



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: soporte electrónico impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20 _____



Fdo. El Funcionario

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2016/17

DOCTORANDO: **ESCRIBANO MARQUINA, EUSEBIO JESÚS**
D.N.I./PASAPORTE: ****0756Y

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D323 DOCTORADO EN ARQUITECTURA**
DEPARTAMENTO DE: **ARQUITECTURA**
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 27/06/17, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de **ÁNGELES LAYUNO ROSAS //**.

Sobre el siguiente tema: *ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN EN ARAGÓN. EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DEL ARQUITECTO FERNANDO GARCÍA MERCADAL*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL⁶ de (**no apto, aprobado, notable y sobresaliente**): SOBRESALIENTE

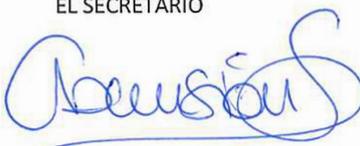
Alcalá de Henares, 27 de junio de 2017

EL PRESIDENTE



Fdo.: José Luis Blanco

EL SECRETARIO



Fdo.: Ascensión Hernández

EL VOCAL



Fdo.: CARLO LABARTIA

Con fecha 29 de junio de 2017 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
 No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada



FIRMA DEL ALUMNO



Fdo.: José Eusebio Marquina

⁶ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:

[Handwritten blue scribble]



[Faint handwritten text]

[Handwritten signature]
4751241 (WRA)

[Handwritten signature]
4751241



[Handwritten signature]

Con fecha _____ de _____ de _____, la Comisión
Ejecutiva de la Misión de Estudios Científicos-Programa
en la visita de los centros emitidos de control anterior por el
tribunal que ha pasado la tesis, resolvió:
 Conocer la Misión de "Com Lante"
 No conocer la Misión de "Com Lante"

La Secretaría de la Comisión Delegada

[Handwritten signature]

[Faint handwritten text]



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 29 de junio, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *ESCRIBANO MARQUINA, EUSEBIO JESÚS*, el día 27 de junio de 2017, titulada *ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN EN ARAGÓN. EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DEL ARQUITECTO FERNANDO GARCÍA MERCADAL*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado resuelve otorgar a dicha tesis la

MENCIÓN "CUM LAUDE"

Alcalá de Henares, 11 julio de 2017
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS
OFICIALES DE POSGRADO Y DOCTORADO



Firmado digitalmente por VELASCO
PEREZ JUAN RAMON - DNI
03087239H
Fecha: 2017.07.12 15:39:06 +02'00'

Juan Ramón Velasco Pérez

Copia por e-mail a:

Doctorando: *ESCRIBANO MARQUINA, EUSEBIO JESÚS*

Secretario del Tribunal: *ASCENSIÓN HERNÁNDEZ MARTÍNEZ*

Directora de Tesis: *ÁNGELES LAYUNO ROSAS*



Universidad
de Alcalá

Programa de Doctorado en Arquitectura

ARQUITECTURA
HOSPITALARIA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE
PREVISIÓN EN ARAGÓN
El Hospital Miguel Servet
del arquitecto Fernando
García Mercadal

Eusebio Jesús Escribano
Marquina
2017



Universidad
de Alcalá

Programa de Doctorado en Arquitectura

**ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PREVISIÓN EN ARAGÓN
El Hospital Miguel Servet del arquitecto Fernando
García Mercadal**

TESIS DOCTORAL

**Autor
Eusebio Jesús Escribano Marquina**

**Directora
Dra. María Ángeles Layuno Rosas**

Alcalá de Henares 2017

Agradecimientos

A mi directora de tesis, la profesora M. Ángeles Layuno, por el apoyo, comprensión y generosidad intelectual con los que ha sabido encaminar el esfuerzo de estos años.

A Maite y a nuestros hijos Beatriz y Guillermo, por todo. Sin vuestro empeño, apoyo y ayuda incondicional me hubiera sido imposible llevar a cabo esta tesis.

INDICE

Resumen

Abstract

PARTE I INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS

Capítulo I. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

I.1. Ideas generadoras	15
I.1.1. La asistencia médica socializada en el franquismo. El INP (Instituto Nacional de Previsión).....	15
I.1.2. La escasez de hospitales en Aragón a mitad del siglo XX.....	17
I.1.3. La aportación de Fernando García Mercadal a la arquitectura hospitalaria española y aragonesa	19
I.1.4. Los años de la Autarquía y el 2º advenimiento del Movimiento Moderno	31
I.1.5. La reivindicación de la valoración de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal y su protección patrimonial	35
I.2. Objetivos de la tesis.....	37

Capítulo II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

II.1. Metodología y estructura de la tesis	41
II.1.1. Método de trabajo	41
II.1.2. Estructura.....	43
II.2. Marco contextual y teórico.....	48
II.2.1. Racionalismo frente a Funcionalismo?	48
II.2.2. Los estudios tipológicos.	52
II.2.3. Origen y evolución de las tipologías hospitalarias.	65
o El primer hospital. La planta basilical.	67
o La creación de un tipo. El hospital del Renacimiento	71
o La Edad Moderna. El Hospital General.	79
o La Ilustración. La búsqueda del "hospital ideal"	82
o El hospital del XIX. Durand.....	89
o El hospital de Pabellones. Las campañas militares	92

II.2.4. Siglo XX. La máquina de curar. El hospital actual.	99
o El Hospital en bloque.....	99
o El Hospital Vertical americano.	103
o El hospital del Movimiento Moderno en Europa.	105
II.2.5. Imagen y semejanza. La arquitectura hospitalaria franquista. ...	108

Capítulo III. FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN

III.1. Fuentes bibliográficas.	113
III.2. Fuentes hemerográficas.....	115
III.3. Fuentes documentales.	115

Capítulo IV. ESTADO DEL ARTE

IV.1. Sobre arquitectura hospitalaria.	123
IV.2. Sobre la arquitectura hospitalaria de la República y el franquismo ..	126
IV.3. Sobre la obra de Fernando García Mercadal.	137
IV.4. Sobre el Hospital Miguel Servet.	151

PARTE II. LA MODERNIZACIÓN DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL SIGLO XX EN ESPAÑA

Capítulo V. LA SANIDAD ESPAÑOLA EN EL PERÍODO DE LA AUTARQUÍA

V.1. El Seguro de Enfermedad.	159
V.2. Los informes Quintana y Espinosa.....	165
V.3. La respuesta del Franquismo. El I.N.P. como organismo promotor.	172
V.4. El viaje a Estados Unidos.	
La admiración por los hospitales americanos	178

Capítulo VI. ARQUITECTURA HOSPITALARIA ESPAÑOLA DEL SIGLO XX

A. ANTECEDENTES

VI.1. Los sanatorios antituberculosos.....	197
VI.2. Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, precursores del hospital moderno en España	213
VI.3. La II República y la arquitectura higienista del GATEPAC.....	235

B. LOS HOSPITALES DE LA DICTADURA FRANQUISTA	
VI.4. El concurso que inventó los hospitales del franquismo.	254
VI.5. Primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias.	269
PARTE III. LA OBRA HOSPITALARIA DE FERNANDO GARCÍA MERCADAL	
Capítulo VII. LA TRAYECTORIA DE FERNANDO GARCÍA MERCADAL DESPUÉS DE LA GUERRA CIVIL	
VII.1. Fernando García Mercadal después de la guerra civil	311
VII.1.1. El lenguaje de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal	316
VII.2. García Mercadal y el Instituto Nacional de Previsión.	319
VII.3. García Mercadal y la creación de un modelo de ambulatorio	329
Capítulo VIII. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA	
VIII.1. La Residencia Sanitaria "José Antonio"	344
VIII.1.1. El contexto urbano. "La Casa Grande"	347
VIII.1.2. Los antecedentes	358
VIII.1.3. El proyecto	363
VIII.1.4. Un edificio hospitalario funcional.	379
VIII.1.5. La estructura.	393
VIII.1.6. Inauguración y primeros años	397
VIII.2. Evolución hacia la "Ciudad Sanitaria"	399
VIII.2.1. Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados	405
VIII.2.2. Renuncia de Fernando García Mercadal.....	417
VIII.2.3. El Hospital Materno-Infantil	420
VIII.3. Intervenciones posteriores.	426
VIII.3.1. Reformas en la Residencia José Antonio. 1975-1978.....	427
VIII.3.1. Últimas reformas. Traspaso de competencias	431
CONCLUSIONES	435
BIBLIOGRAFÍA	445
APÉNDICE DOCUMENTAL	

Resumen

La principal razón que ha justificado la génesis y el desarrollo de esta tesis doctoral y ha dado lugar a una investigación más amplia, ha consistido en la contextualización del estudio de la arquitectura hospitalaria desarrollada fundamentalmente en el segundo tercio del siglo XX en España, desde los antecedentes de la República hasta centrar el tema en las políticas hospitalarias del franquismo con la arquitectura de Fernando García Mercadal, permitiéndonos ahondar esta etapa menos estudiada de su trayectoria.

El ámbito del estudio se particulariza en los hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón y, más concretamente, en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La arquitectura aragonesa generó durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo una serie de edificios hospitalarios singulares, cuyo principal exponente fue la Residencia Sanitaria José Antonio (Hospital Miguel Servet). Se trata de una arquitectura fuertemente condicionada por las exigencias funcionales de la medicina, pero con un evidente interés desde el punto de vista creativo, incrementado por los rasgos especiales de la personalidad de su autor, cuyo éxito y relevancia en la introducción del racionalismo en España unos años antes, hizo que la importancia de estos edificios quedara relegada por la crítica a un segundo plano de su producción arquitectónica.

Para llevar a cabo la investigación, la tesis se estructura en tres partes, de las cuales la primera, aborda las cuestiones introductorias y los fundamentos teóricos y tipológicos en los que se apoyan las otras dos, dedicadas la segunda, a la situación de la arquitectura hospitalaria en España y la tercera, a la obra hospitalaria de García Mercadal. En los cuatro capítulos que componen la primera, además de fijar los objetivos y de hacer un recorrido por el estado del arte sobre la cuestión, se analiza la evolución de la tipología hospitalaria desde el Medievo hasta principios del siglo XX.

En la segunda parte se investiga sobre la situación y la evolución de la arquitectura hospitalaria en España en los difíciles años del periodo que va de los veinte a los sesenta.

La arquitectura hospitalaria ha sido extensamente ensayada, pero pensamos que este trabajo de tipo monográfico contribuirá a colmar una serie de lagunas territoriales o cronológicas dentro de este ámbito de estudio.

Entre la ciencia médica y la arquitectura ha existido desde el siglo XVIII una cierta ruptura que ha llevado a los médicos a cuestionar los modelos de hospitales propuestos por los arquitectos y a la historiografía arquitectónica moderna a olvidarse, en cierta manera, de una tipología hospitalaria que, aparece escasamente entre los temas de las publicaciones más reconocidas. En cualquier caso, la evolución tipológica, con mayor o menor aportación de los arquitectos, ha existido y como tal se analiza.

En esta segunda parte de la tesis se estudia también la situación sanitaria existente en España en los años de la postguerra, que propició la construcción de numerosas instalaciones asistenciales con las que el régimen franquista quiso equipararse al nivel conseguido por la medicina moderna en la mayoría de los países de nuestro entorno, presentando los nuevos hospitales como la imagen más amable y avanzada de sus logros sociales.

El cometido de crear la imagen de la nueva arquitectura asistencial fue encomendado a un reducido grupo de arquitectos que proyectaron sus hospitales y que, ante la imposición de ruptura con la trayectoria de arquitectos como Sánchez Arcas o Lacasa, autores de los mejores hospitales del periodo prebélico, volvieron la vista hacia la arquitectura norteamericana y a la tipología monobloque, representativa del hospital moderno del siglo XX. La ruptura no fue total, pues también los hospitales anteriores a la guerra civil se habían inspirado en la arquitectura americana.

El arquitecto más capaz del grupo fue, sin duda, García Mercadal, responsable de los proyectos de mayor calidad arquitectónica, en los que incorporó su personal estilo, equidistante entre un racionalismo no alineado con la ortodoxia formal y una reinterpretación simplificada de lo clásico y lo vernáculo y en los que consiguió un resultado moderno que se identificó con la medicina eficiente de la época.

La última parte de la tesis se dedica al estudio de la obra hospitalaria de Fernando García Mercadal, con especial detenimiento en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Se parte de la hipótesis de trabajo basada en demostrar cómo García Mercadal contribuyó, junto con el reducido grupo de arquitectos que trabajó para el INP, a generar y desarrollar una arquitectura hospitalaria, que, aunque envuelta a veces en una epidermis clásica, analizada en profundidad, evidencia el esfuerzo por dar respuesta a las necesidades sanitarias del momento de una manera racional y económica, al margen de su adscripción a determinados planteamientos estilísticos.

El edificio más representativo de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal fue la Residencia Sanitaria José Antonio, cuya calidad se pretende evidenciar en este trabajo de investigación, dando a conocer sus características, a la vez que se demanda, desde el punto de vista patrimonial, un mayor grado de protección, dentro de los límites de su necesaria eficacia funcional, que ayude a preservar el edificio original.

Es también interés de la presente tesis paliar el desconocimiento general de la obra hospitalaria de García Mercadal, a la vez que reivindicar una mayor protección de la misma, cada una en el grado de su merecimiento, que evite casos como la desaparición de la Residencia Sanitaria de Logroño o la desfiguración casi total de alguna otra, protección que, necesariamente, tendrá que empezar por la catalogación previa de los edificios.

Abstract

The main reason that has justified the genesis and development of this doctoral thesis, and it has given rise to a more extensive investigation, it has consisted in the contextualization of the study of the hospital architecture developed fundamentally in the second third of the XX century in Spain, since the history of the Republic to focus the issue on the hospital policies of francoism with the architecture of Fernando García Mercadal, allowing us to delve into this less studied stage of his career.

The scope of the study is particularized in the hospitals of the region of Aragon and, more specifically, the Miguel Servet Hospital in Zaragoza. During the fifties and sixties of the last century, the aragonese architecture generated a series of unique hospital buildings, whose main exponent was the Residencia José Antonio (Hospital Miguel Servet). It is an architecture strongly conditioned by the functional requirements of medicine, but with an obvious interest from a creative point of view, increased by the special features of the personality of it's author, whose success and relevance in the introduction of rationalism in Spain a few years earlier made the importance of these buildings relegated by criticism to the background of their architectural production.

In order to carry out the research, the thesis is structured in three parts, of which the first deals with the introductory questions and the theoretical and typological foundations on which the other two are based. The second deals with the hospital architecture situation in Spain and the third with the hospital work of García Mercadal. In the four chapters that compose the first part, besides setting the objectives and taking a tour of the state of the art on the issue, the evolution of the hospital typology from the Middle Ages to the beginning of the 20th century is analyzed. The second part analyzes the situation and evolution of the hospital architecture in Spain in the difficult years of the period from the 1920s to the 1960s.

The hospital architecture has been extensively studied, but we believe that this monographic study will contribute to fill a series of territorial or chronological gaps within this field of study.

A certain rupture between medical science and architecture has existed since the eighteenth century that has led doctors to question the models of hospitals proposed by architects and modern architectural historiography to forget, in a certain way, a hospital typology that, scarcely appears among the most recognized publications. In any case the typological evolution, with more or less contribution of the architects, has existed and as such is analyzed.

The second part of the thesis examines the health situation that existed in Spain in the post-war years and led to the construction of numerous health care facilities with which the Franco regime sought to be equated with the modern medicine of the time. The majority of Western countries had already incorporated to this situation after the Second World War, and they wanted to present the new hospitals as the most representative image of their social achievements.

The task of creating the image of the new welfare architecture was entrusted to a small group of architects who projected their hospitals and who, before the imposition of rupture with the trajectory of architects like Sánchez Arcas or Lacasa, authors of the best hospitals of the pre-war period, looked back towards the North American architecture and the monoblock typology, representative of the modern hospital of century XX. This rupture was not complete, as hospitals before the civil war had also been inspired by American architecture.

The most capable architect of the group was undoubtedly García Mercadal, who was responsible for the projects of the highest architectural quality, incorporating his personal style, equidistant between a rationalism not aligned with formal orthodoxy and a simplified reinterpretation of the classical and the vernacular and in which he obtained a modern result that was identified with the efficient medicine of the time.

The last part is dedicated to the study of the hospital work of Fernando García Mercadal, with special attention in the Hospital Miguel Servet of Zaragoza.

The starting hypothesis of work is based on demonstrating how García Mercadal contributed, together with the small group of architects who worked for the INP, to generate and develop a hospital architecture that, although sometimes involved in a classic epidermis, analyzed in depth, demonstrates the effort to respond to the health needs of the moment in a rational and economic way, regardless of its adherence to certain stylistic approaches.

The most representative building of García Mercadal's hospital architecture was the José Antonio Sanitary Residency, whose quality is evidenced in this research work revealing its characteristics, while at the same time it demands, from the patrimonial point of view, a greater degree of protection, within the limits of its necessary functional efficiency, to help preserve the original building.

It is also of interest of the present thesis to alleviate the general ignorance of the hospital work of García Mercadal, as well as to claim greater protection of the same, each in the degree of its merit, which avert cases such as the disappearance of the Sanitary Residence of Logroño or the almost total disfiguration of some other. This protection will have to begin necessarily by the previous cataloging of the buildings.

PARTE I

INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS

Capítulo I

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Ideas generadoras

Objetivos de la tesis

I.1. Ideas generadoras

I.1.1. La asistencia médica socializada en el franquismo. El Instituto Nacional de Previsión

La tesis se desarrolla en el periodo cronológico coincidente con el final de la guerra civil española hasta la disolución del Régimen Franquista. Tras la contienda, el Gobierno de Franco orquestó una gran actuación de carácter social encaminada a aglutinar los seguros médicos existentes, agrupándolos en uno de carácter público que diera cobertura sanitaria a la mayor parte de la población: el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E)¹.

Esta actuación, que con el tiempo derivó en la actual Seguridad Social, tuvo su embrión en dos informes, uno sobre medicina general: *Plan General de Asistencia Médica y de Medicina Preventiva para la implantación del Seguro Médico en España*, redactado por el Dr. Quintana² y otro sobre maternidad: *Plan General de Asistencia a la Maternidad e Infancia en el seguro de enfermedad*, redactado por el Dr. Espinosa³, los cuales fueron capaces de prever las necesidades asistenciales del país a medio-largo plazo. Su acierto en las previsiones hace que resulte interesante analizarlos para comprender la situación de la sanidad española en la postguerra.

En este periodo, el organismo responsable de la previsión sanitaria en España fue el Instituto Nacional de Previsión, y por tanto, el encargado de promover la construcción de las instalaciones sanitarias. Las instalaciones sanitarias realizadas en Aragón en torno a la mitad del siglo XX, igual que en el resto de España, fueron consecuencia del Plan de Instalaciones Sanitarias del Instituto Nacional de Previsión. Este Plan se gestó en los años cuarenta como respuesta del Régimen Franquista a las necesidades sanitarias de la

¹ El Seguro Obligatorio de Enfermedad fue establecido por Franco por la Ley de 14 de diciembre de 1942.

² Primitivo de la Quintana López (1907-1996). Médico granadino que desde 1932 ocupó diversos cargos de responsabilidad en la sanidad española. Fue Consejero del Instituto Nacional de Previsión.

³ El Dr. Joaquín Espinosa era inspector médico del Seguro de Maternidad de Barcelona y murió prematuramente en 1944.

implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad e hizo que el INP se convirtiera en el mayor promotor de hospitales durante esa época.⁴

Un pequeño grupo de arquitectos⁵, entre los que se encontraba Fernando García Mercadal, fueron los responsables de todos los edificios. El escaso número de profesionales, solamente seis, facilitaría sin duda la existencia de consignas comunes a la hora de proyectar, quizás no tanto en cuanto a la imagen formal de los edificios, pero sí a nivel de programa y requisitos técnicos. En una de las publicaciones periódicas del Instituto Nacional de Previsión, al referirse a los edificios que se estaban construyendo, se dice expresamente:

"La construcción de todas estas instalaciones ha de responder a los principios más modernos de arquitectura sanitaria, dotando a los edificios de la comodidad de servicio y facilidad de utilización, al mismo tiempo que se proyecten con la necesaria flexibilidad para prestar el máximo rendimiento y ser susceptibles de posible ampliación con el mínimo de inconvenientes y trastorno de lo proyectado".⁶

La atomización del grupo de técnicos intervinientes contribuyó a lograr las características de modernidad y eficacia que tanto preocupaban a los gobernantes.

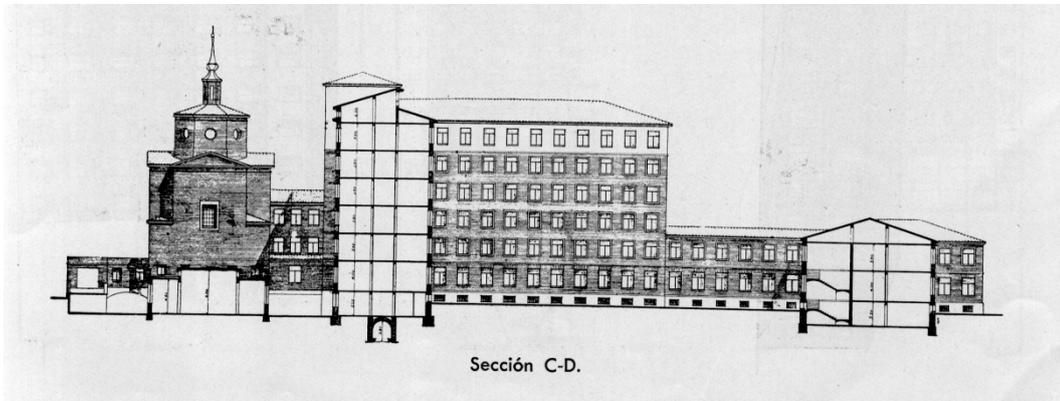
⁴ Tras la guerra civil, el esfuerzo del régimen se centró en la construcción de sanatorios antituberculosos, a través del Patronato Nacional Antituberculoso, sin embargo en la década de los 50, conforme los tratamientos farmacológicos resultaron más eficaces para la curación de la tuberculosis, la construcción de sanatorios se paralizó, desplazando el esfuerzo inversor hacia instalaciones sanitarias generalistas, a cargo del Instituto Nacional de Previsión.

⁵ En la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones, solamente seis arquitectos intervinieron en la redacción de los proyectos: Aurelio Botella, Eduardo Garay, Martín José Marcide, Juan de Zavala, Germán Álvarez de Sotomayor y Fernando García Mercadal.

⁶ Publicación 693. Servicio exterior y cultural. Instituto Nacional de Previsión. Madrid, 1949. p. 4.

I.1.2. La escasez de hospitales en Aragón a mitad del siglo XX

Para Aragón, este Plan, supuso la puesta en marcha de un sistema sanitario público prácticamente inexistente. El hospital de referencia por entonces, casi el único, era el de Nuestra Señora de Gracia⁷, en Zaragoza. Fundado por Alfonso V el Magnánimo y destruido durante los Sitios de la guerra de Independencia, había sido reubicado en lo que era la antigua Casa de Convalecientes. El viejo caserón, que aún mantiene hoy en día el uso de hospital, había sufrido innumerables modificaciones y ampliaciones, tropezando siempre con el problema original de ser un edificio no construido de nueva planta, sino habilitado para el uso hospitalario e incapaz de adaptarse a las exigencias de la medicina moderna. La necesidad de construir un hospital con instalaciones innovadoras y capaces para la práctica de una medicina actualizada era pues imperiosa. De hecho en los primeros años cuarenta se había proyectado un Hospital General de Aragón en los terrenos de la Ciudad Universitaria de Zaragoza, que no llegó a construirse.⁸



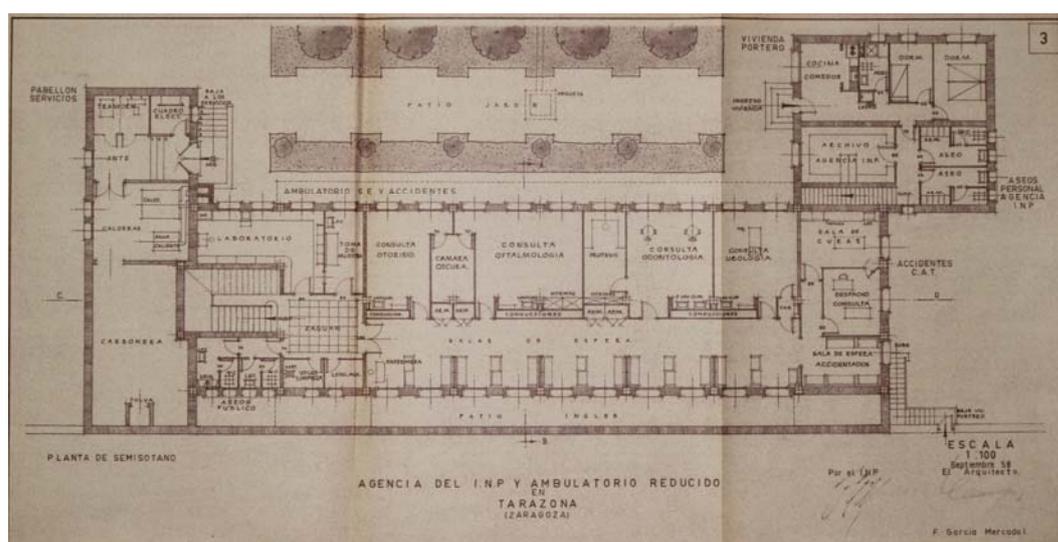
Sección transversal del proyecto del Hospital General de Aragón. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*)

Con el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias se tejió en Aragón una red de edificios sanitarios públicos, que fueron la base de los existentes hoy día:

⁷ Existían otros hospitales sin el carácter generalista como el Clínico Universitario en Zaragoza y otros más pequeños, relacionados con la beneficencia y repartidos por el territorio.

⁸ En los años setenta, en similar ubicación, dentro de la Ciudad Universitaria, se construyó el actual Hospital Clínico Universitario, desplazándolo de la antigua Facultad de Medicina en el centro de Zaragoza.

la Residencia José Antonio en Zaragoza, hoy Hospital Miguel Servet, la Residencia de Huesca, hoy Hospital San Jorge, la Residencia de Teruel, hoy Hospital Obispo Polanco o la pequeña Residencia de Calatayud, de 50 plazas, hoy convertida en Centro de Salud, además de una red de ambulatorios en las principales localidades como Tarazona, Barbastro, Jaca, Alcañiz, Ejea de los Caballeros, Belchite, Caspe, Montalbán, Monreal del Campo, etc.



Planta semisótano del Ambulatorio de Tarazona. 1958. (Fuente: archivo INGESA)

En el panorama nacional, supuso la construcción de Residencia Sanitarias públicas en la mayoría de las capitales de provincias: Barcelona, Bilbao, Sevilla, Málaga, etc., hasta treinta capitales contaron con sus flamantes Residencias Sanitarias al principio de los años cincuenta, Madrid y Valencia fueron la excepción. En el caso de Valencia, al utilizarse una antigua instalación sanitaria remodelándola, no contó con edificios nuevos hasta iniciarse la Ciudad Sanitaria La Fe y en el de Madrid, hasta la mitad de los años sesenta, no vio construir los primeros hospitales del Seguro, que no fueron ya del INP sino del INSALUD. Los beneficiarios del Seguro de Enfermedad de Madrid fueron los peor tratados del país pues tuvieron que conformarse con instalaciones existentes y muy insuficientes⁹.

