para contextualizar el análisis de los establecimientos considerados en el estudio: el Sanatorio N.º 1 para Tuberculosos «Bravo Chico» y el Hospital Central del Empleado del Seguro Social.

Salud y enfermedad

Pese a que salud es un concepto de uso habitual, definirlo implica considerar múltiples dimensiones: «es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan» (Hernán San Martín, citado en Gavidia y Talavera 2012: 162). Con el concepto de enfermedad sucede lo contrario: definirlo resulta relativamente más sencillo, puesto que es un suceso experimentado conscientemente, a diferencia de la «normalidad» con que se percibe la salud. Así, ambos conceptos involucran sucesos opuestos que, sin embargo, conforman un binomio inseparable cuyos respectivos significados se construyen uno en función del otro.

Para esta investigación se consideran cuatro concepciones resumidas por Valentín Gavidia y Marta Talavera, docentes de la Universidad de Valencia, España, para referirse a las «definiciones que intentan aclarar lo que debe entenderse por salud desde el punto de vista de los posibles ideales que genera esta idea» (2012: 64), y que van de lo restrictivo a lo integral (figura 62).

*Artículo ganador del Fondo Extraordinario de Apoyo a la Investigación para Estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Perú (2021), basada en el proyecto de investigación realizado en el Taller de Investigación bajo la asesoría del Dr. Wiley Ludeña, a cargo de Dr. José Carlos Huapaya, Dr. Wiley Ludeña y Arq. Milton Marcelo.

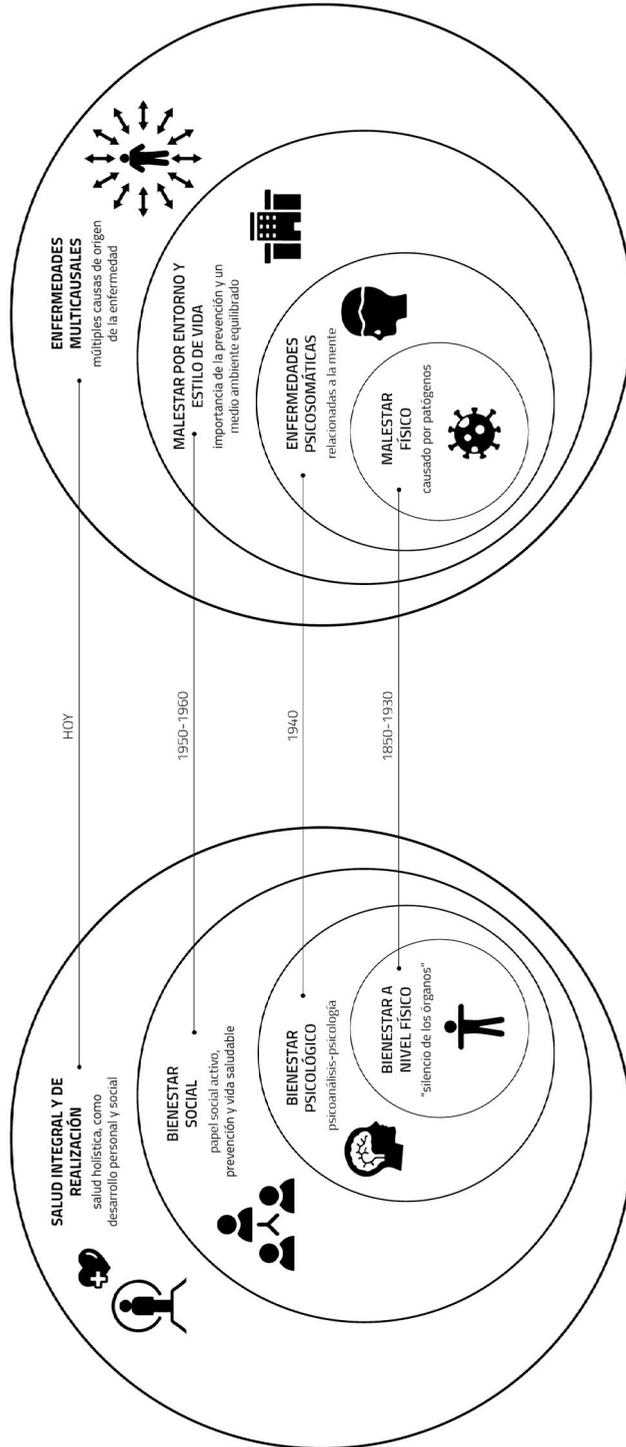


FIGURA 62

Diagrama: concepciones de la salud y la enfermedad a través del tiempo. Elaboración propia basada en Gavidia y Talavera (2012).

- 1 el Las concepciones que se restringen a lo corporal: tienen una mayor tradición histórica y consideran solo el bienestar físico —el «silencio de los órganos»—. La enfermedad implica, desde este punto de vista, malestar físico, invalidez o males contagiosos.
- 2 Las concepciones que incluyen factores psíquicos: relacionan la salud con el bienestar psicológico, además del físico, y con un comportamiento balanceado. Surgen luego de la Segunda Guerra Mundial, acompañadas del desarrollo de ciencias como el psicoanálisis. Relacionan la enfermedad también con males psicósomáticos.
- 3 Las concepciones que incluyen aspectos sociales: consideran como parte de la salud la capacidad de tener una vida socialmente productiva o desempeñar un papel social. Agregan una capa que involucra equilibrio con el entorno y adaptación al mismo; y reconocen, apelando a la ecología y los efectos de la industrialización, que la enfermedad también puede ser causada por el medio.
- 4 Las concepciones ideales y utópicas: se ven influidas por la aspiración humana al estado de felicidad y al logro de una calidad integral de vida, comprendida la realización espiritual. El concepto de salud alcanza una amplitud máxima, holística. La enfermedad se reconoce como un hecho multicausal; es decir, producido por causas múltiples y de diverso tipo: biológicas, sociales, culturales.

A través del tiempo, estas concepciones han ido implicando un aporte a los conceptos sobre la salud. Actualmente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente [como] la ausencia de afecciones o enfermedades» (2006: 1); y la enfermedad, como la «alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible» (OMS, citada en Herrero 2016).

El hospital

Arquitectura y medicina han estado permanentemente interconectadas, aunque la relación casi siempre haya quedado silenciada. Las teorías médicas se han utilizado como una suerte de base para las teorías arquitectónicas: en su búsqueda de bienestar, la arquitectura se convierte, de alguna manera, en una rama de la medicina; y el funcionamiento de un edificio acaba por compararse con el funcionamiento interno de un cuerpo humano (Colomina 2019: 13).

El término hospital no estaba originalmente circunscrito a lo que se entiende ahora como infraestructura de salud. Nikolas Pevsner (1979) indica que su etimología, y la de términos como hospicio u hotel, se apoyó primero en el concepto de hospitalidad —del latín *hospes*, ‘invitado’ o ‘anfitrión’—, que comprendía múltiples funciones, tales como las de asilo, orfanato o casa de huéspedes, caminantes y desamparados. De las

múltiples tipologías existentes, Carvalho (2009) define un corte temporal a finales del siglo XIX e identifica tres filosofías de proyecto arquitectónico hospitalario que resultan relevantes para la presente investigación, pues condensan el panorama tipológico total. La nave representa el entendimiento del momento histórico de la salud como caridad e intento de aislamiento de aquellas personas marginadas por la sociedad; el sistema radial indica ampliación del cupo para los enfermos, una intención de control y vigilancia, y preocupación ambiental; y el pabellón afirma la teoría miasmática de la enfermedad, así como, posteriormente, la bacteriológica, y es producto de una injerencia mayor del factor humano en el proceso curativo. Así, las formas de tratamiento de la salud se reflejan directamente en los espacios reservados a las actividades que se le relacionan, y el hospital se constituye en el establecimiento de salud más representativo. Su historia retrata la evolución de los paradigmas de trato frente a los males humanos (Carvalho 2009).

Lo moderno en el mundo

Durante la segunda mitad del siglo XX, la industrialización caló en las condiciones de vida y salud de la población mundial (Cardozo y otras 2000) e involucró una nueva arquitectura. La historiadora de la arquitectura Beatriz Colomina sostiene que existe una especie de mitología sobre los orígenes de la arquitectura moderna, que lleva a entenderla solo en términos de eficiencia funcional, nuevos materiales y nuevas tecnologías de construcción, además de la estética de las máquinas (2019: 10). Todo esto, expresado en los «cinco puntos para una nueva arquitectura» de Le Corbusier, que sintetizan el ADN de lo moderno: pilotis, planta libre, fachada libre, ventanas longitudinales y terraza jardín. Esta lectura única se ha mantenido vigente por casi cien años, cuando, en realidad, sostiene Colomina, la modernidad fue (también) impulsada por la enfermedad: más que por una máquina heroica, brillante y funcional, la modernidad arquitectónica se abrió paso impulsada por un cuerpo frágil, lánguido y suspendido de sus actividades comunes, en búsqueda de un capullo protector de nuevas tecnologías y geometrías: la tuberculosis (2019: 11), asociada a los rayos X como herramienta médica de diagnóstico.

En este contexto, resaltan dos hitos arquitectónicos: el Sanatorio de Paimio, Finlandia (Alvar Aalto, 1928-1932), y el Hospital de Venecia, Italia (Le Corbusier, 1962-1965). El Sanatorio de Paimio se considera una de las bases del auge de la arquitectura moderna, con la salud como detonante. Su principal aporte es haber cambiado el paradigma convencional del sanatorio: pese a ubicarse lejos de la ciudad —por el alto riesgo de contagio de la tuberculosis—, no está concebido como un reclusorio, sino como un espacio que reforzará el tratamiento controlando la ventilación y la exposición del paciente a la radiación solar, y rodeándolo de un entorno bucólico que le transmitirá calma, complementado con una arquitectura asimétrica, de curvas ligeras, que sectoriza los bloques por usos (García 2021).

