

236
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



SEPTIEMBRE 1988

FACULTAD DE ARQUITECTURA

CLINICA POPULAR

ALTA PENDIENTE

Tesis Profesional

que para obtener el
Titulo de Arquitecto
presenta :

EDITH I. SILVA ORTIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

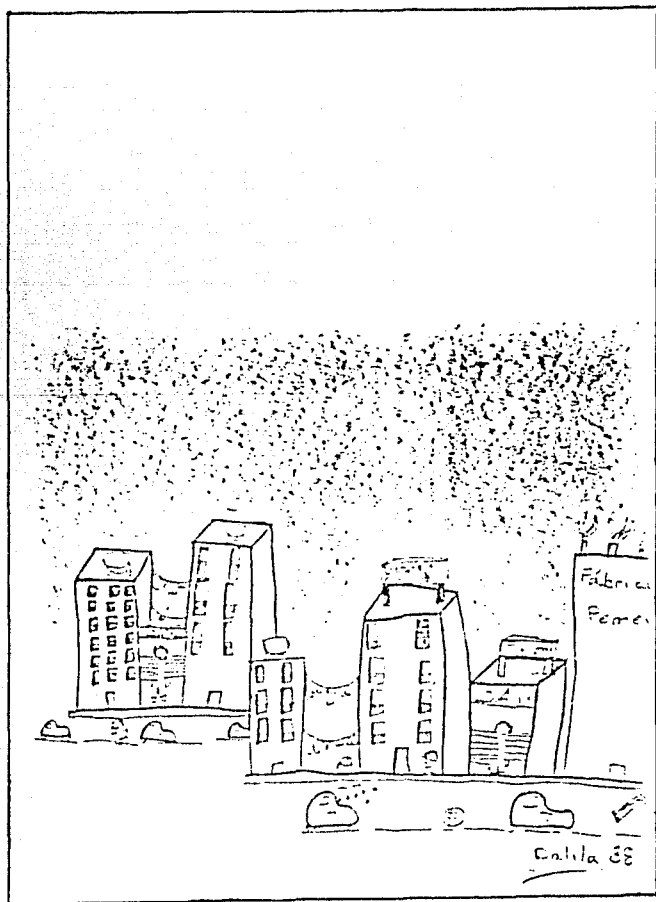
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE

<i>PRESENTACION</i>	1
<i>MARCO TEORICO</i>	
- <i>Análisis General</i>	6
- <i>Análisis Particular</i>	16
- <i>Enfoque del problema</i>	21
- <i>Propósitos del tema</i>	26
<i>METODOLOGIA</i>	
- <i>Investigación</i>	28
- <i>Método de Diseño</i>	34
<i>PROYECTO / PROPUESTA ARQUITECTONICA</i>	
- <i>Descripción del Proyecto (aspectos urbano-arquitectónicos, estructurales, técnico-constructivos y acabados)</i>	41
- <i>Factibilidad Económica</i>	50
- <i>Material Gráfico</i>	
<i>CONCLUSIONES</i>	55
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	



Catila 38

PRESENTACION

La Ciudad de México se ha convertido, al paso del tiempo, en uno de los lugares más poblados del mundo donde se producen con mayor claridad los problemas que enfrentan las grandes contradicciones urbanas.

La zona que comprende el Distrito Federal, siempre ha sido el polo más importante de desarrollo. Sin embargo es a partir de la década de los cuarenta - momento en el cual se concentra fuertemente el impulso en la producción industrial- cuando se observa un permanente proceso de crecimiento físico de la ciudad, situación que se ve acelerada en los últimos años.

Algunos de los problemas que toman lugar en la ciudad, como el desempleo, subempleo y la creciente tendencia a la pauperización de amplios núcleos de población traen consecuentemente la existencia de viviendas inadecuadas, desnutrición, falta de acceso a los sistemas de salud y educativos; problemas resultantes de la propia expansión del capitalismo en el país que ha generado una estructura ocupacional excluyente y una gran desigualdad en la distribución del ingreso. Sin embargo existen otra serie de problemas, los cuales resultan en forma más directa, de la enorme dimensión adquirida por la ciudad. Este es el caso de la insuficiencia de servicios, la especulación con el suelo y la vivienda, el alto nivel de contaminación del medio ambiente, la falta de transporte y la inseguridad social.

El número de habitantes en el Distrito Federal sobrepasa los 18 millones, de los cuales una gran cantidad carece -

de las condiciones materiales adecuadas de supervivencia; los problemas de especulación con el suelo y escasez de vivienda se agravan; la falta de servicios y de abasto de alimentos básicos afecta a amplios núcleos de la población.

Para el gobierno, el conjunto de problemas urbanos que se presentan y las profundas desigualdades sociales tienen o rigen en el mismo crecimiento de la ciudad.

Sin embargo es imposible justificar los desequilibrios y rezagos urbanos a partir de la desmedida expansión demográfica en la ciudad. Es necesario tomar en cuenta el proceso de industrialización impuesto al país a principios de los -- años cuarenta.

Asimismo las enormes desigualdades sociales son producto de éste proceso trunco y dependiente de desarrollo capita lista.

El enorme crecimiento del Distrito Federal, es un claro ejemplo y resultado de ésta forma de desarrollo desigual, -- así como el alto nivel de concentración económica que se pre senta en éste. Por lo tanto, un porcentaje muy amplio de la población, emigra de su lugar de origen y se concentra en la ciudad, lo cual genera problemas tales como subempleo, desem pleo, condiciones precarias de vida y mala alimentación, como se menciona anteriormente.

Estos aspectos dan como resultado múltiples problemas - entre los cuales destaca el de habitación, el cual ha dado - inicio a diversos estudios con el objetivo de encontrar nue vas posibilidades de ordenamiento y distribución de la pobla

- (1) J.C. Hdez.: Tesis Centro Social Popular México, 1986 Presentación
- (2) Casa y Ciudad A.C. : La ciudad; de monumento histórico a laberinto social. México, 1986 Introd.
- (3) Ch. Norberg-Sch.: Arquitectura Occidental. Barcelona 1983 Prólogo.

ción, bienes y servicios.

Sin embargo para encontrar soluciones adecuadas es necesario considerarlo más allá que un problema de vivienda, - sino como de HABITAT HUMANO (1), representado éste en términos particulares como la CASA; centro de la existencia humana y por lo tanto del territorio personal. La casa parece - responder a la necesidad de ese lugar " donde almacenar, los cachivaches de nuestro yo " (2). Es decir, expresa un conjunto de aspiraciones, sentimientos e ideas. Según el concepto de ciudad clásica: " se edifica la casa para estar en ella; se funda la ciudad para salir de la casa y reunirse - con otros que también han salido de sus casas." De tal forma habitabilidad incluye espacios privados y públicos, propios o compartidos; como el patio, la calle, la plaza, etc. ámbitos necesarios que significan la existencia individual y colectiva de la población (3).

Ante el problema de vivienda las diferentes instancias gubernamentales o particulares, han aportado diversas propuestas con el objeto de proporcionar viviendas adecuadas a amplios sectores de la población.

La estrategia para dar solución en lo referente al equipamiento básico, se limita al presupuesto del gobierno, - pues, las decadentes normas impiden la participación de organismos sociales y privados.

Así, el taller José Revueltas de la UNAM, participa directamente con comunidades de bajos recursos, ubicadas en la periferia de la ciudad, aportando opciones viables; por-

medio de criterios tales como: máximo espacio a costo mínimo, factibilidad y rapidez de construcción, durabilidad y bajo mantenimiento.

Este trabajo aborda en forma particular la dotación de equipamiento urbano básico para comunidades de bajos recursos y esta enfocado directamente al problema de la salud. Por lo tanto, la propuesta comprende la construcción de una "Clínica Popular", utilizando criterios que están fuera de las normas establecidas por las instituciones y diversos organismos públicos.

En el primer capítulo se analizan, en general, los aspectos económicos, políticos y administrativos que influyen en el proceso urbano. Las mismas consideraciones se realizan en forma particular y específica, refiriéndonos a la ciudad de México.

En esta investigación se ha considerado la migración como uno de los elementos fundamentales en el problema de asentamientos irregulares. Por lo tanto, se describe a grandes rasgos y desde sus orígenes, la relación campo-ciudad dentro del proceso de urbanización.

Hablar del tema salud-enfermedad, en México, implica poner en evidencia la organización económica, política y cultural. Con el fin de tener un panorama más amplio en este sentido tradicional del problema, se analizan algunos conceptos por medio de los cuales se puede comprobar la importancia de "la salud", para las costumbres propias de los mexicanos.

Dentro de los propósitos enumerados, se pretende inte--

grar a la comunidad para que acepte la opción que le ofrece la ciudad, evitando agudizar el choque cultural existente.

En el segundo capítulo, se habla del proceso de diseño en el cual se desglozan los siguientes puntos:

- Investigación del problema
- Metodología

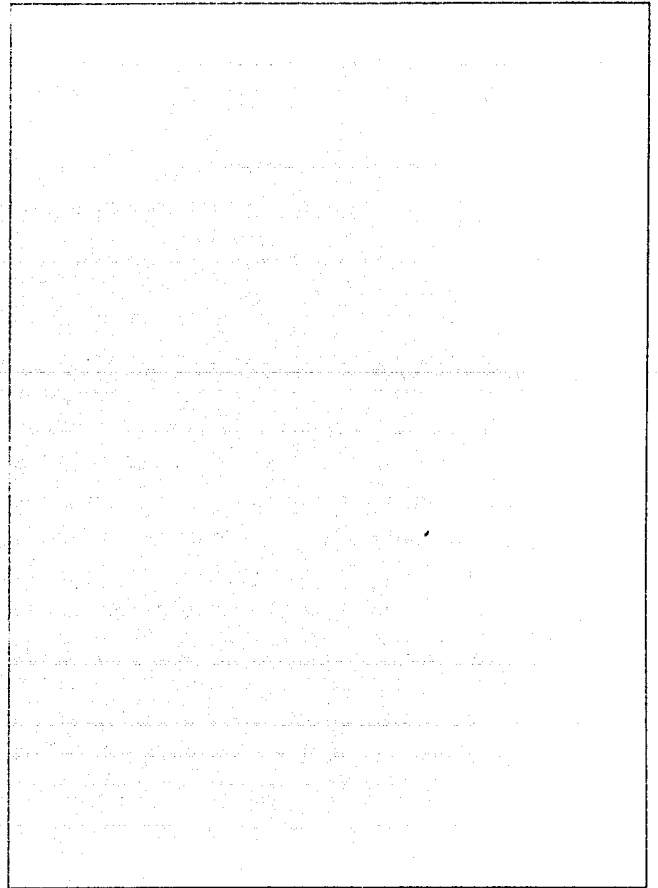
A partir del tercer capítulo, se plantea la propuesta, incluyendo criterios urbano-arquitectónicos, funcionales, formales y técnicos, representados por medio de esquemas y planos.

Finalmente se exponen las correspondientes conclusiones tanto del problema como de la propuesta, para futuros planeamientos que desarrollen éste tema.

MARCO TEORICO

ANALISIS

GENERAL



(4) H. Lefebvre : La Revolución Urbana
Madrid, 1983 Cap.I

ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROBLEMA:

A partir de las investigaciones realizadas sobre el desarrollo urbano, se ha podido determinar que cualquier cambio en los tipos de aglomeraciones corresponden a una nueva forma económica en las relaciones de producción: esclavista, asiática feudal, capitalista, socialista. (4). Por lo tanto la sociedad urbana que contemplamos, es el resultado de una larga lucha entre las relaciones agrarias y las industriales, que finalmente se inclina en favor de ésta última. La aglomeración urbana en los países industrializados se logró a través del desarrollo económico; los subdesarrollados deben su cambio violento a la miseria rural, que convirtió a una población dedicada a formas primitivas de explotación agrícola en aspirantes esperanzados de mejorar sus formas de vida en las zonas urbanas. Por supuesto, otro elemento que influye en la aceleración del fenómeno es la densidad de población - resultado del exceso de hacinamiento.

En el caso particular de América Latina, la transición de las sociedades de preindustriales al capitalismo industrial, como se dijo anteriormente, implicó la transferencia del campo a la ciudad, es decir, del control de los medios de producción al estado de asalariado (en el favor de los campesinos). Por otro lado, el fenómeno de la marginalidad se convierte en una constante del proceso de urbanización porque los mecanismos de sectores estatales y privados están operando en forma combinada, tanto en zonas urbanas como rurales.

En la actualidad, debido a las condiciones de marginali

dad que prevalecen en las zonas rurales, se genere una necesidad opresiva de abandonar los lugares de origen, convirtiéndose la migración, en una válvula de seguridad indispensable para proporcionar salidas a la angustiada situación del campo. La conformación de nuestros centros urbanos, fuertemente influida por los esquemas "modernizantes" del primer mundo, repite mecánicamente los vicios de la marginalización a través de las ciudades perdidas, vecindades, asentamientos espontáneos, etc. Sus habitantes están condenados a vivir plenamente el lado negativo del desarrollo. En el contexto urbano, la marginalidad, por efecto de la aglutinación adquiere características más agudas. De ahí derivan una serie de problemas tales como el desempleo, la subalimentación, el analfabetismo, las enfermedades parasitarias, etc. Si bien, las cifras de desocupación abierta, no aparecen como excesivas, el sector marginal está plenamente subempleado confirmando la aseveración de que aún cuando éstos pobres de la ciudad mejoran al dejar su condición de marginales rurales (jornaleros sin tierras), su avance no se da en términos reales, sino en una gama de expectativas (factor esperanza).

Los datos son insuficientes, sin embargo puede afirmarse que la marginalización, en el modelo urbano latinoamericano, se está convirtiendo en la pauta del crecimiento de las ciudades.

Habiendo establecido las condiciones generales que determinan la naturaleza específica del proceso de urbanización y el complejo sistema de relaciones que vinculan la ciudad y

(5) Programa Universitario Justo Sierra
U.N.A.M. El Desarrollo Urbano en -
México, 1984, México, Cap. I

*el campo, a continuación se explica éste proceso existente -
en todo el país.*

*México ha experimentado, en menos de medio siglo, pro-
fundos cambios en su naturaleza y esencia, que lo han lleva-
do de ser un país fundamentalmente rural en términos económi-
cos, sociales, demográficos, etc., a ser un país eminentemen-
te urbano; donde la mayor parte de la población reside en co-
munidades clasificadas como urbanas y donde los fenómenos y-
procesos de gran peso para la vida nacional, se originan o -
desarrollan en la ciudad. El problema está caracterizado co-
mo un proceso predominantemente demográfico que debido a su
magnitud e intensidad, incide directa o indirectamente, en -
la modificación de casi todos los aspectos de organización -
económica, dinámica social y de asentamiento territorial en-
la población.*

*A pesar de los aportes realizados por algunos análisis-
demográficos, una serie de proposiciones psicosociales insu-
ficientemente comprobadas y unos pocos intentos inacabados -
de teorización respecto a las formas de organización espacial
de las sociedades dependientes (5), muy poco sabemos sobre -
la naturaleza de los fenómenos involucrados en la urbaniza-
ción y mucho menos sobre sus causas económicas y sociales.*

*Aunque se encuentra todavía en pleno estado de eferves-
cencia, el desplazamiento y la relocalización espacial de la
población, ha provocado grandes cambios en la estructura in-
terna de la ciudad y en el contenido de la sociedad urbana.
La metropolización y el crecimiento desmedido de algunos cen-*

tros regionales acentúa la tradicional desarticulación del tejido interurbano. La separación entre crecimiento demográfico y expansión de la economía urbana, genera nuevos fenómenos de desocupación crónica, subocupación, marginalización, etc., de una gran parte de la población que, unida con otros factores provoca, a su vez, una significativa transformación de las clases sociales y de las formas prevalecientes de organización social.

La concentración económica y espacial de la industria, la multiplicación de nuevas actividades vinculadas a ella y el crecimiento incesante de la población, afectan profundamente los mecanismos reguladores del "funcionamiento" urbano y deterioran de diverso modo la "calidad de vida" de los distintos sectores.

Así planteado este proceso de urbanización, disociado aparentemente del proceso de industrialización, se ha convertido en un obstáculo formidable del crecimiento económico y el desarrollo social. La naturaleza de sus efectos se observa asociada, por otra parte, a las características de su origen histórico; la expulsión permanente de mano de obra rural excedente, generada por una estructura social en crisis que no ha podido armonizar con adecuadas transformaciones. La urbanización es producto de la migración interna y ésta, nos remite al colapso de la estructura agraria. La rigidez de régimen de propiedad de la tierra, el relativo desarrollo de las fuerzas productivas, la producción, la productividad y la ocupación rural, aunada a las crecientes dificultades de-

expansión de la "modernidad" capitalista, provocan los "factores de expulsión" de la población del campo a la ciudad. El crecimiento continuo y la transformación de la ciudad, impulsado por el proceso de industrialización dependiente, genera a su vez, los "factores de atracción" aunque insuficientes y en muchos casos ilusorios, inducen el desplazamiento de la población hacia los grandes centros en busca de mejores condiciones de vida y trabajo.

A partir de la fundación de Tenochtitlán (1325), la ciudad ha sido siempre el centro de desarrollo. Durante la Colonia, el sistema urbano jugó un papel muy importante, pues la vida económica era controlada desde la capital. Por lo tanto, personas de todas las escalas sociales y regionales del país debían acudir a la metrópoli para cualquier asunto, dando lugar a un auge que llevó a la reconstrucción total de la antigua Tenochtitlán.

Posteriormente, con el estallido de la guerra de Independencia (1810-1821), la tasa de crecimiento del país, declinó por primera vez en tres siglos y esta tendencia continuó durante los siguientes cincuenta años, ya que la inestabilidad política y la continua agitación, actuaron como los principales obstáculos para la concentración en la capital.

La legislación de Reforma, tuvo efectos adversos a los propósitos originales, dando como resultado, que las tierras expropiadas fueran puestas en el mercado inmobiliario, de tal manera que, grandes extensiones del terreno urbano quedaron disponibles, lo que estimuló a la oligarquía rural, a in

vertir en las ciudades iniciando el desarrollo de la áreas urbanas. La intervención y ocupación extranjera, la guerra republicana y finalmente la expulsión de los franceses, aumentaron la intranquilidad nacional antes de que se sintiera la influencia estabilizadora de la presidencia de Porfirio Díaz. Durante su régimen, se reimpuso el orden político, mediante una doble estrategia que tuvo como consecuencia un crecimiento considerable de la inversión extranjera en agricultura. En este sentido, es una de las etapas más importantes de la historia de su dominio. Las enormes extensiones de tierra de este país agrario atrasado, habían llamado, desde tiempo atrás, la atención de los extranjeros. Desde la época de la Reforma, los capitalistas de otros países, calculaban sin fundamento, que las transformaciones agrarias de entonces, se habían realizado dirigidas principalmente contra la iglesia, la cual concentraba en sus manos las dos terceras partes de la tierra del país, por lo tanto conducirían a que éstas entraran a la circulación mercantil.

Posteriormente, durante los primeros años de la dictadura de Don Porfirio, se publicaron una serie de decretos agrarios que perseguían aumentar las posesiones territoriales de los grandes hacendados, rancheros y extranjeros, a costa de la expropiación de los pequeños propietarios y de las tierras comunales. Las reformas de Díaz, se realizaban bajo la consigna de la colonización de las tierras libres y baldías. Al llevarlas a cabo, se declaraba abiertamente la preferencia a la implantación extranjera; de este modo, las reformas es-

(6) C. Marx : El Capital Tomo I FCE

taban dirigidas contra los indígenas, que componían la masa fundamental de la población rural y condujeron prácticamente a una mayor concentración de la tierra y a una inusitada especulación. Durante su administración, fueron robadas millones de tierras comunales, lo que significó la ruina de cientos de miles de campesinos miembros de las comunidades.

El decreto más importante que dió principio a esta política agraria, se refería a la manifestación, división y colonización de las tierras pertenecientes a la nación.