⁹ Según Alberto Pieltain, el número de camas disponibles para el Seguro de Enfermedad en Madrid era de 424 en el año 1952. Esta cantidad era similar a la

I.1.3. La aportación de Fernando García Mercadal a la arquitectura hospitalaria española y aragonesa

Algunos de los hospitales promovidos por el INP fueron proyectados por Fernando García Mercadal en una fase poco estudiada y considerada de su trayectoria, después de la euforia racionalista de los años treinta. Fernando García Mercadal, una vez depurado tras la guerra civil, orientó gran parte de su trayectoria profesional a la construcción de edificios sanitarios, siendo responsable de la práctica totalidad de los realizados en Aragón y de buena parte de los construidos en el nordeste español: Lérida, Logroño, Pamplona, Mieres, etc. En Aragón, no sólo proyectó los hospitales generales de las tres capitales de provincia sino también de los ambulatorios de pequeñas poblaciones, tipología en la que trabajó para su normalización y racionalización de cara a conseguir una mayor rapidez y economía en su construcción. Todo ello nos ha permitido hacer una revisión de la trayectoria de Fernando García Mercadal más allá de la época heroica en que su figura se vincula con la eclosión del Racionalismo en España.

El Hospital Miguel Servet ha sido desde su construcción la instalación sanitaria de referencia de la Comunidad Autónoma de Aragón y su autor, Fernando García Mercadal, el arquitecto aragonés más destacado del pasado siglo. Estas dos razones han justificado la génesis y el desarrollo de esta tesis doctoral, y han dado lugar a una investigación más amplia que ha buscado contextualizar el caso de estudio referido en el ámbito de la arquitectura hospitalaria desarrollada fundamentalmente en el segundo tercio del siglo XX en España, desde los antecedentes de la República hasta centrar el tema en las políticas hospitalarias del franquismo. En segundo lugar, nos ha permitido ahondar de manera crítica en la arquitectura de García Mercadal en esta etapa menos estudiada de su trayectoria. A estas razones tendría que añadir mi dedicación profesional al ámbito de los edificios hospitalarios.

En relación a la figura de Fernando García Mercadal, surge la cuestión de la penetración y asimilación del moderno lenguaje del racionalismo en España, y su heterodoxa evolución como lenguaje adscrito al progreso frente a los historicismos trasnochados y como opción de gran carga moral y estética

capacidad de una de las residencias medias de las programadas por el INP en el Plan de Instalaciones Sanitarias.

para la vida moderna, hasta su conflictiva represión tras la finalización de la Guerra Civil y el comienzo de la Dictadura. En este contexto, se trata de reflexionar sobre el alcance suprahistórico de los términos racional y funcional y su aplicación a la valoración crítica de la obra de García Mercadal, por encima de los enfoques epidérmicos asociados a las cuestiones estilísticas del lenguaje.

El racionalismo en España fue un movimiento contradictorio, como afirma Carmen Rábanos¹⁰: *"Si el movimiento (racionalista) es contradictorio es porque la intelectualidad española también lo fue y lo sigue siendo;..."*.

Los primeros pasos de la renovación de la arquitectura española vienen de la mano de un grupo de arquitectos, entre los que se halla García Mercadal, que habían terminado la carrera en 1925 y cuya formación había sido eminentemente académica. Estos arquitectos, que habían aprendido la arquitectura a partir del estudio de las tipologías, los órdenes y el dibujo, descubrieron en las vanguardias europeas que la arquitectura podía desprenderse de todo aditamento innecesario para dar respuesta únicamente a exigencias de uso, constructivas, etc., siendo éstas las principales generadoras de la forma. Sin embargo, a pesar del intento de crear una arquitectura despojada de premisas compositivas apriorísticas, que resultó ser una auténtica revolución arquitectónica sin par en su momento, no es menos cierto que, en algunos casos, el resultado derivó en unos estándares formales que, no por novedosos, resultaron en todos los casos más adecuados para resolver las necesidades de uso que la arquitectura tradicional o vernácula. Ya en 1945 Juan de Zavala escribía: *"...la arquitectura moderna al llegar a España pierde su vitalidad y queda reducida a un ropaje exterior, acusando únicamente manifestaciones formales"*¹¹.

El primero en adoptar la etiqueta generacional para este brillante grupo de arquitectos egresados en la Escuela de Madrid hacia 1925 es Carlos Flores¹², atribuyéndoles un denominador común de modernidad a sus trabajos, que

¹⁰ RABANOS FACI, C. Trabajo resumen curso doctorado. Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza, 1993-1994, p. 691.

¹¹ ZAVALA LAFORA, J. "La Arquitectura". Madrid. Pegaso. 1945.

¹² FLORES, C. *Arquitectura Española Contemporánea*. Madrid. Aguilar. 1961.

se podría resumir en una simplificación de la forma y la ausencia de reminiscencias históricas, tal como señala la profesora Ángeles Layuno en su artículo sobre el libro de Flores: "La historización de la arquitectura del Movimiento Moderno: Carlos Flores"¹³.

Sin embargo las actuaciones de la Generación del 25 no tuvieron la condición de militancia, fueron más bien de tipo individual, esfuerzos individuales materializados en obras concretas y pioneras. Los representantes de la vanguardia moderna en España de una forma organizada y coordinada fueron el grupo de arquitectos que formaron el GATEPAC¹⁴, este grupo constituyó, según la profesora Layuno:

*"...el relato de la primera evolución del racionalismo en España hasta la Guerra Civil que ha conservado su vigencia y que ha sido asimilado (...) por prácticamente la totalidad de estudios sobre el tema."*¹⁵

La producción del GATEPAC fue valorada y santificada en los años sesenta por el juicio crítico de Carlos Flores,

*"En su corta existencia (el GATEPAC) dio inequívocas muestras de su sólido fundamento ideológico, amplia actividad consecuyente y riguroso sentido crítico."*¹⁶

Este juicio de valor ha sido asumido y conservado vigente en prácticamente la totalidad de los estudios posteriores sobre el tema. Oriol Bohigas¹⁷ contribuyó asimismo a la ratificación del grupo como los protagonistas de la implantación de lo moderno en España, aunque

¹³ LAYUNO ROSAS, M. A. "La historización de la arquitectura del Movimiento Moderno: Carlos Flores", en BIEL IBÁÑEZ, P. y HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A. (Coords) *Lecciones de los maestros. Aproximación histórico-crítica a los grandes historiadores de la arquitectura española*, Zaragoza, Institución "Fernando el Católico". Universidad de Zaragoza, 2011, pp. 203-238.

¹⁴ Grupo de Artistas y Técnicos para el Progreso de la Arquitectura Contemporánea, fundado en 1930 en Zaragoza y en el que se integraban arquitectos de toda España, no solo de la escuela de Madrid.

¹⁵ LAYUNO ROSAS, M. A. "La historización de la arquitectura del Movimiento Moderno: Carlos Flores", op. cit. p. 218

¹⁶ FLORES, C. *Arquitectura española contemporánea I, 1880-1950*. Madrid, Aguilar, 1989, p. 204

¹⁷ BIHIGAS, O. *Arquitectura española de la II República*, Barcelona, Tusquets, 1970.

sustituyendo a Mercadal por Sert y Torres Clavé en cuanto al protagonismo de las labores de propaganda e información.

García Mercadal ejerció un papel de puente entre los arquitectos de la Generación del 25, todos ellos nacidos en el siglo XIX, grupo donde le colocaba su edad y su formación, y el grupo más joven del GATEPAC, nacidos ya en el siglo XX, en el que le colocó su inquietud y curiosidad por todo lo novedoso. El GATEPAC impulsó la vanguardia artística y arquitectónica española de los años treinta. Su cometido era seguir las tendencias emergentes en Europa: los principios desarrollados por la Bauhaus y las directrices marcadas por los maestros europeos: Le Corbusier, Mies Van der Rohe, Gropius, etc.

La localización geográfica del GATEPAC se situaba en el cuadrante Noreste de la península, esa circunstancia, además de alguna otra como la influencia del zaragozano García Mercadal, que en ese momento era, dentro del grupo, el arquitecto con más predicamento en el panorama nacional, hizo que la reunión fundacional se realizara en Zaragoza, que cumplía la condición de ser el centro de gravedad de la zona. En octubre de 1930 se firmó el acta fundacional en la que, aparte de constatar el hecho relevante de la formación del grupo, se recogían los nombres de los fundadores¹⁸, se exponían los objetivos y las pautas de actuación, los congresos a celebrar y, lo más importante, la decisión de publicar la revista AC como órgano de difusión del grupo.

El GATEPAC se estructuró dividido geográficamente en tres zonas: Centro, Norte y Este. El grupo Norte incluía a Bilbao y San Sebastián y fue liderado por José Manuel Aizpurúa, el grupo Este incluía a Cataluña y Baleares y estaba dirigido por José Luis Sert y, por último, el grupo Centro incluía el resto de España, que era fundamentalmente Madrid, siendo su líder García Mercadal. Cada grupo se organizaba de forma autónoma, actuando como Grupo Español únicamente en las relaciones internacionales y en los

¹⁸ Los arquitectos fundadores del GATEPAC fueron: José Manuel Aizpurúa, Luis Vallejo, Joaquín Labayen, Fernando García Mercadal, Santiago Esteban de la Mora, Manuel Martínez Chumillas, Ramón Aníbal Álvarez, Víctor Calvo de Azcoitia, Felipe López Delgado, José Luis Sert, Manuel Subiño, Germán Rodríguez Arias, Pedro Armengou, Cristóbal Alzamora, Francisco Perales, Ricardo de Churruga, Sisto Illescas, José Torres Clavé.

concursos y exposiciones. El grupo más activo, en la práctica, fue el catalán, que llegó a tener su propio anagrama distintivo: GATCPAC y que duró hasta 1937, los otros dos grupos se diluyeron a partir de 1933.

La revista *AC* (Documentos de Actividad Contemporánea) fue el órgano de difusión del grupo y publicó entre los años 1931-1937 veinticinco números en los que se recogían las propuestas y actividades realizadas individualmente por los miembros del grupo, o las presentadas conjuntamente. La redacción se llevaba a cabo coordinadamente por dos redactores de cada grupo que seleccionaban y ordenaban la documentación de interés de cada zona y la agrupaban para la publicación de cada número.

La legitimidad del GATEPAC en el debate europeo fue ratificada con su incorporación en las tareas de los CIAM¹⁹ como portavoces de los arquitectos españoles.

La II República acogió y promovió con gran interés esta arquitectura moderna predicada por el GATEPAC, con la que coincidía formal e ideológicamente²⁰. No fueron las únicas coincidencias, ambas nacieron al mismo tiempo y con ambas terminó la guerra civil. El grupo catalán, el más identificado con las ideas republicanas, hizo coincidir la inauguración de la sede del GATCPAC²¹ en el número 99 del Paseo de Gracia de Barcelona con la instauración de la República. El nuevo régimen nacía con la intención de modernizar las ancestrales estructuras de una nación necesitada de reinventarse, pero cuyo sueño, por muy distintos motivos, no llegó a hacerse realidad. El GATEPAC también se planteaba unos objetivos ambiciosos: conseguir una arquitectura que superase la forma estética reduciéndola casi al ascetismo, que se implicase en la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos, de las condiciones higiénicas de la sociedad, que se preocupase de las relaciones entre las personas..., objetivos que tampoco llegaron a cumplirse y de los que, por desgracia en muchas ocasiones, ha trascendido poco más que su lenguaje formal.

¹⁹ Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna

²⁰ BOHIGAS, O. *Arquitectura española de la II República*. op. cit.

²¹ Véase GARCÍA, C. "Una breve historia del GATEPAC, GE" en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C. (Coordinadores) *El GATEPAC y la revista AC. Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937*. Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005, p. 31.

Esta identificación de la una con la otra (República y GATEPAC) motivó, tras la guerra civil, el rechazo de la Dictadura hacia toda aquella arquitectura que reflejase imágenes de modernidad, que se identificase con el Estilo Internacional del Movimiento Moderno y la imposición por el régimen franquista de una arquitectura nacional, siguiendo la estela de los regímenes totalitarios de Italia y Alemania. Los dirigentes franquistas, en general legos en la materia, identificaron lo nacional y lo tradicional con formas clásicas y majestuosas, semejantes a la grandeza del régimen. Este argumento, basado sobre todo en supuestos de tipo formalista e iconográfico de la arquitectura, revestidos de juicios o pre-juicios ideológicos, ha estado en la base de buena parte de la historiografía que ha tratado la producción arquitectónica de la Autarquía, relegando a un segundo plano las obras de aquellos arquitectos (todos) que se vieron obligados a aceptar las imposiciones y maquillar su arquitectura con imágenes aceptables para las circunstancias. La fortuna crítica del propio García Mercadal ha sido fruto de estos enfoques, como se verá.

Autores como Bernardo Giner de Los Ríos²² y Rodolfo Ucha Donate²³ recogen textos de los años cincuenta en los que se analiza, aunque de forma recopilatoria, la arquitectura de la primera mitad de siglo XX en España hasta que aparecen los primeros síntomas de modernidad. En ellos, por comparación, se comprueba lo meritoria que pudo resultar la obra de García Mercadal al observar las edificaciones de los años cuarenta y cincuenta.

García Mercadal, que fue una figura puente entre la generación del 25 y el grupo del GATEPAC, teoriza, sin embargo, desde sus primeros escritos, sobre la arquitectura tradicional y vernácula, la dibuja y la fotografía reiteradamente (sobre todo la arquitectura mediterránea, uno de los orígenes establecidos de la arquitectura moderna) y, como no puede ser de otra forma, la tiene presente cuando proyecta. Esta aparente contradicción entre lo clásico y lo moderno está presente en toda la obra de Fernando García Mercadal, en la que ambos conceptos se yuxtaponen. Sorprende, sin

²²GINER DE LOS RÍOS, B. *Cincuenta años de arquitectura española II*, Madrid, Adir Editores, 1980.

²³UCHA DONATE, R. *Cincuenta años de arquitectura española I*, Madrid, Adir Editores, 1980.

embargo la defensa apasionada que la historiografía ha dedicado a su obra más militante con los códigos del racionalismo ortodoxo y la escasa consideración o, incluso, el desprecio hacia el resto de sus obras. Esa diferencia en la valoración de las obras de un mismo autor sólo puede resultar de una visión sesgada de su producción. Procede por lo tanto una revisión crítica de la totalidad de su obra, considerada de manera global. Como señala Ángeles Layuno²⁴:

*"Fernando García Mercadal, como muchos arquitectos de su generación, practicó en gran medida un racionalismo antidogmático (...) en el que continuamente afloran la tradición y la historia como componentes teóricos y proyectuales"*²⁵.

Esto mismo ocurrió con otros arquitectos europeos: La obra de Poelzig, en torno a 1927-1928, puede simultanear varios códigos a un mismo tiempo, un lenguaje ortodoxo racionalista en la Weissenhof Siedlungen de Stuttgart a la vez que hace viviendas más regionalistas²⁶. Pero estas obras más heterodoxas que no responden a las clasificaciones y los cánones establecidos por la historiografía, han quedado eclipsadas porque no reforzaban la argumentación teórica del estilo internacional.

El racionalismo en España tuvo dos vías paralelas; la de los arquitectos que se acercaron a la modernidad a través del clasicismo y la de los que se iniciaron desde una raíz más vanguardista. La primera podría ser la que Carlos Flores identifica con la Generación del 25, todos ellos nacidos en el siglo XIX, mientras que la segunda estaría integrada por los componentes del GATEPAC, aunque contemporáneos y compañeros de los primeros, nacidos ya en el siglo XX. Sin embargo estas dos vías no fueron estancas, algunos de los arquitectos españoles, entre ellos García Mercadal, trabajaron

²⁴ M^a Ángeles Layuno Rosas es profesora en la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Alcalá de Henares.

²⁵ LAYUNO ROSAS, M. A. "Fernando García Mercadal, tradición e historia en la arquitectura de la modernidad" en CHAVES MARTÍN M. A. (dir). "FERNANDO GARCÍA MERCADAL, ARQUITECTURA Y FOTOGRAFÍA. Una mirada al Patrimonio Arquitectónico de Segovia 1929-1936". Madrid, Universidad Complutense de Madrid, COACYLE-Demarcación de Segovia, 2011, p. 70.

²⁶ GARCÍA MERCADAL, F. "La última obra de Poelzig. Capitol", en *Arquitectura*, nº 89, Madrid, sept. 1926, pp. 352-358.

sintetizando ambos registros, de tal forma que resulta difícil establecer la hegemonía de una vía sobre la otra.

Tampoco hay que olvidar la génesis mediterránea²⁷, que se hace evidente en García Mercadal atendiendo a sus escritos, pero que también se refleja en la obra de los arquitectos del GATCPAC y, fundamentalmente el José Luis Sert²⁸. Este discurso acompañó la expansión del racionalismo no sólo en España, sino también en otros países del sur de Europa, como Italia. Los miembros del GATEPAC debatieron sobre la vigencia de algunos invariantes atemporales de la arquitectura popular²⁹ que justificaran un racionalismo propio y contextual frente al Estilo Internacional defendido desde Europa.

Aunque los primeros análisis de la arquitectura moderna, los realizados por Carlos Flores, parecían admitir únicamente como racionalismo ortodoxo al alineado con la "tabula rasa" de la anulación de las raíces históricas, aportaciones historiográficas más recientes han contribuido al esclarecimiento de la complejidad y la ambigüedad de la arquitectura del siglo XX, admitiendo la existencia de una relación entre clasicismo y modernidad como vía continuista frente al rupturismo de un racionalismo considerado más ortodoxo y de raíz vanguardista. Parafraseando a la profesora Layuno: *"El clásico no debe considerarse como un estilo, sino como un método racional y abstracto válido para el proyecto moderno"*³⁰.

En el caso concreto de García Mercadal el clasicismo ha estado presente en sus obras y escritos desde el inicio de su carrera. Una de sus primeras aportaciones críticas es el ensayo *"Del clásico, de su enseñanza y sus*

²⁷ROVIRA, J. M. "Arquitectura: el Mediterráneo es su cuna" en PIZZA, A. *José Ll. Sert y la cultura del Mediterráneo*, Barcelona, Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña, 1997, pp. 46-79. Véase también el ensayo de ROVIRA J. M. "José Luis Sert: Mediterráneo y Vanguardia, recorridos calculados" en GARRIDO, G. y CÁNOVAS, A. *Textos de crítica de Arquitectura comentados I*, Madrid, ETSAM, Departamento de proyectos, 2003, pp. 128-135.

²⁸ SERT, J. LL., FREIXA, J., PIZZA, A. *Sert i la Mediterrània*. Barcelona, Col·legid'Architectes de Catalunya, 1997.

²⁹PIZZA, A. "El Mediterráneo: creación y desarrollo de un mito", en PIZZA, A. *José Ll. Sert y la cultura del Mediterráneo*, Barcelona, Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña, 1997, pp. 20-21.

³⁰LAYUNO ROSAS, M. A. "Fernando García Mercadal, tradición e historia en la arquitectura de la modernidad", op. cit. p. 72.

relaciones con la arquitectura moderna"³¹ escrito en 1924 durante su estancia en Roma, en el que asume la idea del desarrollo de una modernidad a partir de la continuidad con la tradición clásica. Lo mismo se refleja en sus proyectos; uno de los primeros es la propuesta que realiza, junto con Emilio Moya, para el Ateneo de Valencia. Proyecto evidentemente clásico y realizado simultáneamente en el tiempo con el Rincón de Goya. Incluso en este último, abstrayéndonos de su significado, si nos fijamos únicamente en su planta, olvidando el planteamiento, advertimos la existencia de unos ejes generadores rematados con formas absidiales, que nos recuerdan las plantas de los edificios clásicos.

Sin embargo es sorprendente la diferencia de tratamiento que ha tenido la figura de García Mercadal por la historiografía a través de sus distintas etapas: en su primera etapa se le considera como protagonista de la historia de la arquitectura española,

*"... resultó ser el primer arquitecto español alerta ante la nueva coyuntura internacional, el que, como el mismo, amplió, además de sus mejores momentos, demostró mayor capacidad de reflejos en intentar, muy tempranamente, reflejarla."*³²

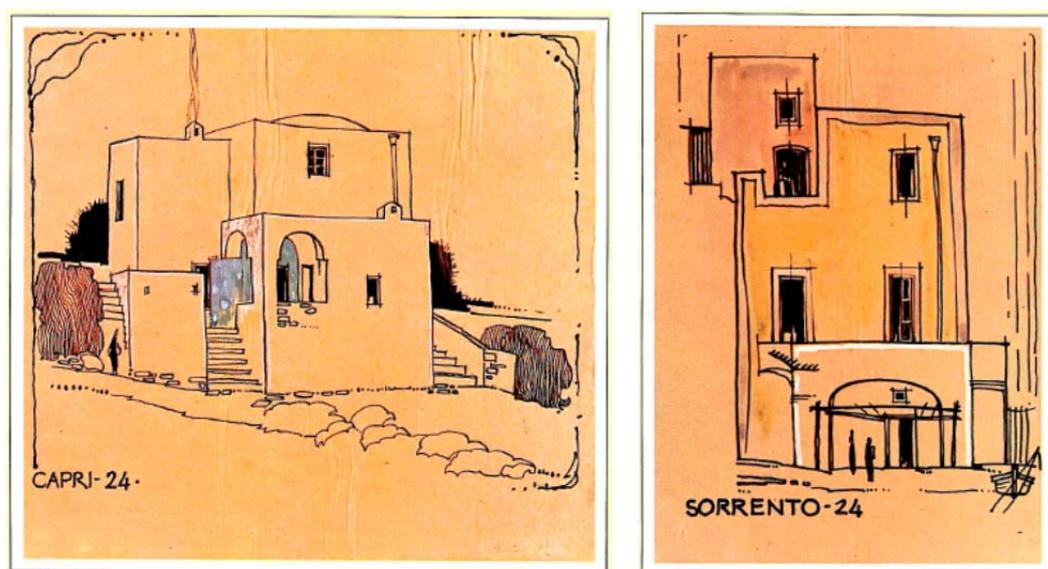
ya que por sus primeros trabajos fue considerado precursor del Movimiento Moderno en nuestro país, sin embargo su etapa posterior, a partir de los años treinta, cuando se dedica principalmente al urbanismo y, más aún, después de la guerra civil, cuando cobra protagonismo la construcción de edificios hospitalarios, la crítica arquitectónica lo arrincona, despreciando la validez de su producción arquitectónica únicamente porque su apariencia formal se aleja de los cánones del dogmatismo racionalista ortodoxo.

Cabría preguntarnos si en realidad la arquitectura de García Mercadal en esta etapa de postguerra es digna de ser comparada con las creaciones de los arquitectos más destacados de la generación de los años cincuenta y sesenta que Flores nos presenta en su obra pionera. Los hospitales de García

³¹ GARCÍA MERCADAL, F. "Comentarios: del clásico, de su enseñanza y sus relaciones con la arquitectura moderna" en *Arquitectura*. Nº 60, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1924, pp. 150-152.

³² FULLAONDO, J. D. *Fernando García Mercadal arquitecto aproximativo*, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1984, p. 8.

Mercadal son una obra casi de "oficio" que nada tienen que ver con la tensión creativa que generan los concursos de arquitectura, los hospitales son una creación de especialistas, pero aun así, como veremos, es reconocible en ellos la mano de García Mercadal, su racionalismo no dogmático, su racionalismo clásico.



Dibujos de García Mercadal de arquitecturas tradicionales en Italia. (Fuente: Fernando García Mercadal).

Hay que tener en cuenta que la etapa analizada de García Mercadal es coincidente con la segunda modernidad de la arquitectura contemporánea española, con figuras de la talla de Fisac, Coderch, Fernández del Amo, etc. arquitectos mucho más jóvenes, con la titulación posterior a la guerra civil y sin las secuelas producidas por ella. De una u otra manera, los arquitectos más destacados en los años previos a la contienda fueron anulados en sus inquietudes³³ y no volvieron a recuperar su nivel creativo anterior. El testigo pasó a la siguiente generación.

La producción hospitalaria de García Mercadal no se puede considerar una obra innovadora, menos aún en comparación con la meritoria arquitectura producida en España en los años cincuenta o sesenta, pero tampoco se le puede relegar al ostracismo y al olvido, se trata de una obra de madurez,

³³ Véase RUIZ CABRERO, G. *El Moderno en España. Arquitectura 1948-2000*. Madrid, Tanais Ediciones, 2000.

sujeta a estrictos condicionantes funcionales, de un arquitecto con una personalidad contradictoria pero de innegable calidad.

En sus edificios hospitalarios para el INP, construidos a mediados del siglo XX, se hace evidente esa aparente contradicción racionalismo-clasicismo, pero los edificios clasicistas de García Mercadal tampoco constituyen un bloque compacto y homogéneo, ni siquiera se suceden en una época concreta. Si se analiza su obra al completo, aparecen propuestas con profundas diferencias lingüísticas entre ellas, como apuntan Layuno o también Fullaondo; desde las que adoptan una composición historicista y conservadora³⁴, hasta los que muestran una imagen formal del racionalismo ortodoxo³⁵, pasando por los adscritos a una imagen de un racionalismo más heterodoxo y clasicista³⁶.



Vista del proyecto del ambulatorio Ramón y Cajal de Zaragoza. 1961. (Fuente: 1919FGM1972).

La arquitectura hospitalaria de Mercadal se podría integrar, casi por completo, en este último grupo, pero la esencia de esta arquitectura no se

³⁴ La propuesta para El Ateneo de Valencia o el ambulatorio de Jaca

³⁵ Como el Rincón de Goya o la casa para el doctor Horno.

³⁶ En este grupo se podrían integrar el proyecto de Museo de Arte Moderno en Madrid (1933) o el ambulatorio de Ramón y Cajal en Zaragoza.

queda solamente en la apariencia formal, sino que, al igual que en la mayor parte de los edificios del INP, dirige la mayor parte del esfuerzo del proyecto a resolver las exigencias de un uso, el hospitalario, cada vez más especializado y que exige soluciones arquitectónicas de vanguardia que se alejen de planteamientos tradicionales. Para ello se visitan los mejores hospitales del momento, se optimizan las distribuciones, se aumentan las condiciones de asepsia, se mejoran las instalaciones de climatización, se plantean estructuras porticadas que permitan la flexibilidad de utilización.

En resumen: se subordina el diseño del edificio a las necesidades del uso concreto, aderezándolos, eso sí, con guiños y concesiones a la pretendida arquitectura nacional del régimen franquista, a base de realizar algún frontón o alguna columnata en las fachadas.



Vista del exterior de la Residencia Virgen del Camino, Pamplona. 1960. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/bancodeimagenes/instituciones-sanitarias.html>)

I.1.4. Los años de la Autarquía y el segundo advenimiento del Movimiento Moderno

La Guerra Civil española supuso un enorme trauma, cuyo verdadero alcance solo lo conocen aquellos que la sufrieron y soportaron las consecuencias que, tras la finalización, se hicieron evidentes en todos los ámbitos de la vida cotidiana. En la producción arquitectónica el academicismo historicista impuesto desde los poderes del Estado impide valorar, a primera vista y con acierto, las realizaciones de los primeros años de la postguerra, totalmente condicionadas por la falta de libertades. Los primeros rasgos de modernidad compositiva tras la contienda aparecen, según Antón Capitel³⁷ hacia el año 1949, momento en el que se inicia el deshielo del régimen franquista y su lenta incorporación a la comunidad internacional. Surgen de la mano de las nuevas generaciones, los arquitectos que habían obtenido el título terminada ya la guerra civil, y tienen la apariencia de un tímido movimiento reivindicativo del Movimiento Moderno iniciado desde el interior del propio régimen.