El Hospital de Venecia, por su parte, es un proyecto urbano no construido —que ofrecía múltiples especialidades y atenciones—, caracterizado por su emplazamiento en la línea de frontera entre tierra firme y el mar Adriático. La propuesta mantenía la escala del entorno inmediato y formaba una cuadrícula sistematizada en la que, mediante patios funcionales, se articulaban las circulaciones que conectaban todos los espacios del hospital, separaban los usos de cada módulo, y propiciaban la existencia de puntos verdes y terrazas (García 2021).

Lo moderno en el Perú

La palabra modernidad implica una idea compleja: en el contexto peruano, Luis Rebaza (2017) considera que, a mediados del siglo XX, con ese término se proponía una concepción de mestizaje cultural que mezclaba un pasado tradicional y lo moderno, para crear una nueva narrativa artístico-nacional no basada en una causalidad, como en Europa con el boom industrial, sino en la recurrencia de poéticas. En esta investigación, el uso del término modernidad se referirá regularmente a tales ideas.

La búsqueda de modernidad en la arquitectura peruana se dilató debido a limitaciones particulares y al rechazo general al que se vio enfrentada. En esta investigación se clasifica la arquitectura del Movimiento Moderno en tres etapas «tentativas» (procesos que se inician, se desarrollan, pero no se culminan): primera tentativa modernizadora, de 1820 a 1880; segunda tentativa modernizadora, desde 1880 hasta 1920; y tercera tentativa, de 1920 a 1980, cuando la arquitectura moderna peruana se consolida e inicia su auge (Mejía y Santillana 2020).

Examinación de expedientes y biopsias

En esta sección se revisarán los proyectos hospitalarios que atañen a nuestro estudio apelando a dos herramientas útiles en el ámbito de la práctica médica: la examinación de los expedientes, que brinda un panorama completo del individuo y su entorno —para este caso, el proyecto—, y la biopsia, que implica una indagación particular en fragmentos elegidos, en la búsqueda de pistas que enriquezcan la evaluación general.

Analizando hospitales más allá de la funcionalidad

En los años cuarenta del siglo pasado, la situación social comenzó a hacerse crítica: la población migrante se asentaba en las laderas de los cerros de Lima, en las mal llamadas «barriadas», en condiciones que no garantizaban una vida digna ni salubridad ni higiene (Paz Soldán 1957), ante lo cual se incentivó la edificación de establecimientos sanitarios. Esto ocurría en una sociedad fragmentada, condición evidenciada en la construcción de infraestructura sanitaria sectorizadas para, por ejemplo, solo obreros o solo empleados, manteniendo una división estamental a modo de estructura corporativa, o segregando a usuarios entre hombres y mu-

jeros. Los casos de estudio elegidos se enmarcan, por ello, en el mencionado rango temporal, asociados a factores sociopolíticos particulares, así como a los paradigmas e intenciones de los arquitectos nacionales o extranjeros que los proyectaron.

El Sanatorio N.º 1 para Tuberculosos «Bravo Chico», concebido durante la tercera tentativa modernizadora por el arquitecto peruano Héctor Velarde —con una extensa obra local—, constituye el primer caso de estudio; y el Hospital Central del Empleado del Seguro Social, proyectado por Edward Stone y Alfred Aydelott, arquitectos estadounidenses con obra puntual en el Perú durante el auge moderno, es el segundo. En ambos se analizan las condicionantes sociopolíticas y urbanas; el objeto arquitectónico sanitario, a partir de la consideración del paciente típico y la decisión de mejoría ambiental a nivel tipológico; la inclusión de espacios exteriores con notoria vegetación, para recrearse y relacionarse con el paisaje; y, finalmente, el concepto de salud y enfermedad que encarna cada caso.

Expediente 1. Sanatorio N.º 1 para Tuberculosos «Bravo Chico»

El diseño del antiguo Sanatorio N.º 1 para Tuberculosos «Bravo Chico», dedicado a pacientes que padecían esa enfermedad, estuvo a cargo del arquitecto Héctor Velarde desde 1943. Se construyó en 1950¹.

Análisis contextual

El contexto de la construcción del Sanatorio se remite al final de la tercera tentativa modernizadora y al inicio, aún tímido, del auge de la arquitectura moderna. A comienzos de la década de 1940, ante el aumento de casos de tuberculosis a nivel nacional, el Ministerio de Salud concentró sus esfuerzos en brindar atención y tratamiento mediante una red con alcance regional (Bustíos 2015, Ministerio de Salud 2019), estratégicamente ubicada lejos de las ciudades consolidadas —debido al fácil contagio— y en lugares que ofrecieran un «clima eficaz», todavía considerado un requisito para la cura. Con ese objetivo, para Lima se resuelve, en 1943, «declarar el fundo “Bravo Chico” de utilidad pública y se autoriza a la Dirección General de Salubridad para que gestione su expropiación» (Ministerio de Salud 2019). El contrato para su construcción se aprobó en mayo de 1944 y la primera piedra se colocó el 20 de junio de ese mismo año (Ministerio de Salud 2019).

El Sanatorio ocupaba un lote de 200 por 175 metros, es decir, 35 mil metros cuadrados en total (El Arquitecto Peruano 1944). Tomaba distancia de la ciudad (figura 63), a diferencia del resto de infraestructuras sanitarias hasta 1944, como las militares y segregantes, que se agrupaban en el Callao, por el puerto; y los diversos hospitales del centro de Lima.

El contexto cercano al Sanatorio poseía tres particularidades principales: el cerro El Pino, una preexistencia natural que flanquea el lote y lo protege físicamente de los vientos provenientes del sur; el entorno no

¹ En adelante, el Sanatorio. La denominación «Bravo Chico» obedece al lugar donde se construyó el sanatorio, el fundo de ese nombre. En 1962 pasa a denominarse Hospital del Tórax y en 1968 se transforma en el Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue (Ministerio de Salud 2019).

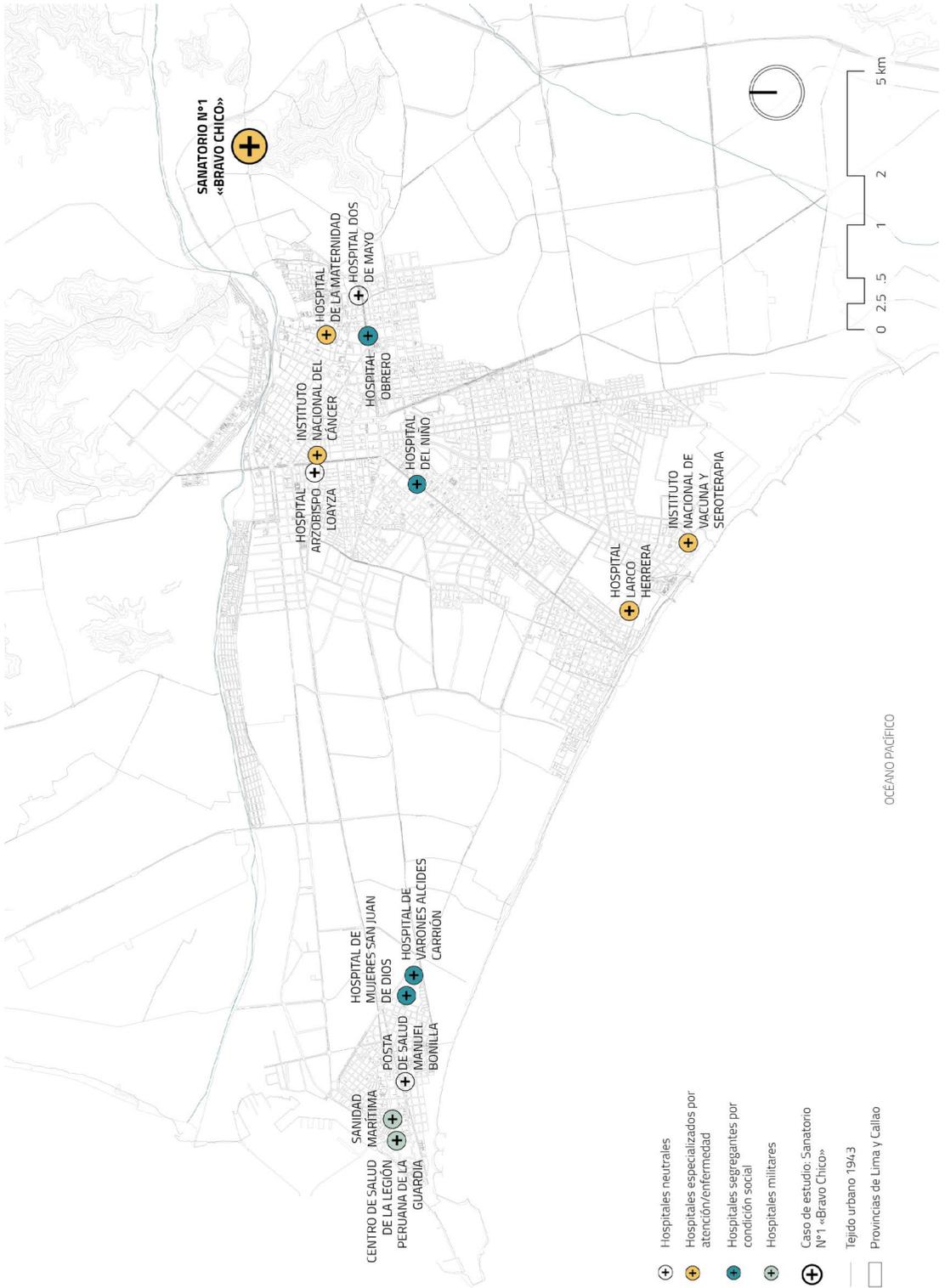


FIGURA 63

Mapa del panorama sanitario en Lima hasta 1944. Elaboración propia basada en Alberto Alexander (1943), Plano de la ciudad de Lima, Lima: Concejo Provincial de Lima.

construido, probablemente constituido por terrales, pero con un potencial verde que se podía utilizar a favor del Sanatorio; y la condición de aislamiento, para evitar el contacto con ciudadanos sanos y su posible contagio. Se constituyó, así, durante un buen período, en una especie de oasis sanitario, hasta que la trama urbana lo absorbió por completo.