Marx indicaba en el Capital, que la expropiación de la tierra de la población, sirve de base al modelo capitalista de producción (6). Esto es verdad también para México, pero aquí el desarrollo de las relaciones capitalistas en la agricultura, transcurrió muy lento y por un camino especial.

Para principios del siglo XX, se había formado una gran economía de tipo latifundista; de este modo, el resultado directo de la política agraria de sometimiento a los grandes terratenientes extranjeros, fué la decadencia de la agricultura y la agudización de la lucha de clases en el campo mexicano. Por lo tanto, a pesar de que se tomaron medidas económicas de gran éxito, el Porfiriato estimuló la explotación de los sectores mayoritarios, dando lugar a la emergencia de un proletariado urbano, forzado a vivir a nivel de subsistencia.

La etapa pre-revolucionaria (1900-1910), se caracterizó por el aislamiento de la población rural, debido a la nula o escasa comunicación existente con los centros urbanos.

(7) R. Stavenhagen.: Aspectos Sociales de la Estructura Agraria en México. 1972 S.XXI, pág. 476.

Esto originó, en gran parte, que el único centro urbano que - creció en forma considerable, fuera la ciudad de México.

El período siguiente (1910-1921), fué por el contrario - de gran agitación social y entre otros sucesos, se rompieron - los lazos semif feudales que ataban a la población campesina a - la tierra y surgió la Reforma Agraria, ya que sin ésta, ninguna transformación política podía tener alcances importantes. El resultado principal de ésta, fué la redistribución de la - propiedad de la tierra, necesaria para combatir una situación en la cual durante 1910, el último año de dictadura, el 1% de la población poseía 97% de la tierra (7), también ayudó a liberar al peón del sistema de hacienda y a modernizar técnicas de producción, usadas en las áreas rurales. El efecto inmediato de la destrucción de dicho sistema, fué la migración de -- los campesinos empobrecidos hasta los centros más urbanizados.

Después de 1921, y hasta fines de la década de 1930, la población entró a un período de relativa estabilidad. La migración rural-urbana, decreció considerablemente, debido a la terminación de las actividades militares y a los efectos de - la política de reforma agraria. Durante este proceso, el presidente Obregón, con el objeto de evitar dificultades con los norteamericanos dedicados a actividades rurales, formó parte del grupo de terratenientes de Sonora y su posición en relación a la tierra, era contradictoria, por lo cual procedió a distribuir predios en aquellas áreas, lo que permitió el final de las hostilidades con los seguidores de Zapata.

P. Elías Calles (1924-1928), continuó con la distribu-

ción moderada de la tierra, lo cual contribuyó para detener - la migración hacia las ciudades.

Sin embargo, en la parte final de la década 1930-1940, - se reanudaron e intensificaron las corrientes migratorias a - la ciudad. En este fenómeno influyeron hechos como los siguien - tes:

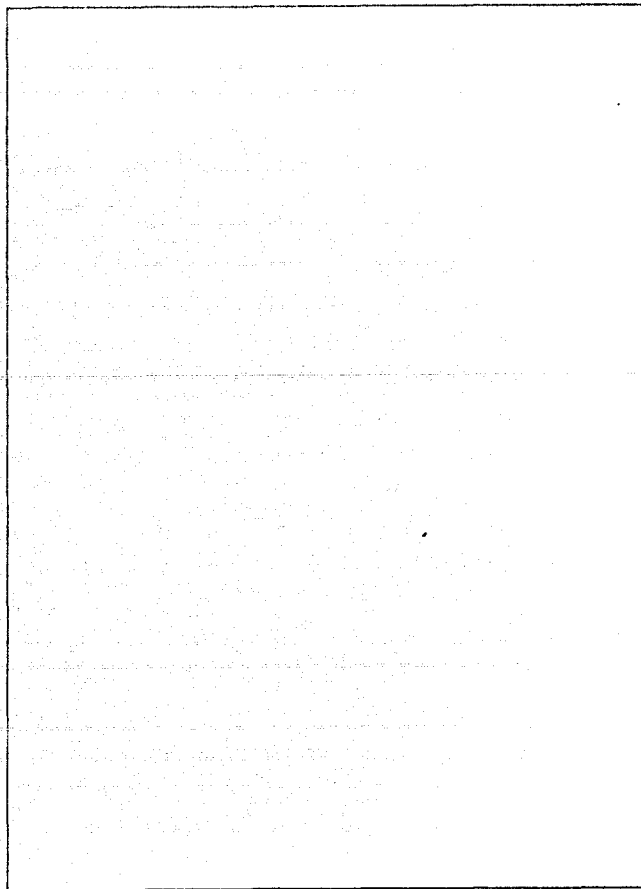
- expropiación del petróleo*
- creación de organismos financieros estatales de desa - rrollo.*
- construcción del sistema troncal de carreteras y de - obras hidráulicas de gran irrigación.*
- efecto de la ley seca norteamericana.*
- diversos efectos de la segunda guerra mundial*

La urbanización de 1940 a 1960, se caracterizó por un - rápido ritmo, incremento continuo y acelerado en la tasa de - crecimiento natural de la población y el importante volúmen - migratorio rural-urbano. Sin embargo, este proceso casi se de - tuvo de 1960 a 1970 debido a la elevada tasa de crecimiento - anual del área urbana en la ciudad de México.

La década de los ochenta, es crítica en su proceso de - cambio. La persistencia de la enorme inercia de concentración de la economía nacional en torno a la ciudad capital, agudiza - rá los problemas de crecimiento físico, de funcionamiento y - de deterioro ecológico de ésta metrópoli y obstaculizará la - posibilidad de un desarrollo regional más equilibrado. Asimis - mo, la destrucción de recursos naturales, ocasionada por cri - terios de rentabilidad privada a corto plazo, por la presión-

que ejerce sobre ellos en ciertas áreas de población rural e incluso, por una política de expansión de la frontera agrícola, representa también una pesada inercia que es necesario -- vencer en los próximos años para preservar la viabilidad del desarrollo a largo plazo de las diversas regiones del país.

ANALYSIS
PARTICULAR



Estudios histórico-médicos, permiten reconocer en todos los pueblos, (antes de establecer una auténtica práctica de curar eficaz y de uso general), el paso por un proceso evolutivo del cual son etapas ineludibles y sucesivas: la ayuda espontánea, la curación mágica y el tratamiento empírico.

En toda cultura la medicina aparece entre sus más tempranas necesidades; más llena en sus comienzos de amor y amistad que de técnica. La simple raíz, una planta, una pintura aplicada sobre el miembro dolorido, fueron remedios tan antiguos como la humanidad. Más tarde la larguísima serie de ensayos y errores, de prácticas mágicas y tenaces intentos por descubrir plantas útiles para la medicina (farmacopea, determinada por la geografía según la flora, fauna y minerales del pueblo), generaron con el paso del tiempo importantes aportaciones. Sin embargo, debido a la ausencia de escritos, el médico solo puede perpetuar sus conocimientos a través del propio enfermo y de una tradición oral, corta y perdediza.

Asimismo, el invento de medios higiénicos rudimentarios, pero de utilidad colectiva, hace evidente la existencia de una técnica, la cual unida a la inclinación afectiva, forman un acto médico íntegro, y aquellos que lo practiquen se consideran poseedores de una verdadera medicina.

En la cultura Náhuatl, el médico desempeña un papel muy singular, pues ya no cabe como "simple curandero" en una sociedad que se desarrolla a pasos gigantesco**s** bajo la forma de una teocracia. Por lo tanto se ve revestido de una digni-

dad sacerdotal que a la vez obliga a jerarquizar; de acuerdo a su concepto de los dioses y de la forma que tienen para intervenir en los asuntos humanos, sus omníscios conocimientos.

Reverenciado, temido, amado, rechazado, es indiscutible que el médico representa una fuerza importante dentro de la sociedad; es él, uno de los puentes de unión del hombre con lo trascendente.

Actualmente, existe conciencia de que la vida y la muerte son fenómenos de la naturaleza, los cuales deben enmarcarse dentro de los límites que la ciencia médica puede regular. Por eso debe incorporarse el concepto salud al definirse las estrategias de desarrollo, y reconocerse la importancia y prioridad de su atención como una de las ventajas que los habitantes de todo país deben disfrutar.

Es necesario implementar y desarrollar una política de salud, ya que de ella dependen en parte, los movimientos demográficos. La población vista como agregado social que está inserto en una dinámica propia, y la atención que el estado ha brindado a la población, en términos de salud y seguridad social, son analizados a continuación:

A partir de los primeros censos de población (1895), - que registraron 12.6 millones de mexicanos, y al censo de 1900, en donde la población aumentó 13.6 millones, y de ese total 12.6 millones habitaban en áreas rurales y en condiciones de extrema pobreza, con las implicaciones que ésta trae consigo en aspectos de insalubridad, mala alimentación

analfabetismo y marginación de las actividades productivas.

Es hasta la década de los treinta cuando la relación urbano-rural comienza a manifestar cambios, iniciándose el proceso de concentración en las ciudades. Paralelo a este fenómeno migratorio, en que el campo se va viendo abandonado paulatinamente, la política demográfica que regía a México, era expansionista, como resultado de la alta mortalidad que registró el país durante y después del movimiento armado de 1910.

Por parte del gobierno, las medidas que procuraban la industrialización del país, ocupaban un lugar prioritario; para llevarla a cabo, absorbió la producción del campo, --- siendo los campesinos los principales afectados. Desafortunadamente, no se le ha regresado aún, al campesino, el beneficio que debería disfrutar después de las demandas y exigencias productivas a las que fué sometido. Entre las carencias, se encuentra la de su marginación de las actividades del sector salud, las cuales siendo privativas de los grupos oligárquicos y gobernantes, las absorbieron como beneficio propio (1930-1940), en donde el estado plantea la necesidad de proporcionar asistencia social a toda la población como una función obligatoria y un derecho individual.

En 1943 se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad y Asistencia. El proceso industrializador, captó entonces una gran masa de campesinos quienes pasaron a incorporarse a las fábricas; resultando las organizaciones obreras, en cuyas demandas se -

iniciaron sus primeros requerimientos en el campo de la salud. El estado respondió con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), organismo que prestaría los servicios al sector productivo de la población, dejando tanto a los campesinos como a los subempleados indígenas -- fuera de su protección. Este tipo de población sería atendida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.). En 1960, por decreto presidencial, se crea el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (I.S.S.T.E.); para las demandas del sector burocrático-administrativo.

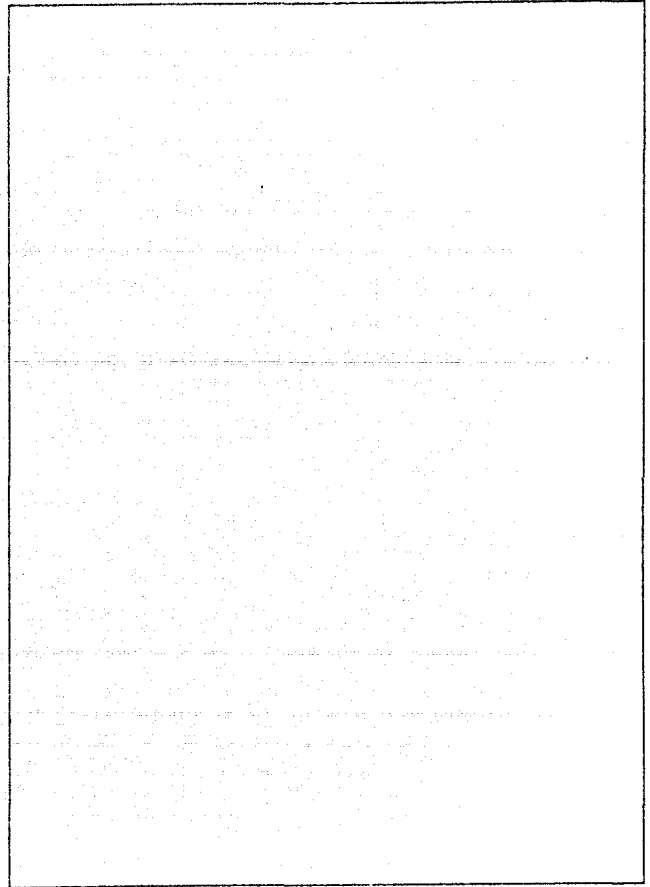
Estas posibilidades han aliviado los problemas de salud, principalmente entre los sectores productivos, también han contribuido a que se inicie la integración de los programas de salud de la población rural y marginada, sólo hasta fechas recientes. Este hecho ha repercutido en las diferencias tan acentuadas en materia de salud e higiene entre los grupos de población campesina, que han sido atendidos y aquellos donde no existen los servicios médicos asistenciales. En este sentido, el desarrollo y crecimiento de las -- instituciones de salud, han sido profundamente desiguales y desproporcionados.

Teóricamente, la S.S.A., debería cubrir el 64.6% de -- la población; sin embargo, se estima que en 1975 cubrió apenas un sector de entre 15 y 18 millones de habitantes, dejando al margen de sus servicios entre 23 y 26 millones de personas. Las discrepancias en el gasto financiero, para ca

da una de las instituciones de salud, nos hablan de las des crim ina ci o ne s del sistema de salud de aquella parte de la - p o b l a c i o n, siendo la m a y o r i t a r i a y estando formada por t r a b a j a d o r e s no a s a r i a d o s, c a m p e s i n o s e i n d i g e n a s, a s e m p l e a d o s y s u b e n i e d a d o s, p r i n c i p a l m e n t e.

Es a partir del programa IMSS-COPLAMAR (1979), que el estado proporciona posibilidades de mejorar a este grupo de la población, ya que se extiende a campo y a las zonas m a r g i n a d a s de las ciudades.

ENFOQUE



Durante la migración interna a las ciudades, a partir de la cuarta década de este siglo, en combinación con una alta tasa de crecimiento natural y la falta de cambios en la estructura misma de la ciudad, determinan casi todos nuestros problemas de crecimiento y organización social.

Asimismo, en ciudades como el Distrito Federal con estructura socio-económica de muy bajo ingreso, la forma urbana tiende a ocupar sitios inadecuados para el asentamiento de la población, es decir, se busca el acceso a los terrenos más económicos, con ciertas restricciones y sin servicios; en consecuencia pierde la posibilidad de tener áreas de recreación, diversión, educación y salud.

Las condiciones de vida determinan la salud y la enfermedad de los habitantes. Por lo tanto la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, están vinculadas a las condiciones existenciales.

Asimismo, la salud es susceptible de preservarse dentro del contexto que se define por los determinantes de la organización social, económica y política, más que por la acción médica.

El concepto salud-enfermedad suele considerarse en abstracto, es decir, desligado de las situaciones concretas que lo caracterizan y definen. Así al divorciarse el concepto salud de su relación histórica, social y económica, éste se desvirtúa en su esencia, y de ahí en adelante se le puede manejar como un instrumento al servicio de diversas ideologías.

El proceso salud-enfermedad no es un fenómeno aislado, sino que se encuentra determinado por el tipo de relación que el hombre establece con la naturaleza y su sociedad, y regido por las condiciones de inserción en el aparato productivo.

México ha desarrollado desde épocas remotas, sistemas de medicina denominados "tradicionales" por estar basados en técnicas y procedimientos que se vinculan estrechamente con la naturaleza; porque quienes la practican no han cumplido con los requerimientos que reglamentan a la medicina moderna y porque a través de la tradición oral se transmiten los conocimientos.

Esta práctica de medicina tiene sus raíces profundas en la forma de cultura y en los patrones sociales de las comunidades que las llevan a cabo. El desarrollo de la medicina tradicional se ha mantenido poco, y funciona como un mecanismo necesario entre amplios sectores de la población que no tienen acceso a los medios modernos que proporcionan la salud, pues en los casos en que se conoce algo de ella, no se cuenta con las posibilidades de acceso a las instituciones que la practican.

Este hecho motiva la idea de construir una "Clínica Popular", que de servicio a dichas comunidades y específicamente la que nos concierne particularmente en esta investigación, tomando como punto de partida las siguientes consideraciones:

- Para su realización, deberán utilizarse sistemas al

alternativos de construcción que permitan concluirlos en forma rápida y económica.

- Se deberá considerar la dotación de este servicio para las colonias cercanas al lugar, logrando así aumentar la frecuencia de uso, hecho que justificará económicamente su localización.
- Se intentará vincular la medicina tradicional con la moderna, para tratar de disminuir el choque cultural y la desconfianza que pueda surgir en la comunidad con el uso y funcionamiento de la clínica, ya que la repetición de esquemas extranjeros para la solución formal y significativa de edificios enfocados a la salud, sin ninguna referencia a nuestra cultura y tradición, ha generado rechazo, en el uso de dichas propuestas por parte del sector marginado de la población, sin tomar en cuenta el rechazo al servicio clasista e ineficiente.

El I.M.S.S. ha propuesto diferentes tipos de clínicas según su ubicación, población atendida, tipo de servicio -- brindado, etc. A continuación se describe la clínica en la cual podría estar incluida la propuesta en este documento:

Clínica Hospital T.3.- Unidad médica para la atención de derechohabientes en servicios de medicina general, bajo el sistema médico-familiar. No tiene consultorios de especialidades. Hospitalización para pacientes de cirugía menor y partos eutócicos. Tiene servicio de urgencias redu-

cido a un cubículo para las primeras atenciones y de inmediato, trasladar al paciente a la unidad de concentración correspondiente. Se ubica a una distancia no mayor de una hora en transporte regular de la unidad hospitalaria de concentración. Teóricamente, este tipo de clínica se ha fijado para 1500 a 15000 personas, sin embargo opera mejor en la realidad para 10000 a 25000 personas.

Tomando en cuenta lo anteriormente dicho y lo expuesto en capítulos pasados, el enfoque aplicado a la clínica popular planteada aquí, además de contener las generalidades y requisitos del sector salud, incluye una serie de adaptaciones y modificaciones que se encuentran fuera de toda norma establecida por y para las diversas instituciones médicas, mismas que se ajustan a la realidad operativa de este tipo de edificación, según su uso, organización, ubicación, etc. y las costumbres, cultura, posibilidades económicas y hábitos específicos en estas comunidades. Por lo tanto:

- Se plantea el integrar en un mismo lugar los tres espacios fundamentales que forman el edificio y que son: clínica, vivienda doctor y vivienda enfermera. Los cuales conformarán la unidad de atención básica, inmersa formal, funcional y geográficamente en su contexto.
- Todos los elementos cumplirán con los requisitos indispensables y necesarios para el adecuado desempeño y el desarrollo satisfactorio de las actividades correspondientes en cada elemento desde el punto de vista funcio

nal, logrando satisfacer:

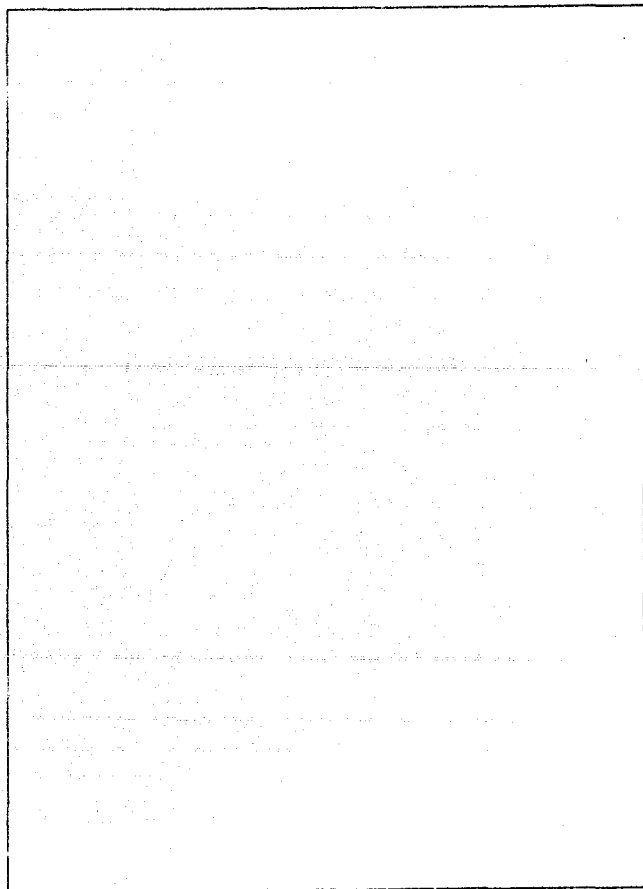
- Integración del conjunto a la topografía
- Privacidad necesaria indispensable para cada elemento o sección.
- Relaciones directas e indirectas de funcionamiento entre las partes.
- Espacios de convivencia al exterior por medio de pórticos, patios y terrazas.
- Sistemas alternativos de autoconstrucción

Entre los objetivos que se pretenden lograr, mediante la unificación de los elementos se encuentran los siguientes:

- Algunos miembros de la familia del doctor, podrían formar parte del personal necesario para atender o coordinar diversas actividades generadas por la clínica. Posiblemente se puedan integrar miembros de la comunidad a dichos trabajos y con esto, generar fuentes de ingresos.