La "generación madura"³⁸, como la llama Antón Capitel, la que había iniciado el compromiso con la modernidad en los años 30, había visto truncada su carrera o había caído en un cierto desánimo del que algunos no conseguirían reponerse³⁹. Esta generación tuvo que acatar las consignas del academicismo ecléctico para poder trabajar y solamente con el paso a la década de los cincuenta pudo ejercer la profesión y proyectar con una cierta libertad, realizando propuestas generalmente equidistantes entre tradición y modernidad.⁴⁰

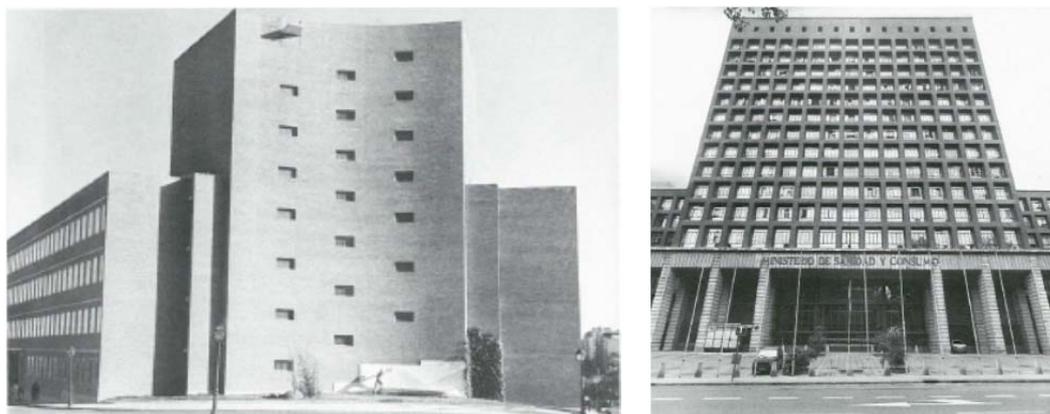
³⁷ CAPITEL, A. *Arquitectura española: años 50 – años 80*. Madrid, MOPU, 1986.

³⁸ CAPITEL, A. *Arquitectura española: años 50 – años 80*, op. cit. p. 16.

³⁹ Gabriel Ruiz Cabrero en su libro *El Moderno en España. Arquitectura 1948-2000*, define así la situación de los arquitectos adscritos al Movimiento Moderno en España tras la Guerra: "Torres Clavé murió en el frente de Cataluña defendiendo la revolución; Sert, su antiguo socio, aprovechó su encargo en París para no regresar a Barcelona; Aizpurua, Jefe de la Falange de San Sebastián, fue fusilado; Lacasa y Sánchez Arcas se refugiaron en Moscú; Zuazo fue exiliado en Canarias y tardó en volver; Mercadal nunca fue del todo rehabilitado y otros que sobrevivieron en el bando ganador, como fue el caso de Gutiérrez Soto, abandonaron la tensión y la investigación de lo moderno".

⁴⁰ DOMENECH GIRBAU, LL. *Arquitectura de siempre. Los años 40 en España*, Barcelona, Tusquets Editores, 1978.

Similar criterio mantiene Carlos Flores en su libro *Arquitectura Española Contemporánea*, en el que analiza los efectos que la guerra civil causó sobre la arquitectura realizada en los años posteriores a 1939 y que resume en “ausencia de diversas figuras importantes, aislamiento casi total y variación ideológica”⁴¹, lo que hizo que no se tratara de un paréntesis sin más, sino que afectó a la médula de la evolución arquitectónica.



Consejo de Investigaciones Científicas de Fisac y edificio de Sindicatos de Cabrero y Aburto. (Fuente: Antón Capitel).



Edificio del Alto Estado Mayor Central. Gutierrez Soto. (Fuente: Antón Capitel).

⁴¹ FLORES, C. *Arquitectura Española Contemporánea*, Madrid, Aguilar, 1961, p. 219.

Tradicionalmente han sido considerados por la crítica como los primeros ejemplos de arquitectura moderna en la España del Franquismo la Delegación Nacional de Sindicatos (1950) de Francisco de Asís Cabrero y Rafael Aburto, la Basílica de Aránzazu (1951) de Francisco Sáenz de Oiza y Luis Laorga, el edificio del Consejo de Investigaciones Científicas de Miguel Fisac (1955) o el Alto Estado Mayor Central (1949) de Miguel Gutiérrez Soto. Todas estas obras utilizan lenguajes claramente desvinculados del academicismo oficial y, aunque en un principio fueron consideradas pioneras del segundo advenimiento del Movimiento Moderno en España, más tarde fueron calificadas excesivamente moderadas o poco comprometidas con el ideal moderno por la crítica de los años posteriores:

"... proponen modelos de arquitectura moderados, que no utilizan ya los lenguajes académicos, pero que se presentan apoyando valores tradicionales o figuraciones alternativas al Estilo Internacional. En absoluto quiero decir que fueran peores, tal vez todo lo contrario, pero no eran propiamente modernas, pues permanecían ligadas a cuestiones que enseguida fueron vistas como obstáculos para alcanzar la verdadera modernidad que se vislumbraba como objetivo: la monumentalidad; la valoración de la construcción, muchas veces tradicional, o neo-tradicional, si se quiere; la conciencia del lugar urbano físico y de las tradiciones figurativas; el valor compositivo de la arquitectura; la simplificación de modelos académicos etc., fueron cuestiones probablemente positivas, pero que pronto pasarían a considerarse de modo contrario."⁴²

Esta deslegitimación fue mayor aún en el caso de García Mercadal, al que la crítica posterior no perdonó que, desvinculado de ese ideal único y excluyente de la arquitectura moderna, siguiera su trayectoria personal con el compromiso equidistante entre lo clásico y lo moderno.

Se parte de la hipótesis de trabajo basada en demostrar cómo García Mercadal contribuyó, junto con el reducido grupo de arquitectos que trabajó para el INP, a generar y desarrollar una arquitectura hospitalaria, que, aunque envuelta a veces en una epidermis clásica, analizada en

⁴² CAPITEL, A. *Arquitectura española: años 50 – años 80*, op. cit. pp. 17-18.

profundidad, evidencia el esfuerzo por dar respuesta a las necesidades sanitarias del momento de una manera racional y económica, al margen de su adscripción a determinados planteamientos estilísticos.



Sede del INP en Zaragoza. García Mercadal. 1963. (Fuente: Archivo INGESA).

I.1.5. La reivindicación de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal y su protección patrimonial

Aunque el análisis de la figura de García Mercadal no sea el objetivo exclusivo de la investigación que se ha llevado a cabo, sobre el cual, por otra parte, ya se han realizado numerosos estudios con nuestra aportación a la arquitectura hospitalaria se pretende llevar a cabo una profundización y valoración crítica de su trayectoria menos conocida y valorada: su trabajo al servicio de la Administración Franquista. Fernando García Mercadal se dedicó en este periodo a un tipo de construcción hospitalaria que fue abordada desde un punto de vista integral (incluyendo todos los factores que afectan al edificio de hospital), teniendo en cuenta que cumplía una función social importante y que presentaba unas características definidas (al fin y al cabo, está muy condicionada por su uso), unitarias e identificables.

El pequeño grupo de arquitectos que trabajaron en el Plan de Instalaciones Sanitarias se repartieron la Península de una manera virtual, cada uno de ellos intervenía en una zona geográfica, aunque sin ningún tipo de limitación o restricción. García Mercadal eligió una parte del Noreste español y eso le permitió realizar todos los centros sanitarios de la zona. En Aragón proyectó la Residencia Sanitaria de Zaragoza (de la que siempre estuvo muy orgulloso) y las Residencias de Calatayud, Huesca y Teruel, pero también las de provincias cercanas: los proyectos de las Residencias de Lérida, Logroño, Vitoria, Pamplona y Guadalajara llevan su firma y su impronta personal. En Zaragoza proyectó también el Hospital de Traumatología (1969) y la sede provincial del INP (1963). Y por toda la Comunidad Autónoma construyó numerosos ambulatorios: Jaca, Barbastro, Monzón, Caspe, Alcañiz, Tarazona, Ejea de los Caballeros, etc.

Su primera y más importante obra hospitalaria fue la Residencia Sanitaria José Antonio de Zaragoza, hoy Hospital Miguel Servet (1948-1952), la cual, aunque sigue siendo la instalación sanitaria de referencia en la región, no ha sido objeto hasta el momento de un riguroso estudio histórico arquitectónico. Cuando la proyectó, García Mercadal ya no residía en Aragón, pero desde Madrid se sentía ilusionado con la idea de construir un gran edificio en su ciudad y reconciliarse de alguna forma con sus paisanos, los que en otra

época no habían valorado excesivamente su obra. El reconocimiento fue mutuo y hoy Fernando García Mercadal está considerado en Aragón como el arquitecto más destacado del siglo XX.

El daño causado por la crítica, al desconsiderar o, por lo menos, ignorar la validez de su arquitectura hospitalaria, ha supuesto que exista una escasa sensibilidad general hacia la misma y, por consiguiente, que prácticamente ninguna de sus obras hospitalarias haya tenido protección patrimonial. Esta situación la ha convertido en una arquitectura muy vulnerable, tanto a la demolición como a las reformas y rehabilitaciones agresivas.



Vista de la Residencia de Logroño de García Mercadal (1948) en el centro, rodeada de edificación en los años ochenta, previa a su demolición. (Fuente archivo INGESA).

I.2. Objetivos de la tesis

Partiendo de estas premisas, los objetivos que se pretende alcanzar son los siguientes:

- Estudiar la situación sanitaria en la España de la postguerra en el contexto político del franquismo, analizando una etapa, especialmente fértil en cuanto a la construcción de instalaciones sanitarias en toda España, como fue la correspondiente al primer Plan de Instalaciones Sanitarias, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión, que a mitad de los años cuarenta del pasado siglo dio lugar a unos modelos de edificios hospitalarios característicos de la sanidad española. En el caso concreto de Aragón, este Plan supuso la construcción de tres hospitales y numerosos ambulatorios que fueron la base del actual entramado de instalaciones sanitarias.
- Estudiar la renovación de la arquitectura hospitalaria española durante el franquismo promovida por el INP, su innovación tipológica, sus influencias, los arquitectos que la produjeron, las novedades en el campo disciplinar y la evolución de un tipo de arquitectura específica, eslabón discontinuo entre la arquitectura hospitalaria prebélica y la tecnócrata de los años setenta. La arquitectura hospitalaria ha sido extensamente estudiada, pero pensamos que este estudio de tipo monográfico contribuirá a colmar una serie de lagunas territoriales o cronológicas dentro de este ámbito de estudio.
- Estudiar la trayectoria de Fernando García Mercadal en el segundo tercio del siglo, coincidente con su producción en la dictadura franquista, periodo en el que realizó el proyecto del hospital Miguel Servet y otros muchos edificios hospitalarios, analizando además la trascendencia que la proyectación de hospitales y ambulatorios tuvo en su obra, así como sus aportaciones como arquitecto del INP. Este planteamiento se

llevará cabo mediante una revisión crítica de la totalidad de su obra en la etapa franquista al margen de formalismos.

- Analizar la historia, las características y la evolución del complejo hospitalario Miguel Servet, desde su edificio inicial, la Residencia General proyectada en 1947, pasando por la conversión en una Ciudad Sanitaria con la implantación del edificio de Traumatología, hasta los primeros años setenta, momento en el que García Mercadal es apartado de la colaboración con el INP y se abandona el Plan Director que había diseñado para la Ciudad Sanitaria, por García Mercadal, quedando sin construir su proyecto de Residencia de Enfermeras y el anteproyecto de Hospital Materno-infantil. A partir de esa fecha se empiezan a producir en el complejo reformas y ampliaciones encaminadas a mejorar la eficacia asistencial, pero que han ido distorsionando, o directamente mutilando la coherencia arquitectónica del edificio inicial de la Residencia Sanitaria diseñada por García Mercadal. Especialmente crítico se manifestó con el planteamiento del Hospital Materno-infantil del que reprobaba tanto su ubicación como su forma. Igualmente, se pretende analizar la situación urbanística de la ciudad de Zaragoza en los años anteriores a la construcción de la Residencia Sanitaria y la influencia que ésta pudo tener en la evolución de la zona durante el periodo posterior.
- Por último, se pretende con esta aportación fomentar la protección patrimonial de la arquitectura de Fernando García Mercadal, en especial la ejecutada en la segunda etapa de su trayectoria, propiciando la elaboración de un catálogo que facilite el conocimiento de la misma. De este modo, concienciar, sensibilizar e informar a los particulares y a las administraciones públicas de la autoría y valor de muchas de las obras de García Mercadal, considerando las transformaciones y derribos que ha experimentado su obra, y en concreto su obra hospitalaria.

Capítulo II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

Metodología y estructura de la tesis

Marco contextual y teórico

II.1. Metodología y estructura de la tesis

II.1.1. Método de trabajo

El enfoque desarrollado en la presente investigación doctoral parte, por un lado del estudio de la arquitectura hospitalaria que el arquitecto Fernando García Mercadal llevó a cabo entre los años 1947 y 1972 para el Instituto Nacional de Previsión en Aragón, analizando de manera específica un caso de estudio a nuestro parecer emblemático, el Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Este objetivo esencial ha sido por otro lado insertado en el discurso de la evolución de la arquitectura hospitalaria española y aragonesa del siglo XX, contexto desde donde poder interpretar adecuadamente las aportaciones tipológicas que introdujo la política hospitalaria franquista en España y en concreto en Aragón, y en segundo lugar, la valoración de estos hospitales en la trayectoria arquitectónica de Fernando García Mercadal.

Para alcanzar los objetivos expuestos, la tesis se ha estructurado en tres partes o bloques, que abarcan desde el marco teórico y metodológico general en que se presentan criterios arquitectónicos aplicables al diseño de hospitales (primera parte), hasta el estudio específico de la evolución hospitalaria en el período franquista (hospitales y ambulatorios), centrando los casos de estudio en el trabajo de Fernando García Mercadal, en una etapa poco conocida y valorada de su carrera (partes segunda y tercera).

La tesis ha combinado un enfoque fenomenológico con otro de historiográfico, es decir, el trabajo de campo (análisis de los edificios in situ), con el bibliográfico y el documental, además de la lectura e interpretación de las fuentes críticas que nos permiten entender la razón de ser de las propuestas proyectuales en un momento determinado. Todo ello con la finalidad última de llegar a conclusiones sobre la influencia de las consignas del INP en la arquitectura hospitalaria de Fernando García Mercadal en el contexto de su producción de postguerra, actualizando la valoración sobre su figura. También se pretende analizar y advertir sobre la fortuna crítica de estos edificios en la actualidad y su estado de conservación.

En el caso de la valoración de la obra de Mercadal, el método utilizado para la investigación ha sido el de analizar la obra y su contexto, sin negar o aceptar *a priori* el tratamiento previo de la historiografía sobre la etapa hospitalaria de Garcia Mercadal. Se trata de un método que podríamos llamar experimental en el sentido utilizado por Rafael Moneo en su artículo *A vueltas con la metodología* publicado en la revista *Arquitectura*:

“Entendiendo por método experimental aquel que no parte de principios a priori, lo que permite poner en duda las teorías anteriores y hacer planteamientos lícitos mientras no existan pruebas de lo contrario”¹.

¹ MONEO, R. “A vueltas con la Metodología” en *Arquitectura* nº 82, Madrid 1965, p.9.

II.1.2. Estructura

Se ha estructurado la tesis en tres partes: una primera en la que se abordan las cuestiones introductorias y los fundamentos teóricos en los que se apoya, una segunda dedicada a la evolución de la tipología hospitalaria durante la época franquista y una tercera en la que se analiza la obra-proyectos-producción de hospitales de Fernando García Mercadal.

La primera parte se divide, a su vez, en cuatro capítulos, el primero de los cuales, **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**, se dedica a establecer el contexto y los puntos de partida desde los que se inicia la investigación, que, en resumen, se podría concretar en la valoración crítica de la obra de García Mercadal desde los primeros análisis realizados por Carlos Flores en los años sesenta sobre la postguerra hasta la actualidad, así como a fijar los objetivos que se pretende conseguir de cara a modificar la fortuna crítica de sus obras con criterios, a poder ser, más equitativos.

El capítulo segundo: **FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS**, se plantea una reflexión sobre los criterios teóricos que desde la disciplina arquitectónica pueden aplicarse a una investigación monográfica como la llevada a cabo: tipología, racionalismo y funcionalismo aplicadas al lenguaje, como marco conceptual para el desarrollo del discurso teórico de los hospitales. Posteriormente se ha creído conveniente realizar una síntesis evolutiva de la de la arquitectura hospitalaria a través de la historia, hasta llegar a establecer los antecedentes de los modelos hospitalarios objeto de estudio.

En el capítulo tercero, **FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN**, se relacionan las fuentes manejadas en la investigación, su tipología (historiográficas y documentales) su procedencia y su aplicación en las diversas temáticas abordadas en la investigación.

El cuarto y último capítulo de la primera parte se dedica a analizar el **ESTADO DEL ARTE**, lo que plantea abordar aportaciones existentes en diversos campos de estudio disciplinares: como la historia de la arquitectura, los estudios monográficos de hospitales en España, en la etapa estudiada y en

otras precedentes, y los estudios sobre la figura del arquitecto García Mercadal.

García Mercadal ha generado abundante bibliografía, aunque la mayor parte de ella se centra únicamente en una etapa concreta de su producción arquitectónica, ello supone una excelente posición de partida para estudiar el resto de obra. Similar situación nos encontramos con la arquitectura hospitalaria durante el franquismo; aunque esta tipología cuenta con bibliografía suficiente, en la que se ha analizado su evolución desde el medievo, es escasa la dedicada a los hospitales que se construyeron en España por el Instituto Nacional de Previsión. Con esta tesis doctoral se aspira a colmar una laguna en los estudios sobre hospitales llevados a cabo por el INP en la Comunidad Autónoma de Aragón a la vez que reivindicar la valoración historiográfica y crítica de la obra hospitalaria de Mercadal.

La segunda parte consta de dos capítulos correlativos con los anteriores. El capítulo cinco, **LA SANIDAD ESPAÑOLA EN EL PERIODO DE LA AUTARQUÍA**, trata de la organización que, en los primeros años del franquismo, se puso en marcha para dar respuesta a la precaria situación sanitaria de la población.

Tras varios años de inestabilidad política y social que no habían permitido elaborar un plan duradero de construcción de instalaciones sanitarias, se inicia en el año 1946, con el concurso de anteproyectos de Ambulatorios y Residencias Sanitarias un plan ambicioso de construcción de hospitales que dotará a España de numerosos hospitales y ambulatorios, entre los que se encuadran los edificios hospitalarios de García Mercadal.

Se analiza en este capítulo la situación sanitaria existente vista desde los informes iniciales que ayudaron a tomar la decisión de acometer el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, las actuaciones previas, los viajes al extranjero para decidir el tipo de instalaciones a construir y su funcionamiento y los detalles de la ejecución del Plan.

El sexto capítulo se dedica a la **ARQUITECTURA HOSPITALARIA ESPAÑOLA DEL SIGLO XX**, centrándose en el estudio de las tipologías hospitalarias del siglo XX en nuestro país, en especial los nuevos modelos introducidos por el

régimen franquista, sus influencias y antecedentes, de tal forma que nos ayude a entender los hospitales que se generaron en Aragón a mitad del siglo pasado y su ubicación en el contexto histórico y arquitectónico.

Considerando que en el capítulo introductorio se ha sintetizado la evolución de las tipologías hospitalarias a través de la historia, en este capítulo se pretende focalizar el estudio en los hospitales españoles y aragoneses que en las primeras décadas del siglo XX precedieron a los modelos desarrollados por el franquismo, poniendo especial énfasis en los de Aragón.

Como es evidente que toda la producción de obra hospitalaria realizada durante las décadas previas al franquismo (tanto la construida como la que se quedó solamente en proyecto) era conocida por los arquitectos que trabajaron para el Instituto Nacional de Previsión, es indudable su influencia en uno u otro sentido. Por ello se analizan tres de los principales antecedentes: la obra de Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, la arquitectura higienista del GATEPAC y los Sanatorios Antituberculosos.

En la tercera parte se investiga la obra hospitalaria de Fernando García Mercadal y se compone de dos capítulos. El séptimo, analiza **SU TRAYECTORIA HOSPITALARIA DESPUÉS DE LA GUERRA CIVIL**, faceta del arquitecto que, aunque menos divulgada y estudiada, fue la más prolífica y de la que más orgulloso se sentía². Se analizan aquí las influencias, tanto de sus referente extranjeros: Hans Poelzig o Hermann Jansen; como de los trabajos hospitalarios de sus compañeros de estudios, Sánchez Arcas y Lacasa, así como las directrices e imposiciones estrictas de la oficina de proyectos del INP, en la que siempre estuvo como colaborador externo, pero cuyos mandamientos vinculaban como al más dependiente funcionario.

También se analizan sus trabajos encaminados a la racionalización de los proyectos de ambulatorios. Desde el seno del INP se organizó una comisión de estudio, en la que García Mercadal tuvo un papel protagonista, encaminada a la normalización, tanto de los proyectos como de la construcción, de estos pequeños edificios en los que se había detectado

² Según se desprende de sus propias palabras en una entrevista en la revista *Arquitectura*, de 1971, para García Mercadal su mejor obra fue la Residencia sanitaria José Antonio de Zaragoza.
CASTRO, C. "Los arquitectos critican sus obras", op. cit.

una gran dispersión de soluciones y que a su vez generaban resultados económicos muy desiguales. Se estudian los resultados de esos trabajos como vía para conseguir funcionalidad y economía. Por último, se analiza la situación actual de cada uno de los edificios producidos por García Mercadal y su grado de protección.

El capítulo octavo y último se centra en el estudio del **HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA**, como principal obra hospitalaria del arquitecto zaragozano. Abarca desde su construcción (1948) hasta los años sesenta. En este capítulo se analizan también el Plan Director que Mercadal elaboró al efecto de organizar la ampliación y reconversión de la inicial *Residencia Sanitaria* en una *Ciudad Sanitaria*, así como algunos de los proyectos incorporados en ese Plan: el importante edificio de Traumatología y Quemados, que casi duplicaba la capacidad en camas del hospital, el pequeño pabellón para Residencia de Enfermeras, que no llegó a construirse y el tercer gran edificio previsto, el Hospital Materno-Infantil, proyectado ya por otro arquitecto haciendo caso omiso de las previsiones de Mercadal.

Uno de los epígrafes se dedica al estudio contextual de la situación urbanística del entorno del Hospital Miguel Servet en los años previos y posteriores a su construcción.

Por último, en las **CONCLUSIONES**, se abordan una serie de deducciones y reflexiones críticas sobre la labor de Mercadal en el seno del INP y como autor de hospitales de la magnitud del Miguel Servet de Zaragoza. Las valoraciones sobre su lenguaje, en paralelo a los aspectos normativos y funcionales, urbanos, socio-sanitarios, concluyen en una voluntad de prospectiva, sobre la recepción, transformación y valoración arquitectónica de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal y en la que se intenta promover su conocimiento y conservación por parte de la administración pública y la sociedad en general.

Completa la tesis un segundo tomo denominado **APÉNDICE DOCUMENTAL**. En el Apéndice Documental, en forma de dossier adjunto al texto de la tesis, se aporta un catálogo de las obras hospitalarias que García Mercadal ejecutó por toda España para el Instituto Nacional de Previsión en el periodo comprendido entre los años 1948 y 1972.

Se han podido recopilar imágenes de la práctica totalidad de sus obras, excluyendo de las que, por su escasa importancia, no se han guardado referencias gráficas en los archivos. Se ha organizado la documentación por fichas independientes de cada una de las obras.

Las obras se ha clasificado atendiendo al uso, diferenciando entre Residencias, Ambulatorios y otros edificios (en este apartado solamente está la Delegación del INP en Zaragoza, ya que otras delegaciones del INP se encuentran integradas en los correspondientes ambulatorios), pero también a la localización, diferenciando ente las situadas en Aragón y en el resto de España. Hay un último apartado que recoge algunos proyectos sin ejecutar.

Dentro de las fichas, se ha ordenado la información por niveles: en primer lugar los planos correspondientes al proyecto, después las maquetas y perspectivas previas a la construcción, fotografías de la fase de construcción, fotos del estado inicial de los edificios, de su evolución posterior y, por último, imágenes del estado actual. De tal forma que sean apreciables la diferencias de la trayectoria de cada obra.

Existen diferencias cuantitativas en la información proporcionada de cada obra, lo que genera que las fichas sean dispares en cuanto a su tamaño. En cualquier caso lo que se ha pretendido es iniciar un primer catálogo de la obra hospitalaria de Fernando García Mercadal que la englobe y documente prácticamente en su totalidad, con el objetivo de crear un corpus que pueda estar disponible como punto de partida para futuras investigaciones sobre el tema.

II.2. Marco contextual y teórico

La investigación parte de un estudio del contexto histórico y disciplinar en el que diversos factores asociados de tipo económico, social, político y sobre todo sanitario, influyen en la arquitectura hospitalaria. Este enfoque ha permitido establecer unas escalas de investigación clásicas, que van de lo general, entendido como el contexto concreto, tanto sanitario como disciplinar, hasta el análisis de lo particular, entendido como las tipologías y proyectos hospitalarios de García Mercadal en Aragón y en concreto el Hospital Miguel Servet.

El objetivo específico ha sido el estudio de las aportaciones generadas por los hospitales proyectados por Fernando García Mercadal en Aragón, más en concreto el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, en el marco de la política sanitaria franquista ligada al Instituto Nacional de Previsión. Ello ha dado lugar al establecimiento de unas bases teóricas y metodológicas considerando varios factores, tanto disciplinares como extra-disciplinares.

Desde el punto de vista disciplinar, nos interesa ahondar en los conceptos de racionalidad, funcionalidad y tipo, tratados por la historiografía a partir numerosas publicaciones y, a través de ellos, esbozar la des-identificación entre racionalismo y funcionalismo y lenguaje del Movimiento Moderno, como la historiografía ha demostrado tras la revisión de la modernidad. Esta reflexión sobre el lenguaje como forma e imagen, sobre la función o sobre la racionalidad en arquitectura y la tipología resulta un paso previo para explicar la figura de Fernando García Mercadal y su obra hospitalaria en este caso.

II.2.1. Racionalismo frente a Funcionalismo ?

Con las teorías revisionistas del Movimiento Moderno la relación Forma-Función es revisada. El axioma de que a toda función le sigue necesariamente una forma y que esta consecución garantizará los requisitos de excelencia y belleza de la obra, es difícilmente sostenible, pues a un mismo programa le pueden dar satisfacción diversas soluciones. Renato de Fusco nos lo decía así en 1970:

*"...la arquitectura nacida de la economía de consumo parece haber arrinconado aquel proceso que en los racionalistas vinculaba la función con la forma, acentuando la suspensión o subordinación de la forma al otro factor, hasta el extremo de que el último aforismo parece ser la función sin la forma."*³

Hoy en día el funcionalismo no se ciñe exclusivamente al sentido restrictivo que supone condicionar la forma a la función despojada de toda consideración que no sea la utilitaria, tiene un carácter más positivo, comprometido con la idea de resolver las necesidades que las nuevas formas de vida van generando y con el aprovechamiento de materiales y técnicas actuales. Encontramos una definición de los principios del funcionalismo en el libro de Eduard de Zurco: *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*.⁴

*"Uno de ellos es el de que los arquitectos deben compenetrarse a fondo con la idea del carácter novedosos de nuestros problemas contemporáneos e inventar formas enteramente nuevas para resolver de la manera más efectiva dicha dificultades. Otro es el de que los arquitectos actuales deben explotar exhaustivamente la capacidad potencial de nuestros nuevos materiales y técnicas de construcción para solucionar los nuevos problemas arquitectónicos."*⁵

Para de Fusco este axioma, que era el del racionalismo ortodoxo, podía superarse entendiendo también lo simbólico como una función importante de la arquitectura. Esta consideración es recuperada por Carlos Flores, que en su ensayo "Defensa del Funcionalismo" (1961), remitiéndose a las teorías de Edward de Zurko⁶, afirma lo siguiente sobre el funcionalismo como categoría suprahistórica:

³ DE FUSCO, R, "La función sin forma" en *Arquitectura como mass médium*, Barcelona, Anagrama, 1970, p. 28

⁴ DE ZURKO, E. *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1970. (fue publicado originalmente por la Universidad de Columbia, 1957).