Análisis arquitectónico según condicionantes sanitarias

El Sanatorio brindó atención a pacientes tuberculosos diversos: hombres, mujeres —incluso embarazadas— e infantes². En cuanto a sus modos de desplazamiento, los pacientes, especialmente en las etapas críticas de su enfermedad, necesitaban implementos de reposo, como sillas de ruedas o camillas, que —al estar la persona acostada boca arriba o con la espalda en ángulo— condicionan los recorridos, la percepción del espacio y las visuales.

Finalmente, con la intención de priorizar la recuperación del enfermo, en el Sanatorio se asumió un enfoque que podría ser considerado muy moderno: al mejor estilo de Aalto, en Paimio, se cuestionó el paradigma convencional y ya no se lo concibió como un reclusorio, sino como un lugar que aportara a la mejora del enfermo no solo fisiológica, sino también emocional, tomando muy en cuenta la ventilación y la iluminación como factores para reforzar el tratamiento y propiciar la curación.

Respecto a las características técnicas del Sanatorio, su capacidad proyectada era de 1000 camas, y su distribución en planta se divide básicamente en servicios generales y pabellones para enfermos, distribuidos en el primer y segundo nivel (El Arquitecto Peruano 1944). En cuanto a la planta principal (figura 64), el esquema tipológico adoptado por Velarde es, según el arquitecto Enrique Bonilla (2013), el del panóptico virtual, con un pabellón central horizontal junto al cual se arman otras dos alas quebradas que semejan el esquema radial, atendiendo a las mejores posibilidades de asoleamiento y ventilación de los pabellones. Esta tipología funcional se complementa adecuadamente con extensas áreas verdes que ayudan a insertar los pabellones en el terreno, lo que genera un entorno bucólico, conveniente para las condiciones de tratamiento de los pacientes.

Podría resultar contradictorio que Velarde utilizara una organización simétrica cuando se encuentra en plena etapa de apertura hacia la modernidad. Bonilla (2013) considera que esto no le quita a Velarde el carácter moderno que preside sus decisiones proyectuales, sino que son elementos que utiliza a modo de encuadres: la marcada horizontalidad del planteamiento se equilibra con una torre geométrica que encuadra el ingreso al gran espacio de distribución. Es importante destacar que la concepción de Velarde respecto a la modernidad no concordaba con aquella que ignoraba el contexto y podía incrustarse en cualquier ubicación; más bien abraza ese contexto, lo considera valioso y lo trata en condición de preexistencia. En este sentido, la torre conforma un elemento de contraste con el paisaje, a modo de superposición armoniosa entre arquitectura y promontorio en la elevación principal: «estamos aquí ante una propuesta más próxima a las del Movimiento Moderno

² Para esta investigación solo se consideran como usuarios los pacientes internados.

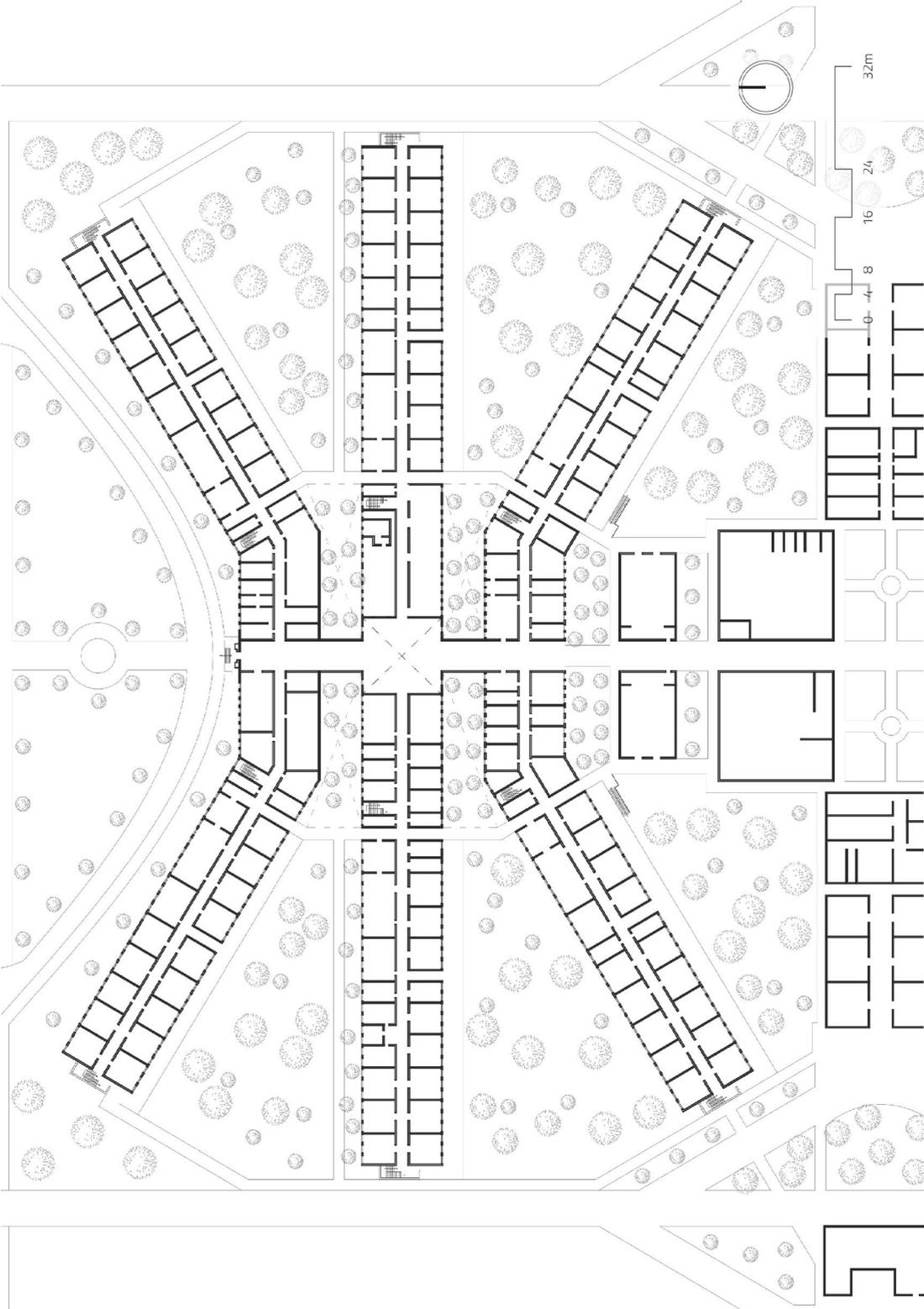


FIGURA 64

Planta principal esquemática del sanatorio. Elaboración propia basada en Bonilla (2013).

que las otras obras de “estilo buque” que venía desarrollando Velarde en los años anteriores. Quizás el carácter claramente “funcionalista” del edificio ayudó a potenciar esa decisión proyectual» (Bonilla 2013: 68).

La tipología empleada por Velarde refleja, entonces, un papel más humano en el proceso curativo, al disponer las habitaciones y ambientes en su mayor parte bajo el sistema del pabellón; pero a la par evidencia rezagos de sistemas como el radial, que denotan aún la necesidad de cierto control y vigilancia, casi como un panóptico.

Se examinará ahora la totalidad proyectual mediante «biopsias»: evaluaciones a una sección de tejido perteneciente al ser vivo que constituye el Sanatorio. Partiendo de ese análisis se develarán intenciones respecto a la salud y la enfermedad que en una mirada general pasarían desapercibidas; y se develarán, asimismo, hallazgos acerca de los lineamientos modernos que el Sanatorio esconde bajo una capa de localismo y tradición.

La biopsia de la habitación resulta fundamental, pues es el lugar que el enfermo habita (figura 65). Los cuartos tienen tres grandes ventanales abatibles —que generalmente miran a un patio con vegetación— y un vano alto en el muro opuesto, orientado hacia el corredor del ala, lo que permite constantes recambios de aire, ilumina la habitación y la mantiene a una temperatura confortable; todo esto propicia que el enfermo la perciba como un espacio generoso y cálido.

La gran altura libre de cada habitación es también un factor que mejora el confort climático, y que hace más frescas las habitaciones, lo que es muy positivo para alguien que la habita de manera permanente. La capacidad por habitación es de seis personas; esto propicia la vida colectiva y genera relaciones entre pacientes, incidiendo positivamente en su bienestar psicológico. En cuanto a la distribución de las camillas, estas se colocan de manera paralela a las ventanas: esto evita que, en algún momento del día, el sol moleste la vista del paciente de forma directa, lo que sucedería si estuviesen dispuestas de manera perpendicular a los vanos.

Para mejorar, el paciente necesita estar en contacto permanente con un ambiente bien ventilado e iluminado, que le inspire calma; en este sentido, los espacios de circulación demuestran también una inmensa preocupación por garantizar una ventilación cruzada e iluminación natural permanente, mediante ventanas abatibles y ventanas altas horizontales.

