

PROYECTO DE GRADUACION

Trabajo Final de Grado

Core Care

Diseño de un espacio de cuidado

Jazmín Núñez Fernández

Cuerpo B del PG

16/12/2016

Diseño de Interiores

Creación y Expresión

Diseño y producción de objetos, espacios e imágenes

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, a mis abuelos, mis viejos, mis hermanos, mis primos y tíos, por su paciencia, tiempo y colaboración. A todos ellos también les agradezco que estuvieron siempre presentes a pesar de las incontables conversaciones que incluían la frase: “no puedo porque tengo q estudiar”. A mis compañeras de ruta, colegas y amigas Dayana y Jenniffer, por la paciencia, la ayuda, las risas y los ánimos de seguir adelante. A mis amigos, en especial a Daniela, Agustín y Leonardo por todos estos años de apoyo, aliento, guía y colaboración. A mis compañeras de trabajo por su paciencia. Por último, pero no menos importante, a todos los médicos y enfermeras entrevistados, pero especialmente al hermoso grupo humano del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas por su tiempo, interés y dedicación.

Gracias... totales. (Cerati, 1997)

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 4 |
| 1. Capítulo 1. Salud Pública. | 12 |
| 1.1 Una salud, dos modelos. | 14 |
| 1.2 Hospitales públicos y privados en Argentina. | 16 |
| 1.3 Cuidar vs. Curar. | 24 |
| 2. Capítulo 2. Arquitectura Sanitaria. | 29 |
| 2.1 Antecedentes de Arquitectura Sanitaria. | 31 |
| 2.2 Requisitos en la arquitectura sanitaria. | 34 |
| 2.3 Normativa vigente en instituciones públicas. | 36 |
| 3. Capítulo 3. Diseño de interiores sanitarios. | 38 |
| 3.1 Influencia del ambiente: percepción espacial. | 40 |
| 3.2 Variables del espacio físico. | 45 |
| 3.3 Comodidad y contención como necesidad. | 55 |
| 4. Capítulo 4. Estudio de casos. | 62 |
| 4.1 Caso 1: Espacios de cuidado. | 62 |
| 4.2 Caso 2: Espacios de curación. | 65 |
| 4.3 Caso 3: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. | 67 |
| 4.3.1 Sala de cuidados paliativos. | 70 |
| 5. Capítulo 5. Propuesta de diseño de interiores. | 76 |
| 5.1 Consultorios de cuidados paliativos de adultos. | 76 |
| 5.2 Paleta de colores. | 82 |
| 5.3 Materialidad. | 84 |
| Conclusión | 87 |
| Lista de Referencias Bibliográficas | 90 |
| Bibliografía | 92 |

Introducción

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1997 que se titula *Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad* reclama a los países que es prioridad velar por que la vida termine de la manera más digna y con el menor desamparo y dolor posible. Esta prioridad se le adjudica tanto a la profesión médica, como al sector de la salud pública o servicios sociales incluyendo, también, a la sociedad misma.

Cuidar cuando no es posible curar es el título del informe de la OMS en el año 2002. Bajo esta premisa se insta a los países, sin importar su nivel de desarrollo o recursos limitados, a reconocer los cuidados paliativos como parte integral de la atención sanitaria que debe estar disponible a todos aquellos que lo necesiten.

A mediados del 2015, en el marco del fallo de la Corte Suprema de Argentina sobre los derechos del paciente en estado terminal y en particular el derecho a la muerte, la doctora Vilma Tripodoro, especialista en cuidados paliativos e investigadora del Instituto Lanari de la Universidad de Buenos Aires y miembro de la ONG Pallium Latinoamérica, explica que la dignidad humana no se pierde con enfermar y que se debe entender a la muerte como parte de la vida. Explica también que la dignidad implica aliviar los síntomas y tratar a las personas humanamente hasta el último momento.

Que en la actualidad la discusión de estos temas continúe vigente pone de manifiesto la necesidad de volver a las bases que dieron origen a la medicina. Con el paso del tiempo, los avances tecnológicos y las nuevas costumbres de las sociedades modernas, el concepto de la medicina y del oficio del médico se han visto distorsionados. Parecería que se ha olvidado su origen etimológico en el verbo latino *mederi* el cual significaba sanar, aliviar, remediar, aligerar, cuidar. Hoy en día la medicina se ocupa más en prolongar la vida que en disminuir el dolor o sufrimiento de las personas, contradiciendo así su misión tradicional. La misma le viene dada por su nombre y consiste en aliviar el sufrimiento humano.

En la actualidad, la muerte de un enfermo es considerada erróneamente un fracaso que se le atribuye tanto al equipo médico, a las instituciones sanitarias como a la sociedad misma. Esto provoca que los profesionales sanitarios traten la muerte como un agente contagioso que prefieren evitar y terminan así aislando al enfermo terminal y privándolo del lugar de contención que se merecen. Por lo tanto, es notorio que hoy en día el hospital este diseñado para brindarle servicio a los pacientes enfermos curables, y esté abastecido de sofisticado equipamiento tecnológico y profesionales altamente calificados en prácticas curativas. Pero cuando se trata de enfermos terminales se hace referencia a un tipo de enfermo distinto, aquellos que no se pueden curar, por lo cual sus necesidades a cubrir serán distintas y demandarán atenciones diferentes.

En el informe técnico de 1990 de la OMS se definió al Cuidado Paliativo como la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo. Se entiende por estos cuidados a la atención integral de las personas a lo largo de todas las fases de una enfermedad oncológica. La atención integral contempla tanto en el aspecto biológico, el psicosocial como el espiritual. Comprende prevención, diagnóstico, tratamiento de los síntomas y cuidados del final de la vida. La medicina paliativa vela por los derechos humanos brindando alivio del dolor y sufrimiento, garantizando así la dignidad de la persona. Para la realización de esta práctica se requiere coordinar un equipo de trabajo interdisciplinario integrado por un cuerpo médico, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Algunos autores explican que la tendencia actual en la práctica de la medicina, dentro del paradigma clínico, plantea un enfoque biologista e individualista. Esto imposibilita que el equipo médico adquiera un conocimiento amplio de la problemática sociocultural y psicológica de los pacientes. No se considera a los enfermos como individuos históricos-sociales, es decir, sujetos con características conformes al grupo social al que pertenecen y la zona geográfica donde vivan. Esta limitación induce a llevar a cabo una

práctica médica estrictamente biológica curativa y hospitalaria. Una óptica que sólo alcanza a ver a la enfermedad y no al paciente. Como consecuencia, los enfermos terminales se encuentran destinados a ser atendidos por profesionales con falta de formación en hospitales con instalaciones inadecuadas.

A partir de esta situación, el presente Proyecto de Graduación (PG), se encuentra enmarcado en la categoría Creación y Expresión, dentro de la línea temática Diseño y Producción de Objetos, Espacios e Imágenes, ya que busca reflexionar sobre los diferentes paradigmas en el sistema de salud pública y el estado actual de las salas de cuidados paliativos para posteriormente plantear una propuesta de diseño conceptual para abordar la problemática planteada desde la disciplina de del Diseño de Interiores.

Se tomarán los conceptos de *Cuidar y Curar* que explica el doctor Marcos Gómez Sancho en su obra *Medicina Paliativa: La respuesta a una necesidad*, para analizar transversalmente los distintos modelos de salud y los paradigmas que los definen. Esta conceptualización es necesaria para diferenciar las dos formas posibles de practicar la medicina. Explica que de quien ejerce la medicina se espera que cure cuando es posible, y cuando no, que alivie; y si tampoco se pudiera aliviar entonces, que consuele. Plantea que sólo entendiendo el término de cuidar como parte del objetivo de la medicina se podrá dar lugar a la práctica médica responsable y sólo así se podrá dar el valor y la importancia institucional que los cuidados paliativos requieren.

La línea argumental del presente PG comienza estudiando los orígenes de la salud pública a partir del análisis de dos paradigmas diferentes: el modelo clínico y el modelo salubrista. Una vez establecidas las diferencias, se realizará el recorte de la salud pública en la Argentina a través de la obra *Psicología Sanitaria* de Enrique Saforcada. De esta manera se podrá analizar cómo el estado actual de las instalaciones sanitarias responde a las decisiones tomadas dentro del modelo clínico.

A continuación, se indagará sobre los diferentes tipos de arquitectura sanitaria y cómo estos responden a cada paradigma de salud. Será necesario estudiar las restricciones

técnicas para el diseño de un espacio de salud como así también la percepción espacial y las variables del espacio físico. Posteriormente, se reflexionará en particular cómo la comodidad y contención deben ser tratadas como una necesidad a cubrir en el caso específico de los espacios destinados a cuidados paliativos, a partir de entrevistas a médicos y enfermeras del hospital.

Una vez desarrolladas estas herramientas se procederá a realizar un análisis descriptivo de los consultorios de cuidados paliativos del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas de la provincia de Buenos Aires, del espacio de cuidado del Maggie's Center de Lanarkshire de Escocia y del espacio de curación del Hospital y Centro Médico St. Joseph's de la Universidad de Arizona del Centro de Cáncer ubicada en Phoenix, Estados Unidos. Finalmente, habiendo reconocido las necesidades particulares de los espacios destinados a la medicina paliativa se implementarán las herramientas del interiorismo estudiadas para plantear una propuesta conceptual de diseño que potencie y acompañe el fin último de estas prácticas.

En este marco, se encuentran antecedentes académicos de Proyectos de Graduación de la Universidad de Palermo que explican la estrecha conexión que existe entre los espacios físicos, las emociones y sentimientos de las personas que allí se encuentran. Entre ellos se analizarán los proyectos de graduación de Medina Vega, P. (2014), Burgueño, L. (2013), Catzman, C. (2013), Cuesta, L. (2009), Bunge, S. (2011), Babsky, R. (2012) y Villanueva, G. (2013). Asimismo, se encuentran antecedentes que explican cómo las herramientas del interiorismo pueden brindar soluciones a los espacios de salud; se utilizará los trabajos de Medialdea, M. (2012), Seleme, L. (2013), y Passarelli, M. (2011) para complementar la bibliografía.

El trabajo de Vega, P. (2014) propone una propuesta de diseño de interiores al área neuropsiquiátrico infanto juvenil del Hospital Carolina Tobar Carcía, ya que plantea que hasta el momento no presenta un diseño adecuado para los usuarios. Explica que debido al estado actual de las instalaciones los pacientes pueden verse, y describe cómo un

espacio debe ser adaptado a la atención que los niños van a recibir. Se analizará para explicar las normativas a cumplir para intervenir una institución pública. Así también servirá como punto de partida para explicar cómo el espacio físico puede influir al comportamiento humano y cómo utilizar herramientas del diseño de interiores para que su efecto sea positivo.

El proyecto de Burgueño, L. (2013), aborda el diseño de interiores como respuesta de adaptación de los espacios del área de salud. Explica la importancia de responder desde el ámbito psicológico y arquitectónico a las necesidades de los pacientes, familiares y profesionales de la salud. Se estudiará este abordaje para hablar sobre el aporte que deben y pueden hacer desde el ejercicio de su disciplina a la humanidad. Estos argumentos se analizarán para explicar cómo la propuesta de diseño significará un aporte al bien social.

En el caso de Catzman, C. (2013), su trabajo plantea una relación directa entre el Diseño de Interiores y la práctica terapéutica. Formula la hipótesis de que es posible beneficiar los resultados de la terapia que se brinda en los consultorios mediante un diseño de interiores adaptado. Estudia la psicología ambiental para poder entender cómo se relaciona el hombre con su entorno y poder así interactuar con las diferentes variables del diseño. Se analizará este trabajo para analizar del aporte que brindará el PG al plantear un diseño de interiores para las áreas de cuidados paliativos. Se explicará cómo es posible realizar un diseño de interiores que beneficie la salud mental y física de los pacientes terminales y sus familias.

Lo mismo sucederá con el trabajo de Cuesta, L. (2009). Este propone al diseño de interiores como la solución a una necesidad actual en las instituciones de salud pública. Estudia el estado actual de las instituciones de salud y explica la importancia de incorporar herramientas del interiorismo, como los parámetros de confortabilidad y funcionalidad, en las obras de remodelación de estos espacios. Sostiene que, creando un entorno agradable y funcional, el espacio se puede utilizar como una importante

herramienta terapéutica para los pacientes y repercutir positivamente en los trabajadores de la salud.

El proyecto de Bunge, S. (2011) explica que la vivienda ejerce influencia sobre el sujeto que la habita. Plantea que la vivienda puede producir efectos positivos o negativos sobre la calidad de vida del sujeto y su bienestar mediante sus materiales y los métodos de construcción elegidos. Explica que tanto el espacio como sus objetos influyen sobre la persona y la define. Las experiencias y sensaciones percibidas en el espacio por el sujeto quedarán en su consciente e inconsciente a lo largo de su vida. Se utilizará al proponer mayor conciencia al momento de diseñar espacios que serán habitados por sujetos tan sensibles como los enfermos terminales y sus familiares.

Babsky, R. (2012) en su trabajo aborda la problemática de la arquitectura hospitalaria. Su propuesta es generar un espacio cálido, confortable y de bienestar para el familiar que se encuentra en la sala de espera de la unidad de terapia intensiva. Explica la carga psicológica y la incertidumbre que experimentarán los familiares y acompañantes que habitarán estas salas. De allí la necesidad de brindar un espacio de contención y recogimiento para permitirles atenuar el estrés emocional generado por sentimientos de angustia y miedo a la muerte. Esta investigación será de gran utilidad al momento de explicar las diferencias emocionales entre la espera de la vida y la espera de la muerte de un familiar. De esta forma se entenderá con mayor claridad el significado del desempeño de un diseñador de interiores al abocarse a áreas de cuidados paliativos.

En el trabajo de Villanueva, G. (2013) se plantea una propuesta de diseño para el gimnasio kinesiológico pediátrico del Hospital de San Justo, que atiende a niños de cero a dieciocho años con diferentes tipos de patologías. Se eligió el presente trabajo para poder indagar y contextualizar un proyecto de diseño de interiores dentro de una institución médica pública. Se podrá observar el cumplimiento a la regulación vigente para los edificios de instituciones públicas de salud.

Medialdea, M. (2012) plantea en su proyecto qué tipo de diseño de interiores debe presentar un espacio de estimulación temprana para chicos autistas o que padezcan trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Se eligió este proyecto como otro ejemplo de aplicación del diseño de interiores en ámbitos que habitualmente no se acostumbra. Este proyecto servirá para hacer hincapié en las ventajas de un adecuado diseño de interiores en los espacios de tratamientos psicoterapéuticos. Este antecedente servirá para argumentar la relación del diseño de interiores con el estado anímico y la esperanza de vida de los pacientes.

En el caso de Seleme, L. (2013), su trabajo propone el diseño de una unidad de hospitalización para pediatría humanizada. Plantea que es posible brindar contención al niño y atenuar el impacto psicológico que se genera al ingresar en el proceso de internación mediante la recreación y la posibilidad de vincularse con un espacio agradable. Al mismo tiempo plantea que es posible hacer que tanto los pacientes como sus familiares se sientan protegidos y valorados en los centros de salud pública durante su internación y luego, su recuperación. Se eligió este proyecto ya que explica que es posible brindar una contribución social a la comunidad a través de la profesión de un diseñador de interiores. Será de gran utilidad poder abordar el término humanizar y vincularlo con los espacios de salud al manifestar la urgente necesidad presente en la sociedad.

El proyecto de Passarelli, M. (2011) propone relacionar el diseño de interiores y las necesidades que tiene aquella persona que posea una discapacidad o una enfermedad. Busca crear un espacio apto para que estas personas puedan vivir sin tener la necesidad de acudir a otra. Con el presente proyecto se podrá explicar los diferentes aportes que se puede brindar a la sociedad con la carrera de diseño de interiores. Quedará así de manifiesto el interés de más de un profesional en realizar su contribución en la sociedad desempeñando su labor a conciencia y en busca del bien común.

El presente PG busca contribuir a la medicina paliativa y al bienestar de los pacientes con enfermedades terminales y sus familias. No sólo se proveerá bibliografía específica dentro de la profesión de Diseño de Interiores, sino que también manifestará la viabilidad de ser un diseñador socialmente responsable. De este modo, la propuesta conceptual de diseño de interiores para las salas de cuidados paliativos del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas buscará cuestionar un estado de situación para fomentar una mayor conciencia en los diseñadores a la hora de trabajar con los espacios para la salud.

Capítulo 1. Salud pública.

En el largo camino del conocimiento se puede observar que la humanidad ha dado origen a un área específica para las prácticas en salud en cada cultura. A su vez, este área ha tenido su representante con un rol diferenciado y sumamente valorado en las sociedades que podía recibir el nombre de sanador o el cuidador de la salud.

En Europa se desarrolló la medicina científica sobre la cual se orienta la formación profesional de toda ciencia de la salud en los países de América Latina, pero ésta es tan sólo una de las ramas de conocimiento existente en las prácticas de salud. En países como India y China, con gran peso cultural y demográfico, llevan a cabo la medicina ayurvedica y china respectivamente, orientando sus acciones de atención de la salud predominantemente en función de éstas. En el caso de India se reconoce como práctica de salud legal cinco ramas muy distintas entre ellas: la Homeopatía, Alopática occidental, Ayurveda, Unani y Siddha, las últimas cuatro poseen su propia facultad de medicina. La homeopatía es otra de las ramas que también se encuentra presente en el mundo occidental, esencialmente en Europa. (Saforcada, 1999)

A partir de la medicina grecorromana se concibió una visión cognitiva, teórica y práctica que predominó en la Edad Media. La misma se nutrió de sus antecedentes persas y chinos, y fue influenciada por elementos de las medicinas islámicas y talmúdica. Posteriormente, con el cristianismo estos conocimientos van a ser desplazados por intentos de explicar las enfermedades de forma sobrenatural. Gracias al trabajo de pensadores como Descartes, Bacon y Locke, como así también médicos como Vesalio, Copernico, von Hohenhaim y Fracastoro, se va a retomar la búsqueda intelectual de la enfermedad en lo corporal. A fines del siglo XV, se instala el supuesto que lo mórbido es provocado por agentes naturales externos al humano y se presenta en él como un fenómeno parasitario. Asimismo, tiene su origen y se consolida el pensamiento médico científico, desde el punto de vista institucional, creando el hospital y una estrecha relación de enfermedad-clínica. Se comienza con prácticas que se ocupan del hombre aislándolo

de su contexto vital e ignorando su ecosistema, para intentar explicar la enfermedad utilizando sólo su marco teórico biológico, o psicológico. Se desarrollan ciencias de salud centradas restrictivamente en la clínica, tomando como campo de acción al individuo descontextualizado de su medio social, y como objeto de trabajo teórico-técnico a la enfermedad. (Saforcada, 1999)

En 1700 el médico italiano Bernardino Ramazzini plantea que no era posible encontrar explicación a la enfermedad a través del análisis clínico de un cuerpo tendido, sino que se debía prestar especial atención a su entorno ambiental. Johann P. Frank escribe en 1770 un trabajo titulado *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades* donde postula que la salud depende de la situación socioeconómica del pueblo y sus condiciones de vida, responsabilizando de su cuidado al Estado mismo. De esta forma se fueron consolidando las prácticas de salud social, las cuales buscan explicar la relación de salud-enfermedad partiendo de la base de que todo ser humano es inseparable de sus circunstancias culturales, socioeconómicas y sociales. Para este modo de pensar y hacer en salud, el ser humano ya no es sólo una entidad biopsíquica sino que pasa a ser una entidad biopsicosociocultural y económico-política.

Hacia el final del siglo XIX, con la convergencia de la medicina social, el rol de la policía médica y la epidemiología termina de consolidarse el movimiento de Salud Pública iniciado en Inglaterra. Este campo se ve beneficiado por la incorporación de disciplinas emergentes en las ciencias sociales. Cabe destacar la aparición de la Psicología de la Salud en Cuba en 1968 y la creación de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud que desde entonces garantiza que los servicios de salud tengan un carácter integral, sean preventivos-curativos y se dirijan al medio social y no al individuo particular. (Essayag, 2012)

1.1 Una salud, dos modelos.

A diferencia de lo mencionado anteriormente, el objeto de trabajo teórico-técnico de la Salud Pública pasa a ser la relación de salud-enfermedad con sus respectivos emergentes, y su campo de acción pasa a ser el conjunto social. En este sentido se entiende que la Salud Pública no trabaja desde la enfermedad, sino que hace énfasis y foco en la salud. De esta forma se abandona la utilización del adjetivo sanitarista ya que deriva de sanar aquello que se encuentra enfermo, para reemplazarlo por el adjetivo salubrista que deriva del sustantivo salud. (Saforcada, 1999)

Estos dos puntos de vistas tan distantes son las bases para dos modelos de Salud Pública, cuyas diferencias se analizarán a continuación. El objeto del saber para la posición clínica es la enfermedad, entendiendo el estado de salud como ausencia de enfermedad. Por el contrario, la posición salubrista estudia el proceso de salud-enfermedad concibiendo la salud como el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función del contexto psicosociocultural y económico-político de que se trate. Para la posición clínica los componentes a analizar son el cuerpo huésped y el agente, mientras que la posición salubrista trabaja con una hipótesis de trabajo que incluye el huésped y agente como componente psicobiológico, ambiente humano, estilo de vida y el sistema de salud. De la misma manera se diferencian las acciones a llevar a cabo en cada modelo, el primero orientará sus acciones al individuo y caso concreto, mientras que el segundo modelo tomará acciones destinadas a los conjuntos sociales.

El modelo salubrista es cualitativamente diferente de la posición clínica, y ofrece las herramientas necesarias para la interpretación de los problemas de salud de las poblaciones y para orientar sus soluciones. Al reconocer la multicausalidad de la salud y la enfermedad, esta posición plantea la subordinación de lo biológico a lo social y el papel mediatizador de la personalidad del ser humano, sujeto activo en su relación con la realidad y, consecuentemente, con los agentes potencialmente productores de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud apoya al modelo salubrista cuando

invita a ver a las personas de forma global y no tan sólo como partes anatómicas que presentan síntomas o trastornos que deben ser tratados. Explica que se le debe dar prioridad a la persona considerando su contexto familiar y comunitario. Al hacerlo de este modo se puede percibir aspectos importantes de la salud que a simple vista no encajarían en las distintas categorías de una enfermedad. (OMS, 2008)

En el espacio de la salud se conserva como racionalidad última la del bienestar y, por tanto, se encuentra regido por el juramento hipocrático. Las interacciones sociales no adquieren una característica inherente diferencial que permita denominarlas de un modo particular. Es en este espacio donde la persona o el factor humano siguen siendo visualizados como tales, no se transforman en factores económicos. Tal vez, el espacio de salud es aquel en el que la condición humana adquiere su mayor significación y es comprendida en todo el proceso de socialización y desarrollo que lleva al ser humano a la condición de persona.