Por último, es necesario destacar que la salud es una resultante de la influencia recíproca de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales. En la medida que la población disponga de empleo, una dieta alimenticia equilibrada, vivienda digna, servicios e infraestructura y en general, un "Habitat Salubre", de educación y equipamiento que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir y prevenirse de los agentes que producen la enfermedad y la muerte.

PROPOSITOS



Para el mejoramiento del sector salud, es necesario adoptar los medios que hagan gradualmente posible la prestación de este servicio a la población marginada, con los niveles de calidad indispensables.

Por este motivo, surge la preocupación de establecer diferentes modalidades en relación a los criterios de construcción, equipamiento, capacitación de personal y la configuración de los sistemas de planeación y administración, para la salud y la asistencia social.

Para lograr lo anterior, se plantean los siguientes puntos:

- Integrar y fomentar la participación comunitaria - enfocada a la solución de los problemas de salud - (acciones preventivas para contrarestar la incidencia de las enfermedades, campañas de salud, etc)*
- Descentralización administrativa de los servicios de salud, para el real funcionamiento de sus instituciones.*
- Crear una infraestructura capaz de penetrar en la masa poblacional anónima, por medio de pequeñas -- instituciones de salud, que estarán reconocidas y apoyadas por el gobierno pero funcionarán en forma autónoma, para beneficiar tanto a la comunidad como al profesionista independiente.*
- Fortalecer la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para que la formación - del personal responda con sentido social y realis-*

(8) Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988
México, pág. 248.

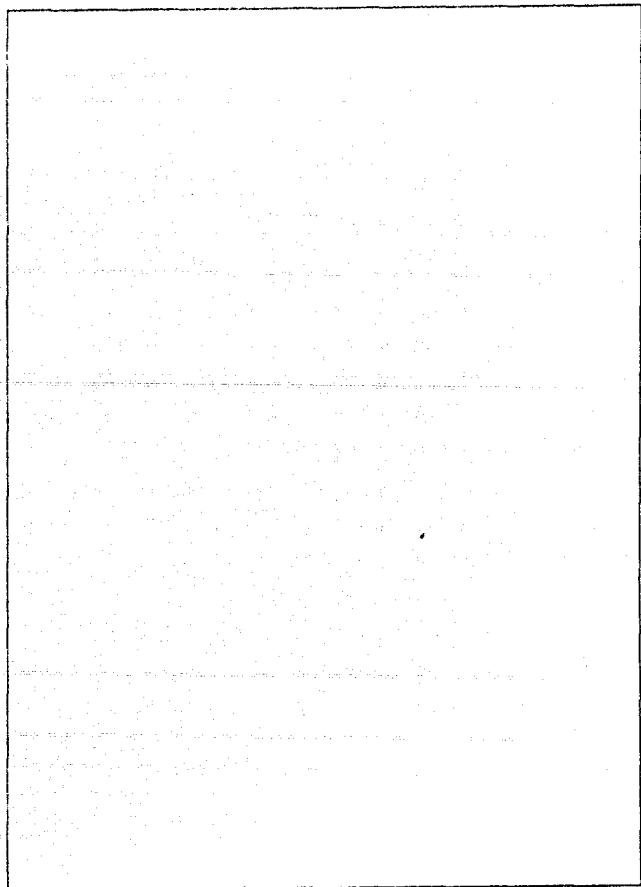
- ta, a las necesidades de los servicios.*
- Intensificar el uso de la medicina tradicional para disminuir la dependencia científica y tecnológica del exterior.*
- Desarrollo de la investigación en el área médico--social.*
- Crear un sistema para unificar criterios en la elaboración de indicadores, que permitan apreciar adecuadamente la efectividad de las acciones de salud.*

A fin de garantizar la protección de la salud, se deberá extender este concepto de clínica popular a los sectores rurales, marginados y con especial preocupación, a los grupos más vulnerables (menores, ancianos y minusválidos).

Finalmente, se deberá procurar una disponibilidad -- mayor de recursos para la atención de la población no amparada por la seguridad social, a través de la diversificación de fuentes de financiamiento y la transferencia, -- vía servicios, de los recursos que puedan aportar las instituciones de seguridad social, así como las contribuciones con que puedan participar los sectores privado y social.(8).

METODOLOGIA

INVESTIGACION



LOCALIZACION:

El terreno comprende un área de 15.40 hectáreas aproximadamente, propiedad del INFONAVIT; se ubica al poniente de la ciudad de México en el pueblo de Santa Fé, Taculaya, Delegación Alvaro Obregón. Se accede a él, al norte, por la avenida Camino Real de Toluca y al sur, por la calle Hidalgo, ambas vías pavimentadas y con servicio de transporte público. Por la densificación de la zona deben considerarse reservas para el equipamiento urbano básico. Sus características topográficas son poco favorables, pues tiene altas pendientes y adopta formas irregulares; presenta tres valores de inclinación: el desarrollo de menor pendiente está a los frentes con vialidad N-S, la mayor pendiente se da hacia el centro del terreno y la transición entre ellas se considera como media. La orientación del terreno N-S, favorece el acceso vehicular, vistas naturales (sur), zonas arboladas y dotación de infraestructura. La geología está compuesta por rocas ígneas, tobas y brechas volcánicas las cuales convierten al lugar en zona de bancos de material de grava y arena. El espesor medio del suelo se considera de 20 cms., existe poco fracturamiento y permeabilidad media. No existen pozos o manantiales subterráneos. El principal accidente topográfico del terreno lo constituye una barranca, ubicada al oriente de la línea media y transversal al predio.

ANALISIS CLIMATOLOGICO:

La precipitación media anual es de 1200 mm. y la temporada de lluvias varía de julio a mediados de octubre, tiempo suficiente para siembra de temporal. La temperatura media anual es de 17°C aproximadamente, con variación en los meses -- más calientes (abril-junio) hasta de 21°C y los más fríos -- (diciembre-febrero) hasta de 13°C aproximadamente. En promedio se considera como zona fría, pues se ubica a 2500 m.s.n.m. y presenta heladas temporales. Suelo con drenaje natural-buena y con bajo riesgo de inundación. La vegetación presenta viabilidad a varios cultivos como aguacate, cerezo, ciruelo, cítricos, calabazas, cacahuate, chicharo, chile, duraznos, perales, manzanos y a forrajes como avena, alfalfa, centeno y cebada. Zona de bosque natural con encinos, liquidambar, eucalipto y cedro blanco embellecen el lugar (actualmente deforestado), también existe vegetación secundaria como matorrales diversos. Los vientos dominantes corren de noroeste a sureste durante el día y cambian de suroeste a noreste antes y después del invierno.

ANALISIS DEL CONTEXTO URBANO:

VIALIDAD.- La avenida Camino Real de Toluca, con un ancho de 20 mts., es la vía principal de comunicación del terreno con otras áreas al poniente y oriente; recorre una zona popular densamente poblada; su capacidad es de tres carriles por sentido y se encuentra en condiciones óptimas para el paso de todo tipo de vehículos. La calle Hidalgo, con un

ancho de 5 mts. para dos carriles, esta deteriorada y recorre zonas populosas de muy bajos recursos, no cuenta con infraestructura y servicios.

SERVICIOS URBANOS. - Aunque la avenida Camino Real de Toluca cuenta con colector de aguas negras, no es posible usarlo, pues el nivel de terreno es más bajo al de la red. Dotar de agua potable no es problema, pues por la pendiente se abastece al conjunto (sistema por gravedad), pero se recomienda el uso de tanques reguladores para aliviar de la presión hidráulica a la tubería en las partes bajas. Existe red pública telefónica y la red eléctrica se encuentra en ambas vías de circulación por lo que es factible considerar 2 o 3 acometidas para alimentar al conjunto.

EQUIPAMIENTO URBANO. - Si bien, la zona cuenta con servicios de salud, abasto, educación y recreación, el constante aumento de la población obliga a considerar como requerimiento extra, los siguientes servicios:

- una clínica de primer contacto;
- una tienda de barrio, mercado o tianguis;
- ampliación de la escuela primaria;
- una escuela técnica de especialidades;
- un centro social popular y;
- zonas de recreación, deportes y juegos.

Estos servicios además, apoyarán las zonas populosas de la parte sur del terreno.

ANALISIS DEL USUARIO Y SU HABITAT:

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO.- Familias de 5 a 6 miembros - promedio con problemas de organización social, ya que del 10% al 35% están desintegradas pues falta algún miembro importante, padre o madre. El índice de natalidad es muy alto porque la incorporación de las mujeres a la etapa de reproducción es entre los 14 y 20 años. Este aspecto se refleja posteriormente en condiciones precarias de vida, mortalidad infantil y gran incidencia de abortos. La estructura ocupacional de este sector de la población se caracteriza por: la población económicamente activa, arroja de 3 a 4 personas en la tasa de dependencia por trabajador; dadas las condiciones de trabajo y el monto de los ingresos, cada familia debe tener 2 o más personas que trabajen para lograr los ingresos necesarios y garantizar la mínima supervivencia. Esto significa la incorporación temprana de niños al mercado de trabajo y la retención de los trabajadores hasta edades avanzadas. Entre un cuarto y un tercio de la población puede considerarse desocupada, subempleada o empleada en actividades social y productivamente innecesarias. Existe -- por estas razones, el problema del ocio, ocasionando problemas sociales como delincuencia y vagancia. Dos tercios de la población de 6 o más años son analfabetas catalogados; un tercio de éstos son reales, a los restantes se les dificulta leer y escribir aunque lo sepan. La población que supera el nivel primario llega apenas al 10%. La incomunicación se manifiesta en la nula o poca movilidad espacial y -

social, con la subsecuente falta de participación para cualquier tipo de actividad. Las relaciones sociales se realizan fuera de la vivienda y se crean relaciones de vecindad muy fuertes, para coadyuvar la seguridad psicológica de éstos -- marginados. No tienen una consciencia social y son fácilmente manipulados. El hacinamiento, la promiscuidad, el deterioro y la insalubridad son los elementos que caracterizan su vivienda, pues no cuentan con el apoyo mínimo de servicios e infraestructura.

DESCRIPCION DEL CONJUNTO:

Consta de 1140 viviendas, lo cual significa una densidad alta (864 Hab./Ha.); se distribuye de la siguiente manera:

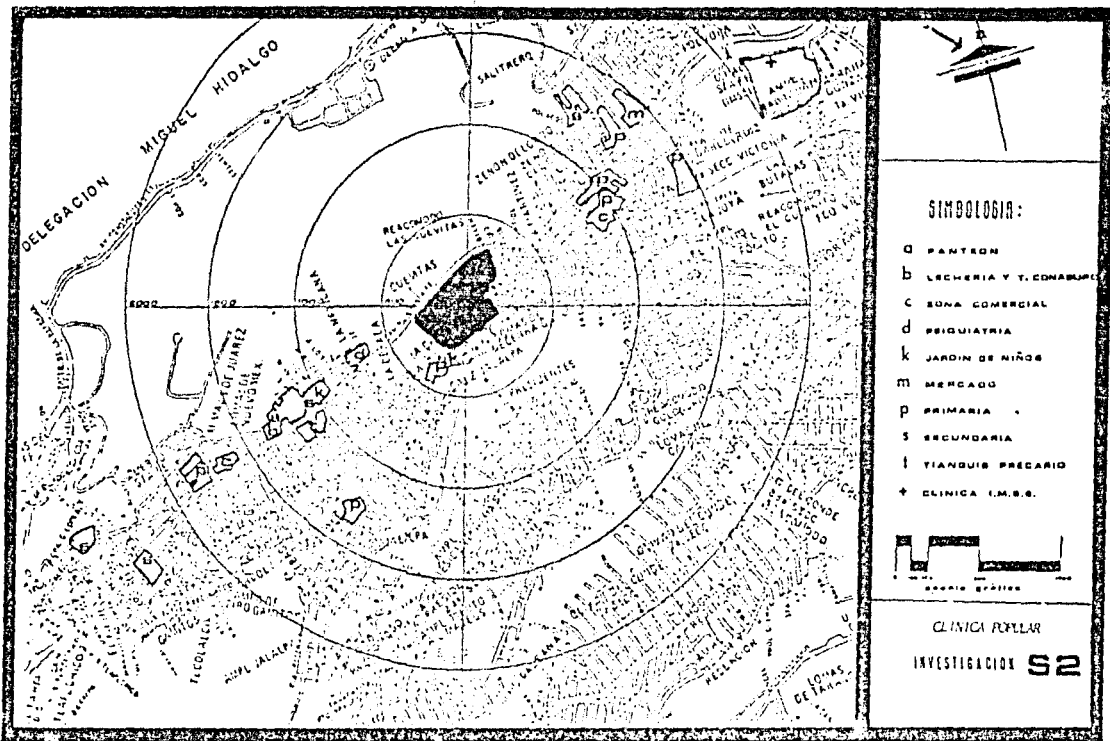
- Vivienda 69.2%; Comercio 0.8%; Equipamiento Urbano y Areas de donación 20.0%; Circulaciones 10.0%, se optó por un porcentaje bajo, pues la pendiente eleva el costo de construcción.

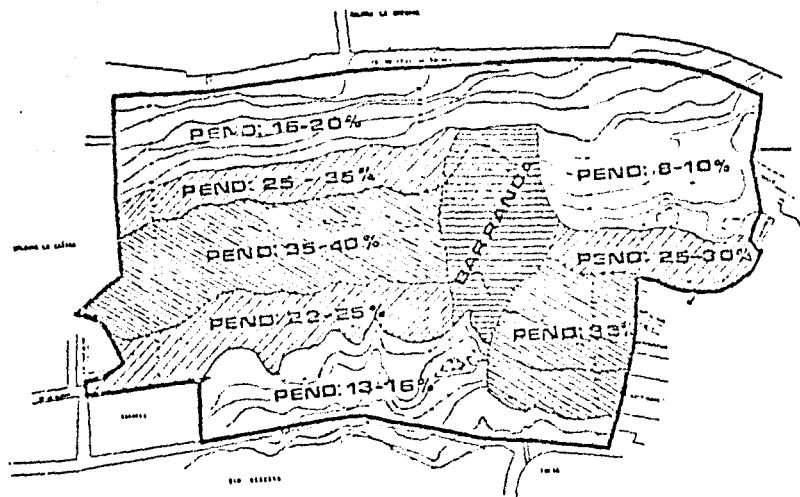
Para la dotación del equipamiento necesario para el conjunto, se propone:

- Clínica de primer contacto
- Escuela de capacitación técnica
- Mercado y Tianguis
- Centro social popular
- Areas de recreación, deportes y juegos

En esta parte de la ciudad se tiene una densidad promedio actual de 450 a 800 Hab./Ha., sin embargo, en diez o quin

ce años la población aumentará considerablemente de 1000 a - 1200 Hab/Ha., pues se pretende convertir la avenida Camino - Real de Toluca en una vía de acceso, la cual comunique a la ciudad con el Estado de México y algunas ciudades medias; es to significa crear un corredor urbano donde existan comer---cios, industria ligera, vivienda y otros servicios. Como con--secuencia, el equipamiento y servicios necesarios para el --conjunto y las zonas populosas al sur del terreno, serán in--suficientes.





USO DEL SUELO

TERRENO PARA CONSERVACION DE ANIMALES, SIN SER EXPLOTADO, QUANTO AL CLIMA EL DISEÑO DE EL SUELO TIENE UN GRAN PAPEL EN EL SUELO.

AREA PARA DESARROLLO DE MEDIO AMBIENTE Y SERVICIOS SOCIALES.

DISEÑO PARA CONSERVACION DE SUELO EN UNO DE LOS DISEÑOS DE INTERES PARA EL SERVICIO SOCIAL, EN EL DISEÑO SOCIOLOGICO.

DOMINIO

CLINICA POPULAR

TERRENO

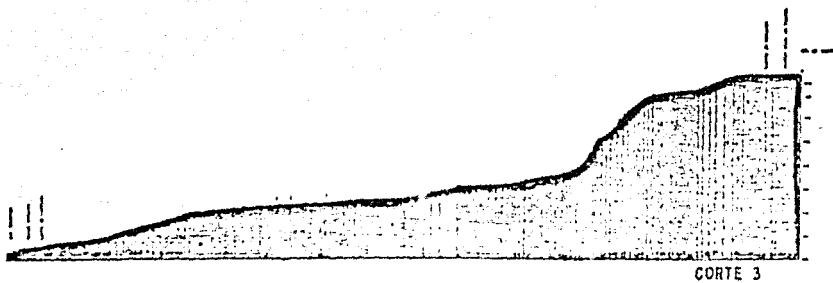
ESTUDIO DE PENDIENTES

UOAM
 Facultad de Arquitectura
 Tercer Semestre
 CARRERA: ARQUITECTURA

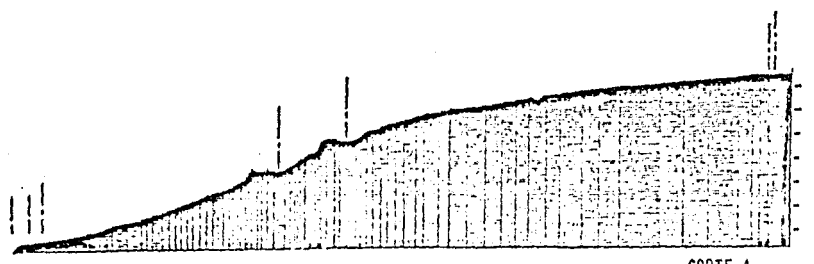
T-05

FECHA: 11/02/02

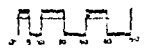
FECHA: 11/02/02



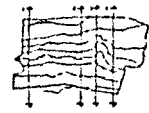
CORTE 3



CORTE 4



LOCALIZACION DE CORTES



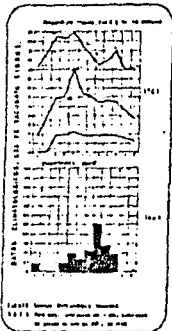
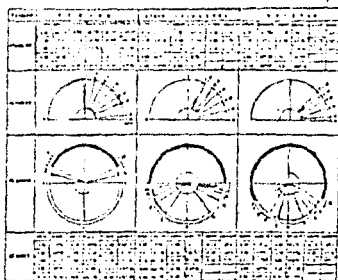
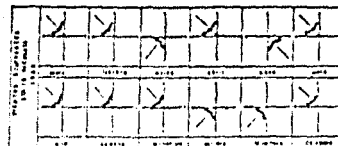
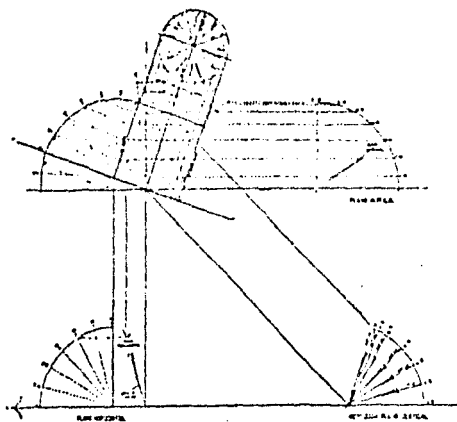
CLINICA POPULAR

TERRENO

CORTES TRANSVERSALES

URB III	T-04
Facultad de Arquitectura	
Curso: Urbanismo	
Fecha: 10/01/2011	
Escala: 1:100	Hoja: 25

LETTER UP BY NAME OF CLIMA



CLINICA POPULAR

GRAFICA SOLAR

México de clima benigno y seco.