El corredor central es, en este proyecto, el elemento unificador, el lugar con mayor ventilación y con una vista que va de un extremo a otro del sanatorio —casi al modo de un panóptico—, dominada por un eje axial que, luego de ingresar por la entrada principal, remata visualmente en la capilla como foco principal de atención, una estrategia ya propuesta en el Hospital Dos de Mayo. El factor asepsia, relacionado con la mitigación del riesgo de infecciones, se manifiesta en la decisión de curvar las esquinas del encuentro entre muro y piso mediante el zócalo sanitario, facilitando así la limpieza del ambiente.

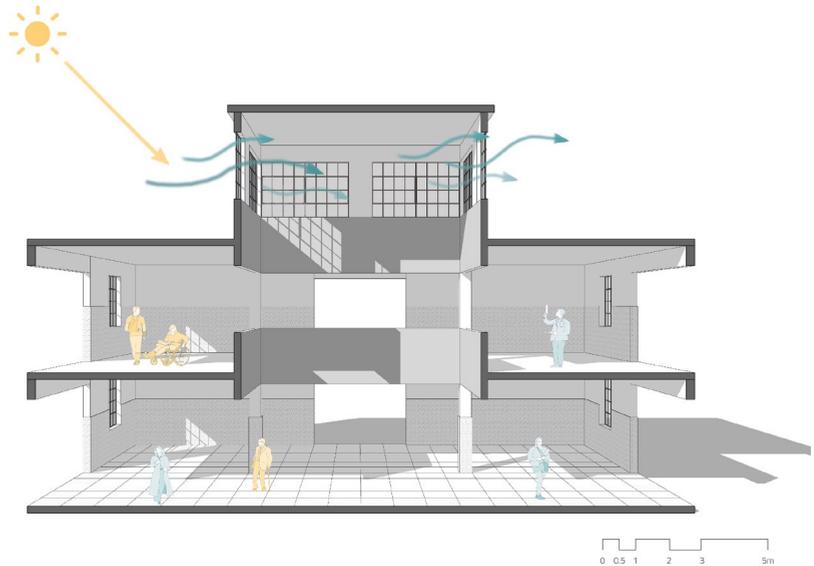
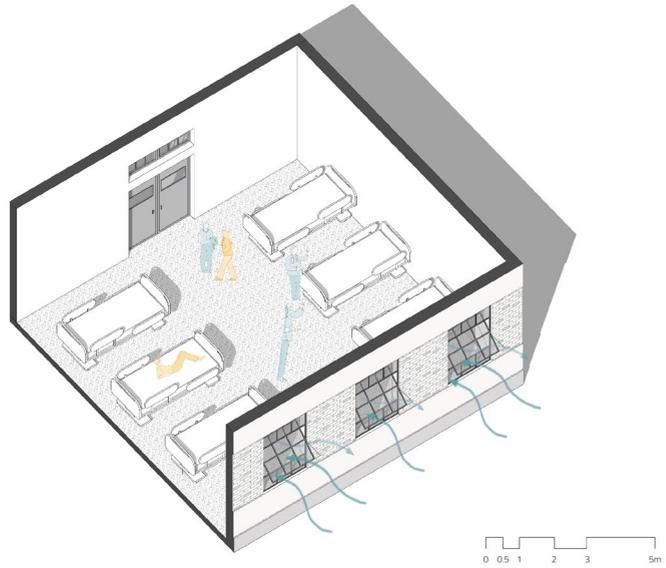
El punto central del corredor, el lugar de mayor confluencia de enfermos y médicos, se caracteriza por su gran lucernario (figura 66), núcleo

FIGURA 65

Biopsia de habitaciones colectivas del Sanatorio. Elaboración propia.

FIGURA 66

Biopsia del gran lucernario central del Sanatorio. Elaboración propia.



de concentración de las circulaciones en ambos niveles, con parapetos que contienen los desplazamientos en la segunda planta, y con planos vidriados en los cuatro muros perimetrales del volumen superior, mediante los cuales se ofrece una ventilación cruzada con escape de aire caliente a un nivel superior, e iluminación cenital.

En esta biopsia se evidencia con claridad que el sistema estructural del sanatorio funciona mediante pórticos; sin embargo, en vez de develar su esqueleto estructural y entregarse a los lineamientos modernos, se camufla entre tabiques masivos que a primera vista dan la impresión de que el sistema estructural es de muros portantes. Es necesario destacar que los materiales utilizados por Velarde son propios de nuestra modernidad peruana: el concreto armado enlucido y pintado, el ladrillo, las pepelmas, los enlucidos en verde botella y el escarchado, entre otros.

Los pabellones conforman espacios delimitados entre ellos: los patios (figura 67), característicos por su forma en planta. Los vientos que lograron evadir la barrera del promontorio, y que van de sur a norte, chocan ligeramente con la fachada sur y canalizan corrientes de viento más suaves hacia el cuello de los patios, generando en estas áreas de jardín un ambiente ventilado y cálido a la vez, puesto que la horizontalidad predominante de los volúmenes no crea sombras invasivas que lo enfríen. Algunos de estos patios, en especial los posteriores, generan un espacio intersticial de contacto entre estos y las habitaciones: la galería (figura 68), bajo la que se puede transitar en sombra, pero con el reflejo de la radiación solar de manera indirecta. El primer nivel conecta con las áreas verdes para descanso, baños de sol y contacto con el entorno natural; y el segundo contiene la galería mediante un parapeto que posibilita visuales en altura. Este espacio intersticial se puede utilizar para que los pacientes con movilidad restringida disfruten, desde las galerías, de una estancia al aire libre, sin radiación solar directa.

Finalmente, al patio posterior del ala izquierda se le añade el elemento rampa, a modo de una pasarela elevada, sostenida por pilotes de concreto armado que generan una nueva espacialidad en el patio de superficie dura, un punto importante de iluminación, ventilación y generación de entre-espacios fluidos. Además de cumplir su rol funcional de permitir el transporte de camillas, sillas de ruedas y elementos que no podrían ser desplazados por escaleras, la rampa genera, en su recorrido, un poderoso enmarque para el promontorio. Así, destaca la preexistencia natural como una presencia importante y perenne en el Sanatorio.

Análisis de la noción de salud y enfermedad que encarna el edificio

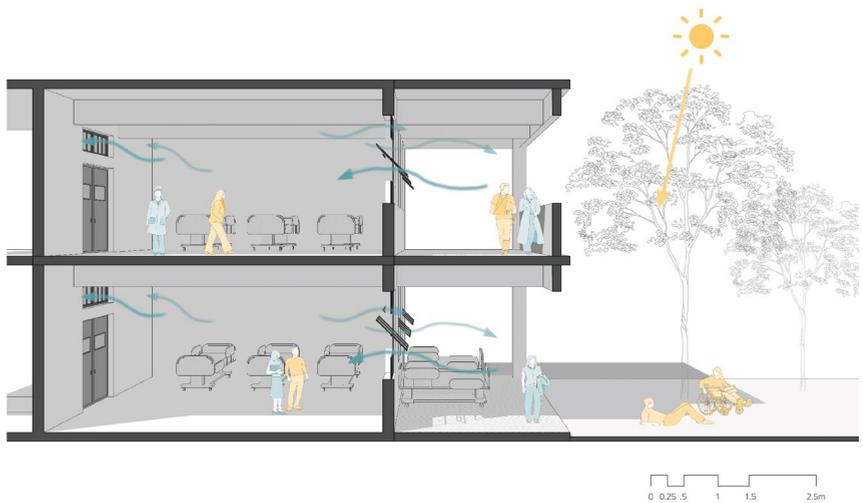
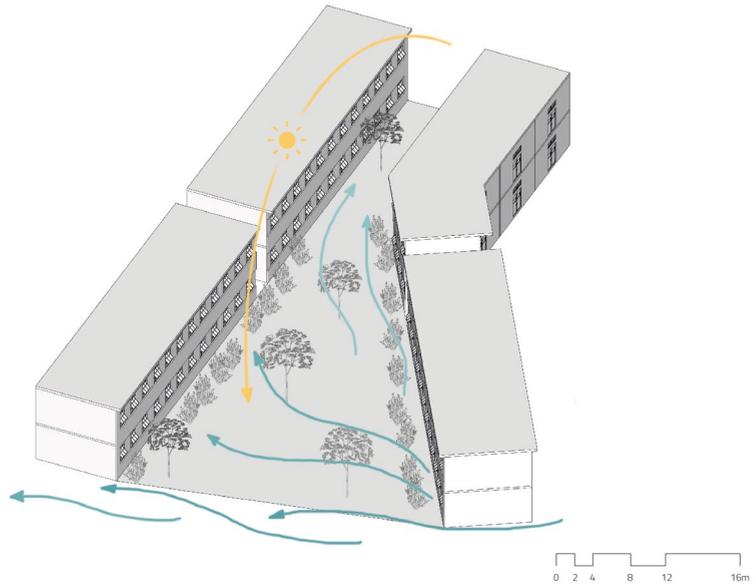
El Sanatorio brindó atención a pacientes tuberculosos diversos: hombres, mujeres —inclu Como se ha observado, el edificio del Sanatorio destina un gran esfuerzo a curar lo estrictamente corporal causado por la tuberculosis; por ello, responde apropiadamente a la primera concep-

FIGURA 67

Biopsia del patio del Sanatorio.
Elaboración propia.

FIGURA 68

Biopsia de habitaciones, galería y
patio verde. Elaboración propia.



ción de salud: bienestar físico y «silencio de los órganos». Respecto a la segunda percepción de la salud, que implica, además, el bienestar psicológico del paciente, responden a ella sus patios abiertos y accesibles, las galerías para los baños de sol y el entorno verde que circunda al Sanatorio; asimismo, las habitaciones colectivas favorecen una consolidación de lazos que seguramente contribuye con la estabilidad de los enfermos durante su aislamiento.