Las condiciones de salud dentro de una sociedad obedecerán en gran parte a las interrelaciones que surgen dentro de la dinámica del sistema total de salud y sus componentes. Indefectiblemente la eficacia y eficiencia de la inversión que un gobierno efectúe en salud se verán influenciadas por los emergentes de su componente subjetivo. Si estos emergentes o reacciones son negativos como puede ser el rechazo, valoraciones descalificantes, desconfianza por parte de la población hacia las instituciones y profesionales, incompreensión, entre otras, en este espacio subjetivo tendrá lugar una barrera psicosociocultural entre el gobierno y la sociedad. De esta forma sólo crecerá la distancia entre ellos aumentando la ineficiencia de la inversión de recursos y desalentando la demanda de prestación por la población quienes tendrán que canalizar su solicitud de atención hacia los prestadores privados. (Saforcada, 1999)

Cuando el campo de la salud está orientado a un modelo de mercado es evidente notar que se pone en juego intereses y objetivos contrapuestos. El bien común de una sociedad y el bienestar humano individual se enfrentan a la búsqueda de rentabilidad

económica o lucro del sector de la medicina. Dentro de los sectores gubernamental, judicial y legislativo de los sistemas de salud se encuentran aquellos quienes por acción u omisión resultan ser embajadores de los intereses del mercado de la enfermedad. Los objetivos de este mercado son totalmente opuestos a los intereses del pueblo. De esta manera los espacios de salud terminan siendo determinados por la racionalidad del lucro apartándose del bienestar común. Así es que surge la necesidad de recuperar la base ética y los valores de las profesiones de la salud haciendo énfasis en la formación universitaria para evitar que los egresados sean funcionales al mercado de la enfermedad y se vuelva a humanizar las prácticas cotidianas. De otro modo, sólo aumentará el maltrato de las instituciones públicas de salud y su deshumanización, disminuirá la demanda, aumentará la auto-prescripción de remedios farmacéuticos y así seguirá creciendo la barrera psicosociocultural entre la población y su gobierno.

En este sentido, Enrique Saforcada en su libro *Psicología Sanitaria*, hace el siguiente llamado de atención:

Lo que ocurre en un país en el campo de la salud es un buen indicador de la agudeza de los decisores en cuanto a la comprensión de que los principales determinantes de los problemas residen en el factor humano. También permite ver si estos decisores - políticos, funcionarios, legisladores, gobernantes, jueces, empresarios, intelectuales y técnicos- colocan a sus conciudadanos en la jerarquía más alta de su escala de valores o, por el contrario, los consideran material descartable. (1999 p. 40)

De acuerdo a este punto de vista y a la conceptualización de los dos paradigmas existentes, es necesario reflexionar qué postura se ha tomado respecto a la Salud Pública en Argentina.

1.2 Hospitales públicos y privados en Argentina.

El origen de los hospitales en la Argentina está estrechamente ligado a la evolución y desarrollo de las políticas sociales. Si bien en un principio el ejercicio de la medicina y lo concerniente a la salud era considerado un problema privado y no público, y éste progresaba de forma independiente a las funciones del Estado, la injerencia del mismo en la atención médica va a surgir como una necesidad higienista, es decir, como un modo de

proteger a la sociedad de los enfermos, impulsando medidas de aislamiento que garantizaran la seguridad de la población. De hecho, se inaugura el primer hospital nacional tras la epidemia de Fiebre Amarilla, y de 1806 a 1825 se construyeron dieciséis hospitales nacionales más, referentes regionales en gran parte del país, y en su mayoría, como instituciones de aislamiento y atención de crónicos, tal como era la concepción de policía médica de la época. (González García y Tobar, 1999)

Estas acciones comienzan a complementarse con la asistencia médica de tropas en épocas de guerras. Un ejemplo de esto fue la aparición de los hospitales públicos dedicados a la atención de ex combatientes de las campañas militares de Juan Manuel de Rosas. Y luego, de modo congruente con el estado liberal vigente, el cuidado de la salud de la ciudadanía estará abocado fundamentalmente a aquellas ocasiones en las que se viera comprometida su capacidad de trabajo, y de este modo se viera afectada la producción. (Guerra de Macedo, 1997)

Si bien en la Argentina, las primeras instituciones hospitalarias tuvieron origen comunal, la atención de la salud durante muchos años estuvo a cargo de organizaciones privadas ligadas a las comunidades religiosas en un principio y posteriormente a las asociaciones de inmigrantes de diferentes países, mutuales y asociaciones de socorros mutuos. El punto de inflexión de este modelo surge con el Estado de Compromiso impulsado por el peronismo. Las medidas de cuidado y prevención se fueron expandiendo cuando la demanda social organizada presionó a las estructuras de gobierno instándolo a que extendieran sus responsabilidades sanitarias, quebrando de este modo la política higienista aplicada hasta ese momento. Logrando así concebir la salud pública como un derecho universal de la población en el que el Estado será el responsable-garante financiando con recursos públicos la atención sanitaria. Se desarrolla un sistema de salud pública con Ramón Carrillo a la cabeza que incluye no sólo consultorios médicos privados contratados por el Estado, sino también centros de salud para actividades de prevención y educación y una suerte de ciudades hospitales que integrarían los mayores recursos y

tecnología disponible en ese momento. Si bien no logró transformar el sistema de salud en su totalidad, dejó huellas indelebles en el mismo, y durante este período se duplicó la cantidad de camas públicas bajo la jurisdicción del Estado Nacional. También durante esta época adquieren protagonismo las organizaciones sindicales estatales y para-estatales que más adelante darán origen al sistema de Obras Sociales. Este sistema consistirá en que la atención médica sea subsidiada por los aportes provenientes del salario de los trabajadores. (Belmartino,1991)

En los años subsiguientes con los cambios de gobierno y sus respectivas políticas sociales se fueron dando diferentes fenómenos como consecuencia del achicamiento del Estado. Entre ellos se encuentran la creación de instituciones privadas especialmente destinadas a diferentes asociaciones profesionales policial, de fuerzas armadas y ferroviarios, la expansión del sistema de Obras Sociales y el advenimiento de las medicinas prepagas. Este último formato nace como una cuña en un sistema de salud pública desmantelado que propicia la aparición de la esfera privada como proveedor de una atención sanitaria orientada a la clase media y media-alta.

En la actualidad coexisten en la sociedad argentina las iniciativas privadas con las públicas, desarrollándose y evolucionando de forma desigual de acuerdo a los avatares de las políticas económicas de los diferentes gobiernos. Dentro de este escenario se hace evidente la siguiente contradicción, los mismos profesionales y técnicos que trabajan en el sector privado son quienes atienden en las instituciones públicas. Esta situación llama la atención ética e ideológicamente ya que los profesionales que trabajan en un sector y en el otro requieren capacitaciones diferentes, y entablan una dinámica de oferta-demanda tan diferente como opuesta.

El sector privado nace como una prestación de servicios mediante una transacción comercial donde la interacción entre las partes responde a un modelo contractual entre pares. Ambas partes poseen libertad de acción y poder de decisión. Los profesionales pueden decidir atender o no a quien demande sus servicios, y los pacientes pueden

decidir con qué profesional atenderse. Incluso una vez comenzada la relación contractual, ésta puede terminarse a voluntad de una de ellas sin necesidad de la intervención de la otra. Por el contrario, en el sector público, donde el dinero no es intermediario, la unión profesional-paciente es una relación obligada generando un desequilibrio de poder entre las partes. Quien acude al sector público en busca de atención médica carece de capacidad de pago y, por lo tanto, de elección. Esta insolvencia condiciona a la persona como discapacitado económico y se le suma a la discapacidad generada por el problema de salud por el cual necesita atención médica. Sobre esta superposición Saforcada dice: “Esta situación de doble discapacidad (pobre y enfermo) es una de las condiciones más invalidantes existentes en las sociedades occidentales regidas por sistemas económico-políticos capitalistas orientados por un liberalismo deshumanizado.” (1999, p. 60)

Esta contradicción ética y técnica también se hace presente en el sistema de obras sociales o seguridad social. Este sector se encuentra bajo la supervisión del Estado y posee una dinámica compleja en el plano de la ética y el ejercicio del poder. Se trata de un sistema sometido al poder de decisión de los dirigentes gremiales quienes administran el dinero de sus afiliados; dinero originalmente perteneciente a organismos públicos. Estas personas pierden su libertad de elección al entregar su dinero a administradores que decidirán por ellos, por qué prestador deberán ser atendidos. Si bien, en sus comienzos, las obras sociales prestaban servicios por ellos mismos, con el tiempo fueron terciando toda atención de salud. El Estado da libertad de acción para esta elección permitiendo así que los administradores terminen contratando los servicios del sector privado para atender a sus afiliados, en consecuencia, el sector privado se ve financiado por fondos originalmente públicos. A partir de lo que dice el autor se entiende que hubiera sido económico-financiero beneficioso para el país si se hubiera financiado el sector de salud pública y éticamente adecuado ya que se trata de dinero proveniente de la población laboralmente activa. Se entiende que debería tener prioridad el sector público sobre el privado al tratarse de dinero de la sociedad misma.

Es notable que la inversión de esos fondos hubiera permitido mejorar significativamente las intuiciones de salud pública, sus establecimientos y unidades operativas. Por el contrario, al destinar los fondos a los prestadores privados se sometió a los afiliados a una atención y accionar bajo un modelo clínico en su representación más asistencial. Aquí se presenta no sólo un problema relacionado con el uso no apropiado de dinero público, sino que también se manifiesta una incongruencia en el diseño de la atención de salud pública y sus diferentes sectores. A su vez, dicho sector atiende esta clientela cautiva con personal mal pago, brinda prestación precaria a los dependientes de la seguridad social y diagnostica prácticas y exámenes innecesarios con el fin de maximizar su rentabilidad, haciendo honor a su racionalidad del lucro, propio del mercado de la enfermedad. (Saforcada, 1999)

La enfermedad y su atención nunca fue rentable para una sociedad, pero ahora ha dejado de serlo incluso para los gobiernos y las empresas de salud dentro de la historia del capitalismo y los modelos de liberalismo deshumanizado. El clásico mercado de la enfermedad ya no es dirigido por la industria farmacéutica ni por los prestadores directos como médicos, clínicas y sanatorios, sino que son las empresas de medicina prepaga quienes han asumido el poder. Los primeros limitaban su mercado a los enfermos, por el contrario, estos últimos lo hacen a los sanos, quienes no sólo son más en cantidad, sino que poseen capacidad de pago asegurada.

Este escenario sólo tiene explicación bajo la óptica del fin de lucro y propicia la obtención de beneficios económicos ilícitos, personales e indebidos por parte de las autoridades o dirigentes, en menoscabo de las necesidades de la población dependiente del sistema de seguridad social y en contra de la razón de ser de las instituciones sanitarias. Ejemplos de lo recién afirmado son las denuncias por enriquecimiento ilícito de los dirigentes durante el ejercicio de su función o la vinculación que han tenido numerosos funcionarios públicos con la actividad privada en el área de salud, con el desafío de trabajar con intereses económicos encontrados.

Otro punto para analizar sobre la salud pública en Argentina es su educación. Los profesionales que intervienen en esta disciplina están formados de acuerdo a las bases fundacionales del sistema educativo oficial. En este país, al diseñar dicho sistema, sólo se ha tomado en cuenta lo referente a la inteligencia sin incluir lo relacionado a la conciencia moral. Por el contrario, esta última es adquirida en la socialización temprana mediante procesos naturales y espontáneos de interacción con otras personas. Es en estos primeros años cuando se inscriben en la conciencia moral valores como el de solidaridad, ayuda al prójimo, no engañar y tratar de no provocar sufrimiento a otras personas. Así también, el ser responsable, entendido tal como la capacidad de resolver las necesidades de terceros. De este modo, la sociedad se encarga de abastecer a los jóvenes de principios, ideales y códigos de convivencia previamente a que comiencen sus carreras universitarias. Cuando llegan a esta instancia se suma la voluntad y motivación propia por alcanzar el máximo nivel de excelencia científico-técnica y eficaz en el ejercicio de su actividad profesional. (Saforcada, 1999)

En el campo de la medicina existió la importante figura del profesor-maestro, quien era responsable de transmitir no sólo sus conocimientos y experiencias, sino también y fundamentalmente, su ética profesional. Como se mencionó anteriormente, a principios de la década del 60', el espacio de la salud adhiere indiscriminadamente a la racionalidad del mundo del mercado provocando así un fuerte deterioro en la dimensión ética. Cuando el fin último del campo de la salud pasa a ser el lucro, objetivos como la búsqueda del bienestar humano, intentar paliar o suprimir el sufrimiento, brindar una mejor calidad a la vida a quien demanda atención de su salud, pierden prioridad y difícilmente sean alcanzados. Se entiende que esta quiebra en la ética profesional pudo haber alcanzado los ámbitos universitarios deteriorando la formación científica y técnica. Sólo en este sentido se puede comprender la insistencia en tratamientos estériles en pacientes terminales. Cuando esto sucede, no se busca mejorar el estado de salud del paciente, sino que trata de absorber al máximo la capacidad de pago de él o de sus familiares o de

la obra social a la que este afiliado. El profesional de salud concibe al paciente como un bien económico ya sea conscientemente o por haberse convertido en un engranaje inconsciente de un sistema deshumanizado y cruel. Para lograr que los profesionales de salud sean partícipes de estas prácticas no alcanza con quebrar sus códigos éticos o su conciencia, sino que además es necesario limitar su formación asegurando un bajo nivel de capacitación científica. De lo contrario, les sería irracional llevar a cabo las prácticas recién mencionadas. Para un profesional con alta capacitación se entiende que debería ser insoportable realizar un tratamiento que vaya en contra de lo que la ciencia indica como correcto. Los desvíos conductuales que plantea este sistema se oponen y contradicen el juramento hipocrático que realiza todo profesional de salud al momento de graduarse y bajo el cual deben desempeñar su labor:

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica, en cuantas casas entrare, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de todo comercio vergonzoso con hombres y mujeres, libres o esclavos. (Hipócrates de Cos 460-377 a.C.)

Bajo este juramento los médicos prometen ejercer su profesión alejados de los intereses económicos propios de los comerciantes. Estos profesionales deberían atender a los enfermos priorizando su bienestar sin dejarse corromper por terceros o su fin de lucro.

La escuela de medicina argentina imparte su conocimiento siguiendo los lineamientos de la medicina científica y tradicional, en otras palabras, subscribe al modelo clínico en su versión asistencialista centrándose en curar las enfermedades en lugar de pensar cómo prevenirlas, por ejemplo. Quienes van a ejercer en las instancias de decisión dentro de los organismos públicos, han egresado de estos centros universitarios. Asimismo, como se ha explicado anteriormente, los tres sectores de salud son atendidos por los mismos profesionales. Esta indebida concurrencia de roles hace evidente la inclinación progresiva que los tres sectores de salud han tenido hacia un único modelo, el clínico, sin importar que su naturaleza es esencialmente diferente. Como también se mencionó, esta

fundamental diferencia se manifiesta en el financiamiento y en la relación de poder entre profesional de salud y el usuario.

En consecuencia, las acciones que se llevan a cabo tanto en los hospitales como en las demás instituciones de salud responden al modelo clínico. Esto es ejemplo de otra incongruencia de la que la salud pública argentina es sujeto y objeto. Se entiende que si se habla del sector público se hace referencia al responsable de la salud colectiva de la población y en este sentido debería estar orientado ideológica, científica y técnicamente al modelo salubrista. Los hospitales públicos, entendidos como la salud pública en su máxima expresión, debería ser el escenario del modelo salubrista. Esta incongruencia hace evidente un problema ético porque, como ya se ha explicado, este sector se financia exclusivamente por dinero de la sociedad y quienes ejercen la toma de decisiones lo hacen sobre lo público, por lo tanto, deberían hacerlo de acuerdo a lo que más beneficia a esa sociedad. Asimismo, deberían asegurarse que la relación de poder en el vínculo profesional-paciente resulte a favor de estos últimos. Para este sector, el bienestar de la población, debería ser el eje sobre el cual se planteen las metas, los objetivos y el destino de sus fondos. (Saforcada, 1999)

Dentro del contexto recién explicado, se puede observar cómo generalmente resultan ineficaces o fracasan los programas de salud pública en Argentina. Un ejemplo de esto es pretender que profesionales formados en modelos clínicos elaboren estrategias orientadas a la población en su conjunto como plantea el modelo salubrista. Otro ejemplo podría ser el hecho que las unidades operativas de atención primaria o los programas de organismos públicos de salud que son dirigidos a la comunidad estén a la merced de profesionales formados dentro del modelo clínico. Una incompatibilidad de este tipo diagnostica mal pronóstico a la inversión de recursos monetarios y humanos generando duplicidad de acción, campañas infructuosas, falta de comunicación y cooperación entre los distintos niveles de complejidad de las instituciones sanitarias y, fundamentalmente, desaliento en la búsqueda y cuidado del bienestar de la población.

En conclusión, el predominio del enfoque clínico y biológico en la salud pública actual, imposibilita una adecuada práctica por desconocer la amplitud de la problemática psico-socio-cultural de los pacientes. El hecho de ignorar que los enfermos son individuos históricos-sociales induce el ejercicio de una medicina curativa, biológica y hospitalaria olvidándose del paciente para sólo ver la enfermedad. Esto pone en duda los intereses de las instituciones sanitarias que parecen haberse alejado del interés real de aliviar los síntomas de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. (Gómez Sancho, 1997)

1.3 Curar vs. Cuidar.

De un tiempo a esta parte, el hombre rechaza la muerte del ser humano y las relaciones sexuales como hechos de su propia naturaleza. Pareciera que fuera necesaria esta negación para mantener las reglas de orden social y proteger así a la comunidad de toda fuerza incontrolable. Como si fuera posible mediante normativa encauzar el descontrol del éxtasis amoroso y la ensordecedora agonía de la muerte. Los mandatos sociales pueden haber abusado de su poder con el fin de mantener cierto orden al punto tal que parezca una trasgresión todo fenómeno natural intenso. De esta forma el amor y la muerte han pasado a ser los puntos débiles del sistema social. (Gómez Sancho, 1997)

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la concepción de la muerte se convirtió en un suceso horrible e imposible de contemplar por este motivo surge la necesidad de esconderla. La sociedad les adjudica esta tarea a los hospitales llevando allí a las personas a morir. Erróneamente esta responsabilidad fue delegada sin prepararlos o capacitarlos para ello. De acuerdo a lo explicado en el apartado anterior, no sorprende el hecho de que los hospitales generales públicos no se encuentren organizados ni cuenten con personal capacitado para atender de forma efectiva a los pacientes terminales y sus familias. Los hospitales fueron creados dentro del modelo clínico y curativo, y es por esto que se tratan de un sitio destinado a diagnosticar y curar con profesionales entrenados y capacitados para este fin y no para cuidar o aliviar. En este sentido, un paciente que ya

fue diagnosticado como enfermo terminal, que por definición no se puede curar, se convierte en un intruso que estorba al personal sanitario. Haber creado a los hospitales con este fin no fue eficiente siendo que allí también ingresan pacientes enfermos que no llegan a curarse, ya sea por las características propias de su patología o por un diagnóstico incompleto o por mala elección de la terapia aplicada. El objetivo de un hospital debería ser acorde al acto médico, como se explicó anteriormente, debería ser ocuparse de toda aquella persona que sufre sin importar la causa que lo provoque. Y en lo que respecta particularmente a la medicina paliativa, el subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer lo explica de la siguiente manera:

La atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo. (1997, p. 63)

Por el contrario, si en la universidad se les enseña a los médicos que su función es salvar vidas, fácilmente estos interpreten la muerte de sus pacientes como un fracaso profesional, aunque sea inconscientemente. Si algo certero existe en la naturaleza humana es la inevitabilidad de su muerte, pero aun así el médico tiende a sentirse culpable por no ser capaz de curar al paciente. Esta culpa o responsabilidad perjudica tanto su prestigio profesional exterior como su fé interna en su capacidad como curador. Muchas veces al tomar conciencia de su inutilidad como curador y al perder la fé en sí mismo, se pierde también el interés en el enfermo.

Los médicos carecen de recursos para atender a las múltiples demandas de atención de los pacientes incurables ya que en la carrera de medicina no se enseña qué se debe hacer con este tipo de enfermos. En el apartado anterior se relató cómo los estudiantes de medicina ingresan a éste particular mundo cargados de motivación y empatía por el paciente. En sus primeros años emplean estos recursos para compensar la falta de entrenamiento, formación e inseguridad para tratar con pacientes terminales. Con el paso del tiempo y a medida que aumentan los conocimientos técnicos, se instala en ellos

escepticismo y cierto distanciamiento profesional hacia los pacientes en general. Adquieren la aptitud para abstraerse del paciente real y concreto con sus respectivos miedos y dolores, para concentrarse exclusivamente en las enfermedades tratables. Con los avances tecnológicos el grado de tecnicismo de los profesionales sanitarios ha aumentado en detrimento de sus aptitudes en el trato humano. Así es que quedan desprovistos y desarmados para hacer frente a la angustia y soledad que los pacientes terminales suelen sentir; se convierten en incapaces de establecer un vínculo de ayuda. No fueron preparados para ello; no se los preparó para escuchar ni para cuidar.

Se comenzó explicando el rechazo social hacia la muerte, cabe destacar que éste también se hace presente en el hospital por el simple hecho de que el personal sanitario pertenece a dicha sociedad. Al exigirles la responsabilidad de luchar contra la muerte, se pone a los médicos en una posición conflictiva donde deben evitar marginar a la muerte en su conciencia para cumplir con su rol y prestar la debida atención a los enfermos incurables. (Gómez Sancho, 1997)

De igual forma, así como los médicos conciben la muerte del paciente como un fracaso profesional, la sociedad percibe a la muerte como un evidente fracaso de la ciencia. Una derrota donde a pesar del avance y los descubrimientos de la ciencia, se pone en evidencia su limitación en lo que a la raza humana concierne. De esta forma, las expectativas individuales y sociales acerca del poder de la medicina sobre la muerte seguirán siendo defraudadas.

