



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Arquitectura

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y La Zona de Hospitales 1937 - 2018

Estrategia de crecimiento

Tesis
que para optar por el grado de Maestro en Arquitectura

presenta:

Carlos Rosado Escalante

Tutora

Dra. Consuelo Farías Villanueva

División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM

Miembros del Comité Tutor

M. en Arq. Alejandro Cabeza Pérez

División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM

M. en Arq. Ernesto Ocampo Ruiz

División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM

M. en Arq. Francisco Reyna Gómez

División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM

Dr. Víctor Manuel Coreno Rodríguez

División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM



México, D.F. Octubre de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.







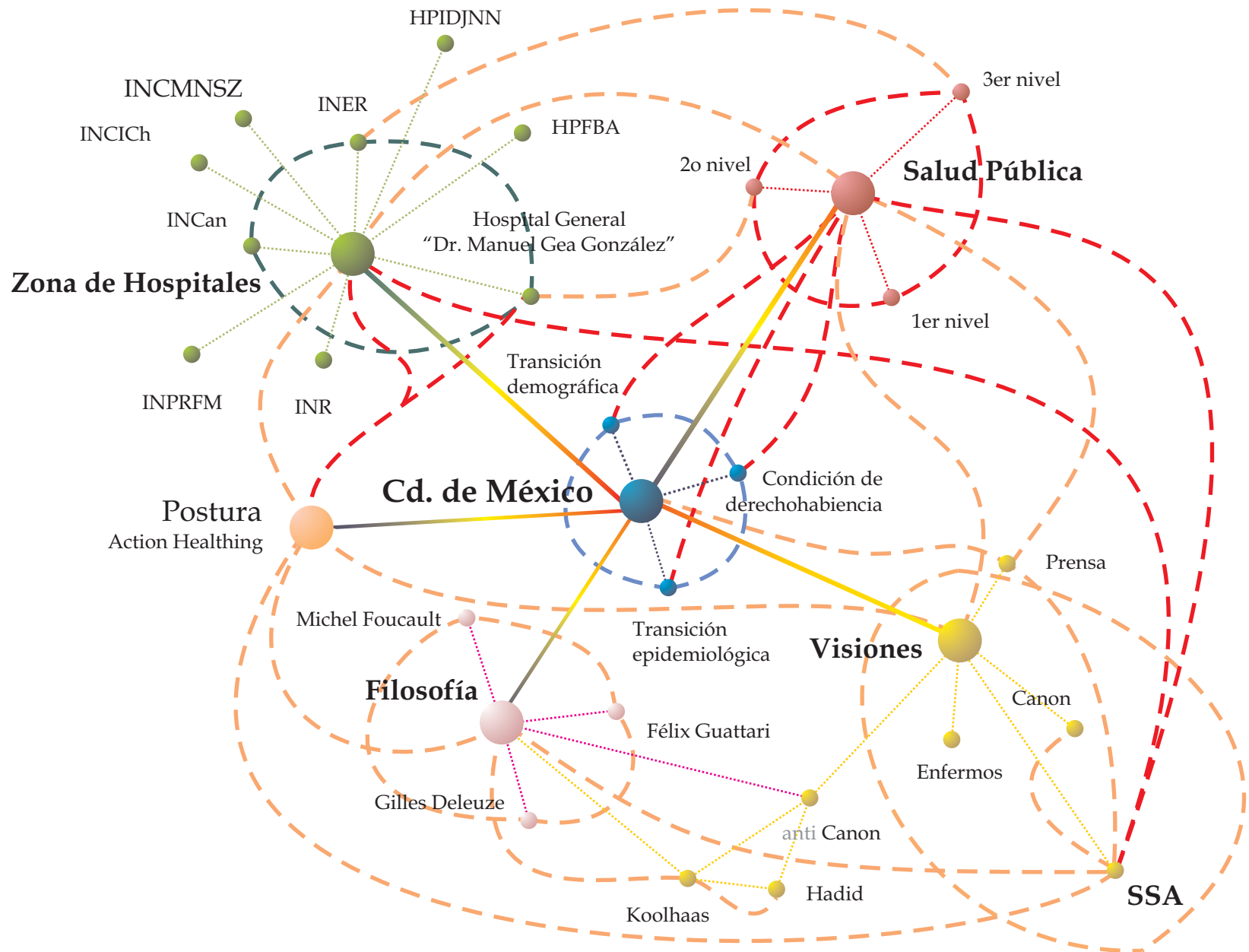


A mi mami Rosa Alicia

¡Mira dónde estamos!



Mapa



Índice

Introducción	XI	Bibliografía	101
La ciudad de México 2004-2050	1	Índice de fotografías	102
Introducción	2	Índice de ilustraciones	103
¿Quién habla en nombre de la ciudad de México?	3	Índice de gráficas	104
El escenario ingente	6	Índice de tablas	104
La transición demográfica		Índice de planos	104
La República Mexicana	19	Canon vs. AntiCanon	105
La ciudad de México	24	Introducción	106
La transición epidemiológica		Canon	108
La República Mexicana	29	Definiciones	109
La ciudad de México	30	Los sistemas de proporción	110
La condición de derechohabencia de la población de la ciudad de México	33	Los Pitagóricos	112
Citas	36	El triángulo rectángulo	113
Bibliografía	37	La sección áurea	115
Índice de fotografías	38	Leonardo Pisano “Fibonacci”	116
Índice de ilustraciones	39	La serie Fibonacci	117
Índice de gráficas	39	El Modulor	118
Índice de tablas	40	Principios ordenadores	122
Las herramientas filosóficas	41	El arquitecto José Villagrán García	124
Introducción	42	El arquitecto Teodoro González de León	127
¿Qué es la filosofía?	43	II. AntiCanon	133
El Panóptico	45	Zaha Hadid (1950)	135
El Rizoma	48	Rem Koolhaas (1944)	152
Utopía vs Heterotopía	51	Comentarios	159
La Heterotopía	52	Citas	162
Citas	57	Bibliografía	165
Bibliografía	58	Índice de fotografías	167
Índice de ilustraciones	58	Índice de ilustraciones	167
El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947-2006	59	La Zona de Hospitales 1937 - 2018	173
Introducción	60	Introducción	174
El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, su evolución histórica	64	La zona de hospitales, un poco de historia	177
Análisis del contexto urbano	84	¿Qué es la zona de hospitales?	181
Levantamiento arquitectónico (2005)	90	La zona de hospitales, la cartografía	188
Citas	99	El concepto herramienta	195
		El plano de inmanencia	198
		El personaje conceptual	199
		El Antiamigo	201

Índice

Action Healthing, componente I	202
Action Healthing, componente II	207
Action Healthing, componente III	220
Citas	232
Bibliografía	235
índice de fotografías	236
Índice de ilustraciones	237
Actualización y comentarios finales	241
República Mexicana	242
Ciudad de México	244
La transición epidemiológica	246
La condición de derechohabiencia de la ciudad de México	248
El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	250
Comentarios finales	255
Citas	259
Bibliografía	260
Índice de fotografías	261
Índice de ilustraciones	261
Índice de gráficas	261
índice de tablas	262

Introducción

El estudio de la maestría en arquitectura en el campo del diseño arquitectónico constituyó una de las actividades más complejas e intensas en las que he participado. Porque investigar veraz y diáfananamente un tema, requiere no sólo de una metodología rigurosa y una cierta capacidad interpretativa, sino también de pasión y de una mente abierta a los nuevos escenarios del aprendizaje: desaprender para aprender cosas nuevas fue un requisito *sine qua non*. Nuestro papel como candidatos a maestros en el Taller de la Doctora Farías no se limitó solamente a la investigación; en varias ocasiones nos exhortó a crear conceptos filosóficos - arquitectónicos que nos sirvieran como una herramienta de diseño y, gracias al acercamiento que tuvimos con la filosofía contemporánea, le dimos vida a no pocos personajes conceptuales quienes tuvieron voz y voto en nuestros casos de estudio.

La labor del arquitecto no es sólo proyectar, supervisar, administrar y construir, sino también, en cierto sentido, vivir, experimentar y prestar vida a los edificios y sus ciudades. La arquitectura, en efecto, no construye “los edificios”, sino “nuestros edificios”, esas porciones de la realidad, esos *espacios otros*, en palabras de Michel Foucault, que nos constituyen; ellos nos identifican ante el mundo como lo que ayer fuimos, hoy somos y lo que el día de mañana anhelamos ser. Pensar la arquitectura es una forma particular de mirar hacia el futuro a través de ese instrumento supremo que es la imaginación.

Así, cuando hablamos de la arquitectura de la ciudad de México, nos referimos a un campo fértil —a ese *escenario ingente* que sirve como telón de fondo— para las investigaciones e interpretaciones más diversas. Cada uno de los trabajos de mis compañeros destacó dentro de la ciudad, el gran laboratorio urbano, los acontecimientos que les resultaron más significativos

Introducción

y descubrieron nuevas perspectivas para valorar lo construido y proyectarlo hacia el futuro. Una de estas posibilidades es sin duda la arquitectura hospitalaria, en especial la que se localiza al sur de la ciudad de México. Si hemos de considerarla como un *tejido* de relaciones, entenderemos que esa prolija *urdimbre* plantea un trazo complejo, pero al mismo tiempo interesante, para aprender los principales componentes de la investigación en el campo del diseño arquitectónico contemporáneo.

La arquitectura hospitalaria le da jerarquía a una ciudad.

Quizá no hay sido muchos, pero sí muy brillantes, los esfuerzos de nuestro gremio para exponer la teoría y la práctica sobre el diseño hospitalario: Villagrán, Yáñez y, recientemente, Sergio Mejía Ontiveros, entre otros. Esta disertación constituye una visión extensa y transdisciplinaria, que expresa y experimenta en forma integral no solamente el pasado y el presente de la zona de hospitales, sino que destaca la importancia de las entidades que la constituyen, en especial del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, y las proyecta hacia el futuro próximo, los años 2018, 2031 y 2050. De igual forma se resalta la influencia que estas instituciones tienen sobre los habitantes *enfermos* de la ciudad de México y sus respectivos familiares. Conocer dicha zona nos permite apreciarla y el mejor conocimiento de su funcionamiento ha de contribuir a que las personas que habiten cerca de la Zona de Hospitales en la primera mitad del siglo XXI puedan tener acceso a un sistema hospitalario a la altura de sus expectativas.

Ahí nace la hipótesis de esta tesis:

El sur de la ciudad de México sólo cuenta con un hospital general de referencia: el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Sin embargo, a pesar de su *soledad acompañada* (pues está rodeado de institutos nacionales y hospitales psiquiátricos), el *Gea* puede convertirse en el *elemento clave* de la Zona. Si se convocan a todos los actores necesarios (Secretarios de Salud, Federal y del Gobierno del Distrito Federal (GDF) y sus respectivos subsecretarios y jefes áreas, a los representantes de la Secretaría de Hacienda, de la Secretaría de Obras del GDF, de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), a los Directores de las instituciones que forman parte de la actual zona de hospitales, etc.), si se les convence de que no es posible *formar una orquesta con puros solistas*, ya que al hacerlo se duplican o triplican laboratorios, auditorios, etc.; si se les comprueba que no se puede permitir una zona *habitacional* en pleno *corazón* —nunca mejor dicho— del conjunto hospitalario; si se les demuestra con razonamientos que existen herramientas filosóficas contemporáneas que consolidan las alternativas de solución

urbano arquitectónicas; si se entiende que al modificar la infraestructura física de las entidades y su contexto se puede lograr, todavía, una verdadera Zona de Hospitales cuyo elemento coordinador será, por su misión - visión, sus objetivos y por los servicios que ofrece, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

La estructura de la disertación:

El presente documento está dividido en mesetas —regiones de intensidad que vibran sobre sí mismas— lo cual permite que puedan leerse independientemente pero que, al mismo tiempo, su contenido se entrelace indisolublemente, al seguir el principio de conectividad rizomática en donde “...los rasgos no siguen necesariamente un orden o una estructura determinada. (pero)... Los eslabones de signos se conectan entre sí, incluyendo formas de codificación muy diversas...” (p. 48 del presente trabajo); de ahí la cartografía que aparece en la página VII, donde los temas se conectan unos con otros.

La ciudad de México 2004 - 2050 presenta al escenario ingente a través de recorridos que derivaron en un levantamiento fotográfico amplio, del cual, por razones de espacio, sólo se presenta una parte. Caminar la ciudad, en especial algunas colonias que no conocía, fue una forma de experimentarla ya que cada visita fue realizada en transporte público; tomó el tiempo necesario para conocerla y seleccionar las frases que acompañan cada grupo de fotografías. Nunca fui a las visitas porque me sobraba tiempo, sino que, al contrario, fui con todo mi tiempo. En esta meseta se presentan también dos elementos fundamentales de la presente disertación: las transiciones demográfica y epidemiológica, tanto del país como de la ciudad de México. En esta última se vive ya un proceso de envejecimiento y cuya población presenta enfermedades asociadas con la pobreza (infecciones y desnutrición) y, al mismo tiempo, enfermedades crónicas degenerativas (isquémicas del corazón, diabetes y tumores malignos) asociadas a la vida de las ciudades contemporáneas: sedentarismo, mala alimentación, contaminación y estrés, por mencionar sólo algunas de sus características. El anhelo de esta parte de la disertación es dejar a los eventuales investigadores de nuestra urbe, datos que puedan incluir en una futura investigación.

Así, tanto con los recorridos como con las estadísticas, se creó el telón de fondo para escribir el breve ensayo —engañosamente ominoso—, *¿Quién habla en nombre de la ciudad de México?* En él se plantean puntos de inflexión:

“La ciudad de México recrea un entorno que nos promete, sin duda alguna, aventuras, poder, alegría, crecimiento, transformación de nosotros y que, al mismo tiempo, amenaza con colapsar, con destruir todo lo que tenemos, todo lo que sabemos y todo lo que somos. Sin embargo, la capital nos brinda la fortaleza para no vacilar en nuestra determinación de enfrentarnos a tales fuerzas, de estudiar y luchar para cambiar a la ciudad y hacerla nuestra.”

“... Tenemos que ser a la vez conservadores y revolucionarios... vitales ante las nuevas posibilidades de experiencia y aventura; y sobre todo, ansiosos por crear e inventar alternativas de solución para los problemas de la gran ciudad de México.”

“... Nosotros —los universitarios— hablamos en nombre de la ciudad de México. Tenemos la obligación de mantenerla con vida no sólo por nosotros sino también por las generaciones a las cuales antecedemos.”

“La ciudad de México no es sólo una ciudad grande, es una gran ciudad. Pero necesita de nuestras decisiones.” (p. 4)

En las *Herramientas Filosóficas*, segunda mesta de esta disertación, me subí a los hombros de pensadores contemporáneos para aprender cómo el pensamiento “... piensa su propia historia (pasado), pero para liberarse de lo que piensa (presente) y poder finalmente «pensar de otra forma»” (p. 42). Los problemas contemporáneos, complejos todos ellos, requieren soluciones fundamentadas en el pensamiento contemporáneo, complejo también. Los actos de pensamiento (conceptos) expuestos fueron: el Panóptico y las Heterotopías / Heterocronías, ambos de Michel Foucault, así como el Rizoma, de Gilles Deleuze y Félix Guattari. Estas formas de pensamiento filosófico encontraron cabida en el diseño urbano arquitectónico y fueron la piedra angular para plantear las alternativas de solución de esta tesis. De la mano de Foucault comprendí que el Panóptico no es sólo una figura arquitectónica sino “...todo un laboratorio que puede ser utilizado como máquina de crear experiencias, de modificar el comportamiento y de encauzar o re-educar la conducta de los individuos...” (p. 46); de él aprendí también que los espacios arquitectónicos pueden y deben convertirse en “los espacios otros”, aquellos que —a través de su diseño— suspenden, neutralizan o hasta invierten el contexto que los rodea (p. 56) al convertirse en los mejores lugares *reales* posibles.

También caminé junto a Deleuze y Guattari y su Rizoma, el concepto filosófico que sirve como introducción al libro *Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia*, para comprender los seis principios rizomáticos y su aplicación al diseño urbano arquitectónico. De ellos, el que habla sobre la *conectividad* fue el que más impacto tuvo en este trabajo ya que una parte de la solución de esta tesis, que se presenta en la meseta *La Zona de Hospitales, 1937 - 2018*, descansa en este principio. Tanto al exterior, en el diseño de la

Zona de Hospitales sin el diseño de los hospitales, como al interior del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, se aplicó el principio de *conectividad*, en favor del sistema de referencia y contrarreferencia que debería existir entre los pacientes de las instituciones que coexisten en la zona de estudio. Asimismo, y como se estableció líneas arriba, este documento está pensado como un rizoma, en el cual el contenido de las mesetas está siempre en conectividad.

La meseta titulada *El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947 - 2006*, trata sobre la evolución del nosocomio, desde su fundación como Sanatorio Hospital (1947), su paso como Instituto Nacional de Neumología (1952) y su cambio a Hospital General (1972). Tres son los puntos a resaltar de esta parte de la investigación:

1.- De cómo un edificio diseñado para ser sanatorio de tuberculosos avanzados se tuvo que transformar en instituto nacional y, posteriormente, en hospital general. La torre de hospitalización del *Gea* no fue pensada para albergar instalaciones como quirófanos, la central de equipo y esterilización, la unidad tócoquirúrgica, etc. Por lo tanto, el hospital ha tenido improvisar sus servicios, no siempre con los mejores resultados.

2.- De cómo las decisiones presidenciales (y en términos generales, de algunos otros funcionarios públicos) pueden afectar el funcionamiento de un sistema hospitalario. En marzo de 2005, el entonces presidente Fox comprometió a los hospitales federales de referencia del D. F. (entre ellos el *Gea González*) a brindar atención ginecológica gratuita a todas las mujeres embarazadas de la ciudad de México. A primera vista, la intención es buena. Sin embargo, el gobierno federal no incrementó los recursos presupuestales ni la infraestructura hospitalaria para apoyar tal medida. Como resultado de esto, los índices de ocupación del servicio de ginecoobstetricia (ya de por sí altos), superaron el 100% de ocupación y, por lo tanto, se tuvieron que improvisar áreas dentro de los nosocomios para atender la indicación presidencial. Al final, resultó una medida demagógica que demostró lo desarticulado que puede estar un presidente de su sistema hospitalario.

3.- De cómo la obra pública en México se puede convertir en un *cáncer* para las instituciones de salud. Funcionarios públicos deshonestos, proyectistas sin la capacidad técnica para dar respuesta a un proyecto de reestructuración así como constructoras con una falta de ética profesional, conformaron un panorama desolador, en este caso, para el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. A 17 años de distancia, la Torre de Hospitalización aún muestra las cicatrices ocasionadas por la *reestructuración* iniciada en 1997.

Introducción

Por otra parte, se realizaron varios recorridos y sus respectivos levantamientos fotográficos tanto al interior del hospital como en su contexto próximo, especialmente en la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando. Esta meseta terminó con la presentación del levantamiento arquitectónico del conjunto hospitalario, nivel por nivel, el cual también anhela convertirse en un documento de consulta para los futuros investigadores de la historia del hospital, ya que muestra de la mejor manera posible, las plantas arquitectónicas que la entidad tenía en noviembre de 2005.

Vale la pena señalar que en esta meseta no se presenta ninguna alternativa de solución para el conjunto hospitalario ya que, para proponer una estrategia encaminada a fortalecer la infraestructura física del nosocomio, hube de esperar, primero, a conocer y entender el resto de la zona de hospitales.

Una de las mesetas más divertidas fue la de *Canon vs antiCanon*, cuyo principal objeto fue el de acercarme a dos formas radicalmente opuestas de pensamiento: el que cree en el pensamiento dogmático, que sigue, precisamente, cánones y principios ordenadores; fue interesante recordar la sección áurea, el pensamiento pitagórico y el *Modulor* de Charles Edouard Jeanneret, *Le Corbusier*; también fue agradable conocer la historia de Leonardo Pisano y su serie *Fibonacci*; en todos los casos, el legado de esos conceptos ha influido en la forma de pensar la arquitectura de los últimos dos mil años. De igual forma, busqué arquitectos mexicanos que hayan dejado —por escrito—, su teoría arquitectónica. Aquí vale la pena comentar lo difícil que fue encontrar escritos en los cuales los arquitectos plasmaran su teoría arquitectónica a excepción hecha, claro está, de José Villagrán García. Las revistas y los libros de arquitectura mexicana están llenos, la mayoría de las veces, de fotografías y descripciones obvias de los edificios que publican. Pero casi nunca aparece la forma en la que los diseñadores abordaron los proyectos y, mucho menos, los conceptos que utilizaron como herramientas de diseño. Lamentablemente, cuando sí aparecen, como es el caso del concepto que dio pie al *Museo del Mundo Maya*, construido en Mérida, Yucatán, denotan, como se demostró a través de razonamientos, una impresionante pobreza intelectual (pp. 161 y 162).

La parte que habla sobre el *antiCanon*, demuestra que hay otras formas de entender la arquitectura que no sienten una cómoda serenidad ante un grupo de ideas convencionales satisfactoriamente prearregladas sino que, por el contrario, se aventuran en el mundo de las ideas que presentan todo tipo de posibilidades, combinaciones y reajustes novedosos y sin precedentes. Para ilustrar esta parte, fuí en busca del pensamiento de dos reconocidos arquitectos contemporáneos, Zaha Hadid y Remment Lucas Koolhaas quienes han modificado el vocabulario arquitectónico al introducir palabras y

conceptos novedosos. Es en esta forma de pensar en la que encontré fundamentos para sustentar la propuesta de intervención en la zona de hospitales.

La meseta *La Zona de Hospitales 1937 - 2018* es aquella en la que convergen todas las regiones de intensidad de la presente disertación. Algunas preguntas clave para desarrollar la primera parte de esta meseta fueron: ¿qué es y cómo se formó la zona de hospitales? ¿Qué entidades la conforman? ¿Es de verdad una zona de hospitales? Y, especialmente, ¿cómo ven los enfermos a la zona de hospitales? Fue muy interesante entender el cambio de un lugar el cual, en menos de 60 años, se transformó de una región que contaba con aire puro, exento de humo y polvo en una colonia caótica y contaminada. Basta con observar la fotografía 1 de la página 182, tomada en 1937, en la que aparece un irreconocible Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco (hoy Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER), rodeado de amplísimos terrenos y en la que la avenida San Fernando ni siquiera existía, para confrontarla con las fotografías 18, 19, 20 y 21 que aparecen en las páginas 85 y 87 de la meseta El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947 - 2006, que nos hablan de un lugar impensable para un hospital.

La ilustración 2 de la página 186 —una de mis favoritas— muestra la distribución de los servicios de salud pública, segundo y tercer niveles de atención médica, que ofrece la Secretaría de Salud. En ella, se hace evidente el desequilibrio que existe en la distribución de las diferentes entidades ya que, a partir del viaducto Miguel Alemán,

Como parte del trabajo de investigación correspondiente a esta meseta, se elaboró el plano base de la zona de hospitales, a partir de cual se trazaron los siguientes documentos: el de vialidades, el de transportes, el de conflictos viales y el de sendas, bordes, barrios y nodos identificados en 2006. Con base en el análisis de esta información y apoyados en los tres componentes del *concepto herramienta* inventado para esta disertación, se trazaron las láminas correspondientes a la alternativa de solución.

Los problemas complejos necesitan soluciones complejas y para ello fue necesario apoyarse en la filosofía contemporánea. Cobijado por la meseta de *Las Herramientas Filosóficas*, expongo el siguiente pensamiento (¿hipótesis dos?): si se inventan, se bautizan y se utilizan *conceptos herramientas* filosófico — arquitectónicos, se obtendrán alternativas de solución originales y de vanguardia que, además, podrán ser utilizados en otros problemas de diseño urbano arquitectónico. Por ello, una de las aportaciones más importantes de esta tesis es la creación del *Action Healthing* (AH), el concepto

herramienta que rige la intervención tanto del espacio urbano de la Zona de Hospitales como del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Consta de tres componentes de los cuales, el primero piensa la situación de la ZDH desde lo urbano es decir, el diseño de la zona de hospitales sin el diseño de los hospitales, lo que llevó consigo a la creación de una nueva heterotopía, la heterotopía del acto médico. El segundo componente del AH tuvo que ver con la infraestructura física, con los edificios y la forma en que los servicios médicos se distribuyen dentro de él. Finalmente, el componente III se refirió a la heterotopía del acto médico al pensar el espacio-otro-hospitalario que cuida, protege y anima la relación médico - paciente. Para ilustrar este tercer componente, eché mano de lo expuesto en la clase de *Cinematografía y Pensamiento Urbano Arquitectónico Contemporáneo* en la cual aprendimos, entre otras cosas, a utilizar elementos del cine como herramientas para el diseño arquitectónico. Así, escribí el guión para dar vida a un espacio arquitectónico de la torre de hospitalización: el vestíbulo del servicio de ginecoobstetricia; el objetivo es lograr que la arquitectura tome un papel protagónico, al acompañar a través de elementos simbólicos al familiar de una paciente que está a punto de dar a luz.

Otra novedad en esta meseta es la creación de dos personajes, el *conceptual* y el *antiamigo*. El primero, la *Torre de Hospitalización*, es quien dijo *yo soy* y tomó voz propia para convertirse en el guardián y defensor del hospital a través de un lenguaje profético que anunció y denunció lo que sucede a su alrededor mientras que, por otra parte, el segundo personaje, el *antiamigo*, quien no es el enemigo, también tomó la bandera, a su estilo, de líder y defensor del hospital en esta especie de síntesis de los opuestos. La gran diferencia entre ambos es la posición ejecutiva que el segundo tiene. En cierto sentido, cada institución posee tanto personajes conceptuales, a los cuales hay que darles voz, y *antiamigos*, a los cuales hay que crearles un contrapeso. El daño que se le cause —o no— a un hospital (o cualquier otra institución que esté relacionada con la obra pública), dependerá en gran medida de las decisiones que surjan de este ejercicio dialéctico.

Finalmente, la meseta presenta las láminas de la Zona de Hospitales con la alternativa de solución tanto a nivel urbano como al interior del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. En el primer caso, se muestran las acciones necesarias para poder hablar de una verdadera Zona de Hospitales, en la cual, la prioridad la tienen los pacientes, en especial aquellos que sufren de algún tipo de discapacidad. Estas acciones incluyen, entre otras, una delimitación clara de la Zona, la depresión de ciertas vialidades, la recuperación de predios (actividad de suma importancia), la creación de una franja de protección y la construcción de la infraestructura física necesaria para articular el conjunto, que incluyen los caminos necesarios para

comunicar a todas las instituciones que forman parte del proyecto.

En lo que se refiere al Hospital General, se elaboraron las láminas necesarias, nivel por nivel, que muestran las acciones relacionadas con la infraestructura física, encaminadas a que el Gea González tome el papel de entidad coordinadora de la Zona de Hospitales. Tanto los Institutos Nacionales como los Hospitales Psiquiátricos, podrán apoyarse en los servicios que ofrece el Gea González, fortaleciendo, finalmente, el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes.

Por último, en la meseta *Actualización y Comentarios Finales*, se anotaron los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 correspondientes, así como algunos datos estadísticos del Hospital Gea González para el período 2007 - 2014. De igual forma, se establecieron las acciones de obra pública que a la fecha (abril de 2014) se detectaron en el área de estudio; una vez hecho esto, escribí los comentarios finales —que no conclusiones— sobre el tema. Los augurios no son buenos. Si bien la obra pública realizada en el Gea González en los últimos seis años es impresionante (me refiero en específico a la flamante Torre de Especialidades), la idea de convertir al nosocomio en un Centro Médico Nacional, no parece tan acertada ya que la institución debería fortalecer el segundo nivel de atención médica, no saltar al tercero. Por su parte, el llamado proyecto de la Secretaría de Salud, *La Ciudad de los Hospitales*, tampoco parece ser realmente una ciudad, como sí la es la Ciudad Universitaria, de esta casa de estudios.

Ninguna de las dos etapas planteadas en este documento para la zona de hospitales, la urbana y la del Gea, son fáciles de realizar. Pero tampoco son imposibles. Por lo expuesto en las mesetas de este trabajo, se puede advertir que, tanto la ciudad de México como la zona de hospitales, han cruzado ya el punto sin retorno. Estamos en un momento excepcional de la historia, tanto demográfica como epidemiológicamente; dependiendo de las decisiones que tomemos en los próximos años, llegaremos a un desarrollo viable o colapsaremos como sociedad. Estas transiciones serán lo que destaquen los futuros historiadores cuando vuelvan la mirada a nuestra era. Son transiciones que están transformando todo en nuestra ciudad, desde lo geopolítico hasta la estructura de las familias. Y, en cierto sentido, plantean problemas a una escala de la que tenemos muy poca experiencia. La ciudad de México está, pues, en un período de máxima exigencia sobre sus recursos y el ingenio de sus habitantes.

Sobre la metodología, documentos y archivos consultados.

Para elaborar el contenido de esta tesis, consulté los archivos documentales del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” a los cuales los diferentes directores me dieron acceso: tanto los documentos históricos, como los de rendición de cuentas, en los cuales aparecen, por ejemplo, los porcentajes de ocupación de los diferentes servicios; tuve acceso al plan maestro elaborado por al coordinación de obras así como al archivo fotográfico. Hoy en día, la mayor parte de esta información aparece ya en la página electrónica del hospital.

Lo anterior no sucedió con los institutos nacionales. Fueron entidades mucho más herméticas con su información. A veces, el simple hecho de caminar con una cámara fotográfica dentro de sus instalaciones era motivo de una vigilancia especial. La dedicación mundial a las actividades terroristas y/o de narcotráfico llegan a introducirse incluso en la elaboración de un trabajo académico orientado a la investigación. O tal vez se trata de esa idea que tienen algunos funcionarios públicos quienes piensan que todo gira alrededor suyo y que la presencia de alguna persona extraña, equipada con una cámara fotográfica es una señal ominosa para su administración.

Hoy en día, las instituciones públicas de salud que consulté a través de su página electrónica, tienen una sección que se refiere a la *Transparencia y Rendición de Cuentas* en la que se lee:

“El acceso a la información debe ser el pilar sobre el que se construyan políticas y acciones en materia de transparencia, rendición de cuentas, y participación ciudadana que permitan generar un puente de diálogo sincero entre autoridades y ciudadanos.

Mediante estas acciones habremos de fortalecer un gobierno más abierto al escrutinio público y fomentar una relación entre sociedad y gobierno basada en la confianza, la colaboración y la responsabilidad compartida.” (Portal electrónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/index.html>, consultada en abril de 2014).

Sin embargo, esta información no siempre está actualizada. En la mayoría de ellas, la información que aparece está actualizada... al año 2012.

Para escribir la historia de la zona de hospitales, consulté dos bibliotecas públicas: la del *Gea González* y la del INER. En la segunda encontré la *Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio* cuya información resultó muy importante para tener una visión completa de dicha historia. Para armar la evolución histórica del hospital general, además de su biblioteca, tuve acceso a una biblioteca privada, la del doctor Juan José Mazón

Ramírez. Sin su amable apoyo, hubiera sido más difícil entender la evolución de la entidad.

Dos bibliotecas más fueron trascendentales para el presente trabajo: la biblioteca *Lino Picaseño* de la Facultad de Arquitectura de la UNAM y la biblioteca *Luis Unikel*, de su División de Estudios de Posgrado.

Evidentemente, la *Internet* se convirtió en un sitio de consulta obligatoria; por ejemplo, la mayor parte de la información de los *Censos de Población y Vivienda* de nuestro país se pueden consultar en su página electrónica. Además, en varias ocasiones el programa *Google Earth* me permitió observar, desde arriba, el área de estudio. Si bien las primeras imágenes aéreas de la zona las conseguí en el archivo de la Compañía Mexicana Aerofoto, ubicada en la colonia Escandón, considero que, a partir de ahora, la tendencia será consultar *Google Earth* (o el programa similar en turno). Asimismo, parte de la cartografía que sirvió como base para la elaboración de las ilustraciones de la meseta *La Zona de Hospitales 1937 - 2018*, se consiguió a través de dicho programa digital.

Caminar el área de estudio, en diferentes días y horarios, resultó también un ejercicio indispensable para entender la situación y la problemática del conjunto hospitalario. Observar la forma en la que los pacientes llegan a los hospitales, ya sea en transporte particular, público o caminando, resultó muy enriquecedor, al igual que experimentar algunos de los servicios del hospital, como sus salas de espera y la consulta externa; en esta última, tuve el privilegio de conocer a dos grandes personajes de la medicina mexicana: el Dr. Fernando Ortiz Monasterio (1923-2012), del departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva y al Dr. José Refugio Arrieta Gómez, del departamento de Otorrinolaringología, ambos extraordinarios médicos pero mejores personas. Asimismo, tener acceso para entender cómo funciona el servicio ginecoobstétrico y su unidad tocoquirúrgica, uno de los servicios más demandados del hospital, resultó en una experiencia invaluable.

Se considera que los resultados fundamentales de esta tesis son:

1.- A través del pensamiento complejo se pueden ofrecer alternativas de solución originales, capaces de resolver los problemas urbano arquitectónicos contemporáneos. Para ello, resulta fundamental apoyarse en la filosofía de nuestra época, pues coadyuva a la creación de conceptos filosófico arquitectónicos que se convierten en herramientas de los diseñadores (pensadores) arquitectónicos. Estos conceptos pueden y deben servir para resolver otros problemas de nuestra disciplina por lo que habrá que darlos a conocer a otros arquitectos y convencerlos de que los experimenten.

2.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” es una gran institución, pero su futuro depende de las decisiones que le permitan continuar con su trayectoria. Esta institución, por su ubicación, por los servicios que presta y por la población a la que está dedicada, debe fortalecer el segundo nivel de la atención médica. Asimismo, y de la mano de los institutos nacionales, deberá dirigir su infraestructura física de tal forma que facilite el sistema de referencia y contrarreferencia de sus pacientes.

3.- Los institutos nacionales son, todos ellos, grandes instituciones de salud pública; pero la forma en la que están contruidos los obliga a funcionar como solistas dentro de una gran orquesta. De la mano de las autoridades de la Secretaría de Salud, tendrían que dirigir sus esfuerzos para derribar las bardas y buscar una arquitectura que les permita eficientar sus instalaciones. ¿Es necesario que cada instituto tenga su propio auditorio, sus propios laboratorios, y sus propias bibliotecas, por ejemplo? A juicio de un servidor, no, ya que se duplican, triplican y cuadruplican muchas de estas instalaciones. Un buen ejemplo de integración lo representa el ahora Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), al agrupar tres entidades: la de Rehabilitación, la de Comunicación Humana y la de Ortopedia; se suman así, en este innovador instituto, los esfuerzos humanos, materiales y financieros, en favor de su población usuaria.

4.- Lo distante que están los políticos —entre ellos los responsables del Ejecutivo Federal, la Secretaría de Salud y de Hacienda, así como los del Gobierno de la Ciudad de México y sus respectivas secretarías—, de la zona de hospitales. Ninguno de ellos ha mostrado el interés, el liderazgo ni la capacidad de convocatoria suficientes para reunir a las dependencias gubernamentales que pueden influir favorablemente en el área de estudio. Las soluciones del gobierno siempre han quedado cortas ante los problemas complejos contemporáneos. Y seguirá siendo así mientras lleguen a los hospitales en coche con un lugar de estacionamiento seguro; mientras no caminen la zona de hospitales y tengan que subir y bajar los puentes peatonales; mientras se sigan atendiendo en hospitales privados o extranjeros; mientras no tengan que sacar su carnet y esperar dos o tres horas la consulta médica; mientras no lleguen a las seis de la mañana al laboratorio clínico para que les digan que no hay insumos; mientras no tengan que recorrer, del Gea González al INER, en silla de ruedas, porque los equipos de rayos X no funcionan. Si tan sólo tuvieran un atisbo de lo que se vive en sus institutos...

5.- El daño que provoca la corrupción en la obra pública hospitalaria se puede medir en años: proyectos *ejecutivos* incompletos, obras de pésima calidad; supervisores, auditores, contralores y comisarios que no cumplen con su función y, al final, edificios que tardan eones en inaugurarse. Mientras tanto, los servicios de atención médica con más demanda tienen que ser cerrados o reducidos en el número de pacientes atendidos. Mientras tanto, las mujeres embarazadas, a punto de dar a luz, tienen que caminar alrededor del hospital hasta que su caso se

convierta en una urgencia y, entonces sí, sea aceptada en el área de urgencias obstétricas. Mientras tanto...

Los agradecimientos cordiales.

Me resulta imposible en un trabajo como este, dar las gracias a todos los que han contribuido en él. Sin embargo, me gustaría expresar una gratitud especial a todos mis profesores de la maestría, en especial a la Doctora Consuelo Farías – van Rosmalen por su paciente tutoría, la cual me ayudó a esclarecer cuestiones de detalle o de enfoque a través de la lectura crítica de los primeros borradores de este documento, así como a forjar la estructura intelectual de cada meseta, las cuales nacieron, como es evidente, en sus cátedras. La satisfacción que me proporcionaron los intercambios de razonamientos sostenidos durante dos años en el salón, cada martes, miércoles y jueves, es una de mis recompensas principales por estudiar un posgrado. Recordaré siempre con gratitud a mis colegas y compañeros de clase por concederme participar en sus proyectos de investigación de los cuales aprendí mucho.

Me siento más agradecido de lo que puedo expresar con el Doctor Juan José Mazón Ramírez, pues sin su entusiasta apoyo este documento jamás hubiera quedado completo. Además, estoy obligado a decir que el Doctor Mazón es el único servidor público que conozco quien, siendo director de una institución, no desvió un solo centavo de la cuenta de obra pública durante su administración. Así lo indican los resultados de las auditorías correspondientes a su gestión y, tal vez más importante, así lo expresa quien fuera el Coordinador de Obras en su administración. Por ello, durante los últimos 20 años lo he considerado como una persona seria, profesional y ética, pero sobre todo, honrada. Él es un ejemplo a seguir. Sin embargo, nuestra relación va más allá de lo laboral. En el plano de la amistad, su acompañamiento ha resultado inefable. Cuando lo conocí yo ya era arquitecto. Sin embargo, fue hasta después de tratarlo, escucharlo y admirarlo, que supe la clase de persona que yo quería ser. Muchas gracias por todo, Doctor Mazón.

El agradecimiento más profundo por la elaboración de esta tesis se lo debo a mi familia: a mi mamá, a mis hermanos y a mis hijos, Darío y Erick. Y tengo una deuda especial de gratitud con Triny, pues durante todos estos años su belleza, sus palabras de aliento y su mirada cálida han sido el motor de mi corazón. Ella es mi esposa, mi compañera en todos los caminos y, además, el amor de mi vida.

Ciudad de México, abril de 2014.

La ciudad de México 2004-2050

- Introducción ● ¿Quién habla en nombre de la ciudad de México?
- El escenario ingente ● La transición demográfica
- La transición epidemológica ● La condición de derechohabencia



La ciudad de México 2004-2050

Introducción

La **Estrategia Educativa** (EE) de la Maestría en Arquitectura del Campo del Diseño Arquitectónico (**MADA**) vigente durante los semestres de mis estudios me proveyó de “un contexto crítico en el cual las prácticas espaciales y materiales del ambiente construido **contemporáneo** fueron discutidas ...[para] tener un impacto transformador tanto en el ambiente construido como en la cultura urbano arquitectónica contemporánea desde una perspectiva transdisciplinaria, transcultural y transnacional”⁽¹⁾. En el punto *Talleres Primero y Segundo semestres: estrategia básica de investigación*, la EE establece:

“El primer semestre del programa implica **la exploración de la Ciudad de México**, un dominio urbano sujeto a intensa transformación. Como una metrópoli sometida a una multiplicidad de cambios dramáticos —cultural, social y económicamente— la ciudad de México está simultáneamente siendo re- inventada, es una ciudad en continuo movimiento y mutación. Los procesos de negociación e “hibridización” entre culturas tradicionalmente fuertes, la articulación entre economías empresariales y políticas intervencionistas (como el caso de la renovación parcial del Centro Histórico y el Paseo de la Reforma con la intervención del Telmex, por ejemplo), la integración de anteriores pueblos, la inmigración masiva, las nuevas relaciones entre el trabajo y el tiempo libre, la herencia y el turismo, las raíces y la movilidad están alineando un campo fantástico de potenciales arquitectónicos para ser explotados y de oportunidades para la verdadera invención urbano-arquitectónica.”⁽²⁾

Bienvenida la invitación. Pero, ¿qué significa aceptarla? Desde mi punto de vista, representa la oportunidad de experimentar a la ciudad de México. Y no me refiero a la experimentación del método científico, en donde se sigue a rajatabla una serie de pasos para llegar a una conclusión; entiendo a la

experimentación —por lo menos para esta meseta— como la apertura a nuevas intensidades: **¡No razones, experimenta!**, es una de las frases que más escuché durante el Taller de Investigación.

Derivado de lo anterior, el experimento consistió en dos fases: la primera fue escribir un ensayo que, aunque breve, hiciera énfasis en la importancia que tiene el que la mayoría de los capitalinos, cada uno desde su trinchera, tomemos decisiones que permitan, en la medida de lo posible, mantener la sustentabilidad de la ciudad, de manera que —si somos lo bastante sensatos—, no se pongan en riesgo los recursos necesarios para quienes llegarán después.

La segunda, ver por mí mismo el mayor número de regiones de intensidad de la ciudad; visitarlas, caminarlas, fotografiarlas, es decir, experimentarlas. En realidad, hasta las regiones que podría considerar como ampliamente conocidas, cambian radicalmente cuando las sientes desde esta perspectiva. Para la mayoría de los capitalinos, lo natural es enojarse con la ciudad y sus problemas. Pero pocos se comprometen en conocerla y experimentarla para plantear alternativas de solución. Siempre será más fácil destruir. Es en este sentido, que la EE de la **MADA** toma un valor relevante en materia del espacio urbano-arquitectónico de la ciudad de México: llegamos a ser más de 30 “cerebros” [como nos llamaba la Dra. Farías en momentos de optimismo] en el Taller de Investigación buscando, de una manera fresca y lúdica, profesional y ética, posturas que permitan mejorar la calidad de vida de nuestra ciudad. No encuentro causa más apremiante, ni afán más justo, que proteger el futuro de nuestra ciudad. Casi todos los problemas que padecemos son obra de nosotros mismos y, por lo tanto, los podemos resolver. No existe convención social, partido político, hipótesis económica o pensamiento dogmático que revista mayor importancia.

El ensayo ¿Quién habla en nombre de la ciudad de México?

La ciudad de México es un *equilibrio inestable*. Para vivir en ella se necesita un cierto entusiasmo y mucha fuerza física. La mayoría de los capitalinos experimentamos al menos una sensación vaga de ansiedad ocasionados por diversos motivos, que casi nunca desaparecen por completo. La mayor parte de éstos se refieren a nuestra vida cotidiana. Para muchos de nosotros la ansiedad se ciñe a la búsqueda del sustento y seguridad para la prole; la mayoría advertimos a nuestros hijos que no hablen

con extraños y las personas que pueden, los menos, contratan toda clase de seguros. Pero los problemas ocasionados por los factores socio-económicos-demográficos no son los únicos en esta ciudad de México, hay que sumar los que se generan por el ambiente urbano arquitectónico los cuales también provocan gran estrés.

En los casi 500 años que tenemos de habitarla, hemos acumulado un cierto equipaje cultural: pensiones hereditarias a la agresión (que se han exacerbado a raíz de la aparición del automóvil: circulan por nuestras calles 3.7 millones de autos al día⁽³⁾) y al pensamiento dogmático; sumisión a los líderes políticos y sindicales, así como una aparente indiferencia a los problemas que se suscitan en una ciudad como la nuestra; un equipaje que plantea algunas dudas sobre la sustentabilidad de la capital. Pero también hemos adquirido compasión para con los demás (especialmente en casos de emergencia, como lo fueron los sismos de septiembre de 1985); amor hacia nuestros hijos y hacia los hijos de nuestros hijos; el deseo de aprender de nuestra historia y una inteligencia apasionada y de altos vuelos (así lo demuestran las investigaciones realizadas por mis compañeros del Taller de Investigación): herramientas evidentes para que continuemos viviendo y prosperando en la ciudad de México.

A través de la historia, hemos visto ciudades que colapsan y que desaparecen. Nosotros hemos sido afortunados: la ciudad de México está viva y, sobre todo, el bienestar de nuestra urbe y de su cultura está —todavía— en nuestras manos. Si no hablamos nosotros, las personas que tenemos el privilegio de tener acceso a la educación de posgrado, en nombre de la ciudad de México, ¿quién lo hará? Si no nos preocupamos nosotros de la sustentabilidad de la ciudad, ¿quién lo hará?

En algunas partes de la ciudad se está emprendiendo ahora una gran aventura que, si tiene éxito, será tan importante como la colonización del Valle de México. Estamos rompiendo de modo vacilante y en vías de prueba las trabas del pensamiento dogmático. Una lucha a muerte contra todas aquellas ideas que pretenden “no estar sujetas a discusión”, especialmente en el terreno de la forma que seleccionamos para organizarnos: la democracia. Pero nuestros políticos dirigen sus energías mucho más a campañas llenas de promesas estériles, en lugar de plantear alternativas de solución frescas e innovadoras que permitan mejorar la vida en la ciudad. Los partidos políticos, hipnotizados por la desconfianza mutua, sin casi nunca preocuparse por los problemas ciudadanos, se preparan para sus campañas electorales. Y lo que sucede en las calles de la ciudad es ya tan alarmante, que tendemos a no pensar mucho en ello. Pero es imposible que resolvamos algo que no tomamos en consideración.

La ciudad de México enfrenta por lo menos tres grandes transiciones —dos de ellas inéditas— que están moldeando a nuestra era como uno de los más grandes periodos de nuestra ciudad. Estos cambios, puestos en marcha por la Revolución Industrial, están alcanzando su culminación. Me refiero a las transiciones demográfica, epidemiológica y económica.

La forma en la que entendamos estos cambios, y las decisiones que tomemos con base en ella, será lo que recuerden los historiadores cuando miren hacia nuestra época. Tales cambios nos presentan problemas en los cuales los habitantes de la ciudad y sus gobernantes, tenemos poca experiencia. Aun preparándonos, los habitantes de la ciudad de México pasaremos por unos años de máximo estrés en cuestión de decisiones.

Los efectos de estas transiciones son evidentes en nuestra vida cotidiana. La mayoría de nosotros experimenta una pérdida en la calidad de vida provocada por el gran crecimiento de la mancha urbana y, además, por el surgimiento de nuevas enfermedades que, en nuestro caso, se suman a las que todavía no podemos erradicar: el paso de las enfermedades infecto-contagiosas (propias de sociedades con un cierto grado de pobreza) a las enfermedades crónico degenerativas. Si queremos facilitar a las futuras generaciones la sustentabilidad de esta ciudad, tenemos que forjar —ya— las bases para lograr un sentido de bienestar físico y económico.

En nuestros días, la ciudad de México es una región de grandes brechas, contrastes y contradicciones. Por un lado, la ciudad tiene los mayores niveles de salud, educación y desarrollo social de su historia. Ha logrado un gran desarrollo científico y tecnológico; en algunas zonas, el desarrollo económico es evidente. En el vocabulario de los capitalinos conviven palabras que pertenecen al universo de lo muy pequeño —nano, pico, femto, atto—, con otras que pertenecen al universo de lo muy grande —giga, tera, peta, exa—⁽⁴⁾. Todos los días se trasladan millones de personas de su casa a sus centros de trabajo y viceversa. Más que nunca, la ciudad maneja flujos de información y de conocimiento; por ejemplo, basta tener una computadora personal con acceso a Internet, para tener una conexión *urbi et orbi*, mientras que los medios de comunicación tienen un impacto en la población sin precedentes: a través de la radio, la televisión, los discos compactos, los teléfonos celulares y, otra vez, las redes informáticas de datos, se ha transformado profundamente el rostro de nuestra cultura popular. En una buena medida, dicha tecnología ha hecho posible los pros y los contras del espectáculo global, de las empresas multinacionales en el corazón de nuestra ciudad y del acceso directo a las opiniones políticas y religiosas de otras culturas. Un mercado de alcance mundial siempre en expansión que lo

abarca todo, capaz del crecimiento *fáustico*, capaz de un despilfarro y una devastación sin precedentes, capaz de todo salvo de ofrecer solidez y estabilidad.

Por otra parte, el número de pobres, de analfabetas y excluidos en la ciudad de México es alarmante. Las familias experimentan cambios de valores, de principios y de paradigmas. La ciudad se ve amenazada por hechos delictivos como los secuestros y el robo pero, principalmente, por la gran indiferencia de las personas que habitan y gobiernan a la capital. Asimismo, la contaminación ambiental alcanza niveles inéditos: en el año 2000, 304 días estuvieron entre los 101 y los 200 puntos (calidad no satisfactoria) en la escala de los niveles IMECA, es decir, días en los que el ozono rebasó la norma de calidad del aire; entre el invierno de 1999 y el invierno de 2001 ocurrieron 6 contingencias ambientales, con una duración total de 18 días⁽⁵⁾. No sólo es peligroso sino hasta temerario cerrar los ojos ante los efectos de los altos índices de contaminación.

Vivir en la ciudad de México es llevar una vida de paradojas y oxímorones. Es estar dominados por las inmensas organizaciones burocráticas y sus respectivos sindicatos que tienen el poder de controlar, y a menudo de destruir, las colonias, los valores e, inclusive, las vidas y, sin embargo, la capital nos brinda la fortaleza para no vacilar en nuestra determinación de enfrentarnos a tales fuerzas, de estudiar y luchar para cambiar a la ciudad y hacerla nuestra. Tenemos que ser a la vez conservadores y revolucionarios (¿un oxímoron?), vitales ante las nuevas posibilidades de experiencia y aventura; y sobre todo, ansiosos por crear e inventar alternativas de solución para los problemas de la gran ciudad de México.

La ciudad de México recrea un entorno que nos promete, sin duda alguna, aventuras, poder, alegría, crecimiento, transformación de nosotros y que, al mismo tiempo, amenaza con colapsar, con destruir todo lo que tenemos, todo lo que sabemos y todo lo que somos.

Actualmente, cada partido político registrado en la ciudad de México, cada servidor público tiene alguna justificación ampliamente difundida para conseguir un subterfugio que le permita evadir —al menos en parte— las responsabilidades que adquirieron ante la ciudadanía, incluyendo un repertorio casi reptiliano de los defectos culturales y políticos de enemigos potenciales (al contrario de ellos, gente sana); cada partido político parece tener su conjunto de estrategias establecidas en las que hay que prohibir a toda costa que los ciudadanos piensen seriamente. En la Izquierda está el capitalismo, el libre mercado, Dios y la renuncia a la soberanía nacional.

En la Derecha está el comunismo, el socialismo, el ateísmo y la renuncia a la soberanía nacional. Sucede lo mismo en todo el país.

¿Cómo explicaríamos los elevados índices de contaminación ambiental a un observador extranjero desapasionado? ¿Cómo justificaríamos la corrupción que prevalece en las instituciones, tanto las gubernamentales como en las privadas? ¿Afirmaremos que favoreciendo el uso de automóviles particulares o que la falta de mantenimiento en la red de agua potable pueden aumentar nuestras perspectivas de sustentabilidad? ¿Qué informe presentaríamos sobre la administración de nuestra ciudad a los habitantes del futuro?

Hemos oído —casi hasta el cansancio— las racionalizaciones que aducen los partidos políticos y sus candidatos. Sabemos quien habla en nombre del Gobierno de la ciudad de México. Pero, ¿quién habla en nombre de la ciudad y de sus habitantes?

A los capitalinos nos encanta la compañía de los demás —de ahí que habitemos juntos más de ocho millones de gentes— y, en cierta forma, nos preocupamos los unos de los otros. Cooperamos. El altruismo forma parte de nuestro ser. Hemos descifrado brillantemente algunas de las estructuras que nos permiten co-habitar en el Valle de México. Tenemos motivaciones suficientes para trabajar conjuntamente y somos capaces de idear el sistema adecuado para hacerlo. Si estamos dispuestos a incluir en nuestros cálculos el colapso de la ciudad y la cancelación de la posibilidad para las generaciones emergentes ante la indiferencia de nuestros gobernantes, ¿no podríamos también imaginar la re-estructuración de nuestra ciudad? Desde una perspectiva neutral, está claro que nuestra metrópoli está a punto de fracasar en la tarea más importante que se le presenta: la preservación de la sustentabilidad y, por lo tanto, del bienestar de sus habitantes. ¿No deberíamos pues estar dispuestos a explorar y experimentar vigorosamente en cada ámbito de nuestra ciudad los posibles cambios básicos del sistema tradicional de hacer las cosas, un re-diseño fundamental de nuestras instituciones políticas, económicas, sociales y religiosas? La ciudad de México está ante el punto sin retorno. ¿Seremos capaces de escoger la re-creación de la mejor ciudad posible?

Enfrentados con una alternativa tan inquietante, los capitalinos nos sentimos tentados continuamente a minimizar la gravedad de los problemas, de afirmar que quienes se preocupan por ellos son unos alarmistas; de asegurar que los cambios fundamentales en nuestras instituciones no son

prácticos o están en contra de los intereses de la ciudad. Nosotros tenemos que educarnos sobre los diferentes problemas que la aquejan. Luego, tenemos que educar a nuestro gobierno. Tenemos que aprender la ciencia, la tecnología y, por supuesto, la filosofía que proporcionan las herramientas únicas concebibles de nuestra supervivencia. Los habitantes de la ciudad de México tenemos que estar dispuestos a desafiar valientemente la sabiduría convencional social, política y económica. No hay duda que estos pasos son difíciles pero, ¿qué otra alternativa hay?

Nosotros —los universitarios— hablamos en nombre de la ciudad de México. Tenemos la obligación de mantenerla con vida no sólo por nosotros sino también por las generaciones a las cuales antecedemos.

La ciudad de México no es sólo una ciudad grande, es una gran ciudad. Pero necesita de nuestras decisiones.

*“Ven, déjate caer conmigo en la
cicatriz lunar de nuestra
ciudad”*

El escenario ingente

“Ciudad de los tres ombligos”



Foto: Carlos Rosado Escalante, mayo de 2005

Foto 1

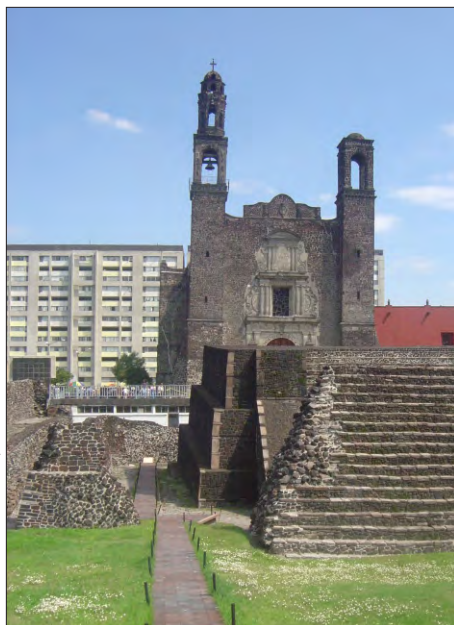


Foto: Carlos Rosado Escalante, octubre de 2005

Foto 2



Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2004

Foto 3

“Ciudad presencia de todos nuestros olvidos”



Foto: Carlos Rosado Escalante, mayo de 2004

Foto 4



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 5



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 6



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 7

“Ciudad en tonos de arrebol”

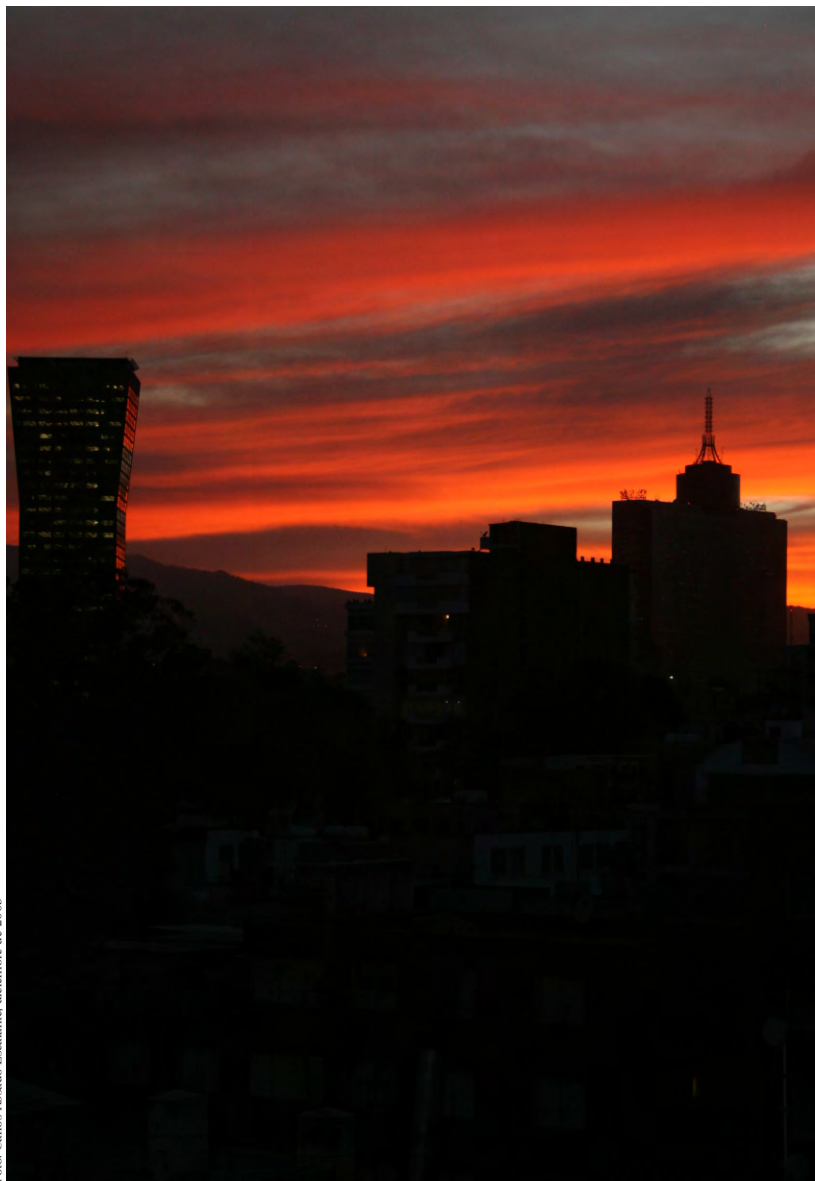


Foto: Carlos Rosado Escalante, diciembre de 2005

Foto 8



Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2001

Foto 9

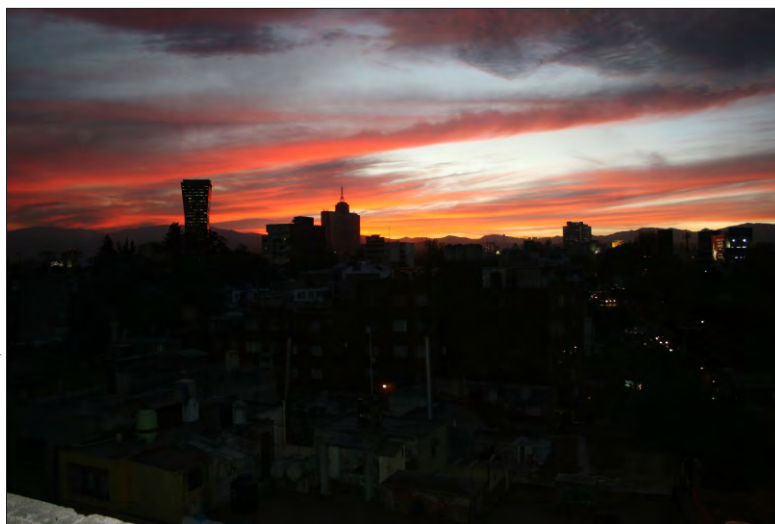


Foto: Carlos Rosado Escalante, diciembre de 2005

Foto 10

“Ciudad de la pasión regulada”



Foto: Carlos Rosado Escalante, mayo de 2005

Foto 11



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 12

“Ciudad a fuego lento”



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 13



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 14

“Ciudad con el agua al cuello”



Foto: Carlos Rosado Escalante, mayo de 2005

Foto 15



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 16



Foto: Carlos Rosado Escalante, julio de 2005

Foto 17

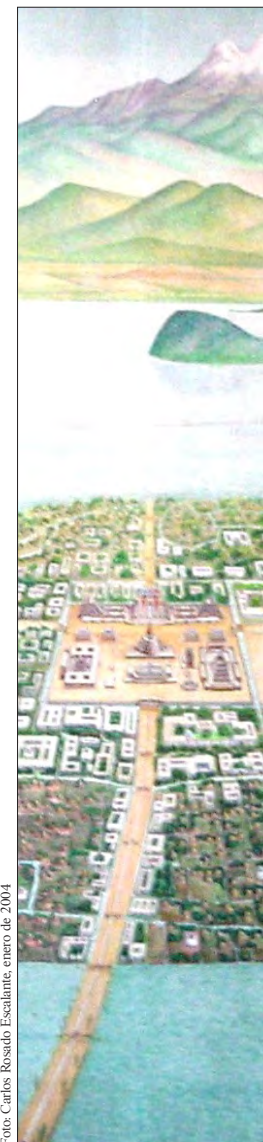


Foto: Carlos Rosado Escalante, enero de 2004

Foto 18

“Ciudad de la derrota violada”



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2001

Foto 19



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 20

“Ciudad del fracaso ansiado”

Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005



Foto 21

Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2005

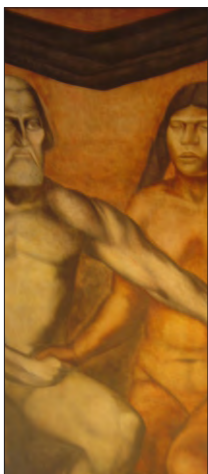


Foto 22

Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2005



Foto 23

Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005



Foto 24

“Ciudad quid pro quo”



Foto: Carlos Rosado Escalante, junio de 2002

Foto 25



Foto: Carlos Rosado Escalante, marzo de 2003

Foto 30



Foto: Carlos Rosado Escalante, junio de 2002

Foto 26



Foto: Carlos Rosado E. junio de 2002

Foto 27



Foto: Carlos Rosado E. junio de 2002

Foto 28



Foto: Carlos Rosado E. junio de 2002

Foto 29



Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2006

Foto 31

“Ciudad del vocabulario divergente”



Ilustración 1

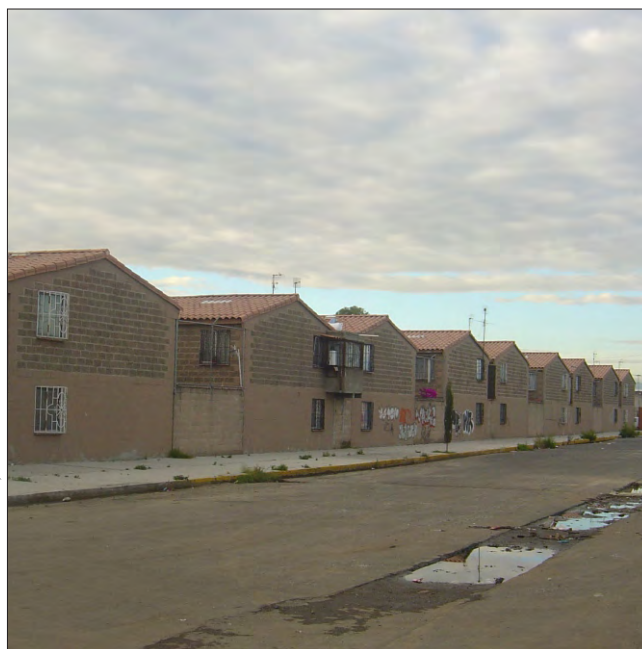


Foto: Carlos Rosado Escalante, octubre de 2005

Foto 32



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 33

“Ciudad en tempestad de cúpulas”



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 34



Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2006

Foto 35



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 36

“Ciudad reflexión de la furia”



Foto: Carlos Rosado Escalante, octubre de 2006

Foto 37

“Ciudad a la vera del cielo gigante”



Foto: Carlos Rosado Escalante, septiembre de 2005

Foto 38



Foto: Carlos Rosado Escalante, enero de 2004

Foto 39

La transición demográfica

La República Mexicana

Los cambios en el volumen y la estructura demográfica de México, la velocidad con que ha crecido el número de residentes en el país y la redistribución de la población en el territorio son resultado, entre otros factores, del paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles cada vez más bajos en ambas variables. Este proceso es conocido como transición demográfica y tuvo su origen desde la primera mitad del siglo XX y se asocia de manera importante con los enormes cambios culturales, sociales, económicos y políticos que ha experimentado la sociedad mexicana ⁽¹⁾.

La estructura de la población por edad y sexo es el resultado de la interacción de tres componentes demográficos: fecundidad, mortalidad y migración.

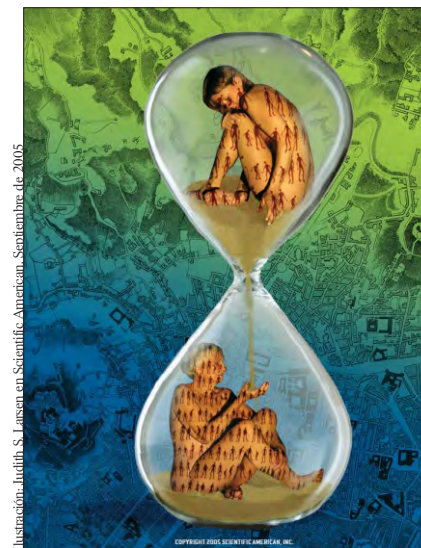
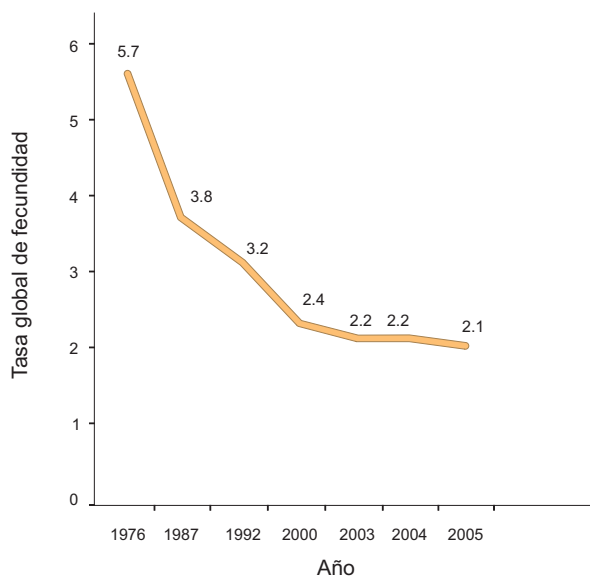


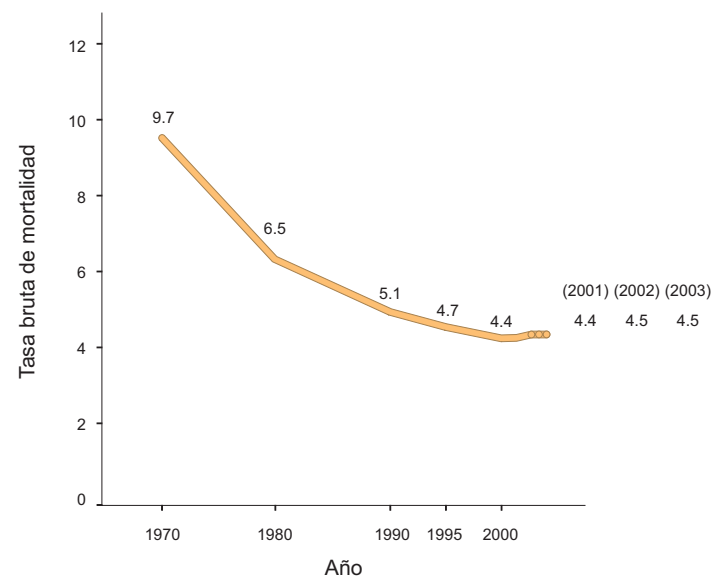
Ilustración 2

Gráfica 1
República Mexicana
Tasa de global de fecundidad
1976 - 2005 ⁽¹⁾



Fuente: (1) INEGI, Hombres y Mujeres en Mexico 2006, Edición 2006

Gráfica 2
República Mexicana
Tasa bruta de mortalidad
1970-2003 ⁽¹⁾



Fuente: (1) INEGI, Hombres y Mujeres en Mexico 2006, Edición 2006

El mejoramiento de las condiciones de vida que se registró en el país, trajo como resultado la disminución de la mortalidad, por lo que desde 1940 se tiene un aumento considerable de la esperanza de vida de la población, cuya consecuencia es un paulatino envejecimiento demográfico.

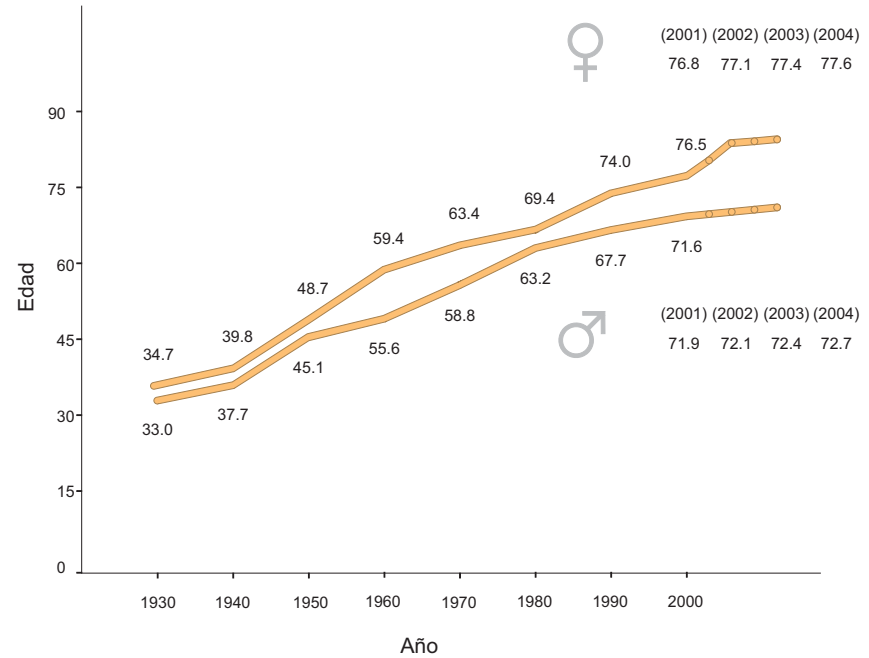
Actualmente (2005), México cuenta con una población de 103 millones de habitantes, de los cuales más de 10 millones son indígenas. La tasa bruta de natalidad es de 18 nacidos vivos por 1 000 habitantes y el crecimiento anual de la población durante 2000-2005 fue de 1%.



Foto: Carlos Rosado Escalante, junio de 2001

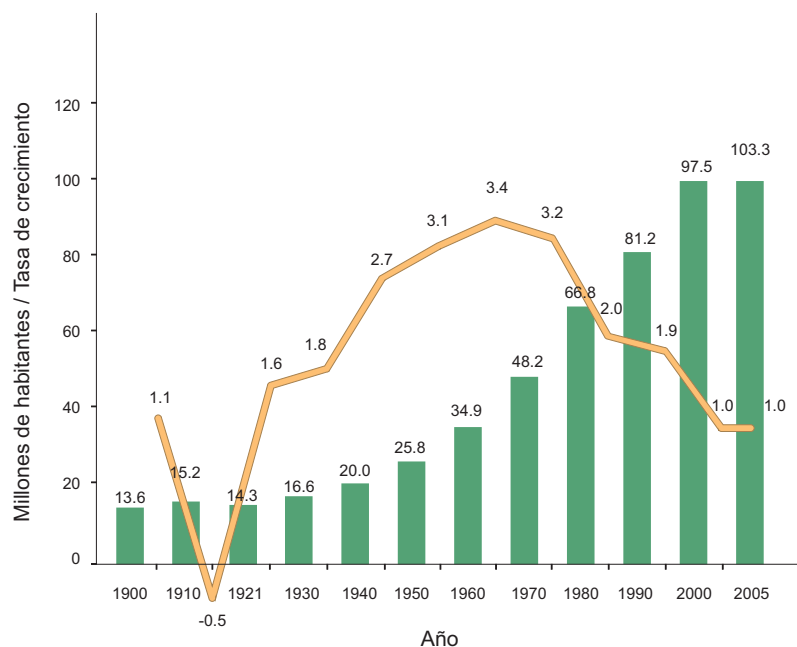
Foto 40

Gráfica 3
República Mexicana
Esperanza de vida por sexo
1930-2004 ⁽¹⁾



Fuente: (1) INEGI, Hombres y Mujeres en Mexico, 2006

Gráfica 4
 República Mexicana
 Población total y tasa de crecimiento 1900 - 2005 ⁽¹⁾



Fuente: (1) INEGI, XII Censo General del Población y Vivienda 2000, Perfil Sociodemográfico, Edición 2002

El ritmo de crecimiento de la población en México ha estado sujeto a sucesos políticos, económicos, sociales y culturales, así como a las preferencias reproductivas de las parejas. En la gráfica 4 se pueden observar los montos poblacionales que han sido registrados por los censos de población desde 1895, cuando el país tenía un total de 12.7 millones de habitantes, cifra que fue en aumento hasta llegar a los 15.2 millones en 1910. Sin embargo, para 1921, debido principalmente a

los decesos ocurridos durante la Revolución, se tuvo una baja poblacional cercana a un millón de personas; consecuentemente, esa década es la única que presenta una tasa de crecimiento negativa, es decir, de -0.5%, misma que a partir de ahí fue en aumento hasta llegar a su valor más alto, 3.4%, en el periodo 1960-1970.

En las siguientes tres décadas, aunque la población ha seguido en ascenso, llegando a los 97.5 millones de habitantes en el año 2000,

el ritmo en que lo ha hecho muestra una importante desaceleración, pues la tasa de crecimiento en el periodo 1990-2000 es de 1.9%, similar a la obtenida en el periodo 1930-1940. Así, en términos generales, a lo largo de un siglo el país ha crecido poco más de siete veces en materia de población, ya que en 1900 había sólo 13.6 millones de habitantes.⁽⁷⁾

La migración es una forma de movilidad territorial de la población, la cual considera los movimientos que involucran un cambio de residencia habitual y el cruce de límites político-administrativos, tanto al interior de un país como entre países. Desde una perspectiva demográfica, la migración es un fenómeno dinámico y es un componente fundamental del volumen y la estructura de la población, así como de su distribución en el territorio.

La heterogeneidad con que se ha dado el desarrollo social y económico en México ha originado importantes diferencias regionales y temporales en el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y la migración. En los últimos años, los patrones locales de fecundidad y mortalidad han tendido a converger a partir de los considerables descensos registrados en ambos fenómenos. Por su parte, las pautas migratorias se han transformado, pasando de un patrón rural-urbano con pocos destinos, a una mayor diversificación de los movimientos, donde cobran relevancia lo urbano-urbano, metropolitano-urbano, rural-urbano-metropolitano y rural-rural. Asimismo, se han dado cambios importantes en las características socioeconómicas de los migrantes.

Esta creciente complejidad y heterogeneidad del fenómeno migratorio señala la importancia de un análisis sistemático y continuo de las tendencias y variaciones de este tercer componente de la transición demográfica y sociocultural de nuestro país. De ahí que el conocimiento de sus características y evolución resulta fundamental en la planeación del desarrollo regional y en la conformación de escenarios demográficos futuros.

En el caso de México, el estudio de las migraciones se ha tomado particularmente importante debido al nivel de desarrollo económico alcanzado por el país y las grandes corrientes migratorias generadas en las últimas décadas, que tienen como origen localidades o ciudades pequeñas y como destino aquéllas más grandes o las principales ciudades de cada estado.

La dinámica de la población mexicana ha dado como resultado fenómenos de trascendencia en su distribución espacial. Tal es el caso de conurbaciones como el Distrito Federal con el Estado de México, la ciudad de Guadalajara con los municipios de Zapopan y Tlaquepaque y la de la ciudad de Monterrey con los municipios de Guadalupe, San Nicolás de los Garza, Escobedo, Apodaca y San Pedro Garza García, por mencionar algunas.



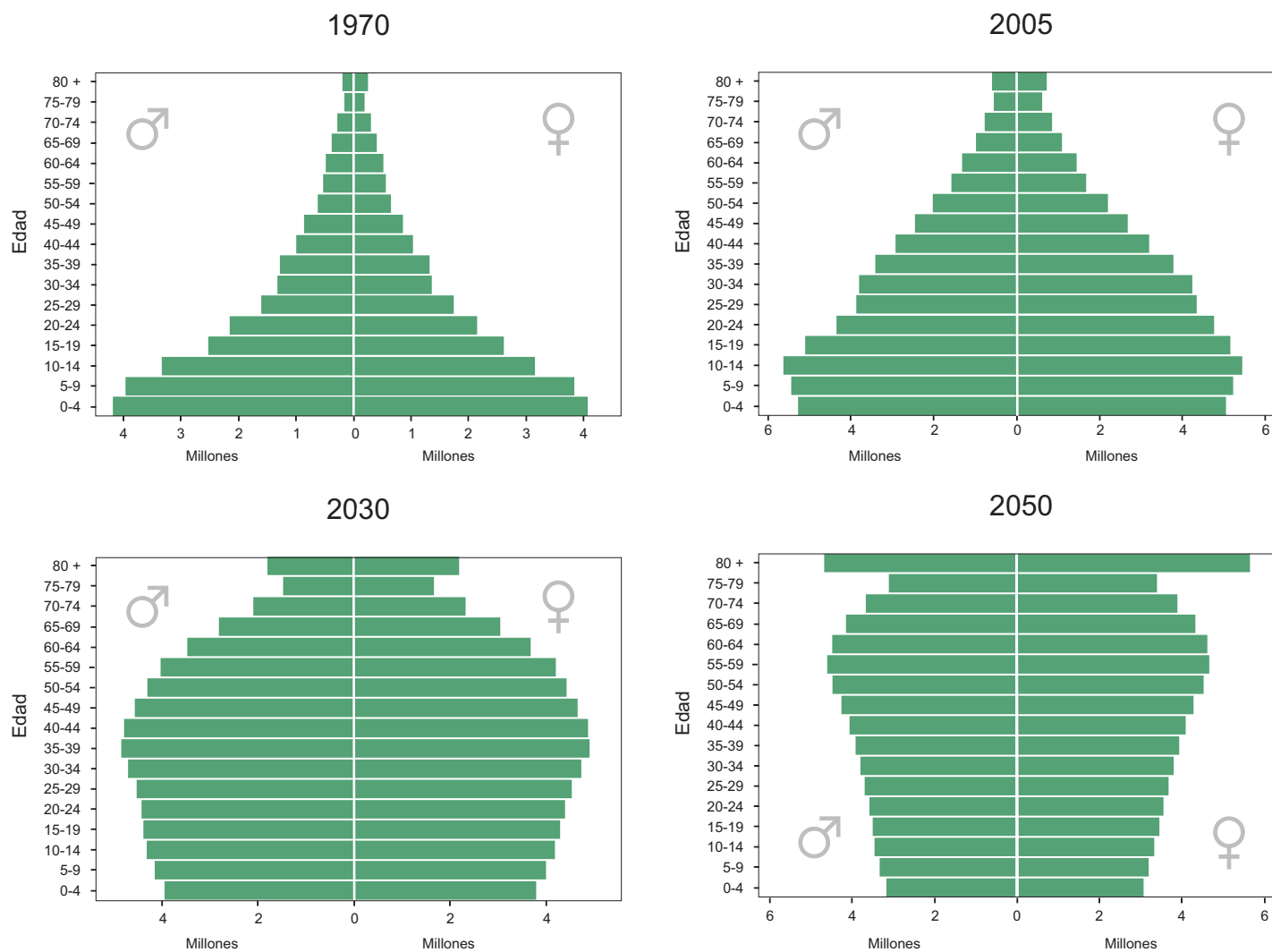
Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2005

Foto 41

Por su parte, la inmigración internacional ha registrado un importante aumento en los últimos 30 años. En 1970 eran 191 184 personas nacidas en otro país las que residían en México; para el año 2000 residían en México 492 617 personas nacidas en otro país. Históricamente, el flujo principal de emigrantes internacionales ha tenido como destino a los Estados Unidos de América (EUA). En 1980 la población nacida en México residente en los EUA ascendía a 2.5 millones de personas. En 1990 en número de personas nacidas en México residentes en ese país sumaron, aproximadamente, 5.3 millones. Para el año 2000, el número de mexicanos residentes en los EUA llegó a los 9.3 millones de personas.

Es con base en los tres indicadores anteriores, natalidad, mortalidad y migración, que en la página siguiente se muestran las pirámides de población por grupos quinquenales de edad, que muestran la dinámica de la población desde 1970 y hasta el 2050, según las proyecciones elaboradas por el CONAPO.

Gráfica 5
 República Mexicana
 Pirámides de Población por grupos quinquenales
 1970, 2005, 2030 y 2050 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾



Fuente: (1) INEGI, XII Censo de Población y Vivienda 2000
 (2) CONAPO, Proyecciones de Población 1990 - 2031
 (3) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005, www.inegi.gob.mx/est/contenidos/ (octubre 2006)

La ciudad de México

A inicios del siglo XX, de acuerdo con los resultados del primer censo de población, la ciudad de México contaba con poco más de 541 mil personas⁽⁷⁾. Hacia 1930, la cifra se incrementó en más del doble, a 1.2 millones, número de habitantes que en la actualidad (año 2006) tiene la delegación Iztapalapa (1.82 millones)⁽⁸⁾.

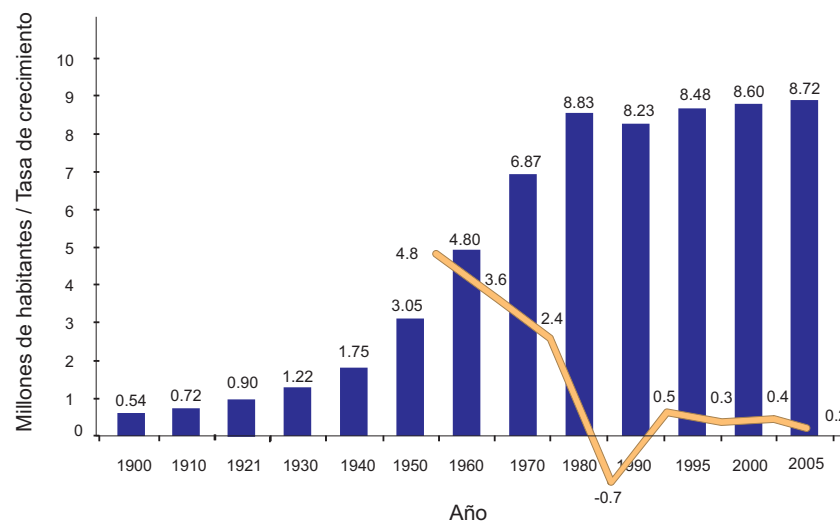
En los últimos 60 años, la ciudad de México ha experimentado grandes cambios, periodo en el que pasó de ser una pequeña mancha urbana a una gran metrópoli. Las tasas de crecimiento de la población capitalina han variado, de altos a bajos niveles; de ser una entidad de atracción de población a una expulsora y se transformó en un centro económico importante que concentra servicios, infraestructura e industria. Lo anterior se debe a la preeminencia económica, política y social que ha ejercido la capital sobre el resto del país.

La etapa posrevolucionaria marcó aumentos de población, fundamentalmente por el descenso de la mortalidad y el aumento de la fecundidad. Así, de 1921 a 1930 el crecimiento fue de 3.6% en promedio anual incrementando el ritmo hasta alcanzar una tasa de 5.4% entre 1940 y 1950. En las dos siguientes décadas, el crecimiento explosivo comenzó a descender al registrar 4.7 (en la década de 1950 a 1960) producto del fuerte desarrollo industrial y 3.6% (para el periodo de 1960 a 1970); posteriormente, el crecimiento baja a menos de la unidad a partir de los años setenta, lo cual es el resultado del control natal adoptado por la población debido al auge de la planificación familiar apoyada por el gobierno federal⁽⁹⁾. El importante descenso de la fecundidad y de la mortalidad se ve reflejado en la evolución, volumen y ritmo de crecimiento de la población, lo cual provoca cambios en la estructura por edad de la misma. Esto se aprecia en la reducción de los menores de 15 años de vida. Así, la edad mediana de la población al inicio de la década de los setenta fue de 18 años, lo que la catalogaba como joven, en tanto que a fines del siglo XX fue de 27 años y actualmente (año 2006) es de 29 años⁽¹⁰⁾, la cual es una característica de la clara tendencia hacia el envejecimiento de la población.

En el caso de la ciudad de México, el año 2005 marcó el punto medio de una década en el que se consolidan dos transiciones importantes en su historia. Antes del año 2000, la gente joven siempre era mayor en número que las personas de edad avanzada. Del 2000 en adelante, la mayoría de la población será la gente de edad avanzada. A partir del siglo XXI, las mujeres de edad mediana de la ciudad tendrán y seguirán teniendo muy pocos o apenas los hijos suficientes para remplazarla a ella y al padre en la próxima generación.

Asimismo, cabe señalar que ninguna persona que murió antes de 1940, observó cómo se duplica la población de la ciudad de México. Y es poco probable que las personas que nazcan en el 2050 o después vivan lo suficiente para experimentar este fenómeno. En contraste, la gente que tiene 45 años o más ha visto cómo se duplica el número de habitantes que creció de cerca de 4 millones de personas al inicio de la década de los sesenta a 8.72 millones en el año 2005. El punto más alto de la tasa de crecimiento, 4.8 % anual, se dio entre los años cincuenta y sesenta, lo que generó que para la década de los ochenta, la ciudad contara ya con más de 8 millones de habitantes. La población de la ciudad de México jamás creció con tal velocidad antes del siglo XX y es muy difícil que lo vuelva a hacer. Nuestros descendientes mirarán atrás y reconocerán al pico de la tasa de crecimiento de las décadas de los años cincuenta y sesenta como uno de los eventos demográficos más importantes de la ciudad, a pesar de que los que lo vivieron, no lo notaron en su momento. Actualmente (año 2006), la ciudad de México cuenta con una población de 8.72 millones de habitantes⁽¹¹⁾, La tasa bruta de natalidad es de 15.8 nacidos vivos por 1 000 habitantes y el crecimiento anual de la población durante 2000-2005 fue de 0.2%⁽¹²⁾.

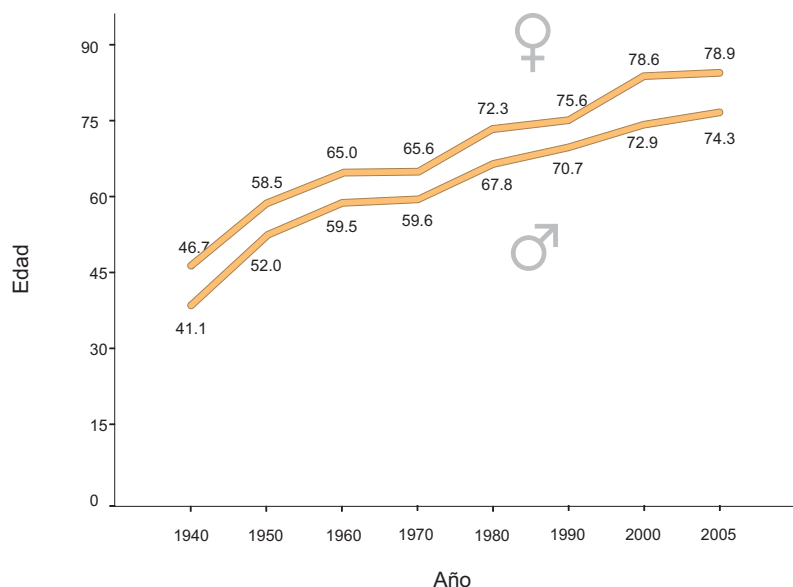
Gráfica 6
Ciudad de México
Población total y tasa de crecimiento, 1900 - 2005 ⁽¹⁾⁽²⁾



Fuente: (1) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005, www.inegi.gob.mx (octubre de 2005)
(2) SSA, Compendio Histórico, Estadísticas Vitales, Distrito Federal, 1893-1993

El signo más claro de que las condiciones de vida en la ciudad de México han mejorado es que la esperanza de vida, que era en 1940 de 43.9 años, ahora se acerca a los 76.6 años (un poco más para las mujeres, un poco menos para los hombres)⁽¹⁾⁽³⁾; una ganancia de 33 en promedio. Lo anterior, por un lado, es el resultado de la reducción constante en la mortalidad desde los años treinta y que se ha reflejado en la estructura por edad de la población y en el ritmo de crecimiento de la entidad. La esperanza de vida es quizás el índice más significativo de la calidad de vida, ya que si uno está muerto, es poco probable que la pase bien. Dicho esto, son todavía miles de capitalinos los que no tienen suficiente ni para comer y 13.8 niños por cada mil nacidos vivos registrados, que se murieron en 2005⁽¹⁴⁾.

Gráfica 7
Ciudad de México
Esperanza de vida por sexo 1940-2005 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾



Fuente: (1) SSA, Compendio Histórico, Estadísticas Vitales 1893-1993. Distrito Federal, México, 1993
 (2) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal, (1930-2002), México, 2004.
 (3) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2000-2030, México, 2002, www.conapo.gob.mx (noviembre de 2006)



Foto: Carlos Rosado Escalante, diciembre de 2004

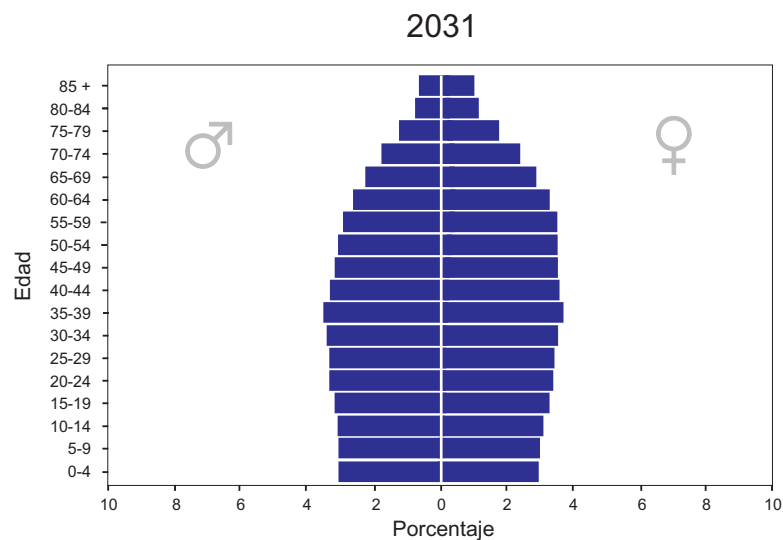
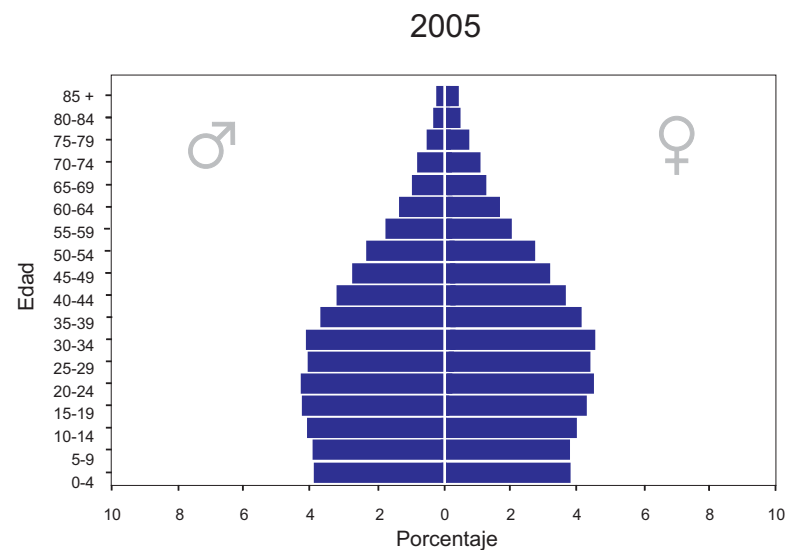
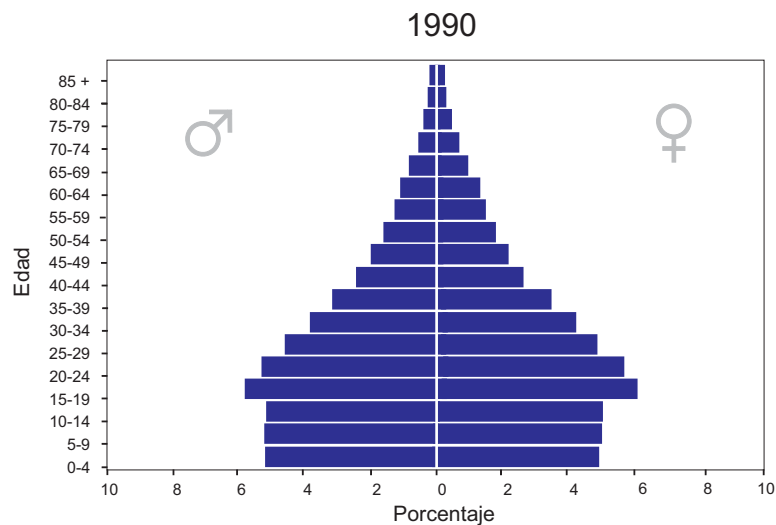
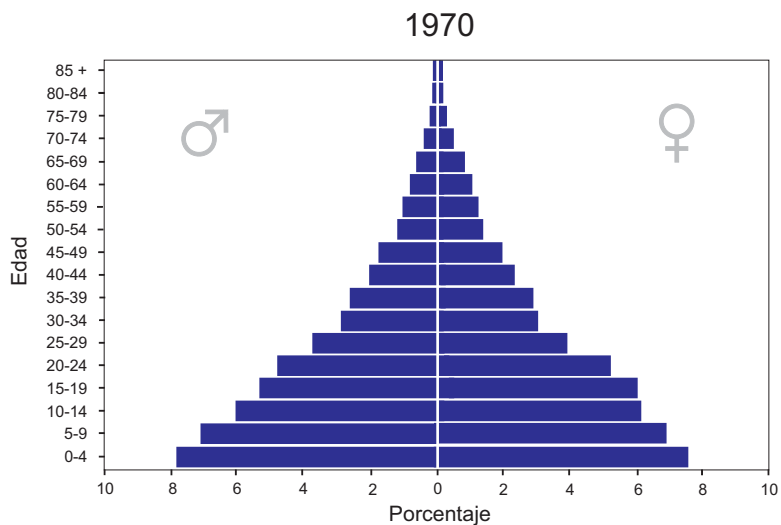
Foto 42



Foto: Archivo del Hospital General Dr. Manuel Gax González, enero de 2004

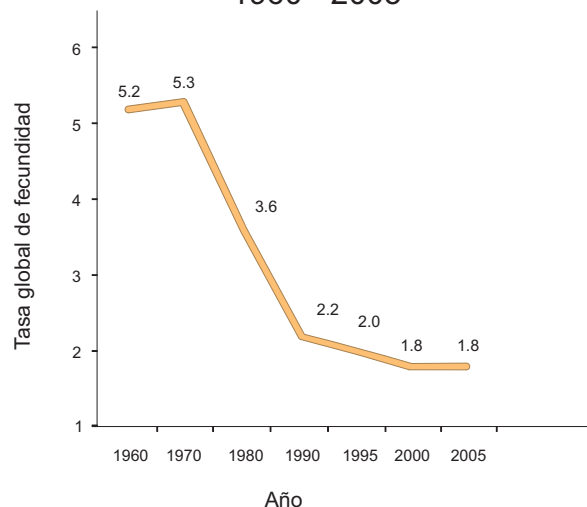
Foto 43

Gráfica 8
 Pirámides de población de la Ciudad de México por grupos quinquenales, hombres y mujeres
 1970, 1990, 2005 y 2031 ^{(1) (2) (3) (4) (5)}



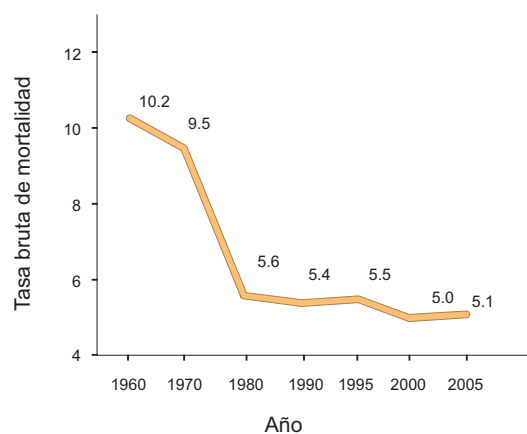
Fuente: (1) SSA, Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893 - 1993
 (2) INEGI, Tabuladores Básicos, Distrito Federal, XII Censo de Población y Vivienda 2000
 (3) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930 - 2002) Edición 2004
 (4) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005, Distrito Federal, Información para la Entidad, www.inegi.gob.mx/est/contenidos/ (octubre 2006)
 (5) CONAPO, Proyecciones de Población de CONAPO 1990 - 2031

Gráfica 9
Ciudad de México, tasa de global de fecundidad
1960 - 2005 ⁽¹⁾⁽²⁾



Fuente: (1) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002), México, Edición 2004.
(2) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2002-2030, México, Edición 2002

Gráfica 10
Ciudad de México, tasa bruta de mortalidad
1960-2005 ⁽¹⁾⁽²⁾



Fuente: (1) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002), México, Edición 2004.
(2) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2002-2030, México, Edición 2002

En el caso de la ciudad de México la inmigración ha sido un factor muy importante en el crecimiento poblacional. Los migrantes vinieron en masa hacia la capital del país en dos etapas históricas del siglo XX: durante la Revolución Mexicana (1910-1921) y en el periodo de la industrialización sustitutiva de importaciones (1930-1970). Durante el movimiento armado la capital fue un sitio relativamente más seguro y albergó a la población que huía de la violencia en el campo y en las poblaciones pequeñas en busca de refugio. En las décadas centrales del siglo, el motivo principal fue la búsqueda de empleo y la migración interna tuvo una clara orientación rural-urbana, dirigiéndose hacia las ciudades más grandes (México, Monterrey y Guadalajara), en las cuales se concentraba la industrialización del país.

En 1930, prácticamente 5 de cada 10 personas residentes de la capital habían nacido en otra ciudad diferente; en tanto que para el año 2000 la proporción de migrantes absolutos fue de aproximadamente 2 de cada 10. A pesar de esta reducción en el volumen de migrantes, los índices de masculinidad se han mantenido constantes a lo largo del periodo considerado, e indican un ligero predominio de las mujeres no nativas sobre los hombres. Con respecto a los saldos migratorios netos, en el año 2000 se registraron más salidas que entradas de la población a la entidad.

La intensidad de la migración interestatal ha variado ligeramente en los últimos años. En el periodo 1990-2000, el porcentaje de población que cambió su lugar de residencia en los cinco años previos pasó de 4.1 a 4.9 por ciento.

En la actualidad, la población nativa de otro país residente en el Distrito Federal representa menos del uno por ciento, lo que significa un descenso en relación a 1930 cuyo valor fue de 3.1 por ciento. En el ámbito delegacional, Miguel Hidalgo presenta el mayor porcentaje de población residente extranjera.

Nuevamente, y con base en los tres elementos fundamentales en los procesos demográficos, los índices de natalidad, de mortalidad y los movimientos migratorios, se presenta a continuación las pirámides poblacionales por grupos de edad y sexo, entre los años de 1970 y 2031, correspondientes a la ciudad de México.

Tabla 1
Análisis de las pirámides de población de la Ciudad de México por grupos quinquenales, hombres / mujeres
1970, 1990, 2005 y 2031

1970

En la ciudad de México, las elevadas tasas de crecimiento que se registraron entre 1940 y 1970 repercutieron en el volumen y la estructura de la población. Los altos niveles de fecundidad, la disminución de la tasa de mortalidad, la elevada inmigración a la entidad (por la búsqueda de empleo, principalmente) y la desconcentración de los servicios a la periferia, contribuyeron a alcanzar los niveles de crecimiento que se observaron en 1970; lo que se reflejó en los tres primeros grupos quinquenales de edad.

1990

En la pirámide de 1990 se observa la transición demográfica que experimentó la población de la ciudad de México; de elevada mortalidad y alta fecundidad a reducidos niveles en ambas variables. En 1970, la pirámide que mostraba una base amplia se transformó en otra más angosta (1990) producto del descenso de nacimientos, la expulsión de la población hacia otras entidades y una menor atracción de inmigrantes; se considera que a partir de 1976 se comienzan a percibir los efectos de las campañas de uso de métodos de planificación familiar para regular la fecundidad. Por otro lado, las proporciones de jóvenes y adultos (más de 15 años) son altas debido a los niveles de fecundidad observados antes de 1970.

2005

El último conteo de población y vivienda (2005) presenta una pirámide más compacta (a diferencia de la registrada 35 años antes), en ésta se observa el proceso de envejecimiento de la población de la capital de la República marcada por la menor incorporación de la población en la base de la pirámide y por el traslado de generaciones del pasado en edades laborales hacia la cúspide misma. Respecto a 1990 se acentúa la reducción en los primeros grupos de edad e incluso la emigración de jóvenes que en dicho año tenían entre 20 y 34 años se ve reflejada en la reducción de las barras de los que ahora tienen entre 25 y 39 años. Lo cual podría indicar que la población de la ciudad de México se acerca a su límite de crecimiento natural y social.

2031

Con base en las proyecciones estimadas por la CONAPO, para el año 2031 se presenta una pirámide todavía más compacta (compárese con la de 1970). Nuevamente se observa el proceso de envejecimiento de la población aunque vale la pena señalar que, entre el año 2005 y el 2031, la mayoría de la población estará en edad productiva. Se presenta pues, la oportunidad de que la ciudad genere riqueza para enfrentar los años cercanos al 2050, en los cuales, los grupos quinquenales de 60 años y más ocuparán el mayor porcentaje de la población.

La transición epidemiológica

Al paso de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades crónico-degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre como las formas más importantes de morbilidad y mortalidad, se le conoce como transición epidemiológica.

La transición epidemiológica en los países desarrollados se ha caracterizado por una sustitución gradual de las muertes por causas transmisibles hacia un patrón en donde prevalecen las enfermedades no transmisibles, con un incremento constante de los accidentes de tráfico y muertes violentas asociadas al crecimiento de las grandes urbes.

La transición epidemiológica que vive nuestro país se puede considerar incompleta, ya que subsisten como causa de muerte, tanto las enfermedades transmisibles y de la pobreza como las enfermedades crónico degenerativas.

Tabla 2
República Mexicana
Principales Causas de Mortalidad General
1960⁽¹⁾

1. Gastroenteritis y colitis, excepto la diarrea del recién nacido
2. Gripe y neumonía
3. Enfermedades propias de la primera infancia
4. Accidentes
5. Tumores malignos incluyendo los tumores de los tejidos linfáticos y hemtopoyéticos
6. Homicidios
7. Bronquitis
8. Tuberculosis del aparato respiratorio
9. Cirrosis hepática
10. Paludismo
11. Enfermedades del corazón
12. Sarampión
13. Avitaminosis y otros estados carenciales
14. Disentería
15. Tos ferina

Fuente: (1) SSA, Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893 - 1993. Estados Unidos Mexicanos, 1994.

Tabla 3
República Mexicana
Principales Causas de Mortalidad General
1980⁽¹⁾

1. Accidentes
2. Enfermedades infecciosas intestinales
3. Neumonía e influenza
4. Enfermedades del corazón
5. Tumores malignos
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
7. Enfermedad cerebrovascular
8. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
9. Diabetes mellitus
10. Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona
11. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma
12. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
13. Anomalías congénitas
14. Tuberculosis pulmonar
15. Deficiencias de la nutrición

Fuente: (1) SSA, Tercer informe de labores, 2003

Tabla 4
República Mexicana
Principales Causas de Mortalidad General
2004⁽¹⁾

1. Enfermedades del corazón
2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos
4. Accidentes
5. Enfermedades del hígado
6. Enfermedades cerebrovasculares
7. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9. Influenza y neumonía
10. Insuficiencia renal
11. Agresiones
12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
14. Bronquitis crónica y la no especificada
15. Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia adquirida

Fuente: (1) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005 www.inegi.gob.mx (noviembre de 2006)

La salud de la población es una de las prioridades en los programas de cualquier gobierno, por constituir una condición básica para el desarrollo personal y social de las mujeres y los hombres.

Como se mencionó anteriormente, la esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores más importantes que muestra las condiciones de salud de la población.

En la capital, el análisis de la mortalidad por causas presenta un cambio importante en el patrón epidemiológico, al pasar de uno de mortalidad dominado por enfermedades infecto-contagiosas a otro con el predominio de enfermedades crónico-degenerativas.

Así, en 1930 una tercera parte de las defunciones registradas eran originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias (33.8%), pero a medida que se intensificaron los programas sanitarios y las campañas de vacunación la presencia de estas enfermedades disminuyó; en 2002, sólo el 3.4 % de los decesos fueron causados por este tipo de enfermedades. Por otro lado, las enfermedades del aparato circulatorio pasaron del 4.8% en 1930 a 26.5% en 2002; de manera similar las defunciones por tumores se han elevado considerablemente y en la actualidad representan el 14.1% de las defunciones⁽¹⁵⁾. Es claro que dependiendo del ciclo de vida de la población las causas y la exposición al riesgo de fallecer varían; por ello, es necesario entender la transición epidemiológica de la mejor manera posible.

Un indicador de singular importancia se refiere a los años que en promedio deja de vivir una persona según la causa por la que fallece. De tal forma que las situaciones que provocan la mayor pérdida de años de vida potencialmente útiles en la ciudad de México en 2001 fueron: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (69.5 años), los hechos violentos (38.2 años), neumonía e influenza (37.3 años) y accidentes (35.3 años)⁽¹⁶⁾.

Un tema que ha cobrado importancia para la política pública es el de la discapacidad. De ahí que, el XII Censo de Población y Vivienda 2000 incluyó, por primera vez, dos variables para conocer su monto: el tipo de discapacidad y el origen de la misma. Los resultados señalan que 2 de cada 100 habitantes de la ciudad de México tienen alguna discapacidad y son los adultos mayores los que registran proporciones más altas (9.6%). Así, el 50.3% de las discapacidades son motrices, 19.8% visuales, 17.2% mentales, 16.21% auditivas y 3.1% de lenguaje; en relación con la causa que los originó, de cada 100 discapacidades 32 fueron por enfermedad, 21 por vejez, 20 por accidente, 19 desde el nacimiento y dos por otra causa⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la ocurrencia de enfermedades (morbilidad) medidas por egreso hospitalario, resaltan las relacionadas con el parto, los traumatismos y envenenamientos y aquellas enfermedades crónico-degenerativas, como son las del aparato circulatorio y tumores malignos. Destaca la reducción de la tasa de morbilidad por tuberculosis pulmonar, la cual disminuye a poco menos de una tercera parte entre 1997 y 2002; por su parte, la brucelosis decreció significativamente: de 89 casos por cada 1 000 habitantes en 1997 a sólo 5 en 2002.

Otra forma que en términos de epidemia se ha incrementado son los casos de SIDA notificados y diagnosticados; el mayor número de éstos se registró entre 1997 y 1998, 861 en promedio; mientras que, para 2002 se registraron 30 casos.

Por otra parte, entre las enfermedades que han cobrado importancia en la ciudad de México por sus implicaciones sociales se encuentran las adicciones de la población joven. Al respecto, la Secretaría de Salud reportó que entre 1993 y 2001 se ha mantenido, en promedio, el número de Centros de Integración Juvenil (13), pero se ha incrementado casi tres veces la población que atiende (de 1 385 a 4 030) y las consultas se han elevado de 7.0 a 9.2 en promedio por joven.

Por lo que se refiere a la prevención en la ciudad de México, destaca la cobertura de vacunación para la población en edad preescolar, en donde el porcentaje de cobertura del esquema básico pasó de 86.7% en 1994 a 91.4% en el 2002. La atención materno infantil ha mejorado ligeramente, en 1987, el 94.9% de los partos fueron atendidos por médicos y para 2002 la atención aumentó a 96.2%; de igual forma, durante 1987 más del 74% de los partos se atendieron en hospitales o clínicas y para 2002, la cifra llegó al 96.1%.

Los datos sobre recursos humanos, materiales y servicios otorgados indican que ha aumentado paulatinamente tanto el personal que atiende como los servicios que proporcionan; por el contrario, y como se verá más adelante, se presenta una reducción en la infraestructura física disponible (camas, consultorios y quirófanos).

Tabla 5
República Mexicana
15 principales causas de mortalidad, 1930, 1970, 2002 y 2004⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

1930	1970	2002	2004
Diarreas y enteritis	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Neumonía e influenza	Enteritis y otras enf. diarreicas	Tumores malignos	Diabetes mellitus
Paludismo	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Tumores malignos
Tosferina	Enfermedades perinatales	Accidentes	Accidentes
Viruela	Tumores malignos	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
Sarampión	Enf. cerebrovasculares	Enf. cerebrovasculares	Enf. cerebrovasculares
Debilidad congénita	Sarampión	Enfermedades perinatales	Enfermedades perinatales
Tuberculosis	Accidentes	Influenza y neumonía	EPOC
Muerte violenta (Excepto suicidio)	Cirrosis hepática	EPOC	Influenza y neumonía
Bronquitis	Infecciones respiratorias agudas	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal
Enfermedades del corazón	Tuberculosis	Malformaciones congénitas	Agresiones (homicidio)
Septicemia puerperal	Homicidios	Enfermedades nutricionales	Enfermedades nutricionales
Nefritis aguda o crónica	Bronquitis enfisema y asma	Agresiones (homicidio)	Enfermedades intestinales
Enf. del cerebro	Enfermedades nutricionales	Bronquitis crónica, enfisema y asma	Síndrome nefrítico agudo
Cirrosis del hígado	Diabetes mellitus	SIDA	Desnutrición

Tabla 6
Ciudad de México
15 principales causas de mortalidad, 1930, 1970, 2002 y 2004⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

1930	1970	2002	2004
Diarreas y enteritis	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Neumonía e influenza	Enteritis y otras enf. diarreicas	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
Debilidad congénita	Enfermedades perinatales	Tumores malignos	Tumores malignos
Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enf. cerebrovasculares	Enf. cerebrovasculares
Cirrosis del hígado	Cirrosis hepática	Enf. del hígado	Enf. del hígado
Muerte violenta	Tumores malignos	Accidentes	Accidentes
Tuberculosis	Enf. cerebrovasculares	Enf. del periodo perinatal	EPOC
Bronquitis	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias	Enf. del periodo perinatal
Nefritis aguda	Accidentes	EPOC	Influenza y neumonía
Cáncer	Diabetes Mellitus	Enf. renales	Enfermedades renales
Tosferina	Anomalías congénitas	Malformaciones congénitas	Infecciones respiratorias
Sarampión	Tuberculosis	Homicidio	Malformaciones congénitas
Senilidad	Sarampión	SIDA	Homicidio
Enf. del cerebro	Homicidios	Bronquitis crónica	SIDA
Viruela	Bronquitis	Desnutrición	Bronquitis crónica

Fuente: (1) SSA, Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893 - 1993. Estados Unidos Mexicanos, 1994.

(2) SSA, Tercer informe de labores, 2003

(3) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005
www.inegi.gob.mx (noviembre de 2006)

(4) SSA, Compendio histórico estadísticas vitales 1893 - 1993, Distrito Federal, 1994

(5) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002) Edición 2004.

(6) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005
www.inegi.gob.mx (noviembre de 2006)

La Condición de Derechohabencia de la Población de la Ciudad de México

La seguridad social es una parte importante de la política social y tiene como objeto proteger a los miembros de una comunidad garantizando las condiciones de vida, salud e ingreso que les permitan mejorar su situación social.

En nuestro país existen distintas instituciones responsables de proveer servicios y prestaciones relacionadas con la seguridad social, cada una de las cuales se dirige a un sector específico de trabajadores: al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) corresponde la atención de los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es responsable de proporcionar los servicios a los empleados de casi todo el sector público; Petróleos Mexicanos (PEMEX) brinda atención a sus propios trabajadores; la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) junto con la Secretaría de Marina (SM), en coordinación con el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) son las responsables de proveer servicios y prestaciones a los trabajadores de la Marina y el Ejército Nacional.

Los recursos y los servicios destinados a las prestaciones médicas o en especie, son muy diferentes entre las distintas instituciones que brindan el servicio médico en la Ciudad de México; mientras que en la SDN se contó en 2002 con 283 consultorios por cada 100 mil derechohabientes, en el IMSS sólo se tenían 32.⁽¹⁸⁾

De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda 2005, el 42.65% de la población del Distrito Federal carece de seguridad social y el 53.60% son derechohabientes (el 3.75 de la población no especificó su condición de derechohabencia). [Cf. tabla 7, p. 34]

La población sin seguridad social del Distrito Federal tiene la posibilidad de recibir atención médica en los Centros de Salud que se distribuyen en las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal y que conforman el primer nivel de atención médica. Este nivel pertenece exclusivamente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF). En el caso de la ciudad de México, el segundo nivel de atención médica lo comparten la Secretaría de Salud y la SSDF, situación única en la República Mexicana: se otorga a través de los Hospitales de la SSDF, así como en los Hospitales Federales de Referencia. El tercer nivel de atención médica, lo otorga únicamente la Secretaría de Salud por medio de los Institutos Nacionales de Salud, quienes conforman el tercer nivel de atención médica. [Cf. ilustración 3, p. 35]

Ante la evidente falta de coordinación, el desconocimiento de lo que tiene y hace cada unidad de salud y ante la ausencia de una política sanitaria que dirija los esfuerzos de todos, el reto de los tres niveles de atención que dan servicio a la población sin seguridad social es lograr una total coordinación y una intercomunicación efectiva que permitan consolidar un sistema de atención médica eficiente, equitativo y de calidad.



Foto: Carlos Rosado Escalante, noviembre de 2003

Foto 46

Tabla 7
Ciudad de México
Condición de derechohabencia
2005⁽¹⁾

Población Total	No Derechohabiente	Derechohabiente							No especificado
		Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX SEDENA MARINA	Seguro Popular	Institución privada	Otra institución	
8 720 916	3 719 053	4 675 210	3 034 181	1 044 556	108 590	182 812	413 663	15 541	326 653
Hombres 4 171 683	1 852 688	2 156 292	1 411 849	459 560	52 244	79 251	201 201	7 266	162 703
Mujeres 4 549 233	1 866 365	2 518 918	1 622 332	584 996	56 346	103 561	212 462	8 275	163 950

Delegación Política	Población Total	No Derechohabientes
Álvaro Obregón	706 567	286 655
Azcapotzalco	425 298	136 072
Benito Juárez	355 017	98 741
Coyoacán	628 063	227 681
Cuajimalpa de Morelos	173 625	71 990
Cuauhtémoc	521 348	205 035
Gustavo A. Madero	1 193 161	488 042
Iztacalco	395 025	162 211
Iztapalapa	1 820 888	919 830
La Magdalena Contreras	228 927	95 612
Miguel Hidalgo	353 534	108 635
Milpa Alta	115 895	76 652
Tláhuac	344 106	172 466
Tlalpan	607 545	273 340
Venustiano Carranza	447 459	189 784
Xochimilco	404 458	206 307
Total	8 720 916	3 719 053

Tabla 8
Ciudad de México
Población sin Derechohabencia por
Delegación Política
2005⁽²⁾

(1) y (2) Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/datos/09/excel/cpv09_ss_1.xls (Consultada en diciembre de 2006)

Ilustración 3
Ciudad de México
Los 3 Niveles de Atención Médica para la Población sin Seguridad Social
Secretaría de Salud y Secretaría de Salud del Distrito Federal⁽¹⁾⁽²⁾

Tercer nivel de atención médica:

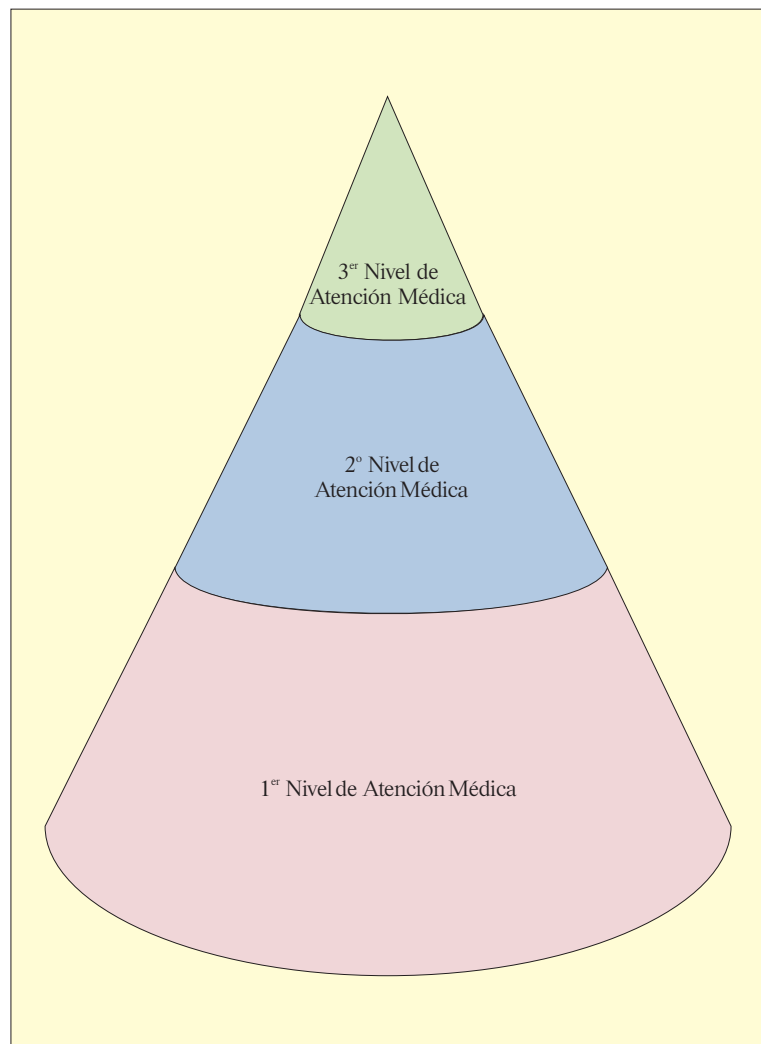
“[Son] Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o medicoquirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados”.