La incomunicación con la ciudad y la lejanía de la urbe consolidada impiden, sin embargo, que el enfermo pueda llevar, en el Sanatorio, una vida socialmente productiva; por ello, no llega a responder a la tercera concepción, que relaciona la salud con un papel social activo del paciente. La cuarta consideración, que relaciona la salud con un logro integral y de realización del paciente, tampoco alcanza a concretarse en el Sanatorio. No obstante, estuvo bastante cerca de lograrlo, pues representa una idea utópica e ideal en la búsqueda de una calidad integral de vida para el paciente en recuperación. Así pues, si bien el Sanatorio reconoce los deseos de felicidad plena y la realización espiritual de los enfermos, no llega a adquirir la amplitud máxima debido a que carece de la dimensión relacionada con los aspectos sociales.

Respecto a la enfermedad, el Sanatorio evidentemente toma en cuenta la primera concepción, referida solo al malestar fisiológico. En cuanto al segundo nivel, relacionado con las enfermedades psicosomáticas, incluye también esta concepción, pues queda en evidencia el importante componente psíquico que acompaña la recuperación. Si bien no logra alcanzar la tercera dimensión de la salud, sí abarca la tercera dimensión de enfermedad, debido a que, creando un entorno aislado orientado a la recuperación del paciente, reconoce la generación de enfermedad por causa de un entorno desfavorable o un estilo de vida inapropiado. Finalmente, no llega a hacerse cargo de la cuarta dimensión, que comprende la enfermedad como multicausal, debido a que, por el contexto de estigma y los conocimientos científicos aún incipientes sobre el origen de la tuberculosis, había información errónea que generaba confusiones y alimentaba el prejuicio (figura 69).

Expediente 2. Hospital Central del Empleado

El Hospital Central del Empleado del Seguro Social fue proyectado por los arquitectos Edward Stone y Alfred Aydelott a partir de 1948. La construcción se inició en 1951 y concluyó en 1958³.

Análisis contextual

El contexto del proyecto del Hospital Central se remonta al auge de la arquitectura moderna. A inicios de la década de 1930, en medio de una crisis política y social, se inauguró la Seguridad Social Peruana con el objetivo de ofrecer cobertura de salud para un sector específico: la clase obrera (Oficina de Servicios de la Información, EsSalud 2021). El 19 de

3 En adelante, Hospital Central. Actualmente se denomina Hospital Edgardo Rebagliati y lo administra el Seguro Social de Salud, EsSalud. Está unificado (obreros y empleados) desde 1973 (EsSalud 2021).

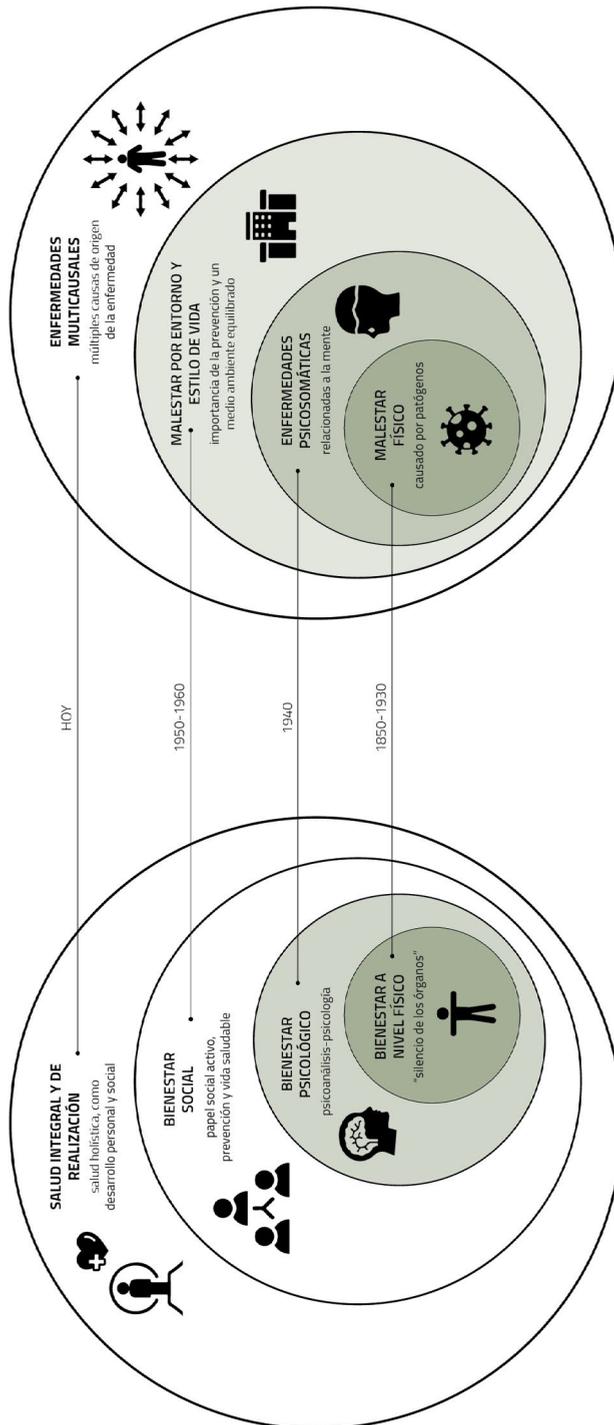


FIGURA 69
 Diagrama: concepciones de la salud y enfermedad adoptadas en el Sanatorio. Elaboración propia.

noviembre de 1948 el Seguro Social Obligatorio se extendió a los empleados públicos y particulares, para generar una red nacional de salud, y se decretó la construcción de un hospital central en Lima, destinado a «la concentración de los enfermos cuyo estado lo requiera, provenientes de todos los lugares de la república [...], a fin de aprovechar con el máximo de eficacia y economía» (El Arquitecto Peruano 1951). Los arquitectos designados para el diseño fueron Edward Stone y Alfred Aydelott, miembros de la Asociación de Arquitectos de los Estados Unidos de Norteamérica (El Arquitecto Peruano 1951).

El Hospital Central se emplazó «en un terreno ubicado entre las avenidas Arenales y Salaverry de 18 hectáreas» (Espinoza y otros 2017), en una zona céntrica de la ciudad de Lima cuya trama se expandió con el paso del tiempo y por el crecimiento demográfico (figura 70). Mantenía desde entonces una relación de cercanía con planteles sanitarios de zonas colindantes y con un nuevo grupo en la clasificación: las clínicas privadas que empezaban a surgir en Lima. Los ejes de expansión continuaron abriéndose de forma excéntrica, marcando el camino de los nuevos planteles sanitarios.

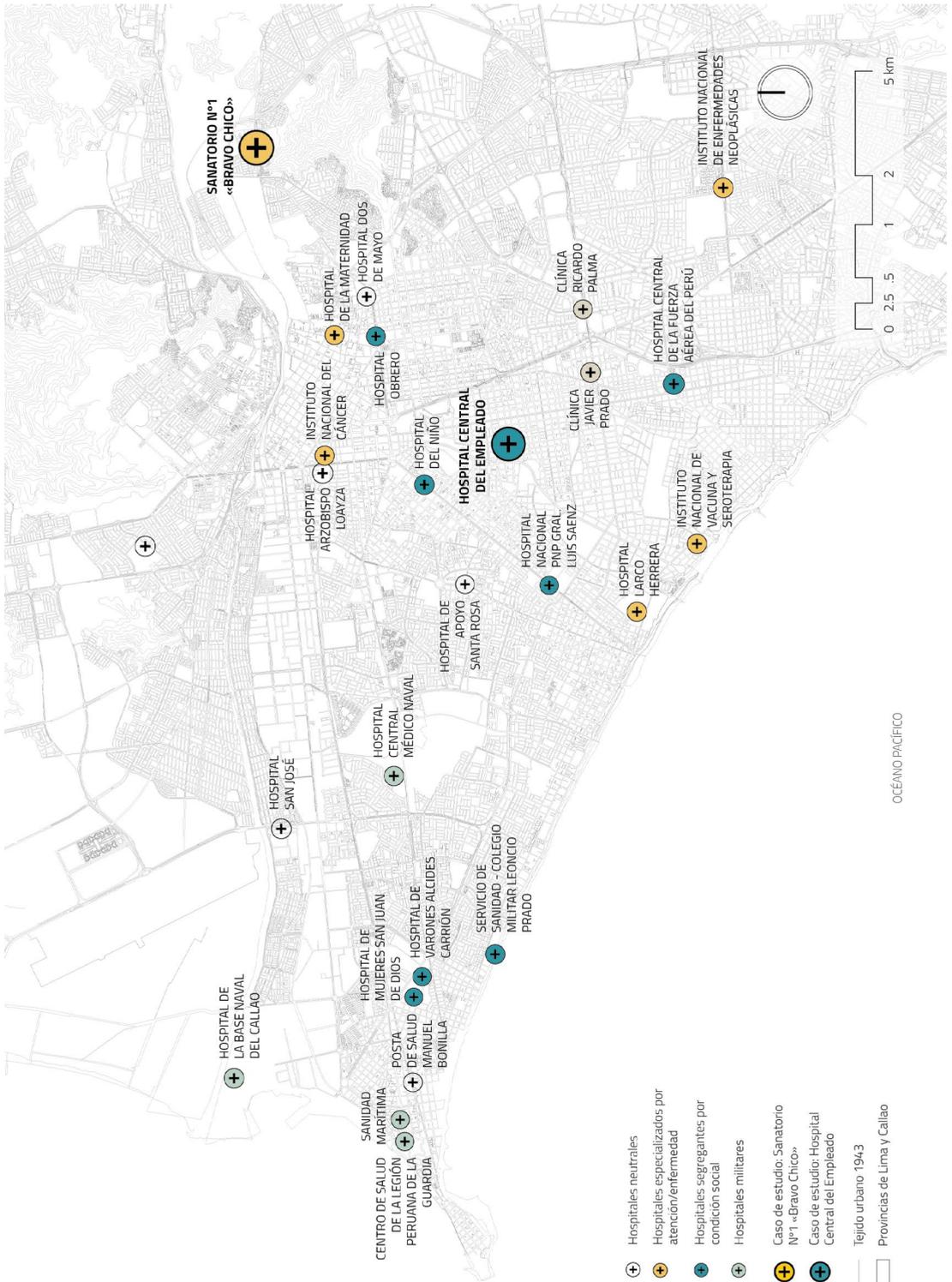
El lote de lo que sería el Hospital Central, a diferencia del correspondiente al Sanatorio, se encontraba en un contexto urbano consolidado. En este se identificaban tres particularidades: primera, la gran extensión del lote dentro del tejido urbano, con potencial para liberar área priorizando la construcción vertical y generando espacios verdes; segunda, la escala predominantemente doméstica y unifamiliar del contexto; y tercera, el potencial de integración del futuro hospital con la ciudad, lo que podía reforzar el concepto de ciudad saludable, a modo de abstracción de las intenciones del Hospital de Venecia de Le Corbusier.