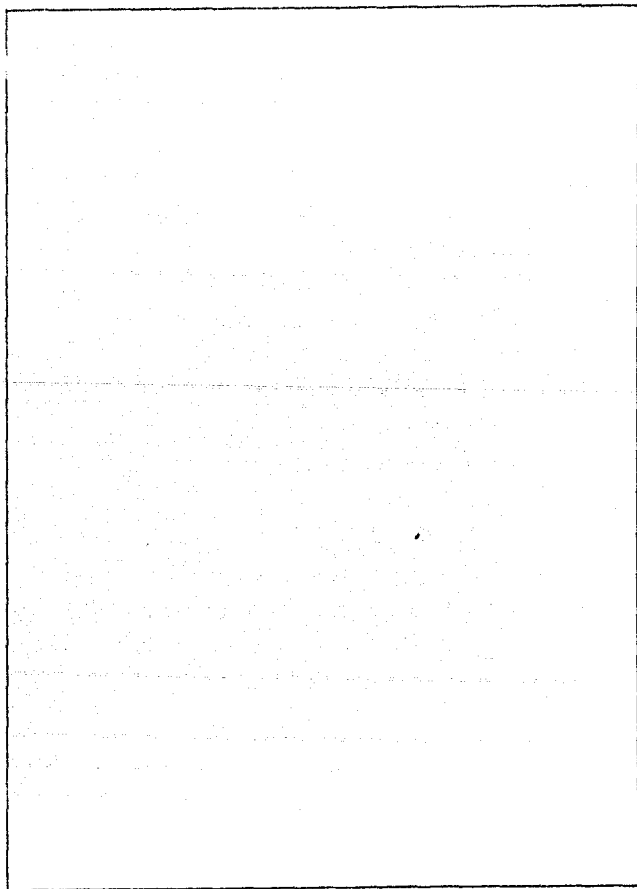
MAR 1955

Facultad de Arquitectura
Laboratorio de Climatología
Clima Mexicano

T-07

Fecha: Sept. 55

METODO DE
DISEÑO



PROCESAMIENTO DE LA INVESTIGACION:

El método de diseño propuesto, se basa principalmente en una interpretación topológica, producto de la valoración del elemento con sus partes respecto a su función, circulación y adaptación al medio ambiente. Permite concretar y unificar todos los datos de investigación en una red de interacciones cuyo fin, es traducir los requisitos y limitantes del proyecto, a relaciones óptimas de las partes, e integrarlas en un todo congruente.

El sistema de ordenamiento de la información, se divide en dos niveles: lo urbano y lo arquitectónico; éstos a su vez, se desglosan en cinco aspectos básicos:

- 1.- Aspectos Funcionales: relaciona a los elementos con su función y uso, e incluye áreas y mobiliario necesario.
- 2.- Aspectos Formales o Geométricos: relaciona los componentes o partes del edificio, mediante un esquema de composición que determina el largo, ancho y alto.
- 3.- Aspectos Ambientales o de Contexto: se refiere a las vistas, ruidos, topografía, vegetación, asoleamiento, etc.
- 4.- Aspectos Expresivos o de Espacio: incluye la figura, el color, la métrica (proporción, ritmo y escala), el orden y aspectos sgnicos como el carácter, la unidad, la historicidad e intención.
- 5.- Aspectos Constructivos o de Límite: habla de la

estructura (apoyos, divisiones y cubiertas), el modo de hacerlas y los recursos materiales y humanos necesarios.

ANALISIS A NIVEL URBANO: (el conjunto)

Valoración de los factores que afectan la ubicación - de los elementos del conjunto y su jerarquización:

FACTORES	ELEMENTOS				
		Mercado	Clinica	Escuela	Centro Social
Ambiente Natural	5%	2.5%	5.0%	2.5%	2.5%
Terreno	30%	10.0%	30.0%	20.0%	5.0%
Infraestructura	30%	30.0%	30.0%	30.0%	10.0%
Vialidad	10%	9.0%	10.0%	- o -	- o -
Distancia	15%	15.0%	15.0%	- o -	7.5%
Usos Futuros	10%	10.0%	4.0%	- o -	2.0%
TOTAL	100%	75.5%	94.0%	52.5%	27.0%

Los valores dados en porcentajes a los factores, se refieren a cualidades con respecto al elemento, esto es: - en el terreno se considera la topografía (terreno plano 0% terreno con pendiente 100%), la infraestructura necesaria- según actividades (agua, luz, drenaje, basura, etc.), el ambiente natural necesario para evitar ruidos, olores, --- vientos, etc., y obtener vistas y otras ventajas; vialidad y acceso vehicular indispensable, distancia peatonal y recorridos adecuados, usos futuros y la plusvalía que genera

rán. Interpretando los resultados, se ve que la clínica es el elemento que más requisitos debe satisfacer, por lo que tiene el porcentaje más elevado y quiere decir que su ubicación será dentro del conjunto pero cercana a la calle -- por vialidad e infraestructuras necesarias.

ANALISIS A NIVEL ARQUITECTONICO: (el elemento)

- A.- Definición de las partes que conforman el elemento, o Programa Arquitectónico.
- B.- Conexión entre las partes, según función. Análisis de interacción y sus valores.
- C.- Matriz de Relaciones.
- D.- Diagrama Ambiental.
- E.- Zonificación de Conjunto.

Es necesario aclarar que el programa arquitectónico se elaboró al considerar que la clínica popular tiene tres tipos de espacios; clínica, casa doctor y casa enfermera.

El primero es la base o el apoyo para el desarrollo de las actividades básicas del lugar, y del módulo espacial unitario de la clínica, se ajustaron los espacios de las viviendas.

A.

PROGRAMA ARQUITECTONICO

ELEMENTO PRIMARIO : CLINICA.

NO.	ESPACIO	ACTIVIDAD	MOBILIARIO Y EQUIPO BASICO	AREA(M2)
1	Pórtico Abierto	Sala de espera techada al aire libre.	Banca de carpintería/arbotantes	8.10
2	Recepción-Espera	Registro e Información	Escritorio/sillas/mesa centro/pizarrón/ tablero de información/archivero.	13.50
3	Consultorio	Consultas-Diagnósticos	Escritorio/sillas/vitrina para mat. quirúrgico/mesa exploración/lámpara de pie/ báscula/archivero/equipo de med. menor/lavabo/tanques de oxígeno.	14.40
4	Sala de Expulsión	Atención Médica de Urgencias, Cirugía Menor Partos.	Lavabo doble/mesa de cirugía/anaqueles/vitrinas/lámpara de quirófano/lámpara portátil/carro camilla/oxígeno/refrigerador/	15.48
5	Cuarto de Hospitalización Hombres	Recuperación	camas/mesa de hospitalización	15.48
6	Cuarto de Hospitalización Mujeres	Recuperación	camas/mesa de hospitalización	15.48
7	Pasillo-Espera	Circulación-espera int.	-----	24.00
8	Baño	Aseo	equipo de apoyo para mov. de enfermos.	14.40
*	Areas de apoyo	Aseo gral. y guardado	-----	3.00
	Escalera	circulación	-----	4.00

AREA SUBTOTAL DEL ELEMENTO : 132.36

ELEMENTO SECUNDARIO A : CASA DOCTOR.

No.	E S P A C I O	A C T I V I D A D	MOBILIARIO Y EQUIPO BASICO	AREA (M2)
9	Sala	- o -	- o -	28.80
10	Comedor	- o -	- o -	16.20
11	Cocina	- o -	- o -	14.40
12	P. Servicio	- o -	- o -	7.20
13				
15				
16				
17	Recámaras y			
18	Estudios.	- o -	- o -	68.40
14	Baño	- o -	- o -	4.00
*	Circulaciones	- o -	- o -	9.20
AREA SUBTOTAL DEL ELEMENTO :				<u>148.20</u>

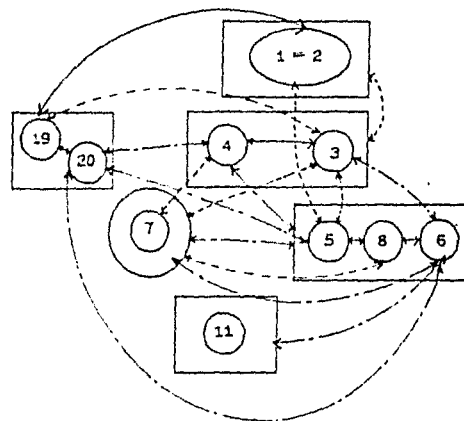
ELEMENTO SECUNDARIO B : CASA ENFERMERA

19	Estancia-cocina	- o -	- o -	16.20
20	Recámara	- o -	- o -	18.00
21	Baño	- o -	- o -	3.90
*	Escalera	- o -	- o -	6.50
AREA SUBTOTAL DEL ELEMENTO :				<u>44.60</u>
AREA TOTAL DE LA UNIDAD :				<u>325.16</u>

B. TABLA DE RELACION ENTRE PARTES

No.	ELEMENTO	2	3	4	5	6	7	8	11	19	20
1	PORTICO	4	2	1	0	0	0	0	-	2	-
2	RECEPCION-ESPERA		2	1	1	0	0	0	-	3	-
3	CONSULTORIO			3	2	2	1	-	-	1	-
4	SALA DE EXPULSION				2	2	1	0	0	0	2
5	HOSPITALIZACION HOMBRER					2	2	3	2	-	2
6	HOSPITALIZACION MUJERES						2	3	2	-	2
7	ESPERA INTERIOR							1	-	-	-
8	BAÑO HOSPITALIZADOS								-	-	-
9	COCINA CASA								-	-	-
10	ESTANCIA ENFERMERA										3
11	RECAMARA ENFERMERA										

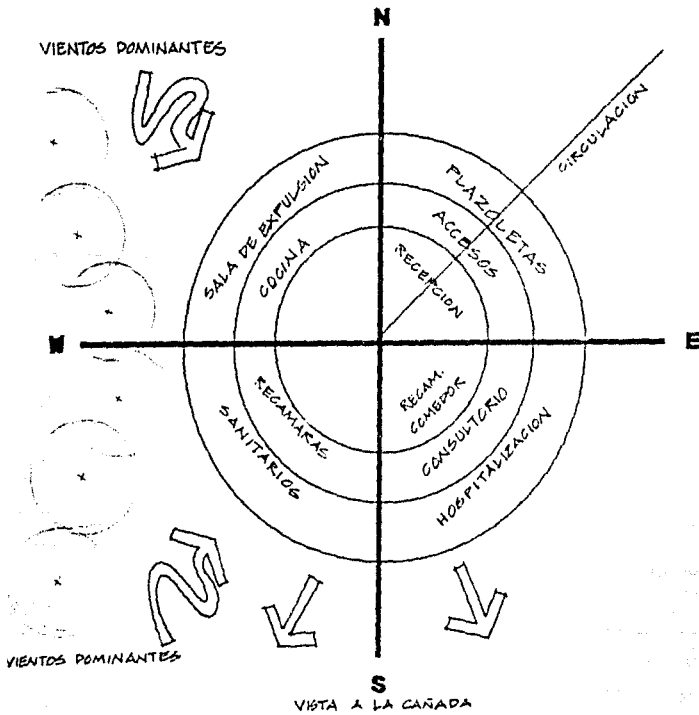
C. MATRIZ DE RELACIONES



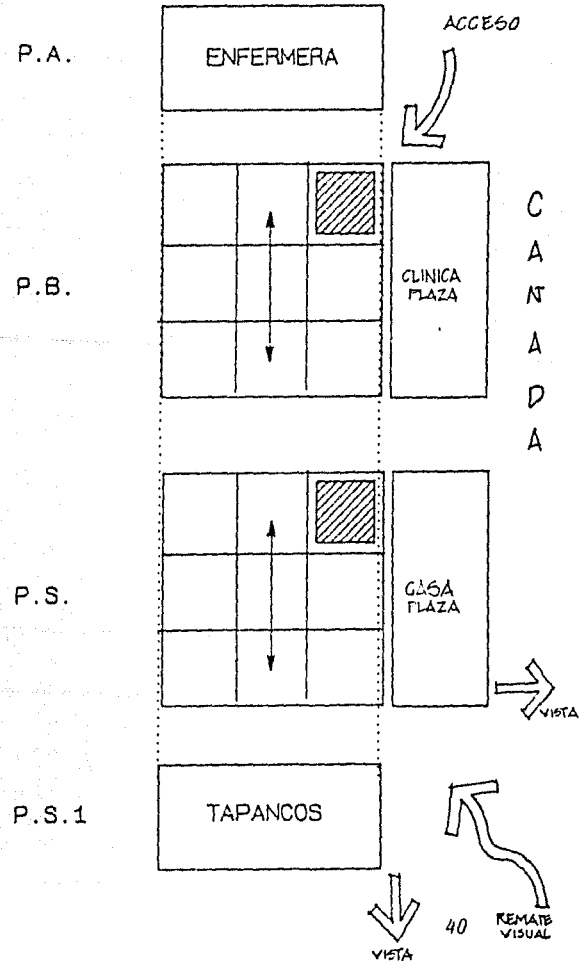
SIMBOLOGIA

- 4 SOBREPUESTO
- 3 INMEDIATO
- 2 CERCANO
- 1 LEJANO
- 0 AISLADO
- NO DETERMINANTE

D. DIAGRAMA AMBIENTAL



E. ZONIFICACION DE CONJUNTO

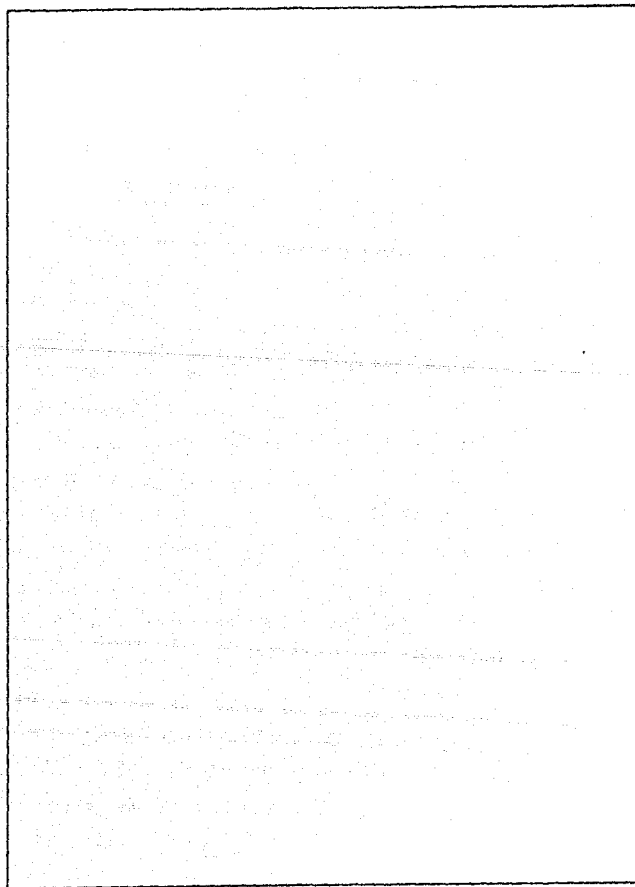


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROPUESTA
ARQUITECTONICA

PROYECTO

DESCRIPCION
DEL PROYECTO



RELACIONES CON EL CONTEXTO URBANO:

Para el mejor aprovechamiento del terreno, se pretende ubicar en la cañada todo el equipamiento necesario y que apoye la unidad habitacional. La intención es concentrar todos estos elementos e integrarlos en un esquema lineal que ondule según la pendiente de la barranca, y permite distribuir las instalaciones básicas para dicho equipamiento urbano. Partiendo de la teoría de los Polos, se ubican en las cabeceras de la cañada; en la parte norte el mercado y al sur la escuela, ya que son los mayores consumidores de servicios (agua, luz, energía eléctrica, etc.), y se encuentran ubicados por uso, cerca de la vialidad y accesos públicos. Entre éstos, se ubican la clínica y el centro social, el cual es la articulación entre todos los elementos, por medio de andadores, plazas, plazoletas, etc.

La clínica se ubica entre una vialidad local y uno de los principales andadores de la unidad, con el objeto de lograr un acceso fácil y rápido a la población, incluyendo el servicio vehicular (ambulancia). La localización de la clínica dentro del terreno, responde a la necesidad de concentrar las actividades mínimas indispensables de salud y su radio de acción proporcional a todo el conjunto. También considera los usos de la población local y la relación con cada elemento del equipamiento. Se han aprovechado los paramentos de las viviendas cercanas, como límite espacial de la zona verde y para jerarquizar los andadores de acceso.

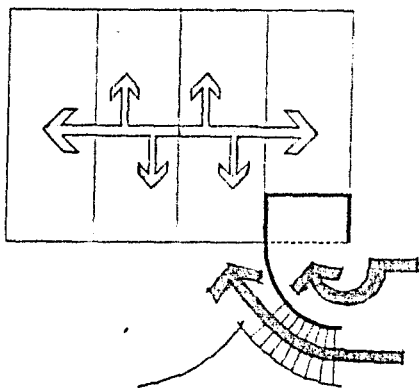


fig. 1

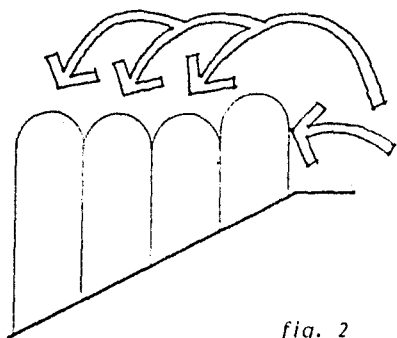


fig. 2

RELACIONES CON EL MEDIO FISICO:

El edificio se situará asimilando del entorno las arquitecturas espontáneas y propias, mediante el uso de materiales locales como: ladrillo, adobe, madera y otros. Respetándose la libertad del lugar, la sencillez volumétrica de la propuesta y el uso intensivo de masas vegetales delimitando espacios.

MANEJO DE ELEMENTOS FORMALES Y SIGNIFICANTES:

Debe expresarse como edificio de servicio público popular y como objeto visual, predominar para identificarlo fácilmente dentro del conjunto. Como elemento característico se proponen techumbres abovedadas logrando así, una forma de identificación inmediata con las viviendas. La fachada principal, tiene como elemento característico una bóveda inclinada, pues:

- al momento de romper el ritmo con las otras techumbres, jerarquiza el acceso.
- el muro bajo del acceso en forma de semicírculo, será el elemento que contenga la llegada a la clínica, en fatizado además, por una franja de vegetación. Al otro lado, se visualizará perfectamente el acceso a la vivienda del doctor.
- Funcionalmente, permite crear un espacio totalmente independiente.

La estancia del departamento para la enfermera, tiene la opción de integrarse al patio que da al frente, dando o-

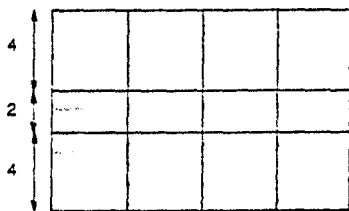


fig. 3

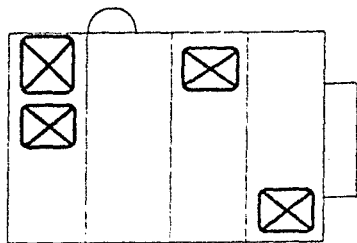


fig. 4

oportunidad a diversos usos al aire libre.