Segundo nivel de atención médica:

“[Son] Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización de pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias medicoquirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel”.

Primer nivel de atención médica:

“[Son] Las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica”.



Tercer nivel de atención médica:

Secretaría de Salud

- 11 Institutos Nacionales
- 3 Hospitales Psiquiátricos

Segundo nivel de atención médica:

Secretaría de Salud

- 3 Hospitales Generales
 “General de México”
 “Dr. Manuel Gea González”
 “Juárez de México”

- 1 Hospital de la Mujer

- 1 Hospital Juárez del Centro
- 1 Hospital Homeopático

Secretaría de Salud del Distrito Federal

- 27 Hospitales de los cuales,
 8 son Generales
 10 son Pediátricos
 8 son Materno Infantiles
 1 es de Especialidades

Primer nivel de atención médica:

Secretaría de Salud del Distrito Federal

- 16 Jurisdicciones Sanitarias
- 211 Centros de Salud
- 6 Clínicas de Especialidades, incluyendo a la clínica Condesa, orientada a la atención del VIH
- 2 Centros Toxicológicos
- 42 Servicios Médicos en Agencias del Ministerio Público
- 6 Áreas de Servicios Médicos en Reclusorios
- 2 Centros de Atención Canina
- 1 Torre Médica Tepepan
- 3 Clínicas Comunitarias

Fuente: (1) Los datos correspondientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal se tomaron de su página de Internet: <http://www.salud.df.gob.mx/index.php?option=content&task=view&id=1080> (consultada en diciembre de 2006)
 (2) Las definiciones de los tres niveles de atención médica se tomaron de la página del Consejo de Salubridad General 1996-2006, que a su vez se apoya en el Diario Oficial de la Federación del 06 de noviembre de 1996. Se puede consultar en <http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/publica/DOF/06-11-96.html> (consultada en diciembre de 2006)

Citas

1. Farías-Van Rosmalen, Consuelo, *Estrategia Educativa de la Maestría en Arquitectura Campo de Diseño Arquitectónico MADA de la UANM*, Mayo de 2005, p. 2
2. *Ibid*, p. 4
3. La Jornada, www.jornada.unam.mx, 9 de enero de 2006
4. Vale la pena recordar la lista de los prefijos y su equivalencia exponencial:

atto-	a	10^{-18}	deca-	-	10^1
femto-	f	10^{-15}	hecto-	-	10^2
pico	p	10^{-12}	kilo-	k	10^3
nano	n	10^{-9}	mega-	M	10^6
micro	μ	10^{-6}	giga-	G	10^9
mili	m	10^{-3}	tera-	T	10^{12}
centi	c	10^{-2}	peta-	P	10^{15}
deci	d	10^{-1}	exa-	E	10^{18}

Tomado de *Miles de Millones*, Carl Sagan, Grupo Zeta Ediciones, 1998, España, pp. 17

- 5.- INEGI, *Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*, Edición 2001, pp. 38 - 39.
- 6.- INEGI, *Indicadores sociodemográficos del Distrito Federal, (1930-2002)*, Edición 2004, p. 1
- 7.- INEGI, *XII Censo de Población y Vivienda 2000, Perfil Sociodemográfico*, Edición 2002, p. 3
- 8.- INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 2005, Distrito Federal, Población por municipios según grandes grupos de edad, 2005*, www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.
- 9.- INEGI, *Indicadores sociodemográficos del Distrito Federal, (1930-2002)*, Edición 2004, p. 1
- 10.- INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 2005, Distrito Federal, Indicadores demográficos*, www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.

- 11.- INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 2005, Distrito Federal, Población total según sexo, 1930-2005*, www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.
- 12.- INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 2005, Distrito Federal, Indicadores demográficos*, www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.
- 13.- INEGI, *Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002)*, Edición 2004, p. 117
- 14.- *Ibid*, p. 48
- 15.- *Ibid*, p. 115
- 16.- *Ibid*, p. 116
- 17.- *Idem*.
- 18.- *Ibid*, p. 164

Bibliografía

COHEN, Joel E., *Human population grows up* en Scientific American, Crossroads for Planet Earth, volumen 293, número 3, septiembre de 2005.

CONAPO, *Proyecciones de la población de México, 1995-2020, Distrito Federal y sus delegaciones*, México, 1999..

FARÍAS-van Rosmalen, Consuelo, *Estrategia Educativa de la Maestría en Arquitectura Campo del Diseño Arquitectónico MADA de la UNAM*, mayo de 2005.

INEGI, Cuaderno estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, Edición 2001.

INEGI, Indicadores sociodemográficos del Distrito Federal 1930 - 2002, Edición 2004.

INEGI, Tabuladores básicos Distrito Federal, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Edición 2001.

MUSSER, George, en Scientific American, Crossroads for Planet Earth, volumen 293, número 3, septiembre de 2005.

SAGAN, Carl, *Cosmos*, Ed. Planeta, traducción de Miguel Muntaner y M^a del Mar Moya Tasis, 19a edición, España, 2001.

SAGAN, Carl, *Miles de millones*, Grupo Zeta Ediciones, traducción de Guillermo Solona, España, 1998.

Páginas de Internet

INEGI, II Conteo de Población y Vivienda 2005, Tasa de crecimiento media anual de la población, 1895 a 2005.
www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.

INEGI, II Conteo de Población y Vivienda 2005, Población total, 1895 a 2005.
www.inegi.gob.mx, octubre de 2006.

LLANOS Samaniego, Raúl, Saturadas, las vías primarias del DF, en La Jornada.
www.jornada.unam.mx 9 de enero de 2006

Índice de Fotografías

Portada: Columna de la Independencia. Detalle. Foto del autor, noviembre de 2006.

- 1.- Fundación de Tenochtitlan. Centro Histórico de la ciudad de México. Foto del autor, mayo de 2005.
- 2.- Las 3 culturas. Tlatelolco, México. Foto del autor, noviembre de 2005.
- 3.- El Templo Mayor y la Catedral Metropolitana. Centro Histórico de la ciudad de México. Foto del autor, mayo de 2005.
- 4.- Torre poniente de la Catedral Metropolitana. Foto del autor, mayo de 2004.
- 5.- Columna de la Independencia. Detalle. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 6.- Estatua de Cuauhtémoc, Paseo de la Reforma, ciudad de México. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 7.- Monumento a la Revolución. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 8.- Atardecer: Torre de Mexicana y WTC, ciudad de México. Foto del autor, diciembre de 2006.
- 9.- Atardecer al sur de la ciudad de México. Foto del autor, noviembre de 2001.
- 10.- Atardecer al poniente de la ciudad de México. Foto del autor, diciembre de 2006.
- 11.- Casa en la colonia Narvarte. Foto del autor, mayo de 2005.
- 12.- Cine Teresa en el Eje Central. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 13.- Tianguis a un costado de la Basílica de Guadalupe. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 14.- La avenida de los Insurgentes Norte. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 15.- Parque Lincon, detalle. Ciudad de México. Foto del autor, mayo de 2005.
- 16.- Palacio de Hierro en Polanco. Ciudad de México. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 17.- Xochimilco. Foto del autor, julio de 2005.
- 18.- “La isla de Tenochtitlan” de Luis Covarrubias. Museo Nacional de Antropología e Historia, ciudad de México. Foto del autor, enero de 2004.
- 19.- Alcázar del Castillo de Chapultepec. Museo Nacional de Historia. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 20.- Ex convento de Churubusco. Museo Nacional de las Intervenciones. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 21.- Vista oriente desde la Basílica de Guadalupe. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 22.- Cortés y la Malinche, fresco, 1926 por José Clemente Orozco. Antiguo Colegio de San Ildefonso. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 23.- La Trinchera, fresco, 1926 por José Clemente Orozco. Antiguo Colegio de San Ildefonso. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 24.- Edificio sede de la Bolsa Mexicana de Valores. Juan José Díaz Infante, 1990. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 25.- Parque Deportivo del Seguro Social. Foto del autor, junio de 2002.
- 26.- Parque Deportivo del Seguro Social. Torre de iluminación. Foto del autor, junio de 2002.
- 27.- Parque Deportivo del Seguro Social. El *outfield* ya como estacionamiento. Foto del autor, junio de 2002.
- 28.- Parque Deportivo del Seguro Social. Las taquillas de Av. Cuauhtémoc y Obrero Mundial. Para la temporada 2000, el boleto de butaca costaba 50 pesos. Foto del autor, junio de 2002.
- 29.- Parque Deportivo del Seguro Social. Parte de las gradas. Foto del autor, junio de 2002.
- 30.- Demolición del parque de béisbol. Foto del autor, marzo de 2003.
- 31.- El Parque Delta. Foto del autor, noviembre de 2006.
- 32.- Conjunto habitacional tipo Infonavit, al oriente de la ciudad (muy cerca de la Cabeza de Juárez). Foto del autor, octubre de 2005.
- 33.- Conjunto habitacional en Santa Fe (frente al centro comercial). Foto del autor, septiembre de 2005.
- 34.- Las Basílicas de Guadalupe, antigua y nueva. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 35.- El Palacio de Bellas Artes. Foto del autor, noviembre de 2006.
- 36.- Templo del Posito, Basílica de Guadalupe. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 37.- “Ricos arriba, pobres abajo”. Vista desde el puente de Los Poetas, Santa Fe, México. Foto del autor, octubre de 2006.

Índice de Fotografías

- 38.- Vista oriente del Paseo de la Reforma, desde el Ángel de la Independencia. Foto del autor, septiembre de 2005.
- 39.- Parroquia de Nuestra Señora de la Piedad, Col. Narvarte, ciudad de México. Foto del autor, enero de 2004.
- 40.- Mi hijo, Darío Rosado Verdugo, al mes de nacido. Foto del autor, junio de 2001.
- 41.- La calle de Moneda, Centro Histórico de la ciudad de México. Foto del autor, noviembre de 2006.
- 42.- Mi hijo, Erick Rosado Verdugo, al día de nacido. Foto del autor, noviembre de 2004.
- 43.- Neonato en la terapia intensiva. Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Enero de 2004.
- 44.- Enfermera. Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Noviembre de 2003.
- 45.- Quirófano del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Noviembre de 2003.
- 46.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, fachada principal, detalle. Foto del autor, noviembre de 2003.

Índice de ilustraciones

- 1.- “El hombre en el cruce de caminos”, Diego Rivera, 1934. Tomada de *Museos de México* en <http://www.museosdemexico.org/museos/index.php?idMuseo=80&idMenu=12&Tipo=0>. Diciembre de 2006.
- 2.- “Humanity in transition” por Judith S. Larcen. Tomada de *Scientific American, Special Issue: Crossroads for Planet Earth*, Vol. 394, No. 3, septiembre de 2005, p. 49.
- 3.- Ciudad de México. Los tres niveles de atención médica para la población sin seguridad social. Ilustración elaborada por el autor con información de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Diciembre de 2006.

Índice de Gráficas

- 1.- República Mexicana. Tasa global de fecundidad 1976 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 2.- República Mexicana. Tasa bruta de mortalidad 1970 - 2003. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 3.- República Mexicana. Esperanza de vida por sexo 1930 - 2004. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 4.- República Mexicana. Población total y tasa de crecimiento 1900 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 5.- República Mexicana. Pirámides de población por grupos quinquenales 1970, 2005, 2030 y 2050. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 6.- Ciudad de México. Población total y tasa de crecimiento 1900 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 7.- Ciudad de México. Esperanza de vida por sexo 1940 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 8.- Pirámides de población de la ciudad de México por grupos quinquenales, mujeres y hombres 1970, 1990, 2005 y 2031. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 9.- Ciudad de México. Tasa global de fecundidad 1960 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 10.- Ciudad de México. Tasa bruta de mortalidad 1960 - 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.
- 11.- Ciudad de México. Principales causas de mortalidad general 1960 - 2004. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la gráfica. Diciembre de 2006.

Índice de Tablas

- 1.- Análisis de la población de la ciudad de México por grupos quinquenales, mujeres y hombres 1970, 1990, 2005 y 2031. Elaborada por el autor. Diciembre de 2006.
- 2.- República Mexicana. Principales causas de mortalidad general 1960. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 3.- República Mexicana. Principales causas de mortalidad general 1980. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 4.- República Mexicana. Principales causas de mortalidad general 2004. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 5.- República Mexicana. 15 principales causas de mortalidad 1930, 1970, 2002 y 2004. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 6.- Ciudad de México. 15 principales causas de mortalidad 1930, 1970, 2002 y 2004. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 7.- Ciudad de México. Condición de derechohabiencia 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 8.- Ciudad de México. Población sin derechohabiencia por delegación política, 2005. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.

Las Herramientas Filosóficas

- Introducción • ¿Qué es la Filosofía?
- El Panóptico • El Rizoma
- La Heterotopía

Ilustración 1: *Las Meninas* por Diego Velázquez. Tomada de *Art Courses*. http://employees.oneonta.edu/firbers/art/arth200/artis/las_meninas.html en diciembre de 2005.



Las Herramientas Filosóficas

Introducción

Durante el Curso Propedéutico de Primer Ingreso a la Maestría en Diseño Arquitectónico, cuya temática fue: “Metodología de la Investigación, Modernidad y Posmodernidad, Estructuralismo y Posestructuralismo, Deconstrucción, Pensamiento Complejo y los Movimientos Arquitectónicos de Finales del Siglo XX”, la Dra. Consuelo Farías nos dijo que “[...] para poder cursar la Maestría en Arquitectura, era necesario que le prometiéramos un cambio de actitud”, es decir, que tuviéramos la mente abierta para aceptar la posibilidad de cambiar nuestra forma de pensar; en algunos casos de desaprender y en otros de exponernos a nuevas intensidades. Y sí, nos lo hizo prometer.

En términos de Gilles Deleuze, la promesa versa sobre el pensamiento, el cual “[...] piensa su propia historia (pasado), pero para liberarse de lo que piensa (presente) y poder finalmente pensar «de otra forma» (futuro).”⁽¹⁾

Si me preguntaran en cuál de las materias fue necesario tener siempre presente la promesa, la respuesta sería automática: “La filosofía y el pensamiento urbano arquitectónico contemporáneo”. En mi experiencia, la filosofía era un tema inédito; poco sabía de su relación con la arquitectura y la forma en que se presenta como una herramienta para entender este mundo cada vez más complejo. Es decir, ahora sé que a través del estudio de la Posmodernidad, por ejemplo, no como estilo artístico, sino como pensamiento complejo, se aclara en la mente el caos aparente del mundo actual. Posteriormente, la lectura de pensadores contemporáneos, como Michel Foucault, Gilles Deleuze y Félix Guattari, entre otros, enriquecieron, a través de sus conceptos, la presente disertación mucho más de lo que hubiera imaginado.

¿Qué es la filosofía?

La filosofía, en un primer momento es “[...] el arte de formar, de inventar, de fabricar conceptos... tiene que determinar un momento, una ocasión, unas circunstancias, unos paisajes y unas personalidades, unas condiciones y unas incógnitas del planteamiento”.⁽²⁾ Sin embargo, la filosofía, ya con mayor rigor, se define como la “disciplina que consiste en **crear** [en exclusiva] conceptos y establecer un plano”.⁽³⁾

Es interesante señalar —antes de hablar sobre el ‘concepto filosófico’ y el ‘plano de inmanencia’—, lo que no es la filosofía:

“Veamos por lo menos lo que la filosofía no es: no es contemplación, ni reflexión, ni comunicación, incluso a pesar de que haya podido creer tanto una cosa como otra, en razón de la capacidad que tiene cualquier disciplina de engendrar sus propias ilusiones y de ocultarse detrás de una bruma que desprende con este fin. No es contemplación, pues la contemplación son las propias cosas en tanto que consideradas en la creación de sus propios conceptos. No es reflexión porque nadie necesita filosofía alguna para reflexionar sobre cualquier cosa: generalmente se cree que se hace un regalo a la filosofía considerándola el arte de la reflexión, pero se la despoja de todo, pues los matemáticos como tales nunca han esperado a los filósofos para reflexionar sobre las matemáticas, ni los artistas sobre la pintura o la música; decir que se vuelven entonces filósofos constituye una broma de mal gusto, debido a lo mucho que su reflexión pertenece al ámbito de su creación respectiva. Y la filosofía no encuentra amparo último de ningún tipo en la comunicación, que en potencia sólo versa sobre opiniones, para crear «consenso» y no concepto... La filosofía no contempla, no reflexiona, [y] no comunica...”⁽⁴⁾

Así, crear conceptos siempre nuevos es el objeto de la filosofía. De ahí se desprende que ella es una disciplina creadora, incluso, revolucionaria por naturaleza, ya que no cesa de crear conceptos nuevos. Ahora bien, la pregunta obligada es ¿qué es un «concepto filosófico»? ¿Es lo mismo que nos enseñan en la licenciatura cuando nos hablan de «concepto arquitectónico»?

El concepto filosófico es aquél que “impide que el pensamiento sea simplemente una opinión, un parecer, una discusión, una habladuría”.⁽⁵⁾ Pero tales conceptos no nos están esperando hechos y acabados. No pertenecen al *Mundo de las Ideas de Platón*. Es necesario crearlos y, además, necesitan forzosamente “tener y seguir teniendo su propia firma: la *sustancia* de Aristóteles, el *cogito* de Descartes, la *mónada* de Leibniz, la *condición* de Kant, la *potencia* de Schelling, el *tiempo* de Bergson”⁽⁶⁾ y, por supuesto, el *agenciamiento* de Deleuze y Guattari así como la *heterotopía* de Foucault, para convencer a la gente de que recurran a ellos. Como es fácil observar,

algunos autores buscan una palabra extraordinaria, a veces bárbara o chocante, para designarlos, mientras que a otros les basta con una palabra corriente, aunque así se corre el riesgo de pasar desapercibidas para la gente que no está familiarizada con la filosofía.

Los conceptos tienen que estar relacionados con problemas que sean los nuestros, de nuestra época, pero sobre todo, de nuestros devenires.⁽⁷⁾⁽⁸⁾ De ahí la importancia de leer a pensadores que compartan nuestro tiempo y su circunstancia. Sin embargo, no se trata de discutir sobre los problemas, ya que lo mínimo que se puede decir de una discusión es que no sirve para adelantar en la tarea, puesto que los involucrados no hablan de lo mismo. De nada sirve sostener una opinión si no se exponen los problemas. Y ya expuestos éstos, de lo que se trata es de crear conceptos indiscutibles para el problema que uno se ha planteado (si, **los problemas** no se enfrentan, **se plantean**, del mismo modo que hay que crear los conceptos). “La comunicación siempre llega demasiado pronto o demasiado tarde, y la conversación siempre está de más cuando se trata de crear”.⁽⁹⁾

Basados en la lectura de Deleuze y Guattari⁽¹⁰⁾ se pueden establecer, al menos, cuatro características de los conceptos: primero, cada concepto está formado por componentes que pueden a su vez ser tomados como conceptos. Así, los conceptos se pueden extender hasta el infinito. Segundo, lo propio del concepto consiste en volver a los componentes inseparables dentro de él: distintos, heterogéneos y no obstante no separables, definiendo así la consistencia del concepto. Tercero, cada concepto será considerado como el punto de coincidencia, de condensación o de acumulación de sus propios componentes. Finalmente, el concepto es incorpóreo, aunque se encarne o se efectúe en los cuerpos. Carece de coordenadas espaciotemporales, sólo tiene ordenadas intensivas. Carece de energía, sólo tiene intensidades. De esta forma, el concepto se define por “la inseparabilidad de un número finito de componentes heterogéneos recorridos en un punto en sobrevuelo absoluto, a velocidad infinita”.⁽¹¹⁾

Para ilustrar el párrafo anterior, se puede tomar como ejemplo un concepto filosófico rubricado, entre los más famosos, el *cogito* cartesiano:

“El Yo de Descartes: un concepto de yo. Este concepto posee tres componentes, dudar, pensar y ser (no hay que llegar a la conclusión de que todos los conceptos son triples). El enunciado total del concepto como multiplicidad es: es yo pienso «luego» yo existo, o más completo: yo que dudo, yo pienso, yo soy, yo soy una cosa que piensa. Es el acontecimiento siempre renovado del pensamiento tal como lo concibe Descartes. El concepto se condensa en el punto Y, que pasa por todos los componentes, y

en el que coinciden Y' — dudar, Y'' — pensar, Y''' — ser. Los componentes se presentan en este caso como verbos, pero no tienen por qué ser una norma, basta con que sean variaciones”.⁽¹²⁾

El concepto es, por lo tanto, **un acto de pensamiento**.

Los conceptos filosóficos se conectan unos con otros, pues todo concepto tiene un número finito de componentes, se bifurcará sobre otros conceptos, compuestos de modo diferente pero que constituyen otras regiones del plano de inmanencia (del que se hablará a continuación), que responden a problemas que se pueden relacionar y que son partícipes de una co-creación. Un concepto no sólo exige un problema bajo el cual modifica o sustituye a conceptos anteriores, sino una encrucijada de problemas donde se junta con otros conceptos coexistentes.

Por otro lado, el plano de inmanencia se define como una sección o planicie de los conceptos. El plano de inmanencia no es un concepto, ni el concepto de todos los conceptos. Se le considera como el horizonte de los acontecimientos, aunque no como el horizonte relativo que funciona como un límite, que cambia con la posición de un observador, sino el horizonte absoluto, independiente de cualquier observador y que traduce el acontecimiento como concepto independiente de un estado de cosas visible donde se llevará a cabo.

Los conceptos van pavimentando, ocupando o poblando el plano, palmo a palmo, mientras que el plano es en sí mismo el medio indivisible en el que los conceptos se reparten sin perder su integridad o su continuidad.

El plano es lo que garantiza el contacto de los conceptos, ya que como señalamos anteriormente, una de las características principales de los conceptos es que se conecten unos con otros, en unas conexiones siempre crecientes. El plano de inmanencia no es un concepto pensado ni pensable, sino la imagen del pensamiento, la imagen que se da a sí mismo de lo que significa pensar, hacer uso del pensamiento, orientarse en el pensamiento.

“El plano de inmanencia es a la vez lo que tiene que ser pensado y lo que no puede ser pensado. Podría ser lo no pensado en el pensamiento”.⁽¹³⁾

Lo que el pensamiento reivindica, lo que selecciona, es el movimiento infinito o el movimiento del infinito. Él es quien constituye la imagen del pensamiento y al mismo tiempo, la materia del ser.

Así, el plano de inmanencia se define de tres maneras estrictamente equivalentes: imagen=movimiento=materia=luz. Retenemos tres características fundamentales del plano de inmanencia: primero, el conjunto infinito de las imágenes-movimiento, en cuanto que las primeras reaccionan las unas sobre las otras por todas sus caras y en todas sus partes. Segundo: ese plano también es la colección de las líneas y las figuras de luz que se oponen a las líneas rígidas o figuras geométricas que todavía no existen. Sobre este plano de inmanencia no puede ser asignado nada sólido, al igual que es imposible designar una derecha y una izquierda, un arriba o un abajo. La luz no deja de difundirse sobre el plano de inmanencia, es decir, se propaga en todos los sentidos y todas las direcciones. La tercera característica es el tiempo: luz y tiempo se implica. Todavía más, según la primera característica el plano de inmanencia es, él mismo, un conjunto infinito de movimientos. Por lo tanto, y en ese sentido, se implica el tiempo como variable:

“Así pues, el tiempo filosófico es un tiempo grandioso de coexistencia, que no excluye el antes ni el después, sino que los superpone en un orden estratigráfico. Se trata de un devenir infinito de la filosofía, que solapa pero no se confunde con su historia[...] La filosofía es devenir, y no historia; es coexistencia de planos, y no sucesión de sistemas”.⁽¹⁴⁾

Uno de los temas más lúdicos que aprendimos en los cursos de la Dra. Farías es, sin duda, el “personaje conceptual”: se trata del Idiota, el que dice Yo, el que se lanza al cogito, pero también es el que establece el plano. Es el pensador privado que se opone al profesor público. El segundo remite siempre a unos conceptos ya aprendidos, mientras que el pensador privado forma conceptos con fuerzas innatas (yo pienso). Nos encontramos así, con un tipo de personaje muy extraño, que quiere pensar y piensa por sí mismo, por la luz «natural». El Idiota es el personaje conceptual que busca convertir lo absurdo en la fuerza más poderosa del pensamiento, es decir, crear. Jamás aceptará las verdades de la Historia, quiere que le devuelvan lo que estaba perdido, lo incomprensible, lo absurdo.

A veces, cuando los personajes conceptuales aparecen, tienen nombre propio: Sócrates es el personaje principal del platonismo, el *cogito* de Descartes, el Dionisio y el Anticristo de Nietzsche, el Idiota de Cusa. Así, vemos que los personajes conceptuales ejecutan los movimientos que describen el plano de inmanencia del autor y, algo que es muy importante, intervienen en la propia creación de sus conceptos. Por lo tanto, el personaje conceptual no es el representante del filósofo, es incluso, su contrario: el verdadero sujeto de la filosofía del autor. El nombre del autor se convierte en mero seudónimo de sus personajes.

Los personajes conceptuales no tiene nada que ver con una personificación abstracta, con un héroe, un símbolo o una alegoría, pues el personaje vive, insiste. El destino del filósofo es convertirse en su o sus personajes conceptuales al mismo tiempo que éstos, se convierten en algo distinto de lo que son histórica o corrientemente. El personaje conceptual es el devenir o el sujeto de una filosofía, que asume el valor del filósofo.

Decíamos que el personaje conceptual es el que siempre dice Yo. Es un acto de palabra en tercera persona: yo pienso en tanto que Idiota, yo quiero en tanto que Zarathustra, yo bailo en tanto que Dionisio, yo pretendo en tanto que Amante. En los enunciados filosóficos no se hace algo diciéndolo, pero se hace el movimiento pensándolo, por mediación de un personaje conceptual. De este modo, éstos son los verdaderos agentes de enunciación. ¿Quién es Yo?, siempre una tercera persona. El personaje conceptual debe ser Original, Único, que valga la pena.

Hemos formado, pues, la trinidad filosófica: trazar, inventar, crear. Es decir, que la filosofía presenta estos tres elementos de los que cada cual responde a los otros dos, pero que a la vez debe ser considerado por su cuenta. El plano pre-filosófico que debe trazar (inmanencia), el o los personajes pro-filosóficos que debe inventar y hacer vivir (insistencia) y los conceptos filosóficos que deben crear (consistencia).

Razón al trazado del plano, Imaginación a la invención de los personajes y Entendimiento a la creación de conceptos. Por esta razón hay que crear, inventar y trazar. Las tres actividades son estrictamente simultáneas y las únicas relaciones que tienen son incommensurables. La creación de los conceptos no tiene más límite que el plano que van a poblar, pero el propio plano es ilimitado y su trazado sólo concuerda con los conceptos que se van a crear, a los que tendrá que enlazar, o con los personajes que se van a inventar.

Finalmente, podemos establecer que no hay filosofía falsa; en todo caso, será carente de importancia o interés, precisamente porque no aporta una imagen del pensamiento ni engendran un personaje interesante. Este es el gran reto de la materia “La filosofía y el pensamiento urbano arquitectónico contemporáneo”.

El Panóptico

La lepra es una enfermedad infecciosa conocida desde los tiempos bíblicos, caracterizada por úlceras cutáneas desfigurantes, daño neurológico periférico y debilidad progresiva. Es causada por el organismo *Mycobacterium leprae*. No es una enfermedad muy contagiosa (ya que es de difícil transmisión) y tiene un largo periodo de incubación (tiempo antes de que aparezcan los síntomas), lo cual dificulta determinar el momento y el lugar donde se contrajo la enfermedad. La lepra ha suscitado rituales de exclusión que dieron, hasta cierto punto, el modelo y la forma general del «gran encierro», es decir, la división masiva y binaria entre los unos y los otros. El leproso está prendido en una práctica del rechazo, del exilio-clausura; se le deja perderse allí como en una masa que importa poco diferenciar.

Por otra parte, la peste es una infección grave y potencialmente mortal causada por el organismo *Yersinia pestis*. Los roedores salvajes, como las ratas, propagan la enfermedad a los seres humanos. La peste se transmite entre los roedores por medio de la picadura de pulga. Los humanos pueden adquirir la peste cuando tocan o consumen un animal infectado o cuando entran en contacto con sus excrementos. Sin embargo, ciertas formas de peste pueden transmitirse de un humano a otro. Cuando una víctima de peste con neumonía tose, unas gotas microscópicas que transportan la enfermedad se mueven a través del aire y alguien que aspire estas partículas puede adquirir la enfermedad. De esta manera se puede iniciar una epidemia. En la Edad Media, las epidemias masivas de peste mataron a millones de personas. La peste apela en las sociedades a separaciones múltiples, a distribuciones individualizantes, a una organización en profundidad de las vigilancias y de los controles, es decir, a una ramificación e intensificación del poder. Los apestados están prendidos en un reticulado táctico meticuloso en el que las diferenciaciones individuales son los efectos coactivos de un poder que se multiplica, se articula y se subdivide. Busca el buen encausamiento de la conducta.

La lepra y su división. La peste y su reticulado. La primera está marcada; la segunda analizada y repartida. El exilio del leproso y la detención de la peste no llevan consigo el mismo sueño político. El uno es el de una comunidad pura, el otro el de una sociedad disciplinada. Estas son dos maneras de ejercer el poder sobre la gente, de controlar sus relaciones, de desenlazar sus peligrosos contubernios. Menciona Foucault:

“La ciudad apestada, toda ella atravesada de jerarquía, de vigilancia, de inspección, de escritura, la ciudad inmovilizada en el funcionamiento de un poder

extensivo que se ejerce de una manera distinta sobre todos los cuerpos individuales, lo que la convierte en la utopía de la ciudad perfectamente gobernada. La peste es la prueba en el curso de la cual se puede definir idealmente el ejercicio del poder disciplinario. Para ver funcionar las disciplinas perfectas, los gobernantes soñaban con el estado de peste”.⁽¹⁵⁾

Corresponde al siglo XIX haber aplicado al espacio de la exclusión, cuyo personaje simbólico era el leproso (y los mendigos, los vagabundos, los locos, los violentos, quienes también formaban parte de su población real) la técnica del poder propia del reticulado disciplinario. Lo que se ha realizado regularmente por parte del poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX, es el tratar a los leprosos como apestados, proyectando los desgloses finos de la disciplina sobre el espacio confuso del internamiento, trabajarlo con los métodos de distribución analítica del poder e individualizar a los excluidos. Así funcionan los asilos psiquiátricos, las penitenciarías, los correccionales, los establecimientos de educación así como los hospitales. Utilizan la división binaria (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal; infectado-sano) así como la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo; cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.). Estas tácticas tienen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales (es decir, influir en su conducta).

El *Panóptico* es la figura arquitectónica —creada por el jurista británico Jeremy Bentham (1748-1832)—⁽¹⁶⁾ que corresponde a este modelo. El principio es relativamente sencillo:

“En la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tiene dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviese la celda de una parte a otra. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, enfermo, un condenado, un obrero, o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre, recortándose perfectamente sobre la luz, las pequeñas siluetas cautivas en las celdas de la periferia. Tantos pequeños teatros como celdas, en los que cada actor está solo, perfectamente individualizado y constantemente visible. El dispositivo panóptico dispone de unidades espaciales que permiten ver sin cesar y reconocer al punto. En suma, se invierte el principio del calabozo; o más bien, de sus tres funciones —encerrar, privar de luz y ocultar—; no se conserva más que la primera y se suprimen las otras dos. La plena luz y la mirada de un vigilante captan mejor que la sombra, que en último término protegía. La visibilidad es una trampa”.⁽¹⁷⁾

Esta figura arquitectónica evita la formación de masas, siempre peligrosas para el orden. Por el contrario, cada individuo está en su lugar, bien encerrado en una celda en la que es vista de frente por el vigilante; además, los muros laterales impiden la comunicación con sus compañeros. Es visto, pero él no ve. Y esta disposición es la garantía del orden: si los detenidos son unos condenados, no hay peligro de que se organice un complot; si son enfermos —como en el caso de la presente disertación— se reduce el peligro del contagio; si son locos, no hay riesgo de violencia recíproca; si son niños, se disminuye la posibilidad de copias a escondidas o lejos de la vista del profesor; si son obreros, se logra la ausencia de riñas, robos o de cualquier distracción que baje el rendimiento de los trabajadores. El sistema es perfecto: para el guardia, la masa se convierte en individuos enumerables y controlables; para el detenido (en cualquiera que sea su escenario), una soledad secuestrada y observada.⁽¹⁸⁾

De ahí el efecto mayor del Panóptico:

“Inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción. Que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su ejercicio; que este aparato arquitectónico sea una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquel que lo ejerce; en suma, que los detenidos se hallen insertos en una situación de poder de la que ellos mismos son los portadores. [...] Para ello, Bentham ha sentado el principio de que el poder debía ser visible e inverificable. [...] El Panóptico es una máquina de disociar la pareja ver-ser visto: en el anillo periférico, se es totalmente visto, sin ver jamás; en la torre central, se ve todo, sin ser jamás visto”.⁽¹⁹⁾

Con el uso de esta táctica, la influencia sobre la conducta de los individuos puede ser “no violenta”, es decir, se convierte en un ejercicio calculado, organizado, técnicamente reflexivo, puede ser sutil, sin hacer uso de las armas ni del terror. No es necesario recurrir a medios de fuerza para obligar al condenado a la buena conducta, al loco a la tranquilidad, el obrero al trabajo, el estudiante al aprovechamiento y al enfermo a la observación de las prescripciones. Lo anterior sin necesidad de rejas, ni de cadenas, ni de cerraduras; basta con que las separaciones sean definidas y las aberturas estén bien dispuestas.

El Panóptico es, además, el laboratorio ideal, ya que puede ser utilizado como máquina de hacer experiencias, de modificar el comportamiento y de encauzar o re-educar la conducta de los individuos: experimentar

medicamentos y verificar sus efectos. Probar diferentes castigos sobre los presos, según sus delitos, y así buscar los más eficaces. Enseñar diferentes técnicas a los obreros y establecer cuál es la mejor. Intentar experiencias pedagógicas, etc. El Panóptico es un lugar privilegiado para hacer posible la experimentación sobre los hombres y para analizar —con toda certidumbre— las transformaciones que se pueden obtener en ellos. El Panóptico puede incluso constituir un aparato de control sobre sus propios mecanismos. Desde su torre central, el director (de la escuela, de la prisión, de la fábrica y, por supuesto, del hospital), puede espiar a todos los empleados que tiene a sus órdenes; podrá juzgarlos continuamente, modificar su conducta e imponerles los métodos que considere conveniente. El Panóptico funciona como una especie de laboratorio de poder. Gracias a sus mecanismos de observación, gana en eficacia y en capacidad de penetración en el comportamiento de los hombres.

El Panóptico debe ser comprendido como un modelo generalizable de funcionamiento; una manera de definir las relaciones de poder con la vida cotidiana de los hombres. Sin embargo, éste no debe ser pensado como un edificio onírico: es el diagrama de un mecanismo de poder referido a su forma ideal. Y aquí aparece uno de los conceptos más importantes de la obra de Foucault: el diagrama.

¿Qué es un diagrama? Es conveniente recurrir —nuevamente— a Gilles Deleuze. En su libro titulado *Foucault*, el autor define, primero, el Panoptismo:

“Cuando Foucault define el Panoptismo, unas veces lo determina concretamente como un agenciamiento óptico o luminoso que caracteriza a la prisión, otras lo determina abstractamente como una máquina que no sólo se aplica a una materia visible en general (taller, cuartel, escuela, hospital en tanto que prisión), sino que en general también atraviesa todas las funciones enunciadas. La fórmula abstracta del Panoptismo ya no es, pues, «ver sin ser visto», sino imponer una conducta cualquiera a una multiplicidad humana cualquiera». Sólo es necesario que la multiplicidad considerada sea reducida, incluida en un espacio restringido, y que la imposición de una conducta se realice por distribución en el espacio, ordenación y seriación en el tiempo, composición en el espacio-tiempo”⁽²⁰⁾.

Posteriormente, el autor hace referencia a la definición de diagrama:

“¿Cómo llamar a esta nueva dimensión informal? Foucault en una ocasión le da su nombre más preciso: «diagrama», es decir, «un funcionamiento libre de cualquier obstáculo o rozamiento... y al que no hay que otorgar ningún uso

específico». El diagrama [...] es el mapa, la cartografía, coextensiva al campo social. Es una máquina abstracta. Se define por funciones y materias informales, ignora cualquier distinción de forma entre un contenido y una expresión, entre una formación discursiva y una formación no discursiva. Una máquina muda y ciega, aunque haga ver y haga hablar”⁽²¹⁾.

En una lo que podríamos llamar una segunda aproximación a la definición de diagrama, Deleuze comenta:

“¿Qué es un diagrama? Es la exposición de las relaciones de fuerzas que constituyen el poder, según las características analizadas precedentemente. [...] El diagrama o la máquina abstracta es el mapa de las relaciones de fuerzas, mapa de densidad, de intensidad, que procede por uniones primarias no localizables”⁽²²⁾.

Ahora podemos establecer, en términos *deleuzianos*, una última definición de panoptismo:

“El dispositivo panóptico no es simplemente una articulación, un intercambiador entre un mecanismo de poder y una función; es una manera de hacer funcionar las relaciones de poder”⁽²³⁾.

El dispositivo panóptico no es simplemente un punto de unión entre un mecanismo de poder y una función; es una manera de hacer funcionar unas relaciones de poder en una función, y una función por esas relaciones de poder. El panoptismo es capaz de “reformar la moral”, preservar la salud, revigorizar la industria, difundir la instrucción, aliviar las cargas públicas, establecer la economía como sobre una roca, desatar, en lugar de cortar, el nudo gordiano de las leyes sobre los pobres, todo esto por una simple anivarmersión.

El Rizoma

La meseta “Rizoma” —parte introductoria del libro “Mil mesetas, capitalismo y esquizofrenia” escrito por Deleuze y Guattari—, es un texto que vale la pena experimentar. Es un juego que inspira su construcción permanente. Los autores nos invitan a ver y hacer las cosas desde otra perspectiva que, definitivamente, no es desde la estructura tipo árbol, no desde el principio, sino desde la parte intermedia, percibidas por arriba, por abajo o viceversa; de izquierda a derecha, o viceversa. Dice Franz Kafka (1883-1924):

“Las cosas que se me ocurren no se me presentan por su raíz, sino por un punto cualquiera situado hacia el medio. Tratad, pues, de retenerlas, tratad de retener esa brizna de hierba que sólo empieza a crecer por la mitad del tallo, y no la soltéis”⁽²⁴⁾

Expongo ahora algunas definiciones relacionadas con el tema.

Según la enciclopedia Británica, el rizoma es:

“En botánica, es la planta-tallo subterránea capaz de producir los sistemas de raíz y retoños de una nueva planta. Esta capacidad permite a la planta “madre” reproducirse asexualmente y además, permite a la planta sobrevivir (a una temporada desfavorable) bajo la tierra. En algunas plantas (por ejemplo las azucenas, los helechos y las hierbas del bosque), el rizoma es el único tallo de la planta. En tales casos, solamente las hojas y las flores son visibles”⁽²⁵⁾.

Para el Pequeño Larousse Ilustrado, el rizoma es un:

“Tallo subterráneo, con frecuencia alargado y horizontal, que posee yemas, echa vástagos y suele producir también raíces”⁽²⁶⁾.

Por otra parte, la enciclopedia Británica define al meristema como el:

“Tejido formativo de una planta, usualmente formado por pequeñas células capaces de dividirse indefinidamente y que dan origen a células similares o bien, a células capaces de producir diferentes órganos o tejidos”⁽²⁷⁾.

En la tesis de la Dra. Consuelo Farías se lee: “Los tejidos meristemáticos están formados de células pequeñas de pared delgada con núcleos grandes, sin vacuolas o, en todo caso, pocas. Su principal función consiste en crecer,

dividirse y diferenciarse en todos los demás tipos de tejido. La planta embrionaria al principio de su desarrollo está formada enteramente de meristema; conforme crece, casi todo el meristema se diferencia en otros tejidos; pero aún en el árbol adulto hay regiones de meristema que permiten el crecimiento continuo. Los tejidos meristemáticos se encuentran en las partes de la planta que crece activamente (extremos de las raíces y de los tallos)”⁽²⁸⁾.

Rem Koolhaas, en el glosario de su libro S, M, L, XL, apunta sobre el concepto filosófico *rizoma*:

“El rizoma es antigenealogía, memoria de corto plazo o antimemoria. El rizoma opera por variación, expansión, conquista, captura, retoño. A diferencia de las artes gráficas, el dibujo o la fotografía, a diferencia de los calcos, el rizoma pertenece a un mapa que debe ser producido, construido, un mapa que es siempre separable, conectable, reversible, modificable, y que tiene múltiples entradas y salidas y sus propias líneas de fuga. Son los calcos lo que deben ponerse sobre el mapa y no lo opuesto. En contraste con los sistemas céntricos (incluso policéntricos), con modos jerárquicos de comunicación y caminos preestablecidos, el rizoma es un sistema sin centro, no jerárquico, sin un sistema de significancia sin General y sin memoria organizativa o autómatas central, definido solamente por la circulación de estados”⁽²⁹⁾.

Los seis caracteres generales del rizoma son:

1 y 2. Principios de conexión y de heterogeneidad: cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro, y debe serlo. Eso no sucede en el árbol ni en la raíz, quienes siempre fijan un punto y, por lo tanto, un orden; proceden por dicotomía. En un rizoma, por el contrario, los rasgos no siguen necesariamente un orden o una estructura determinada. Los eslabones de signos se conectan entre sí, incluyendo formas de codificación muy diversas, como son los eslabones biológicos, los políticos, los económicos, etc., poniendo en juego no sólo regímenes de signos distintos, sino también estatutos de estados de cosas. Un rizoma no cesa de conectar eslabones semióticos, organizaciones de poder, circunstancias relacionadas con las artes, las ciencias, la medicina y las luchas sociales. Un eslabón semiótico es como un tubérculo que aglutina actos muy diversos, lingüísticos, pero también perceptivos, mímicos, gestuales, etc. El rizoma hace bulbo, evoluciona por tallos y flujos subterráneos, no se estabiliza, no es homogéneo.

3. Principio de multiplicidad: Una multiplicidad no tiene sujeto ni

objeto, sino únicamente determinaciones, tamaños y dimensiones que no pueden aumentar sin que ella cambie de naturaleza (las leyes de combinación aumentan con la multiplicidad). Deleuze utiliza el ejemplo de la marioneta:

“Los hilos de la marioneta, en tanto que rizoma o multiplicidad, no remiten a la supuesta voluntad del artista o del titiritero, sino a la multiplicidad de las fibras nerviosas que forman a su vez otra marioneta [¿un devenir marioneta?] según otras dimensiones conectadas con las primeras: «denominaremos trama a los hilos o las varillas que mueven las marionetas. Podría objetarse que su multiplicidad reside en la persona del actor que la proyecta en el texto. De acuerdo, pero sus fibras nerviosas forman a su vez una trama. Penetran a través de la masa gris, la cuadrícula, hasta lo indiferenciado...»⁽³⁰⁾

En un rizoma no hay puntos o posiciones, como ocurre en una estructura, un árbol o una raíz. En un rizoma sólo hay líneas. El número deja de ser un concepto universal que mide elementos según su posición en una dimensión cualquiera, para devenir en una multiplicidad variable según las dimensiones consideradas. No hay unidades de medida, sino únicamente multiplicidades o variedades de medida. Un rizoma o multiplicidad no se deja codificar, nunca dispone de dimensión suplementaria al número de sus líneas. En la medida en que llenan, ocupan todas las dimensiones, es decir, todas las multiplicidades son planas: se habla entonces de un **plano de consistencia** de las multiplicidades, aunque ese plano sea de dimensiones crecientes según el número de conexiones que se establezcan en él. Las multiplicidades se definen por el afuera: por la línea abstracta, línea de fuga o de desterritorialización según la cual cambian de naturaleza al conectarse con otras. El plano de consistencia es el afuera de todas las multiplicidades. La línea de fuga señala a la vez la realidad de un número de dimensiones finitas que la multiplicidad ocupa efectivamente. El libro ideal es aquél que lo distribuye todo en ese plano de exterioridad, en una sola página, en un mismo territorio: acontecimientos vividos, determinaciones históricas, conceptos pensados, individuos, grupos y formaciones sociales.

4. Principio de ruptura asignificante: éste se opone a los cortes excesivamente significantes que separan o atraviesan las estructuras. Al contrario, un rizoma puede ser roto, interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza según ésta o aquella de sus líneas, y según otras. Es imposible acabar con las hormigas, puesto que forman un rizoma animal que aunque se destruya en su mayor parte, no cesa de reconstituirse. Todo rizoma comprende líneas de segmentaridad según las cuales está estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuido, etc.; Pero

también comprende líneas de desterritorialización según las cuales se escapa sin cesar. Hay ruptura en el rizoma cada vez que de las líneas segmentarias surge bruscamente una línea de fuga, que también forma parte del rizoma. Esas líneas remiten constantemente unas con otras. Por eso nunca debe presuponerse un dualismo o una dicotomía. Se produce una ruptura, se traza una línea de fuga, pero siempre existe el riesgo de que reaparezcan en ella organizaciones que reestratifican el conjunto, formaciones que devuelven el poder a un significante, atribuciones que reconstituyen un sujeto:

“La orquídea se desterritorializa al formar una imagen, un calco de avispa; pero la avispa se reterritorializa en esa imagen. No obstante, también la avispa se desterritorializa, deviene una pieza del aparato reproductor de la orquídea; pero reterritorializa a la orquídea al transportar el polen. La avispa y la orquídea hacen rizoma, en tanto que heterogéneos. Diríase que la orquídea imita a la avispa cuya imagen reproduce de forma significante (mimesis, mimetismo, señuelo, etc.). Pero es sólo válido al nivel de los estratos -paralelismo entre dos estratos de tal forma que la organización vegetal de uno imita a la organización animal del otro-. Al mismo tiempo, se trata de algo totalmente distinto: ya no de imitación, sino de captura de código, plusvalía de código, aumento de valencia, verdadero devenir orquídea de la avispa, asegurando cada uno de esos devenires en la desterritorialización de uno de los términos y la reterritorialización del otro, encadenándose y alternándose ambos según una circulación de intensidades que impulsa la desterritorialización cada vez más lejos”⁽³¹⁾

Igual ocurre con el libro y el mundo: el libro no es una imagen del mundo. Hace rizoma con el mundo, hay una evolución que no es paralela del libro y el mundo, el libro asegura la desterritorialización del mundo, pero el mundo efectúa una reterritorialización del libro, que a su vez se desterritorializa en sí mismo en el mundo. El mimetismo es un mal concepto, producto de una lógica binaria, para explicar fenómenos que tienen otra naturaleza. Ni el cocodrilo reproduce el tronco de un árbol, ni el camaleón reproduce los colores de su entorno. Por el contrario, la Pantera Rosa no imita nada, no reproduce nada, pinta el mundo de su color, el cual se convierte en su devenir mundo para devenir imperceptible, asignificante, trazar su ruptura, su propia línea de fuga, llevando hasta el fin su “evolución sin paralelo”.

Es necesario continuar siempre el rizoma por ruptura, alargar, prolongar, alternar la línea de fuga, variarla hasta producir la línea más abstracta y más tortuosa de n dimensiones, de direcciones quebradas.

Escribir, hacer rizoma, ampliar nuestro territorio por desterritorialización, extender la línea de fuga hasta lograr que englobe todo el plano de consistencia en una máquina abstracta.

5. y 6. Principios de cartografía y calcomanía. Un rizoma no responde a ningún modelo estructural o generativo. Es ajeno a toda idea de eje genético, como también de una estructura profunda. Para Deleuze y Guattari, los conceptos anteriores son, ante todo, principios de calco reproducibles hasta el infinito. La lógica del árbol es una lógica de calco y de reproducción. Consiste, pues, en calcar algo que se da por hecho, a partir de una estructura que sobrecodifica o de un eje que soporta. El árbol articula y jerarquiza calcos que son como las hojas de los árboles.

Muy distinto es el rizoma que es un mapa. En el ejemplo de la orquídea, ésta no reproduce el calco de la avispa sino que hace mapa con ella en el seno de un rizoma. El mapa está totalmente orientado hacia una experimentación que actúa sobre lo real. El mapa no reproduce, construye. Contribuye a la conexión de los campos, al desbloqueo de los cuerpos sin órganos (CsO), a su máxima apertura en un plano de consistencia. Forma parte del rizoma. El mapa es abierto, conectable en todas sus dimensiones, desmontable, alterable, susceptible de recibir constantemente modificaciones. Puede ser roto, alterado, adaptarse a distintos montajes, iniciado por un individuo, un grupo, una formación social. Puede dibujarse en una pared, concebirse como una obra de arte, construirse como una acción política o una meditación. Una de las características más importantes del rizoma es la de tener siempre múltiples entradas. Contrariamente al calco, que siempre vuelve “a lo mismo”, un mapa tiene múltiples entradas.

El calco imita, siempre crea su propio modelo y lo atrae; cuando cree reproducir otra cosa, ya sólo se reproduce a sí mismo. Por eso es tan peligroso. Inyecta redundancias y las propaga. El calco sólo reproduce los puntos muertos, los bloqueos. Cuando un rizoma está bloqueado, arborificado, ya no hay nada que hacer, el deseo no pasa, pues el deseo siempre produce y se mueve rizomáticamente. El rizoma actúa sobre el deseo por impulsos externos y productivos.

De este modo, los autores expresan que el árbol o la raíz inspiran una triste imagen del pensamiento que no cesa de imitar y estas reproducciones no permiten salir, no producen, no crean. Los sistemas arborescentes, como la burocracia, son sistemas jerárquicos que implican centros de significancia y de subjetivación, con memorias organizadas. Corresponden a modelos, como la burocracia, que sólo reciben información de una unidad superior.

Como todos sabemos, en un sistema jerárquico, un individuo sólo admite un vecino activo que es su superior jerárquico; fuera de esta instancia, el individuo es incapaz de admitir cualquier otra posibilidad de funcionamiento. Los canales de transmisión están preestablecidos.

El rizoma está hecho de mesetas. La palabra “meseta” designa algo muy especial: una región continua de intensidades, que vibra sobre sí misma, y que se desarrolla evitando cualquier orientación hacia un punto culminante o hacia un fin exterior. Por su parte, Deleuze y Guattari definen a la “meseta” como aquella multiplicidad que se puede conectar con otras por tallos subterráneos superficiales, a fin de formar y extender un rizoma.⁽³²⁾

Así, los autores establecen lo que podríamos considerar como “aforismos rizomáticos”:

“¡Haced rizoma y no raíz, no plantéis nunca!”
“¡No sembréis, horadad!”
“¡No seáis ni uno ni múltiple, sed multiplicidades!”
“¡Haced la línea, no el punto! La velocidad transforma el punto en línea”
[y la línea en volumen].
“¡Sed rápidos, incluso sin moveros!”
“¡No suscitéis un General en vosotros!”
“¡Tened ideas cortas. Haced mapas, y no fotos ni dibujos!”
“Que vuestros amores sean como los de la avispa y la orquídea!”

El rizoma no empieza ni acaba, siempre está en el medio, entre las cosas, inter-ser, *intermezzo*. El medio no es una media, sino, al contrario, el sitio por el que las cosas adquieren velocidad.

Finalmente, y por su importancia para mí, transcribo literalmente la definición de la Dra. Consuelo Farías, escrita en su tesis de doctorado y que discutimos en la clase de “Filosofía y Pensamiento Urbano Arquitectónico Contemporáneo”:

“Con base en las definiciones anteriores puede entenderse que un rizoma es una multiplicidad, no una estructura ni un sistema, ya que está conformado de grandes porciones de meristemo. Si se piensa en un rizoma de carrizo, este es un carrizo delgado que corre horizontalmente prácticamente en la superficie del terreno, pero la separación de los anillos es muy pequeña comparada con la separación de los anillos de un carrizo vertical o tallo. Cada anillo está formado

de una masa de tejido meristemático, o sea, tejido vegetal indiferenciado, que incluye una masa de células en rápida división, de la cual surgen los nuevos tejidos. Por eso, es una multiplicidad, un puede ser hoja, puede ser tallo, puede ser flor, puede ser raicilla,... a medida que cada una de estas células “puede ser” se especializan, evolucionan, se vuelven digamos tallo, pierden esa posibilidad de poder ser, se hacen rígidas, ya son tallo, ya son hojas, ya son flores, ya son raicillas,... Esto quiere decir que en el momento que seleccionaron ser tal o cual, ya no tienen posibilidades de ser otra cosa, se diferenciaron,... Sin embargo, el rizoma sigue manteniendo cantidades suficientes, yo diría grandes, de meristemo que le daban la oportunidad de “pertener a un mapa que es siempre separable, conectable, reversible, modificable, y tiene múltiples entradas y salidas y sus propias líneas de fuga”. Por eso, como dice Deleuze y Guattari, “el rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico, sin significado, sin un General y sin memoria organizativa o robot central, definido únicamente por una circulación de estados”. En otras palabras, el rizoma es —tallos, hojas, raíces, flores—, pero al mismo tiempo no es, sigue siendo meristemo, es una combinación de carizo con meristemo, y así sigue garantizando y participando de ser y no ser. En este caso, es en todo sentido de la palabra una máquina abstracta capaz de realizar infinidad de conexiones... Es en sí, una estructura de eventos”.⁽³³⁾

Utopía vs Heterotopía

Algunas personas pasan gran parte de su vida buscando la utopía o, mejor dicho, su utopía. Se esfuerzan y trabajan muy duro pero... simplemente no llegan a *ninguna parte*. Otras —las menos—, buscan con el mismo empeño y diligencia la heterotopía. ¿Y cuál es la diferencia? Los segundos normalmente llegan a su mejor lugar posible: no es perfecto pero es real. Honestamente, yo prefiero los lugares que existen, que se pueden visitar. La perfección, lo sabemos todos, no es inherente al ser humano. Así pues, a manera de “telón de fondo”, empecemos esta herramienta recordando la Utopía de Moro.

Utopía, obra maestra de la literatura, fue escrita en latín en Lovania, Bélgica en 1516 por el humanista inglés Tomás Moro (1478-1535). No sabemos cuáles fueron las motivaciones reales del autor, pero se cree que en un momento de inactividad forzada, Moro se distrajo pintando la imagen del Estado ideal, perfecto: Utopía. Para ello, eligió el diálogo. En él, el autor expone una crítica feroz a la sociedad inglesa de su tiempo, al influjo de las ideas platónicas (de La República, especialmente) y la visión de los florecientes Países Bajos.

De esta forma surge un nuevo género literario y lo que podríamos llamar un concepto filosófico: la idea de construir en el plano intelectual la imagen de una República perfecta, del Estado Modelo. Sin embargo, como sabemos, la utopía, por definición, no existe, es algo imposible. El Estado perfecto sólo

puede existir en «Ninguna parte». Efectivamente, la palabra Utopía fue compuesta por Moro y la tomó del griego *ου*, no, y *τοπος*, lugar⁽³⁴⁾ significando así, en ningún lugar o en ninguna parte.

En el libro segundo de Utopía, Moro describe una ciudad-estado pagana y comunista en las que las instituciones y las políticas están gobernadas enteramente por la razón. El orden y la dignidad de tal Estado, contrasta con la política de la Europa cristiana, dividida según los intereses y la avaricia de los poderosos y de los ricos, como se establece en el libro primero, escrito en Inglaterra, también en 1516.

La descripción de Utopía es puesta en boca de un misterioso viajero llamado Rafael Hytlodeo⁽³⁵⁾ en apoyo al argumento de que el comunismo es la única cura contra el egoísmo de la vida privada y pública. Recordemos ahora la descripción de Amaurota, una de las ciudades de Utopía:

De las ciudades y especialmente de Amaurota

“Conociendo una ciudad de Utopía se conocen todas, tan semejantes son unas a otras, en lo que permite la naturaleza de cada lugar. Podría descubrir una cualquiera. Pero, ¿por qué no escoger Amaurota? Es la más digna de ello, ya que es, por deferencia de las restantes, la sede de la Asamblea. Además es la que mejor conozco, por haber vivido en ella cinco años seguidos.

Hállase situada en el suave declive de una colina, teniendo forma casi cuadrada. Comienza un poco más abajo de la cima de aquélla y se extiende por espacio de dos mil pasos hasta el río Anhidro cuya orilla cubre una extensión un poco mayor.

[...] La ciudad está unida a la orilla opuesta por un puente, no de madera o de pilares, sino de magníficos arcos de sillería, puente que está situado en el punto más alejado del mar, lo cual permite que los navíos puedan atravesar sin obstáculos todo el frente de la ciudad...

Un muro alto y grueso, con abundantes torres y bastiones, ciñe la ciudad. Un foso sin agua, ancho y profundo, repleto de ortigas y de espinos, circunda la muralla por tres lados. En el cuarto lado, el mismo río sirve de foso.

Las avenidas de la ciudad han sido trazadas de tal manera que facilitan el tránsito y se hallan al abrigo de los vientos. Los edificios están extremadamente bien cuidados y limpios, formando dos líneas continuas de casas enfrentadas en cada calle. Detrás de cada casa, a lo largo de la calle, extiéndense vastos jardines, cerrados por todos lados por las casas que se adosan a ellos. No existe mansión alguna que no tenga puerta en la calle y poterna en el jardín. Las dos hojas de cada

puerta se abren con una simple presión y se cierran solas, entra quien quiere, ya que no existe en absoluto la propiedad, y cada diez años cámbiense de casa, previo sorteo.

Los utópicos preocuparse mucho de sus jardines. En ellos tienen vides, frutales, plantas y flores; una vegetación tan rica y tan cuidada, que nunca vi otra que diera mejor rendimiento ni que fuera más bella. Su afición a tales cultivos proviene, no sólo de la satisfacción que les produce, sino de los concursos que celebran entre barrios para ver cuál tiene el más bello jardín. Difícil sería encontrar en toda la ciudad algo que mejor respondiera a las necesidades y a la diversión de todos, tanto que el fundador del Estado parece que se preocupó especialmente de crear esos jardines.

El plano de la ciudad fue enteramente trazado, desde el principio, por el propio Utopo. Pero el trabajo de ornato y perfeccionamiento lo dejó en manos de sus sucesores, viendo que una vida humana no hubiera bastado para ello. Así sus anales, que comprenden un periodo de mil setecientos sesenta años, a partir de la conquista, anales que conservan diligente y religiosamente, nos dicen que las habitaciones eran en los primeros tiempos casas bajas, cabañas y chozas, construidas de cualquier modo, con maderos, y de paredes recubiertas de barro y techos puntiagudos de bálago. Ahora todas las casas tienen tres pisos; las paredes exteriores son de piedra estucada o de mampostería; en el interior recúbranse los agujeros con yeso. Los techos, planos, hállese recubiertos de un producto que los hace ininflamables y más resistentes a la intemperie que el plomo. Los utópicos ponen vidrio (que usan con mucha frecuencia) en las ventanas, para no dejar pasar el viento. También usan a veces un tejido tenuísimo, impregnado de aceite traslúcido o de ámbar, procedimiento que ofrece la doble ventaja de dejar pasar más luz y de proteger mejor contra el viento”⁽³⁶⁾.

Así, Moro se muestra partidario de las cosas excelentes aunque las sepa irrealizables, y también que solamente serán irrefutables mientras no trasciendan de la esfera ideal de la teoría a la realidad, es decir, mientras sean imposibles. Moro exclama que aquellas cosas excelentes de Utopía más las desea para sus ciudades que esperar verlas realizadas. Hay algo que se opone a ello, y el autor lo sabe perfectamente: la naturaleza humana colmada de defectos.

La Heterotopía

A cambio de la utopía, la isla donde los ríos son anhidros (sin agua) y los príncipes ademos (sin pueblo), el lugar perfecto pero imposible de alcanzar, Michel Foucault nos ofrece la heterotopía. Se deduce que el término proviene del griego *ετερως*, otro, desigual, distinto y de *τοπος* lugar: otros lugares⁽³⁷⁾. En marzo de 1967 el *Cercle d'Etudes Architecturales* en París invitó a Foucault a dar una conferencia sobre el espacio. De esta conferencia que se tituló “*Des espaces autres*” (Los espacios otros o bien, De espacios otros) surge el concepto de la heterotopía. A continuación y por su importancia, transcribo la conferencia de 1967, misma que revisamos en la clase de *Edificios Contemporáneos de Exhibición, Heterotopías y Heterocronías*:

Los Espacios Otros⁽³⁸⁾

Michel Foucault

“Nadie ignora que la gran obsesión del siglo XIX, su idea fija, fue la historia: ya como desarrollo y fin, crisis y ciclo, acumulación del pasado, sobrecarga de muertos o enfriamiento amenazante del mundo. El siglo XIX encontró en el segundo principio de la termodinámica el grueso de sus recursos mitológicos. Nuestra época sería más bien la época del **espacio**. Vivimos en el tiempo de la simultaneidad, de la yuxtaposición, de la proximidad y la distancia, de la contigüidad, de la dispersión. Vivimos en un tiempo en que el mundo se **experimenta** menos como vida que se desarrolla a través del tiempo que como una red que comunica puntos y enreda su malla. Podría decirse acaso que las disputas ideológicas que animan las polémicas actuales se verifican entre los descendientes devotos del tiempo y los empedidos habitantes del espacio. El estructuralismo, o al menos lo que se agrupa bajo esa rúbrica un tanto genérica, consiste en el esfuerzo para establecer, entre elementos que a lo largo del tiempo han podido estar desperdigados, un conjunto de relaciones que los haga aparecer como una especie de configuración; y con esto no se trata tanto de negar el tiempo, no; es un modo determinado de abordar lo que se denomina tiempo y lo que se denomina historia.

No podemos dejar de señalar que el espacio que se nos descubre hoy en el horizonte de nuestras inquietudes, teorías, sistemas no es una innovación; el espacio, en la experiencia occidental, tiene una historia, y no cabe ignorar por más tiempo este fatal entrecruzamiento del tiempo con el espacio. Para bosquejar aunque sea burdamente esta historia del espacio podríamos decir que en la Edad Media era un conjunto **jerarquizado** de lugares: lugares sagrados y profanos, lugares resguardados y lugares, por el contrario, abiertos, sin defensa, lugares urbanos y lugares rurales (dispuestos para la vida efectiva de los humanos); la teoría cosmológica distinguía entre lugares supracelstes, en oposición a los celestes; y lugares celestes opuestos a su vez a los terrestres; había lugares en los que los objetos se encontraban situados porque habían sido desplazados a pura fuerza, y luego lugares, por el contrario, en que los objetos encontraban su emplazamiento y su sitio naturales. Toda esta jerarquía, esta oposición, esta superposición de lugares constituía lo que cabría llamar groseramente el espacio medieval, un espacio de **localización**.

La apertura de este espacio de localización vino de la mano de Galileo, pues el verdadero escándalo de la obra de Galileo no fue tanto el haber descubierto, el haber redescubierto, más bien, que la Tierra giraba alrededor del Sol, sino el haber erigido un espacio infinito, e infinitamente abierto. De tal modo que el espacio de la Edad Media se encontraba de algún modo como disuelto, el lugar de una cosa no era sino un punto en su movimiento, tanto como el reposo de una cosa no era sino un movimiento indefinidamente ralentizado. En otras palabras, desde Galileo, desde el siglo XVIII, la **extensión** sustituye a la localización.

Espacio de ubicación

En la actualidad, la **ubicación** ha sustituido a la extensión, que a su vez sustituyó a la localización. La ubicación se define por las relaciones de vecindad entre puntos o elementos; formalmente, puede describirse como series, árboles, cuadrículas.

Por otro lado, es conocida la importancia de los problemas de ubicación en la técnica contemporánea: almacenamiento de la información o de los resultados parciales de un cálculo en la memoria de una máquina, circulación de elementos discrecionales, de salida aleatoria (caso de los automóviles y hasta de los sonidos en una línea telefónica), marcación de elementos, señalados o cifrados, en el interior de un conjunto ya repetido al azar, ya ordenado dentro de una clasificación unívoca o según una clasificación plurívoca, etc.

Más en concreto, el problema del lugar o de la ubicación se plantea para los humanos en términos de demografía; y este último problema de la ubicación humana no consiste simplemente en resolver la cuestión de si habrá bastante espacio para la especie humana en el mundo; problema, por lo demás, de suma importancia, sino también en determinar qué relaciones de vecindad, qué clase de almacenamiento, de circulación, de marcación, de clasificación de los elementos humanos debe ser considerada preferentemente en tal o cual situación para alcanzar tal o cual fin. Vivimos en una época en la que espacio se nos ofrece bajo la forma de **relaciones de ubicación**.

Sea como fuere, tengo para mí que la inquietud actual se suscita fundamentalmente en relación con el espacio, mucho más que en relación con el tiempo; el tiempo no aparece probablemente más que como uno de los juegos de distribución posibles entre los elementos que se reparten en el espacio.

Ahora bien, pese a todas las técnicas que lo delimitan, pese a todas las redes de saber que permiten definirlo o formalizarlo, el espacio contemporáneo no está todavía completamente desacralizado a diferencia sin duda del tiempo, que sí lo fue en el siglo XIX. Es verdad que ha habido una cierta desacralización teórica del espacio (a la que la obra de Galileo dio la señal de partida), pero quizás aún no asistimos a una efectiva desacralización del espacio. Y es posible que nuestra propia vida esté dominada por un determinado número de oposiciones intangibles, a las que la institución y la práctica aún no han osado acometer; oposiciones que admitimos como cosas naturales: por ejemplo, las relativas al espacio público y al espacio privado, espacio familiar y espacio social, espacio cultural y espacio productivo, espacio de recreo y espacio laboral; espacios todos informados por una sorda sacralización.

La obra inmensa de Bachelard, las descripciones de los fenomenólogos nos han hecho ver que no vivimos en un espacio homogéneo y vacío, sino, antes bien, en un espacio poblado de **calidades**, un espacio tomado quizás por fantasmas: el espacio de nuestras **percepciones** primarias, el de nuestros **sueños**, el de

nuestras **pasiones** que conservan en sí mismas calidades que se dirían intrínsecas; espacio leve, etéreo, transparente o, bien, oscuro, cavernario, atestado; es un espacio de alturas, de cumbres, de cimas o, por el contrario, un espacio un espacio de fango, un espacio que puede fluir como una corriente de agua, un espacio que puede ser fijado, concretado como la piedra o el cristal.

Estos análisis, no obstante, aun siendo fundamentales para la reflexión contemporánea, hacen referencia sobre todo al espacio interior. Mi interés aquí es tratar del espacio exterior.

El espacio que habitamos, que nos hace salir de nosotros mismos, en el cual justamente se produce la erosión de nuestra vida, de nuestro tiempo y de nuestra historia; este espacio que nos consume y avejenta es también en sí mismo un espacio heterogéneo. En otras palabras, no vivimos en una especie de vacío, en cuyo seno podrían situarse las personas y las cosas. No vivimos en el interior de un vacío que cambia de color, vivimos en el interior de un conjunto de relaciones que determinan ubicaciones mutuamente irreductibles y en modo alguno superponibles.

Nada costaría, claro está, emprender la descripción de estas distintas ubicaciones, investigando cuál es el conjunto de relaciones que permite definir esa ubicación. Sin ir más lejos, describir el conjunto de relaciones que definen las ubicaciones de las travesías, las calles, los ferrocarriles (el ferrocarril constituye un extraordinario haz de relaciones por cuyo medio uno va; asimismo permite desplazarse de un sitio a otro y él mismo también se desplaza). Podría perfectamente describir, por el haz de relaciones que permite definir las ubicaciones de detención provisional en que consisten los cafés, los cinematógrafos, las playas. De igual modo podrían definirse, por su red de relaciones, los lugares de descanso, clausurados o semiclausurados, en que consisten la casa, el cuarto, el lecho, etc. Pero lo que me interesa son, entre todas esas ubicaciones, justamente aquellas que tienen la curiosa propiedad de ponerse en relación con todas las demás ubicaciones, pero de un modo tal que **suspenden, neutralizan o invierten** el conjunto de relaciones que se hallan por su medio señaladas, reflejadas o manifestadas. Estos espacios, de algún modo, están en relación con el resto, que contradicen no obstante las demás ubicaciones, y son principalmente de dos clases.

1.- Heterotopías

Tenemos en primer término las utopías. Las utopías son los lugares sin espacio real. Son los espacios que entablan con el espacio real una relación general de analogía directa o inversa. Se trata de la misma sociedad en su perfección máxima o la negación de la sociedad, pero, de todas suertes, utopías con espacios que son fundamental y esencialmente **irreales**.

Hay de igual modo, y probablemente en toda cultura, en toda civilización,

espacios reales, espacios efectivos, espacios delineados por la sociedad misma, y que son una especie de **contraespacios**, una especie de utopías efectivamente verificadas en las que los espacios reales, todos los demás espacios reales que pueden hallarse en el seno de una cultura están a un tiempo representados, impugnados o invertidos, una suerte de espacios que están fuera de todos los espacios, aunque no obstante sea posible su localización. A tales espacios, puesto que son completamente distintos de todos los espacios de los que son reflejo y alusión, los denominaré, por oposición a las utopías, **heterotopías**: y tengo para mí que entre las utopías y esos espacios enteramente contrarios, las heterotopías, cabría a no dudar una especie de experiencia mixta, mítica, que vendría representada por el **espejo**. El espejo, a fin de cuentas, es una utopía, pues se trata del espacio vacío de espacio. En el espejo me veo allí donde **no estoy**, en un espacio irreal que se abre virtualmente tras la superficie, estoy allí, allí donde no estoy, una especie de sombra que me devuelve mi propia visibilidad, que me permite mirarme donde no está más que **mi ausencia**: utopía del espejo. Pero es igualmente una heterotopía, en la medida en que el espejo tiene una existencia **real**, y en la que produce, en el lugar que ocupo, una especie de efecto de rechazo: como consecuencia del espejo me descubro ausente del lugar porque me contemplo allí. Como consecuencia de esa mirada que de algún modo se dirige a mí, desde el fondo de este espacio virtual en que consiste el otro lado del cristal, me vuelvo hacia mi persona y vuelvo mis ojos sobre mí mismo y tomo cuerpo allí donde **estoy**; el espejo opera como una heterotopía en el sentido de que devuelve el lugar que ocupa justo en el instante en que me miro en el cristal, a un tiempo absolutamente real, en relación con el espacio ambiente, y absolutamente irreal, porque resulta forzoso, para aparecer reflejado, comparecer ante ese punto virtual que está allí.

En cuanto a las heterotopías propiamente dichas, ¿cómo podríamos definir las? ¿En qué consisten? Podríamos suponer no tanto una ciencia, un concepto tan prostituido en este tiempo, como una especie de descripción sistemática que tendría como objeto, en una sociedad dada, el estudio, el análisis, la descripción, la «interpretación», como gusta decirse ahora, de esos espacios **diferentes**, de esos otros espacios, una suerte de contestación a un tiempo mítica y real del espacio en que vivimos: descripción que podríamos llamar la heterotopología. He aquí una constante de todo grupo humano. Pero las heterotopías adoptan formas muy variadas y acaso no encontremos una sola forma de heterotopía que sea absolutamente universal. No obstante, podemos clasificarlas en dos grandes tipos.

En las sociedades “primitivas” se da una cierta clase de heterotopías que podríamos denominar heterotopías de **crisis**, es decir, que hay lugares aforados, o sagrados o vedados, reservados a los individuos que se encuentran en relación con la sociedad, y en el medio humano en cuyo seno viven, en crisis; a saber: los adolescentes, las menstruantes, las embarazadas, los ancianos, etc.

En nuestra sociedad, este tipo de heterotopías de crisis van camino de desaparecer, aunque todavía es posible hallar algunos vestigios. Sin ir más lejos, la

escuela, en su forma decimonónica, el servicio militar, en el caso de los jóvenes, han tenido tal función, las primeras manifestaciones de la sexualidad masculina debían verificarse por fuerza «fuera» del ámbito familiar. En el caso de las muchachas, hasta mediados del siglo XX, imperaba la costumbre del «viaje de bodas»: es una cuestión antiquísima. La pérdida de la flor, en el caso de las muchachas, tenía que producirse en «tierra de nadie» y, a tales efectos, el tren, el hotel, representaba justamente esa «tierra de nadie», esta heterotopía sin referencias geográficas.

Más estas heterotopías de crisis en la actualidad están desapareciendo y están siendo reemplazadas, me parece, por heterotopías que cabría llamar de **desviación**, es decir: aquellas que reciben a individuos cuyo comportamiento es considerado desviado en relación con el medio o con la norma social. Es el caso de las residencias, las clínicas psiquiátricas; es también el caso de las prisiones y también de los asilos, que se encuentran de algún modo entre las heterotopías de crisis y las heterotopías de desviación, pues, a fin de cuentas, la vejez es una crisis, y al mismo tiempo una desviación, porque en nuestra sociedad, en la que el tiempo libre es normativizado, la ociosidad supone una especie de desviación.

El segundo principio de las heterotopías consiste en que, en el curso de su historia, una sociedad suele asignar funciones muy distintas a una misma heterotopía vigente; de hecho, cada heterotopía tiene una función concreta y determinada dentro de una sociedad dada, e idéntica heterotopía puede, según la sincronía del medio cultural, tener una u otra función.

Pondría como ejemplo la sorprendente heterotopía del cementerio. El cementerio constituye un espacio respecto de los espacios comunes, es un espacio que está, no obstante, en relación con el conjunto de todos los espacios de la ciudad o de la sociedad o del pueblo, ya que cada persona, cada familia tiene a sus ascendientes en el cementerio. En la cultura occidental, el cementerio ha existido casi siempre. Pero ha sufrido cambios de consideración. Hasta finales del siglo XVIII, el cementerio estaba situado en el centro mismo de la ciudad, en los alrededores de la iglesia, con una disposición jerárquica múltiple. Allí se encuentra el pudridero en el que los cadáveres terminan por despojarse de sus últimas briznas de individualidad, sepulturas individuales y sepulturas en el interior de la iglesia. Tales sepulturas eran de dos clases, a saber: lápidas con una inscripción o mausoleos con una estatuaría. Tal cementerio, que se situaba en el espacio sagrado de la iglesia, ha tomado en las civilizaciones modernas un cariz muy distinto y es, sorprendentemente, en la época en la que la civilización se toma, como suele decirse groseramente, «atea», cuando la cultura occidental ha inaugurado lo que conocemos como el culto a los difuntos.

Aunque bien mirado, es perfectamente natural que en la época en la que se creía efectivamente en la resurrección de la carne y en la inmortalidad del alma no se prestara a los restos mortales demasiada importancia. Por el contrario, desde el momento en que la fe en el alma, en la resurrección de la carne declina, los restos mortales cobran mayor consideración, pues, a la postre, son las únicas huellas de nuestra existencia entre los vivos y entre los difuntos.

Sea como fuere, no es sino a partir del siglo XIX cuando cada persona tiene derecho al nicho y a su propia podredumbre: pero, por otro lado, sólo a partir del siglo XIX es cuando se comienza a instalar los cementerios en la periferia de las ciudades. Parejamente a esta individualización de la muerte y a la apropiación burguesa del cementerio, surge la consideración obsesiva de la muerte como «enfermedad». Los muertos son los que contagian las enfermedades a los vivos y es la presencia y la cercanía de los difuntos pared con pared con las viviendas, la iglesia, en medio de la calle, esta proximidad de la muerte es la que propaga la misma muerte. Esta gran cuestión de la enfermedad propagada por el contagio de los cementerios persiste desde finales del siglo XVIII, siendo a lo largo del siglo XIX cuando se comienzan a trasladar los cementerios a las afueras. Los cementerios no constituyen tampoco el viento sagrado e inmortal de la ciudad, sino la «otra ciudad», en la que cada familia tiene su última morada.

Tercer principio. La heterotopía tiene el poder de **yuxtaponer** en un único lugar real distintos espacios, varias ubicaciones que se excluyen entre sí. Así, el **teatro** hace suceder sobre el rectángulo del escenario toda una serie de lugares ajenos entre sí; así, el **cine** no es sino una particular sala rectangular en cuyo fondo, sobre una pantalla de dos dimensiones, vemos proyectarse un espacio de tres dimensiones; pero, quizás, el ejemplo más antiguo de este tipo de heterotopías, en forma de ubicaciones contradictorias, viene representado quizás por el **jardín**. No podemos pasar por alto que el jardín, sorprendente creación ya milenaria, tiene en Oriente significaciones harto profundas y como superpuestas. El jardín tradicional de los persas consistía en un espacio sagrado que debía reunir en su interior rectangular las cuatro partes que simbolizan las cuatro partes del mundo, con un espacio más sagrado todavía que los demás a guisa de punto central, el ombligo del mundo en este medio (ahí se situaban el pilón y el surtidor); y toda la vegetación del jardín debía distribuirse en este espacio, en esta especie de microcosmos. En cuanto a las alfombras, eran, al principio, reproducciones de jardines. El jardín es una alfombra en la que el mundo entero alcanza su perfección simbólica y la alfombra es una especie de jardín portátil. El jardín es la más minúscula porción del mundo y además la totalidad del mundo. El jardín es, desde la más remota antigüedad, una especie de heterotopía **feliz** y universalizadora (de ahí nuestros parques zoológicos).

2.- Heterocronías

Cuarto principio. Las heterotopías están ligadas, muy frecuentemente, con las distribuciones temporales, es decir, abren lo que podríamos llamar, por pura simetría, las heterocronías: la heterotopía despliega todo su efecto una vez que los hombres han **roto** absolutamente con el **tiempo** tradicional: así vemos que el cementerio es un lugar heterotópico en grado sumo, ya que el cementerio se inicia con una rara heterocronía que es, para la persona, la pérdida de la vida, y esta cuasi-eternidad en la que no para de disolverse y eclipsarse.

De un modo general, en una sociedad como ésta, heterotopía y heterocronía se organizan y se ordenan de una forma relativamente compleja. Hay, en primer

término, heterotopías del tiempo que se acumula hasta el infinito, por ejemplo, los **museos**, las **bibliotecas**; museos y bibliotecas son heterotopías en las que el tiempo no cesa de amontonarse y posarse hasta su misma cima, cuando hasta el siglo XVII, hasta finales del siglo XVII incluso, los museos y las bibliotecas constituían la expresión de una elección particular. Por el contrario, la idea de acumularlo todo, la idea de formar una especie de archivo, el propósito de encerrar en un lugar todos los tiempos, todas las épocas, todas las formas, todos los gustos, la idea de habilitar un lugar con todos los tiempos que está él mismo fuera de tiempo, y libre de su daga, el proyecto de organizar de este modo una especie de acumulación perpetua e indefinida del tiempo en un lugar inmóvil es propio de nuestra modernidad. El museo y la biblioteca son heterotopías propias de la cultura occidental del siglo XIX.

Frente a esas heterotopías, que están ligadas a la acumulación del tiempo, hay heterotopías que están ligadas, por el contrario, al tiempo en su forma más fútil, más efímera, más quebradiza, bajo la forma de fiesta. Tampoco se trata de heterotopías permanentes, sino completamente **crónicas**. Tal es el caso de las **ferias**, esos magníficos emplazamientos vacíos al borde de las ciudades, que se pueblan, una o dos veces por año, de barracas, de puestos, de un sinfín de artículos, de luchadores, de mujeres-serpientes, de decidoras de la buena ventura. Incluso muy recientemente, se ha inventado una nueva heterotopía crónica, a saber, las ciudades de **vacaciones**; esas ciudades polinesias que ofrecen tres semanas de una desnudez primitiva y eterna a los habitantes urbanos; y puede verse además que, en estas dos formas de heterotopía, se reúnen la de la fiesta y la de la eternidad del tiempo que se acumula; las chozas de Djerba están en cierto sentido emparentadas con las bibliotecas y los museos, pues, reencontrando la vida polinesia, se suprime el tiempo, pero también se encuentra el tiempo, es toda la historia de la humanidad la que se remonta hasta su origen como una suerte de gran sabiduría inmediata.

Quinto principio. Las heterotopías constituyen siempre un sistema de **apertura y cierre** que, al tiempo, las aísla y las hace penetrables. Por regla general, no se accede a un espacio heterotópico así como así. O bien se halla uno obligado, caso de la trinchera, de la prisión, o bien hay que someterse a ritos o purificaciones. No se puede acceder sin una determinada autorización; una vez que se han cumplido un determinado número de actos. Además, hay heterotopías incluso que están completamente consagradas a tales rituales de purificación, purificación medio religiosa medio higiénica como los *hammas* de los musulmanes, o bien purificación nítidamente higiénica como las saunas escandinavas.

Por el contrario, hay otras que parecen puras y simples aperturas, pero que, por regla general, esconden exclusiones, muy particulares: cualquier persona puede penetrar en ese espacio heterotópico, pero, a decir verdad, no es más que una quimera: uno cree entrar y está, por el mismo hecho de entrar, excluido. Pienso, por ejemplo, en esas inmensas estancias de Brasil o, en general, de Sudamérica. La puerta de entrada no da a la pieza donde vive la familia y toda persona que pasa, todo visitante puede perfectamente cruzar el umbral, entrar en

la casa y pernocar. Ahora bien, tales dependencias están dispuestas de tal modo que el huésped que pasa no puede acceder nunca al seno de la familia, no es más que un visitante, en ningún momento es un verdadero huésped. De esta clase de heterotopía, que ha desaparecido en la práctica en nuestra civilización, pueden acaso advertirse vestigios en los conocidos moteles americanos, a los que se llega con el automóvil y la querida y en los que la sexualidad ilícita está al mismo tiempo completamente a cubierto y completamente escondida, en un lugar aparte, sin estar sin embargo a la vista.

En fin, la última singularidad de las heterotopías consiste en que, en relación con los demás espacios, tienen una función, la cual opera entre dos polos opuestos. O bien desempeñan el papel de erigir un espacio ilusorio que denuncia como más ilusorio todavía el espacio real, todos los lugares en los que la vida humana se desarrolla. Quizás es ese el papel que desempeñaron durante tanto tiempo los antiguos prostíbulos, hoy desaparecidos. O bien, por el contrario, erigen un espacio distinto, otro espacio real, tan perfecto, tan exacto y tan ordenado como anárquico, revuelto y patas arriba es el nuestro. Ésa sería la heterotopía no tanto ilusoria como **compensatoria** y no dejo de preguntarme si no es de algún modo ése el papel que desempeñan algunas colonias.

En determinados supuestos han desempeñado, en el plano de la organización general del espacio terrestre, el papel de la heterotopía. Pienso por ejemplo en el papel de la primera ola de colonización, en el siglo XVII, en esas sociedades puritanas que los ingleses fundaron en América, lugares de perfección suma.

Pienso también en esas extraordinarias reducciones jesuitas de América del Sur: colonias maravillosas, absolutamente reguladas, en las que la perfección humana era un hecho. Los jesuitas del Paraguay habían establecido reducciones en las que la existencia estaba regulada en todos y cada uno de sus aspectos. La población estaba ordenada conforme a una disposición rigurosa en derredor de una plaza central al fondo de la cual se levantaba la iglesia: a un lado, la escuela, al otro, el cementerio y, detrás, enfrente de la iglesia, se abría una calle en la que confluía perpendicularmente otra; cada familia tenía su cabaña a lo largo de esos dos ejes, y de este modo se reproducía exactamente el símbolo de la Cruz. La Cristiandad señalaba de este modo con su símbolo fundamental el espacio y la geografía del mundo americano.

La vida cotidiana de las personas estaba regulada menos a golpe de sirenas que de campanas. Toda la comunidad tenía fijado el descanso y el inicio del trabajo a la misma hora: la comida al mediodía y a las cinco; luego se acostaban y a la medianoche era la hora del llamado descanso conyugal, esto es, nada más sonar la campana del convento, todos y cada uno debían cumplir con su débito.

Prostíbulos y colonias son dos clases extremas de la heterotopía y si se para mientes, después de todo, en que la nave es un espacio flotante del espacio, un espacio sin espacio, con vida propia, cerrado sobre sí mismo y al tiempo

abandonado a la mar infinita y que, de puerto en puerto, de derrota en derrota, de prostíbulo en prostíbulo, se dirige hacia las colonias buscando las riquezas que éstas atesoran, puede comprenderse la razón por la que la nave ha sido para nuestra civilización, desde el siglo XVI hasta hoy, al tiempo, no sólo, por supuesto, el mayor medio de desarrollo económico (no hablo de eso ahora), sino el mayor reservorio de imaginación. La nave constituye la heterotopía por excelencia. En las civilizaciones de tierra adentro, los sueños se agotan, el espionaje sustituye a la aventura y la policía a los piratas”.

Por generaciones, desde la creación de Utopía en el siglo XVI —como mencioné al principio de esta herramienta filosófica—, algunos hombres han ido en su búsqueda. Las **utopías** consuelan ya que si **no tienen un lugar real**, se pueden desarrollar en un espacio maravilloso e inmaculado: despliegan ciudades de amplias avenidas, en donde las casas son impecables, los jardines bien dispuestos; un lugar donde las relaciones humanas están reguladas 100% por la razón. Sólo que... su acceso es imposible. Por lo tanto, jamás llegarán a «Ninguna parte». Por otro lado, las heterotopías **inquieta**n, sí, pero también **emocionan**, porque estamos hablando de **espacios reales** que hacen dudar, el lugar real en donde habitan nuestros fantasmas [¿otro oxímoron?], el lugar real en donde nuestros **sueños** toman forma, el lugar real en donde se desatan nuestras **pasiones** [por lo tanto, la razón no tiene mucho qué regular, ¿cierto?] son los lugares que **suspenden, neutralizan o hasta invierten la influencia del contexto que los rodea**; son nuestros mejores lugares y su acceso no sólo es posible, sino hasta necesario.

El **Panóptico** de Bentham, el **Rizoma** de Deleuze y Guattari y las **Heterotopías / Heterocronías** de Foucault, son todas herramientas filosóficas que han servido como verdaderos **conceptos** para la creación de obras arquitectónicas. En la ciudad de México existen edificios creados bajo estos principios: el Palacio de Lecumberri (hoy Archivo General de la Nación), la Ciudad Universitaria y el Museo Nacional de Antropología, por mencionar sólo tres ejemplos. Cada uno de estos conceptos ha coadyuvado a llevar el pensamiento arquitectónico hacia adelante. El reto para la presente disertación, es el de crear un concepto —herramienta— que permita estirar el límite de la envolvente de la zona de hospitales de Tlalpan, hasta donde nadie más se ha atrevido.

Citas

- 1.- Deleuze, Gilles, *Foucault*, traducción de José Vázquez Pérez, Editorial Paidós, Barcelona, 1987. (1ª edición en francés, 1986), p. 155.
- 2.- Deleuze, Gilles y Félix Guattari, *¿Qué es la filosofía?*, Editorial Anagrama, Barcelona, 7ª edición 2005. (1ª edición en francés, 1991), p. 8.
- 3.- *Ibid.*, pp. 11 y 39.
- 4.- *Ibid.*, p. 12.
- 5.- Deleuze, Gilles, *Conversaciones*, traducción de José Luis Pardo, Editorial Pre-textos, Valencia, 3ª edición 1999. (1ª edición en francés, 1995) p. 217.
- 6.- G. Deleuze y F. Guattari, *op. cit.*, p. 13.
- 7.- El devenir se define como ese paso, esa corriente entre dos o más, ese umbral intersticial que se establece entre dos seres, dos elementos *a* y *b* que se relacionan de modo tal que el devenir entre ellos constituye una tercera realidad, que no es ni *a* ni *b*, sino un *ab* que es indecible entre ambos y que cobra vida propia sin borrarse *b* ni *a*. Es una puesta en acto de la exterioridad de la relación entre dos seres (que no necesariamente se comunican) respecto de ellos mismos como términos de relación.
- 8.- Deleuze Gilles y Félix Guattari, *El Anti-Edipo*, traducción de Francisco Monge, Editorial Paidós, Barcelona, 1985. (1ª edición en francés, 1972) p. XX.
- 9.- G. Deleuze y F. Guattari, *op. cit.*, p. 33.
- 10.- *Ibid.*, pp. 25 a 27.
- 11.- *Idem.*
- 12.- *Ibid.*, p. 30.
- 13.- *Ibid.*, p. 62.
- 14.- *Ibid.*, p. 61.
- 15.- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión*, Editorial Siglo XXI editores, traducción de Aurelio Garzón del Camino, México, 32ª edición 2003 (1ª edición en francés, 1975), p. 202.
- 16.- *Ibid.*, p. 203.
- 17.- *Ibid.*, pp. 203 y 204.
- 18.- Apud., Foucault, Michel, *Op. Cit.*, p. 204.
- 19.- *Ibid.*, p. 205.
- 20.- Deleuze, Gilles, *Op. Cit.*, P. 60.
- 21.- *Ibid.*, p. 61.
- 22.- *Ibid.*, p. 93.
- 23.- *Idem.*
- 24.- Apud., Deleuze, Gilles y Félix Guattari, *Mil mesetas, Capitalismo y esquizofrenia*, traducción de José Vázquez Pérez, Editorial Pre-Textos, Valencia, 5ª edición 2002 (1ª edición en francés, 1988), p. 27.
- 25.- *Encyclopaedia Britannica, Deluxe Edition CD ROM*, 2002.
- 26.- *Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado*, Editorial Larousse, México, 2000.
- 27.- *Encyclopaedia Britannica, Deluxe Edition CD ROM*, 2002.
- 28.- Apud., Farías - Van Rosmalem, Consuelo, *Anatomía de una mente visionaria obsesionada por el presente: Rem Koolhaas*, México: Consuelo Farías Villanueva, 2003, p. 196.
- 29.- Koolhaas, Rem y Bruce Mau, *S, M, L, XL*, *The Monacelli Press*, Nueva York, 1995, p. 1104.
- 30.- Deleuze Giles y Félix Guattari, *op. cit.*, p. 14.
- 31.- *Ibid.* pp. 15-16.
- 32.- *Ibid.* p. 26.
- 33.- Farías - Van Rosmalem, *op. cit.*, p. 197.
- 34.- *Encyclopaedia Britannica, Deluxe Edition CD ROM*, 2002.
- 35.- El apellido del viajero deriva de $\nu\omicron\lambda\omicron\zeta$, charla vana, y $\delta\alpha\iota\epsilon\omega$ distribuir. Significa algo así como "narrador de cuentos vanos". Nota del autor.
- 36.- Moro, Tomás, *Utopía*, Ediciones Abrazas, traducción de Ramón Esquerra, Barcelona, 1999, pp. 105 - 108.
- 37.- Farías - Van Rosmalem, *op. cit.*, p. 498.
- 38.- Foucault, Michel, *De los espacios otros* "Des espaces autres", Traducida por Pablo Blitstein y Tadeo Lima. Se puede consultar en: <http://www.urbanoperu.com/Documentos/Filosofia/Foucault-De-los-espacios-otros>.

Bibliografía

DELEUZE, Gilles y Félix Guattari, *¿Qué es la filosofía?*, Editorial Anagrama, traducción de Thomas Kauf, Barcelona, séptima edición 2005 (1ª edición en francés 1991).

DELEUZE, Gilles, *Foucault*, Editorial Paidós, traducción de José Vázquez Pérez, Barcelona, 1987. (1ª edición en francés, 1986).

DELEUZE, Gilles y Félix Guattari, *El Anti Edipo*, capitalismo y esquizofrenia, Ediciones Paidós, traducción de Francisco Monge, Barcelona, 1985 (1ª edición en francés 1972).

DELEUZE, Gilles y Félix Guattari, *Mil Mesetas*, capitalismo y esquizofrenia, Editorial Pre-Textos, traducción de José Vázquez Pérez con la colaboración de Umbelina Larraceleta, Valencia, 5ª edición (primera edición en francés 1988).

FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión*, Editorial Siglo XXI editores, traducción de Aurelio Garzón del Camino, México, trigésimosegunda edición 2003 (1ª edición en francés 1975).

FOUCAULT, Michel, *Las palabras y las cosas*, Siglo XXI editores, S.A. de C.V., traducción de Elsa Cecilia Frost, trigésima primera edición 2004, (1ª edición en francés 1968).

FOUCAULT, Michel, *Los espacios otros*, título original *Des espaces autres*, conferencia dictada en el *Cercle d'Etudes Architecturales* en París, el 14 de marzo de 1967, publicada en *Architecture, Mouvement, Continuité*, No. 5, octubre de 1984. Traducida por Pablo Blitstein y Tadeo Lima. Documento consultado en Internet en: <http://www.urbanoperu.com/Documentos/Filosofia/Foucault-De-los-espacios-otros> (diciembre de 2006).

MORO, Tomás, *Utopía*, Editorial Abraxas, traducción de Ramón Esquerro, Barcelona, 1999.

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: la portada de esta meseta: *Las Meninas* de Diego Velázquez. Tomada de *Art Courses*, en http://employees.oneonta.edu/farberas/arth/arth200/artist/las_meninas.html, consultada en diciembre de 2005.

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947-2006



Introducción

- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, su evolución histórica ● La tuberculosis, problema de salud pública
- El Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González” ● El Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González”
- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ● Análisis 2004 - 2006

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947-2006

Introducción



El Dr. Manuel Gea González.

Ilustración 1

Para garantizar el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud del pueblo de México, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” tiene tres prioridades sociales, a saber: primero, la atención médica de alta calidad y el trato digno; segundo, la formación de recursos humanos para la salud y tercero, la investigación. Ellos forman los ejes fundamentales de la prestación de servicios que ofrece a la población demandante.

El nosocomio brinda atención médica de segundo nivel y es un pilar del sistema médico nacional; durante el desarrollo de esta disertación, encontré un Hospital con identidad, mística, calidad científica, calidad técnica, ética y tradición pero, especialmente, posee un cuerpo médico que día tras día muestra un profesionalismo y una calidad humana a toda prueba, lo que lo ha convertido en una institución de referencia en especialidades de excelencia, así como un reconocido centro de enseñanza, tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, también encontré un contexto urbano y una infraestructura física muy desfavorables. Pacientes, familiares, personal administrativo y médico, personal técnico y de mantenimiento, luchan día con día contra la inercia acumulada durante más de 60 años de existencia. Y en no pocas ocasiones, contra las decisiones oportunistas que (como se verá sólo unos párrafos más adelante), toman los funcionarios en turno.

Es necesario recordar que el Hospital participa principalmente con servicios de atención médica que ofrece a la **población menos favorecida**, contribuyendo así a enfrentar los retos de equidad, calidad y protección

financiera, que la sociedad demanda.

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ha vivido, a través de sus más de 60 años de existencia, un intenso proceso de crecimiento, desarrollo y transformación con el fin de dar respuesta a las necesidades cambiantes y demandas de servicios hospitalarios de la población. Pero este crecimiento —como se verá en el transcurso de la presente meseta—, ha carecido de una visión de conjunto a largo plazo.

Desde su creación, la entidad se ha caracterizado por brindar atención médica a la población de escasos recursos, que en el año 2006 presentó la siguiente situación económica: De la población atendida el 78.6% reportó ingresos menores a un salario mínimo; el 18.6% alrededor de un salario mínimo; el 1.8% ingresos de dos salarios mínimos y el restante 1.0% ingresos de más de dos salario mínimos. Consecuentemente, el 77% de los pacientes atendidos fueron clasificados por el área de trabajo social para el pago de servicios, en los niveles socioeconómicos 1 y 2; el 19.0% en los niveles 3 y 4; 1.0% en los niveles 5 y 6, y el restante 3.0% quedó exento de pago.

Por su procedencia, el 85% de los pacientes que acudieron en 2006 por primera vez al área de consulta externa a solicitar atención médica provienen del Distrito Federal y el 15.0% de lo hacen de otras entidades federativas, correspondiendo al Estado de México la mayor cobertura con 6.6%. De los pacientes que provienen del Distrito Federal el 32.2% corresponden a la Delegación Tlalpan; el 18.2% a Coyoacán; 16.1% a Xochimilco y el restante 33.5% a las demás Delegaciones del Distrito Federal.

Durante el periodo 2004-2006, según consta en las memorias de la administración 2004-2006, las actividades realizadas por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, se enmarcaron en los objetivos rectores del Programa Nacional de Salud 2001-2006, estableciéndose la misión, visión y objetivos institucionales siguientes:

Misión:

Mejorar la salud de los enfermos que acuden al hospital con los más altos estándares de calidad por medio de un servicio oportuno, digno y equitativo en un contexto ético y de respeto de la autodeterminación de los pacientes, realizar acciones de promoción para la salud y prevención de enfermedades, formar recursos humanos para la salud y fomentar la generación de nuevos conocimientos, fortaleciendo al Sistema Nacional de Salud.

Visión:

Ser una institución ética, innovadora y de excelencia enfocada a la mejora continua de la atención médica, enseñanza e investigación, con **infraestructura**, procesos y resultados certificados, orientada al trato digno y oportuno con calidad y eficiencia, que garantice la seguridad del paciente, manteniendo el reconocimiento nacional e internacional.

Objetivos estratégicos:

a) Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, brindando atención médica integral de la más alta calidad, con la mística humana, social y de servicios que distingue a los profesionales de la salud.

b) Elevar la calidad en la formación de recursos humanos dedicados a la salud, que fortalezca a las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

c) Incrementar la investigación que se desarrolla en la Institución, mediante el impulso de las actividades en materia de investigación en las áreas médicas y paramédicas.

d) Mantener una administración sólida, que permita el manejo de los recursos de manera transparente para el apoyo de las actividades sustantivas.

Para poder plantear alternativas de solución a la problemática del Hospital, fue muy importante comprender la mayor parte de los aspectos que rodean su vida, es decir, el desarrollo y evolución de su historia; la relación que existe o debería existir entre las áreas que lo componen; los principales indicadores por área de hospitalización: el número de camas censables, los egresos, el porcentaje de ocupación y el promedio de días estancia y, en especial, la gran problemática de **obra pública** que la entidad enfrentó durante 1998 y 1999 y de la cual, al menos hasta el año 2006, todavía no supera.

En la página cuatro, se presenta una tabla con los principales indicadores. Es importante señalar, por ejemplo, el caso de ginecoobstetricia, cuyo número de egresos se elevó de 8 497 en el año 2004, a 9 340 en 2006. El porcentaje de ocupación en este servicio se incrementó de 164.1 % en 2004 a 182% en 2006. Para darnos una idea del significado de estos porcentajes, un hotel evita superar el 80% de ocupación. Es bien sabido que pasando este número, la calidad de la atención disminuye. Ginecoobstetricia brinda el servicio a un 82% de pacientes más de lo que su capacidad le permite. Revítese también los indicadores de pediatría.

Tabla 1
Egresos de camas censables y principales indicadores por área de hospitalización
2004-2006⁽¹⁾⁽²⁾

Subdirección	Camas censables			Egresos			Porcentaje de ocupación			Promedio de días estancia		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Medicina	31	31	32	992	-	-	98.8	-	-	11.3	-	-
Cirugía	102	102	101	6 106	-	-	69.1	-	-	3.8	-	-
Ginecoobstetricia	26	26	26	8 497	8 845	9 340	164.1	179.5	182.8	1.6	-	-
Pediatría	42	42	42	2 304	2 203	2 176	130.0	137.3	142.6	7.1	-	-
Total	201	201	201	17 899	-	18 052	93.9	94.3	95.1	3.6	-	-

(Fuente: (1) Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Subdirección de Planeación, *Avances del Programa de Trabajo 2004-2009*, abril de 2005
(2) Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Dirección General, *Memorias de trabajo 2004-2006*, noviembre de 2006.

Gráfica 1
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Recién Nacidos Vivos
1998-2006⁽¹⁾

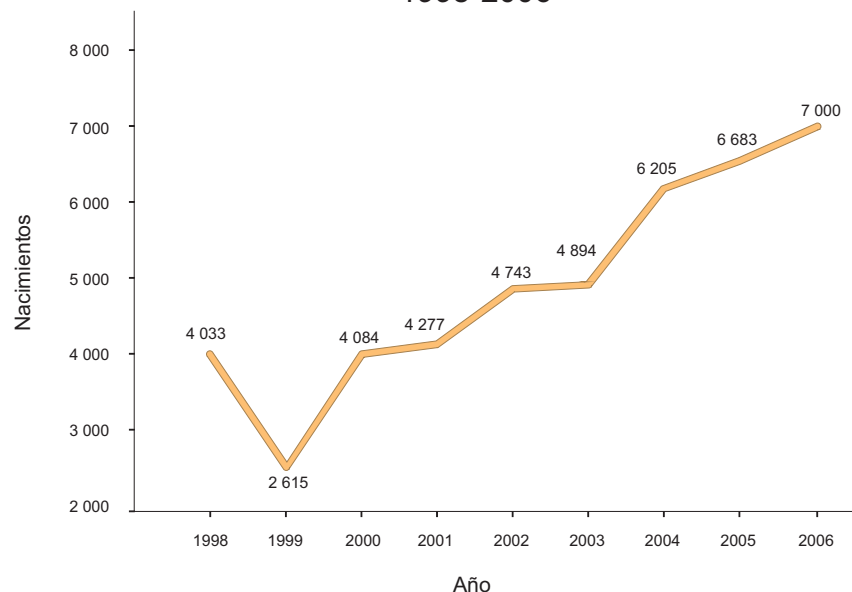


Ilustración 2

Fuente: (1) Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Documentos de la Subdirección de Planeación, 2007.

Uno de los ejercicios que realicé durante el desarrollo de la presente disertación, fue el de darle seguimiento a tres periódicos en busca de noticias relacionadas con la Zona de Hospitales (ZDH): *Reforma*, *La Jornada* y *El Sol de México*. De las que publicaron, una en especial tuvo un impacto fuerte en los hospitales federales de referencia: en la víspera de la celebración del Día Internacional de la Mujer del año 2005, (7 de marzo), el entonces presidente Vicente Fox, comprometió al gobierno federal a establecer servicios gratuitos de atención ginecológica para las embarazadas en todos los hospitales federales de la zona metropolitana [Confrontar con la ilustración 2]. A raíz de esta declaración, el porcentaje de ocupación del servicio de Ginecoobstetricia, se elevó hasta el 180 %. Lo anterior quiere decir, en términos de la atención obstétrica que, en promedio, el Hospital llega a atender hasta 19.17 eventos obstétricos por día.

Pensar en ayudar a las mujeres embarazadas que tienen pocos recursos está bien. Sin embargo, llama la atención que en los días siguientes, —y hasta la fecha—, ninguno de los tres periódicos mencionados, hicieron comentario alguno sobre la declaración.

En ningún momento se les ofreció a los hospitales federales de referencia algún tipo de apoyo para realizar tal propuesta. No hubo aumento en el presupuesto; ni en el número de camas censables; tampoco en los espacios físicos. No hubo aumento en la plantilla del personal que pertenece al servicio de ginecoobstetricia, ni al de pediatría. Sencillamente, se indicó a las entidades que cumplieran con la instrucción. ¿El presidente estuvo conciente del impacto de su propuesta? ¿Los funcionarios de la Secretaría de Salud le expresaron que era factible para los hospitales cumplir con la promesa? ¿Los asesores presidenciales (en materia de salud pública) conocen los hospitales y sus respectivos indicadores? Los índices de ocupación de obstetricia y pediatría ya eran alarmantes en 2004. Lo mismo aplica para los hospitales del Gobierno de la Ciudad de México.

¿Quién habla en nombre de los hospitales...?

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, su evolución histórica

La tuberculosis, problema de salud pública

Es muy probable que la tuberculosis haya acompañado al hombre a lo largo de sus 500,000 años de historia; la paleopatología ha permitido identificar en los restos de hombres primitivos lesiones tuberculosas. Existen piezas esqueléticas pertenecientes a momias egipcias entre 8 000 y 5 000 años antes de Jesucristo, que tenían características de caries óseas tuberculosas, especialmente de localización vertebral. En Egipto, cuyo pueblo fue llamado de los «sanísimos» o bien, «los más sanos de todos los hombres» por Heródoto de Halicarnaso (484-426 a. C.), debido a su sistema sanitario, nos llegan descripciones correspondientes a la «consunción» del pulmón, de las adenopatías cervicales y otras entidades. El hallazgo de la tumba de Philoc, sacerdote de Ammon, parece probar la existencia de secuelas tuberculosas en su momia (ca. 1000 a. C.), y apenas 100 años a. C. en momias del cementerio de Tebas se comprueban alteraciones óseas imputables a la tuberculosis. Amenophis IV y su esposa Nefertiti fallecieron ambos de tuberculosis alrededor del 1300 a. C. A pesar que los egipcios conocieron la tuberculosis, sólo recogieron sus principios generales de higiene y no iniciaron una acción directa sobre la misma. Sin embargo, hay evidencias de la existencia de un gran sanatorio para tratar tuberculosis en Egipto cerca de los años 1000 a. C. También hay piezas en nuestro continente —más precisamente en Perú—, donde en momias indígenas, específicamente en un niño inca de los años 900 d. C. se halló la misma lesión. Ya con métodos más modernos de reacción en cadena de la polimerasa, se ha demostrado que las lesiones encontradas en los años precolombinos correspondían a bacilos de Koch.⁽¹⁾⁽²⁾

La gran frecuencia con la que la tuberculosis se ha presentado en el mundo entero a través de los siglos, la ha convertido en un grave problema de salud pública.

En México, el primero en interesarse por el enfermo tuberculoso fue el Dr. Eduardo Liceaga, quien en 1891 estableció en la consulta externa del Hospital de Maternidad e Infancia, un servicio dedicado a la observación y tratamiento de la tuberculosis. El Dr. Liceaga administraba tuberculina a los enfermos de tuberculosis reciente, lupus y lepra.⁽³⁾

En 1905 se inauguró el Hospital General de México, dedicándose un pabellón a la atención de enfermos tuberculosos.⁽⁴⁾

El 18 de diciembre de 1908, el Dr. Eduardo Liceaga, señaló que la tuberculosis era frecuente entre nosotros, a pesar de la falsa creencia de la época, según la cual era rara en los climas de altitud; organizó una exposición gráfica de lo efectuado en otros países contra esa plaga; llevó a cabo, de acuerdo con la Academia Nacional de Medicina, conferencias de divulgación; repartió profusamente entre el público un folleto informativo y en 1910 invitó a distintos sectores a constituir la “Asociación Nacional Mexicana contra la Tuberculosis”. El movimiento revolucionario que se inició ese año impidió que el Dr. Liceaga siguiera adelante con los proyectos. Puede decirse que durante muchos años, salvo el pabellón de tuberculosos del Hospital General, la acción oficial y privada era prácticamente nula.⁽⁵⁾ El 6 de septiembre de 1918 inició sus labores el primer dispensario antituberculoso del país, mismo que llevó el nombre “Dr. Fernando Altamirano”. A pesar de la buena voluntad y empeño del personal del dispensario, la lucha contra la tuberculosis se llevaba a cabo dentro de límites reducidos, pero el número creciente de enfermos sirvió de experiencia para la obra de años posteriores.⁽⁶⁾

La lucha efectiva e integral contra la tuberculosis principió el año 1929, durante la gestión del Dr. Aquilino Villanueva como jefe del Departamento de Salubridad Pública, quien estuvo acompañado por el Dr. Manuel Gea González como jefe del Servicio de Enfermedades Tropicales. El Dr. Villanueva declara:

“La tuberculosis, plaga social universalmente extendida, ha hallado en México un campo fecundo, por la miseria de nuestras clases laborales y por la existencia de enfermedades tropicales y de intoxicantes, predisponiéndolo al desarrollo de la temida infección. Nuestras defectuosas estadísticas bastan para darnos idea de la extensión aterradora del mal”.⁽⁷⁾

Como base de la campaña se estableció una red de dispensarios antituberculosos. Un grupo de enfermeras visitadoras se encargó de vigilar el tratamiento de acuerdo con las condiciones del medio en que vivía el enfermo. El Dr. Villanueva proyectó en 1930 el primer sanatorio para tuberculosos, al considerar que el sanatorio era el segundo baluarte de la campaña.

El Sanatorio fue inaugurado el mes de febrero de 1936, en las condiciones que expresó el Dr. José Siurob, jefe del Departamento de Salubridad Pública: “En la campaña contra la tuberculosis se formuló un reglamento teniendo en cuenta la relación que guardan entre sí los

dispensarios y el Sanatorio de Huipulco para admisión de los tuberculosos que deberán ser internados, cuidándose que este establecimiento de curación sea al mismo tiempo centro de profilaxis y, por lo mismo, esté en continua relación con el Dispensario Central Antituberculoso”.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

En agosto de 1930, el Dr. Manuel Gea González, entonces jefe de la campaña antituberculosa, rinde su informe: “La campaña antituberculosa en México”; esta campaña se llevó a cabo con base en el proyecto realizado por el propio Dr. Gea González.⁽¹⁰⁾

Además de elaborar el primer programa de lucha contra la tuberculosis, el Dr. Manuel Gea González aplicó por primera vez el neumotórax intrapleurales en México con fines terapéuticos; en 1923 aplicó la vacuna BCG, por primera vez en México, a su hija Edelmira y a Artemisa Calles, hija del entonces presidente de la República Plutarco Elías Calles; en 1929 inició la formación de una escuela fisiológica mexicana y continuaron esta obra los doctores Ismael Cosío Villegas y Donato G. Alarcón.⁽¹¹⁾

La alta incidencia de tuberculosis en muchas zonas del país movió a los técnicos del Departamento de Salubridad Pública a planear una campaña permanente en contra del padecimiento, aprovechando la existencia de servicios coordinados en bastantes estados de la República o cuando menos de delegaciones sanitarias federales y unidades sanitarias cooperativas. El inicio de la campaña permanente fue el 24 de febrero de 1934, cuando los servicios coordinados aún no tenían el aval jurídico del Código Sanitario Federal. Fue designado presidente de la campaña el Gral. Abelardo L. Rodríguez, primer mandatario del país. Figuraba como jefe del Departamento de Salubridad Pública el Dr. Manuel F. Madrazo y como secretario general el Dr. Manuel Gea González.⁽¹²⁾

Con la finalidad de aislar a los tuberculosos sin posibilidad de recuperarse fue creado, en agosto de 1942, el Hospital para Enfermos Tuberculosos Avanzados. Por Decreto presidencial del 12 de julio de 1947, se trasladó de su sede original en la calle de San Fernando número 12, a una parte del edificio llamado Hospital Militar para infecto-contagiosos; en dicho decreto se hace la cesión del edificio y dependencias del Hospital en Tlalpan, D.F., a la Secretaría de Salud.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Si bien en 1882 el Dr. Roberto Koch (1843-1910) había descubierto el bacilo de la tuberculosis y en 1895 Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) descubrió los rayos X, la falta de un tratamiento efectivo hacía que la tuberculosis siguiera siendo un azote de la humanidad durante la primera mitad del siglo XX. El panorama epidemiológico era el siguiente:

En la ciudad de México, durante los primeros 50 años del siglo pasado, una de las principales causas de mortalidad fue la tuberculosis pulmonar.⁽¹⁵⁾ En 1928 la tuberculosis ocupaba el sexto lugar en la mortalidad de los EEUU; entre la población de 15 a 45 años ocupaba el primer lugar.⁽¹⁶⁾

El Dr. Donato Alarcón señaló con toda su crudeza, en su declaración de 1941, el problema que enfrentaba México: “En la República Mexicana mueren de tuberculosis trece a catorce mil personas anualmente y las defunciones ocasionadas por la misma enfermedad durante los años transcurridos en el presente siglo constituyen más del doble de la mortalidad ocasionada por la revolución desde 1910 a 1918. Necesitamos 14 000 camas y no tenemos sino 1 000, necesitamos casas para colocar a los recién nacidos hijos de tuberculosas y no tenemos nada para este fin. Necesitamos dispensarios más numerosos para descubrir y conducirlos a los sanatorios u hospitales para educarlos y prevenir la transmisión del mal...”.⁽¹⁷⁾

La tuberculosis representó uno de los mayores problemas de salud de la posguerra. En abril de 1947, el New York Times describió: “Por primera vez desde hace un siglo, la tuberculosis vuelve a ser el enemigo público número uno de Europa. Ha roto los muros que debían contenerla y se ha convertido en una amenaza mortal para el conjunto de la población. Los focos de contagio se han multiplicado...”.⁽¹⁸⁾

El Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”

Con motivo de la expropiación petrolera en 1938, México se vio en la necesidad de hacer trueque con otros países. Así, un boletín del entonces Departamento de Salubridad Pública, anunció el cambio de petróleo por aparatos de rayos X y el propósito de establecer 50 dispensarios antituberculosos. Este proyecto no le pareció técnicamente muy atinado a la Sociedad Mexicana de Tisiología, pues ello equivalía a efectuar una búsqueda de enfermos sin contar con los establecimientos necesarios para el tratamiento de los mismos. La Sociedad Mexicana de Tisiología expuso sus puntos de vista al jefe del Departamento de Salubridad Pública quien les solicitó su ayuda para llevar a cabo el viejo proyecto de combatir la tuberculosis en toda la República.⁽¹⁹⁾

La decisión del Departamento de Salubridad Pública y de la Sociedad Mexicana de Tisiología de abatir la tuberculosis, se concretó con la creación, en 1940, del comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis. Apenas se organizó el Comité, elaboró un programa de trabajo inmediato; en este

programa se incluyó la construcción del Sanatorio Hospital al que se le pondría el nombre del ilustre médico Manuel Gea González, como se indica en el oficio de la Dirección General del Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis N° 99, de fecha 9 de febrero de 1944, dirigido al Sr. Dr. Manuel Gea González, firmado por el Dr. Ismael Cosío Villegas y cuyo texto dice:

“Estimado y fino amigo: Por medio de esta carta le informo oficialmente la noticia dada por los periódicos, de manera informal, referente a que el Sanatorio para Tuberculosos que se está construyendo bajo los auspicios del Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, en la vecindad del Sanatorio de Huipulco, se llamará Sanatorio “Dr. Manuel Gea González”. La proposición partió de esta Dirección y fue cordialmente aceptada en junta reciente, por el Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis. Las razones que hemos tenido para dar este paso son las siguientes: Considerando a usted como uno de los más importantes iniciadores de la Campaña contra la Tuberculosis, que siempre contó con sus sabios consejos y entusiasta consideración. Tenerlo como uno de los factores decisivos para que el colapso gaseoso, como tratamiento de la tuberculosis fuera aceptado, después de lucha vigorosa y sistemática. Ser, sin duda alguna, el mejor profesor de Clínica Quirúrgica en toda la historia de la Facultad de Medicina. Por todas estas razones, le rogamos con toda sinceridad acepte este cálido y merecido homenaje, de parte de la sociedad en general, de sus compañeros de profesión y de sus numerosos y agradecidos discípulos. Doy a usted las gracias anticipadas por esta aceptación, y aprovecho la oportunidad para reiterarle mi atenta y distinguida consideración. El Director General: Dr. Ismael Cosío Villegas”.⁽²⁰⁾

En la Revista Mexicana de tuberculosis y enfermedades del aparato respiratorio se da la noticia de la construcción del Sanatorio Hospital:

“En los terrenos anexos al Sanatorio de Huipulco se están haciendo las obras de excavación y cimentación del primer hospital para tuberculosos por subscripción pública que está haciendo el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis. El mismo Comité se ha hecho cargo de la terminación de las obras del Sanatorio de Huipulco, en el que se terminará de construir y equipar un pabellón de cirugía torácica. En los Estados de Veracruz y de Jalisco se construirán otros dos hospitales por el mismo Comité, y para el objeto se están haciendo los estudios preliminares de los terrenos disponibles”.⁽²¹⁾

La edificación del Sanatorio Hospital para enfermos tuberculosos avanzados, fue parte de toda una estrategia en la lucha contra la tuberculosis, como se puede apreciar en el artículo “La obra constructiva del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis en la República:

“Hace algunos meses que el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis inició una campaña para reunir fondos a fin de hacer frente a una de las



Foto: Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Foto 1

necesidades más urgentes de la lucha antituberculosa. El Jefe del Departamento de Salubridad Pública encabezó la intensa campaña en ese sentido, y después de poco tiempo se logró lo que jamás se había obtenido en el país: se reunió una cantidad de dinero muy importante, pues llegó alrededor de tres millones y medio de pesos. En la suma total están reunidos los esfuerzos de todos los elementos del país, lo mismo el Gobierno Federal que de algunas organizaciones obreras y de industriales”.