Además de lo explicado hasta el momento, vale la pena mencionar la angustia ante la propia muerte. Con esto se hace referencia que la confrontación ante la muerte de otro obliga a enfrentar la realidad de la propia naturaleza humana y por ende, su muerte. Esto suma otra amenaza al buen desempeño del médico tratante de este tipo de pacientes. Si algo tienen en común los profesionales sanitarios y los enfermos terminales es su naturaleza y perecedera materia. En el momento de la atención conviven los prejuicios, creencias, ansiedades y miedos tanto del paciente como del médico, ya sean aprendidos

como adquiridos a lo largo de la vida de cada uno. Es en este escenario donde el médico debe intentar ponerse en el lugar del otro y buscar sensibilizarse con sus necesidades (tanto biológicas como emocionales) para poder satisfacerlas eficazmente. El médico utiliza sus ojos, mente y corazón para elegir qué acciones llevar a cabo y así cumplir con su misión como proveedor de cuidado con la sensibilidad necesaria.

El doctor Gómez Sancho en su obra *Medicina Paliativa: La respuesta a una necesidad* afirma: “La muerte es el precio que paga todo ser pluricelular desde el mismo momento de su nacimiento”. (1997, p. 46) También explica que el médico debe aprender que la muerte es algo natural. La muerte del hombre viene dada por su propia existencia y es característica de su naturaleza finita. Cuando se rechaza la muerte, se puede provocar el abandono del paciente. Cuando se niega la posibilidad de morir, se puede inducir furor terapéutico o, mejor dicho, un intento curativo persistente propio del paradigma clínico y curativo del sistema de salud. Por el contrario, sólo cuando se es capaz de tomarla como algo natural, el médico podrá dedicarse a cuidar de su enfermo hasta el final de sus días haciendo honor al paradigma salubrista y alejándose de la concepción del fracaso.

Es común ver a los médicos, en los hospitales del primer modelo, pararse al final de la cama para hablar con los enfermos cuando los visitan. Este es un ejemplo de cómo se establece la distancia entre ellos. La diferencia física de altura entre ambos dificulta la relación entre ellos haciendo énfasis en la diferencia de estatus. Se resalta al enfermo como la parte débil del vínculo al estar acostado en la cama cerca del suelo, y se señala al médico como la parte fuerte del vínculo a un metro de altura como poseedor del conocimiento y los recursos. Por el contrario, en los hospitales del segundo modelo, los médicos se sientan para hablar con sus pacientes en una silla que se encuentra siempre al lado de las camas. Se sientan a su lado para estar a la misma altura y demostrarles su disponibilidad a través del contacto físico cuando los toman de las manos.

Incluir el sufrimiento dentro de la óptica de la salud y brindarle la atención adecuada puede beneficiar al sistema de salud disminuyendo sus costos y adoptando eficiencia,

humanidad y sensibilidad en sus tratamientos. Cuando se inicia la hospitalización de una persona se la somete por muchos cambios, sufre la pérdida de su autonomía, cambia su estilo de vida y hasta sufre cuando invaden su privacidad. El personal sanitario no sólo deberá estar atento de no menoscabar los derechos de los pacientes, sino que deberá buscar la forma de restablecer su autoestima y autonomía. Muchas veces lo único que queda por hacer por un paciente enfermo es consolar, escuchar y aliviar y esto no es poco. Cuando el enfermo terminal llega a sus últimos días y no se lo considera como si ya hubiera muerto o como un caso perdido, por el contrario, se le da la mano, se lo escucha hablar de sus miedos y se le transmite tranquilidad, es un hecho de invaluable importancia para el paciente y su familia. Cuando una enfermedad no se puede curar no significa que no haya nada por hacer y mucho menos significa un fracaso profesional, es el médico el que debe estar ahí hasta el final para ayudar y acompañar a morir. El simple hecho de que una enfermedad sea incurable y grave, no autoriza a ningún médico a abandonar a su enfermo. (Gómez Sancho, 1997)

No resulta evidente el motivo por el cual no se le adjudica la misma importancia y recursos a la medicina paliativa como a las demás. Cuando de pacientes terminales se trata, la medicina paliativa se pone en duda, se desacredita o no se le da la prioridad necesaria. Sin embargo, en la práctica diaria, la medicina preventiva, curativa y paliativa demuestran que es posible su coexistencia de forma armoniosa. Es habitual el uso de vacunas para prevenir enfermedades virales, antibióticos para curar la sinusitis y la insulina para paliar los síntomas de la diabetes y permitirle al paciente llevar su vida. Entonces, no se entiende por qué se dejó de considerar a la persona enferma como portadora de emociones y sentimientos y no sólo de patologías biológicas. Tampoco se comprende por qué, para la medicina actual, no es igual de prioritario aliviar y cuidar como lo es curar. En consecuencia, surge el interrogante de qué se puede hacer para atender esta necesidad humana que parece ser ignorada por las instituciones sanitarias y por la sociedad misma.

Capítulo 2. Arquitectura Sanitaria.

Si se tiene en cuenta que el concepto de hospital tiene su origen en la palabra del latín *hospes* (huésped), para luego convertirse en *hospitalis* (casa para visita foránea), el gran reto en el diseño y la construcción de los hospitales ha sido siempre cómo hacer confluir en un mismo espacio dos necesidades fundamentales, la eficiencia en el tratamiento de la salud de los pacientes con la comodidad y el bienestar durante su atención y su alojamiento. (Labasse, 1982)

De esta manera, en la arquitectura, se plantea un complejo desafío al momento de diseñar los espacios destinados a la salud. Los profesionales deben resolver aspectos técnicos y médicos considerando el rol fundamental que tienen los espacios y sus características dentro del labor de curar. El trabajo de los arquitectos e ingenieros bajo esta premisa en los hospitales actuales ha colaborado tanto a mejorar las condiciones sanitarias como a aumentar la esperanza de vida. (Rivas Acevedo, 2015)

Los avances de la tecnología y el desarrollo constante en la medicina han cambiado la idiosincrasia y la dinámica propia de los edificios sanitarios. Es necesario administrar su mantenimiento, infraestructura e ingeniería clínica de forma eficiente para alcanzar un equilibrio técnico-económico que permita maximizar el rendimiento y a la vez reducir los tiempos y los costos. Tanto los ingenieros como los arquitectos buscan dar respuesta a las necesidades específicas de los planes de salud pública y sus objetivos, debiendo adaptarse a los cambios que se dan en la atención a causa de las nuevas tecnologías y la evolución de los tratamientos. Estos cambios no sólo facilitan el diagnóstico, sino que acortan los tiempos de atención en todas las áreas. Esta aceleración hace que los edificios sean veloces y necesiten integrar sus servicios con mayor flexibilidad. Un ejemplo es el caso de los equipos de diagnóstico por imágenes que emiten los resultados más rápido de lo que el paciente termina en cambiarse de ropa; y por el alto costo de los mismos los tiempos de no utilización implican pérdida de dinero para las instituciones. Lo mismo sucede con las camas de internación o terapia intensiva, su costo de

mantenimiento integral exige una gestión activa que logre una rotación eficaz de pacientes. Al aumentar la velocidad de los procesos se permite la atención de mayor cantidad de pacientes en menor tiempo. (Bello, 2015)

En consecuencia, la arquitectura sanitaria ha tenido que adaptar sus espacios a estos cambios para acompañar en la mejora de la atención de salud. Los ascensores han aumentado sus dimensiones para transportar a los pacientes en la misma cama de internación hacia donde le realizan cirugías o diagnósticos. Los pasillos y espacios de circulación permiten mayor flujo, se han automatizado puertas y se dejaron de utilizar barreras de paso. Las áreas quirúrgicas se han integrado para permitir la realización de cirugías como los estudios hemodinámicos. Se proyectan áreas de recuperación amplias que ayuden a reducir las internaciones prolongadas. En el caso de los hospitales públicos, se ha incluido la necesidad de espacios que permitan la estadía y espera de los familiares acompañantes como así también de áreas de esparcimiento para utilizar en el proceso de recuperación de los pacientes. (Bello, 2015)

La Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH) en su anuario del 2014 plantea la búsqueda de la humanización de la atención sanitaria, explica que el ámbito arquitectónico es partícipe del proceso de curación y concuerdan con la idea de que no hay enfermedades sino enfermos a tratar. Con estas declaraciones se pone en evidencia que adhieren a la visión global del modelo salubrista. Desde esta óptica, la AADAIH trabaja bajo la iniciativa de *Arquitectura para la Salud* y reclama que la arquitectura debe ser considerada como un instrumento de la salud pública para el proceso de sanación como de promoción de la salud.

Cuando en un edificio no cuenta con la ventilación adecuada o presenta problemas de humedad que provoca fallas estructurales, se entiende que se habla de un edificio enfermo. En este caso las condiciones de habitabilidad del edificio se convierten en perjudiciales para la persona que lo vaya a habitar. La situación empeora si se trata de una institución sanitaria porque un edificio en estas condiciones es propenso a generar

bacterias. De esta manera, lejos de cumplir su función de instrumento de salud, los edificios se convierten en vehículo de enfermedades contagiando a los usuarios tanto a los pacientes como al personal sanitario. El arquitecto Miguel Ángel Sartori, responsable de la coordinación editorial de AADAIH, ejemplifica cómo evitar este escenario desde su profesión al implementar la iniciativa de una Arquitectura para la Salud de la siguiente manera:

Si consideramos al edificio hospitalario como un organismo viviente, que tiene un sistema estructural que lo afirma al terreno, una piel que lo cubre y lo protege y que posibilita la entrada del aire, la luz y el sol, unos órganos internos que, cumpliendo funciones específicas propias de cada uno, están simbióticamente interrelacionados conformando una totalidad, unas instalaciones que distribuyen los flúidos vitales y la electricidad por todo el conjunto y que hacen factible su funcionamiento, una organización funcional que ordena los flujos circulatorios evitando cruces innecesarios (de personas y de enfermedades) y agiliza los movimientos internos permitiendo que las conexiones entre los diferentes puntos de uso sean más directas y rápidas, entonces podremos diseñarlo pensando que, además de cumplir con su fin específico, sea un instrumento de salud. (2014, p. 8)

El arquitecto explica la importancia de velar por la integridad de los edificios sanitarios comparándolo con un organismo viviente, como por ejemplo el cuerpo humano. Sólo garantizando el correcto funcionamiento de los sistemas que lo integran se podrá garantizar su desempeño como instrumento de salud. A raíz de todo lo explicado, se puede ver cómo la arquitectura sanitaria ha ido mutando en busca de desempeñar su ejercicio de forma socialmente responsable.

2.1 Antecedentes en Arquitectura Sanitaria.

De acuerdo a lo explicado en el apartado anterior, se podría decir que actualmente, el confort y un ambiente agradable es un aspecto considerado esencial para el logro de la recuperación de un paciente. Sin embargo, esto no implica desconocer la realidad del país y las carencias existentes en gran parte de las instituciones sanitarias públicas a lo largo del territorio argentino. En la salud pública existe un abanico de contrastes de sus recursos físicos y tecnológicos en cuanto a su accesibilidad, características, cantidad o calidad. El predominio del paradigma clínico de la salud pública se pone de manifiesto en

la arquitectura actual de los hospitales. Hoy en día, el escenario arquitectónico y funcional de los hospitales, lejos de buscar el bienestar de los enfermos, responden a la dinámica interna de la institución y a la conveniencia de su personal. (Gómez Sancho, 1997)

Hay diferentes modos de analizar los antecedentes arquitectónicos hospitalarios. Para los fines del presente trabajo se clasificarán de acuerdo a su tipología. Se encuentran tres grandes categorías: Claustral, Pabellonal y Monobloque.

En primer lugar, encontramos la tipología Claustral y, como lo indica su nombre, este modelo surge de las casas religiosas y monasterios adaptados con fines sanitarios. Generalmente eran constituidos en dos grupos de salas en forma de crucero separadas por un patio y delimitadas por galerías para la circulación de pacientes, insumos, y médicos. No se la considera la más adecuada, ya que los patios internos no permiten que se asoleen correctamente las salas, y generan espacios que posibilitan el desarrollo de agentes patógenos. Con este modelo fueron construidos muchos hospitales en Italia, Turín, Milán, Génova y el Hospital Gutiérrez de la ciudad de La Plata en el año 1945, Argentina. (Czajkowski, 1993)

En segundo lugar se encuentra la disposición Pabellonal que tiene su origen en las teorías higienistas que propugnaban la necesidad de separar las patologías que se albergaban en estos establecimientos, en distintos edificios para controlar las epidemias. Su primer antecedente se encuentra en 1730, en el Hospital de San Bartolomé en Londres.

Como se consideraba al aire como el mayor vehículo de contagio, la separación en algunos casos era de 80 metros, y la clasificación de enfermedades se daba en distintos pabellones articulados por circulaciones descubiertas en torno a extensos parques. Pero estas separaciones implicaban largas distancias a recorrer y las condiciones climáticas de cada sitio, hacían que estos tendieran a unificarse con circulaciones. De este modo, ésta tipología terminó modificándose, ya que era onerosa en su mantenimiento y poco práctica por las grandes distancias a recorrer por los médicos y los pacientes.

Así surgieron las siguientes sub-tipologías: pabellones ligados por circulaciones abiertas como es el caso del Hospital Dr. Alejandro Korn de la Plata, pabellones coligados por circulaciones semi-cubiertas como por ejemplo el Hospital Italiano de Buenos Aires construido en 1890, circulaciones cubiertas que proponen pabellones intercalados que permiten una mayor iluminación de las salas, y, por último, pabellones ligados por circulaciones subterráneas que permiten contener las instalaciones de calefacción, agua y desagües, y la circulación de alimentos, cadáveres, médicos y auxiliares sin sufrir la rigurosidad del clima. Ejemplo de esta disposición es el Hospital Gral. San Martín de La Plata en Buenos Aires. Se puede inferir que esta última sub-tipología, en su concepción, es un antecedente de las circulaciones y los entresijos técnicos de los establecimientos de salud de la actualidad. (Czajkowski, 1993)

Por último, se encuentra la tipología Monobloque, nace con el advenimiento de nuevas tecnologías, que permiten la construcción de edificios en altura. Sus principales características incluyen circulaciones verticales por medios mecánicos (ascensores, montacargas descargas por gravedad, etc.). El traslado de los pacientes se realiza siempre a cubierto, reduciéndose el tiempo de desplazamiento correspondiente a la tipología pabellonal. Se unifican los servicios específicos de electricidad, oxígeno, gas, calefacción en una sola unidad edilicia para su mayor eficiencia y mantenimiento. Se optimizan los recorridos de personas y servicios, mejora la relación con el paciente al evitar la circulación entre pabellones. El Instituto del Tórax en La Plata construido en 1949 responde a esta categoría y se pueden observar las características recién descritas. (Czajkowski, 1993)

En otros países, dentro de la categoría de Monobloque se evidencia las siguientes clasificaciones. Se encuentra la sub-tipologías de Polibloque que consiste en una suerte de ciudad hospital como por ejemplo el Centro Médico de Nueva York. El mismo se forma con un bloque central de internación y sub-bloques que albergan los servicios de diagnóstico, urgencias, ambulatorios, etc.

Otra sub-tipologías de bloque es la de Bloque Basamento. Surge en los años cincuenta para mejorar la tipología de monobloque preexistente. Este formato consiste en una plataforma de base donde se ubican los servicios ambulatorios y de diagnóstico. Sobre esta plataforma se edifica el bloque que crece en altura ubicando en diferentes plantas al departamento de internación por especialidades y a la zona de cirugía en sus distintas especialidades. Con esta distribución se logra separar, por un lado, el movimiento de personal e internos y el de las consultas por el otro. Un ejemplo de esta disposición es el Hospital Zonal de Agudos San Roque de Gonnet, Buenos Aires. (Czajkowski, 1993)

También se encuentra el formato Bibloque Co-ligado. El mismo separa en altura la atención ambulatoria y el servicio de diagnóstico, por un lado, y los servicios de internación y cirugía por otro. El segundo bloque tendrá mayor altura que el primero, y ambos se encuentran coligados por circulaciones horizontales de acuerdo a los distintos servicios. Estas características pueden observarse en el caso del Instituto Argentino del Diagnóstico y Tratamiento ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.2 Restricciones del diseño en hospitales públicos.

En el presente apartado se analizará las restricciones particulares que se presentan al momento de realizar un diseño de un espacio interior de un hospital público. Se recomienda que en la etapa inicial se haga un estudio exhaustivo de los requerimientos y sugerencias del personal médico, administrativo, técnico y de mantenimiento para evitar errores en la toma de decisiones y no provocar costos operativos adicionales. (Neufert, 1936)

Su locación dependerá, en primer lugar, a las personas y patologías que busque atender. También deberá considerar sus rutas acceso posibles y analizar las características demográficas y socioculturales de la zona. La circulación interna y accesos deberá tener en cuenta a los usuarios, tanto como el equipo médico cómo así también considerar la

presencia de niños o personas con capacidades disminuidas. En lo que respecta a su tamaño debe tener en cuenta el uso de sillas de ruedas y camillas.

Se recomienda una zonificación e indicación efectiva separando áreas de acuerdo a la práctica que allí se realice. Tanto la recepción, como los consultorios y habitaciones deben garantizar confidencialidad y privacidad al momento de la consulta o tratamiento. Se debe considerar la seguridad y su supervisión mediante personal y equipamiento específico para garantizar protección tanto a los pacientes, al personal, al equipamiento técnico como las instalaciones mismas. También se debe tener en cuenta la flexibilidad de los espacios y su estructura para permitir futuras extensiones edilicias.

Los arquitectos Julius Panero y Martin Zelnik en su obra *Las Dimensiones Humanas en los Espacios Interiores*, en el apartado referido a los espacios sanitarios explican:

Entre las consideraciones básicas, sobresale una por su impacto emocional en pacientes y visitantes, brindar asiento cómodo a éstos en torno a la cama de los primeros, cosa que no acostumbra suceder, a causa de la escasa anchura de las habitaciones. (1984, p. 241)

De esta manera los arquitectos introducen los primeros lineamientos que podrían acercar la arquitectura sanitaria al modelo salubrista de cuidado. Respecto a las habitaciones también señalan que debe considerarse la posibilidad de que haya pacientes con movilidad reducida, de esta manera se pide espacio suficiente para maniobrar cómodamente con la silla de rueda, como así también la holgura suficiente debajo del lavabo para acceder a este permitiendo que los brazos de la silla de ruedas entren sin problema.

Debido a que el ancho corporal del noventa y cinco por ciento de la población es de cincuenta y ocho centímetros, se recomiendan considerar una escala humana de setenta y seis centímetros de ancho para hacer los espacios los suficientemente holgados. Explican que esta unidad debe ser la aplicada alrededor de las camas de pacientes en el caso de habitaciones grupales con cortinas divisorias, para permitir la circulación perimetral y la posibilidad de que se coloquen sillas para los acompañantes. Este espacio libre también considera la instalación de una mesa de luz de un lado de la cama y una

unidad médica amurada a la pared del otro lado. La distancia de la cama respecto a la cortina divisoria también debe ser de setenta y seis centímetros. La cortina divisoria debe tener una altura mínima de un metro y medio para garantizar la privacidad necesaria, y se encuentra determinada por la altura del observador.

Por otro lado, para las habitaciones dobles de internación se recomienda que tengan cinco metros de ancho pero en los hospitales suele encontrarse habitaciones que sólo llegan a cuatro metros y sesenta centímetros, y en estos caso es habitual ver que los acompañantes sentados invadan el espacio de la cama contigua. Esta dimensión reducida también afecta el espacio destinado para la zona de circulación y actividad de los profesionales sanitarios. Cada cama debería contar con la suya individual, pero de esta manera se sacrifica una de ellas y se obliga a tratar ambos pacientes por un único corredor o zona de circulación. (Panero y Zelnik, 1984)

Como se mencionó en otra oportunidad, los pacientes con movilidad reducida deben ser considerados en los espacios. En este sentido se pide que las habitaciones cuenten con una superficie de un metro y medio por metro y medio frente a la puerta de acceso, para permitir que el usuario de la silla se sitúe frente a ella, pueda abrirla y atravesarla.

2.3 Normativa vigente en instituciones públicas

La normativa vigente para la edificación de instituciones sanitarias se encuentra en redacción actualmente. La sección 7.5 del Código de Edificación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires corresponde a Sanidad. El punto 7.5.1 corresponde a los hospitales y el 7.5.2 a los sanatorios. Todos ellos se encuentran con la leyenda: en redacción.

De acuerdo a la Sociedad Central de Arquitectos, las instituciones sanitarias se regulan actualmente por el Código de Habilitación emitido por la legislatura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. De este modo, no habiendo posibilidad de conocer la documentación referida a la edificación, se dará a conocer los requisitos específicos que

deberán cumplir los locales que brinden cuidados paliativos de acuerdo el punto 9.5 del Código de Habilitación. (CEDOM, AD.700.47)

Para la habilitación de espacios o locales destinados al cuidado de pacientes paliativos de ambos sexos, en principio se debe contar con un mínimo de cinco camas y un máximo de veinticinco. Las habitaciones de los pacientes deben estar numeradas correlativamente permitiendo que su centena coincida con el piso en el que se encuentren. Asimismo, debe indicarse en su interior la capacidad de ocupación respectiva. Mínimamente deben estar equipadas con una cama, guardarropa, mesa de luz y timbre de llamada individual. Se recomienda que la ropa de cama se cambie dos veces a la semana y se debe disponer de seis sábanas, cinco fundas, dos colchas, tres frazadas y toallas.

En el caso en que la institución cuente con personal de ambos sexos, debe contar con dos guardarropas independientes con su identificación correspondiente. Todas las salidas deben ser señalizadas a dos metros sobre el nivel del piso con un cartel indicador alimentado con energía eléctrica proveniente de un circuito alternativo al principal del edificio.

Si bien el código de habilitación enumera los requisitos mínimos de un espacio de cuidado, se debe prevalecer el objetivo primordial de la medicina paliativa buscando brindar al paciente lo necesario para hacerle más placentero y confortable sus últimos días de vida, los cuales terminará habitando en este espacio. Por estos motivos, es importante entender cómo las herramientas del diseño de interiores podrán beneficiar a los pacientes. Para ello, se evaluará a continuación cómo interactúan las personas con los ambientes desde la óptica psicológica.

Capítulo 3. Diseño de interiores sanitarios.