En la fachada suroeste se proponen dos sierras de ventana, elemento importante de nuestra cultura.

Puesto que en el edificio se dan dos actividades diferentes (clínica y vivienda), es necesario diferenciarlas mediante el uso de color y texturas.

En el acceso a la clínica, se crea un pórtico con el objeto de fomentar un espacio abierto que forme parte de la sala de espera.

ELEMENTOS ARQUITECTONICOS DEL EDIFICIO:

ENTRADA.- Includida en la forma general del edificio y surge solo después de pasar por una parte de éste, lo que la hace indirecta; jerarquizada con ayuda de pavimentos y masas de vegetación. (Fig. 1)

CIRCULACION.- En el interior horizontal, pues coincide con la organización geométrica-estructural del edificio. La circulación central pasa por espacios útiles y articula a éstos, por medio de circulaciones indirectas.

En sentido vertical, expresa elementos formales, (escalera enfermera y de servicio). Ruta de circulación transparente (muros curvos). (Fig. 1)

MASA.- Semejante entre la forma de la planta y de la sección. Refuerza la organización formal, determinada por ejes verticales que coinciden con la estructura y alinean una colección de bóvedas. La forma dominante resume la suma de elementos simples y repetidos. (Fig. 2)

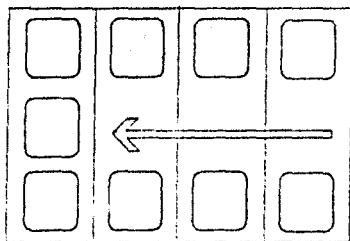


fig. 5

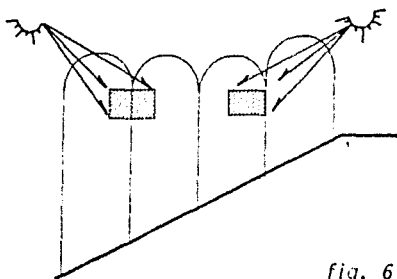


fig. 6

ESTRUCTURA. - Muros de carga aplicados a definir espacios, sobre un reticulado, que permite repetir en la vertical (dos plantas) el esquema y modular el espacio. (Fig. 3)

SERVICIOS. - Coinciden con los elementos estructurales; a menudo tratados en torno a elementos de circulación vertical y ubicados en el perímetro del edificio. (Fig. 4)

DEFINICION DE ESPACIOS. - Espacios principales generalmente divididos en espacios secundarios y limitados por la estructura. Combinados al conectarse por elementos de circulación. (Fig. 5)

LUZ NATURAL. - Penetra por lo general através de aberturas en las paredes y en diversas direcciones, según el uso del espacio. Aplicada a distinguir espacios o dar vistas exteriores. (Fig. 6)

DEL EDIFICIO AL ENTORNO. - Examen de las relaciones primarias entre un edificio y su entorno inmediato, destacando condiciones de acceso, topografía, zonas próximas, vistas y vegetación. Otro enfoque lo constituye los rasgos contextuales, tales como, lenguaje y geometría.

Ubicada en la parte alta de la cañada, céntrica al conjunto, accesible a la circulación vehicular, situada en un espacio despejado y rodeada de árboles. Todo esto, para jerarquizarla y obtener las orientaciones adecuadas en cada espacio. (Fig. 7)

El perfil del edificio es horizontal, en contraste con la pendiente. (Fig. 8)

Sirve como término de una gran perspectiva natural. La

CONSIDERACIONES CONSTRUCTIVAS:

Es necesaria la aplicación de tecnologías que se adapten a nuestras condiciones económicas y sociales. Tales tecnologías deberán resolver los problemas en función de la realidad constructiva de las clases marginadas, enfocadas al ahorro de capital, uso adecuado de la mano de obra y tendientes a disminuir la dependencia tecnológica, mediante procesos constructivos similares a los propuestos en el conjunto de vivienda, demostrando así, que existen otras alternativas de construcción más baratas y de mayor expresividad. Ejemplo de esto, es el sistema de bóvedas desarrollado por el Arq. Carlos Glez. Loba, para comunidades de bajos recursos, mismo que se utiliza en esta propuesta y se describe a continuación:

- Techumbre a base de bóveda de cañón corrido, construida mediante piezas prefabricadas de tabique rojo reforzadas con acero (dovelas) y una capa de concreto al exterior. No requiere cimbra ya que estas piezas se autoconstruyen en piso y se colocan manualmente apoyadas en cadenas de cerramiento y madrina (clave de la bóveda) para su posterior colado en conjunto.
- Muros de carga hechos con materiales de la región (adobe, tabique, etc.) para recibir los empujes y cargas de la bóveda.
- Piso-cimiento, es decir, una losa de cimentación que permita distribuir en toda el área, las cargas finales y evite hundimientos diferenciales.

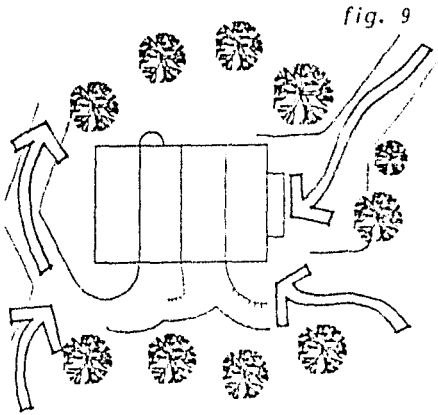
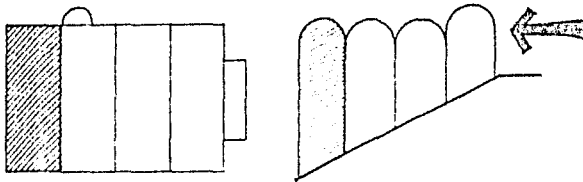


fig. 9



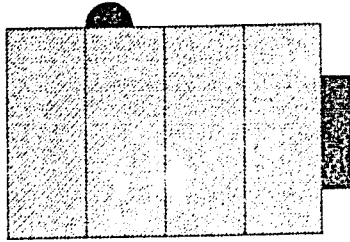


fig. 11

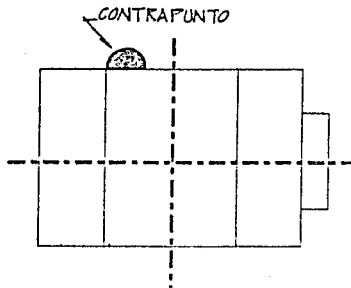


fig. 12

Las características más relevantes del sistema son:

- No requiere mano de obra calificada
- Permite la autoconstrucción
- Reduce la cantidad de material y mano de obra
- En las bóvedas, se obtiene mayor espacio debido a su geometría.
- Doble uso en muros, transmiten la carga y sirven como lugares o espacios de guardado, por medio de salientes, rematamientos y entrepaños.
- Materiales locales, accesibles y conocidos.

CRITERIO ESTRUCTURAL:

Debido a la ubicación del terreno, no existe problema con respecto a la resistencia del suelo pues es de 5 Ton/m². Sin embargo, por estar considerado dentro de una zona arenosa, se debe tomar en cuenta la posibilidad de deslizamientos en función de la pendiente que existe, originando movimientos horizontales y hundimientos diferenciales.

Por lo dicho anteriormente, toda cimentación debe evitar las deformaciones en la estructura del edificio, para lo cual se desplanta la construcción sobre una losa de concreto armado que hará las veces de plataforma, logrando así, desplazamientos uniformes. En el extremo del edificio, se propone el uso de un muro de contención de concreto armado cuya función sea la de contener el relleno de la pendiente.

La superestructura se compone de muros de carga transversales a la pendiente del terreno, anarrados por medio de

FORMAS GEOMETRICAS
RECTILINEAS Y
ANGULARES

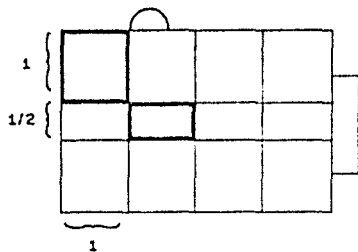


fig. 13

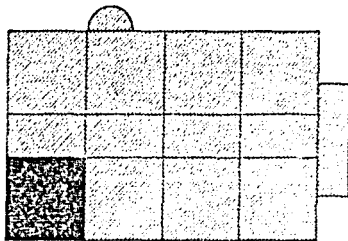


fig. 14

castillos y cadenas de cerramiento "tipo". Para la contención de los niveles en las plataformas, se proponen muros de tabique ligados a las cadenas de desplante de la losa de cimentación correspondiente.

En el entrepiso, se propone el sistema de vigueta y bovedilla, por presentar las siguientes características:

- rápida instalación
- aislante térmico
- permite el paso de instalación eléctrica y sanitaria
- ligero y de menor costo que una losa maciza.

CRITERIO DE INSTALACIONES:

HIDRAULICO-SANITARIA. - El abastecimiento será por medio de la red municipal a través del sistema de gravedad, pues la pendiente lo permite. A su vez, se conectará al tanque de almacenamiento y/o a una cisterna. La red correrá a un lado del edificio siguiendo la pendiente del terreno y cambiando de dirección en donde sea necesario abastecer.

La instalación sanitaria en baños será por colector municipal, siendo esta la mejor opción, debido a que la clínica es receptor de innumerables enfermedades, y por lo tanto, requiere de la mayor asepsia para evitar algún contagio.

Para la captación y almacenamiento de agua de lluvia, se propone usar canulones laterales a las bóvedas y una bajada de agua pluvial a registro, para de aquí conducirla a los estanques de almacenamiento, de la zona verde en cañada.

ELECTRICA.- La tubería será oculta. Se proponen dos tipos de iluminación: incandescente y fluorescente, su uso estará en función de las actividades que se realicen en cada lugar, pero en todos los casos se consideró importante la utilización de luz indirecta para crear espacios agradables, - excepto en áreas de trabajo. La ubicación, tipo de material, especificaciones de instalación, se apegarán a las normas reglamentadas por las autoridades de salud correspondientes.

CRITERIO DE ACABADOS:

CLINICA.- En general deben de ser de fácil mantenimiento, durables e instalación sencilla.

Techos: deben de permitir una iluminación limpia y constante. Evitar la caída de material.

Muros: en zona de trabajo médico y hospitalización, deben ser aislantes acústicos. El acabado final, - liso, fácil de lavar y de color claro.

Pisos: antiderrapantes, resistentes y en zona de trabajo, blandos.

INSTALACIONES ESPECIALES:

Por el tamaño de la clínica, unicamente se deberá considerar una pequeña planta de luz para abastecer de energía eléctrica las zonas de trabajo médico y aparatos de refrigeración.

FACTIBILIDAD

COSTOS Y FINANCIAMIENTO:

Como criterio general de análisis de precios unitarios, se seleccionó el costo del sistema constructivo Piso-Cimiento y Bóveda de tabique, ya que representan las dos tecnologías alternativas más viables dentro de una esquemática comparación contra los sistemas de construcción tradicional

PISO-CIMIENTO (para suelo blando)

CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<i>Acero:</i>				
Varilla 3/8"	Kg.	118.58	104.65	12,409.51
Alambión 1/4"	Kg.	73.23	104.49	7,652.80
Al.Recocido	Kg.	2.66	139.46	371.96
Malla Electr.Sld.	M2	34.56	261.28	9,031.44
<i>Concreto:</i>				
Cemento	Kg.	1485.59	18.50	27,483.55
Arena	M3	1.96	2492.00	4,485.18
Grava	M3	3.92	2492.00	9,783.66
TOTAL				71,218.10

Nota: Material para un cuarto de $3.75 \times 10.0 = 37.50$ M2

Incluye colado y firme / costos de agosto de 1985

Comparativo: *cimiento ciclópico* \$ 191,485.71
cimiento mampost. \$ 103,139.87-ahorro de 46%
piso-cimiento \$ 71,218.10-ahorro de 60%

BOVEDA DE TABIQUE ARMADO:

CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
<i>Acero:</i>				
varilla 3/8"	Kg.	212.09	104.65	22,195.33
alambón 1/4"	Kg.	12.13	104.49	1,268.03
alambre recoc.	Kg.	4.00	139.50	558.10
<i>Concreto:</i>				
cemento	Kg.	2245.73	18.50	41,546.05
arena	M3	4.23	2492.00	10,548.01
grava	M3	1.91	2492.00	4,765.55
tabique	Millar	0.896	18825.50	16,870.65
mallalac (6x6-10/10)	M2	36.24	261.28	9,470.47
TOTAL				107,222.19

Nota: material para un cuarto de $3.75 \times 10.0 = 37.50$ M2

flecha del trípango = $1/3$ L (1.25 m)

costos de agosto/1985

Comparativo: Losa plana \$ 180,541.15

Bóveda concr. \$ 126,723.11 - ahorro 30%

Bóveda tabique \$ 107,222.19 - ahorro 40%

De manera global y en base a un antepresupuesto por concepto y partida de obra, el costo por M2. para viv. de interés social es:

	Tec. Alt.	Sist. Trad.
costo x M2. de vivienda =	\$ 30,000.00	\$ 36,000.00
costo x M2. de clínica =	\$ 40,000.00	\$ 47,800.00
costo de 192.8 M2 de viv. =	\$5'784,000.00	\$6'940,800.00
costo de 132.36 M2 de la clínica social =	\$5'294,400.00	\$6'326,808.00
TOTAL	\$ 11'078,400.00	\$ 13'267,608.00

Nota: se observa claramente que hay un 16.5% de ahorro en el uso de las tecnologías alternativas propuestas, esto sin considerar el ahorro por autoconstrucción fácil, pues no requiere de mano de obra calificada.

Si se quiere ver realizado este proyecto y lograr los -diversos propósitos antes planteados en otros capítulos, se-deberán tomar como puntos de la estrategia operativa los si-guientes:

1o.- La clínica (entendida como institución social), de-berá estar reconocida (como una alternativa real de presta--ción del servicio salud) por alguna de las diversas institu-ciones y dependencias autorizadas de la Secretaría de Salud, mismas que aprovechando su mecanismo administrativo, brinda-rán asesoría permanente y otorgarán el fácil acceso (al médi-co en turno), para la actualización en materia médica, distri-bución de medicamentos, información sobre actividades de pre-vencción y seguridad social, etc. Asimismo, con respaldo en su

aparato legal, administrativo y médico permita que la clínica sea una (de otras muchas) posibilidades de hacer llegar la medicina social a la población.

20.- La comunidad deberá constituirse como un organismo de acción pública (sin objetivo de lucro) ya sea como asociación civil, organización comunal, junta de vecinos, etc., y logre integrar formalmente recursos humanos, políticos, sociales y de ser posible económicos.

30.- El médico deberá estar reconocido profesionalmente y aportar en términos reales de servicio a la comunidad su capacidad; además deberá hacerse cargo del costo de la vivienda que se encuentra en la clínica, y tendrá derecho a adquirir un crédito de vivienda por medio de algún organismo federal; en caso de que el médico deje la clínica, la vivienda podrá ser adquirida por otro a través de un crédito a terceros financiado por un organismo de vivienda.

Todo lo anterior, sirve para que los sectores público, social y privado participen de manera conjunta, permanente y con responsabilidades concretas a la realización del proyecto; en donde la institución de salud a petición de la comunidad destine recursos económicos (a través de un fideicomiso, crédito hipotecario, etc.) a un fondo común.

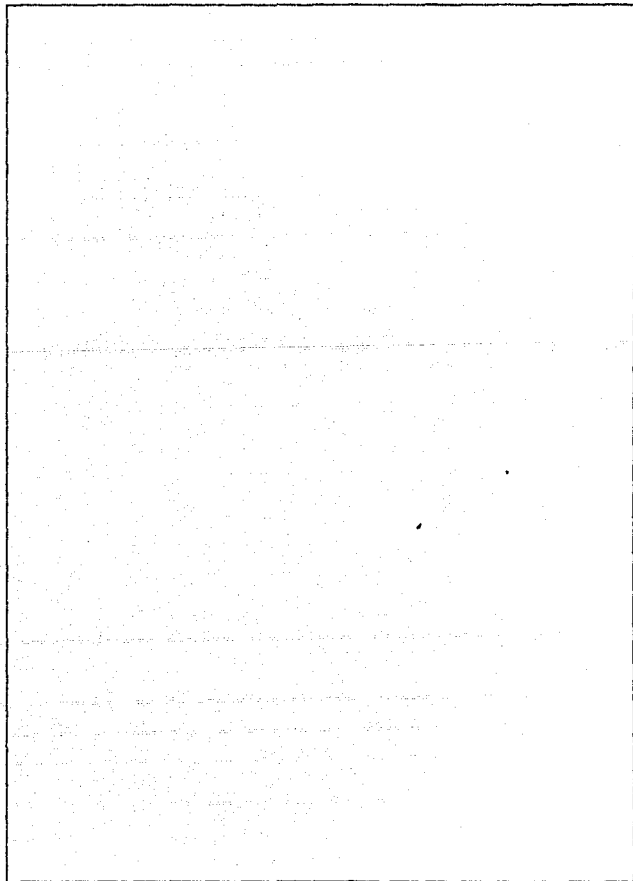
La comunidad participará con trabajos de autoconstrucción, y el doctor deberá asegurar de manera económica, el acceso de la población a este servicio. En apoyo a estas acciones se concertarán convenios de participación social con

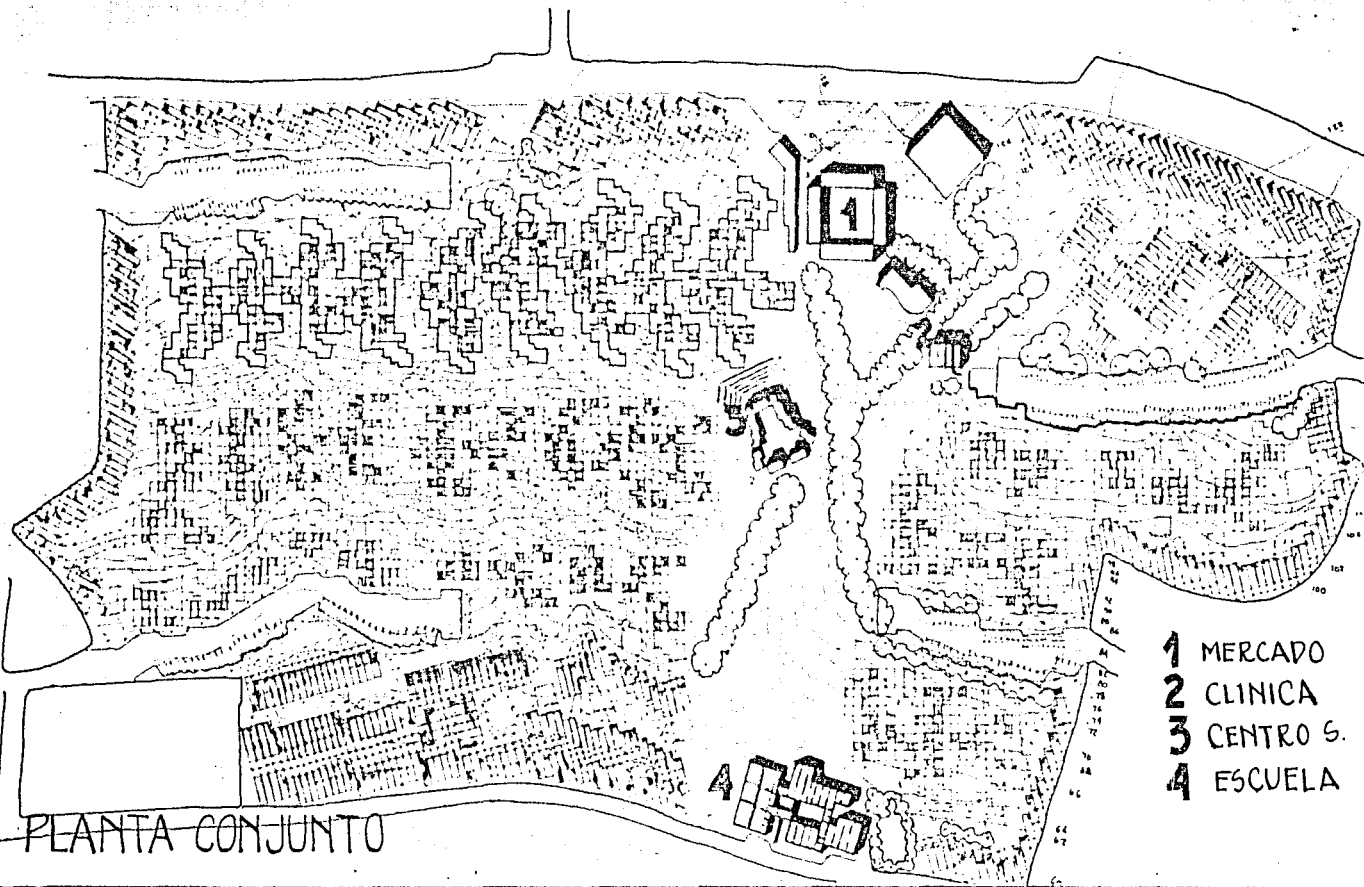
diversos organismos federales (educativos y de vivienda), - que apoyen en los aspectos financieros, administrativos, de organización de obra, asesorías técnicas, etc.