⁵ DE ZURKO, E. DE, *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*, op. cit. p. 158.

⁶DE ZURKO, E. *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*,op. cit.

...el funcionalismo es una posición de principio que ha de llevar a soluciones –y formas- esquemáticas o complejísimas, según los casos, y que incluso no es incompatible con la pura ornamentación aplicada⁷.

Este razonamiento, cuya finalidad era combatir el error que a su juicio cometían los revisionistas del Movimiento Moderno al confundir funcionalismo con esquematismo, le proporcionará, sin embargo, la posibilidad de valorar con mucha flexibilidad la arquitectura del siglo XX en España. De esta manera pueden tener en cuenta cuestiones que pudieran a priori resultar contradictorias, como la des-identificación entre funcionalismo y racionalismo, el rechazo a utilizar clasificaciones en función de características formales o estilísticas, o la heterodoxia como generadora del proyecto moderno. No solamente elementos racionales y funcionales como el avance técnico-constructivo, la simplificación de la forma y la ausencia de reminiscencias históricas, que son sus criterios prioritarios de evaluación.

En resumen, se podría decir que el funcionalismo es compatible con la ornamentación y con la dimensión simbólica o semántica de la arquitectura, no sólo con la abstracción formal del racionalismo.

En el ámbito concreto de los edificios hospitalarios es frecuente llegar a confundir los términos de funcionalismo y racionalismo. La exigencia de cumplir estrictos programas distributivos podría llevarnos a esa incorrección. Son dos conceptos que, aunque próximos, tienen marcadas diferencias: el funcionalismo se centra en un aspecto parcial, aunque importante, de la arquitectura que es la utilidad, la función, el cumplimiento del programa. Este aspecto es fundamental, y sin él no habría arquitectura, pero no deja de ser desequilibrante en el sentido de que prevalece una parte sobre el todo. El concepto de racionalismo es más amplio y tiene que ver con el conocimiento de la disciplina de la arquitectura. Giorgio Grassi lo define así:

“Hablar de racionalismo en arquitectura (...) quiere decir referirse principalmente al problema del conocimiento; en el caso concreto

⁷ FLORES, C., “Defensa del funcionalismo”, *Hogar y Arquitectura*, nº 34, Madrid, Obra Sindical del Hogar y Arquitectura, mayo/junio 1961, pp. 29-31.

de la arquitectura quiere decir referirse a sus mismos fundamentos científicos.”⁸

Se podría decir que mientras el funcionalismo se acerca al proyecto de una forma excluyente, intentando resolver una cuestión concreta y única, el racionalismo pretende aportar soluciones generales y permanentes.

“El funcionalista prefiere acentuar lo único y actual de la finalidad (...) el racionalista la considera en su sentido amplio y general, como disposición ante distintas situaciones, precisamente porque piensa en la duración del edificio, por donde pasarán distintas generaciones con exigencias tal vez cambiantes (...) Aquel quiere para cada situación concreta lo más absolutamente ajustado, lo único; éste quiere lo más ajustado a las necesidades generales, la norma.”⁹

Profundizando un poco más en el concepto de racionalismo se podría identificar con una cierta idea de lo clásico en arquitectura frente a aspectos más fragmentarios, como la función o la forma, tal como lo hace Manuel J. Martín Hernández en su tesis *La tipología en arquitectura*, en la que enfrenta estos tres conceptos:

“Querría también destacar, sobre todo, como entre un funcionalismo que desequilibra la arquitectura hacia un aspecto parcial (la función) y el formalismo, que hace lo propio con lo formal de la arquitectura, el racionalismo busca un equilibrio “orgánico” muy próximo a una cierta idea de clasicidad.”¹⁰

En el Movimiento Moderno se identifica racionalismo funcionalista como un todo para referirse a un tipo de arquitectura sobre todo basada en aspectos técnico-constructivos derivados de la planta libre y los nuevos materiales, y también de la estética de la abstracción. La revisión de estos postulados, pasaba por entender que la funcionalidad, que es prioritaria en la arquitectura, pues es lo que la define frente a otras artes, no derivaba de un

⁸ GRASSI, G. *La construcción lógica de la arquitectura*. Barcelona, COAC y B, 1973, p. 24.

⁹ BEHNE, A. *La construcción funcional moderna*, Barcelona, Ed. del Serbal, 1994, p. 72.

¹⁰ MARTÍN HERNÁNDEZ, M. J. *La tipología en arquitectura*, Tesis doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias, 1984, p. 140.

único código lingüístico, sino que podía haber un funcionalismo supratemporal. La revisión del Movimiento Moderno hizo también compatible la tradición y la modernidad a nivel tipológico y de referencias formales, pero no de avances espaciales y técnico-constructivos.

Tampoco se puede identificar exclusivamente racionalismo y ortodoxia formal del Movimiento Moderno, reflexiones de críticos como Helio Piñón nos advierten de las distintas ascendencias de la arquitectura racionalista.

“En realidad, entre lo que se suele definir como «arquitectura racionalista» hay obras de diferentes ascendencias: las hay genuinamente modernas, aunque con un cierto primitivismo que corresponde a la fase inicial de elaboración de los criterios visuales modernos, mientras que otras son literalmente neoclásicas, si bien la ausencia de ornamentación hace que las miradas poco cultivadas confundan su apariencia con la de las primeras”.¹¹

II.2.2. Los estudios tipológicos

Aunque la tipología ha sido un término denostado por la teoría de la modernidad, un estudio monográfico como el que se presenta, no puede obviar el enfoque tipológico como instrumento que permite entender la renovación o innovación espacial y funcional de los edificios hospitalarios. Para ello empezaremos haciendo un somero estudio del significado de tipología en arquitectura. Según el sociólogo y Catedrático de Metodología de las Ciencias Sociales de la Universidad de Florencia, Alberto Marradi:

*“El término **tipología** descende del griego tipos (molde, modelo) junto a la raíz lógos (discurso, razón)... El sentido etimológico del término **tipología** (como el de los términos análogos *typology*,*

¹¹ PIÑÓN, H., prólogo del libro LABARTA, C., DEAN, A. y DELSO, M., *Arquitectura racionalista en Huesca*, Huesca, Instituto de Estudios Altoaragoneses, 2009, p. 12.

tipologie) es por tanto algo como "doctrina de los tipos" o "reflexión sobre los tipos".¹²

En la Ilustración todo era susceptible de ser abordado desde el conocimiento y, para conocer, el primer paso es la clasificación científica vinculada a la racionalidad. Esta técnica ya se estaba aplicando con éxito a las ciencias de la naturaleza (botánica, zoología, etc.) y, por lo tanto, sería también útil en el campo de las artes y de la arquitectura. Todo ello dará lugar a la definición conceptual del "tipo" y sus distintas interpretaciones, en un momento en que el desarrollo teórico e iluminista va a provocar en la arquitectura una redefinición de sus fundamentos. En el terreno de la arquitectura, Blondel (1705-1774), arquitecto, profesor e historiador francés, se refirió a tipo en el sentido original de "source" traducido como "fuente o modelo antiguo" hacia el año 1771.

"Il est un autre moyen d'arriver à l'excellent; il consiste à remonter à la source, (...) et non en affectant le faste des ornements Arabes ou Egyptiens, et une similitude de membres d'Architecture, souvent si peu faits pour aller ensemble."¹³

Aunque la utilización del tipo se puede remontar al comienzo de la actividad arquitectónica e inicialmente se puede reducir hasta una abstracción geométrica simple (la cabaña), la primera formulación explícita de la idea de "tipo" en arquitectura se debió, según Moneo, a Quatremère de Quincy¹⁴ (1755-1849) que la plasmó en su *Diccionario histórico* a finales del siglo XVIII:

"La palabra tipo no representa tanto la imagen de algo a copiar o imitar perfectamente, cuanto la idea de un elemento cuya condición es servir de regla al modelo... El modelo, para la

¹² MARRADI, A. "La tipología desde Aristóteles a las ciencias sociales modernas " en *Revista de Ciencia Política y de Relaciones Internacionales*, nº1, marzo 2007, p. 9

¹³ BLONDEL, J.F. "Observations sur différentes parties de l'Art" en *Cours d'architecture ou traité de la décoration, distribution et constructions des bâtiments. IV*. Paris. 1771-1777.

¹⁴ Antoine Chrysostome Quatremère de Quincy. Aunque no fue arquitecto, este arqueólogo, filósofo, crítico de arte y político francés nacido el 21 de octubre de 1755 en París, lugar donde también murió el 28 de diciembre de 1849, se dedicó, entre sus muchas ocupaciones, a la crítica de arte y escribió el *Dictionnaire d'Architecture*, donde recopiló con acierto, entre 1788 y 1825, el significado de numerosos términos arquitectónicos.

ejecución práctica del arte, es un objeto que ha de representarse tal cual es; el tipo, en cambio, es un objeto según el cual cada uno puede concebir obras que no se asemejen entre sí. Todo está preciso y determinado en el modelo, mientras en el tipo todo es más o menos vago. Por eso advertimos que en la imitación de los tipos no hay nada que el sentimiento y el espíritu no puedan reconocer...”¹⁵.

En él explicaba también que nada puede surgir de la nada, que todo tiene que tener un antecedente por remoto y lejano que parezca, que el arte de construir siempre se ha aprendido por imitación de lo construido. Que todas las creaciones de los hombres tienen que tener un núcleo elemental en torno al cual se desarrollan las variaciones de las formas.

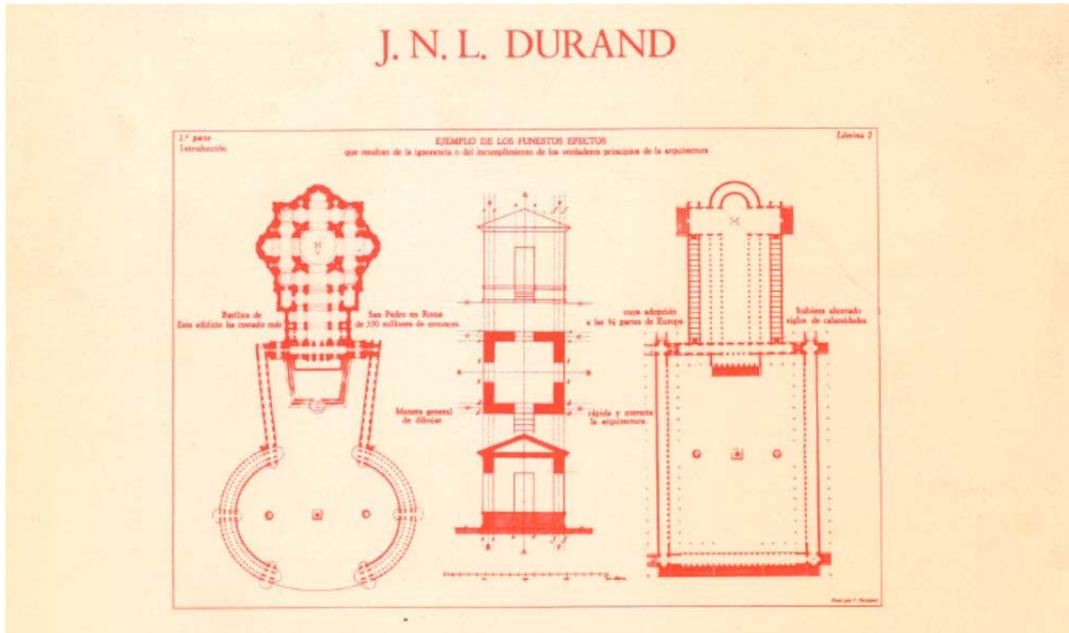
Para Quatremère el “tipo” es una especie de código genético que está en el inicio de la arquitectura pero que se va transmitiendo de unas obras a otras como en los seres vivos, dando sentido a la lógica de la forma, del uso, de la razón, sirviendo también como hilo conductor a través del tiempo. En el siglo XVIII el arte, y por lo tanto también la arquitectura, tenía su modelo de perfección en la naturaleza, a la cual se trataba de imitar. La idea de tipo se acercaba a la búsqueda de la generatriz formal de la arquitectura. La búsqueda de esos núcleos o formas elementales que permiten generar el edificio teniendo la seguridad de que responde al uso concreto que se plantea. En las primeras décadas del siglo XIX, la idea de tipo sintetizada por Quatremère evoluciona de una manera sustancial y ello es debido en gran medida a la aportación del pensamiento de Durand. Este pensamiento lo explica con la claridad y maestría habituales el profesor Moneo¹⁶ cuando nos dice que con Durand aparece un nuevo concepto: la composición. Esta herramienta será la que el arquitecto utilice para enfrentarse a la variedad de proyectos cada vez más complejos que la sociedad le reclama. Ya no se trata de realizar un proyecto por la simple imitación, sino de resolver un programa. Como nos dice Moneo: “...la composición pasaba por ser el

¹⁵ QUATREMÈRE DE QUINCY, A.C. *Dictionnaire d'Architecture*, Paris, 1792.

¹⁶ MONEO, R. “On Typology” en *Oppositions*, nº 13.1978. Versión en castellano: “Sobre la noción del tipo” en *Sobre el concepto de tipo en Arquitectura*, Madrid, UPM departamento de Publicaciones de Arquitectura 1982.

*mecanismo capaz de resolver la relación entre forma y programa, o forma y función*¹⁷.

Jean-Nicolás-Louis Durand había nacido en París en 1760 y era profesor de Composición en la Ecole Polytechnique de París en la que impartió clases durante 38 años, desde la fundación de la escuela en 1795 hasta 1833, poco antes de su muerte. La docencia constituyó pues su actividad principal durante toda su vida. Nada más terminar su primer tratado: *Recueil et parallèle des édifices de toutgenre, anciens et modernes: remarquables par leur beauté, par leur grandeur, ou par leur singularité, et dessinés sur une même échelle* y, seguramente animado por el gran éxito alcanzado, inició el segundo: *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*.¹⁸ Tanto uno como otro fueron obras que gozaron de gran popularidad y estima entre sus contemporáneos y su influencia en cuanto a composición arquitectónica ha llegado hasta nuestros días, Moneo los considera responsables de la inspiración de una buena parte de la arquitectura del norte y centro de Europa en el primer tercio del siglo XX¹⁹.



Portada de la versión española del libro de Durand *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*, editado por Pronaos en 1981.

¹⁷ MONEO, R. "On Typology" en *Oppositions*, nº 13, op. cit. p. 590.

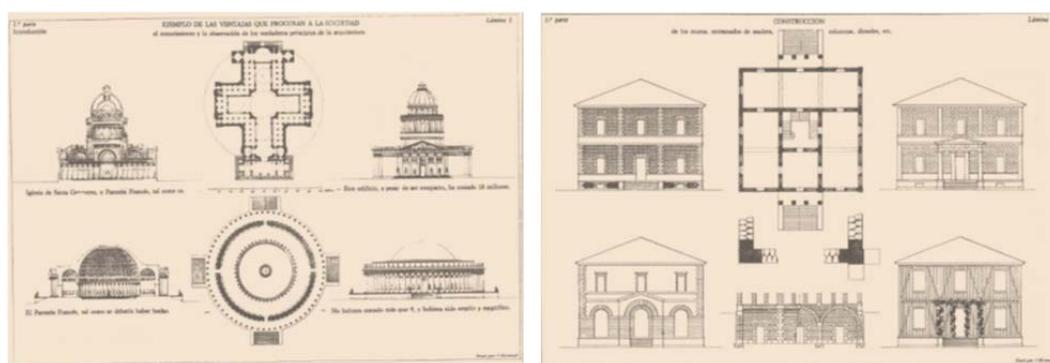
¹⁸ DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de Arquitectura*, Edición española, Madrid, Pronaos, 1981

¹⁹ MONEO, R. Prólogo de la edición española de *Précis des leçons d'architecture*, Ediciones Pronaos, Madrid, 1981. P. VIII.

En el primer libro, *Recueil et parallèle des édifices de tout genre...* se recogen edificios de las distintas culturas, los que Durand entiende que han marcado la historia de la arquitectura y los ordena con criterios tipológicos, representándolos todos a la misma escala, lo que permite un fácil análisis comparativo. Este sistema comparativo nos permite determinar la grandiosidad, la representatividad o el esfuerzo inversor realizado en cada edificio.

El criterio tipológico de ordenación utilizado para los edificios lo cambia cuando representa los órdenes arquitectónicos y los detalles constructivos, utilizando ahora un procedimiento cronológico que ayuda a entender la generación de los mismos.

La maquetación de las planchas de los grabados, con el edificio principal ocupando el centro de la página, rodeado de otros edificios más pequeños, con los dibujos perfectamente ordenados, con las reseñas explicativas al pie de cada uno de ellos, denota una preocupación por conseguir un efecto armonioso y agradable más allá de su condición puramente recopilatoria o histórica, lo que le confiere al libro un aspecto de catálogo de una exposición.



Ejemplos de maquetación de los dibujos en el libro de Durand. (Fuente: *Compendio de lecciones de Arquitectura*, 1981).

En *Précis*, Durand no se limita solamente a realizar una recopilación y clasificación de las tipologías, ya lo había hecho en su *Recueil*, avanza un paso más e intenta hacer de la arquitectura una disciplina sistemática. Su gran aportación consiste en crear un método de composición que permita a

los arquitectos enfrentarse al proyecto de cualquier edificio aún sin tener experiencia en esa tipología concreta.

*"... si nos familiarizamos (...) con el mecanismo de la composición, podríamos hacer con facilidad, incluso con éxito, el proyecto de cualquier edificio que se nos plantee sin haber hecho antes ningún otro."*²⁰

Ya no se trata de estudiar las tipologías, ni de inventar nuevos tipos, se trata de aplicar a cada programa solicitado unos criterios de composición perfectamente estructurados. Para ello establece primero unos elementos básicos: puertas, ventanas, arcadas, escaleras, porches, patios, etc., que luego combinará ensamblándolos en una cuadrícula y generando unos ejes principales. Su invento es el método, los elementos básicos que utiliza ya están inventados, pertenecen a la arquitectura de siempre y a la tradición constructiva, sólo los utiliza con la lógica de la razón.

*"... se trata por lo tanto de estudiar lo antiguo con los ojos de la razón, en lugar, como se hace con demasiada frecuencia, de ahogar ésta con la autoridad de lo antiguo."*²¹

Durand entiende que la tarea del arquitecto consiste en combinar los elementos sencillos que componen el edificio dando lugar a la aparición de objetos más complejos que se acoplarán entre sí con la ayuda de la composición y generando edificios concretos. Al utilizar estos elementos, el arquitecto construye, con la ayuda de la composición, la obra de arquitectura. Pero ¿cómo alcanzar la unidad? Nos lo termina explicando Moneo:

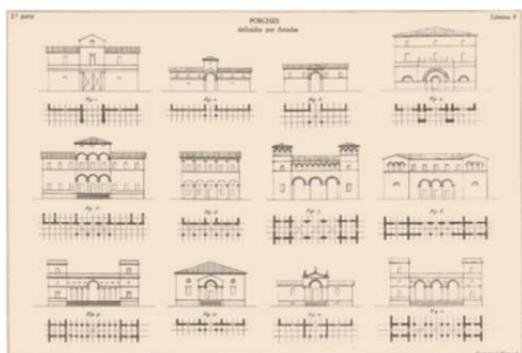
"Durand nos propondrá dos instrumentos para la composición que van a estar, de ahora en adelante, siempre presentes en la construcción de un edificio cualquiera que sea el programa; el

²⁰ DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de arquitectura. Parte gráfica de los cursos de arquitectura*. Madrid, Ediciones Pronaos, 1981, p. 117.

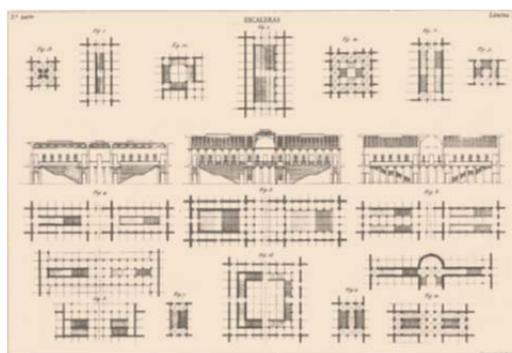
²¹ DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de arquitectura. Parte gráfica de los cursos de arquitectura*, op. cit., p. 114.

primero es la retícula continua y no diferenciada, el segundo el uso de los ejes como soporte de las partes y de los elementos."²²

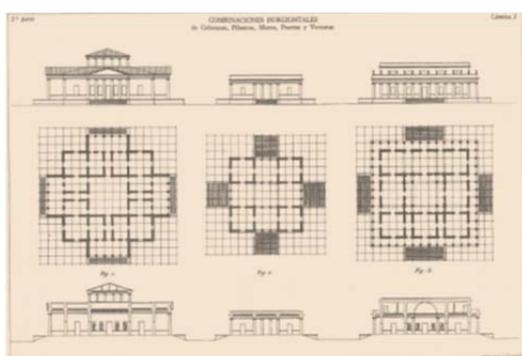
Porches



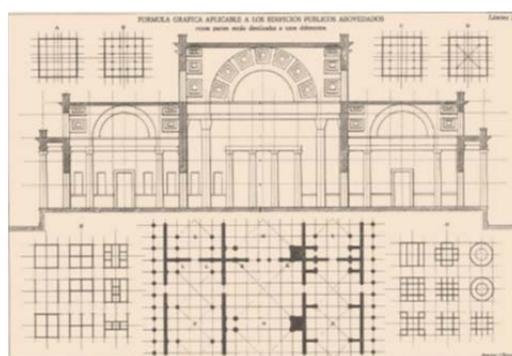
Escaleras



Combinaciones horizontales



Fórmula gráfica para edificios públicos



Distintas láminas del libro de Durand del catálogo de composición arquitectónica. (Fuente: *Compendio de lecciones de Arquitectura*, 1981).

Durand no utiliza la idea de tipo, pero está manejando una serie de elementos-tipo más sencillos que le permiten inventar arquitecturas con la eficacia necesaria para satisfacer los programas que cada uso le requiera. Si el arquitecto es capaz de dominar los elementos-tipo generales, estará en condiciones de componer el proyecto que responda a las exigencias concretas de función, emplazamiento, presupuesto y requerimientos de cada cliente individual.

²² MONEO, R. "On Typology", en *Oppositions*, nº 13, op. cit. p. 592.

En cuanto a la apariencia formal de los edificios, es el propio Durand el que escribe sobre el desprecio de los órdenes clásicos, a los que no considera, ni mucho menos, imprescindibles

"...no forman nunca la esencia de la arquitectura... el placer que se espera de ellos y de la decoración resultante es nulo;...finalmente esta decoración misma no es más que una quimera y el gasto que ocasiona una locura"²³.

Considera que si un edificio satisface las necesidades para las que ha sido construido no tiene por qué dejar de agradarnos, pues las formas y las proporciones que nacen del uso de los materiales y de los elementos constructivos utilizados no son peores que aquellas que derivan de los edificios antiguos, en los que el hábito nos ha creado de algún modo la necesidad.

Kaufmann, en la edición original de 1993 de su libro *Von Ledoux Bis Le Corbusier*²⁴ nos ayuda a valorar la trascendencia de los esquemas de Durand como contraposición y antítesis frente a los conceptos clásico-barrocos precedentes. En un artículo sobre la didáctica y las lecciones de Durand nos dice:

"Tienen una trascendencia incomparablemente mayor: constituyen la sistematización del nuevo modo de pensar arquitectónico, son la elevación o la transmisión de tales ideas hasta su consolidación categórica y suponen el reconocimiento por parte de sus contemporáneos de intenciones docentes más certeras"²⁵.

Lo escribe refiriéndose al motivo fundamental de todos los planos de Durand, que es la división regular del rectángulo en cuadrículas, con combinaciones de un sistema de coordenadas perpendiculares.

²³ DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de arquitectura*, Madrid, Editorial Pronaos, 1981.

²⁴ Versión española, KAUFMANN, E. *De Ledoux a Le Corbusier. Origen y desarrollo de la arquitectura autónoma*. Barcelona, Gustavo Gili, 1982.

²⁵ KAUFMAN, E. "La didáctica de Durand" en PATTETA, L. *Historia de la arquitectura: antología crítica*. Madrid, Hermann Blume, 1984, p. 203.

Las teorías de Durand resultaban de gran utilidad, de cara a su difusión, por la claridad del método proyectual que planteaban. Las tipologías de edificios son un hecho y empiezan a ser un instrumento de proyectación incuestionable, no tanto como método de análisis de las necesidades, sino como catálogo de prototipos que ya han definido sus necesidades. Esta tendencia a la mera copia sin análisis previo motivó su cuestionamiento en el futuro. No hay que olvidar lo estériles que resultaron las propuestas de los arquitectos en el gran debate sobre las tipologías hospitalarias que se produjo durante el siglo XIX. Tal como veremos en el apartado de las tipologías hospitalarias de este capítulo, eran propuestas exclusivamente geométricas (panópticos, círculos, cuadrados...), basadas únicamente en el método de composición de Durand, pero sin un análisis riguroso de las necesidades previas. Una vez que se establecieron con claridad las condiciones de salubridad que debían respetar los hospitales, o lo que es lo mismo, una vez fijado el programa de necesidades, el método de Durand volvió a resultar útil para proyectar hospitales.

En lo referente a las tipologías hospitalarias aparecen recogidas como tales en el libro de Jean Nicolás Louis Durand (1760-1835) *Recueil et parallèle des édifices de tout genre, anciens et modernes: remarquables par leur beauté, par leur grandeur, ou par leur singularité, et dessinés sur une même échelle*, aunque de forma muy breve, el autor las reconoce ya como una tipología independiente y dedica dos páginas del tratado a dibujar las plantas de los tipos de hospitales que considera representativos: la planta basilical, la doble cruz griega del Renacimiento, los grandes hospitales del Barroco y el Hospital de Pabellones.

Mayor interés representa el libro *Précis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*, del mismo autor, en el que ya no se limita a recopilar los modelos históricos como en el anterior, sino que nos aporta una lección de cómo proyectar los hospitales. Nos lo explica en el texto, donde nos habla de la importancia de estos edificios y del mal funcionamiento que tenían en su época. Pone ejemplos de los pocos hospitales que considera aceptables y señala sus puntos mejorables. También dibuja una solución ideal de hospital, de la que explica su funcionamiento en detalle, dando consejos muy concretos, como la ubicación de los almacenes donde se guarden

materiales inflamables, que deberán estar junto a los muros perimetrales, separados de las salas de enfermos para minimizar daños en caso de incendio.

La influencia de Durand es fundamental en la forma de proyectar arquitectura durante la primera mitad del siglo XIX, pero en el caso de los hospitales llega más allá, sus esquemas fueron utilizados hasta bien entrado el siglo XX.

Con la aparición de las vanguardias a principios del siglo XX, el concepto de tipo entra en revisión. En Alemania surge la Deutscher Werkbund, que hacia 1907 agrupa a un buen número de los artistas y artesanos junto con algunos industriales, con la intención, dirigida por el Estado, de hacer una producción artística en masa, que fuera competitiva frente a otros países industrializados.