“De una manera por demás brillante contribuyeron las colonias extranjeras, y de entre ellas se destacó la Colonia Española, que aportó más de seiscientos mil pesos”.

“El Comité Nacional, mientras tanto, preparó un plan de trabajo que empezó a desarrollar desde luego. En él está incluida la construcción de hospitales y sanatorios para tuberculosos, hasta cuadruplicar el número de camas disponibles hoy para esos enfermos. Además, entre sus proyectos está el de construir preventorios, colonias de convalecientes, talleres de rehabilitación, etc., todo lo que en otros países se considera ya como medios de lucha directa o indirecta contra la enfermedad”.

“Una de las necesidades de satisfacción más apremiante es la construcción de un hospital para tuberculosos avanzados, ya que por hoy no existe un hospital en la República, que reciba a los enfermos en ese periodo de la enfermedad. Las consecuencias son de considerarse: **hoy los avanzados mueren donde pueden encontrar un rincón, repudiados de todos, víctimas no sólo de la enfermedad, sino de la inanición y del terror que los demás sienten por la enfermedad**”.

“Pero el tuberculoso avanzado no sólo muere en el abandono mayor, sino que es un peligro tremendo para los que le rodean. A pesar de todo, no hay donde alojarlo. El comité se ha hecho cargo de afrontar, en primer lugar, ese problema de atender a los moribundos o a los que difícilmente se recuperan, pero que de todos modos son los que se encargan de perpetuar la simiente de la tuberculosis antes de morir. Por eso decidió construir en primer lugar un hospital de avanzados cerca de México, con capacidad de 300 camas y dotado de todo lo necesario para hacer menos ingratas las últimas horas de los que han de morir de tuberculosis y para proteger a la población de su peligroso contacto. Publicamos ahora una perspectiva de lo que será el primer hospital construido por subscripción pública, que será un timbre de orgullo para nuestra población, puesto que por primera vez la cooperación de todos los elementos sociales cristalizará en una obra benéfica como es el hospital con que ilustramos nuestras páginas. Como este hospital, pero dedicándose a todas las formas de la tuberculosis, se construirán dos más, uno en Guadalajara y otro en Perote, para hacer frente a las necesidades regionales del país. Además, se empezará en este año el primer preventorio del Comité, destinado a alojar a los niños infectados de tuberculosis, que aún no han desarrollado la enfermedad activa”.

“El Sanatorio de Huipulco, que tan eminentes servicios presta, también recibirá los beneficios de la obra del Comité, ya que ése se encargará de terminar el pabellón que Asistencia Pública empezó a construir y que ha pedido al mismo Comité que se encargue de terminar y equipar”.

“Hay en el país actualmente menos de 500 camas para tuberculosos que se pueden considerar dignas de su papel, es decir, donde se pueden atender estos enfermos de acuerdo con las exigencias modernas de la ciencia”.

“El Comité agregará antes de un año más de mil camas a las que ya existen, y antes de dos años podrá contarse con más de dos mil camas para tuberculosos en el país.”⁽²²⁾

El edificio del Sanatorio Hospital fue diseñado y construido entre 1941 y 1946 por el Arq. José Villagrán García, quien sitúa las características del “Hospital ‘Dr. Manuel Gea González’ en Huipulco, para tuberculosos avanzados”, asesorado por el Dr. Donato G. Alarcón:

“Este hospital, el hospital-sanatorio de Ximonco y el de Zoquipan, son los tres primeros que construye el Comité Nacional de Lucha contra la tuberculosis, por suscripción pública. Se destina especialmente a tuberculosos avanzados no sanatoriales las características de su programa, precisamente señaladas por su asesor médico, motivaron el alojamiento de los pacientes avanzados, aislados y moribundos en los pisos bajos, dando lugar a formas arquitectónicas en apariencia caprichosas, pues las crujías de mayor anchura quedan superpuestas a las de menor dimensión. Otra característica basada en el programa, aparte de la construcción de las salas abiertas hacia el SE, sin ninguna especie de cierre, la constituye la disposición de las alas que ven al



Foto: Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Foto 2

NO, en que se distribuyen los servicios clínico-quirúrgicos dedicados a los pacientes internos y esporádicamente a la recepción de familiares o de los mismos pacientes al ingresar, que llegan clasificados para su admisión por los dispensarios. La forma quebrada de sus ejes obedece a la necesidad de conectar independientemente y controladamente estos servicios con el Hospital y, en su caso, con el vestíbulo del público, sin permitir el contacto entre ambos. Esta necesidad de evitar el contacto, no está fincada en consideraciones exclusivamente profilácticas, sino en observaciones curiosas de otros órdenes, particularmente morales y sociales. La construcción de estos Hospitales se lleva a cabo dentro de un rígido marco de economía, lo que a su vez ha originado el empleo de materiales pobres y el sacrificio de lo superfluo en favor de lo estrictamente necesario y, en consecuencia, del cupo. El problema de albergar tuberculosos, lo mismo sanatoriales que avanzados, es tan desproporcionadamente grande al lado del número de camas de que dispone la nación, que cualquier sacrificio es no sólo digno de encomio, sino postulado obligatorio de tan grave necesidad pública. La estructura de concreto queda aparente y el ladrillo de los muros también. Los acabados interiores obedecen estos lineamientos económicos”.⁽²³⁾

Por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 1946, se creó el Patronato del Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

El Sanatorio Hospital se inauguró el lunes 19 de mayo de 1947 y a la

ceremonia inaugural acudieron el Dr. Ignacio Morones Prieto, Subsecretario de Salubridad y Asistencia con la representación del Sr. Presidente de la República; los doctores Gustavo Argil, oficial mayor de la Secretaría de Salubridad y Asistencia e Ismael Cosío Villegas, presidente del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, entre otros.⁽²⁴⁾

Al hacer uso de la palabra el Dr. Ismael Cosío Villegas señaló:

“...la obra inaugurada representa un gran esfuerzo en la lucha contra la tuberculosis y ofrece nuevos puestos de ataque y defensa; pocos hospitales en el continente pueden igualarlo y menos superarlo... el hospital, magnífico edificio con capacidad para 320 camas y mobiliario excelente, entra a una segunda etapa de sostenimiento... ha sido terminada la primera etapa; con ella, el Comité hace una demostración palpable de que ha respondido al ofrecimiento hecho a la cooperación privada, cumpliendo también su obligación con el Estado... esperamos que en plazo breve la campaña entre a la segunda etapa, la del sostenimiento, y se abran las puertas del hospital a los enfermos que ansían esta oportunidad”.⁽²⁵⁾

El segundo de los expositores era el maestro don Manuel Gea González, quien a sus 78 años de edad, asistió a la ceremonia de inauguración pero, embargado por la emoción fue incapaz de hablar. Su pieza oratoria la leyó el Dr. Rodolfo González Hurtado.

El Dr. Ignacio Morones Prieto hizo la declaratoria inaugural:

“A nombre del Sr. Presidente de la República y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy 19 de mayo de 1947, declaro inaugurado este Hospital Sanatorio ‘Manuel Gea González’. Para la Secretaría de Salubridad y Asistencia es una satisfacción; ve con simpatía y cariño que esta institución lleve el nombre y perpetúe el recuerdo de uno de los maestros más grandes con que hemos podido contar hasta la fecha”.⁽²⁶⁾

Al final, el Dr. Gea González, acompañado de su nieta, descubre la placa conmemorativa del acto, misma que aún se puede ver en uno de los muros interiores de la consulta externa actual: “El Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, con la cooperación privada y la ayuda de la Secretaría de Salubridad y Asistencia construyó este Sanatorio-Hospital “Dr. Manuel Gea González” que fue inaugurado el 19 de mayo de 1947”.

El Sanatorio Hospital recibió al primer paciente tuberculoso el 1 de septiembre de 1947.⁽²⁷⁾

El Dr. Octavio Bandala se hizo cargo de la dirección del Sanatorio Hospital; el primer superintendente fue el señor Jorge Audiffred. El grupo

pionero de médicos estuvo integrado inicialmente por Jiménez Caballero del Hospital Juárez; Ramírez Gama y Rodríguez León, del Hospital General de México; unos meses después se integraron Blanco Cansino, del Hospital Militar; Alcalá, De’Gyves y O’Cádiz del Hospital General de México.

El Sanatorio Hospital, señala el Dr. José Luis Gómez Pimienta;

“Era, en rigor, como todos los nosocomios antituberculosos en el mundo entero, un albergue para la reclusión indefinida de los enfermos; reclusión determinada fundamentalmente por la contagiosidad de la enfermedad, ya que la curación de estos pacientes era una concepción casi metafísica dentro y fuera del país. Para dar una idea precisa de su planta fija y de su funcionamiento, basta decir que no tenía ni siquiera agua propia, que no había servicios de consulta externa, que muchos de sus departamentos eran meramente nominales y que durante los cuatro y medio primeros años se internaron o se atendieron con externos apenas dos mil trescientos enfermos. En estas condiciones y con un quebranto económico muy importante, se me confió su dirección en febrero de 1952”.⁽²⁸⁾

El tratamiento de la tuberculosis tenía como base las medidas terapéuticas de la fisiología clásica: reposos, sobrealimentación y clima. De ahí que la parte posterior de las salas de internamiento del Sanatorio Hospital estuvieran orientadas al este y sin ventanas para que el aire que provenía de los volcanes estuviera en contacto directo con los pacientes.

El arsenal terapéutico limitado en un principio fue aumentando gradualmente. Relata el Dr. Alfonso Sánchez Ramírez: “Del neumotórax intrapleurar (que aplicó por primera vez en México el Dr. Manuel Gea González) y la neumonolisis se pasó a las intervenciones sobre el nervio frénico, al neumoperitoneo, a las cavernostomías y a las clásicas técnicas de la toracoplastía. Todos estos procedimientos fueron sometidos a una severa crítica, permitiendo que se afinaran sus indicaciones, con la consecuente limitación o desaparición de algunos y el incremento de otros. Originalmente trabajamos toda la cirugía de pared con los imperfectos e inseguros métodos de la anestesia locoregional; mas poco después, con el concurso de entrenados anesthesiólogos: Pizarro, Meraz, Luna y sus técnicas de intubación endotraqueal, el panorama del tratamiento quirúrgico se amplió considerablemente, obteniendo de inmediato, magníficos resultados... Se revisaron las diversas formas anatomopatológicas de la tuberculosis, con la Dra. Castañeda, tratando de compaginar sus hallazgos con los hechos clínicos y los métodos terapéuticos, para determinar mejores indicaciones médico-quirúrgicas”. La atención médica se basó en la integración de tres servicios clínicos, que en cierta forma conservaron su autonomía. Al no contar el Sanatorio Hospital con un espacio propio para la Consulta Externa,

la consulta era atendida en forma rotatoria por los mismos jefes de los servicios clínicos.

El porcentaje más importante de los pacientes estuvo constituido por pacientes tuberculosos en sus diversas formas anatomopatológicas, siendo muy significativo el grupo de avanzados.

Las actividades docentes se iniciaron en el Sanatorio Hospital el mismo año de su apertura, 1947, al recibir la primera generación de médicos internos de postgrado para realizar la especialidad de fisiología. A partir de 1948 se inició el curso de pregrado de enfermedades del aparato respiratorio de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González”

Al hacerse cargo del Sanatorio Hospital el Dr. José Luis Gómez Pimenta se propuso atender de manera inmediata tres asuntos prioritarios:

- a) Normalizar la situación financiera del Sanatorio Hospital.
- b) Establecer como norma institucional que la tuberculosis pulmonar es perfectamente curable.
- c) Organizar el trabajo médico y contar con los elementos materiales indispensables para la curación de los enfermos, principio y fin de la Institución.

Dos propósitos adicionales fueron perseguidos de inmediato:

- a) Transformar el albergue de incurables en centro de investigación.
- b) Declarar que los hospitales antituberculosos no fueran el cesto al que se arrojaran los enfermos vencidos por la enfermedad, sino un centro dinámico que buscara, dentro de los grupos humanos aparentemente sanos, el comienzo del mal, para obtener su curación en las mejores condiciones posibles y para que su rendimiento colectivo fuera mayor.⁽²⁹⁾

El primer propósito se consiguió cuando el 5 de diciembre de 1952, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial que transformaba el Sanatorio Hospital en el Instituto Nacional de Neumología.

Para la atención médica se crearon tres áreas: consulta externa, hospitalización y cirugía. El departamento de cirugía dividió sus funciones en dos áreas, la de quirófanos y la de recuperación quirúrgica.

Toda la labor asistencial funcionó bajo las normas de una junta terapéutica, que con responsabilidad compartida se encargó del tratamiento individual de cada paciente. Para desarrollar estas labores, el personal médico quedó dividido en dos grupos de trabajo: los cirujanos y los internistas. Los departamentos auxiliares de diagnóstico, adquirieron su individualidad, con su personal y criterios de trabajo. Se construyó un anexo en el que se iniciaron las actividades de investigación.

De esta etapa, el Dr. Alfonso Sánchez Ramírez, refiere:

“De manera progresiva, la metodología para el tratamiento de los enfermos tuberculosos fue modificándose, se hizo patente la necesidad de elaborar una serie de normas y clasificaciones que abarcaron, desde el estudio y admisión del paciente en el departamento de consulta externa, hasta su reintegración al hogar y ambiente de trabajo, incluyendo los servicios clínicos y los departamentos auxiliares de diagnóstico”.

“El tradicionalismo de la escuela en que nos formamos pronto nos pareció insuficiente, no sólo en los programas estrictamente administrativos, sino también en los especulativos de la investigación científica, de la clínica, de la fisiopatología, de la terapéutica y de otras múltiples disciplinas; los estudios bacteriológicos cobraban interés con la Dra. Rodríguez”.

“... Se incrementaron considerablemente todos los procedimientos y técnicas quirúrgicas al reconocer que determinados sustratos anatomopatológicos de la tuberculosis debían estimarse como lesiones irreversibles; de inmediato surgió la tesis terapéutica del tratamiento quirúrgico temprano de la lesión anatómica de evolución autónoma; nuestra atención se fincó, particularmente, en las múltiples características y diversas expresiones del componente destructivo: la caverna. Así cobró auge la toracoplastia en diversas sus modalidades; la excéresis pulmonar con amplio campo de acción pronto se integró a nuestros métodos terapéuticos; fueron, a la postre, estos dos procedimientos los que resistieron la prueba del tiempo, brindándonos magníficos resultados”.

“Tal actitud constituyó durante muchos años la sólida base de nuestro criterio diagnóstico, terapéutico, pronóstico y epidemiológico para luchar contra la tuberculosis. Los resultados altamente satisfactorios fueron observados a largo plazo, en muchos miles de enfermos que cursaron por la institución”.

“Conscientes de ofrecer la mejor indicación y la máxima seguridad en el tratamiento a cada enfermo, la junta terapéutica fue la palestra de apasionadas discusiones en la solución individual de cada problema”.⁽³⁰⁾
El desarrollo de la cirugía llevó al conocimiento de otras neumopatías

dando pie a múltiples reflexiones que condujeron a modificar antiguos conceptos de la patología respiratoria.

La enseñanza al igual que la atención médica y la investigación, también experimentó importantes avances: en 1956 se creó el Departamento de Enseñanza; ese mismo año, dio inicio el curso de especialización de anestesiología con el reconocimiento académico de la Facultad de Medicina de la UNAM. En 1964, por necesidad de los campos clínicos de la Facultad de Medicina se incrementaron los cursos de pregrado de patología respiratoria e iniciaron los cursos de pregrado de otorrinolaringología. En 1966, el Instituto es reconocido por la Facultad de Medicina de la UNAM como sede académica del curso de especialización en neumología.⁽³¹⁾

El 7 de agosto de 1968 se hizo cargo de la dirección del Instituto Nacional de Neumología el Dr. José Ramírez Gama, quien realizó el 19 de marzo de 1949 la primera lobotomía por caverna tuberculosa alojada en el lóbulo inferior derecho de Vicente Martínez Ugalde, de 17 años de edad.⁽³²⁾ Del Dr. Ramírez Gama comentó Ismael Cosío Villegas

“... En realidad, de Ramírez Gama no se forma nadie una idea cabal si se le oye o si se lee, sino que hay que verlo operar, después de lo cual se reconocerá como cirujano extraordinario de tórax. Felicito a Ramírez Gama porque en su obra prestigia a la neumología mexicana, que en su aspecto quirúrgico está a la altura de las más avanzadas escuelas del mundo...”⁽³³⁾

Esta etapa está caracterizada por el entusiasmo y el anhelo de la remodelación del Instituto, tanto en sus sistemas de trabajo como en su planta física. Se reorganizó el trabajo médico al crearse siete jefaturas de división.

Ramírez Gama se da cuenta de que cada día se necesita un menor número de camas para atender enfermos tuberculosos y por lo tanto ellas podrían aprovecharse en otro tipo de pacientes; propone a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, convertir al Instituto en Hospital General con una proyección más amplia y eficiente para la colectividad.⁽³⁴⁾

Con base en la información proporcionada por el Dr. Ramírez Gama, el Dr. Jorge Jiménez Cantú, Secretario de Salubridad y Asistencia, requirió los estudios necesarios para transformar el Instituto Nacional de Neumología en Hospital General.

El Dr. Carlos Campillo Sainz, Subsecretario de Asistencia, atendiendo

la indicación del Sr. Secretario, solicitó a su departamento técnico los estudios mencionados, en los cuales se señala:

“El Sanatorio Hospital nació al terminarse la Segunda Guerra Mundial coincidiendo con el inicio de la quimioterapia en la tuberculosis y con la exéresis pulmonar. Con estas dos medios terapéuticos la Institución fue incrementando sus internamientos hasta alcanzar 892 durante el año de 1957 (70% de cirugía). En 1958 decrecen éstos hasta llegar a tener 401 ingresos en 1964, a pesar de que en ese tiempo el Instituto ofreció atención gratuita a enfermos indigentes”.

“En vista de lo anterior, para incrementar sus ingresos, se tomó como medida la subrogación de los servicios al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, lo que permitió un aumento de internamientos con pacientes que presentaban lesiones pulmonares sospechosas de tuberculosis, detectadas por el catastro torácico”.

“La subrogación referida se canceló en 1970 y se hizo aparente la disminución progresiva de la utilización de las camas del Instituto”.

“El mismo estudio señala también que: “El Consejo Nacional de Tuberculosis en los primeros meses de este año (1971), analizó las causas de la disminución progresiva de la utilización de los recursos hospitalarios antituberculosos por los pacientes afectados de esta enfermedad y encontró que el tratamiento médico ambulatorio de la tuberculosis pulmonar ha probado su eficacia, ocasionando un abatimiento de la indicación de internamientos. Dicho Consejo puso en marcha nuevas políticas de lucha contra la tuberculosis que previenen dicha enfermedad o favorecen el tratamiento ambulatorio:

Descubrimiento de enfermos con microscopía directa; método de gran penetración en las distintas zonas del país.

Protección de la colectividad con vacunación masiva (BCG).

Tratamiento de pacientes con esquemas terapéuticos uniformes”.

“Lo expuesto es compatible con la tendencia actual en países como Japón, Suiza, Alemania, Escocia, Inglaterra, Estados Unidos, Colombia, Venezuela y Brasil, donde se trata el enfermo con quimioterapia y en consulta externa, demostrando científicamente la igualdad de resultados terapéuticos entre pacientes hospitalizados y ambulatorios. La indicación de hospitalización se ha restringido a los enfermos tuberculosos que necesitan alguna intervención quirúrgica o un tratamiento con medicamentos que requieren de cuidados hospitalarios; lo cual puede realizarse a satisfacción en una sección de neumología en los hospitales generales”.

“El adelanto anterior en la tecnología médica, impone la necesidad de aprovechar las instalaciones hospitalarias especializadas en tuberculosis para

beneficio de otro tipo de enfermos”.

En el capítulo de comentarios y recomendaciones el estudio señala:

“La transformación del Instituto Nacional de Neumología en Hospital General es totalmente factible en todos los aspectos: médico, administrativo, legal, estructural y docente, hechos que han sido aceptados por autoridades del Instituto, quienes han demostrado gran entusiasmo, empeño y dinamismo para participar en el cambio”.

“En relación al aspecto docente. . . destaca el interés, por parte de dichas autoridades, para contar con la enseñanza de pregrado en los doce ciclos que integran el currículo de la licenciatura médica, y en el postgrado, el internado rotatorio y la residencia en las especialidades básicas”.

“Los dirigentes del actual Instituto sugieren la denominación de Hospital Regional de Tlalpan. . . Con base en los estudios realizados se recomienda que el Hospital Regional del Tlalpan tenga 250 camas, cuya distribución numérica y porcentual por servicio sería: 100 camas para ginecoobstetricia, 75 para cirugía, 50 para pediatría y 25 para medicina”.⁽³⁵⁾

Si bien el Dr. Ramírez Gama pudo convencer a las autoridades de la conveniencia de transformar el Instituto en Hospital General y recibió todo el apoyo de la superioridad, no le sucedió lo mismo con **el personal y el sindicato** quienes se opusieron a todo cambio de una manera totalmente absurda. Fue tal la presión que ejerció el sindicato sobre el Dr. Ramírez Gama **y las amenazas a su familia** que presentó su renuncia el 6 de octubre de 1971. Al día siguiente envió un escrito dirigido a la sociedad médica del Instituto con copia al sindicato, del que sobresale lo siguiente: “[...] Ningún grupo de individuos, ninguna institución, se hallará en aptitud de servicio a la comunidad si no se afianza en una filosofía que de a la vida su pleno significado: el cumplimiento de una misión... Hemos ido creando a través del tiempo **una mentalidad de cobradores insatisfechos**, aconteciendo por consecuencia que quien demanda cumple menos de lo que exige y da un servicio menor de lo que pide para servir, procede por lo tanto instaurar dentro del sentido humano el valor espontáneo intrínseco del deber... Afirmo una vez más, que la transformación del Instituto será una obra trascendente ligada de manera íntima y estrecha a la reconstrucción nacional...”⁽³⁶⁾

El 21 de octubre de 1971 se hace cargo de la dirección del Instituto Nacional de Neumología el Dr. José Luis Urriza Gama.

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Los albores del gobierno del Dr. José Luis Urriza Gama se ven conmocionados por la transformación del Instituto en Hospital General. El 26 de julio de 1972, aparece publicado en el Diario Oficial de la Federación el decreto que convierte a la entidad en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.⁽³⁷⁾ Dicho decreto, con 18 artículos y 4 transitorios, en lo esencial consigna que:

“El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, al crearse, es un organismo descentralizado de interés público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que sustituye al Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González”.⁽³⁸⁾

Ha de tener tres objetivos: 1) proporcionar en todos sus aspectos la atención médica de un hospital general, en coordinación y cooperación con el Programa Preventivo, Asistencial y de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; 2) realizar investigaciones en el campo de la salud, y 3) colaborar en la formación de personal profesional, técnico y auxiliar”.⁽³⁹⁾

En 1972, con aparente entusiasmo, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” celebra su XXV aniversario. En el documento titulado Memorias del Instituto Nacional de Neumología, hoy Hospital General Dr. Manuel Gea González, se narra los tiempos primeros del nosocomio y nos coloca en el momento exacto que vive la institución:

“[...] algunos hechos en la conducta terapéutica y en la epidemiología de la tuberculosis empezaron a influir en el curso tradicional de la vida hospitalaria. Prolongadas y repetidas controversias ocurrieron en el seno de nuestro cuerpo médico, para determinar el camino a seguir frente a la nueva tesis terapéutica. Por fin, el ausentismo de los enfermos tuberculosos, con la consecuente disminución del índice de ocupación en nuestras camas, nos obligó a reflexionar sobre la necesidad del cambio de giro de la institución... Así llegamos, a partir de noviembre de 1971, al momento actual, con el Dr. José Luis Urriza Gama en la dirección y el que suscribe estas líneas ocupando la superintendencia. Nos hemos ocupado de encausar toda la obra anterior con su brillante trayectoria, por un nuevo sendero. Tres factores han reclamado nuestra atención: el equilibrio económico de la institución, el bienestar del personal y el significativo incremento en los programas de enseñanza y capacitación, tanto para los médicos becarios como para el resto del personal; todo ello redundando en beneficio de los enfermos”.⁽⁴⁰⁾

“Las obras de remodelación para remodelar (sic) arquitectónicamente el edificio, corrieron a cargo de la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dotándolo de las instalaciones y equipo necesarios para ofrecer los servicios básicos y las especialidades complementarias”.⁽⁴¹⁾

Las obras arquitectónicas en el periodo del Dr. Urriza Gama abarcan: un

estacionamiento para 20 vehículos, la cancha deportiva, el Centro de Desarrollo Infantil (CENDI) en dos plantas, cuatro aulas para 50 alumnos cada una y la rehabilitación de la casa de los médicos residentes.⁽⁴²⁾ Es en este periodo que se retira de la fachada principal la Cruz de Lorena,⁽⁴³⁾ sin embargo, si se observa con atención el último nivel de la Torre de Hospitalización, se logra ver con claridad el lugar que ocupaba dicha cruz en la fachada. Con respecto a la ubicación del Cendi, se harán los comentarios en la meseta siguiente. Dentro de la Torre de Hospitalización se realizan las siguientes adaptaciones: En el primer piso se adaptan oficinas y cubículos para el servicio de otorrinolaringología así como las oficinas de la Subdirección de Cirugía y Otoneurología. Del 2° al 6° piso se instalan cubículos con espacios para cuatro camas, cuartos privados para uno y dos pacientes, cuarto de descanso para médicos residentes de guardia, centrales de enfermeras, cuartos de curaciones y gavetas para medicamento, oficinas y salas de trabajo. En el sexto piso se añade la Central de Equipos y Esterilización (CEYE), y el séptimo piso se convierte en la Unidad Quirúrgica, que consta de siete quirófanos centrales, el área de recuperación postquirúrgica, los vestidores y las oficinas administrativas. La Jefatura de Enfermería sube al 2° piso. A la fecha, si se accede al 4°, 5°, 6° y al cuerpo sur del 7° nivel, se puede apreciar que permanecen, —en su mayoría—, igual que en 1973. En 1975, se adaptan dos salas de expulsión y un quirófano para cesáreas, en el tercer piso de la torre, mismos que funcionaron hasta la “reestructuración” de 1999.

En septiembre de 1977 asume la Dirección del Hospital el Dr. Fernando Ortiz Monasterio. Como es natural, encuentra vicios derivados de la transformación de un hospital especializado, neumológico, en un hospital general, con una reorganización incompleta en donde los cuatro servicios esenciales —cirugía, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia— son entregados a neumólogos transformados de improvisado en médicos de las diferentes áreas básicas a excepción del servicio de ginecoobstetricia que se encarga a un ginecólogo experto. Según se puede leer en el libro del propio Dr. Monasterio “Algunos datos históricos relacionados con mi desempeño como Director del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, para lograr la conversión en Hospital General se cerraron las puertas del hospital durante un año y medio o dos, tiempo empleado en otra remodelación.⁽⁴⁴⁾

Dentro de las acciones de obra pública significativas en este periodo, podemos señalar:

En 1978 se inaugura la unidad tocoquirúrgica (UTQ) y perinatología.

En 1979 se reubica el banco de sangre; se inaugura la terapia intensiva en

el séptimo piso de la Torre de Hospitalización; se adapta el servicio de cirugía plástica y reconstructiva en el 4o piso de la misma torre, que incluye un quirófano de cirugía menor. En el tercer piso, se ubican los cuneros fisiológicos y patológicos; en el primer piso se abre el servicio de neurología. Se reubica al 1° nivel del cuerpo uno el departamento de medicina nuclear. Se inaugura el área de urgencia pediátricas y se realiza la primera remodelación del servicio de urgencias médico-quirúrgicas.

En 1984 se construye la cisterna con capacidad para 400 m³, la cual se sitúa entre los talleres de mantenimiento y planificación familiar.⁽⁴⁵⁾

El Dr. Federico Carlos Rohde Einhaus es el sexto Director del Hospital. Su periodo abarca 10 años, de 1984 a 1994. Es bajo esta administración que se construye el edificio de la consulta externa; la aprobación de la Junta Directiva se dio en noviembre de 1984 y se inauguró en febrero de 1986, con la presencia del Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo; Hoy en día, se puede ver la placa conmemorativa que dice:

Hospital General
Dr. Manuel Gea González
Unidad
De
Consulta Externa
Inaugurada en el mes de febrero de 1986

El edificio, en dos plantas, comprende 15 consultorios en planta baja y 8 en planta alta; en ellas estaban distribuidos 22 servicios médicos, dos de curaciones y un anexo para tomar electrocardiografía y ecocardiografía fetal, una central de enfermeras, dos oficinas de trabajo social y otra con adesógrafo elaborador de credenciales de identificación de los pacientes, más una sala de espera en dos niveles, calculada para albergar a 500 personas. También se añadieron otros servicios: el departamento de registros médicos, la mesa de control de citas y registro general de enfermos y el archivo clínico-radiológico.⁽⁴⁶⁾ Para 1994, este esquema cambia por completo, y cambiaría todavía más con la “remodelación” de 1999.

En 1988 se inauguran las nuevas instalaciones del servicio de anatomía patológica. Simultáneamente se efectúa la construcción del laboratorio de genética y el área de citología, incluyendo el laboratorio, los archivos y el área de enseñanza a técnicos citólogos.

En ese mismo año, se remodelan el servicio de radiología y ultrasonido

así como el de cirugía ambulatoria en el primer piso de la Torre de Hospitalización, que incluye la adaptación de cuatro quirófanos. También en este año, se inaugura, anexa al área de cirugía ambulatoria, el servicio de endoscopia, en el ala norte de la torre.⁽⁴⁷⁾

En 1990 se terminaron las obras de remodelación de la cocina central; se efectúa la segunda remodelación del área de urgencias médico-quirúrgicas; se inaugura el bioterio, en el área del “Chamizal”.

En 1991 se inicia la construcción de los almacenes generales, ropería y costura. Se inaugura en julio de 1992; se remodelan las oficinas de la Dirección General y la Dirección Médica.

En 1992, se inaugura la sala de espera, construida con recursos del Programa Nacional de Solidaridad, *PRONASOL*. En 1993, se inauguran las nuevas instalaciones de la Jefatura de Enfermería, ubicadas en el segundo piso de la Torre de Hospitalización.⁽⁴⁸⁾

En febrero de 1994, el Dr. Horacio Rubio Monteverde toma posesión de la Dirección General del Hospital. En julio de 1995 se presenta a la H. Junta de Gobierno de la entidad, un documento denominado “Hospital General ‘Dr. Manuel Gea González’, Diagnóstico y Perspectivas, síntesis ejecutiva” cuyo objetivo es mostrar las deficiencias del nosocomio con el fin de encontrar alternativas de solución. En el apartado “g”, que por cierto es el último, se mencionan los problemas de la infraestructura física.

“[Existen] serios problemas de infraestructura física: debe tomarse en consideración que el hospital, inaugurado en 1947, ha sufrido adecuaciones sin planeación y en forma desordenada; por el sobrepeso del edificio en la torre de hospitalización resultan indispensables, al menos, un estudio técnico de ella, la instalación de nueva tubería de vapor por la cantidad de fugas y el riesgo de los accidentes probables, y la colocación de escaleras de emergencia; el bioterio también requiere de su readecuación en área física y equipo; además, resulta prioritaria la terminación del edificio de urgencias y terapia intensiva, todavía incompleto para 1994”.⁽⁴⁹⁾ Cabe señalar que en dentro de las 10 estrategias que propone el documento para mejorar las condiciones del Hospital, ninguna habla de la infraestructura física. Sólo al inicio de las conclusiones se menciona que debe hacerse “un estudio técnico sobre la estructura, solución a la carencia de auditorio, reforzamiento de la biblioteca, construcción de un bioterio diferente y demás”.⁽⁵⁰⁾

En los años de 1998 y 1999 se realizan en el Hospital diferentes acciones de obra pública. Entre ellas, la reestructuración de los cuerpos I y II de la

Torre de Hospitalización del primero al sexto nivel. Esta obra, por la forma en que afectó el funcionamiento del hospital, merece especial atención. A continuación, presento una breve reseña de los principales acontecimientos de la obra.

Antecedentes

Con motivo del sismo del 25 de abril de 1989, la Secretaría de Salud, solicitó a Ingeniería de Sistemas de Transporte Metropolitano, S.A. de C.V. (I.S.T.M.E.) llevar a cabo una inspección visual del Hospital con el objeto de determinar el estado de seguridad del mismo. I.S.T.M.E. señaló en su informe: “... El edificio de siete niveles, presenta fisuras en algunas columnas del cuerpo más antiguo... En general los edificios se encuentran en buen estado; sin embargo, aún siendo aceptable el estado actual de las estructuras, el RCDF-87 establece... que toda construcción existente del grupo A... deberá revisarse y el propietario del inmueble deberá presentar... un dictamen de seguridad y estabilidad suscrito por un Corresponsable en Seguridad Estructural en el que se verifique que la estructura cumple con los requisitos de seguridad... en caso de que no se cumpla con dichos requisitos, se deberá proceder al reforzamiento o reestructuración de los edificios hasta satisfacerlos...”

Con base en los estudios de estabilidad y seguridad estructural realizados a la Torre de Hospitalización en 1996, por la entonces Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento (CGOCE), se determinó que, si bien el edificio no presentaba daños, era necesario reforzar algunas trabes para cumplir con el Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal entonces vigente.

En noviembre de 1997, se licitaron dos etapas constructivas con base en el proyecto ejecutivo de la CGOCE; este proyecto señala que había que reforzar **algunas** uniones de trabes con columnas utilizando placas y pernos. La Obra se adjudicó a la constructora 1.

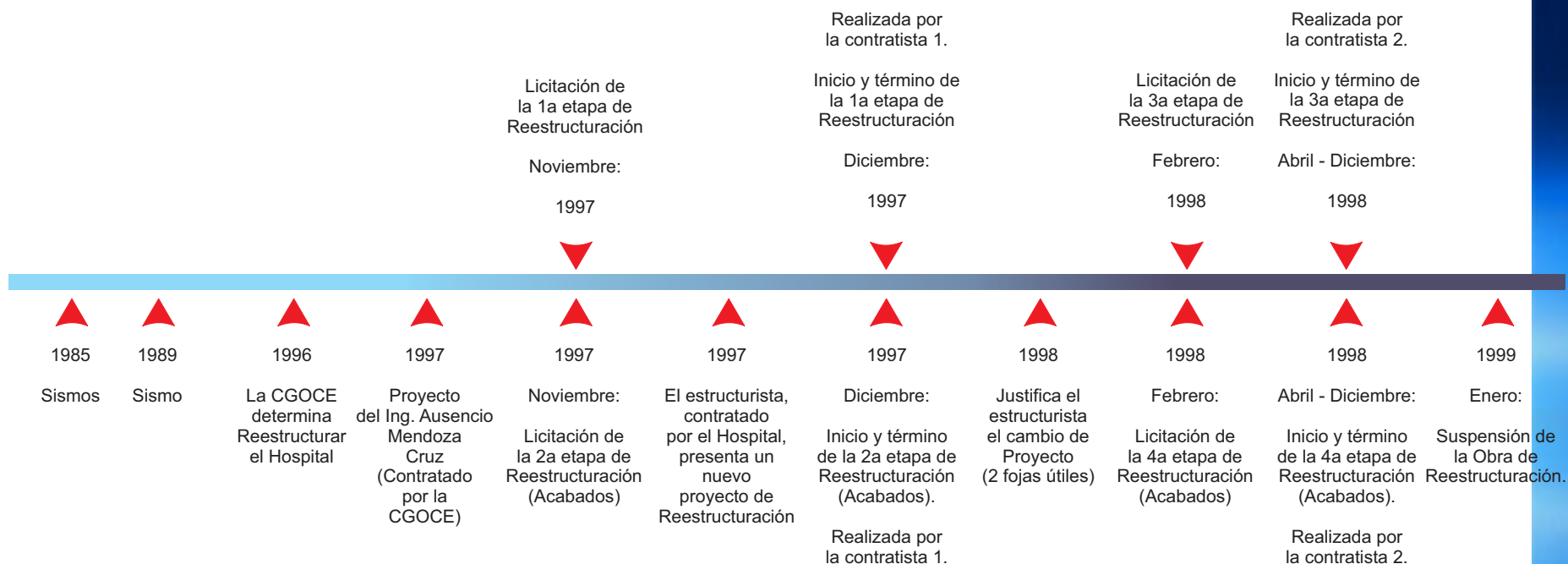
En diciembre de 1997 se llevaron a cabo dos etapas constructivas, una de refuerzo y otra de acabados. La obra pretendió ajustarse a un nuevo proyecto que el Hospital encargó a un estructurista y no al proyecto ejecutivo que la CGOCE había elaborado.

Este nuevo proyecto señala que había que reforzar **todas** las columnas y todas las trabes, desde la planta baja hasta el quinto nivel, utilizando soleras.

Dicho proyecto se justificó hasta enero de 1998.

Ilustración 3
 Línea del Tiempo de la Reestructuración de la Torre de Hospitalización, Cuerpos I y II
 1985 - 1999⁽¹⁾

Fuente: (1) Documento denominado “Acciones de Obra Pública 2002 - 2006, p. 2



A la contratista 1, se le autorizó utilizar placas en vez de soleras; realizó la obra en parte de la planta baja y parte del primer nivel de la Torre de Hospitalización.

De abril a diciembre de 1998, la contratista 2, llevó a cabo dos etapas constructivas, una de refuerzo y otra de acabados, desde la planta baja hasta el tercer nivel. Para ello utilizó, con base en la licitación correspondiente, el proyecto ejecutivo del estructurista contratado por el Hospital. Al igual que la empresa 1, no utilizó soleras como lo señalaba el proyecto, sino placas en todas las columnas y las trabes.

La obra quedó suspendida a partir de enero de 1999⁽⁵¹⁾ y la reestructuración, que debió llegar hasta el quinto nivel, lo hizo sólo al tercero. Los trabajos quedan inconclusos: el segundo y tercero niveles están totalmente abandonados, el tercer nivel está, literalmente, en ruinas. Los servicios que ocupaban estas áreas, pediatría y ginecoobstetricia,

respectivamente, son reubicados —para no decir improvisados— “provisionalmente” en otros niveles, lo que provoca que la atención se brinde de manera restringida. El primer nivel funciona, pero bajo condiciones lamentables. La planta baja también queda inconclusa y la lavandería, la cocina y el comedor, se trasladan a lugares “provisionales” (la cocina, por ejemplo, tardará siete años en regresar a su ubicación original).

Por otra parte, las obras que se realizaban al mismo tiempo que la reestructuración quedan, de igual forma, inconclusas y abandonadas, por ejemplo, la que se realizaba en la azotea de la Torre, en la cual pretendía ubicarse la nueva CEYE. Por si fuera poco, en 1999 se “termina” la ampliación del edificio de la Consulta Externa, cuyo segundo nivel queda —además de inconcluso— “ahogado”, es decir, no hay forma de tener acceso a él. Más allá del daño al edificio, la consecuencia que tuvo para los pacientes fue brutal. Basta con revisar la baja en la productividad de la institución,

presentada en las carpetas de trabajo a la H. Junta de Gobierno.

En tales condiciones, toma la Dirección del Hospital, en marzo de 1999, el Dr. Juan José Mazón Ramírez.

En este momento, se inician una serie de reuniones con la H. Junta de Gobierno del Hospital, instancias de la Secretaría de Salud, de la entonces Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), así como con los funcionarios que participaron en la reestructuración de la torre, las dos empresas constructoras y el estructurista contratado para el segundo proyecto, cuyo objetivo fue el de plantear la problemática de la obra pública para lograr establecer las acciones necesarias que permitieran reestablecer las condiciones adecuadas de trabajo, garantizando siempre la seguridad a los trabajadores como a los pacientes del Hospital.

Gran parte del tiempo y del esfuerzo de la administración del Dr. Mazón Ramírez, se utilizaron en resolver los problemas de la obra pública. Originalmente, pensé en reseñar en este espacio la cronología de los principales eventos relacionados con dicha problemática. Sin embargo, al no ser ese el objetivo de la presente disertación, baste decir que, a la fecha (año 2012) aún se pueden apreciar algunos de los efectos de la “obra de reestructuración” de los años 1998 y 1999, especialmente en la fachada posterior del edificio principal. Además, confróntense, por favor, las fotografías tres y cuatro que aparecen en la siguiente página.

A pesar de las restricciones a la ejecución de obra pública que se derivaron de las auditorías y de los dictámenes técnicos, durante los años de 1999 a 2004 se realizaron, entre otras, las siguientes acciones de obra pública:

Modificación de las principales redes de gases medicinales de la Torre de Hospitalización.

Adecuación de la lavandería y mejoramiento de la cocina en la planta baja de la Torre de Hospitalización.

Auditoría de los contratos de obra pública y de prestación de servicios relativos al refuerzo estructural y trabajos complementarios de la Torre de Hospitalización, y dictamen técnico al proyecto de refuerzo estructural.

Elaboración del dictamen técnico del proyecto ejecutivo y de las cuatro etapas constructivas de la reestructuración de la torre de hospitalización, con

base en los resultados de la auditoría de obra. Dicho dictamen formó parte de la documentación para la elaboración de las demandas que el Hospital presentó en contra de las empresas que participaron en la obra de reestructuración.

Elaboración de proyectos ejecutivos para la adecuación de la residencia para médicos en el octavo piso de la Torre de Hospitalización, y de oficinas en el anexo del segundo piso del edificio de la Consulta Externa.

Impermeabilización de 6,500 m². en azoteas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Rehabilitación de instalaciones hidrosanitarias en baños del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Rehabilitación parcial del sistema de apartarrayos de la Torre de Hospitalización del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Adecuación de la residencia para médicos en el octavo piso de la Torre de Hospitalización, y de oficinas en el anexo del segundo piso del edificio de la Consulta Externa.

Levantamiento topográfico del conjunto del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y presentación de la información en formato digital.

Levantamiento geométrico y dictamen estructural del tercer piso de la torre de hospitalización.

Rehabilitación de cuatro quirófanos centrales en el séptimo piso de la torre de hospitalización.

Instalación de un ramal externo que se conecta a la red general de Pemex, para el suministro de gas natural al Hospital.

Elaboración del proyecto ejecutivo y realización de la obra de remodelación del tercer piso (ginecoobstetricia) de la torre de hospitalización.



Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1999.

Foto 3



Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 2003.

Foto 4

¿Quién habla en nombre de los hospitales?

Dos formas de resolver la obra pública: a la izquierda, el tercer piso de la Torre de Hospitalización tal y como la encontró la administración 1999 - 2004. A la derecha, como la entregó en 2003.

Fotografías 5 a 15: La consulta externa, los quirófanos centrales y el tercer piso de la Torre de Hospitalización.

Todas ellas son *obras públicas* terminadas durante la administración del Dr. Juan José Mazón Ramírez.



Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.

Foto 5



Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.

Foto 6

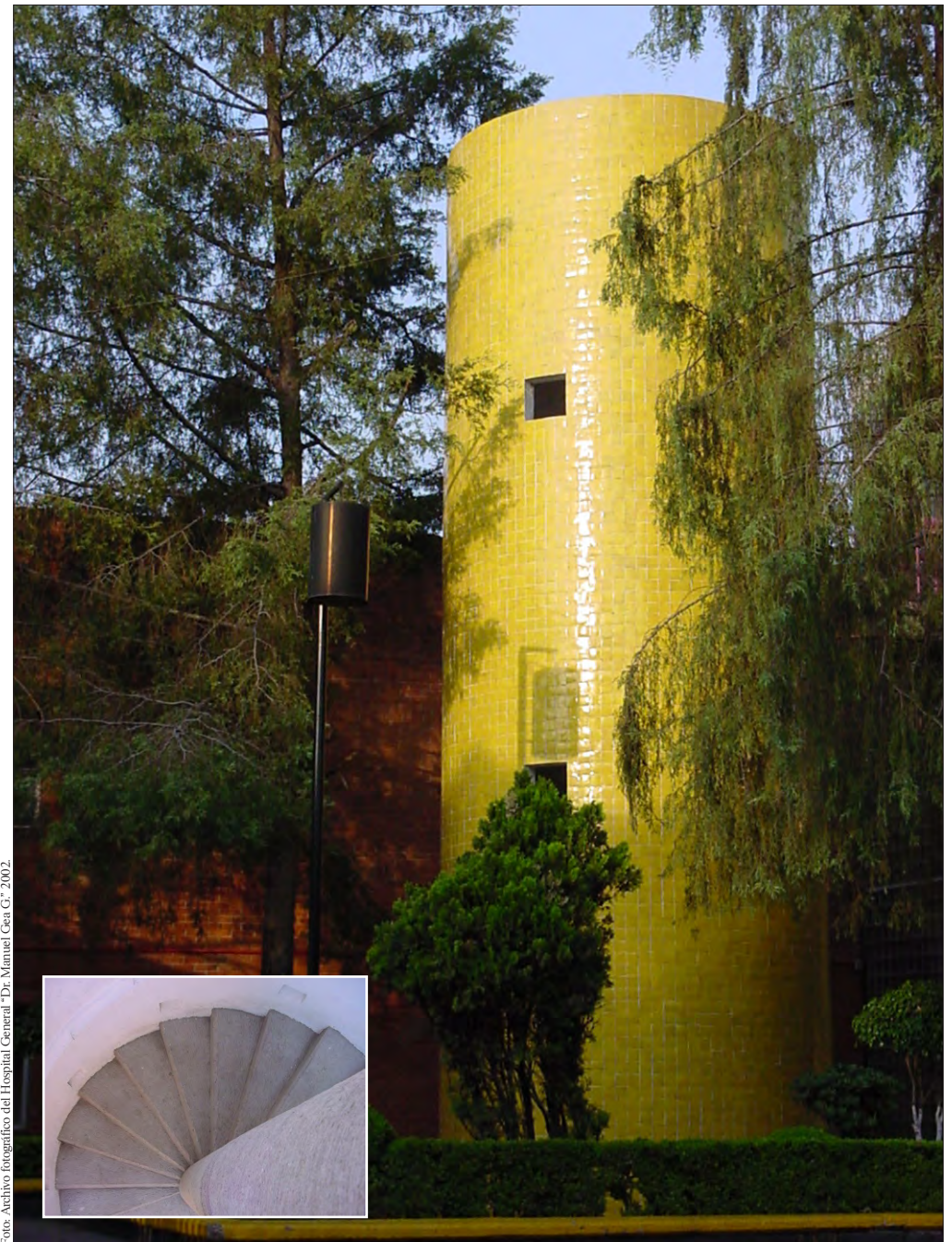


Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.

Foto 7

Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.



Foto 8

Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.



Foto 9

Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.



Foto 10



Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2002.

Foto 11

Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2003.



Foto 12

Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2003.



Foto 13

Foto: Archivo fotográfico del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2003.



Foto 14

Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2003.



Foto 15

En marzo de 2004, el Dr. Germán Fajardo Dolci es electo Director General del Hospital, administración que dura hasta diciembre de 2006. En sus memorias, el Dr. Fajardo comenta:

“La presente administración[...] fijó como prioridades sociales, la atención médica de alta calidad y el trato digno, como eje fundamental de la prestación de servicios que ofrece a la población demandante”.

“El Hospital General “Dr. Manuel Gea González, es un pilar de la atención médica nacional; tiene identidad, mística calidad científica, calidad técnica, ética y tradición, lo que lo ha convertido en una Institución de referencia en especialidades de excelencia, así como un reconocido centro formador de recursos humanos para la salud, que orienta el desarrollo de sus actividades en el marco de acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006, en el cual se establecen cinco objetivos fundamentales:

Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

Abatir las desigualdades en salud.

Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos.

Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

Fortalecer el Sistema Nacional de Salud”.

“En el cumplimiento de estos objetivos, el Hospital participa principalmente con servicios de atención médica que ofrece a la población menos favorecida, contribuyendo así a enfrentar los retos de: equidad, calidad y protección financiera, contemplados en el Programa Nacional de Salud 2001-2006”.

En la administración del Dr. Fajardo se emprendió un nuevo programa de obra pública, que consistió principalmente en la remodelación de tres mil metros cuadrados que abarcaron las áreas de servicio de urgencias, cirugía de corta estancia, lavandería, cocina y comedor.⁽⁵⁴⁾

Con la remodelación del área de urgencias, se obtuvo un incremento del 79.0% en el número de camas, pasando de 24 a 43 con la siguiente distribución.

Por lo que se refiere a la Unidad de Cirugía de Corta Estancia, que estaba sin funcionar desde hace ocho años —debido a las obras de reestructuración de la Torre de Hospitalización—, se crearon cinco quirófanos más, todos ellos en el primer piso.

El comedor, la cocina y la lavandería, debido también a las obras de

reestructuración, fueron habilitadas en áreas provisionales, totalmente inadecuadas e insalubres, causando un conflicto social al hospital, por el enojo y malestar de los trabajadores que laboran en ellas. Con la remodelación efectuada se ubicó a la cocina y a la lavandería en áreas con instalaciones apropiadas y esta última, fortaleciéndose con área de almacenaje; asimismo, los trabajadores del Hospital se vieron beneficiados al tener un comedor más amplio, con instalaciones dignas.

Además de las obras anteriormente mencionadas, se llevaron a cabo las siguientes:

Remodelación del área de Neonatología y de Terapia Intensiva Pediátrica.

En el área de consulta externa, se remodelaron las áreas físicas de los servicios de medicina interna, otorrinolaringología, dermatología y se realizó la obra civil y mecánica del elevador.

En el área de hospitalización, se logró la remodelación total de dos elevadores; de áreas físicas de los quirófanos y del compresor y red de gases medicinales.

En la Dirección de Investigación se remodelaron las áreas físicas, adecuándose oficinas, construyéndose un quirófano más y se instalaron cuatro laboratorios de manera adecuada y funcional.

Se remodeló el área de rehabilitación.

Como resultado del Convenio de Colaboración UNAM-ENEA-GEA, se construyó la Unidad de Docencia de Enfermería, que se integra con cuatro aulas con capacidad para 120 personas.

Para el año 2006, el programa de obra pública que se realizará está orientado a:

La construcción de un auditorio, con lo cual se cumple un anhelo del Hospital, que por tantos años ha planteado como necesidad básica para el adecuado desarrollo de eventos académicos y de índole científica, que actualmente no era posible realizar de manera óptima.

Construcción del área de toma de muestras del laboratorio de análisis clínicos, lo que permitirá brindar una mejor atención a los pacientes y liberará el acceso al área de hospitalización que actualmente está saturado

por las filas de los pacientes que acuden al laboratorio.



Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2006.

Foto 16



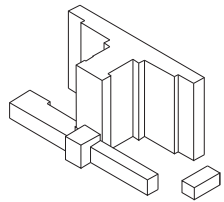
Foto: Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General "Dr. Manuel Gea G." 2006.

Foto 17

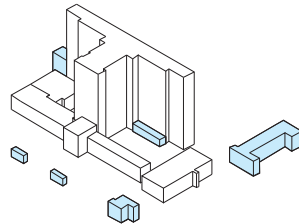
En las páginas siguientes se presentan las ilustraciones correspondientes al crecimiento hospitalario; su infraestructura física; un breve análisis del contexto urbano de la zona que envuelve al Hospital General "Dr. Manuel Gea González"; las vistas en planta y perfil de la calzada de Tlalpan y de la avenida San Fernando; sus respectivos levantamientos fotográficos así como los planos actualizados al año 2004 de la institución en estudio.

Ilustración 4
Crecimiento del Conjunto Hospitalario
1947 - 2004⁽¹⁾

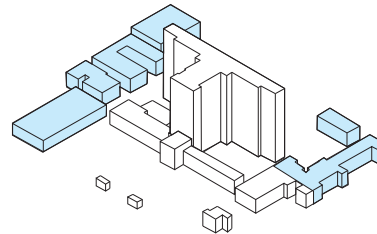
Sanatorio Hospital
Manuel Gea González", 1947
Perspectiva Axonométrica



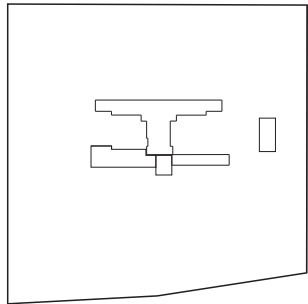
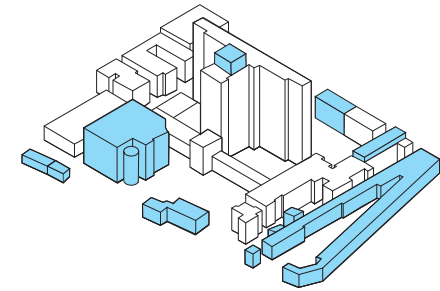
Instituto Nacional de Neumología
"Dr. Manuel Gea González", 1952
Perspectiva Axonométrica



Hospital General
"Dr. Manuel Gea González", 1972
Perspectiva Axonométrica

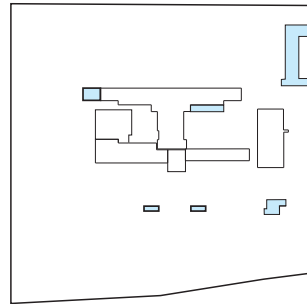


Hospital General
"Dr. Manuel Gea González", 2006
Perspectiva Axonométrica



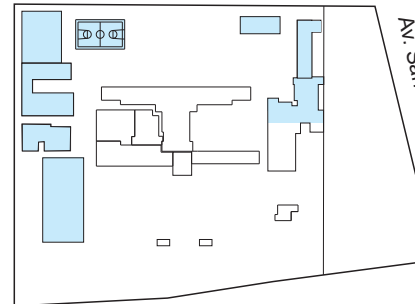
Calzada de Tlalpan

Av. San Fernando



Calzada de Tlalpan

Av. San Fernando



Calzada de Tlalpan

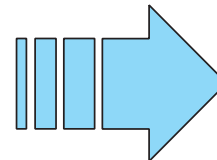
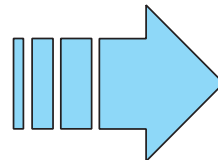
Av. San Fernando



Calzada de Tlalpan



Fachada Oriente del Sanatorio Hospital
Manuel Gea González", 1947



Fachada Oriente del Hospital General
"Dr. Manuel Gea González", 2004

(1) Ilustración del autor, con base en el esquema que aparece en el documento denominado "Acciones de Obra Pública 2002-2006" elaborado por el Dr. Juan José Mazón Ramírez, enero de 2002.

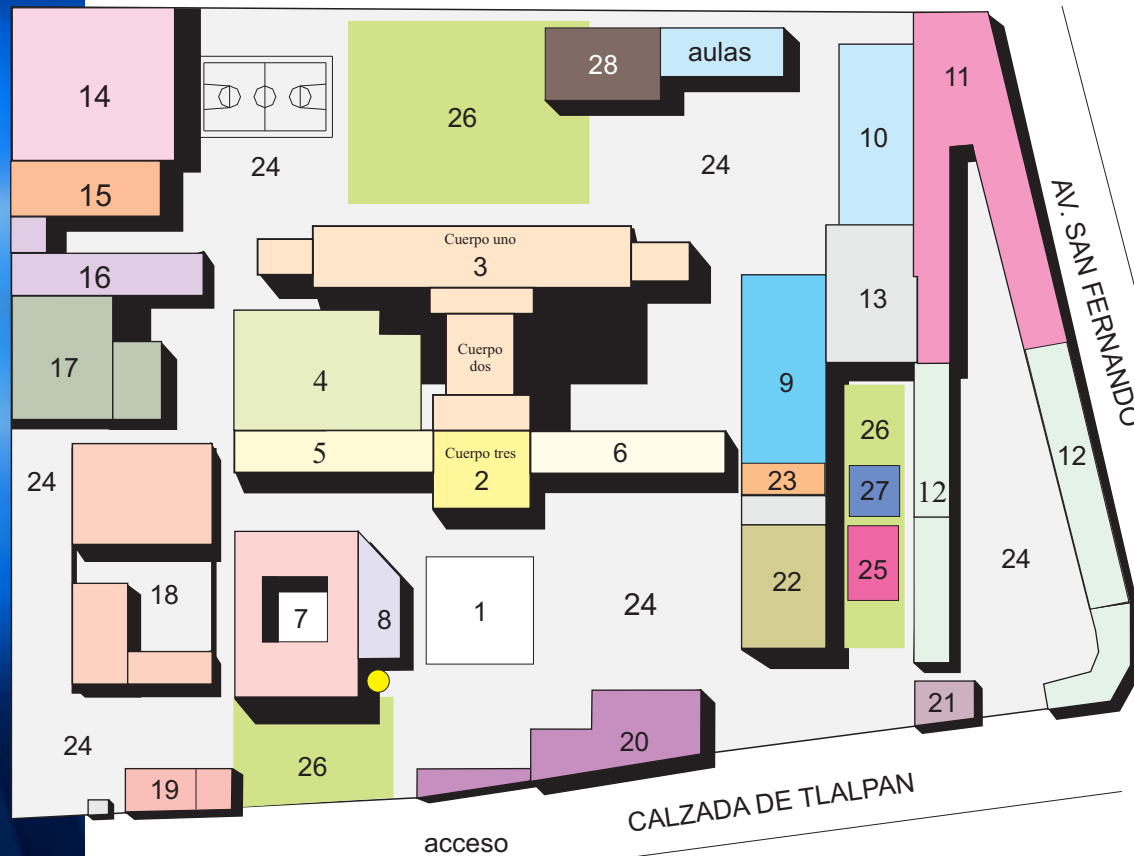
Ilustración 5
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Infraestructura física
2004⁽¹⁾

Superficie del Terreno: 2.36 hectáreas
Superficie construida: 15,732.32 m².⁽⁵⁶⁾



Simbología

- 1 Plaza de Acceso
- 2 Dirección General (2° nivel)
- 3 Torre de Hospitalización
- 4 Rayos X / Terapia Intensiva
- 5 Urgencias / Laboratorio
- 6 Rehabilitación / Administración
- 7 Consulta Externa
- 8 Dirección Médica / Dirección Administrativa
- 9 Casa de Máquinas
- 10 Dirección de Enseñanza / Jurídico
- 11 Dirección de Investigación
- 12 Área Administrativa / Mantenimiento
- 13 Baños - Vestidores
- 14 Almacén / Costura
- 15 Recursos Materiales
- 16 Archivo Institucional / Citología / Genética
- 17 Anatomía Patológica / Biblioteca / Cómputo
- 18 Guardería
- 19 Almacén de R.P.B.I. Y Residuos Químicos
- 20 Sala de Espera
- 21 Vigilancia
- 22 Planeación / Contraloría Interna / Foniatría
- 23 Planificación Familiar / Micología
- 24 Estacionamiento
- 25 Coordinación de obras / Mantenimiento
- 26 Jardín
- 27 Unidad de docencia de enfermería
- 28 Auditorio



(1) Ilustración del autor, con base en el esquema que aparece en el documento denominado "Acciones de Obra Pública 2002-2006" elaborado por el Dr. Juan José Mazón Ramírez, enero de 2002.

Ilustración 6
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Análisis del Contexto Urbano
2004⁽¹⁾



Comentarios a la ilustración 6
 Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
 Análisis del Contexto Urbano
 2004

En las visitas de campo, se encontró un contexto urbano totalmente desfavorable, especialmente para los pacientes. Sobre la calzada de Tlalpan, del lado del hospital, la mitad de las banquetas están ocupadas por vendedores ambulantes. Sobre el camellón central también hay ambulante. Curiosamente, del lado de Sanborn's y Banamex, no hay puestos ambulantes. Sobre la avenida San Fernando también hay ambulante, pero solamente del lado del hospital. En frente, en el Mercado de las Flores, esto no se permite. Cabe mencionar que en estos puestos puede uno encontrar jugos, aguas *frescas*, comida chatarra, caldos de gallina, toda clase de fritangas, tortas, tacos, flautas, sopes, etc. Ninguno de los puestos cuenta con servicios sanitarios, por lo que los vendedores utilizan, de algún modo, los sanitarios del hospital. Sobra decir lo sucia que están las calles. Los botes de basura urbanos, además de saturados, están grafiteados.

Las banquetas se encuentran muy deterioradas, lo que dificulta la circulación de las personas, especialmente de las que sufren algún tipo de discapacidad; lo anterior debido, por una parte, a la falta de mantenimiento y, por la otra, a las raíces de los árboles que, al ir creciendo, van rompiendo las aceras; las rampas para sillas de ruedas no cumplen con las normas establecidas, por lo que son inservibles.

Con respecto a la vialidad, tanto la calzada de Tlalpan como la avenida San Fernando son de doble sentido, ambos con sólo dos carriles para circular, ya que el tercero es utilizado como estacionamiento. Una calle secundaria, Coapa, remata a la altura del acceso al hospital y también es de doble sentido, aunque únicamente cuenta con un carril para cada uno. También en esta vialidad se utilizan los dos extremos del arroyo para estacionarse. Cabe recordar que el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” no cuenta con estacionamiento para pacientes, por lo que el ingreso de los mismos es, principalmente, a pie. En todas estas calles se ofrece transporte público, a través de camiones, peseros y taxis. De hecho, solamente sobre la calzada de Tlalpan, frente al hospital, existen cuatro diferentes sitios de taxis. Todos hacen “base” en la entrada principal del nosocomio.

Derivado de que las vialidades son de doble sentido, atravesar Tlalpan es un ejercicio de intensidad; siempre hay automóviles que vienen sobre San Fernando y que dan vuelta en Tlalpan. Pretender hacerlo en silla de ruedas es, técnicamente, imposible (ver la cuarta imagen en el montaje de la foto 18)..

Finalmente, se constató que la mayoría de los señalamientos de tránsito han sido *decorados* con algún tipo de calcomanía.

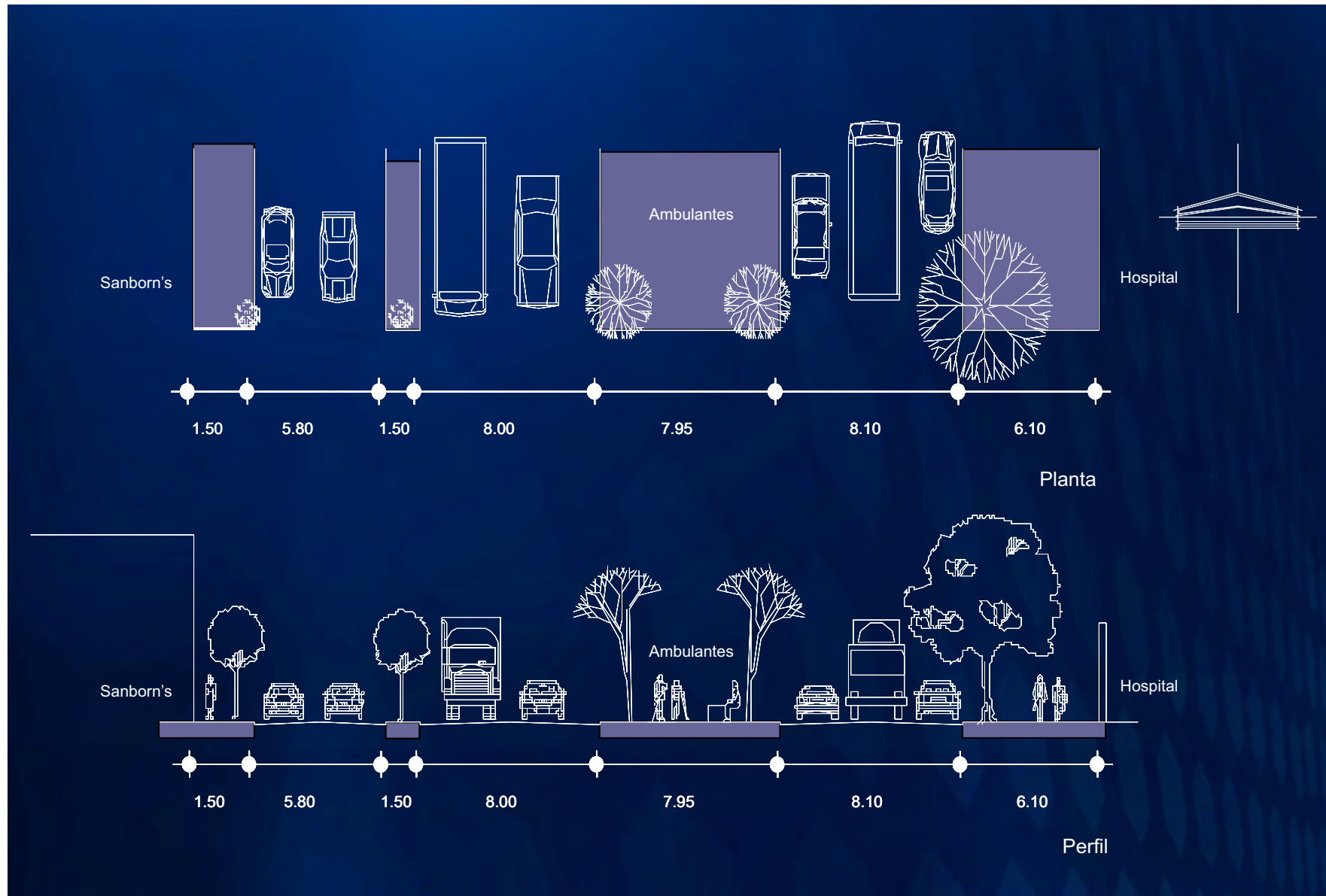
Lejos de encontrar un espacio urbano heterotópico (que te cuide, te proteja y te aisle del contexto) (ver la meseta “Las Herramientas Filosóficas” en su punto “Las heterotopías”), se encontró una zona que te dificulta y obstaculiza el andar; una zona sucia y exacerbada con el comercio ambulante que agrava y aviva la enfermedad y el enojo. El ruido de los coches y los claxons llega a niveles insoportables. No hay jardines, no hay limpieza, no hay orden.



Foto 18: El contexto urbano. Todas las imágenes son de Carlos Rosado, 2005.

Foto 18

Ilustración 7
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Planta y Perfil de la Calzada de Tlalpan
2006⁽¹⁾



Levantamiento Fotográfico
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Calzada de Tlalpan
2005



Foto del autor. Abril de 2004

Foto 19



Foto del autor. Abril de 2004

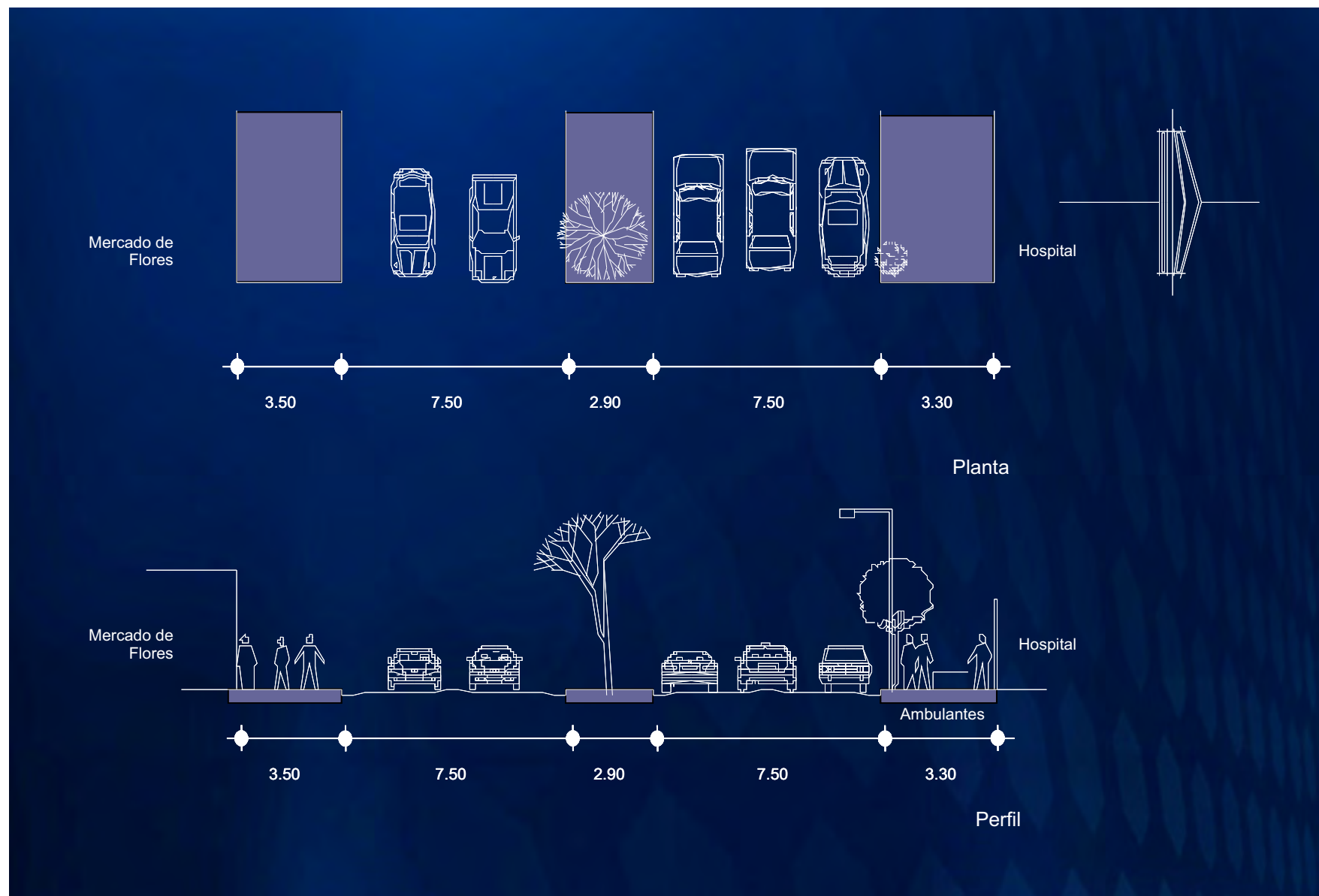
Foto 20



Foto del autor. Abril de 2004

Foto 21

Ilustración 8
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Planta y Perfil de la Av. San Fernando
2006⁽¹⁾



Levantamiento Fotográfico
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Av. San Fernando
2005



Foto del autor. Abril de 2004

Foto 22



Foto del autor. Abril de 2004

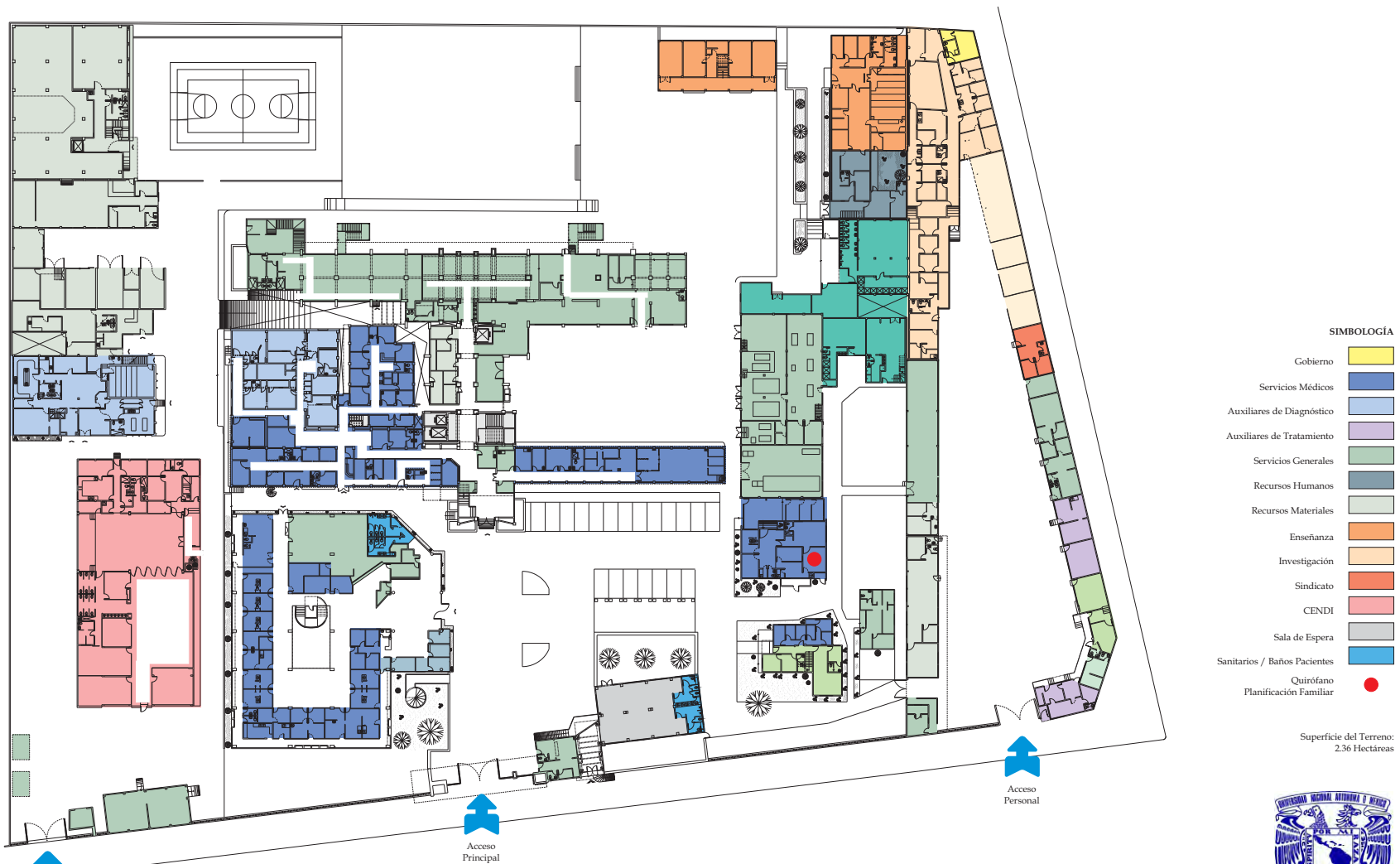
Foto 23



Foto del autor. Abril de 2004

Foto 24

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"
 Estado Actual Planta Baja



SIMBOLOGÍA

Gobierno	
Servicios Médicos	
Auxiliares de Diagnóstico	
Auxiliares de Tratamiento	
Servicios Generales	
Recursos Humanos	
Recursos Materiales	
Enseñanza	
Investigación	
Sindicato	
CENDI	
Sala de Espera	
Sanitarios / Baños Pacientes	
Quirófano	
Planificación Familiar	

Superficie del Terreno:
2.36 Hectáreas

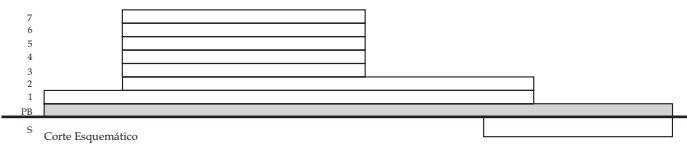
UNAM



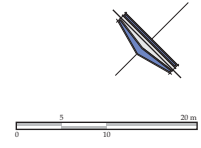
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



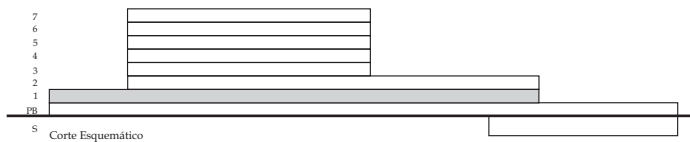
noviembre ● 2005





SIMBOLOGÍA

Gobierno	
Servicios Médicos	
Auxiliares de Diagnóstico	
Auxiliares de Tratamiento	
Servicios Generales	
Planeación	
Recursos Materiales	
Enseñanza	
CENDI	
Sanitarios / Baños Pacientes	
Quirófanos Cirugía de Corta Estancia (Sin funcionar desde 1998)	



noviembre ● 2005



UNAM






Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



SIMBOLOGÍA

Gobierno	
Hospitalización Pediatria	
Enfermería	



UNAM

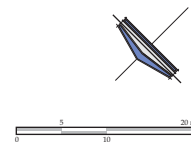
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

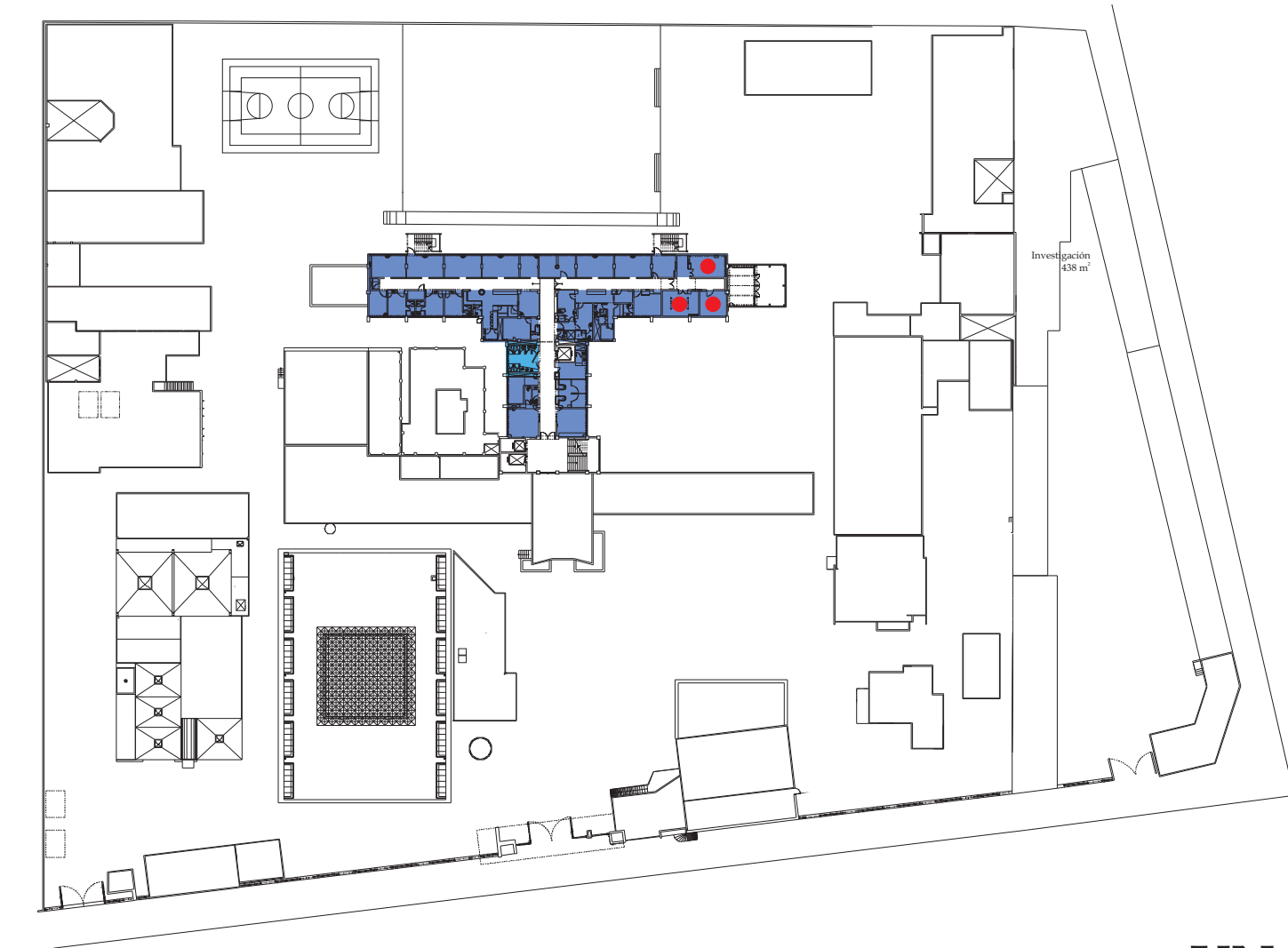
Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico

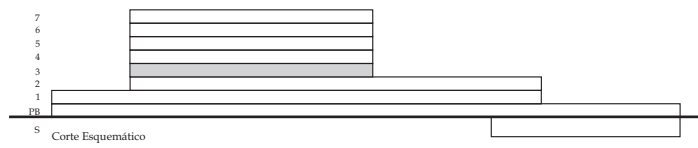


noviembre ● 2005





- SIMBOLOGÍA**
- Hospitalización Ginecoobstétrica
 - Baños Pacientes
 - Quirófanos
 - Unidad Tocoquirúrgica



noviembre ● 2005



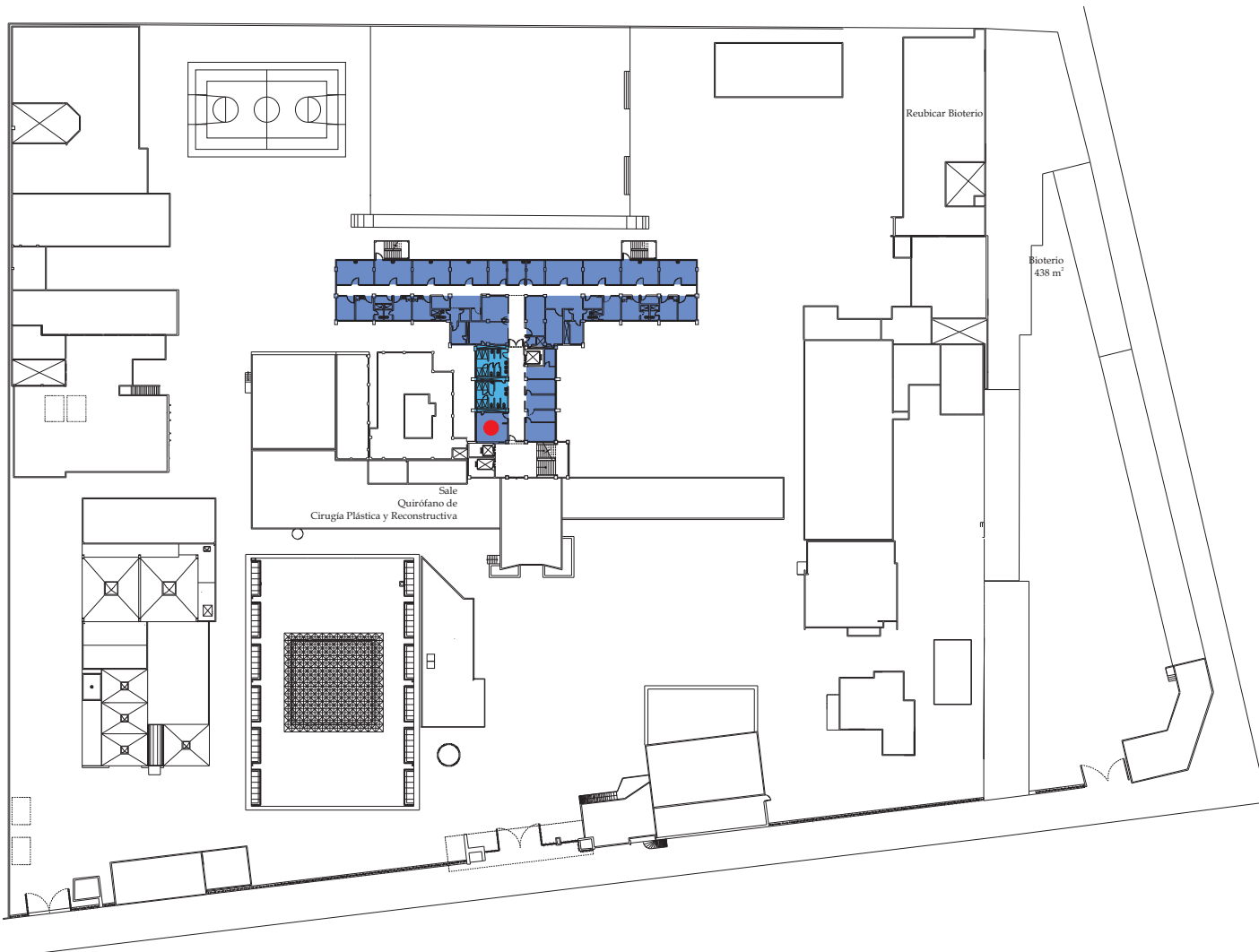
UNAM



Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



- SIMBOLOGÍA**
- Hospitalización Ortopedia / Cirugía Plástica y Reconstructiva
 - Baños Pacientes
 - Quirófano Cirugía Plástica y Reconstructiva

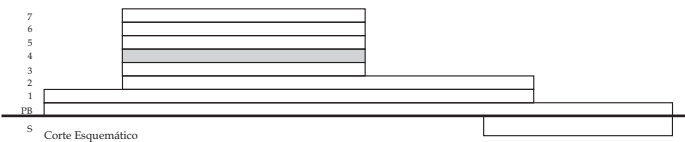


UNAM

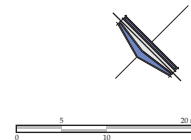
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

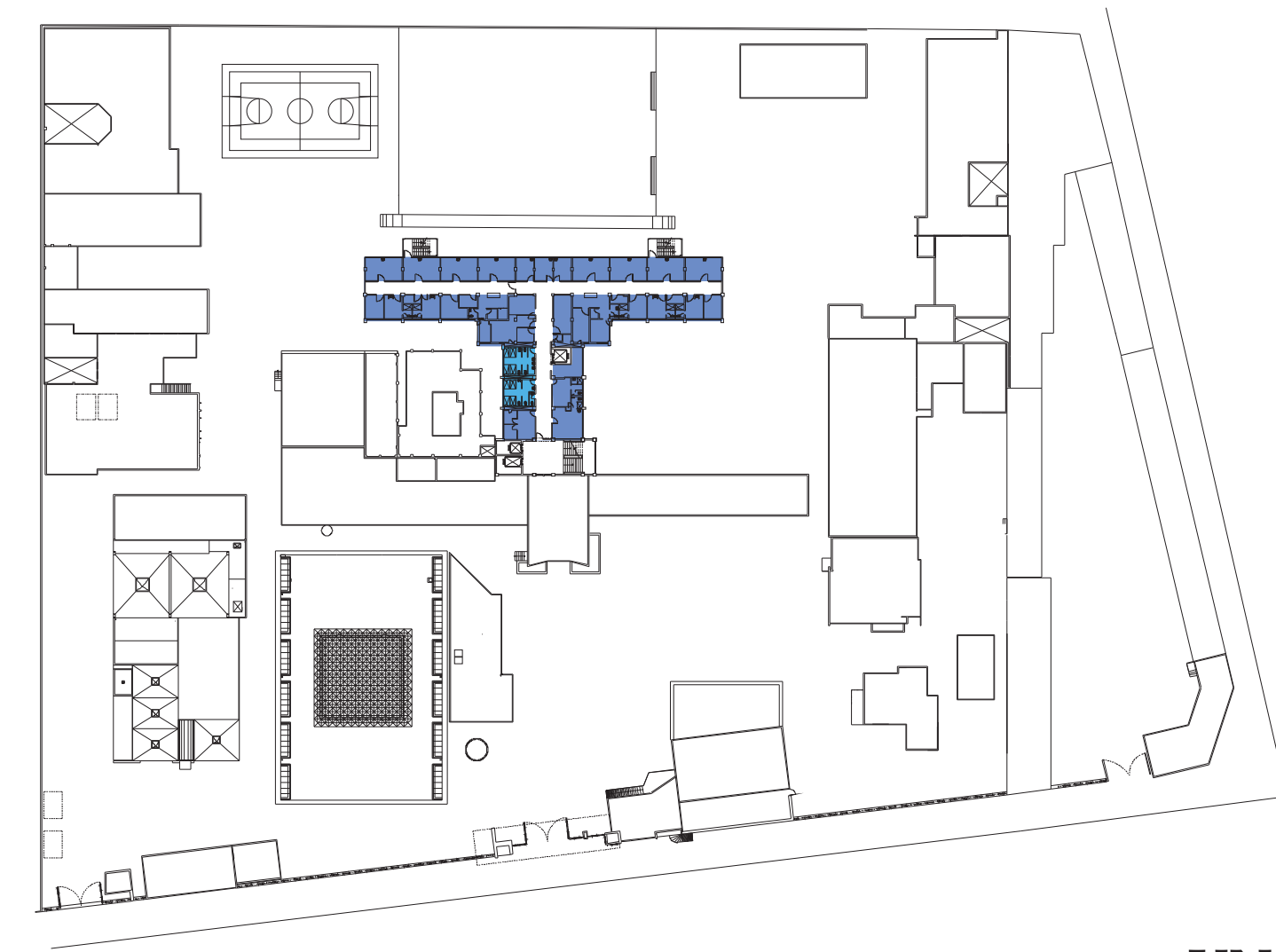
Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



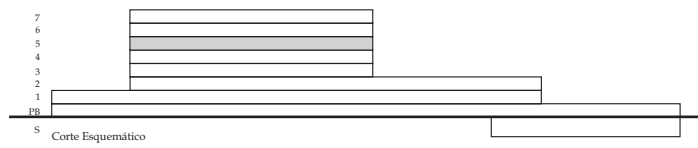
noviembre ● 2005



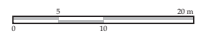


SIMBOLOGÍA

- Hospitalización Medicina Interna
- Baños Pacientes



noviembre ● 2005



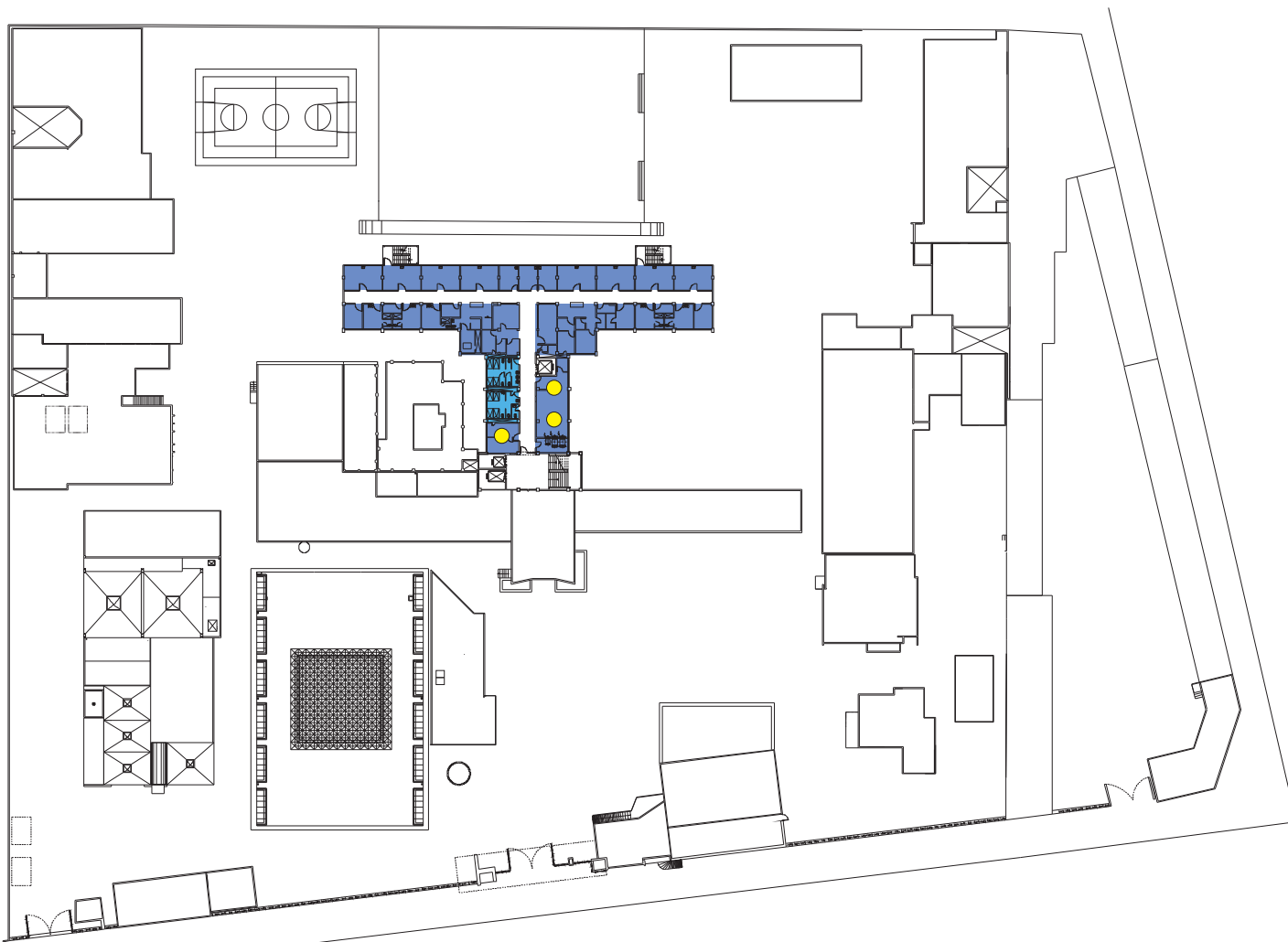
UNAM






Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



SIMBOLOGÍA

- Hospitalización Ortopedia /
Cirugía Plástica y Reconstructiva 
- Baños Pacientes 
- C.E.Y.E. 

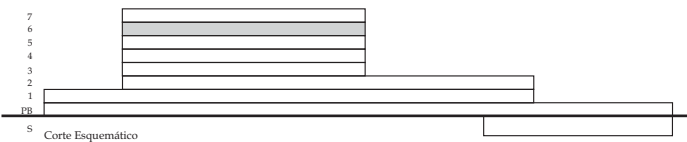


UNAM

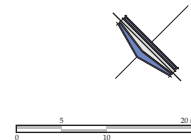
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
de la Facultad de Arquitectura

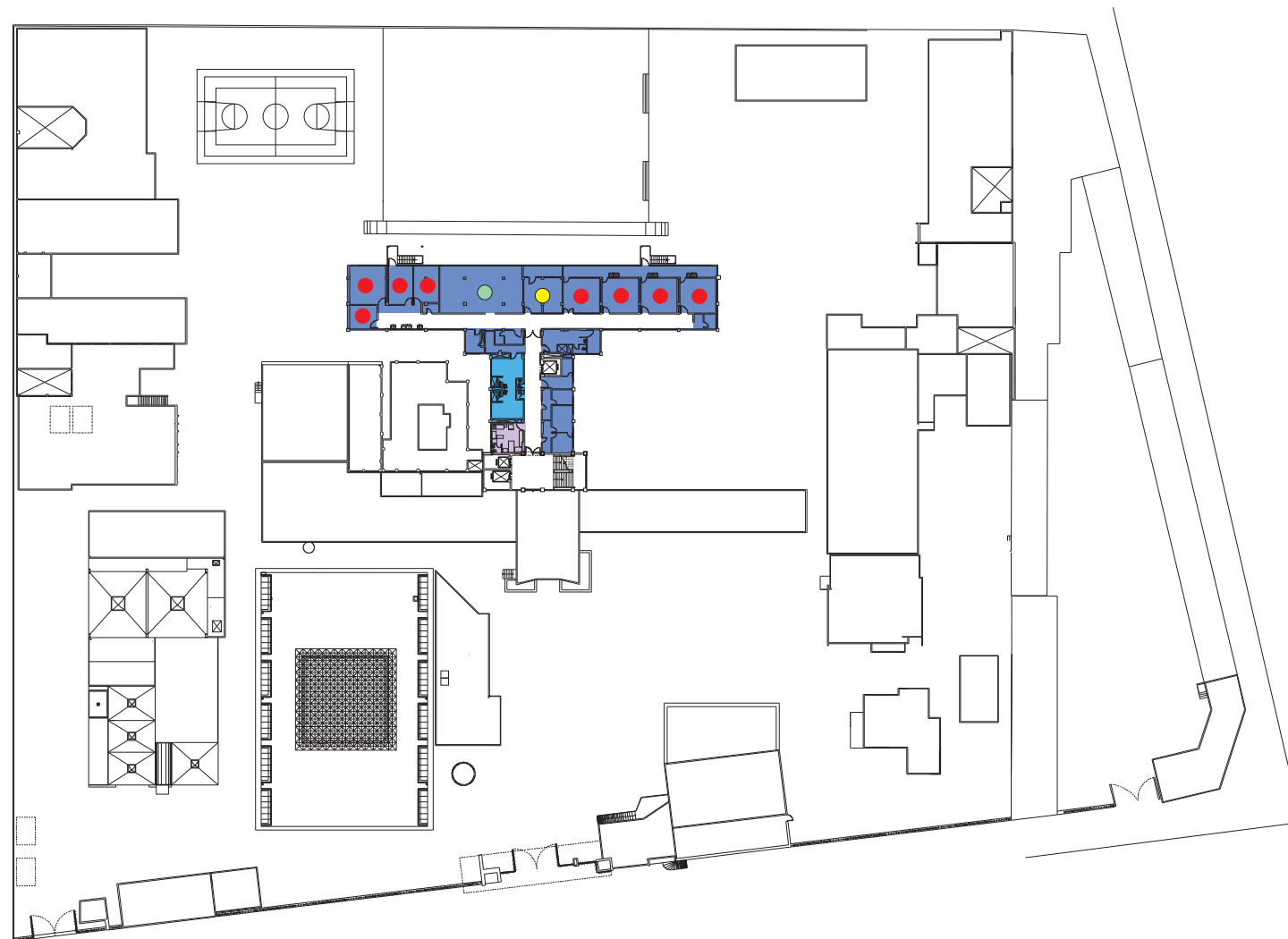
Programa de Maestría y Doctorado
en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico









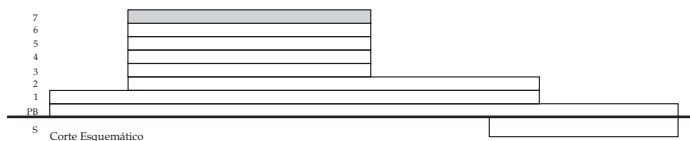
noviembre ● 2005





SIMBOLOGIA

Hospitalización Ortopedia / Cirugía Plástica y Reconstructiva	
Baños Pacientes	
Banco de Sangre	
Quirófanos Cirugía General	
Sub C.E.Y.E.	
Recuperación	



noviembre ● 2005



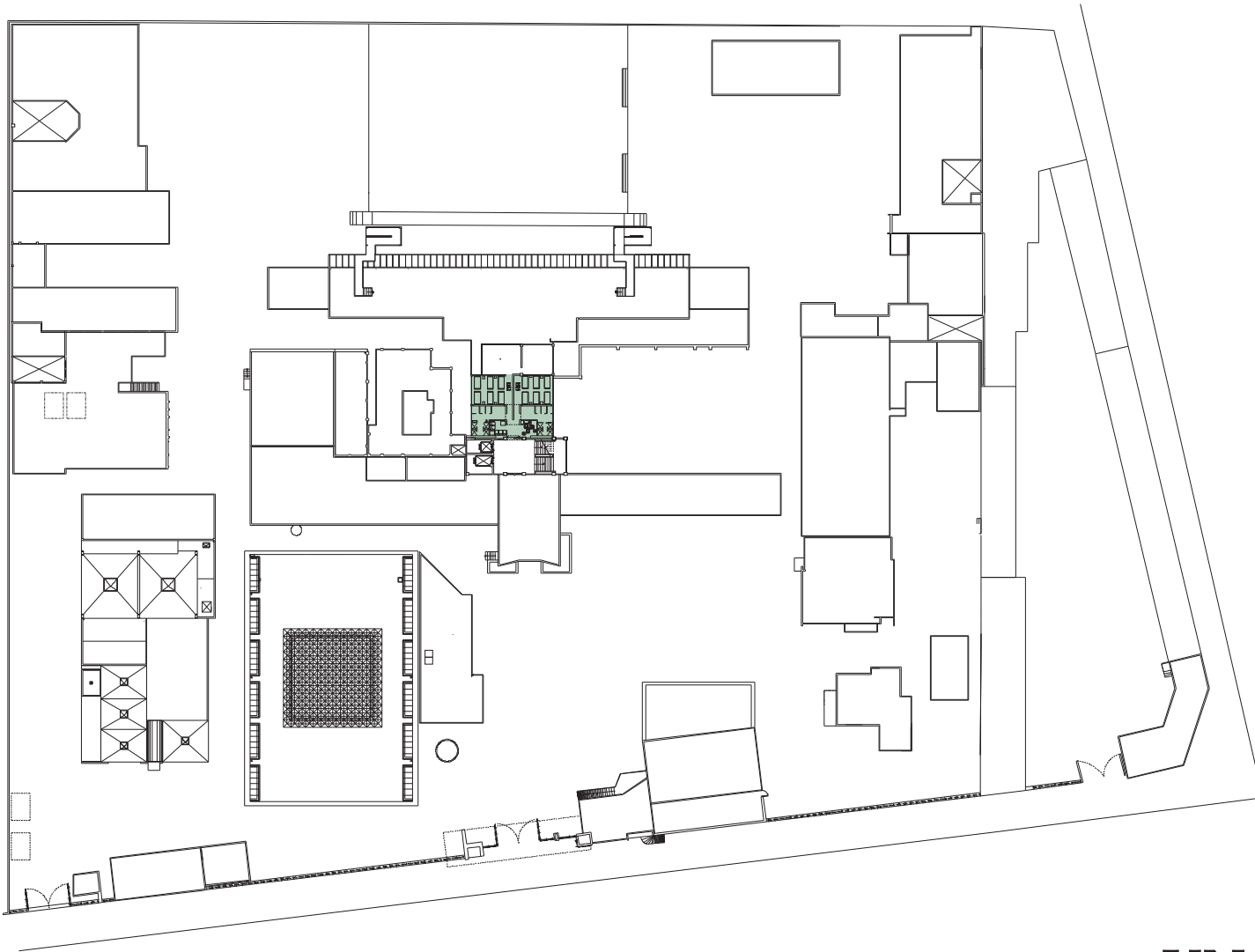
UNAM



Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



SIMBOLOGÍA
 Residencia Médica 

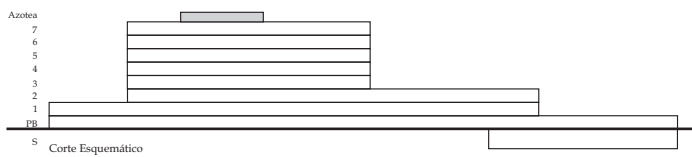


UNAM

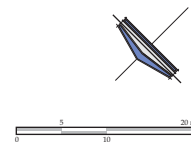
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico



noviembre ● 2005



Citas

- 1.- Luis González Montaner y Pablo González Montaner, Historia de la tuberculosis en el mundo, en *Tuberculosis*, consultado en: http://www.dic.org.ar/tuberculosis/pagina_24.php (diciembre de 2006).
- 2.- Albert S. Lyons y Joseph Petrucelli, *Historia de la Medicina*, ediciones Doyma, traducción de María J. Báguena y José Luis Barona, Barcelona, 1984, pp. 77-93.
- 3.- Miguel Zepeda Cruz, *Los primeros 45 años del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1947-1992*, México, 1992, p. 9.
- 4.- *Idem*.
- 5.- José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo III, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 561.
- 6.- *Idem*.
- 7.- *Idem*.
- 8.- *Ibid.*, p. 562
- 9.- *Idem*.
- 10.- José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 413.
- 11.- Cárdenas, de la Peña, Enrique, El Hospital General "Dr. Manuel Gea González, cincuentenario", Editado por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, 1999, pp. 30-31.
- 12.- José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 391.
- 13.- José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo III, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 801.
- 14.- *Idem*.
- 15.- Secretaría de Salud, Compendio Histórico, Estadísticas Vitales 1893-1993, Distrito Federal, 1993, México, pp. 34-36.
- 16.- The New York City Department of Health and Mental Hygiene, <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr/pr024sp-05.shtml> (consultada en noviembre de 2006).
- 17.- José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo III, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 728.
- 18.- The New York Times, Health, Tuberculosis: <http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/tuberculosis/index.html?s=oldest&> (consultada en noviembre de 2004)
- 19.- José Luis Gómez Pimienta, Veinte años del Instituto Nacional de Neumología, en *Instituto Nacional de Neumología, vigésimo aniversario*, México, 1967, s/p.
- 20.- Enrique Cárdenas de la Peña, *Op. cit.*, pp. 51-52.
- 21.- *Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio*, vol. III No 12, mayo-junio 1941, p. 175.
- 22.- "La obra constructiva del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis en la República". En *Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio*, vol. III, No 14, septiembre-octubre de 1941, pp. 265-266.
- 23.- José Villagrán García, arquitecto. Asesor: Dr. Donato G. Alarcón. "Hospital 'Dr. Manuel Gea González' en Huipulco para tuberculosos avanzados". En *Revista Arquitectura*, No 15, abril de 1944. *Hospitales de México*, pp. 338-339.
- 24.- Enrique Cárdenas de la Peña, *Op. cit.*, pp. 66-67.
- 25.- *Idem*.
- 26.- *Idem*.
- 27.- Secretaría de Salubridad y Asistencia *Memoria 1947-1950*, "Sanatorio-Hospital Dr. Manuel Gea González", p. 387.
- 28.- José Luis Gómez Pimienta, Veinte años del Instituto Nacional de Neumología, en *Instituto Nacional de Neumología, vigésimo aniversario*, México, 1967, s/p.
- 29.- *Idem*.
- 30.- Enrique Cárdenas de la Peña, *Op. cit.*, p. 175.
- 31.- Miguel Zepeda Cruz, *Op. cit.*, p. 44.
- 32.- Enrique Cárdenas de la Peña, *Op. cit.*, p. 237.
- 33.- *Ibid.*, p. 283.
- 34.- *Ibid.*, p. 250.

35.- *Ibid.*, pp. 276-281.

36.- José Ramírez Gama a la Sociedad Médica del Instituto Nacional de Neumología, con copia para el Sindicato Único de Trabajadores del Instituto Nacional de Neumología, México, DF, octubre de 1971. Archivo del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

37.- Diario Oficial de la Federación, México, 26 de julio de 1972, pp. 4-5.

38.- *Ibid.*, artículo 1°.

39.- *Ibid.*, artículo 2°.

40.- Alfonso Sánchez Ramírez, “Reseña histórica del Instituto Nacional de Neumología”, en *Memorias del Instituto Nacional de Neumología, hoy Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, XXV aniversario*, México, 1972, s/p.

41.- Enrique Cárdenas de la Peña, *Op. cit.*, p. 294.

42.- Memorias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1973, s/p.

43.- Sobre la Cruz de Lorena se puede comentar que en el IV Congreso Internacional de la Tuberculosis, celebrado en Berlín en el año 1902, Gilbert Sersiron, secretario general de la Federación de Asociaciones Francesas contra la Tuberculosis, propuso adoptar la Cruz de Lorena de doble barra como insignia internacional de la lucha contra la tuberculosis. Esta es la cruz de Godofredo de Bouillon, príncipe de Lorena, que la puso en su estandarte al conquistar Jerusalén en el año 1099, convirtiéndose en el símbolo de las cruzadas, y de ahí su sentido como emblema de la cruzada internacional contra la tuberculosis. El Consejo de la Unidad Internacional Contra la Tuberculosis (UIC) recomendó, en el Congreso Internacional de Roma de 1928, adoptar como símbolo de la lucha mundial antituberculosa la Cruz de Lorena de doble barra.

44.- Fernando Ortiz Monasterio, Algunos datos históricos relacionados con mi desempeño como director del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, editado por el hospital, México, 1984, p. 1.

45.- Miguel Zepeda Cruz, *Op. cit.*, p. 104-106

46.- Miguel Zepeda Cruz, *Op. cit.*, p. 184.

47.- Informe sexenal, 1983-1988, Hospital General “Dr. Manuel Gea González” junio de 1988, p. 1.

48.- Miguel Zepeda Cruz, *Op. cit.*, pp. 106-107.

49.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Diagnóstico y Perspectivas, síntesis ejecutiva, p. 23.

50.- *Ibid.*, pp. 24-33.

51.- Documento denominado “Acciones de obra pública, 2002-2006” del archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, enero de 2002, pp. 5-6.

52.- *Ibid.*, pp. 11-18.

53.- *Idem.*

54.- Germán Fajardo Dolci, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Informe 2004-2006, México, noviembre de 2006, p. 60.

55.- *Ibid.*, p. 65.

56.- Documento denominado “Acciones de obra pública, 2002-2006” del archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, enero de 2002, p. 20.

Bibliografía

ÁLVAREZ Amézquita, José *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960.

ÁLVAREZ Amézquita, José *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Tomo III, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960.

CÁRDENAS de la Peña, Enrique, *El Hospital General "Dr. Manuel Gea González, cincuentenario"*, editado por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, 1999.

COORDINACIÓN GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, *Los Institutos Nacionales de Salud: Reseña Historiográfica de 60 años de logros*, México, 2003.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, México, 26 de julio de 1972,

FAJARDO Dolci, Gemán, *Informe de Labores 2004-2006 Hospital General "Dr. Manuel Gea González"*, editado por la Secretaría de Salud, México, 2006.

GÓMEZ Pimienta, José Luis, *Instituto Nacional de Neumología, vigésimo aniversario*, Editado por el INM, México, 1967.

LYONS, S. Albert y Joseph Petrucelli, *Historia de la Medicina*, ediciones Doyma, traducción de María J. Báguena y José Luis Barona, Barcelona, 1984.

ORTIZ Monasterio, Fernando, *Algunos datos históricos relacionados con mi desempeño como director del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"*, editado por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, 1984.

SÁNCHEZ Ramírez, Alfonso, Reseña histórica del Instituto Nacional de Neumología, en *Memorias del Instituto Nacional de Neumología, hoy Hospital General "Dr. Manuel Gea González", XXV aniversario*, México, 1972.

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, *Memoria 1947-1950*, "Sanatorio-Hospital Dr. Manuel Gea González", México, 1951.

SECRETARÍA DE SALUD, *Compendio Histórico, Estadísticas Vitales 1893-1993, Distrito Federal*, México, 1993.

SECRETARÍA DE SALUD, Libro del Cincuentenario 1943 - 1993, editado por la Secretaría de Salud, México, 1993.

ZEPEDA Cruz, Miguel, *Los primeros 45 años del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1947-1992*, Editado por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, 1992.

REVISTA ARQUITECTURA, No 15, abril de 1944. *Hospitales de México*. por José Villagrán García, arquitecto. Asesor: Dr. Donato G. Alarcón. "Hospital 'Dr. Manuel Gea González' en Huipulco para tuberculosos avanzados".

REVISTA MEXICANA DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, vol. III No 12, mayo-junio 1941.

Páginas de Internet:

The New York City Department of Health and Mental Hygiene, <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr/pr024sp-05.shtml> (consultada en noviembre de 2006).

The New York Times, Health, Tuberculosis: <http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/tuberculosis/index.html?s=oldest&> (consultada en noviembre de 2004)

Índice de Fotografías

- Portada: Fachada principal del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y su escudo, tomados del documento denominado “Acciones de obra pública, 2002-2006” del archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”,
- 1.- Perspectiva del entonces Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, tomada desde Talpan y San Fernando. Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Es probable que la foto haya sido tomada en 1947, año de la inauguración del nosocomio.
 - 2.- Vista de la fachada posterior oriente; a partir del tercer piso, el edificio no tenía ventanas para permitir la circulación del aire “limpio y transparente” dentro de los pabellones para tuberculosos avanzados. Archivo fotográfico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Es probable que la foto haya sido tomada en 1947, año de la inauguración del nosocomio.
 - 3.- Estado en el que la administración del Dr. Juan José Mazón Ramírez recibió el tercer piso de la Torre de Hospitalización, ahí se albergaba el servicio de Ginecología y Obstetricia (uno de los que más recursos genera al Hospital). El piso estuvo destruido casi cuatro años. ¿Quién habla en nombre de los hospitales? Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 1999.
 - 4.- Cuando los juicios y acciones legales lo permitieron, se procedió a la restauración del servicio de Ginecología y Obstetricia. Así se entregó el servicio, en 2003. Archivo fotográfico de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2003.
 - 5.- El Anexo de la Consulta Externa, otro edificio que la administración 1994-1999 entregó sin terminar. En 2002, finalmente, se concluyeron las obras (el proyecto corresponde a la administración del Dr. Juan José Mazón Ramírez). Vista del vestíbulo principal. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
 - 6.- El Anexo de la Consulta Externa, detalle del pergolado que permite la iluminación cenital del vestíbulo. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
 - 7.- Derivado de que el proyecto original del Anexo de la Consulta Externa

(1998) omitió la forma para subir al segundo piso, fue necesaria la construcción de una escalera externa. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.

- 8.- Después de más de 20 años sin mantenimiento, durante la administración 1999-2004 se remodelaron cuatro quirófanos centrales, ubicados en el séptimo piso de la Torre de Hospitalización. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
- 9.- Quirófano central. Séptimo piso de la Torre de Hospitalización. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
- 10.- Quirófano central. Séptimo piso de la Torre de Hospitalización. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
- 11.- Quirófano central. Séptimo piso de la Torre de Hospitalización. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2002.
- 12.- Uno de los servicios que más daño sufrió a causa de una inadecuada obra pública, fue Ginecoobstetricia. Durante casi cuatro años, el servicio tuvo que improvisarse en el segundo piso y su ingreso estaba muy restringido. En 2003 se reinauguró. Vista del vestíbulo de acceso. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2003.
- 13.- Tercer piso de la Torre de Hospitalización. Ginecoobstetricia, vista de la Central de Equipos y Esterilización (antes de equiparla). Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2003.
- 14.- Tercer piso de la Torre de Hospitalización. Ginecoobstetricia, vista del pasillo administrativo. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2003.
- 15.- Tercer piso de la Torre de Hospitalización. Ginecoobstetricia, sala de expulsión de la Unidad Tocoquirúrgica. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2003.
- 16.- Cocina Central, otro servicio afectado durante las obras de 1998 - 1999. Vista exterior de la cocina, como se entregó en 1999. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 1999.
- 17.- La Cocina Central, después de la remodelación del año 2005. Este

servicio tuvo que esperar hasta la administración del Dr. Fajardo Dolci (2004-2006), para su rehabilitación. Archivo de la Coordinación de Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2005.

- 18.- El contexto urbano. Algunas imágenes que dan idea del estado en que se encontró el perímetro del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Todas las fotos son del autor. 2005.
- 19.- La calzada de Tlalpan, a la altura del acceso principal al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Entre vendedores ambulantes, autos estacionados en segunda fila y el transporte público permitiendo el asenso y descenso de pasaje en la puerta del hospital, el ingreso al mismo era muy complicado. Foto del autor, 2004.
- 20.- Camellón central de la calzada de Tlalpan a la altura del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, también invadido por los vendedores ambulantes. Foto del autor, 2004.
- 21.- Una de las preguntas principales para el desarrollo de la presente disertación fue: “¿cómo ven los enfermos a la ciudad de México? Lo que encontré —por lo menos alrededor del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”—, no fue muy agradable: los pacientes que llegan en silla de ruedas tienen que lidiar contra el ambulante, falta de facilidades para circular por las calles, escaleras sin elevadores, banquetas destruidas, etc. Paciente y su acompañante llegando al Hospital “Gea González”. Foto del autor, 2004.
- 22.- Sobre la avenida San Fernando la situación es igual. Vendedores ambulantes sobre la banqueta. Foto del autor, 2004.
- 23.- Mientras que la calzada de Tlalpan tiene una banqueta de 6.10 m., la avenida San Fernando la tiene de solamente 3.30 m. Sin embargo, esto no es impedimento para que los ambulantes se pongan todos los días sobre esta última avenida (confrontar ilustraciones 7 y 8 de esta meseta, en las páginas 86 y 88, respectivamente). Foto del autor, 2004.
- 24.- Para abastecer a los vendedores ambulantes sobre la avenida San Fernando, los *proveedores* no tienen empacho para estacionarse en doble fila, mientras realizan sus maniobras. Foto del autor, 2004.

Índice de ilustraciones

Ilustración 1.- Retrato del Dr. Manuel Gea González. Tomado del libro “El Hospital General “Dr. Manuel Gea González, cincuentenario” de Enrique Cárdenas de la Peña, editado por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1999, P. 2.

Ilustración 2.- “Pelean por mujeres Fox y AMLO”, periódico Reforma del día 7 de marzo de 2005.

Ilustración 3.- “Línea del Tiempo de la Restructuración de la Torre de Hospitalización, Cuerpos I y II, 1985 - 1999”. Tomada del documento denominado “Acciones de obra pública 2002-2006”, elaborado por el Dr. Juan José Mazón Ramírez. enero de 2002.

Ilustración 4.- “Crecimiento del Conjunto Hospitalario, 1947 - 2004”. Ilustración del autor, con base en el esquema que aparece en el documento denominado “Acciones de Obra Pública 2002-2006” elaborado por el Dr. Juan José Mazón Ramírez, enero de 2002.

Ilustración 5.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Infraestructura física 2004. Ilustración del autor, con base en el esquema que aparece en el documento denominado “Acciones de Obra Pública 2002-2006” elaborado por el Dr. Juan José Mazón Ramírez, enero de 2002.

Ilustración 6.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Análisis del Contexto Urbano, 2005, por Carlos Rosado.