Entrar a un hospital trae consigo una fuerte sensación de estrés, incertidumbre y vulnerabilidad tanto como para los pacientes enfermos, sus familias como para el personal sanitario. Sin importar la relación que tenga la persona con este espacio, el simple hecho de estar en un edificio de esta naturaleza le significará un estado de ánimo sumamente frágil por encontrarse a la expectativa de lo que le vaya a suceder allí. Si bien el diseño de interiores no es el único factor que puede influenciar a las personas apaliando estos sentimientos, se debe aspirar a crear espacios que atenúen estos pesares estimulando la relajación de cuerpo, mente y espíritu. (Rivas Acevedo, 2015)

En el capítulo anterior se explicó cómo se ha abandonado la idea del hospital como una caja de zapatos blanca, una gran estructura arquitectónica rectangular donde suceden cosas. Robert Sommer en su obra *Espacio y Comportamiento Individual* lo explica de la siguiente manera:

La teoría de que la obra arquitectónica puede ser concebida como una especie de escultura hueca o como una forma intemporal, que no modifica con el transcurso del tiempo, y cuya existencia constituye un fin en sí misma, no cabe duda que ha de ser desechada. Puede que la obra arquitectónica sea bella, pero tiene que ser algo más: ha de encerrar un espacio en el que puedan tener lugar ciertas actividades de forma cómoda y eficaz. (1974, p. 20)

El interiorismo, la arquitectura, la ingeniería y la medicina son disciplinas que deben trabajar mancomunadamente para lograr la sinergia necesaria que garantice una mejor calidad de vida a las personas permitiéndoles vincularse con su entorno físico, mental, social y ambiental de forma integral.

En los hospitales, los pacientes deben ser atendidos en espacios que estén acondicionados para el proceso de sanación y que sean parte activa de este. El diseño integral de estos edificios tiene una doble función. En primer lugar, debe organizar los recorridos de circulación y los espacios de atención en busca de favorecer el servicio que allí se brinda. En segundo lugar, deben funcionar como instrumento promotor de salud para toda la población, incluyendo el personal sanitario que allí trabaja, los enfermos que asisten en busca de atención como también sus acompañantes. En este sentido se debe

tener igual consideración tanto la construcción como en el mantenimiento de estas obras. Si sucede que un hospital no cuenta con buena ventilación, o su iluminación natural es insuficiente, o tiene problemas de humedad, probablemente termine con deterioros estructurales que generen la aparición bacterias y agentes nocivos. Esta amenaza afecta tanto a los enfermos y a los profesionales médicos como comunidades vecinas de la institución. (AADAIH, 2015)

Las salas de atención deben contar con entradas de luz natural y con la posibilidad de tener una visual al exterior para no perder la conciencia del tiempo (día-noche). Las decisiones de diseño deben contemplar también el manejo del color, de los sonidos, presencia de vegetación y no abusar de luz artificial. Al momento de pensar en materiales de terminación o en los rodamientos de los carros se debe tener en cuenta el control de ruidos, condiciones de temperatura, calidad de aire y privacidad. Se debe destinar espacio físico a los acompañantes, ya sea para la espera como para la internación. Estas herramientas, entre otras, brindan beneficios como purificar el aire del ambiente, mejorar la actitud y el estado de ánimo de los pacientes como familiares y profesionales. También colaboran a reducir el nivel de estrés de ellos, mejorar el ritmo cardiaco de los pacientes y permitirles un mejor descanso nocturno. (CHD, 2015)

Atender a estas particularidades al momento de diseñar pone en evidencia la importancia que se le está otorgando al usuario del espacio. Este tipo de diseño garantiza al paciente una sensación de familiaridad con sus propias pautas culturales, a pesar de que se halle habitando en un ámbito distinto por encontrarse hospitalizado. El arquitecto Gustavo Marcelo Di Salvo, graduado como especialista en la Planificación del Recurso Físico en Salud en la Universidad de Buenos Aires y que ejerció como Director de Infraestructura, Equipamiento y Servicios Generales del Hospital Posadas (2007-2012) explica la necesidad de este cambio de impronta de la siguiente manera: “hoy tenemos que incorporarlos a nuestros criterios más que nunca, porque la tecnología y la ciencia siguen

avanzando en conceptos biológicos pero los referidos a la humanización del paciente deben comenzar con el proyecto.” (2015, p. 229)

3.1 Influencia del ambiente: percepción espacial.

Actualmente existen numerosas definiciones de Psicología Ambiental, que lejos de contradecirse, se complementan entre sí. Se trata del área de la psicología que estudia el comportamiento humano a través de su interacción con el espacio físico que lo rodea. Son variadas las ramas o los puntos de vistas desde los cuales se lleva a cabo esta especialización. Podría establecerse como punto de partida estudios referidos a la Psicología Cognoscitiva, que describen que sólo a través de las estructuras cognoscitivas que poseen los seres humanos es posible percibir los objetos que están en su entorno, ya que estas son las que van a permitir procesar y modificar la información que se recibe del mismo.

En esta teoría coinciden varios autores como Bartlett (1932) y Niesser (1971), ambos estudiosos de diversas ramas de la Psicología. Pero no únicamente en esta ciencia o disciplina es posible encontrar definiciones al respecto, ya que la percepción, y en consecuencia la influencia del ambiente sobre la persona, es una problemática que cotidianamente afecta a todos los seres humanos, y sobre la que muchos se han expresado. Así es que Edward Hall, en su libro *La Dimensión Oculta*, cita a Winston Churchill con la siguiente frase: “Nosotros configuramos nuestros edificios y después ellos nos configuran a nosotros”. (1966, p. 132)

Para el objeto del presente trabajo se adoptó la postura de Proshansky (1978) que explica que la psicología ambiental tiene su objeto en el análisis de relaciones entre la conducta humana y los entornos construidos donde ésta tiene lugar.

Los primeros estudios que dieron origen a la noción de Psicología Ambiental estuvieron dirigidos hacia el análisis de ambientes hospitalarios, algunos de ellos financiados inclusive por la Organización Mundial de la Salud. Estas observaciones resaltaron cómo

la influencia de un entorno cálido, tranquilizador y agradable afectaba positivamente en la recuperación de los pacientes. Para ello se analizaron características espaciales, tamaños, texturas, efecto de las luces artificiales y naturales, colores y sonidos. En dicho análisis se pudo observar, por ejemplo, la importancia en las dimensiones de los espacios. Si se tiene en cuenta que tanto el ser humano como los animales tienen un concepto de territorialidad, se puede inferir que cuando su espacio personal se ve amenazado, las personas se manifiestan con un estado de ansiedad y tensión. De allí la importancia de respetar estas dimensiones mínimas espaciales en el diseño de cualquier estructura y mucho más cuando se trata de aquellas vinculadas a la salud. (Canter, 1975)

Se tiende a entender al espacio como un medio definido por barreras físicas que son colocadas para limitar el movimiento y también, la emisión o recepción de estímulos auditivos y visuales. Según Ittelson y Rivlin (1978) habitualmente se entiende por ambiente físico, al ambiente hecho por el hombre, refiriéndose a aquella sección del ambiente que es planeada, construida y modificada por el hombre de acuerdo a un nivel determinado de tecnología de materiales y procesos.

Los espacios físicos a habitar despiertan complejas respuestas humanas que se expresan en actitudes, deseos, expectativas, valoraciones, apreciaciones y sentimientos. De esta forma, los ambientes no son conocidos solamente por sus características físicas, sino también, por las experiencias y conductas humanas que evocan. El desafío es establecer de antemano una planificación racional de este medio físico que sea efectiva para los propósitos determinados que le dio origen. Se debe tener en cuenta que solamente se puede observar de qué modo y cuáles han sido las influencias de este ambiente en la conducta humana, una vez que el mismo ha sido construido y está en funcionamiento.

El medio físico es un sistema abierto caracterizado simultáneamente por la estabilidad y el cambio, en el que el diseño de su espacio se relaciona dinámicamente con quienes habitan en él. Las pautas de conductas humanas habituales en un espacio físico

determinado pueden ser inducidas al cambiar componentes físicos, sociales o administrativos que lo definen. Así es que al modificar sus componentes (a través del manejo de la luz, la disposición de los muebles, etc.) se puede lograr una influencia positiva en la conducta de las personas, en pos de su bienestar. De esta manera, se entiende que entre el ambiente y la conducta humana se da una relación interdependiente. La persona lo modifica y su conducta, a su vez, se ve modificada por el ambiente en el que habita. (Proshansky, 1978)

Para utilizar el término de medio físico como se hizo hasta el momento, será necesario reconocer la existencia de otros tipos de medios. Analizando un medio total se puede reconocer en él un medio social, uno físico y otro psicológico. Todos ellos no existen de forma individual, sino que se entiende como tales a las diferentes formas de analizar una misma situación. Ya sea que se analice cualquiera de estas de forma aislada, seguirá prevaleciendo el conjunto como un todo. Cada tipo en particular se debe analizar como un conjunto abierto y dinámico, entendiéndose que se encuentra en continuo cambio. Considerando estas propiedades y el principio que se trata de un ambiente total e inclusivo, entonces, no se podrá olvidar que se trata de un sistema en el que participan todos los componentes y estos son definidos por sus interrelaciones duraderas y cambiantes.

Una de las funciones de la comunicación humana es resolver el problema de representar en el interior de un organismo, en forma de información, los acontecimientos que suceden en el exterior. Del mismo modo, se logra proyectar al exterior los acontecimientos que ocurren en el interior. Las herramientas disponibles para encontrar dicha solución son las siguientes: la percepción, es decir la recepción de las señales que entran; la evaluación, que implica también a la memoria y a la retención de experiencias pasadas, así como a la toma de decisiones; la trasmisión y la expresión de información.

La percepción de un ambiente tiene lugar sólo cuando el hombre es capaz de interpretar los elementos físicos y sociales que componen el espacio de estímulo. De esta forma, y a

lo largo del tiempo, se establecen en un grupo social diferentes actitudes, creencias y valores de acuerdo a las experiencias logradas. (Beck, 1964)

La percepción del medio ambiente está dada tanto por los estímulos inmersos en el mismo como por las propiedades de estos estímulos, y entre ellas tal vez la más importante es que la experiencia de los seres humanos en su medio ambiente es notable, temporal y consecutiva o secuencial, es decir que la persona y su conducta se ve afectada no sólo por su entorno primario o los objetos específicos de la actividad que esté realizando sino también por un entorno secundario que sería aquel que rodea en un segundo plano , aun cuando la percepción de este entorno no sea absolutamente consciente. Por lo tanto, cuando se trata de analizar la utilización de un espacio, es imprescindible tener en cuenta todas las combinaciones que existe en la interacción espacial; las personas relacionadas con los artefactos, las personas en relación con otras personas, los grupos en relación con los artefactos, y los grupos en relación a los otros grupos.

Los objetos inanimados emiten señales generando así un lenguaje. Se entiende por el lenguaje de los objetos, al intercambio no verbal e inconsciente de mensajes codificados en términos materiales. Los objetos se pueden entender como sistemas de comunicación en sí mismos ya que en sus partes se encuentran incorporadas señales. Estas señales son emitidas por las variables de material, forma y superficie. Todo material evoca imágenes táctiles y térmicas como rugosidad, dureza, suavidad, frío y calor. Materiales como la madera, el metal, los ladrillos, y las telas producen de forma anticipada una variedad de sensaciones que, a su vez, producen inmediatamente reacciones emocionales y físicas. Las superficies o texturas expuestas a la reflexión de la luz tanto natural como artificial expresan la disposición del objeto. Del mismo modo, se puede observar que sugieren sutilmente formas abstractas que pueden interpretarse como límites o continuidad de los espacios. (Ruesch, 1953)

La forma en que se ordenan los objetos también comunica diferentes situaciones. La ordenación de los objetos puede reforzar o disminuir el mensaje que emite uno de ellos de forma aislada. Si bien la producción en serie de objetos ha limitado la expresión del autor mediante su mano de obra, un objeto puede permanecer conectado al espíritu de su autor o a su dueño. La disposición del mismo emite información acerca de su propietario o de la persona encargada de realizar el arreglo. Al seleccionar objetos y decidir la ubicación y forma de presentarlos, se expresa de modo no verbal pensamientos, necesidades, y emociones. De esta manera, la gente introduce un orden hecho por el hombre al darle forma a su entorno.

Se puede entender al orden por la disposición de las partes para construir un todo. De esta forma, dentro del lenguaje de los objetos, se ve que el mensaje que emite el objeto individual se encuentra subordinado por una idea totalizadora comunicada en el orden o arreglo. Este lenguaje puede utilizarse para intervenir un espacio y determinar las situaciones sociales que tendrán lugar de acuerdo a las necesidades predecibles de las personas que concurren. (Blake, 1951)

La interacción de la persona y el medio ambiente se establece a lo largo del tiempo y del espacio, y está relacionada con objetivos sociales y personales. En el diseño de los espacios deben identificarse con anterioridad qué tipos de conducta quieren facilitarse o inhibirse a la hora de interactuar con y en el ambiente físico. La disposición de instalaciones, materiales y objetos responde intencionalmente a los fines específicos para los cuales se creó el espacio. Por ejemplo, los lugares de reunión pueden prepararse de modo que propicien y regulen el tráfico de las personas, su interacción y comunicación. De algún modo estos objetos distribuidos con anterioridad van a definir cuáles van a ser las pautas de conducta que se van a dar en este lugar y el modo en que los seres humanos van a interactuar entre sí. A pesar de tratarse de elementos inanimados, al generar expectativas, propiciar o prohibir situaciones, emiten una suerte de mensajes a través de sus objetos, formas y distribución, indicando qué se puede hacer o no.

3.2 Variables del espacio físico.

Los seres humanos se diferencian entre sí respondiendo a su constitución genética. Si bien esta individualidad también se hace presente en sus emociones y percepciones, hay conceptos que pueden estudiarse abarcando su generalidad. Uno de ellos es el enunciado anteriormente, y otros son los referidos a la importancia de la iluminación, la temperatura ambiental, sonido y colores. Todos ellos van a generar o no un nivel de confort que influye en forma directa en la persona y sus emociones, afectando de este modo su comportamiento. Proshansky explica: "Sólo cuando temperatura, sonido, luz, espacio, colores y otros aspectos estructurales y del diseño del medio físico se desvían de cierto nivel de adaptación, es cuándo el ambiente o alguno de sus aspectos invaden la conciencia." (1978, p. 65)

Las personas experimentan determinadas exigencias y necesidades respecto a tres aspectos fundamentales del medio ambiente: la temperatura, la iluminación y el sonido; por este motivo deben ser tratados como los pilares de cualquier diseño ambiental. Las necesidades no satisfechas causan tensión, inconformidad e insatisfacción. Por lo que, entre otras variables, estas tres deben ser analizadas de modo puntual y específico y deben ser objeto de permanente estudio.

Con respecto a la iluminación, si bien es primordial para ejercer cualquier actividad, y cuanto más en un ámbito vinculado a la salud; nunca debe ser un factor agresivo, por su reflejo o brillantez ni debe alterar los ritmos biológicos de las personas. Una persona en situación deficitaria de salud, es una persona con una sensibilidad mayor, lo que le genera una mayor apertura a las sensaciones, por lo que es importante destacar que cuando se habla del cuidado de la salud, este es un tema a tener en cuenta. Debe considerarse de modo que se utilice la luz (natural o artificial) como una conexión directa a la vida, pero que respete la necesidad de relax y descanso que colabore en la recuperación de un paciente. Por eso se debe poner énfasis en cuidar los detalles que

hacen a la intensidad, calidad y cantidad de la luz, ya que influye en forma directa en las personas en sí y en la percepción del espacio en el que se encuentran. (Boyce, 1975)

De acuerdo a este análisis, se han de tener en cuenta todos los usuarios que van a interactuar en ese espacio. Por ejemplo, es probable que, para los pacientes y su familia, la luz natural emanada por una abertura que los conecta con el exterior sea benéfica y muy deseada, ya que resulta un claro vínculo con la vida y les permite mantener contacto con el ciclo de día-noche. A su vez, hay que tener en cuenta la necesidad práctica y específica del personal sanitario en el momento de tener que realizar una práctica asistencial, que seguramente requerirá de una iluminación artificial, puntual y específica. También será necesario proteger a los pacientes de las molestias ocasionadas por el deslumbramiento o por la luz solar en épocas estivales. Por lo tanto, la luz como concepto de fuente de vida es fundamental en el diseño de un ambiente físico, y debe a su vez respetar las variables de los estados físicos, de las actividades que han de ejecutarse y de los momentos de alerta y de reposo.

Otro factor de gran importancia es la temperatura, las variaciones de la misma pueden provocar efectos sobre la salud de las personas, generándoles incluso estados de insomnio, ansiedad, depresión e irritabilidad. Se entiende que la temperatura de confort está situada en un promedio entre los 20° y los 26°. Siendo que el confort influye en la persona y sus emociones, es otro punto de gran importancia al momento de diseñar un espacio destinado a la salud. (Sommer, 1974)

Para los fines específicos del presente PG, es fundamental conocer algunas características de este tipo de pacientes terminal. Es probable que estas personas tengan un bajo metabolismo basal, lo que los hace más susceptibles a los cambios climáticos y requiera que el ambiente en el que son cuidados deba regularse a niveles superiores a los 23°C. Esta temperatura es la que se supone que es el índice de confort térmico de un sujeto con un estado de salud normal en ropas livianas en ambientes con inmovilidad del aire. Por otra parte, tal como en el punto anterior, es necesario también tener en cuenta

que la temperatura debe ser constante y agradable para todas las personas que están en ese ambiente; tanto los pacientes que se encuentran en reposo, sus familias que están en una situación pasiva, y el personal que debe poder realizar sus actividades de modo cómodo y sin sentir agobio.

Del mismo modo debe garantizarse una cierta calidad de aire para este tipo de espacios. Las áreas críticas de salud deben contar un acondicionamiento de aire bacteriológicamente limpio. Para esto se debe controlar las condiciones de humedad, limpieza, movimiento y temperatura del aire. La AADAIH estipula que para poder obtener un equilibrio higrométrico se debe mantener la temperatura ambiental entre los 25°C y 28°C, y una calibración de humedad entre 45% y 55%. También sostiene que, para garantizar la asepsia adecuada, el sistema de climatización deberá utilizar aire exterior y filtro HEPA renovándolos de acuerdo a una tasa de 25-30 veces por hora. (2012, p. 124)

De igual modo se analizará la importancia de las variables morfológicas explicando cómo las formas y tamaños pueden influenciar en el estado de ánimo del paciente. Estructuras con formas orgánicas despertarán la imaginación del paciente conectándolo con la vida y la naturaleza. En cuanto a los tamaños y dimensiones de los espacios se debe buscar el punto medio entre el extremo positivo de brindar contención y amenidad, y el extremo negativo de agobiar o despertar encierro en los pacientes.

Con respecto a los sonidos, se debe hacer una diferenciación que tenga en cuenta cuándo un sonido es agradable o pasa desapercibido, a cuándo se convierte en un ruido. Se puede establecer que se trata de un ruido cuando el sonido que llega resulta agresivo o altera de alguna manera a la persona que lo oye, ya sea por su aparición abrupta o por su volumen. (Proshansky, 1978)

De acuerdo a cada persona hay diferentes umbrales de tolerancia a los ruidos y por lo tanto diferentes niveles de adaptabilidad. Particularmente, para aquellos sujetos en situación de gravedad extrema como los pacientes terminales, cualquier modificación abrupta del sonido es vivenciado como una agresión. Por este motivo, es importante

preservar la insonorización de los espacios, de modo que no permita que los sonidos de una sala, habitación o consultorio sean percibidos desde otra sala, habitación o consultorio. Cuidar la sonorización de las áreas dedicadas a la salud y el descanso es necesario para evitar que se contaminen un ambiente destinado a la relajación y la recuperación. (Walters, 1975)

Esta sonorización deberá ser tomada en cuenta al momento de seleccionar revestimientos de pisos, techos y paredes como así también en la disposición del equipamiento técnico de medicina. Se puede lograr atenuación acústica mediante cerramientos y divisiones, como así también la utilización de pisos de caucho ya que reducen el ruido de las pisadas o las ruedas de las camas y equipamiento. (AADAIH, 2012)

El color es energía vibratoria. La energía, como base de toda materia, vibra en determinadas frecuencias y en determinadas longitudes de onda que pueden calcularse en forma científica. Todos los ambientes contienen un conjunto de colores que implican múltiples vibraciones de energía. Cada color representa una energía que vibra de forma específica, y cada color posee una cualidad que lo va a distinguir de otro y por lo tanto representa diferentes energías que funcionan de forma propia.

La cromoterapia no es un invento del mundo moderno ni de las llamadas terapias alternativas. Desde la antigüedad, en civilizaciones como la de Egipto, Grecia, China e India, se han utilizado los colores como métodos de tratamiento de diferentes dolencias. Más allá de la utilización del color como herramienta terapéutica, es posible observar cómo se ve afectado el estado de ánimo y las conductas de las personas al percibir diferentes colores que emanan diferentes energías.

Al respecto de este tema Kandinsky (1996) en su libro *De lo espiritual en el arte* compara los tonos de la música con los tonos de los colores. Explica que ambos despiertan en las personas vibraciones anímicas muy sutiles siendo estas difíciles de describir de forma exacta con palabras. Las definiciones que el autor realiza en su libro, y que se adoptará

para los fines del presente trabajo, son tan sólo aproximaciones a los sentimientos que los colores despiertan en las personas, entendiendo por tales sentimientos como la materialización de los estados del alma.

De forma empírica se puede mostrar cómo la simple observación de diferentes colores produce en un sujeto dos tipos de reacciones, una física y otra psicológica. El efecto físico que un color tiene sobre el ojo cuando éste queda fascinado o excitado se compara al que produce los alimentos picantes o ácidos sobre el paladar. El ojo puede enfriarse o sosearse como los dedos cuando tocan el hielo. Estas sensaciones físicas son superficiales y de corta duración. Del mismo modo que la sensación de frío desaparece y se olvida al quitar el dedo del hielo, todo efecto físico que puede producir un color se olvida al apartarse el ojo. La contemplación de un amarillo estridente se compara con el oír del tono más alto de una trompeta. Cuando el ojo se inquieta de esta manera no podrá fijar la mirada y automáticamente buscará calma en un color azul o verde. Ante la presencia de una fogata, el ojo se ve atraído por un rojo que lo excita. Sensaciones como estas desaparecen cuando el estímulo finaliza.

Por el contrario, cuando la experiencia es prolongada puede inducir sensaciones más profundas. De este modo la observación superficial de un color puede transformarse en una vivencia psicológica. Estas experiencias no se hacen presentes en las personas en su vida cotidiana. La observación de objetos y espacios habituales para uno sólo generan efectos superficiales. Distinto sucede cuando se percibe por primera vez un objeto o espacio, la persona se ve estimulada psicológicamente antes de que su mente elabore la concepción del mismo.