Sólo así, es posible que se establezca un vínculo para hacer del proyecto una realidad en la medida de la cooperación social y dar respuesta a las necesidades de los marginados, otorgándoles un servicio, garantizando un empleo y finalmente extender la cobertura del servicio para la salud.

MATERIAL



GRAFICO

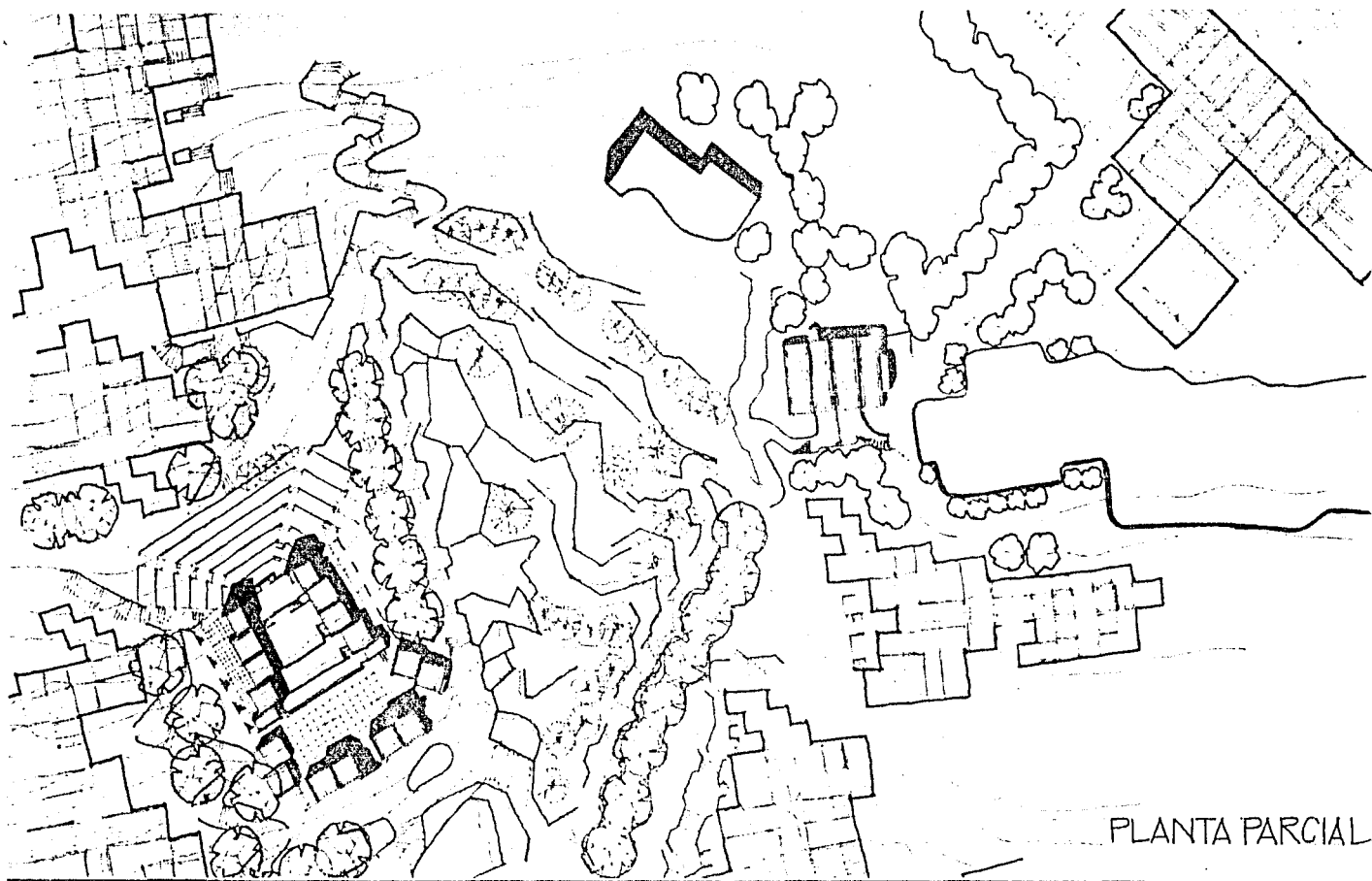




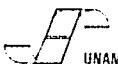

- 1 MERCADO
- 2 CLINICA
- 3 CENTRO S.
- 4 ESCUELA

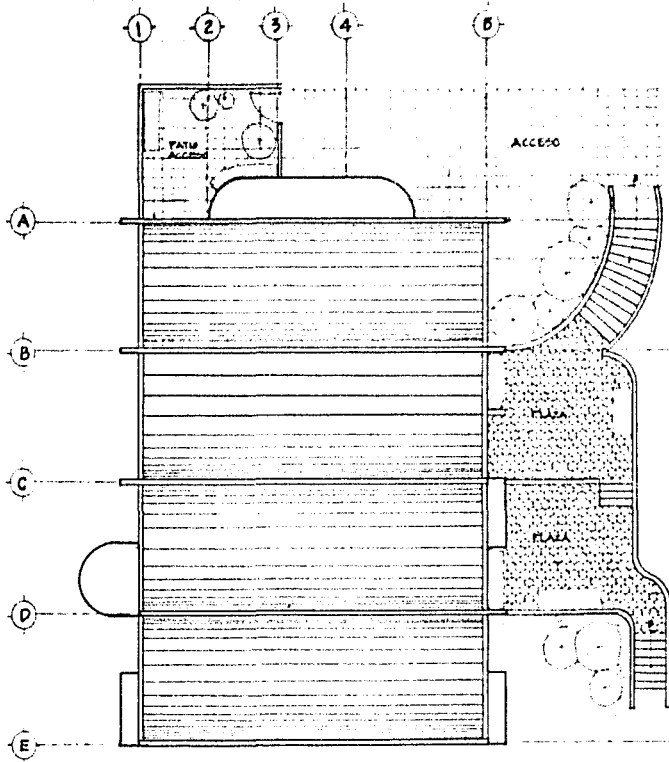
PLANTA CONJUNTO

TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	ARQUITECTONICO A-1	ebc: 4:1000 scot: 2:1	
	SEPT. 1981	7531 731-7	escala gráfica			

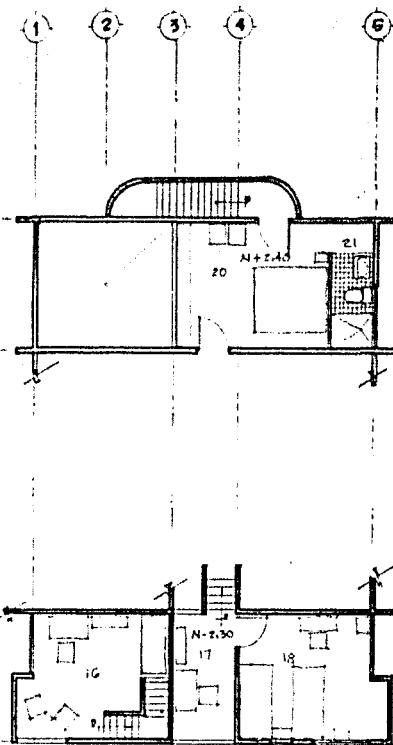


PLANTA PARCIAL



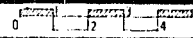
TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene aliva ortiz	ARQUITECTONICO A-2	esc: 1:500	
	FACULTAD DE ARQUITECTURA				BCOT: MTS	
SEPT. 1985		7539731-7	Escala gráfica			

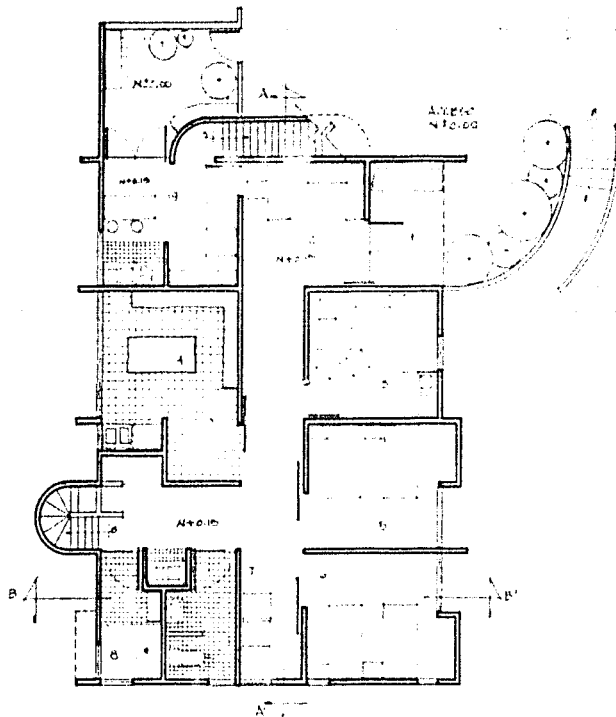


AZOTEAS



PLANTAS TAPANCOS

TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS	clinica popular	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene alva ortiz	ARQUITECTONICO A-3	ESC: 1:100	
	FACULTAD DE ARQUITECTURA		SEPT. 1985	7538731-7			

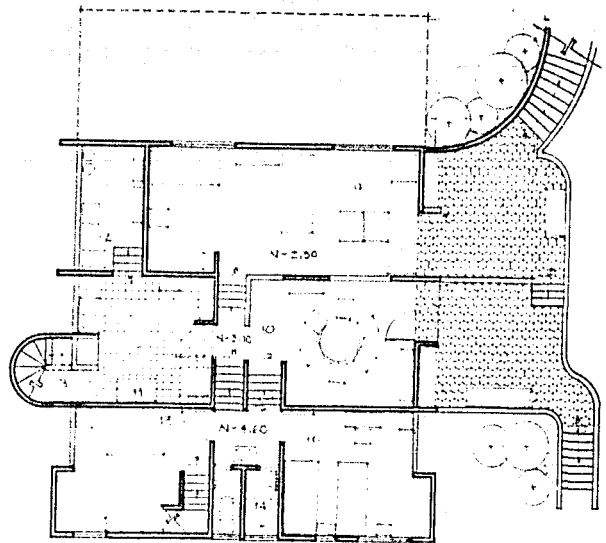


PLANTA CLÍNICA



- CLÍNICA
- 1 PORTADA
- 2 RECEPCION, ESCALA
- 3 CONSULTORIO
- 4 SALA EXAMINACION
- 5 HOGAR HOMBRES
- 6 HOGAR MUJERES
- 7 ESTRECHA
- 8 BANO

- 9 DOCTOR
- 10 PASILLO
- 10 CONSULTOR
- 11 COCINA
- 12 PATIO PERU
- 13 DORMITORIO
- 14 BANO
- 15 DORMITORIO
- 16 ESTRECHA DOCTOR
- 17 ESTRECHA
- 18 DORMITORIO

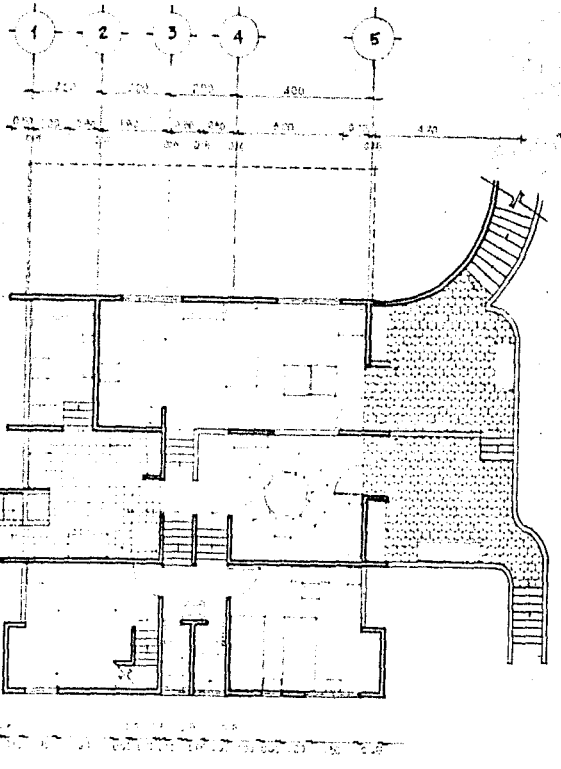
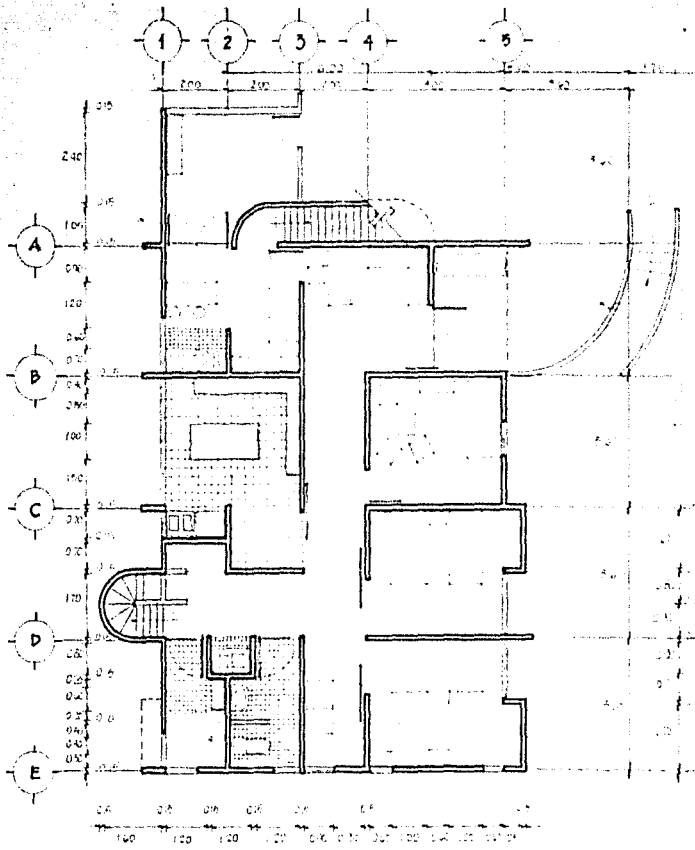
- 19 ENFERMERA -
- 19 ESTANCIA, COCINA
- 20 DORMITORIO
- 21 BANO





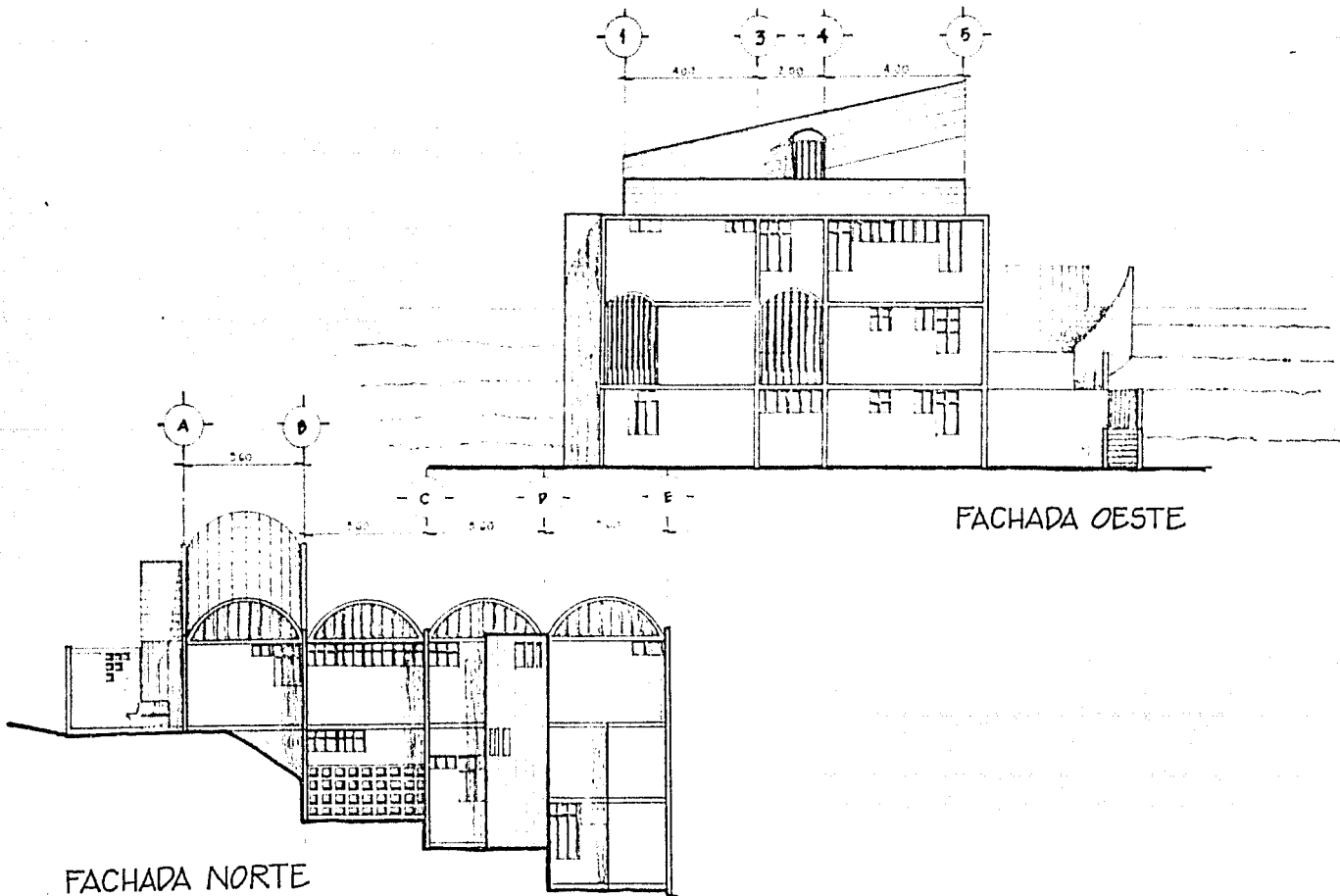
PLANTA CASA DOCTOR

TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	el taller de arquitectura	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	odich irone alvaro ortiz	ARQUITECTÓNICO A-4	ebc: 1:100 acot: M.T.S.	
	SEPT. 1985	7539731-7	escala gráfica				