Análisis arquitectónico según condicionantes sanitarias

El Hospital Central, además de tener pacientes internados, atiende consultas ambulatorias, exámenes y otros servicios médicos destinados a varones, mujeres, gestantes, niñas y niños asegurados.⁴ Respecto a los desplazamientos, los pacientes ambulatorios suelen trasladarse por sí mismos desde su estadía hasta su atención y salida. Si algún paciente ambulatorio tiene dificultades de movimiento o lesiones, comparte el uso de elementos de apoyo con los pacientes internos, que suelen estar re-costados en una camilla o desplazándose en sillas de ruedas, elementos que condicionan alturas, ángulos de visión, incidencia indirecta de radiación solar y percepción del espacio.

En definitiva, en pos de poner en primer plano la recuperación del enfermo, el Hospital Central toma una posición radical que indudablemente se identifica como moderna ya no solo en las ideas, sino también en lo tangible. Los lineamientos modernos se expresan al máximo y se genera una arquitectura de grandes dimensiones, pero que no pierde la escala humana ni deja de lado la preocupación central: acompañar el pro-

⁴ Para esta investigación se consideran como usuarios los pacientes internados y los ambulatorios.



ceso de recuperación del enfermo, procurando mantener la ventilación, la iluminación y la asepsia adecuadas, en lenguaje moderno.

En el ámbito técnico, el hospital contaba con 850 camas y múltiples unidades: la principal, el bloque vertical central, seguida de bloques administrativos y de apoyo; y los servicios generales, en el sótano (El Arquitecto Peruano 1951).

En cuanto al proyecto arquitectónico (figura 71), la tipología predominante por la que apuestan Aydelott y Stone es la de pabellón —que refleja una preocupación más humana en cuanto al proceso curativo de los pacientes—, repetido verticalmente hasta lograr una barra de gran altura, acompañada de un programa de usos semipúblicos desplegado horizontalmente en la primera planta. La apuesta por una torre complejiza las circulaciones verticales, por lo que se dependerá del sistema de ascensores.

El planteamiento se complementa con una gran extensión de área verde liberada, destinada tanto a futura infraestructura como a grandes jardines que puedan contener un posible helipuerto. En planta se identifica una retícula coherente y ordenada de placas y pilotis, cuya repetición por ejes conforma galerías y patios; y que, junto con planos vidriados, van conformando los espacios del primer nivel.

A continuación se presentan las «biopsias» del Hospital Central: fragmentos extraídos de su «tejido» que revelan información acerca de las nociones de salud, enfermedad y modernidad del edificio.

La biopsia de las habitaciones personales, ubicadas en el gran bloque central en altura, es primordial, pues —comenzando por la disposición de los elementos estructurales— devela lógicas interesantes en cuanto al habitar del paciente interno: las dos placas situadas en la fachada generan una crujía en la cual se disponen dos habitaciones personales (figura 72) con un tabique divisor, lo que permite un plano casi completo de iluminación y ventilación. Las camillas se ubican paralelas a las ventanas para evitar molestias que podrían generarse si estuvieran perpendiculares al plano vidriado, por el ángulo de la iluminación proporcionada por el sol. El tabique divisor es entrecruzado por otro muro que conforma un baño personal para la habitación, al lado de la puerta de acceso que da al corredor central; y al frente del baño hay un pequeño depósito compartido con la habitación de la siguiente crujía.

Las habitaciones compartidas tienen una distribución muy similar, pero poseen una profundidad mayor. La disminución de pacientes por habitación versus las habitaciones del Sanatorio «Bravo Chico» favorece la comodidad del interno, pues ya no se trata de una enfermedad en común, sino que cada cual enfrenta un proceso médico distinto y necesita cierta privacidad para su recuperación, así como para recibir visitas.

Los espacios de estancia reflejan las preocupaciones modernas en cuanto a luz y ventilación, ahora mucho más racionalizadas por la disposición del gran esqueleto estructural.

Respecto a los espacios de circulación horizontal, el pasillo abovedado es un espacio exterior techado, de carácter intersticial y alto flujo, ubicado en el camino de ingreso (figura 73). Está conformado por una es-

FIGURA 70

Mapa del panorama sanitario en Lima hasta 1960. Elaboración propia basada en Oliver Perrottet (1966), Plano de Lima Metropolitana, Lima: Guía de calles de Lima Metropolitana.

FIGURA 71

Planta esquemática de la torre principal del Hospital Central.
Elaboración propia basada en planimetría del Hospital Rebagliati (2012).

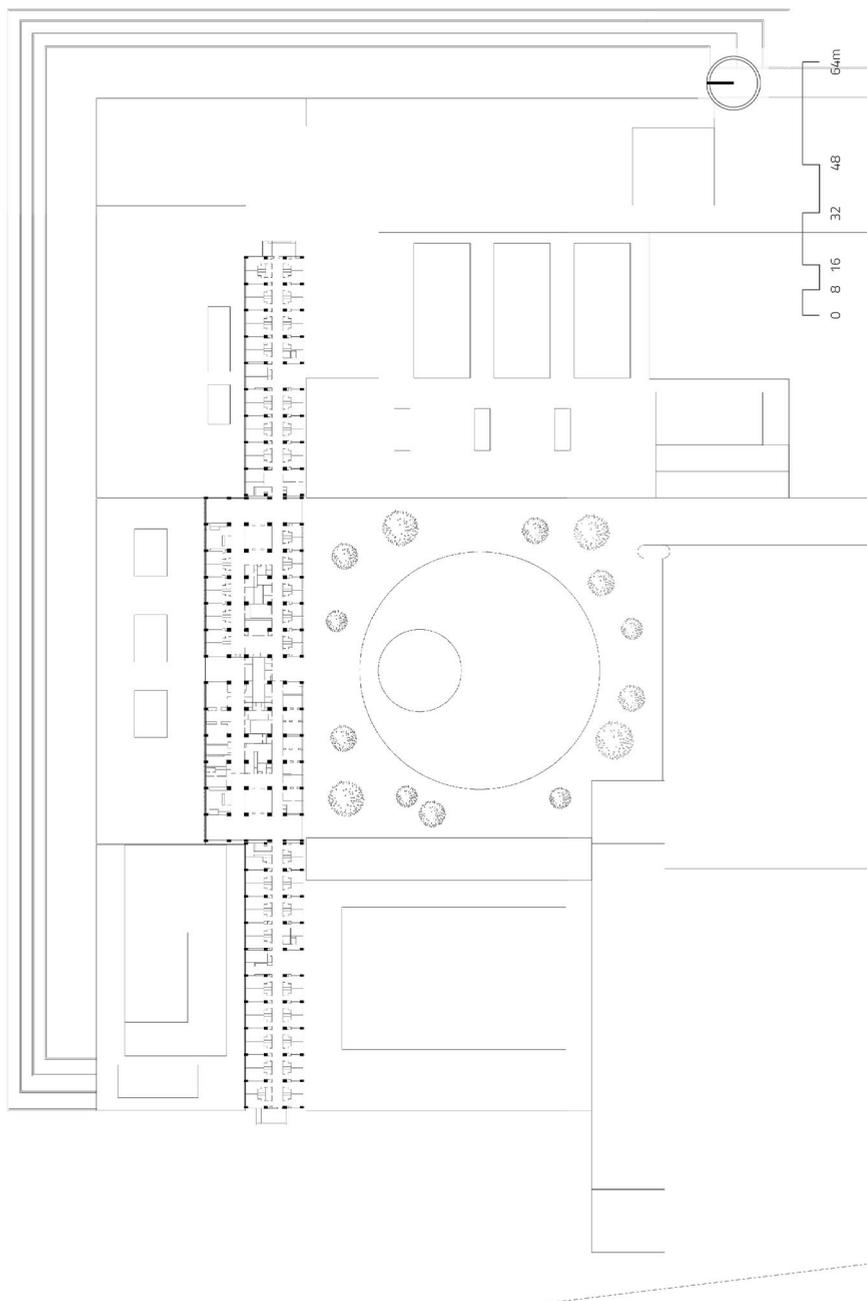
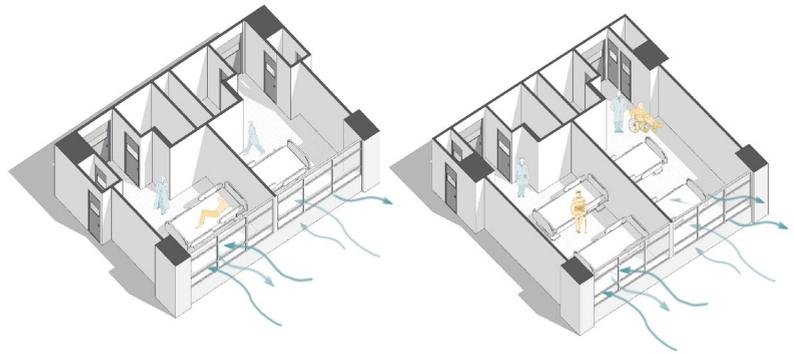


FIGURA 72

Biopsia de habitaciones personales y compartidas del Hospital Central. Elaboración propia.