Esta vivencia será incitada cuanto más desarrollada sea la sensibilidad de la persona, como es el caso de los enfermos terminales. Como se ha explicado, los colores afectan a las personas de forma elemental pero cuando su sensibilidad se desarrolla son objeto de una conmoción emocional. De esta forma el color manifiesta su fuerza psicológica

provocando una vibración anímica en las personas. Sobre esta vibración anímica

Kandinsky expresa:

En general el color es un medio para ejercer una influencia directa sobre el alma. El color es la tecla. El ojo es el mazo. El alma es el piano con muchas cuerdas. El artista es la mano que, por esta o aquella tecla, hace vibrar adecuadamente el alma humana. (1996, p. 54)

En este sentido se hace evidente la responsabilidad que recae en el diseñador de interiores al momento de elegir qué colores utilizará en su intervención en un espacio de salud.

Para el análisis de cómo los colores afectan a las personas de forma aislada se deben diferenciar dos categorías: calor y frío del color, y claridad y oscuridad del color. La primera categoría consiste en la diferencia entre el blanco y negro, entendiendo por esta a la tendencia de un color a la claridad o a la oscuridad respectivamente. En cambio, la temperatura de un color se determina por su tendencia hacia el amarillo o el azul. En la contemplación de estos dos colores se puede percibir un movimiento horizontal con respecto al espectador. Cuando un color es caliente tiende al amarillo y se percibe un movimiento horizontal directo al observador. Por el contrario, cuando un color tiende al azul es frío y se manifiesta en dirección opuesta a este. (Kandinsky, 1996)

Otro movimiento que se percibe es excéntrico, en el caso del amarillo, y concéntrico en el caso del azul. Al comparar un círculo azul con otro del mismo tamaño pero amarillo, se puede notar cómo el primero se aleja del espectador hacia su interior de forma concéntrica. Por el contrario, el círculo amarillo irradia fuerza logrando movimiento desde su centro hacia el espectador. El primer círculo absorbe el ojo del espectador hacia su profundidad, en cambio el segundo incide sobre el ojo.

Los efectos recién descritos se intensifican cuando concurren las dos categorías. El efecto del azul y su profundidad se potencian cuando se oscurece al añadirle negro. Del mismo modo, el amarillo aumenta su movimiento cuando se aclara mezclándolo con blanco. En cambio, cuando un color cálido como el amarillo se lo enfría mezclándolo con el azul pierde movimiento tanto horizontal como excéntrico. De esta mezcla se obtiene un

color verdoso con carácter abstraído donde su energía se ve frenada por circunstancias externas. La mezcla equitativa de movimientos opuestos produce que se anulen mutuamente provocando parálisis, inmovilidad, silencio y quietud. Esta mezcla es el color verde. Un color que en su composición se encuentran dos fuerzas que pueden recuperar su acción.

Al mezclar el blanco con el negro se pierde su consistencia y dan como resultado el color gris. Esta mezcla se encuentra lejos de poder compararse con la vitalidad presente en la quietud del verde ya que carece de fuerza activa y movilidad.

Estos movimientos pueden ser interpretados por los sentidos de las personas de las siguientes maneras. En el caso del movimiento horizontal del amarillo, se puede interpretar como agresividad hacia el espectador. El movimiento excéntrico salta toda barrera y excede sus límites derramando su fuerza hacia todos lados. De este modo, al contemplar directamente este color, la persona se excita, se inquieta y percibe cierta violencia que embiste insistentemente sobre su sensibilidad. Esta característica puede acentuarse de tal manera que su estridencia se torne insoportable para el ojo y el alma de la persona. (Kandinsky, 1996)

En cambio, en ambos movimientos del color azul, tanto alejándose del espectador como concentrándose en sí mismo, se hace evidente su capacidad profundizadora y también su conexión directa sobre el alma. Cuanta más profundidad se halle presente en el color azul, mayor será su capacidad de absorber al hombre y sus pensamientos. Por un lado, el azul es el color del cielo y hará referencia a la concepción que cada persona tenga del mismo. Pero por otro, al mezclarse con el negro adquiere un matiz que transmite una tristeza inhumana que se hunde en una gravedad sin fin. Cualidad que pierde al mezclarse con el blanco y pasar a la claridad, volviéndose indiferente como un cielo alto que se encuentra a la distancia. Cuanto más aumente su claridad, más insonoro se convertirá al punto de transformarse en el silencio del blanco y la quietud misma.

Al mezclar estos dos colores opuestos se da un equilibrio generando el color verde. Este equilibrio se alcanza al anularse entre sí los movimientos horizontales opuestos y del mismo modo sucede con los movimientos excéntrico y concéntrico. En consecuencia, el equilibrio de estas fuerzas produce calma que afecta directamente a los ojos del observador y a través de ellos alcanza su alma. Esta calma categoriza al verde absoluto como el color más tranquilo. Un color que no posee matiz de tristeza ni pasión; no llama a nadie ni se mueve. Esta ausencia de movimiento es una cualidad constante en el color verde que beneficia a los hombres cuando sus almas se encuentran cansadas, pero a su vez luego de un tiempo de continua exposición podría provocar aburrimiento. El verde absoluto es caracterizado por esta pasividad que puede interpretarse como una calma satisfecha o saturación. En este sentido, se debe tener especial consideración al evaluar su utilización en las salas de internación de pacientes terminales, ya que su estadía suele ser prolongada y difícil de definir cuándo acaba. Se entiende que no sería beneficioso para estos pacientes quedar expuestos por tiempos prolongados a este color ya que este aburrimiento sólo enfatizaría su condición pasiva y de imposibilitados a dejar sus camas o habitación. Por el contrario, es recomendable su utilización para las salas de atención ambulatoria de cuidados paliativos ya que la calma que transmite es la necesaria para contener a estos pacientes desesperanzados y muchas veces agobiados por el peso de su enfermedad tal como relata el Dr. Facundo Verón cuando explica cómo un paciente de paliativo de diferencia del resto:

Es un paciente que hay que agarrarle la mano porque necesitan tiempo para ser escuchados y que por ahí no les duelen nada, pero les duele el alma. Y cuando hay dolor de alma el personal de salud se tiene que manejar de otra forma, con más tranquilidad, todos necesitan el mismo respeto, pero estos son como una cajita de cristal. ... Hay que separar, y saber diferenciar lo que es dolor y lo que es sufrimiento, el sufrimiento es del alma, estoy sufriendo, no me duele nada, pero estoy sufriendo; es quizás lo más parecido a la tristeza, te duele el alma. (ver Cuerpo C p. 24)

Este color verde sólo adquiere una condición activa cuando en su mezcla predomina el amarillo o el azul. Pero en estos dos casos su fuerza activa es completamente opuesta. En el primer caso cobrará vida y alegría, en cambio en el segundo caso adquirirá una

postura retraída y pensativa. Cuando el verde varía sus tonos hacia la claridad o la oscuridad mantiene su perfil indiferente y calmo, pero con diferente énfasis. Cuanto más claro sea el verde más indiferente se comportará y cuanto más oscuro sea, más calma transmitirá.

El blanco es conocido como un no-color o, mejor dicho, como un valor acromático. Kandinsky (1996) lo describe como un mundo desprovisto de colores y sustancias materiales que se encuentra tan por encima de las personas que no permite ser alcanzado por los sonidos. El blanco transmite al alma un silencio absoluto que lejos de estar muerto se encuentra lleno de posibilidades. Se trata de un silencio que se puede comprender; un silencio que se ubica anterior al comienzo y nacimiento de todas las cosas.

En contraposición se encuentra el color negro representando la ausencia de posibilidades y un silencio eterno. Un silencio consecuencia de la muerte como cuando algo se apaga o desaparece. En Argentina, como en otros países, es el color elegido como símbolo de respeto en los momentos de luto. Por esta relación estrecha con la muerte es evidente que su utilización no es ni siquiera evaluada para los espacios de salud y necesitados de esperanza. (Babsky, 2012)

En este sentido se entiende por qué el blanco se lo vincula casi directamente con la alegría y la pureza inmaculada y, en cambio, al negro con una inconsolable tristeza y la muerte misma. La mezcla de estos dos colores tiene un punto de equilibrio que da como resultado el color gris. Este color hereda la ausencia de sonido y movilidad. Esta inactividad es el resultado de la suma de dos componentes inmóviles. Difiere del verde porque éste adquiere su calma por el choque de dos fuerzas encontradas. Cuando el gris se mezcla con el negro logrando un tono más oscuro, predominará en él la desesperanza y transmitirá asfixia. Con los tonos más claros, el color vuelve a respirar y se hace presente un sentimiento de esperanza secreta.

El color rojo viene a darle vida a todo lo recién descrito. Es un color cálido vital e inquieto pero que, a diferencia del desbordante amarillo, centra su ardor en sí mismo. Es ilimitado en su potencia y tenacidad. Transmite constantemente energía, decisión y una pasión incandescente. Es una fuerza difícil de apagar pero que no tolera al frío, por lo cual el azul puede hacerlo perder su sentido. Del mismo modo, al oscurecerlo su fuego se reduce al mínimo dando como resultado el color marrón. Color que esconde en el fondo el sonido de las cenizas de un rojo.

Al mezclar el rojo cálido con un amarillo estridente da como resultado el color naranja. Con esta combinación el movimiento concéntrico propio del rojo se dirige a su entorno irradiándolo. Transmite al alma convicción de sus propias fuerzas y despierta una sensación de salud. Las propiedades de este color son conocidas por quienes practican cuidados paliativos, por ejemplo, el consultorio del Dr. Verón es blanco con excepción de una pared pintada por completo de naranja donde apoya la camilla. Como el naranja se acerca al espectador por los atributos que recibe del amarillo, el color violeta se aleja. El violeta es resultado del enfriamiento del rojo al añadirle azul. Es un color apagado y débil, transmite tristeza y un equilibrio inestable.

Otro aspecto a analizar sobre los colores es su relación con las formas en los que se los representan. Existe una relación inevitable entre ellos por la cual pueden potenciarse o mitigarse. Las formas, sean abstractas o no, tienden a una forma geométrica original de la cual heredan sus propiedades e identidad. Los colores agudos como el amarillo son realzados por las formas agudas como un triángulo. En cambio, las formas redondeadas tienden a acentuar la profundidad que expresan los colores fríos.

Una manera de definir externamente a las formas puede ser como la delimitación entre una superficie y otra. Se entiende que si se habla de lo externo es porque existe un elemento interno. La forma es tan sólo la expresión de su contenido interno. Al respecto Kandinsky dice:

Cuando una forma resulta indiferente y no “dice nada”, no hay que tomarlo al pie de la letra. No existe ninguna forma ni nada en este mundo que “no diga nada”. Sus

palabras no llegan a menudo a nuestra alma, sobre todo cuando lo dicho es en sí indiferente, o con mayor exactitud, cuando surge en un lugar inadecuado. (1996, p. 58)

El término objeto es la unión del color con su forma y es una fuente emisora de energía, ya sea que haya sido creado por la naturaleza o no. Esta energía afecta inevitablemente a su entorno. El ser humano, como parte de ese entorno, está constantemente expuesto a estas irradiaciones las cuales pueden afectar su subconsciente o ser procesadas en su conciencia. De este modo, los objetos alcanzan a vibrar el alma del hombre. En todo espacio se utiliza los objetos y su disposición como símbolos de un mensaje que se busca comunicar. Es así que el hombre le fue asignando un valor casi jeroglífico a estos símbolos.

En conclusión, es necesario identificar cuáles colores transmitirán apropiadamente el mensaje que se desea transmitir en un espacio de salud. Considerando que algunos colores, entre ellos los rojos, amarillos y naranjas, son estimulantes y generan una respuesta más activa del sistema nervioso de las personas. Mientras que los colores verdes, azules y violetas emiten energías más tranquilizadoras y sedantes. En este sentido, utilizando diferentes colores de modo terapéutico, en el diseño del interior de un ambiente, se pueden coadyuvar en el tratamiento y el cuidado de la salud física y psíquica de los pacientes y sus familiares.

3.3 Comodidad y contención como necesidad.

Esta necesidad no sólo está ligada a la preservación de la salud, sino también a la intimidad necesaria que debe tener un paciente y su grupo familiar en momentos en los que deben ser salvaguardada la dignidad de la persona enferma, su sufrimiento psíquico y la contención de sus seres cercanos.

El diseño de interiores de las salas de atención de cuidados paliativos debe servir como factor de estímulo sanador al proveer los niveles de confort adecuados para que la práctica médica humanizada sea posible. Debe brindar una atmosfera confortable que proporcione los niveles de privacidad necesarios para promover la interacción entre el

paciente, sus familiares y los médicos, y facilitar así el proceso de paliación. El objetivo del interiorismo en esta área debe ser crear un espacio sanador capaz de soportar la carga emocional, reducir el estrés y, también, permitir el desarrollo de las actividades que se requieren en este tipo de cuidados con comodidad y precisión. (Bello y Mora, 2012)

El paciente como protagonista de su propio tratamiento influye en la calidad de vida y cantidad de tiempo que ésta dure. Los profesionales sanitarios deberán estar preparados para asumir que a partir de cierto punto los objetivos de curación deben ser reemplazados por los objetivos de confort. Sin importar la buena intención que haya en un accionar dirigido a prolongar la vida, puede no ser el deseado por el paciente y se encontrará en su derecho de rechazarlo ya sea por encontrarlo desmedidamente molesto o doloroso.

Dado que estos establecimientos están destinados a la asistencia y el cuidado de las personas cuando la enfermedad no responde a tratamientos curativos, es fundamental que el diseño de la misma abarque aspectos ligados a lo psíquico-social, físico, espiritual, económico y familiar. Estas son variables que pueden afectar el sufrimiento del enfermo agravándolo o incluso provocándolo sin importar qué es lo que esté sucediendo con el cuerpo. Todo problema que sufra el paciente, suceda en una esfera u otra, impacta en las demás en mayor o menor medida. Si el tratamiento del dolor sólo se concentra en un aspecto dejando de lado el resto, probablemente el enfermo experimente un alivio efímero y falso.

Gómez Sancho explica la importancia del espacio físico como ambiente de la siguiente manera:

Una atmosfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promociónen la comodidad del enfermo. (1997, p. 82)

La calidad de vida y confort de los pacientes terminales en el fin de sus días puede mejorarse considerablemente si se trabaja interdisciplinariamente entre el interiorismo y los

cuidados paliativos. La convergencia de ambos conocimientos puede aportar la flexibilidad necesaria para los objetivos cambiantes de este tipo de pacientes.

Se debe recurrir a todos los recursos necesarios para lograr un vínculo franco y honesto entre el paciente, su familia y el equipo terapéutico. Será necesario que exista apoyo emocional y comunicación fluida para estar atento a las necesidades no reconocidas. Difícilmente se podrá atender un problema del cual no se conoce su existencia. Anteriormente se ha hablado de la presión que la bata blanca del médico ejerce sobre los pacientes o de cómo estos se sienten lejos del profesional por ser el poseedor del conocimiento. Por esto motivos, o por considerar que no tiene importancia o simplemente por pudor, los pacientes no cuentan espontáneamente sus inquietudes muchas veces. Este ocultamiento innecesario puede provocar que el paciente no reciba el tratamiento adecuado al síntoma real. Como relata el Dr. Facundo Verón en la entrevista detallada en el Cuerpo C (ver p. 26), puede suceder que un paciente muestre preocupación, enojo y agresividad, pero no por la gravedad de su enfermedad sino por el simple hecho de que se encuentra constipada hacía varios días por la falta de intimidad al compartir la habitación con otros pacientes y sus familiares. Un caso similar es el de una mujer que pide una cita para su padre con un cáncer avanzado porque llevaba varios días sin dormir por cierta falla respiratoria. El Dr. Verón relata que en la cita con el paciente mantienen una larga y profunda conversación acerca de su estado. En la misma el hombre le confiesa su temor a perder la vida, y es en ese momento donde el doctor comprende que la falta de sueño no era provocada por una falla en el sistema respiratorio, sino que era consecuencia de sus propios miedos.

Por el simple hecho de hospitalizarse, el enfermo sufre una ruptura con su entorno social habitual. Se entiende que el paciente terminal prefiera una habitación para él solo en vez de compartirla con tres enfermos donde su intimidad será invadida contantemente. Esto sucede tanto por el personal sanitario como por las visitas de los otros enfermos. Todos ellos entran y salen de la habitación diariamente y es habitual que no pidan permiso o

siquiera saluden tratando al enfermo como parte del mobiliario. De esta forma se ve que su vida se ha vuelto pública y permanentemente accesible sin que se le haya consultado su opinión al respecto.

En el capítulo anterior se ha referido al hecho de que los hospitales no se han construidos para el bienestar de los pacientes. Gómez Sancho explica que estas antiguas instituciones son demasiado conservadoras como para permitir pintar las paredes de colores alegres, adaptar los horarios y tipos de comida a los requerimientos de los pacientes, permitir el acompañamiento constante de los familiares o acceder a que se coloquen plantas y cuadros en las paredes. (1997, p. 58) De igual manera que es indiscutible que en las unidades de cuidados intensivos exista una zona quirúrgica, haya un gran despliegue tecnológico y se utilicen normas y vestuario específico, debería ocurrir en las unidades de medicina paliativa donde su decoración y dinámica debe ser funcional a mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales. Las modificaciones antes mencionadas serían posible si se entendiera la poca relevancia que tiene el peligro de infecciones hospitalarias en un área de medicina paliativa donde los pacientes ya no podrán curarse y sólo buscan terminar lo mejor posible sus últimos días.

Lo primero que debe afrontar una persona cuando es hospitalizada es el impacto de su propio marco físico. Como se acaba de explicar, la arquitectura y decoración del lugar no suelen ser muy alentadoras. Sin importar cuán extensa sea su hospitalización, el paciente no puede introducir modificaciones y debe aceptar el entorno tal cual se presenta. Tan sólo se permite tácitamente colocar alguna pequeña fotografía o estampita religiosa cerca de la cabecera de la cama. (Rodríguez Marín y Zurriaga Llorens, 1997)

En el funcionamiento de un hospital tradicional clínico y curativo se exige la renuncia de todos aquellos signos de identidad por considerarlos insignificantes para el tratamiento. Mediante este proceso de despersonalización se masifica a los pacientes en detrimento de su dignidad y libertad como hombres. Por el contrario, un hospital salubrista y palitivista comprende que ha sido creado para el hombre y en consecuencia debe

respetar su identidad. Este respeto es el necesario como contrapartida a la confianza que deposita el enfermo en el equipo médico desde el momento en que les encomienda el cuidado de su cuerpo.

Otra forma de despersonalización que ocurre en los hospitales está dada por la dinámica que allí tiene lugar. Los hospitales clínicos curativos son talleres de salud con la atención médica como objetivo, donde las disposiciones tomadas responden a normas científico-técnicas, pero también a una racionalidad orgánica y económica. Sólo en este sentido se comprende que la dinámica del hospital responda a los intereses de su personal en detrimento de los del enfermo como persona. Un ejemplo de esta situación puede ser el hecho de que, a los enfermos, quienes no siempre pasan una buena noche, se los despierte a las seis de la mañana para tomarles la temperatura. Tarea que no puede realizarse más tarde porque debe estar cumplida antes de que termine el turno de las enfermeras y esto sucede a las ocho de la mañana. Otro ejemplo de esta dinámica puede ser el temprano horario de los almuerzos y cenas o el tipo de comida que se sirve. El hecho de que los horarios de las comidas en el hospital difieran en dos o tres horas respecto a las costumbres de los enfermos obedece a que al personal de cocina le dé tiempo para retirar las bandejas antes de terminar su turno. Lo mismo ocurre con el menú fijo que se ofrece, este se debe a la conveniencia del personal en la economicidad de preparar quinientos platos iguales sin importar en qué etapa del tratamiento se encuentre cada paciente y, por ende, las energías que dispone para digerir esos alimentos. Sin mencionar que tanto lo sucedido con el horario como con el tipo de comida no colabora con la falta de apetito, síntoma normal y habitual de los enfermos terminales. (Gómez Sancho, 1997)

A la pérdida de identidad recién mencionada, se le suma una devaluación psicosocial. Los pacientes entran en una relación de dependencia con el personal del hospital. El personal toma el control tanto de los medios, recursos y movilidad del paciente como así también, de la información de su estado de salud, exámenes necesarios y resultados de

análisis. En esta situación de máxima dependencia, el enfermo siente su devaluación transformándose en un incapaz o menor de edad que se encuentra allí para que se le hagan cosas y no poder hacerlas. En este escenario se delimitan dos jerarquías donde unos cumplen las ordenes y decisiones de los otros. Esta dependencia y obediencia pone a los pacientes en una actitud pasiva global, inclusive con su enfermedad, dejando todo en manos de los médicos.

Otro perjuicio provocado por la hospitalización es el desarraigo de su medio habitual que sufre el enfermo al alejarse de su casa, familia y amigos. Este desarraigo puede entenderse como inoportuno si se considera que de forma simultanea el paciente estará expuesto a tratamientos que necesitan un elevado estado de ánimo ya que provocan desvalimiento, temor y dolor.

El conjunto de todos los perjuicios recién explicados influye desfavorablemente en la salud del paciente y en el alcance de los cuidados paliativos que recibe.