Ilustración 7.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Planta y perfil de la calzada de Tlalpan, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 8.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Planta y perfil de la avenida San Fernando, 2006, por Carlos Rosado.

Índice de gráficas

Gráfica 1.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Recién nacidos vivos, 1998 - 2006. Gráfica elaborada por Carlos Rosado con base en la siguiente fuente: Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Documentos de la Subdirección de Planeación, 2007.

Índice de tablas

Tabla 1.- Egresos de camas censables y principales indicadores por área de hospitalización. Tabla elaborada por Carlos Rosado con base en las siguientes fuentes: (1) Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Subdirección de Planeación, Avances del Programa de Trabajo 2004-2009, abril de 2005.
(2) Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Dirección General, Memorias de trabajo 2004-2006, noviembre de 2006.

Índice de planos

Plano 1, página 90.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” planta baja de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 2, página 91.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” primer nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 3, página 92.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” segundo nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 4, página 93.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” tercer nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 5, página 94.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” cuarto nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 6, página 95.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” quinto nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 7, página 96.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” sexto nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 8, página 97.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” séptimo nivel de conjunto. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Plano 9, página 98.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” planta de azoteas. Elaborado por Carlos Rosado con base en la información proporcionada por la Coordinación de Obras. Noviembre de 2005.

Canon vs. ^{Anti}Canon

- Introducción

- Canon

 - Definiciones

 - Canon

 - Proporción

 - Armonía

 - Los sistemas de proporción

 - Los pitagóricos

 - La sección áurea

 - Leonardo Pisano "Fibonacci"

 - La serie Fibonacci

 - El Modulor

 - Principios ordenadores

 - Ejes

 - Simetría

 - Jerarquía

 - Ritmo y repetición

 - El Arq. José Villagrán García

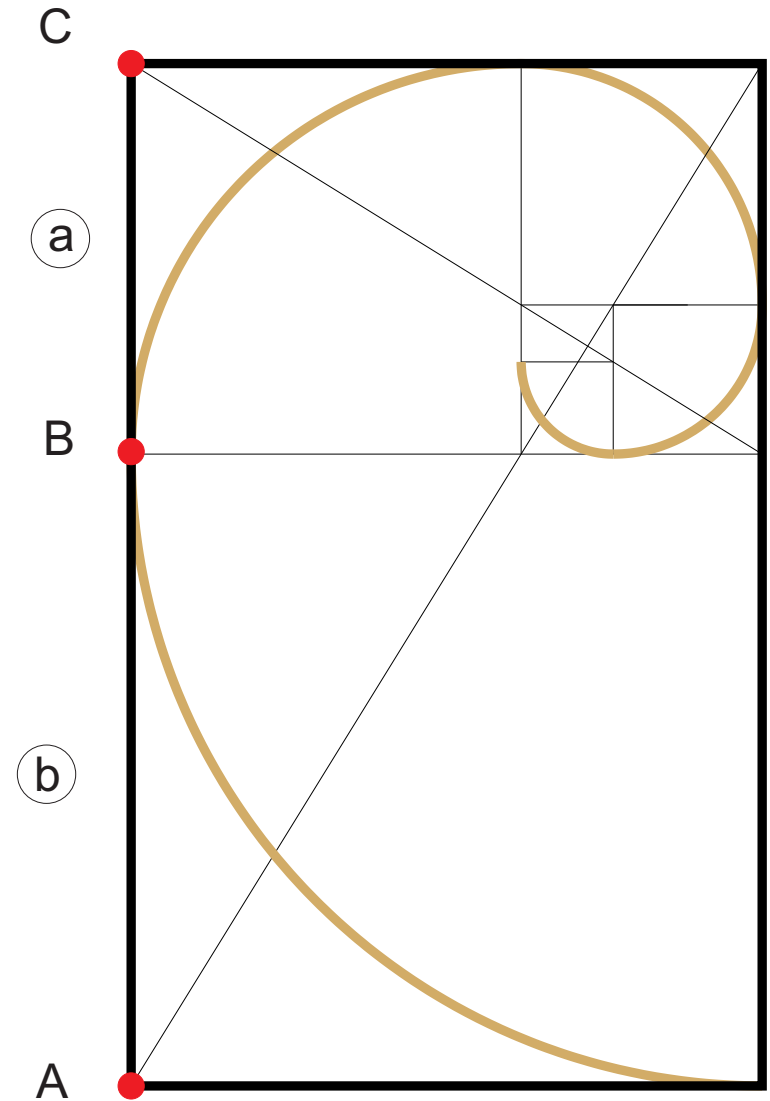
 - El Arq. Teodoro González de León

- Anti Canon

 - Zaha Hadid

 - Rem Koolhaas

- Comentarios



La sección áurea

Ilustración del autor.

Canon vs. anti Canon

Introducción

La presente meseta la desarrollé para el curso de “Edificios Contemporáneos de Exhibición” pero influyó en todos los trabajos de la maestría y, para ser honesto, adopté rápidamente esta *otra* forma de pensamiento, aquella que “no tiene **nada que ver con un sistema racional y equilibrado** sino que más bien es una especie de flujo”.⁽¹⁾ Nuevamente, este curso me llevó a la necesidad de *desaprender* conceptos establecidos previamente [que no fueron cuestionados], para exponerme a nuevas experiencias, no sólo en el campo profesional, sino en la vida misma.

El propósito de la presente *región de intensidad* es el de enfrentar dos formas *radicalmente* opuestas de pensamiento en el diseño arquitectónico. Por un lado, tenemos el **pensamiento dogmático** que sigue cánones, es decir, proporciones, ritmos, simetrías, jerarquías, etc. Es aquel que aplica conceptos formados de antemano, que no aporta innovación alguna a las soluciones arquitectónicas y mucho menos a las urbanas; respeta el contexto; por lo tanto, no cuestiona y, en cierta forma, impide el avance.⁽²⁾ Bajo estos conceptos se ha desarrollado —casi— la totalidad de la obra arquitectónica. En términos de Deleuze y Guattari, puedo decir que hemos realizado **calco tras calco** en las creaciones urbano arquitectónicas contemporáneas. Por el otro, aparece a finales del siglo XX una corriente de pensamiento que no sigue los elementos del “deber ser”. Encuentran nuevos caminos en el proceso del diseño arquitectónico lejos, muy lejos de las ideas que limitan y, en algunos casos, empobrecen a la obra arquitectónica. Es una forma de pensar que “se aventura más allá de lo reconocible y [de lo] seguro, cuando hay que ‘estirar la orilla de la envolvente’, cuando hay que **inventar conceptos**⁽³⁾ nuevos para tierras desconocidas...”;⁽⁴⁾ ante esta forma de **libre**

pensamiento, los cánones, los métodos, las teorías y hasta las éticas se desmoronan “y pensar se convierte en un *acto peligroso*, una violencia, [¿valor?] que se ejerce, para comenzar, sobre uno mismo”.⁽⁵⁾

Al confrontar estas dos formas de pensamiento se obtiene una visión diferente de nuestra profesión; en este sentido, “se libera a la arquitectura de una gran cantidad de responsabilidades”,⁽⁶⁾ “[...]la alejamos de una retórica y un lenguaje en **decadencia** que se quedan lamentablemente cortos antes de mí siquiera haber empezado a **analizar** qué está pasando en realidad”.⁽⁷⁾ Los dogmáticos hacen objeciones, plantean preguntas como si arrojasen salvavidas desde la orilla, pero no para estirla, sino más bien con el nada sano propósito de terminar con el intrépido aventurero —estudiante o profesional— e impedirle avanzar que con el de ayudarlo. Lo anterior sucede tanto en el campo profesional como, por desgracia, en el académico.

La primera parte de esta meseta recuerda algunos de los elementos que conforman el mundo de los cánones en la arquitectura: el número de oro, la serie Fibonacci y el *Modulor* de Le Corbusier, entre otros. Todas las gráficas de las espirales logarítmicas y las proporciones del *Modulor* que aparecen en esta parte de la disertación, fueron trazadas en *Autocad* y, posteriormente, importadas a *CorelDRAW*. He de confesar que fue divertido dibujar, por ejemplo, la serie Fibonacci, de la cual conocía la razón matemática, pero no su representación gráfica. Lo anterior me llevó a investigar, aunque sea de una manera sucinta, quién fue Leonardo de Pisa y cuál fue el contexto en el que realizó sus postulados.

Asimismo, al investigar dónde nació el amor por los números y su aplicación en la arquitectura griega, descubrí que, para ellos, lo importante no era que las construcciones fueran bellas [a través de la sección áurea, por ejemplo], sino que **parecieran bellas** [a través de la *euritmia*], es decir, se dieron cuenta que a pesar de aplicar los resultados de los cálculos de la sección áurea, resultaba al final que sus edificios se veían desproporcionados o desplomados. Por lo tanto, tenían que ajustar sus proyectos y las obras, aun en contra del “deber ser”. Cabe señalar que esta parte incluye la postura del Arq. José Villagrán García, quien proyectó y construyó tres de los edificios que pertenecen a la Zona de Hospitales: el ahora llamado Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Cardiología y, por supuesto, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

En la segunda parte de la meseta, se cuestionan los cánones, —algo que nunca se me hubiera ocurrido—. Tan acostumbrados a ellos como estamos, su uso me parecía de lo más normal. Es cierto que veía en revistas

proyectos y construcciones diferentes a las nuestras (como la Biblioteca de Francia, de Koolhaas), pero siempre con la idea de que había jerarquías, ritmos, remates visuales, etc.

A partir de este trabajo me es inevitable continuar con el análisis de los proyectos y los edificios que se me presenten, en la búsqueda de las aportaciones frescas e innovadoras en el campo urbano arquitectónico contemporáneo. Descubrir desde qué postura se diseñan. Cuál es el pensamiento de sus autores, aunque es sabido que pocos arquitectos publican los fundamentos y las posturas a partir de las cuales elaboran sus proyectos. Pero, lo más importante, es establecer desde qué trinchera voy a diseñar de ahora en adelante, los próximos ejercicios, incluyendo, por supuesto, a la Zona de Hospitales, tema de esta disertación.

Ilustración 1. El Partenón (447-432 a. C.).
Por Fidias, Ictinus y Callicrates.

Este edificio representa la perfección y el equilibrio del orden dórico, aunque cabe señalar que los constructores tuvieron que hacer correcciones al diseño original, para lograr que el edificio **parezca** bello.

Tomada de: Universitat Oberta de Catalunya.
http://cv.uoc.es/991_04_005_01_web/fitxer/parteno1.gif
Consultada en abril de 2007.



Ilustración 2. La Gran Biblioteca de París
(proyecto, 1988).
Por Rem Koolhaas.

Este proyecto no se construyó derivado de una decisión adversa a Koolhaas [¿pensamiento dogmático?] durante un concurso internacional, privándonos del goce de una gran aventura arquitectónica.

Tomada de: The New York Times.
<http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20000709mag-koolhaas.html?oref=login>
Consultada en abril de 2007.



I. Canon

Definiciones

A manera de ejercicios de calentamiento, presento las siguientes definiciones de algunas palabras relacionadas con el pensamiento dogmático, a pesar de que —como se comentó varias veces durante los cursos—, no siempre los diccionarios comunes aportan la luz suficiente para sacar de dudas.⁽⁸⁾

Canon

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra “canon” tiene 17 acepciones, de las cuales la tercera dice: “Regla de las proporciones de la figura humana, conforme al tipo ideal aceptado por los escultores egipcios y griegos”.

En su séptima acepción, el Pequeño Larousse Ilustrado dice: “Norma que establece las proporciones ideales del cuerpo humano”.

Para la Enciclopedia Británica, el canon, en su primera acepción, significa: “Regla, modelo o estándar”.

Proporción

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra “proporción” tiene seis acepciones, de las cuales la primera dice: “Disposición, conformidad o correspondencia debida de las partes de una cosa con el todo o entre cosas relacionadas entre sí”.

En su primera acepción, el Pequeño Larousse Ilustrado dice: “Relación en cuanto a magnitud, cantidad o grado, de una cosa con otra o de una parte con el todo: la anchura de esta mesa no guarda proporción con su longitud”.

Para la Enciclopedia Británica, proporción, en su primera acepción, significa: “Relación armoniosa entre una parte y el resto de las partes, o una parte y el todo”.

En su tercera acepción, la enciclopedia establece: “Es la relación de una parte con otra o con el todo, con respecto a magnitud, cantidad o radio”.

Armonía

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra “armonía” tiene seis acepciones, de las cuales la tercera dice: “Conveniente proporción y correspondencia de unas cosas con otras”.

De manera similar, el Pequeño Larousse Ilustrado, en su segunda acepción, dice: “Conveniente proporción y concordancia de unas cosas con otras”.

Para la Enciclopedia Británica, armonía, en su tercera acepción, significa: “Arreglo favorable o congruente de las partes”.

Como es fácil notar, la totalidad de los conceptos están relacionados con palabras como *normas, reglas, conforme a, aceptado por, ideales del, estándar, modelo, disposición, conformidad, grado, correspondencia, relación, conveniente, favorable y congruente*. Evidentemente, ninguna de ellas aceptaría la más mínima discusión ya que ¿para qué cuestionar lo que es *ideal*, lo que *conviene* y lo que es *favorable*? De hecho, hasta hace relativamente poco tiempo, algunos de estos conceptos estaban relacionados con la divinidad.



Tomada de:
http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/barcelo/pacioli/divina.html
 Consultada en septiembre de 2005.

M. Antonio Capella exuditiff. recentente:
 A. Paganus Paganus Characteri
 bus elegantissimis accuratissi
 me imprimebat.

Los sistemas de proporción

Aun si consideramos las limitaciones impuestas por la naturaleza de los materiales, su función estructural o por su proceso de fabricación, el diseñador arquitectónico puede tener [o no] la habilidad para controlar la proporción que le quiera otorgar a la forma de sus edificios y sus espacios. La decisión de hacer un cuarto cuadrado o rectangular, bajo o alto, con una fachada más alta de lo habitual, recae, —legítimamente— en el arquitecto. Pero, ¿bajo qué bases se toman estas decisiones?

Si se requiriera un espacio de 400 m², ¿qué dimensiones, ancho, profundidad y altura requeriría? Por supuesto, la función del espacio y la naturaleza de las actividades a realizar, entre otras muchas cosas, influirían en su forma y proporción. Los factores técnicos, como el de la estructura, podrían limitar una o más de estas dimensiones. El contexto —bajo la luz del pensamiento dogmático— influye también en su forma: alguna obra cercana, de otra época y para otra función, ocasiona que se “simulen” las proporciones del *nuevo* edificio. O tal vez, la decisión se basa en un juicio estético, un juicio relacionado con la óptica, en el sentido de la relación “deseable” entre las dimensiones de las partes y el todo. Para este fin, se han desarrollado diferentes proporciones “deseables” a lo largo de la historia.

Sin embargo, nuestras percepciones físicas de la arquitectura, proporciones y escala son, generalmente, imprecisas. Se ven afectadas, por ejemplo, por la distancia y la perspectiva; por las condiciones climatológicas y la luz con la que estemos apreciando la obra arquitectónica, y hasta por la condición en la que se encuentre nuestra propia vista, lo que hace que el control de las proporciones sea una instancia difícil de conseguir.

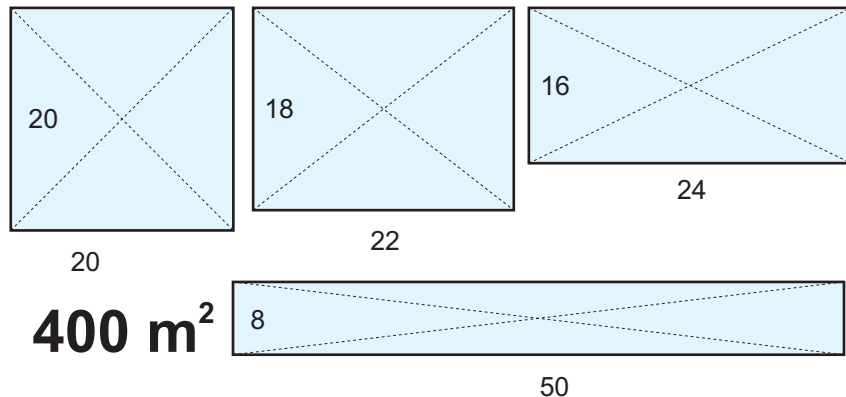


Ilustración 4. Diferentes formas de lograr 400 m² en una superficie.

Ilustración del autor.



Ilustración 5. La casa Schwartz: Modulada con madera y tabique. Dos Ríos, Wisconsin, 1939. Por Frank Lloyd Wright.

Ilustración tomada de: *The vision of Frank Lloyd Wright*, HEINZ Thomas, China, 2000, p. 191.

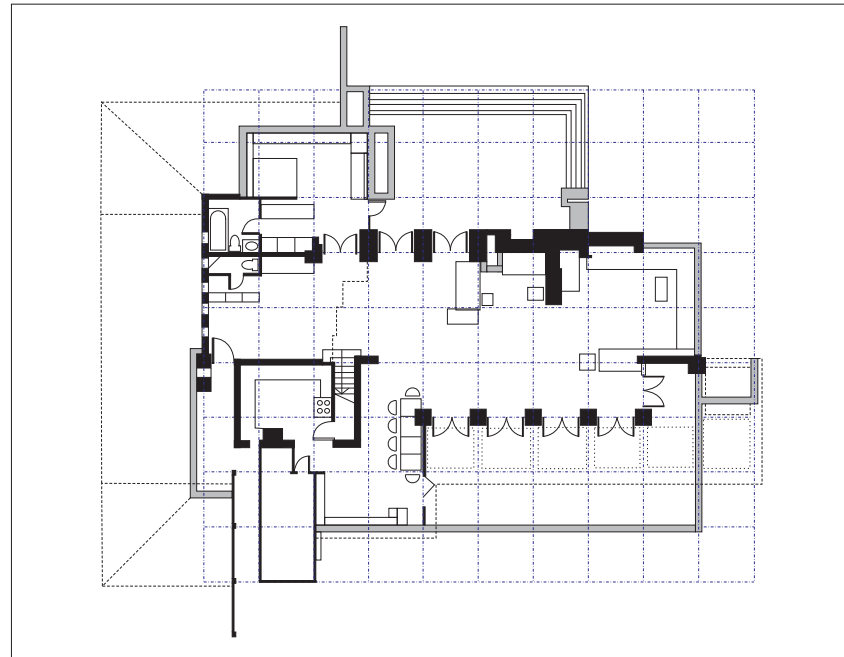


Ilustración 6. Croquis que muestra la modulación de la casa Schwartz. Ésta se logra a través de los materiales, madera y tabique.

Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en: *Architecture: form, space & order*, de Francis D. K. Ching, Editorial Van Nostrand Reinhold, USA, 1979, p. 294.

El objeto de todos los sistemas de proporción es el de crear una sensación de orden entre los elementos de una construcción. De acuerdo con Euclides (330 a. C. - 275 a. C.), una razón es determinada relación respecto a su tamaño entre dos magnitudes homogéneas,⁽⁹⁾ mientras que se llaman proporcionales las magnitudes que guardan la misma razón.⁽¹⁰⁾ Un sistema de proporción es, por lo tanto, una razón característica, una cualidad permanente que es transmitida de una razón a otra. Así, un sistema de proporciones establece un juego consistente de relaciones visuales entre las partes de un todo, al igual que entre las partes y el todo. Aunque estas relaciones pueden no ser apreciadas inmediatamente por un observador casual, el orden visual que crean son experimentadas, aceptadas y hasta reconocidas a través de una serie de repeticiones.

Los sistemas de proporción van más allá de las determinantes funcionales o técnicas de la forma y el espacio arquitectónicos, para proveer una estética para sus dimensiones.

Pueden, además, unificar visualmente la multiplicidad de los elementos de un diseño arquitectónico teniendo todas sus partes en relación al hacerlas pertenecer a la misma familia de proporciones. Pueden, además, proveer una sensación de orden así como propiciar una continuidad en la secuencia de los espacios. También pueden, por otro lado, establecer las relaciones entre los elementos exteriores e interiores de un edificio.

La noción de diseñar un sistema de proporciones y transmitir o comunicar su significado, ha sido común a la mayoría de las culturas en el mundo. Aunque los sistemas varían de época en época, los principios envueltos y sus valores para el diseñador, permanecen intactos.

Ilustración 7. Mies y la maqueta del Crown Hall. El *aforismo* lo escuché por primera vez en la UAM Xochimilco, cuando estudiaba la licenciatura...

Foto tomada de *Mies Van der Rohe, Biography*, <http://www.designboom.com/portrait/mies/bg.html>. Consultada en abril de 2007.

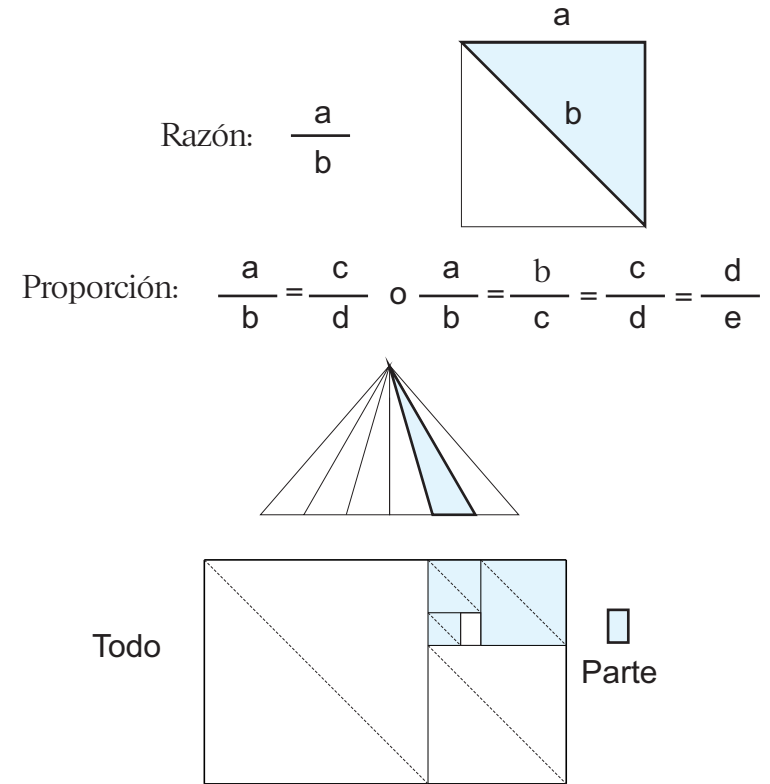


Ilustración 8. Diferentes esquemas que muestran razones y proporciones.

Ilustraciones del autor.



Ilustración 9. Crown Hall: Illinois Institute of Technology. Chicago, 1956. Por Mies van der Rohe.

Ilustración tomada de: Chicago Landmarks

Los Pitagóricos

En tiempos legendarios, la isla de Samos fue un centro griego de adoración a Heria, reina del cielo, legítima y celosa mujer de Zeus. Los restos de su templo, el Heriaon, datan del siglo VI antes de nuestra era. En aquellos tiempos, hacia el año 580 a. C., nació en la isla un genio al que podríamos considerar como el fundador de la matemática griega, Pitágoras (580 - 500 a. C. aprox.). Durante su época, el tirano Polícrates se apoderó de la isla. Cuenta la tradición que, antes de escapar, Pitágoras enseñaba escondido en una pequeña cueva blanca en las montañas, la cual todavía es mostrada a los visitantes.

Aunque se reconoce a Pitágoras de Samos como figura central, el hecho es que sus postulados se deben en realidad a un grupo de filósofos que, si bien a partir de esta figura fundacional, fueron construyendo una **línea de pensamiento** que se desarrolló durante al menos dos siglos y medio, misma que influyó en Platón y Aristóteles —entre otros— y contribuyó al desarrollo de las matemáticas y de la filosofía **racional** occidental.

De hecho, los pitagóricos no sólo fueron una corriente de pensamiento, sino que conformaron un grupo religioso cuyos miembros sostenían prácticas de vida comunes, tales como el ascetismo, el celibato y la vida contemplativa. Sus miembros se dividían a su vez en dos categorías progresivas: 1) los acúsmatas o acusmáticos y 2) los matemáticos, conformados por “aquellos que sabían” y que habían logrado demostrar un alto nivel de conocimiento aprendido.

Los pitagóricos respondieron a la pregunta filosófica de la Grecia arcaica que inquiría sobre cuál era aquel principio que era común a todas las cosas del mundo, argumentando que se trataba **del número** (pregunta a la que Tales había respondido con el agua, Anaximandro con el concepto de *aperion*, mientras que Anaxímenes con el aliento vital) tal y como lo reconocía Aristóteles siglos después: “Los llamados pitagóricos, los primeros en ocuparse de las matemáticas, las hicieron avanzar y, nutridos en ellas, creyeron que sus principios eran los principios de todos los seres, puesto que las demás cosas parecían asemejarse en toda su naturaleza a los números, y los números eran lo primero de toda naturaleza; supusieron que los elementos de los números eran los elementos de todos los seres vivos y que todo el cielo era armonía y número...”⁽¹¹⁾

De este modo, los números constituían un orden universal, tal y como lo enseñaba el pitagórico Filolao: “[...] Pues la **armonía** es la unión de cosas formadas por varias sustancias mezcladas y un consenso que lo disiente...”⁽¹²⁾

Ilustración 10. Pitágoras de Samos. Medalla acuñada entre los años 395 y 410 de nuestra era. Biblioteca Nacional de París.

Tomada de la Enciclopedia Bránica, *CD Rom de Luxe edition*, 2002.



Armonía que servía, sobre todo, para unir aquellas cosas que eran distintas entre sí: “... Así pues, las cosas semejantes y de la misma especie, no necesitan en absoluto armonía, pero las disímiles y de distinta especie y orden precisan ser unidas estrechamente por una armonía tal que las mantenga unidas en el mundo”.⁽¹³⁾

A partir de estos supuestos filosóficos basados en los números y su orden armónico, los pitagóricos hicieron reposar sus principales **ideas estéticas**, en donde **la armonía** y **la simetría** serán homologadas con **la belleza** y **la utilidad**, mientras que su **ausencia** con **la fealdad e inutilidad**: “El orden y la simetría son cosas hermosas y útiles, pero el desorden y la asimetría, feas e inútiles...”⁽¹⁴⁾

De manera semejante, y siempre basándose en el número, los pitagóricos sostenían que las diversas artes o *technés* también se basaban en el número, particularmente por la **proporción numérica**: “Ningún arte se constituye sin proporción; y la proporción residen en el número. Así pues, todo arte se constituye por medio del número... de modo que hay una cierta proporción en la plástica e igualmente también en la pintura, por medio de la cual se consigue la semejanza y la identidad. En general, todo arte es un sistema de percepciones y el sistema es número. Por lo tanto, es razonable decir que “todo se parece al número”, es decir, a **la razón** capaz de juzgar y afin a los números que componen todas las cosas. Eso dicen lo pitagóricos...”⁽¹⁵⁾

Muchos de sus conocimientos matemáticos los transformaron a sus vez en **conceptos estéticos**, como el triángulo rectángulo —con proporción 3:4:5— que era considerado de **mayor belleza** que el resto de las figuras

El triángulo rectángulo

Acaso para sus seguidores Pitágoras fuese una especie de mago, debido a que les enseñaba que los números rigen la naturaleza: existe una armonía en la naturaleza —decía—, una unidad en su variedad y tiene un lenguaje: los números.

El de Samos descubrió, por ejemplo, que los acordes que suenan agradables al oído (por lo menos al oído occidental), corresponden a divisiones exactas de la cuerda entre números enteros. Una sola cuerda tensa, vibrando como un todo, produce una nota grave. Las notas con sonido armónico se producen en la cuerda al dividirla en un número preciso de segmentos: exactamente en dos partes (la octava), exactamente en tres partes (la quinta), en cuatro partes iguales (la cuarta, es decir, otra vez la octava) y así sucesivamente.

Para los pitagóricos, este descubrimiento tenía una fuerza mística. Las relaciones entre los números y la naturaleza eran tan coherentes, que los persuadieron de que no únicamente los sonidos de la naturaleza, sino todas sus dimensiones en el **mundo visual** eran simplemente números que expresaban armonías.

Pero, no sólo el mundo natural se basa en esta relación; la idea es también válida para el mundo que los hombres construimos. Ha sido así desde la época en que los babilonios construyeron los jardines colgantes, e incluso antes, desde la época en que los egipcios edificaron las pirámides. Estas culturas sabían ya de un modo práctico, que el constructor tiene una escuadra en la que las relaciones numéricas dictan y crean el ángulo recto. Sin embargo, no fue sino hasta el año 500 a. C., aproximadamente, que Pitágoras deslindó este conocimiento de los hechos empíricos para encauzarlo en lo que hoy llamaríamos el mundo de las pruebas o, dicho de otra forma, el mundo racional (sobre el cual descansa gran parte de nuestra civilización actual). La pregunta que se hizo tal vez fue la siguiente: “¿Cómo surgen los números que conforman el triángulo del constructor, del hecho que al girar un ángulo recto cuatro veces señale al mismo lugar?” (Esta operación cuádruple distingue al ángulo recto de cualquier otro ángulo).

Una prueba es: dibujo un triángulo rectángulo 3:4:5 y lo copio 3 veces más. Muevo los cuatro triángulos de forma tal que el lado más grande de cada uno termina en el punto de unión entre el cateto menor y la hipotenusa. Se construye así un cuadrado cuyos lados son los más largos de cada triángulo, es decir, la hipotenusa (que en este caso mide 5 cm.). Únicamente con el objeto de saber lo que forma parte del área interior del cuadrado,

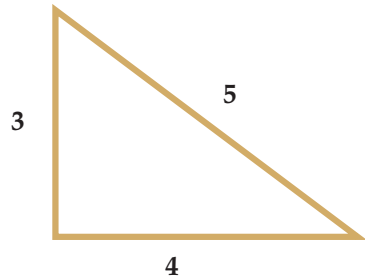
colocaré la imagen de un azulejo otomano del siglo XIX, en el área hasta ahora vacía. Aprovecho el azulejo para recordarnos que de muchos de los diseños de Roma y Oriente se deriva, a partir de entonces —y en gran medida hasta nuestros días—, una especie de matrimonio entre los conceptos de la naturaleza, la relación matemática y las teorías estéticas [este matrimonio, por cierto, también se asemeja a un triángulo].

Tenemos ahora un cuadrado formado por la hipotenusa y podemos, mediante cálculos relativamente sencillos, relacionarlo con los cuadrados de los lados más pequeños. Sin embargo, y sin necesidad de cálculos, al mover dos de los triángulos se puede llegar al mismo resultado. Se mueve el triángulo que señala hacia el norte de modo que su lado más largo (la hipotenusa) esté junto al lado más largo del triángulo que señala hacia el sur. Movamos ahora el triángulo que señala hacia el este de modo que su hipotenusa esté junto al lado más largo del triángulo que señala hacia el oeste.

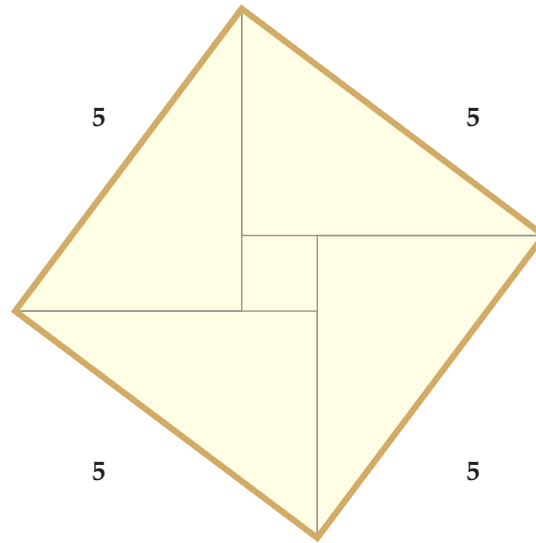
Así se construye una figura en forma de “L” de área igual, porque —obvio—, está formada por las mismas piezas, cuyos lados percibimos en términos de los catetos mayor y menor del triángulo rectángulo. Para aclarar visualmente la figura, la dividimos con una raya que separa la parte vertical de la horizontal. Queda entonces claro que la figura rosa es un cuadrado formado por los lados más cortos del triángulo y que la figura azul es un cuadrado basado en el más largo de los dos lados que forman el ángulo recto (ver ilustración 11).

Pitágoras demostró así un teorema general: no sólo para el triángulo egipcio de proporciones 3:4:5, o cualquier triángulo babilónico, sino para todo triángulo que contenga un ángulo recto. Demostró que el cuadrado de la hipotenusa es igual a la suma del cuadrado de los catetos.

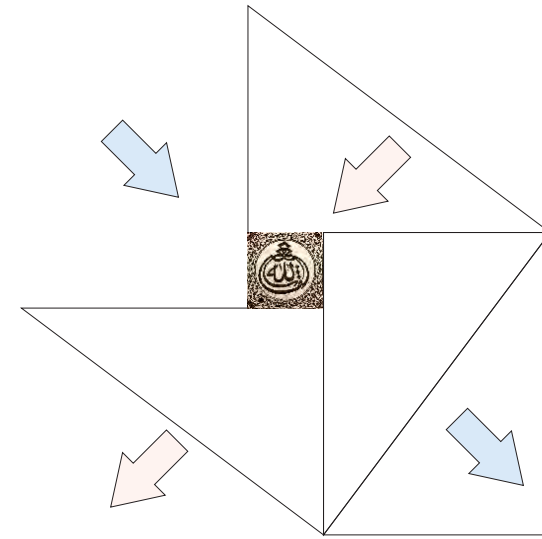
Hoy en día, el teorema de Pitágoras sigue siendo uno de los teoremas más importantes de las matemáticas. Para muchas personas tal vez pase desapercibido, pero no es nimio decir que lo que estableció Pitágoras es una caracterización fundamental del espacio en que desde hace decenas de cientos de años nos movemos, traducido por primera vez a números. El teorema, en la forma en la que se ha demostrado, es una elucidación de la simetría del espacio plano, el ángulo recto es el elemento de simetría que divide el plano en cuatro. Y el espacio es una parte tan crucial de la naturaleza como lo es la materia y constituye el corazón de la geometría. La simetría no es sólo una sutileza descriptiva, sino que —para muchas personas (ya no digamos diseñadores arquitectónicos)—, penetra en la armonía de la naturaleza.



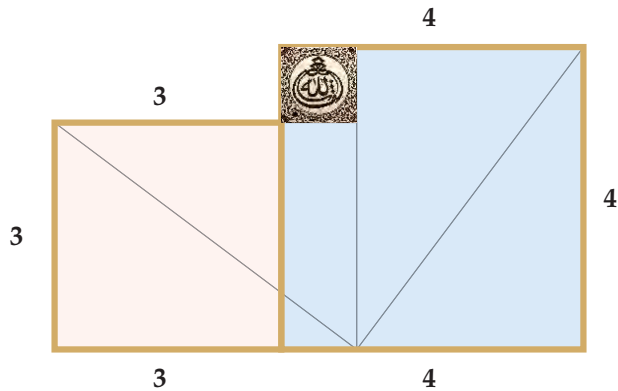
a) El triángulo rectángulo 3:4:5.



b) El cuadrado de la hipotenusa.



c) Movimiento de las "piezas".



d) Los cuadrados de los catetos.

e) La suma de las áreas de los cuadrados rosa y azul, es igual al área del cuadrado amarillo.

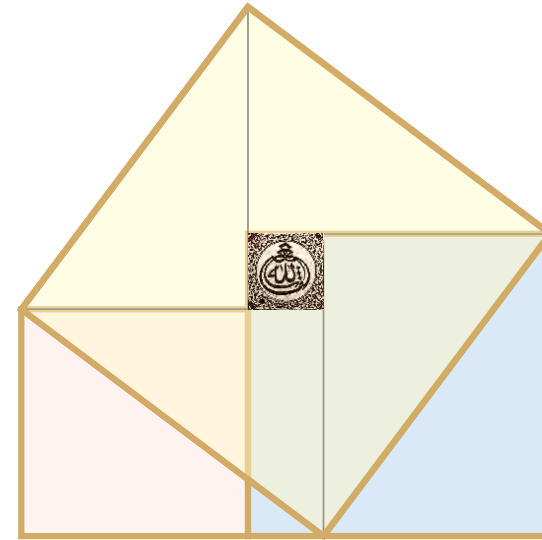


Ilustración 11. Representación gráfica del *Teorema de Pitágoras*. La prueba pitagórica descrito en la página anterior, en que, en un triángulo rectángulo, el cuadrado de la hipotenusa es igual a la suma de los cuadrados de los catetos. Para este ejemplo, el triángulo está dibujado en centímetros y las medidas son: 3 para el cateto menor, 4 para el cateto mayor y 5 centímetros para la hipotenusa (la ilustración está a escala 1:1)

Los pitagóricos se deleitaban con la certeza de la demostración matemática; encontraban en ella la sensación de un mundo puro e incontaminado accesible al intelecto humano. Un universo en el cual los lados del triángulo rectángulo obedecen de modo perfecto a las relaciones matemáticas simples. Esto contrastaba con la desordenada realidad del mundo de cada día. Creían haber encontrado en sus matemáticas —especialmente a través de los números enteros—, una realidad perfecta. Este pensamiento influyó intensamente en Platón y más tarde en la cristiandad y, a partir de él, se desarrollaron **conceptos estéticos** vigentes hasta el día de hoy.

La sección áurea

Como acabamos de ver en la página anterior, algunos sistemas matemáticos de proporción se originan del concepto pitagórico que establecía que “todo es un número” y la creencia de que ciertas relaciones numéricas manifestaban la estructura armónica del universo.

Una de estas relaciones —que ha sido usada desde la antigüedad— es la proporción conocida como **sección áurea**.

La podemos definir geoméricamente como una línea que al ser dividida, la sección menor (a) es a la mayor (b), como la mayor (b) es al todo (AC). Lo anterior se puede expresar algebraicamente por la siguiente ecuación:

$$\frac{a}{b} = \frac{b}{(a+b)} = 1.618... = \phi$$

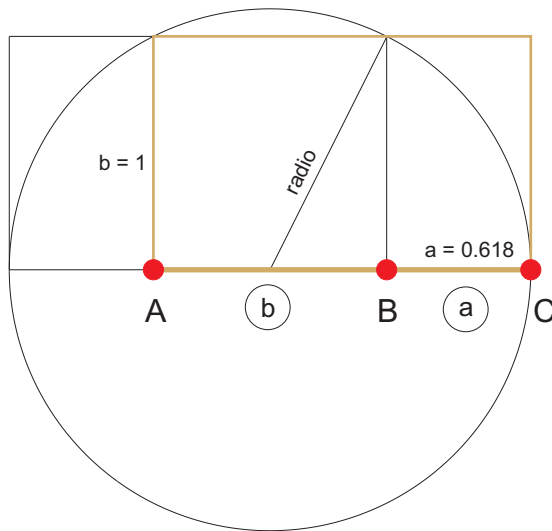
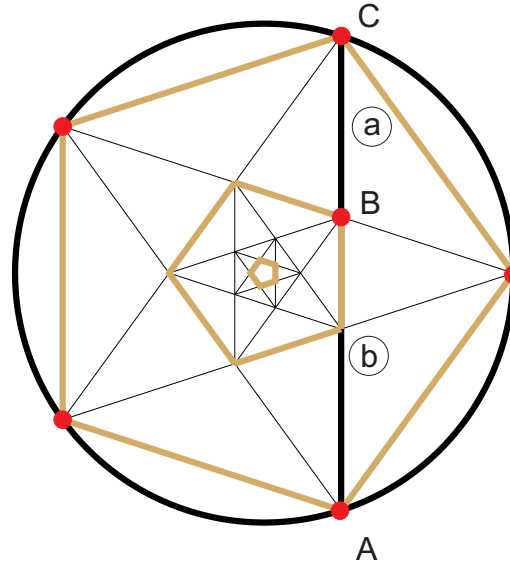


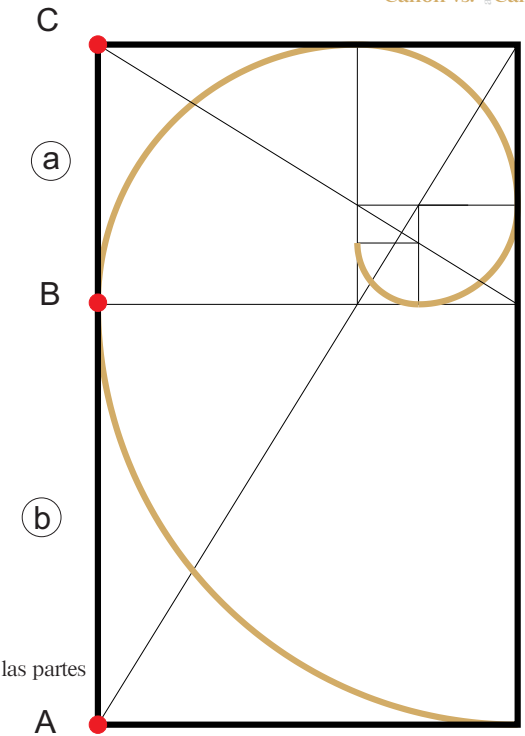
Ilustración 12. Construcción clásica de la sección áurea, con el cuadrado dentro del círculo.

Ilustración del autor.



Ilustraciones 13 y 14. Crecimiento geométrico y aditivo de las partes y el todo con base en la sección áurea.

Ilustraciones del autor.



Es probable que el nombre *sección áurea* (es decir, de oro) se deba tanto a la singularidad de la relación proporcional anterior [a:b = b:(a+b)] como al valor característico que se le atribuye. En cualquier línea existe un solo punto donde se la puede dividir en dos partes desiguales de este modo recíproco. La total reciprocidad de esta proporción ha impactado a una gran cantidad de personas de distintas épocas. Es evidente la preferencia por esta proporción en la normalización de los tamaños de papel (incluso el del papel moneda), los cheques, la licencia de conducir y las tarjetas de crédito, que tienden a reproducirla.⁽¹⁶⁾

Un rectángulo áureo es aquél cuyos lados están proporcionados según la sección áurea (el lado menor es al lado mayor, como éste es al todo). Esta reciprocidad se ejemplifica en la ilustración 12, que muestra uno de los trazos clásicos de la sección áurea, a partir de un cuadrado inscrito en un círculo. El círculo cuyo centro es el punto medio de la base del cuadrado y cuyo perímetro pasa por las esquinas opuestas del cuadrado genera proporciones de la sección áurea en ambos lados de la extensión de la línea de base. Si la longitud de la base del cuadrado es igual a 1, la de cada extensión será de 0.618.

Esta operación se puede repetir el número de veces que se desee para crear una serie de cuadros y rectángulos áureos. Durante la transformación, cada parte es similar a las otras, así como al todo. Las figuras de esta página ilustran el crecimiento geométrico y aditivo de las partes y el todo, basadas en la sección áurea (ver ilustraciones 13 y 14).

Leonardo Pisano “Fibonacci”

Corría el siglo XII. Los normandos atacaban a los irlandeses en Baginbun y los destrozaban, mientras Gervasio de Canterbury y los astrónomos chinos documentaban un tránsito de Marte frente a Júpiter. El judío Benjamín de Tudela viajaba por todo el mundo conocido para censar a los judíos existentes, y llegaba a la conclusión de que 8 millones de ellos estaban repartidos por *el planeta*. El Valle del Bekaá se veía devastado por un terremoto de más de 7 grados en la escala de Mercalli. Ricardo Corazón de León reinaba en Inglaterra. En ese mismo siglo, un autor anónimo escribe una de las obras más importantes de la literatura española, *el Poema del mío Cid*.

Entre tantos eventos importantes, un tal Bonaccio, residente de Pisa (donde, según Benjamín, vivían 20 judíos) celebraba el nacimiento de su hijo Leonardo. Como era vástago de Bonaccio, casi nadie conoció al niño como Leonardo de Pisa, sino como “el hijo de Bonaccio”, esto es, *Fibonacci*⁽¹⁷⁾.

Leonardo Pisano (1170 - 1240?)⁽¹⁸⁾, mejor conocido como *Fibonacci*, fue hijo de Guilielmo Bonaccio. Algunas veces, el joven se refería a sí mismo como *Bigollo*, que significa “bueno para nada”.

Nació en Pisa (hoy Italia) pero su educación la recibió en el norte de África, en donde Guilielmo Bonaccio, tenía un puesto diplomático. El trabajo del padre consistía en representar a los comerciantes de la República de Pisa quienes tenían un tratado comercial con Bugia, después llamada Bougia y hoy Bejaia, un puerto al noreste de Argelia; Es aquí donde Leonardo aprende matemáticas y después continuará, junto a su padre, en largos viajes, reconociendo las enormes ventajas del sistema matemático usados en los países que visitaron. *Fibonacci* escribe en su famoso libro *Liber abaci (Libro del ábaco, 1202)*:

“Cuando mi padre, quien fue enviado por su país como notario público en las aduanas de Bugia en favor de los comerciantes de Pisa que se encontraban por allá, estaba al mando, me mantuvo junto a él y, pensando en el futuro, creyó conveniente que me inscribiera en la escuela de contaduría. Aquí, fuí introducido en el arte de los nueve símbolos indios a través de una excelente técnica de enseñanza, conocimiento que, posteriormente, me puso por encima de todos mis coterráneos; practiqué y perfeccioné este arte en Egipto, Siria, Grecia y Sicilia.”⁽¹⁹⁾

Fibonacci terminó sus viajes aproximadamente en 1200 y por esas fechas regresó a Pisa. Ahí, escribió una serie de textos importantes los cuales jugaron un importante rol para revivir las antiguas habilidades matemáticas

y, por supuesto, también hizo aportaciones importantes. Como vivió antes de la invención de la imprenta, sus textos eran escritos a mano y la única forma de tener una copia era obtener otra copia autógrafa. De estos textos sobreviven *Liber abaci* (1202), *Practica geometriae* (1220), *Flos* (1225), y *Liber quadratorum* (1225).

Se sabe de la existencia de otros textos, los cuales, desafortunadamente, están perdidos: el texto *Di minor guisa*, que trataba sobre aritmética comercial al igual que sus comentarios al Libro X de los elementos de Euclides, que era un tratado sobre los números irracionales a los cuales se había acercado desde el punto de vista de la geometría.

Podríamos pensar que en aquel tiempo de la Europa del siglo XIII, había poco interés en los asuntos científicos o matemáticos y que *Fibonacci* hubiera pasado desapercibido. Nada más erróneo: los trabajos de Leonardo Pisano influyeron en alto grado en su época y contribuyeron al fortalecimiento de las matemáticas y la geometría de su tiempo.

Después de 1228, sólo existe un documento que hace referencia a *Fibonacci*. Es un decreto de la República Pisa de 1240, en el cual se entrega un premio a:

“... el serio y erudito Maestro Leonardo Bigollo...”⁽²⁰⁾

Este reconocimiento se otorgó a *Fibonacci* en agradecimiento por los servicios brindados a su ciudad, como consultor en materias de contaduría y enseñanza a los ciudadanos.



Ilustración 15. Leonardo Pisano “Fibonacci”.

Tomada de *Fibonacci mathematician*
<http://faculty.evansville.edu/ck6/bstud/fibo.html>
 Consultada en diciembre de 2005.

La serie Fibonacci

Las series de *Fibonacci* fueron bautizadas en honor de Leonardo de Pisa por el teórico francés Edouard Lucas, ya que este tipo de sucesiones numéricas forman parte de un problema bastante sencillo que aparece en el libro mencionado en la página anterior, *Liber abaci*.

Una sucesión de *Fibonacci* es aquella donde cada número es el resultado de sumar los dos que lo preceden. Así, la primera y más básica serie de *Fibonacci* es:

1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21, 34, 55, 89, 144, 233...

que responde a la fórmula:

$$F_n = F_{n-1} + F_{n-2}$$

Entre las muchas curiosidades de las series *Fibonacci*, una de las más extrañas es que la razón entre cada par de números consecutivos va oscilando por encima y por debajo de la razón áurea, y que a medida que avanzamos en la serie, la diferencia de la razón de *Fibonacci* con la razón áurea se hace cada vez menor. En teoría, cuando llegamos al último par de números, resultaría

$$\infty / \infty - 1 = 1.61803...$$

que es, precisamente, la razón áurea.

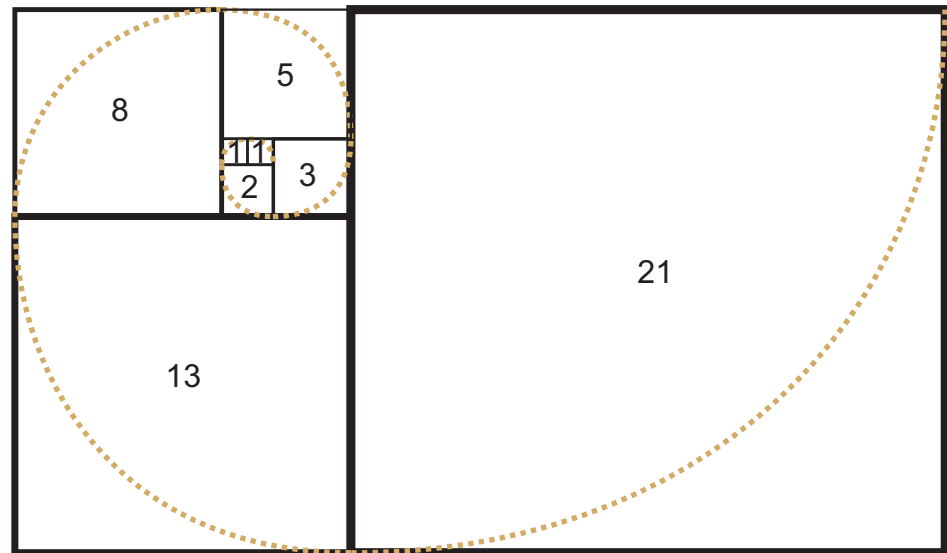
Ilustración 16. La serie Fibonacci dibujada: la longitud de cada lado de un cuadrado es equivalente a la suma de las longitudes de los dos cuadrados precedentes.

Ilustración del autor.

Propiedades de la serie Fibonacci

La sucesión de la serie *Fibonacci* tiene algunas propiedades curiosas, a saber:

- La suma de los n primeros términos es: $a_1 + a_2 + \dots + a_n = a_{n+2} - 1$
- La suma de los términos impares es: $a_1 + a_3 + \dots + a_{2n-1} = a_{2n}$
- La suma de los términos pares es: $a_1 + a_4 + \dots + a_{2n} = a_{2n+1} - 1$
- La suma de los cuadrados de los n primeros términos es: $a_1^2 + a_2^2 + \dots + a_n^2 = a_n a_{n+1}$
- Si n es divisible entre m entonces an es divisible entre am
- Los números consecutivos de *Fibonacci* son primos entre sí.
- La propiedad que me parece más interesante es que el cociente de dos números consecutivos de la serie se aproxima a la razón áurea. Esto es: a_{n+1} / a_n tiende a $(1 + \sqrt{5}) / 2$



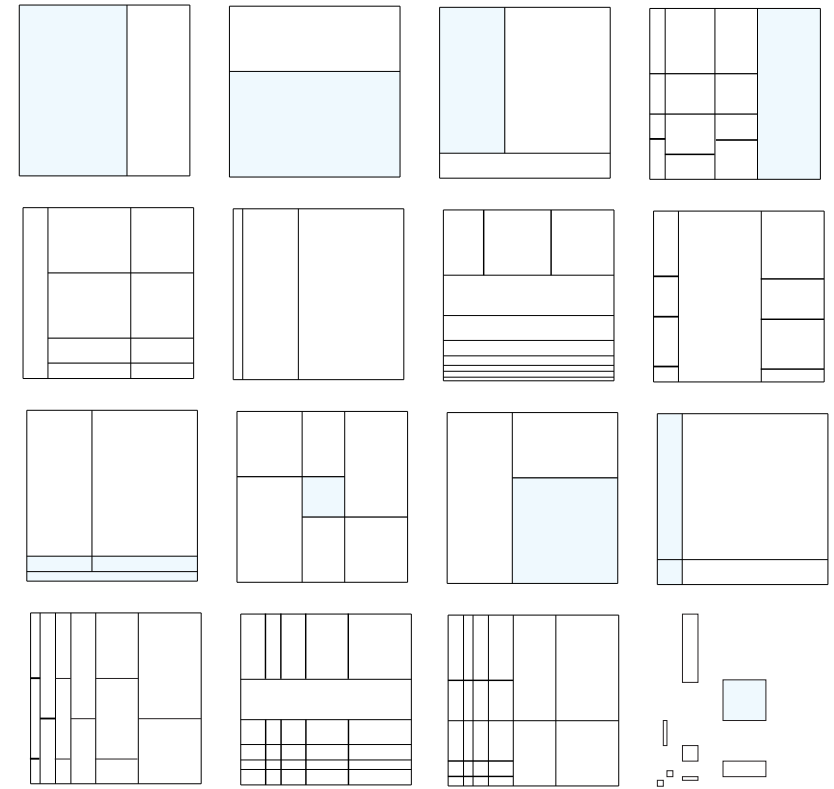
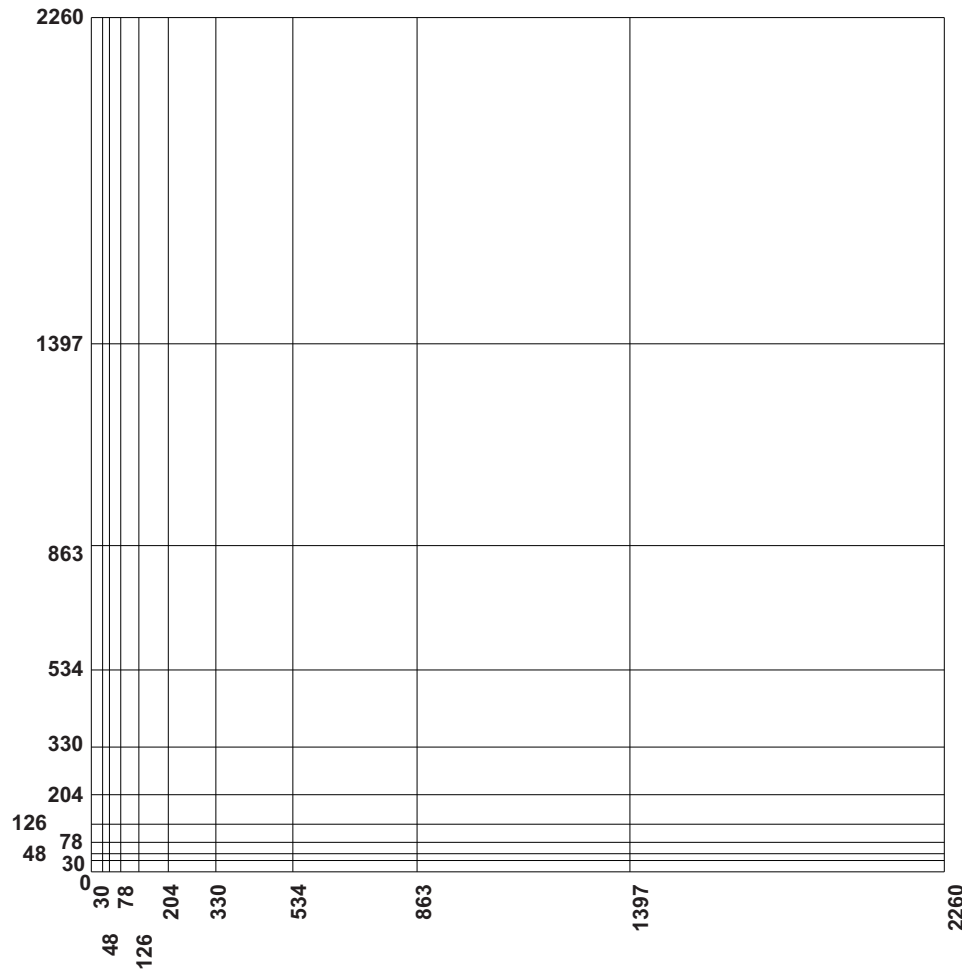


Ilustración 18. *Le Corbusier* usó estos diagramas para ilustrar la diversidad en los tamaños de los paneles y superficies que se pueden generar con las proporciones del *Modulor*.

Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en Francis D. K. Ching, *Architecture: form, space & order*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1979, p. 318.

El *Modulor* combinó la obsesión purista de definir los espacios con medidas ‘absolutamente hermosas’ con la idea de que la arquitectura es un microcosmos de leyes naturales gobernadas por las matemáticas. Su elaborado rango de armonías sugiere una equivalencia con la música y no cabe duda de que sus proporciones dinámicas se ajustaron bien a las ambigüedades espaciales, curvaturas complejas y ritmo del diseño de las

fachadas de los edificios de su última etapa. Asimismo, este sistema aterrizó otras obsesiones en lo que a estandarización se refiere, con respecto a la idealización de Pitágoras como un “Gran Iniciado”, quien reveló un orden mayor al mundo.



Ilustración 19. Detalle del *Modulor*, series rojas y azules, colado en concreto en la Unidad Habitacional, Marseilles.

Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, contraportada.



Ilustración 20. *Unité d'Habitation*, Marseilles (1947 - 1953). Fachada oeste. En este edificio, Le Corbusier ejemplifica el uso del Modulor. Utiliza 15 medidas del Modulor para darle escala humana a un edificio que tiene 140 metros de largo, 24 metros de ancho y 70 metros de altura.

Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 145.



Ilustración 21. Detalle del *Modulor*, colado en concreto en la Unidad Habitacional, Marseilles.

Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, portada.



Ilustración 22. Fachadas sur y este de la Capilla de Nuestra Señora de Haut, Ronchamp (1951-53). Los vanos de diferentes tamaños que se abren en los muros, aparentemente están colocados al azar; en realidad, corresponden a las proporciones del Modulor. Confróntese la retícula que forman los vanos de la fachada sur (en la imagen es la de la izquierda) con la retícula inferior derecha que se presenta en la ilustración 18.

Tomada del libro: Le Corbusier Ideas and Forms, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 146.

Principios ordenadores

Durante nuestros estudios de pregrado en la carrera de arquitectura, nos enseñaron diferentes elementos o principios, los cuales utilizamos para crear orden y jerarquía en una composición arquitectónica: ejes, simetría, ritmos, etc. En realidad, es poco frecuente que en los ejercicios académicos presentemos proyectos que no estén regulados por estos principios. Inclusive en la vida profesional, la mayoría de los clientes (¿habría que especificar “en México”?) prefieren diseños *ordenados*, es decir, con fachadas simétricas y con elementos jerárquicos.

Una gran cantidad de los proyectos que siguen los cánones, las formas y sus espacios corresponden con la jerarquía inherente a las funciones que desempeñan, a los usuarios que sirven o al mensaje que se quiera transmitir en el contexto. Si recordamos por ejemplo, la torre de hospitalización del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, nos encontramos con un acceso claramente jerarquizado, con una estructura y una fachada que son simétricas y con elementos que denotan abiertamente un ritmo en su composición. El mensaje que el hospital quería transmitir, sin embargo, —y como se establece en la meseta “El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947 - 2006”—, se ha vuelto difícil de leer debido, en gran parte, al crecimiento desordenado en el que se ha visto envuelto el conjunto hospitalario, tanto en su interior como en el exterior. Y así, gran parte de los edificios diseñados y construidos en esta ciudad se rigen por algunos de los principios ordenadores. Enlistarlos sería una tarea interminable.

Por otro lado, el orden sin diversidad —según los seguidores de los cánones— puede traer como resultado la monotonía y hasta el aburrimiento; diversidad sin jerarquía puede producir caos.

Los principios ordenadores son entendidos como elementos visuales que permiten que las diversas formas y espacios de un edificio puedan coexistir por su percepción y su concepción dentro de un todo ordenado y unificado. Al menos, así nos lo enseñan —y así lo seguimos enseñando a nuestros jóvenes— en la licenciatura: *Magister dixi*. A continuación describiremos cinco de los principios más interesantes.

Ejes

El eje es quizá el medio más elemental para organizar las formas y el espacio en la arquitectura. En conjunto forman un juego de líneas establecidas con un cierto orden en el espacio, en torno a los cuales se acomodan los elementos del proyecto. Evidentemente, los ejes pueden trazarse en planta o

en alzado y pueden ser rectos o curvos. A pesar de que son imaginarios, los ejes pueden llegar a ser elementos poderosos y reguladores; repetidos a una misma distancia producen módulos. Los ejes, por otra parte, pueden implicar simetría y balance. Estas ideas se pueden confrontar con la ilustración 6, en la que aparece la modulación de la casa Shwartz.

Simetría

Nos encontramos ante uno de los elementos ordenadores más interesantes debido, principalmente, a su ubicuidad. La identificamos de mil maneras tanto en los innumerables patrones creados por la naturaleza como en la gran mayoría de los edificios diseñados en nuestra ciudad. Es un elemento clave; a menudo es el tema central no sólo en la arquitectura, sino en el arte en general: la música, la danza, la poesía y la pintura.

Las primeras experiencias relacionadas con la simetría surgen en nuestra infancia y en la de nuestros hijos. Observamos simetrías en los pétalos de una flor, en los relieves de una concha marina, en la forma de un huevo y, en cierta forma, en los discos de la Luna y el Sol; asimismo, la gran mayoría de los juguetes de nuestros hijos son simétricos: muñecos, coches, naves espaciales, pelotas, etc. Existe también simetría en el redoble de un tambor o en la secuencia de una canción de cuna. Presenciamos la simetría temporal de los ciclos vitales de un organismo y también la de las estaciones, que se repiten regularmente año tras año.

Como vimos unas páginas atrás, desde hace siglos el ser humano ha asociado instintivamente simetría y perfección. Los arquitectos antiguos (y no pocos contemporáneos) incorporaban la simetría a todas sus construcciones: en un templo griego, en la tumba geométrica de un faraón o en una catedral medieval, sus autores trataban de plasmar el tipo de morada que un “dios” elegiría como residencia. La simetría nos produce fruición y experimentamos acoincidencias cuando tenemos la oportunidad de contemplar una puesta de sol sobre el horizonte infinito. A través de la simetría percibimos una aparente lógica en el cosmos que, aunque externa, parece encontrar un eco en nuestras propias mentes de arquitectos.

Al recurrir nuevamente a los diccionarios, encontramos que la palabra simetría significa:

“Simetría: 1. Armonía resultante de ciertas posiciones de los elementos que constituyen un conjunto. 4. Mat. Transformación que, a un punto M , hace corresponder un punto M' tal que el segmento MM' posee un punto fijo como centro (simetría con respecto a un punto), una recta o un eje fijos como

mediatriz (simetría con respecto a una recta o un eje), o también un plano fijo como plano mediano (simetría con respecto a un plano). 5. Mat. Propiedad de una figura que permanece invariante para esta transformación”.⁽²²⁾

La Enciclopedia Británica establece las siguientes acepciones:

“Simetría: 1. Proporciones balanceadas; también, la belleza de la forma que surge de proporciones balanceadas. 2. La correspondencia en tamaño, forma y posición relativa de las partes de los lados opuestos que se formen a partir de una línea o plano meridiano o un eje central”.⁽²³⁾

Con respecto al diseño arquitectónico, la simetría es una condición que requiere el arreglo balanceado de patrones equivalentes de las formas y el espacio sobre un eje en común: el *eje de simetría*. Básicamente, podemos mencionar dos tipos de simetría, la bilateral y la radial; la primera se refiere al arreglo balanceado de elementos equivalentes sobre un eje en común y es un recurso que se utiliza con gran frecuencia para el *diseño* de fachadas; por su parte, la simetría radial consiste en el balance de elementos equivalentes sobre dos o más ejes que intersectan un punto central. Estos simples hechos parecen mostrar que este principio coincide con nuestra experiencia perceptiva y emocional de que la simetría incrementa la belleza de los elementos arquitectónicos gracias a su forma y aspecto.

Jerarquía

Este principio implica que en la composición arquitectónica existen diferencias reales entre las formas y los espacios que integran un diseño. Estas diferencias reflejan, en cierto sentido, el grado de importancia de las distintas funciones y los roles simbólicos que juegan en la organización. Los valores expresados pueden ser individuales o colectivos, personales o culturales. De cualquier forma, la manera en la cual estas diferencias formales o simbólicas son reveladas, es crítica para el establecimiento de un orden visual y jerárquico entre las formas y los espacios. Para que una forma o un espacio pueda ser considerado como importante o significativo para una organización, debe ser visualmente único. Lo anterior se logra proporcionándole al espacio un tamaño excepcional, una forma única o una ubicación estratégica. Como se muestra en la fotografía 1, el arquitecto Villagrán le otorgó jerarquía a los cuartos privados del Instituto Nacional de Cardiología al colocarlos en la parte superior del edificio y, además, *volando dichos elementos del cuerpo de la torre*.

Foto 1. Los principios ordenadores: Ejes, simetría, jerarquía, orden y repetición. Escultura de Sebastián, basada en una escultura teotihuacana con la representación de un cráneo.

Ritmo y repetición

El ritmo se refiere a la recurrencia regular o armoniosa de las líneas, los volúmenes, los colores, etc. Incorpora la noción fundamental de la repetición como un instrumento para organizar los espacios y las formas arquitectónicas. Las columnas y las traveses se repiten varias veces, generalmente con ritmo, para lograr la estructura de la mayoría de los edificios. Las puertas y las ventanas normalmente acentúan las fachadas de los edificios.

Por su parte, la repetición se refiere a la agrupación que hacemos en una composición de acuerdo a su cercanía o proximidad y/o a la característica visual que comparten. La forma más simple de repetición es la línea recta; los elementos del arreglo no necesitan ser idénticos. Basta con que compartan alguna característica, que tengan un común denominador que permita que, a pesar de que cada elemento sea único, pueda formar parte de un grupo o modelo.

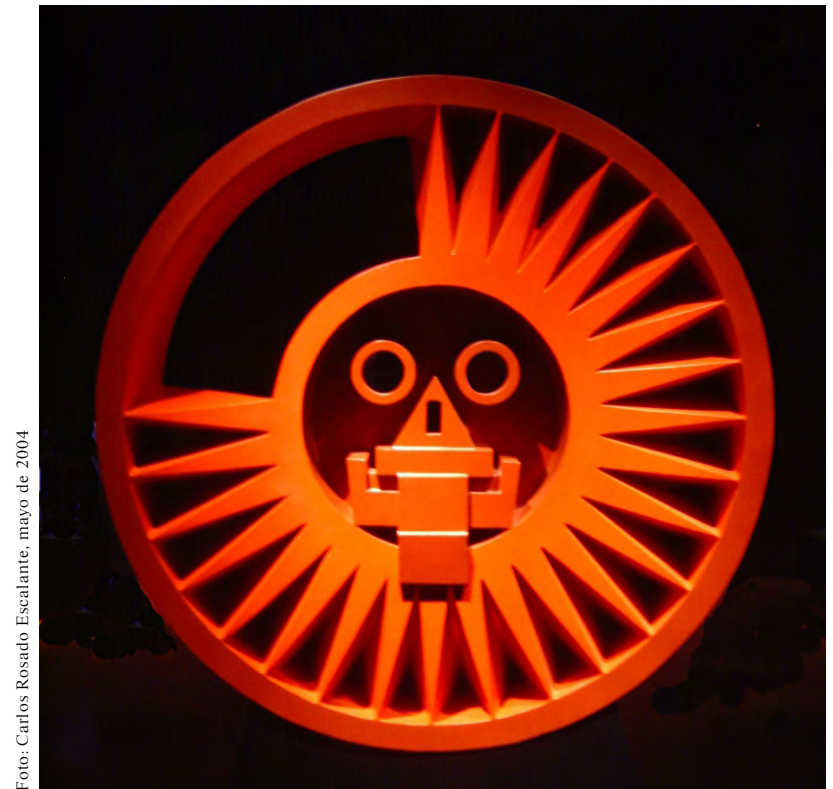


Foto: Carlos Rosado Escalante, mayo de 2004

El arquitecto José Villagrán García

José Villagrán García, uno de los arquitectos mexicanos más importantes del siglo XX, nace el 22 de septiembre de 1901 y muere el 10 de junio de 1982 en la ciudad de México. Su vida universitaria dio principio en los inicios de 1918, año en el que ingresó en la Escuela Nacional de Bellas Artes, de la Universidad Nacional de México, para hacer la carrera de arquitecto, misma que concluyó en 1922. Su examen profesional tuvo lugar el 1 de octubre de 1923.

Si bien Villagrán fue un notable teórico de la arquitectura, no es menos destacada la obra construida que dejó a lo largo de casi 60 años que abarcó su vida profesional activa. Para algunos autores es el iniciador de la corriente contemporánea de la arquitectura mexicana. Recordemos que es el autor de tres de los edificios de la Zona de Hospitales que se mencionarán adelante.

El ambiente ideológico posrevolucionario dio a Villagrán la oportunidad de participar activamente —como arquitecto— en dos importantes programas oficiales de servicio público: el relativo a la salud y el de educación. En el primero de ellos sus obras le ganaron renombre nacional e internacional, pues llegó a ser asesor de la Secretaría de Asistencia Pública (1934-1935) y del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (1939-1947) [ver ilustración 23]; pero fue también, a partir de 1951, consultor de la Organización de las Naciones Unidas para el estudio de los problemas de la salud.

Su vida profesional se inicia precisamente en esta línea, como arquitecto del Departamento de Salubridad Pública, donde ingresó en 1924 y permaneció hasta 1935. Su primera obra importante es la Granja Sanitaria para la producción de vacunas, realizada en Popotla en 1925, pero es el **Centro Antituberculoso de Huipulco** [hoy Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias], terminado en 1929, el que inicia y define una nueva corriente en la construcción de hospitales y en la arquitectura mexicana. A Huipulco siguieron otros hospitales en provincia, construidos dentro del Programa Nacional de Construcción de Hospitales, en el que algunos de sus discípulos distinguidos colaboraron bajo la asesoría y supervisión del propio Villagrán; así, surgieron los hospitales generales de Tuxpan y Coatzacoalcos, en Veracruz, el de Chihuahua, Chihuahua, y el de Yahualica, Jalisco. Vinieron después el Instituto Nacional de Cardiología (1937); el Pabellón de Cirugía de Huipulco (1941); la remodelación del Hospital Infantil (1941); el Hospital de Tuberculosos de Zoquipan, Jalisco (1942); el proyecto, realizado con Mario Pani, del Centro Médico de la ciudad de México (1942-1945), la Maternidad Mundet (1944) y, por



Ilustración 23. El 18 de mayo de 1947 se celebró en el Palacio de Bellas Artes, la inauguración de la Primera Semana Nacional de Ayuda contra la Tuberculosis. En la imagen, el primero en la izquierda es el arquitecto José Villagrán García; le sigue el Dr. Ismael Cosío Villegas y el séptimo es el Dr. Manuel Gea González.

Ilustración tomada de “El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” Cincuentenario”, de Enrique Cárdenas de la Peña, editado por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1999, p. 57.

supuesto, **el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”**. Esta rica carrera en la construcción hospitalaria, que se iniciara en la Granja Sanitaria de Popotla a mediados de la segunda década del siglo, concluyó con una gran obra también dedicada a la salud: la última realización de José Villagrán fue el nuevo **Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”**, terminado en 1978.

En la arquitectura para la educación, Villagrán tuvo una labor destacada, aunque no comparable en logros con la realizada en el campo de la salud. También alcanzó un renombre que lo llevó a ser miembro fundador, vocal ejecutivo y posteriormente asesor del Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas (1944). Su primera experiencia en este género fue probablemente la casa hogar proyectada con su alumno Enrique de la Mora y construida en Balbuena en 1928. A ella siguieron la Escuela-hogar núm 5 (1934), la Escuela Primaria Costa Rica (1945-1947), el Centro Universitario México (1944), la Escuela Primaria Secundaria Cumbres (1952) y la Escuela Nacional de Arquitectura, en la Ciudad Universitaria, terminada en 1954 en colaboración con Xavier García Lascuráin. En ese mismo año construyó el Seminario Nacional de Misiones, ubicado en Tlalpan, el que por su programa y objetivos también está dedicado a la educación.

Villagrán fue miembro de la H. Junta de Gobierno de la Universidad Nacional Autónoma de México desde 1953; fue maestro emérito desde 1966 y Premio Nacional en 1968. Desde El Colegio Nacional preparó y dictó algunos ciclos de conferencias, entre los cuales se destacan los referidos a “**Los trazos reguladores de la proporción arquitectónica**”, de 1969; “Estructura teórica del programa arquitectónico”, de 1970; “Esencia de lo arquitectónico: acotaciones introductorias”, de 1971; e “Introducción a una morfología arquitectónica”, de 1974. A pesar de que el arquitecto no fue un escritor, varias de sus ideas quedaron plasmadas en los escritos que elaboró para sus conferencias ya que muchos se incluyeron en su libro “Teoría de la Arquitectura”.

Es precisamente en ese libro, donde Villagrán plantea su postura con respecto a los cánones:

“El término proporción pertenece a la ciencia matemática. En las artes, designa relaciones métricas entre las partes y el todo de una composición y entre las dimensiones de una parte entre sí.

Desde el punto de vista matemático, la proporción es la igualdad entre dos razones. Razón es el resultado de comparar dos cantidades; si esta comparación se obtiene por diferencia, la razón se denomina aritmética y si por cociente, entonces la razón es geométrica.

El primer tipo de proporción arquitectónica [...] proviene de la **necesidad** básica en su proceso creativo, **de satisfacer** un programa cuyas exigencias utilitarias están siempre presentes. Esta proporción se denomina **racional o lógica**... precisará conocer cómo se vive ahí o cómo **se debe vivir** ahí. El hombre y sus cosas van a ser la unidad de medida física.

La proporción estética corresponde al concepto de la proporción geométrica. Vitruvio, con los griegos, denomina *simetría* a este **valor estético** de la forma plástica y la define así: Es la conveniente correspondencia entre los miembros de la obra, y la armonía de cada una de las partes con el todo; pues así como se halla proporción entre el codo, pie, palmo, dedo y demás partes del cuerpo humano, sucede lo mismo en la construcción de las obras”⁽²⁴⁾

Posteriormente, el Arq. Villagrán comenta:

“[El trazo regulador...] es un instrumento geométrico que permite poner de manifiesto la existencia de proporciones armónicas continuas o recurrentes en una composición. Esto es, entendemos que en los diversos aspectos dimensionales de la obra existe una sola serie y gama de razones y de proporciones armónicas que le prestan la indispensable **unidad** y el **orden** que el **gustador educado** percibe y goza y el arquitecto comprueba.

“Lo **trascendental** es saber producir armonía en la obra que se realiza, ser artista en verdad, poseer genio creador para **concebir formas** dentro del orden cósmico”.⁽²⁵⁾

Para sus clases de teoría de la arquitectura José Villagrán estructuró una doctrina que sirvió de guía a muchas generaciones de arquitectos. Contra los excesos ornamentales y complicaciones del academismo, clamó por la “sinceridad” en los materiales y en los elementos arquitectónicos, como es fácil de comprobarlo en la mayoría de sus edificios; para las demandas sociales de servicios, respondió propiciando una arquitectura pública, funcional y económica, que pretendió ser *auténticamente mexicana*.



Foto: Carlos Rosado Escalante, octubre de 2005

Foto 2. José Villagrán García, Instituto Nacional de Cardiología (1978), fachada oriente. Nótese el manejo del ritmo, la repetición de los elementos y la jerarquía ya que el elemento que vuela arriba, corresponde a las habitaciones privadas.

En la página siguiente, fotografías 3 y 4. José Villagrán García, el Centro Universitario México (1944). En este proyecto se advierte el uso de principios ordenadores: ejes, ritmo, simetrías, repetición, etc., para lograr el respeto a lo geométrico físico y habitable. Cabe señalar que en la fotografía 3, las escaleras de emergencia no forman parte del proyecto original. Tampoco lo es el gimnasio (1986) que aparece en la fotografía 3. Éste es del Ing. Germán Báez.

Foto: Carlos Rosado Escalante, abril de 2006



Foto 3

Foto: Carlos Rosado Escalante, octubre de 2006



Foto 4

El arquitecto Teodoro González de León

Uno de los arquitectos mexicanos contemporáneos que ha construido numerosos y diversos edificios es Teodoro González de León. Nació en la Ciudad de México en mayo de 1926; realizó sus estudios en la Escuela de Arquitectura de la Universidad Nacional Autónoma de México, que por entonces tenía su sede en el mismo edificio colonial que alguna vez albergó a la antigua Academia de San Carlos; fue becario del gobierno francés y trabajó durante 18 meses en el taller de Le Corbusier (entre 1947 y 1948). Desde entonces, ha desarrollado una labor profesional ininterrumpida que cubre diversos tipos de proyectos, desde la casa habitación hasta estudios urbanos.

Algunos autores consideran la obra de González de León como “[...] consecuente y coherente”⁽²⁶⁾ y que “[...] se caracteriza por la congruencia y calidad de sus resultados, que se basan en la sólida preparación intelectual de su autor”.⁽²⁷⁾

En el libro “Retrato de arquitecto con ciudad” escrito por el propio González de León y editado por Artes de México en 1996, encontramos una postura del arquitecto con respecto al pensamiento dogmático. Sin embargo, antes de exponer sus ideas, me parece interesante transcribir algunos párrafos del prólogo escrito por Octavio Paz (1914-1998). Lo anterior con el fin de ilustrar la forma en la que una persona ajena a *la autoridad de las técnicas arquitectónicas* percibe el diseño y pensamiento de González de León.

“México ha sido tierra de arquitectos desde la época precolombina hasta el día de hoy. Casi todas nuestras ciudades y muchos de nuestros pueblos poseen edificios y monumentos notables, algunos de ellos en verdad grandiosos. Es sorprendente el número de esas construcciones y conjuntos urbanos, milagrosos supervivientes de las devastaciones del tiempo, las catástrofes naturales y, sobre todo, la incuria y la barbarie de los hombres. Admirable continuidad de tres milenios y no menos admirable variedad de estilos artísticos, técnicas de construcción y géneros religiosos, civiles y privados. En el periodo contemporáneo, a pesar de los desastres y de los graves errores de las tres últimas décadas, varios arquitectos de gran talento han enriquecido esta gran tradición mexicana. Algunos han merecido reconocimientos internacionales y apenas si debo recordar a Luis Barragán y a Pedro Ramírez Vázquez. Entre ellos, uno de los más destacados es Teodoro González de León. Las obras de González de León son numerosas y diversas —edificios públicos y de apartamentos, museos, centros cívicos, plazas, jardines, residencias— y están esparcidas en la ciudad de México, en provincia y en el extranjero. La arquitectura es un arte colectivo y algunas de estas obras han sido realizadas en colaboración con otros arquitectos, como Abraham Zabludovsky, pero la gran mayoría han sido **concebidas por él**

únicamente y ejecutadas bajo su sola dirección.

Es imposible para un lego como yo hablar con autoridad de las técnicas arquitectónicas de Teodoro González de León. Sus construcciones me impresionan por la sobria elegancia de su diseño, la economía de sus líneas y la solidez **armoniosa** de sus volúmenes. Formas simples y bien plantadas sobre la tierra; no un arte clasicista sino un arte moderno inspirado en la lección de **los clásicos: orden, medida, proporción**. Voluntad de forma que nunca llega al desbordamiento y que con frecuencia alcanza la plenitud. Esos edificios ejercen sobre nosotros una doble influencia, física y moral: los ojos gozan y la mente se serena. Dije que la arquitectura de González de León me impresiona; la palabra es inexacta y debería haber dicho: me seduce. Ante ella siento la misma atracción, mitad afectiva y mitad **racional**, que experimento ante ciertas obras musicales y algunos poemas y cuadros. Es difícil definir la naturaleza de esta seducción; sin embargo, no creo equivocarme si digo que está hecha de la alianza de dos movimientos opuestos: la gravedad, esa fuerza invisible que ata las formas al suelo, y el **ritmo** que las aligera y nos da la ilusión de contemplar una danza inmóvil.

Formas para ser vividas y habitadas pero, asimismo, **formas** para ser vistas. Teodoro González de León no sólo es arquitecto sino pintor, como su maestro Le Corbusier. En sus pinturas y ensamblajes encuentro de nuevo la unión entre una inteligencia que ama la claridad y una sensibilidad que se complace con el juego **rítmico** de las líneas, los volúmenes y los colores. Precisión que no excluye sino invita al azar. Espacios que se despliegan como **proposiciones geométricas**, colores vivos y nítidos, pinturas que hacen pensar, a veces, en Juan Gris y, otras, en Fernand Léger. Apenas enunciadas, estas afinidades se disipan: no estamos ante una pintura-pintura, sino ante una pintura arquitectónica. Mejor dicho: ante la traducción, en dos dimensiones y sobre una superficie plana, del mundo tridimensional de la arquitectura. Más de una vez he oído a González de León lamentarse porque hoy no se cubren los edificios con una capa de encendida pintura, como era costumbre en la antigua Grecia, en la India y en Mesoamérica. No sé si tiene razón: el Palacio Nacional se ha escapado de un baño tricolor y la catedral de la púrpura cardenalicia. Tal vez se trata de un *boutade*: estoy seguro de que es mayor su lealtad a los materiales que su afición al color. La **veracidad**, me dijo alguna vez, es la virtud mayor de la arquitectura moderna. La construcción **debe** mostrar de qué está hecha: piedra, metal, madera. Lo más alejado de González de León es el barroco, sus tramoyas coloridas y sus incendios congelados.

[...] Vasos comunicantes: su arquitectura se nutre de su pintura y ambas de su pensamiento. Hay varias maneras de pensar y González de León **piensa**, sobre todo, en **formas, volúmenes y ritmos**. Sin embargo, es capaz de trasladar estas proporciones plásticas a proposiciones **lógicas**. Rara *avis* en nuestros días: un artista que **piensa** con claridad y hondura. Aplaudo su valor en tocar un asunto que a todos nos apasiona y nos duele: la situación de la ciudad de México. Aplaudo también su **rigor racional**. Su crítica ha sido incisiva y, por esto mismo,

terapéutica. El tema lo requiere.

La arquitectura ha sido, desde mi adolescencia, una de mis grandes aficiones: he pasado muchas horas y muchos días visitando monumentos antiguos y modernos, lo mismo en México que en otras partes del mundo. En esas excursiones fatigué mis piernas, no mis ojos ni mi entendimiento: la arquitectura nos hace sentir y **pensar** el espacio, los espacios. Es materia vuelta forma y forma vuelta **pensamiento**. También es tiempo, historia. La arquitectura es una sabiduría”.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

Indiscutiblemente, en el prólogo de Paz el manejo del lenguaje es difícil de igualar (ya no digamos de superar). Suelen los poetas y ensayistas seleccionar muy bien sus palabras. Y acuden generalmente a aquéllas que han acumulado durante los siglos mucho espacio en nuestras mentes: *clásicos, orden, medida, proporción, racional, ritmos, formas, proposiciones geométricas, veracidad, deber, lógica, rigor y pensar -pensamiento*. Bajo la óptica de la presente meseta, es evidente que la lectura que hace Octavio Paz sobre la obra de González de León coincide con el vocabulario que *no está sujeto a discusión*, lo que es otra forma de decir que coincide con el pensamiento dogmático (lo cual no implica, por supuesto, que éste se haya de desdeñar. Excepto, claro está, cuando se acaban las *formas*). Si tuviéramos que establecer una conclusión del ensayo de Paz, diríamos que la arquitectura **debería ser ordenada, medida, rítmica y con forma**, entre otros tantos adjetivos. Por cierto, no deja de llamar la atención la sentencia en la que se establece que las obras de González de León fueron *concebidas por él únicamente y ejecutadas bajo su sola dirección*. No es que sea imposible, pero sí poco probable (confróntese con el discurso de Rem Koolhaas cuando, en el año 2000, recibió el premio Pritzker).

Dejemos ahora que sea el propio Teodoro González de León quien nos platique un poco de su pensamiento:

“Durante por lo menos 15 años permanecí fiel a los principios del Movimiento [Moderno], sin dudas graves. Fui un fiel practicante de la **modulación**, para sistematizar el espacio y prefabricar sus elementos. [...] Pero la modulación que usábamos no era la de los sistemas aditivos simples. Usábamos el *Modulo* de Le Corbusier con toda su complejidad y misterio. Al estar basado en un número irracional ($\sqrt{5}$), este sistema no permite divisiones en partes iguales. [...] Además, el *Modulo* nos seducía por la filosofía que encerraba: estaba basado en las medidas del hombre. Su famoso esquema de la figura humana con el brazo levantado, instalada en dos cuadrados superpuestos y con la **sección áurea** en el plexo solar, tiene raíces profundas en la tradición **clásica** y **neoplatónica** de los traductores de **Vitruvio**. Recuérdese que los tres desarrolladores del cuadrado de **Alberti** eran el cuadrado mas la mitad, el cuadrado mas un tercio y el cuadrado doble.

Los misteriosos *homo ad quadratum* y *homo ad circulum* de Francesco di Giorgio y de Leonardo expresaban la idea vitrubiana de que la **proporción** de los edificios **debe** reflejar las proporciones de la figura humana. El *Modulo* proporcionaba las medidas para hacer las modulaciones, los **trazos reguladores**.

El artista que procede a partir de esos trazos supone que el espacio plástico —existen fanáticos que lo extienden a todo el espacio visible— está sostenido en una malla **geométrica** de **ritmos** y **repeticiones**; descubrir o inventar esta malla le da **seguridad**. *Un trazo regulador es una seguridad en contra de lo arbitrario, es una satisfacción de orden espiritual*, decía Le Corbusier. Se trata, claro está, de una posición rotundamente **pitagórica** más cerca de una creencia que de una certeza verificable.

Con el tiempo he aprendido que cada obra tiene su propia **geometría** y que uno la va inventando, o descubriendo en el sentido pitagórico. Por eso dejé el *Modulo*, luego de usarlo casi 20 años, hasta 1970, porque pese a su riqueza es un **sistema, y todo sistema se agota y empobrece al arte**. Sus **series** en sección áurea son una pequeña fracción del mundo infinito de las **relaciones geométricas**.

[...] Hoy creo que se llega a algo **bello** cuando, como en la definición de Alberti basada en Vitruvio, cada parte tiene un tamaño y una **forma** absolutamente **fijos**, a los que **nada** puede agregarse o quitarse sin destruir la **armonía** del **todo**. Pero confieso que cuando esas **formas** y tamaños están **governados** por alguna **regulación geométrica**, la **seguridad** y la satisfacción son dobles.

[...] Wittkower me sugirió otro paralelismo con la arquitectura moderna. Las **formas** simples -esferas, cubos- de las iglesias de planta centralizada requerían estar aisladas para ser percibidas plenamente. La arquitectura moderna tiene esa misma intención plástica: quieren **volúmenes geométricos** simples que requieren ser vistos por todas partes, es decir, que se erigen como objetos aislados y rechazan la colindancia. Esto explica que la ciudad moderna tenga un aspecto caótico. Se puede afirmar que en ninguna otra época los edificios han tendido más a divorciarse unos de otros y a no integrarse a la unidad urbana.

Las tres viejas reglas del orden urbano —alineamiento al paño, misma altura y textura similar— se rompieron al conjugarse las nuevas técnicas de construcción, que permiten grandes alturas, y el propósito plástico de convertir cada edificio en una **escultura**. Esto ha roto la unidad de las tramas urbanas de las viejas ciudades, en muchos casos en forma desastrosa.

Dicho esto, confieso que, sin embargo, simpatizo con ciertas intromisiones brutales, como la del Centro Pompidou en París.

[...] Desde mediados de los sesentas he sentido una fuerte inquietud por introducir en mis **composiciones** elementos de la arquitectura del pasado. Lo hago como quien hace un collage, homenaje a las formas que admiro del pasado,

y confieso que no tengo un soporte teórico sólido de esa actitud. Es una posición que se explicaría mejor, tal vez, con la misteriosa frase de Étienne Louis Boullé, el gran arquitecto del siglo XVIII, que decía que “la técnica del arquitecto es la pintura”, que había que “reemplazar el compás por el pincel”. No lo practico para conseguir una identidad local, porque estoy convencido que el arte es universal y como tal nos pertenece. Somos herederos de todas las artes de todas las épocas.

[...] ¿Es todo esto un nuevo eclecticismo? No lo creo. El eclecticismo del siglo pasado, con una actitud positiva, pretendía usar los estilos como sistemas completos de significado. En nuestro caso, en cambio, sólo usamos fragmentos cuyas referencias directas están ocultas en la obra. Son citas de un collage, envueltas en **formas** penosamente desarrolladas a lo largo de 40 años de trabajo y que, lo reconozco abiertamente, pertenecen a la plástica del siglo XX. Además, están construidas con un material moderno a cuya concepción he dedicado muchas horas de experiencias y fracasos: el concreto cincelado con grano de mármol. Con este material expreso mi aversión al cliché moderno de los bloques de vidrio y afirmo mi convicción de que la arquitectura necesita piel dura para resistir la intemperie y el tiempo. Es también una respuesta adecuada al desarrollo tecnológico de este país en que trabajo.

No creo ser postmoderno, pero sí me parece que tal vez estamos realizando la arquitectura del final del Movimiento Moderno. Sigo convencido que fue el gran salto mortal en la historia del arte. La concepción clásica grecorromana, que sólo parcialmente se interrumpe durante el gótico, llevaba 2 500 años de practicarse en la arquitectura, escultura y pintura. El Movimiento Moderno la rompió brutalmente con **formas** ajenas y contrarias a ella. Mezcló promesas de redención y **utopías** ajenas al arte, que al terminar el siglo se han gastado y borrado. Pero creo que, como en el pasado, la arquitectura moderna ha actuado, ha operado en la realidad de nuestra época y, a la vez, ha sido una representación de ella. Creo, además, que esa representación es más intensa y auténtica cuando es producto de una recreación local, cuando se hace desde el subsuelo mítico de cada lugar, como dice Octavio Paz⁽³⁰⁾⁽³¹⁾.

En la página electrónica de la revista Letras Libres aparece una entrevista con el Arq. González de León realizada por Ricardo Cayuela Gally. A continuación transcribo tres preguntas en busca de los intersticios que nos permitan encontrar un poco más del pensamiento del arquitecto:

“(Letras Libres [LL]): Esto me lleva a tu crítica del movimiento moderno. ¿Cuándo te das cuenta de que tu formación junto a Le Corbusier entraña una utopía irrealizable (*sic*)⁽³²⁾ para una ciudad como la nuestra?”

(González de León [GL]): Fue un proceso paulatino, pero bastante rápido. Creo me di cuenta plena a los tres o cuatro años de mi estancia con Le Corbusier, al enfrentarme a realidades concretas. Cuando me empezaron a ofrecer estudios urbanísticos y me hice amigo de antropólogos y sociólogos, y empecé a ver la realidad de una ciudad más allá de su simple arquitectura. Al principio lo vivía

con la sensación de estar perdiendo el tiempo, pero hoy creo que aprendí a ver la realidad “real” de México, y me di cuenta de que todo el andamiaje del movimiento moderno y la limpieza formal de las ciudades, la sectorización por divisiones, es absurdo... Eso me hizo entender la complejidad de la ciudad, que es plural, allí está lo interesante, y también me hizo no aborrecer este lugar. La ciudad de México es complejísima, sucia, corrupta, pero de una **intensidad** inigualable. Puedes visitar ciudades europeas bellísimas que son pequeños cementerios, o ciudades americanas llenas de jardines con calles vacías.

[LL]: Sobre el Centro Histórico, tienes una posición bastante osada contra la conservación a ultranza.

[GL]: Los edificios, como la gente, necesitan ganarse la vida, y a veces requieren cirugías. Guardando, eso sí, el **orden** urbano, o si es una **estructura** arquitectónica admirable, conservándola como tal y dándole un uso que no la vaya a tocar. Pero todas las estructuras admiten intervenciones que permitan adaptarse a la vida moderna: en una casa colonial, la parte de abajo era para animales y criados tratados como animales, y no se puede vivir en ella; entonces necesita adaptaciones. Hay que hacerlo con toda tranquilidad, con respeto y amor al edificio, pero **fuera de normas obtusas o miedos paralizantes**. Las ciudades son organismos vivos, en permanente transformación, y la mejor manera de salvar el legado del pasado es **reutilizándolo** inteligentemente. **¿Qué sentido tiene construir nuevos edificios con base en una arquitectura detenida en el tiempo, que niega tu época y tu sello?**

[LL]: La entrada al Ajusco reúne tres obras mayores tuyas, la Universidad Pedagógica, el Colegio de México y el Fondo de Cultura Económica, ¿cómo te gustaría que viéramos esos espacios?

[GL]: Lo que me interesa al hacer arquitectura es que, en cierta forma, el edificio y la arquitectura dialoguen con el espacio público, vía pórticos, vía huecos que penetran, vía invasión de la **plaza** que entra en el propio edificio... es decir, establecer una ambigüedad entre el espacio donde empieza la arquitectura y aquél donde acaba lo público, y viceversa. Una idea contraria al **rascacielos**, que es hermético y en donde todo es espacio privado.⁽³³⁾

Finalmente, en el periódico *La Jornada* del día 13 de noviembre de 2006, aparece un artículo sobre el Museo Universitario de Arte Contemporáneo, cuyo autor es el arquitecto González de León. En él se leen algunos conceptos del arquitecto:

“El MUAC completará el concepto del Centro Cultural Universitario.

Con la construcción del Museo Universitario de Arte Contemporáneo (MUAC), en el Centro Cultural Universitario (CCU), ahora sí las artes visuales participarán a la par con la música, el teatro, la danza, la literatura y el cine. Alguna vez hubo allí una galería de arte, pero con el tiempo desapareció.

El museo se convertirá en un escaparate de las expresiones de la actualidad para las personas que pasan por la nueva plaza, construida sobre el viejo estacionamiento de 150 lugares [que] pasará a ser subterráneo, rumbo a la sala Nezahualcóyotl, los teatros Juan Ruiz de Alarcón, Sor Juana Inés de la Cruz, Miguel Covarrubias, el Centro Universitario de Teatro o las salas de cine Julio Bracho y José Revueltas.

Programado para terminarse a finales de 2007, el proyecto tendrá un costo de construcción de 240 millones de pesos, la mitad proveniente de fondos universitarios, mientras la otra se piensa recabar por medio de una campaña financiera.

Con una superficie total de 13 mil metros cuadrados de construcción, de los cuales alrededor de seis mil metros serán para exhibiciones, el museo fue encargado al arquitecto Teodoro González de León por el rector de la UNAM, Juan Ramón de la Fuente, el coordinador de Difusión Cultural, Gerardo Estrada, y el coordinador de Proyectos Especiales, Felipe Leal.

Visión total

Gracias a un paseo peatonal, techado, que atraviesa el museo, desde la nueva plaza rumbo a la Biblioteca Nacional y la Hemeroteca Nacional, los transeúntes podrán ver qué se exhibe adentro y así animarse a entrar. El MUAC está diseñado en dos plantas, una al nivel de la plaza, donde están las salas de exhibición, y una planta baja donde están los servicios, como la mediateca, salas de conferencias, la cafetería, el auditorio y las bodegas.

Para González de León el nuevo edificio viene a **cerrar** arquitectónicamente al conjunto del CCU. Le va a quitar esa imagen de *centro comercial*, que entras a los teatros y a la sala de conciertos por entre los coches, como en un supermercado. Entonces, se va a crear una nueva **plaza** que organiza los demás edificios, mientras que el museo **cierra** el conjunto. Cosa curiosa, el CCU no tiene una entrada. Ahora el museo va a **anclar** ese espacio y lo va a rematar.

Entrevistado en su oficina de la colonia Hipódromo-Condesa, González de León habla del proyecto que ya tiene dos años en proceso.

¿Qué le plantearon?

Ya existía la idea, que era de Graciela de la Torre (directora de Artes Visuales de la UNAM), es decir, su equipo ya tenía esa petición a la universidad. Querían **cerrar** el CCU, que está al sur. El punto en que se encuentra actualmente el Museo Universitario de Ciencias y Arte (MUCA) está un poco ahogado y la gente no lo ve **nunca**. Está en un buen sitio detrás de rectoría, a un lado de la escuela de arquitectura, pero nadie lo conoce (Sic). Y no puedes llegar (Sic).

¿Va a desaparecer el MUCA de Ciudad Universitaria?

No, al MUCA le van a dar otra vocación. No se va a quitar **nunca**. Aunque todavía no se ha tomado una decisión al respecto, se habla de seguir usando el MUCA para exposiciones, inclusive, emplear una parte como museo de la arquitectura.

La primera etapa del proyecto fue complicada porque hubo que definir el tamaño y afinar el programa que ya tenía preparada la UNAM. Se partió de casi el doble de superficie. Pero, poco a poco, al compararlo con museos ya existentes, tanto en revistas como en viajes directos (el arquitecto visitó alrededor de 30 museos en el mundo, muchos de ellos japoneses), el proyecto se empezó a reducir y hacer más coherente con las **necesidades mexicanas** y al presupuesto, explica González de León.

Originalmente se había escogido otra ubicación para el MUAC, atrás de los teatros Ruiz de Alarcón y Sor Juan Inés de la Cruz. Pero se trataba de que el museo estuviera en “un lugar de paso natural”, que formara un trayecto y que se viera. Detrás de los teatros **nadie** se iba a “encontrar” con ello, apunta el entrevistado. González de León califica de “formidable” la ubicación final. “No queríamos usar el estacionamiento”, dice, pero “fue mejor porque entonces casi no se afectaron árboles. Las jacarandas que había se pasaron al camellón (de lo que ahora es una calle dividida)”.

Además, por vez primera el CCU va a tener una **entrada**, en principio para los peatones y las personas que llegan en autobús. Van a entrar por una plaza que servirá para ir a **todos** los recintos, a la vez que proporcionará un espacio público con una vista amplia hacia **todos** lados. Las cuatro salas de exposición que dan a la plaza, como tienen vidrio, permitirán ver lo que sucede adentro. Para los que llegan en coche, una rampa los llevará a la parte baja, que cuenta con salida para la Sala Nezahualcóyotl.

El propio museo, continúa, forma una fachada lateral de la plaza y una especie de pórtico porque tiene un plano inclinado, que lleva a la sala de conciertos. El acceso principal al MUAC es por la nueva plaza. Cabe señalar que la escultura de Rufino Tamayo *La espiga* va a quedar justo en el eje de entrada, no habrá necesidad de cambiarla de lugar. Inclusive, va a tener mejor visibilidad. Tamayo, dijo González de León, la colocó sobre un zócalo de cuatro o cinco metros precisamente para que se viera por encima de los coches.

Aunque el terreno es de roca volcánica, el arquitecto dice que la excavación promedio fue de 2.5 metros. Hoy día, ya no se usa dinamita, sino unas máquinas que golpean la piedra y sacan sólo lo que se quiere. Hace dos meses se terminó toda la excavación de roca, parte de la cual se ocupará para que el ambiente del pedregal no se pierda. Que el edificio dialogue con el pedregal, algo que **nunca** se capitalizó. La planta baja va a estar sobre la roca, misma que se va a ver, que va a “meterse” en el museo.

El MUAC está concebido como un museo “cómodo y penetrable”. Poner todas las salas de exhibición en una sola planta significa que el visitante no sube “ni una escalera”, algo en que insistió Graciela de la Torre. Que no hubiera “ese alejamiento que te da una *escalerota*”.

No obstante que el edificio acusa una forma circular en el plano, González de León señala que ésta se rompe con los volúmenes y dialoga, por ejemplo, con “las asperezas que tiene el diseño de la Sala Nezahualcóyotl, de superficie quebrada”.

El acabado será de concreto blanco y liso por fuera, y todas las salas tendrán la posibilidad de luz natural, a la vez que de oscurecerse con cortinas. Los pisos serán de cemento pulido en aras de un mantenimiento mínimo y porque el arte contemporáneo necesita “cosas muy simples de materiales. No puedes poner una escultura enorme de acero sobre un piso de madera”.

El MUAC estará compuesto por 14 salas de exhibición, de las cuales cuatro se pueden hacer una sola, aparte de que todas se comunican entre sí. Son de diferentes tamaños, aunque tienen el mismo ancho: 12 metros, pero distintos largos, con diferentes alturas. Hay una muy pequeña de 4.50, como en los “viejos museos”, hasta 12 metros de altura. Hace 25 años, cuando González de León diseñó, con Abraham Zabludovsky, el Museo Internacional de Arte Contemporáneo Rufino Tamayo, “el 7.50 de ancho nos funcionó perfecto. No se necesitaba más”.

“Ahora, de entrada, se requiere de mayor ancho y variación en las alturas, porque también lo piden los museógrafos para ofrecer el espacio a los artistas, que los incite a ellos.” González de León señala que “el arte contemporáneo y sus artistas son los que han cambiado los edificios”.

Los seis conjuntos de salas están agrupados a la manera de “pequeños museos, a las se puede entrar por tres calles interiores, de cuatro metros de ancho, que rematan al exterior, ya que siempre se ve el paisaje. Las calles interiores serán iluminados por tres patios”. De acuerdo con el entrevistado, agrupar las salas así dará gran elasticidad a los museógrafos para trabajar.

Para González de León el MUAC vendrá a ser un museo como no existe en América Latina”⁽³⁴⁾.

En libro *Patrimonio renovado UNAM*, aparecen imágenes del “Museo Universitario de Arte Contemporáneo MUAC”, acompañadas del siguiente texto que, si bien no reflejan el pensamiento de González de León, si denotan una pobreza extrema para describir el proyecto:

“El Museo está concebido bajo la expectativa de dar a luz una institución de **vanguardia** museística que propicie la aproximación a obras y lenguajes de la cultura visual actual desde diversas perspectivas, al tiempo de conformar, de

manera sistemática, una colección de arte contemporáneo. Es un espacio que complementa la oferta cultural que desde 1976 provee el Centro Cultural Universitario a la sociedad mexicana.

Con exposiciones de artes visuales de actualidad posibilitará crear un ámbito de convergencia multidisciplinaria.

El museo es una muestra de arquitectura contemporánea **innovadora** y sus **audaces volúmenes y formas** albergarán salas de exhibición de diversas dimensiones, con posibilidades de montaje multimedia y con sistemas de oscurecimiento.

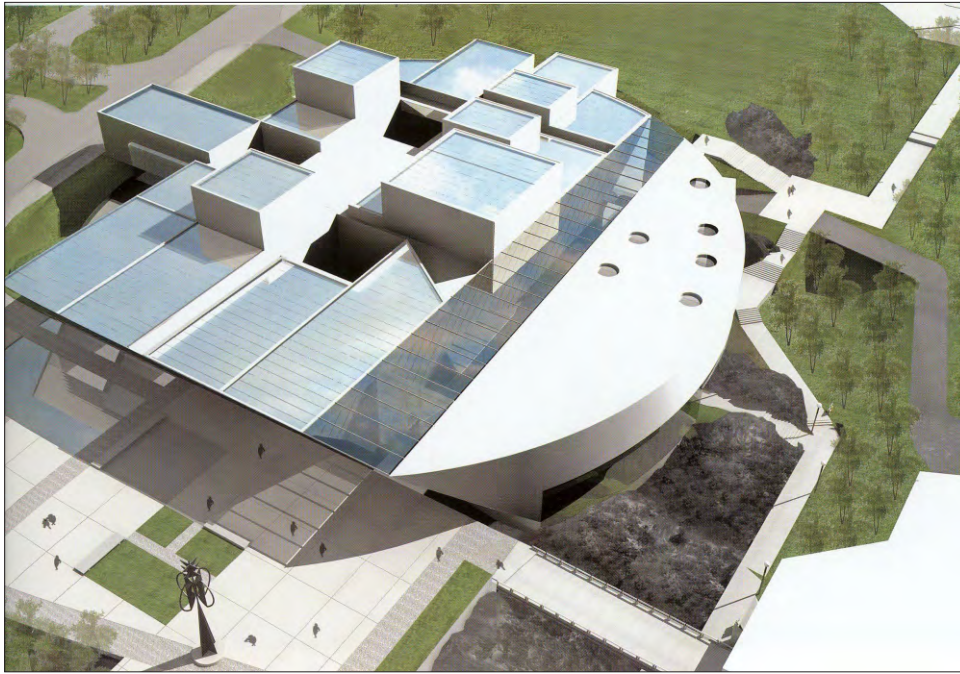
[...] Se integra al Centro Cultural Universitario por medio de una nueva plaza de acceso a todo el conjunto y por su **intensa** relación con el paisaje del Pedregal.

Está dotado de todo lo necesario para atender los complejos requerimientos de un museo de artes visuales para el siglo XXI”⁽³⁵⁾.

Se presentan las tres primeras lecturas para encontrar las palabras que definen el pensamiento del arquitecto Teodoro González de León. Esto es importante porque según como uno habla, se deduce cuál es la inclinación cultural, política y, en este caso, arquitectónica. Lenguaje es pensamiento. No quiero dejar de señalar lo difícil que ha sido encontrar ensayos elaborados por arquitectos mexicanos en los que se exprese su postura o la forma en la que hacen (¿piensan?) Arquitectura. La última lectura sólo se presenta para hacer patente la paupérrima forma en la que se puede analizar o, mejor dicho, describir una obra en algunos libros editados en nuestro país.

En los párrafos tomados de “Retrato de arquitecto con ciudad”, las palabras que llaman mi atención son: modulación, sección áurea, clásica, noeplatónica, Vitrubio, Alberti, proporción, deber, trazos reguladores, geométrica, ritmos, repeticiones, seguridad, orden, pitagórica, geometría, series, relaciones geométricas, bello, forma, fijo, gobernado, volúmenes geométricos, esculturas y composiciones.

En un primer momento, González de León se deslinda del *Modulor* ya que éste es un “sistema, y todo sistema se agota y empobrece al arte. Sus series en sección áurea son una pequeña fracción del mundo infinito de las relaciones geométricas”. Y a continuación se espera el *salto cuántico*, la presentación del pensamiento complejo a través de palabras como “rizoma”, “diagramas”, “*filum*”, “heterotopía” y “panóptico”, por mencionar sólo algunas. Pero si las palabras nos definen, si con el lenguaje pensamos, el arquitecto González de León se ha retratado con claridad: “bello”, “forma” (repetida hasta cinco veces), “armonía”, “gobernadas”, “regulación



geométrica”, “escultura”, “composiciones” y “utopías”; los conceptos están al fondo de las palabras y se ven influidos por ellas.

En la segunda lectura, tomada de la revista “Letras libres”, aparecen palabras e ideas muy interesantes como “intensidad”, “[...]fuera de normas obtusas y miedos paralizantes” y, especialmente la pregunta que formula: ¿Qué sentido tiene construir nuevos edificios con base en una arquitectura detenida en el tiempo, que niega tu época y tu sello? Estas cuestiones me llevan a imaginar, nuevamente, que el salto cuántico, que la expresión de una arquitectura de vanguardia está próxima en nuestro país. Sin embargo, vuelven a aparecer las viejas palabras como “orden”, “estructura”, y “plaza”.

En la última lectura, la que aborda el proyecto del Museo Universitario de Arte Contemporáneo, las palabras que se leen son: “Cerrar” (tres veces), “todos” (dos veces), “plaza”, “anclar”, “nunca” (dos veces) y “necesidades mexicanas” [¿cuáles serán las necesidades mexicanas?] También llama la atención la “crítica” al Centro Cultural Universitario, la cual textualmente dice: “[...] dejará de parecer tienda comercial, que entras a los teatros y a la sala de conciertos por entre los coches, como en un supermercado”. El arquitecto hace énfasis en que ahora el Centro Cultural sí tendrá un acceso claramente establecido el cual, dice, anclará ese espacio. Confróntese estas ideas de *anclamiento* y de [sistema] *cerrado* con los dos primeros principios del concepto filosófico *rizoma* “conexión” y “heterogeneidad”, [propuestos por Deleuze y Guattari] que aparecen en la meseta “Las herramientas filosóficas” de la presente disertación (Pp, 48 a 51).

Y, finalmente, las palabras que aparecen en el libro *Patrimonio renovado UNAM* y que pretenden describir el proyecto del MUAC: “Vanguardia”, “innovadora”, “audaces volúmenes”, “formas” e “intensas”. Las palabras suenan bien. El problema viene cuando confrontamos las imágenes que tenemos del MUAC con proyectos ya terminados, como el *Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art* (2003) o el *Maxxi National Centre of Contemporary Arts* (1997). Ambos se presentan en la sección correspondiente al antiCanon.

Ilustraciones 24 y 25. Vista aérea y fachada sur del Museo Universitario de Arte Contemporáneo, 2006 - . Por Teodoro González de León.

Imágenes tomadas de *Patrimonio renovado UNAM*, Editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2007, p. 149.



II. anti Canon

El pensamiento dogmático ha prevalecido en la cultura occidental por lo menos los últimos 2 000 años. Bajo su manto se han desarrollado teorías estéticas en donde el orden, la simetría, los ejes y el ritmo —entre otros principios ordenadores—, desarrollan un papel protagónico. Como ya vimos, el amor y el aprecio que hubo por los números logró que el *orden y la simetría* fueran considerados *como cosas hermosas y útiles, pero el desorden y la asimetría, como feas e inútiles*.

En este contexto es fácil entender que muchos de los arquitectos se inclinen a darle más valor al pasado que al presente. De hecho, en nuestras escuelas y facultades de arquitectura se prefiere el diseño “correcto” sobre el “creativo”, acusando una falta de fe en la capacidad de creación e innovación de los estudiantes; lo anterior propicia un clima favorable para todos aquellos que no quieren cambios —o no pueden hacerlos—. Sujetarse a las reglas establecidas se considera algo valioso y volver la vista atrás se juzga como algo correcto y culto; así, el uso de un vocabulario conocido se considera como una muestra de sensibilidad: “orden”, “forma”, “bello”, “modulación”, “proporción”, “ritmo”, “repetición”, “cerrar”, etc., son palabras que nos traen seguridad, palabras que cuentan con el visto bueno del “paso del tiempo”. De alguna forma, nos hemos instalado en la mediocridad: hacer calcos tiene más valor que impulsar el pensamiento original.

Como se vio en la región anterior —el canon—, los arquitectos crearon en ciertos edificios un diseño formal *bello*, en el que la exploración de lo que ya existe es cercano a lo perfecto, pero en el los cuales, por desgracia, no se perseguía ningún cambio. Si no hay nada **nuevo** en la arquitectura mexicana es debido a que tampoco lo hay en el **pensamiento** de los arquitectos.

En los campos de la observación, el azar sólo favorece a los espíritus preparados, reza una conocida frase de Pasteur. Y son esos *espíritus preparados* los que se necesitan para que la arquitectura ascienda en busca de una dinámica diferente. En su libro *Serendipia*, el doctor Ruy Pérez Tamayo cita a Walter Bradford Cannon, M. D., quien se expresa con gran elocuencia en relación a la oración de Pasteur y tal expresión ilustra de manera ideal el espíritu del anticanon:

“Otra implicación de la frase de Pasteur, que el azar favorece a la mente preparada, es la importancia de **evitar la adherencia rígida a ideas fijas**. Es natural que la **inteligencia no aventurada** encuentre una **seguridad cómoda** y hasta cierta **serenidad** en un grupo de opiniones **convencionales** que han sido satisfactoriamente **prearregladas**. Lo **raro** se **elimina** rápidamente porque **no cabe dentro de un plan establecido**. Para aquellos que viven de acuerdo con un

patrón, las aventuras de las ideas son imposibles. Pero la verdad es que vivimos en un mundo que **no está establecido**, que **no es estacionario**, que **no se ha inmovilizado finalmente**. Nos presenta todo tipo de posibilidades de **combinaciones** y reajustes **novedosos** y **sin precedentes**. Por lo tanto, la sabiduría aconseja mantener nuestras mentes **abiertas** y **receptivas**, **hospitalarias** a las **nuevas visiones** y a los **avances más recientes**. Erramos al rechazar los aspectos extraordinarios de la **experiencia** como indignos de atención; pudieran ser los tímidos principios de avenidas que conducen a alturas inexploradas del **progreso humano**...”⁽³⁶⁾

Durante las últimas décadas del siglo XX y los primeros años del XXI, se ha desarrollado una nueva forma de pensar la arquitectura, de diseñarla y de construirla: el abandono de la verticalidad y de la horizontalidad; la ausencia de la simetría; la rotación de los cuerpos geométricos alrededor de ángulos pequeños y suaves; las construcciones con un efecto poroso y transparente; los sistemas abiertos que sustituyen a los cerrados. La exigencia de llevar al límite la ingeniería así como la búsqueda de nuevos materiales.

Estas son algunas de las características de la arquitectura de vanguardia que no sigue cánones y que no se presenta como tradicional o fácil. Es realizada por diseñadores —pensadores— filósofos que tienen una aproximación original a nuestra profesión y que convierten cada proyecto en un laboratorio en donde continuamente perfeccionan su talento excepcional al crear lenguajes arquitectónicos sin precedentes.

Crean y desarrollan, además, herramientas que les permiten plantear y resolver los cada vez más complejos problemas que se presenten en sus nuevos encargos. El dibujo, la pintura, la informática, la cinematografía y la invención de conceptos filosóficos (cfr. con la meseta “Las herramientas filosóficas” Pp. 41-58) se convierten en las poderosas herramientas de la mente que les permiten evitar que la gravedad actúe sobre los cuerpos inertes, logrando llevar sus diseños hasta alcanzar configuraciones dinámicas y fluidas.

Desde esta perspectiva tenemos los trabajos realizados por Zaha Hadid y Rem Koolhaas, —entre otros—, en cuyas obras se descubre una forma de pensar diferente, radicalmente opuesta a la que se enseña en algunas de las academias, escuelas o facultades de arquitectura, al menos en nuestro país. De la misma forma en la que procedimos en las páginas anteriores, transcribiremos ahora algunos párrafos que nos permitan encontrar las palabras que reflejen el pensamiento del autor. Empecemos con Zaha Hadid.

Zaha Hadid (1950)

Nacida en Bagdad (Irak) se graduó en la *Architectural Association* en Londres. Encontró en la pintura la herramienta para desarrollar sus proyectos, ya que en sus pinturas pudo enfatizar planos rotos y coloridos que, posteriormente, transformaría en edificios. Comenzó su carrera profesional a principios de los años 70 al colaborar en la *Office for Metropolitan Architecture* [OMA] de Rem Koolhaas. Asimismo, ha ocupado puestos importantes en universidades de gran prestigio como por ejemplo, Harvard y Yale, entre muchas otras.

En Inglaterra diseñó, primero, un puente en el río Támesis, seguido por un museo y algunos palacios públicos. Logró cristalizar sus tendencias de producción en el famoso proyecto de La Punta (un club social localizado en el punto más alto del monte de Hong Kong).

En 1979 inauguró su propio taller de arquitectura y en la siguiente década comenzó a diseñar y construir por diferentes partes del mundo, lo que le permitió definir su forma de entender la arquitectura: volúmenes delgados, proyectados, puntiagudos que giran alrededor de puntos excéntricos, en conjuntos unificados. Entre estos proyectos se encuentran su cuartel de bomberos en Vitra, Alemania (a un lado del museo diseñado por Frank Gehry), y el bar Moonsoon (Sapporo, Japón).

En su siguiente etapa, comienza a incorporar espirales en su obra. Participó en el concurso de ampliación del Museo del Prado, y el Palacio de la Opera de la Bahía de Cardiff, y la expansión del Museo V&A en 1996. Diseñó también hoteles y edificios verticales como el Kurfürstendamm 70, la Vivienda IBA, el Azabu-Jyuban, un hotel en Abu Dhabi, el Spittalmarkt, y el hotel de la Calle 42. Sus proyectos más recientes son la Terminal del Ferry en Salerno (Italia) y el Centro de Arte Rosenthal, en Cincinnati, Ohio, Estados Unidos.

Su arquitectura nunca ha sido un calco. En cada proyecto muestra un diseño más audaz que el anterior y las fuentes de su originalidad parecen interminables. La arquitecta Hadid es hoy en día una de las más reconocidas y a la fecha continua ganando concursos internacionales. Cada uno de ellos representa una oportunidad para convertir la experiencia del diseño en un “laboratorio” en el que se perfecciona su talento al crear un idioma arquitectónico de vanguardia.

El 31 de mayo de 2004, Zaha Hadid fue galardonada con el premio Pritzker, el cual se le entregó en “The State Hermitage Museum” en San

Peterburgo, Rusia, convirtiéndola en la primera mujer en recibir tal distinción.

Al igual que lo hicimos con los arquitectos Villagrán y González de León, se presentan a continuación dos documentos a través de los cuales es posible hallar las palabras que definen el “lenguaje-pensamiento” de la arquitecta Zaha Hadid; el primero son algunos fragmentos de una entrevista que aparece en la revista “El Croquis” número 103 del año 2001. El segundo, es el discurso que pronunció en el año 2004, cuando fue galardonada con el premio Pritzker.

El Paisaje como planta (una conversación con Zaha Hadid).

“Permítame hacerle una pregunta sobre al menos dos de ellos: Cincinnati y Roma son evidentemente muy distintos en cuanto a su apariencia inmediata: el primero resulta mucho más visible —debido a su situación urbana en esquina y por ser un proyecto vertical—, mientras que, estoy seguro, el de Roma es, en muchos aspectos, un esquema horizontal.

[...] Preferiría hablar de ellos como familias, o cadenas de proyectos, porque así es como trabajo. Para mí, esas familias abarcan cualquier proyecto, incluidos los de Roma y Cincinnati, aunque yo diría que pertenecen a distintas series, si bien hay diseños, como el de Qatar, que anuncian temas que participan en ambos proyectos.