Fue fundada y dirigida por Hermann Muthesius (1861-1927), que se inspiró en el movimiento inglés Arts & Crafts de William Morris. A diferencia de éste último introdujo el concepto de la standarización, "typisierung" o de la producción modular e industrial de los objetos de diseño.

El concepto de typisierung fue duramente atacado por Henry Van de Velde que, aun estando de acuerdo con la producción industrializada, defendía la independencia y la espontaneidad de la creación del artista frente a la estandarización.

La arquitectura moderna rechazó desde el principio el patrón de los tipos tradicionales e intentó superar cualquier referente histórico, negando la existencia del tipo y su imitación como sistema de eficacia garantizada. Citando a Lilia Maure:

"El Movimiento Moderno, influido por las vanguardias, consiguió obviar los referentes formales que habían caracterizado la arquitectura precedente"²⁶.

Los teóricos del Movimiento Moderno rechazaron el concepto de tipo tal como se había entendido en el siglo XIX ya que para ellos era sinónimo de

²⁶ MAURE RUBIO, L. P. "La superación del concepto de "tipo" en la arquitectura contemporánea" en *Cuaderno de notas* N° 12, Madrid, ETS Arquitectura (UPM).

inmovilidad²⁷. La vigencia de determinados tipos establecidos de antemano por la historia fue puesta en entredicho, tanto para la ejecución del proyecto arquitectónico como para el planeamiento de las ciudades, incluso para la intervención en sus cascos consolidados. Pero esta idea de "tabula rasa", que en lo referente a la proyectación de edificios se mantuvo incuestionable largo tiempo, pronto entró en revisión en cuanto al urbanismo. La idea de ruptura con el pasado chocaba con la necesidad de una explicación de la continuidad formal y estructural con la ciudad antigua. La ciudad es una estructura formal cuyo sentido solo puede ser comprendido a través del estudio de su desarrollo histórico, aquí no puede haber tabula rasa. El tipo permite comprender el modelo de evolución de la ciudad como organismo vivo²⁸. El tipo es la clave para entender la evolución histórica de la ciudad y sus distintas escalas.

Sobrepasada la mitad del siglo XX y una vez superados los principios de la modernidad, distintos autores han vuelto a reflexionar sobre las tipologías: Giulio Carlo Argan en *Progetto e destino* dedica un capítulo a reflexionar "Sobre el concepto de la tipología arquitectónica", Rafael Moneo en *Composición II*, hace lo mismo y también dedica una lección a "La noción de tipo en Arquitectura" donde presenta una síntesis del significado de las tipologías en la historia y de su razón de ser en la actualidad.

Giulio Carlo Argan²⁹ fue pionero en la reflexión sobre el concepto de tipología en Arquitectura ya al principio de los años sesenta y, aunque sigue dando gran importancia a la invención individual del arquitecto en cada obra, también deja claro el interés de las formas históricas en el proceso creativo. Fue uno de los primeros críticos de arquitectura en atreverse a cuestionar las premisas del Movimiento Moderno al admitir la necesidad del tipo, aunque no de forma determinante, en la producción artística. Sin embargo su idea de tipo se diferencia de la de Quatremère de Quincy. Argan no cree que exista un tipo formulado a priori, sino que se va formando

²⁷ MONEO, R. "On Typology" en *Oppositions*, nº 13, op. cit. p. 596.

²⁸ MURATORI, S. "Studi per una operante Storia Urbana de Venezia", Roma, 1960

²⁹ ARGAN, G. C., "Sobre el concepto de tipología en arquitectura" en "Proyecto y destino", Ediciones de la biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1969.

el tipo por la superposición de una serie de edificios con evidentes analogías formales y funcionales entre sí, nos dice:

“De este modo se configura el tipo como un esquema deducido mediante un proceso de reducción de un conjunto de variantes formales a una forma-base común. Si el tipo es el resultado de dicho proceso regresivo, la forma-base con que nos encontramos no puede ser entendida como mera armazón estructural, sino como estructura interna de la forma o como principio que implica en sí la posibilidad de infinitas variantes formales y, por tanto, la ulterior modificación del tipo mismo. No es necesario demostrar que, si la forma final de un edificio es una variante del tipo deducido de una precedente serie formal, al añadirse la nueva variante a la serie se producirá una mutación, más o menos marcada del tipo”³⁰.

Argan propone en sus escritos dos momentos para la creación: el primero, el momento de la tipología arquitectónica,

“En todo proyecto arquitectónico hay pues un aspecto tipológico: tanto en el sentido en el que el arquitecto busca conscientemente acomodarse al tipo o romper con él, como en el que toda obra arquitectónica pretende, en definitiva, plantearse como un tipo”³¹.

El segundo, el momento de la definición formal, en el que el arquitecto deja al margen las experiencias adquiridas por el conocimiento de la historia y da un paso adelante, en el vacío, creando o inventando su propia obra,

...“la invención formal, que supera al tipo, sería la respuesta a las exigencias actuales, respecto a las cuales el tipo hubiese perdido todo su valor concreto”³².

³⁰ ARGAN, G. C., “Sobre el concepto de tipología en arquitectura” en “Proyecto y destino”, op. cit. p. 150.

³¹ ARGAN, G. C., “Sobre el concepto de tipología en arquitectura” en “Proyecto y destino”, op. cit. p. 151.

³² ARGAN, G. C., “Sobre el concepto de tipología en arquitectura” en “Proyecto y destino”, op. cit. p. 153.

En los años ochenta, superado ya el discurso del Movimiento Moderno, Rafael Moneo recopila y define el significado de tipo en la labor creativa del arquitecto,

“Tal vez pueda ser definido como aquel concepto que describe un grupo de objetos caracterizados por tener la misma estructura formal”³³.

Más adelante, en los años noventa, y por lo tanto podemos considerar que en la actualidad, el profesor Martí Aris continúa en la misma línea de lo expuesto por Moneo y en su ensayo *Las variaciones de la identidad. Ensayo sobre el tipo en arquitectura*, lo define así:

“Nuestra definición de tipo, expresada en los más escuetos términos, dice así: un tipo arquitectónico es un concepto que describe una estructura formal”³⁴.

A nivel de la historiografía moderna no se puede dejar de señalar las aportaciones de Nicolás Pevsner al estudio de las tipologías. Su libro *Historia de las tipologías arquitectónicas* constituye una valiosa recopilación cronológica en la que se analiza el estilo, los materiales y la función de los principales edificios de cada una de las tipologías reseñadas.

El libro, que no pretende ser una referencia en cuanto a la interpretación de los distintos tipos arquitectónicos, ni tampoco emular las aportaciones de tratadistas anteriores como Durand o Blondel, es un referente muy apreciado por los arquitectos por su descripción de las tipologías de carácter historiográfico, apoyado en una extensa labor descriptiva, erudita y ampliamente documentada sobre los edificios que cataloga. Aportación deliberadamente distanciada de la voluntad adoctrinante que se dio en el contexto del debate sobre las tipologías de los años 70. En el mismo prólogo del libro Oriol Bohigas ya lo define como, exclusivamente, una recopilación de arquitectura historicista:

³³ MONEO, R. “On Typology” en *Oppositions*, nº 13, op. cit. p. 583.

³⁴ MARTI ARIS, C. *Las variaciones de la identidad. Ensayo sobre el tipo en arquitectura*. Barcelona Fundación Arquia. 2014. p. 23.

*"Historia de las tipologías arquitectónicas es (...) una reseña de la arquitectura historicista -y preferentemente de la del lenguaje clásico- con objetivos muy intencionados, (...) bien estructurados"*³⁵.

Uno de los capítulos del libro está dedicado a las tipologías hospitalarias y constituye una referencia obligada para el inicio de cualquier estudio sobre las mismas.

Carlo Aymonino y Giorgio Grassi, en la línea de Rossi, defienden un proceso de desarrollo de la ciudad a partir de la relación entre tipología edificatoria y morfología urbana, actualizando el debate en sus incursiones teóricas de la ciudad y la vivienda funcional del siglo XX³⁶. Grassi conduce su análisis al estudio de las *siedlungen* alemanas, fusionando urbanismo Y tipología.

El análisis de las tipologías edificatorias de la ciudad histórica ha sido abordado por diversos autores los citados adscritos a la Tendenza italiana, pero también en España por arquitectos como José Manuel García Roig, en su artículo "Tipología-morfología: la formación del modelo" (1988)³⁷, donde afirma que "no se puede comprender la idea de tipo separada de su relación con la de forma urbana...", procedimiento capaz de explicar las continuidades "narrativas" de la forma urbana y como instrumento para contextualizar el proyecto de arquitectura.

II.2.3. Origen y evolución de las tipologías hospitalarias

Todo lo dicho de las tipologías en general, podría ser aplicado al caso concreto de las tipologías hospitalarias, su utilización ha sido un hecho desde la aparición de edificios destinados a este uso, pero solo a partir del siglo XIX aparecen los tratados teóricos que las recogen y las estudian.

³⁵ Sacado de la definición que Oriol Bohigas hace del libro *Historia de las tipologías arquitectónicas* en el prólogo del mismo.

³⁶ AYMONINO, C. "La formación de un moderno concepto de tipología de edificios" en Cátedra de Composición II. I. de Solà-Morales.

³⁷ GARCÍA ROIG, J. M. "Tipología-morfología: la formación del modelo", en RIVERA BLANCO, J. (Dir): *Arquitectura y orden. Ensayos sobre tipologías arquitectónicas*. Universidad de Valladolid, Instituto de Investigación en Ciencias de la Educación, Colegio Oficial de Arquitectos de León, 1988, pp. 9-32.

El hospital es un edificio complejo que puede ser estudiado desde muchos puntos de vista: el sanitario, el económico, el jurídico y, por supuesto, el arquitectónico. Desde este enfoque, resulta ser una tipología decana en la tradición arquitectónica, que ha sufrido numerosos cambios, ya que ha estado siempre ligada a la evolución y a la forma de entender la medicina por la sociedad y, al igual que aquella, ha ido cambiando y progresando al ritmo de las grandes desgracias de la humanidad: las guerras, los desastres naturales, las epidemia, entre otros factores.

La tipología hospitalaria ha seguido los cánones de cada época en cuanto a los códigos lingüísticos imperantes. Los hospitales medievales, momento en el que fijaremos la aparición del edificio de hospital como tipo diferenciado, no se separaban ni un ápice de las composiciones canónicas que generaban cualquier otro tipo de edificio de la época: como los palacios, los conventos o los edificios administrativos. Es en el Renacimiento cuando se aprecia un esfuerzo por encontrar una tipología de edificio hospitalario que se adapte a la función asistencial. Filarete, aparte de construir el hospital de Milán, dedica uno de los libros de su *Tratado de Arquitectura*³⁸ a la tipología de hospital y en él marca las pautas de la construcción de hospitales de la Edad Moderna.

Sin embargo, se mantuvo, durante toda esta época, una subordinación del uso y la función frente a la arquitectura. Esta sumisión a las exigencias estilísticas o formales de la disciplina arquitectónica, motivó un cierto divorcio con la ciencia médica, que se hizo evidente entre los siglos XVIII y XIX, momento en el que los médicos y científicos reivindicaron y terminaron por imponer unos modelos de hospital que se alejaban de las propuestas formales de los arquitectos pero que en la práctica conseguían mayores niveles de eficacia en cuanto a curaciones.

La divergencia entre arquitectura y ciencia médica se mitigó en parte en el siglo XIX con la aparición de una tipología a la que los arquitectos hicieron interesantes aportaciones: los sanatorios antituberculosos. Las peculiares

³⁸ Antonio Averlino "El Filarete" escribió el *Tratado de Arquitectura*, compuesto de 25 libros, de los cuales el undécimo está dedicado a los hospitales y en el que describe un hospital ideal que coincide íntegramente con su Ospedale Maggiore de Milán.

características de estos hospitales hicieron que las condiciones de habitabilidad de las habitaciones (los enfermos permanecían estancias largas), la orientación, la ventilación, el asolamiento, la necesidad de espacios exteriores protegidos del frío, etc. acapararan todo el protagonismo y que las soluciones que aportaba la arquitectura resultaran fundamentales. El ejemplo más representativo de este protagonismo, aunque ya data del siglo XX sería el sanatorio de Zonnestraal, (1919) en Holanda, donde los arquitectos Johanes Duiker y Bernard Bijvoet consiguieron diseñar un establecimiento en el que la arquitectura colabora con la terapia aplicada al enfermo.

Aun así es sorprendente la escasa presencia de hospitales entre el selecto grupo de edificios que los arquitectos ponderamos de los grandes maestros del Movimiento Moderno. Aparecen reseñados habitualmente entre ellos numerosos edificios de viviendas, oficinas, iglesias, teatros, colegios, etc., pero escasamente un par de hospitales son nombrados con cierta frecuencia: el Sanatorio de Paimio (1933), de Alvar Aalto y el Hospital de Venecia (1964), de Le Corbusier y este último ni siquiera llegó a construirse.

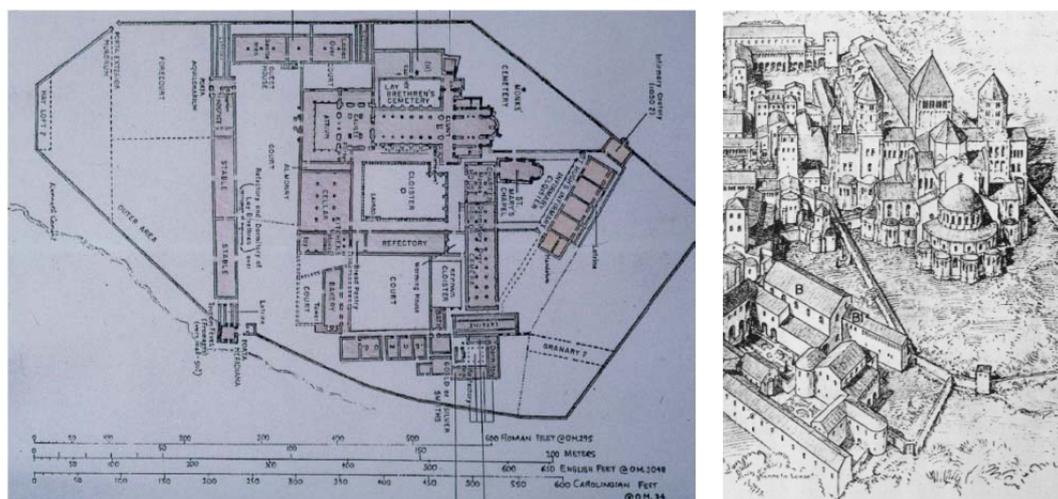
Se estudia a continuación la evolución de los hospitales desde el medievo, por ser el momento en el que surgen, repetidos con asiduidad, los primeros edificios destinados a este uso. En civilizaciones anteriores, como los griegos o los romanos, ya existían los hospitales, pero esta función no se situaba en edificios de características concretas y repetidas que pudiéramos considerar como una tipología diferenciada.

- **El primer hospital. La planta basilical**

Entendemos actualmente como edificio hospitalario aquel destinado de forma permanente al uso concreto del cuidado de enfermos o necesitados. Este tipo de edificio aparece por primera vez alrededor del año mil. En un principio el concepto de hospital está más ligado al de hospedería que al sanitario y surge alrededor de los edificios religiosos y conventuales³⁹. El

³⁹ PIELTAIN, A. "El Hospital. Doscientos años de proyectos", en LEÓN PANIAGUA, J., ISASI, J. y PIELTAIN, A., *Hospitales. La arquitectura del Insalud. 1986-2000*. Madrid. Insalud. 1999. p. 8.

cumplimiento de la regla de San Benito hacía que los monjes tuvieran que acoger a todo forastero que les pidiera cobijo como si fuera el mismo Cristo⁴⁰ y, por lo tanto, que en los conventos y abadías existiera siempre un pabellón reservado para huéspedes o enfermos.

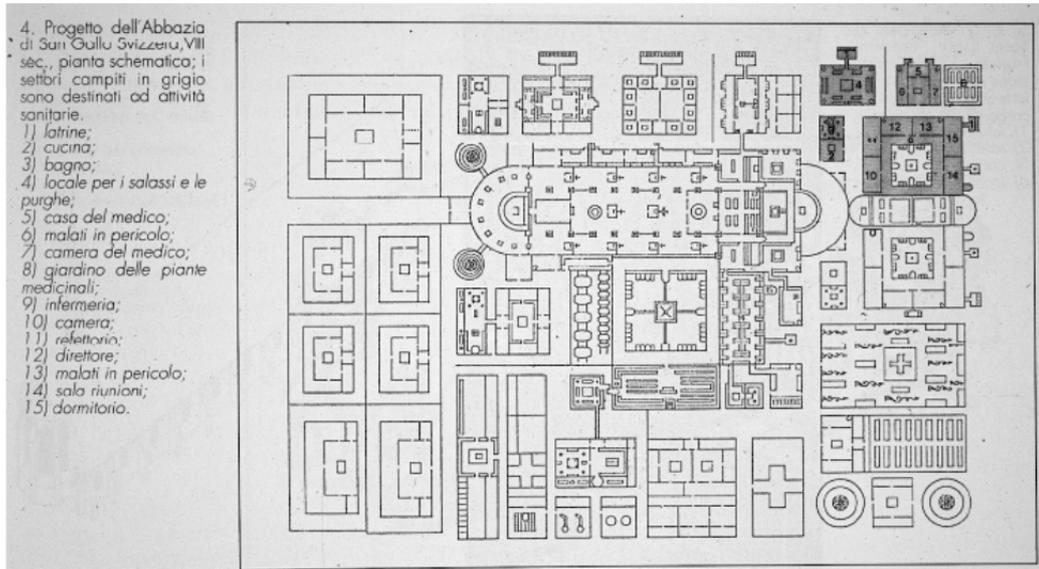


Abadía de Cluny, 1050. Planta y vista (Fuente: A. Pieltain, 2000, p. 16).

Del siglo IX es el conocido plano de Saint Gall. Este plano, que refleja de forma esquemática la distribución del citado monasterio no es un plano constructivo, sino que sirvió de modelo en las reuniones de Aquisgrán⁴¹, de los años 816-817, para la reforma del movimiento monástico, en las que se establecieron, entre otras cuestiones, las pautas para construcción de los numerosos monasterios que surgieron toda Centroeuropa y que vertebraron el territorio de la cristiandad. En el plano aparecen diferenciadas las estancias de alojamiento para peregrinos y pobres, las de hospedaje para huéspedes principales y la enfermería, todas ellas situadas en la parte occidental del monasterio, la más cercana a la entrada y la más pública, de forma que no interfirieran demasiado en el recogimiento de la vida monástica. En similar disposición se suelen encontrar estas estancias en todos los monasterios medievales.

⁴⁰ PEVSNER, N. *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona. Gustavo Gili. 1979. p. 165.

⁴¹ KOSTOF, S. (coordinador), *El Arquitecto. Historia de una profesión*. Madrid, Ediciones Cátedra, 1984, pp. 78-80. Este plano apareció en un pergamino. Había sido reutilizado para la encuadernación del texto de la vida de San Martín, lo que garantizó su conservación, y se cree que no es un plano constructivo, sino realizado a posteriori para que sirviera de modelo para la construcción de sucesivos monasterios.



Plano de Saint Gall. Siglo IX. (Fuente: S. Kostof, 1984, p. 76).

Los primeros hospitales eran, en realidad, alberges para peregrinos y existían en todos los monasterios. Su tipología venía heredada de la basílica y constaba de una gran sala, generalmente con dos filas de pilares y tres naves, adosadas a las paredes de las cuales se colocaban hileras de camas con pasos intermedios; al fondo de la sala, un pequeño altar y una gran chimenea en el otro frente, de tal forma que proporcionara calor y renovara el aire. Los más famosos hospitales de tipología basilical en esa época los enumera Nikolaus Pevsner en su libro *Las tipologías arquitectónicas*⁴²: el hospital de Angers, con una gran sala abovedada con tres naves y de una longitud aproximada de 60 metros, el hospital de Tonnerre, de una sola nave, con unos cien metros de longitud y cubierta por una bóveda de madera de medio cañón, el hospital de Quinze-Vingts, en París, fundado por Luis IX para los ciegos, todos ellos en Francia.

Era habitual la separación de hospitales por funciones específicas como enfermedades contagiosas (leprosos) o socialmente rechazadas (manicomios), entre estos últimos eran conocidos los de Gante en Bélgica (siglos XII y XIII), el de Bethlehem en Londres (1675) o el de la abadía cisterciense de Haina en Alemania, fundado en 1533.

⁴² PEVSNER, N. *Historia de las tipologías arquitectónicas*. op. cit. p. 167.



Izquierda, nave basilical del Hospital de Fontanilles en Tonnerre (1293). Derecha, dibujo de Van Gogh de la nave de enfermería del Hospital de St. Paul. (Fuente: <https://hoteldieudetonnerre.jimdo.com/>).

El más conocido, tristemente conocido por su incendio, de los hospitales medievales fue el Hôtel-Dieu, en París. Estaba situado al Oeste de Notre Dame y perduró hasta finales del siglo XVIII, cuando un incendio lo destruyó. Inicialmente estaba compuesto por cuatro salas, de dos naves cada una, tres longitudinales y una perpendicular que cruzaba el Sena. Contaba en principio con unas quinientas camas, pero en el siglo XVII tuvo un gran aumento de pacientes, llegando a superar las mil quinientas camas. Como veremos más adelante, su incendio y destrucción supuso el detonante para revisar las condiciones de los hospitales durante el Siglo de las Luces.

En España, aparte de los existentes en las abadías, ya durante la monarquía goda hubo fundaciones de hospitales, como la hecha en Mérida por Leovigildo. Durante la Reconquista, la construcción de hospitales fue en aumento, de ellos se conocen el de San Nicolás, que Alfonso el Casto levantó en Oviedo, el de San Lázaro, en Palencia, construido según la tradición por el Cid Campeador, el del Rey, en Burgos, al que dotó espléndidamente Alfonso VIII y que tenía la particularidad de que en él sólo se asistía a mujeres en todo lo relacionado con el parto, pues lo puso al cuidado de "dueñas de caridad" (precursoras de las hermanas religiosas), bajo la dirección superior de la abadesa de las Huelgas. También los cabildos, incluso las parroquias, creaban, en las ciudades reconquistadas a los moros, casas-hospitales. En cuanto a los manicomios, eran conocidos los de Valencia, Zaragoza, Sevilla, Toledo y Valladolid

Esta tipología inicial, de sala longitudinal, característica de la Edad Media, evolucionó a dos salas en forma de cruz, con la misma disposición interna, lo que generaba un punto singular en el crucero, donde poder celebrar los oficios religiosos o realizar el control visual de los enfermos. Pero esta disposición es ya propia del Renacimiento.

- **La creación de un tipo. El hospital del Renacimiento**

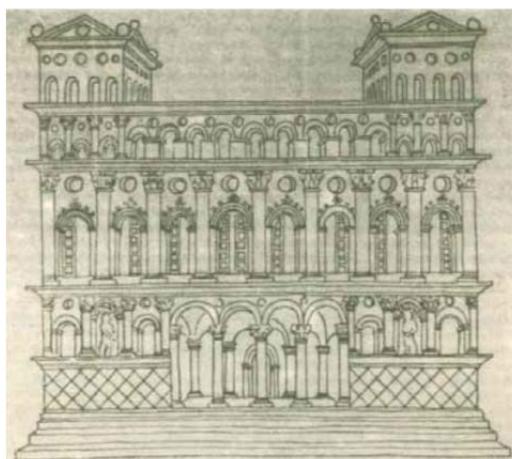
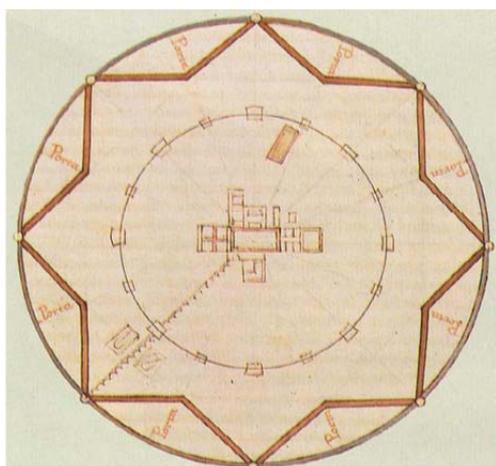
El Renacimiento fue la gran revolución cultural de nuestra civilización y afectó a todas las ramas del conocimiento, de una manera especial al arte y, en particular a la arquitectura. Su epicentro se situó en Italia y por lo tanto allí surge el "tipo" de hospital renacentista. Aparece de la mano de Filarete⁴³ (1400-1469), arquitecto y tratadista, autor junto con Alberti y di Giorgio, de los tres tratados de arquitectura más importantes del Quattrocento italiano⁴⁴. Tanto Filarete como su *Trattato di Architettura* han influido de tal manera en el devenir de la tipología hospitalaria que resulta obligado reseñarlos con cierto detenimiento.

Antonio di Pietro Averlino, conocido por "Il Filarete", que significa "amigo de la virtud", fue un hombre del renacimiento, humanista y artista completo: arquitecto, pintor y escultor florentino. Su carrera estuvo unida al duque Francesco Sforza para el que trabajó, prácticamente en exclusiva, tras una primera etapa profesional, de 1433 a 1445, en la que habitó en Roma trabajando en las puertas de bronce de la basílica de San Pedro, que le supuso el reconocimiento como brillante bronzista.

A partir de 1445, el mecenazgo de los Sforza le dio oportunidad de realizar obras por todo el norte de Italia, pero la que consolidó su prestigio como arquitecto fue el Ospedale Maggiore de Milán, arquetipo de construcción asistencial y el mayor exponente, en cuanto a hospitales se refiere, del Renacimiento italiano.

⁴³ Antonio di Pietro Averlino (Averulino según otros), conocido por Il Filarete nació en Florencia en 1400 y murió en Roma en 1469. Véase ARNAU AMO, J. *La teoría de la arquitectura en los tratados. Filarete, Di Giorgio, Serlio y Palladio*. Madrid, Tebar, 1988.

⁴⁴ León Battista Alberti escribió *De Re Aedificatoria*, terminado hacia 1452, Filarete terminó su *Trattato di Architettura* en torno a 1465 y Francesco di Giorgio escribió el *Trattato di architetturacivile e militare*, unos años más tarde, finalizándolo en 1482.



Planta de la ciudad de Sforzinda y casa del arquitecto, dibujos de Filarete. (Fuente: J. Arnau, 1988, p. 28).

El *Trattato di Architettura* de Filarete consta de 25 libros, dedicados, de forma aleatoria, a distintos tipos de edificios o a los variados procedimientos que tienen que ver con la construcción. Al contrario que otros tratados de la época fue escrito en una lengua vulgar: el italiano, lo que seguramente le restó apariencia de rigor científico. Alberti, unos años antes ya había escrito su *De re aedificatoria* en latín. Utiliza como coartada, para explicar las características de cada tipo, la planificación de una ciudad ideal dedicada a su príncipe: Sforzinda, la ciudad del Duque de Sforza, utopía urbana de geometría rigurosa compuesta por un polígono estrellado, formado a su vez por dos cuadrados iguales girados 45 grados.

Dentro del recinto estrellado de Sforzinda va colocando los distintos edificios que la componen, lo que aprovecha para narrar su descripción y construcción en diálogo con el príncipe, al que implica de tal modo en el proyecto que llega a considerarlo coautor.