Volviendo a la definición citada en el primer capítulo del subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer (1997) sobre este tipo de cuidados, se puede notar la importancia que se le debe dar a los familiares de los pacientes. En esta definición se manifiesta la necesidad de incluir a las familias dentro de los objetivos del tratamiento. Los cuidados paliativos trabajan en binomio y esto quiere decir que tienen como objetivo terapéutico al enfermo junto con su familia como una unidad. Son estos el núcleo fundamental de apoyo y contención del paciente. Los familiares cumplen un rol indispensable en el tratamiento siendo el principal cuidador del enfermo. Su presencia les facilita mantener su continuidad biográfica y les permite mantenerse en contacto con lo que sucede en el exterior del hospital. La familia representa el apoyo necesario y motivo principal por el cual el paciente quiera luchar contra la enfermedad y todas sus manifestaciones. Serán ellos quienes velan por el paciente y lo defiendan en caso de mal trato, deshumanización o prácticas inadecuadas por parte del personal sanitario. En el momento que se evalúa cuál es la terapia adecuada, será útil todo aporte que la familia

pueda hacer sobre la vida cotidiana y la personalidad del paciente. Lo mismo sucede con la atención directa al paciente ya que sus familias pueden colaborar con su higiene y ejercicios terapéuticos. Por último, pero no menos importante, si el personal sanitario no lo impide las familias pueden acompañar continuamente a su enfermo y brindarle la contención necesaria durante todo el periodo de la enfermedad. (Gómez Sancho, 1997)

Al respecto, la AADAIH plantea que los espacios deben ser lo suficientemente amplios para posibilitar la presencia de un familiar al lado del paciente y, a su vez, brindar cierta privacidad con los otros pacientes. La asociación hace hincapié en que los ambientes deben ser respetuosos con la relación con los familiares encontrándola como soporte fundamental para sobrellevar la enfermedad. En estos casos, por la carga emocional y desgaste físico y mental que padecen los familiares a raíz de la interminable espera, se le debe brindar espacios específicos de recogimiento y descanso. (Di Salvo, 2012)

Sin embargo, en la actualidad existen obstáculos para que la familia cumpla este rol. Para empezar, las instituciones sanitarias tienen normas que restringen los horarios de visitas imposibilitando así que los familiares se queden con su enfermo todo el tiempo necesario. También puede suceder que los profesionales soliciten a los familiares que se retiren por el simple hecho de no sentirse observados o juzgados cuando atienden al paciente. Cuando el personal de enfermería no está capacitado específicamente en cuidados paliativos, no concibe la presencia permanente de los familiares considerándolos como un estorbo o como enemigos. Por otro lado, por razones ya explicadas, los directivos sanitarios no han decidido contemplar a la familia dentro de los planes de asistencia ni en la planificación y disposición del espacio físico dentro de la institución. Es por esto que difícilmente se pueda ver, si quiera, una silla al lado de las camas de los internados; mucho menos un sofá-cama para que puedan pasar la noche junto a su enfermo durante la estadía.

Capítulo 4. Estudio de Casos.

La convivencia actual de dos modelos en la práctica de la medicina trae como consecuencia la coexistencia de dos estilos muy distintos de espacios para la salud. De acuerdo a estos dos paradigmas existen espacios de cuidado y espacios de curación. A continuación, se analizarán un ejemplo de cada uno y también el caso del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, su estado actual y su relación con los modelos recién mencionados.

4.1 Caso 1: Espacio de Cuidado.

El hospital general Monklands se encuentra en North Lanarkshire, Escocia. Forma parte del servicio nacional de salud (NHS) de Reino Unido, cuenta con quinientas treinta y cinco camas de internación y atención de urgencias las 24horas. Los servicios que brinda incluyen medicina general, ortopedia, urología, dermatología, hematología, otorrinolaringología, atienden enfermedades transmisibles y se destaca en la unidad de urología reconocida nacionalmente. En el año 2014 se inauguró la unidad de radioterapia llamada Lanarkshire Beatson; el edificio cuenta con las facilidades para atender por día a ochenta pacientes que requieran la terapia tanto como para el pulmón, mama, próstata o colon. (NHS, 2016)

A fines de ese año, en el mismo predio, se abrió uno de los diecisiete centros de Maggie's en el mundo. Este centro de está dedicado al apoyo y cuidado de los pacientes enfermos de cáncer, sus familiares y amigos en todas las etapas posibles. Allí trabajan profesionales de salud y voluntarios que dentro de los servicios que brindan se encuentran: orientación inicial al cáncer, cuidados paliativos, consultas nutricionales, reuniones interfamiliares, terapia psicológica , consultas de imagen por la pérdida de cabello, asesoramiento para la vuelta a la rutina post-tratamiento, terapias de relajación, masajes y meditación para controlar la ansiedad, estrés y manejo del dolor, yoga, talleres de escritura y otras actividades recreativas. (Maggie's Center, 2016)

Se trata de un edificio que arquitectónicamente busca integrarse con el exterior. Su estructura general se adaptó a los árboles de tilo pre-existentes que delimitan su espacio respecto al resto del hospital. El edificio es un largo pabellón de poca altura que se encuentra situado en un jardín acordonado por una muralla baja de ladrillo con una trama calada. Los visitantes ingresan por un patio y se encuentran con un espacio tranquilo y simple. Los recibe un parque con dos tilos y un pequeño arroyo como manantial. El sonido del correr del agua los invade de una sensación de dignidad y calma.

Está diseñado para conectarse con su entorno, ofreciendo una progresión del paisaje, la textura y la luz desde el camino de entrada, a través de una secuencia de espacios interiores y patios. El objetivo de la propuesta de diseño era crear un bajo edificio poroso, no sólo por su envolvente (ver figura 12, Cuerpo C p. 53), sino al ser perforado verticalmente por un conjunto de patios que funcionan como una extensión del paisaje brindando visibilidad y perspectivas a estos lugares de privacidad e introspección. Estos jardines ofrecen un espacio de relajación con una visión directa al cielo y se encuentran repartidos para funcionar como fuentes de luz natural y aire para todo el edificio.

Los grandes ventanales presentes en todo el edificio y los materiales refractivos de estos patios tienen su razón de ser en la búsqueda de traer el espacio exterior hacia el interior. Debido a que la altura del edificio no favorece el ingreso de luz natural, se utilizan captadores de luz en cada uno de estos patios internos. Estos consisten en estructuras metálicas perforadas en la zona superior. Funcionan como paredes de metal pulido que generan reflexiones dinámicas de luz natural, cuando esta ingresa, rebota en una cara y sale por una de las perforaciones. El material del exterior de la estructura es mate para permitir que la luz se disperse a través de ella generando un resplandor. En estas paredes metálicas no se refleja solamente la luz, también provoca un efecto visual extendiendo el paisaje que refleja haciéndolo ingresar en los patios. Otro beneficio de la utilización de estas estructuras es que se cuenta con luz natural adicional que permite reducir el consumo de iluminación artificial mejorando la eficiencia energética del edificio.

La atmosfera hogareña está lograda mediante la iluminación artificial adaptable a cada actividad como también por los muebles domésticos y la luz natural cálida que baña las superficies de madera lavada que predomina en el solado, techo y mobiliario. Maggie's invita a los pacientes y sus familiares a una relación frontal entre pares. En estos centros se fomenta una conversación abierta alrededor de la mesa de la cocina o sentados en el sofá, donde los intervinientes son pares entre sí. Tanto los profesionales, voluntarios como pacientes y familiares se encuentran en el mismo plano. Esta situación crea la posibilidad de una relación de confianza entre las partes.

El centro es un gran espacio polivalente sin muchas subdivisiones. Una estructura repetitiva simple crea una escala íntima permitiendo que los espacios y los cuartos se abran a la secuencia central de cuartos públicos o cierren para crear momentos privados. Tiene un área de servicios, una cocina, una mesa comedor para diez personas y doce pequeñas salas de estar, algunas abiertas otras cerradas, repartidas alrededor de los cuatro patios internos. Los livings son espacios flexibles que se adaptan a la actividad que se desee realizar (ver figura 15, Cuerpo C, p. 55) e invitan a la conversación de forma relajada, sin barreras, fomentando así la complicidad, confianza e intimidad. Saliendo del edificio se encuentra un generoso jardín de césped y variedad de plantas floreales que conducen entre los tilos hacia una gran piscina como un último espacio íntimo de reflexión y meditación.

Esta dinámica y las características del espacio recién explicadas afirman que este centro adhiere al modelo salubrista y de cuidado ofreciendo el espacio propicio para brindar cuidados paliativos y darles la contención que los pacientes en etapa terminal necesitan. Estudios de arquitectura como Snøhetta, Kisho Kurokawa, Wilkinson Eyre, RSH+P, Page/Park, Frank Gehry, Richard Murphy, Foster + Partners, OMA, entre otros, fueron convocados para sumarse a la impronta que plantea Maggie's con el diseño de un centro. En el año 2006 la arquitecta Zaha Hadid fue citada para llevar a cabo el diseño de un nuevo centro, y al respecto de estos espacios y la filosofía que plantean explicó:

Una vez que pones un pie dentro del edificio, entras a un mundo completamente diferente. Es como un espacio doméstico, es relajante. Los hospitales deberían tener espacio de intimidad, espacio donde los pacientes tengan un tiempo para ellos mismo, para retirarse... Se trata de cómo el espacio puede hacerte sentir bien. (Maggie's, 2015)

La arquitecta sintetiza cómo es posible que un diseño de interiores consiente compatibilice con los espacios de cuidado en la búsqueda del bienestar y contención de los pacientes y familiares.

4.2 Caso 2: Espacio de Curación.

El Hospital y Centro Médico St. Joseph's de la Universidad de Arizona del Centro de Cáncer (UACC) se encuentra en Phoenix, Estados Unidos. Un edificio en forma de L en planta, de veinte mil cuatrocientos metros cuadrados distribuidos en cinco pisos, brinda consulta externa e investigación para la prevención y el tratamiento del cáncer.

El centro forma parte de los cuarenta y cinco centros integrales de cáncer de ese país, pero es el único en todo el estado de Arizona con sus seis millones setecientos habitantes. Lleva a cabo programas de prevención y control, y también es reconocido por su investigación sobre el cáncer de mama, ovario, pulmón, próstata, cánceres gastrointestinales, como así también linfoma y cáncer de piel. (UACC, 2016)

El edificio presenta una fachada facetada con la utilización de una paleta de metal, piedra y vidrio. Para la realización de la misma se contempló la trayectoria del sol y las altas temperaturas en verano, habituales de aquella zona desértica. Los lados más afectados por la intensa luz solar son el este y oeste y por ese motivo fueron cubiertos con un *brise-soleil* que aminora la acumulación de calor, pero permite el ingreso de luz natural al edificio. Esta solución como la utilización de un sistema de refrigerado mecánico *chilled-beam* son parte de la propuesta de diseño sustentable por parte de los arquitectos.

Como se puede ver en el Cuerpo C, en la planta baja se ubica la unidad especializada en Cáncer distribuida en dos salas de radioterapia, seis salas de quimioterapia, ocho consultorios tradicionales, un área de enfermería, nueve oficinas, dos salas de reuniones, una recepción y un área de servicios. De este primer acercamiento se puede observar

que la totalidad de espacio dedicado a actividades de soporte supera ampliamente al espacio dedicado a atención directa de pacientes. (ver figura 17, Cuerpo C, p. 57)

Los ocho consultorios a pesar de encontrarse en la unidad de oncología responden al modelo clínico curativo por su distribución y porque su equipamiento se limita a un escritorio con sillas de ambos lados. Como se ha explicado en apartados anteriores, este escritorio es una barrera física que impone una distancia entre el profesional y el paciente, dificulta la comunicación e imposibilita la práctica de la medicina desde la óptica del cuidado.

Cada sala de quimioterapia esta equipadas con su sillón reclinable para el paciente y una silla para sus pertenencias o un acompañante. Se encuentran en la parte interna del edificio imposibilitando su contacto con el espacio exterior. Esta disposición parece ignorar la importancia, ya explicada, que tienen los espacios amplios y con contacto visual al exterior y la naturaleza para los enfermos terminales y su común síntoma de disnea (falta de aire y sensación de ahogo). Si bien se ha hablado de la importancia de la intimidad para los pacientes terminales, esta intimidad no implica encierro y se podría haber evitado al colocar estos espacios en los extremos del edificio.

Son espacios ciegos ubicados enfrente del área de enfermería del piso, pero lejos de los ventanales. Si analizamos el testimonio del estudio de arquitectos ZGF, responsables del diseño, cuando explican que el tiempo de traslado de los pacientes con cáncer y movilidad reducida fue considerada a la hora de tomar decisiones, buscando minimizar el tiempo de viaje para acceder a los servicios, se puede entender que esta ubicación responde a beneficiar la dinámica interna del hospital y su personal, y no a buscar el bienestar o confort de los pacientes. (McKnight, 2016)

A diferencia de esta situación se puede observar que en el primer piso se encuentra el área de infusión con ventanales de piso a techo que cubren todo el ancho y alto del piso (ver figura 21, Cuerpo C, p. 59). Este sector cuenta con treinta y seis puestos para atender simultáneamente quienes gozan de una vista panorámica, mientras que el sector

de oncología solo cuenta con ocho puestos en total para brindar quimio y radioterapia en espacios cerrados.

Si bien en la página web institucional de la Universidad de Arizona explican que con el centro buscan transformar la atención a los pacientes enfermos de cáncer mediante la implementación de los avances tecnológicos y haciendo énfasis en la alta calidad y un enfoque dirigido al paciente, atención multidisciplinaria y basándose en la investigación clínica y científica, las descripciones recién detalladas parecen refutarlo. De este escenario se puede inferir la tendencia de asignar más recursos físicos y económicos para los pacientes curables que para los no curables. La inyección de inversión de dinero haciendo énfasis en avances tecnológicos y prácticas sustentables parecen responder a la dinámica del hospital o a los intereses de los directivos, alejándose del paciente y de la visión de cuidado y contención del modelo salubrista.

4.3 Caso 3: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.

En 1957 comenzó la creación del hoy conocido Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, proceso que duro hasta comienzos de 1970. Originalmente sería conocido como la Clínica y Cirugía del Tórax ya que fue proyectado para atender a enfermos con afecciones pulmonares crónicas, particularmente tuberculosis. Surgió como iniciativa de la Fundación Eva Perón que consistía en un sanatorio de internación de larga estancia, gratuito y nacional para que la clase humilde de la población tenga acceso a los mismos tratamientos que las clases privilegiadas. La planificación edilicia se realizó acorde a los requisitos esenciales de este tipo de patologías. Los espacios abiertos y los grandes balcones orientados al sol responden al tratamiento que se instrumentaba en esa época que consistía en baños de sol, aislamiento y prolongadas internaciones.

En 1968 se decretó su organización como Hospital Nacional de Agudos y su apertura a la comunidad se fue realizando de forma progresiva. Finalmente, en 1972, se lo inaugura como el Policlínico Profesor Alejandro Posadas.

Desde su origen fue víctima de los avatares políticos del país; factor común entre las instituciones públicas argentinas y en especial las sanitarias. Si bien padeció consecuencias como la falta de presupuesto, abandono y privatización de algunos servicios, cabe destacar cómo la dictadura tuvo su influencia. El 28 de marzo de 1976, dentro del marco del golpe de estado conocido como Proceso de Reorganización Nacional, el hospital fue intervenido por las Fuerzas Armadas al mando del Gral. Reynaldo Bignone. Se nombró como director al Cnel. Médico Dr. Agatino Di Benedetto quien designó la detención de más de cuarenta miembros del personal de los cuales once se encuentran desaparecidos al día de hoy. (Posadas Hospital Nacional, 2016)

Detrás del cuerpo principal del hospital se encuentra un chalet que originalmente se había construido como el hogar para que viva el director con su familia. Esta casa funcionó como centro clandestino de detención y tortura, generando el contraste de un espacio destinado a atender contra la integración física de las personas ubicado a escasos metros del edificio que se construyó para su curación.

Actualmente, pese a los inconvenientes mencionados, el Hospital Posadas se encuentra de pie y funcionando. Se encuentra ubicado en el Palomar, partido de Morón, zona oeste de la Provincia de Buenos Aires. Según sus registros, reciben a pacientes de diez municipios del oeste del conurbano bonaerense. En estos municipios viven más de siete millones y medio de habitantes, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no llegan a los tres millones. Si bien no es el único hospital de la zona, se hace evidente el alcance de su influencia y la importancia del rol social y cultural que ejercer.

La OMS estima que para garantizar atención médica a la población se debe contar con tres o cuatro camas cada mil habitantes. El Ministerio de Salud ha informado que en la provincia de Buenos Aires hay sólo 0,6 camas por mil habitantes, de las cuales 500 ofrece el Posadas. Cabe destacar que no se trata de la cama como mueble individual, sino que es una unidad de medida que contempla tanto los recursos físicos como los

humanos como ser enfermeros, médicos, personal administrativo, de alimentación y de mantenimiento, profesionales de hemoterapia, farmacia y laboratorio. (Czubaj, 2016)

En el 2007, el Ministerio de Salud gestionó el Plan Director para la refacción y ampliación del hospital planteada en dos etapas. La primera etapa comenzó en el 2010 y consistía en una obra de veintiún mil metros cuadrados, de los cuales cinco mil eran de refacción y reacondicionamiento interno del edificio original, y dieciséis mil fueron obra nueva.

El edificio original construido con ladrillos a la vista, cuenta con cincuenta y seis mil metros cuadrados distribuidos en cinco unidades. Para comprender la magnitud de sus dimensiones se la suele comprar cuatro veces un estadio de fútbol profesional. Se trata de una unidad central con forma de H a la cual se conectan dos pabellones de cada lado. Estos no se comunican entre todos, sino que solo se encuentran conectados el A con el B y el C con el D. Los pabellones tienen trescientos setenta metros de largo y doce de ancho, tiene siete pisos de alto, dos subsuelos y un último entrepiso técnico en el octavo. El predio también cuenta con una zona de estacionamientos, amplios jardines y una casa (antiguo chalet) donde funciona la escuela de enfermería. Con las refacciones se le agregó una escalera externa de incendios, se ayornó la cocina, se agregaron doce quirófanos, servicio de esterilización, banco de tejidos y un laboratorio destinado a trabajos del Instituto Nacional Central único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). (Posadas Hospital Nacional, 2016)

La nueva construcción consiste en dos anexos (E y F) de tres pisos que se ubicaron por delante del original. En las dos primeras plantas funcionan los consultorios externos y en la tercera se encuentran las oficinas administrativas, salas de docencia e investigación. Estos grandes bloques con paredes vidriadas cuentan con aire acondicionado, ascensores, cámaras de seguridad, máquinas dispensadoras autoservicio de turnos y en las salas de espera, monitores que llaman al paciente próximo a atender indicando a qué consultorio debe dirigirse.

El contraste entre las dos construcciones no responde solamente a que se trata de un pesado y gran conglomerado de ladrillo a la vista, por un lado, y por otro, un par de pequeñas cajas de cristal. El estado de deterioro de las instalaciones del edificio original denuncia décadas de abandono, precariedad y desidia. Tanto es así que, la periodista Fabiola Czubaj cuenta en el diario La Nación que, desde la reforma, los trabajadores han bautizado a estos edificios como la Villa 31 y el Puerto Madero. (2016)

4.3.1 Sala de Cuidados Paliativos.

El Hospital Posadas cuenta dos equipos de Cuidados Paliativos, uno orientado a adultos y otro pediátrico. Atienden de forma ambulatoria a enfermos con patologías crónicas, progresivas y avanzadas sin opción curativa. Estos cuidados se encuentran dirigidos a la persona enferma y su familia. El equipo de trabajo está formado por diez profesionales, cinco de ellos médicos y cinco enfermeras. Todos ellos se encuentran contratados como consultores internos porque el área de Cuidados Paliativos no se encuentra incluido en el organigrama actual del hospital. El Dr. Alberto Delbó es el coordinador del grupo de trabajo, aunque esto no se esté reflejado en su cargo o sueldo, y su mayor responsabilidad respecto al resto fue adquirida por uso y costumbre o por el simple hecho de haber sido el primer médico paliativista del hospital.

El equipo de profesionales adhiere al modelo salubrista y en este sentido orienta su práctica, a pesar de formar parte de una institución tradicionalmente adherente al modelo clínico. Estos médicos plantean que el protagonista del cuidado es el propio paciente y como tal es responsable del manejo de su enfermedad. Como responsable tiene derecho a ser escuchado y a conocer todas las opciones de tratamiento para luego, junto con su familia y con el equipo médico, tomar la decisión de que tratamiento seguir. Bajo esta perspectiva, dirigen sus acciones a promover conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía tanto de los enfermos como de sus familiares. Para esto se plantean dos pasos obligatorios, en primer lugar, comienzan identificando las necesidades reales a

atender, tanto emocionales, espirituales como sociales. En segundo lugar, los mantienen informados de forma progresiva y veraz, adaptando la información de acuerdo su nivel cognitivo y emocional. Se trabaja individualmente cada caso de paciente-familia para elaborar estrategias psicosociales de intervención específicas y, así también, se capacita a las familias en su rol de cuidador principal.

El equipo paliativo mantiene una comunicación fluida con los demás profesionales que interactúan con el enfermo para brindarles así una atención interdisciplinar. Al compartir cómo el paciente responde a los cuidados se podrá evaluar y reflexionar en conjunto qué medidas tomar respecto al tratamiento del paciente y su posible evolución.

Como se ha explicado anteriormente, y también ocurre en el Posadas, el equipo médico paliativo trabaja en forma de binomio *paciente-familiares* haciendo hincapié en la importancia que tiene la presencia de uno para el otro. En este sentido explica que son ellos, familiares, amigos o acompañantes, quienes brindan el principal y más importante cuidado al paciente enfermo, y es por este motivo que deben ser respetados, escuchados y cuidados. Las consultas médicas deben realizarse con los pacientes y sus familiares presentes. Se les brinda apoyo y contención mediante reuniones multifamiliares con el equipo paliativo y psicológico. También, de ser necesario, se realizan reuniones de consenso con los médicos, pacientes y su grupo familiar para tratar particularidades del tratamiento y las decisiones a tomar.

Actualmente los cuidados paliativos se brindan en los consultorios de atención ambulatoria y a los pacientes internados mediante una interconsulta solicitada por el médico tratante (cirujano, clínico, oncólogo, etc.). En este último caso sus indicaciones son sugerencias que el médico tratante puede avalar o no. También es posible que los cuidados sean solicitados por los pacientes internados, o bien por requerirlos por primera vez, o por tratarse de pacientes que ya los recibían de forma ambulatoria allí mismo. El hospital no cuenta con salas de internación para pacientes terminales exclusivamente y por este motivo las habitaciones de cuatro camas pueden ser compartidas entre

enfermos oncológicos, pacientes con insuficiencia respiratoria o recién intervenidos quirúrgicamente por un problema traumatológico. Si bien el Dr. Delbó, en la entrevista ubicada en el Cuerpo C, indica que por cuestiones de seguridad los familiares no pueden hospedarse con los pacientes, en las habitaciones se suele ver casos donde las familias se llevan sillas, reposeras o colchonetas para colocarse al lado de la cama. (ver Cuerpo C, p. 8)

Los consultorios de paliativos se encuentran en la planta baja del anexo F, originariamente construidos para el área de infectología, específicamente para tratar pacientes de gripe A. Se encuentran junto a la guardia genérica y en la sala de espera es compartida por enfermos con cólicos renales, víctimas de accidentes, pacientes de traumatología como terminales. Sin pasillos laterales, lo que provoca grandes pérdidas de tiempo al necesitar atravesar a todo el anexo a lo largo para llegar al otro lado. Sus corredores internos son angostos ya que no permiten que pasen dos personas a la vez y menos si una de ellas lleva a un paciente en silla de ruedas.