Un modo de establecer líneas de comparación podría ser distinguir entre proyectos orientados verticalmente y proyectos orientados horizontalmente. Lo vertical implica la idea de la silueta contra el cielo, no sólo expresada por fuera, sino también invertida, para estructurar por dentro un espacio de interior urbano **complejo**, como ocurre en la Ópera de Cardiff, en el Proyecto de Ampliación del Museo Victoria & Albert [V&A] o en el Hotel de la Calle 42. De otra parte, lo horizontal incluye el suelo como material urbano, y la idea de manipulación de ese suelo para establecer una **nueva** situación urbana [...].

Incluso puede que todo empiece antes. Toda esa idea del suelo y la manipulación del suelo tiene su origen en mis primeros proyectos. Yo diría que se remonta a la Residencia para el Primer Ministro Irlandés —porque aquel proyecto ya implicaba esa idea que tiene que ver con el paisaje artificial—, y también a los estudios para los extensos campos de Vitra; y más tarde a cuando hicimos el V&A, donde la idea se desarrollaba en un conjunto interior escalonado, como si un paisaje pastoral comenzase realmente a ser succionado hacia el interior.

Al mismo tiempo, surgió la idea del “**pixelado**” y la agregación, que luego configuran el proyecto de Cincinnati. Por eso, si observamos el proyecto de Qatar y luego el de IIT —que funcionan con campos y fuerzas de campo—, vemos que también están relacionados con aquellas ideas de la **manipulación del suelo**. De modo que estamos hablando de dos actividades simultáneas: por una parte,

de la idea de un campo de **flujos y fuerzas**, y su implicación en polos extremos —como los trazados en delta para Roma, que se desbordan horizontalmente—; y por otro, paralelamente, trabajamos en un proyecto donde esos campos se enrollan y se mueven unos sobre otros de manera más ajustada, y se convierten en paisajes solapados —como en las Colecciones Reales de Madrid o en esos cuerpos enrollados y compactados del Reina Sofía—. Poco después, en los proyectos de Graz y Montreal, esas **fuerzas fluidas** se expresan con mayor claridad y se colocan de modo que crean una fuerte tensión con las estructuras tectónicas dentro de las cuales están moldeadas o encarceladas.

Por tanto, evidentemente hay una similitud, pero tiene más que ver con un **flujo** interiorizado, que por supuesto luego se detiene debido a la **frontera** con el exterior, aunque el flujo pretende traspasar esa línea.

Entonces, antes, cuando habla usted de “pixelado” frente a...

[...] Creo que el V&A fue el proyecto que inicia esa idea de pixelado, que consiste en usar un sistema estándar para conseguir la máxima fluidez, y eso conduce a la idea de la repetición. En el V&A utilizamos unos paneles volumétricos en suelos, paredes y techos. El flujo fluido ya no tiene que ver con las rampas, sino que se logra mediante un aterrazado pronunciado. Esto afecta a cómo se ven los **montajes**, que ahora se observan desde arriba y desde abajo. Para mí, todo esto está relacionado con la noción de succionar ideas del urbanismo y el paisaje hacia el interior del proyecto, de modo que si bien exteriormente podría parecer bastante normal, interiormente resulta mucho más denso; existe una **densidad** y una **condición líquida** internas. Con su austeridad exterior y su liquidez interior; ese proyecto es como un depósito.

¿Considera que el pixelado y el estriado son ideas formales?

Creo que cada cual ha de tener una especie de repertorio formal, aunque contenga conceptos o sistemas formales muy distintos. No obstante, hay una coherencia global que permite a estos lenguajes no sólo coincidir en el conjunto de una obra, sino también combinarse en un solo proyecto. Si tuviese que describir lo común y lo diferente de esas dos ideas [...], diría que ambas son **conceptos** de campo. Puede que una haga referencia a una escala más condensada, probablemente inclinada hacia la dimensión vertical, mientras que la otra lleva implícita la noción de un campo horizontalmente expansivo, un campo que empieza a convertirse en algo parecido a una organización urbana desplegada sobre un gran terreno, aunque todavía **condensada, implosionada e intensificada**. Desde el punto de vista pragmático, la diferencia entre ellas radica en que en el proyecto de Cincinnati articulamos una sola institución dentro de un único objeto, mientras que el proyecto de Roma contiene diversas instituciones en estado de **fusión** o cristalización, dependiendo de la perspectiva de cada cual. Podríamos hablar de un conjunto de edificios que deberían parecer un único proyecto, aunque al final se trate de una serie de edificios en lugar de uno solo. Éste es el desafío de articular la unidad en la diferencia, y de conservar la ambigüedad en la relación entre las partes y el todo.

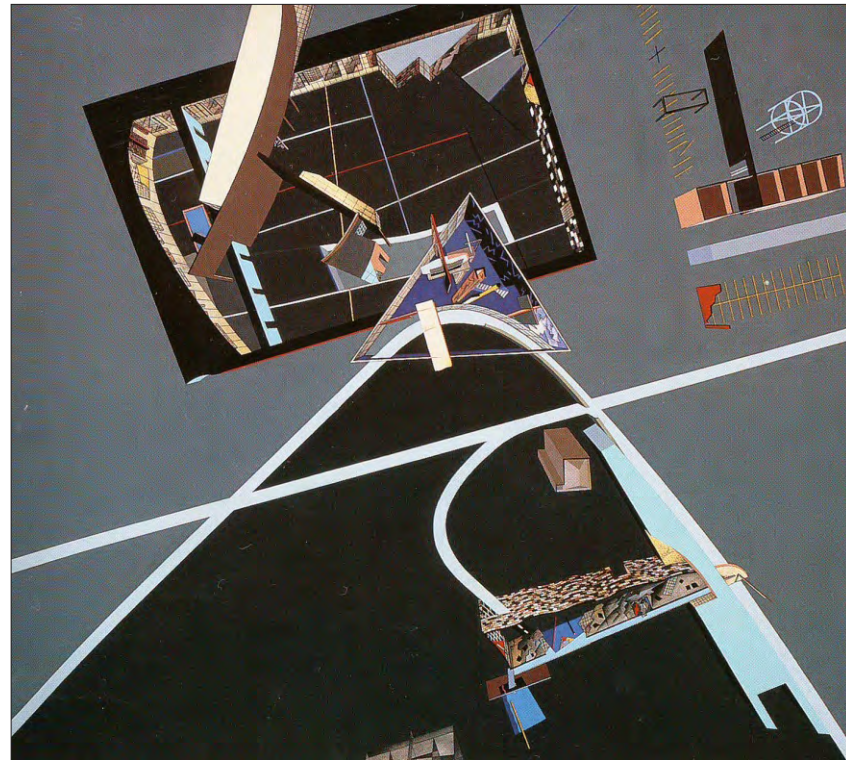


Ilustración 26. “Irish Prime Minister’s Residence”. Phoenix Park, Dublin, 1979. Por Zaha Hadid.

Imagen tomada de Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusi, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 5.

Puede buscarse una ambigüedad similar en cuanto a la relación del proyecto con la ciudad. La ciudad fluye hacia dentro y el proyecto fluye hacia afuera.

¿Y qué hay de los visitantes? ¿Cómo describiría las diferencias entre los dos proyectos desde el punto de vista de los visitantes? ¿Qué los distingue?

Lo que resulta similar es el sentido de descubrimiento espacial engendrado por la **complejidad** laberíntica de la composición espacial. El visitante nunca tiene más que visiones fugaces de los espacios que aún tiene que atravesar. Evidentemente, Cincinnati resulta mucho más intrincado, porque es mucho más pequeño. Pero hay una distancia artificial que se crea entre los espacios, y éstos son bastantes **distintos** en tamaño y proporciones, de modo que se desarrolla una experiencia muy fértil. En Roma el recorrido puede aprovecharse de una distancia real para desplegar esa complejidad.

¿Piensa que en el caso de Roma hay una cierta concepción del uso público del edificio según la cual la gente podría acceder a algunas de sus partes sin visitar necesariamente la colección?

Sí, se ha dicho eso mismo de Cincinnati, pero sólo en la planta baja, o tal vez en el teatro. En Roma, el lugar realmente se convierte en parte de la ciudad. Ya no está fortificado; se puede caminar por él y recorrer una explanada pública con **independencia** de que se vayan a visitar o no las galerías.

Entonces, ¿cuáles son los principales elementos de la planta baja que realmente condicionan el espacio?

En realidad hay muchos espacios **abiertos** en la planta baja del proyecto de Roma. No toda está ocupada. El emplazamiento de Roma es muy grande y está estructurado por **campos de fuerzas** y por trayectorias que atraviesan el solar. Siguiendo estas líneas de fuerza, rellenamos o “irrigamos” el solar con muros continuos. Cuando estos muros se cortan, crean y distribuyen tanto el espacio interior como el exterior. Así se crea mucho espacio abierto y mucho espacio intermedio. Eso ofrece al visitante **múltiples** opciones con respecto a su itinerario, que puede incluir el centro de arquitectura, la biblioteca o las galerías; por eso se trata realmente de un *campus* de las artes en contraposición al edificio como objeto único. Podemos elegir a qué sector del *campus* vamos a ir, e incluso cuando nos concentramos en el sector principal —que es el edificio de las galerías— de hecho podemos hacer un recorrido **distinto** cada vez que volvemos.

No es una idea singular. Es la idea de la **progresión espacial** en contraposición a la del recorrido lineal. De modo que se puede iniciar y probar un trayecto, y más tarde regresar y probar otro circuito.

¿Qué clase de orientación recibieron de los clientes en ambos casos, con respecto al modo en que pensaban que querían exponer las obras; y cómo respondieron a todo ello o lo cambiaron?

En Roma había una colección especial de obras —fechadas en 1969 en adelante y centradas en el arte povera— que constituía el supuesto núcleo de una colección de arte moderno y contemporáneo. Eran obras trascendentales que cuestionaban el objeto artístico tradicional proponiendo nuevas vías. Había muchas piezas apoyadas en el suelo, así como instalaciones especiales que creaban el espacio con la galería en lugar de ocuparla simplemente como ocurre con un cuadro colgado en la pared. Eso nos llevó a concebir la galería como una especie de **máquina de exhibición** para poner en escena el arte una y otra vez. El estriado implica posibles líneas donde colgar exposiciones y telones de fondo. Lo que proporcionamos es un **diagrama** de red abierta que permita una amplia **multiplicidad** de recorridos.

Muchos museos y galerías de arte pretenden tener una organización muy estructurada para los visitantes en lo relativo a la secuencia de espacios. Concretamente en Roma, debido a la fluidez de muchas de las estrías, parece haber



Ilustración 27. “MAXXI National Centre of Contemporary Arts”, 1997-, Roma, Italia.

Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 143.

algunas zonas que se traslapan con diferentes funciones. ¿Cómo afecta realmente la articulación formal del proyecto al modo en que se ven las exposiciones?

Por ejemplo, puede haber tres exposiciones distintas en tres bandas distintas, pero nuestro recorrido nos puede llevar a través de las tres de maneras diferentes.

Así que podemos ir sólo a una de las tres o a todas ellas en secuencia. Podría haber yuxtaposiciones de distintas muestras que revelasen las diferencias que están implícitas en nuestro sistema espacial. Nuestro **diagrama** indica también la posibilidad de articular exposiciones traslapadas.

¿Cómo funciona esta idea de hibridación o traslape en Cincinnati?

En Cincinnati hay muchos traslapos porque una galería [se] anida en el interior de otra. Una de las razones de que todos estos centros de arte contemporáneo se hayan desarrollado en Norteamérica es que quieren hospedar megaexposiciones que no pueden presentar en sus dependencias actuales. Así que necesitan flexibilidad. Pero, por otra parte, nos hemos **resistido** a esa idea de **apilar simplemente** unos espacios altos. Por el contrario, hemos tratado de aumentar la **variedad** del interior, esto es, hemos tratado de hacer cada galería lo más distinta posible en cuanto a tamaño, proporciones, orientación, luz, etcétera. Y todas estas diferencias están comprimidas en ese bloque de la esquina. Se puede ver una sala desde la anterior; no se puede ver una sala lejana, pero sí se verá la sala de arriba.

En Roma no existen esas **yuxtaposiciones** tan marcadas. Hay **traslapos** y las transacciones son más suaves. El modo en que se unen las trenzas es mucho más **fluido**.

Antes ha mencionado otros proyectos como parte de una categoría.

En realidad no son lo mismo, pero todos ellos están enlazados por la idea de la topografía y el paisaje, y por cómo estas nociones podrían interpretarse en función de los diversos programas.

En la sala de conciertos de Luxemburgo, la idea era reconstruir o continuar la colina mediante una formación paisajística artificial hecha de “**estratos** geológicos”, gracias a la cual las dos salas se articulan como “rocas” o “colinas” desde fuera y se experimentan como “valles” desde dentro.

[...] La organización de la planta realmente llega a resultar crucial en todos estos proyectos porque hacemos hincapié en una **nueva** lógica planimétrica. Esto comenzó hace diez o incluso quince años, con una especie de “caligrafía” de la planta.

En el modo en que se estructuran estas plantas y su implicación en la manera en que se **fluye** a través del solar resulta realmente importante, y creo que se puede experimentar con **nuevas** organizaciones geométricas susceptibles de **promover acontecimientos espaciales poco frecuentes**.

Curiosamente —aunque esto sea desviarnos un poco—, parece que con el desarrollo cada vez mayor de los paseos virtuales y de las animaciones se produce una especie de “desenfaticación” de la planta, porque la experiencia del paseo virtual es mucho más accesible que la propia planta.

La organización de la planta sigue siendo crucial, pero la planta no produce el proyecto mediante una simple extrusión. Normalmente, la planta se extrusiona y se repite de piso en piso: esto es una forma de producción en serie.

Podríamos observar de nuevo los dibujos que hice para la Residencia Irlandesa o para el proyecto del Hong Kong Peak Club. Por entonces hacía los llamados “**dibujos de rayos X**”, que muestran cómo la planta va cambiando de piso en piso en lugar de tratarse de una extrusión. Hace veinte años esta técnica gráfica fue trascendental para mí. Permite ver todas las plantas al mismo tiempo. Supone una **transparencia** o una integridad entre los pisos. Éstos se convierten en **estratos** de un **complejo** sistema de capas superpuestas.

Al examinar muchos de sus proyectos parece que usted da prioridad al papel que desempeña el paisaje. Volviendo al proyecto de Hong Kong, parece que el paisaje estaba allí, pero en muchos sentidos...

Era un telón de fondo.

Sí, se estudiaba más en relación con ciertos elementos o fragmentos dinámicos que por entonces habían alcanzado un momento de reposo con respecto al paisaje de la colina. ¿Cuándo se dio cuenta, de manera sistemática, de la importancia del papel del paisaje como condición que da vida a los proyectos? Porque en cuanto se menciona el paisaje, siempre aparece su conexión con el cuerpo y su dimensión experimental.

Creo que los dibujos de The Peak Club y los dibujos del El Mundo (los ochenta y nueve grados) fueron los primeros que tuvieron en cuenta las diferentes escalas del globo. En la colocación del Peak lo que intervenía era todo el campo topográfico, pero también la idea del espacio público como un espacio que se excavaba en los **estratos** comprimidos de la composición. Esto no tiene nada que ver con una plaza pública tradicional.

En el Peak hay una visión relativa a la invención de un nuevo paisaje para articular el vacío. Todo el proyecto consiste en este paisaje **inventado** y puramente sintético que llega a ser tan decisivo como el paisaje real. Este paisaje artificial sustituye a la formación rocosa natural, que se talla para preparar un campo donde hacer la incisión del proyecto.

Ya no hay una topografía natural, sino voladizos y rampas que se convierten en el **espectáculo**.

En los dibujos del Mundo, la pintura dio origen a ese gran estudio de la idea de manipular el suelo y combinarlo con lo que tiene debajo y encima. Poco a poco resultó que esto podía interpretarse como un proyecto. Este tema sigue reapareciendo en proyectos como el de los “Grandes Edificios en Trafalgar Square, donde el suelo se abre hasta la estación del metro que está debajo. Así que el espacio público ya no está fijado a una zona, sino que, por el contrario, se extiende entre el muro subterráneo y el nivel de la calle, y también sube aún más,

hasta una explanada elevada. La arquitectura se **extiende** en todas las direcciones espaciales en lugar de quedar bloqueada en un único plano.

Un planteamiento similar se aplicó en el concurso Victoria City Areal de Berlín, en el que se excavaba una cruz en el suelo; y luego en el edificio Tomigaya de Tokio, donde un proyecto muy pequeño se ampliaba bajo la tierra. El suelo se parte y se levanta, y eso permite ocupar el espacio subterráneo como si fuese otro suelo. Esto lleva a la idea de la **multiplicidad** de suelos. La cuestión era cómo crear muchos suelos y, con ello, crear estratégicamente muchos **estratos** cívicos o públicos para intensificar así la actividad cívica.

¿Podría ampliar esto en lo que afecta al uso del paisaje, en el sentido de su relación con la estructura organizativa, o el interés por el paisaje como planta? Con esto querría que nos hablase más sobre las relaciones entre lo formal y lo programático. Cuando habla de Cardiff describe cómo el paisaje funciona de un modo determinado: la interacción o la proximidad de ideas sobre el paisaje y la transformación de la tipología del teatro de la ópera. ¿Cómo cree que afecta esto al modo en que se usa este teatro de la ópera?

No tiene nada que ver con el paisaje. En realidad, Cardiff fue un intento de **apartarse de esa idea tradicional** de la masa sólida, en la que las grandes salas, los espacios de representación, están embebidas dentro de esa masa.

[...] Si observamos los teatros de la ópera convencionales, no sólo vemos que el espacio de la sala principal está embebido dentro de las masas, sino que también todas las actividades auxiliares están empaquetadas dentro del bloque compacto, incluso encajadas debajo del auditorio principal. De ese modo, nada resulta visible: no hay conexión alguna entre el programa real y su apariencia externa y, por tanto, no puede establecerse relación alguna entre la organización interna y el entorno urbano. Nos encontramos con un sistema de actividades completamente cerrado.

Otro tema del que tal vez deberíamos hablar es el concepto de **composición abierta** frente a composición cerrada. Estábamos intentando excavar la masa y, con ello, poner de manifiesto la vida interior de la Ópera. El resultado fue lo que llamamos el “collar invertido”. La banda del “collar” contiene todos los espacios de servicio y las dependencias auxiliares. Todos los espacios públicos de representación surgen de esa banda, al igual que el conjunto de las salas de ensayo. Estas “joyas” del collar están vueltas unas contra otras en la parte interior para crear un **complejo** patio público situado encima de la burbuja. Se obtiene así un universo muy peculiar dentro de ese recinto. Todo el funcionamiento diario del teatro se manifiesta al exterior, de manera que los vestuarios y los talleres —que normalmente están escondidos en el sótano— se pueden ver desde fuera del edificio.

Haciendo esto conectamos inmediatamente el programa del teatro con el entorno urbano. Se maneja así la escala del interior frente a la escala del exterior.

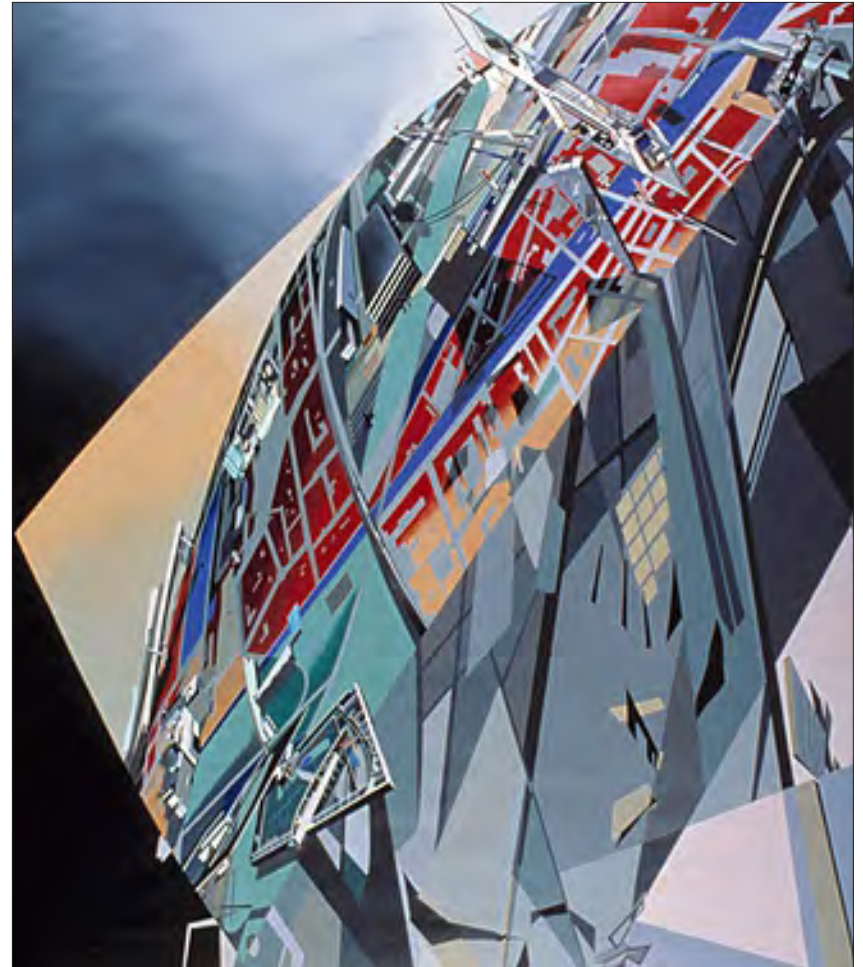


Ilustración 28. “El Mundo (89 grados)”, por Zaha Hadid, acrílico sobre tela, 83 7/8 por 72 1/16 pulgadas, 1983.

Tomada de la página “Art/Museums” en www.thecityreview.com/zaha36.jpg. Consultada en octubre de 2007.

Lo que hacemos es, fundamentalmente, eliminar todo lo que impida ver claramente el programa. A partir de esto, resulta interesante la idea del paisaje como algo semi-interior en el patio. Realmente se puede ver el interior de las salas de ensayo y observar la actividad del teatro. Desde la calle se puede ver cómo la gente se mueve arriba y abajo, y cómo se trasladan los decorados por los corredores acristalados de la parte trasera del escenario.

Estas partes traseras suelen ser sólo muros ciegos. Por eso la decisión

organizativa más importante fue que el trabajo diario de la ópera no quedara oculto.

Pero, ¿en qué punto, por ejemplo, esta analogía con un collar entra en juego como un mecanismo productivo con el que reconsiderar las ideas de dejar a la vista los vestíbulos o los locales de trabajo?

[...] La lógica de la institución ofrece una especie de requisito previo en cuanto al modo en que funcionará, pero nuestra interpretación permite el acceso público no sólo al vestíbulo, sino también al patio, que, si no, habría quedado oculto. Por eso tenemos esa dimensión programática que significa que este espacio se convierte en otro lugar de la ciudad. Ya no es un objeto inaccesible. El Teatro de la Ópera, como tal, es mucho más **visible** y por ello invita a la gente a entrar. Esto podría facilitarse aún más mediante proyecciones exteriores o interiores, o bien actos que puedan celebrarse en torno a esta clase de edificio. De este modo, el proyecto se hace mucho más urbano.

¿Podría profundizar en las repercusiones de esta arquitectura?

[...] Se trata también de un modo de vida porque, cuando se simplifica, se puede hablar de fortificación del lugar, algo que no tiene que ver simplemente con bloquear el acceso porque los bordes estén fortificados; es que no se permite penetración alguna en el lugar en cuanto al acceso, o visualmente, o con respecto a las conexiones urbanas. Por el contrario, nosotros siempre acabamos manejando la idea de cómo hacer un emplazamiento mucho más **poroso** para permitir que toda clase de flujos se muevan a través de él, tal vez no de manera completa o indiscriminada, sino más bien una aceleración selectiva de algunos flujos o una ramificación de tales flujos en muchas pistas, que permitan a la gente seguir sus trayectorias, asistir a los actos que se celebren, congregarse, citarse, esperar que deje de llover o cualquier otra cosa. Por eso estos lugares urbanos ya no son territorios privados, sino más bien **territorios de la ciudad**.

Un edificio en el que ha tenido ocasión de explorar algunas de estas ideas relativas a las bandas y a los vínculos con el paisaje es el de "LF-One" (el pabellón de la Exposición de Paisajismo y Jardinería de Baden-Württemberg, celebrada en 1999). ¿Qué descubrió al construir este proyecto que reafirmase sus ideas originales, o por el contrario, demostrase que eran erróneas? Parece un caso ejemplar (el proyecto no tiene escaleras).

En el proyecto LF-One, la suave rampa nos va elevando desde el suelo y nos permite contar con tres o cuatro puntos de acceso, y con varios puntos de vista **insólitos**. Todos son muy distintos. Se puede entrar por un lateral, o desde arriba y en cada ocasión podemos ver a la gente moviéndose a través del edificio por distintos caminos.

Las conexiones y adyacencias que esto crea, o las estrechas relaciones entre el dentro y el fuera, o las distintas capas de gentes que se cruzan: son todas experiencias diferentes del edificio que confirman algunas de mis intuiciones

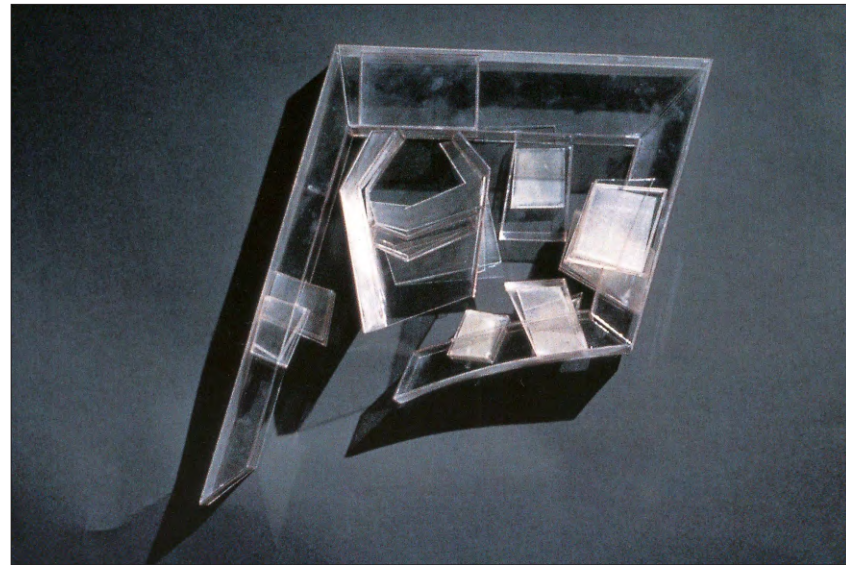


Ilustración 29. Maqueta del "Cardiff Bay Opera House". Cardiff, 1994 - 1996. Por Zaha Hadid.

Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 25.

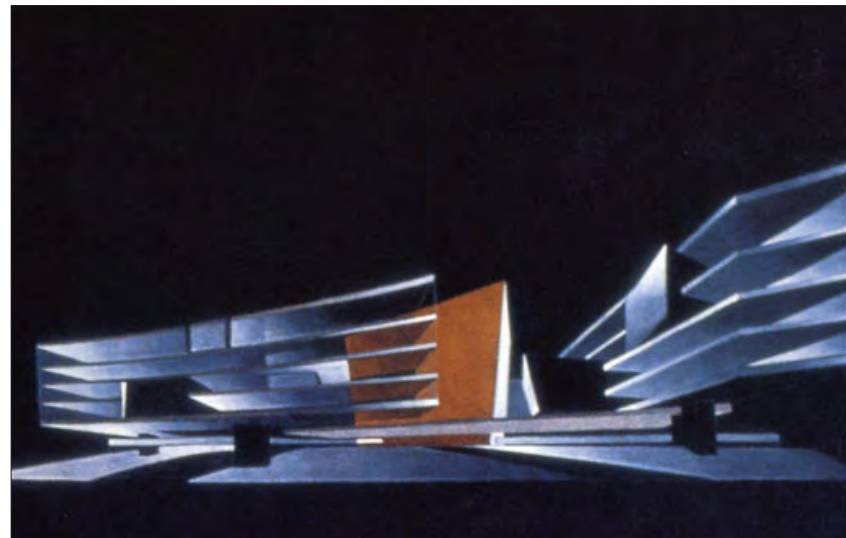


Imagen 30. Dibujo para el proyecto "Cardiff Bay Opera House", 1994. Por Zaha Hadid.

Imagen tomada de la página "Design Museum / The British Council / The design in Britain", <http://www.designmuseum.org/design/zaha-hadid>. Consultada en noviembre de 2007.

sobre un posible espacio público.

Se trata de ofrecer un espacio que, de manera variada, proporcione a la gente un **placer**, un **goce**, un **descanso** y un **bienestar** similares a los que podrían disfrutar en el paisaje. La idea consiste en crear realmente espacios cívicos que tengan esa posibilidad de ofrecernos **placer**. La intención no es sólo cuestionar el modo en que la gente usa el espacio —su manera de vivir o su forma de trabajar—, sino también proporcionar una sensación de **bienestar**. Creo que a veces perdemos de vista la cuestión de para qué sirve todo esto. Lo verdaderamente primordial consiste en añadir algo a nuestras vidas. Esto supone **reinventar permanentemente** las formas de nuestro marco vital, **cuestionar** la visión que tenemos de él y cómo lo habitamos. Para mí, esto conduce a un producto urbano mucho más **permeable** que ya no tiene que ver con la fortificación de lo privado frente a lo público. La planta baja debería estar **abierta a todo el mundo** y permitir así mucha más interacción y muchas actividades simultáneas. A medida que nos elevamos dentro del edificio, éste podría ir haciéndose mucho más tranquilo y privado, pero en mi opinión la planta baja es realmente de la ciudad y debería tener mucho más **porosidad**. Esto no excluye la pretensión de obtener beneficios comerciales.

Ha mencionado usted el tema de los mecanismos o medios de representación. ¿Cómo considera que ha cambiado su enfoque en los últimos cinco años?

Todavía pienso que en nuestros proyectos más recientes, como por ejemplo en el del IIT, los dibujos siguen siendo trascendentales. No se les da mucha importancia, pero yo considero que son cruciales, porque el ordenador muestra lo que podríamos ver desde varios puntos de vista escogidos. Pero creo que esto no nos ofrece suficiente **transparencia**; resulta demasiado opaco. Me parece mucho más bonito en la pantalla que cuando se imprime en papel, porque la pantalla confiere luminosidad y el papel no —a menos que se haga mediante una pintura—. También creo que a medida que se avanza, se puede improvisar mucho más con el dibujo. Cuando se está haciendo un dibujo hay otro nivel de actuación, y esto es algo que falta en la representación iconográfica. [...] Hay quien tiene una capacidad increíble para manejar el modelado tridimensional en el ordenador, pero no me parece tan valioso. Se pueden conseguir algunas cosas gracias a la tecnología, pero no se puede **abstraer** de la misma manera.

En cualquier caso, como estoy aquí sentada con quince o veinte pantallas de ordenador delante de mí, dispongo de otro repertorio. Se puede ver la sección, la planta y varias visualizaciones tridimensionales en movimiento al mismo tiempo, y claro, en la imaginación todo ello se puede ver de otra forma. Así que no estoy segura de que todo esto debilite o refuerce la visión de cada uno. Sólo creo que es un modo distinto de hacerlo. Además, seguimos haciendo maquetas físicas —siempre—, y yo personalmente sigo haciendo todavía los croquis.

Pero en sus dibujos a menudo se abordaban algunas nociones de distorsión, lo que permitía reconsiderar ciertas convenciones.

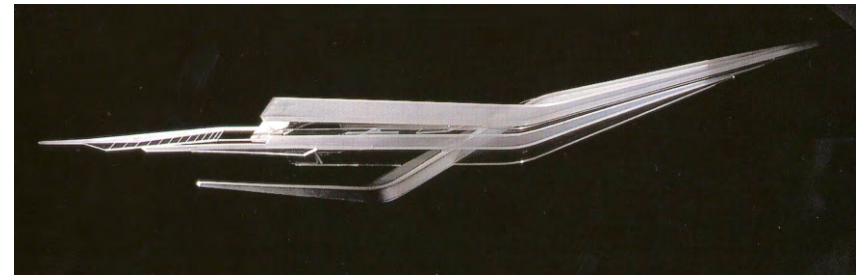


Ilustración 31. "Landscape Formation One Pavillion (LF-One) / Landesgartenschau ", Weil am Rhein, Alemania, 1996-1999. Por Zaha Hadid / Patrik Schumacher, Mayer-Bährle.

Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation*, Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 23.



Ilustraciones 32 y 33. "LF One".

Imágenes tomada de la página "Flickr", http://www.flickr.com/photos/nickehret/49987095/in/p_hotostream/
Consultada en noviembre de 2007.

Sí, pero lo interesante es que al tiempo que hacíamos estos dibujos estas ideas nos permitían ver el proyecto desde cualquier perspectiva, posible o imposible. Pero lo bonito de los dibujos muy elaborados es que, como lleva tanto tiempo trazarlos, hay ocasión de añadir muchas capas. Y con las maquetas físicas lo que te ofrece oportunidades de diseño es la naturaleza peculiar del material. Como siempre hago el modelo del terreno con **metacrilato** (ver la ilustración 34), empiezo a ver cierta similitud entre el espacio líquido y



la roca. Tales “descubrimientos” pueden ser productivos. Sencillamente por usar las maquetas, casi de casualidad, se puede empezar a mirar ciertas cosas de modo distinto. Por eso digo que la forma de presentación empieza a configurar la obra y darnos ideas. En el caso del proyecto de Tomigaya, hicimos unos dibujos muy difíciles en los que veíamos todo simultáneamente en 3D. Esto coincidió en el tiempo con la aparición de las maquetas de metacrilato, hace diez años.

¿Qué significa ver de manera **transparente** a través de un edificio? Para nosotros, una de las implicaciones fue percatarnos de que no teníamos por qué obligar a que la circulación vertical funcionase como una extrusión o como un núcleo vertical, sino más bien permitir que el recorrido vertical cambiase de un piso al siguiente. Esto se descubrió porque teníamos las distintas plantas superpuestas unas con otras, con objeto de definir un **nuevo** modo de conectar los pisos.

Antes ha hablado de las ventajas de ver todos estos monitores diferentes al mismo tiempo, pero, ¿cuáles considera que son las transformaciones ocurridas en su estudio en relación con el uso de los ordenadores y con respecto a la representación? ¿Piensa que el estudio se ha embarcado en una crítica de las convenciones de la representación generada por ordenador, del mismo modo que sus dibujos fueron una crítica a los dibujos tradicionales?

No. Puede decirse que esos dibujos tan elaborados y complicados —y no quiero decir con esto que estuviesen definitivamente terminados— cumplieron con una misión en su momento. Por entonces yo no podía presentar mis trabajos de manera convencional. **Los trabajos no podían hacerse sólo con plantas y secciones.**

Es cierto que había un componente de **agitación** que pretendía poner en cuestión las convenciones habituales. Pero no basta con hacer simplemente algo que sea distinto desde el punto de vista formal. Creo que hace veinte años, cuando mi repertorio formal ya se había desarrollado, en cada trabajo se abordaba primero la idea del proyecto, y luego se elaboraba formalmente. Nunca hemos empezado explícitamente con la intención de hacer un descubrimiento formal; nunca hemos empezado un dibujo con la predicción de que íbamos a descubrir algo. Todos esos dibujos tan elaborados, necesitaban un **guión**. Y se desarrollaban para mucho tiempo. Así que yo diría que el repertorio formal que surgió no era completamente accidental, sólo tal vez un poco al principio, antes del desarrollo del proyecto. Pero se hacía primordialmente con dibujos muy precisos y maquetas previas que eran casi como los dibujos, en cuanto a que configuraban la obra con bocetos.

Ya ha mencionado de qué manera ha cambiado su enfoque, pero ¿piensa que hay algún tema en particular que caracterice su trabajo, especialmente en los últimos cinco años?

En mi opinión ha habido un cambio gradual desde una dimensión plana hasta otra mucho más volumétrica y espacial. Antes veíamos el espacio como

algo generado entre planos, y ahora hay un repertorio espacial mucho más **abierto** y variado. Existen **nuevas** interpretaciones basadas en la investigación, como nuestros estudios sobre las formaciones del paisaje natural. Todavía nos interesa esta idea de las capas, que se remontan al proyecto del Peak, hecho con muchos **estratos**, como si se tratase de una acción geológica. Hay muchas cosas que se remontan a esas ideas, pero mientras que antes las capas de un proyecto estaban más compartimentadas, ahora son mucho más complejas y tienen menos interrupciones. [...] Creo que si se observan estas analogías ahora —después de todas nuestras experiencias sobre cómo abordar el solapamiento espacial, las interpenetraciones y las yuxtaposiciones— hay que reconocer que en este tiempo hemos encontrado algunas vías para articular esos **conceptos** de manera mucho más fluida. En lugar de las colisiones, lo que nos interesa ahora es fundir esos espacios, y la idea fundamental de la explosión se interpreta ahora de un modo muy distinto. Eso nos proporciona, creo yo, una **nueva** manera de afrontar programas muy grandes.

Esto es lo que hemos intentando hacer en los museos durante los últimos cuatro o cinco años: responder a la cuestión de cómo tratar el museo no como un objeto, sino como un **campo de espacios** con muchos **montajes** simultáneos.

De lo que quería que hablase es de cómo se produce un cambio general en cuanto a su obra. Creo que hay una vía por la cual esta colaboración con la ingeniería está adquiriendo un reconocimiento más explícito.

Bueno, lo que pasó tiene mucha relación con la decadencia de la arquitectura postmoderna, que realmente **no exigía** ninguna clase de **ingenio** en la ingeniería, porque consistía en construir edificios que eran estructuralmente triviales y con un exterior muy macizo. Normalmente tenían un entramado muy simple de acero que luego se recubría. No había necesidad de ingeniería innovadora alguna.

Tal vez podríamos pasar ahora a hablar de un tema algo distinto: ¿ha cambiado de algún modo la estructura de trabajo de su estudio en los últimos años? Sé que ha desarrollado algunos proyectos en estrecha colaboración con Patrik Schumacher, y creo que otras personas del despacho están adquiriendo mayor reconocimiento en



Ilustración 34. Maqueta en metacrilato del Centro de Arte Rosenthal, Cincinnati, Ohio, USA. Por Zaha Hadid.

Imagen tomada de la página “ARCHIweb”, <http://www.archiweb.cz/buildings.php?type=arch&action=show&id=899>. Consultada en octubre de 2007.

cuanto a su participación y su responsabilidad, en particular ahora que el estudio está ocupado en un número cada vez mayor de proyectos. ¿Cómo funciona su colaboración con otras personas dentro del marco de estudio?

Siempre he dejado bien claro que mi estudio es algo **colectivo**. Me encanta que así sea. Nunca lo he concebido como un empeño individual, como mi actividad personal, como si todo lo pudiese hacer sola. Realmente hacen falta las aportaciones de todo el mundo. Yo diría que en muchos de los proyectos todavía ocurre que yo misma tengo que pensar la idea central. Pero un proyecto nunca se crea sencillamente de una idea. Una idea necesita desarrollarse. La gente pensaba que eso lo hacía yo en un abrir y cerrar de ojos.

[...] Para mí eso incluye ver a otras personas trabajando en maquetas y dibujos de los que yo hago los croquis. Pero yo diría que personas como Brian o Patrik pueden hacer gran cantidad de trabajo original en el estudio utilizando su propia energía.

¿Merece la pena agrupar determinados conceptos programáticos, precisamente porque mediante reelaboraciones formales esas posibilidades se transforman en algo nuevo?

No. Lo que digo es que nuestra tendencia va siempre en la dirección de **questionar** la tipología, es decir, de cómo replantearse el espacio de un museo, una terminal, incluso un estacionamiento. Esta es la razón de que todo se haga casi simultáneamente. Siempre he creído que en todos y cada uno de los productos hay más de una **fuerza** que actúa sobre ellos.

[...] Por eso se piensa simultáneamente en la forma y en un programa con **múltiples** facetas. Ahora bien, ambas cosas no concuerdan perfectamente entre sí de modo inmediato. Eso lleva mucho trabajo de elaboración. Lo que digo es que en última instancia el **diagrama** tiene que encajar. Puede que no encaje con un planteamiento existente, pero paulatinamente comienza a surgir con su propia razón de ser, y entonces se convierte en **otro espacio**.

Algunas de las obras recién terminadas —como la Zona de la Mente en la Cúpula del Milenio de Londres, o el Aparcamiento y la Terminal de Tranvías en Estrasburgo— abordan temas relacionados con las infraestructuras.

En realidad, el proyecto de la Cúpula fue interesante porque se trataba de un edificio que no era tal, sino que estaba dentro de otro edificio. Se concibió en sección, relacionándolo con la propia sección de la cúpula. Otro aspecto interesante fue la investigación y la aplicación de **nuevos materiales**, como los paneles de policarbonato reforzado con fibra de vidrio que usamos en todas las superficies, incluido el suelo.

[...] La experiencia real de la Zona de la Mente en la Cúpula del Milenio resultó interesante debido a su **complejidad** geométrica. Creaba una extraña identidad, pero funcionaba bien para el **montaje**: nunca se veía una sola cosa aislada;

siempre se veían dos o tres capas juntas. El **recorrido** y la **secuencia** de exposiciones se pliegan de modo que siempre se puede ver lo que se va a ver después, al tiempo que nos recuerda retrospectivamente lo que hemos visto hace un rato. Ya no se trata de aislar las experiencias a medida que nos movemos de una sala a la siguiente. La idea consiste más bien en verlas casi al mismo tiempo.

Puesto que estamos hablando de este tema de las realidades múltiples o de las proyecciones múltiples, podríamos referirnos de nuevo a la idea de ver los monitores de los ordenadores en el estudio. ¿Piensa que realmente hay un deseo deliberado de construir un espacio cinemático?

En cierto sentido está relacionado con eso, sin duda, pero la cuestión es cómo conseguirlo con el **movimiento** en el espacio. ¿Cómo se resuelve un **argumento** secuencial? Nuestra visión ya no está restringida, ya no consiste en una serie de acontecimientos separados vistos uno tras otro, sino en que todas las capas actúen al mismo tiempo. Cuando hicimos Vitra, resultaba misterioso que por el simple cambio de la geometría —por la manera de colocar cada una de las partes en el espacio— surgía lo que denominamos una **“dinámica espacial”** que no funcionaba continuamente, sino que más bien actuaba, dejaba actuar, y actuaba de nuevo. No venía dada por un recorrido establecido.

Me gustaría pasar al tema de la teoría, a cómo se han debatido los proyectos. En muchos sentidos, creo que usted misma ha sido probablemente la mejor defensora de su obra. ¿Qué opina del modo en que se ha teorizado sobre ella? ¿Qué piensa del periodo posterior a la desconstrucción? En su obra hay muchas situaciones y cualidades que han sido analizadas y discutidas, bien en cuanto a los temas formales que hemos analizado antes, o bien en relación con aspectos de la abstracción, el pixelado o el paisaje.

En realidad nunca he tenido plena conciencia de todo esto de la desconstrucción. Para mí consistía en apartarse de la arquitectura historicista y postmoderna. Manejábamos volúmenes cambiantes, yuxtaposiciones y colisiones. En mi opinión el discurso actual sobre lo ininterrumpido y lo fluido en realidad proviene de aquello. No creo que el proyecto del desconstruccionismo tenga que ver con el **collage**. Todo ese extraño espacio que surgía entre los objetos que parecían haber colisionado llegó a ser otro rasgo característico. La diferencia es que las primeras obras parecían mucho más descaradas y agresivas. Por entonces ese era el único modo de abordar esos **nuevos** fenómenos. Más adelante fueron esos espacios ocultos los que llegaron a ser más importantes que resultaban evidentes. Esos espacios ambiguos, cuando se investigaban aún más y se desarrollaban, daban realmente su fruto. [...] Lo que examinábamos era la diferencia fundamental, a escala urbana, entre los **sistemas** organizativos cerrados y los **abiertos**. Esto implicaba también el rechazo de los productos genéricos producidos en serie; en su lugar, se adoptaba un producto que era diferente para cada caso. El espacio ya no se conseguía por extrusión, y creo que un punto muy importante era que ya no había esa interminable repetición y estriación horizontal de cientos de pisos idénticos. En su lugar comenzaron a surgir ideas sobre la **complejidad** como fuerza impulsora de la organización del

espacio”.⁽³⁷⁾

El lunes 31 de mayo de 2004, en el museo “State Hermitage” en San Petesburgo, Rusia, la arquitecta Zaha Hadid recibió de manos de Thomas J. Pritzker, presidente de la Fundación Hyatt, el premio Pritzker 2004, convirtiéndose en la primera —y hasta la fecha, única— mujer galardonada con tal distinción. Después de los discursos de Mikhail B. Piotrovsky, director del Museo, Valentina I. Matvienko, gobernadora de San Petersburgo, Alexander S. Sokolov, ministro de comunicaciones de la Federación Rusa, Lord Rothschild, presidente del jurado del premio Pritzker y de, por supuesto, Thomas J. Pritzker, tomó la palabra Zaha Hadid. A continuación, se presenta el discurso de la arquitecta, a través del cual podemos encontrar los intersticios que nos permitan tener acceso a su pensamiento:

“Estimados Cindy Pritzker, Tom Pritzker y familia Pritzker, estimados miembros del jurado, amigos y colegas, damas y caballeros, este es un gran honor, y para ser honesta... es un placer delicioso recibir este muy especial reconocimiento.

Todos tenemos que agradecer a los Pritzker por promover la **innovación** de la arquitectura en esta forma tan especial.

Cuando conocí a Jay y a Cindi Pritzker con los Palumbus en la casa *Farnsworth* de Mies hace siete años no tenía idea de que yo misma, un día, iba a disfrutar de su generoso patrocinio a la arquitectura.

El honor de este premio viene en una época de mucho trabajo, y me abre un bienvenido espacio para la reflexión.

Quisiera tomar este momento como una oportunidad —supongo que con mucho retraso— para **agradecer** a mi familia, amigos, maestros, estudiantes, colaboradores y clientes —quienes me han patrocinado por tantos años, quienes comparten mi **pasión** por la arquitectura y quienes continuamente me animan en mis ambiciones— gracias a todos, de verdad aprecio esto.

Hay ciertos nombres que debo mencionar en particular: Rem Koolhaas y Elia Zenghels han sido mis maestros cruciales. Su entendimiento y entusiasmo por la arquitectura motivaron mi vocación y su entusiasmo me enseñó a confiar hasta en mis más extrañas **intuiciones**.

Alvin Boyarski —el fantástico director de la Architectural Association (AA) durante mis años de estudiante y de profesor— me ofreció mi primera plataforma para exponer mis ideas. Él abrió un campo en el mundo profesional de la arquitectura al erigir una plataforma para la experimentación.

Ilustración 35. “The Mind Zone”, Millennium Dome, Londres, 1997-200, por Zaha Hadid.

Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation*, Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 34.

Por su parte, Peter Rice merece mi reconocimiento como un brillante ingeniero quien me dio su apoyo incondicional al principio de mi carrera, cuando mis proyectos parecían difíciles de construir.

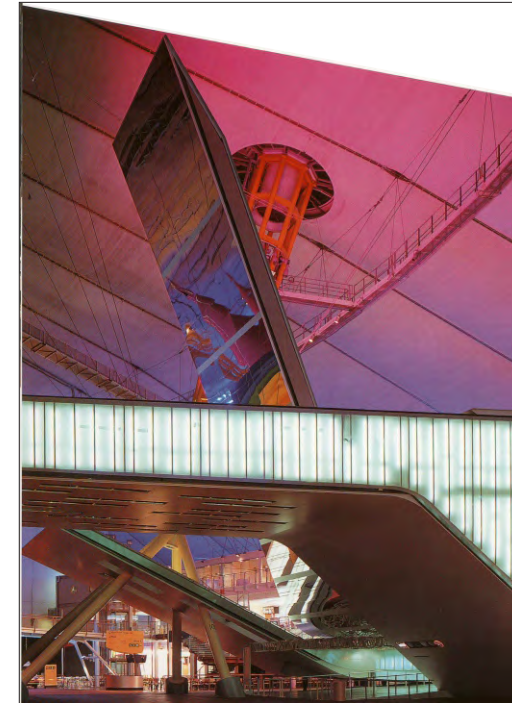
Quiero agradecer a Rolf Fehlbaum por su compromiso y su fe como el cliente que me concedió el tiempo y la libertad artística para concretar mi visión del espacio por primera vez.

Naturalmente, mi obra es el resultado del trabajo de **muchos talentos** y de **muchas más manos trabajadoras**.

Conforme el trabajo se expande, una de las primeras tareas es la de forjar un **grupo de colaboradores** inspirados (Michael Wolfson y Brian Ma Siy al principio; Markus Dochantschi... Actualmente mis líderes de proyecto incluyen entre otros a: Graham Modlen, Woody Yao, Jim Herverin, Christos Passas, Sephane Hof, Sarah Klomps, Gianluca Racana, Paola Cattarin, Ken Bostock y Jan Hübener).

Finalmente, quiero reconocer la tremenda contribución de Patrik Schumacher. Como un agradable colaborador por muchos años y por muchos por venir, él trae una influencia sustancial al trabajo. Hay **mucho más gente** que tiene un lugar dentro de los esfuerzos que hoy se están reconociendo con este gran premio. Mucha de ella están aquí esta noche. Muchas gracias a todos.

Antes de hablar sobre mis ambiciones actuales, quisiera reflexionar sobre las influencias formativas en el desarrollo de mi carrera. La primera cosa que quiero mencionar es mi moderna educación laica en Iraq. Tengo que agradecer a mis padres por su pensamiento abierto y culto, así como su apoyo incondicional.



En muchas partes del mundo en desarrollo, hay actualmente una creencia inviolable en el progreso y un gran **optimismo** acerca del potencial de construir **un mundo mejor**. Aunque el momento histórico de este periodo no puede ser sostenido, **jamás pierdo este esencial sentido del optimismo**.

Parece que mis hermanos mayores compartieron este **optimismo**. Me pregunto cuáles fueron las claves que los inspiraron para sugerir que yo debería convertirme en la primera mujer astronauta de Iraq o estudiar arquitectura en Rusia.

El **espíritu de aventura** para abrazar la nueva e increíble creencia en **el poder de la invención** de verdad me **sedujo** a la Rusia de vanguardia. Aquí fue cuando me uní al estudio de Rem y de Elia en la AA de Londres a mediados de los años setenta.

Fue estudiando el trabajo **revolucionario ruso** que descubrí cómo la arquitectura moderna se construye sobre la ruptura del pensamiento conseguido por el arte abstracto en una conquista del previamente inimaginable reino de **la libertad creativa**. El arte era usado para hacer una re-presentación en lugar de una **creación**. La **abstracción** abrió la posibilidad de una **libertad sin ataduras**.

El compromiso con **Malevitch** y **El Lissitzky** en mis primeros trabajos en la AA me permitió revivir este estimulante momento histórico. Fue importante regresar a esta fuente original de energía que ha inspirado a la arquitectura moderna. De hecho, aquí hubo un entusiasmo increíble y una inesperada **diversidad** de acercamientos (de verdad espero que estos tesoros de la temprana arquitectura de vanguardia pueda sobrevivir al repentino aumento de la expansión económica de la que estamos siendo testigos en la Rusia de hoy).

Un resultado concreto de mi fascinación con Malevitch en particular, fue que yo adopté a la **pintura** como una **herramienta de diseño**. Este medio se volvió mi primer dominio de la **inventiva** espacial. Me sentía limitada por la pobreza de los sistemas tradicionales de dibujo arquitectónico y busqué **nuevas** formas de representación.

El uso obsesivo de las proyecciones isométricas y perspectivas me llevó a la idea de envolver y distorsionar el espacio para ganar **dinamismo** y **complejidad** sin perder su coherencia y su continuidad. A pesar de su abstracción, este trabajo siempre estuvo dirigido hacia la realidad arquitectónica y hacia la vida real.

Una de las tareas que me impuse a mí misma fue la de darle continuidad al proyecto incompleto del modernismo, dentro del espíritu experimental de la vanguardia temprana radicalizando algunas de sus técnicas de composición como la **fragmentación** y la utilización de **capas**.

El significado de la fragmentación es el de abrir los volúmenes herméticos, ofrecer **porosidad** en lugar de fortificación.



Ilustración 36. Suprematismo (Supremus N56), por Kazimir Malevich, 1916. Óleo sobre tela, 80,5 x 71 cm. El Museo Ruso, Sn. Petersburgo.

Tomada de Kazimir Severinovich MALEVICH
http://www.russianavantgard.com/master_pages/Master%201%20%20Kazimir%20Malevich.html
 Consultada en octubre de 2007.

Yo siempre he estado preocupada por la animación de la condición del suelo. Éste tiene el potencial urbano más alto y ha sido negado sistemáticamente por la arquitectura tradicional. El terreno debe abrirse y multiplicarse. Yo uso el **concepto** de paisaje artificial y la topografía como medio para impregnar el terreno con actividades sin perder la fluidez y sin descomponer la geometría urbana. La última arquitectura es, sobre todo, la creación de entornos para todos los aspectos de la vida social. Sin embargo, la sociedad contemporánea no está

parada e inmóvil. Los arreglos espaciales se desarrollan con los patrones de la vida.

Como dijo Mies van der Rohe: “La arquitectura es la voluntad de una época, que vive, que cambia, nueva”. Creo que **lo que es nuevo en nuestra época es el nivel de complejidad social. Ya no hay más fórmulas simples. No más soluciones globales y poca repetición.**

Creo que **las complejidades y el dinamismo de la vida contemporánea no pueden ser moldeadas en formas platónicas simples proveídas por el canon clásico**, ni que el estilo moderno proporcionará suficientes formas de articulación. Nosotros tenemos que ocuparnos de los **diagramas** sociales que son más complejos y estructurados cuando son comparados con los programas sociales del periodo moderno temprano.

Mi trabajo, por lo tanto, ha tenido que ver con la expansión del repertorio de composición disponible para los urbanistas y diseñadores para sobrellevar el incremento de la **complejidad**. Lo anterior incluye el esfuerzo de organizar y expresar los procesos dinámicos dentro de una construcción espacial y tectónica.

Esta ambición opera en muchas escalas: desde la organización de los campos urbanos completos, a través de edificios de varias escalas, hasta llegar al espacio interior.

El sentido inicial de la **abstracción** y la extrañeza es inevitable y no un signo de obstinación personal. Mi primera preocupación siempre ha sido con la organización y no con la expresión.

Al mismo tiempo que la sociedad que no descansa presiona a la arquitectura al establecer un nuevo juego de problemas característicos, **las nuevas herramientas digitales** empujan a la arquitectura hacia un territorio de oportunidades no explorado.

Esta es una de mis preocupaciones: el desarrollo de un lenguaje orgánico de la arquitectura, basado en estas **nuevas herramientas**, que nos permiten integrar formas altamente complejas en un todo fluido y sin juntas. El punto excitante es que estas ambiciones se han movido del **lienzo** a los diferentes **sitios de construcción**. Y espero que este hito del premio Pritzker me dará un fuerte empujón en esta dirección”.⁽³⁸⁾

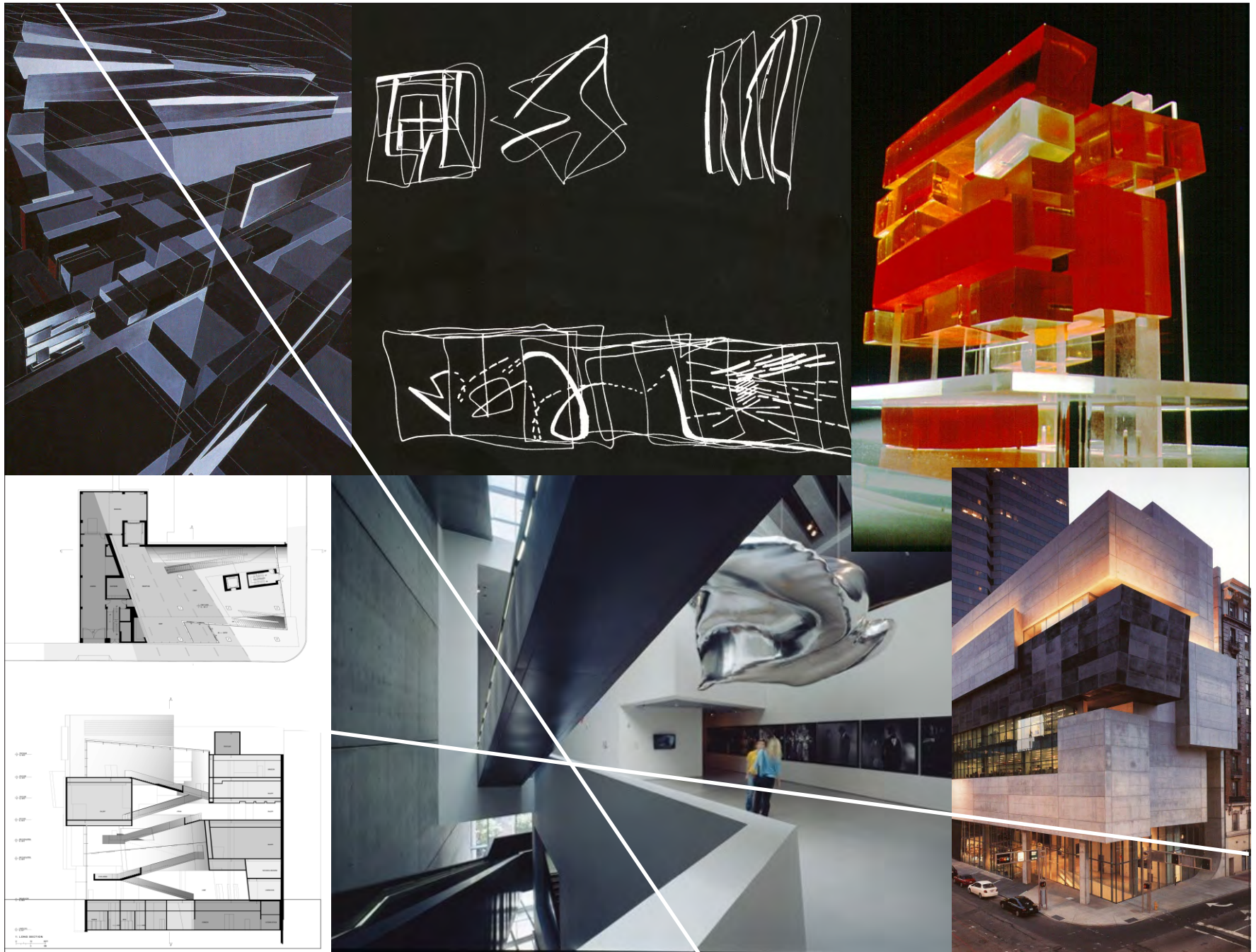
“Nada parece inocente en cuanto expresamos, en efecto. A veces se revela en las frases la idiosincrasia de una colectividad, a menudo, el pensamiento particular de quien habla”.⁽³⁹⁾ Con base en lo anterior, presento las palabras que, a mi juicio, revelan el pensamiento arquitectónico de la arquitecta Zaha Hadid:

“Complejo”, “nueva situación urbana”, “pixelado”, “agregación”, “manipulación del suelo”, “flujos”, “fuerzas”, “fluídos”, “frontera”, “fluidez”,



Ilustración 37. “Malevich’s Tektonik”, Zaha Hadid, 1976-1977. Londres, Reino Unido. Tomada de “The Pritzker Architecture Prize 2004 presented to Zaha Hadid”, p. 37.

Tomado de *The Pritzker Prize*
<http://www.pritzkerprize.com/143/mono2004/hadid.pdf>
Consultada en agosto de 2007.



“montajes”, “densidad”, “condición líquida”, “conceptos”, “condensada”, “implosionada”, “intensificada”, “fusión”, “abierto”, “campos de fuerza”, “múltiples”, “distinto”, “progresión espacial”, “máquinas de exhibición”, “diagrama”, “multiplicidad”, “variedad”, “yuxtaposiciones”, “traslapes”, “estratos”, “fluye”, “promover acontecimientos espaciales poco frecuentes”, “dibujos de rayos X”, “transparencia”, “inventado”, “espectáculo”, “extender”, “composición abierta”, “visible”, “poroso”, “insólito”, “placer”, “goce”, “descanso”, “reinventar”, “cuestionar”, “permeable”, “transparente”, “agitación”, “guión”, “campos de espacios”, “otros espacios”, “nuevos materiales”, “complejidad”, “recorrido”, “secuencia”, “movimiento”, “argumento”, “dinámica espacial”, “sistemas abiertos—cerrados”, “innovación”, “pasión”, “intuiciones”, “muchos talentos”, “grupo de colaboradores”, “optimismo” (repetido hasta tres veces), “mundo mejor”, “espíritu de aventura”, “el poder de la invención”, “sedujo”, “libertad creativa”, “creación”, “abstracción”, “libertad sin ataduras”, “Malevitch”, “Lissitzky”, “diversidad”, “herramienta”, “fragmentación”, “capas” y “diagramas sociales”.

Antes de comentar, *grosso modo*, las palabras arriba enlistadas, y así tener un atisbo del pensamiento de Zaha Hadid, considero preciso iniciar —aunque de manera sucinta— con el Suprematismo, su fundador y ciertos de sus postulados. Lo anterior se debe a que algunas personas consideran que los trabajos de la arquitecta Zaha Hadid se fundamentan en el manejo de los programas de diseño asistido por computadora. Sin embargo, la influencia

Página anterior. Ilustración 38. “Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art”. Cincinnati, Ohio, 1997-2003. Composición en la que se muestran algunas de las herramientas que utiliza la Arq. Zaha Hadid para la conceptualización y el diseño de un edificio.

De la esquina superior izquierda a la esquina inferior derecha:

1) Pintura: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de “Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”. Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 107.

2) Croquis: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de “Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”. Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 104.

3) Maqueta: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de la página “ARCHIweb”, <http://www.archiweb.cz/buildings.php?type=arch&action=show&id=899> Consultada en octubre de 2007.

4) Láminas de presentación: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de la página “Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art”, en <http://www.contemporaryartscenter.org/building> Consultada en octubre de 2007.

5) Interior: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de la página “Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art”, en <http://www.contemporaryartscenter.org/building> Consultada en octubre de 2007.

Fachada: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de “Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”. Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 103.

no es tecnológica, sino histórica. Fueron los artistas de la vanguardia rusa a principios del siglo XX los que influyeron en la arquitecta cuando inició su carrera.

El Suprematismo fue el primer movimiento de abstracción geométrica pura en la pintura, fundado por Kazimir Severinovich Malevich (1878-1935) en Rusia, aproximadamente en 1913. En el primer trabajo que se considera Suprematista, un dibujo a lápiz de un cuadrado con un fondo blanco, todos los elementos de representación que caracterizaron las etapas tempranas de Malevich, en donde se apreciaban las influencias del cubismo y del futurismo, desaparecieron. Malevich explicó que “el medio apropiado de representación es siempre aquél que da las mayores posibilidades de expresión al sentimiento y que ignora las apariencias familiares de los objetos”.⁽⁴⁰⁾ Al referirse a este primer trabajo, Malevich explica que él identificaba el cuadro negro con el sentimiento y el fondo blanco con la expresión del “vacío que está más allá del sentimiento”.⁽⁴¹⁾

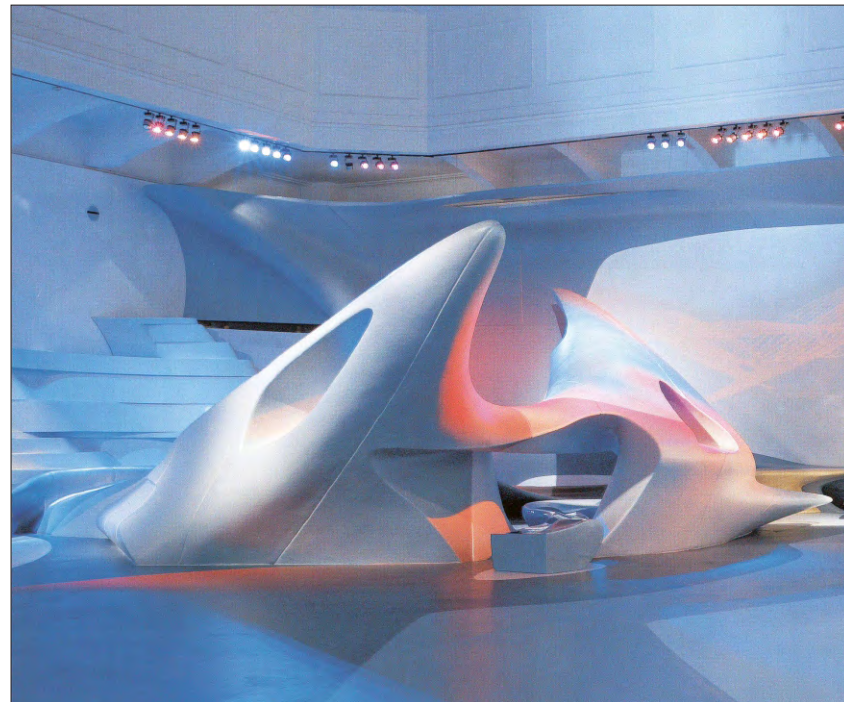


Ilustración 39. “Ice Storm”, Instalación que fue concebida y creada para el *Museum der Angewandte Künste (MAK)*, Viena, 2003.

Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 228.

Aunque sus primeras composiciones suprematistas datan de 1913, no fueron exhibidas sino hasta 1915, año en que editó el Manifiesto Suprematista, con la colaboración de varios escritores, especialmente de Vladimir Mayakovsky. En los primeros trabajos, los cuales consistían en formas geométricas simples, como cuadrados, círculos y cruces, Malevich limitó su paleta al blanco, negro, rojo, verde y azul. Entre 1916 y 1917 presentó formas geométricas más complejas (fragmentos de círculos y pequeños triángulos) y extendió el rango de sus colores, los cuales ya incluían el café y el rosa, incrementando también la complejidad de las relaciones espaciales. Es en esta etapa que Malevich introduce en sus trabajos una de las características más importantes: el efecto de la tercera dimensión y la búsqueda de la mística cuarta dimensión tanto en sus pinturas como en sus esquemas arquitectónicos. Sus experimentos culminaron con las pinturas “Blanco sobre blanco” realizadas entre 1917 y 1918 en las cuales el color fue eliminado y la forma del cuadrado emerge vagamente del fondo.

En una exposición de 1919, Malevich anuncia el final del movimiento Suprematista. El movimiento tuvo pocos seguidores de artistas menos conocidos como Ivan Kliun, Ivan Puni, y Olga Rosanova. Aunque no se afilió al movimiento, se puede ver en la pintura de Wassily Kandinsky, la influencia del Suprematismo a través de la geometrización de las formas, especialmente a partir de 1920. En este mismo periodo, el estilo geométrico, junto con otras tendencias abstractas del arte ruso, fueron transmitidas por Wassily Kandinsky y El Lissitzky hacia Alemania, particularmente a la Bauhaus.

Es también en este año, 1920, que Malevich escribe un ensayo titulado Suprematismo, en el cual expuso una serie de declaraciones acerca de la pintura y de la arquitectura y que establecieron lo que él llamó *la nueva dinámica de los trabajos suprematistas*. Malevich inició su ensayo identificando tres etapas del Suprematismo representadas por tres cuadros: negro, rojo y blanco. La base principal de su construcción fue el principio de economía, que tuvo como propósito transmitir el poder de la condición estática a través del plano sencillo. En este contexto, Malevich introdujo la idea de la economía en la geometría: “Si hasta ahora una forma expresó la sensación de contacto exclusivamente por medio de la multiplicidad de interrelaciones de todas las formas posibles en un organismo, la efectividad dentro de un plano simple o una columna se logró en el Suprematismo a través de una aproximación geométrica económica”.⁽⁴²⁾

Para explicar el significado de la geometría económica, Malevich escribe: “Si cada forma es una expresión de la perfección utilitaria pura, entonces la

forma suprematista no es más que el reconocimiento visual de la efectividad de la perfección utilitaria en el mundo real que viene”.⁽⁴³⁾ En consecuencia, la complejidad geométrica debe ser desarrollada con base en la economía de la perfección utilitaria con el propósito de ser reconocida visualmente y traducida a los trabajos suprematistas. En este nuevo llamado al tratamiento sin estática de las formas, el reconocimiento del movimiento es fundamental.

En la primera página de su manifiesto, Malevich establece lo que podríamos considerar su *teoría arquitectónica*:

“Desde puntos claros hasta el estado dinámico de una situación y lo que representa, si así fuera, se sugiere que una nave en el espacio se mantenga no por medio de turbinas, ni por la explosión de máquinas toscas y de construcciones catastróficas, sino a través del suave aprovechamiento de la forma, a través de procesos naturales, a través de una interrelación magnética dentro de una forma simple, que contendrá todas las fuerzas inherentes a estas naves de interrelaciones y que por lo tanto no requerirán turbinas, alas, llantas ni gasolina, ya que su cuerpo no será construido de diversos elementos para llegar a la unidad. [...] Todos los organismos técnicos son nada excepto pequeños satélites, todo un mundo vivo listo para volar al espacio y tomar una posición particular. De hecho, cada satélite está equipado con la razón y está preparado para vivir su propia vida personal”.⁽⁴⁴⁾

De esta forma Malevich describió lo que a su juicio debería buscar la arquitectura: edificios sin juntas ni uniones, como si se tratara de una barra de metal en la que se fusionan todos los elementos que la componen y así “cada cuerpo suprematista construido será incorporado a una organización natural y formará un nuevo satélite”.⁽⁴⁵⁾

Sin embargo, el prometedor experimento ruso fue abortado por el estado Soviético quien adoptó el Realismo como arte oficial y una rimbombante versión del clasicismo para la arquitectura. A partir de entonces, la pasión por el descubrimiento y el pensamiento arquitectónico de vanguardia se

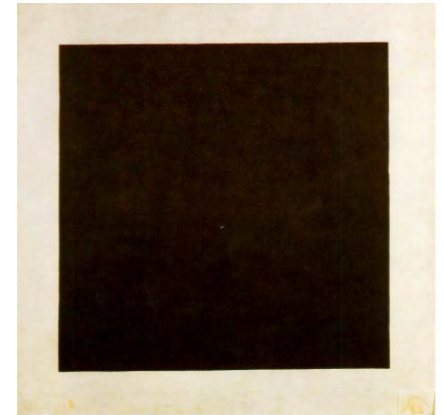


Ilustración 40. “Cuadrado negro”, por Kasimir Malevich, 1913, óleo sobre tela (106.2 x 106.5 cm).

Imagen tomada “WebMuseum, Paris”, en <http://www.ibiblio.org/wm/paint/auth/malevich/sup/> Consultada en diciembre de 2007.

ausentaron de Rusia por lustros.

Es hasta la década de los 70's del siglo pasado que Zaha Hadid, una estudiante de la *Architectural Association* en Londres, Inglaterra, retomó las composiciones abstractas de Malevich y les brindó escala y función, convirtiéndolas en proyectos arquitectónicos. Los conceptos que se nombran en los párrafos anteriores como “fragmentos”, “explosiones” y “satélites” están presentes en los proyectos de la arquitecta Hadid y se ejemplifican en su obra a través de la complejidad de las formas que aparentan no tener uniones y que son de curvas atrevidas. Las percepciones terrestres y planetarias, así como el poder de los campos magnéticos y la pulverización, elementos presentes en el suprematismo, tipifican los proyectos de la arquitecta. Sin embargo, no se trató solamente de re-tomar las ideas de sus mentores rusos, lo que hubiera sido simplemente un calco, elemento penado —como se establece en la meseta de las *Herramientas filosóficas*— por el rizoma; la arquitecta agregó una serie de conceptos como el pixelado y la estratificación. Además, inspirada por las pinturas de Malevich, Hadid adoptó al pincel como una herramienta de trabajo y la tela y el caballete se convirtieron en el lugar donde el espacio arquitectónico se inventó y se sigue inventando. De esta forma, ella escapó de la rigidez latente en las reglas paralelas y en las escuadras y, en consecuencia, liberó a sus edificios del omnipresente ángulo recto.

Si confrontamos algunas de las palabras seleccionadas, como por ejemplo, “complejo”, “fluidez”, “flujo”, “fluido”, “condición líquida”, “manipulación del suelo” y “yuxtaposiciones”, contra las ilustraciones número 26, *Residencia del Primer Ministro Irlandés* (1979-1980), la número 28, *El Mundo (89 grados)*, (1993) y, especialmente, la número 37, *Malevich's tektonik* (1976-77) resulta más fácil entender su vocabulario y comprender que éste no viene, como podría pensarse, del uso de los programas de diseño asistido por computadora, sino de la pintura.

El salto cuántico de Zaha Hadid con el cual superó a sus mentores Malevich y El Lissitzky, fue el anticipar edificios reales en sus exploraciones gráficas: Hadid fue la primera en traer el espacio suprematista a la tercera dimensión a través de su construcción. Sin embargo, a pesar de haberse inspirado en propuestas abstractas anteriores a su generación, la arquitecta logró desarrollar su propio camino por medio de una inteligencia siempre inquisitiva e inventiva.

Desde sus primeros concursos, como la “Residencia para el Primer Ministro Irlandés” (ilustración 26), Zaha Hadid generó un vocabulario de formas fragmentadas y de nuevos conceptos como la “colisión”, utilizada como una noción de fuerza a través de la cual pudo re-ordenar las relaciones

sintácticas en el diseño arquitectónico. En estas nuevas propuestas, el espacio estático se convirtió —y permaneció— en el espacio dinámico y fluido. No es casual que estas palabras aparezcan continuamente en sus entrevistas. Así, sus diseños establecen una relación directa entre la materia y la energía. Para Hadid, el espacio arquitectónico ya no pertenece más a la física newtoniana sino que más bien se convirtió en un medio activo para transmitir fuerza. En términos cinematográficos, como nos enseñó la Dra. Consuelo Farías en la materia de “Cinematografía y pensamiento urbano arquitectónico contemporáneo”, el espacio arquitectónico de Zaha Hadid se vuelve *Eisensteiniano*: evita que la fuerza de gravedad actúe en los cuerpos inertes y en su lugar, a través de montajes, consolida espacios con configuraciones dinámicas:

“En cierto sentido está relacionado con eso [el espacio cinemático], sin duda, pero la cuestión es cómo conseguirlo con el movimiento en el espacio. ¿Cómo se resuelve un **argumento** secuencial? Nuestra visión ya no está restringida, ya no consiste en una serie de acontecimientos separados vistos uno tras otro, sino en que todas las capas actúen al mismo tiempo. Cuando hicimos Vitra, resultaba misterioso que por el simple cambio de geometría —por la manera de colocar cada una de las partes en el espacio— surgía lo que denominamos una “dinámica espacial” que no funcionaba continuamente, sino que más bien actuaba, dejaba actuar, y actuaba de nuevo. No venía dada por un recorrido establecido”.⁽⁴⁵⁾

Lo anterior se puede aplicar también al proyecto del Centro de Arte contemporáneo en Roma, en donde

“[...] el proyecto está estructurado por campos de fuerza y por trayectorias que atraviesan el solar. Siguiendo estas líneas de fuerza, rellenamos o “irrigamos” el solar con muros continuos. Cuando estos muros se cortan, crean y distribuyen tanto el espacio interior como el exterior. Así se crea mucho espacio abierto y mucho espacio intermedio. Eso ofrece al visitante múltiples opciones con respecto a su itinerario, [...] de hecho podemos hacer un recorrido distinto cada vez que volvemos”.⁽⁴⁶⁾

Con la construcción del proyecto “Vitra fire station”, en Alemania (1990-1994), Zaha Hadid triunfó al llevar los dibujos suprematistas al espacio en tercera dimensión en una forma en la que Malevich no imaginó y Lissitzky no concretó. En la traducción del papel a la realidad, nada se perdió: el edificio de la estación de bomberos es como su pintura. Hadid construyó la visión.

En el párrafo que sigue se presenta una crítica al Centro para el Arte Contemporáneo Rossenthal, en Cincinnati; en ella leemos cómo la arquitecta propuso un espacio en contra de las ideas y principios

prevalecientes en el pensamiento de la profesión, es decir, en contra del pensamiento dogmático. Confróntese también, con la descripción del Museo Universitario de Arte Contemporáneo de la Universidad Nacional Autónoma de México que aparece en la nota 35 de la página 131 de esta meseta.

“En un momento en el que se juntaron varios encargos, más de sus diseños empezaron a construirse. Por el tiempo en que se terminó la rampa para salto en ski “Bergisel”, en Austria, Hadid finalizaba el *Centro Contemporáneo para las Artes Rosenthal* en Cincinnati. En lugar de perpetuar el cubo blanco que se asume como prototipo para la exhibición en los museos, Hadid ofreció lo que llamó un “catálogo” de galerías diferentes que brindarían una heterogeneidad espacial en lugar de la homogeneidad cuadrada, blanca y mezclada típica de la mayoría de los museos. Aunque originalmente el museo necesitaba espacios “tipo bodega” neutros que permitieran flexibilidad, Hadid propuso una diversidad de espacios cuyas cualidades se adaptarían a las diferentes características de los artistas. El diseño enfatizó a la diferencia sobre la similitud. Nuevamente, ella estaba diseñando contra la ideas prevalecientes en la profesión y contra la visión convencional de un museo.

Hadid organizó las galerías en la esquina angosta junto a las escaleras las cuales se convirtieron en una invitación irresistible para entrar al edificio: muy pocas personas utilizan el elevador. Desde sus primeros pasos, llevados por la curiosidad, los visitantes se zambullen en el ambiente del museo. Elevados por las escaleras, iluminados a través del espacio como los pisos del “Peak”, diseñado muchos años antes, permitiendo el cambio en los puntos de vista en el interior de un diseño que definitivamente no es ortogonal. La riqueza óptica del espacio es un ensayo de múltiples perspectivas que cultiva la percepción de los visitantes, envolviéndolos en un intercambio interactivo dentro de un edificio que se debe explorar para entenderse. Hadid no diseñó un contenedor vacío para colocar una constelación de objetos flotando en un espacio newtoniano, sino que diseñó un espacio animado por la participación subjetiva del observador en un camino de descubrimiento. El espacio se vuelve personal, poseído por el visitante a través de un proceso de exploración peripatética”⁽⁴⁷⁾.

Con base en la crítica anterior, establezco que los espacios del museo se re-inventaron, se animaron, se enriquecieron. Sus geometrías abiertas invitan a la exploración. El museo se *entiende* a través de la experimentación, es decir, del movimiento y de sus secuencias. Al cuestionar a los museos tradicionales, homogéneos, blancos y cuadrados, Zaha Hadid logró el “otro espacio”, el espacio de la heterotopía: aquél que inquieta, pero que también emociona, que hace dudar; el lugar donde la razón queda fuera porque lo cordial se desata con pasión. Es el lugar que suspende, neutraliza o hasta invierte la influencia del contexto. Nuestro mejor lugar real posible (Cfr. con *Los Espacios Otros*, en la meseta de *Las Herramientas Filosóficas*, pp. 12-16).

La contribución de Zaha Hadid a la profesión de la arquitectura radica en el enriquecimiento de las herramientas para el diseño arquitectónico así como su vocabulario. Sus aportaciones incluyen la manipulación gráfica de los objetos y de su espacio, nuevos conceptos espaciales, invenciones tipológicas y la búsqueda de nuevo modelos o formas para habitar los espacios, aún en contra de los cánones arquitectónicos. El punto de partida de sus proyectos es el uso de los medios de representación en el que aplica sus conceptos: dibujos de rayos X, el uso de capas o estratos y la proyección en múltiples perspectivas; esto le permite aplicar ciertas tácticas gráficas como la deformación del espacio, para lograr las transformaciones: fragmentación, pulverización y distorsión. Estas técnicas permiten una nueva concepción del espacio, que incluyen los campos magnéticos, el espacio de las partículas y el espacio que está en continua deformación que, necesariamente, necesitan nuevos métodos de orientación, navegación y habitabilidad, es decir, que los usuarios de los espacios otros, ya no se orientarán a través de formas, ejes de composición, orillas o territorios claramente establecidos. Ahora lo harán a través de la distribución de densidades, vectores y la experimentación de los montajes, con lo que se constituye una nueva ontología, al re-definir el significado de “estar en un lugar”.

Una de las características más audaces de Zaha Hadid fue la traslación del dinamismo y fluidez de su caligrafía, a las construcciones tectónicas igualmente fluidas y dinámicas. Otra fue el movimiento del dibujo isométrico y la proyección en perspectiva a la distorsión literal del espacio, de la axonometría a la explosión del espacio en fragmentos. A primera vista, estas características parecían ilógicas e incostruibles, más cerca del surrealismo que de la arquitectura: formas que se doblan, se desvanecen, se transparentan, fluyen y que aparecen desde múltiples perspectivas.

Sin embargo, a partir de la construcción de sus primeros encargos, Zaha Hadid demostró que es posible ir más allá de lo convencional y lo establecido; que se puede llevar la arquitectura al límite de sus posibilidades a través de la experimentación y la innovación de herramientas y conceptos arquitectónicos y de la invención de nuevos principios de organización espacial, sin negar o cancelar la utilidad en sus diseños.

Remmet Koolhaas (1944)

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, innovar, en su primera acepción, significa mudar o alterar algo, introduciendo novedades. Novedad es, según el mismo diccionario y en su sexto significado, la extrañeza o admiración que causa lo antes no visto ni oído. Y estas son precisamente las cualidades que distinguen al arquitecto holandés Rem Koolhaas.

Sin embargo, antes de sostener con razonamientos por qué considero que él es un arquitecto que empuja su pensamiento en todas las direcciones posibles y que gusta buscar preguntas nuevas en cada situación que se le presenta (es decir, que no cree en el pensamiento dogmático) y a pesar de que el Arq. Koolhaas se resiste a las explicaciones biográficas, creo preciso comentar —de manera sucinta— algunos datos sobre sus primeros años de vida, a través de los cuales se atisba la génesis de su sensibilidad y de su pensamiento urbano-arquitectónico.

Remmet Koolhaas nació en Róterdam, Holanda, el 17 de noviembre de 1944 y es el mayor de tres hermanos. En esa época, como sabemos, el final de la Segunda Guerra Mundial estaba cerca y en la mayoría de las ciudades de los Países Bajos había ruinas y asolación por doquier; existe una foto de Róterdam tomada en mayo de 1940 (fecha en la que los holandeses depusieron las armas) que, si bien es anterior al nacimiento del Arq. Koolhaas, nos brinda una buena idea sobre el grado de destrucción y de pobreza en el que se encontraba su ciudad natal; la invasión alemana duró, precisamente, hasta 1944. Este escenario desolador sin duda marcó la sensibilidad del pequeño Rem y, desde mi perspectiva, es la primera experiencia “brutal” en la vida del arquitecto holandés.

Su padre fue Anton Koolhaas (1912-1992) quien a lo largo de su vida se desempeñó en varias profesiones: periodista, al editar un semanario de izquierda —*De Groene* (que apoyó la independencia de Indonesia)—; escritor, ya que publicó cerca de 20 libros: su obra trató casi por completo



Ilustración 41. Róterdam, Mayo de 1940.

Imagen tomada de la enciclopedia “Así fue la Segunda Guerra Mundial”, fascículo 8, Vol. 1: *10 de mayo de 1940, alarma en occidente*, Ed. Anesa-Noguer-Rizzoli, Barcelona, 1972, p. 192. La obra omite el nombre del autor de la fotografía.

sobre animales y alegórica; cineasta, cuando fue nombrado director de la *Academia Holandesa de Cine* aunque, a juicio de Koolhaas, su padre “... tenía muy mal gusto para las películas... carecía de sensibilidad cinematográfica”.⁽⁴⁸⁾ Su madre, también holandesa, era hija de un arquitecto, Dirk Roosenburg, y se dedicó a la elaboración de vestuario y escenografías para obras de teatro, que es otra forma de hacer arquitectura. Entre 1956 y 1958, Koolhaas vive con sus abuelos en una casa diseñada por el Arq. Roosenburg; en este período conoce algunos de sus diseños: las oficinas principales de *Philips* en Eindhoven así como algunos trabajos para *KLM* y *Shell*, entre otros. Años más tarde, Rem Koolhaas dirá que la obra de su abuelo fue “[...] altamente exitosa y [que] existe una obvia relación entre lo que él hizo y el trabajo de la OMA”. De esta forma, señalo que Rem Koolhaas estuvo expuesto desde muy pequeño al periodismo, a la escritura, al cine y a la misma arquitectura. De cada una de ellas obtiene herramientas fundamentales que, al combinarlas, le permiten desarrollar trabajos que resultan, a todas luces, interesantes. En este caso se cumplió la frase proverbial que reza *infancia es destino*.

La segunda experiencia “brutal” en la vida de Rem Koolhaas ocurrió en 1952, cuando tenía entre siete y ocho años, al mudarse a Yakarta, capital de Indonesia. Este cambio estuvo relacionado con la profesión del padre quien —como ya se señaló—, fue periodista y adoptó una postura en favor de Indonesia durante la guerra de independencia en contra de los Países Bajos. Derivado de lo anterior, el gobierno indonesio invitó a Anton Koolhaas a seguir el desarrollo de la lucha, como ésta se fuese desarrollando. De esta forma, y sin un período de transición, Rem se encontró, junto con sus padres, en una ciudad “sin la más mínima coherencia, en una situación de pobreza, de limitaciones, y de diferencias extremas: nuestro ambiente era una jungla, y vivíamos en una casa indonesia diseñada al más puro estilo holandés —tal vez, la casa más holandesa en la que he vivido—, en el corazón de una ciudad



Ilustración 42. Anton Koolhaas.

Imagen tomada de la página de Internet “Anton Koolhaas, 1912-1992” <http://www.dbnl.nl/auteurs/auteur.php?id=kool009> (abril de 2008). La foto es de Chris van Houts.

que era indonesia y china. Esta fue mi primera experiencia en Asia y su diferencia con Europa. La casa estaba rodeada por un muro, el primer gran muro en mi vida, que nos separaba de un mundo diferente que hablaba una lengua extraña”.⁽⁴⁹⁾ Sin embargo, y a diferencia de sus padres, Rem Koolhaas se adaptó rápidamente a la nueva situación y en menos de tres meses aprendió indonesio; asistió a escuelas indonesias y hasta participó con los *boy scouts* de esa ciudad. “En resumen, durante los cuatro años que viví ahí, de 1952 a 1956, llegué a ser medio asiático, o tal vez un poco más que medio”.⁽⁵⁰⁾ Otra característica importante de este lapso en Indonesia fue el encuentro que Rem tuvo con el islam: “En los países islámicos la religión es omnipresente. Recuerdo muy bien cuán celoso estaba de aquellos que tenían la experiencia de la fe religiosa, ya sea islámica o budista, ya que yo experimenté mi ateísmo como la carencia de algo”.⁽⁵¹⁾

Finalmente, cuando Rem Koolhaas regresa a Amsterdam en 1956, la ciudad vivía una rica situación en torno al arte y a la cultura y los experimentos en ambos temas eran protagonistas. Cabe mencionar que desde su niñez, Koolhaas estuvo en contacto con el arte contemporáneo, especialmente con el arte informal del escultor suizo Jean Tinguely (1925-1991); el del artista francés Yves Klein (1928-1962); la obra de los pintores y escultores brasileños Hélio Oiticica (1937-1980) y Lygia Clark (1920-1988) y, especialmente, con las corrientes Situacionistas* y Fluxus*. En estos años, el museo *Stedelijk* juega un papel importante al ser el escenario del arte contemporáneo internacional en Amsterdam. Esta corriente artística es para Rem “[...] esencial en mi propio entrenamiento, al hacerme sensible a la **experimentación**”⁽⁵²⁾, ya que en el *arte povera*, todo estuvo hecho con materiales de muy fácil obtención (o pobres), como rocas, vegetales, telas, carbón, arcilla u objetos de desecho y, por lo tanto, carentes de valor. Así, los trabajos se realizaron con recursos **mínimos**, sin elementos **superfluos** y donde las cosas no fueron **definitivas** ni **impuestas** por una **autoridad**.

Después de recordar estos breves datos sobre los primeros años de vida del arquitecto Koolhaas, paso ahora a explorar su pensamiento urbano arquitectónico.

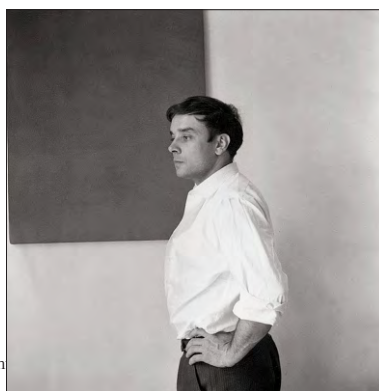


Ilustración 43. Yves Klein, artista francés, en 1959.

Imagen tomada de la página de Internet “Yves Klein Archives”
http://www.yveskleinarchives.org/documents/bio_html/1959_d.fr.htm
 (consultada en enero de 2009).

El Arq. Koolhaas ha manifestado desde hace más de tres décadas que las ideas y los conceptos que teníamos [¿tenemos?] sobre el espacio, la arquitectura y el urbanismo están superados. En ese lapso, nuestra civilización ha experimentado cambios significativos, como por ejemplo, la explosión demográfica sin precedentes que, acompañada de un aumento en la expectativa de vida, han provocado el crecimiento desmesurado de algunas ciudades al grado que, en pocos años, éstas terminarán de unirse con el área de influencia de las ciudades satélites que las rodean, así como con las ciudades vecinas para formar lo que algunos especialistas llaman megalópolis o ciudades-región las cuales tendrán una población de más de 20 millones de habitantes.⁽⁵³⁾ Para el caso de la ciudad de México, que no escapa a esos cambios, recomiendo leer la primera meseta de esta disertación. En este escenario es cada vez más difícil establecer y controlar las fronteras⁽⁵⁴⁾ y nuestros mapas, que ahora nos resultan familiares, tendrán que re-dibujarse una y otra vez. Mientras esto sucede, aparecen condiciones espaciales ignotas que algunos arquitectos y urbanistas prefieren no visualizar.

Para el Arq. Koolhaas, el espacio, que antes era considerado permanente, ahora se siente transitorio. Y lo más importante, las palabras y las ideas de la arquitectura —que anhela ser el lenguaje oficial del espacio—, no son capaces ya de asimilar y describir esta proliferación de condiciones urbano - arquitectónicas inéditas y, por lo tanto, no plantean alternativas de solución para los nuevos espacios que pretenden intervenir.

En China, por ejemplo, el Arq. Koolhaas encontró regiones como el Delta del Río Perla, que triplicará su población de 12 a 36 millones de gentes para el año 2020, aproximadamente. Sobra decir que, ante este hiper-crecimiento, todos los principios ordenadores de la arquitectura —simetría, orden, ritmo, etc., que recordamos en la primera mitad de esta meseta— se vuelven lo menos interesante de las obras, para no decir que son irrelevantes: en un año, en el Delta del Río Perla se crean 500 kilómetros cuadrados de substancia urbana, lo que equivale al doble de la ciudad de París. Un rascacielos de 40 pisos se diseña en ambiente *Macintosh* en menos de una semana; los arquitectos chinos superan a sus colegas americanos en un 4 000% cada año⁽⁵⁵⁾ y un arquitecto chino es —cito a Koolhaas— 10 veces menos frecuente, 10 veces peor pagado y produce 10 veces más que cualquier arquitecto europeo.⁽⁵⁶⁾

La velocidad con que aparecen los conceptos nuevos y las demandas de espacio en el ámbito internacional han avasallado a nuestros métodos tradicionales para hacer arquitectura. Las viejas ideas sobre el espacio se someten por impotencia o debilidad a la proliferación de los lugares nuevos y

desconocidos que, por cierto, incluyen a los virtuales: salas de *chat*, sitios *web* y *firewalls*. Es en este escenario —que se encuentra más allá de lo reconocible y seguro—, donde Rem Koolhaas estira “la orilla de la envolvente”⁽⁵⁷⁾ al forjar un vocabulario nuevo que dibuja “un mapa pixelado del mundo que está emergiendo”.⁽⁵⁸⁾

Para sustentar la idea anterior, presento la mención del Jurado que le otorgó a Koolhaas el premio Pritzker el 29 de mayo del año 2000:

“Mención del Jurado

Rem Koolhaas es esa rara combinación de **visionario, filósofo** que implementa y **pragmático, teórico y profeta**, y un arquitecto cuyas **ideas** acerca de los edificios y de la planeación urbana lo han convertido en uno de los arquitectos contemporáneos más discutidos en el mundo, inclusive antes de que sus proyectos se convirtieran en realidad. Esto lo consiguió a través de sus **escritos** y sus discusiones con estudiantes, siempre estimulantes para **apartarse de los límites** de lo convencional. Él es famoso por sus libros, sus proyectos regionales y globales, su exploración académica con sus grupos de estudiantes, así como por su fuerte y enérgico **pensamiento** que provoca arquitectura.

Emergió al final de la década de los setentas con el libro *Delirious New York*, el cual marcó el inicio de dos décadas que han visto construir sus obras y resonar sus proyectos, planes, exhibiciones y estudios a través del campo profesional y académico, para llegar a ser una luz tanto para la crítica como para el elogio.

Uno de sus primeros proyectos, el de la expansión del Parlamento Holandés, levantó tanto interés que le siguieron varios encargos. El Teatro de la Danza de Holanda, en La Haya, fue uno de los primeros trabajos terminados que le ganó la aclamación de la crítica a nivel mundial. Desde entonces, las comisiones de Koolhaas han variado en tamaño, al elaborar desde una casa remarcable y compasiva en Bordeaux, hasta la realización del plan maestro y el centro de convenciones gigante para Lille, ambos en Francia. La casa Bordeaux se diseñó para satisfacer extraordinariamente las necesidades de un cliente confinado a una silla de ruedas sin sacrificar su calidad de vida. Aunque sólo hubiera diseñado la casa Bordeaux, su lugar en la historia de la arquitectura estaría asegurado. Al añadir a lo anterior su animado proyecto para un centro de educación, un *Educatorium* (una palabra creada para una fábrica de aprendizaje) en Utrecht, un conjunto habitacional en Japón, centros culturales y otras residencias en Francia y Holanda, así como las propuestas para el aeropuerto de las Islas del Mar del Norte, darán como resultado la revelación de un talento de dimensiones extraordinarias.

En varias ocasiones él ha demostrado su habilidad y su talento creativo al confrontar problemas que aparentemente no se pueden resolver y llegar a soluciones brillantes y **originales**. En cada diseño hay un **flujo** libre, una

organización democrática de los espacios y de las funciones con un atributo natural de circulación que al final dicta una forma nueva y sin precedentes. El conjunto de su trabajo incluye tanto **ideas** como edificios.

Su arquitectura es una arquitectura de esencia; **ideas** que dan forma a los edificios. Es, obviamente, un arquitecto que se siente cómodo con el futuro y con una comunicación cercana a su andar rápido y sus configuraciones cambiantes. Uno siente en sus proyectos la **intensidad** del **pensamiento** que conforma la estructura resultante de una casa, de un centro de convenciones, el proyecto de un *campus* o un libro. Se ha auto-establecido firmemente en el panteón de los arquitectos significativos del siglo pasado y del inicio del presente. Por completar —durante los últimos 20 años— sus objetivos al definir **nuevos tipos de relaciones, tanto teóricas como prácticas, entre la arquitectura y la situación cultural**, y por sus contribuciones al ambiente construido, así como por sus **ideas**, se le otorga el premio Pritzker de Arquitectura”.⁽⁵⁹⁾

La ceremonia en la que se hizo entrega del galardón tuvo lugar en el Parque Arqueológico de Jerusalem, en Israel y el último discurso correspondió al del arquitecto holandés. Ahora presento la traducción del mismo, nuevamente en la búsqueda de las palabras - pensamiento que den indicios de la postura que el Arq. Koolhaas sostiene con respecto a la forma de pensar y hacer arquitectura en nuestros días:

“Rem Koolhaas, laureado 2000

He preparado un discurso breve. Y tal vez deba empezar con una anécdota. Puede ser una anécdota extraña, pero viniendo de Holanda y al haber nacido en 1944, significa paradójicamente que yo fui un ignorante de los asuntos judíos hasta la edad de los 21 años. En mi juventud, en mi país, era completamente inusual indicar el pasado religioso o racial de alguien y estos eran temas de los que nunca se hablaba. Lo anterior cambió drásticamente cuando fui por primera vez a Nueva York y me recibieron en el Instituto para los Estudios de Arquitectura y Urbanismo, dirigidos por el arquitecto Peter Eisenman, quien merece, desde mi punto de vista, el premio Pritzker mucho más que yo.

La primera vez que estuve ahí, Peter Eisenman me tomó del saco así, en una forma muy agresiva y dijo: “¿Ud. sabe por qué está aquí, Koolhaas?” Y yo dije, “no”. “Usted está aquí para representar al elemento gótico”. Eso me puso en mi lugar y probablemente explique algunos de mis sentimientos en mi situación aquí. De cualquier forma, quiero empezar expresándoles mi agradecimiento. Gracias a Cindy Pritzker y a la familia Pritzker y a su fundación por su excepcional identificación con la arquitectura. Agradezco al jurado quien llegó a tan inspirada decisión este año. Agradezco a mis socios en mi oficina O.M.A. Todos y cada uno de los quinientos cincuenta han hecho una contribución que ahora se toma crítica. Agradezco a la Escuela de Diseño de Harvard por apoyar mi doble vida como futurista. Y agradezco a mis clientes quienes desencadenaron nuestro trabajo cargándonos con sus necesidades.

Después de mis agradecimientos, he escrito tres pequeñas anécdotas, o tres pequeños episodios que para mí indican tanto el pasado reciente de la arquitectura, la situación actual de la arquitectura y el quizá futuro inminente de la arquitectura. Y, quiero discutir algunos de las evoluciones potenciales [...] que pueden suceder en el futuro inminente. Quiero empezar en 1950, 50 años atrás.

Hace 50 años, el escenario de la arquitectura no era de un individuo, el genio, sino de un grupo, el movimiento. No había escena. Había un mundo arquitectónico. La arquitectura no era sobre la mayor diferencia posible, sino sobre la delicadeza que podía desarrollarse dentro de un rango muy angosto de similitudes dentro de lo genérico. La arquitectura era un continuo que terminaba en urbanismo. Una casa era vista como una pequeña ciudad. La ciudad era vista como una enorme casa. Esta clase de arquitectura se vio a sí misma como ideológica. Sus políticas estiraban todo el camino desde el socialismo hasta el comunismo y en todos los puntos intermedios. Los grandes temas eran adoptados de más allá de la arquitectura, no de la imaginación del cerebro de un arquitecto único.

Los arquitectos estaban seguros en su alineamiento con lo que entonces se llamaba sociedad, algo que podía ser imaginado y que podía ser fabricado. Ahora, es el 2000, 50 años después de esta idílica caricatura que acabo de describir para ustedes. Nosotros tenemos Pritzkers, hay un gran grupo de ellos sentados aquí, en primer fila, —por lo tanto, tenemos identidades únicas y singulares, incluso firmas. Nos respetamos entre nosotros, pero no formamos una comunidad. No tenemos proyectos en común. Nuestro cliente ya no es más el estado o sus derivaciones, sino individuos privados, casi siempre embarcados en ambiciones audaces y trayectorias costosas, las cuales nosotros, los arquitectos, soportamos completa y bondadosamente.

El sistema está terminado. La economía es de mercado. Trabajamos en una era post-ideológica y por falta de apoyo hemos abandonado a la ciudad o cualquier otro tema general. Los temas que inventamos y sostenemos son nuestras mitologías privadas, nuestras especializaciones. No tenemos discurso sobre la organización territorial, no tenemos discurso sobre nuestros establecimientos o la co-existencia humana. En el mejor caso, nuestro trabajo explora brillantemente y explota una serie de condiciones únicas. El hecho de que el aspecto arqueológico de este sitio haya sido enfatizado sobre su carga política, muestra a la inocencia política como una parte importante del equipamiento de la arquitectura contemporánea.

Agradezco que el texto de los jueces para el premio 2000, me coloque como alguien que define **nuevas clases de relaciones, tanto teóricas como prácticas, entre la arquitectura y la situación cultural**. Esto de verdad es algo que estoy tratando de hacer. Aunque soy muy malo para predecir el futuro, al estar demasiado preocupado por el presente, permitámonos especular por un momento, sobre el intervalo de los próximos 50 años —la arquitectura como será practicada en el 2050 o, si tenemos suerte, un poco antes.

Un desarrollo es cierto. En los tres años pasados, el ladrillo y el mortero han evolucionado a *click* y mortero. La venta al menudeo [*retail*] se ha convertido en venta-e [*e-tail*] y no podemos exagerar la importancia de estos eventos lo suficiente. Comparada con el brillo ocasional que alguna vez tuvo la arquitectura, ahora el **dominio de lo virtual** se auto-confirma con un abandono salvaje y desordenado y su proliferación sucede a una **velocidad** con la cual sólo podemos soñar. Por primera vez en décadas y tal vez en milenios, nosotros los arquitectos tenemos una competencia muy fuerte y fundamental. Las comunidades que no podemos imaginar en el mundo real florecerán en el espacio virtual. Los territorios y las demarcaciones que mantenemos en el suelo, se mezclarán y experimentarán una *mórfosis* y dejarán de ser reconocibles en un dominio mucho más inmediato, glamoroso y flexible —el de la **electrónica**.

Después de mil años de fallas, *Photoshop* y la computadora crean utopías instantáneas. En esta ceremonia, en este lugar, la arquitectura está todavía fundamentalmente comprometida con el mortero y los tabiques, como si sólo la proximidad a una de las más largas columnas se juntara con la historia del ser humano asegurándonos por otros 2 000 años de un contrato de arrendamiento en nuestro nicho particular y nuestra futura credibilidad. Pero el resto del mundo ya ha **liberado a la arquitectura** por nosotros. La arquitectura se ha vuelto un dominio de metáforas, un agente controlador para todo lo que necesite un concepto, estructura, organización, entidad y forma. Solamente nosotros, los arquitectos, no nos beneficiamos de esta redefinición abandonada en nuestro propio *Mar Muerto* de mortero.

A menos que **rompamos nuestra dependencia** en la arquitectura real y reconocida como una forma de pensar en todos los temas, desde el más político hasta el más práctico, nos liberemos de la eternidad para especular acerca de los nuevos y convincentes temas, como la pobreza, la depredación de la naturaleza, la arquitectura quizá no llegue al año 2050. Gracias”.⁽⁶⁰⁾

Las palabras y pensamientos que llaman mi atención de estos dos textos son: *visionario, filósofo, pragmático, teórico, profeta, ideas* (que se repite en el primer texto hasta tres veces), *escritos, apartarse de los límites de lo convencional, pensamiento, palabra creada, soluciones, originales, nueva, futuro, intensidad del pensamiento, nuevos tipos de relaciones, tanto teóricas como prácticas, entre la arquitectura y lo virtual, velocidad, electrónica, liberar la arquitectura* y, finalmente, *romper nuestra dependencia*.

Con respecto a la palabras visionario y profeta, Reem Koolhaas ha declarado que a él, personalmente, nunca le ha atraído el futuro sino que, por el contrario, tiene una obsesión por el ahora y por el presente.⁽⁶¹⁾ Sin embargo, el arquitecto, gracias a esa visión que le permite obtener los signos de una autenticidad en los proyectos que elabora y con la certeza de que los conceptos arquitectónicos tienen un valor comercial aun sin llegar a la

construcción de un edificio, fundó —a finales de los años noventa— la AMO, reflejo⁽⁶²⁾ de su *Office for Metropolitan Architecture*,⁽⁶³⁾ OMA,⁽⁶⁴⁾ (cuyo objetivo es el diseño de los edificios y de los desarrollos urbanos). Aquella, por su parte, se ha dedicado a lo que el Arq. Koolhaas llama *arquitectura virtual*, concepto que va más allá del diseño de edificios en computadora y de la representación visual de una base de datos.

Para la AMO, el objetivo ha sido el diseño y re-diseño de los ambientes humanos que no necesitan recurrir a las herramientas de la industria de la construcción,⁽⁶⁵⁾ a una velocidad que les permite satisfacer las necesidades de sus clientes y, algo que también es importante, generar ingresos con base en su experiencia en el campo de lo no construido.

De esta forma, la “AMOMA” trabaja en paralelo para los mismos clientes: la primera al proveer servicios extras en los campos de la organización y de la identidad; la segunda se dedica al diseño de los edificios. El uso cada vez más extendido de la Internet revela y pone de manifiesto el valor de lo inmaterial. El trabajo de la AMO es el de vender **ideas** al cliente, que están más allá de los límites de la arquitectura y del urbanismo; como por ejemplo, los análisis de relación entre el comportamiento humano, las estructuras de los edificios y las redes invisibles del comercio y la cultura, aspectos, todos ellos, que involucran a disciplinas y actividades como la sociología, las ingenierías, los medios y la política. Y aquí radica una parte de lo inédito del intenso pensamiento de Rem Koolhaas: después de un análisis serio, “a veces, **no construir** es la respuesta correcta, pero no es una en la que los arquitectos estén entrenados para recomendar. Cuando es lo apropiado, la AMO puede llegar a proponer la demolición de edificios, *operación borrador*, como la llama Koolhaas”⁽⁶⁶⁾.

Así, la AMO se convierte en un consultor estratégico, una *máquina de pensar*,⁽⁶⁷⁾ a la que se le paga por sus ideas, se lleven a cabo o no, es decir, pensamientos en lugar de concreto o, dicho de otra forma, se trata de la arquitectura virtual en su más pura y lucrativa forma.

En junio de 2003, Rem Koolhaas y la AMO participaron como editores invitados de la prestigiosa revista norteamericana *Wired**. En la portada aparece una fotografía del Arq. Koolhaas bajo el título *Koolworld* que, evidentemente, es un montaje divertido formado con las palabras Koolhaas, *cool* y *world*. En ese número se establecen 30 espacios nuevos para implementarse en este siglo, tras haber enfatizado —una vez más—, que nuestras viejas ideas acerca del espacio están ya obsoletas. Los espacios propuestos son:

- Euro Space*, por Mark Leonard.
- Nano Sapce*, por Larry Smarr.
- Space Space*, por Hans Ulrich y Rem Koolhaas.
- Relationship Space*, por Duncan Watts.
- Dump Space*, por Rem Koolhaas.
- Atlas Space*, por AMO.
- Voice Space*, por Paul Elliman.
- Office Space*, por Rem Koolhaas.
- Home Space*, por Beatriz Colomina y Rem Koolhaas.
- Bush Space*, por Sanford Kwinter.
- Protest Space*, por Sarah Whiting.
- Boom Space*, por Po Bronson.
- Body Space*, por Miuccia Prada.
- Research Space*, por Bruno Latour.
- Tight Space*, por Brendan I. Koerner.
- Art Space*, por Hans Ulrich Obrist.
- Sex Space*, por Rem Koolhaas.
- Border Space*, por Jeff Howe.
- Crowd Space*, por Farouk El-Baz.
- Future Space*, por Rem Koolhaas.
- Secure Space*, por Bruce Schneier.
- Color Space*, por Michael Rock.
- Blog Space*, Mind Share.
- Delirious No More: Waning Sapce: I _ NY*, por Rem Koolhaas.
- Robo Space*, por Luc Steels.
- DNA Space*, por Rodrigo Martínez, Juan Enríquez y Jonathan West.
- AD Space*, por Steve Hayden.
- Golf Space*, por R. E. Somol.
- Limbo Space*, por Thomas Keenan.
- Public Space*, por Rem Koolhaas.



Ilustración 44. Revista *Wired*, jun. 03

Imagen tomada de <http://wired.com/wired/archive/11.06/full.html>
Consultada en enero de 2008.

Para ilustrar las palabras visionario, teórico, profeta, escritos, pensamiento y original, he seleccionado el ensayo de la OMA, *Atlas Space*: nuevas fronteras, la geografía del cambio:

crecimiento de las ciudades; acto seguido, establecieron que las ciudades que están floreciendo **no son** las que normalmente imaginaríamos, como Londres, Osaka y Detroit, sino que son otras con un bajo perfil urbano: Bombay, Lagos y Dhaka, cuyos países se proyectan como los grandes contendientes del siglo XXI. En esta nueva geografía, como indica el ensayo, aparecen las nuevas “islas”, patrocinadas por las grandes empresas multinacionales, que se convierten en paraísos fiscales, pero también en paraísos para el aborto y la libertad sexual. En estas dos últimas sentencias, se ve a Rem Koolhaas - AMO en el papel de *profetas*: anuncian cuáles serán los contendientes de este siglo que inicia y, al mismo tiempo, denuncian lo que sucede con las “islas”.

Dentro de la lista de nuevos espacios publicados por la revista *Wired*, cabe mencionar dos más: el ensayo denominado *Dump Space: libertad para el orden*, en el que Rem Koolhaas expone que aun en los peores lugares, como los tiraderos de basura, se puede encontrar un nuevo valor, un nuevo encanto: el tiradero está libre de obligaciones, de selección y de la tiranía del estilo y del contexto. Nuevamente, el arquitecto se manifiesta en contra de lo ya establecido, de los marcos rígidos que establecen los dogmas urbano - arquitectónicos aun en lugares aparentemente vacíos, que se desprecian o que están más allá del amor, del respeto o de la identidad.

En el artículo que se titula *Border Sapace: líneas en la arena*, de Jeff Howe, se expone la importancia de la comprensión de las fronteras, su costo y su significado, especialmente a partir de la caída del Muro de Berlín en 1989, cuando se pensaba que los nuevos límites dependerían más de la tecnología que de los muros, cosa que no sucedió. Por el contrario, los muros físicos han experimentado una gran profusión para mantener la supuesta soberanía del país que lo construye y actualmente se levantan a lo largo del planeta: en el Estrecho de Gibraltar, en Corea, en el Valle de Ferghana, en Kashmir, en la franja de Gaza y, por supuesto, al sur de los Estados Unidos.

Por otra parte, la AMO participó en la “lluvia de ideas” para la comunicación visual de Europa, organizada por la Comisión Europea. La propuesta de la AMO, que tuvo gran aceptación entre los medios, fue la bandera del “Código de barras” formada, a su vez, por las banderas de las naciones que actualmente integran a la Comunidad Europea. La bandera aparece en el ensayo *Euro Space* de la revista *Wired* 11.06.



Ilustración 47. La bandera del código de barras, por AMO.

Imagen tomada de http://wired.com/wired/archive/11.06/euro_spc.html. Consultada en enero de 2008.

Tocando el tema del diseño gráfico, vale la pena resaltar —como una característica más de la imaginación y la creatividad que se manifiestan en los estudios de la **AMOMA**—, un ejemplo en el que la renovación o, mejor dicho, la invención de los conceptos para los proyectos de gran tamaño, se traducen en logotipos o símbolos gráficos que, junto con los términos creados, transmiten de una forma más ágil esa “lógica que sustenta el proyecto”.

Se trata del estudio de reubicación del aeropuerto Shiphol, (Amsterdam, 1998) en el que se estableció un concepto nuevo para el emplazamiento del aeropuerto que sería reubicado en el mar y las implicaciones de esta decisión. Cabe señalar que actualmente, Shiphol se encuentra cercano a Amsterdam, al norte de la región conocida como *Groene hart* (*Corazón verde*), una zona agrícola y con una baja densidad de población. Al rededor de este *Corazón verde*, se forma un anillo urbano de nombre *Randstad* integrado por cuatro de las ciudades más importantes de Holanda: Amsterdam, Róterdam, La Haya y Utrecht. La propuesta de Rem Koolhaas - AMO era la de concentrar una zona urbana en el terreno que dejaría libre el traslado del aeropuerto, junto con una nueva red de transporte público, en lugar de la dispersión de edificaciones que actualmente caracterizan al *Groene hart*. Esta idea se sintetiza en un logotipo expresivo —un punto negro tangente al borde interior de un anillo mayor relleno de color verde—, o mediante otro logotipo en el que se anexa el nuevo aeropuerto a través de un avión inscrito en otro círculo unido al anterior por una raya negra.



Ilustración 48. Ubicación del *Groene hart*.

Ilustración del autor con base en el mapa que aparece en la página “Groene hart”: <http://www.groene-hart.nl/>. Consultada en enero de 2009.

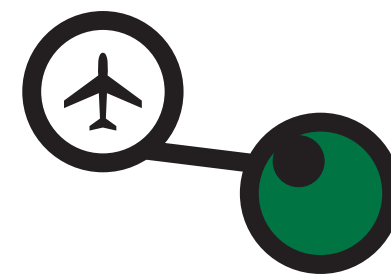


Ilustración 49. Logotipo que expresa el concepto del estudio para el aeropuerto de Shiphol.

Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en “El Croquis” 134/135, Madrid, 2007, p. 7.

Por su parte, el aeropuerto se construiría en una isla artificial en el océano Atlántico. Al centro se ubicaría el aeropuerto rodeado por un gran paraíso para los negocios, las compras y el entretenimiento, junto con las viviendas para los habitantes. La propuesta es tan innovadora que, de hecho, la *ciudad - aeropuerto - isla* está diseñada para un nuevo tipo de *ser humano* que pertenece a la denominada “élite cinética”.⁽⁷⁰⁾ Aquellos que están dispuestos a “[...] aceptar que sus vidas dependan enteramente de las demandas de los negocios, a viajar cientos de miles de millas cada año [...]; a sacrificar las satisfacciones de la vida ordinaria y acepten estar confinados en pequeños espacios, alimentarse de comida envuelta en paquetes de plástico, condenados a seguir rutas ya establecidas, una especie que vive solamente en interiores [...]; a quienes la carne asada preparada en el patio trasero de la casa les sea tan arcaica como salir a la jungla a cazar la carne y a quienes el sonido de los aviones atravesando las paredes gruesas les parezca omnipresente y por lo tanto, un elemento que pasa desapercibido dentro del ambiente”.⁽⁷¹⁾

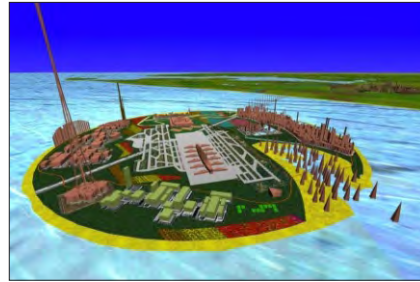


Ilustración 50. Propuesta para la ciudad - aeropuerto - isla de Schiphol.

Imagen tomada de la página de OMA.
<http://www.oma.nl/>
 Consultada en enero de 2009.

Cuando en las conferencias sobre este proyecto se le cuestiona sobre si un proyecto de esa magnitud —una ciudad entera— pueda ser creada y dirigida por empresarios privados, Rem Koolhaas contesta de manera un tanto cínica: “Durante un trabajo reciente en OMA, notamos que los símbolos de las principales monedas del mundo (el yen, el euro y el dólar), puestas juntas, forman la palabra *YES*. Estamos trabajando dentro del *YES* global”.⁽⁷²⁾



Ilustración 51. Símbolos del yen, del euro y del dólar, respectivamente. Creado por OMA.

Ilustración del autor con base en la información de Gary Wolf en *Wired* 06.2000.
<http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>
 Consultada en enero de 2008.

Así, para el Arq. Koolhaas la arquitectura virtual, a través de la AMO, mata varios pájaros de un tiro: primero, obtiene ingresos por conceptos en lugar de concreto (en contra del pensamiento dogmático); segundo, entrega resultados a sus clientes a la velocidad de sus demandas (inédito); tercero, al ser una *máquina de pensar*, puede convertirse en editor de una revista y coordinar a una pléyade para inventar los nuevos espacios que el siglo XXI requiere (genial) y, finalmente, ser un antídoto en contra de la *globalización claustrofóbica*: “La separación (AMO-OMA) nos permite liberar la teoría de la práctica arquitectónica. Esto lleva inevitablemente a la cuestión de las tareas de la arquitectura, pero nuestra manera de plantear preguntas ha cambiado: antes lo hacíamos construyendo edificios, ahora podemos hacerlo gracias a varias actividades teóricas que son paralelas a la construcción”.⁽⁷³⁾

Comentarios

En esta meseta hemos analizado dos formas de aproximarse al pensamiento arquitectónico contemporáneo: la primera, sigue normas, cánones, reglas establecidas con anterioridad, probadas y reprobadas por el “paso del tiempo”; se buscan formas, se arriesga poco al no salir de la zona de confort y en no pocas ocasiones el autor o arquitecto dueño del despacho se acredita los proyectos como algo hecho, pensado y diseñado —exclusivamente— por él. En la segunda postura, se cuestiona y se desconfía de todo; no se da nada por sentado; se buscan herramientas para inventar conceptos, ya sea en la pintura, en la cinematografía, en la filosofía, en la literatura, etc.; el diseñador o, mejor dicho, el equipo de diseñadores (en esta postura se comparten los créditos) se arriesgan al llevar la arquitectura al “límite de la envolvente”, hasta “donde el enemigo no se atreve a llegar”.