ALBAÑILERIA





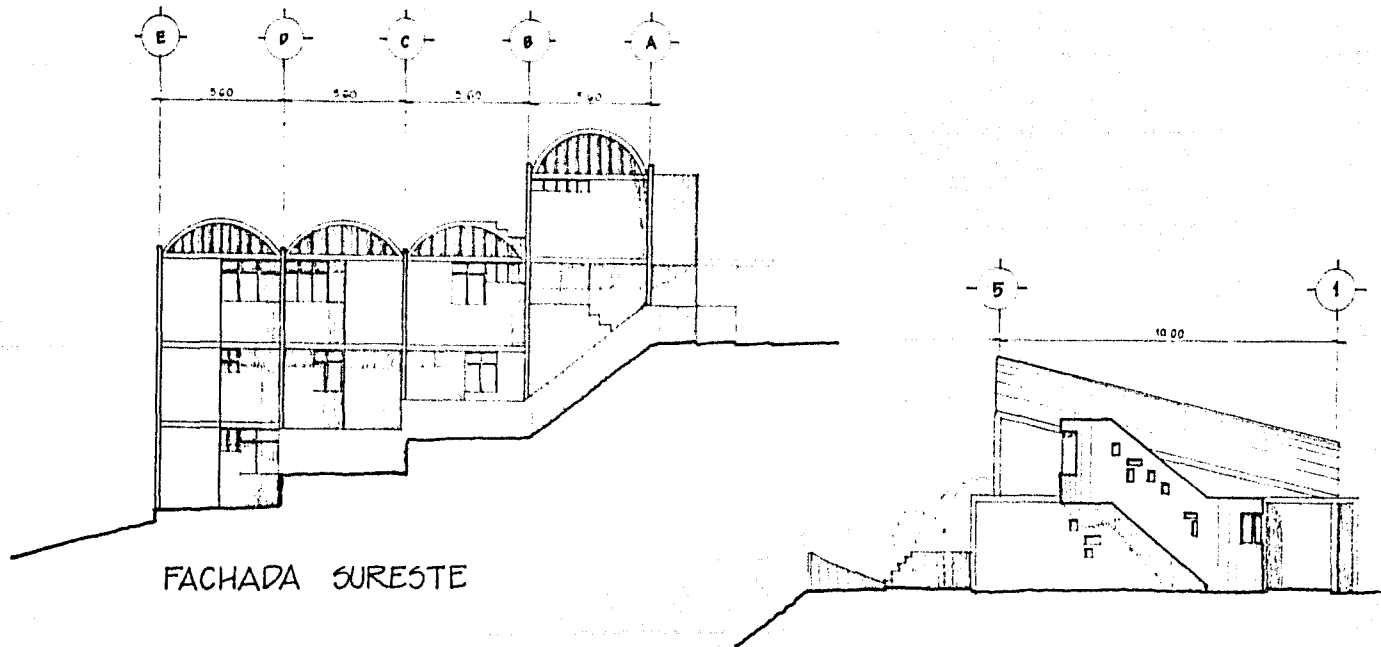
TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	edilma POPULAR	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith Irone silva ortiz	ARQUITECTONICO ALBAÑILERIA	A-5	esc: 1:100 acot: MT6	
	SEPT. 1985		7539731-7	escala gráfica				



FACHADA OESTE



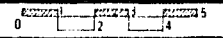
FACHADA NORTE

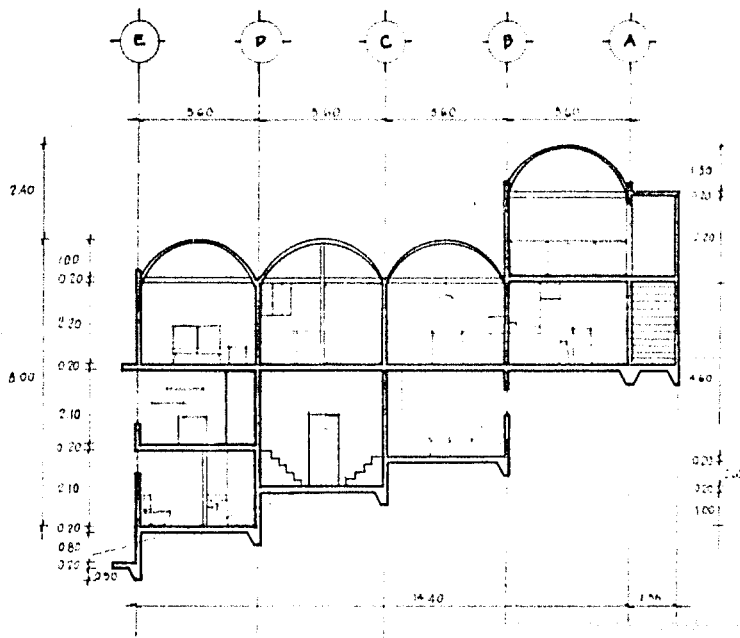
TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith ireno silva ortiz	ARQUITECTONICO FACHADAS	A-6	esc: 1:100 scot: MTs.	
	SEPT. 1985		7539731-7	escala gráfica			



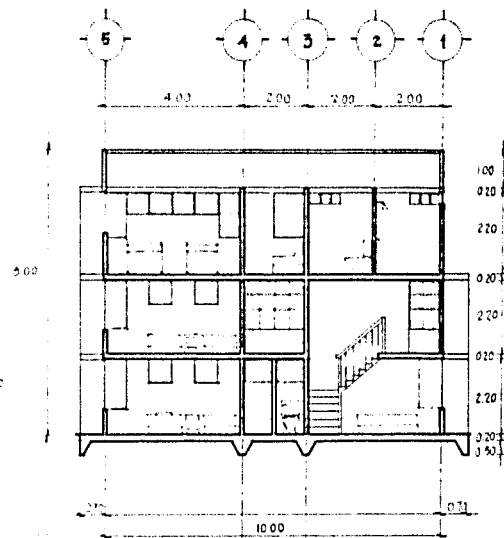
FACHADA SURESTE

FACHADA ESTE



TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	clinica popular	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	ARQUITECTONICO FACHADAS	A-7	esc: 1:100 scot: MTS.	
	SEPT. 1985		7538731-7		escala gráfica			

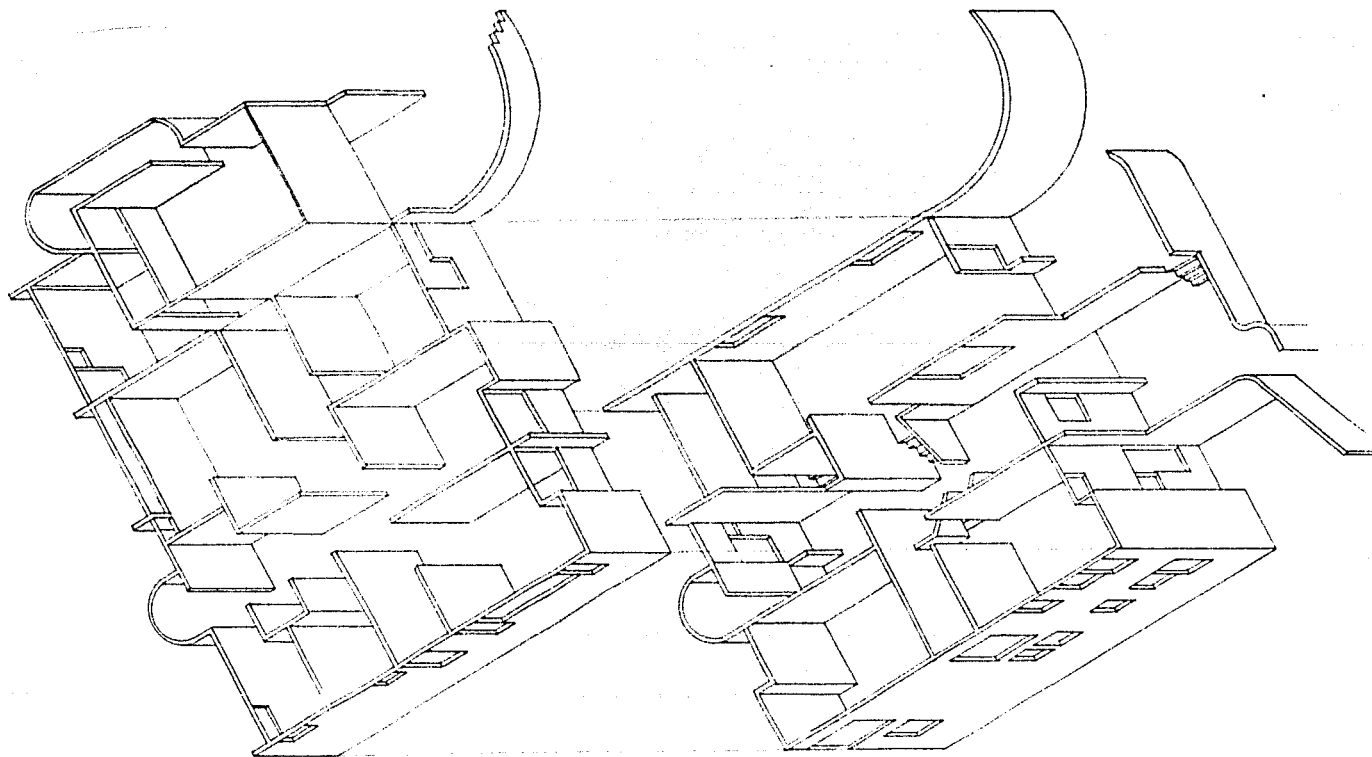




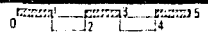
CORTE A-A'

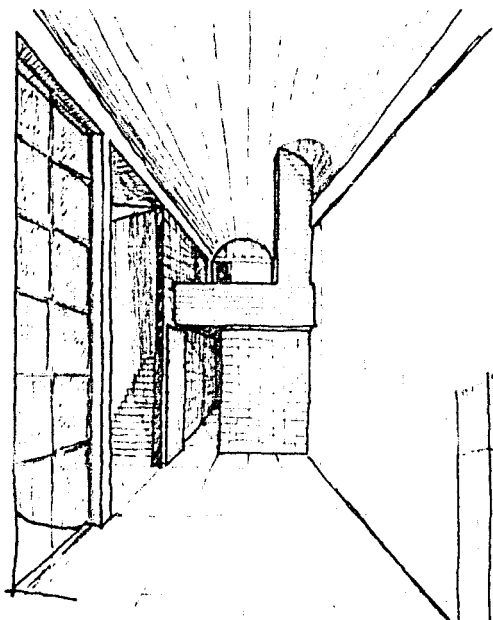


CORTE B-B'

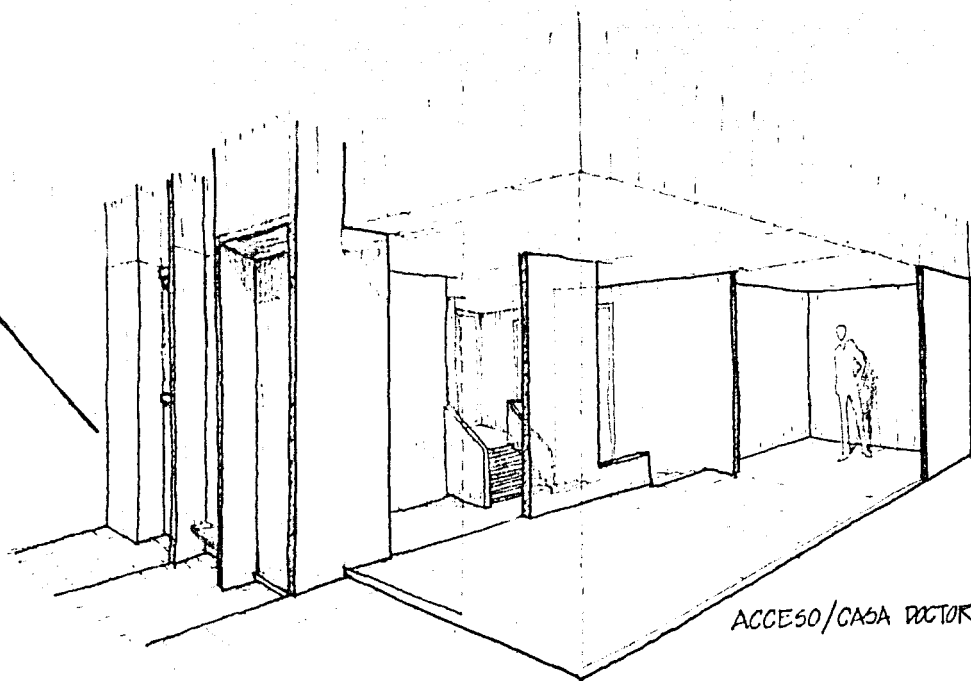
TALLER  UNAM	AUTOGESTIVO JOSE REVUELTAS	el inicio populista	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	ARQUITECTÓNICO CORTES	A-8	esc: 1:100	
	FACULTAD DE ARQUITECTURA		SEPT. 1985	7539731-7			escala Gráfica	





TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	clínica psiquiátrica	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	ARQUITECTONICO ISOMETRICO	A-9	esc: 1:100	
		SEPT. 1985	7539731-7		acot: SIN	escala gráfica		

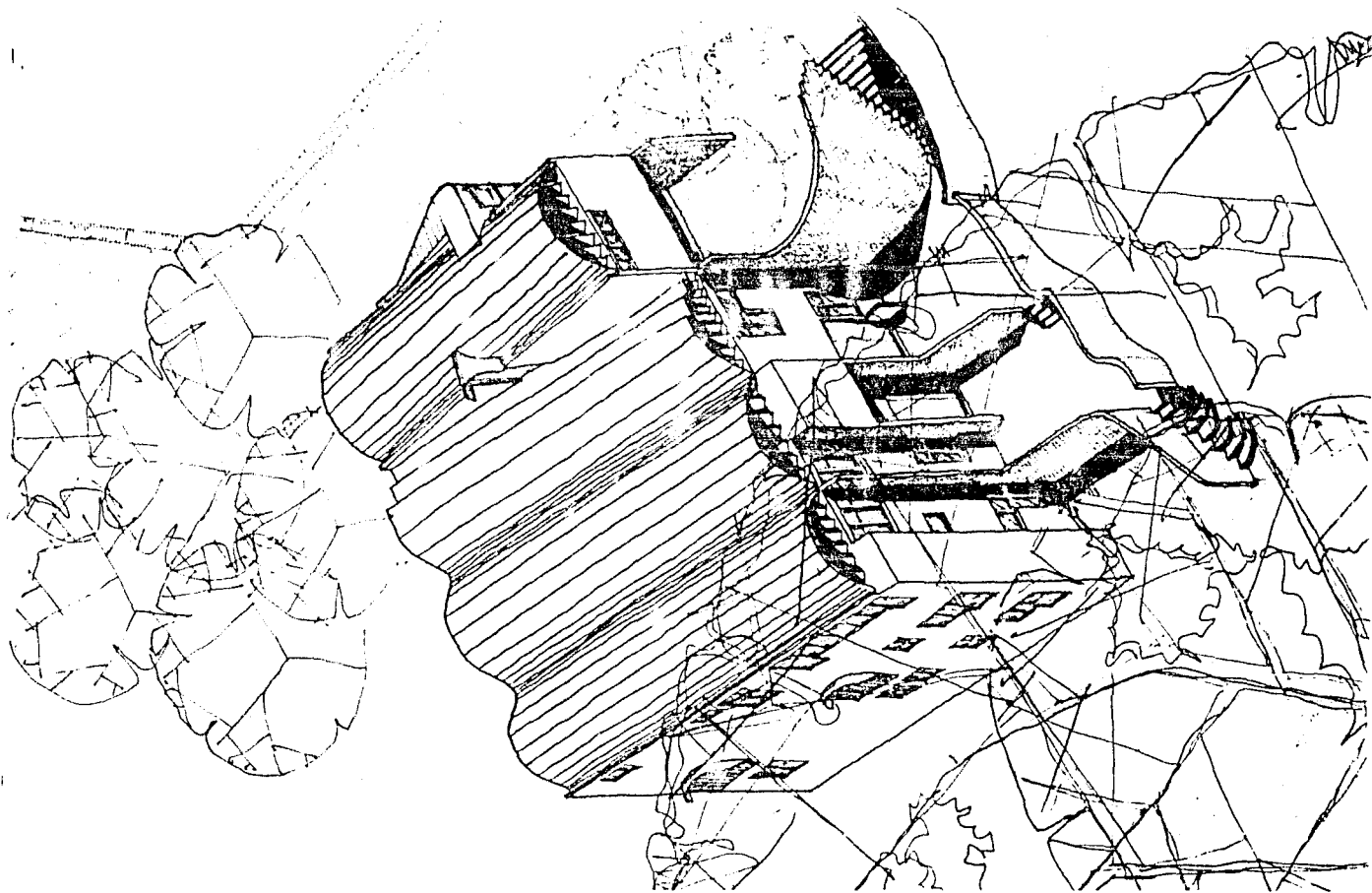


ESTANCIA ENFERMERA

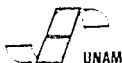


ACCESO/CASA DOCTOR

TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	clínica popular	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene aliva ortiz	ARQUITECTÓNICO PERSPECTIVAS	ESC: 1:20 ACOT: SIN	
			SEPT. 1985	7539731-7	A-10	ESCALA gráfica	



TALLER AUTOGESTIVO



UNAM

JOSE REVUELTAS

FACULTAD DE
ARQUITECTURA

elinia
popul

santa fé,
tacubaya, D.F.
álvaro obregón

SEPT. 1985

edith irene
silva ortiz

7539731-7

PERSPECTIVA

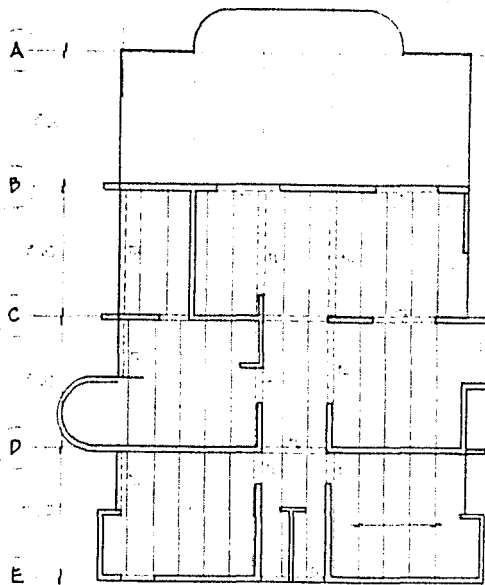
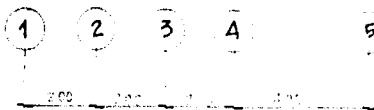
A-11

esc:
1:100

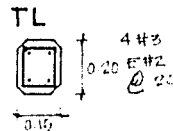
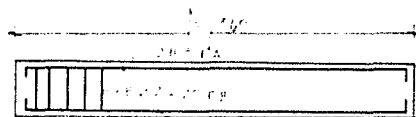
scot:
4/11.