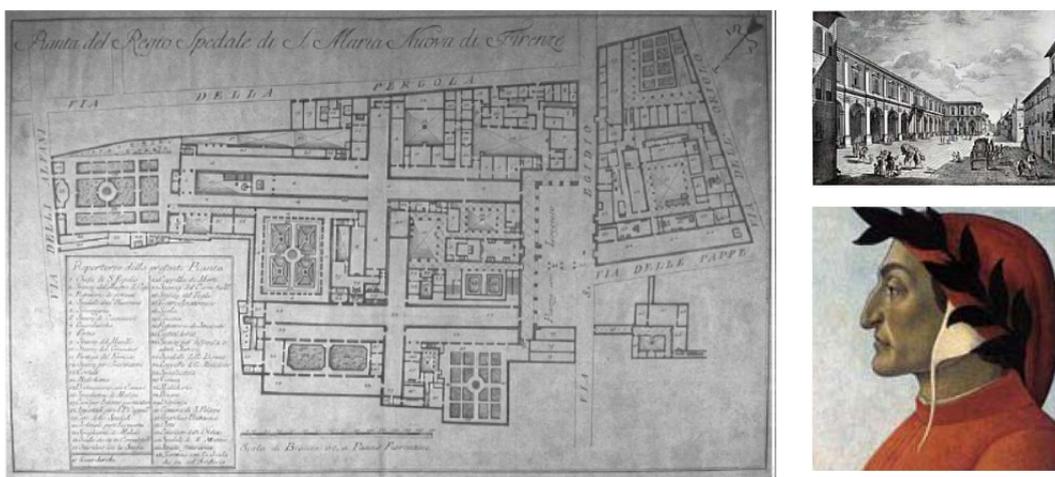
“La colaboración del mecenas con el artista no puede quedar cifrada con más precisión: al arquitecto -piensa Filarete- corresponde la *maternidad* de la obra; la *paternidad* es del príncipe”.⁴⁵

A las muchas bondades que por sí mismo contaba el hospital de Filarete le ayudó, en cuanto a su fama, la circunstancia de que fuera recogido y

⁴⁵ ARNAU AMO, J. *La teoría de la arquitectura en los tratados. Filarete, Di Giorgio, Serlio y Palladio*. op. cit., p. 8.

explicado en el tratado de arquitectura, de tal forma que pasó muy pronto a ser tomado como modelo.

En 1456 el duque Francesco Sforza decide hacer un hospital dentro de las murallas de la ciudad⁴⁶ y encarga la construcción a su arquitecto Filarete, al que envía a Florencia para que estudie la traza de Santa María la Nuova y pueda proyectar el mejor hospital del momento. Santa María la Nuova había sido financiada por Portinari y se tenía por el más moderno hospital del momento.



Planta y vista del Hospital Santa María la Nuova, retrato de Dante. (Fuente: P. Iglesias, 2011, p. 33).

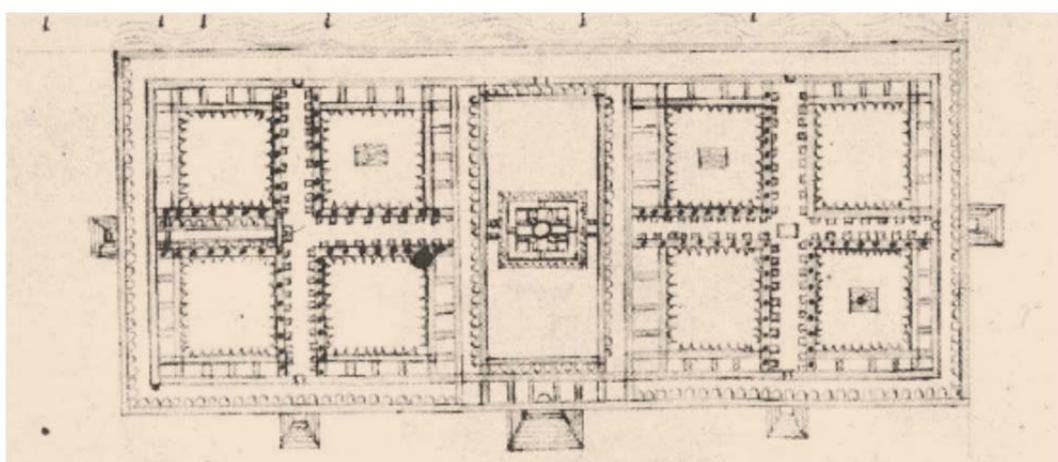
Folco Portinari era un rico comerciante de Florencia, padre de la Beatrice de Dante, que financió en 1334 la construcción de un pequeño hospital en las afueras de Florencia. Su constructor, Giovanni di Sant´Ambrogio, propuso un tipo de planta innovadora en la que se alargaban de forma excesiva las viejas naves basilicales de los hospitales medievales y se cruzaban por la mitad. De esta forma se conseguían cuatro salas para enfermos y un crucero de mayor altura que las naves. Posteriormente aparece una segunda cruz (una para hombres y otra para mujeres) imbricada con la primera, aparentemente por falta de espacio. El resto de estancias para los servicios complementarios del hospital se colocaban a los lados de las cruces, que generaban también una serie patios cuadrados que proporcionaban ventilación a las salas.

⁴⁶ Los hospitales medievales se habían construido en las abadías o extramuros de la ciudad, pero el duque de Sforza, queriendo mantener el control de estas instituciones, decide construirlo dentro de sus dominios, dentro de la ciudad.

Este esquema de hospital empezó a copiarse por toda Italia. Tal como nos dice Nikolaus Pevsner⁴⁷ aparecen con forma de cruz los hospitales de Pammatone en Genova, en 1420, Santa María de la Scala, también de Génova, en 1440, el hospital de Brescia, el de Pavía, todos ellos construidos a imitación del de Florencia⁴⁸.

Filarete, a partir del hospital fundado por Portinari, genera una tipología que estará vigente durante 400 años. La novedad consistió en ordenar la traza en doble cruz de Santa María Nuova creando un rectángulo alargado de unos 300 metros de lado dividido en tres partes: la del centro, un poco más pequeña, albergaba la iglesia y las de los lados un hospital en cruz en cada una de ellas (hombres y mujeres). Cerrando las cruces se sitúan los servicios complementarios del hospital, que generan los patios interiores.

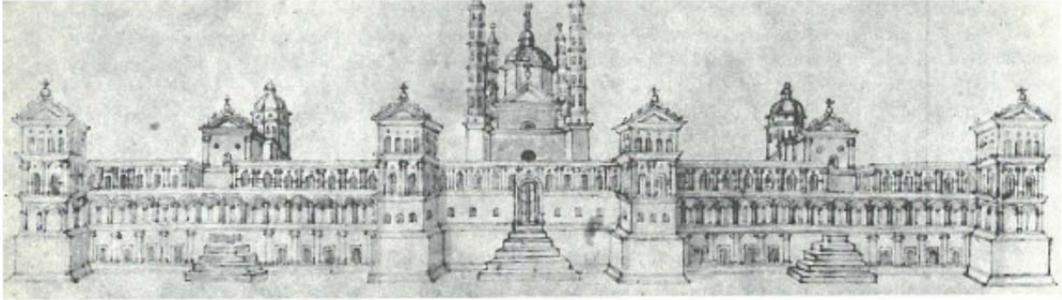
Realmente la novedad del hospital no residía solamente en utilizar la planta en cruz griega que, como hemos visto, había sido ya utilizada en el norte de Italia, sino más bien en sus innovaciones técnicas y en la generación de cuatro patios cuadrados con cada una de las cruces. La planta en cruz, generada por el cruce de dos naves basilicales ya había sido utilizada unos años antes en Florencia, en el hospital de Portinari, pero no cabe duda de que fue en el Ospedale de Filarete donde se perfeccionó y consolidó la tipología.



Planta del Ospedale Maggiore de Milán, 1456. Dibujo que ilustra el libro XI del Tratado de Filarete. (Fuente: *Tratado de Arquitectura*, 1990).

⁴⁷ PEVSNER, N. *Historia del...* op. cit., p. 169.

⁴⁸ *Ibidem.*, p. 170.



Alzado del Ospedale Maggiore de Milán, 1456. Dibujo que ilustra el libro XI del Tratado de Filarete. (Fuente: *Tratado d'Arquitectura*, 1990).

Esta planta ordenada, compuesta por una agrupación de patios en cuadrícula que, a su vez generan cuadrados de proporciones mayores resultaba de gran novedad, pero lo que hacía a este edificio singular eran sus innovaciones técnicas. Tecnológicamente era muy avanzado: las salas principales, las destinadas a los enfermos estaban calefactadas, las ventanas estaban hechas de pergamino engrasado que, en ausencia de cristales, dejaban pasar la luz pero no el aire. Tenía un sistema de agua corriente y cloacas circulando por galerías que permitían evacuar las heces y fluidos corporales de los enfermos desde cada una de las camas, habiendo previsto incluso la ventilación de las cloacas por medio de conductos hasta cubierta para que no generaran malos olores en el interior del hospital. Todos estos inventos eran auténticamente revolucionarios en la época.

La disposición de los enfermos se organizaba únicamente en la planta principal, quedando la superior e inferior destinadas a la comunidad que lo regentaba y a la servidumbre respectivamente. La altura de la planta asistencial hacía que el volumen de aire por cada enfermo⁴⁹ superase los 60 m³ y la ventilación de las salas se conseguía con la mayor altura del crucero. Toda esta tecnología hizo que el modelo teórico establecido por Filarete perdurara y que se repitiera por toda la Europa católica hasta el siglo XVIII, sorprendente es la similitud de la planta del Hôpital des Incurables de Paris⁵⁰ con la de Filarete, sin embargo fue construido doscientos años más tarde.

⁴⁹ La Academia Francesa de las Ciencias fijó en 1772 como apropiado el volumen de aire por enfermo en 50 m³.

⁵⁰ El Hôpital des Incurables de París se empezó a construir en 1635 por el arquitecto Cristophe Gamard.

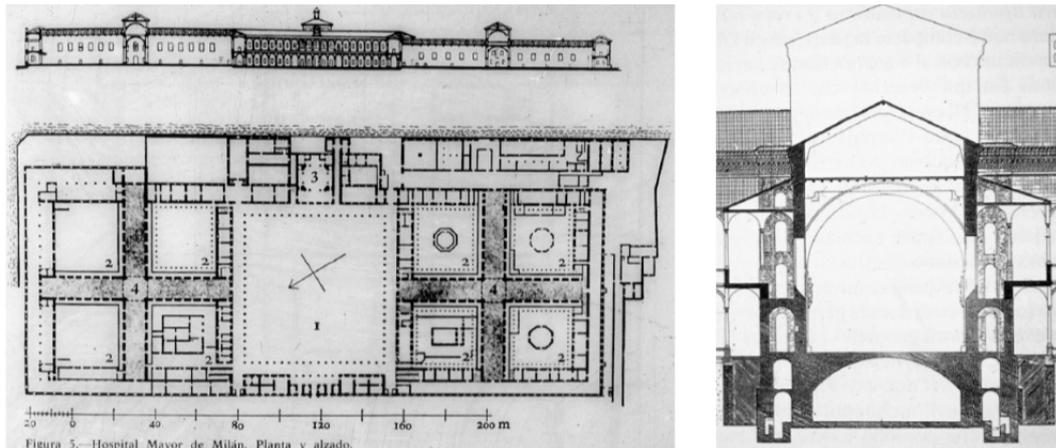


Figura 5.—Hospital Mayor de Milán. Planta y alzado.
Plantas y sección del Ospedale de Milán, dibujos posteriores a Filarete. (Fuente: A. Pieltain, 2000, p. 13).

Filarete dedicó el Libro Undécimo de su *Trattato d'architettura*⁵¹ a la tipología de hospitales y en él describe literalmente su Ospedale de Milán, que pasa a ser el soporte real y práctico de su teoría sobre los mismos. Filarete explica con exhaustivo detenimiento las dimensiones y proporciones del edificio, para ello utiliza, más que el dibujo, la descripción literaria, dispuesta en forma de diálogo con el príncipe mecenas, al que le narra las características distributivas y estéticas del edificio. Según el profesor Joaquín Arnau⁵² el dibujo no era la mejor de las habilidades de Averlino.

*"Filarete considera que la definición de la obra por medio del disegno, sea cual sea, es incompleta. Esa desconfianza procede de dos causas al menos: por una parte, la idea de la arquitectura no ha sido lo bastante formalizada como para implicarla absolutamente en el juego abstracto de las líneas y de las proporciones que el disegno ejerce por sí; por otra parte, el Filarete no es un dibujante demasiado airoso"*⁵³.

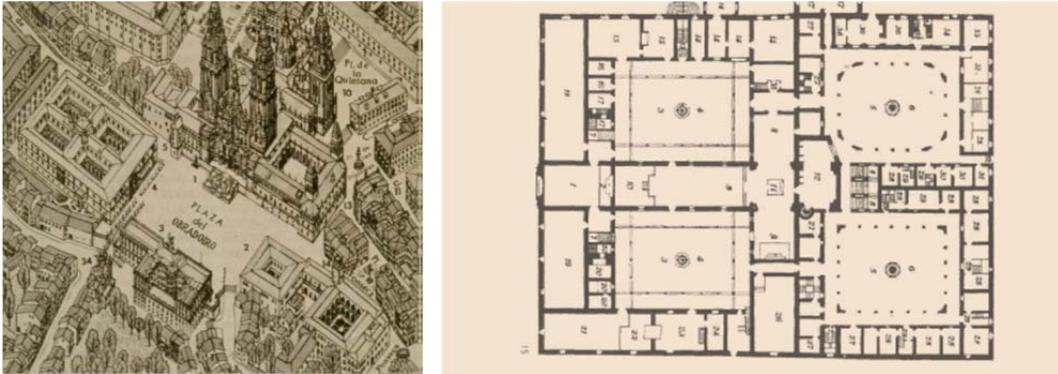
Las ideas del Renacimiento, auténtica revolución humanística y artística, prendieron con facilidad en la Europa mediterránea. La Europa protestante

⁵¹ El *Trattato di Architettura* fue escrito en Milán y se terminó hacia 1465. Se mantuvo en copias manuscritas hasta el siglo XX, cuando fue impreso. La versión española corresponde a PEDRAZA, P. (editora), *Antonio Averlino "Filarete". Tratado de Arquitectura*, Vitoria, Instituto de Estudios Iconográficos EPHIALTE del Ayuntamiento de Victoria-Gasteiz, 1990.

⁵² Joaquín Arnau Amo es catedrático de Estética de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad Politécnica de Valencia.

⁵³ ARNAU AMO, J. *La teoría de la arquitectura en los tratados. Filarete, Di Giorgio, Serlio y Palladio*, op. cit, p. 13

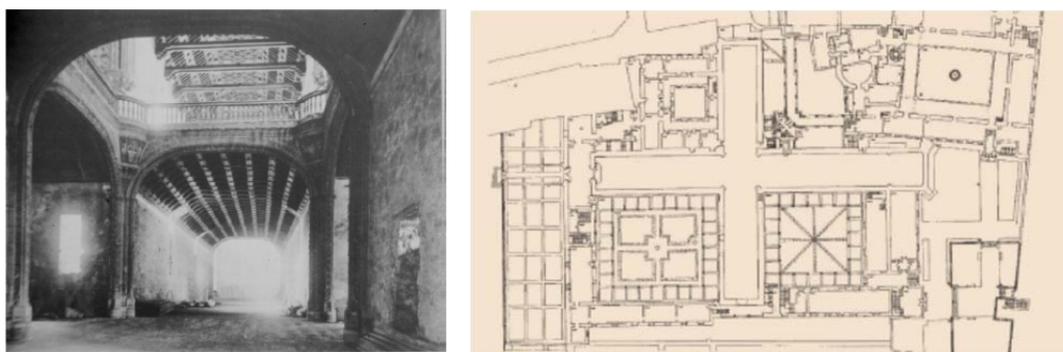
fue mucho más impermeable al Renacimiento y al espíritu renovador que suponía. Los hospitales protestantes siguieron siendo góticos en cuanto a la forma y laicos en cuanto a la asistencia. Los hospitales católicos solían estar ligados a órdenes religiosas y atendidos por ellas. En el Renacimiento surgieron algunas órdenes religiosas especializadas en el cuidado de enfermos. Los Hermanos de San Juan de Dios, fundada en 1571, todavía sigue al frente de numerosos hospitales en España.



Vista y planta del Hospital Real de Santiago de Compostela. (Fuente: N. Pevsner 1979, p. 171).

En España, el Renacimiento se introdujo con rapidez y del mismo modo se implantó la tipología de los hospitales renacentistas. Representativos de esta tipología en doble cruz⁵⁴ y con sucesión de patios son: el Hospital Real de Granada, de 1504, magnífico ejemplar de la arquitectura hospitalaria, fundado por los Reyes Católicos, que ha seguido prestando funciones asistenciales hasta la mitad del siglo XX; el de La Santa Cruz, en Toledo, de Enrique Egas, comenzado también en 1504 y fundado por el Cardenal Mendoza, o el Hospital de los Reyes Católicos de Santiago, también de la misma época y arquitecto (año 1501) e idéntica tipología y que es otro extraordinario edificio renacentista (finales del gótico), hoy convertido en Parador Nacional.

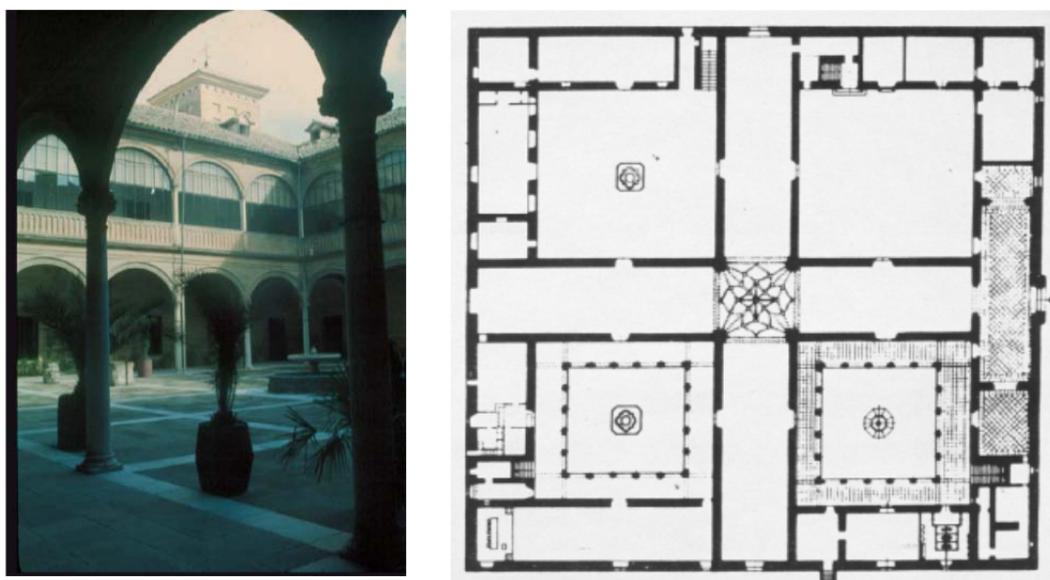
⁵⁴ ZAVALA Y LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1946, p. 13.



Vista interior y planta del Hospital de Santa Cruz de Toledo. Composición del autor. (Fuente: N. Pevsner, 1979, p. 175).

En estos hospitales, notablemente mejorados en sus condiciones sanitarias con respecto a los medievales, seguía sin curarse de la forma que entendemos actualmente. Se atendía a los enfermos, se les ayudaba a sobrellevar su enfermedad como desgracia, a esperar la muerte con resignación.

Eran instituciones donde se atendía a la gente que no tenía medios económicos, a los que tenían fortuna suficiente el médico los visitaba en su casa y, naturalmente, morían en su lecho, no en el hospital



Vista interior y planta del Hospital de Granada. Composición del autor (Fuente: Izquierda, blogspot.com.es/2012/02/hospital-real-de-granada.html, derecha, N. Pevsner, 1979, p. 175).

- **La Edad Moderna. El hospital general**

Como tipología arquitectónica, el hospital del Renacimiento se mantuvo hasta el siglo XVIII, el Barroco no aportó una tipología específica como tal, aunque si algunas diferencias con respecto al Renacimiento, entre las que se podría señalar el mayor tamaño de los edificios.

Aparece en Europa el denominado hospital del Príncipe absolutista, que se desarrolla extramuros de las ciudades, para poder albergar sus enormes dimensiones y dar servicio a sus poderosos ejércitos. Su razón de ser inicial es atender a los numerosos soldados que resultan heridos, inválidos o mutilados en los frentes de batalla.

Son edificios enormes a los que enseguida se incorporan, por cuestiones de eficacia, otras especialidades: infecciosos, dementes, pensionados, incluso, en algún momento, delincuentes. Todos ellos debidamente separados en construcciones anexas.

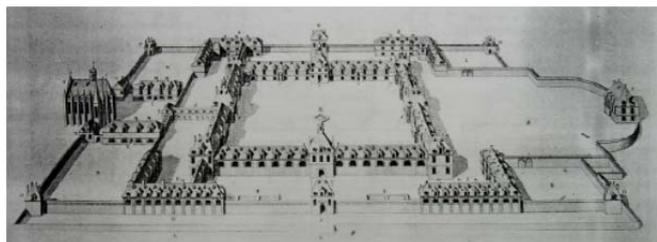
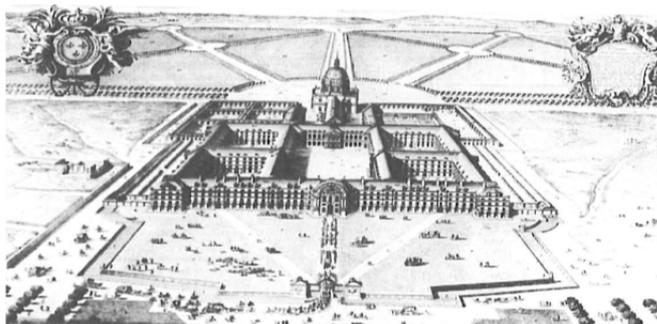
En estos hospitales, aunque se mantienen una disposición en planta de cruz y la sucesión de patios características del Renacimiento, su concepción está muy lejos de la ideada por Filarete y responde más a una inspiración barroca y a un esquema que podríamos llamar palaciego, donde las distintas estancias se van encadenando una tras otra sin solución de continuidad.

Prototípico de estos hospitales es el Hôpital de Saint Louis, fundado por Enrique IV y diseñado por Claude Vellefaux en 1607. Según Pevsner⁵⁵, 200 años después de su construcción, seguía siendo ensalzado por el Dr. Tenón⁵⁶. De esa misma época y condición es también el hospital Pitié-Salpêtrière, también en París, construido en 1656 según proyecto de Louis Le Vau.

A este hospital se le incorporó en los primeros años del siglo XVIII un sistema de edificios higiénicos o letrinas y un método de ventilación natural que recuerdan bastante a los que Filarete había ideado para el Ospedale Maggiore de Milán a mediados del siglo XV.

⁵⁵ PEVSNER, N. *Historia del...* op. cit., p. 172.

⁵⁶ Jacques-Rene Tenón, 1724-1816, médico francés miembro de la Academia Francesa de la Ciencias y del comité para estudiar la situación de los hospitales de París tras el incendio del Hôtel-Dieu en 1772.



Hôpital des Invalides. París 1670, Lebéral Bruant y Jules Hardouin-Mansard. Composición del autor. (Fuente: <https://www.google.es/search?q=Hôpital+des+Invalides.+París>).

La rivalidad militar que mantenían Inglaterra y Francia también se vio trasladada al terreno de los hospitales. Mientras que Luis XIV, el “Rey Sol”, levantaba en las afueras de París el impresionante Hôpital des Invalides para acoger a los soldados mutilados de sus ejércitos, obra diseñada por Lebéral Bruant hacia 1670 y ejecutada por Jules Hardouin-Mansard, a quien se debe la pieza más conocida del hospital: la capilla de Saint Louis des Invalides, los ingleses trataban de emularles, e incluso superarles, con el suntuoso edificio del Real Hospital Naval de la Marina en Greenwich, inmensa construcción barroca diseñada por Sir Christopher Wren en 1694 para atender a los excombatientes mutilados de la Royal Navy.

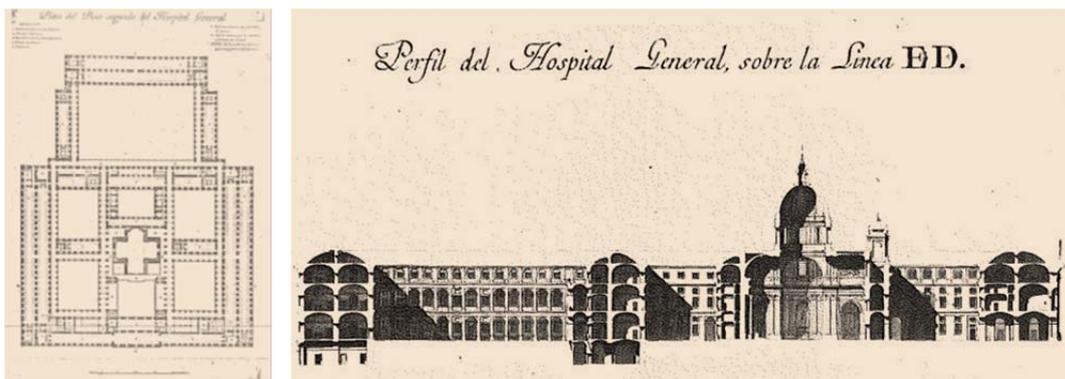


Real Hospital Naval de la Marina. Greenwich. Christopher Wren. 1694. (Fuente: <https://www.google.es/search?q=universidad+del+antiguo+hospital+de+greenwich&rlz>

En España, uno de los más representativos de la época es el, Hospital General de San Carlos en Madrid, ambicioso proyecto del arquitecto José de Hermosilla y Sandoval, en cuya construcción intervino el también arquitecto Francisco Sabatini, pero que nunca llegó a terminarse. Mantuvo el uso hospitalario hasta los años sesenta, cuando fue trasladado el hospital a la Ronda del Dr. Esquerdo, quedando el edificio vacío hasta que fue rescatado y rehabilitado, pasando a uso de museo en 1992.

El proyecto había sido patrocinado por Fernando VI poco antes de su muerte, cuando encargó la traza a Hermosilla, sin embargo la subida al trono de Carlos III puso al frente de la dirección de las obras a Sabatini, arquitecto de la confianza del Rey, al cual se deben los alzados, un tanto monótonos y sin alcanzar al nivel de impresionante edificio que apuntaban las plantas de Hermosilla.

El edificio se dio por terminado en 1781, cuando solamente se había construido su cuerpo posterior; un edificio cuadrangular de tres pisos cerrando un gran patio. Esto hizo que se tuviera que improvisar una fachada principal hacia la calle Santa Isabel que no tenía y que originariamente estaba prevista en la calle Atocha, hasta la cual nunca llegó el edificio.



Planta y sección del proyecto original del Hospital General de Atocha. Composición del autor. (Fuente: <https://flaneandopormadrid.wordpress.com/2014/06/07/hospital-general-de-atocha>).

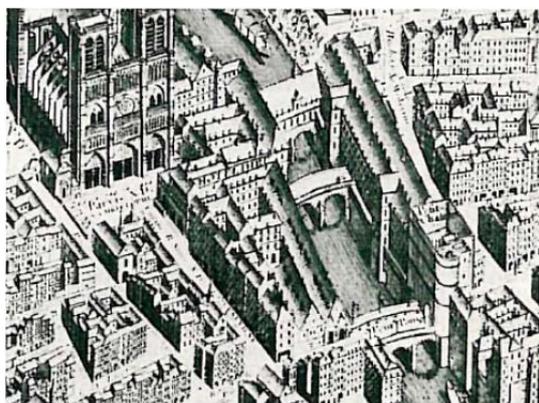
El hospital compatibilizó los usos de Clínico Universitario con el de beneficencia de la Diputación Provincial de Madrid hasta el siglo XX en que, tras una un periodo sin uso, se rehabilitó como Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía en 1992.