FIGURA 73

Biopsia del corredor exterior del Hospital Central. Elaboración propia.



0 0.5 1 2 3 5m



0 0.25 0.5 1 1.5 2.5m

estructura de pilotis de acero con cubierta plástica abovedada ligeramente transparente, que engrana con los volúmenes horizontales del primer nivel por el lado derecho, y que genera un espacio de estancia exterior junto a una jardinera, delimitando una senda que enmarca el camino y que protege al usuario de lluvias y radiación solar. Así propicia un ambiente ventilado, posibilita la ventilación de los espacios interiores a la derecha de esta senda y muestra, mediante su materialidad, el manejo ligero de las estructuras de estas coberturas.

Otro elemento que destaca entre los espacios de circulación es la teatina, presente sobre todo en los pasillos. Sus dimensiones (1,20 por 1,20 metros en planta) permiten el escape superior de aire caliente y el ingreso de luz cenital; además, posibilitan un enmarque agradable hacia el cielo desde el interior.

Si bien el Hospital Central se asienta en el centro de un lote con gran presencia de verde, las áreas funcionales de ventilación e iluminación son los patios reticulados (figura 74), ubicados a modo de apertura en los volúmenes horizontales del primer nivel, de superficie dura, y organizados por la grilla de columnas. Constituyen espacios de estancia, delimitados por cuatro planos, que develan una nueva transparencia posible con materiales industriales, como el acero y el vidrio.

En ese sentido, también cabe hacer referencia a la galería del bloque central, donde se confrontan planos y elementos de distinta materialidad, espesor y opacidad: las placas del esqueleto estructural, desnudas en la galería exterior; el gran plano vidriado, que entabla una relación entre adentro y afuera de manera visual y perceptual, y que garantiza el recambio de aire en el pasillo; los núcleos de concreto armado al interior de la galería, recubiertos de un material rugoso, que transmiten otra sensación desde el interior; y el muro continuo, que consolida el espacio de circulación.

Finalmente, los espacios de terraza en doble y simple altura, alternados en el bloque central (figura 75), conforman un espacio de ventilación hacia las circulaciones interiores, y un juego de planos de concreto usando la cruja del esqueleto estructural para posibilitar espacios colectivos de descanso y de encuentro en altura, que generan una relación difusa entre interior y exterior.

Análisis de la noción de salud y enfermedad que encarna el edificio

El Hospital Central responde claramente a la primera concepción de salud; además, no trata solo una enfermedad específica —como la tuberculosis, en el caso del Sanatorio—, sino múltiples males. Junto con atender nacimientos, tiene vocación de curación, así como de atención médica y preventiva a nivel físico. Respecto a la concepción de salud que implica también el bienestar psicológico, mantiene una preocupación permanente por ofrecerlo, así como el ideal de calma y tranquilidad para sus pacientes, por lo que satisface igualmente esta segunda dimensión.

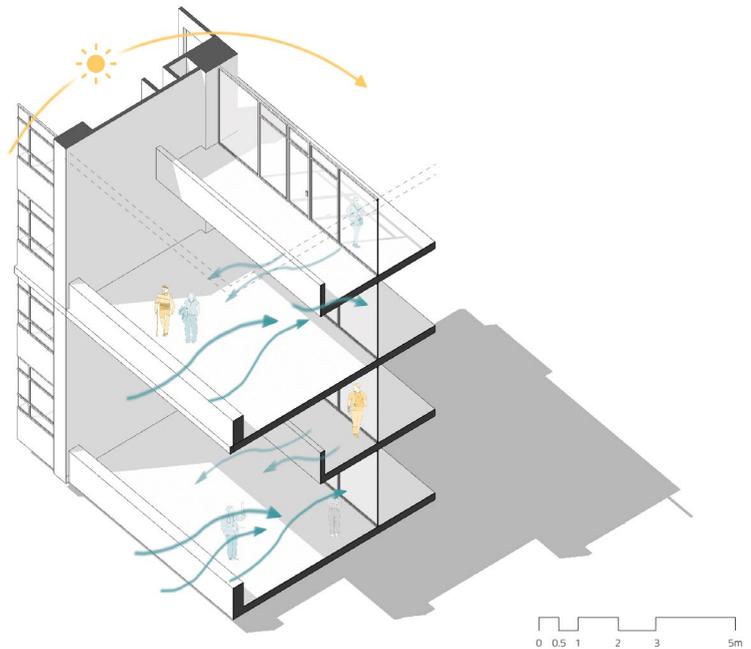
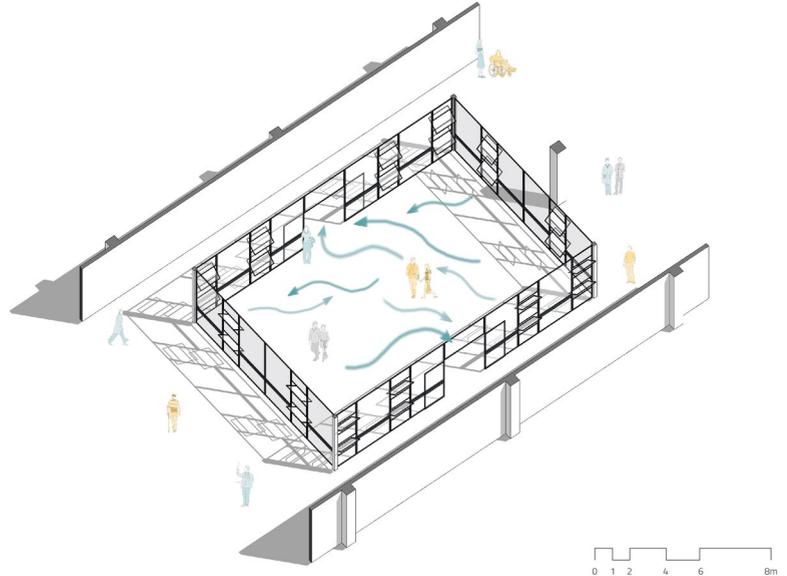
A diferencia del Sanatorio, el Hospital Central responde al mismo tiempo a la tercera noción, que involucra la salud con un papel social ac-

FIGURA 74

Biopsia de patios reticulados de la primera planta del Hospital Central. Elaboración propia.

FIGURA 75

Biopsia de terrazas a doble altura del Hospital Central. Elaboración propia.



tivo, pues además de recibir a más de un tipo de enfermo específico, no busca aislar ni recluir al paciente, sino reincorporarlo lo más pronto posible a la sociedad; asimismo, atiende a personas que, como las gestantes, necesitan un servicio médico que no tiene que ver con una enfermedad. Así, el Hospital Central contribuye a que las personas que se atienden y/o curan en él puedan continuar desempeñando un papel activo en la sociedad luego de su recuperación, e involucra al plantel sanitario en estas dinámicas positivas de reintegración de actores sociales a la ciudad. En tal sentido, este plantel sanitario toma en consideración todas las dimensiones anteriores de la salud integradas a un nivel de realización, e incluso habría representado un concepto utópico e ideal de no ser porque está dirigida al grupo social de «empleados», y políticamente constituiría una infraestructura segregante. Aun así, la búsqueda moderna expresada en este plantel sanitario es una muestra tangible de la voluntad de abarcar, en el complejo hospitalario, la noción máxima de salud.

En cuanto al concepto de enfermedad, el Hospital Central obviamente considera la primera percepción, que restringe la enfermedad al nivel físico; asimismo, toma en consideración el malestar psicológico, pues tiene presente la ventilación e iluminación natural tanto en el bloque de barra como en el primer nivel, en un esfuerzo considerable que reconoce que una arquitectura sombría o que no ventila puede condicionar la manifestación de enfermedades psicosomáticas capaces de agravar una condición fisiológica ya existente. Estas decisiones, que generan un ambiente apropiado en el interior y exterior de los volúmenes, obedecen al reconocimiento de la importancia de propiciar —por lo menos momentáneamente— un mejor estilo de vida para el paciente, sea interno o ambulatorio. Por último, pese a que no alcanza a satisfacer la cuarta concepción de la salud, sí logra ser compatible con la consideración de la enfermedad como una perturbación multicausal; es más, se encuentra en óptimas condiciones para atenderla teniendo presente este concepto (figura 76).

Resultados

Los resultados brindan una conclusión objetiva, basada en el estudio de los expedientes y en el análisis de muestras biológicas —biopsias—.

Diagnóstico general

Hasta el auge de la modernidad, la arquitectura relacionada con edificaciones especializadas en la atención de la enfermedad, la rehabilitación y la salud se caracterizó por establecer una clasificación particularmente segregante de la infraestructura sanitaria. Esta desaparecida categorización se podría entender como sintomática, aun en el siglo XX, de un orden social estamental, de una sociedad fragmentada según el sexo del individuo o la labor que desempeñara —determinante, por ejemplo, del acceso o no a un seguro social—; e incluso como un rezago de tiempos de la Colonia, todo lo cual queda evidenciado en la historia de la arquitectura sanitaria.