escala
gráfica

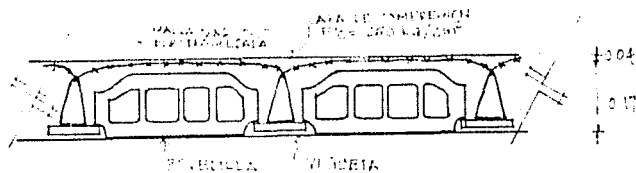




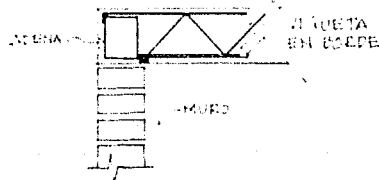
TRABE DE LIGA




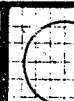
VIGUETA Y BOVEDILLA

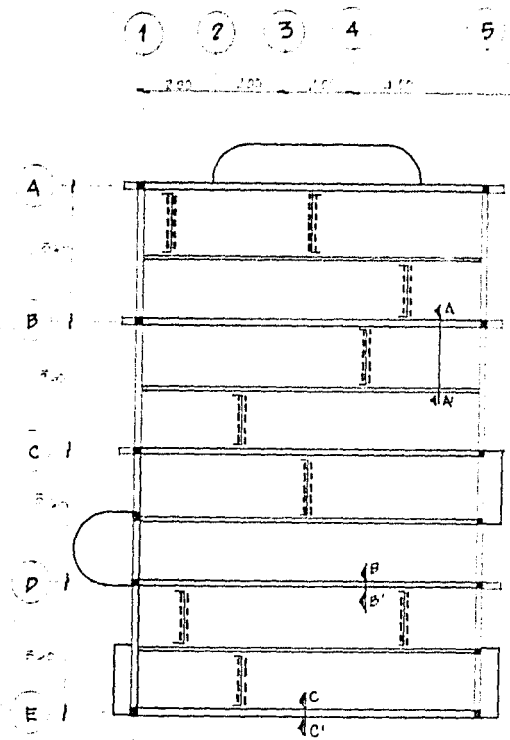


EMPOTRE



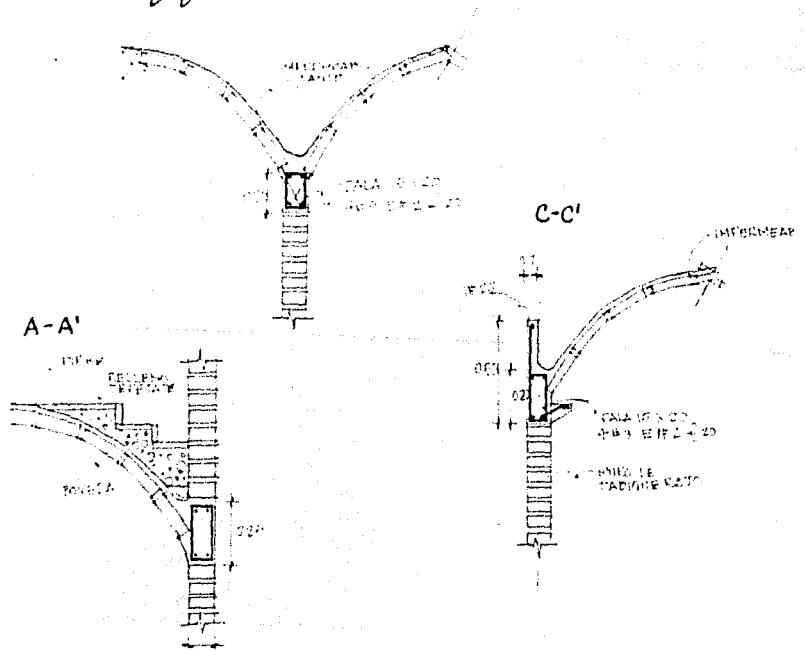
PLANTA ENTRE PISO

TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	clinica popular	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	ESTRUCTURAL	E-2	obs: 2/100	
	SEPT. 1985		7539731-7	escala Gráfica	scot: M 10			





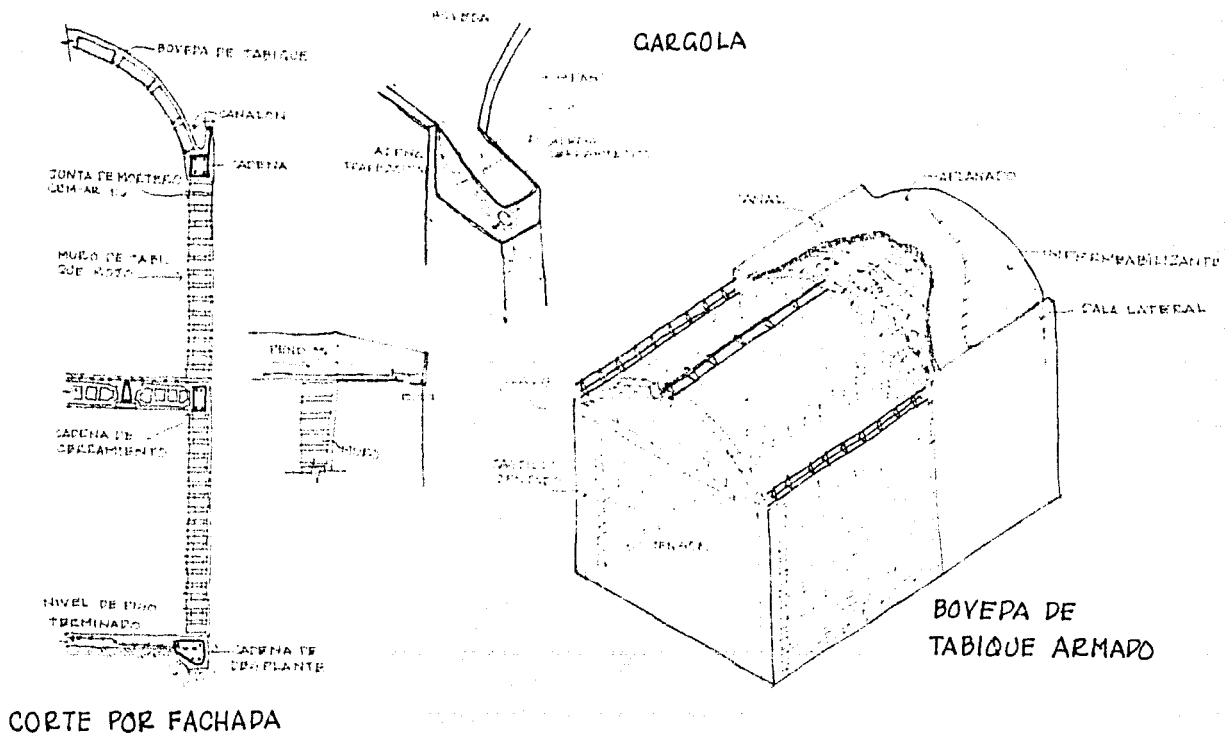
BOVEDA DE TABIQUE


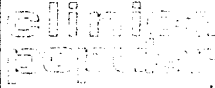
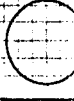
B-B'



PLANTA CUBIERTAS

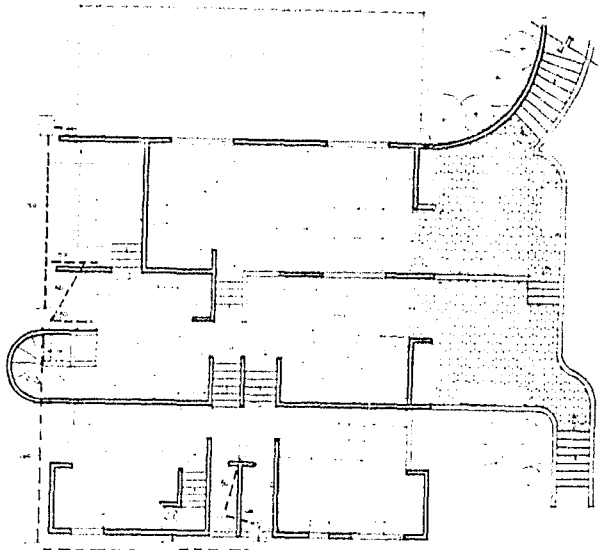
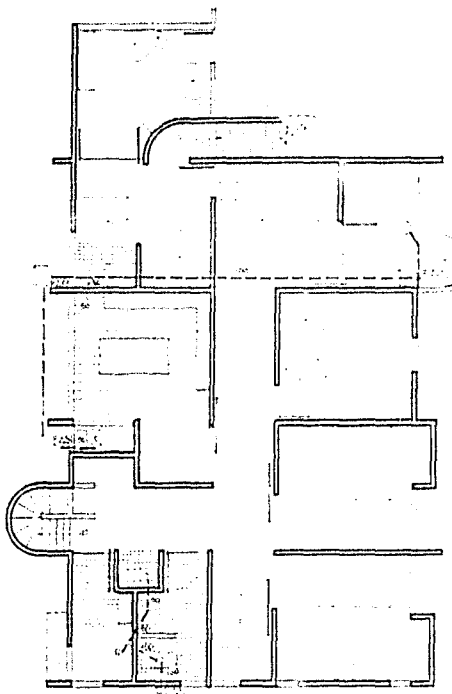
TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	Santa fé, Tacubaya, D.F. Álvaro Obregón	edith Irene Silva ortiz	ESTRUCTURAL E-3	SSC: 1:100 SCOT: MTS	
	SEPT. 1985	7539731-7	escala Gráfica			



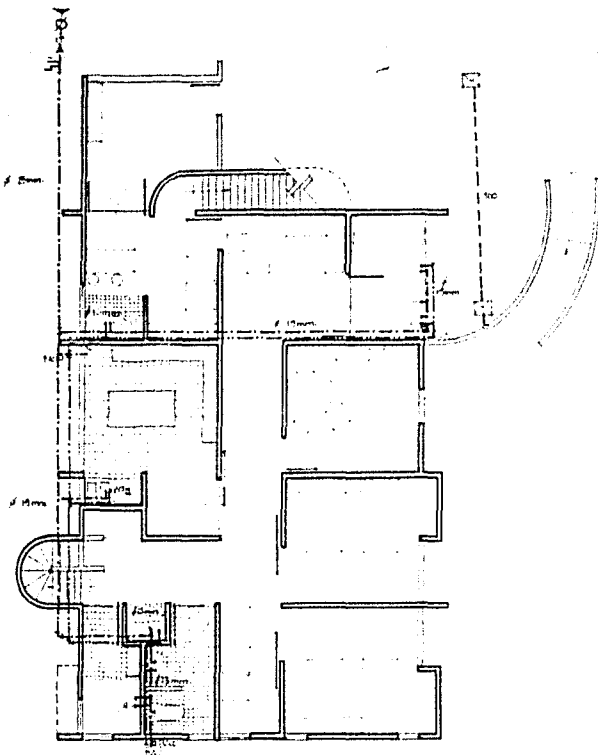
TALLER AUTOGESTIVO  UNAM	JOSE REVUELTAS		santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene aliva ortiz	DETALLES	D-1	asc: acot:	
	FACULTAD DE ARQUITECTURA		SEPT. 1985	7539731-7	escala gráfica			

SIMBOLOGIA

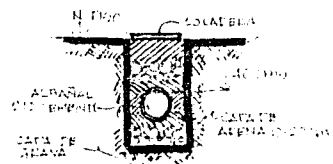
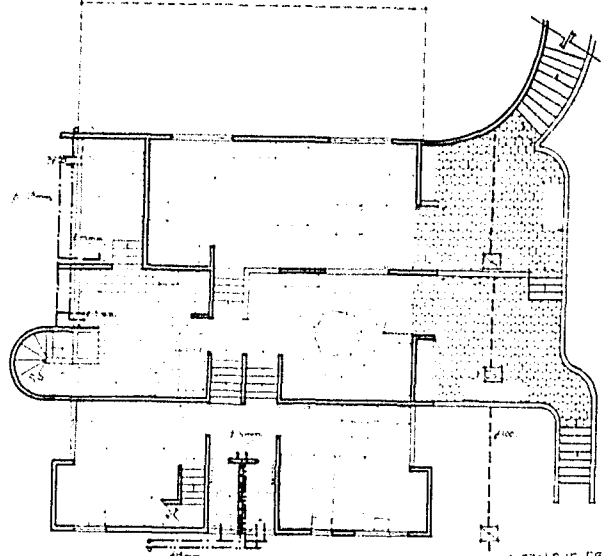
- - - - - Línea de cota
 - - - - - Línea de eje
 - - - - - Línea de eje de simetría



TALLER AUTOGESTIVO UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	santa fé, tacubaya, D.F. álvaro obregón	edith irene silva ortiz	INSTALACION SANITARIA	1-1	esc: 1:100 acot: Mts	
		SEPT. 1985	7539731-7		escala gráfica		



- AGUA FRIA
 AGUA CALIENTE
 MEDICINA
 RESISTENCIA
 BATA AGUA CALIENTE
 BATA AGUA FRIA
 DUPE AGUA CALIENTE
 DUPE AGUA FRIA
 DUMINATE
 DUMINATE
 DUMINATE
 ALMAGAL CEMENTO



A TANQUE DE ALMACENAMIENTO EN CANAL

TALLER AUTOGESTIVO
JOSE REVUELTAS
FACULTAD DE ARQUITECTURA
UNAM

el inicio de la arquitectura

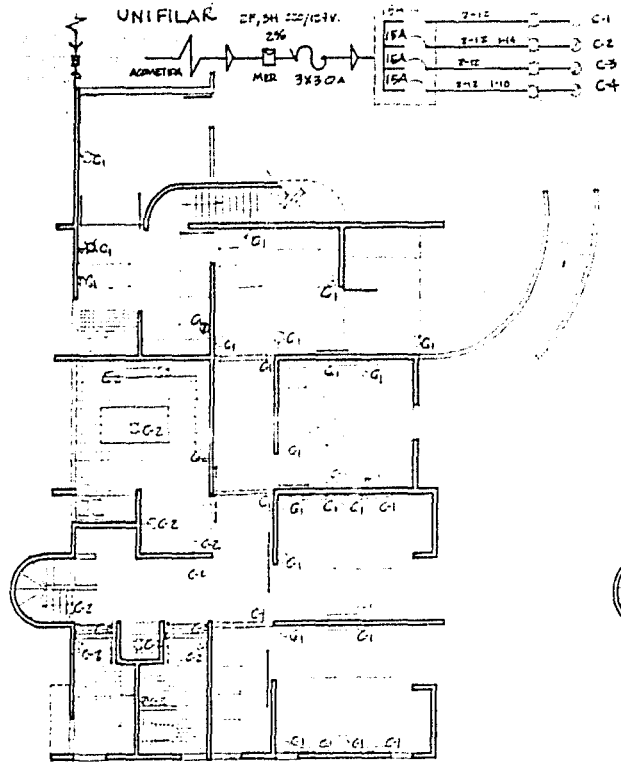
santa fé,
 tacubaya, D.F.
 álvaro obregón
 SEPT. 1985

edith irene
 aliva ortiz
 7539731-7

INSTALACIÓN HIDRAULICA
 1-2

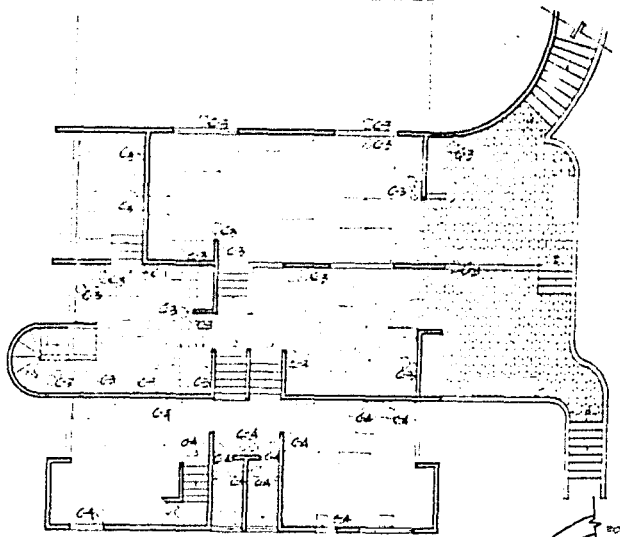
esc: 1:100
 acot: MTS.
 escala gráfica





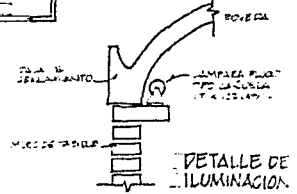
CUADRO DE CARGAS

CCTA	DESCRIPCIÓN	C1	C2	C3	C4
C-1	B	7	4		
C-2	B	6	3		
C-3		9	9		
C-4	Z	6	9	3	
CT		18	26	25	6



SIMBOLISIA

- LAMPARA INCANDESCENTE ADOTANTE EN MURO
- LAMPARA FLUORESCENTE
- APAGADOR GENCILLO
- APAGADOR CUATRO VIAS
- CONTACTO EN PARED
- INTERRUPTOR
- MEDIDOR



TALLER AUTOGESTIVO UNAM	JOSE REVUELTAS FACULTAD DE ARQUITECTURA	santa fé, tneubaya, D.F. álvaro obregón	edith irone silva ortiz	INSTALACION ELÉCTRICA	1-3	esc: 1:100 bcot: MTS.	
	SEPT. 1985		7539731-7	escala gráfica			

CONCLUSIONES

Es un error pensar que la salud se promueve o se mantiene con el hecho de generar un número cada vez mayor de los servicios médicos, "reparadores de daños", lo cual bajo una aparente preocupación acerca de la salud, mantiene intactas las condiciones de vida; sin modificación, sin mejoría.

Se requiere, realizar estudios profundos acerca de los movimientos sociales, tanto urbanos como del campo, para realizar acciones reales y concretas en el renglón salud.

El mejoramiento sustancial del nivel de salud, dependerá de que sean complementarias y estén debidamente articuladas, las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas así como, los diversos sectores de la sociedad, para mejorar la calidad de vida de la población.

Es importante también, tener presente que la finalidad de una institución de salud como es la prevención de accidentes, el conocimiento de las enfermedades y su investigación principalmente, deberá mantenerse siempre en todas las acciones emprendidas hacia la población. Por esto el carácter arquitectónico y sus significantes tienen que expresar el sentido preventivo, de ayuda social y de acceso comunitario en toda propuesta urbano-arquitectónica.

De ser posible, cada propuesta constructiva tenderá a lograr en sus aspectos más generales: privacidad, limpieza, comodidad, economía, cercanía física y un acceso económico acorde a cada lugar.

Asimismo, la responsabilidad en la dotación de infra estructura, servicios y equipamiento urbano, para la comu nidad, no debe verse como obligación única del estado, si no que deberá adoptarse una postura real y participativa por parte de los ciudadanos, instituciones y sector priv ado, para que en la medida de cada sector se analicen y -- den propuestas interdisciplinarias que además, integren - soluciones prácticas, accesibles a todos los grupos socia les, y que al involucrar a todos los sectores inmersos en la comu nidad, sean aportaciones que fomenten y garanticen la vida comunitaria en las ciudades y el campo.

Por último, si se quiere avanzar en el renglón de sa lud y seguridad social, se debe adoptar una nueva actitud a los problemas de las ciudades, pues la "cura" a la mayo ría de nuestros males "modernos" es el entendimiento y -- respeto de nuestro medio ambiente; entendido éste como el ámbito urbano-arquitectónico y natural en el cual se desa rrollan todas nuestras ilusiones, metas, esfuerzos ... en fin, el individuo cobra vida física y espiritual.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Programa Universitario Justo Sierra / UNAM EL DESARROLLO URBANO EN MEXICO ; Problemas y Perspectivas. México, UNAM, 1984 1a. ed. D.G.P. Capitulo 1
- 2.- Enrique Yañez HOSPITALES DE SEGURIDAD SOCIAL ; México, 1986, Ed. Limusa, 8a. ed.
- 3.- Alfredo López Austin CUERPO HUMANO E IDEOLOGIA ; México, UNAM, 1980, D.G.P., 1a. ed. Tomo 1 y 2
- 4.- Henri Lefebvre LA REVOLUCION URBANA ; Madrid, Alianza Editorial 1983, 4a. ed.
- 5.- Federico Ortíz Q. (Ed.) VIDA Y MUERTE DEL MEXICANO I ; México, Fajós ediciones 1982, Introducción y cap. 4,5,7.
- 6.- Jorge Montaña LOS POBRES DE LA CIUDAD EN LOS ASENTAMIENTOS ESPONTANEOS ; México, S XXI Ed., 1979, 2a. ed.
- 7.- Secretaría de Programación y Presupuesto. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988 ; México, 1983 Cap 7; Política Social (Salud)
- 8.- Casa y Ciudad A.C. LA CIUDAD; de monumento -- histórico a laberinto social. ; México, 1986, Cap. Finanzas
- 9.- Victor M. Ortíz LA CASA, una aproximación. México, UAM, 1984, Cap. 1
- 10.- Juan C. Hdez. W. CENTRO SOCIAL POPULAR México, UNAM, 1986.