- **La Ilustración. La búsqueda del “hospital ideal”**

A finales siglo XVIII, aunque las condiciones de hacinamiento e insalubridad de los hospitales medievales habían mejorado, en muchos de ellos las condiciones sanitarias seguían siendo claramente mejorables y la mortalidad seguía siendo muy alta, un 42%⁵⁷ de los enfermos ingresados.

Aunque la situación era insostenible para una gran parte de la sociedad, hizo falta que se produjeran algunos detonantes para que los gobernantes fueran conscientes de la realidad y se plantearan la necesidad de buscar nuevas soluciones a la medicina, empezando por los edificios que albergaban a los enfermos.

El acontecimiento que cambiará la forma de entender los hospitales tuvo lugar en Francia. A finales del siglo XVIII se produjo la destrucción, casi total, del Hôtel-Dieu de París debido a otro más de los muchos incendios que había sufrido, con lo cual se puso de manifiesto las condiciones inhumanas en las que se encontraban los pacientes y la falta de condiciones que reunía el edificio.

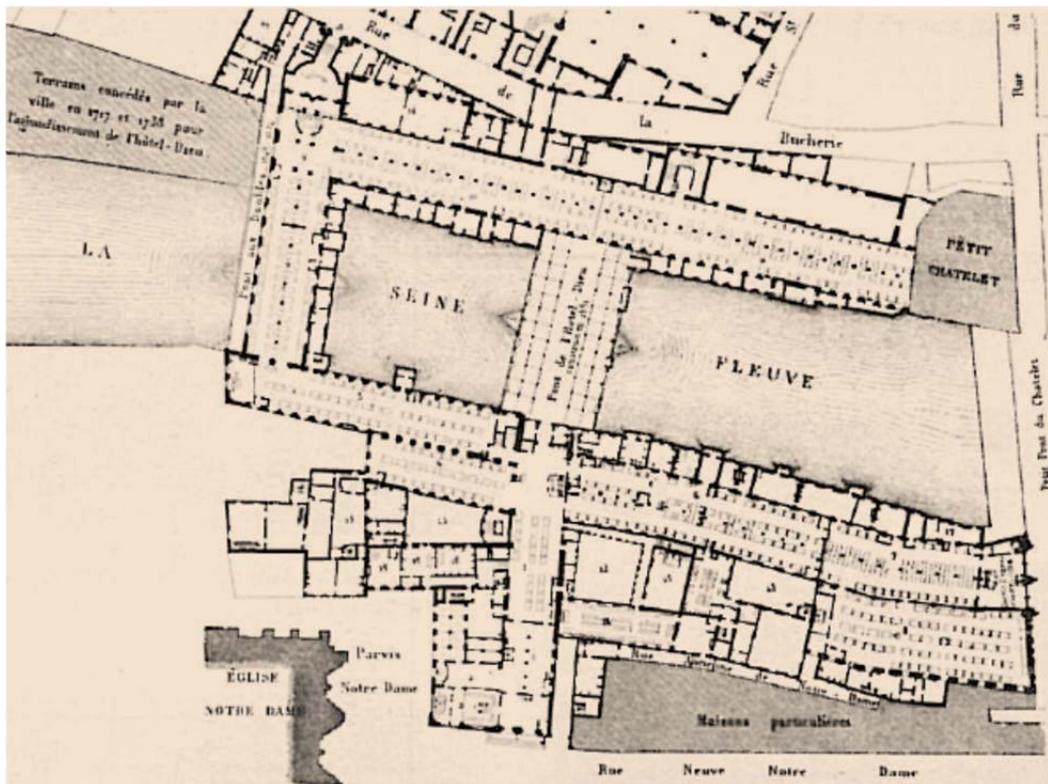


Hôtel-Dieu de Paris, dibujos del siglo XVI. Composición del autor. (Fuente: N. Pevsner, 1979, p. 169).

Como ya hemos visto anteriormente, este hospital medieval era el más conocido de París, estaba situado en el centro de la isla de París, junto a la catedral y con el tiempo había alcanzado una dimensión enorme. Durante

⁵⁷ PIELTAIN, A. “Los Hospitales de Franco”, Tesis doctoral. Director Justo Isasi. Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. 2003. Son datos de hospitales de campaña. En las instalaciones permanentes las estadísticas, seguramente, serían algo más favorables.

siglos se habían ido añadiendo edificaciones hasta colmar totalmente el solar junto al Sena, incluso había algunas salas que cruzaban el río. La desorganización interior era total. Todo estaba mezclado: los pacientes, los tullidos, los dementes, los niños, incluso las cocinas y el depósito de cadáveres. Sin mencionar a las ratas. Después del incendio se supo que había alrededor de 1500 camas y unos 5.000 enfermos, aproximadamente tres enfermos por cama. Con estas condiciones, la mortalidad era uno de cada tres enfermos⁵⁸ que, si no era escandalosa para la época, resultaba del todo inaceptable.



Plano de planta del Hôtel-Dieu de París, anterior al incendio de 1772. (Fuente: Pevsner, 1979, p. 179).

A partir de este suceso la sociedad más sensibilizada empezó a plantearse cuestiones fundamentales: ¿Cómo deben ser los hospitales?, ¿Cómo se pueden mejorar las condiciones de los enfermos?, ¿Cómo se puede reducir la mortalidad?

⁵⁸ PEVSNER, N. *Historia del...* op. cit., p. 179. Pevsner refiere esa cifra a Camuosset en 1756

Luis XVI, con el fin de buscar una solución al asunto, convoca a las dos academias que tienen competencias en el asunto: La Academia Francesa de las Ciencias y La Academia de Bellas Artes. La primera se encargará de analizar y establecer los requisitos asistenciales que deberán reunir los hospitales desde el punto de vista de la ciencia médica, para ello formará un comité de expertos⁵⁹ que estudiará las condiciones en las que se encontraba el Hôtel-Dieu y propondrá las que serían óptimas para el nuevo, o los nuevos⁶⁰ hospitales que le sustituyan, porque de inmediato surgieron voces que apuntaban a la masificación del hospital como el problema y proponían como solución el sustituirlo por varios más pequeños. De las conclusiones a las que el citado comité llegó con respecto a las condiciones en las que se encontraba el Hôtel-Dieu, mejor no mencionarlas, pues eran realmente desastrosas, baste con mencionar la descripción que de ellas hace Pevsner en su *Historia de las Tipologías Arquitectónicas*:

“Su detallado informe sobre el estado del Hôtel-Dieu es desde luego espantoso, tan espantoso como los que habían dado sus predecesores. Los párrafos sobre las letrinas son un ejemplo especialmente desagradable. Una de las descripciones más terroríficas es sobre la habitación donde tenían lugar las operaciones, porque en la misma habitación yacían los que serían operados al día siguiente y los operados el día antes. Debe tenerse en cuenta que no había todavía ningún método para que el paciente sufriera menos. Sobre el amontonamiento, Tenón confirma las espantosas cifras dadas por Chamoussel. Ellas también habían sido confirmadas por el duque de La Rochefoucauld Liancourt en el segundo informe a la Academia de las Ciencias en 1787. El duque de La Rochefoucauld cifra de seis a ocho por cama; Tenón, con más precisión, afirma que había 486 en camas individuales y 1230 repartidos de cuatro a seis por cama. La cifra de mortalidad de Chamoussel es confirmada por Tenón. La conclusión de Tenón es que el Hôtel-Dieu es un

⁵⁹ Joseph-Marie-François de Lassone, Louis-Jean-Marie Daubenton, Jacques Tenon, Jean-Sylvain Bailly, Antoine-Laurent de Lavoisier, Pierre-Simon de La Place, Charles-Augustin de Coulomb, Jean d’Arcet y Jean-Antoine-Nicolas de Condorcet.

⁶⁰ Una de las primeras propuestas fue la de sustituir el masificado Hôtel-Dieu por cuatro hospitales más pequeños en las afueras de París que, como otras muchas propuestas, tampoco se llevó a cabo.

“conjunto monstruoso, más apto para ampliar los males, para destruir, que para restablecer y conservar la salud”⁶¹

La Academia de Bellas Artes, por su parte, se encargará de estudiar, desde el punto de vista arquitectónico, las características que deberían reunir los edificios destinados a albergar hospitales, para ello organizará entre los arquitectos franceses un concurso público de propuestas en 1773. Llamamiento que obtuvo una respuesta más que considerable, superando los proyectos recibidos la cifra de ciento cincuenta.

Al comparar las soluciones que aportan cada una de las Academias se evidencia el distanciamiento entre la ciencia médica de la Ilustración y la arquitectura neoclásica de los arquitectos ilustrados. Mientras los científicos iniciaban un debate sobre cuestiones concretas encaminadas a mejorar las condiciones de estancia de los enfermos, cuestiones como: reducir la mortalidad, organizar la logística, decidir si se tenía que curar o se tenía que recluir etc., las propuestas arquitectónicas eran mucho más conceptuales, teóricas podríamos decir. Los arquitectos parecían estar más preocupados por cuestiones geométricas que por el funcionamiento interno del hospital. Este divorcio entre científicos y arquitectos generó un debate sobre la forma y la función que tardó en resolverse cincuenta años, pero que, fruto del racionalismo de la mentalidad ilustrada, dio como resultado una tipología arquitectónica que no solamente respondía a cuestiones estéticas o constructivas sino que también, y principalmente, respondía a las exigencias de la ciencia médica, resumidas en la frase del Dr. Jacques René Tenón⁶², miembro del comité de expertos formado por la Academia de las Ciencias para estudiar las condiciones del Hôtel-Dieu de París: “Un hospital tiene que ser la más eficaz máquina de curar”⁶³.

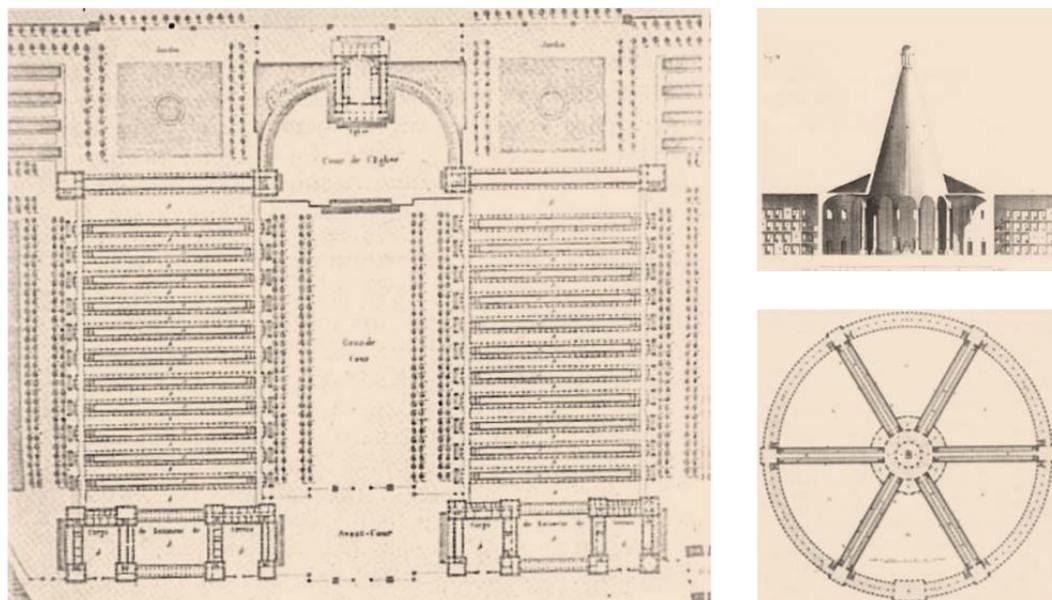
De los numerosos proyectos presentados al concurso de la Academia de Bellas Artes de 1773, destacaba el firmado por los arquitectos Jean-Baptiste Le Roy y Charles-François Viel, cuya novedad consistía en la utilización de naves de una sola planta dispuestas de forma paralela y con la previsión de

⁶¹ PEVSNER, N. *Historia de las Tipologías...* op. cit., p. 181.

⁶² Jacques René Tenón (1724-1816). Miembro de la Academia de Ciencias que escribió “Mémoires sur les hôpitaux de Paris”.

⁶³ TENÓN, J. R. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. París, Doin Éditeurs, 1998. Reedición de la publicación de 1788.

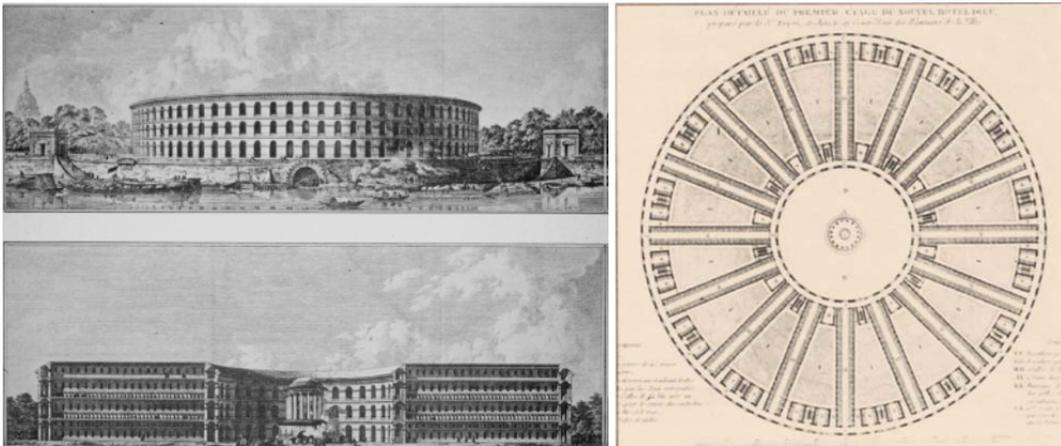
conductos de ventilación en la cubierta de forma que garantizaran la circulación de aire sobre cada cama⁶⁴.



Izquierda propuesta presentada por Jean-Baptiste Le Roy y Charles-François Viel. (Fuente: N. Pevsner, 1979, p. 182). Derecha planta y sección de la propuesta de Antoine Petit. (Fuente: P. I. Picazo, 2011, p. 49).

También destacaron por novedosos otros proyectos, como el de Hugues Maret que incidía fundamentalmente en la ventilación o los que proponían una planta en forma de panóptico: uno de ellos de Antoine Petit, con una gran chimenea en el centro para forzar la ventilación y otro de Bernard Poyet, situado en la isla de los Cisnes y al que únicamente se podía acceder en barco. Ninguna de estas soluciones utópicas, más inspiradas en cuestiones de composición académica que prácticas, llegaron a construirse.

⁶⁴ La ventilación de las estancias era un tema que en esa época había ido adquiriendo importancia puesto que, como muchos de los estudiosos de aquel entonces reconocían, los hospitales, lejos de ser lugares en los que se efectuara la curación de los convalecientes, se habían vuelto una fuente de contagio. El hospital aún vigente a finales del setecientos era malsano a causa de su sobreocupación, pero lo era también a causa de su errónea concepción arquitectónica y funcional que impedía el mantenimiento de un aire puro en el interior de los edificios. De este modo, en su plan, Le Roy tenía en cuenta la renovación del aire dentro de cada uno de los pabellones, dando diferentes soluciones arquitectónicas y mecánicas, que impedirían incluso el contagio de males entre diferentes pacientes de una misma sala. Mediante murillos que separarían las camas y chimeneas en los techos se aseguraría un higiénico movimiento continuo de aire circulando de abajo hacia arriba.



Planta, sección y alzado de la propuesta presentada por Bernard Poyet y situada en la isla de los Cisnes (1777) (Fuente: N. Pevsner, 1979, p. 183).

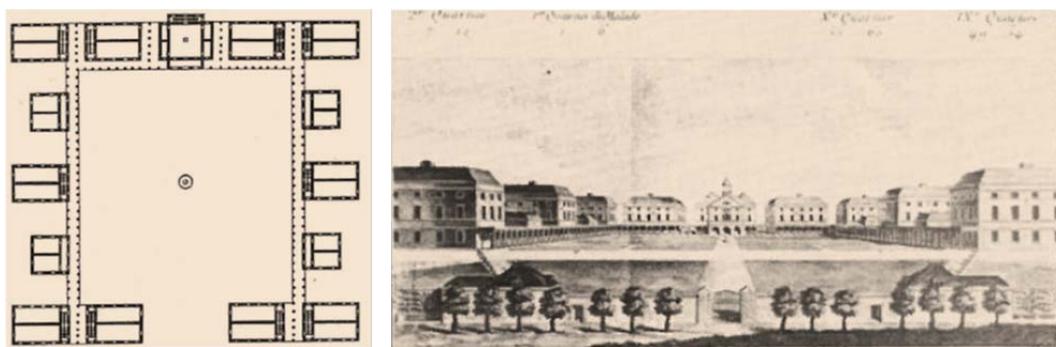
Ante la dificultad de encontrar un modelo plenamente satisfactorio, dos miembros del comité de expertos, nombrado por la Academia de las Ciencias, el Dr. Tenón y el Dr. Coulomb, fueron enviados a Inglaterra e Italia para visitar los más famosos hospitales del momento con el siguiente mandato: *“visiter les hôpitaux, en remarquer les avantages & les inconvénients, a fin de se procurer ces avantages, et d’éviter les inconvénients”*⁶⁵.

De los hospitales visitados y del informe de este viaje se concluyó que la mejor disposición de un hospital era la que corresponde con la del Royal Naval Hospital de Stonehouse, cerca de Plymouth, realizado en 1756 por Alexander Rowehead, ingeniero naval, en cuya planta de pabellones paralelos se inspiraba la propuesta presentada por Le Roy para el Hôtel-Dieu.

El hospital de Stonehouse respondía a la mayoría de las exigencias de los científicos⁶⁶: pabellones pequeños, de distintas dimensiones, autónomos, con cocinas y lavanderías independientes, con enfermos clasificados y separados por dolencias, etc.

⁶⁵LASSONE, DAUBENTON, BAILLY, LAVOISIER, LA PLACE, D’ARCET, «Deuxième Rapport des Commissaires chargés, par l’Académie, des Projets relatifs à l’établissement des quatre Hôpitaux». Histoire de l’Académie Royale des Sciences, Année 1786, p. 1-12, p. 12.

⁶⁶ PEVSNER, N. *Historia de las Tipologías...* op. cit., p. 182.



Royal Naval Hospital de Stonehouse. Plymouth. 1756. Alexander Rowehead. (Fuente: N. Pevsner, 1979, p. 183),

Con las conclusiones de este viaje, más la colaboración del arquitecto real Bernard Poyet, el Dr. Tenón propondrá, en 1783, un modelo de hospital ideal. Su planteamiento era una combinación de la planta de Le Roy y la del hospital de Stonehouse y su ubicación estaba prevista en La Roquette, pero no llegó a construirse. Aun así se considera el origen de la tipología de Hospital de Pabellones.

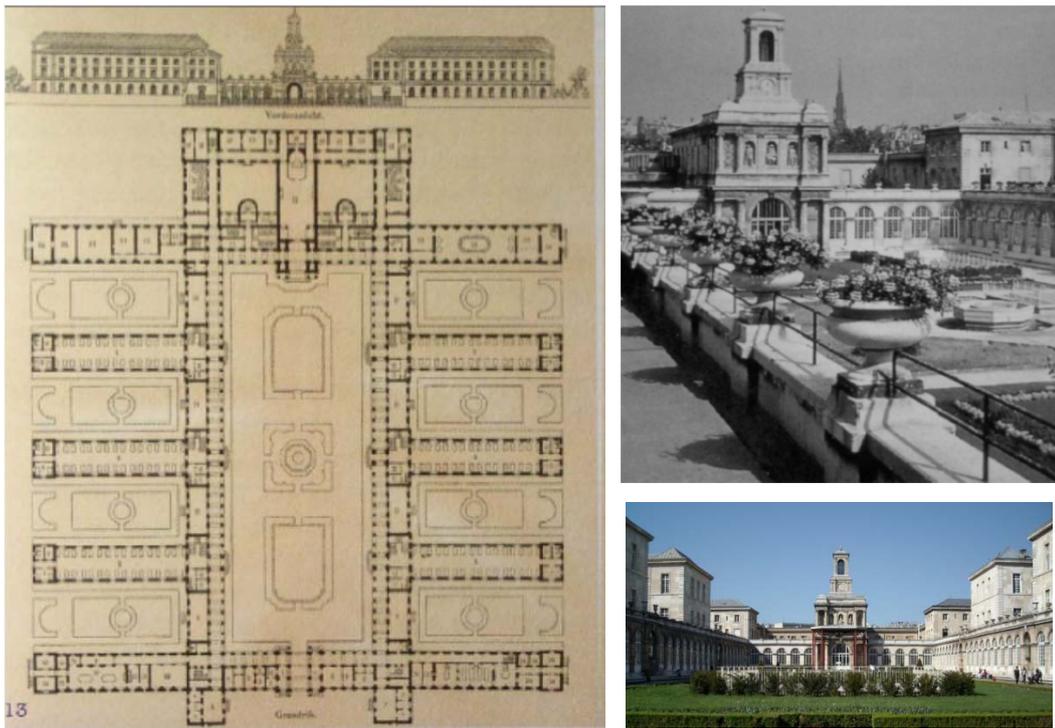
Con la elección de este modelo como el hospital ideal se escenifica el divorcio surgido en el siglo XVIII entre la ciencia médica y los arquitectos. Ninguna de las propuestas realizadas por arquitectos durante el debate sobre el hospital ideal surgido en Francia a finales del XVIII se construyó, la propuesta vencedora, el hospital de pabellones, era obra de un científico y de ingenieros militares. Pero este divorcio no duró para siempre, en el siglo XX la reconciliación volvió con otra tipología: el sanatorio⁶⁷.

Aún hizo falta que trascurrieran cincuenta años para que el primer hospital de pabellones pasara de modelo teórico a la realidad. Apareció en 1954, medio siglo más tarde de que el científico Jacques Tenón y el arquitecto Bernard Poyet presentaran su propuesta teórica⁶⁸, fue el Hospital Lariboisière, en París, y su diseño se debe al arquitecto Martin-Pierre Gauthier.

⁶⁷A principio del siglo XX se distingue una nueva tipología desglosada de los hospitales generales, pues el tratamiento antituberculoso requería unas condiciones distintas, tanto de ubicación como de distribución de los edificios.

⁶⁸ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional, INSALUD, 2007, p. 172.

Al igual que el modelo de Filarete, esta tipología persistió durante un siglo y se repitió por todo el mundo hasta bien entrado el siglo XX, momento en el que los tratamientos medicinales sustituyeron a las ventajas terapéuticas que suponían para los enfermos el poder respirar un aire sano o reposar bajos los rayos de sol en invierno e hicieron innecesaria esta disposición en planta que facilitaba el soleamiento y la ventilación de las enfermerías.



Hospital Lariboisière. París. 1854. Martin-Pierre Gauthier. Composición del autor. (Fuente: N. Pevsner, 1979, p.185).

- **El hospital del XIX. Durand**

Durante la Ilustración surgió un aspecto clave para el estudio de la disciplina de la arquitectura: se trataba de la clasificación tipológica. Quizá no era solamente una necesidad del conocimiento de la disciplina, quizá respondía también a que la sociedad se había vuelto más compleja, pero lo cierto es que hasta ese momento nadie se había detenido a realizar una recopilación de los distintos tipos de edificios. Se trataba también de la necesidad de programar tipos de edificios para la ciudad burguesa o industrial, atendiendo a nuevas necesidades. Con la entrada del siglo XIX, Jean Nicolás Louis Durand (1760-1835) presenta una recopilación histórica de

los principales edificios construidos en todo el mundo hasta la fecha. Lo titula *Recueil et parallèle des édifices de tout genre, anciens et modernes: remarquables par leur beauté, par leur grandeur, ou par leur singularité, et dessinés sur une même échelle*⁶⁹.

El libro recoge edificios de las distintas culturas: Egipto, Grecia, Roma, Asia... y los ordena con criterios tipológicos, representándolos todos a la misma escala, lo que permite un fácil análisis comparativo, de tal forma que se aprecian de inmediato las características y el tamaño de esas arquitecturas comparadas con otras soluciones similares. Este sistema comparativo nos permite determinar la grandiosidad, la representatividad o el esfuerzo inversor realizado en cada edificio.

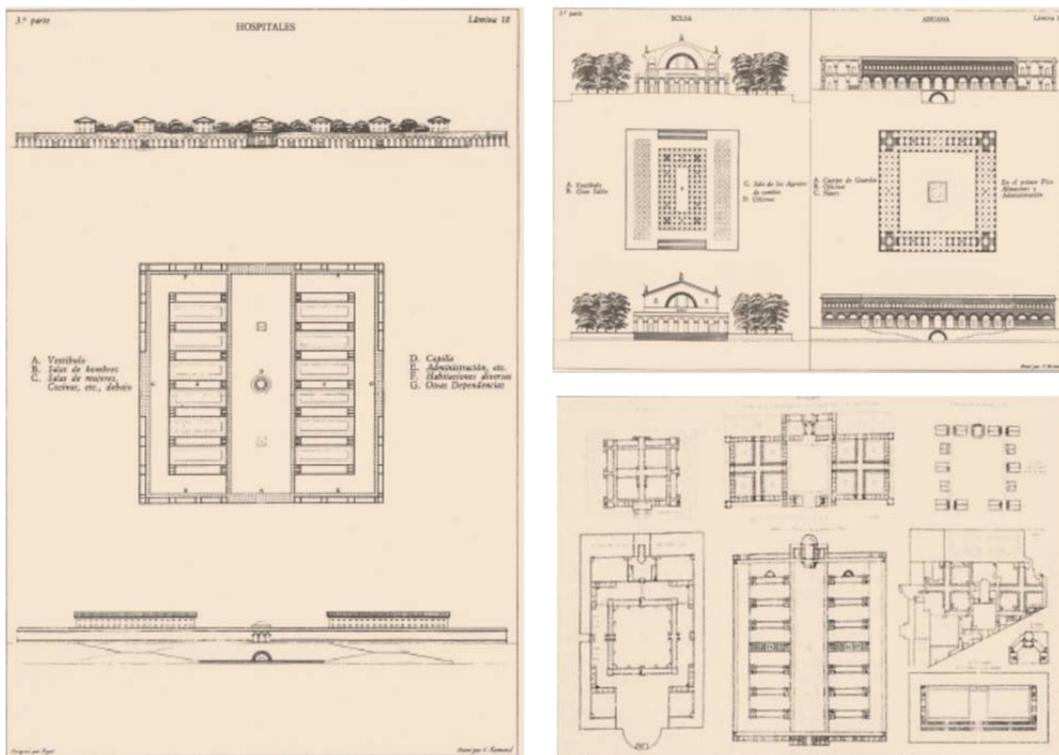
En su tratado histórico de arquitectura aparecen por primera vez las tipologías hospitalarias utilizadas a través de la historia: el hospital gótico de planta basilical, el renacentista de la doble cruz, los grandes hospitales generales del barroco y también, como hospital del futuro, el de pabellones. La intuición de Durand le dice que este modelo de pabellones es el que mejor se adecúa a las necesidades de la medicina del momento. Él era un profesor, un arquitecto teórico que no se había dedicado a construir, pero se había dedicado a observar y con su método de composición arquitectónica⁷⁰ sabía cómo ajustarse a un programa de necesidades determinado. En este modelo ideal de hospital que dibuja Durand en su *Recueil*, se diferenciaban con claridad los pabellones para enfermos, los edificios de servicios, las galerías de circulaciones que unían los distintos usos, etc.