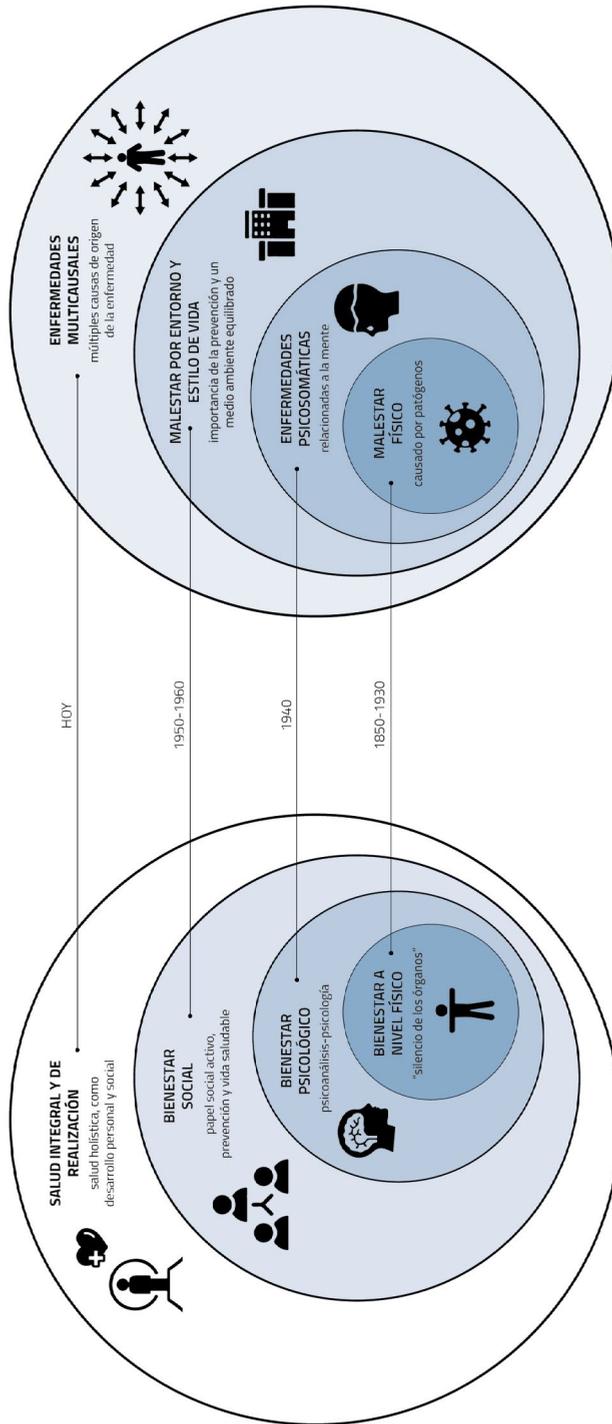


FIGURA 76
 Diagrama: concepciones de la salud y enfermedad adoptadas en el Hospital Central. Elaboración propia.

Conclusión

El Sanatorio representa un punto de inflexión en la arquitectura sanitaria especializada, como alternativa al carácter reclusorio de los sanatorios convencionales. Asimismo, es una búsqueda de la modernidad que parte de la valoración de Héctor Velarde sobre el medio ambiente, lo local y las preexistencias, a pesar de percibirse todavía como encorsetada y poco libre. El Sanatorio expresa una voluntad incipiente de cambio protomoderna que siguió consolidándose. A solo veinte años de construido el sanatorio de Paimio, era un augurio positivo, que sentaría bases respecto a los anhelos de modernidad de las arquitecturas de la salud que venían en camino.

El Hospital Central encarna, ocho años después, la autenticidad espiritual liberada: está concebido para ser algo que puede entenderse de lejos como una máquina de curar, muy industrial y moderna, pero que no es solo funcional. Le subyace una dimensión humana que, si bien carga con la impronta de la modernidad estadounidense de Aydelott y Stone, se impregna de lo peruano, de su compromiso con el cambio y el camino al progreso, y superpone capas que se nutren de lo que acontece en el contexto político, urbano y social.

Pese a que atendían a públicos distintos y representaban planteamientos tipológicos diametralmente opuestos, las respectivas biopsias de los casos de estudio revelan que los elementos «pasillo», «habitación», «patio», «galería» y «terrace» eran comunes, aunque distintos según cuánta modernidad decidía develar cada uno y bajo qué forma, así como qué valores decidía seguir el edificio. Por ejemplo, ambos poseen patios; no obstante, el Sanatorio los mantiene libres, orgánicos, acordes con el entorno bucólico, mientras que el Hospital Central los sistematiza mediante un esqueleto estructural claro y visible, no necesariamente otorgándoles verde, pero sí manteniéndolos funcionales a pesar de la variación de escala.

Las habitaciones son otro manifiesto de este fenómeno: mientras que el Sanatorio tenía habitaciones grandes, colectivas, regulares y con ventanas incrustadas en el muro de fachada, el Hospital Central convierte toda la fachada del dormitorio en un plano vidriado abatible, y prefiere la irregularidad en la habitación a cambio de una racionalización del espacio, condicionada por el esqueleto estructural.

En los ejemplos del patio y la habitación, ambos elementos han seguido manteniendo su preocupación «funcional», pero ha cambiado radicalmente la manera en que esto se concreta.

Así, el Sanatorio N.º 1 «Bravo Chico» y el Hospital del Empleado del Seguro Social son portadores de una identidad que se explica documentalmente, mediante elementos comunes a su propio entendimiento de salud y enfermedad, y enmarcados en sus respectivos contextos.

Ambos encarnan decisiones arquitectónicas más allá de la funcionalidad neta con la que se suele encasillar a los hospitales, y contienen búsquedas valiosas ligadas a la recuperación de la dimensión humana

partiendo del habitar del enfermo. De esta manera, se evidencia que la salud y la enfermedad, como conceptos, formaron parte sustancial del planteamiento de las arquitecturas sanitarias del período moderno peruano, más allá de solo los elementos técnicos y funcionales característicos de los hospitales; y que la arquitectura sanitaria moderna es la expresión tangible de un determinado paradigma de la salud en el Perú, definido por su tiempo y lugar, gestando búsquedas diversas y de mucho valor.

Bibliografía citada

- BONILLA, Enrique
2013 Héctor Velarde: arquitecto y humanista. Lima: Universidad de Lima.
- BUSTÍOS, Carlos
2015 La tuberculosis en la historia de la salud pública: 1821-2011. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- CARDOZO, Roxana; Vilma CASANOVA y Teresa SCATENA
2000 «Visión panorámica de la situación de salud en el Perú». Revista Latino-Americano de Enfermagem. Ribeirão Preto, volumen 8, número 6, pp. 7-12.
- CARVALHO, Antonio Pedro Alves de
2009 La arquitectura de los hospitales en Barcelona hasta la expansión modernista. Salvador: Quarteto.
- COLOMINA, Beatriz
2019 X ray architecture. Zúrich: Lars Muller.
- EL ARQUITECTO PERUANO
1944 «El nuevo hospital de tuberculosos». El Arquitecto Peruano, año 8, volumen 84, pp. 21-22. Lima.
- EL ARQUITECTO PERUANO
1951 «El Hospital Central de Empleados cuya construcción ha iniciado el Seguro Social del Empleado». El Arquitecto Peruano, año 15, volumen 168. Lima.
- ESPINOZA, Clotilde; Juan Luis ORMEÑO, Fabio BITENCOURT y Luciano MONZA
2017 «Infraestructura hospitalaria en el Perú». Arquitectura para salud en Latinoamérica. Brasilia: Rio Books, pp. 272-315.
- ESSALUD, OFICINA DE SERVICIOS DE LA INFORMACIÓN
2021 «Historia de la seguridad social en el Perú, 1936-2021». Boletines EsSalud, volumen único.
- GARCÍA, Rosaria
2021 «Establecimientos de salud». Material del Workshop Espacios para la Salud. Lima: Casa Taller.
- GAVIDIA, Valentín y Marta TALAVERA
2012 «La construcción del concepto de salud». Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, número 26. Universidad de Valencia, Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, pp. 161-176.
- HERRERO, Sara
2016 «Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud». Ene, volumen 10, número 2. Santa Cruz de la Palma. <https://bit.ly/3FFAb3Z>
- MEJÍA, Víctor y Enrique SANTILLANA
2020 «Tentativas modernizadoras en el Perú». Material del curso ARC239, Arquitectura Peruana de los siglos XIX y XX. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

MINISTERIO DE SALUD

2019 Hospital Nacional Hipólito Unanue. Reseña histórica. Consulta: 26 de noviembre de 2021.
<https://bit.ly/3TZtÓfC>

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2006 [1948] «Constitución de la Organización Mundial de la Salud». Documentos básicos, 45.ª edición.
Nueva York: OMS.

PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique

1957 Lima y sus suburbios. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

PEVSNER, Nikolas

1979 «Hospitals». A history of building types. Nueva Jersey: Princeton University Press, pp. 139-158.

REBAZA, Luis

2017 De ultramodernidades y sus contemporáneos. Lima: Fondo de Cultura Económica del Perú.

RODRÍGUEZ GARCÍA, Pedro y Luis RODRÍGUEZ PUPO

1999 «Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto». Revista Cubana de Medicina General Integral, volumen 15, n.º 4, julio-agosto, La Habana.



**ARQUITECTURA
PUCP**



ISBN: 978-612-49509-4-0



e-ISBN: 978-612-49509-5-7

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos
de Tarea Asociación Gráfica Educativa, pasaje
María Auxiliador a 156, Breña.

Correo: tareagrafica@tareagrafica.com
Teléfono: 01 424-8104

Enero de 2024, Lima-Perú