Dos formas radicalmente opuestas de entender el pensamiento arquitectónico contemporáneo. ¿Alguna es mejor que la otra? Sí, mi postura es que sí. Si bien bajo el pensamiento dogmático hemos logrado edificios interesantes, como lo es, en la ciudad de México, el Museo Nacional de Antropología e Historia (1964) del Arq. Pedro Ramírez Vázquez, también es cierto que, bajo esta postura, se corre el riesgo de perder creatividad en aras de utilizar —una y otra vez— elementos que nos brindan seguridad; se nos agotan las formas, caemos en el calco y luego, en el calco del calco. Alguna vez escuché al Arq. Arturo Ayala Gastelum, director fundador de la Escuela de Arquitectura de la Universidad Marista, decir que “...nos hemos vuelto arquitectos revisteros”. Cuánta razón tenía ya que, en cierta ocasión, le pregunté a un colega proyectista de un despacho de arquitectura de buen nivel, cómo es que se inspiraban para realizar sus diseños, siendo su

respuesta: “Vemos lo que aparece en las revistas de arquitectura y después trasladamos las ideas que nos gustan a nuestros proyectos”, confirmando así, involuntariamente, lo que sentenciaba el Arq. Ayala Gastelum.

Entre 2008 y 2012 laboré en un despacho privado cuya matriz está en Bilbao, y puse especial interés en el tema del llamado “concepto arquitectónico” ya que, a juicio de un servidor, el concepto refleja el nivel y la profundidad del pensamiento filosófico arquitectónico del diseñador y, en términos generales, del despacho que firma los diseños. Siendo esta disertación un ejercicio exclusivamente académico, cuyo fin es el de aportar pensamiento a nuestra profesión, que se me permita contar la siguiente historia, de la cual omitiré, por razones obvias, los nombres de los participantes.

A finales de 2009, el gobierno del Estado de Yucatán, publicó la convocatoria para participar en la licitación pública nacional referente al proyecto ejecutivo denominado “Mueso Maya de Mérida” estimado en 10 129 m² de construcción y con un periodo de ejecución de 120 días naturales (los cuales son razonables, si se tiene en consideración que se han publicado licitaciones para trabajos similares con plazos menores a 30 días naturales). La licitación incluía la presentación del ante-proyecto, convirtiéndola así en un concurso interesante ya que, algunos eventos relativos a proyectos ejecutivos se limitan, exclusivamente, a los temas legales, técnicos y económicos. Nuestra oficina mandó a un representante para participar en los primeros eventos programados (visita al sitio y junta de aclaraciones) y cuando regresó, nos comentó que los funcionarios responsables de la licitación, yucatecos todos, veían con buenos ojos la participación de oficinas de otras partes de la república, ya que esto podría traer “nuevas ideas” a la península.

Cuando nos reunimos para establecer las directrices del ante-proyecto, se nos solicitó que empezáramos a buscar los principales elementos de las construcciones mayas, es decir, los taludes, tableros, cresterías y todo lo que pudiéramos **retomar** para nuestra propuesta. Cuando expresé que aquella frase de “nuevas ideas” que nos habían mencionado se refería, precisamente a no “...restaurar, **recolocar**, **reagrupar**, **reformular**, **renovar**, **revisar**, **recuperar**, **rediseñar**, **retornar**..., **rehacer**, **respetar**...”⁽⁷⁴⁾ (y faltó **reinterpretar**) las construcciones mayas, porque “...los verbos que empiezan con ‘re’ producen *espacio basura*”⁽⁷⁵⁾, se me explicó que el diseño del edificio debería reflejar el carácter y la identidad mayas (**reinterpretados** al siglo XXI, claro está) para que nuestra propuesta tuviera más posibilidades de ganar y que, además, como sólo habían 120 días naturales, no teníamos tiempo para *inventar* (nunca mejor expresado) algo diferente. Así, en cuestión de días juntamos centenares de imágenes de sitios arqueológicos ubicados en la península de

Yucatán, mismas que —sin mayor análisis— fueron compartidas con el diseñador en turno para que le sirvieran de *inspiración* y así lograra una propuesta basada en los cánones urbano arquitectónicos mayas.

Al final nos enteramos que nuestra propuesta no había quedado ni siquiera dentro de las diez primeras. Y aquí terminaría esta historia que, de por sí, manifiesta la pobreza intelectual con la que se abordan, en algunos despachos, los proyectos ejecutivos. Sin embargo, un año después, cuando concursamos la supervisión externa del mismo proyecto (que tampoco ganamos), llegó a nuestras manos la memoria descriptiva del proyecto que a la postre, sería el que se construyó. A la letra dice:

“El concepto sobre el que se desarrolla el proyecto es el árbol sagrado de los mayas: la Ceiba. Era el árbol del mundo, sus raíces estaban en el mundo inferior, su tronco en la tierra y sus ramas llegaban al cielo. Bajo su sombra los mayas realizaban sus ritos más importantes.

De esta manera bajo la plaza de acceso, “en las raíces” se encuentra el estacionamiento, las bodegas y los servicios; sobre la plaza de acceso y “bajo la sombra de la Ceiba” se encuentran las salas de exhibición, la cafetería, estancia de niños y tienda de souvenirs; formando “las ramas” de la Ceiba se encuentra la Sala IMAX, el salón de usos múltiples y la administración.

Y eso es todo. El concepto de la “Ceiba” les sirvió para expresar que todo lo que sucede en el sótano del edificio forma parte de la raíz; la planta baja es tronco y los niveles superiores forman las ramas, las cuales dan sombra a la plaza de acceso. Así de fácil.

Hace unas líneas decía que sí hay una postura mejor que la otra, al referirnos a la forma de aproximarse al pensamiento arquitectónico contemporáneo. Por supuesto que me inclino por el antiCanon. Si algún día tuviera que escribir un libro en el que se plasmara el pensamiento a través del cual surgió, por ejemplo, el proyecto del “Museo del Mundo Maya”, ¿qué escribiríamos? ¿Que el primer nivel da sombra a la plaza de acceso? ¿Que el estacionamiento semeja las raíces del árbol sagrado de los mayas? ¿A quién habría que atribuirle la pobreza del concepto y por consiguiente, del proyecto? ¿Al despacho, que hizo lo mínimo para desarrollarlo? ¿Invetaron algún tipo de herramienta para ayudarse a solucionar los problemas arquitectónicos? ¿Siguieron a algún filósofo contemporáneo? ¿Utilizaron la cinematografía, la pintura, la literatura o alguna otra actividad como *telón de fondo*? ¿A las autoridades responsables de la licitación, para quienes —con toda certeza— el concepto era lo menos interesante del proceso de licitación?



Ilustración 52. La Ceiba, del cual surgió el “concepto arquitectónico” que dio forma al Museo del Mundo Maya, en Mérida, Yucatán, México.

Ilustración tomada del documento “Memoria Descriptiva del Museo Maya de Mérida”, por el Gobierno del Estado de Yucatán.

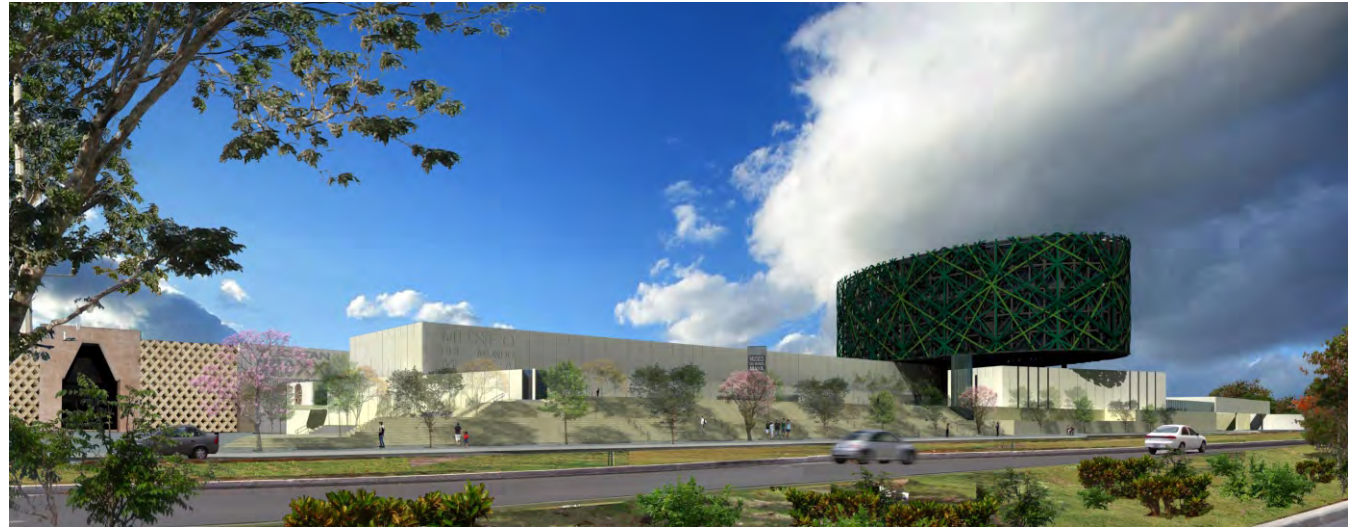


Ilustración 53. Perspectiva del proyecto “Museo del Mundo Maya”, en Mérida, Yucatán, México. Tomando como base el “concepto arquitectónico” de “La Ceiba”, lo que se aprecia en la imagen son el “tronco” y las “ramas” del árbol.

Ilustración tomada del documento “Memoria Descriptiva del Museo Maya de Mérida”, por el Gobierno del Estado de Yucatán.

De haber utilizado el antiCanon, es decir, el pensamiento que cuestiona y desconfía de todo, que desafía e inventa, estaríamos leyendo palabras como

Complejo, nueva situación urbana, manipulación del suelo, flujos, fuerzas, flúidos, frontera, fluidez, montajes, densidad, condición líquida, conceptos, intensificada, fusión, abierto, campos de fuerza, múltiples, distinto, progresión espacial, máquinas de exhibición, diagrama, multiplicidad, variedad, yuxtaposiciones, traslapes, estratos, promover acontecimientos espaciales poco frecuentes, inventado, espectáculo, extender, composición abierta, visible, poroso, insólito, placer, goce, descanso, cuestionar, permeable, transparente, agitación, guión, campos de espacios, otros espacios, nuevos materiales, complejidad, recorrido, secuencia, movimiento, argumento, dinámica espacial, sistemas abiertos—cerrados, innovación, pasión, intuiciones, espíritu de aventura, el poder de la invención, sedujo, libertad creativa, creación, abstracción, libertad sin ataduras, herramienta, fragmentación, capas, diagramas sociales, visionario, filósofo, pragmático, ideas, escritos, apartarse de los

límites de lo convencional, pensamiento, palabra creada, soluciones, originales, nueva, futuro, intensidad del pensamiento, nuevos tipos de relaciones, tanto teóricas como prácticas, entre la arquitectura y lo virtual, velocidad, electrónica, liberar la arquitectura y, finalmente, romper nuestra dependencia.

A cambio de eso, leímos: Ceiba, raíz—sótano, tronco—planta baja y ramas y sombra—primer nivel.

Citas

- 1.- Consuelo Farías - Van Rosmalen, *Anatomía de una mente visionaria obsesionada con el presente*: Rem Koolhaas, México, Consuelo Farías Villanueva, 2003, p. 294.
- 2.- Se puede ejemplificar el pensamiento dogmático a través del texto de Ramón Vargas Salguero que aparece en el libro *"Pabellones y Museos de Pedro Ramírez Vázquez"*, cuando en la página 145 al referirse al diseño del Museo del Templo Mayor dice: "[...] Las indicaciones relativas al proyecto arquitectónico fueron sumamente precisas y hasta rigurosas; aunque también podría considerarse que no iban más allá de asentar explícitamente los que debieran ser rubros obligados de toda obra arquitectónica posible". Este punto se expone con mayor amplitud en la meseta "Edificios contemporáneos de exhibición, MNA vs MTM".
- 3.- Confrontar con el objeto de la filosofía, expuesto en la meseta de "Las Herramientas Filosóficas".
- 4.- Farías - Van Rosmalen, Consuel, *Op. cit.*, p. 296
- 5.- *Idem.*
- 6.- Rem Koolhaas, *Conversaciones con estudiantes*, Gustavo Gili, traducción Víctor Ténez, Barcelona, 2002. p. 43.
- 7.- *Ibid.*, p. 41.
- 8.- Todas las traducciones de las definiciones de la Enciclopedia Británica son del autor.
- 9.- Euclides, *Los elementos*, libro V, definición 3. Consultado en la página de internet: Euclides, http://www.euclides.org/menu/elements_esp/05/definicioneslibro5.htm en abril de 2007
- 10.- Euclides, *Los elementos*, libro V, definición 6. Consultado en la página de internet: Euclides, http://www.euclides.org/menu/elements_esp/05/definicioneslibro5.htm en abril de 2007
- 11.- Aristóteles, *Metaph.*, A5, 958b 23. *Apud*: Tatarkiewicz, Wladislaw, *Historia de la Estética*, volumen 1, Colección Arte y Estética, Editorial Akal, Madrid, 1987, p. 92 (primera edición en polaco en 1970).
- 12.- Nicómaco, *Arthm.* II 19, p. 115; frg. B 10 Diels. *Apud*: Tatarkiewicz, Wladislaw, "Historia de la...", *Op. cit.*, p. 115.
- 13.- Estobeo, *Ecl.* I 21, 7d; frg. B 6, Diels. *Apud*: Tatarkiewicz, Wladislaw, "Historia de la...", *Op. cit.*, p. 120.
- 14.- *Idem.*
- 15.- Sexto Empírico, *Adv. mathem.* VII 106. *Apud*: Tatarkiewicz, Wladislaw, "Historia de la...", *Op. cit.*, p. 122
- 16.- Unos pocos ejemplos, en pulgadas:
Papel carta: 8.5 x 11 (dos rectángulos áureos: $5.5/8.5 = 0.647$).
Licencia de conducir, credencial de elector, credencial de la UNAM, credencial del video, credencial del cine, tarjeta de crédito, etc.: 5.3 x 8.6 ($5.3/8.6 = 0.616$).
- 17.- Según el Dr. Ron Knott, en su página de internet "Who was Fibonacci?" (<http://www.mcs.surrey.ac.uk/Personal/R.Knott/Fibonacci/fibBio.html>), comenta que el nombre "Fibonacci" se pudo haber formado a partir de la palabra latina *filius* y el apellido del padre, Bonaccio, cuyo plural es Bonacci; de manera que Fibonacci significaría, "hijo de los Bonaccio".
- 18.- La enciclopedia Británica señala el año de 1170 como el del nacimiento de Leonardo de Pisa, pero indica que el de la muerte fue después de 1240. Por su parte, el Dr. Knott establece 1175 como el año de nacimiento y el año 1250 como el de su fallecimiento.
- 19.- J. J. O'Connor y E. F. Robertson, *Leonardo Pisano Fibonacci*, en <http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Fibonacci.html>, consultada en diciembre de 2005. Traducción del autor.
- 20.- *Idem.*
- 21.- *Apud*, William J. R. Curtis, *Le Corbusier, ideas and forms*, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 164.
- 22.- *El Pequeño Larousse Ilustrado 2000*, Coedición internacional, sexta edición, Colombia, 1999.
- 23.- *Encyclopaedia Britannica, Deluxe Edition CD ROM*, 2002.
- 24.- José Villagrán García, *Teoría de la Arquitectura*, UNAM, México, 1989, p. 364.
- 25.- *Ibid.*, p. 428.
- 26.- Carlos Morales H., en *Teodoro González de León, la voluntad del creador*, Colección SomoSur, Colombia, 1994, p. 11.
- 27.- Louise Noelle, en *Teodoro González de León, la voluntad del creador*, Colección SomoSur, Colombia, 1994, p. 15.
- 28.- Octavio Paz, "El azar y la memoria" en *Retrato de arquitecto con ciudad*, Artes de México, México, 1996, pp. VIII - XI.
- 29.- Las negritas son del autor.
- 30.- Teodoro González de León, *Retrato de arquitecto con ciudad*, Artes de México, México, 1996, pp. 12 - 24.
- 31.- Las negritas son del autor.
- 32.- La utopía, por definición, es irrealizable.
- 33.- Ricardo Cayuela Gally, *La ciudad contradictoria. Entrevista con Teodoro González de León*, en Letras Libres, <http://www.letraslibres.com/index.php?art=11747>, consultada en mayo de 2007.

Citas

- 34.- Merry Macmasters, "El MUAC completará el concepto del Centro Cultural Universitario" en La Jornada, Cultura, 13 de noviembre de 2006.
- 35.- Patrimonio renovado UNAM, editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2007, p. 148.
- 36.- Ruy Pérez Tamayo, Serendipia, ensayos sobre ciencia, medicina y otros sueños, siglo xxi editores, sexta edición, México, 2005, pp. 158-159.
- 37.- El Croquis 103, Zaha Hadid 1996-2001, El paisaje como planta, Diciembre, enero de 2001, pp. 6 -35, traducción de Jorge Sainz, España. La entrevista fue realizada por Mohsen Mostafavi, Director en ese año de la Architectural Association de Londres. Las negritas son del autor.
- 38.- *The Pritzker Architecture Prize 2004, presented to Zaha Hadid*, pp. 19 -22. <http://www.pritzker.com/143.mono2004/hadid.pdf>, consultada en agosto de 2007. Traducción del autor. Las negritas son del autor.
- 39.- Álex Grijelmo, La seducción de las palabras, Taurus, cuarta reimpresión, México, 2004, p.278.
- 40.- *Apud.* Peter Cook, *The emergence of Zaha Hadid en Zaha Hadid, texts and references*, Rizzoli, New York, 2006. Traducción del autor, pp. 6 - 39.
- 41.- *Idem.*
- 42.- *Idem.*
- 43.- *Idem.*
- 44.- *Idem.*
- 45.- El Croquis 103, Zaha Hadid 1996-2001, El paisaje como planta, por Mohsen Mostafavi, Diciembre, enero de 2001, p. 29, traducción de Jorge Sainz. España, 2001.
- 46.- *Ibid*, p. 9.
- 47.- Joseph Giovannini, *The architecture of Zaha Hadid, en The Pritzker Architectural Prize 2004, presented to Zaha Hadid*, p. 39. <http://www.pritzker.com/143.mono2004/hadid.pdf>, consultada en agosto de 2007. Traducción del autor. Las negritas son del autor.
- 48.- El Croquis 134/135, Rem Koolhaas II 1996-2007, La arquitectura de las publicaciones, conversación entre Beatriz Colomina y Rem Koolhaas, Madrid, España, 2007, p. 362.
- 49.- Jean-François Chevrier, *Interview with Rem Koolhaas: changing the dimensions*, en *L'architecture d'aujourd'hui*, Francia, No. 361, noviembre-diciembre, 2005, p. 98. Traducción del autor.
- 50.- *Idem.*
- 51.- *Idem.*
- 52.- *Idem.*
- 53.- El número de la población está tomado de la página de Internet *Las Megalópolis*, <http://www.portalplanetasedna.com.ar/ciudades.htm>, consultada en febrero de 2008.
- 54.- Cfr. con el ensayo de Jeff Howe, *The New Border Wars, Border space: lines in the Sand*, en *Wired*, 11/jun/03 http://www.wired.com/wired/archive/11.06/border_wars.html.
- 55.- Gary Wolf, *Exploring the Unmaterial World*, en *Wired*, junio de 2000. <http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>, consultada en enero de 2008.
- 56.- Arthur Lubow, *Rem Koolhaas Builds*, en The New York Times Magazine, julio de 2000. <http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20000709mag-koolhaas.html?oref=login>, consultada en enero de 2008.
- 57.- Consuelo Farías - Van Rosmalen, Anatomía de una mente visionaria obsesionada con el presente: Rem Koolhaas, México, Consuelo Farías Villanueva, 2003, p. 296.
- 58.- Rem Koolhaas, *The New World, 30 Spaces for the 21st Century*, en *Wired*, junio de 2003. <http://www.wired.com/wired/archive/11.06/newworld.html>, consultada en enero de 2008.
- 59.- *The Pritzker Architecture Prize 2000, presented to Rem Koolhaas*, http://www.pritzkerprize.com/full_new_site/143/mono2000/koolhaas_mon.pdf, consultada en enero de 2008. Traducción del autor. Las negritas son del autor.
- 60.- *Idem.*
- 61.- Catalina Serra en Rem Koolhaas/Arquitecto, Tengo obsesión por el ahora, El País, martes 12 de abril de 2005, La Cultura, p. 39. <http://cyber.law.harvard.edu/blogs/gems/ion/20050412elpepi39.pdf>, consultada en enero de 2008.
- 62.- En su sexta acepción y según el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra reflejo significa "aquello que reproduce, muestra o pone de manifiesto otra cosa: Las palabras son el reflejo de su pensamiento". Considero que esta acepción es adecuada para referirse a la AMO, ya que a través de la investigación y de su pensamiento, pone de manifiesto la otra arquitectura, la arquitectura virtual.
- 63.- El nombre de *Office for Metropolitan Architecture*, como explica el propio Rem Koolhaas es un "[...] nombre muy pretencioso ante el cual casi cualquier cosa que se lleve a cabo sabe a poco". [Rem Koolhaas, Conversaciones con estudiantes, traducción de Víctor Ténez, Editorial Gustavo Gili, Barcelona, 2002, p.10.]

Citas

- 64.- La OMA se fundó en Londres en el año de 1975 por Rem Koolhaas, Elia y Zoe Zenghelis y Madelon Vriesendorp; las siglas OMA son significativas, ya que Rem Koolhaas siempre ha presentado su obra como el fruto de un trabajo solidario en equipo, en contra de la idea tradicional de la labor solitaria de un arquitecto artista [Cfr. con el prólogo que escribió Octavio Paz para el libro Retrato de arquitecto con ciudad, Artes de México, México, 1996, p. IX].
- 65.- Gary Wolf, *Exploring the Unmaterial World*, en *Wired*, junio de 2000. <http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>, consultada en enero de 2008.
- 66.- *Idem*.
- 67.- Arthur Lubow, *Rem Koolhaas Builds*, en *The New York Times Magazine*, julio de 2000. <http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20000709mag-koolhaas.html?oref=login>, consultada en enero de 2008.
- 68.- Nota del autor.
- 69.- AMO, *Atlas Space: New Frontiers, The Geography of Change*, en *Wired 11.06*, junio de 2003. http://www.wired.com/wired/archive/11.06/atlas_spc.html, consultada en enero de 2008.
- 70.- El término “la élite cinética” (*the kinetic elite*) es un término acuñado originalmente por el filósofo alemán Peter Sloterdijk. *Apud* Gary Wolf, *Exploring the Unmaterial World*, en *Wired*, junio de 2000. <http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>, consultada en enero de 2008.
- 71.- *Apud* Gary Wolf, *Exploring the Unmaterial World*, en *Wired*, junio de 2000. <http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>, consultada en enero de 2008.
- 72.- *Idem*.
- 73.- Rem Koolhaas. En Jennifer Sigler, “*Rem Koolhaas, Verso un’architettura estrema*”, Postmedia, Milan, 2002, p. 69. *Apud* Juan Antonio Cortés, *Delirio y Más*, El Croquis 134/135, Madrid, 2007, p. 4.
- 74.- Rem Koolhaas, *Espacio Basura*, Editorial Gustavo Gili, Barcelona, 2007, p. 35
- 75.- *Idem*.

Bibliografía

CHEVRIER, Jean-François, *Interview with Rem Koolhaas: changing dimensions*, en *L'architecture d'aujourd'hui: OMA, Projets Récents*, Francia, No. 361, noviembre - diciembre, 2005.

CHING D.K. Francis, *Architecture: form, space & order*, Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1979.

CURTIS J. R., Williams, *Le Corbusier Ideas and forms*, Hong Kong, Phaidon, 1999.

DOCZI, György, *El poder de los límites*, traducción de Alejandra Vucetich, Buenos Aires, Editorial Troquel, tercera reimpresión, 2004. (1a edición en inglés, 1981).

El Pequeño Larousse Ilustrado 2000, Colombia, Coedición internacional, sexta edición, 1999.

Encyclopaedia Britannica, Deluxe Edition CD ROM, Barga Planeta, 2002.

Enciclopedia Hispánica, CD ROM, Barga Planeta, 2004.

El croquis, 134/135, Madrid, El croquis editores, 2007.

FARÍAS - Van Rosmalen, Consuelo, *Anatomía de una mente visionaria obsesionada con el presente: Rem Koolhaas*, México, Consuelo Farías Villanueva, 2003.

GONZÁLEZ DE LEÓN, Teodoro, *Retrato de arquitecto con ciudad*, prólogo de Octavio Paz, México, Artes de México, 1996.

GRIJELMO, Álex, *La seducción de las palabras*, México, cuarta reimpresión, Taurus, 2004.

HADID, Zaha, *Complete Works, Vol. 1 Process: sketches and drawings*, New York, Rizzoli International Publications, Inc., 2004.

HADID, Zaha, *Complete Works, Vol. 2 Texts and references*, por Greg Lynn, Peter Cook, Gordana Fontana-Guisti y Andreas Ruby, New York, Rizzoli International Publications, Inc., 2004.

HADID, Zaha, *Complete Works, Vol. 3 Projects documentation*, New York, Rizzoli International Publications, Inc., 2004.

HADID, Zaha, *Complete Works, Vol. 4 Major and recent works*, New York, Rizzoli International Publications, Inc., 2004.

HEINZ, A. Thomas, *The vision of Frank Lloyd Wright*, China, Chartwell Books, Inc., 2000.

KOOLHAAS, Rem, *S, M, L, XL*, Italia, The Monacelli Press, Segunda Edición, 1998.

KOOLHAAS, Rem, *Espacio Basura*, Editorial Gustavo Gili, SL, traducción de Jorge Sainz, Barcelona, 2007.

MONEO, Rafael, *Inquietud teórica y estrategia proyectual en la obra de ocho arquitectos contemporáneos*, Unión Europea, Actar, 2004.

Patrimonio renovado UNAM, México, editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, 2007.

Rem Koolhaas: *Conversaciones con estudiantes*, Barcelona, publicado por *The Rice University School of Architecture, Architecture at Rice Publications*, Editado por Sanford Kwinter, Gustavo Gili, 2002.

NOELLE, Louise, *Teodoro González de León, la voluntad del creador*, Bogotá, Colección Somosur, Universidad de los Andes, 1994.

TATARKIEWICZ, Wladislaw, *Historia de la Estética*, volumen 1, Madrid, Colección Arte y Estética, Editorial Akal, 1987 (primera edición en polaco en 1970).

VILLAGRÁN García, José, *Teoría de la Arquitectura*, México, UNAM, 1989.

ZAVALA Ruiz, Roberto, *El libro y sus orillas*, México, UNAM, 5a reimpresión de la 3a edición, 2004.

Páginas de Internet

Universitat Oberta de Catalunya

[Http://www.cv.uoc.es/991_04_005_01_web/fitxer/parteno1.gif](http://www.cv.uoc.es/991_04_005_01_web/fitxer/parteno1.gif)
Consultada en abril de 2007.

The New York Times

<http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20000709mag-koolhaas.html?oref=login>.
Consultada en abril de 2007.

Universidad Autónoma de Madrid

[Http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/barcelo/pacioli/divina.html](http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/barcelo/pacioli/divina.html).
Consultada en septiembre de 2005.

Mies Van der Rohe, Biography

[Http://www.designboom.com/portrait/mies/bg.html](http://www.designboom.com/portrait/mies/bg.html).
Consultada en abril de 2007.

Chicago Landmarks

[Http://www.cityofchicago.org/landmarks/c/crownhall.htm](http://www.cityofchicago.org/landmarks/c/crownhall.htm).
Consultada en septiembre de 2005.

Fibonacci mathematician

[Http://www.faculty.evansville.edu/ck6/bstud/fibo.html](http://www.faculty.evansville.edu/ck6/bstud/fibo.html).
Consultada en diciembre de 2005.

Art/Museums

[Http://www.thecityreview.com/zaha36.jpg](http://www.thecityreview.com/zaha36.jpg).
Consultada en octubre de 2007.

Design Museum / The British Council / The design in Britain

[Http://www.designmuseum.org/design/zaha-hadid](http://www.designmuseum.org/design/zaha-hadid).
Consultada en noviembre de 2007.

Flickr

[Http://www.flickr.com/photos/nickehret/49987095/in/photostream/](http://www.flickr.com/photos/nickehret/49987095/in/photostream/)
Consultada en noviembre de 2007.

ARCHweb

<http://www.archiweb.cz/buildings.php?type=arch&action=show&id=899>.
Consultada en octubre de 2007.

Kazimir Severinovich MALEVICH

[Http://www.russianavantgard.com/master_pages/Master%2001%20%20Kazimir%20Malevich.html](http://www.russianavantgard.com/master_pages/Master%2001%20%20Kazimir%20Malevich.html).
Consultada en octubre de 2007.

The Pritzker Prize

[Http://www.pritzkerprize.com/143/mono2004/hadid.pdf](http://www.pritzkerprize.com/143/mono2004/hadid.pdf).
Consultada en agosto de 2007.

Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art

[Http://www.contemporaryartscenter.org/building](http://www.contemporaryartscenter.org/building)
Consultada en octubre de 2007.

WebMuseum, Paris

[Http://www.ibiblio.org/wm/paint/auth/malevich/sup/](http://www.ibiblio.org/wm/paint/auth/malevich/sup/)
Consultada en diciembre de 2007.

Euclides

http://www.euclides.org/menu/elements_esp/05/definicioneslibro5.htm
Consultada en abril de 2007.

Who was Fibonacci?

[Http://www.mcs.surrey.ac.uk/Personal/R.Knott/Fibonacci/fibBio.html](http://www.mcs.surrey.ac.uk/Personal/R.Knott/Fibonacci/fibBio.html)
Consultada en diciembre de 2005.

Leonardo Pisano Fibonacci

[Http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Fibonacci.html](http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Fibonacci.html),
Consultada en diciembre de 2005.

Letras Libres

[Http://www.letraslibres.com/index.php?art=11747](http://www.letraslibres.com/index.php?art=11747)
Consultada en mayo de 2007.

The Pritzker Architecture Prize 2004, presented to Zaha Hadid

<http://www.pritzker.com/143.mono2004/hadid.pdf>
Consultada en agosto de 2007.

Wired

Exploring the Unmaterial World, por Gary Wolf.
[Http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html](http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html).
Consultada en enero de 2008.

*Wired 11.06**The New World. 30 Spaces for the 21st Century.*<http://www.wired.com/wired/archive/11.06/newworl>

Consultada en enero de 2008

Real Academia Española

[Http://buscon.rae.es](http://buscon.rae.es)*Yves Klein Archives*

Autores: Daniel Moquay - Philippe Siauve

[Http://www.yveskleinarchives.org/](http://www.yveskleinarchives.org/)

Consultada en enero de 2009

Groene hart

[Http://www.groene-hart.nl/](http://www.groene-hart.nl/)

Consultada en enero de 2009

Oma - Amo

[Http://www.oma.nl/](http://www.oma.nl/)

Consultada en enero de 2009

Índice de fotografías

- 1.- Los principios ordenadores: Ejes, simetría, jerarquía, orden y repetición. Escultura de Sebastián, basada en una escultura teotihuacana con la representación de un cráneo. Foto del autor, 2004.
- 2.- José Villagrán García, Instituto Nacional de Cardiología (1978), fachada oriente. Nótese el manejo del ritmo, la repetición de los elementos y la jerarquía ya que el elemento que vuela arriba, corresponde a las habitaciones privadas. Foto del autor, 2005.
- 3 y 4.- José Villagrán García, el Centro Universitario México (1944). En este proyecto se advierte el uso de principios ordenadores: ejes, ritmo, simetrías, repetición, etc., para lograr el respeto a lo geométrico físico y habitable. Fotos del autor, 2006.

Índice de ilustraciones

Portada.- La Sección Áurea, por siglos, ha sido el símbolo del orden, la armonía, el crecimiento ordenado, etc.

Ilustración 1.- El Partenón (447-432 a. C.). Por Fidias, Ictinus y Callicrates. Este edificio representa la perfección y el equilibrio del orden dórico, aunque cabe señalar que los constructores tuvieron que hacer correcciones al diseño original, para lograr que el edificio **parezca** bello.

Tomada de: Universitat Oberta de Catalunya.

http://cv.uoc.es/~991_04_005_01_web/fitxer/parteno1.gif

Consultada en abril de 2007.

Ilustración 2. La Gran Biblioteca de París (proyecto, 1988).

Por Rem Koolhaas.

Este proyecto no se construyó derivado de una decisión adversa a Koolhaas [¿pensamiento dogmático?] durante un concurso internacional, privándonos del goce de una gran aventura arquitectónica.

Tomada de: The New York Times.

<http://www.nytimes.com/library/magazine/home/20000709mag-koolhaas.html?oref=login>

Consultada en abril de 2007.

Ilustración 3. Escrita en la corte de Ludovico Sforza en Milán, la “Divina Proporcione” fue publicada unos diez años más tarde en Venecia en 1509. En la obra impresa aparecen tres secciones. La primera trata de la **sección áurea** y de los poliedros regulares. La segunda parte aplica la sección áurea **en la arquitectura** y en el cuerpo humano, basada en la obra de **Vitruvio**. En esta parte se construyen geoméricamente las letras del alfabeto. La tercera es una traducción al italiano de “De quinque corporibus regularibus” de Piero della Francesca.

Tomada de:

http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/barcelo/pacioli/divina.html

Consultada en septiembre de 2005.

Ilustración 4. Diferentes formas de lograr 400 m2 en una superficie.

Ilustración del autor.

Ilustración 5. La casa Schwartz: Modulada con madera y tabique. Dos Ríos, Wisconsin, 1939. Por Frank Lloyd Wright.

Ilustración tomada de: *The vision of Frank Lloyd Wright*, HEINZ Thomas, China, 2000, p. 191.

Ilustración 6. Croquis que muestra la modulación de la casa Schwartz.

Ésta se logra a través de los materiales, madera y tabique.

Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en: *Architecture: form, space & order*, de Francis D. K. Ching, Editorial Van Nostrand Reinhold, USA, 1979, p. 294.

Ilustración 7. Mies y la maqueta del Crown Hall.

Foto tomada de *Mies Van der Rohe, Biography*,

<http://www.designboom.com/portrait/mies/bg.html>.

Consultada en abril de 2007.

Ilustración 8. Diferentes esquemas que muestran razones y proporciones.

Ilustraciones del autor.

Ilustración 9. Crown Hall: Illinois Institute of Technology. Chicago, 1956.

Por Mies van der Rohe.

Ilustración tomada de: Chicago Landmarks

<http://cityofchicago.org/landmarks/c/crownhall.htm>. Consultada en septiembre de 2005.

Ilustración 10. Pitágoras de Samos. Medalla acuñada entre los años 395 y 410 de nuestra era. Biblioteca Nacional de París.

Tomada de la Enciclopedia Briánica, *CD Rom de Luxe edition*, 2002.

Ilustración 11. Representación gráfica del *Teorema de Pitágoras*. (la ilustración está a escala 1:1) Ilustración del autor. El azulejo está tomado de "Islam", editado por Markus Hattstein y Peter Delius, Ed. Könemann, Italia, 2004, p. 20.

Ilustración 12. Construcción clásica de la sección áurea, con el cuadrado dentro del círculo. Ilustración del autor. 2006.

Ilustraciones 13 y 14. Crecimiento geométrico y aditivo de las partes y el todo con base en la sección áurea.

Ilustraciones del autor.

Ilustración 15. Leonardo Pisano "Fibonacci". Tomada de *Fibonacci mathematician* <http://faculty.evansville.edu/ck6/bstud/fibo.html>.

Consultada en diciembre de 2005.

Ilustración 16. La serie Fibonacci dibujada: la longitud de cada lado de un cuadrado es equivalente a la suma de las longitudes de los dos cuadrados precedentes. Ilustración del autor.

Ilustración 17. El *Modulor*: el dibujo de un hombre de 1.829 cm (6 pies)

con el brazo levantado e inscrito en un cuadrado que a su vez se divide en diferentes partes correspondientes a la sección áurea. Las dimensiones pequeñas las tomó de las series *Fibonacci* y en versiones posteriores introdujo dos escalas con espirales logarítmicas, también de la sección áurea. Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 164.

Ilustración 18. *Le Corbusier* usó estos diagramas para ilustrar la diversidad en los tamaños de los paneles y superficies que se pueden generar con las proporciones del *Modulor*. Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en Francis D. K. Ching, *Architecture: form, space & order*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1979, p. 318.

Ilustración 19. Detalle del *Modulor*, series rojas y azules, colado en concreto en la Unidad Habitacional, Marseilles. Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, contraportada.

Ilustración 20. *Unité d'Habitation*, Marseilles (1947 - 1953). Fachada oeste. En este edificio, Le Corbusier ejemplifica el uso del Modulor. Utiliza 15 medidas del Modulor para darle escala humana a un edificio que tiene 140 metros de largo, 24 metros de ancho y 70 metros de altura. Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 145.

Ilustración 21. Detalle del *Modulor*, colado en concreto en la Unidad Habitacional, Marseilles. Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, portada.

Ilustración 22. Fachadas sur y este de la Capilla de Nuestra Señora de Haut, Ronchamp (1951-53). Los vanos de diferentes tamaños que se abren en los muros, aparentemente están colocados al azar; en realidad, corresponden a las proporciones del Modulor. Confróntese la retícula que forman los vanos de la fachada sur (en la imagen es la de la izquierda) con la retícula inferior derecha que se presenta en la ilustración 18. Tomada del libro: *Lecorbusier Ideas and Forms*, CURTIS J.R, William, Phaidon, Hong Kong, 1999, p. 146.

Ilustración 23. El 18 de mayo de 1947 se celebró en el Palacio de Bellas Artes, la inauguración de la Primera Semana Nacional de Ayuda contra la Tuberculosis. En la imagen, el primero en la izquierda es el arquitecto José Villagrán García; le sigue el Dr. Ismael Cosío Villegas y el séptimo es el Dr. Manuel Gea González. Ilustración tomada de "El Hospital General

“Dr. Manuel Gea González” Cincuentenario”, de Enrique Cárdenas de la Peña, editado por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1999, p. 57.

Ilustraciones 24 y 25. Vista aérea y fachada sur del Museo Universitario de Arte Contemporáneo, 2006 - . Por Teodoro González de León. Imágenes tomadas de *Patrimonio renovado UNAM*, Editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2007, p. 149.

Ilustración 26. “Irish Prime Minister’s Residence”. Phoenix Park, Dublin, 1979. Por Zaha Hadid. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 5.

Ilustración 27. “MAXXI National Centre of Contemporary Arts”, 1997-, Roma, Italia. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 143.

Ilustración 28. “El Mundo (89 grados)”, por Zaha Hadid, acrílico sobre tela, 83 7/8 por 72 1/16 pulgadas, 1983. Tomada de la página “Art/Museums” en www.thecityreview.com/zaha36.jpg. Consultada en octubre de 2007.

Ilustración 29. Maqueta del “Cardiff Bay Opera House”. Cardiff, 1994 - 1996. Por Zaha Hadid. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 25.

Imagen 30. Dibujo para el proyecto “Cardiff Bay Opera House”, 1994. Por Zaha Hadid. Imagen tomada de la página “Design Museum / The British Council / The design in Britain”, <http://www.designmuseum.org/design/zaha-hadid>. Consultada en noviembre de 2007.

Ilustración 31. “Landscape Formation One Pavillion (LF-One) / Landesgartenschau”, Weil am Rhein, Alemania, 1996-1999. Por Zaha Hadid / Patrik Schumacher, Mayer-Bährle. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation*, Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 23.

Ilustraciones 32 y 33. “LF One”. Imágenes tomada de la página “Flickr”,

<http://www.flickr.com/photos/nickehret/49987095/in/photostream/> Consultada en noviembre de 2007.

Ilustración 34. Maqueta en metacrilato del Centro de Arte Rosenthal, Cincinnati, Ohio, USA. Por Zaha Hadid. Imagen tomada de la página “ARCHIweb”, <http://www.archiweb.cz/buildings.php?type=arch&action=show&id=899>. Consultada en octubre de 2007.

Ilustración 35. “The Mind Zone”, Millennium Dome, Londres, 1997-2000, por Zaha Hadid. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Projects Documentation*, Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 34.

Ilustración 36. Suprematismo (Supremus N56), por Kazimir Malevich, 1916. Óleo sobre tela, 80.5 x 71 cm. El Museo Ruso, Sn. Petersburgo. Tomada de Kazimir Severinovich MALEVICH http://www.russianavantgard.com/master_pages/Master%2001%20%20Kazimir%20Malevich.html. Consultada en octubre de 2007.

Ilustración 37. “Malevich’s Tektonik”, Zaha Hadid, 1976-1977. Londres, Reino Unido. Tomada de “The Pritzker Architecture Prize 2004 presented to Zaha Hadid”, p. 37. Tomado de *The Pritzker Prize* <http://www.pritzkerprize.com/143/mono2004/hadid.pdf>. Consultada en agosto de 2007.

Ilustración 38. “Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary Art”. Cincinnati, Ohio, 1997-2003. Composición en la que se muestran algunas de las herramientas que utiliza la Arq. Zaha Hadid para la conceptualización y el diseño de un edificio. De la esquina superior izquierda a la esquina inferior derecha: 1) Pintura: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de “Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”. Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 107. 2) Croquis: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de “Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”. Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 104. 3) Maqueta: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de la página “ARCHIweb”, <http://www.archiweb.cz/buildings.php?type=arch&action=show>

&id=899

Consultada en octubre de 2007.

4) Láminas de presentación: “Center for Contemporary Art”.

Imagen tomada de la página “Lois and Richard Rosenthal

Center for Contemporary Art”, en

,<http://www.contemporaryartscenter.org/building>

Consultada en octubre de 2007.

5) Interior: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de la

página “Lois and Richard Rosenthal Center for Contemporary

Art”, en <http://www.contemporaryartscenter.org/building>

Consultada en octubre de 2007.

Fachada: “Center for Contemporary Art”. Imagen tomada de

“Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works”.

Editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti,

Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 103.

Ilustración 39. “Ice Storm”, Instalación que fue concebida y creada para el *Museum der Angewandte Künste* (MAK), Viena, 2003. Imagen tomada de *Zaha Hadid Complete Works, Major and Recent Works*, editado por Patrik Schumacher y Gordana Fontana-Giusti, Rizzoli, Nueva York, segunda impresión, 2006, p. 228.

Ilustración 40. “Cuadrado negro”, por Kasimir Malevich, 1913, óleo sobre tela (106.2 x 106.5 cm). Imagen tomada “WebMuseum, Paris”, en <http://www.ibiblio.org/wm/paint/auth/malevich/sup/>

Consultada en diciembre de 2007.

Ilustración 41. Róterdam, Mayo de 1940. Imagen tomada de la enciclopedia “Así fue la Segunda Guerra Mundial”, fascículo 8, Vol. 1: *10 de mayo de 1940, alarma en occidente*, Ed. Anesa-Noguer-Rizzoli, Barcelona, 1972, p. 192. La obra omite el nombre del autor de la fotografía.

Ilustración 42. Anton Koolhaas. Imagen tomada de la página de Internet “Anton Koolhaas, 1912-1992”

<http://www.dbnl.nl/auteurs/auteur.php?id=kool009> (abril de 2008). La foto es de Chris van Houts.

Ilustración 43. Yves Klein, artista francés, en 1959. Imagen tomada de la página de Internet “*Yves Klein Archives*”

[Http://www.yveskleinarchives.org/documents/bio_html/1959_d_fr.html](http://www.yveskleinarchives.org/documents/bio_html/1959_d_fr.html) (consultada en enero de 2009).

Ilustración 44. Revista *Wired*, jun. 03 Imagen tomada de

<http://wired.com/wired/archive/11.06/full.html>

Consultada en enero de 2008.

Ilustración 45. La geografía cambia. Por AMO. Imagen tomada de

http://wired.com/wired/archive/11.06/atlas_spc.html.

Consultada en enero de 2008.

Ilustración 46. Los nuevos globalistas. Por AMO. Imagen tomada de

http://wired.com/wired/archive/11.06/dump_spc.html.

Consultada en enero de 2008.

Ilustración 47. La bandera del código de barras, por AMO. Imagen

tomada de http://wired.com/wired/archive/11.06/euro_spc.html.

Consultada en enero de 2008.

Ilustración 48. Ubicación del *Groene hart*. Ilustración del autor con base en el mapa que aparece en la página “Groene hart”: [Http://www.groenehart.nl/](http://www.groenehart.nl/)

Consultada en enero de 2009.

Ilustración 49. Logotipo que expresa el concepto del estudio para el aeropuerto de Schiphol. Ilustración del autor con base en la imagen que aparece en “El Croquis” 134/135, Madrid, 2007, p. 7.

Ilustración 50. Propuesta para la ciudad - aeropuerto - isla de Schiphol. Imagen tomada de la página de OMA.

<http://www.oma.nl/>

Consultada en enero de 2009.

Ilustración 51. Símbolos del yen, del euro y del dólar, respectivamente. Creado por OMA. Ilustración del autor con base en la información de Gary Wolf en *Wired 06.2000*,

<http://www.wired.com/wired/archive/8.06/koolhaas.html>

Consultada en enero de 2008.

Ilustración 52. La Ceiba, del cual surgió el “concepto arquitectónico” que dio forma al Museo del Mundo Maya, en Mérida, Yucatán, México.

Ilustración tomada del documento “Memoria Descriptiva del Museo Maya de Mérida”, por el Gobierno del Estado de Yucatán.

Ilustración 53. Perspectiva del proyecto “Museo del Mundo Maya”, en Mérida, Yucatán, México. Tomando como base el “concepto

arquitectónico” de “La Ceiba”, lo que se aprecia en la imagen son el “tronco” y las “ramas” del árbol. Ilustración tomada del documento “Memoria Descriptiva del Museo Maya de Mérida”, por el Gobierno del Estado de Yucatán.

La Zona de Hospitales 1937 - 2018



Introducción

- | | | |
|---|---|---|
| La Zona de Hospitales, un poco de historia | • | ¿Qué es la Zona de Hospitales? |
| La Zona de Hospitales, el levantamiento fotográfico | • | La Zona de Hospitales, la Cartografía |
| El Concepto - Herramienta | • | El Plano de Inmanencia |
| El Personaje Conceptual | • | El Antiamigo |
| <i>Action Healthing</i> , Componente I | • | <i>Action Healthing</i> , Componente II |
| <i>Action Healthing</i> , Componente III | | |

La Zona de Hospitales

Introducción

Durante la primera clase del Taller de Investigación la Dra. Farías nos dio un consejo para encontrar el tema de nuestra investigación: hacernos preguntas sobre cómo ve la gente a la ciudad, por ejemplo, ¿cómo ven los niños a nuestra ciudad? ¿Está pensada para ellos? ¿Cómo podría ser más atractiva? Otro ejemplo fue el de los turistas. ¿Qué perciben cuando llegan a la ciudad? ¿Se podría organizar uno o varios recorridos turísticos *urbano-arquitectónicos*? Y así se pueden encontrar un gran número de cuestiones que sirven como inicio para la selección del tema. En el caso de esta tesis, las preguntas vinieron de inmediato: ¿cómo se ve la ciudad de México cuando estás enfermo? ¿Cómo ven a los hospitales las personas que no tienen acceso a la medicina privada ni a la seguridad social? ¿Te permite la ciudad llegar a un hospital público cuando tienes que hacerlo a pie? ¿Y qué pasa cuando tienes que llegar en silla de ruedas? ¿Es que nuestra ciudad se está preparando, en materia de infraestructura hospitalaria pública, para los próximos años? ¿De quién dependen los hospitales públicos del Distrito Federal? Hablar de la ciudad de México es hablar de un escenario ingente, de manera que hubo que acotar el tema de estudio a la zona de Tlalpan. Una vez hecho esto, y con las preguntas anteriores siempre en la mente, realicé algunos recorridos para constatar y conocer el terreno de estudio. Encontré que dentro de la zona de hospitales se *esconde* un conjunto de circunstancias urbanas inauditas: banquetas destrozadas, *facilidades* para sillas de ruedas de fantasía, rampas con pendientes pronunciadas y radios de giro imposible, puentes peatonales inaccesibles para una persona enferma, la señalización urbana maltratada, un verdadero caos vial, peseros circulando por los dos carriles de que la calzada de Tlalpan tiene en esa zona, autos estacionados en doble fila

también sobre Tlalpan, ambulante, especialmente afuera del hospital general, aunque no falta el *chicharronero* en la entrada del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, contaminación visual y auditiva, etcétera. Es difícil que las fotografías expresen lo que experimenta una persona atada a una silla de ruedas cuando pretende llegar en busca de asistencia médica a Tlalpan. También constaté, curiosamente, que este caos urbano se repite al interior de algunas de las instituciones de salud, específicamente en el *Gea González*.

Por ello, el propósito de esta meseta es el de plantear una alternativa de solución a la zona de hospitales de la delegación Tlalpan, para que el conjunto se vuelva, tanto en lo urbano como en lo arquitectónico, rizomático y heterotópico, al aplicar el concepto inventado para esta tesis: el *Action Healthing*. Así, una de las ideas importantes de la propuesta es la de derrumbar las bardas, —físicas y de pensamiento—, que existen en torno al área de estudio, es decir, que se diseñó un complejo urbano hospitalario con una **visión contemporánea y de conjunto**, que tiene un telón de fondo ingente y utilizando las herramientas filosóficas y los conceptos de la meseta *Canon vs Anticanon*. ¡Basta ya de solipsismos!

Para lograr lo anteriormente expuesto, es indispensable la participación de diferentes actores: federales, como por ejemplo, el Secretario de Salud, el o los Subsecretarios correspondientes, funcionarios de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, funcionarios ejecutivos de la Comisión Federal de Electricidad, los directores y subdirectores de los institutos nacionales, de los hospitales psiquiátricos y del único hospital general de la zona de estudio. Además, es necesaria la participación de los servidores públicos que pertenecen al Gobierno de la Ciudad de México, empezando por el Jefe de Gobierno, el Secretario de Salud, el Delegado de Tlalpan, personal ejecutivo de las obras públicas en la delegación Tlalpan, del sistema de aguas de la ciudad, etcétera. Reunir o coordinar a todos los equipos de trabajo ya es en sí una labor difícil. Pero el verdadero reto consiste en el **cambio de mentalidad** que se necesita para abordar el problema con una visión inédita en la historia del urbanismo y de la arquitectura hospitalaria de la zona, la cual permita transformarla en una verdadera **Zona de Hospitales**. Es necesario, pues, que el equipo de trabajo funcione —en términos de Deleuze y Guattari—, como un *Cuerpo sin Órganos*, como una verdadera *máquina de pensar* (diseñar) y construir los hospitales y sus alrededores. ¡Los participantes en este proyecto tienen que ejercer la filosofía!

Así, tendremos un lugar en el que los enfermos recobran su dignidad, independientemente si llegan en automóvil privado, en transporte público o caminando. Una zona en la que las instituciones abandonan esta forma radical

de subjetivismo según la cual únicamente existe el propio *yo* y funcionan, finalmente, como un conjunto, promoviendo la referencia y contrarreferencia de sus pacientes. Y un lugar en el cual los edificios sean también protagonistas en el cuidado de la relación médico - paciente.

Así, el primer paso fue entender la historia de la llamada zona de hospitales. ¿Cuál es su antecedente? ¿Cuándo y por qué apareció? ¿Cuál fue el orden en el que llegaron las instituciones que ahora están establecidas ahí? ¿Siempre han tenido la misma función? ¿Cuál es el límite urbano de la zona?

Posteriormente, se trazó el plano base y los de vialidades, transporte, conflictos viales y el de sendas, bordes, barrios y nodos. En ellos se establece el perímetro de la zona de estudio así como sus principales elementos urbano arquitectónicos. Había que cartografiar la zona.

Establecidos la poligonal y su contenido, fue necesario inventar el concepto - herramienta para abordar las alternativas de solución. Se creó así el concepto filosófico arquitectónico bautizado como *Action Healthing* con sus tres componentes: primero, el diseño de la zona sin el diseño de los hospitales; segundo, el diseño de la infraestructura física y la relación que tienen las entidades entre sí y, finalmente, el diseño de un servicio hospitalario con el fin de fomentar el *acto médico*, es decir, la relación óptima entre el médico, el paciente y los familiares que le acompañan.

Una vez creado el *Action Healthing*, se ejerció violencia sobre el pensamiento al establecer el *plano de inmanencia* para pavimentarlo, poblarlo, con el concepto filosófico arquitectónico novel así como con los que están relacionados con el tema: el rizoma, la heterotopía, la heterocronía y el panóptico. Es en este apartado que se mencionó algo interesante: pensar provoca la indiferencia general y, sin embargo, se puede afirmar que se trata de un ejercicio peligroso, de un deporte extremo. Y sólo cuando los peligros se vuelven evidentes termina la indiferencia. Y qué más evidente que una supuesta zona de hospitales solipsista y desarticulada; que no protege ni a sus trabajadores ni a sus pacientes; con un urbanismo deplorable, en la que los vendedores ambulantes proliferan y, especialmente, en donde —en algunos casos—, los funcionarios responsables se convierten en los *antiamigos* de la zona.

Y precisamente esta meseta también inventa al personaje conceptual, al que dice *yo*, al que comienza a hablar en nombre del conjunto hospitalario: *la letra [T] arcana, la Torre de Hospitalización*, quien aun con el cuerpo tambaleándose mantiene el alma fresca y vigorosa; quien entona *cantos nuevos que existen desde hace mucho tiempo* para señalar los peligros de

preservar ideas fijas que impiden la visión de una vida de conjunto. Es aquí que sentencia al *soberano de la arquitectura hospitalaria*. Pero también aparece el *Antiamigo*, quien, traicionado por sus éxitos, fragua el efecto húmedo de las malas decisiones. El *Antiamigo* contempla, reflexiona, comunica y, especialmente, discute. Es en esta dicotomía que se debate parte del futuro de la Zona de Hospitales: por un lado, el pensamiento tradicional que confía en sí mismo y que pone sobre sus hombros la responsabilidad del cambio (o mejor dicho, de la continuidad) y por otro, el inédito, el *anticanon*, que encuentra en ciertas disciplinas, como la filosofía y la cinematografía, herramientas para plantear alternativas de solución; la que dice *yo* y se aventura en busca de una zona de conjunto, de una Zona de Hospitales.

En la parte final de esta meseta, que correspondió al uso del *Action Healing*, se estableció la franja de protección; también se señalaron las vialidades que conviene modificar para dignificar al peatón; las áreas que se expropiarán para convertir al conjunto en uno rizomático y heterotópico: el *espacio-otro hospitalario*. De igual forma, y al considerar al *Hospital General "Dr. Manuel Gea González"* como **la pieza fundamental y articuladora** del área de estudio, se le aplicó el componente II del concepto filosófico arquitectónico, el cual tiene que ver con el nuevo partido arquitectónico del nosocomio así como con la ubicación y construcción de una nueva torre de hospitalización. Y, para lograr el componente III, me apoyé en las clases de *Cinematografía y Pensamiento Urbano Arquitectónico Contemporáneo* al crear un guión técnico a través del cual se puso de manifiesto la importancia de tener espacios arquitectónicos capaces de acompañar, aislar y/o proteger a sus usuarios, aun en situaciones dramáticas.

Para el desarrollo esta región de intensidad o meseta, en especial para la parte histórica, consulté algunas bibliotecas, entre ellas, la del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", la del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, pero también una privada que pertenece al Dr. Juan José Mazón Ramírez a quien, de paso, entrevisté en no pocas ocasiones para darle forma a este apartado. También consulté las páginas electrónicas de cada instituto nacional así como de los dos hospitales psiquiátricos. Pero, sin lugar a dudas, una de las experiencias más enriquecedoras fue la de caminar, y caminar, y caminar el área de estudio. No había otra forma. ¿Cómo podría hablar de recorridos, de sendas, nodos y barrios sin conocerlos? Además, dieron pie a un levantamiento fotográfico bastante amplio. En el documento, por razones de espacio, sólo se publicaron algunas. Pero en archivos digitales, anexos a este documento, se pueden

consultar todas. Quedarán ahí, para documentar cómo era la zona de hospitales en los primeros años del siglo XXI. Por su parte, las tres copias de las fotos aéreas de la zona las compré en la Compañía Mexicana de Aerofoto, ubicada en la colonia Escandón de esta ciudad de México. Y para el desarrollo de los componentes II y III del concepto filosófico arquitectónico, utilicé el material elaborado en la Práctica Complementaria, el cual consistió en el levantamiento arquitectónico de las instalaciones del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", elaborado en diciembre de 2005.

Como resultado de esta meseta, se considera, en primer lugar, la semblanza histórica de la zona de hospitales, que permite recordar el pensamiento de un personaje visionario, el doctor Gustavo Baz Prada, quien desde sus diferentes puestos luchó por la creación de un **conjunto hospitalario** fruto del trabajo interdisciplinario de diferentes especialistas: médicos, arquitectos, urbanistas, etcétera. Una parte de este trabajo coincide con lo establecido por él hace más de 70 años. Sin embargo, y por causas ajenas al doctor Baz, la historia del *Centro Médico de la Ciudad de México* fue muy diferente.

Un segundo resultado de esta investigación, es el de **enfaticar el valor** que tiene el hospital general como **elemento fundamental** dentro del área de estudio. Sistemáticamente abandonado por las autoridades, este nosocomio puede convertirse en el pivote, en el elemento articulador de todo el conjunto, a través de una **estrategia** de ordenamiento y crecimiento basada, necesariamente, en una visión de conjunto. El hospital no es un elemento aislado dentro de la zona, al contrario, por los servicios que brinda, es el elemento clave para ordenar la Zona de Hospitales.

Pero la aportación principal es la **creación** de una *herramienta filosófica*, el *Action Healing*, de su personaje conceptual así como de su antagonista, el Antiamigo. Esta aportación rompe con la rutina de las ideas, con el pensamiento dogmático y la forma tradicional de tomar decisiones. Al contrario, busca un proyecto urbano arquitectónico de vanguardia que represente más a los pacientes y a los usuarios del conjunto que a los jefes de la arquitectura hospitalaria y a los funcionarios relacionados con ella. Además, esta herramienta puede ser utilizada para crear alternativas de solución en otros nosocomios, como por ejemplo, en el *Hospital General de México*, institución que pide a gritos, soluciones contemporáneas.

Los problemas actuales —cada vez más graves—, requieren necesariamente, alternativas de solución frescas, valientes y diseñadas, condición *sine qua non*, por nosotros mismos.

La zona de hospitales, un poco de historia

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se creó por decreto presidencial de Manuel Ávila Camacho, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 1943, a partir de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, que en ese momento desaparecen.⁽¹⁾ El Dr. Gustavo Baz Prada (1894-1987), ex gobernador del Estado de México, ex director de Facultad de Medicina de la UNAM y ex rector de la misma casa de estudios, asumió el mando de la nueva Secretaría. Es interesante mencionar que dos meses antes, el 16 de agosto, en la inauguración del *Primer Congreso Nacional de Asistencia*, el doctor Gustavo Baz —en su papel de Secretario de la Asistencia Pública, puesto que ejercía desde 1940—, había enfatizado la necesidad de una modificación sustancial en las estructuras políticas encargadas de la salud:

“... Frente al cuadro de miserias y sufrimientos que rodean a la humanidad, **no es posible recluirse en un círculo de buenas intenciones**, cerrando los ojos ante una realidad que si nos conmueve hondamente, también nos exige una solución inmediata y apremiante... **La era de las improvisaciones debe quedar relegada al olvido**, para dar paso a **servicios técnicamente organizados**”.⁽²⁾

El doctor Baz no perdió tiempo y los tres años siguientes los dedicó a la consolidación de la nueva dependencia, la cual giró en torno a la consecución del “**Plan de Construcción de Hospitales**” (que databa de 1940), en el que se incluyó el *Centro Médico de México* y el *Hospital para Enfermedades de la Nutrición* en esta ciudad de México, además de varios hospitales generales y rurales en el interior del país. En 1944 se inauguró el Instituto Nacional de Cardiología y el Dispensario Central Anticanceroso, ambos localizados, también, en el Distrito Federal.

En el número 6, volumen LXXVII de la *Gaceta Médica de México*, aparece un *trabajo de turno reglamentario*, leído por el doctor Baz en la *Academia Nacional del Medicina de México* en su sesión del 25 de junio de 1947 (cuando el doctor Baz ya no era Secretario de Estado); este documento resulta rico en información relativa al pensamiento médico y urbano-arquitectónico de la época. Por su importancia para esta meseta, cito a continuación algunos párrafos del trabajo:

“... Recordarán ustedes que en los tres primeros años del período 1940-1946 tuve la comisión de resolver únicamente los problemas asistenciales. Es posible que hayan leído las frecuentes declaraciones hechas por mí desde la Rectoría de la Universidad, **combatiendo el arrivismo, el empirismo y la improvisación**. De ahí que al dedicarme a estudiar los innumerables problemas de la asistencia

pública del país, haya tratado de no incurrir en el arrivismo, el empirismo y la improvisación. Para evitarlo, reuní a un grupo de técnicos y con ellos emprendimos estudios que nos llevaron largos meses. En primer lugar, debemos anotar que en un pasado reciente, la resolución de los problemas de asistencia había seguido **la rutina de las ideas reinantes en el siglo**; el país entero se había acostumbrado a ver que el último renglón de los programas de Gobierno era el relativo a problemas asistenciales. Por eso partimos de una afirmación rotunda: la de que todo estaba por hacerse.

Comenzamos por hacer el catálogo de todos esos problemas: la asistencia nosocomial, la asistencia maternoinfantil; los problemas que presentan los ciegos, los sordomudos, los retrasados mentales, etc.; pero era imposible resolverlos todos a la vez, al mismo tiempo que la guerra, que amenazó desde un principio al Continente Americano, agregaba problemas inaplazables en su resolución. Nuestras costas y nuestras fronteras estaban totalmente desprovistas de hospitales, como lo estaba la mayoría de nuestro territorio; de ahí que, sin olvidamos de los otros problemas, diéramos preferencia a la planeación de la red de hospitales.

Teniendo como base el deseo de resolver este problema dentro de la técnica moderna y tratando de adelantarnos a nuestro tiempo, invité a un grupo de distinguidos arquitectos y a otro de médicos no menos distinguidos, que quisieran especializarse en las técnicas de planeación, construcción, equipo y administración de hospitales, y con ellos formamos un Seminario de Trabajo que se dedicó a estudiar el problema en todos sus detalles, incluyendo los conexos de climatología, geografía física y humana, etc., que nos dieran datos en relación con las naturales diferencias que deben existir en la construcción de hospitales, según su ubicación, su función y su tipo. El estudio de todo el país marca la necesidad de hacer llegar hasta los lugares más distantes de la República y hasta los trabajadores más aislados del centro, los servicios de los especialistas y hacer real el beneficio de un hospital donde puedan resolverse los problemas de salud. Y dividimos así los hospitales en: a) **Centros médicos que contarían con hospitales generales** y de especialización. b) Hospitales Regionales, que deberían tener el carácter de hospitales generales y, en caso necesario, serían visitados por los especialistas en forma periódica. c) Hospitales rurales. d) Enfermerías rurales. Estos dos últimos serían visitados también por especialistas, tales como dentistas, oculistas, otorrinolaringólogos, etc.

Los médicos miembros del Seminario fueron los encargados de formular el programa, especial para cada hospital, basándose en un estudio previo de la estadística local, tomando datos sobre el número de hombres, mujeres y niños; tipos de enfermedades reinantes, situación económica media, etc. etc. ...Este programa se entregaba después a arquitectos que, tras un estudio preliminar, presentaban soluciones arquitectónicas provisionales, que daban origen a lo que nosotros hemos dado en llamar el organismo funcional, y sólo después de un cuidadoso estudio y revisión que nos hacía prever que nuestro programa era justo, entregábamos el mismo a uno de los arquitectos para que hiciera el proyecto

definitivo del edificio donde se alojaría el **organismo vivo**: el hospital.

Urbanismo.- Los arquitectos del Seminario fueron comisionados para estudiar en cada una de las ciudades elegidas la debida localización del hospital, de acuerdo con los principios de urbanismo ya conocidos, pues debe hacerse notar que, desgraciadamente, nuestros viejos y pequeños hospitales de provincia fueron construidos **donde se pudo** y, sólo en contadas ocasiones, donde era el sitio **más adecuado**.

Tuvimos que combatir la idea de que el hospital debe estar colocado fuera de la ciudad, pues si esto está bien para los hospitales de enfermos con libertad económica, no lo está para los hospitales destinados a enfermos de pocos recursos y que en muchas ocasiones **tienen que ir a pie**; de ahí que procuráramos que los hospitales fueran colocados en un sitio equidistante de las poblaciones de clase media y pobre de cada una de las ciudades. Otros factores que tuvimos que tomar en cuenta fueron las circulaciones; la existencia de **lugares abiertos como jardines, alamedas**; los vientos dominantes, etc. Por fortuna, en la mayoría de los casos conseguimos que las autoridades locales se dieran cuenta de las razones técnicas que nos obligaban a fijar determinados lugares y que nos apoyaran hasta contruir (*sic*) en el terreno de elección. Cuando fue posible, conservamos alrededor de los hospitales lo que hemos llamado **zona de protección y ampliación**, pues es indudable que todas nuestras ciudades y en especial las capitales de los Estados van creciendo rápidamente y con ello sus necesidades de hospitalización.

...Problemas políticosociales.- A medida que avanzábamos en el estudio del programa de hospitales, avanzábamos también en una gran campaña de educación médica para hacer comprender a las autoridades y a los habitantes de la región la necesidad de establecer un hospital bien equipado y para borrar la idea de que un hospital bien montado es caro y, todavía más, la idea igualmente falsa de que el sostenimiento de los hospitales, por demasiado caro, está fuera del alcance de nuestros recursos económicos. Empleamos con mucha frecuencia el argumento de que el hombre sano es la base económica de todo el país, ya que es él el que produce y el que consume; mientras que el hombre enfermo es una carga social, lo mismo él que su familia.

El hombre que se enferma o que sufre un accidente, y que se recupera pronto, vuelve a sumarse a la vida social como un factor económico. El enfermo permanece largo tiempo postrado o el que ha sufrido un accidente y por mal tratamiento queda con incapacidad severa, se convierte en cambio, en una carga social. En una sociedad bien organizada, el interés colectivo es que todos produzcan y consuman, disminuyendo así al mínimo las cargas sociales, sobre todo las de incapacidad física que pueden remediarse.

...La asistencia social, se ha repetido muchas veces, ha dejado de ser un acto de caridad para convertirse en una obligación social, y si es verdad que no es posible hacerlo todo en unos cuantos años, también es verdad que debemos



Ilustración 1. El Dr. Gustavo Baz Prada (de pie) en la declaratoria inaugural del Hospital Infantil de México, el 30 de abril de 1943.

Imagen tomada del libro "Los Institutos Nacionales de Salud: Reseña Historiográfica de 60 años de logros", p. 22.

continuar el esfuerzo y convencer a todos los sectores que actúen en el país, de que es preciso continuar resolviendo técnicamente los problemas de salubridad y asistencia **sin temor al costo** de construcción y de sostenimiento de las instituciones que hacen falta.

...Para poner en servicio el Hospital del Niño hubo necesidad de vencer grandes dificultades de dos órdenes: convencer de la necesidad del funcionamiento de ese hospital a funcionarios y a médicos que se mostraban profundamente pesimistas y adquirir un equipo moderno y suficiente. Se criticó a ese hospital de ser excesivamente grande y de ser lujoso. La primera crítica cayó cuando la experiencia vino a mostrar que las solicitudes, tanto para la consulta externa, como para obtener una cama de hospital, son tres veces mayor que la capacidad del establecimiento;⁽³⁾ la segunda crítica tenía por base el hábito inveterado de **atender a nuestros enfermos en medio de incomodidades y sin los elementos modernos que hacen eficaz la atención médica**, confundiendo así el lujo con la eficiencia. Ningún hospital planeado por nosotros tiene lujos; los pensamos y los realizamos únicamente de acuerdo con la función que venían a desarrollar, eso sí, dentro de sistemas modernos y eficientes.

Pues bien, la experiencia en el Hospital del Niño nos vino a demostrar lo que habíamos pensado con anterioridad al formular nuestro cuestionario: que para la atención de los enfermos en el Distrito Federal necesitábamos no sólo cuatro

hospitales tan grandes como el Hospital del Niño, sino el aumento proporcional de todas las otras instituciones hospitalarias. Este fue el dato que nos sirvió de base para planear **el conjunto de hospitales que dimos en llamar el Centro Médico de la ciudad de México**, y que se extendería desde la reja del frente del Hospital General hasta la calle del Panteón Francés, y desde la Calzada de la Piedad, por el poniente, hasta la calle de Jiménez por el oriente, abarcando una superficie aproximada de 93,000 metros cuadrados.

El Centro Médico contaría con **un hospital de tipo general** y con hospitales de especialización. Quedaría constituido por el Instituto de Cardiología, el Hospital del Niño, la Maternidad "Mundet", el Instituto Dental, el Hospital Urbano de Emergencias, el de Enfermedades Infecciosas, el Instituto de Oftalmología, el de Cáncer, el Hospital de la Nutrición, el Hospital para Enfermedades del Aparato Digestivo, el Hospital para Enfermedades del Aparato Urinario, el Centro de Dermatología y Sifilografía, la Unidad para Enfermos Tuberculosos, etc., todo con el fin de aumentar a 7,000 las camas actualmente existentes en el **viejo Hospital General**, que son cerca de 1,700.

Por la cifra antes citada, puede verse que, en realidad, debería lucharse por que el Distrito Federal cuente en el futuro con cuatro grandes **conjuntos hospitalarios**, cuando menos, para llegar al equilibrio entre las necesidades de hospitalización y el cupo de los hospitales que se construyen. Esta deficiencia la ha venido a subsanar pequeños y numerosos hospitales y maternidades particulares, unos en condiciones aceptables y otros en pésimas.

Dentro del Centro Médico se planeó, como he dicho antes, la construcción del Hospital Urbano de Emergencias, con cupo para 600 camas, y en el programa figuraban departamentos de traumatología de cráneo y raquis, traumatología de los miembros, traumatología del abdomen y traumatología del tórax, etc. De todos es bien sabido que, a pesar de la eficiencia de nuestros médicos, los servicios de urgencia en el Distrito Federal dejan mucho que desear; pensamos, por lo tanto, que era indispensable que la ciudad contara con un hospital en el que la invalidez debida a los accidentes se reduzca al mínimo por la eficiencia del tratamiento.

Por un acuerdo con el señor Presidente de la República dado en 1945, ese hospital debería haber sido construido por el Gobierno del Distrito Federal; pero, desgraciadamente, por causas que ignoro, no fue posible emprender su construcción. Por nuestra parte, dejamos el terreno a disposición del Gobierno del Distrito Federal, así como el proyecto arquitectónico y el programa funcional. Más tarde se comisionó a dos de los más distinguidos ortopedistas para hacer un viaje de estudio a los Estados Unidos y presentar el programa que serviría de base a la construcción del Instituto de Recuperación Funcional, incluyendo en él, el programa para los Servicios de Terapia Ocupacional. Con los dos estudios hechos por los dos ortopedistas citados, se formuló un programa de lo más moderno y quedó pendiente la formación del proyecto arquitectónico del Instituto, que estaría ligado en sus funciones al Hospital Urbano de Emergencias.

...Es preciso que al hablar del Centro Médico diga a esta docta Academia el hecho excepcional del señor doctor Grajales, de Chiapas, quien al morir dejó la mayor parte de su fortuna para incrementar la lucha contra el cáncer en el país. Con el dinero dejado por este profesionista, con base, y el terreno disponible en el Centro Médico, fué (*sic*) comisionado un grupo de distinguidos especialistas en esta materia para formular el programa que serviría de antecedente al proyecto arquitectónico, y una vez terminado éste, formamos el patronato con un grupo de filántropos que se proponen reunir la cantidad de ocho millones que cuesta esa institución.

...He dejado para lo último tratar de los hospitales que se dedican al tratamiento de la tuberculosis. Iniciados por una campaña encabezada por el doctor Fernández Manero, nosotros la continuamos, porque tengo la convicción de que su empeño estaba perfectamente dirigido y a mí no me tocaba, en interés del país, sino secundarlo, y porque estoy convencido también de que necesitamos imperiosamente contar pronto con el número de camas necesarias para combatir la tuberculosis. Con las dos nuevas unidades del Sanatorio de Huipulco, el Hospital de Ximonco y el de Zoquiapa, llegaremos a disponer de 1,400 camas en el país, aunque la necesidad manifiesta es de ocho a nueve mil camas. En este capítulo, como en los anteriores, es preciso continuar la lucha.

Conclusiones

Tal es, en brevísimos resúmenes, el fruto obtenido en seis años de labor intensa, para dotar a nuestro país de los hospitales que tanto necesita, modernos y eficientes, en consonancia con sus necesidades y con los avances de la medicina. Si yo quisiera resumir mi experiencia obtenida en esa obra, lo haría formulando las siguientes afirmaciones:

1ª El problema asistencial del país no se resuelve sólo con aumentar y mejorar los hospitales de la ciudad de México, sino que hay que ir en auxilio de la provincia, para que modernice los suyos.

2ª El país entero, incluyendo la capital, está muy lejos de contar con los hospitales que necesita y, por lo tanto, habrá que continuar esa obra.

3ª En la tarea de fundar hospitales modernos y eficientes, por mucho que puedan ser pequeños, de acuerdo con su función, deberá recurrirse a **arquitectos** y a **médicos** que sean **técnicos** en ese ramo (*sic*) tan especializado y tan importante.

4ª El equipo de los hospitales, lo mismo que su localización y su planeación, debe ser fijado por técnicos calificados, para que llenen su cometido y no cuesten más de lo necesario.

5ª En la imposibilidad en que está el Estado para resolver pronto y cabalmente esos problemas, habrá que asegurarse la cooperación económica

privada, que es absolutamente indispensable.

6ª Una vez fincados y equipados los hospitales, habrá que educar al público para que ayude a sostenerlos, cubriendo cuotas en la medida de sus posibilidades, por la atención médica recibida. La atención gratuita —aunque de igual eficacia— deberá quedar reservada sólo para los que están incapacitados económicamente.

7ª Al igual que el mejoramiento de los hospitales, deberá lucharse por el mejoramiento técnico y científico de los médicos que los atienden. A este fin, ninguna práctica parece más aconsejable que la de seguir becando a médicos jóvenes para que hagan estudios de perfeccionamiento en el extranjero o en el país.

8ª Al mismo tiempo que los médicos, habrá que preocuparse por formar los grupos técnicos necesarios en todo buen hospital: enfermeras, parteras, trabajadoras sociales, dietistas, técnicas de diversas disciplinas, y los administradores mismos de hospitales.

9ª El fruto obtenido con los hospitales recientemente fundados ha sido en extremo satisfactorio, tanto en lo que se refiere a la asistencia de los enfermos, como en la investigación científica que realizan y en la enseñanza médica que imparten. Deben, por tanto, ser motivo de orgullo para el país. Habrá que hacer un esfuerzo para que los nuevos que se funden les sean, en todo, semejantes.

10ª En la organización y en la marcha de los hospitales habrá que procurar que la **política en ningún momento interfiera con la técnica**, so pena de nulificar los esfuerzos que se realizan.”⁽⁴⁾

El escrito del doctor Gustavo Baz, como mencioné anteriormente, resulta rico en información sobre el pensamiento médico-urbano-arquitectónico de la época ya que permite ver con toda claridad, el antecedente de la Zona de Hospitales y la forma en la ésta debía funcionar.

En primer lugar, resalto la propuesta de ubicación de los hospitales, si bien en nuestro caso, la zona está ya consolidada; se toma en cuenta al enfermo que tiene que acudir al nosocomio a pie, para lo cual se propuso un sitio equidistante entre las poblaciones de clase media y pobre. Así mismo, y esto es importante, se habla de las circulaciones: “...la existencia de lugares abiertos como jardines, alamedas; los vientos dominantes etc.” y más adelante, advierte el Dr. Baz, la importancia de contar, en la medida de lo posible, con “... lo que hemos llamado zona de protección y ampliación, pues es indudable que todas nuestras ciudades y en especial las capitales de los Estados van creciendo rápidamente y con ellas sus necesidades de hospitalización”. Hago notar que se habla de dos zonas diferentes: por un

lado, los jardines y alamedas y, por otro, la zona de protección y ampliación: **¡los jardines no eran la zona de crecimiento!** Este punto, al igual que el de la ubicación, se retomarán un poco más adelante, especialmente cuando se hable del trinomio *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Hospital General “Dr. Manuel Gea González” e Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)*.

Unas líneas más adelante en el escrito del doctor Baz, aparece —con base en la experiencia del Hospital del Infantil, el cual en menos de tres años a partir de su inauguración resultó insuficiente—, la idea de la creación de un “Centro Médico de la Ciudad de México”, el cual “...contaría con un hospital de tipo general y con hospitales de especialización”. De hecho, la primera categoría en la división a la que llegó el Dr. Baz y su equipo de distinguidos arquitectos y no menos distinguidos médicos consistió en “a) Centros Médicos que contarían con hospitales generales y de especialización”.

¿Por qué construir un hospital de tipo general alrededor de hospitales de especialización? Porque el hospital general realiza actividades que los de especialización no; es decir, el hospital general coadyuva a lograr los objetivos de los hospitales de especialización. Ya sea en un *Centro Médico* o en una *Zona de Hospitales*, ya se trate de *Hospitales de Especialización* o de *Institutos Nacionales de Salud*, el *Hospital General* cumple funciones de apoyo, complementa las actividades necesarias que le permiten a los Institutos realizar sus actividades de investigación, docencia y asistencia médica. Se sabe desde 1943: una Zona de Hospitales debe incluir —no darle la espalda a— un Hospital General.

Fue hasta el año de 1956, que la Secretaría de Salubridad y Asistencia empezó la construcción del Centro Médico para la Ciudad de México; en 1961, sin embargo, el complejo hospitalario fue vendido al Instituto Mexicano del Seguro Social⁽⁵⁾ y a partir de entonces, los hospitales de especialidades de la Secretaría de Salud, empezaron a *improvisar* sus objetivos hacia el sur de la Ciudad de México: cerca de los sanatorios de Huipulco...justo lo que no quería el doctor Gustavo Baz.

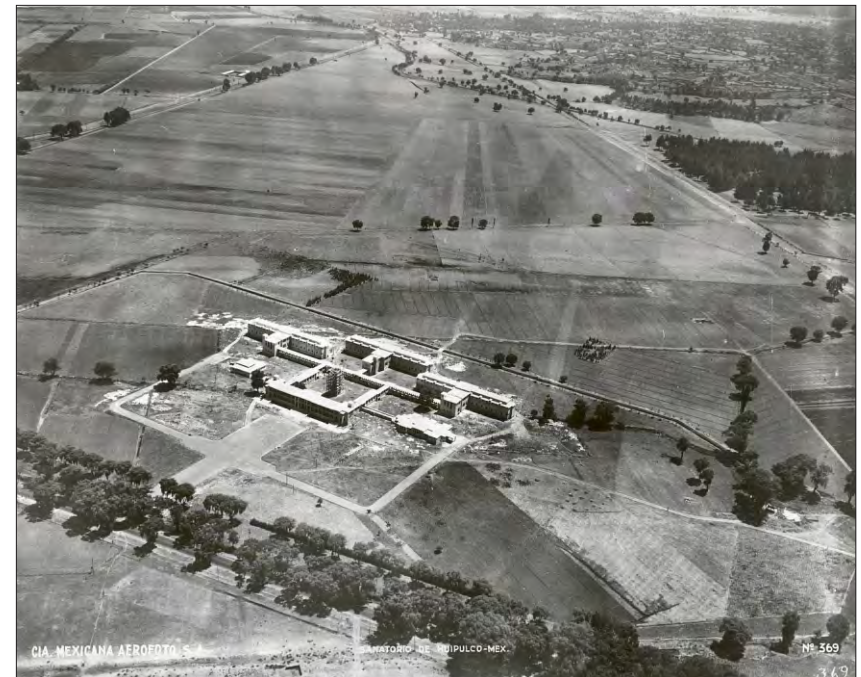
¿Qué es la zona de hospitales?

La zona de hospitales se ubica al Sur de la ciudad de México; para algunos de los que habitamos la capital es un punto de referencia; algunos de los camiones y microbuses que circulan sobre la calzada de Tlalpan, traen en sus parabrisas un letrero que indica que pasan por ahí. Pero, ¿qué es esa zona? ¿Qué hospitales la conforman? ¿Qué características tiene? ¿Se puede hablar, en términos urbano-arquitectónicos, de la Zona de Hospitales (ZDH) como se habla, por ejemplo, de la Ciudad Universitaria?

Debido a la cercanía con la que se construyeron los edificios que albergan a las diferentes instituciones de salud en la delegación Tlalpan (a excepción del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, que se ubica relativamente lejos del resto), es posible identificar un conjunto de entidades que conforman a la llamada zona de hospitales. Sin embargo, el hecho de que las instituciones construyeran sus sedes una cerca de la otra —y a pesar de pertenecer todas ellas a la Secretaría de Salud que, como mencioné anteriormente, contaba con un “Programa de [construcción de] Hospitales, 1940-1946”—, no implicó que constituyeran un sistema abierto, en el cual el diseño de la infraestructura les permitiera funcionar como un conjunto que contara, por ejemplo, con jardines, alamedas y zonas de protección y crecimiento. Por el contrario, se demostrará con hechos, que la zona de hospitales creció de una manera inadecuada al no incluir, como una parte importante del conjunto, los elementos mencionados en el trabajo del doctor Baz. Paso ahora a describir cómo fueron llegando y cuándo, las instituciones que conforman a la llamada *zona de hospitales*.

La primera institución en establecer sus instalaciones en los terrenos de Huipulco, fue el *Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco*, hoy *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* (INER), que en 1936 abrió sus puertas a los pacientes, después de que el *Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis* decidiera que Tlalpan era la mejor opción para la construcción del sanatorio ya que era el “[...] lugar perfecto para fincar el sanatorio presupuestado **por contar con aire puro, exento de humo y polvo**; por registrar una temperatura media, sin contrastes demasiado marcados; por estar protegido de los vientos, y por tener una exposición suficiente a los rayos solares, con luminosidad intensa; condiciones consideradas todas como **indispensables** para la cura de los tuberculosos.”⁽⁶⁾

Hacia 1936, la ciudad de México tenía alrededor de un millón y medio de habitantes; el fraccionamiento Hipódromo Condesa se consolidaba y



Fotografía 1. El Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco, 1937.

Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.

todavía se hablaba de los pueblos de la *Piedad* y de *Coyoacán*. Carlos Fuentes tenía 8 años y estaba lejos de escribir *La Región más transparente* (cosa que hizo en 1958). Huipulco era un lugar lejano y, como se puede apreciar en la fotografía 1, tenía grandes extensiones de terreno sin construir. En las exposiciones que presenté en el Taller de la Dra. Consuelo Farías, me referí a esta imagen como *...una foto que duele*, ya que nos muestra lo que *pudo ser* La Zona de Hospitales. Confróntese, como ejercicio curioso, con la foto 4 de esta meseta. Por cierto, en estos mismos terrenos se pensó alguna vez en construir la Ciudad Universitaria.⁽⁷⁾

En el contexto de 1936, la decisión del *Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis* de construir el sanatorio en Tlalpan se lee como acertada. No se pensaba en la construcción de un centro médico ni de una zona de hospitales. Se trató, simplemente, de tener un sanatorio para tuberculosos.

La segunda entidad en llegar a la zona fue el entonces Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González” inaugurado en mayo de 1947 y diseñado



Fotografía 2. El Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, en 1947.

Imagen de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.

también por el arquitecto José Villagrán García. Su objetivo fue el de atender a pacientes con tuberculosis avanzada. Como se aprecia en la fotografía 2, el “Gea” se construyó junto al Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco, pero sin la menor intención de integración entre ambos. Tanto al Sanatorio de Huipulco como al “Gea González”, los rodea una barda perimetral infranqueable. Sin embargo, hay que señalar que tampoco el Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González” formaba parte de algún plan para integrarse a un centro médico.

Es hasta 1966 —30 años después de inaugurado el Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco y 19 años después de hacerlo el “Gea González”—, abrió sus puertas el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; en 1967 lo hizo el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y en 1970 se cambia a sus nuevas instalaciones, el Instituto Nacional de



Fotografía 3. La zona de hospitales en 1970. Arriba a la derecha aparece ya el estadio Azteca con su cubierta.

Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.

Ciencias Médicas y Nutrición. Curiosamente, en el Libro del Cincuentenario de la Secretaría de Salud, editado en 1993, al hablar de la mudanza del Instituto de Nutrición, se refieren a la zona de hospitales como “... la zona *de tercer nivel* al sur de la ciudad”.⁽⁸⁾

La fotografía 3 nos muestra que para este año, 1970, la mancha urbana ya aparece en los alrededores de las instituciones, en especial un asentamiento que se establece en la colindancias oriente y norte del INER y que en la actualidad conforma una colonia *bien* consolidada... en el centro de la zona de hospitales. Recuerdo que en las sesiones de nuestro Taller de Investigación, comentamos que este asentamiento sería como si, entre la Torre de Humanidades y la Facultad de Medicina, en el *campus* de la Ciudad Universitaria, se hubiera permitido la construcción de una zona habitacional

irregular. Pero esa es la diferencia entre la planeación de una Universidad Nacional y la de una Secretaría de Estado, por lo menos en nuestro país.

Así mismo, para 1970, habían pasado ya 24 años desde que se elaboró el “Programa de Hospitales 1940-1946” en el que se establecía la urgencia de contar con un *Centro Médico para la Ciudad de México* y, sin embargo, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia permitió que los Institutos que se mudaron a Tlalpan, lo hicieran sin la menor coordinación.

En el año de 1972, recordemos, el Instituto Nacional de Neumología “Dr. Manuel Gea González” se transformó en el actual Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Finalmente, la zona de hospitales contó con un hospital general, el cual pertenece al **segundo nivel de atención médica**, como se explica en la meseta de “La ciudad de México, 2004-2014” en su apartado de la *Condición de derechohabiencia*. Sin embargo, también hay que recordarlo, el edificio del “nuevo” hospital general fue diseñado como un hospital para tuberculosos avanzados y nunca como un hospital general.

En 1976 el Instituto Nacional de Cardiología abandonó el edificio de la entonces Calzada de la Piedad, el cual albergó sus instalaciones durante 32 años, para dar paso a su nueva y flamante sede, diseñada, una vez más, por el arquitecto Villagrán García; en 1979 tocó el turno al Instituto Nacional de Psiquiatría, el cual estiró el límite de la envolvente de la zona al norte del Anillo Periférico (mientras que el conjunto estaba creciendo hacia el sur del periférico).

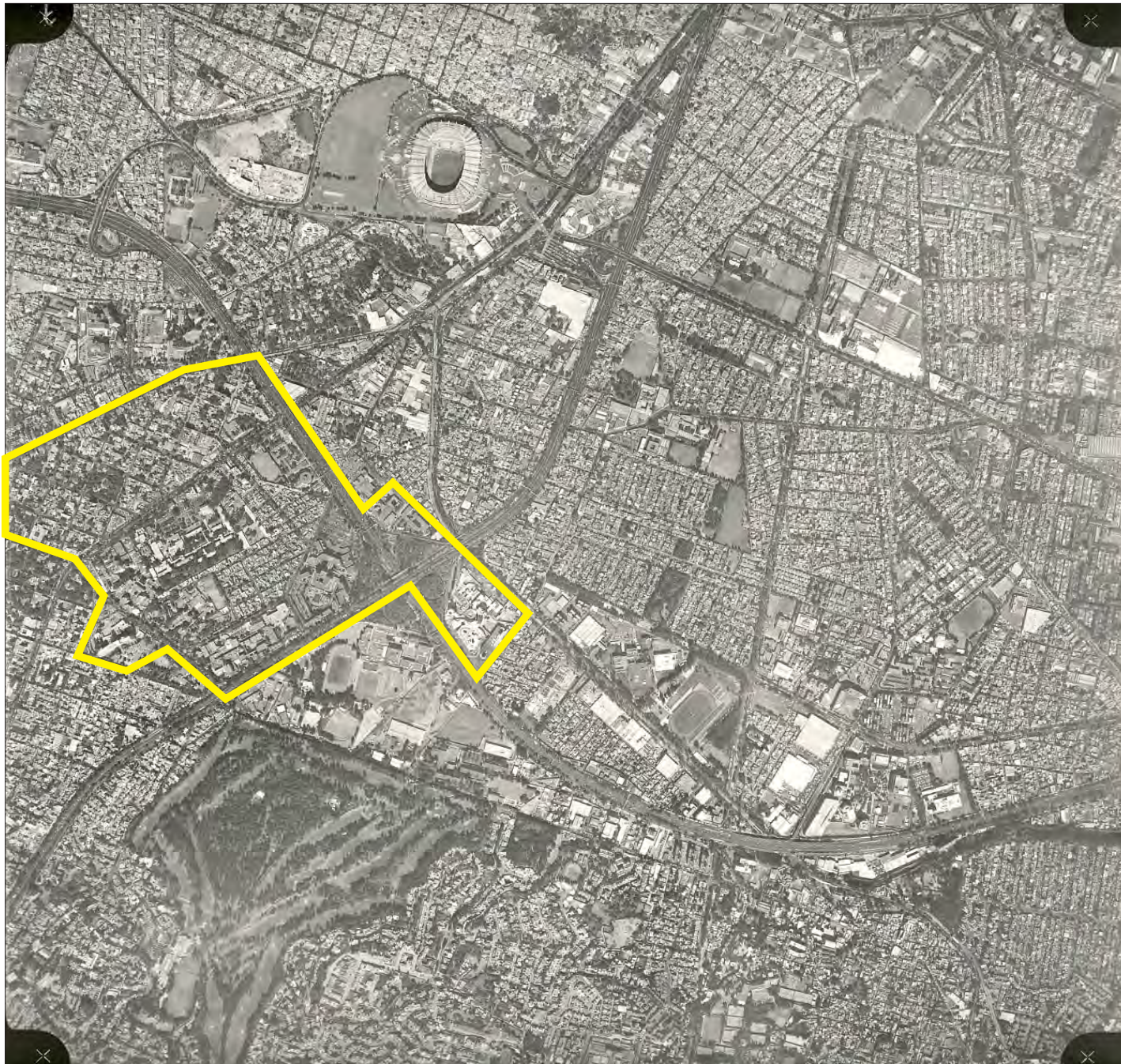
En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología inauguró su tercera sede, la cual colinda hacia el poniente —barda de por medio— con el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y al norte con el INER. A esta noble institución le tocó uno de los predios más chicos de la zona; sus edificios abarcan prácticamente la totalidad del terreno y sobra decir que no cuenta con jardines ni con zonas de protección y mucho menos de crecimiento. Llama la atención que desde la década de los setentas, era sabido que la mortalidad causada por los tumores malignos iba en aumento: en 1970 fue la quinta causa de mortalidad en el país y sexta en la ciudad de México. Para el 2004, en ambos casos, ocupó la tercera posición, sólo precedida por las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus.⁽⁹⁾ Por lo anterior, es posible —y hasta probable—, que un día el Instituto de Cancerología, siguiendo los principios del rizoma, se lance en la búsqueda del predio del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Finalmente, en el año 2000 se inauguró el Centro Nacional de Rehabilitación (que en 2005 se transformó en el Instituto Nacional de

Rehabilitación), el cual integró —como caso excepcional en esta zona— a tres institutos: el de Ortopedia, el de Rehabilitación y el de la Comunicación Humana. El diseño de este conjunto es proyecto del arquitecto mexicano Sergio Mejía Ontiveros.

La foto 4, en la página siguiente, muestra la zona de estudio en el año 2000. El caos es total: las entidades están separadas por bardas, por toda clase de calles (incluido el periférico), por puentes peatonales sin elevadores para personas con movimientos diferentes. Sobra decir que no existen, en la mayoría de ellos, jardines, y los pocos que lo tienen, como el INER, lo han utilizado como zona de crecimiento.

De esta forma queda integrada la zona de hospitales: 6 Institutos Nacionales de Salud, 2 Hospitales Psiquiátricos y solamente un Hospital General. La zona de hospitales debería llamarse, pues, zona de institutos.



Fotografía 4. La Zona de Hospitales en el año 2000. Esta imagen fue tomada solamente 64 años después que la fotografía 1. ¿Cuántas ciudades en el mundo habrán cambiado tanto en el mismo lapso?

Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.

Ilustración 2 ⁽¹⁾
Ciudad de México
 Los servicios de salud pública (Secretaría de Salud), segundo y tercer niveles de atención médica
 2006

● Segundo nivel de atención médica:

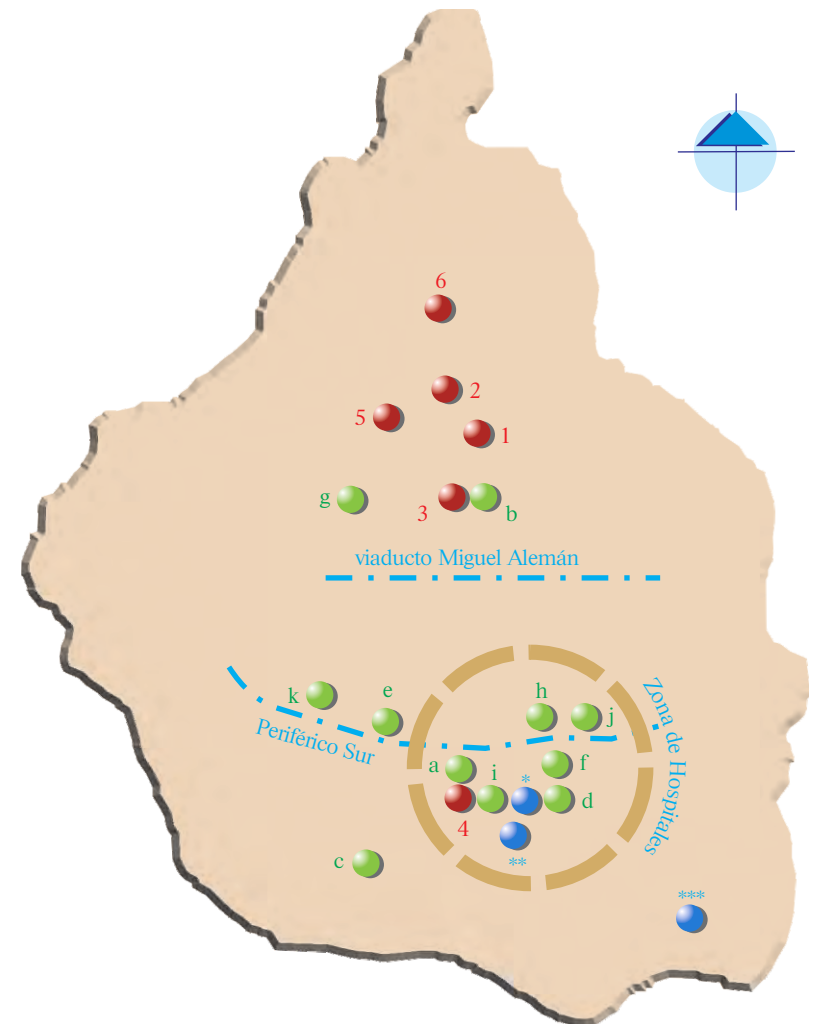
- 1.- Hospital Juárez del Centro (1847)⁽¹⁰⁾
- 2.- Hospital Nacional Homeopático (1893)⁽¹¹⁾
- 3.- Hospital General de México (1905)⁽¹²⁾
- 4.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (1947)⁽¹³⁾
- 5.- Hospital de la Mujer (1966)⁽¹⁴⁾
- 6.- Hospital Juárez de México (1989)⁽¹⁵⁾

● Tercer nivel de atención médica:

- a.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (1936)⁽¹⁶⁾
- b.- Hospital Infantil de México “Federico Gómez”(1943)⁽¹⁷⁾
- c.- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”(1964)⁽¹⁸⁾
- d.- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” (1970)⁽¹⁹⁾
- e.- Instituto Nacional de Pediatría (1970)⁽²⁰⁾
- f.- Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (1976)⁽²¹⁾
- g.- Instituto Nacional de Perinatología (1977)⁽²²⁾
- h.- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (1979)⁽²³⁾
- i.- Instituto Nacional de Cancerología (1980)⁽²⁴⁾
- j.- Instituto Nacional de Rehabilitación (2000)⁽²⁵⁾
- k.- Centro Nacional de Medicina Genómica (2004)⁽²⁶⁾

● Hospitales Psiquiátricos

- *.- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”(1966)⁽²⁷⁾
- **.- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (1967)⁽²⁸⁾
- ***.- Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”(1967)⁽²⁹⁾



(1) Ilustración: Carlos Rosado

La zona de hospitales, el levantamiento fotográfico



Fotografía 5. Una estampa que, según las estadísticas, cada vez se repetirá más y más: dos adultos mayores acompañándose al hospital.

Fotografía del autor, julio de 2005.

Fotografía 6. En primer plano, el INCAN; al fondo, el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Fotografía del autor, abril de 2005.



Fotografía 7. En primer plano, el INER; en segundo plano el Instituto Nacional del Cardiología y, al fondo, el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Fotografía del autor, abril de 2005.



Fotografía 8. En el *corazón* de la zona de hospitales, se estableció la colonia Belizario Domínguez, Sección 16.

Fotografía del autor, abril de 2005.



La zona de hospitales, el levantamiento fotográfico



Fotografía 9. Acceso al Instituto Nacional de la Nutrición.

Fotografía del autor, octubre de 2005.



Fotografía 10. Acceso al INCAN.

Fotografía del autor, octubre de 2005.



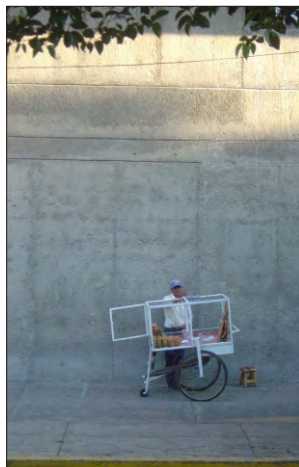
Fotografía 11. Acceso al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Fotografía del autor, octubre de 2005.



Fotografía 12. El Instituto Nacional de Rehabilitación, del arquitecto mexicano Sergio Mejía Ontiveros.

Fotografía del autor, octubre de 2005.

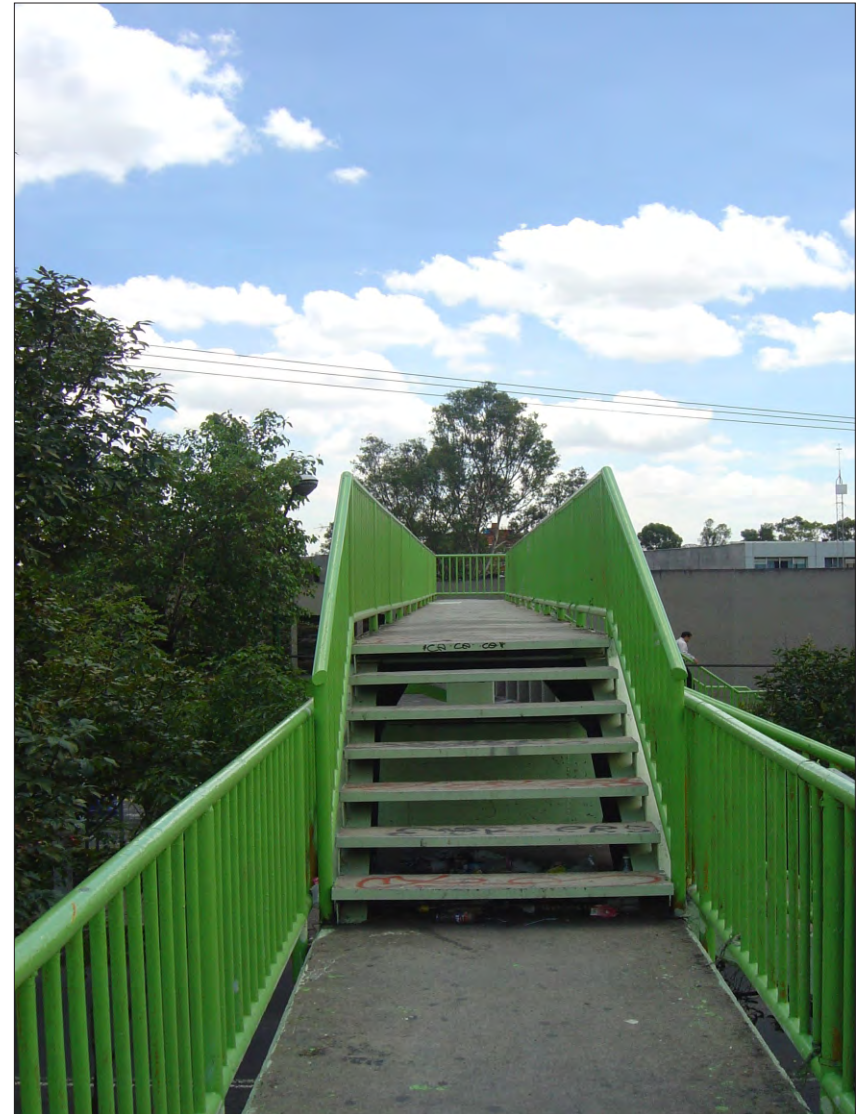


Fotografía 13. El chicharronero enfrente del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

Fotografía del autor, octubre de 2005.

Fotografía 14. Zona de Hospitales: Las rampas con sus "radios de giro".

Fotografía del autor, octubre de 2005.



Fotografía 15. Zona de Hospitales: Entre los múltiples desafíos que encuentran los usuarios de la zona, se encuentran los "pasos peatonales", infranqueables para una persona en silla de ruedas.

Fotografía del autor, octubre de 2005.

La zona de hospitales, la cartografía

Con base en la fotografía aérea de la Compañía Mexicana de Aerofoto tomada en 2004 y después de un gran número de visitas a la zona, elaboré el **plano base de la zona de hospitales** (ilustración 3, p. 191). A partir de éste, se presentan 4 planos más:

- El plano de vialidades (ilustración 4, p. 192).
- El plano de transportes (ilustración 5, p. 193).
- El plano de conflictos viales (ilustración 6, p. 194).
- El plano de sendas, bordes, barrios y nodos (ilustración 7, p. 195).

En el plano base se establecen los límites del área de estudio: al norte, la avenida Renato Leduc; al sur, el viaducto Tlalpan; al oriente, el anillo Periférico y la avenida México Xochimilco y al poniente, las avenidas San Fernando y José María Morelos. Dentro de este perímetro quedan incluidos, evidentemente, los seis Institutos Nacionales de Salud, los dos Hospitales Psiquiátricos y el único Hospital General, todos ellos representados en tonos de azul. Asimismo, incluí tres áreas (barrios*) compuestas tanto por viviendas como por comercios y oficinas. Se utilizaron tonos de rojo para representarlas. De esta forma, se aprecia cómo las manchas rojizas no sólo envuelven a las entidades de Salud, sino que aparecen en el corazón mismo del conjunto.

Las vialidades se dividieron en principales: el anillo Periférico y el viaducto Tlalpan, ambas consideradas —en la imaginación de los capitalinos— como *vías rápidas*; las dos son de doble sentido, con más de 20 metros de ancho y con camellón intermedio alambrado, lo cual las convierte en una frontera infranqueable para cualquier paciente que acuda en silla de ruedas, ya que dichas vialidades sólo se pueden atravesar por medio de los puentes peatonales, sin embargo, éstos no están diseñados para el uso de personas con capacidades diferentes al no contar ni con rampas ni con elevadores (ver la fotografía 15, en la página anterior).

Vialidades secundarias: la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando, ambas de doble sentido, con más de ocho metros de ancho por sentido y con camellón intermedio (ver la ilustración 7, p. 86 de la meseta “El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947-2006); no existen puentes peatonales en estas avenidas y el flujo de las personas queda supeditado al funcionamiento de los semáforos (en los cruces que los tienen) y a la educación vial de los conductores.

Finalmente, las vialidades locales, formadas por el resto de las calles que conforman la zona; el ancho de estas vialidades varía entre los ocho y los

doce metro; de éstas, la gran mayoría es también de doble sentido, lo que aumenta la intensidad de la vialidad en la zona. Uno podría pensar, erróneamente, que al ser una zona difícil para la circulación peatonal, el conjunto estaría *diseñado* para recibir a sus diferentes usuarios (tanto pacientes como trabajadores) en automóvil, transporte público o ambulancias: amplias avenidas de acceso, estacionamientos públicos suficientes con cajones para personas con capacidades diferentes, autobuses de pasajeros adaptados para sillas de ruedas, etc. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. De echo, dentro de la zona de estudio, por citar sólo un ejemplo, no hay un estacionamiento público. No, la zona de hospitales no fue diseñada en lo absoluto: ni para peatones ni para vehículos; creció improvisadamente.

Con respecto al transporte público, en la zona circulan autobuses de pasajeros, microbuses y taxis. Los primeros lo hacen sobre la calzada de Tlalpan, el viaducto Tlalpan y el anillo Periférico. Las paradas de los camiones se encuentran bien establecidas aunque hay que mencionar que, para el ascenso y descenso de pasajeros sobre la calzada de Tlalpan, los autobuses tienen que detenerse en doble fila, ya que debido a la escasez de estacionamiento, la gente deja sus vehículos incluso frente a las paradas del camión. Los microbuses circulan también por la calzada y el viaducto Tlalpan, sobre la avenida Renato Leduc y por el anillo Periférico. Ellos no tienen paradas establecidas, detienen sus unidades en donde a su interés convenga y son capaces de subir o bajar pasajeros en doble y triple fila bloqueando totalmente las calles. Lo anterior sucede con gran frecuencia sobre la calzada de Tlalpan, justo enfrente de la puerta principal del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Finalmente, existen siete sitios de taxis distribuidos de la siguiente manera: tres sobre calzada de Tlalpan, todos frente al Hospital General, uno en la entrada del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición, dos en el Instituto Nacional de Cardiología y uno en la avenida México Xochimilco, frente al Instituto Nacional de Rehabilitación.

Los principales conflictos viales se originan en los siguientes cruces: Tlalpan y San Fernando; Tlalpan y Coapa; Tlalpan y Sillón de Mendoza; Tlalpan y Fray Pedro de Gante; Tlalpan y la lateral del Periférico; la lateral del viaducto Tlalpan y San Fernando así como en la lateral del viaducto Tlalpan y la lateral del Periférico. En todos ellos, el elevado número de vehículos que circula, aunado a la escasez de estacionamiento, al desorden que ocasiona el transporte público y a la falta de educación vial de los conductores, provoca que en los cruces antes mencionados, se ocasionen verdaderos nudos viales. Por si esto fuera poco, los martes la calle de Fray Pedro de Gante se utiliza como tianguis, con todo lo que esto implica en términos de vialidad.

Con respecto al comercio informal, se da un fenómeno interesante: solamente existe en las banquetas correspondientes al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, tanto en la calzada de Tlalpan como en San Fernando. Esto no sucede con las banquetas de los negocios particulares como, por ejemplo, la sucursal de Tlalpan y San Fernando de Banamex, ni en el Sanborn’s de Hospitales, aunque tampoco hay vendedores ambulantes frente a los Institutos Nacionales de Salud. En 2006 la Delegación Tlalpan reparó las banquetas del Hospital General y los ambulantes fueron reubicados en el camellón central de la calzada de Tlalpan (véanse las ilustraciones 6 y 7 de la meseta “El Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1947 - 2006”, páginas 84 y 86 respectivamente, en las cuales aparecen las plantas y los perfiles de la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando; de igual forma, véanse las fotografías correspondientes al levantamiento de dichas avenidas, en las páginas 87 y 89).

Finalmente, con base en la propuesta de Kevin Lynch publicada en su libro “La imagen de la ciudad”, se establecen en la ilustración 7, los elementos principales que conforman la imagen pública de la zona: las sendas, los bordes, los barrios y los nodos.

1.- Sendas: La calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando, ya que son los conductos que dentro de la zona tienen continuidad y son identificables pero, sobre todo, porque desde ellos se puede observar esta parte de la ciudad, tanto peatonal como vehicularmente. Además, están vinculados de manera directa con las entidades de la Secretaría de Salud, al colindar con seis de las instituciones de la zona de estudio. Ni el Periférico ni el viaducto Tlalpan tienen esta relación directa con las entidades con las que colinda.

2.- Bordes: En cambio, tanto el anillo Periférico como el viaducto Tlalpan funcionan maravillosamente como elementos lineales de ruptura entre la zona de hospitales y todo lo que sucede en las regiones colindantes. Sobresalen visualmente sobre lo que está a su inmediación y, como ya se mencionó, son muy difíciles de penetrar en el sentido transversal. Por su parte, el resto de los bordes de la zona de hospitales funcionan como *suturas* y son menos prominentes y bastante más fáciles de penetrar que las dos primeras. Estamos hablando de las avenidas Renato Leduc, José María Morelos y la parte norte de San Fernando.

3.- Barrios: Identifico tres zonas urbanas dentro de los bordes que, si bien no producen una imagen vigorosa de ellas mismas, sí comparten algunas de sus partes integrantes como el uso habitacional mezclado con pequeños comercios y una cierta connotación social. Predominan las viviendas de uno o dos niveles mezcladas con accesorias comerciales en la planta baja. Sólo

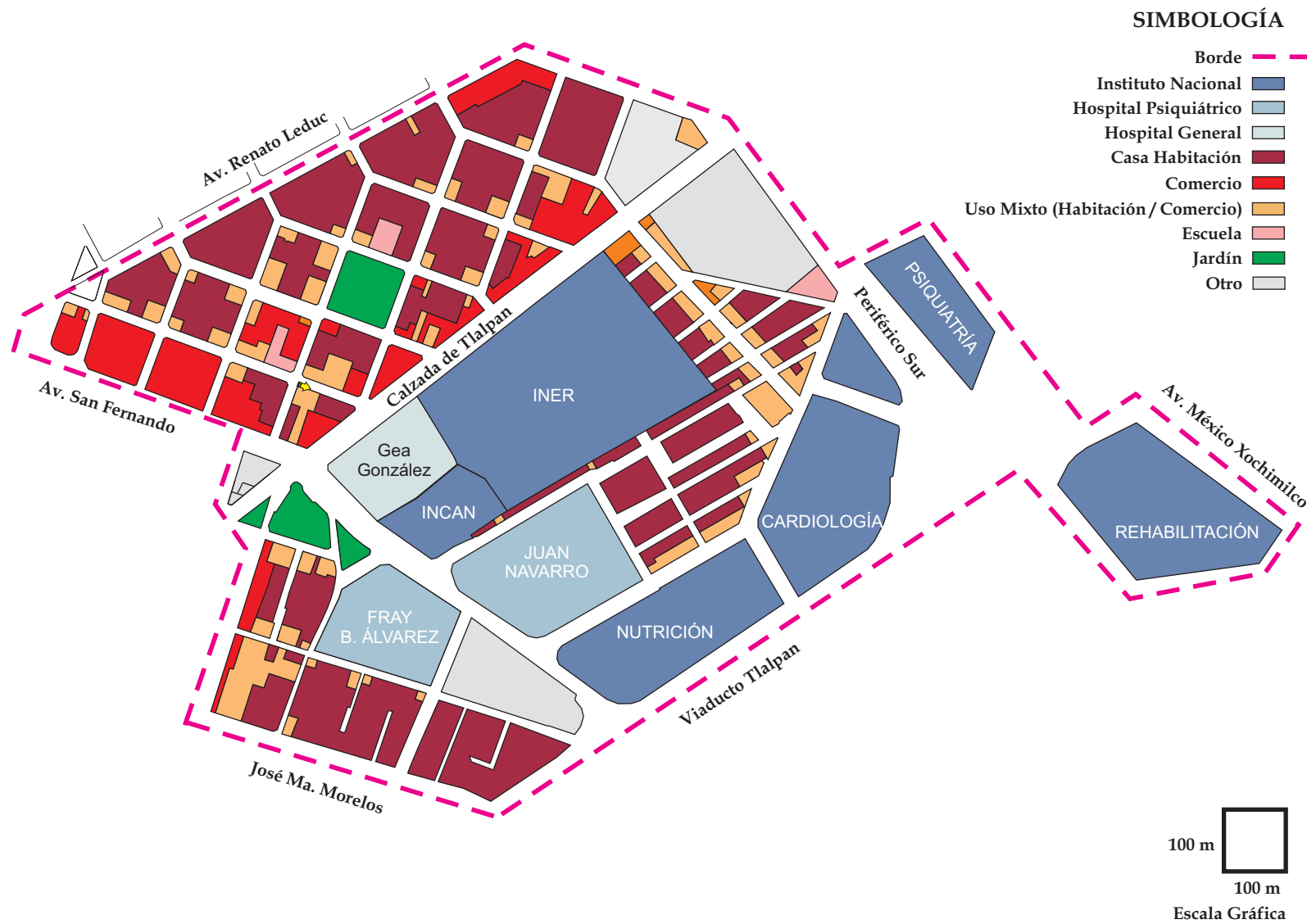
algunas fueron construidas originalmente para comercio, como el Banamex, Sanborn’s y dos de las tres escuelas que hay en la zona.

Estos barrios están vinculados de una manera parcial con los nodos, pero, como se demostrará más adelante, poseen el potencial para convertirse en gradientes temáticos* de apoyo para la zona de hospitales.

4.- Nodos: son el corazón de la presente disertación y han sido establecidos con anterioridad: seis Institutos Nacionales, Enfermedades Respiratorias, Cancerología, Nutrición, Cardiología, Psiquiatría y Rehabilitación, todos ellos pertenecientes al tercer nivel de atención médica. Dos hospitales psiquiátricos, el “Fray Bernardino Álvarez” y el infantil “Dr. Juan N. Navarro” y el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, los cuales pertenecen al segundo nivel de atención médica. Tanto institutos como hospitales conforman una concentración temática importante dentro de la ciudad de México: la zona de hospitales.

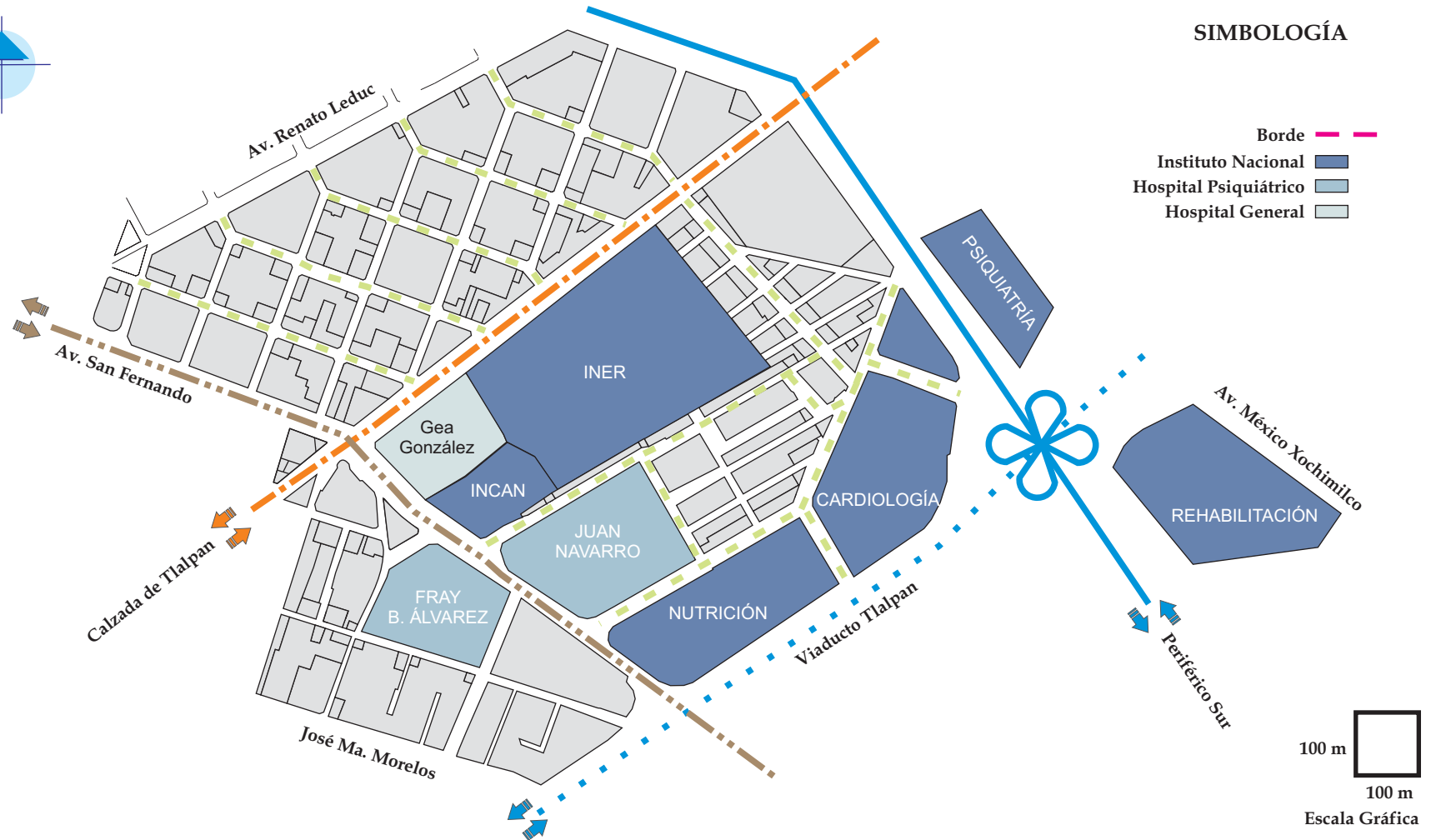
Sin embargo, y a pesar de su importancia, cada uno de estos nodos funciona hacia el interior —a manera de solipsismo— y pretenden ser ajenos no sólo con los demás elementos (las sendas y los barrios), sino entre ellos mismos. Existen muy pocas facilidades de interrelación entre las partes, lo que provoca una notoria desarticulación en el servicio.