El Dr. Delbó, quien participó de varias reuniones con el comité encargado de la nueva construcción, cuenta que los diferentes equipos de trabajo (médicos, enfermeros, mantenimiento) habían hecho una lista de solicitudes y sugerencias que, finalmente, no fueron tomadas en cuenta. La premisa del nuevo edificio consiste en generar espacios flexibles evitando los nichos y permitiendo que cualquier médico pueda atender en cualquier consultorio invirtiendo las funciones. Esta flexibilidad sólo responde a la dinámica de la institución haciendo énfasis, otra vez, al modelo clínico y alejándose del bienestar de los pacientes. El Dr. Delbó explica que esta premisa no es funcional o eficiente ya que plantea espacios estandarizados para llevar a cabo prácticas que no son compatibles entre sí. Un lugar proyectado y construido para consultas clínicas no debería ser utilizado para tratamientos de fin de vida, explica. Este ejemplo contundente evidencia la contradicción de una institución que adhiere al modelo clínico y curativo ediliciamente hablando, y que pretende brindar servicios de cuidado propios del modelo salubrista.

En el testimonio del Dr. Delbó se explica cómo el consultorio aleatorio pretende y exige flexibilidad en la adaptación por parte del paciente cuando éste ya debe ser flexible para adaptarse a la idea de su muerte próxima. Este random termina perjudicando al paciente presentándole otro obstáculo como desafío adicional a su situación de salud. (ver Cuerpo C, p. 7)

En su relato, el doctor expone cómo el recurso físico con el que cuentan, tres consultorios externos, presenta numerosos aspectos que estorban o imposibilitan cuidados paliativos de forma adecuada. Ejemplo de estos aspectos puede ser las dimensiones propias del consultorio, como la falta de equipamiento específico, las puertas con doble picaporte, un tabique divisorio entre el escritorio y la camilla, falta de ventanas, y por último, exigencia incoherente, según su opinión, de utilizar computadores para completar la historia clínica de forma simultánea a la atención. Este último aspecto, explica el doctor, genera una barrera física como psicología entre el paciente y su médico perjudicando su comunicación e imposibilitando que se genere el vínculo humano necesarios en la medicina paliativa.

Por el escenario recién descrito el doctor explica que deben improvisar para brindar sus servicios en estos consultorios estándares. Tal es así que están acostumbrados a tener que mover la camilla hacia un lado para colocar las sillas en semicírculo. Otro ejemplo podría ser que como no cuentan con sala de reuniones propia para el equipo paliativo y los familiares, utilizan la sala comedor de la planta baja para realizar las reuniones multifamiliares, servicio que el hospital mismo ofrece en su cartilla. En la entrevista deja claro que, desde su experiencia, cree sumamente importante la intervención del interiorismo para resolver las problemáticas actuales de las salas de cuidados paliativos del Hospital Posadas.

Parte de los cuidados que brinda un paliativista a un paciente terminal es la comunicación, y un trato que brinde cercanía, comodidad, proximidad y confianza. Esta situación trae otro problema, como se dijo los consultorios cuentan con un escritorio y éste tiene sólo

dos sillas, para el paciente y para el médico, una de cada lado; imposibilitando que los familiares acompañen a su enfermo. El hecho de no contar con asientos suficientes podría entenderse como un claro mensaje de que los familiares y acompañantes no son bienvenidos a la consulta. Otra falencia del espacio que hace hincapié en que la institución adherente al modelo clínico y curativo deja de lado el objetivo de la medicina salubrista y, peor aún, al binomio paciente-familia que es objetivo de la medicina paliativa. Como se puede ver en la planta de relevamiento, (ver figura 44, Cuerpo C, p. 70), los consultorios tienen tres metros de ancho y cuatro metros y medio de largo. Tiene dos puertas ubicadas en ángulos opuestos, una de acceso desde la sala de espera y otra hacia el corredor interno del personal. Las puertas tienen picaporte de los lados, lo cual permite que los pacientes de la sala de espera, molestos por las demoras, abran e interrumpen la consulta solicitando ser atendidos. Por este motivo, el personal médico mismo colocó unos pequeños pasadores de seguridad del lado de adentro (ver figura 34, Cuerpo C, p. 65).

Al ingresar los pacientes se encuentran con un escritorio negro de oficina de un metro de largo por ochenta centímetros de ancho, una computadora y dos sillas de metal y plástico, también negras. De lado de la puerta de acceso de la sala de espera se encuentra la puerta de un baño tipo toilette.

Luego de entrar, se camina un metro y medio y se encuentra un tabique divisorio de placas de yeso de ochenta centímetros de ancho en el centro del espacio separando el sector de consulta (escritorio) del de exploración física (camilla). Sobre este se encuentra amurado un tensiómetro y apoyada una camilla por su ancho. Hacia el otro extremo, de lado de la puerta que conecta con el corredor interno, se encuentra, un perchero amurado, un cesto de residuos patológicos, una pileta lavamanos empotrada en una mesada de granito, un mueble bajo mesada y otro sobre mesada de melamina blanco como espacio de guardado de equipamiento y suministros sanitarios. En el espacio de pared despejada entre ellos se colocaron azulejos blancos.

Las puertas ciegas, la falta de ventana y el tabique de durlock genera sensación de encierro y achica el espacio, situación que es perjudicial para los pacientes terminales quienes tiene como síntoma común sensación de falta de aire y problemas respiratorios. El consultorio cuenta con dos artefactos de iluminación artificial y no tiene acceso a la luz natural. El solado y zócalo son de cerámico negro y el cielorraso está pintado de blanco. En las paredes, a un metro de altura, se colocó una guarda de plástico para evitar golpearlas con las camillas y sillas de ruedas. Las paredes están pintadas de verde, por debajo de la guarda será un tono claro y por encima, será aún más claro. En la zona superior de ambas paredes se encuentran unos paneles de vidrio fijos de veinte centímetros de ancho que recorren el consultorio a lo largo que podrían haber servido como fuente de luz natural si los consultorios se encontraran linderos a los ventanales del edificio. La falta de aislamiento térmico de los grandes ventanales de la sala de espera provoca altas temperaturas en verano y muy bajas en invierno a las cuales quedan expuestos tanto los pacientes de urgencias como los terminales.

Capítulo 5. Propuesta de diseño de interiores.

Como se enunció en capítulos anteriores, los cuidados paliativos tienen como usuario final a pacientes cuya patología no responde a tratamiento curativos y su práctica debe resolver aspectos ligados a su esfera física, espiritual, psico-social, económica y familiar. Lo que le sucede a un paciente en una de ellas, afectará en el resto. Por este motivo, los espacios destinados al tratamiento del manejo del dolor deberán cuidar todas las esferas para que el alivio brindado sea real y duradero.

El diseño de interiores de este tipo de espacios debe funcionar como un estímulo sanador brindando el confort necesario para permitir desarrollar la medicina desde la óptica del cuidado y lo más humanamente posible. Para facilitar la paliación del dolor se debe recrear una atmosfera cálida y confortable que propicie la suficiente intimidad y cercanía que permita una relación confidente entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares. Este espacio de contención no sólo debe permitir el desarrollo de las actividades que se requieren en este tipo de cuidados con comodidad y precisión, sino que también debe ser capaz de reducir el estrés y de soportar la tan habitual carga emocional de los usuarios. (Bello y Mora, 2012)

Una vez analizadas las necesidades y los requerimientos específicos de estos espacios, se procede a utilizar las herramientas del interiorismo estudiadas para presentar una propuesta conceptual de diseño para los consultorios de cuidados paliativos de adultos del Hospital Prof. Alejandro Posadas, que potencie y acompañe la labor de los médicos y enfermeras. Con dicha propuesta se buscará evidenciar cómo es posible adaptar los espacios que originalmente pertenecían al modelo clínico-curativo para que puedan realizarse prácticas médicas pertenecientes al modelo salubrista y de cuidado.

5.1 Consultorios de cuidados paliativos de adultos.

En la entrevista realizada al Dr. Delbó, se denuncian las deficiencias de los consultorios actuales a resolver:

Parte de los cuidados que brindamos a los pacientes terminales es la comunicación, el trato, la cercanía, comodidad, proximidad ... Yo creo que hay varias cosas que nos imposibilitan a dar cuidados paliativos como corresponde. Esto que te explicaba del consultorio aleatorio, el tamaño... son muy incómodos por su tamaño y por cómo están acomodadas las cosas. Nos faltan herramientas, equipamiento y suministros, bueno, estamos en el Posadas, ya sé... Bueno como te dije antes, la falta de ventanas, ese tabique divisorio o el escritorio o donde pusieron la camilla, nada ayuda ... Ya los vas a ver, pero tenemos un tabique de durlock que yo no sé la verdad. ¡Es una barrera de la comunicación tremenda!... No sólo eso, da una sensación de encierro porque hace el lugar más chico de lo que es. ¿Sabes lo que significa eso? ¿Para pacientes que les falta el aire, les cuesta respirar? Los pacientes que vienen a paliativos suelen tener deficiencias respiratorias o fatiga y entran acá y se encuentran con todo cerrado, las puertas todo, no hay ventanas y encima chico, con ese tabique es la mitad de la mitad... Se ahogan. (ver Cuerpo C, p. 5)

El principal objetivo es atender a la necesidad de brindar un espacio cálido y hogareño utilizando los mismos metros cuadrados que se disponen en la actualidad. En este sentido la paleta de colores y materialidad busca alejarse del espacio frío y solemne del hospital para acercarse a la comodidad e intimidad de la propia casa. La idea rectora de la propuesta conceptual de diseño plantea recrear en estos consultorios una pequeña sala de estar que brinde la contención necesaria para convertirlos en un espacio de cuidado.

Las salas de estar o living se caracterizan tanto por ser acogedores y confortables, como por ser espacios sociales y familiares. Son los espacios de encuentro y reunión por excelencia donde se descansa, se conversa, se escucha música y se lee, entre otras actividades. Por su mobiliario y disposición en forma centrífuga, estos lugares propician la conversación motivando la confidencialidad y cercanía entre los usuarios. (Fonseca, 1994)

De esta manera, estos espacios invitan a mantener una relación descontracturada permitiendo que el paciente se abra y pueda tener una conversación franca con su médico como si fuera su par. Esta cercanía entre ellos y la conversación honesta son algunos de los pilares de la medicina paliativa y deben asegurarse para que los cuidados sean efectivos.

La necesidad de acercarse a un espacio doméstico fue estudiada en reiteradas oportunidades en los capítulos anteriores y también la han puesto de manifiesto los doctores entrevistados. Se le preguntó a la Dra. Rosario Pisegado, médica de cuidados paliativos de adultos del Hospital Posadas, qué sería su espacio de trabajo ideal y al respecto respondió:

Tener internación propia, un lugar que tenga ventanas, un parque obviamente, que uno pudiera darle un toque hogareño, de lo más... Que el paciente pueda tener cuadros, con colores, que pueda escuchar música, música tranquila obviamente, si pudiera haber, nada... lo más semejante a lo que uno querría tener, que se asemeje lo más posible a una casa. Que haya confort. (ver Cuerpo C, p. 20)

En este mismo sentido, el Dr. Facundo Verón explica que resguardo se debe tener al momento de idear espacios sanitarios de cuidado:

Y no que cuando entres, entres a un consultorio sumamente solemne, formal, serio que lo que hace es que vos te apachuches en vez de sentirte más cómodo; como un consultorio pediátrico, salvando las distancias, para que este tipo de pacientes no sientan que entran a un lugar solemne que los oprima... sino que los levante. (ver Cuerpo C, p. 26)

Como se puede ver, a pesar de que trabajen en instituciones públicas diferentes, ambos profesionales coinciden en la premisa que el espacio de cuidado debe alejarse del espacio de curación tradicional y ser un lugar que propicie la cercanía entre las personas. Un lugar que fomente el encuentro y contacto a nivel humano dejando de lado las diferencias sociales o de formación académica que tanto distancia al paciente de su médico.

La primera modificación que plantea la propuesta de diseño conceptual es eliminar el tabique divisorio y el mobiliario de oficina. Ambos elementos ejercen una barrera física y formal entre el médico y el paciente. Esta barrera dificulta que se establezca una relación de confianza e intimidad entre ellos al ejercer una distancia física. Un escritorio de oficina en este tipo de consultas médicas se convierte en un obstáculo que desalienta el contacto físico que un médico palitivista suele tener con sus pacientes, como ser tomarse de la mano o abrazarse, en busca de consolarlos y acompañarlos.

Lo mismo sucede con el tabique divisorio, no sólo es una barrera de comunicación cuando el paciente se encuentra en la camilla y el médico en el escritorio, sino que divide el consultorio en dos. Un consultorio de tamaño recudido que al dividirlo en dos se comprime aún más generando sensación de encierro en los usuarios. (Delbó, 2016)

Una vez hecho esto queda el espacio liberado para poder colocar un sofá de dos cuerpos y dos butacas individuales en semicírculo, de lado de uno de ellos se ubica una mesa de apoyo. Estos se colocan sobre una pared enfrentados a la camilla que se apoya en todo su largo a la pared opuesta.

La elección de ubicar el mobiliario es semicírculo o en forma centrífuga responde a la premisa de trabajar en binomio que se proclama en cuidados paliativos. Esta disposición de los muebles contempla a los familiares como partícipes de la consulta y permite agregar los asientos necesarios para todos ellos. El objetivo terapéutico de esta disciplina es una unidad formada por el paciente y sus familiares. Se les da tal importancia a los familiares porque ellos representan la continuidad biográfica del enfermo y el motivo fundamental por el cual querrá luchar contra la enfermedad y sus síntomas. Los familiares como cuidadores principales cumplen un rol indispensable siendo el núcleo íntimo y fundamental de apoyo y contención necesaria. (Gómez Sancho, 1997)

En este sentido la propuesta contempla la sugerencia de la AADAIH respecto de plantear espacios lo suficientemente amplios para posibilitar la presencia de un familiar al lado del paciente. Se propone un espacio respetuoso con la relación paciente-familia y que a su vez los invita al recogimiento y descanso. (Di Salvo, 2012)

La dinámica del círculo o semicírculo no sólo permite incluir a los familiares en la consulta, sino que también propicia una conversación profunda y sin prejuicios entre ellos, los médicos, enfermeras y el paciente mismo. Por otro lado, también responde a los testimonios de las enfermeras Soledad y Camila del equipo de paliativos del Hospital Posadas, donde reclaman:

Del diseño del consultorio, sí, para nuestra especialidad no es el adecuado. El escritorio de por medio para nosotros no, no nos sirve, no nos gusta y sentimos que en

nuestra especialidad es necesario el contacto con el paciente, porque vemos al paciente de una forma holística, vemos todos sus aspectos, el emocional, el socio cultural, más allá de que tenga una enfermedad, una patología... si, entonces, como hablamos sobre todas las esferas, el contacto, el estar sin nada de por medio; esto que ya trae uno mismo cuando es paciente, que el médico, el doctor, el guardapolvo blanco, todo blanco ya es un tema. ... Es peor, para nosotros es una barrera que no nos deja llegar. Aparte, para nosotros que trabajamos en binomios, trabajamos en binomio, porque vemos al paciente y a la familia o sea que esta estructura así nos perjudica porque nosotros tenemos esta temática que trabajar en círculo, que toda la familia nos vea que el paciente también nos vea, visualizar y escucharnos, observar... nosotros también necesitamos ver la cara del familiar, que cara dice, también evaluamos a la familia. (ver Cuerpo C, p. 36)

Las enfermeras dejan en claro su solicitud de acortar la distancia entre ellas y los pacientes y sus familias modificando el espacio con el que actualmente cuentan por creerlo inadecuado para su función.

Como se señaló en el capítulo anterior, a los médicos de estos consultorios se les exige que utilicen computadoras de escritorio para llevar al día las historias clínicas digitales de forma simultánea a la consulta. La Dra. Pisegado explica que esto les representa una complicación no sólo porque no cuentan con el tiempo suficiente de atender al paciente y completar la historia luego, sino porque implica una barrera física entre el paciente y el médico entorpeciendo su comunicación. Por ejemplo, en el caso de que llegue un paciente que se siente mal y debe ser acostado en la camilla, la médica queda imposibilitada de mirarlo a los ojos mientras lo escucha porque debe estar sentada en el escritorio escribiendo lo que el paciente relata. Por estos motivos, se plantea la utilización de tabletas electrónicas para el registro de novedades en las historias clínicas, eliminando así la computadora de escritorio.

Se plantea cambiar el revestimiento de las paredes, las mismas se revisten con vinílicos símil madera lavada utilizando su veta de forma vertical hasta 1,3 mts de altura y por encima se pintará de blanco. De esta forma se busca generar la percepción de que el espacio es más amplio de lo que es. Las vetas de las maderas en forma vertical también funcionan como una guía para orientar la mirada hacia arriba donde se va a encontrar el cielorraso intervenido. La guarda no se mantendrá debido a que el material propuesto brinda amortiguación que protege al muro previniéndolo de roturas causadas por golpes.

En el caso del solado también se utilizará vinilo símil madera lavada. El material se colocará desde la pared hacia el solado, sobre un zócalo de media caña que no tendrá división para evitar la acumulación de bacterias y garantizando así una desinfección e higiene eficiente.

En el cielorraso se coloca una tela de PVC tensada la cual se encuentra ploteada y transiluminada con luz general. El ploteo consiste en tres imágenes de copas de árboles en tres estaciones diferentes, tomadas desde abajo dejando entre ver el cielo; una para cada consultorio. De cada lado se encuentra una tira de LED RGB bañando las paredes laterales según la estación utilizada. Esta intervención responde a la necesidad de traer el exterior al espacio interior y reducido de los consultorios. La ubicación de la intervención busca estimular visualmente al paciente tanto cuando éste se encuentra acostado en la camilla siendo examinado, como cuando está sentado conversando con los médicos. Este recurso invita a todo el grupo humano que allí se encuentre, a abstraerse del lugar, del edificio del hospital, para ingresar en una burbuja atemporal donde compartirán una charla amena que le pertenecerá sólo a ellos.

La elección de los materiales, la distribución del mobiliario y la intervención del cielorraso responde al objetivo de crear un espacio íntimo, cálido y conectado con la naturaleza. El consultorio con la presencia de la imagen de los árboles y el cielo se percibe un ambiente diferente que genera bienestar en la mente y los niveles de fatiga disminuyen. El contacto con la naturaleza permite aislarse de la rutina diaria haciéndose más presentes y conscientes en lo que a uno le pasa pudiendo así canalizar mejor las emociones positivas o negativas. El efecto de los baños de luz que provienen del cielorraso evoca la luz que pasa por entre las hojas de los árboles. Se invita a las personas que allí se sienten a mirar hacia arriba, observar las copas de los árboles e imaginarse el ruido de las ramas al moverse con el viento, para favorecer que la energía positiva alcance sus almas y consigan relajarse física como emocionalmente. Tanto estos efectos como la percepción de que no hay techo porque se alcanza ver el cielo, transmiten tranquilidad a los

usuarios, reduce sus niveles de estrés, los relaja, limpia y alivia su mente de pensamientos. Sumado a ello, se busca brindar los beneficios que el contacto con la naturaleza trae consigo, como es el caso de despertar en el cerebro la emisión de endorfinas que generan bienestar en las personas y anestesia de forma natural sus dolores. En el caso de los pacientes de tratamientos crónicos, puede verse cómo se reducen la duración, periodicidad e intensidad de sus dolencias. (Guzmán Bernal, 2016)

Acciones como estas son necesarias en los consultorios de cuidados paliativos donde, como han sabido explicar los médicos y enfermeras entrevistadas, se pretende contener, escuchar y acompañar a los pacientes cuyas patologías ya no responden a tratamientos curativos. En este sentido, la enfermera Soledad explica:

Nosotros hablamos de cosas muy importantes, nosotros hablamos de la muerte, hablamos de sentimientos, emociones, cosas que son personales y que si el paciente decide abrirse al profesional tiene que ser un espacio de intimidad y de contención también. No podemos, el paciente viene con mucho componente emocional, demasiado, y nosotros no podemos, ella está hablando por ejemplo acá con un paciente que por ahí decide confesarle que no quiere hacer más quimio, se está muriendo y tiene miedo de la muerte. (Ver Cuerpo C, p. 38)

La propuesta busca darles a estos consultorios la tranquilidad y contención necesaria para poder cargar con emociones como las recién explicadas, convirtiéndolos en espacios de cuidado.

5.2 Paleta de colores.

Los colores a utilizar en la propuesta son el blanco, el verde y el marrón representando cada uno de ellos un elemento de la naturaleza.

En primer lugar, se elige el blanco que, como se ha explicado con anterioridad, técnicamente es conocido como un valor acromático. Su elección adhiere a la descripción del blanco como un universo carente de colores y objetos materiales alejado de todo sonido y bullicio. De esta manera el color blanco le transmite al alma un silencio absoluto que no está muerto, por el contrario, se encuentra lleno de posibilidades. Tal es así que

puede ser comprendido como el silencio anterior al comienzo y nacimiento de todas las cosas. (Kandisky, 1996)

Dejando los aspectos técnicos de lado, se encuentran autores que manifiestan que el blanco es un color en lo que se refiere al simbolismo. En este sentido, explican que lo que es blanco no es incoloro y se le adjudican de forma exclusiva sentimientos que no se los asociarían a otros colores. Sentimientos que se buscan despertar con su utilización en la propuesta conceptual de diseño. El comienzo es blanco, su simbolismo hace referencia a la luz como origen de todas las cosas. El blanco es el color de los caracteres tranquilos, pasivos y de la voz baja. Se lo asocia también con la limpieza, como atributo externo y a la pureza, como atributo interno. Por último, se relaciona el blanco con la falta de contenido y ese vacío es ligero. La ligereza es asociada a la claridad y al blanco, por consiguiente, el color más claro es también el más ligero. (Heller, 2004)

En segundo lugar, se utiliza el verde. Este color se elige por esa tranquilidad característica que le viene dada por su composición. El verde es el equilibrio logrado por la mezcla del excéntrico y desbordante amarillo, y el absorbente y profundo azul. Es el equilibrio que le trae calma al alma del observador. Esta tranquilidad y pausa son variables constantes en el color verde que benefician a aquellas almas que se presentan cansadas. (Kandinsky, 1996).

Así mismo, se considera al verde como un color intermedio. Se encuentra en un punto intermedio entre la calidez del rojo y la frialdad del azul, convirtiéndose así en la representación de la temperatura agradable. El verde tranquilizador se encuentra situado neutralmente entre el extremo activo del rojo y el extremo pasivo el azul. Esta neutralidad evoca tranquilidad y seguridad. Simbólicamente hablando, el verde representa la esperanza de la primavera, entendiendo por ésta a la renovación luego de la época de carencia. Al respecto, Heller (2004) explica que el verde alegra la vista sin cansarla y afirma que es el color de todo aquello que alivia y de lo acogedor. Por estos motivos, se elige el color verde como parte de la propuesta de diseño para transmitir la calma que los

familiares y pacientes necesitan debido al agobio y cansancio que el peso de la enfermedad les produce.