Ilustración 3 ⁽¹⁾
 La Zona de Hospitales
 Plano Base
 2006



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de la zona.

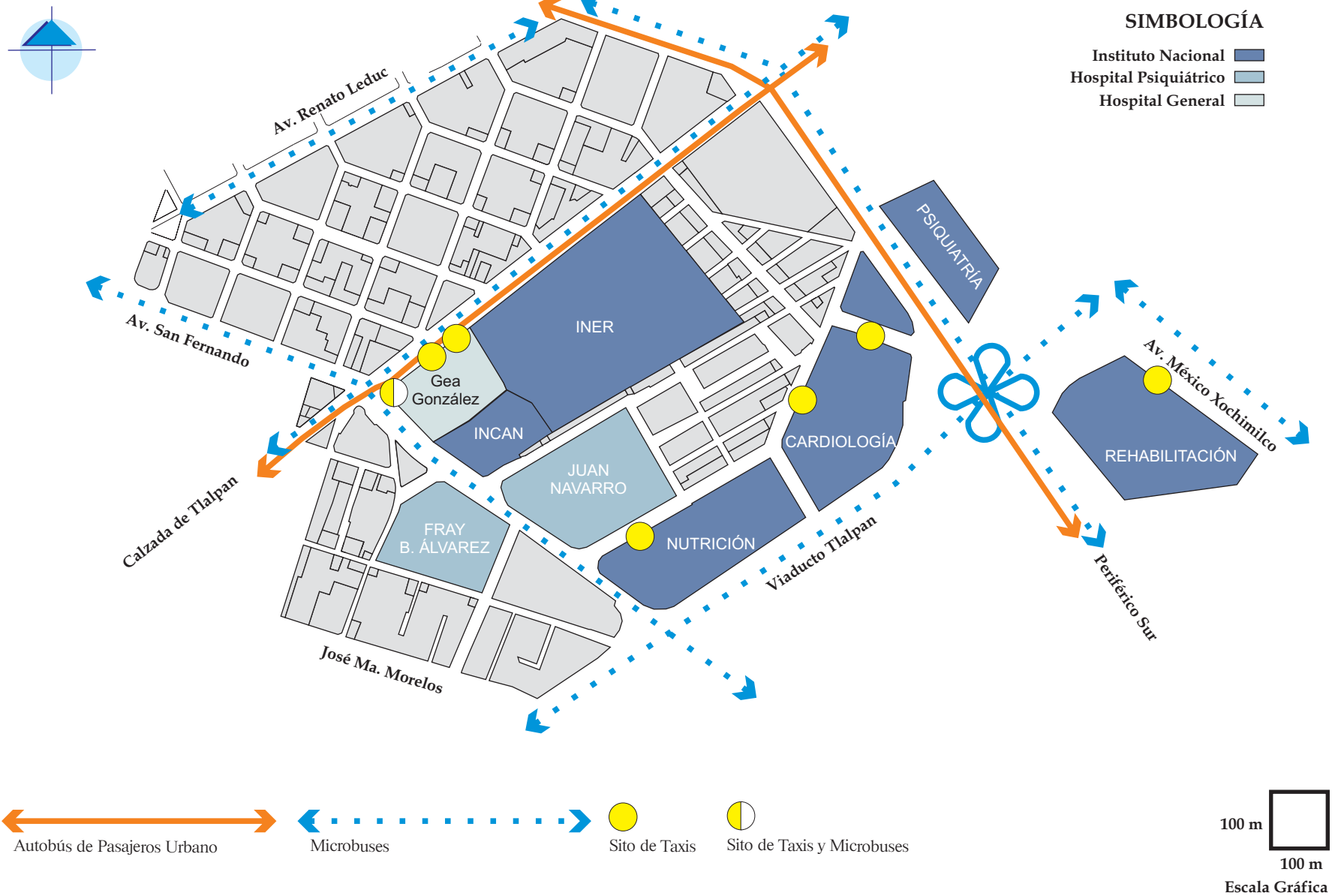
Ilustración 4⁽¹⁾
La Zona de Hospitales
Vialidades
2006



Vialidad Principal Periférico Sur (6 carriles) Doble sentido + camellón Ancho aproximado: 12.00 m / sentido Camellón: 1.50 m	Vialidad Principal 2 Viaducto Tlalpan (4 carriles) Doble sentido + camellón Ancho aproximado: 8.00 m / sentido Camellón: 1.50 m	Vialidad Secundaria 1 Calzada de Tlalpan (7 carriles) Doble sentido + camellón Ancho: 21.60 m Camellón: 9.45 m	Vialidad Secundaria 2 Av. San Fernando (5 carriles) Doble sentido + camellón Ancho: 15.00 m Camellón: 2.90 m	Vialidades Locales Doble sentido Ancho: Varios

(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de la zona.

Ilustración 5⁽¹⁾
 La Zona de Hospitales
 Transportes
 2006



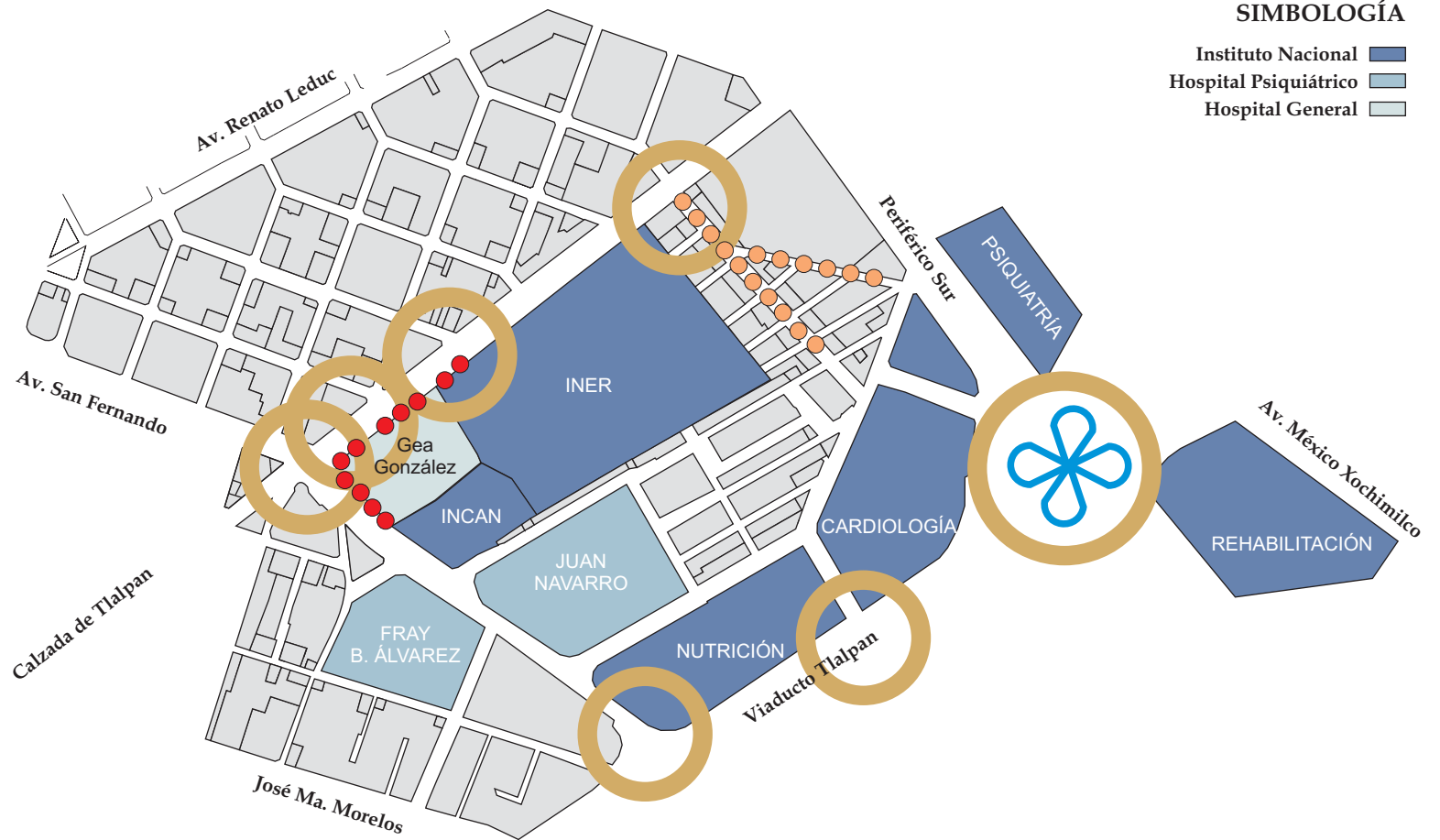
(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de la zona.

Ilustración 6 ⁽¹⁾
 La Zona de Hospitales
 Conflictos Viales
 2006



SIMBOLOGÍA

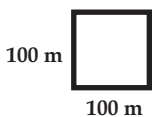
- Instituto Nacional
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital General



Vendedores ambulantes



Tianguis
 (Martes 8:00 a 17:00 hrs)



Escala Gráfica

(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de la zona.

Ilustración 7 ⁽¹⁾
La Zona de Hospitales
 Sendas, Bordes, Barrios y Nodos
 2006



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de la zona.

El concepto - herramienta

La meseta *Las Herramientas Filosóficas* inicia con la pregunta “¿Qué es la filosofía?” y la respuesta es contundente: crear conceptos siempre nuevos,⁽³⁰⁾ ya que de otra forma, simplemente estaríamos hablando de calcos o de posturas arcaicas que difícilmente podrían aportar la frescura de lo *hecho por nosotros*. Sin embargo, estos conceptos nuevos tienen, por definición, que estar ligados a una situación o a un problema sin los cuales no tendrían sentido. Así pues, el concepto se vuelve un acto de pensamiento.

A lo largo de la presente disertación, se han detectado ciertas problemáticas entre las que podemos citar, por ejemplo, una zona de hospitales caótica que ha crecido sin la más mínima estrategia y que presagia con colapsar ante la falta de alternativas de solución; autoridades que no las buscan; un hospital general *desvinculado* de los institutos nacionales que lo rodean; un entorno urbano arquitectónico que hace cada vez más difícil la referencia y contra-referencia entre las diferentes instituciones que conforman dicha zona, etc. Con la finalidad de establecer las alternativas de solución desde una óptica contemporánea, es necesario crear, en primer lugar, el **concepto filosófico-arquitectónico** para esta disertación, a saber:

Desde el inicio de la historia de la humanidad hasta nuestros días, la relación médico-paciente ha sido, en términos generales, la misma; es decir, se trata de una persona que pide ayuda para resolver una situación médica y otra que acepta dársela y lo hace, con mayor o menor grado de éxito. Por el contrario, los ambientes y las circunstancias en las que ocurre este “**acto médico**” han cambiado con el paso del tiempo. En la ilustración siete, por ejemplo, además de representar el legendario trasplante de pierna de un moro muerto a un hombre blanco, cuya extremidad estaba cancerosa —cirugía atribuida a los santos Cosme y Damián—, es interesante la forma en la que el artista representó la “sala de cirugía”: un ambiente limpio y bien ventilado, aunque la ventana abierta sería impensable hoy en día. Y ante nuestra mirada, estos ambientes se han vuelto tan complejos que se encuentran amenazados con transformarse en algo desfavorable para la relación médico-paciente. Para ejemplificar la idea anterior, a través de la mirada de los artistas del siglo XIX, tenemos la ilustración ocho, en la cual vemos a una dama rodeada de ratas, en el hospital Bellevue, en Nueva York, Estados Unidos. En algunos casos, los ambientes hospitalarios han pasado de lo *angelical* a lo *grotesco*.

En principio, los objetivos de la medicina se alcanzan de una mejor forma cuando la relación médico-paciente se efectúa en las mejores condiciones posibles, que no perfectas. Del enunciado anterior se desprende que todo

aquello que se oponga o interfiera con la instalación y conservación de dicha relación será considerado como negativo [lo *anti-amigo*]. Y por el contrario, todo aquello que favorezca al establecimiento y la persistencia de la relación médico-paciente óptima deberá calificarse como positivo [el *personaje conceptual* o el *amigo*].

El **acto médico** se trata, pues, de una relación interpersonal que puede contar con testigos —pero no con interferencias—, entre el paciente y su médico y viceversa. ¿Y si traslapamos este concepto al campo de la arquitectura, específicamente al tema de la zona de hospitales? Tendremos el nacimiento y bautizo del concepto filosófico arquitectónico de esta disertación: El **Action Healing (AH)**: una relación de intensidad entre las entidades de la zona de estudio, que plantea la problemática entre *amigos*, es decir, entre personajes conceptuales, los cuales desafían a los *Antiamigos* (de los que hablaremos más adelante), para crear el *espacio-otro-hospitalario*. Ya no nos damos por satisfechos con los cánones ni con el pensamiento dogmático, y tampoco los limpiamos ni les sacamos lustre. El *Action Healing* no contempla, no reflexiona, no comunica ni discute. Es una creación, es singular, es una singularidad. Su objetivo es conocerse a sí mismo —pensarse a sí mismo—, desconfiar de todo (a veces, hasta de los amigos) y asombrarse de **ser**, para así, pasar a la *acción*.

Como todo concepto debe remitir a un problema —sin el cual carecería de sentido—, el *AH* se encontrará aquí metido en la tarea de pensarse como la Zona de Hospitales, conocer a la pluralidad de actores que participan en ella (*amigos* y *anti-amigos*) así como la forma en la que se relacionan cada uno de ellos. Y más adelante, cuando el *AH* se encuentre frente a una encrucijada de problemas, se

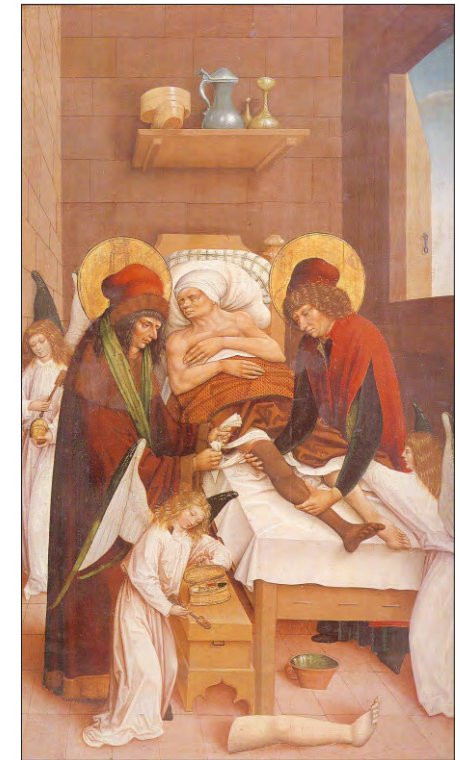


Ilustración 8. *Transplante milagroso de pierna por los santos Cosme y Damián*, c. 1500. Nótese el ambiente *hospitalario*.

Tomada de: *Medicine, a treasure of art and literature*, editado por Ann G. Carmichael y Richard M. Ratzan, Beaux Arts Editions, 1991, China, p. 65.

juntará con otros conceptos coexistentes, como la *Heterotopía*, el *Panóptico* y el *Rizoma*, para tomar partido.

Una vez creado el concepto, hay que sacarlo del caos al establecer en primer lugar, los *componentes* que lo expliquen; en segundo, el *perímetro* que lo defina, en tercero, el *amigo* que le dé voz y, finalmente, explicaré el tema del *Antiamigo*.

Con respecto al primer punto, el de los *componentes*, parto de los objetivos de la medicina los cuales, según el Dr. Ruy Pérez Tamayo en su "Ética médica laica", sólo son tres: 1) preservar la salud, 2) curar o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias.⁽³¹⁾ Con base en lo anterior, la esencia y la naturaleza de la medicina se pueden definir principalmente en función de la relación médico-paciente. Y si esta relación se da bajo condiciones urbano-arquitectónicas óptimas, es posible y hasta probable que los objetivos de la profesión médica se alcancen con mayor facilidad. Sin embargo, como la mayoría de las relaciones interpersonales, ésta tiene una historia natural, también un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales por parte del enfermo y la apertura y el trato receptivo y respetuoso por parte del médico se irán transformando poco a poco en la tranquilidad y la confianza del enfermo y el trato afable y con mayor conocimiento del problema de su paciente, del médico. Esta confianza termina por establecer, en la mayoría de los casos, una relación positiva médico-paciente.

Si unimos los tres objetivos de la medicina en uno solo quedaría: *lograr que tanto hombres como mujeres vivan sanos y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible.*⁽³²⁾ De la sentencia anterior, y en voz del *Personaje Conceptual*, se definen los componentes del *Action Healing*: 1) yo coadyuvo a mejorar la infraestructura urbana; 2) en términos de infraestructura física, yo evito cualquier interferencia en la *relación médico-paciente* y 3) yo apoyo y acompaño tanto al paciente como al médico, para que se alcancen los objetivos que el galeno establezca. Estos tres componentes son inseparables dentro del *AH*, cada uno de los tres es único, está compuesto por partes de diferente naturaleza y, sin embargo, presentan una zona de traslape, de umbral que impide señalar la diferencia que hay entre cada uno de ellos.

Es decir, el **componente I** piensa la situación de la Zona de Hospitales desde lo urbano: el diseño de la Zona de Hospitales sin el diseño de los hospitales. A partir de este punto haré referencia a un nuevo tipo de heterotopía, ya que nuestra Zona no es *heterotopía de crisis*, pues aquella no es —ni puede ser— un lugar sagrado y tampoco está habitado



Ilustración 9. *La Mujer enferma en el Hospital Bellevue, Nueva York, rodeada de ratas.* Nótese nuevamente, el ambiente hospitalario. En algunos casos, hemos pasado del ambiente hospitalario *angelical* al ambiente *grotesco*.

Tomada de: *Medicine, a treasure of art and literature*, editado por Ann G. Carmichael y Richard M. Ratzan, Beaux Arts Editions, 1991, China, p. 153.

exclusivamente por personas en crisis; tampoco se trata de *heterotopías de desviación* dado que el comportamiento de una persona enferma o accidentada, no puede ser considerada como una desviación (excepto, claro está, en el caso de los hospitales psiquiátricos); de las *heterotopías de yuxtaposición*, es interesante retomar la idea de poner en un solo plano distintos espacios con diferentes actividades pero que comparten los tres objetivos establecidos en los párrafos anteriores. De esta forma, la ZDH articulará y coordinará toda una serie de entidades que prácticamente son ajenas entre sí.

Pero la novedad de la ZDH es la creación de la *heterotopía del acto-médico*. No basta con que el espacio del conjunto urbano hospitalario suspenda, invierta o neutralice las acciones que interfieran con la relación médico-paciente, sino que más bien debe hacerla favorable, benigna y propicia. Esta *heterotopía del acto médico* será una red que conecte puntos y que busque la *referencia* y *contra-referencia* de sus pacientes, al constituirse como un sistema de apertura y cierre que, al tiempo la aísla y la hace penetrable. El espacio urbano hospitalario se presentará bajo la forma de relaciones de ubicación, poblado de calidades intrínsecas a la salud: espacio diáfano, afable, limpio y de flujo.

Con respecto al manejo del tiempo, o mejor dicho, a las *heterocronías*, lo último que necesitamos en nuestra propuesta es la acumulación del tiempo *hasta el infinito*, como en el caso de los museos o las bibliotecas, en los cuales el tiempo se acumula —como dice Foucault—, *hasta su propia cima*.⁽³³⁾ Es necesario crear heterocronías que correspondan a cada uno de los servicios se brindan al interior de los institutos los hospitales que conforman la ZDH. Es decir, se necesita por ejemplo, para el caso del hospital general, la *heterocronía de urgencias*; la *heterocronía obstétrica* y así sucesivamente. Cada uno de estos servicios, poblados por sus respectivos médicos y enfermeras y un sinfín de medicamentos y aparatos, tienen su propio ritmo y su propio flujo. En algunos casos, al término de un servicio el paciente pasa a otro: de la observación de urgencias a las terapias; de la sala de expulsión al puerperio de bajo riesgo, etc., en donde cada espacio, nuevamente, tiene su ritmo particular. En estas nuevas formas de heterocronías se reúnen la eficiencia con la fluidez del tiempo que **no** se acumula: hay que romper absolutamente con el tiempo tradicional.

El **componente II** del *AH* tiene que ver con la infraestructura física, con los edificios y la forma en que los servicios médicos se distribuyen dentro de él. Para evitar interferencias en la *relación médico-paciente*, los edificios deben convertirse en *máquinas de curar*. Anteriormente vimos que, por falta de planeación urbana, existe una zona mixta de habitación y comercio en el corazón del conjunto hospitalario. Pues de la misma forma, al interior de los hospitales, han aparecido —de manera improvisada— construcciones que albergan servicios sin relación alguna con su contexto inmediato. Un buen ejemplo de lo anterior se encuentra dentro del mismo Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en donde se permitió la construcción de un Centro de Desarrollo Infantil (CENDI) entre el servicio de anatomía patología y los almacenes de residuos biológicos infecto-contagiosos [ver la ilustración 5 de la meseta “El Hospital General Dr...” *Infraestructura física*, p. 83]. En este caso no sólo se interfiere con la *relación médico-paciente*, sino que se pone en riesgo la integridad de los niños que acuden a dicha guardería [señalada con el número 18 en la ilustración mencionada anteriormente]. Por doloroso que resulte para algunas autoridades (que pretenden no ver este problema), como también para el sindicato (que sistemáticamente han impedido la reubicación del CENDI) y los papás (a quienes les resulta “cómodo” tener a sus hijos dentro del hospital), el componente 2 del *AH* empieza con la demolición de edificios que, como resulta evidente, interfieren con la *relación médico-paciente*.

En un segundo momento, el componente 2 revisará el estado físico de los edificios y los confrontará con la normatividad y los requerimientos actuales. Aunque puede parecer injusto analizar edificios construidos hace más de 50

años con base en las normas vigentes hoy en día, es necesario saber si estas construcciones favorecen o no la *relación médico-paciente*. Me refiero a las alturas de los entresijos, a la ventilación natural, al sistema de iluminación, al funcionamiento que deben tener los servicios y la relación que guarda cada uno entre sí.

Finalmente, el **componente III** del *AH* se refiere a cómo un espacio arquitectónico apoya y acompaña tanto al médico, como al paciente y las personas que lo acompañan durante su estancia en la institución. Y para lograr este objetivo, es necesario recurrir a la *heterotopia del acto médico*. Al igual que cuando en el componente médico se habló del *espacio-otro-hospitalario* a nivel urbano, a los nosocomios les conviene recurrir a este concepto filosófico-arquitectónico para romper con las *toneladas de inercia* que guardan en su interior. El médico debe sentirse apoyado y acompañado por su edificio hospitalario, saber que está en un espacio en el que puede confiar, que le permita concentrarse en el cumplimiento de sus metas y si en un momento dado no puede curar y tiene que conformarse con aliviar, el edificio tiene que ayudar para que el galeno pueda acompañar de la mejor manera posible a sus pacientes. Y hasta cuando el paciente fallece dentro de las instalaciones del conjunto hospitalario, los familiares tienen que encontrar apoyo y compañía del personal médico, siempre respaldados por la presencia de su hospital.

Durante los recorridos que hice a la zona de hospitales (entre 2004 y 2006), fueron varias las horas que me detuve a observar, por ejemplo, las salas de espera. En especial puedo hablar de la sala de espera del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. A este servicio, como es obvio, llegan pacientes graves o inestables, es decir, con una urgencia real⁽³⁴⁾. Y junto con ellos, la mayoría de las veces vienen los familiares o amigos. Cuando el paciente ingresa a la sala de observación de urgencias, las visitas quedan restringidas a una cada 4, 5 ó 6 horas. Y si esto sucede por la noche, alguna persona conocida del paciente debe quedarse a esperar “noticias”. Esta sala de espera en particular, no tiene ventilación natural; lo mismo sucede con la iluminación. El mobiliario se conforma por algunas bancas de diferentes modelos, en las cuales los acompañantes tienen que esperar. Por las noches, algunas personas apartan 2 ó 3 lugares para poder recostarse. En resumen, es un lugar frío, oscuro y mal ventilado. Cuando la enfermera en turno sale a llamar al acompañante de algún paciente, lo tiene que hacer a gritos, ya que no hay, o no funciona, un sistema de sonido local. El único sanitario que hay, y por increíble que parezca, es utilizado por los pacientes, los cuales salen verdaderamente en procesión (ya que están “conectados” a sus respectivos sueros y/o medicamentos). Finalmente, en más de una ocasión presencié el llanto desconsolado de alguien cuyo

familiar acababa de fallecer. El hospital no cuenta con un lugar apropiado para ese momento.

Por ello, considero que un hospital no sólo debe cumplir con las normas del IMSS (lo cual ya sería un gran avance), sino que debe ser, sin lugar a dudas, un *espacio-otro-hospitalario*. El *Action-Healthing* convierte al acontecimiento que ocurre dentro de la Zona de Hospitales en una *haecceidad*: el acto médico como un modo de individuación variable.

El plano de inmanencia

Después de haber *creado* el concepto de esta disertación, toca el turno a la *instauración* del plano de inmanencia. Un primer acercamiento —sólo para recordar el significado de estas dos palabras—, es a través del uso de los diccionarios. Para el de la Real Academia Española (DRAE) como adjetivo, la palabra **“plano”** significa “llano, liso, sin relieves”; en geometría tiene dos acepciones, la primera es “perteneciente o relativo al plano” y la segunda, simplemente dice “superficie plana”; en su quinta acepción (el diccionario trae seis), el plano quiere decir “posición, punto de vista desde el cual se puede considerar algo.” Para El Pequeño Larousse Ilustrado (EPLI) la definición de **plano** es, en su primera acepción: “una superficie sin relieves.”

Para el DRAE **inmanencia** significa, en su única acepción, “cualidad de inmanente”. **Inmanente** se refiere a algo “que es inherente a algún ser o va unido de modo inseparable a su esencia, aunque racionalmente puede distinguirse de ella”. Para el EPLI, **inmanente** es “aquello que es inherente a un ser o a la experiencia.” Para ambos, **inherente** es aquello “que por su naturaleza está de tal manera unido a una cosa que no se puede separar.” Así, podemos decir que lo inmanente se contrapone a la **trascendencia** ya que ésta es “aquello que está más allá de los límites naturales y desligado de ellos.”

Para entender el significado del plano de inmanencia hay que ejercer violencia en el pensamiento y penetrar en el campo de la filosofía: según Deleuze y Guattari,

“[...] los conceptos son superficies o volúmenes absolutos, deformes y fragmentados, mientras que el plano es lo absoluto ilimitado, informe, **ni superficie ni volumen**, pero siempre fractal. Los conceptos son disposiciones concretas como configuraciones de una máquina, pero el plano es la máquina abstracta cuyas disposiciones son las piezas. El plano... es el horizonte de los acontecimientos... horizonte absoluto, independiente de cualquier observador. [...]

Los conceptos van pavimentando, ocupando o poblando el plano, palmo a palmo, mientras que el plano en sí mismo es el medio indivisible en el que los conceptos se reparten sin romper su integridad, su continuidad: ocupan sin contar... o se distribuyen sin dividir. El plano es como un desierto que los conceptos pueblan sin compartimentarlo. [...] es el plano el único continente de los conceptos.

El plano es lo que garantiza el contacto de los conceptos, con unas conexiones siempre crecientes y son los conceptos los que garantizan el asentamiento de la población del plano sobre una curvatura siempre renovada, siempre variable.

El plano de inmanencia no es un concepto pensado ni pensable, sino la imagen del pensamiento, la imagen que se da a sí mismo de lo que significa pensar, hacer uso del pensamiento, orientarse en el pensamiento.

[...] El concepto es el inicio de la filosofía, pero el plano es su instauración. Evidentemente el plano no consiste en un programa, un propósito, un objetivo, un objetivo, un medio; se trata de un plano de inmanencia que constituye el suelo absoluto de la filosofía, su Tierra o su desterritorialización, su fundación, sobre los que crea sus conceptos. Hacen falta ambas cosas, crear los conceptos e instaurar el plano, como son necesarias dos alas o dos aletas.

Pensar suscita la indiferencia general y no obstante no es erróneo decir que se trata de un ejercicio peligroso [¿un deporte extremo?]. **Incluso resulta que sólo cuando los peligros se vuelven evidentes cesa la indiferencia**, pero éstos permanecen a menudo ocultos, escasamente perceptibles, inherentes a la propia empresa. [...] El plano de inmanencia [...] implica una suerte de experimentación titubeante y **su trazado recurre a medios escasamente confesables, escasamente racionales y razonables. Se trata de medios del orden del sueño, de procesos patológicos, de experiencias esotéricas, de embriaguez o de excesos. Uno se precipita al horizonte, en el plano de inmanencia; y regresa con los ojos enrojecidos, aun cuando se trate de los ojos del espíritu. Incluso Descartes tiene su sueño. Pensar es siempre seguir una línea de brujería.**

La más de las veces, estos medios no aparecen en el resultado, que tan sólo debe ser aprendido en sí mismo y con tranquilidad. Pero entonces «peligro» adquiere otro sentido: se trata de las consecuencias evidentes, **cuando la inmanencia pura suscita en la opinión una firme reprobación instintiva, y cuando la naturaleza de los conceptos creados incrementa además esta reprobación.**

El plano de inmanencia es como una sección del caos, y actúa como un tamiz. [...] El caos caotiza y deshace en lo infinito toda consistencia. [...] Efectuando una sección del caos, el plano de inmanencia apela a una creación de conceptos.

El plano de inmanencia es **lo no pensado del pensamiento**, un afuera más lejano que cualquier mundo exterior, porque es un adentro más profundo que cualquier mundo interior. Tal vez este sea el gesto supremo de la filosofía: no tanto pensar EL plano de inmanencia, sino poner de manifiesto que está ahí, no pensado en cada plano. Lo que no puede ser pensado y no obstante debe ser pensado fue pensado una vez.⁽³⁵⁾

Con base en lo anterior y si *pensar suscita la indiferencia general*, no será de extrañar que esta disertación levante o promueva indiferencia... hasta que los *peligros* resulten —aunque a mi juicio ya lo son—, evidentes. Pensar es un ejercicio peligroso ya que pone de manifiesto, al menos en este tema, la falta de compromiso por parte de las autoridades que están relacionadas con el asunto de los hospitales federales en la ciudad de México. Las soluciones por ellas propuestas rondan las cuatro ilusiones que mencionan Deleuze y Guattari (aunque tal vez *pensadas de otra forma*) cuando hablan de lo que circunscribe a un plano de inmanencia: **la ilusión de la trascendencia**, que antecede a todas las demás (cuando el que toma decisiones piensa que entrará a la *Historia* porque *durante su administración...*), **la ilusión de los universales** (cuando se decreta que... “el gobierno federal establecerá servicios gratuitos de atención ginecológica para las embarazadas en todos los hospitales federales de la zona metropolitana”),⁽³⁵⁾ **la ilusión de lo eterno** (cuando después de la creación [improvisación?] de la zona de hospitales, los Secretarios de Salud [y sus respectivos equipos] no analizan —de una forma profesional, ética y holística— la situación y el rumbo de la zona) y, por último, **la ilusión de la discursividad**, cuando se confunden los objetivos de las instituciones de salud con promesas de campañas electoreras. Hasta ahora, nuestros funcionarios han demostrado una y otra vez que **NO son filósofos** (¿ni pensadores?), ya que **NO renuevan la imagen del pensamiento**, no han modificado el significado de pensar ni han “pensado” de otro modo (según la sentencia de Foucault)⁽³⁶⁾.

El plano de inmanencia de la ZDH no se entrega a lo trascendente ni busca inspirar ilusiones (trascendencia, universalidad, eternidad ni discursividad); simplemente se pone de manifiesto que está ahí, para ser poblado por los conceptos.

El personaje conceptual

Yo soy. Yo soy la letra [T] arcana: la Torre de Hospitalización.

Soy el guardián y defensor de la torre. Yo mantengo el corazón tierno y sensible y mis recuerdos están en la obscuridad de los sótanos. Cuento mis

sentimientos que flotan sobre la Torre construida en la zona. Hace mucho que no doy cuerda al corazón, pero él despierta cada día antes del alba y me obliga a pensar y dar vueltas a mil cosas que pasan por mi cabeza. Veo desde mi cuarto la ciudad amaneciendo demasiado intensa, alguna vez andada por mil veredas que se han borrado y ahora es camino de multitudes. Así la vida tantas veces sentida, sin quedar claro con frecuencia, si es alba u ocaso, si es verano u otoño.

Estoy en la figura del guardián del templo y presento la imagen de un viejo que reza: “Yo necesito revivir mis sentidos para sentirme aún plenamente vivo incluso con funciones disminuidas. Pero si mi cuerpo está tambaléandose, el alma está siempre fresca y vigorosa.” Yo soy el observador en la Torre, veo la textura del territorio. El paisaje es de construcciones abigarradas en lo cercano y en lo lejano. Privilegia la estética de lo falto de urbanidad. Constató que la textura se inspira en lo elemental: arena, arcilla, piedra, madera... todo es pensado como arcaico con predominio primitivo: agua y tierra removidos por el aire. Algo ha pasado, se percibe una crisis. Se hace la rutina pesada y el tiempo se detiene. Se vuelve la mirada atrás y un cambio se experimenta, se sufre la densa pesadez: ¿Será todo esto el *caos* del origen? ¿O acaso será el origen del *caos*?

Yo soy el signo [T] símbolo del Espacio Hospitalario.

Yo siento la necesidad de formar parte del movimiento cíclico. No vive quien no experimenta una serie de sentimientos que rompen en su interior. Yo siento una erupción de cólera en un arrebato emocional y veo fugarse el presente dejando todo atrás. Yo he sufrido la caída hacia arriba y la caída hacia abajo, es lo mismo, ambas caídas se sienten con el pavor del vértigo. Tengo que bajar de las alturas y desprenderme de mis supuestos *éxitos* que me traicionan. Estoy en la figura del guardián del Templo y presento la imagen de un viejo cuyos vecinos son todos *solipsistas*: “Siento las defensas de mi “ego” deteriorado y desgastado. Sospecho tener una revelación fantástica de los que junto a mí curan, llenos de presunción o vanidad infundada y ridícula. Me siento humillado al experimentar el desplome de lo que termina en escombros. Hago síntesis de la verdad de mi vida. Tengo una explosión de ira al ver que mis ilusiones se escapan. Quiero conseguir la respuesta para ver todo en un flash. No hay razón para el decaimiento, el vigor de la vida aún se tiene.” Los poetas hacen el elogio de los robles que mueren en pie o son cortados para hacer leña; o carbón para ser quemado en una hoguera. Empiezo a entender en serio que los días, las cosas y las gentes son como las hojas de un árbol que en su momento deberán caer. La rueda gira, se acerca el invierno... pero, antes los campos se tiñen de arbol. El alma siente andar un camino de misterio y perderse en algo que los consume como el fuego.

Un cantar nuevo que existe desde hace mucho tiempo: “Todo pasa y todo queda, —dice el poeta—, pero lo nuestro es pasar, pasar haciendo caminos, caminos sobre la mar.” La Torre de Hospitalización con sus almenas es un símbolo inquietante y fascinante. El fuego y los relámpagos la destruyen. Presenta una agitación o una revocación repentina, dramática en la fortuna. Cae todo a pedazos, las rocas y los ladrillos que la formaban. Parece —definitivamente—, destruirse todo sin solución. Pero a veces el cambio es gradual. Aunque no se quiera se da tiempo para adaptarse y afrontar la fatal realidad que se avecina. Estoy en la figura del guardián del templo y presento la imagen final que sucede cada día desde hace mucho tiempo y que lo sabe todo mundo. Este es el recordatorio de la Torre: demolición, destrucción. Yo, el observador en la Torre. Yo sé que está la vida por delante, me armo de optimismo y pienso que vale la pena vivir aún. Que hay algo adelante y que está alguien que mira y que dispone. Y que antes de dar el paso último y tomar la decisión de lanzarse en el vacío, me mantengo firme y estoy en pie, altivo con la satisfacción de una misión cumplida. Se comprueba la ley de la no-permanencia y de la transitoriedad expresada en la sabia sentencia francesa: *Tout passe. Tout casse. Tout lasse.*³⁸

Señalo la idea imagen del tema: la ruptura de una torre, de la Torre de la Zona. Es una Torre hecha de cal y canto con molduras de concreto y de ladrillo rojo; está fincada sobre sus sótanos húmedos; no accede a subir a su mirador porque la escalera interior está rota. Las palomas han anidado en ella y se encuentra llena de plumas y excrementos. La Torre domina sus espacios angostos con cuartos y consultorios, laboratorios y quirófanos. Falta en su fachada el símbolo de la *cruz de Lorena*. El observador de la Torre de la Zona hace esta confesión y revela sus arcanos. Parezco firme al haber soportado muchos cambios, pero es cierto... estoy expuesta al derrumbe. Me mantengo en pie, pero ahora me tambaleo por el efecto húmedo de las malas decisiones que afectan mis muros. He soportado la ruptura de las antiguas estructuras. He visto la sucesión de directores y administradores. Algunas de las personas que trabajan aquí, ciertamente, son íconos vivientes. Pacientes entran y pacientes salen. Escucho el llanto y los lamentos de algunos, los más, y la risa y el canto de otros, los menos. Lo más sagrado que guardo, por cierto en mal lugar, son los quirófanos, donde la vida es llevada al límite. En otras torres los quirófanos están cercanos. Estoy en la figura del guardián del Templo y presento la imagen - símbolo de lo no captado: lo que el Hospital fue y lo que el Hospital será. Todos los hospitales nacen, viven y mueren como cualquier organismo. ¿Se derrumbará la Torre y terminará en ruinas?

La fuerza del rayo construye y destruye todas las formas que han sido creadas. Estoy en la figura del guardián de la Torre y presento la imagen de la

cúpula abatida por un rayo destructor. Es el rayo de la visión que ha destruido la estructura de una falsa lógica de la “salud universal”. Estoy vinculado con la catástrofe de la Torre de Babel que fue construida por la soberbia humana, por la ambición y la vana pretensión de alcanzar lo que no es alcanzable. La iconografía describe el furor divino que intervino para castigar tal soberbia y presunción. Caen de la Torre destruida por el rayo los individuos y el edificio queda reducido a cascajos en una sensible quiebra. ¿Cuánto cuesta la ambición de pretender demasiado, olvidándose de dar cuentas a la realidad? La Luna creciente desaparece al alborar y se abren paso desde las nubes oscuras en el horizonte los primeros rayos del Sol que apuntan la aurora.

Yo soy. Yo soy el guardián de la Torre. Señalo el peligro de preservar una idea fija que impide la visión de la vida en conjunto. La vida de la Zona no es un pasadizo recto y fácil por el que se camine libre y sin obstáculos. La vida es un laberinto de pasajes en el que se debe encontrar la salida cuando se anda perdido y confundido: ¿quién no se ha sentido una y otra vez atrapado en un callejón sin salida? Los planes trazados por ratones y personas a menudo se tuercen o se truncan. Se exige alcanzar la fortaleza que hace a uno invulnerable al dolor o la desdicha. Una vez que se ha trascendido el límite de la fragilidad, se está más allá de lo soportable. La mente guarda la figura del famoso templario, recio y macizo que conduce por los caminos que conducen al templo. Estoy en la figura del guardián del templo y presento imagen del observador que desde la Torre capta la cosmogonía simbólica, una revelación al modo de la doctrina pitagórica como una celdilla de un panal de abejas. Pensaba en los seis cielos y en los seis mundos, con la Torre al centro en el vacío. El esquema presenta los mundos que están suspendidos en cada cielo. Los seis cielos están unidos entre sí y a su vez a cada mundo, con lo que el equilibrio es permanente. Este equilibrio proporciona estabilidad a cada uno de los ganchos que sujetan la Torre y permiten la permanencia en su existencia evitando el desplome; es un *equilibrio inestable*, igual al de un malabarista oculto tras la trama de un tinglado no visible.

Yo soy. Yo soy el guardián de la Torre: señalo la caída inevitable de toda construcción artificial y que recuerda el fin ineludible de cualquier sistema cultural. El saberse dentro de una Zona da la sensación de una aparente seguridad al sentirse *protegido* por un Centro. La estructura protege, mas para quien no sepa tomar decisiones, resulta a la postre más un riesgo que una seguridad, porque el Centro atrapa e impide crecer en libertad al evitar el trazado de puentes. Bien situado en el juego, indico que terminar con el solipsismo no sólo es posible sino necesario y su resultado puede ser positivo, aunque siempre es anuncio de riesgos no calculables. Mi presencia indica riesgo, peligro, escapar de lo ya establecido, y me hago eficaz cuanto

mayor sea la capacidad de derribar las bardas y de coordinar los esfuerzos. ¡Basta ya de solipsismos! Soy la mano que escribió en el muro *Mene, Tekel, Parsin*.³⁹ Tú, soberano de la arquitectura hospitalaria, esta noche morirás. ¿Quedará todo en nada tras el esplendor del orden formal? A veces, es más fácil culpar a dios o al demonio de las atrocidades cuando en realidad uno mismo ha minado su propia Torre. Se culpa al destino por un fracaso que se debió al descuido en el cálculo.

Señalo el temple que es necesario para experimentar cualquier deseo, emoción, sentimiento, pensamiento y pesar y medir cualquier acto o aspecto contable de la vida cotidiana. ¡Cuántas cosas enseño a quien sabe estar en el mirador como Mirador atento! Señalo la vanidad de las ilusiones y de las aspiraciones de grandeza que pronto son destrozadas. Señalo la energía masculina queriendo conquistar otro espacio que rebasa sus límites. Señalo el apego al mundo exterior y la necesidad del desapego para realizar el trabajo interior que es el durable. Señalo lo que tiende a destruirse con el fin de progresar eliminando lo obsoleto. Señalo la experiencia traumática que se da en el camino hacia el conocimiento. Estoy en la figura del guardián de la Torre y presento la imagen del héroe que da una palmada a alguien que está mareado o, mejor dicho, recorro a una aguda picadura para sacar al *Antiamigo* de su espasmo: las crisis repentinas de la vida son maneras de decimos que hay que despertar. Algo anda mal en su vida y no está respondiendo. ¿Usted está con demasiado orgullo? Cuento con un soplo a su ego vanidoso. ¿Usted está dejándose llevar por la *seguridad de lo ya establecido*? Va a tropezar y a caer. Cuento con una sorpresa, ¿o quiere acaso andar con una muleta si no atiende mi aviso precautorio? Quien no calcula riesgos fracasará. En los temas urbano arquitectónicos, las quiebras son evitables mediante una discreta estrategia de tipo intelectual (que no *Plan Maestro*), para asegurar, entre otras cosas, la función de la Zona en la empresa hospitalaria.

El Antiamigo

El Antiamigo no es el enemigo. Está dentro de una institución a la que se debe y forma parte del grupo directivo (los *soberanos de la arquitectura hospitalaria*); el Antiamigo toma decisiones o influye poderosamente en ellas. Confía totalmente en su amplia experiencia profesional y hay que decir, en su favor, que es una persona inteligente y que —a su manera—, busca el bien de la institución; adicto al trabajo, es capaz de laborar y hacer laborar a sus empleados en un ambiente de presión permanente, 24 horas al día durante el tiempo que sea necesario, hasta que todo se convierte en una rutina que aplasta. La oficina o lugar de trabajo es su hogar. Ahí se

territorializa y desterritorializa según le convenga y, en verdad, disfruta su posición. Al contrario del personaje conceptual, la Torre de Hospitalización, el Antiamigo contempla, reflexiona, comunica y discute con sus trabajadores, atrapados todos en el mundo dogmático de lo ya establecido: misiones - visiones, organigramas, planes maestros, jerarquías, burocracias, retóricas estériles y metas que, al final, pocos recuerdan.

El Antiamigo no tiene amigos, sólo otros antiamigos y todos forman parte de un Centro; sin embargo, es extraordinariamente bueno para leer diagramas y flujos de poder; él sabe dónde ubicarse y con quién formar alianzas que le permitan consolidar, o aumentar si es posible, su poder. Por otra parte, para territorializarse en su puesto, tampoco tiene problemas para despedir a los empleados que, a su juicio, no comparten la visión establecida por la entidad a la que se deben. Pero los que permanecen no forman un equipo de trabajo, mucho menos un Cuerpo sin Órganos o una máquina de trabajo (según se vio en la meseta de las Herramientas Filosóficas), sino que los considera, solamente, unidades de módulo laboral, enmascarando así su vocabulario el cual, por cierto, gira en torno a frases que empiezan con “yo hice...”, “yo construí...”, “yo dirigí...”, “yo utilicé...”, etc., sin hablar nunca de su equipo. En términos generales, le causa indiferencia. No se molesta en conocer a su gente y no busca potenciar sus cualidades. Dirige desde su oficina y normalmente no hace recorridos al interior de su entidad. Algunas veces se protege a través de su presunto carácter fuerte. Habla, grita y manotea (la fuerza del rayo). Pero ante las decisiones importantes, su espíritu pusilánime sale a relucir.

Curiosamente, el Antiamigo no muestra esa misma fuerza ni lenguaje brutal ante los adversarios reales, ante todas esas personas, físicas o morales, que anteponen los intereses particulares a los del bien común, a los de la Entidad. Con ellos compone y ajusta los ánimos: concilia lo irreconciliable (¿la síntesis de los opuestos?) ¿Cómo podrían los directores de un hospital confiar nuevamente en una constructora que le ha causado un daño ingente? ¿O volver a contratar a un ingeniero quien pretendió, con tres planos “ejecutivos”, reestructurar la mitad de un hospital (de 210 camas censables) en funcionamiento?

Traicionado por sus éxitos, es incapaz de bajar de las alturas para experimentar la aventura de las ideas, para caminar la zona (en este caso, de hospitales), observar el escenario y platicar con la gente... es así que la experiencia quebranta su fidelidad: detesta la tensión que el vértigo produce. Dicho de otro modo, las líneas de acción, su agenda y los planes maestros los establece, en la mayoría de los casos, desde la comodidad de la oficina, un lugar sin ruido, sin gente y sin polvo. En no pocas ocasiones, es ahí donde se

fragua “el efecto húmedo de las malas decisiones”. El Antiamigo es frío, calculador, no expresa emociones en su rostro ni en sus expresiones, excepto, claro está, cuando se enoja con sus unidades de módulo laboral.

El Antiamigo no es ejecutivo, es decir, sólo ordena, contraviniendo así uno de los principios de liderazgo: “ordenar haciendo”. Se siente complacido solicitando reportes, documentos y participando en un número incalculable de reuniones y viajes de trabajo. Normalmente, no hay retroalimentación ni comentario alguno sobre la información entregada. Se generan, así, expedientes enormes que nadie leerá jamás. Son lo menos interesante del archivo (de por sí) muerto. La visión de sus planes es de corto alcance ya que se sabe limitado en el tiempo de su función (que algunas veces llega a los seis años) y, por lo tanto, no se detiene a analizar lo que es más conveniente para su entidad en un lapso mayor al de su puesto (aunque si por él fuera, se adueñaría eternamente de su función. A pesar de lo anterior, se sabe de algunos que han durado seis, doce y hasta quince años en sus puestos. No hay, pues, en sus propuestas, el espíritu creativo ni la capacidad de asombro. El Antiamigo no pasa a la acción, sino que se queda en la contemplación.

Aunque pocas veces será reconocido por sus subalternos como un líder, el Antiamigo posee gran fuerza; y a pesar de que están en el mismo equipo, es una figura peligrosa, un antagonista natural para el pensamiento del personaje conceptual, pues aquél ocupa una posición elevada en el organigrama. Puede ser arquitecto o ingeniero, pero también puede ser médico, abogado, economista, etc. (aunque en ciertas ocasiones, ni siquiera tiene un grado académico); en cualquier caso, siempre sabe más y ha hecho más trabajos de arquitectura e ingeniería que cualquier especialista calificado.

El Antiamigo es una figura peligrosa ya que siempre estará convencido de que sus decisiones las toma pensando en el bien de *su* institución, aunque éstas sean de corto plazo o no retomen los planes o proyectos de las administraciones anteriores; es él quien encuentra incómodas las ideas del personaje conceptual y, por otro lado, le abre la puerta al enemigo. Al fin y al cabo, si algo llega a salir de una forma diferente a la planeada, encontrará un intersticio para escabullirse, para correr, para ausentarse, aunque es poco probable que tenga que rendir cuentas por algo sucedido durante su administración. El Antiamigo no tiene amigos, sólo Antiamigos que lo protegen y lo rescatan.

El Antiamigo no es el enemigo, no. Es el que vigila a su equipo, lo presiona y, al mismo tiempo, lo desprecia. Es serio, protocolario, utiliza un lenguaje extravagante y se cree admirado por su entorno. Pero un liderazgo

verdadero produce un cambio en la gente, en el equipo y esto no ocurre con la figura del Antiamigo; más bien, todo lo contrario.

A semejanza de lo que ocurre con el *Cuerpo sin Órganos* (CsO) de Deleuze y Guattari, en donde “... poco a poco nos vamos dando cuenta de que el *Cuerpo sin Órganos* no es en modo alguno lo contrario de los órganos. (De que) sus enemigos no son los órganos. (De que) el enemigo es el organismo. El CsO no se opone a los órganos, sino a esa organización de los órganos que llamamos organismo”⁴⁰, también se establece que el Antiamigo no es lo contrario del amigo; su enemigo no es el personaje conceptual. Curiosamente, el enemigo es común: todas aquellas personas que pretenden defraudar a las entidades que pertenece a la Zona de Hospitales. Dependerá de la forma en la que se tomen las decisiones para saber si el daño que se cause a un hospital se mida en años o no.

Action Healthing, componente 1

El diseño de la Zona de Hospitales sin el diseño de los hospitales: la heterotopía del acto médico (ilustraciones 10, 11 y 12).

El **componente I** de nuestra herramienta filosófica-arquitectónica requiere de acciones que involucran a diferentes autoridades, tanto federales como del Gobierno de la Ciudad de México, ya que se propone una intervención urbana sin precedentes para la ZDH: la defensa apasionada de los pacientes y familiares que acuden a la zona, especialmente de aquellos que llegan en transporte público y que tienen que caminar dentro de ella; depresión de vialidades, recuperación de predios para la creación de la franja de protección y de áreas jardinadas. De igual forma, se establecerá la demolición de las bardas que separan a los diferentes institutos con el fin de consolidar una verdadera Zona de Hospitales. ¿Alguien podría imaginar, por ejemplo, muros divisorios entre las diferentes escuelas y facultades de la Ciudad Universitaria de la UNAM? Sin la colaboración seria y responsable de cada uno de las autoridades involucradas, incluyendo a los directivos de los institutos y hospitales, las estrategias que a continuación se describen, quedarán en meras opiniones.

Al tomar como punto de partida el Plano Base (ilustración 4, p. XX) y el plano de Sendas, Bordes, Barrios y Nodos (ilustración 6, p. XX) en los cuales se muestra el límite de la Zona de Hospitales establecido para esta disertación, se describen las siguientes acciones:

Depresión de vialidades.- Los automóviles particulares, taxis, peseros, camiones de la Red de Transporte Público (RTP), etc., circularán por abajo. Sí, tanto Tlalpan, como la Av. San Fernando y el mismo viaducto Tlalpan se deprimirán. Se evitará, o por lo menos se disminuirá, el ruido de los automóviles. Pero, sobre todo, se recuperará la dignidad de las personas al darles prioridad y protección. Las calles se vuelven peatonales, con carriles exclusivos para bicicletas, (entre las cuales estarán las que pertenecen al sistema “Ecobici” que podrán y deberán conectarse con las estaciones que se ubiquen en la delegación Tlalpan). Esto hará necesario que se creen circulaciones verticales que comuniquen a los diferentes estratos de la Zona entre sí; éstas funcionarán también como vestíbulos y darán acceso a los nodos de la ZDH. Como recientemente se construyó un segundo piso en el periférico, éste no será deprimido.

Recuperación de predios.- Esta es la acción más importante del componente I del *Action Healthing* para la ZDH: recuperar el área central de la zona, la colonia “Belizario Domínguez Sección 16” al expropiar cada uno de los predios que ahí se encuentran. Esto con el fin de construir los niveles de estacionamiento público subterráneos que sean necesarios y, a través de ellos, se crearán túneles de comunicación con el Instituto Nacional de Psiquiatría y con el Instituto Nacional de Rehabilitación. En el nivel de la calle habrá una gran explanada/jardín que fortalecerá la referencia y la contrarreferencia de pacientes entre las diferentes entidades. Finalmente, este espacio albergará al *Edificio Símbolo*, una torre que articule y complemente los servicios de los institutos, hospitales psiquiátricos y al mismo hospital general.

Franja de protección.- Una de las preguntas de investigación que he tenido presente durante el desarrollo de este trabajo, es la siguiente: ¿cómo ven a la ciudad de México, las personas enfermas que necesitan acudir a los lugares en los cuales se les brinda atención médica? Desafortunadamente, la respuesta depende de la condición socio-económica del enfermo, es decir, que las personas y los familiares con capacidad de pago, pueden atenderse y hospedarse, respectivamente, en hospitales y hoteles que colindan unos con otros. Pero si se trata de personas con recursos económicos escasos, la idea de permanecer junto a sus familiares por varios días resulta no sólo complicada, sino inviable.

Así, la franja de protección se utilizará no solamente para crear un espacio de transición entre la ciudad y la ZDH, sino que también servirá para la creación de comedores y albergues destinados a aquellos familiares y/o amigos que acompañen a los pacientes cuya estancia se prolongue por varios días. Estos lugares podrían estar administrados por los grupos de



Fotografía 16. Al lado de ciertos hospitales surgen a menudo, hoteles. Vista desde el periférico sur hacia el norte de la ciudad.

Fotografía del autor, noviembre de 2006.

voluntarios que *trabajan* las diferentes instituciones de la zona; en el caso del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se conoce como el grupo de las “Damas Voluntarias”, quienes generosamente donan su tiempo y algunos recursos al nosocomio.

Como se mencionó anteriormente, la franja de protección no es área de crecimiento. Esta es una idea difícil de entender para los administradores y directivos de los hospitales, ya que éstos se empeñan en construir en cuanto jardín o área libre se encuentren. Pero los hospitales tienen un cupo establecido y no es conveniente sobrepasarlo. Los “planes maestros” tampoco deben considerarlos como zona de futuro desarrollo.

Ilustración 10⁽¹⁾
La Zona de Hospitales
Action Healthing, componente I
2009

Demolición de bardas de colindancia

En pos de una verdadera ZDH, será necesaria la demolición de todas las bardas que impidan la consolidación de un espacio libre de barreras para los pacientes.

Depresión de Tlalpan

La calzada de Tlalpan se vuelve peatonal. Los vehículos circulan por debajo del nivel de la calle.

Recuperación de Predios

Consolida la ZDH.
Creación de Áreas Verdes.
Creación de Áreas de Expansión.
Creación de Estacionamiento Subterráneo.
Comunicación entre Entidades.

Comunicación Subterránea

Con el Instituto Nacional de Psiquiatría y con el Instituto Nacional de Rehabilitación

Depresión del Viaducto Tlalpan

Se convierte en Zona Peatonal. Los vehículos circulan por debajo de la calle.

Franja de Protección

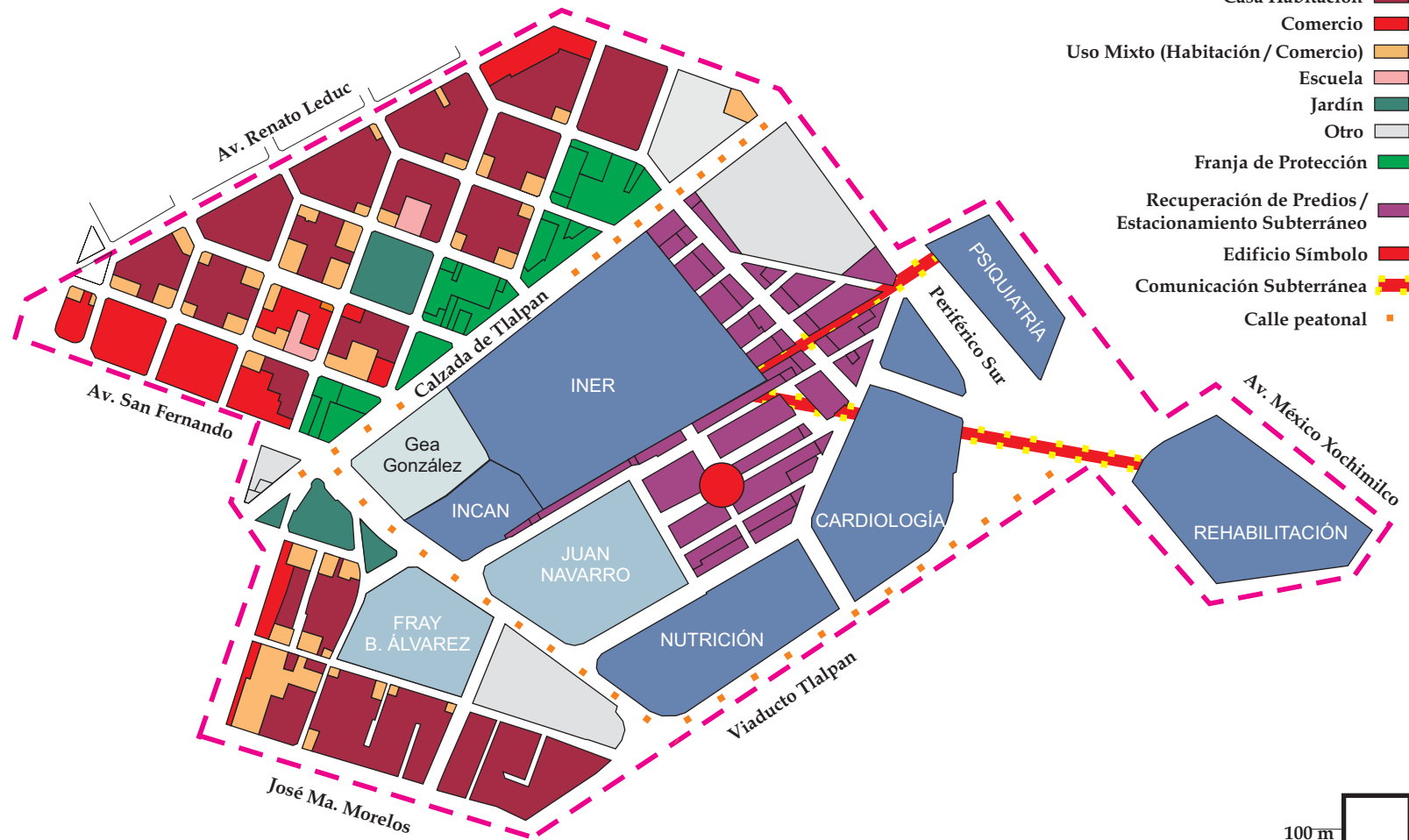
Espacio de Transición
Zona de Hospedaje
Zona de Comercio
Área Verde

Depresión de San Fernando

La avenida San Fernando convierte en peatonal. Los vehículos circulan por debajo de la calle.

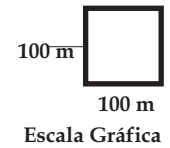


Ilustración 11 ⁽¹⁾
 La Zona de Hospitales
 Action Healthing, componente I
 2009



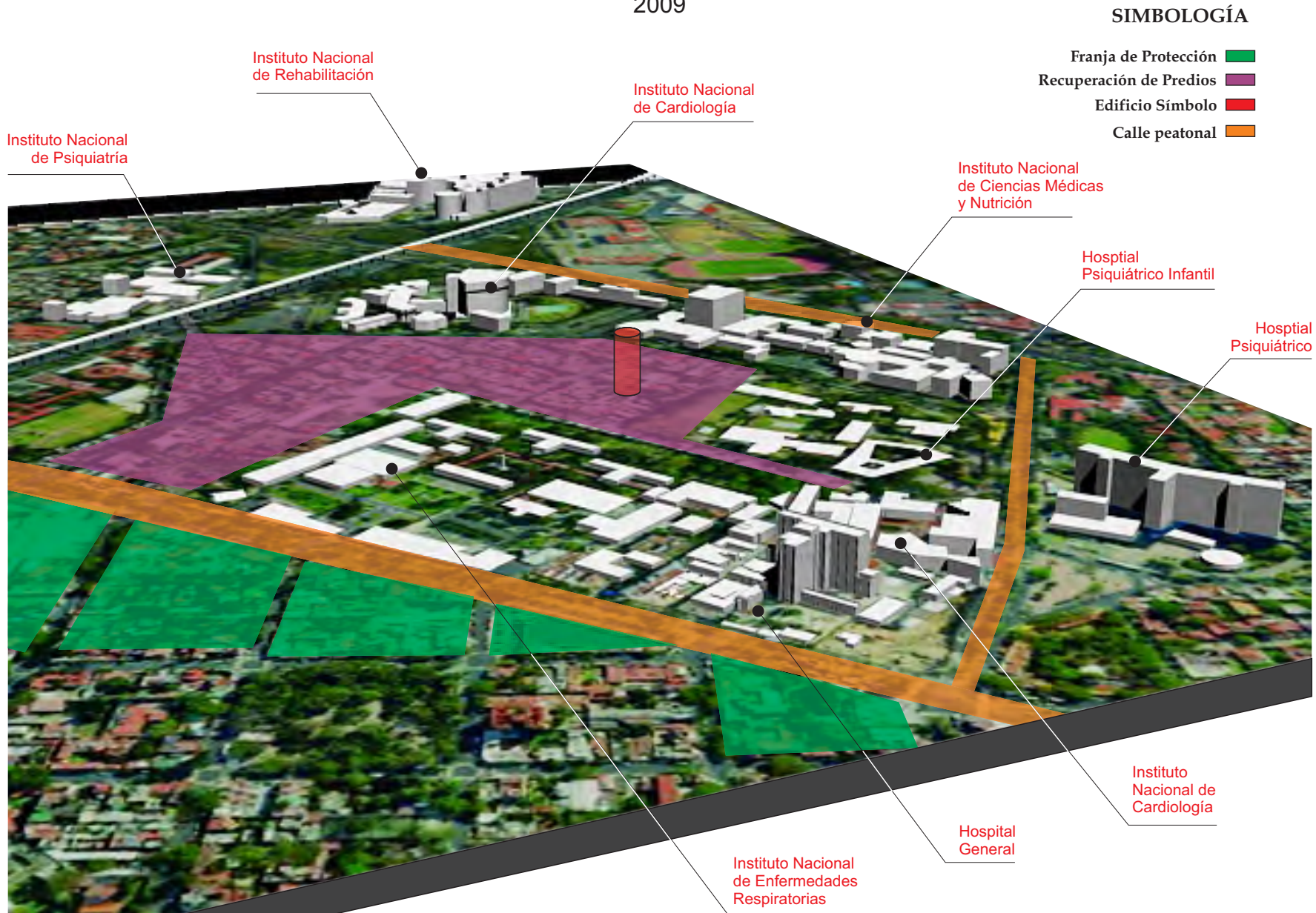
SIMBOLOGÍA

- Borde - - -
- Instituto Nacional ■
- Hospital Psiquiátrico ■
- Hospital General ■
- Casa Habitación ■
- Comercio ■
- Uso Mixto (Habitación/ Comercio) ■
- Escuela ■
- Jardín ■
- Otro ■
- Franja de Protección ■
- Recuperación de Predios/
Estacionamiento Subterráneo ■
- Edificio Símbolo ●
- Comunicación Subterránea ■ ■
- Calle peatonal - - -



(1) Ilustración: Carlos Rosado, diciembre de 2009.

Ilustración 12 ⁽¹⁾
La Zona de Hospitales
Action Healthing, componente I
2009



SIMBOLOGÍA

- Franja de Protección ■
- Recuperación de Predios ■
- Edificio Símbolo ■
- Calle peatonal ■

Action Healthing, componente II.

La infraestructura física: La máquina de curar.

Si bien el componente I del *Action Healthing* está relacionado con el urbanismo, en donde se hizo el diseño de la ZDH sin el diseño de los hospitales, institutos, etcétera, el componente II tiene que ver con el diseño de los edificios. Para ello, se propone aplicar el AH al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con el fin de identificar los servicios a reubicar, los edificios que hay que demoler así como la infraestructura nueva a construir en beneficio de la relación médico - paciente, de la cual se habló en el punto del concepto - herramienta de la presente meseta.

En la meseta *El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, 1947 - 2006* se estableció, con razonamientos, que dicho nosocomio es un pilar del sistema médico nacional y, con más razón, de la Zona de Hospitales. De hecho, como ya se mencionó, es el único hospital general del complejo y, por lo tanto, al optimizar su infraestructura con una visión de conjunto —y no como una entidad aislada del resto de la zona—, al romper con las barreras físicas que hoy en día obstaculizan el cumplimiento de la misión - visión de la entidad, no sólo se estará apoyando a esta institución sino que, además, se le estará dando a toda la ZDH, la fuerza necesaria para convertirla en una *máquina de curar*.

El Action Healthing en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Planta de Conjunto (ilustración 14, página 211):

Para integrar al nosocomio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y con el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), el primer paso es la demolición de las bardas. Esta acción sólo puede ser entendida desde una perspectiva de conjunto y, seguramente, causará mucha controversia ya que los *antiamigos* están acostumbrados al solipsismo. Pero, al hablar en nombre de los hospitales y de sus respectivos personajes conceptuales, se convierte en la primera intervención. Al hacer esto, resulta fácil darse cuenta que hay edificios del hospital general que colindan con el INER que no pueden ni deben estar ahí: la bodega general, el laboratorio de anatomía patológica y, especialmente, el centro de desarrollo infantil (CENDI) y los almacenes de residuos peligrosos biológico infecciosos. En lugar de estas edificaciones, se crearán franjas verdes que permitan una comunicación eficiente con sus vecinos además de coadyuvar a la creación del espacio otro hospitalario. Los hijos pequeños de los trabajadores acudirán, como en cualquier otro caso de empleados al servicio

del estado, a la guardería que por ley les corresponda.

El servicio de imagenología será reubicado en un edificio nuevo y la edificación actual, que no formaba parte del proyecto original, será demolida.

La torre albergará en la planta baja y en el primer nivel, servicios de servicios generales, como la lavandería, la cocina, el comedor y el economato, así como algunas oficinas de gobierno; a partir del segundo nivel, se ubicarán y remodelarán las áreas de hospitalización que el hospital ofrece (con excepción de la Dirección General, que permanecerá en el segundo nivel).

Por su parte, la consulta externa seguirá funcionando en el edificio actual y su anexo, construidos *ex profeso* para esa función; se ampliará la sala de espera de familiares (que se ubica sobre la Calzada de Tlalpan).

En la franja sur del hospital, las acciones estarán encaminadas a la construcción del edificio hospitalario nuevo, lo que implica la demolición de las construcciones siguientes construcciones: los salones de enseñanza, que colindan con el INCAN; el edificio de la Dirección de Enseñanza; *La Casita*, donde actualmente se ubica la Contraloría General y todas las instalaciones que pertenecen al terreno denominado *El Chamizal*: la Dirección de Investigación, el bioterio, la Subdirección de Recursos Humanos, vigilancia, etc.

En la planta baja, el edificio hospitalario nuevo contendrá el acceso y el vestíbulo principal; los auxiliares de diagnóstico (imagenología) así como los de tratamiento (urgencias). En la parte posterior, se creará el edificio de Servicios Generales.

Anexo al nuevo edificio, se consolidará la casa de máquinas, la caldera y la subestación eléctrica. También se remodelará los baños vestidores para el personal.

Primer Nivel (ilustración 15, página 212).

Desaparecen los niveles superiores de la bodega, la Subdirección de Abastos, la biblioteca y el CENDI. En la torre de hospitalización, desaparecen los servicios de endoscopía, cirugía de corta estancia así como el laboratorio de análisis clínico y medicina nuclear. En su lugar, se reubican las oficinas de gobierno.

En la torre nueva, se ubican los servicios de endoscopía, la cirugía de corta estancia y la clínica de displacias. En este piso, también se diseña la

Unidad Tocoquirúrgica (UTQ).

Segundo Nivel (ilustración 16, página 213)

Salen de la torre original la terapia intensiva neonatal, la terapia intermedia pediátrica y la Dirección de Enfermería; como se mencionó anteriormente, la Dirección General permanece en su sitio, sin embargo, se añade un puente de comunicación con el edificio de Consulta Externa, en específico con la Dirección Médica y la Dirección de Administración.

En la torre nueva se crean la Central de Equipos y Esterilización (CEYE), el área de cirugía con sus respectivos quirófanos centrales, la terapia intensiva para adultos y las terapias intensiva e intermedia pediátricas.

Es en este nivel donde se genera también un puente entre las dos torres, para comunicar el área de hospitalización (torre original) con los quirófanos centrales (torre nueva).

Tercer Nivel (ilustración 17, página 214).

En este nivel se amplía el servicio de hospitalización de ginecología, pero sale la unidad tocoquirúrgica (UTQ).

En el edificio nuevo se establece la Dirección de Investigación.

Cuarto Nivel (ilustración 18, página 215).

En este nivel sale el quirófano de cirugía plástica y reconstructiva, el cual, por cierto, utilizó durante muchos años el doctor Fernando Ortiz Monasterio, pionero de la cirugía plástica mexicana; además, fue director del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el periodo 1977 - 1984.

En este piso se reordena la hospitalización de ortopedia así como la de cirugía plástica y reconstructiva.

En la torre nueva se propone el bioterio, siendo éste el último nivel.

Quinto Nivel (ilustración 19, página 216).

Se remodela el piso de medicina interna.

Sexto Nivel (ilustración 20, página 217)

En este nivel se remodela el servicio de hospitalización de cirugía general y sale la central de equipos y esterilización.

Séptimo Nivel (ilustración 21, página 218).

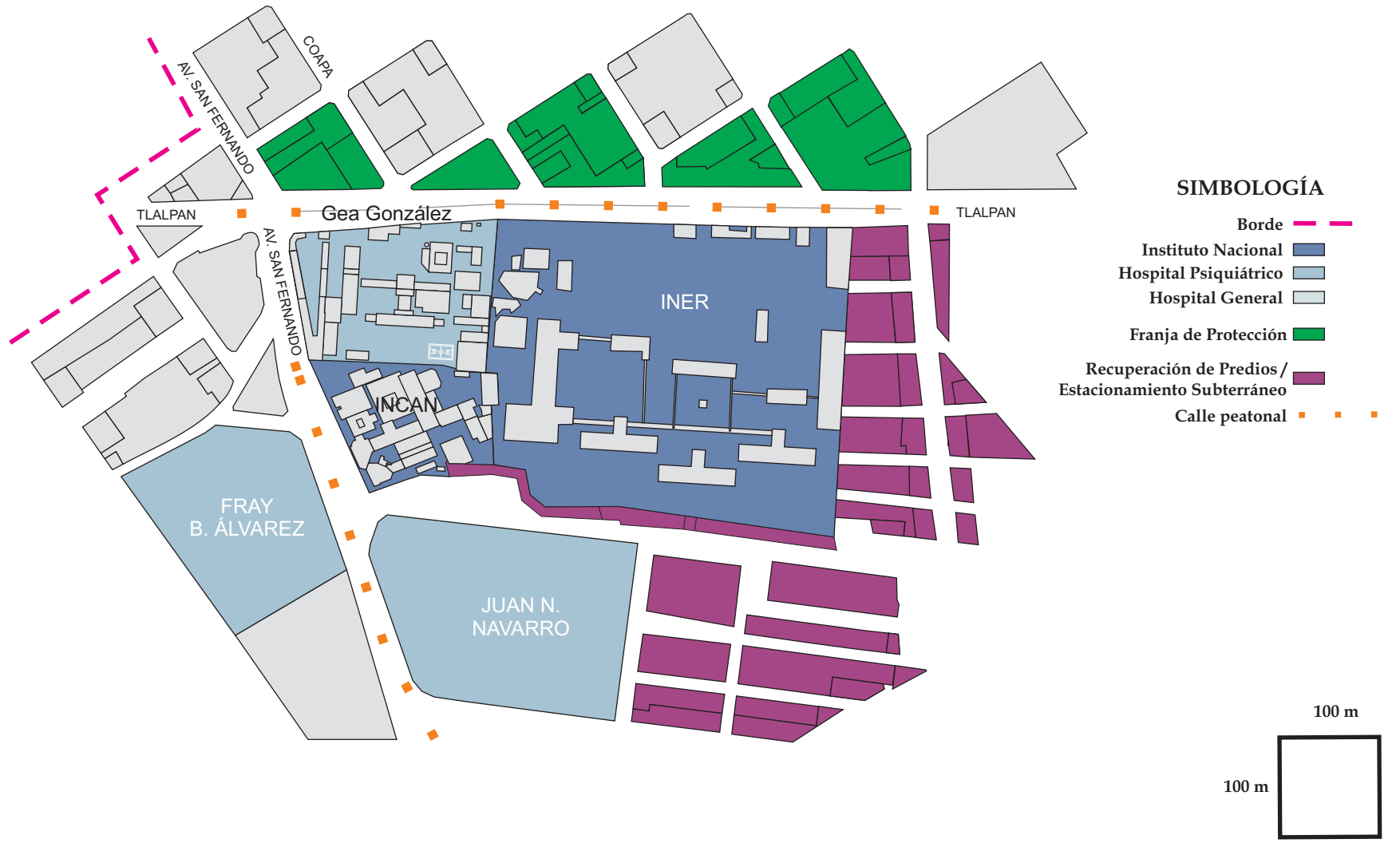
Sale el banco de sangre y los ocho quirófanos centrales. Este piso también se utilizará para hospitalización de cirugía general.

En todos los niveles, los baños serán remodelados y se pondrá especial cuidado en que cuenten con las facilidades necesarias para las personas con movimientos diferentes. Asimismo, se colocará un nuevo elevador para mejorar la circulación vertical de la torre original.

En la ilustración 22 de la página 219, se muestra al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” y al Instituto Nacional de Cancerología intervenidos con el *Action Healthing*, componentes I y II: la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando son peatonales mientras que los automóviles, camiones, etcétera, circulan por abajo. Está la franja de protección, en la cual hay albergues y comedores para los familiares de los pacientes; se han recuperado los predios de la colonia Belisario Domínguez, Sección 16, con el fin de crear un gran vestíbulo / jardín y el Edificio Símbolo (que no aparece en la ilustración), así como un estacionamiento subterráneo que da servicio al conjunto.

En la franja sur del Gea González aparece la nueva torre de hospitalización comunicada, a través de un gran puente, con la original. En la franja norte se aprecia el espacio para comunicar al hospital con el INER. Este espacio (vacío) no es una zona de ampliación ni de crecimiento. Es el umbral de comunicación entre las dos entidades y así habrá de permanecer. De hecho, cuando se aplique el componente II del AH al INER y especialmente al INCAN, estos espacios de transición crecerán, en beneficio de todos los pacientes, familiares y trabajadores que circulan de una a otra institución.

Ilustración 13 ⁽¹⁾
 El Hospital General “Dr. Manuel Gea González, el INER y el INCAN
 Plano Base 2
 2006



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de las entidades.

Ilustración 14⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healing, Componente II
 Planta Baja

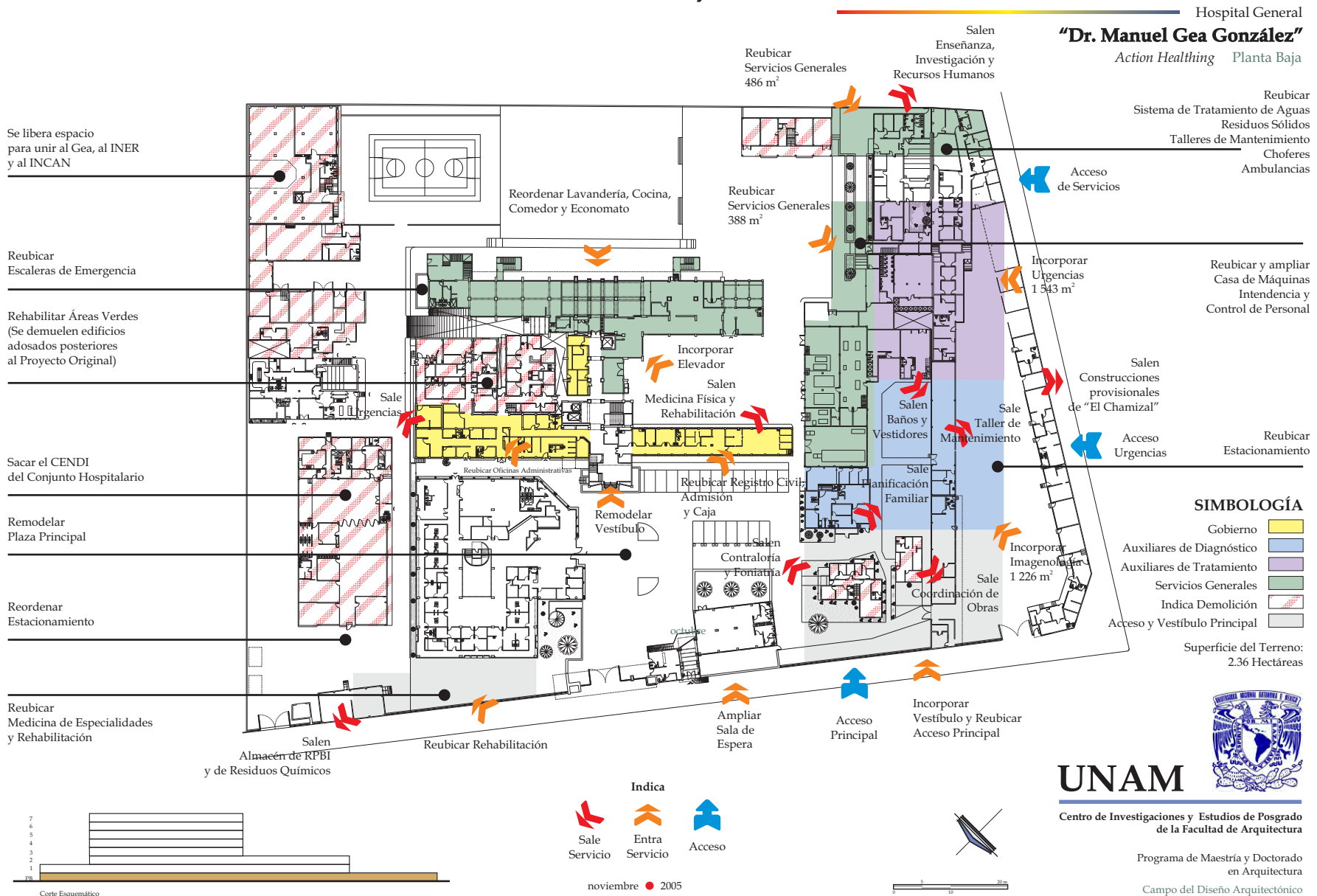
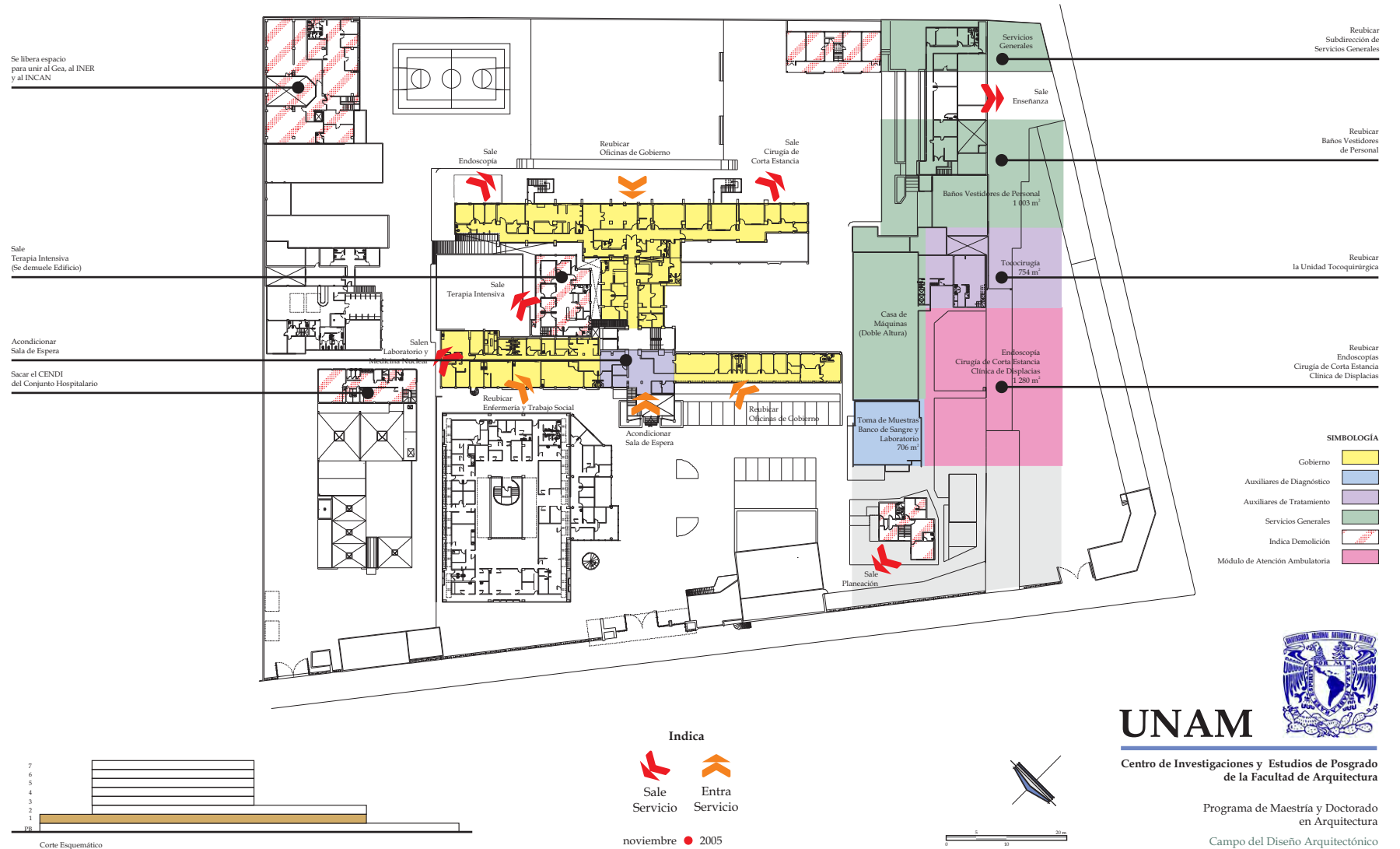


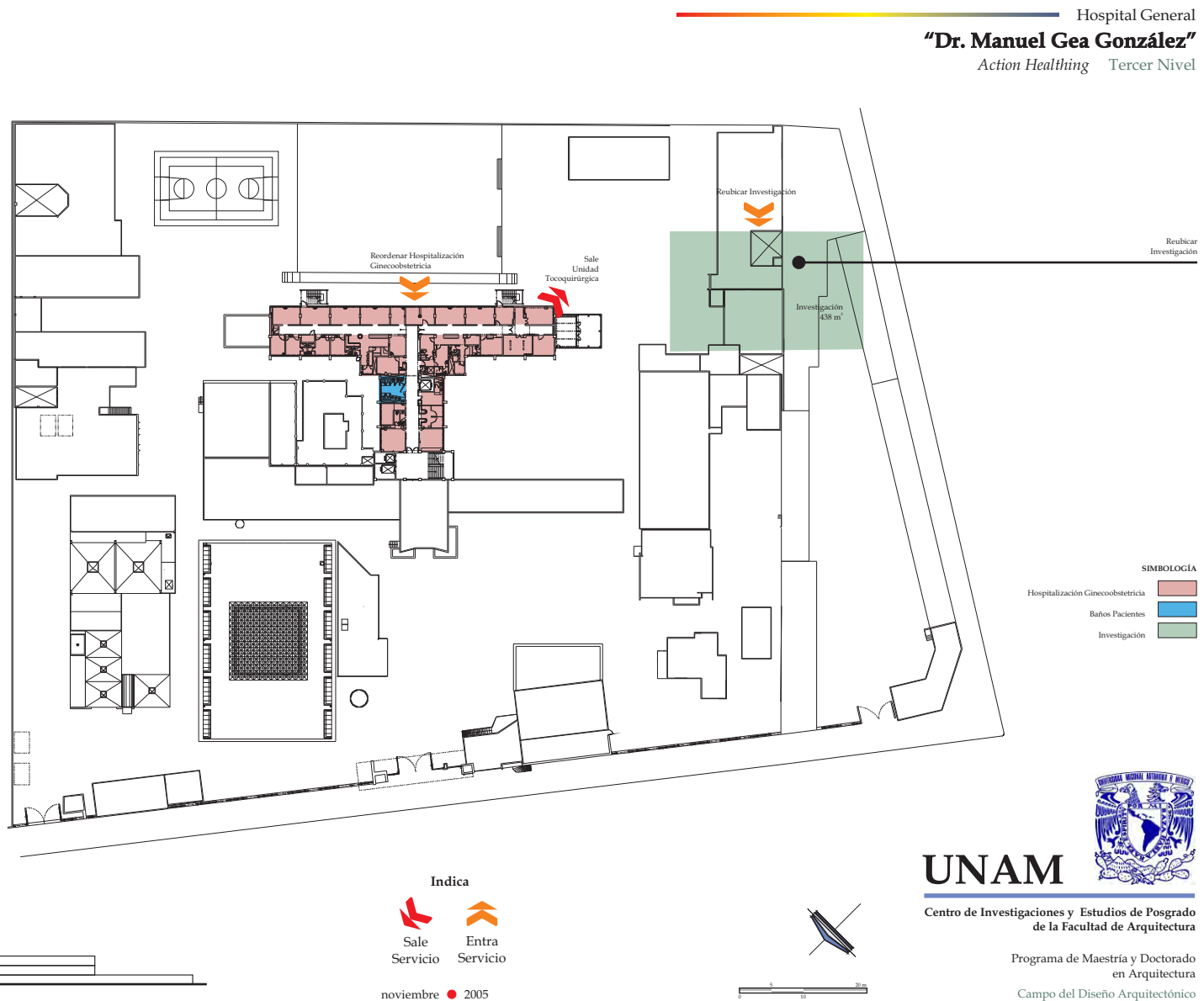
Ilustración 15⁽¹⁾
 El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
 Action Healing, Componente II
 Primer Nivel

Hospital General
“Dr. Manuel Gea González”
 Action Healing Primer Nivel



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria.

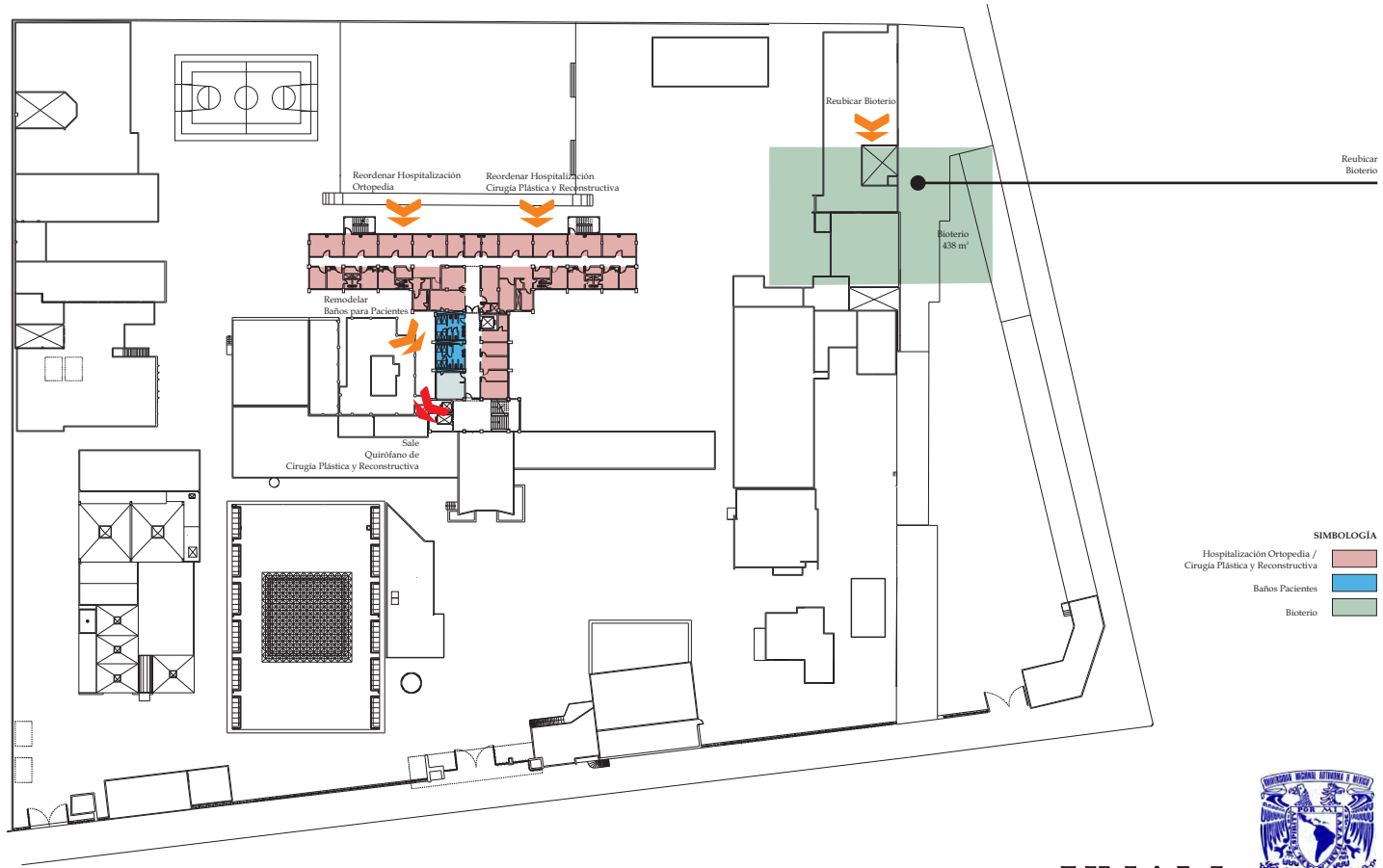
Ilustración 17⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healing, Componente II
 Tercer Nivel



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria.

Ilustración 18⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healthing, Componente II
 Cuarto Nivel

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"
 Action Healthing Cuarto Nivel

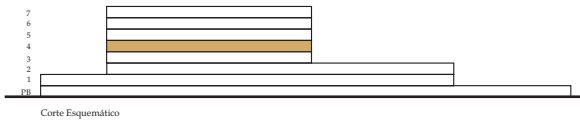


SIMBOLOGÍA
 Hospitalización Ortopedia /
 Cirugía Plástica y Reconstructiva
 Baños Pacientes
 Bioterio

Indica



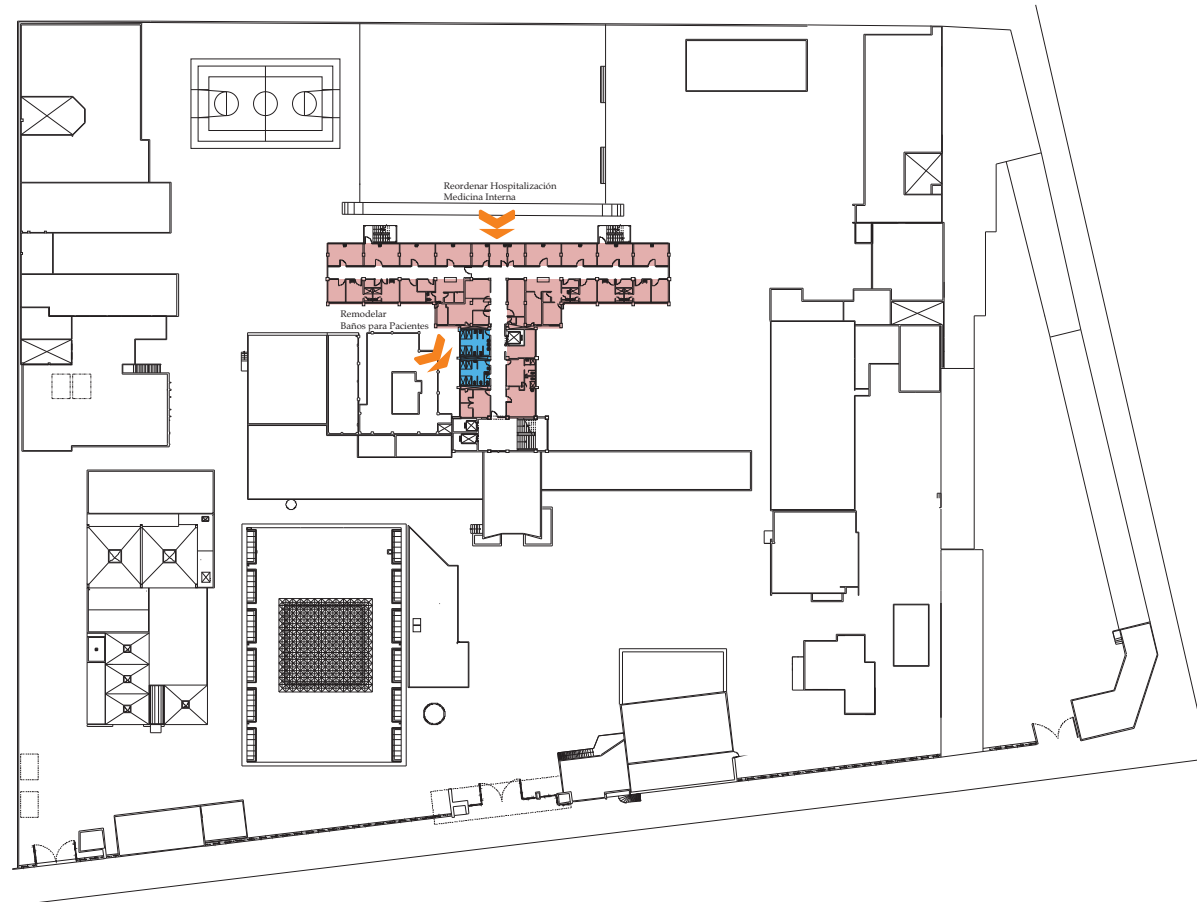
noviembre • 2005



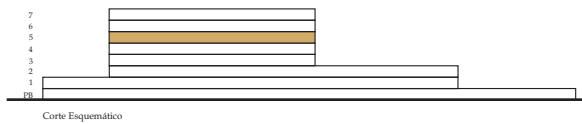
UNAM
 Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura
 Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura
 Campo del Diseño Arquitectónico

Ilustración 19⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healthing, Componente II
 Quinto Nivel

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"
 Action Healthing Quinto Nivel

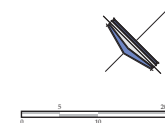


SIMBOLOGÍA
 Hospitalización Medicina Interna
 Baños Pacientes



Indica
 Sale Servicio
 Entra Servicio

noviembre ● 2005



UNAM

Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura

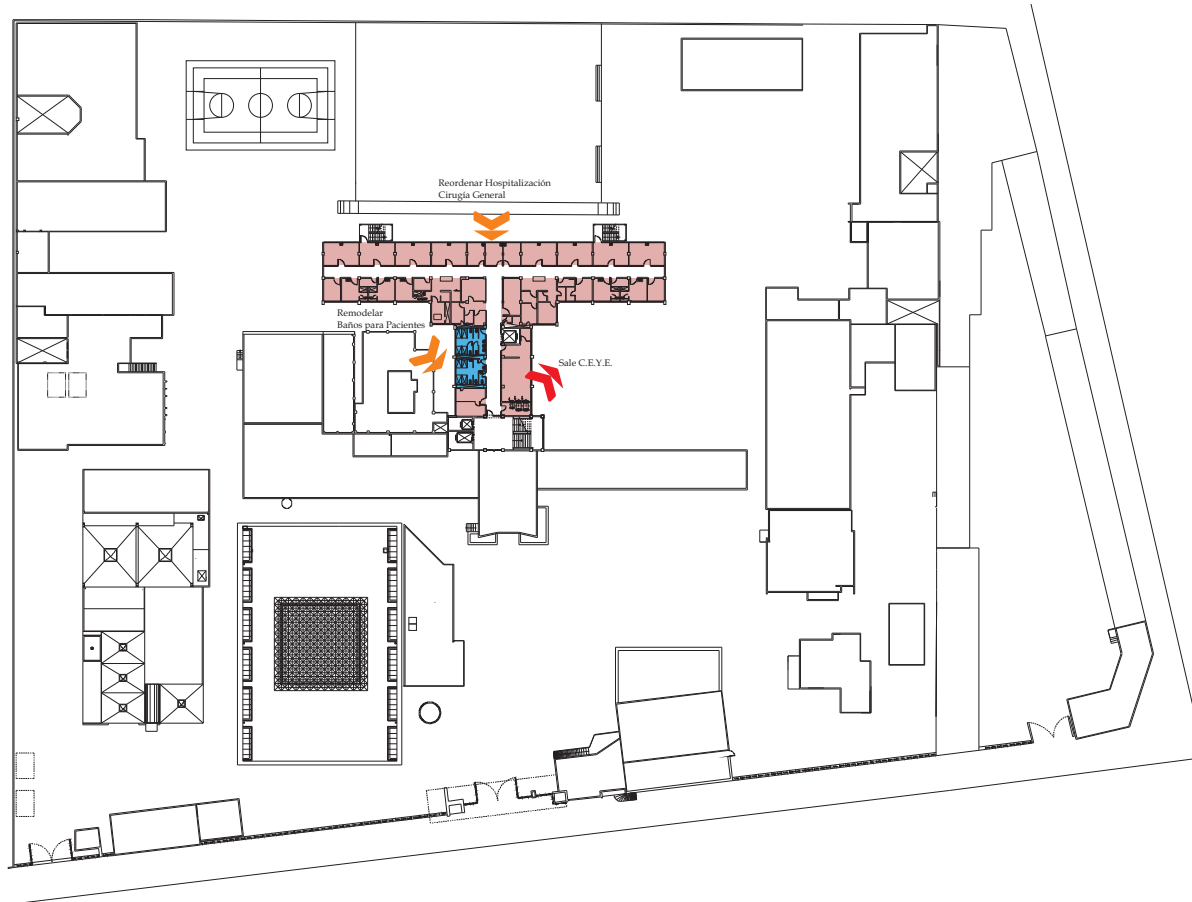
Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura

Campo del Diseño Arquitectónico

(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria.

Ilustración 20⁽¹⁾
El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Action Healing, Componente II
Sexto Nivel

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"
Action Healing Sexto Nivel

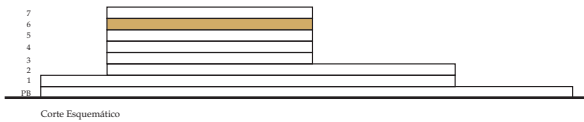


SIMBOLOGÍA
Hospitalización Cirugía General
Baños Pacientes

Indica



noviembre • 2005



UNAM



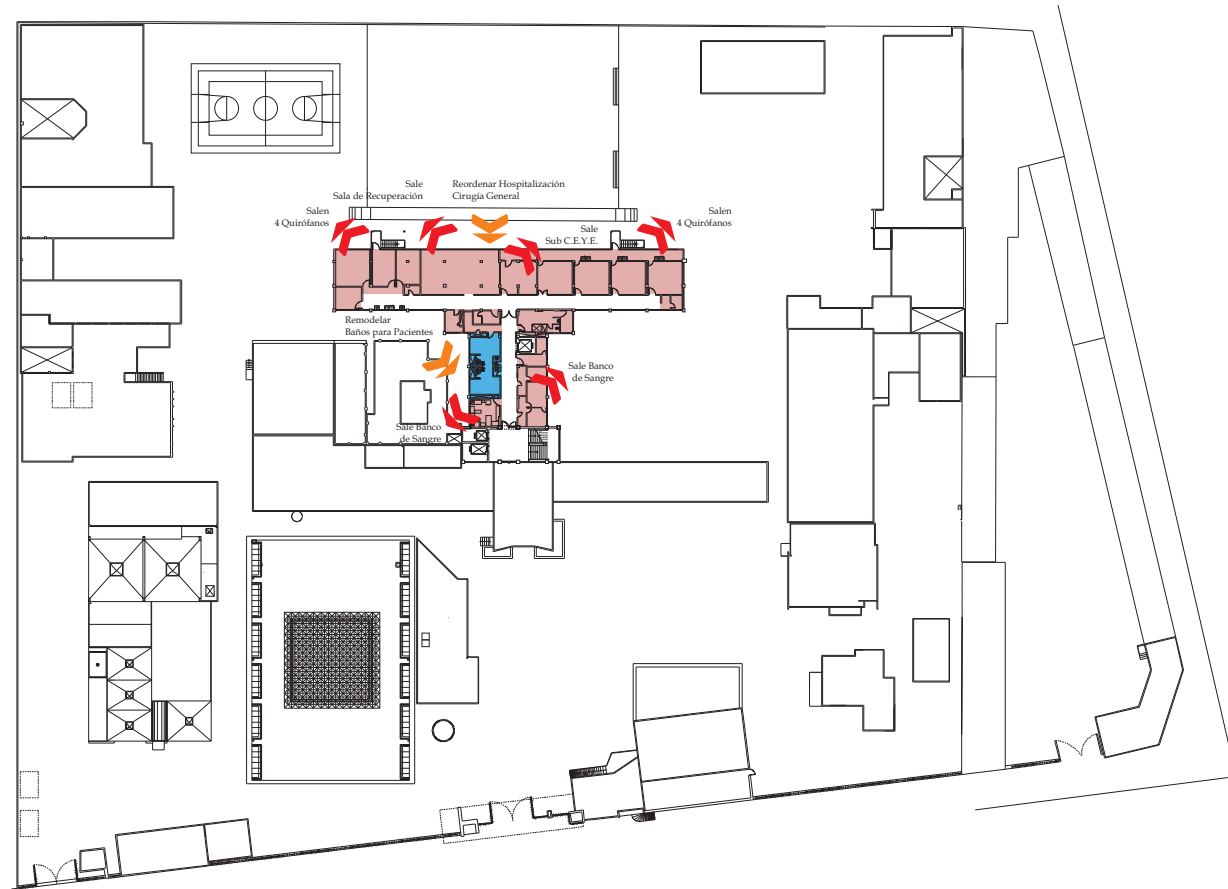
Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
de la Facultad de Arquitectura

Programa de Maestría y Doctorado
en Arquitectura

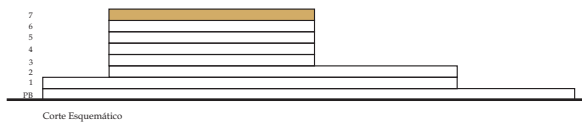
Campo del Diseño Arquitectónico

Ilustración 21⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healing, Componente II
 Séptimo Nivel

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"
 Action Healing Séptimo Nivel

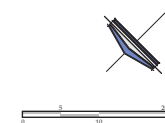


SIMBOLOGÍA
 Hospitalización Cirugía General
 Baños Pacientes



Indica
 Sale Servicio
 Entra Servicio

noviembre ● 2005



Centro de Investigaciones y Estudios de Posgrado
 de la Facultad de Arquitectura
 Programa de Maestría y Doctorado
 en Arquitectura
 Campo del Diseño Arquitectónico

(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria.

Ilustraciones 22 y 23⁽¹⁾
El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el INER y el INCAN
Action Healing, componentes I y II

Ilustración 22. Al aplicar el Action Healing, componente II, en las instalaciones del Hospital General “Doctor Manuel Gea González”, se identificaron los edificios a reubicar en una torre nueva (indicados en rojo). Además, se demuelen las bardas que separan al nosocomio del INER y del INCAN.



Ilustración 23. Se muestra un esquema de la torre de hospitalización nueva (en color verde) así como de los predios recuperados al interior de la institución (aparecen en color morado). Nótese también la ausencia de las bardas.

El componente II del AH deberá ser aplicado también al INER y al INCAN, así como al resto de las entidades incluidas en la Zona de Hospitales.



Ilustración 24 ⁽¹⁾
 El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el INER y el INCAN
Action Healthing, componentes I y II



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en la fotografía aérea 2004 y en el recorrido de las entidades.

Action Healthing, componente III

Hacer estudios de posgrado implica, necesariamente, abrir la mente y el espíritu a nuevos conocimientos, a nuevas formas de pensamiento y a emprender nuevos caminos que nos conduzcan a las alternativas de solución de nuestros problemas (en algunos casos, es necesario *desaprender* todo aquello que dogmatiza al pensamiento y que nos había sido enseñado como válido). Por ello, el componente III del AH contribuye positivamente al cuidado de la relación médico - paciente a través de una infraestructura física que se encuentre en las mejores condiciones posibles, es decir, que busca apoyar y acompañar tanto a los médicos en su labor, como a los pacientes y familiares en su tránsito por la institución al hacer presente el espacio-otro hospitalario.

Con base en el pensamiento complejo que aconseja buscar “...herramientas de otros campos... que sean útiles a los propósitos de la arquitectura y el urbanismo”⁴¹, es que se desarrolla el presente concepto; el objeto principal es el de penetrar en el mundo de la cinematografía a través de la comprensión y elaboración de un guión técnico, en el cual “se desglosará todo lo que se va a ver y oír en la película (cámaras, locaciones, sonido, iluminación, etc.)”⁴², para poder llegar “... al conocimiento del hombre con sus problemas, sus ilusiones, sus expectativas, sus miedos y demás factores de índole psicológica, su entorno social, político, económico y cultural, el cual es de esencial importancia tanto para el guionista como para el arquitecto, ya que es precisamente el ser humano a quien va dirigida la obra, ya sea un programa, una película, una casa o una ciudad”.⁴³

La intención del guión es la de comunicar cómo un servicio hospitalario que no está completo, complica a sus usuarios el manejo de las emociones. La intensidad del sentimiento es inherente al espacio hospitalario. Otra de las expectativas de este guión, es la de mostrar cómo los diferentes elementos del espacio arquitectónico pueden convertirse en protagonistas de las escenas.

Para la realización del guión técnico, se utilizó como escenario un vestíbulo que toma como base el que se encuentra en el servicio de ginecoobstetricia, ubicado en el tercer nivel de la torre de hospitalización del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Dicho vestíbulo fue remodelado en el 2003 y, aunque el espacio actual es agradable, decidí modificarlo para darle un mayor efecto a la entrada de luz natural a través de una ventana circular, elemento que, evidentemente, no existe en el actual.

El contenido de este concepto III abarca, en primer lugar, la comprensión del funcionamiento del servicio de obstetricia del hospital. En segundo lugar, la visita al vestíbulo real para identificar y entender los diagramas que ahí ocurren, así como la forma en el que el espacio influye en el comportamiento de los familiares que ocupan el área.

Tercero, y con base en los puntos anteriores, se plantea el escenario para rodar la película. Es aquí que se propone el diálogo y los movimientos de los actores y las cámaras.

Sinopsis

7 de junio de 2001, 5:00 am. Las contracciones han aumentado en frecuencia e intensidad. Ante este panorama, el esposo decide llevar a su pareja al hospital para que sea valorada y, de ser el caso, internada. La trama comienza cuando el esposo llega a la sala de espera/vestíbulo del servicio de obstetricia de un hospital público.

Ahí, los planes de un parto psicoprofiláctico en el que el varón estaría al lado de su esposa ayudándole a controlar la respiración y la presión misma que el parto genera, para ser testigo del nacimiento de su primogénito, se vienen abajo.

Simbólicamente —y a pesar de la falta de una sala de espera adecuada—, el vestíbulo trata de comunicarle que todo saldrá bien: la puerta, la ventana y la escalera toman el papel de protagonistas. Pero, no es sino hasta la llegada inesperada del hermano, que el hombre es capaz de sobreponerse.

Personajes

El esposo: Representa a ciertos padres cuyos sentimientos, al momento del parto, pasan desapercibidos para el resto de los familiares ya que la esposa y el neonato normalmente protagonizan. Ante la falta de información del estado de salud de su esposa y de su hijo, pone sobre sus hombros una serie de pensamientos trágicos.

El hermano: De figura desalineada y lento para caminar, es quien —sin proponérselo— rescata a nuestro personaje principal del vacío ignoto en el que se había empezado a sumergir.

La obstetra: Casi un extra. Es la doctora que no logra transmitir la seguridad necesaria al esposo, a pesar de que, aparentemente, insinúa que la cesárea se trata de un procedimiento de rutina.

La vigilante: Aunque su parlamento es en extremo breve, representa a toda la burocracia hospitalaria que es incapaz de salirse de la rutina para brindar un ápice de ayuda a la gente.

Los extras: Son tres personas que están en el vestíbulo. Su función es la de saturar el de por sí pequeño local. En la vida real, llega a haber más de 10 personas en esperando noticias sobre el estado de salud de sus familiares.

Elementos simbólicos de la escena:

Las puertas: juegan un papel protagónico. Filtran a las personas que pueden o no pasar. Son de cristal templado esmerilado, por lo que dejan pasar la luz pero no se puede ver a través de ellas, excepto cuando las abren. No tienen cancelería alrededor; solamente los herrajes que las sostienen. El personaje principal habla con ellas en varias ocasiones, pero es incapaz de tocarlas, porque sabe que atrás de ellas está el umbral que lo impone y atemoriza.

Las puertas son asociadas también con el paso de un estado a otro, con el ingreso/egreso a una nueva vida y, en este caso, con la búsqueda de refugio y amparo bajo la sombra protectora del poder femenino. Pero estas puertas tienen la significación adicional de la esperanza, la apertura y la oportunidad —un símbolo compartido con la ventana—.

El umbral: éste representa el paso del mundo profano exterior al espacio sagrado interior donde nadie puede entrar si no es invitado. Cruzar el umbral de un servicio hospitalario es entrar en otra dimensión, en la cual siempre se es extraño y, por lo tanto, amenazante. Cruzarlo es penetrar en lo desconocido, enfrentar situaciones potencialmente peligrosas, rodeado de aparatos nunca antes visto y donde se escucha un vocabulario inédito. Simbólicamente, es atravesar el espejo, hundirse en el agua, o penetrar el oscuro bosque. Este lugar, donde confluyen todos los poderes naturales y sobrenaturales es peligroso y tocarlo trae mala suerte; por lo tanto, se trata siempre de pasar por encima de él. En la noche de bodas, el flamante esposo lo cruza llevando en brazos a su joven consorte con el fin de protegerla —pues el día de su boda asumió la responsabilidad de velar por su seguridad y bienestar— para depositarla sana y salva en el nuevo mundo que habrán de compartir.

Las escaleras: equivalen, como es de suponer, al ascenso o descenso e indican, por lo tanto, la posibilidad de pasar de un estado de conciencia a otro de trascendencia. En el presente guión representan, también, lo misterioso, lo desconocido, el futuro. Los peldaños te permiten subir o bajar a estratos inferiores o superiores según corresponda.

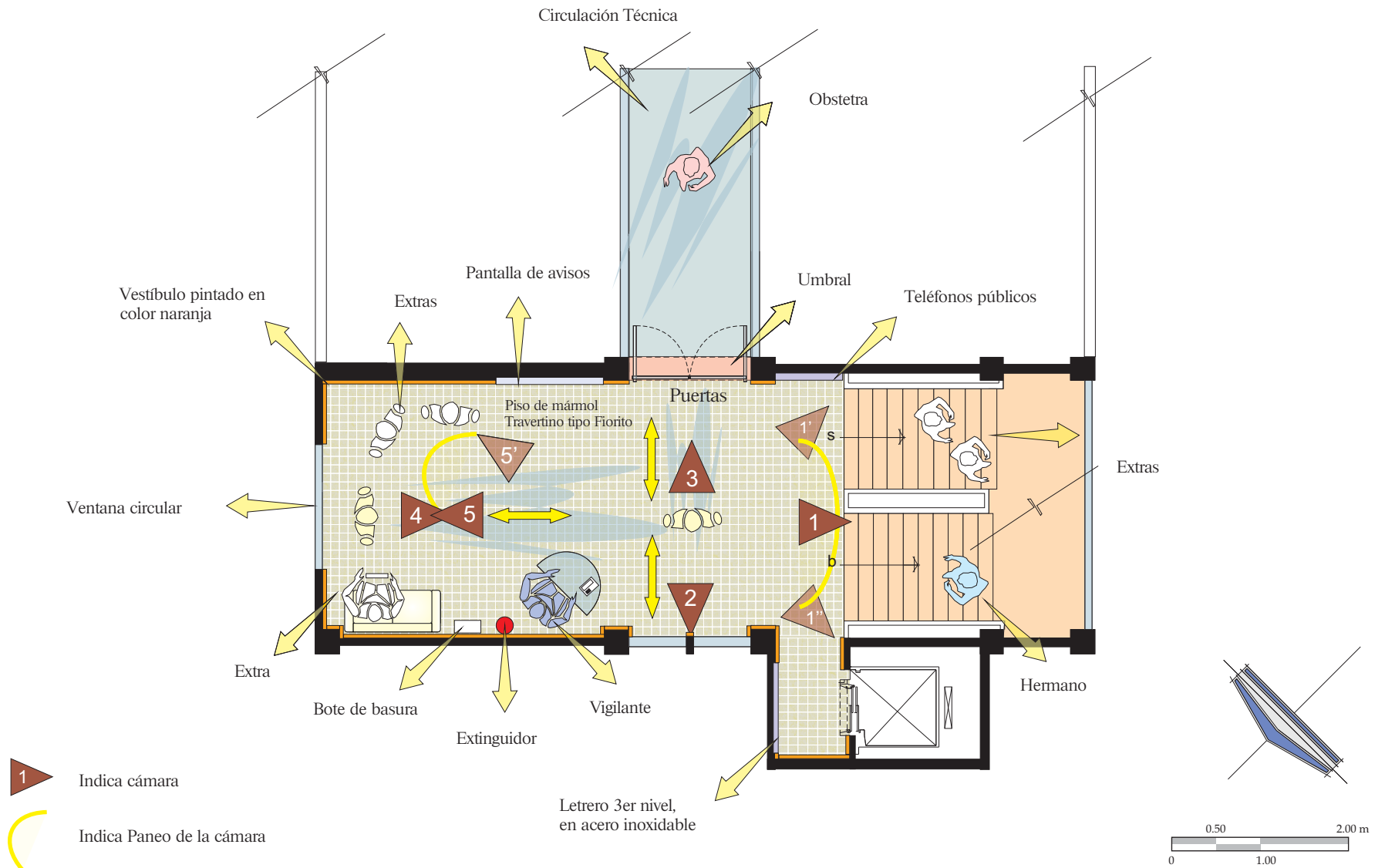
La ventana circular: su forma no es casual. La redondez es la forma natural por antonomasia. No es extraño que el círculo haya sido considerado universalmente como un símbolo sagrado, un símbolo que expresa la integridad y la totalidad arquetípicas. En un contexto no muy lejano, cuando los misioneros preguntaban a los indios pieles rojas acerca de su dios, ellos dibujaban el círculo del sol emplumado, un perfecto ideograma, con las plumas rojas apuntando hacia adentro y las plumas negras hacia afuera, lo cual representa el movimiento bidireccional de la energía. En otro plano, el círculo representa el movimiento dinámico, en contraposición al cuadrado estático y, en donde quiera que aparezca, simboliza el espacio sagrado y la totalidad.

Finalmente, la ventana circular no solamente implica apertura y oportunidad, sino también la expansión de la perspectiva y de las posibilidades de concientización. Es mirando a través de ella, que el personaje principal escapa del encierro que, en ciertos momentos, representa el vestíbulo.

Ilustración 25⁽¹⁾
El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Action Healthing, Componente III
Tercer piso de la Torre de Hospitalización
Ginecoobstetricia



Ilustración 26⁽¹⁾
 El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Action Healthing, Componente III
 Tercer piso de la Torre de Hospitalización
 El vestíbulo



(1) Ilustración: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria.

El guión

Escena 1 (Ilustración 27). [Son las 5:30 am. El esposo llega al vestíbulo del tercer piso a través de las escaleras; durante su trayectoria tiene tiempo para leer el espacio: lo primero que sobresale es el color y la iluminación del local: naranja; el vestíbulo se percibe bien iluminado; en un segundo plano, la vigilante; al fondo, la ventana circular, que cada vez adquiere mayor fuerza. Los extras están en silencio, pero miran al recién llegado; la mujer sentada lee el periódico y pretende estar concentrada en su lectura. La toma se realiza con la cámara 1, por detrás del esposo, pero con un ligero movimiento ascendente que permita ver el conjunto del escenario. Al final de la toma, lo que predomina es el vestíbulo.]