Por último, se encuentra el color marrón. Este color simboliza la comodidad por representar todo aquello que es natural y esencialmente carente de artificialidad. Es el color que evoca recogimiento. Por estas características, es valorado positivamente en los espacios habitables. Los espacios con muebles y revestimientos de madera en paredes invitan al recogimiento. Debido a que es uno de los colores de la calidez, pero no es un color caliente en sí, el marrón lleva al espacio el clima ideal para habitarlo. (Heller, 2004)

5.3 Materialidad.

Para la intervención del cielorraso se utiliza un techo tensado con hojas no inflamables de PVC que se estiran y sujetan bajo el efecto del calor. Este sistema, consiste en una lámina flexible de PVC de 180 micrones, que se fabrica a medida en una sola pieza, a la que se coloca un arpón soldado en todo el perímetro para permitir su encastre a un perfil de aluminio que se fija previamente en la pared. Una vez que se sujeta a su alrededor sobre la perfilaría, la tela queda tensada.

Este sistema de cielorraso se caracteriza por su fácil montaje y la posibilidad de instalarlo nuevamente en otro lado. Es adaptable a todo tipo de espacio ya que la tela se hace a medida y los perfiles perimetrales se colocan a la altura necesitada según el uso del espacio. De esta forma permite integrar los sistemas de calefacción, aire acondicionado, iluminación y seguridad por encima de él. (Normalu Sas, 2016)

Otra característica de este sistema es la posibilidad de realizar proyecciones o retro-proyecciones de imágenes o juego de luces y sombras. Esta herramienta es muy importante y útil para acciones de luminoterapia o cromoterapia. Se elige este recurso en la propuesta conceptual de diseño iluminando el espacio a través de una imagen del cielo y las copas de los árboles para recrear la atmósfera de encontrarse debajo de estos.

En cuanto a sus aspectos técnicos se puede decir que es ignífugo, no posee cadmio o sustancias peligrosas y está calificado dentro de la categoría mundial M1 contra el fuego. No es tóxico y, por su composición y tensión, posee una longevidad de 25 años aproximadamente sin perder calidad ni su forma. Este sistema brinda ahorro energético al disminuir las pérdidas de calor hacia el exterior y reducir el volumen interior a calefaccionar regulando la altura donde se los desea instalar. Por su ubicación respecto de la losa se crea una cámara de aire que brinda aislamiento y evita la formación de condensaciones en la tela. (Normalu Sas, 2016)

Si se lo compara con un cielorraso revestido con acabado de pintura, se presenta como una ventaja ya que no son necesarias las regulares manos pintura para su mantenimiento. Por el contrario, para ellos sólo se precisa limpiarlo con agua y una microfibra. Otro beneficio que presenta es la posibilidad de desmontarlo con facilidad para acceder a las instalaciones en caso de reparaciones técnicas o nuevas instalaciones de equipamiento o luminarias.

Por encima de este sistema, se instalan en la losa los artefactos de luz con tubos fluorescentes T8, los cuales proporcionan la potencia y temperatura adecuada de la luz. Esta losa deberá ser pintada de color de blanco con el fin de reflejar luz hacia la tela. Si bien el sistema se cierra para evitar la entrada de polvo o insectos, se aconseja colocar otra hoja transparente entre el sistema de iluminación y la hoja impresa con la fotografía para asegurar una iluminación homogénea. La distancia mínima que debe haber entre los tubos fluorescentes y la tela tensada, no puede ser inferior a 200mm. (Normalu Sas, 2016)

Por otro lado, tanto en el caso del revestimiento de los solados como de las paredes se opta por listones vinílicos. En ambos casos se sugiere un tono símil madera de roble blanco o, en su defecto, haya lavada. Por sus características, este material brinda la mejor condición de asepsia para los espacios sanitarios facilitando su limpieza e higiene. Este material se trata de una multicapa compuesta por una base de espuma de alta

densidad reforzada con fibra de vidrio y por encima una capa protectora de PVC. De esta manera logran brindar una alta resistencia a las manchas y a la abrasión provocada por los productos químicos. Así mismo, le aseguran al solado estanquidad y antiestaticidad ya que sus juntas son soldadas por termofusión utilizando un cordón de PVC. (Full Carpets, 2016)

Como se explicó en el apartado anterior, el revestimiento y el zócalo se colocan en continuidad para evitar uniones innecesarias donde se pueda acumular bacterias. Para ello los espacios sanitarios deben contar con un zócalo en cuña o cóncavo. Este zócalo sanitario se coloca aplicándole una prótesis sanitaria blanca, de esta forma se crea un sistema entre el solado, zócalo y revestimiento de pared que brinda la continuidad necesaria para garantizar la asepsia del lugar. Estos zócalos, al igual que el revestimiento de solado, también son de PVC y se los denomina tipo J por su forma cóncava en el borde inferior. Pueden ser de 7,5 y 10cm de altura y se amoldan fácilmente a la superficie en la que se adhiere permitiendo que las esquinas externas como los ángulos internos del espacio queden curvas y lisas facilitando su mantenimiento y limpieza.

Los dos materiales recién descritos son ejemplo de la intención de realizar una propuesta conceptual de diseño apropiada para un espacio sanitario sin dejar de respuesta a las necesidades propias de la medicina paliativa.

Conclusión

El presente Proyecto de Graduación comenzó señalando la necesidad de atender al pedido tácito de espacios de cuidado que la sociedad estaba haciendo. Con el paso del tiempo, los avances tecnológicos y las costumbres de las sociedades modernas se ha distorsionado el concepto de la medicina y el rol del médico. Parece haberse olvidado su origen etimológico que planteaba la sanación, pero también el alivio y el cuidado. Actualmente la medicina ha puesto el objetivo de prologar la vida por encima de disminuir el dolor y sufrimiento de las personas. Esta realidad plantea el interrogante sobre la necesidad de volver a las bases de la medicina.

Dentro de este escenario se evidencian dos estilos de practicar la salud pública, adoptar uno u otro dependerá de la convicción de desempeñar la medicina bajo la concepción original o bajo la concepción moderna. En el primer caso se adhiere al modelo salubrista y de cuidado, y en el segundo caso se opta por el modelo clínico-curativo. Hoy en día se manifiesta una tendencia hacia este último modelo planteando un estricto enfoque biologista, curativo y hospitalario no sólo en la práctica sino también, y principalmente, en las instituciones de formación académica. En consecuencia, se hace evidente que los espacios de salud se encuentran diseñados y equipados sólo para tratar a enfermos curables dejando desprovistos de atención a todos aquellos que no lo sean. Tal es el caso de los pacientes terminales, su condición de enfermo es diferente, sus necesidades también lo son y demandarán tratamiento del modelo salubrista de cuidado. Por consiguiente, estos pacientes se encuentran siendo atendidos por profesionales con falta de formación correspondiente y en hospitales con instalaciones inadecuadas.

Los profesionales de la salud entrevistados manifiestan la necesidad de espacios sanitarios diferentes de los estándares para atender a aquellos pacientes que requieren cuidados paliativos, así también como para sus familiares o personas referentes que los acompañan y contienen frente a la enfermedad terminal. En sus entrevistas explican claramente que, lejos de enfocarse exclusivamente en la enfermedad, ellos ven a sus

pacientes de manera integral, cuerpo, alma, emociones y sentimientos, acompañándolos a afrontar el dolor y la presencia de la inminente muerte. También mencionan su esfuerzo por dejar precedentes de los cuidados que brindan con el objetivo de aumentar adeptos al modelo salubrista de cuidado dentro de la institución pública donde trabajan que, como se explicó recién, adhiere al modelo clínico-curativo. A partir de esta situación, surge el interrogante de si es posible mediante el interiorismo colaborar con estos espacios en la premisa de cuidar y contener a los enfermos cuyas patologías no tienen cura aparente.

Habiendo identificado y analizado las necesidades particulares de los espacios destinados a la medicina paliativa se implementaron las herramientas del interiorismo para intervenirlos planteando una propuesta conceptual de diseño que acompañe la labor que los médicos, enfermeras y familiares realizan cuidando de aquellas personas en el fin de su vida. Mediante la disciplina del diseño de interiores se propone un espacio que atienda las necesidades características de los pacientes terminales. Necesidades cambiantes de acuerdo al estado de salud de cada día de este paciente y a su vez, muy individual respecto a cada uno de ellos. Con dicha propuesta se concluye que es posible adaptar los espacios que originalmente pertenecían al modelo clínico-curativo para que permitan que se realicen prácticas médicas pertenecientes al modelo salubrista y de cuidado. Se concluye que es posible, a través del diseño de interiores, brindar un espacio de cuidado y contención evitando que los pacientes se vean perjudicados ante la coexistencia del modelo clínico-curativo y del modelo salubrista de cuidado, y la contradicción de sus paradigmas.

Si bien los médicos del Hospital Posadas comienzan sus entrevistas manifestando su desconcierto en cómo el diseño de interiores podía ayudarlos, terminan denunciando la urgencia de la intervención de un interiorista en sus consultorios. Una vez realizada la propuesta conceptual logran ver cómo un diseño adecuado y socialmente responsable los puede acompañar dando respuesta a las necesidades que la medicina paliativa plantea.

De acuerdo a la investigación realizada se ve que la elección entre un modelo u otro para llevar a cabo la formación académica y el ejercicio de la salud pública en Argentina responde a interés políticos y, como denuncian algunos autores, a interés económicos también. Por tal motivo se comprende que la propuesta sólo esboza conceptualmente una intervención pudiendo ésta no ser llevada a cabo por contradecir aquellos intereses políticos y económicos que ejercen influencia en las políticas de estado.

Con la realización de este PG se evidencia que es posible desempeñar la profesión del diseñador con mayor conciencia social y haciendo valer su rol en proyectos de este tipo de envergadura. También se pone de manifiesto los beneficios de trabajar multidisciplinariamente en busca de favorecer a los pacientes mediante soluciones tanto edilicias como médicas. Los espacios transmiten mensajes y un diseño consiente puede ser utilizados como herramienta para lograr el objetivo de potenciar los actos de cuidado como los de salud.

Lista de Referencias Bibliográficas

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (2015) *Anuario AADAIH 2014* (2014). Recuperado el 12/10/16 de: <http://www.aadaih.org.ar/publicaciones/>

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (2015) *Anuario AADAIH 2012* (2012). Recuperado el 12/10/16 de: <http://www.aadaih.org.ar/publicaciones/>

Belmartino, S. (1991) Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica. En *Cuadernos médicos sociales* N° 55. Buenos Aires.

Código de Habilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A.: legislatura del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado el 11/06/2015. Disponible en: http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/codigos/habilita/700_47b.html

Czajkowski, J. (1993). *Trabajo expuesto y publicado en actas del IV Congreso Latinoamericano y 7° Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado el 09/06/2015. Disponible en: http://jdczajko.tripod.com/publicaciones/aadaih93/evolucion_tipos_hospitalarios.htm

Czubaj, F. (2016). *El Hospital Posadas, un mundo de contrastes*. Recuperado el 11/10/16. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1873025-el-hospital-posadas-un-mundo-de-contrastes>

Di Salvo, G. (2012). La tecnología avanza pero el objetivo sigue siendo el paciente. *Anuario AADAIH 2012*.

Guerra de Macedo, C. (1997). *Notas para uma Historia Recente da Saude Publica na América Latina*. Brasilia: OPS.

Gómez Sancho, M. (1997) *Medicina Paliativa: La Respuesta a una Necesidad*. Madrid: Aran Ediciones S.A.

Gonzalez Garcia, G. y Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Isalud.

Heller, E. (2004). *Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SL.

Kandinsky, V. (1996). *De lo espiritual en el arte*. España: Paidós.

Labasse, J. (1982). *La Ciudad y el Hospital: Geografía Hospitalaria*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.

Winston, C. (1943) citado en: Hall, E. (1966). *La dimensión oculta*. Mexico DF: Siglo XXI Editores SA de CV.

Murillo, S. (2000). *Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina 1871/1913*. Citada en: Domínguez Mon, A. et al. (2000). *La salud en Crisis; un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Normalu SAS. (2016). *¿Qué es un techo tensado?*. Recuperado el 12/12/2016 Disponible en: <http://es.barrisol.com/productos-que-techo-tensado.htm>

Proshansky, H., Ittelson, W.H. y Rivlin, L.G. (1978) *Psicología ambiental: el hombre y su entorno físico*. Mexico DF: Trillas.

Sommer, R. (1974). *Espacio y Comportamiento Individual*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.

Bibliografía

Aragones, J.I. y Americgo, M. (2000). *Psicología Ambiental*. Madrid: Pirámide.

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (2015) *Anuarios* (2015). Recuperado el 12/10/16 de: <http://www.aadaih.org.ar/publicaciones/>

Babsky, R. (2012). *El diseño como emergente social. Le interiorismo en la espera y esperanza*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/archivos/1186.pdf

Barin (2016). *Palliative Care Unit* (2016). Recuperado el 03/11/16 de: <http://en.barin.ca/healthcare/palliative-care-unit/#>

Beck, R. (1964) *A comparative study of spatial meaning*. Chicago: University of Chicago

Belmartino, S. (1991) Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica. En *Cuadernos médicos sociales* N° 55. Buenos Aires.

Blake, R. y Ramsey, G. (1951) *Perception: an approach to personality*. New York: Ronald Press.

Bunge, S. (2011). *La influencia de la vivienda en el sujeto*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/archivos/428.pdf

Bullivant, L. (1992). *Interiores Internacional* 3. Barcelona: Editorial Gustavo Gill S.A.

Burgueño, L. (2013). *El espacio como experiencia perceptual y motivadora en niños con autismo. Intervención del Centro de rehabilitación Pílares de Esperanza*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1702

Canter, D. (1975). *Interacción ambiental: aproximación psicológica a nuestros entornos físicos*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.

Canter, D. y Stringer, P. (1978). *Interacción Ambiental*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.

Catzman, C. (2013). *Psicología y Diseño de Interiores. Estudio de la influencia del diseño en la práctica terapéutica*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/2514.pdf

Center to Advance Palliative Care (2016). *The Case for Hospital Palliative Care* (2016). Recuperado el 12/10/16 de: https://media.capc.org/filer_public/06/90/069053fe-12bf-4485-b973-d290f7c2ecbf/thecaseforhospitalpalliativecare_capc.pdf

Código de Habilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A.: legislatura del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/codigos/habilita/700_47b.html .

Cuesta, L. (2009). *Efectos del Diseño de interiores en los pacientes y en los trabajadores del área de la salud*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detallerticulo.php?id_articulo=2962&id_libro=129

Czajkowski, J. (1993). *Trabajo expuesto y publicado en actas del IV Congreso Latinoamericano y 7° Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://jdczajko.tripod.com/publicaciones/aadaih93/evolucion_tipos_hospitalarios.htm

De Biase, T. (2011). *Acompañar en el camino hacia la sanación interior*. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1397374-acompanar-en-el-camino-hacia-la-sanacion-interior>

Diaz, E. (2016) *El Hospital Posadas. Eterna Emergencia* (2016). Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín. Recuperado el 12/11/16. Disponible en <http://www.revistaanfibia.com/cronica/eterna-emergencia/>

DiNardo, A. (2015). *Royal London Children´s Elevates The Mood With Art*. Disponible en: <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/royal-london-hildren-s-elevates-mood-art>

Domínguez Mon, A. et alt. (2000). *La salud en Crisis; un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Eutanasia. Revista de Derecho Comparado. (2008). Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores de Rubinzal y Asociados S.A.

- Fonseca, X. (1994) *Las medidas de una casa. Antropometría de la vivienda*. México: Editorial Pax México.
- Frearson, A (2016, 27 de abril). *Norman Foster's timber-framed Maggie's Centre opens in his home town of Manchester* (2016). Dezeen Magazine. Recuperado el 03/11/16 de: <http://www.dezeen.com/2016/04/27/norman-foster-partners-maggies-centre-cancer-care-manchester-england/>
- Full Carpets, (2016) *Pisos y paredes sanitarias*. Recuperado el 12/12/2016 disponible en <http://www.fullcarpets.com.ar/>
- Fundacion Femeba (2008). Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Dr. Enrique Tornú (2008). Recuperado el 23/09/16. Disponible en: <http://fundacionfemeba.org.ar/cuidado-paliativo/ucp-hospital-tornu>
- Guerra de Macedo, C. (1997). *Notas para uma Historia Recente da Saude Publica na América Latina*. Brasilia: OPS.
- Gómez Sancho, M. (1997) *Medicina Paliativa: La Respuesta a una Necesidad*. Madrid: Aran Ediciones S.A.
- Gonzalez Garcia, G. y Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Isalud.
- Guzmán Bernal, N. (2016). Naturaleza y bienestar mental. *Vida y Salud*. 37, pág. 4
- Hall, E. (1966). *La dimensión oculta*. Mexico DF: Siglo XXI Editores SA de CV.
- Heller, E. (2004). *Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SL.
- Hui, E. (2012) *Locus. A bedside Table for Patients with Limited Accessibility* (2012) Recuperado 02/11/16 de <http://www.behance.net/gallery/2938045/Designing-Comfort-in-Palliative-Care>
- Jacob, G. (2014). *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*. (1° ed.). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000592cnt-47-manualpaliativos_web.pdf
- Kandinsky, V. (1996). De lo espiritual en el arte. España: Paidós.

- Labasse, J. (1982). *La Ciudad y el Hospital: Geografía Hospitalaria*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.
- Labryga, F. (1981). *Proyecto y Planificación: Instalaciones sanitarias modernas*. Mexico DF: G. Gili SA..
- Lamata Cotanda, F. (1998) *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A..
- Maggie's (2016). *How Maggie's can Help* (2016) Recuperado el 02/11/2016 de: <https://www.maggiescentres.org/how-maggies-can-help/help-available/social/professional-centre-staff/>
- Medialdea, M. (2012). *Proyectando nuevas vidas. Diseño de espacios de estimulación temprana para niños con autismo*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/1476.pdf
- Medina Vega, P. (2014). *Interiorismo en el Hospital Público. Neuropsiquiátrico infanto juvenil*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/3135.pdf
- McKnight, J. (2016) *ZGF wraps Arizona medical facility in layer of creased metal panels* (2016) Dezeen. Recuperado el 03/11/16 de: <http://www.dezeen.com/tag/zgf-architects-news-and-design/>
- Neufert, E. y P. (1936). *Neufert. Architects' Data*. Oxford: Blackwell Science
- NHS Lanarkshire (2016). *About Monklands Hospital* (2016) Recuperado 03/11/16 de: <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Hospitals/Monklands/Pages/HospitalMap.aspx>
- Panero, J. y Zelnik, M. (1984) *Las dimensiones humanas en los espacios interiores. Estándares antropométricos*. México: Ediciones G. Gili S.A. de C.V.
- Passarelli, M. (2011). *El espacio en la salud. Dormitorio para un niño con autismo*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/356.pdf
- Posadas Hospital Nacional (2016). *Historia. Cronología histórica* (2016). Recuperado el 11/10/16 de <http://www.hospitalposadas.gov.ar/institucional/historia/>

- Proshansky, H. (1978) *Psicología ambiental: el hombre y su entorno físico*. Mexico DF: Trillas.
- Reiach and Hall Architects (2016) *Maggie's Centre Lanarkshire* (2016). Recuperado el 02/11/2016 de: http://www.reiachandhall.co.uk/Project/Healthcare/maggies_01.html
- Rodríguez Marín, J. y Zurriaga Llorens, R. (1997) *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruesch, J. (1953) Synopsis of the theory of human communication. *Psychiatry*. 16, 215-243
- Saforcada, E. (1999) *Psicología Sanitaria, Análisis crítico de los sistemas de atención de salud*. Buenos Aires: Páidos SAICF.
- San Juan Guillén, C. (1997). *Apuntes de psicología ambiental: bases conceptuales y operativas*. España: s.n.
- Seleme, L. (2013). *Humanización pediátrica. Diseño de unidad de hospitalización pediátrica*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/archivos/2630.pdf
- Sepúlveda, A. (2016). *Cuidados paliativos, oasis para unos padres exhaustos*. (2016) Recuperado el 02/11/06 de http://www.elconfidencial.com/sociedad/2016-10-08/cuidados-paliativos-pediatricos-espana-madrid-unidad-dia_1271941/
- Sommer, R. (1974). *Espacio y Comportamiento Individual*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.
- Springer, P. (2014). *Local hospitals say better design means better care*. Disponible en: <http://www.inforum.com/news/3700431-local-hospitals-say-better-design-means-better-care>
- St Christopher's (2016). *Quality of care* (2016). Recuperado el 12/10/2016. Disponible en: <http://www.stchristophers.org.uk/quality-of-care>
- Stephenson, J. (2015). *Maggie's Lanarkshire / Lanarkshire / Reiach & Hall Architects*. (2015) Recuperado el 02/11/16. Disponible en: <http://clickclickjim.com/project/130/maggies-lanarkshire-lanarkshire-reiach-hall-architects>

Sitio Oficial de Cristina Fernández de Kirchner (2015). *Obras de refacción y ampliación en el Hospital Posadas de Morón* (2015). Recuperado el 10/10/16 de: <http://www.cfkargentina.com/obras-de-refaccion-y-ampliacion-en-el-hospital-posadas-de-moron/>

The International Magazine for Designers with Light (2015). *Maggie's Center, UK* (2015). Recuperado el 04/11/16 de <http://www.mondoarc.com/maggies-centre-uk/>

The University of Arizona Cancer Center (2016). *About us* (2016). Recuperado el 04/11/16 de <http://uacc.arizona.edu/about-us>

Villanueva, G. (2013). *Propuesta de remodelación integral del gimnasio kinesiológico pediátrico del Hospital Municipal del Niño de San Justo. Un diseño basado en la estimulación mediante el color y la forma*. Proyecto de graduación. Facultad de Diseño y Comunicación. Buenos Aires: Universidad de Palermo. Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyctograduacion/archivos/2586.pdf

Worpole, K. (2009). *Modern Hospice Design. The architecture of palliative care*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.

ZGF Architects (2016) *University of Arizona Cancer Center* (2016). Recuperado el 04/11/16 de: https://issuu.com/zgfarchitectsllp/docs/university_of_arizona_cancer_center?e=5145747/36532719