— Esposo: Buenos días, oficial. ¿Sería tan amable de decirme en qué cuarto está mi esposa? Debe tener poco tiempo de que la subieron. Está a punto de ser mamá por primera vez.

—Vigilante [Con rostro serio]: Ah, es la mujer que acaba de ingresar. La están valorando, permítame un momento...

Escena 2 (Ilustración 28). [La vigilante toma la extensión y habla con otra persona que está en el interior del servicio, con un tono de voz tan bajo que indica claramente que no quiere ser escuchada; el esposo hace un esfuerzo, pero no logra enterarse de nada. Aprovecha el momento para ver el vestíbulo, ya con un poco más de calma. La toma se realiza con la cámara 5', lo que nos permite ver el otro lado del vestíbulo: la escalera, siempre con gente subiendo.]

—Vigilante: Están valorando a su esposa; por favor espere un momento. [El esposo se queda intentando dar una respuesta que le permita ingresar o, por lo menos, obtener más información; sin embargo, el tono parco de la vigilante se impone.]

— Esposo: Gracias, oficial...

Ilustraciones 27 y 28 ⁽¹⁾

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” *Action Healthing, Componente III* Tercer piso de la Torre de Hospitalización El vestíbulo

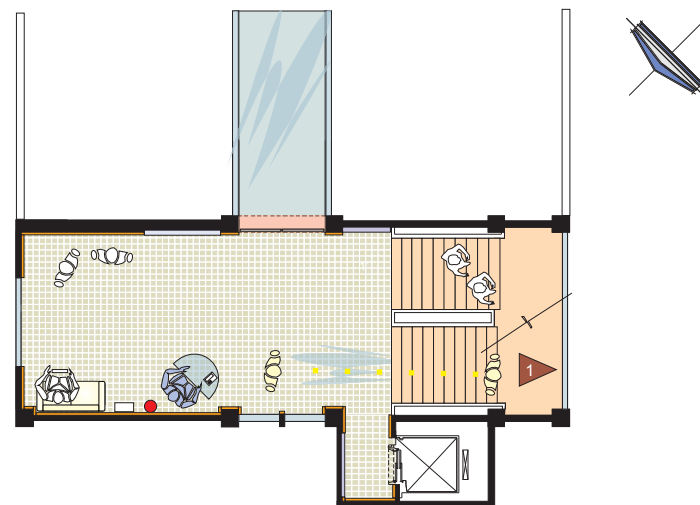


Ilustración 27. Escena 1

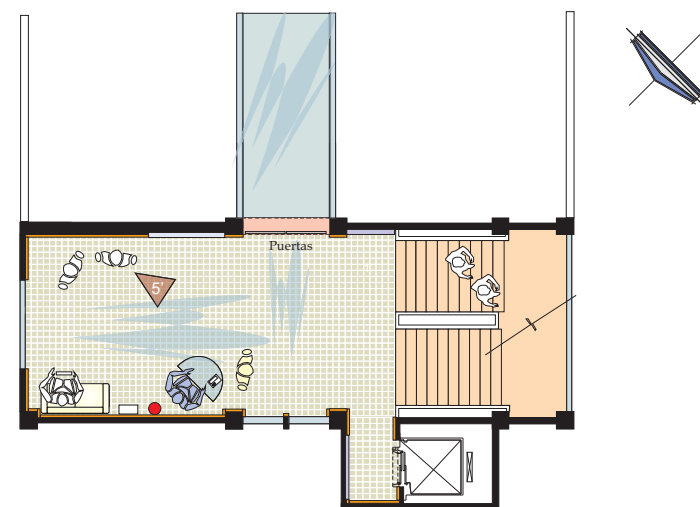


Ilustración 28. Escena 2

Escena 3 (Ilustración 29). [Es el primer encuentro con las puertas. El esposo está parado frente a ellas. En su imaginación, éstas deben abrirse pronto, invitándolo a pasar para acompañar a su mujer y, especialmente, para ver el nacimiento de su primogénito. Él siente que cada segundo que pasa, es un segundo que se está perdiendo al lado de su familia. Sin embargo, las puertas no se abren.

Esta escena se inicia con la cámara 2 que muestra las espaldas del esposo, quien está de frente a las puertas cerradas; no hay diálogo. Dura de 3 a 5 segundos. La segunda toma es un acercamiento a la cara del esposo, con la cámara 3; el rostro del esposo está tenso; muy serio. Es evidente que está preocupado ya que las cosas no están saliendo como ellos habían imaginado.

La pareja de extras está hablando en voz baja; la mujer del periódico aprovecha que el esposo está de espaldas para echarle un vistazo. La vigilante se abstrae de la situación.

Comienza la toma de la cámara 3, que debe hacer un acercamiento al rostro del esposo. Éste, está tenso; la posición del sujeto es con los brazos cruzados al frente; no se mueve. Clava la vista en las puertas y se pierde en sus pensamientos].

— Esposo: [pensando] ¿Por qué no se abren? ¿No debería informarme la obstetra? ¿Ya está el pediatra con ellos? ¿Están en la sala de labor de parto? ¿Y si paso? ¿O mejor le vuelvo a preguntar a la vigilante? Son las 5:45; ya debo tener más de 15 minutos esperando... tranquilo... están en buenas manos... tranquilo...

[Cambiamos a la cámara 1, que toma al esposo de perfil, mientras que, al fondo, empieza a entrar la luz natural a través de la ventana circular].

— Esposo: [pensando] Vaya... va a amanecer. ¡Qué rápido! Por lo menos está pasando la obscuridad. En teoría, ahora todo debe ser más fácil.

[Pensando en su esposa] Respira, amor, respira, 1... 2... sueltas... 1... 2... tranquila...

(Ilustración 30). [Cámara 5: El rostro gira ligeramente hacia la izquierda, en donde nota que, del otro lado de la ventana, no muy lejos, se encuentra el nuevo edificio de la zona. Cámara 1, enfocando en primer plano a la ventana: El *Edificio Símbolo*, nombre que se le puso al más reciente edificio para la salud y que ha resultado todo un hito en la zona. El esposo sale de la toma mientras que la cámara realiza un encuadre de la ventana].

(1) Ilustraciones: Carlos Rosado, con base en el levantamiento arquitectónico.

Ilustraciones 29 y 30 ⁽¹⁾
 El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
Action Healthing, Componente III
 Tercer piso de la Torre de Hospitalización
 El vestíbulo

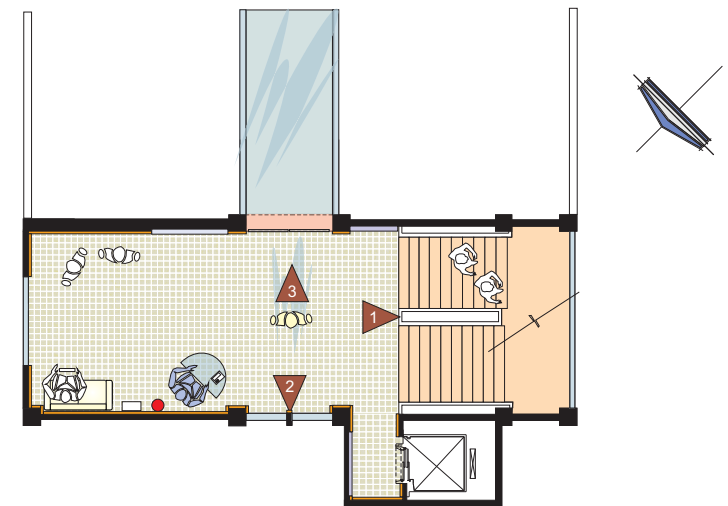


Ilustración 29. Escena 3.

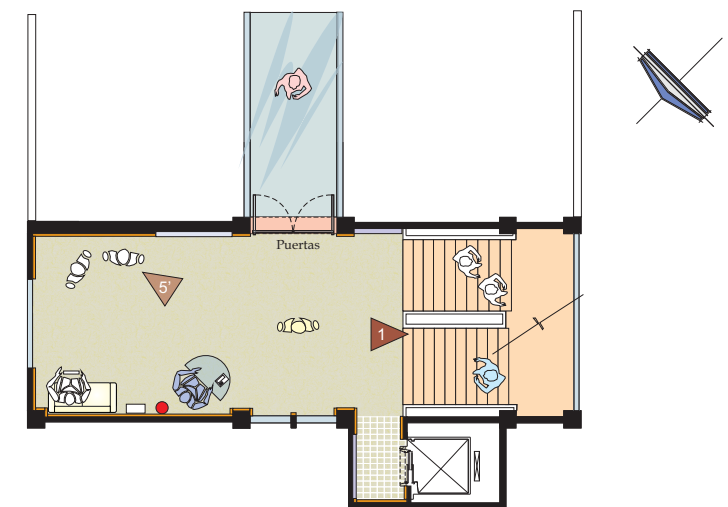


Ilustración 30. Escena 3.

Escena 4 (Ilustración 31). [Son las 5:50 am. La luz entra ya de una manera diáfana al vestíbulo. Llama así la atención del esposo quien, por primera vez, puede separarse de sus pensamientos, para acercarse a la ventana]. La trayectoria es fotografiada por la cámara 5. Es la primera vez que el esposo se desplaza de la posición que ya había territorializado. Avanza de una manera especialmente lenta, lo que le permite percibir el espacio. Nota que trae puesta la chamarra y que pronto empezará a hacer calor, pero definitivamente, no hay dónde colgarla. Los extras que están de pie se recorren hacia las escaleras para salir de la escena. El esposo nota que hay un lugar al lado de la mujer que lee el periódico, pero no se siente cansado y prefiere estar de pie. Finalmente llega frente a la ventana.

— Esposo: [pensando de pie frente a la ventana circular] El Edificio Símbolo... para algunos, es la máxima obra de la Secretaría de Salud en los últimos tiempos. ¿Quién se iba a imaginar un edificio así por estos lugares? Desde aquí, no parece tan impresionante. ¡Qué fachada tan extraña! No es un cubo, tampoco parece una pirámide... Parecería que al arquitecto se le olvidó diseñar la fachada, la carta de presentación de un edificio... curioso: se ven entradas desde tres partes, una de cada instituto; qué simpático. Además dicen que está súper equipado...

(Ilustración 32). [Los pensamientos del esposo son interrumpidos cuando oye que la puerta se abre y aparece la obstetra —ya con el uniforme quirúrgico puesto—acercándose hacia él. La puerta se cierra rápida y automáticamente, pero el esposo logra visualizar parte del pasillo. Sin embargo, se aproxima a la doctora para escucharla. En un pensamiento infinitamente rápido, el esposo imagina que la doctora le dice que todo está bien.

Escena 5. [Cámara 5, ubicada donde está la mujer leyendo el periódico. La obstetra entra al vestíbulo y ubica rápidamente al esposo. Le extiende una sonrisa moderada. Se desplaza hasta él, quien también da uno o dos pasos para el encuentro. Conforme se acercan, cambiamos la toma a la cámara 5' y la toma se centra en ellos. Todo lo demás queda fuera de foco.

— Esposo: [Hace un esfuerzo para pretender tranquilidad] ¿Todo bien?

— Obstetra: [Con tono tranquilo] Ya. Todo bien. La fuente se rompió. Hemos esperando que tu esposa dilate más, pero no pasa de los seis centímetros. Debería llegar a nueve o diez. El cinturón que monitorea al bebé empieza a marcar ciertas irregularidades en los latidos de su corazón. Es indicación de que empieza un *sufrimiento fetal*. Estimado amigo, tenemos dos opciones, pero debemos elegir rápidamente: primero, podemos esperar a

Ilustraciones 31 y 32 ⁽¹⁾
El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
Action Healthing, Componente III
Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo

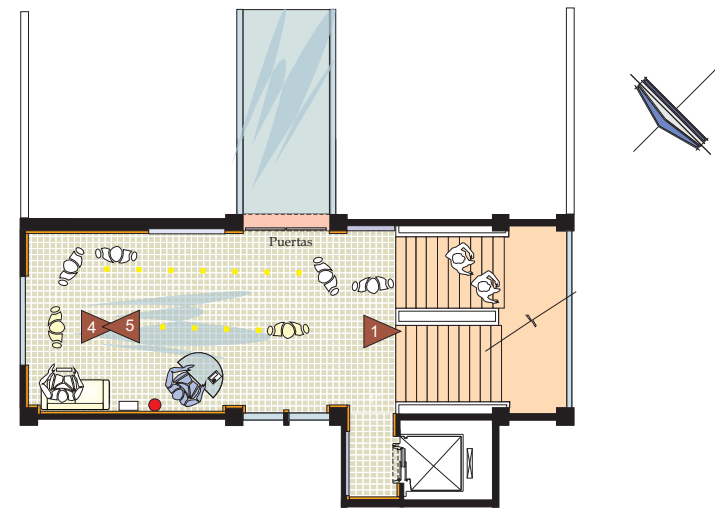


Ilustración 31. Escena 4

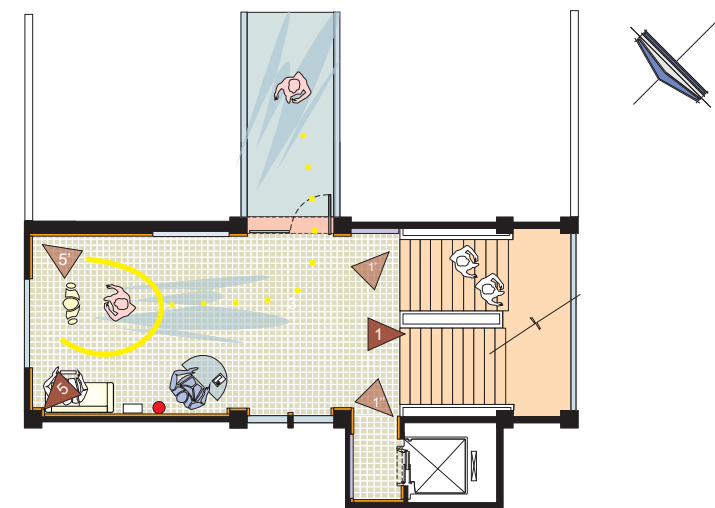


Ilustración 32. Escena 5

que tu esposa dilate los diez centímetros. Pero si no llega, el sufrimiento fetal será más fuerte y peligroso. En tal caso, tendríamos que entrar al quirófano de emergencia y sacar al producto. Segunda opción: entrar al quirófano ahora y sacar al producto con calma; sin las prisas —ni los nervios— de una urgencia.

[Hasta aquí el sueño de un parto normal. Hasta aquí la idea de que el padre viera nacer a su hijo. Hasta aquí la esperanza de que no intervinieran quirúrgicamente a su esposa...] [Seguimos con la cámara 5', pero empieza una trayectoria alrededor de la pareja, siempre con ellos dos en primer plano y todo lo demás girando].

— Esposo: [Haciendo un mayor esfuerzo para aparentar tranquilidad. Bajando la mirada, levantándola poco a poco, buscando los ojos de la doctora y con los brazos cruzados] ¿Qué te puedo decir? Sólo que confío en ti plenamente... Haremos lo que tú nos digas. Tú eres la experta. Si hay que entrar al quirófano...

— Obstetra: [La obstetra extiende su mano y la apoya en el hombro del esposo. A pesar de que sabe que no debería decirlo, expresa] [Con voz muy tranquila y con una sonrisa ligeramente más marcada] Estimado amigo, mi obligación es entregarte a una madre sana y a un hijo en perfecto estado de salud. No te preocupes. Todo saldrá bien. El proceso tarda alrededor de una hora, por si quieres ir a desayunar algo.

— Esposo: [Nuevamente, haciendo un gran esfuerzo y con la mirada baja]: Te los encargo muchísimo...

[La obstetra le aprieta el hombro y regresa para atravesar la puerta].

Escena 6 (Ilustración 33). [Son las 6:20 am. El esposo finalmente nota que está solo. Nadie con quien platicar; nadie con quien comentar. Aunque el vestíbulo empezaba a ser amigable con él, aunque la ventana lo empezaba a transportar a otro lugar, la noticia de la cesárea fue impactante. Ya no importaba el ritmo de la respiración. Ahora sabía que no podría presenciar y tomar fotos del nacimiento de su hijito. No sólo eso. Por su mente empiezan a pasar imágenes del bisturí, la peligrosa anestesia, el bloqueo, etc. Las cosas no están saliendo conforme a lo planeado.

La presión empieza a ser intensa. El esposo regresa frente a las puertas (esta trayectoria se fotografía con la cámara 5). A pesar de que las puertas no

tienen pasador, sabe perfectamente que son infranqueables. Detrás de ellas se oculta un mundo misterioso, ahora percibido como desafiante y lleno de peligros. A pesar de que él se siente en buen estado de salud, con cierta fuerza y entusiasmo por el nacimiento de su hijo, una sensación de impotencia empieza a apoderarse de su mente. Ahora siente claramente la soledad del vacío ignoto.]

[Las siguientes tomas se realizan con las cámaras 1" par fotografiar el enfrentamiento del esposo con las puertas; la cámara 2 para dramatizar la escena con las puertas; la 3 para hacer el acercamiento al rostro del esposo y, posteriormente, para enfocar a la dama del periódico y a la vigilante; la cinco para hacer notar que ha dejado de pasar gente por la escalera.]

(Ilustración 34). — Esposo:[De pie frente a las puertas. La toma es un acercamiento a su rostro. Los ojos están empezando a enrojecerse. El rostro está tenso.][Pensando] —Me encantaría sentarme; [voltea al sofá y ve a la señora del periódico; recorre el vestíbulo con su mirada y se da cuenta que no existe la posibilidad de aislarse]. [Pasan por su mente las imágenes de su esposa, de su vientre, de las manos buscando las suyas. La respiración aumenta y el latido de su corazón también]. [Durante este periodo, no han pasado personas por la escalera]. [Finalmente, el esposo se inclina ante la puerta, pone su mano en el cristal y está a punto de entrar en fase ante la presión que ha puesto sobre sus hombros][No hay sonido.] [Se capta con la cámara 1': en una primera toma, la figura del esposo en cuclillas —en primer plano—, con la ventana de fondo, fuera de foco. En una segunda toma, la 1' va sacando de foco al esposo, para fotografiar a la ventana circular, a través de la cual entra ya francamente la luz del día]. [Inicia la música de fondo, casi imperceptible]. [Pensando]—Por favor ayúdalos...

Muy rápidamente, se toma con la misma cámara, a las personas que, desde el fondo, han observado la escena: ambas están serias, pero ninguna se mueve de su posición.

Escena 7 (Ilustración 35). [Son cerca de las 7:00 am. Casi por instinto, el esposo, —aún en cuclillas—, voltea hacia la escalera y escucha que alguien está subiendo. Aparece la figura de su hermano: ajeno a todo lo que está pasando, fresco, le regala una sonrisa franca y lo saluda. El esposo se levanta en automático. Abraza a su hermano. Esta escena se inicia con la cámara 5'. La música de fondo sigue casi imperceptible. El andar del hermano es muy lento. Pero su rostro refleja alegría] [De tajo y casi sin querer, ha roto con el vacío en el que su hermano se había envuelto].

— Esposo: [Con tono cantadito] Hermanooooo...

Ilustraciones 33, 34, 35 y 36 ⁽¹⁾
El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Action Healing, Componente III
Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo y el Quirófano

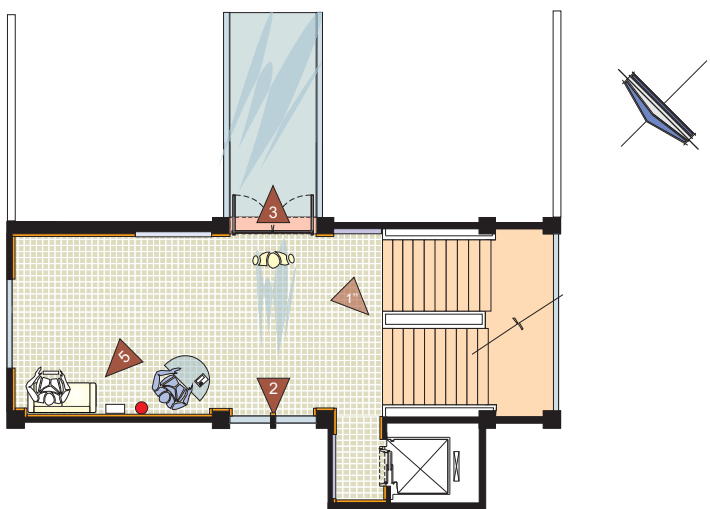


Ilustración 33. Escena 6

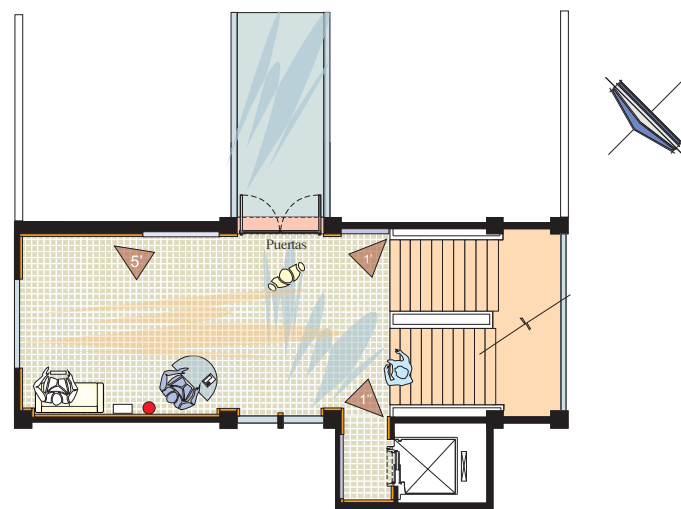


Ilustración 35. Escena 7

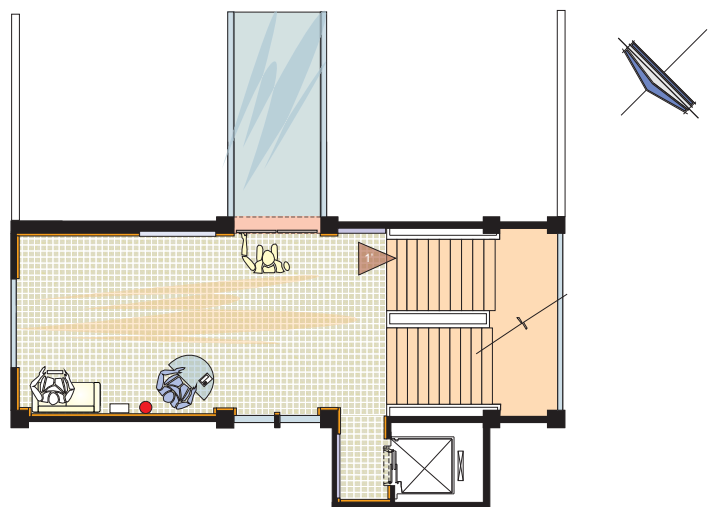


Ilustración 34. Escena 6

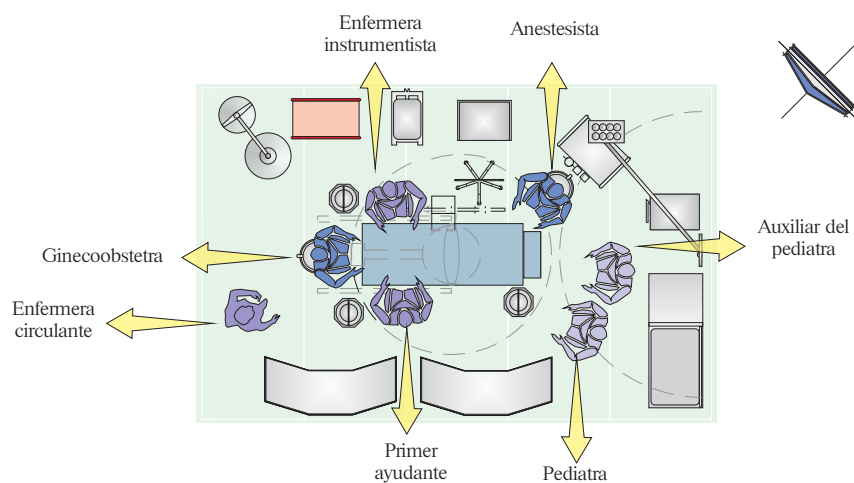


Ilustración 36. Escena 5

Escena 9 (Ilustración 38). [El esposo regresa al vestíbulo, después de haber visto a su hijo. Aparece en escena sin la chamarra, que ha dejado en el que será su cuarto por los próximos dos días. Su rostro refleja un alma enteramente embargada por un sentimiento de admiración, de alegría...][Las tomas finales son con la cámara 2, para fotografiar la entrada del esposo al vestíbulo a través del antes misterioso umbral; rápidamente cambiamos la toma a la cámara cinco, con la cual se filmará el recorrido de la puerta al sofá. Finalmente, la cámara 1' será la encargada de abrir la toma para las escenas con las que termina esta filmación.]

—Esposo: [Con un tono mucho más tranquilo, más natural] [Dirigiéndose al hermano] Hermano, ¿no te has ido? Pensé que ya no te vería...

—Hermano: [Con voz natural] Pues ya ves, aquí sigo ¿Cómo está mi sobrino? Si fue varón, ¿verdad?

—Esposo: [Aún tiene el rostro iluminado] Sí, es un bebito. En este momento está en la incubadora, dormido... muy tranquilo. ¿Quieres verlo? ¡Ya tengo sus primeras diez fotografías! ¡Mira! El esposo le muestra la cámara digital al hermano y le comienza a pasar las fotos. Luego, recuerda que tiene que hablarle a su madre. Recorre la vista por el vestíbulo, hasta que encuentra los teléfonos públicos; se acerca a ellos, levanta el auricular y se comunica.

(Ilustración 39) —Esposo: [Introduce la tarjeta en el teléfono y marca] ¿Mami? Hola, ya nació el bebé... Todo bien, gracias... Sí, sí recuerdo las primeras palabras que le dije: *Bienvenido hijito, yo soy tu papá...* [La toma se realiza con la cámara 1 y el esposo en primer cuadro, pero poco se va abriendo, para mostrar el vestíbulo. Se hace un último cambio a la cámara 5, con la intención de ver, por última vez, a la escalera]. [La cámara se desliza ligeramente hacia arriba, va perdiendo el foco, y así termina la secuencia del vestíbulo hospitalario].

A través del concepto filosófico creado para esta tesis, el Action Healthing, se propone una nueva Zona de Hospitales, con un urbanismo en el cual los peatones, enfermos o no, tengan la dignidad que merecen; no sólo al estar en andadores libres de automóviles, sino que cuentan con calles jardinadas, limpias y que conectan sin barreras urbano-arquitectónicas con todas las entidades que conforman la ZDH. Un conjunto que protege, aísla y cuida a sus habitantes. Con franjas de protección para albergues y comedores cuyo objetivo son las personas de bajos, muy bajos recursos. Pero sobre todo, con sus límites bien establecidos ya que el conjunto hospitalario no puede, ni debe, crecer indefinidamente. Una vez que el número de usuarios se

Ilustraciones 38 y 39 ⁽¹⁾
El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
Action Healthing, Componente III
Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo

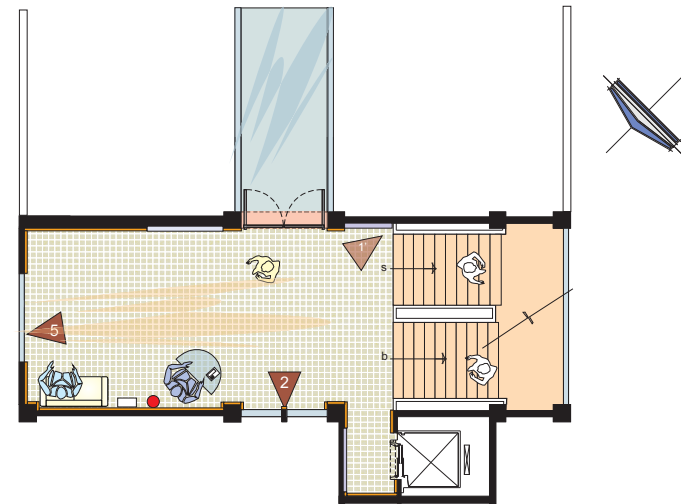


Ilustración 38. Escena 9

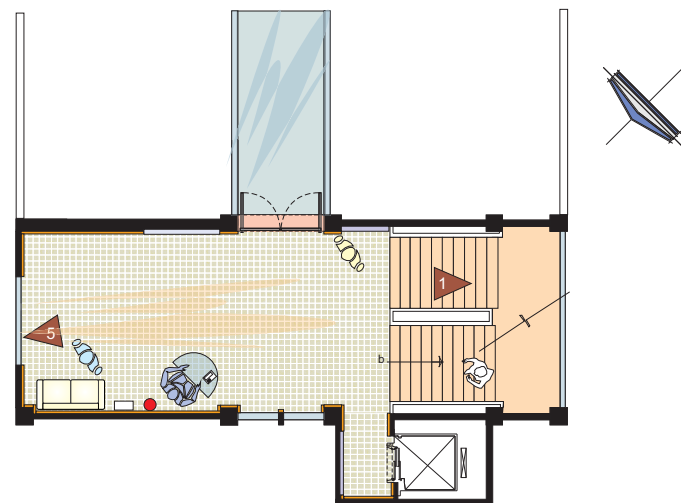


Ilustración 39. Escena 9

aproxime al límite de lo permitido, habrá que buscar nuevas estrategias que brinden alternativas nuevas y frescas para dar respuesta a los servicios de salud que demande la población. Hay que señalar, enfáticamente, que los jardines, plazas y circulaciones no son áreas para que en el futuro se construyan edificios nuevos.

Por su parte, el mismo orden que se impuso al exterior, se buscó al interior. Así como se expropiaron los terrenos de la colonia Belisario Domínguez Sección 16 para demoler las construcciones existentes y poder crear los jardines, andadores y la plaza con el *Edificio Símbolo*, de igual forma se identificaron las edificaciones al interior del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” que podían ser reubicadas en un edificio nuevo, para permitir así el libre tránsito entre el hospital general, el INER y el INCAN. No hay más bardas en la ZDH.

Finalmente, después de haber ordenando el exterior (lo urbano) y el interior (el conjunto en el “Gea González”) se propuso, a través de un guión técnico cinematográfico, el diseño de un espacio existente que, a pesar de su tamaño y de no haber sido construido como un piso para albergar el servicio de Ginecoobstetricia, se puede habilitar dignamente para cumplir con tal actividad.

Citas

- 1.- *Libro del Cincuentenario, Secretaría de Salud, 1943-1993*, Coordinación de la obra: Jaime Sepúlveda Amor, edición y texto: Mauricio Ortiz, documentación: Carmen Cuéllar, Secretaría de Salud, México, 1993, p. 22.
- 2.- *Ibid.*, pp. 28 y 29
- 3.- El autor no resistió la tentación de preguntarse: si el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” se inauguró el 30 de abril de 1943, ¿cómo es que para el 25 de junio de 1947, cuatro años después de que el hospital abriera sus puertas, ya se hablara de que “...las solicitudes, tanto para la consulta externa como para obtener una cama de hospital, son **tres veces mayores** que la capacidad del establecimiento”?
- 4.- Baz Prada, Gustavo, *Programa de Hospitales, 1940-1946*, Gaceta Médica de México, Tomo LXXVII, Número 6, 1947, pp. 296 - 308.
- 5.- *Libro del Cincuentenario, Secretaría de Salud, 1943-1993*, Coordinador de la obra: Jaime Sepúlveda Amor, Secretaría de Salud, México, 1993, p. 147.
- 6.- Enrique Cárdenas de la Peña, *El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Cincuentenario*, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1999, p. 34.
- 7.- *Museo de la Luz — 400 años de historia, Templo del Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo*, Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC), Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003, p. 149.
- 8.- *Libro del Cincuentenario, Secretaría de Salud 1943-1993. Op. Cit.* p. 141.
- 9.- Ver las tablas 5 y 6 “15 principales causas de mortalidad, 1930, 1970, 2002 y 2004”, de la República Mexicana y la ciudad de México, respectivamente, de la meseta “La ciudad de México, 2004-2012” en su apartado “La transición epidemiológica”.
- 10.- Hospital Juárez del Centro. En su página de internet hay una breve reseña histórica, de la cual se obtuvo su dirección actual y el año de su fundación. Esto aplica también para el resto de las entidades que aparecen en la Ilustración 1.
<http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/conocenos.html>
Consultada en enero de 2009.
Ubicación actual: Plaza de San Pablo N° 13, colonia Centro, delegación Cuauhtémoc.
- 11.- Hospital Nacional Homeopático
<http://www.hnh.salud.gob.mx/#>
Consultada en enero de 2009.
Ubicación actual: Chimalpopoca N° 135, colonia Obrera, delegación Cuauhtémoc.
- 12.- Hospital General de México
<http://hgm.salud.gob.mx/>
Consultada en enero de 2009.
Ubicación actual: Dr. Balmis N° 148, colonia Doctores, delegación Cuauhtémoc.
- 13.- Enrique Cárdenas de la Peña, *El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, cincuentenario*, editado por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, 1999, p. 66.
Ubicación actual: Calzada de Tlalpan N° 4800, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan.
- 14.- Hospital de la Mujer
<http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/interior/antec.html>
Consultada en enero de 2009
Ubicación actual: Prol. Salvador Díaz Mirón N° 374, colonia Santo Tomás, delegación Miguel Hidalgo.
- 15.- Hospital Juárez de México
http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/interior/ANTEC_HIST/hospital_1989_2007.html
Consultada en enero de 2009.
Ubicación actual: Av. Politécnico Nacional 5160, colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo Adolfo Madero.

Citas

- 16.- Instituto Nacional del Enfermedades Respiratorias
<http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>
 Consultada en enero de 2009.
 Dirección (en 2006): Calzada de Tlalpan N° 4502, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan.
- 17.- Hospital Infantil de México
<http://www.himfg.edu.mx/acercade.html>
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Dr. Márquez N° 162, colonia Doctores, delegación Cuauhtémoc.
- 18.- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
<http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/historia.html>
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Insurgentes Sur N° 3877, colonia La Fama, delegación Tlalpan.
- 19.- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición.
<http://www.innsz.mx/>
 Consultada den enero de 2009.
 Ubicación actual: Vasco de Quiroga N° 15, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan.
- 20.- Instituto Nacional de Pediatría
http://quetzal1.innsz.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=64
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Insurgentes Sur N° 3700 letra C, colonia Insurgentes Cuicuilco, delegación Coyoacán.
- 21.- Instituto Nacional de Cardiología
https://www.cardiologia.org.mx/contenido/el_instituto/presentacion.html
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Juan Badiano N° 7, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan.
- 22.- Los Institutos Nacionales de Salud, Reseña Historiográfica de 60 años de logros, coordinación general de los Institutos Nacionales de Salud, México, 2003, p. 93.
 Ubicación actual: Montes Urales N° 800, colonia Lomas de Virreyes, delegación Miguel Hidalgo.
- 23.- Instituto Nacional de Psiquiatría
http://www.inprf.org.mx/info_gral/informacion.html
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Calzada México Xochimilco N° 101, colonia San Lorenzo Huipulco, delegación Tlalpan.
- 24.- Instituto Nacional de Cancerología
<http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/historia.html>
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: San Fernando N° 22, colonia Toriello Guerra, delegación Tlalpan.
- 25.- Comunicado No. 2536, Presidencia de la República
<http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/vocero/boletines/com2536.html>
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Calzada México Xochimilco N° 289, colonia Arenal de Guadalupe, delegación Tlalpan.
- 26.- Instituto Nacional de Medicina Genómica
http://www.inmegen.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=58
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Periférico Sur N° 4124, Torre Zafiro II, piso 6, colonia Ex rancho de Anzaldo, delegación Álvaro Obregón.
- 27.- Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"
http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/dmnavarro/dmnavarro_contenidos/dmnavarro_qs_antecedentes.html
 Consultada en enero de 2009. -
 Ubicación actual: San Buenaventura N° 86, colonia Belisario Domínguez, delegación Tlalpan.
- 28.- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"
http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/fbernardino/fbernardino_contenidos/fbernardino_qs_antecedentes.html
 Consultada en enero de 2009.
 Ubicación actual: Niño de Jesús N° 2, colonia Tlalpan, delegación Tlalpan.

Citas

- 29.- Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”
http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/drsamuel/drsamuel_contenidos/drsamuel_qs_antecedentes.html
Consultada en enero de 2009.
Ubicación actual: Km. 55 autopista México Puebla, colonia Santa Catarina, delegación Tláhuac.
- 30.- Deleuze, Gilles y Felix Guattari, *¿Qué es la filosofía?* editorial Anagrama, séptima edición, Barcelona, 2005, p. 11.
- 31.- Ruy Pérez Tamayo, *Ética Médica Laica*, Fondo de Cultura Económica, El Colegio Nacional, México, 2002.
- 32.- *Idem*.
- 33.- Cfr. con el punto 2.- Heterocronías, del artículo de Michel Foucault “*Los espacios otros*”, que aparece en la meseta de “Las herramientas filosóficas” de esta disertación.
- 34.- En los hospitales públicos las urgencias se clasifican en dos: las urgencias reales y las urgencias sentidas; en las primeras el paciente llega al servicio de Urgencias grave o inestable; las segundas tienen una solución relativamente sencilla.
- 35.- G. Deleuze y F. Guattari, *op. cit.* pp. 40 - 62.
- 36.- La nota está documentada en la introducción a la meseta “El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947-2012”.
- 37.- Citado por G. Deleuze y F. Guattari, *op. cit.* p. 54.
- 38.- “Todo pasa, todo cansa, todo se rompe”. Traducción del autor.
- 39.- Daniel 5, 1-29. En los versículos 25 y 26 se lee: “La escritura trazada es: *Mene, Tekel y Parsin*. Y esta es la interpretación de las palabras: *Mene*: Dios ha medido tu reino y le ha puesto fin. *Tekel*: has sido pesado en la balanza y encontrado falto de peso; *Parsin*: tu reino ha sido dividido y entregado a los medos y los persas.”
- 40.- Deleuze, Gilles y Félix Guattari, *Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia*, traducción de José Vázquez Pérez, Editorial Pre-Textos, Valencia, 5ª edición, 2002 (1ª edición en francés, 1988), p. 163
41. Farías - van Rosmalen, Consuelo “Anatomía de una mente visionaria obsesionada por el presente: Rem Koolhaas” Tesis para obtener el grado de: Doctora en Arquitectura. Programa de Maestría y Doctorado en Arquitectura, Facultad de Arquitectura, CIEP, UNAM, México, 2003, p. 394.
42. *Idem*, p. 395.
43. *Idem*, p. 387.

Bibliografía

BAZ, Prada, Gustavo, *Programa de Hospitales*, en la *Gaceta Médica de México*, 1940-1946, México, 1947.

CÁRDENAS de la Peña, Enrique, *El Hospital General "Dr. Manuel Gea González", cincuentenario*, editado por el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, 1999.

CARMICHAEL Ann G. y Richard M. Ratzan, *Medicine, a treasure of art and literature*, editado por Beaux Arts Editions, China, 1991.

COOPER, J. C., *El simbolismo, lenguaje universal*, editorial Lidium, Buenos Aires, 1999.

DELEUZE, Gilles y Félix Guattari, *Mil Mesetas, Capitalismo y Esquizofrenia*, traducción de José Vázquez Pérez, Editorial Pre-Textos, Valencia, 5ª edición, 2002 (1ª edición en francés, 1988).

DELEUZE, Gilles y Felix Guattari, *¿Qué es la filosofía?* editorial Anagrama, séptima edición, Barcelona, 2005.

El Pequeño Larousse Ilustrado 2000, Ediciones Larousse S.A. de C.V., sexta edición, Colombia, 1999.

EISENSTEIN, Serguéi M. *Hacia una teoría del montaje*, Volumen 1, Barcelona, Paidós, 1988.

FARIAS - van Rosmalen, Consuelo, *Anatomía de una mente visionaria obsesionada por el presente: Rem Koolhaas*, Tesis para obtener el grado de: Doctora en Arquitectura. Programa de Maestría y Doctorado en Arquitectura, Facultad de Arquitectura, CIEP, UNAM, México, 2003.

LYNCH, Kevin, *La imagen de la ciudad*, editorial Gustavo Gili, traducción de Enrique Luis Revol, Barcelona, colección "GG Reprints", 6ª tirada, 2004.

PÉREZ Tamayo, Ruy, *Ética Médica Laica*, Fondo de Cultura Económica, El Colegio Nacional, México, 2002.

SEPÚLVEDA, Amor, Jaime (coordinador de la obra). *Libro del Cincuentenario, Secretaría de Salud, 1943-1993*, edición y texto: Mauricio

Ortiz, Documentación: Carmen Cuéllar, Secretaría de Salud, México, 1993.

Los Institutos Nacionales de Salud, Reseña Historiográfica de 60 años de logros, coordinación general de los Institutos Nacionales de Salud, México, 2003.

Museo de la Luz — 400 años de historia, Templo del Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo, Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC), Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003.

Páginas de internet:

- 1.- Hospital Juárez del Centro
<http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/conocenos.html>
Consultada en enero de 2009.
- 2.- Hospital Nacional Homeopático
<http://www.hnh.salud.gob.mx/#>
Consultada en enero de 2009.
- 3.- Hospital General de México
<http://hgm.salud.gob.mx/>
Consultada en enero de 2009.
- 4.- Hospital de la Mujer
<http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/interior/antec.html>
Consultada en enero de 2009
- 5.- Hospital Juárez de México
http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/interior/ANTEC_HIST/hospital1989_2007.html
Consultada en enero de 2009.
- 6.- Instituto Nacional del Enfermedades Respiratorias
<http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>
Consultada en enero de 2009.
- 7.- Hospital Infantil de México
<http://www.himfg.edu.mx/acercade.html>
Consultada en enero de 2009.

- 8.- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
<http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/historia.html>
Consultada en enero de 2009.
- 9.- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.
<http://www.innsz.mx/>
Consultada en enero de 2009.
- 10.- Instituto Nacional de Pediatría
http://quetzal1.innsz.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=64
Consultada en enero de 2009.
- 11.- Instituto Nacional de Cardiología
https://www.cardiologia.org.mx/contenido/el_instituto/presentacion.html
Consultada en enero de 2009.
- 12.- Instituto Nacional de Psiquiatría
http://www.inprf.org.mx/info_gral/informacion.html
Consultada en enero de 2009.
- 13.- Instituto Nacional de Cancerología
<http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/historia.html>
Consultada en enero de 2009.
- 14.- Comunicado No. 2536, Presidencia de la República
<http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/vocero/boletines/com2536.html>
Consultada en enero de 2009.
- 15.- Instituto Nacional de Medicina Genómica
http://www.inmegen.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=58
Consultada en enero de 2009.
- 16.- Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/dmnavarro/dmnavarro_contenidos/dmnavarro_qs_antecedentes.html
Consultada en enero de 2009.
- 17.- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
<http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/fbernardino/fbernardino>

_contenidos/fbernardino_qs_antecedentes.html
Consultada en enero de 2009.

- 18.- Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”
http://sap.salud.gob.mx/contenidos/unidades/drsamuel/drsamuel_contenidos/drsamuel_qs_antecedentes.html
Consultada en enero de 2009.

Índice de fotografías:

Portada: Piezas de un rompecabezas. Imagen comprada por el autor en Istockphoto, www.istockphoto.com. La fotografía ilustra cómo una pieza bien colocada, complementa y articula al resto de las piezas. Fotografía adquirida en enero de 2006.

- 1.- El Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco, 1937. Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.
- 2.- El Sanatorio Hospital “Dr. Manuel Gea González”, en 1947. Imagen de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.
- 3.- La zona de hospitales en 1970. Arriba a la derecha aparece ya el estadio Azteca con su cubierta. Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.
- 4.- La Zona de Hospitales en el año 2000. Esta imagen fue tomada solamente 64 años después que la fotografía 1. ¿Cuántas ciudades en el mundo habrán cambiado tanto en el mismo lapso? Fotografía de la Compañía Mexicana Aerofoto, S.A. Copia comprada por el autor para la presente disertación, en octubre de 2004.
- 5.- Una estampa que, según las estadísticas, cada vez se repetirá más y más: dos adultos mayores acompañándose al hospital. Fotografía del autor, julio de 2005.
- 6.- En primer plano, el INCAN; al fondo, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Fotografía del autor, abril de 2005.

- 7.- En primer plano, el INER; en segundo plano el Instituto Nacional del Cardiología y, al fondo, el Instituto Nacional de Rehabilitación. Fotografía del autor, abril de 2005.
- 8.- En el corazón de la zona de hospitales, se estableció la colonia Belizario Domínguez, Sección 16. Fotografía del autor, abril de 2005.
- 9.- Acceso al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 10.- Acceso al INCAN. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 11.- Acceso al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 12.- El Instituto Nacional de Rehabilitación, del arquitecto mexicano Sergio Mejía Ontiveros. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 13.- El chicharronero enfrente del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 14.- Zona de Hospitales: Las rampas con sus “radios de giro”. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 15.- Zona de Hospitales: Entre los múltiples desafíos que encuentran los usuarios de la zona, se encuentran los “pasos peatonales”, infranqueables para una persona en silla de ruedas. Fotografía del autor, octubre de 2005.
- 16.- Al lado de ciertos hospitales surgen a menudo, hoteles. Vista desde el periférico sur hacia el norte de la ciudad. Fotografía del autor, noviembre de 2006.

Índice de ilustraciones:

Ilustración 1.- El Dr. Gustavo Baz Prada (de pie) en la declaratoria inaugural del Hospital Infantil de México, el 30 de abril de 1943. Imagen tomada del libro “Los Institutos Nacionales de Salud: Reseña Historiográfica de 60 años de logros”.

Ilustración 2.- Ciudad de México. Los servicios de salud pública (Secretaría de Salud), segundo y tercer niveles de atención médica, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 3.- La Zona de Hospitales. Plano Base, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 4.- La Zona de Hospitales. Vialidades, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 5.- La Zona de Hospitales. Transportes, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 6.- La Zona de Hospitales. Conflictos Viales, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 7.- La Zona de Hospitales. Sendas, Bordes, Barrios y Nodos, 2006, por Carlos Rosado.

Ilustración 8.- Transplante milagroso de pierna por los santos Cosme y Damián, c. 1500. Nótese el ambiente hospitalario. Tomada de: *Medicine, a treasure of art and literature*, editado por Ann G. Carmichael y Richard M. Ratzan, Beaux Arts Editions, 1991, China.

Ilustración 9. La Mujer enferma en el Hospital Bellevue, Nueva York, rodeada de ratas. Nótese nuevamente, el ambiente hospitalario. En algunos casos, hemos pasado del ambiente hospitalario angelical al ambiente grotesco. Tomada de: *Medicine, a treasure of art and literature*, editado por Ann G. Carmichael y Richard M. Ratzan, Beaux Arts Editions, 1991, China, p. 153.

Ilustración 10.- La Zona de Hospitales. *Action Healthing*, componente I, 2009, por Carlos Rosado con base en la imagen de Google Earth.

Ilustración 11.- La Zona de Hospitales. *Action Healthing*, componente I, 2009, por Carlos Rosado.

Ilustración 12.- La Zona de Hospitales. *Action Healthing*, componente I, 2009, por Carlos Rosado con base en la imagen de Google Earth.

Ilustración 13.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González, el INER y el INCAN, Plano Base 2, 2006 por Carlos Rosado.

Ilustración 14.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González, *Action Healthing*, Componente II, Planta Baja. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 15.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Primer Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 16.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Segundo Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 17.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Tercer Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 18.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Cuarto Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 19.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Quinto Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 20.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Sexto Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado para la Práctica Complementaria del autor.

Ilustración 21.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente II, Séptimo Nivel. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado por el autor para la Práctica Complementaria.

Ilustración 22. Al aplicar el *Action Healthing*, componente II, en las instalaciones del Hospital General “Doctor Manuel Gea González”, se identificaron los edificios a reubicar en una torre nueva (indicados en rojo). Además, se demuelen las bardas que separan al nosocomio del INER y del INCAN.

Ilustración 23. Se muestra un esquema de la torre de hospitalización nueva (en color verde) así como de los predios recuperados al interior de la institución (aparecen en color morado). Nótese también la ausencia de las bardas. El componente II del AH deberá ser aplicado también al INER y al INCAN, así como al resto de las entidades incluidas en la Zona de Hospitales.

Ilustración 24.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el INER y el INCAN, *Action Healthing*, componentes I y II.

Ilustración 25.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III. Tercer piso de la Torre de Hospitalización, servicio de Ginecoobstetricia. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado por el autor para la Práctica Complementaria.

Ilustración 26.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización, El vestíbulo. Por Carlos Rosado con base en el levantamiento arquitectónico elaborado por el autor para la Práctica Complementaria.

Ilustraciones 27.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización El vestíbulo, escena 1. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 28.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización El vestíbulo, escena 2. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 29.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización El vestíbulo, escena 3. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 30.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 3. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 31.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 4. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 32.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 5. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 33.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 6. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 34.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 6. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 35.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 7. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 36.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El quirófano, escena 5. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 37.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 8. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 38.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 9. Por Carlos Rosado.

Ilustraciones 39.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, *Action Healthing*, Componente III, Tercer piso de la Torre de Hospitalización
El vestíbulo, escena 9. Por Carlos Rosado.

Actualización y Comentarios Finales



Fotografía del autor: Abril de 2014

Durante el transcurso de los estudios de posgrado y del desarrollo del presente documento, me dediqué a investigar el origen y el desarrollo de la zona de hospitales de la delegación Tlalpan. Cuáles son sus límites, quiénes la conforman y cómo se relacionan entre sí; en qué año se establecieron en ella y las facilidades que ofrecen a los visitantes. Todo lo anterior, teniendo como telón de fondo a la ciudad de México.

Sin embargo, la investigación es un escenario dinámico y las entidades hospitalarias —como mencionó el doctor Gustavo Baz Prada en su *Programa de Hospitales* de 1947⁽¹⁾—, *organismos vivos*. A medida que el tiempo avanza, los contenidos se van ampliando y los datos se actualizan con información novedosa que enriquece de manera cuantitativa y cualitativa la disertación.

Con respecto a la meseta de “La ciudad de México, 2004 - 2050”, las actualizaciones son las siguientes

República Mexicana:

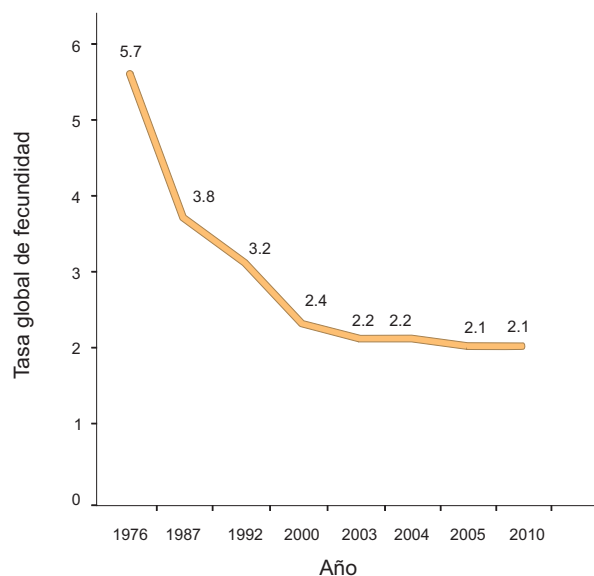
La tasa global de fecundidad (TGF) se mantiene en 2.1 hijos por mujer y sigue siendo uno de los principales factores del cambio demográfico en México. Las mujeres han aumentado su escolaridad, lo que se combina con una apertura a mayores oportunidades de desarrollo laboral; con ello se generaron condiciones de cambio en las expectativas de vida y en las decisiones asociadas a la reproducción, muy lejanas ya a las de 1976, año en el que la TGF estaba muy cercana a los 6 hijos por mujer.

Por su parte, la tasa bruta de mortalidad (TBM) representa la frecuencia con que ocurren las defunciones en nuestro país y, aunque se comporta de forma diferencial según la edad y el sexo, presenta un ligero aumento en los últimos años. Por género, la tasas son las siguientes:

Hombres: 5.5 muertes por cada mil habitantes

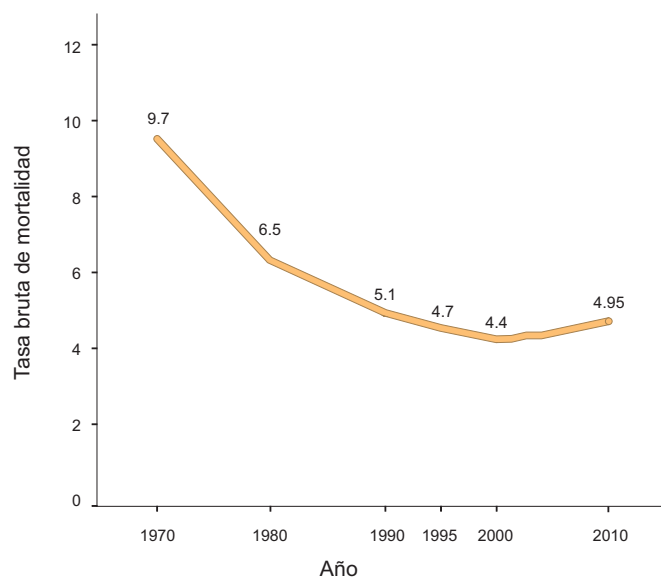
Mujeres: 4.4 muertes por cada mil habitantes

Gráfica 1
República Mexicana
Tasa de global de fecundidad
1976 - 2010^{(1) (2)}



Fuente: (1) INEGI, Hombres y Mujeres en Mexico 2006, Edición 2006
(2) INEGI, Mujeres y Hombres en Mexico 2010, Edición 2010.

Gráfica 2
República Mexicana
Tasa bruta de mortalidad
1970-2010⁽¹⁾

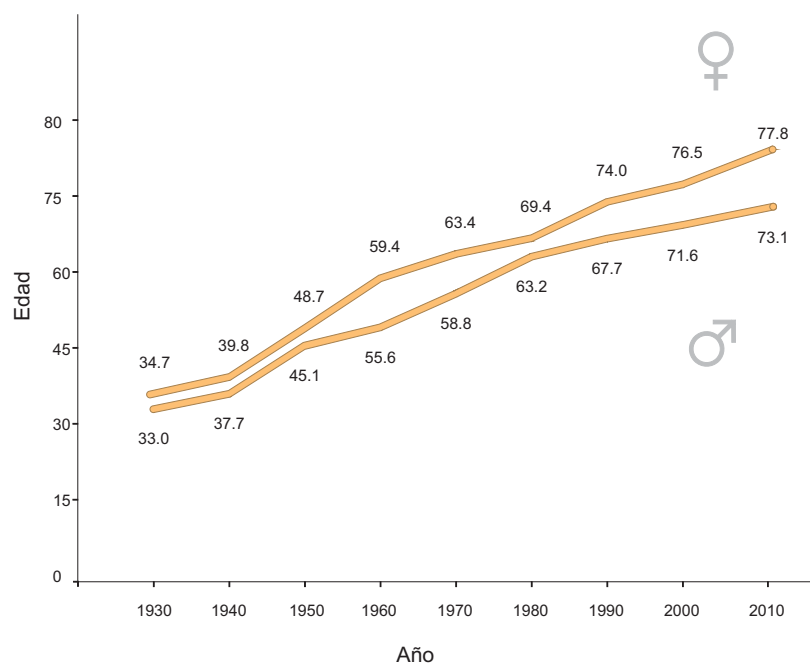


(1) INEGI, Mujeres y Hombres en Mexico 2010, Edición 2010.

Con respecto a la esperanza de vida al nacer —que se refiere al número de años que en promedio se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto al mismo patrón de mortalidad observado para la población en su conjunto en cierto periodo—, y apoyado en los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2010, la esperanza sigue en aumento y se espera que las mujeres lleguen a los 77.8 años, mientras que los hombres podrán vivir hasta los 73.1.

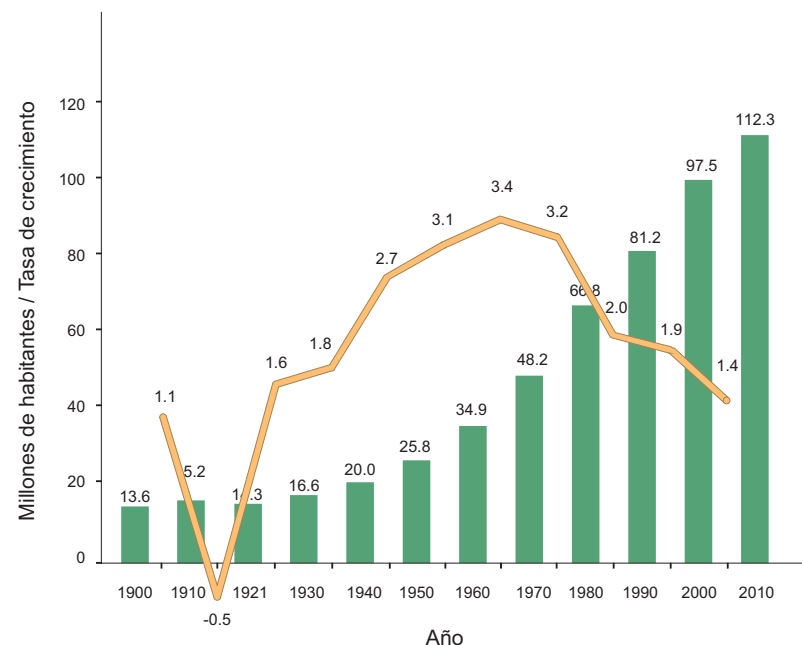
El aumento de los niveles de bienestar de la población, permitió una ganancia significativa en la expectativa de vida de la población: en el año de 1930 las mujeres alcanzaban, en promedio, los 34.7 años, mientras que los varones llegaban a los 33. Para el año 2000, las mujeres vivían ya hasta los 76.5 años y los hombres hasta los 71.6. En el año 2010, las mujeres ganaron 1.3 años más, llegando a los 77.8, mientras que los hombres ganaron 1.5 años, subiendo la expectativa hasta los 73.1 años de vida.

Gráfica 3
República Mexicana
Esperanza de vida por sexo
1930-2010 ⁽¹⁾



Fuente: (1) INEGI, Mujeres y Hombres en Mexico 2010, Edición 2010.

Gráfica 4
República Mexicana
Población total y tasa de crecimiento 1900 - 2010 ^{(1) (2)}



Fuente: (1) INEGI, XII Censo General del Población y Vivienda 2000, Perfil Sociodemográfico, Edición 2002.
(2) INEGI, Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, XIII Censo de Población y Vivienda 2010.

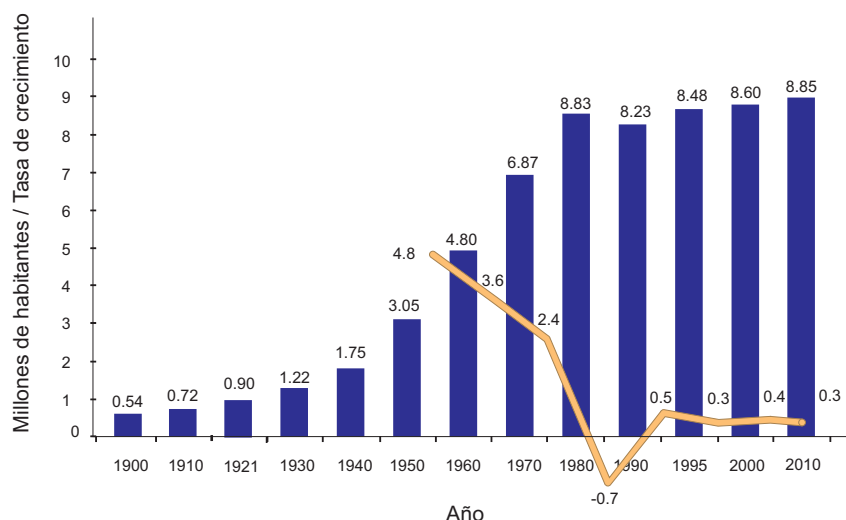
En junio de 2010, el Censo de Población y Vivienda contabilizó 112 336 538 residentes en el territorio mexicano, Como se aprecia en la gráfica 4, en los años setentas se inicia el descenso en la tasa de crecimiento debido a la disminución de la natalidad y a partir de 1990 ésta se combina con una mayor migración internacional, hasta alcanzar el 1.4% en el período 2000-2010. Del total de residentes, se contabilizaron 54 855 231 hombres (48.8%) y 57 481 307 mujeres (51.2%), lo que significa que hay 95 hombres por cada 100 mujeres, índice similar al registrado en el año 2000.

Ciudad de México:

En el año 2010, la ciudad de México contabilizó 8 851 080 habitantes⁽²⁾ y continuó con su proceso de transición demográfica.

Antes del año 2000, la gente joven siempre era mayor en número que las personas de edad avanzada: se decía, con razón, que éramos una ciudad joven. Sin embargo, del 2000 en adelante, la mayoría de la población es gente de edad avanzada. A partir del siglo XXI, las mujeres de edad mediana tendrán y seguirán teniendo muy pocos o apenas los hijos suficientes para remplazarla a ella y al padre en la próxima generación. Empezó ya, desde hace algunos años, la transición demográfica de la ciudad y, paulatinamente, nos convertiremos en una ciudad de adultos maduros, lo que quiere decir que la gráfica de la pirámide poblacional de la ciudad de México continuará invirtiéndose.

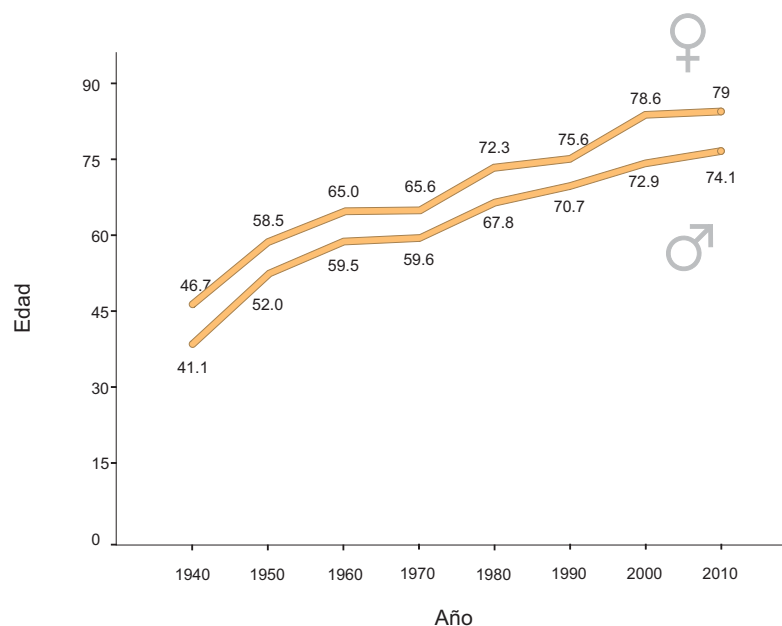
Gráfica 5
Ciudad de México
Población total y tasa de crecimiento, 1900 - 2010 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾



Fuente: (1) INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005, www.inegi.gob.mx (octubre de 2005)
 (2) SSA, Compendio Histórico, Estadísticas Vitales, Distrito Federal, 1893-1993
 (3) INEGI, Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, XIII Censo de Población y Vivienda 2010.

El signo más claro de que las condiciones de vida en la ciudad de México han mejorado es que la esperanza de vida, que en 1940 era de 43.9 años, ahora es de 79 años para las mujeres y 74.1 para los hombres;⁽³⁾ una ganancia de 33 años en números redondos. Lo anterior es el resultado de la reducción constante en la mortalidad desde los años treinta y que se ha reflejado en la estructura por edad de la población y en el ritmo de crecimiento de la ciudad. La esperanza de vida alta es, tal vez, el índice más significativo de la calidad de vida ya que indica un mejor desarrollo económico y social en la población. Así, por entidad federativa, Baja California Sur y la ciudad de México presentan la mayor esperanza de vida con 76 años (Chihuahua presenta la más baja con 72 años).⁽⁴⁾

Gráfica 6
Ciudad de México
Esperanza de vida por sexo 1940-2010 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾



Fuente: (1) SSA, Compendio Histórico, Estadísticas Vitales 1893-1993. Distrito Federal, México, 1993
 (2) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal, (1930-2002), México, 2004.
 (3) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2000-2030, México, 2002, www.conapo.gob.mx (noviembre de 2006).
 (4) INEGI. Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2011 a 2012.

Con respecto a la tasa global de fecundidad de la ciudad de México, en términos de política social destacan los programas de planificación familiar implementados a partir de la segunda mitad de los años setenta, los cuales propiciaron circunstancias favorables para que la población pudiera acceder a medios de control natal y le permitieran limitar o, en su caso, espaciar su descendencia, en concordancia con sus perspectivas. Así, en 2010, el Distrito Federal presentó la TGF más baja de la nación, con 1.7 hijos por mujer, mientras que los estados de Guerrero y Chiapas compartieron la más alta, con 2.3.⁽⁵⁾

Como se mencionó anteriormente, la tasa bruta de mortalidad (TBM) es la cantidad de muertes en un año, por cada 1 000 habitantes, estimada a mitad de año. En el periodo 2000 - 2010 la TBM de la ciudad de México fue de 6.12 muertes por cada mil habitantes.⁽⁶⁾

Finalmente, la inmigración ha sido un factor muy importante en el crecimiento poblacional. Los migrantes vinieron en masa hacia la capital del país en dos etapas históricas del siglo XX: durante la Revolución Mexicana (1910-1921) y en el periodo de la industrialización sustitutiva de importaciones (1930-1970).

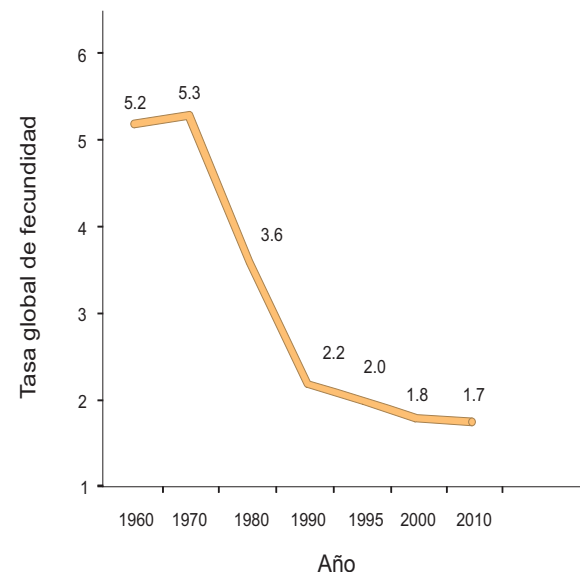
En 2010, la tasa de inmigración interestatal fue de 0.72% mientras que la de emigración interestatal fue de 1.74%, por lo que, con respecto a los saldos migratorios netos, en ese año se registraron más salidas que entradas de la población a la entidad.⁽⁷⁾

Entre 2005 y 2010, 737 742 personas que vivían en la ciudad de México ahora residen en otra entidad federativa, principalmente en los estados de México, Hidalgo y Puebla; por ello, el Distrito Federal, en este periodo, fue la entidad con más emigrantes: 22.4 % del país.⁽⁸⁾

En el año 2010, la población nativa de otro país residente en la ciudad de México representó menos del uno por ciento, lo que significa un descenso en relación a 1930 cuyo valor fue de 3.1 por ciento. En el ámbito delegacional, Miguel Hidalgo sigue teniendo el mayor porcentaje de población residente extranjera.

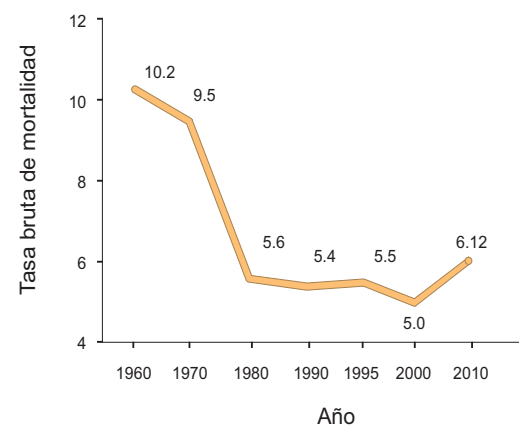
Fuente: (1) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002), México, Edición 2004.
 (2) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2002-2030, México, Edición 2002.
 (3) CONAPO, México en Cifras, Proyecciones de la Población 2010-2050, Proyecciones de la Población de las Entidades Federativas 2010-2030.

Gráfica 7
 Ciudad de México, tasa de global de fecundidad
 1960 - 2010⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾



Fuente: (1) INEGI, Indicadores Sociodemográficos del Distrito Federal (1930-2002), México, Edición 2004.
 (2) CONAPO, Proyecciones de la Población en México, 2002-2030, México, Edición 2002.
 (3) INEGI, Mujeres y Hombres en Mexico 2010, Edición 2010.

Gráfica 8
 Ciudad de México, tasa bruta de mortalidad
 1960-2010⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾



La transición epidemiológica

Como se mencionó en el punto anterior, México ha sufrido cambios importantes en la transición demográfica durante los últimos 80 años; éstos repercuten también en la salud de sus más de 100 millones de habitantes. Sin embargo, hoy en día nuestra transición epidemiológica permanece incompleta (¿estancada?), ya que en nuestro país algunas personas todavía se mueren a causa de las llamadas *enfermedades de la pobreza* (infecciones, parasitosis, neumonías, sarampión, etc.), es decir, que fallecemos a causa de enfermedades cuyo origen se reconoce, principalmente, en los problemas alimenticios mientras que, por otro lado, también tenemos una alta mortalidad provocada por enfermedades *crónico degenerativas* que están asociadas al alargamiento de la expectativa de vida, al sedentarismo y a los hábitos de consumo; ejemplo de ellas son las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes y los tumores malignos.

En la meseta *La Ciudad de México, 2004 - 2050*, p. 29 y siguientes, se estableció que el futuro de un país depende, entre otros factores (como los sociales y económicos), de las decisiones que su gobierno tome con respecto a las transiciones demográfica y epidemiológica. Está claro que la ciudad de México vive ya un proceso de envejecimiento (cfr. con la gráfica 8 de la meseta “El escenario ingente”, p. 27); según las proyecciones estimadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2031, la población de adultos maduros (económicamente inactivos), habrá crecido con respecto a la que vive hoy —incrementando la parte superior de la pirámide de población— y, por lo tanto, las cargas fiscal y social serán también más grandes para las personas en edad productiva. Aunado a esto, ese grupo de adultos maduros estará demandando también, una mayor cantidad de atención médica especializada, evidentemente, en enfermedades de la tercera edad.

Tabla 1
República Mexicana
Principales Causas de Mortalidad General
2012⁽¹⁾

1. Enfermedades del corazón^a
2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos
4. Accidentes
5. Enfermedades del hígado
6. Enfermedades cerebrovasculares
7. Agresiones
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9. Influenza y neumonía
10. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal^b
11. Insuficiencia renal
12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
14. Lesiones autoinfligidas intencionalmente
15. Bronquitis crónica y la no especificada

- a. Se excluye paro cardíaco.
b. Incluye tétanos neonatal.

Fuente: (1) INEGI, Estadísticas de mortalidad
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
(abril de 2014)

Tabla 2
Ciudad de México
Principales Causas de Mortalidad General
2012⁽¹⁾

1. Enfermedades del corazón^a
2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos
4. Enfermedades cerebrovasculares
5. Enfermedades del hígado
6. Influenza y neumonía
7. Accidentes
8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9. Agresiones
10. Insuficiencia renal
11. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal^b
12. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma
14. Septicemia
15. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana

- a. Se excluye paro cardíaco.
b. Incluye tétanos neonatal.

Fuente: (1) INEGI, Estadísticas de mortalidad por entidad federativa: Distrito Federal.
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
(abril de 2014)

Con respecto a la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los datos que proporcionó en el año 2012 el Centro Nacional para la revención y control del VIH y el SIDA (CENSIDA), mostraron que de 2008 a 2011 hubo un incremento sostenido en las detecciones anuales de casos que se mantuvieron como seropositivos al VIH y un decremento de los diagnósticos de casos SIDA, lo que quiere decir que se notificaron cada vez más casos en estadios tempranos (seropositivos al VIH) que en etapas de progresión tardía de la enfermedad (etapa SIDA).

La Entidad Federativa que concentró, conforme a residencia, la mayor parte de los casos notificados históricamente de SIDA en cuanto a número fue la ciudad de México con 24,934 casos (15.6% del total), seguido por el Estado de México con 17,245 (10.8% del total), Veracruz 14,653 (9.2% del total), Jalisco 12,234 (7.7% del total) y Puebla 7,166 (4.5% del total).⁹

En referencia a los casos notificados que continúan como seropositivos, Distrito Federal con 9,498 casos (22.1% del total), Veracruz con 5,652 casos (13.2% del total), el Estado de México con 2,458 casos (5.7% del total) y Chihuahua con 2,043 (4.8% del total) representan los estados en donde reside la mayor proporción de estos casos notificados históricamente.¹⁰

Las acciones realizadas de 2006 a 2012 por la Secretaría de Salud y por las demás instituciones del sector público de salud, han dado muestra de resultados satisfactorios, que indican que la respuesta del país al VIH ha tomado un rumbo adecuado a fin de impactar positivamente en la salud de las personas que viven con VIH; actualmente, la mayoría de los pacientes ya no requieren de toda una estructura hospitalaria. Con base en lo anterior, la Secretaría de Salud planeó y desarrolló un nuevo modelo de infraestructura en salud, de tipo ambulatoria, es decir no hospitalaria: el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). De los 49 que se inauguraron en 2006¹¹, diez están en la ciudad de México y de ellos, 4 están en la Zona de Hospitales (ZDH), a saber: se localizan en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”; en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) y, por supuesto, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.¹² Lo anterior apoya la hipótesis respecto a la importancia de consolidar el trabajo interinstitucional, —coordinado y constante—, entre los diferentes actores de la ZDH, lo cual quiere decir, entre otras cosas, el libre y adecuado tránsito para pacientes, familiares y personal médico administrativo del conjunto hospitalario.

Ahora bien, sobre el problema de las adicciones que, como se mencionó en la meseta *La Ciudad de México, 2004 - 2050*, p. 30, es importante por sus implicaciones sociales, se establece —con base en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte de Drogas¹³—, que la tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años (de 2008 a 2011), y no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el año 2011. Este fenómeno de aumento y decremento en el consumo de drogas también se observa a nivel mundial. En México, la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana y uno de cada cinco usuarios de cocaína la consumen en forma de piedra o crack¹⁴.

Finalmente, las mediciones de 2006 y 2009 realizadas en la ciudad de México permitieron analizar la evolución del consumo de drogas. Así, el consumo de cualquier droga alguna vez aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se

Tabla 3
República Mexicana
Tendencias del Consumo de Drogas
2011⁽¹⁾

	2002%	2008%	2011%
1. Marihuana	0.6	1.0	1.2
2. Cocaína	0.3	0.4	0.5
3. Crack	***	0.1	0.1
4. Alucinógenos	***	0.1	0.1
5. Inhalables	0.1	0.1	0.1
6. Estimulantes tipo anfetamínico	***	0.1	0.2
7. Cualquier droga ilegal	0.8	1.4	1.5
8. Cualquier droga	1.3	1.6	1.8

***El porcentaje obtenido es menor a 0.1

Fuente: (1) http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf (abril de 2014)

observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Por sexo, las drogas de preferencia de hombres en 2006 y 2009 fueron la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas de preferencia en 2006 fueron en primer lugar la marihuana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y en 2009 el orden de preferencia se invirtió, apareciendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la marihuana (8.8%). En cuanto al consumo de alcohol alguna vez, en 2006 la prevalencia fue de 68.8% (hombres 68.2% y mujeres 69.4%); para 2009 esta cifra incrementó a 71.4%, siendo el mismo porcentaje para ambos sexos.

Para el 2012, de acuerdo con los resultados de la encuesta nacional, el consumo de marihuana volvió a subir 12 puntos, lo que representa un incremento del 48% con respecto a los datos de 2009.

Por el contrario, existen también buenas noticias, como la disminución por primera vez desde hace 24 años, del abuso de alcohol entre estudiantes de secundaria y preparatoria, además de que por noveno año consecutivo, tercera encuesta sucesiva, bajó el consumo de tabaco en ese sector.

Además, disminuyó el consumo de inhalantes a pesar de que se esperaba que rebasaran en su consumo a la marihuana, lo que no ocurrió,

Con respecto a la infraestructura física, la delegación Álvaro Obregón tiene el único centro residencial de atención de las adicciones de carácter público que es Torres del Potrero¹⁵ (manejado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal) lo que nos traduce que por parte del gobierno ha habido un importante descuido en término de la atención de las personas con adicción, porque si hay dos millones que abusan del alcohol¹⁶, dos millones que fuman tabaco¹⁷ y medio millón que consume drogas¹⁸ y tenemos un centro con 40 camas para todo el Distrito Federal, evidentemente no alcanza.

También en este rubro, se demuestra la importancia de contar con una Zona de Hospitales consolidada y con una forma de trabajo integral ya que, en apoyo a las personas con problemas de drogadicción, la ZDH, a través de su Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, podría contar con un centro especializado para la desintoxicación y, una vez hecho esto, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” podría internarlos para su rehabilitación. Derivado de las proporciones del problema de las adicciones en la ciudad de México, este esfuerzo tendría que estar coordinado, además, con la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Centros de Integración Juvenil que ofrecen sus servicios en esta ciudad.

La Condición de derechohabencia de la ciudad de México

La atención a la salud es uno de los componentes básicos del bienestar de la población. En la ciudad de México se han implementado —desarticuladamente— acciones encaminadas a otorgar servicios de salud para sus habitantes, independientemente de que éstos mantengan una relación laboral con alguna institución pública o una empresa privada.

Gracias a los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2010, es posible identificar, hasta por delegación política, a los derechohabientes con servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, así como los que no tienen ese derecho. Entre el conteo del 2005 y el censo de 2010, el porcentaje de población que declaró ser derechohabiente a servicios de salud aumentó de 54% a 64% (5.6 millones de personas).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contó con el mayor porcentaje de derechohabientes (54%) seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (19%) y, con un aumento digno de tomarse en cuenta, en tercer lugar aparece el Seguro Popular que pasó —en sólo cinco años—, del 4 al 17% (938 554 de derechohabientes).

Así, el Distrito Federal se ubica en la posición 23 (65% de la población con derechohabencia) respecto a las demás entidades federativas, acentuando la diferencia que hay entre los estados de la república: el porcentaje más alto lo obtuvo el estado de Colima, con 81.3% de población con acceso a servicios de salud, mientras que el más bajo fue el de Puebla con sólo 49.5%.

Otro dato importante en la ciudad de México, es el porcentaje de población que sufre de algún tipo de discapacidad. Para el año 2010, el 5.5% de los habitantes de la ciudad, indicó tener alguna dificultad física o mental para realizar actividades de la vida cotidiana. Esto quiere decir que al rededor de 486 809 habitantes pertenecen a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, situación que deberá verse reflejada en el diseño urbano arquitectónico de la ZDH.

Estos datos nos muestran claramente la importancia de la zona de hospitales. Si bien la población sin derechohabencia de la delegación Tlalpan bajó a 263 754 personas (Cfr. con la tabla 8, p. 34 de la meseta *La Ciudad de México 2004 - 2050*), seguramente se incrementó el número de personas afiliadas al Seguro Popular, lo que genera una gran demanda de servicios en la ZDH, especialmente para el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Tabla 4
Ciudad de México
Condición de derechohabencia
2010⁽¹⁾

Población Total	No Derechohabiente	Derechohabiente						
		Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX SEDENA MARINA	Seguro Popular	Institución privada	Otra institución
8 851 080	2 971 065	5 644 901	3 036 963	1 084 346	168 170	938 554	N/D	416 868
Hombres 4 617 297	1 544 954	2 935 349	1 579 221	563 860	87 448	488 048	N/D	216 771
Mujeres 4 233 783	1 426 111	2 709 552	1 457 742	520 486	80 722	450 506	N/D	200 097

Tabla 5
Ciudad de México
Población sin Derechohabencia por
Delegación Política
2010⁽²⁾

Delegación Política	Población Total	No Derechohabientes
Álvaro Obregón	727 034	218 334
Azcapotzalco	414 711	103 119
Benito Juárez	385 439	94 404
Coyoacán	620 416	184 184
Cuajimalpa de Morelos	186 391	57 829
Cuauhtémoc	531 831	170 897
Gustavo A. Madero	1 185 772	364 663
Iztacalco	384 326	124 514
Iztapalapa	1 815 786	695 478
La Magdalena Contreras	239 086	79 162
Miguel Hidalgo	372 889	88 809
Milpa Alta	130 582	60 399
Tláhuac	360 265	145 186
Tlalpan	650 567	263 754
Venustiano Carranza	430 978	141 210
Xochimilco	415 007	179 132
Total	8 851 080	2 971 065

(1) y (2) Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, principales resultados por localidad (ITER)
http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx (Consultada en abril de 2014)
N/D: No disponible.

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

En el documento denominado “Presentación del Libro Blanco Construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General *Dr. Manuel Gea González* 2008 - 2012”, presentado por su Director General con fecha de noviembre de 2012 se leen los siguientes párrafos:

“La historia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” es un ejemplo de supervivencia. Con limitaciones económicas, una infraestructura instalada deficiente y muy pobre margen de programación estratégica, se ha logrado reconocimiento internacional, dando lugar a un hospital de grandes contrastes en la asistencia, docencia e investigación.

El objetivo principal del programa de trabajo de la Dirección General del Hospital para el periodo 2007 - 2012, radica en posicionar a nuestra institución como líder de modelos de atención de alta especialidad. Para lograr esta visión del hospital, es imprescindible la construcción de una Torre con instalaciones y tecnología de punta para diversas especialidades y otras áreas de apoyo que incluyan microneurofisiología, genética y biología molecular, ingeniería tisular, así como para la calidad en enseñanza e investigación, a la altura de nuestros institutos hermanos.

Con la construcción de la Torre de especialidades, se ubicará dentro de nuestras instalaciones un centro de atención de tercer nivel, separado del resto de las instalaciones del hospital general, el cual seguirá brindando atención médica (sic) de segundo nivel, lo que dará lugar a la creación del Centro Médico “Dr. Manuel Gea González”¹⁹.

Más adelante, el documento explica:

“Objetivo del Programa:

Rehabilitar el funcionamiento lógico - operativo del sistema de operación médica, construyendo en (sic) edificio para sustituir paulatinamente todas aquellas construcciones de tipo provisional y todas aquellas que por su carácter técnico constructivo esté fuera de la normatividad para los servicios de atención médica que no respondan a un plan que integre el conjunto hospitalario que se pretende crear.”²⁰

Descripción de la Torre de Especialidades

La torre se desplantó sobre una superficie de 3 814.96 m² y el área construida fue de 43 540.97 m²; para darnos una idea del tamaño del edificio, baste decir que los metros cuadrados de construcción del todo el conjunto hospitalario hasta el año 2004, eran de 15,732.32 m². (Cfr. con la



Ilustración tomada de Google Earth en abril de 2014.

Ilustración 1

lámina 5, *Infraestructura física* que aparece en la meseta *El Hospital General “Dr. Manuel Gea González 1947 - 2006”*, p. 83).

Las principales características técnicas son: 4 niveles bajo el nivel de banqueta (para albergar 399 cajones de estacionamiento) y 7 sobre es mismo nivel mas un helipuerto. Sus principales servicios son: una cisterna; una planta de tratamiento; calderas; subestación eléctrica; comedor de empleados; imagenología; clínica de obesidad, ortodoncia, cirugía de corta estancia; cirugía reconstructiva; dermatología; oftalmología; cirugía endoscópica; fototerapia; dermopatología; otorrinolaringología; foniatría; hospitalización, cirugía y terapias.

La síntesis ejecutiva del proyecto y la obra es:

2008:

Contratación y elaboración del proyecto ejecutivo para la construcción de la Torre de Especialidades.

Obtención del registro en cartera del proyecto de inversión “Construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

Ejecución de las obras complementarias para la construcción de

la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

2009:

Actualización del registro en cartera del proyecto de inversión “Construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

Ejecución de la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010: cimentación, estructura, acabados hasta el nivel de banquetta y entrepisos.

Ejecución de las obras complementarias para la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

2010:

Ejecución de la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2012: cimentación, estructura, acabados hasta el nivel de banquetta y entrepisos.

Ejecución de las obras complementarias para la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

2011:

Ejecución de la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2012: albañilerías, instalaciones, instalaciones especiales, mobiliario médico y acabados.

Ejecución de las obras complementarias para la construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2010.

2012:

Ejecución de la construcción de la Torre de Especialidades del

Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 2008 - 2012: albañilerías, instalaciones, instalaciones especiales, mobiliario médico y acabados.²¹

Al final del Libro Blanco, la entidad aclara que “...es importante destacar... (que) las asignaciones presupuestales realizadas a este Hospital no han sido congruentes con el calendario autorizado por la SHCP, situación que ha puesto en riesgo el proyecto”.²²

A la fecha (abril de 2014), la página electrónica del *Gea González* sólo tiene información relativa a la Torre de Especialidades hasta el año 2012. En una visita realizada recientemente, se constató que solamente están funcionando los niveles de estacionamiento, así como la cocina y el comedor para empleados. Los siete niveles de hospitalización no se ha inaugurado.

En la ilustración 2, p. 252, se muestra, actualizado a abril de 2014, el crecimiento del conjunto hospitalario. Nunca, en toda la historia del hospital, se había construido lo que se construyó en los últimos 4 años. Como se mencionó en la página anterior, se le añadieron 43 540.97 m² a los 15 732.32 m² que en 61 años se habían construido. Cada vez queda menos espacio libre; a excepción de la plaza de acceso, casi la totalidad de las áreas libres han sido utilizadas, incluyendo el jardín que colindaba con el Instituto Nacional de Cancerología, sobre el que se construyeron las obras de apoyo a la Torre de Especialidades. Con un poco de suerte, el día en que se inaugure la torre, regresarán las áreas verdes al hospital.

En esta ilustración también se aprecia cómo el hospital construyó un edificio de cuatro niveles pegado a la colindancia con el INER, y otros tantos en el ahora exjardín, que colinda con el INCAN. Así, las posibilidades de comunicar a estas entidades unas con otras, cada vez se ve más difícil.

En la ilustración 3, p. 253, se presenta el conjunto hospitalario, también actualizado a abril de 2014, en la cual se observa la nueva distribución de los espacios hospitalarios.

En la fotografía 1, p. 254, se aprecia la Torre de Hospitalización, ya sin los emblemas que se colocaron en la parte superior durante los años 2006 - 2012. Si se observa con detalle, también se nota el lugar que ocupaba la *Cruz de Lorena*, que formaba parte de la fachada original. La marquesina del acceso principal aún dice “Hospital General Dr. Manuel Gea González”.

Ilustración 2
Crecimiento del Conjunto Hospitalario
1947 - 2014⁽¹⁾

Sanatorio Hospital
"Dr. Manuel Gea González"

Instituto Nacional
de Neumología
"Dr. Manuel Gea González"

Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"

¿Centro Médico?
"Dr. Manuel Gea González"

1947

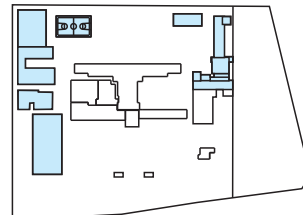
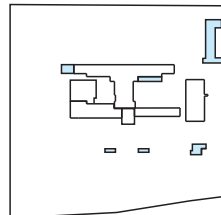
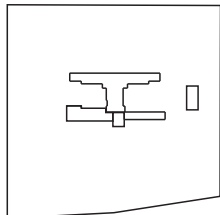
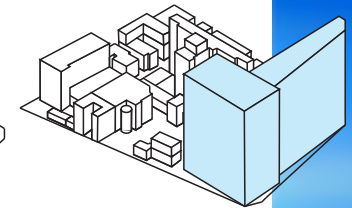
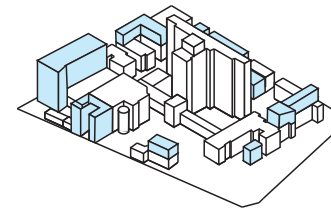
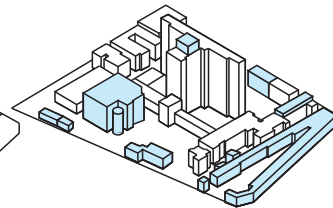
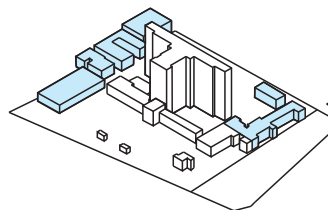
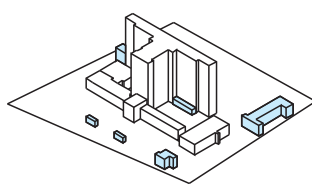
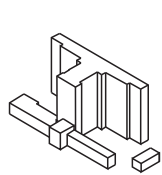
1952

1972

2006

2008

2014



Calzada de Tlalpan

Calzada de Tlalpan

Calzada de Tlalpan

Calzada de Tlalpan

Calzada de Tlalpan

Calzada de Tlalpan

Foto 1



Fachada Oriente del Sanatorio Hospital
"Dr. Manuel Gea González", 1947

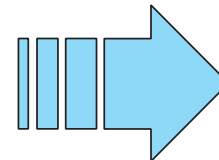
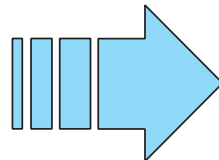


Foto 2



Foto del autor, tomada en abril de 2014

Torre de Especialidades "Dr. Manuel Gea González", 2014

(1) Ilustración del autor, elaborada en abril de 2014

Ilustración 3
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Infraestructura física
2014⁽¹⁾

Superficie del Terreno: 2.36 hectáreas
Superficie construida: 59 273.29 m².



Simbología

- 1 Plaza de Acceso
- 2 Dirección General (2° nivel)
- 3 Torre de Hospitalización
- 4 Rayos X / Terapia Intensiva
- 5 Urgencias / Laboratorio
- 6 Rehabilitación / Laboratorio
- 7 Consulta Externa
- 8 Dirección Médica
- 9 Casa de Máquinas
- 10 Dirección de Enseñanza / Contraloría Interna
- 11 Informática
- 12 Dirección de Administración / Mantenimiento
- 13 Baños - Vestidores
- 14 Almacén / Costura
- 15 Recursos Materiales
- 16 Archivo Institucional / Citología / Genética
- 17 Anatomía Patológica / Biblioteca / Cómputo
- 18 Guardería
- 19 Almacén de R.P.B.I. y Residuos Químicos
- 20 Sala de Espera
- 21 Obras provisionales: Foniatría / Planificación Familiar / Micología / Tesorería
- 22 Aulas
- 23 Estacionamiento / Cocina / Comedor / Torre de Especialidades
- 24 Banco



(1) Ilustración del autor, elaborada en abril de 2014

Fotografía del autor. Abril de 2014



Foto 3

Fotografía del autor. Abril de 2014



Foto 4

En la foto 2 de aparece la flamante Torre de Especialidades, vista desde la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando.

En la fotografía 3 se muestra la colindancia de la nueva torre y la avenida San Fernando. Confróntese con la foto 21 de la meseta *El Hospital General "Dr. Manuel Gea González"* 1947 - 2006, p. 85. El cambio es impresionante. Sin embargo, habrá que mantener *la guardia en alto*, para que el comercio ambulante no regrese.



Fotografía del autor. Abril de 2014

Foto 5

Comentarios finales

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Después de haber realizado una batalla *mente a mente* con el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (HGDMGG), su historia, su infraestructura y su importancia con respecto a la Zona de Hospitales, mi postura es la siguiente:

A partir de 1997 y hasta la fecha (abril de 2014, idiecisiete años ininterrumpidos!) el hospital ha tenido obras públicas. Éste, ha sido objeto de reestructuraciones, remodelaciones, ampliaciones y demoliciones; también se han construido obras colaterales (¿provisionales?) así como edificios nuevos. En ese lapso, han pasado cuatro directores generales, cada uno con su propia visión - misión del nosocomio. Ha contado, por lo menos, con dos *Planes Maestros*, uno de 1999 a 2004 y otro de 2008 a 2012. En ellos, el concepto de la “nueva torre” es diferente ya que en el primero se establecía una torre de hospitalización que sustituiría a la original, quedando esta última como apoyo a la consulta externa y a las funciones administrativas mientras que, el segundo, que fue el que se construyó, estableció que la torre sería... “un centro de atención de **tercer nivel, separado** del resto de las instalaciones del hospital general, el cual seguirá brindando atención medica (sic) de segundo nivel (en la torre original), lo que dará lugar a la creación del **Centro Médico Dr. Manuel Gea González...** a la altura de nuestros institutos hermanos”.²³

Apareció, una vez más, la visión solipsista, la que no leyó al hospital ni en su interior ni al exterior. ¿Necesitaba el HGDMGG construir un edificio dedicado al tercer nivel de atención médica, cuyas actividades y objetivos son diferentes a los del segundo nivel?²⁴ ¿Necesitaba el HGDMGG un edificio *separado* del resto de las instalaciones, contraviniendo así con las características 1 y 2 del concepto filosófico **Rizoma** las cuales dicen que “... cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro, y debe serlo.”²⁵

En ambos casos —a juicio del que suscribe esta disertación—, la respuesta es *no*. He aquí los razonamientos:

El HGDMGG es el único hospital general de la zona de hospitales. De hecho, como se aprecia en la ilustración 2, *Ciudad de México. Los servicios de salud pública (Secretaría de Salud) segundo y tercer niveles de atención médica 2006 (p. 186)* de la meseta *La Zona de Hospitales 1937 - 2018*, es el único hospital general de la Secretaría de Salud (Federal) al sur de la ciudad

de México, de modo que el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” tendría que convertirse en el *corazón* (nunca mejor dicho) de la Zona de Hospitales. Rodeado por seis Institutos Nacionales y dos Hospitales Psiquiátricos, los servicios de atención médica de segundo nivel deberían ser un apoyo, no un *solista* más, para una *orquesta* que, de por sí, ya contaba con 8 *solistas*. Evidentemente, para lograr lo anterior hace falta una visión de conjunto, una visión que, eventualmente, deberían tener las autoridades de la Secretaría de Salud. Si el HGDMGG aspira a tener una Torre de Especialidades perteneciente al tercer nivel de atención médica, cuyos servicios estén dentro de la normatividad, ¿qué pasará con los servicios de la torre original, que no cumplen con dicha normatividad, como por ejemplo, los ocho quirófanos centrales del séptimo piso? (Cfr. con el levantamiento arquitectónico del nosocomio que aparece al final de la meseta El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” 1947 - 2006, p. 90 y ss., en especial con el plano 8, en donde se muestra el séptimo piso de la torre original, p. 97).

Por el contrario, afirmo que el HGDMGG debe consolidarse como una institución de segundo nivel de atención médica, tal y como se estableció en la meseta *La Zona de Hospitales 1937 - 2018*, al aplicar el concepto - herramienta bautizado como *Action Healthing (AH)*, componente II (p. 208), en donde se explicó el diseño de los edificios —siempre con una visión de conjunto— para convertir, en este caso, al hospital en una *máquina de curar*. Claro, ahora hay que aclarar que se trataba de una *máquina* del segundo nivel de atención médica. Más aún, y aquí también difiero con lo sucedido en la obra pública del *Gea González*, el hospital debió ser abierto a la Zona de Hospitales. No sólo no debe estar *separado* de él mismo, sino que sus componentes deben estar totalmente conectados entre sí y, al mismo tiempo, abiertos a la Zona de Hospitales (componente I del *AH*). Las colindancias entre el hospital y sus vecinos cercanos, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Cancerología, no deben tener construcciones. Deben proteger y fortalecer la relación médico - paciente así como la referencia y contrarreferencia de los estos últimos. Al saturar de construcciones sus colindancias, el *Gea González* niega la posibilidad de un intercambio ágil y rápido con sus *instituciones hermanas*.

La Zona de Hospitales

Pero no sólo el Hospital Gea aumentó su infraestructura física. Lo hicieron también el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, entidad que estrenó un flamante edificio de siete niveles (que ahora hace ver pequeña a la torre del Instituto Nacional de Cardiología); el Instituto Nacional de Rehabilitación que hizo lo propio, al construir un edificio en la colindancia con el periférico sur; el Instituto Nacional de Enfermedades

Respiratorias (INER) que inauguró más edificios que ninguna otra institución de la zona, tal vez por las áreas verdes con las que contaba; y, en mucha menor escala, el INCAN. Así, la frontera con el Hospital Gea González está prácticamente saturada, como se observa en la ilustración 4, de la siguiente página. Esto hace evidente la falta de una estrategia de crecimiento interinstitucional que solamente puede salir de la Secretaría de Salud, como la cabeza de sector que es. Mientras lo anterior no se dé, las instalaciones se seguirán triplicando por toda la zona hospitalaria: tres auditorios, tres laboratorios, tres áreas de rayos X, etc., y lo más importante, los pacientes que tengan que ir de una entidad a otra, seguirán haciendo recorridos innecesarios.

Algunas banquetas se han reparado y el comercio ambulante ha disminuido mucho, especialmente en la Calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando. Sin embargo, habrá que perseverar en este esfuerzo por mantener las calles limpias pues, como se sabe, los vendedores ambulantes aprovechan cualquier intersticio para reubicarse. El periférico sigue siendo una barrera infranqueable para las personas discapacitadas, en especial las que usan silla de ruedas debido a que ninguno de los puentes peatonales cuenta con elevador.

Con respecto a las vialidades, insisto en que éstas deben ser deprimidas, es decir, que deben pasar por debajo del nivel de banqueta, lo que permitiría que los peatones tengan el papel protagónico de la Zona coexistiendo, de una manera organizada, con los carriles confinados para bicicletas. Las ambulancias y los autos particulares tendrán acceso a los hospitales también por debajo del nivel de banqueta.

La parte más complicada de la propuesta de intervención es, indiscutiblemente, la zona habitacional que creció en medio de los institutos. Sin embargo, en beneficio de las miles de personas que acuden a las diferentes instituciones de salud pública de la zona de hospitales, los predios tienen que expropiarse con el fin de consolidar una verdadera *Ciudad Salud*, para utilizar el nombre con el que la bautizó el Gobierno del Distrito Federal. Estos predios, ubicados en las ilustraciones 10 y 11 de la meseta *La Zona de Hospitales 1937 - 2018* (pp. 205 y 206) consolidarían el proyecto al permitir, en primer lugar, la construcción de un estacionamiento subterráneo que mucha falta le hace al conjunto; en segundo lugar, en esa área se podría construir un edificio con los servicios de apoyo para todas las instituciones del área de estudio y tendría una gran explanada - vestíbulo la cual se convertiría en la gran puerta de acceso a la Zona de Hospitales (ZDH). Para utilizar una frase recurrida por nuestros políticos, esta acción es *dolorosa*

(para los vecinos), *pero necesaria* (para los usuarios de la ZDH).

EL *Action Healthing* (AH)

La invención de un *concepto herramienta filosófico urbano arquitectónico* es la aportación más importante de esta disertación. A través de él, de sus tres componentes, sostuve una batalla *mente a mente* con la zona de hospitales: al conocer su historia y cómo ésta, con el correr de los años, ha influido en los objetivos de las entidades; al estudiar a dos de sus diseñadores y su pensamiento, a saber, Villagrán García por el INER, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y el Instituto Nacional de Cardiología y Mejía Ontiveros por el Instituto Nacional de Rehabilitación que engloba a tres entidades: Ortopedia, Comunicación Humana y Rehabilitación. Al caminar toda el área de estudio, en diferentes días y en diferentes horarios; al subir y bajar los puentes peatonales; al caminar desde Rehabilitación hasta el Gea González; al llegar en transporte público al área de estudio. Todo lo anterior me permitió aprehender el objeto de estudio.

Asimismo, el AH obliga al investigador a inventar un personaje conceptual y quien, una vez bautizado (en este caso fue *La Torre*), ha de ser escuchado. Pero también te revela al *antiamigo* quien, como ya se explicó, no es el enemigo y sin embargo puede —en verdad—, afectar la evolución histórica de un hospital. Del intercambio de sus razonamientos saldrán las estrategias de crecimiento.

El AH también requiere de la cartografía que empieza con el *Plano Base*, a partir del cual se trazan las demás cartografías; se ubican sendas, nodos, bordes, problemas viales y, especialmente, los hitos para llegar, así, a la propuesta de intervención. La elaboración de estos documentos permite tener una visión holística del proyecto.

El siguiente paso es convencer a los diseñadores —urbanos y arquitectónicos— que el *concepto herramienta* funciona. Al mismo tiempo habrá que exponerlo a las autoridades de la Secretaría de Salud, a través de entrevistas, publicaciones físicas o digitales, o cualquier otro medio que me permita darlo a conocer y enfatizar que se puede utilizar para dar alternativas de solución, por ejemplo, al Hospital General de México, institución que, con casi 115 años de servicio, estará urgida de una estrategia de crecimiento de vanguardia.

Sin embargo, este *concepto herramienta* o cualquier otro, se perderá si no viene acompañado de un cambio de mentalidad de todas las personas involucradas en la obra pública de este país. Me refiero a la **corrupción**. ¿O será sólo la *falta de planeación*? Me explico.

La envolvente de la Zona de Hospitales tendría que haber expandido ya sus límites hasta las nuevas instalaciones del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), *inauguradas* el 22 de noviembre de 2012, nueve días antes de concluir la administración federal 2006 - 2012. Sin embargo, el periódico *Reforma*, en su edición del día siguiente, publicó una nota titulada “Inaugura Cascarón”; en ella se afirma que “...inconcluso y con un sobre costo de 200 millones de pesos, el Instituto Nacional de Medicina Genómica fue inaugurado ayer...”. En una segunda nota, titulada “Tarda Instituto y sale más caro”, publicada ese mismo día, también en el *Reforma*, se lee: “En marzo de este año... (el) subsecretario de Administración y Finanzas de la *Ssa*, reconoció que el *Inmegem* tuvo problemas de retraso por **falta de presupuesto y malos manejos**, por los que se sancionó a funcionarios públicos.” En una nota anterior, publicada el 8 de julio de 2012, el mismo diario ya había comentado: “En la Secretaría de Salud (*Ssa*), la mala planeación y el retraso en la construcción de obras son una grave enfermedad para la que no tienen recetas ni medicinas... Un caso más es el edificio del Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegem), que, si bien comenzó a construirse en 2005... aún no se concluye”.

¿Falta de presupuesto? En teoría, un contrato de obra pública sólo puede ser firmado cuando cuenta con la suficiencia presupuestal de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ¿Malos manejos? Eso es mucho más creíble.

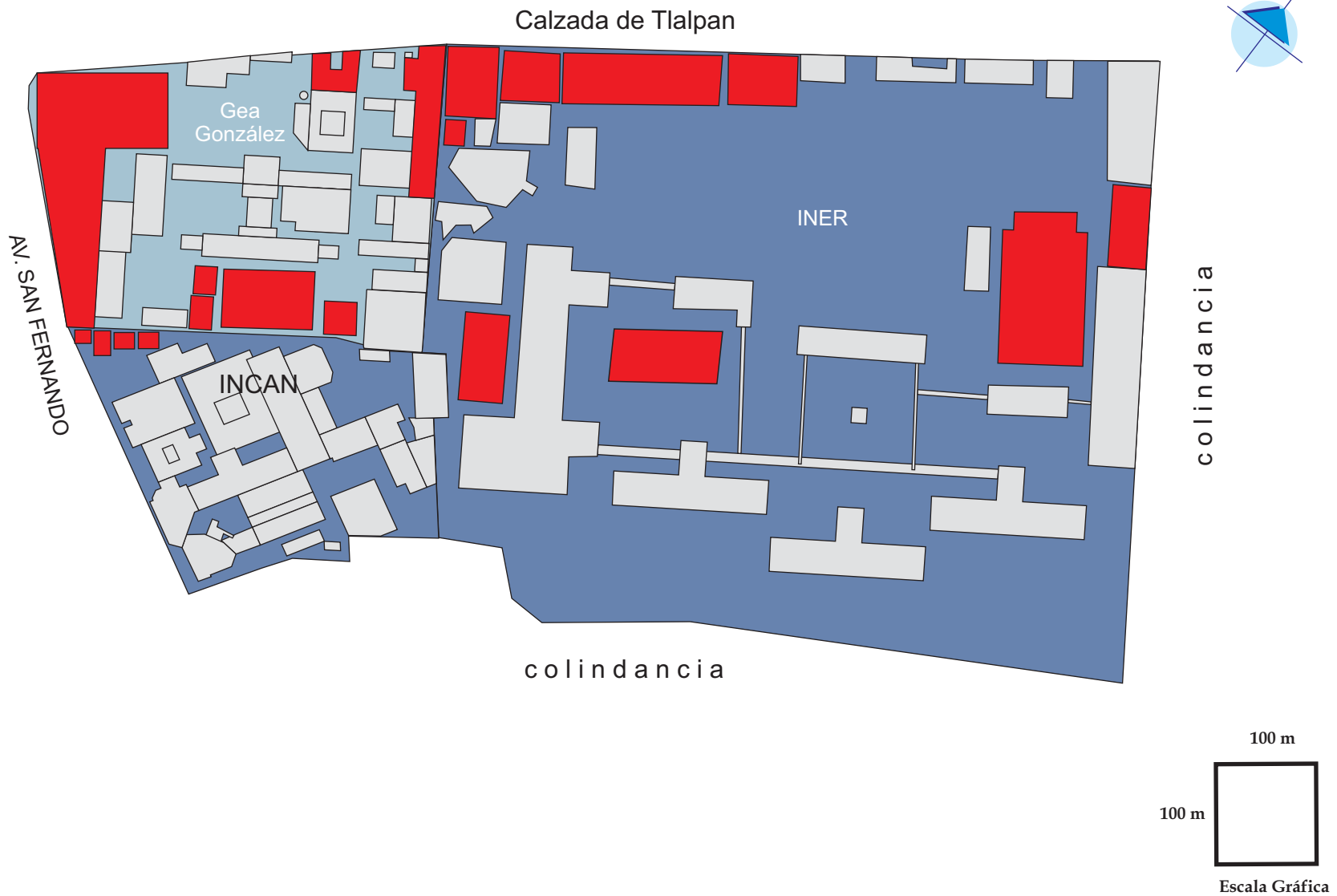
Por su parte, en la última visita que realicé al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (en abril de 2014), pude constatar que la nueva Torre de Especialidades sólo funciona parcialmente al tener abiertos el estacionamiento y el comedor para empleados; sin embargo, los siete niveles de hospitalización, al momento de escribir estas líneas (mayo de 2014), permanecen cerrados. Tristemente, en la página de Internet de la senadora por el estado de Querétaro, María del Socorro García Quiroz, —además de hablar del caso del INMEN— se lee que:

“...en el mismo sentido negativo versa el dictamen del Proyecto Construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González, para el que la ASF concluyó que no cumplió con las disposiciones normativas aplicables a la planeación y ejecución de la obra respecto de las operaciones examinadas, como se precisa en los resultados que se presentan en el apartado correspondiente de este informe, donde destacan los siguientes: una diferencia de

152.6 miles de pesos de los registros contra Cuenta Pública; deficiencias en la información de las bitácoras; el nombramiento del residente de obra a una persona que no cumple con el perfil profesional requerido; pagos en exceso por 16,124.9 miles de pesos; falta de aplicación de penas convencionales y sanciones hacia la contratista por el atraso en la ejecución de los trabajos por 5,049.1 miles de pesos, además, derivado de una inadecuada planeación en los contratos de supervisión, un importe de 8,301.9 miles de pesos y una falta de amortización de los anticipos otorgados hacia la contratista por 40,560.5 miles de pesos.”²⁶

Al respecto, la página electrónica del Gea González sólo tiene información hasta diciembre de 2012. De ser cierto lo publicado por la senadora García (en julio de 2012), el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” estaría enfrentando un nuevo caso de corrupción o, en el mejor de los casos, de ignorancia supina. ¿Pagos en exceso, diferencias con la cuenta pública, deficiencias en la información de las bitácoras, contratación de técnicos que no cumplen con el perfil profesional, falta de aplicación en las penas convencionales? Todo esto ya lo vivió la entidad en 1997, 1998 y 1999. De no detener el cáncer de la corrupción en la obra pública, cualquier intento de mejorar nuestros espacios urbano arquitectónicos será intrascendente.

Ilustración 4
El Hospital General "Dr. Manuel Gea González, el INER y el INCAN
Crecimiento de la Infraestructura Física
2006 - 2014⁽¹⁾



Citas

- 1.- Baz Prada, *Gustavo, Programa de Hospitales, 1940-1946*, Gaceta Médica de México, Tomo LXXVII, Número 6, 1947, pp. 296 - 308.
- 2.- INEGI, *Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*, XIII Censo de Población y Vivienda 2010, p. 4.
- 3.- INEGI. *Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2011 a 2012*.
- 4.- INEGI. *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*, Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2013.
- 5.- INEGI, *Mujeres y Hombres en México 2010*, edición 2010, p. 10.
- 6.- CONAPO, *Proyección de las Entidades Federativas 2010 - 2050*. Para el Distrito Federal, la proyección es 2010 - 2030.
- 7.- CONAPO, *Distrito Federal: Indicadores demográficos, 2010-2030*.
- 8.- INEGI, *Conociendo México*, México, 2012, p. 40.
- 9.- CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Septiembre del 2012. Secretaría de Salud, México, 2012, pp 5 y ss.
- 10.- *Idem*.
- 11.- LETRA S, Salud, sexualidad, SIDA, La Secretaría de Salud informa, <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/2007/septiembre.html> consultada en abril de 2014.
- 12.- Directorio de los servicios de atención integral para personas con VIH, CENSIDA, Secretaría de Salud, México, http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/directorios/directorio_SAI_0214.pdf, consultada en abril de 2014.
- 13.- Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud, México, 2011.
- 14.- *Ibid*, p. 27.
- 15.- Excélsior en línea, *DF supera la media nacional en el consumo de drogas: IAPA*; la nota apareció el 2 de julio de 2013, en <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2013/07/02/906948>, consultada en abril de 2014.
- 16.- Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte Alcohol, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud, México, 2011, p. 2.
- 17.- Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte Tabaco, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud, México, 2011, p. 25.
- 18.- Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Reporte de Drogas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Secretaría de Salud, México, 2011, p. 3.
- 19.- Informe de Rendición de Cuentas 2006 - 2012, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud, México, 2012, s/p, http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/descargas/INFORME_DE_RENDICION_DE_CUENTAS_HGMGG_2006-2012.pdf, consultada en abril de 2014.
- 20.- *Idem*.
- 21.- Los datos correspondientes a la Torre de Hospitalización fueron tomados del “Libro Blanco. Construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González 2008 - 2012”. Obtenido de la página de internet del Hospital General, en el apartado “Rendición de Cuentas” / Libro Blanco: http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/descargas/Libro_Blanco_Torre_de_Especialidades.pdf. Consultada en abril de 2014.
- 22.- *Idem*. (El documento no tiene números de página, pero el texto se encuentra hasta el final del escrito, antes del reporte fotográfico).
- 23.- Informe de Rendición de Cuentas 2006 - 2012, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Secretaría de Salud, México, 2012, s/p, http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/descargas/INFORME_DE_RENDICION_DE_CUENTAS_HGMGG_2006-2012.pdf, consultada en abril de 2014.

Citas

24.- Las actividades principales de cada nivel de atención médica se pueden consultar en la meseta *La ciudad de México 2004 - 2050*, en la ilustración 3: *Ciudad de México, Los Tres Niveles de Atención Médica para la Población sin Seguridad Social, Secretaría de Salud y Secretaría de Salud del Distrito Federal*, p. 35. Asimismo, vale la pena recordar el orden de prioridades para el tercer nivel: 1) la investigación; 2) la enseñanza y 3) la atención médica. Mientras que para el segundo nivel son: 1) la atención médica; 2) la enseñanza y 3) la investigación.

25.- Las seis características del Rizoma se pueden consultar en la meseta *Las Herramientas Filosóficas*, p. 48 y ss. Evidentemente, se puede consultar la fuente original en Deleuze, Gilles y Félix Guattari, *Mil mesetas, Capitalismo y esquizofrenia*, traducción de José Vázquez Pérez, Editorial Pre-Textos, Valencia, 5ª edición 2002 (1ª edición en francés, 1988).

26.- Tomado de: *Informativo de Querétaro. Tu opción en información general*. <http://informativoqro.blogspot.mx/2012/07/imperativo-que-la-secretaria-de-salud.htm>. Consultada en abril de 2014.

Bibliografía

1.- CONAPO, *Proyección de las Entidades Federativas 2010 - 2050, México, 2012*.

2.- CONAPO, *Distrito Federal: Indicadores demográficos, 2010-2030, México, 2012*.

3.- INEGI, *Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*, XIII Censo de Población y Vivienda 2010, México 2011.

4.- INEGI, *Mujeres y Hombres en México 2010*, edición 2010, México, 2011.

5.- INEGI, *Conociendo México*, México, 2012.

5.- VIH / SIDA en México 2012, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Secretaría de Salud, México, 2012.

Páginas de Internet

1. CENSIDA, Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA, Secretaría de Salud, México, <http://www.censida.salud.gob.mx/>, consultada en abril de 2014.

2.- CAPASITS, CENSIDA, Secretaría de Salud, México, <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html>, consultada en abril de 2014.

3.- LETRA S, Salud, Sexualidad, SIDA, La Secretaría de Salud Informa, <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/2007/septiembre.html> consultada en abril de 2014.

4.- Encuesta Nacional de Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, México. Consultada en abril de 2014.

5.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Rendición de Cuentas, Informe de Rendición de Cuentas 2006 - 2012 Consolidado, http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/interior/general/rendicion_cuentas.html, consultada en abril de 2014.

6.- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Rendición de Cuentas, Libro Blanco: http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/descargas/Libro_Blanco_Torre_de_Especialidades.pdf. Consultada en abril de 2014.

7.- Informativo de Querétaro. Tu opción en información general. <http://informativoqro.blogspot.mx/2012/07/imperativo-que-la-secretaria-de-salud.htm>. Consultada en abril de 2014.

Índice de Fotografías

Portada: El nuevo letrero que anuncia: “El Hospital Gea / Torre de Especialidades. Se ubica en la esquina de la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando. Foto del autor. Abril de 2014.

- 1.- El Sanatorio para Tuberculosos Avanzados, en 1947. Fotografía del Archivo de la coordinación del Obras del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- 2.- La misma toma que la fotografía 1, pero 67 años después. Tomada desde la esquina poniente de la calzada de Tlalpan y la avenida San Fernando. Foto del autor. Abril de 2014.
- 3.- El acceso principal al todavía Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Foto del autor. Abril de 2014.
- 4.- La nueva Torre de Especialidades, aún sin inaugurar. Foto del autor. Abril de 2014.

5.- Vista de la nueva Torre de Especialidades en su colindancia con la avenida San Fernando, ya sin comercio ambulante. Foto del autor. Abril de 2014.

Índice de Ilustraciones

- 1.- Vista aérea del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, tomada de *Google Earth* en abril de 2014. A su vez, la imagen fue capturada en diciembre de 2009.
- 2.- Crecimiento del Conjunto Hospitalario 1947 - 2014, elaborada por el autor en abril de 2014.
- 3.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Infraestructura Física, 2014. Elaborada por el autor en abril de 2014.
- 4.- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el INER y el INCAN, Crecimiento de la Infraestructura Física 2006 - 2014. Elaborada por el autor en abril de 2014.

Índice de Gráficas

- 1.- República Mexicana. Tasa Global de Fecundidad, 1976 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 2.- República Mexicana. Tasa Bruta de Mortalidad, 1970 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 3.- República Mexicana. Esperanza de Vida por Sexo. 1930 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 4.- República Mexicana. Población Total y Tasa de Crecimiento, 1900 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.

- 5.- Ciudad de México. Población Total y Tasa de Crecimiento, 1900 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 6.- Ciudad de México. Esperanza de Vida, 1940 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 7.- Ciudad de México. Tasa Global de Fecundidad, 1960 - 2010. Elaborada por el autor con la información que aparece al pie de la gráfica. Abril de 2014.
- 8.- Ciudad de México. Tasa Bruta de Mortalidad 1960 - 2010.

Índice de Tablas

- 1.- República Mexicana. Principales Causas de Mortalidad General, 2012. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 2.- Ciudad de México. Principales Causas de Mortalidad General, 2012. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 3.- República Mexicana. Tendencias de Consumo de Drogas 2011. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 4.- Ciudad de México. Condición de Derechohabiencia. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.
- 5.- Ciudad de México. Población sin Derechohabiencia por Delegación Política 2010. Elaborada por el autor con la información de las fuentes que aparecen al pie de la tabla.



“El Hospital General *Dr. Manuel Gea González* y la Zona de Hospitales, 1937 - 2018”, se terminó de imprimir el mes de septiembre del año dos mil catorce en la ciudad de México.

El documento fue elaborado con los programas *CorelDRAW* (versiones 12,14 y X6) y *Autocad* (versiones 2006 y 2010).

Para su composición se utilizaron los tipos de las familias *Riccione* y *Arial*.