En relación con la tipología hospitalaria, Durand en su Compendio de lecciones de Arquitectura, que representa un auténtico manual de método de composición arquitectónica para elaborar las nuevas tipologías de la ciudad, tanto burguesa como moderna, dibujó un esquema de hospital

⁶⁹ DURAN, J.N.L. *Recueil et parallèle des édifices de tout genre, anciens et modernes : remarquables par leur beauté, par leur grandeur, ou par leur singularité, et dessinés sur une même échelle*, L'Imprimerie de Gilléfil, París (1799 - 1800)

⁷⁰ Después de publicar la Recopilación de edificios, escribió el Compendio de Lecciones de Arquitectura en el que explicaba la composición arquitectónica a base de elementos-tipo sencillos ensamblables. DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de arquitectura. Parte gráfica de los cursos de arquitectura*. Op. cit.

ideal⁷¹. Se trata de un edificio de tipo extensivo, de baja altura, compuesto por varias construcciones independientes unidas por porches. La planta es cuadrada y simétrica con respecto al eje principal. Sitúa en el centro la capilla y, a ambos lados, pabellones para hombres y mujeres. Rodeando el conjunto coloca los usos accesorios: administración, dependencias auxiliares, habitaciones de empleados, etc.



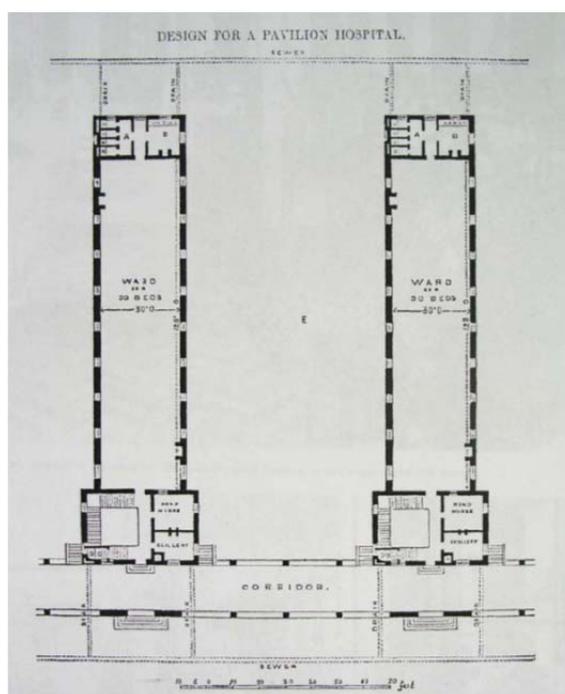
Dibujo del hospital ideal y otras tipologías elaboradas por Durand. (Fuente: *Compendio de lecciones de Arquitectura*, 1981, lámina 18).

Las tipologías de Durand, no solo la de hospitales, mantienen un carácter abstracto, carente de todo tipo de condicionantes reales que siempre limitan al proyecto de arquitectura, como son el emplazamiento, el clima u otras más concretas como los materiales o las limitaciones constructivas. Eso hace que el método compositivo resulte más operativo y explica el éxito alcanzado durante el primer tercio del siglo XIX.

⁷¹ DURAND, J. N. L. *Compendio de lecciones de arquitectura. Parte gráfica de los cursos de arquitectura*. Op. cit., lámina 18, 3ª parte, p. 172.

- **El hospital de Pabellones. Las campañas militares**

Cincuenta años más tarde de haber sido identificado y señalado por Durand, el modelo ideal de hospital seguía sin construirse. Fue necesario que se produjeran otra serie de circunstancias que ayudasen a dar el paso de acometer su construcción. Coincidieron, por un lado las contiendas bélicas, cada vez de mayor impacto y con armas más eficaces, lo que producía mayor cantidad de heridos, y, por otro, la aparición, a mitad del siglo XIX, de una figura singular de la enfermería: Florence Nightingale⁷².



Fotografía de Florence Nightingale y planta de su conocida enfermería, que se incorporó en los hospitales de pabellones. (Fuente: www.biografiasyvidas.com/biografia/n/nightingale.htm).

⁷² Nacida en Florencia en 1820, pertenecía a una familia de la alta sociedad británica. Desde muy joven sintió una fuerte vocación hacia la enfermería, que interpretó como una llamada de Dios, a la que se dedicó desde los diecisiete años desafiando las convenciones sociales de su época y condición social. Viajó por varios países, escribió algunos libros y asumió cargos de responsabilidad como el de superintendente del Instituto para el cuidado de Señoras Enfermas.

Se hizo famosa durante la guerra de Crimea, donde estuvo al cargo de los servicios de enfermería. Allí fue responsable de la organización de los enfermos y consiguió reducir sensiblemente la mortalidad de los heridos mediante la mejora de las condiciones higiénicas.

Terminada la guerra dedicó su vida a la mejora de las condiciones de las enfermerías en los Hospitales. Murió en Londres, en 1910.

Esta enfermera inglesa sirvió en la guerra de Crimea, a donde llegó por sugerencia de un viejo amigo que era en ese momento secretario de la Guerra⁷³, lord Herbert de Lea, donde estuvo al mando de un pequeño ejército de 36 enfermeras, con las que consiguió, mediante una buena organización y la correcta disposición de los pabellones en los hospitales de campaña, reducir sustancialmente la mortalidad de los soldados. Morían por heridas de guerra, pero no por infecciones provocadas por las condiciones del hospital.

A su vuelta a Inglaterra después de la guerra defendió, con total entusiasmo y evidente éxito, un tipo de hospital inspirado en el de campaña, el que se había planteado desde el año 1800, tanto en Francia como en Inglaterra, pero que no se había construido salvo en algunas instalaciones militares: el hospital de pabellones. Nightingale consiguió que se construyera en Londres, en 1871, donde el viejo Hospital de Saint Thomas empezaba a reconstruirse junto al Támesis después de haber perdurado durante 500 años con esquemas medievales. En colaboración con el arquitecto del nuevo hospital, Henry Currey se incorporó el sistema de pabellones, en los que estableció su prototipo de "enfermería Nightingale"⁷⁴.



Hospital de Saint Thomas, 1871, (Fuente: www.google.es/search?q=hospital+st,+Thomas,).

⁷³ PEVSNER, N. *Historia de las Tipologías...* op. cit., p. 183.

⁷⁴ PIeltaIn, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales...* o p. cit. p. 180.

En 1854 se construyó en París el hospital de Lariboisière, del arquitecto Martín Pierre Gauthier, (1790-1855) según las directrices de los técnicos y los higienistas y principalmente del Dr. Jacques Tenón, que lo había descrito en repetidas ocasiones desde el debate surgido después del incendio del Hôtel Dieu. La tipología de pabellones se generalizó tan rápidamente que en el último tercio del siglo XIX ya se había extendido por toda Europa, estando considerada como un signo de arquitectura progresista⁷⁵.

El hospital de Lariboisière estaba formado por un doble peine de pabellones de enfermería y de servicios, por pequeños edificios perfectamente orientados para asegurar su ventilación y soleamiento, unidos por una doble galería que facilitaba la ubicación y comunicación de los servicios y el paseo de los enfermos. Aunque fue proyectado por Gauthier, seguía fielmente el modelo propuesto por Tenón y posteriormente esquematizado por Durand. Los pabellones de enfermería estaban proyectados según las directrices de la enfermera Florence Nightingale: eran más pequeños, tenían 32 camas por sala y un reducido núcleo al fondo donde se encontraban los despachos de las enfermeras y los servicios sanitarios.

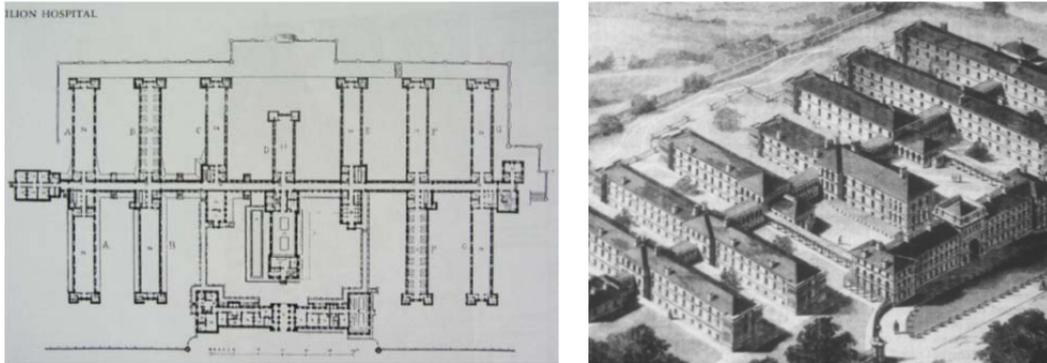
En ese momento el grado de especialización de la medicina era todavía escaso y, en gran medida, las enfermeras y sus cuidados eran los responsables de la curación de los enfermos en los hospitales. Estaban todavía en la época de "los hospitales de las enfermeras", como los denomina Alberto Pieltain⁷⁶. Los médicos solamente iban a los hospitales a pasar consulta a sus pacientes, generalmente rodeados de un grupo de discípulos a los que impartían sus lecciones. Hacían sangrías, trepanaciones y se dedicaban a la investigación. La cirugía prácticamente no existía. La prioridad fundamental era asegurar unas buenas condiciones de limpieza, ventilación y soleamiento.

En Inglaterra también se empezaron a construir hospitales de pabellones en los que se implantaban las ya famosas enfermerías Nightingale. Los primeros

⁷⁵ PEVSNER, N. *Historia de las Tipologías...* op. cit., p. 185.

⁷⁶ Así los denomina Alberto Pieltain en su libro: PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*, o p. cit.

fueron el Hospital militar Herbert⁷⁷ (en homenaje a lord Hebert de Lea), en Woolwich, (1860), proyectado por el capitán Douglas Galton, junto con el Hospital de Blackburn⁷⁸, en Lancashire (1859), diseñado por James Turnbull. Incluso en el centro de Londres, el Hospital de Saint Thomas (1871), aunque es un edificio de varias plantas, adopta y reproduce las enfermerías, perfectamente reconocibles en planta.



Planta y vista general del Hospital Herbert. 1860. Duglas Galton. (Fuente: A. Pieltain, 2007, p. 180).

Este tipo de hospitales de pabellones, así como su organización, han perdurado hasta bien entrado el siglo XX y todavía son los que en el subconsciente colectivo asociamos a la tipología de hospital.

Es a partir de la primera mitad del siglo XX cuando la evolución de los tratamientos médicos y la forma de entender la sanidad como un derecho fundamental y universal, hizo que los edificios sanitarios evolucionaran hacia tipologías más compactas y con mayor número de alturas.

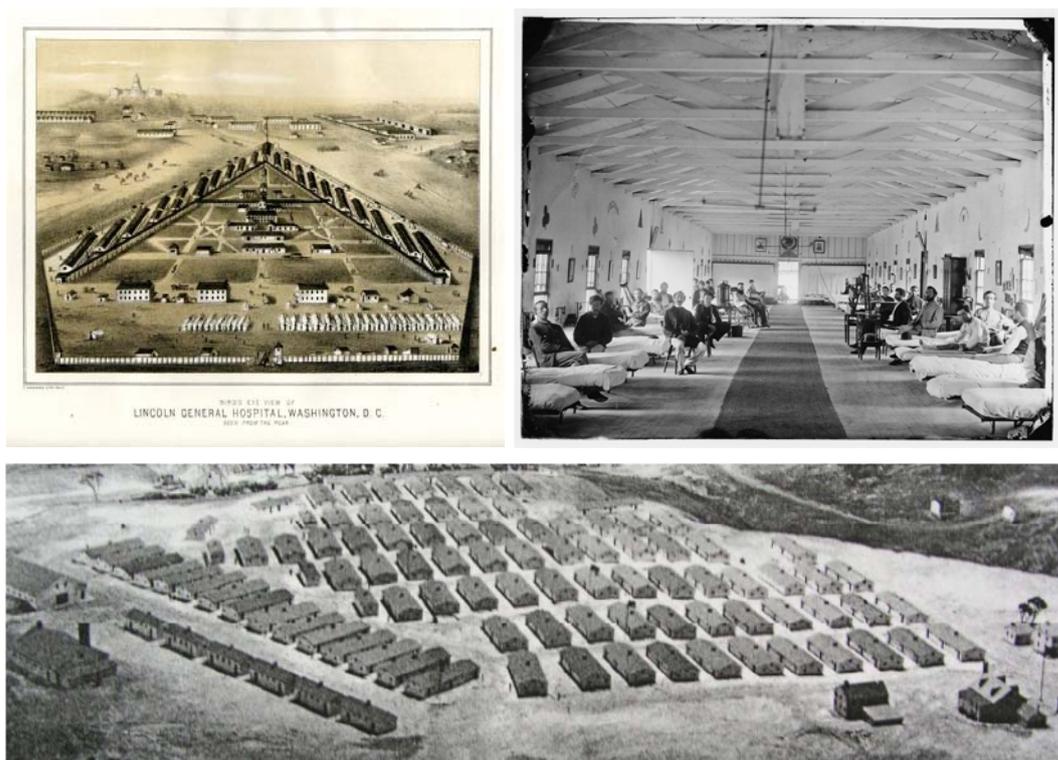
Dentro de la tipología de pabellones, aparece una variante que tiene que ver con los militares. En el siglo XIX se forman los ejércitos profesionales y los conflictos bélicos se hacen más extensos, dejando ingentes cantidades de heridos. Esto pasa en Europa pero también en América con la Guerra de Secesión.

La variante militar del Hospital de pabellones sería el de barracones; la característica diferenciadora es que, en este caso, las edificaciones están exentas, organizadas según la orografía del terreno y no partir de un eje u

⁷⁷ PIELTAIN, A. "El hospital. Doscientos años... op. cit. p. 27.

⁷⁸ PEVSNER, N. *Historia de las Tipologías...* op. cit., p. 185.

otra organización geométrica. Son muy extensos, podrían albergar fácilmente 5000 camas y el problema de las distancias se solucionaba con la instalación de un algún sistema de transporte entre barracones, generalmente un trenecillo, que hacía el suministro de comida, ropa, etc. y que, de alguna forma, estaba sustituyendo a las galerías.



Arriba, Lincoln Hospital. Washington D. C., abajo Hospital de campaña de Chimarazo (Virginia) (Fuente: www.google.es/search?q=Lincoln+Hospital.+Washington+D.).

La ventaja de esta disposición del hospital fue la reducción al mínimo de los contagios nosocomiales, porque eran hospitales ventilados y saludables. Como otros inventos militares, pronto se intentaron aplicar en la vida civil. Aparece en Hamburgo el hospital de Eppendorf (1889) en el que los pabellones, al igual que en hospitales militares de barracones, están separados, pero, a su vez, unidos por recorridos al aire libre. Hay muchos pabellones, del orden de 100, distribuidos por especialidades, también por sexos o por usos. Es la nueva variante del hospital de pabellones, con influencia de los hospitales militares de campaña, que surge a caballo entre los siglos XIX y XX.



Planta y vista aérea del Hospital de Eppendorf. Composición del autor. (Fuente: /www.google.es /search?q=hospital++de+Eppendorf).

Otros ejemplos representativos de esta modalidad son el Hospital Virchow, en Berlín y el de Sant Pau, en Barcelona, (1910) en este caso los pabellones, aunque exentos, estaban unidos en el subsuelo por una red de túneles que hacían la función del trenecillo de los hospitales de campaña.

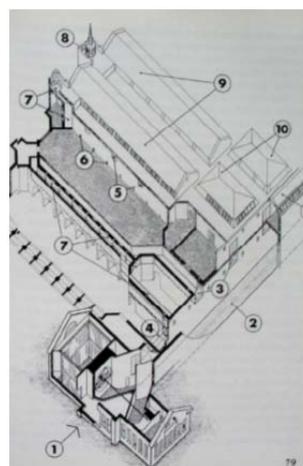
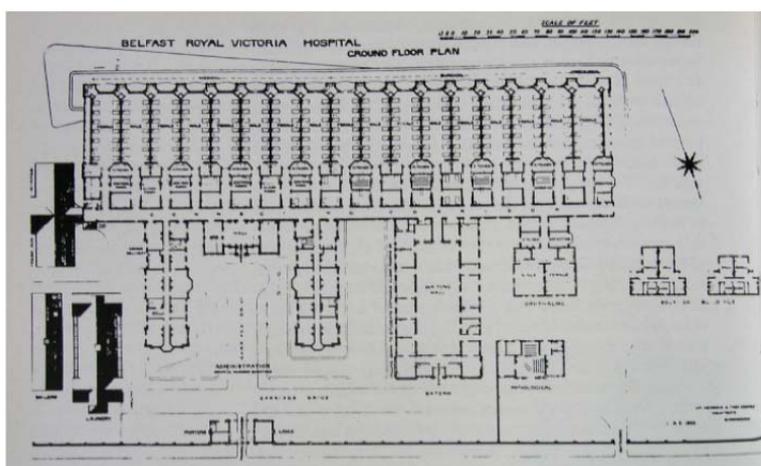
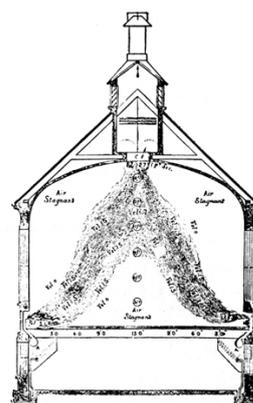
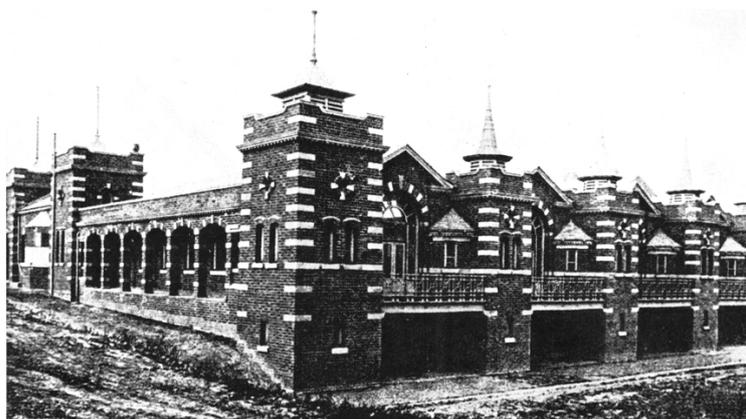
Otra de las características de estos hospitales es que al tener sus pabellones exentos y de dimensiones distintas, se puede dar a cada uno de ellos la orientación más adecuada, que en España puede ser la N-S, pero en Alemania y en todo el norte de Europa es la E-W⁷⁹.

Merece la pena mencionar, aunque no supone una tipología hospitalaria, el Royal Victoria Hospital de Belfast, construido en el año 1900 y que es representativo del esfuerzo que se ha venido haciendo a través de la historia por mejorar las condiciones de salubridad de los hospitales a través de la forma o de la técnica. Este fue el primer hospital con climatización de aire, aunque todavía no se había inventado el aire acondicionado actual. Sus arquitectos Henman y Cooper⁸⁰ idearon un sistema, a base de conductos que circulaban paralelos a las salas de enfermería, con el que les aportaba aire limpio impulsado por un gran ventilador. El aire se refrescaba pasando a

⁷⁹ Por encima del paralelo 40 el sol de invierno casi no existe y es más efectivo captar el sol de levante y poniente. Las habitaciones se orientan generalmente al este. Por debajo de este paralelo es más importante captar el sol de invierno, por eso las habitaciones se orientan al sur.

⁸⁰ RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura Terapéutica. El Sanatorio Antituberculoso Pulmonar*, Tesis doctoral, Directora: Josefina González Cubero, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad de Valladolid, 2012, p. 374.

través de unos lienzos empapados de agua y colocados al principio de los conductos. Años más tarde Reyner Bahhan reivindicaba este edificio por sus avances tecnológicos y se lamentaba de que su aspecto excesivamente clasicista le hubiera privado de un mayor protagonismo dentro de la arquitectura moderna.⁸¹



Royal Victoria Hospital. Belfast. 1900. Hennman y Cooper. Sistema de climatización. (Fuente: www.google.es/search?q=Royal+Victoria+Hospital.+Belfast).

Con este sencillo sistema se ventilaban y refrescaban las salas de enfermería que no tenían ventanas al exterior, pues estaban totalmente adosadas unas a otras y se iluminaban a través de lucernarios. De esta forma se conseguía proteger las salas de hospitalización de la alta contaminación ambiental de la ciudad.

⁸¹ BANHAM, R. *La arquitectura del entorno bien climatizado*, Buenos Aires, Editorial Infinito, 1975, p. 88, citado por Cecilia Ruiloba en su tesis doctoral: *Arquitectura Terapéutica. El Sanatorio Antituberculoso Pulmonar*, op. cit., p. 375.

II.2.4. Siglo XX. La máquina de curar. El hospital actual

- **El hospital en bloque**

La transición del XIX al XX está condicionada por una serie de acontecimientos aparecidos por separado, pero que al converger iban a marcar las trayectorias en el diseño de los hospitales. Algunos de estos acontecimientos fueron:

Las nuevas teorías sobre los gérmenes.⁸²

El desarrollo de las especialidades en medicina.⁸³

La aparición de los ascensores.

El desarrollo de los antibióticos.⁸⁴

Los estudios de Louis Pasteur (1822-1895) sobre microbiología llevaron a la evidencia de que las bacterias eran los únicos agentes transmisores de las enfermedades, la consecuencia directa de este descubrimiento fue que, para los espacios donde se encontraban los enfermos, ya no era necesaria una extraordinaria ventilación. Si las enfermedades no se transmitían por el aire, la disposición por pabellones independientes ya no se hacía imprescindible y podía modificarse el esquema de implantación de los hospitales sin que ello supusiera una pérdida de eficacia en la curación de los enfermos.

Esta circunstancia daría paso a la creación otros espacios y disposiciones de las áreas asistenciales dedicados, únicamente, a luchar clínicamente contra los gérmenes.

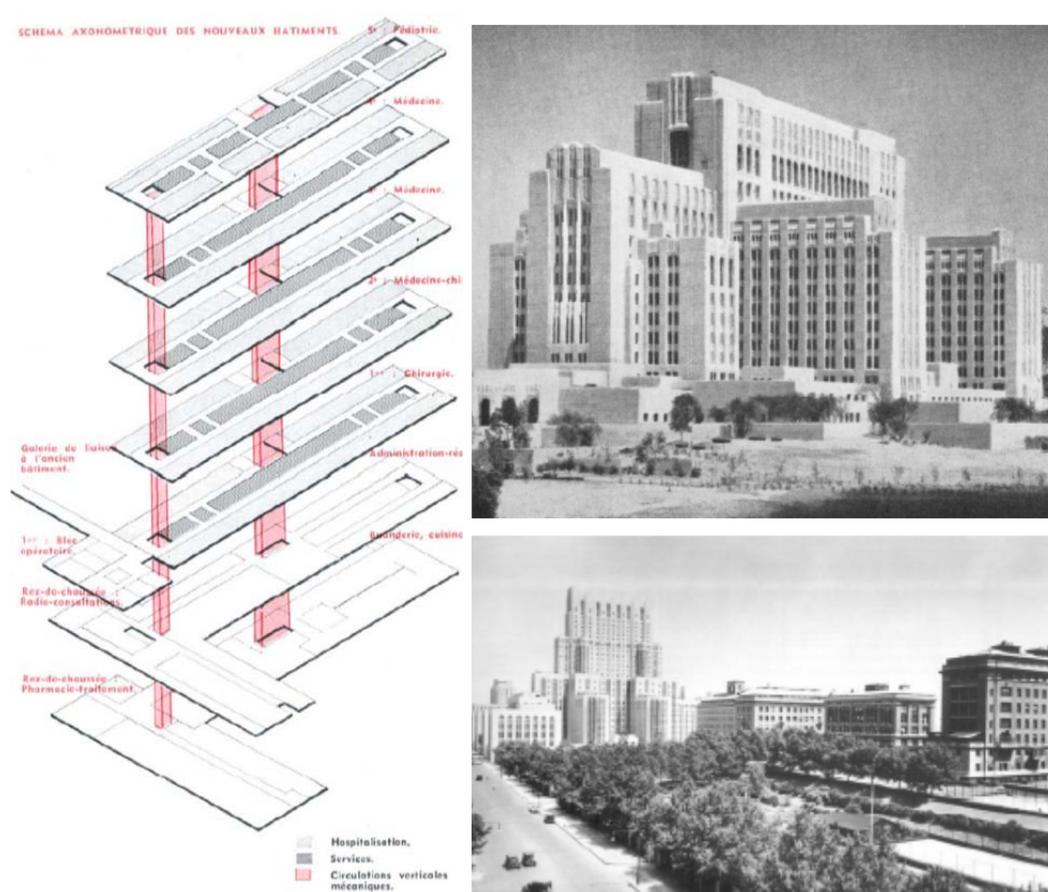
⁸² La teoría germinal fue un descubrimiento científico realizado en la segunda mitad del siglo XIX, que reemplazó anteriores explicaciones para la enfermedad, como la teoría miasmática o la teoría de los humores.

⁸³ Las especialidades en medicina habían aparecido ya en el siglo XIX, generando hospitales monotemáticos: de ojos, de oídos, de cáncer, de tórax, etc. pero, a principios del XX, los buenos resultados obtenidos atraen cada vez a mayor número de clientes de pago. La incorporación de estos "mini hospitales" dentro del esquema del hospital general, obligará a replantear la tipología.

⁸⁴ En términos estrictos, un antibiótico es una sustancia secretada por un microorganismo, que tiene la capacidad de afectar a otros microorganismos. El término *antibiótico* fue utilizado por primera vez por Selman Waksman en 1942 para describir aquellas formulaciones antagonistas al crecimiento de microorganismos y que son derivadas de otros organismos vivos. En la práctica los antibióticos suponían la posibilidad de tratar las infecciones con sustancias generadas por el hombre, sin tener que esperar a la reacción del propio organismo.

La investigación bacteriológica principalmente, pero también la radiología⁸⁵ y otros inventos, incluso la cirugía, cada vez menos agresiva y más utilizada, imponían modificar los espacios del hospital, separando de forma clara y diferenciada los espacios sépticos de los asépticos y poniendo el máximo énfasis en estos últimos.

Por último, derivado del conocimiento de los gérmenes, aparecieron los antibióticos. La Penicilina fue descubierta por Alexander Fleming (1881-1955) en 1928 y muy pronto se generalizó su uso. Con los antibióticos se controlaba el riesgo de las infecciones, si no había desaparecido, por lo menos estaba controlado.



Esquema de un de un hospital en bloque y vistas del Hospital General de Los Ángeles, 1878, (arriba) y del Nueva York Hospital, 1932 (abajo). (Fuente: E. Garay, 1947, p. 8-15).

⁸⁵ Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) en 1895 descubrió los rayos X, que tenían la propiedad de atravesar los tejidos en mayor o menor grado según su densidad, con lo cual eran capaces de impresionar una placa fotográfica en la que se reflejaban los tejidos internos. El descubrimiento tuvo una rápida utilización en muchos campos de la medicina.

En cuanto a las especialidades, éstas habían surgido de una forma significativa dentro de la medicina. Los médicos ya no eran generalistas, eran especialistas de ojos, de oídos, de tórax, traumatólogos, oncólogos, etc. Y los que eran más reconocidos fundaban sus propios hospitales especializados aunque, huyendo de las negativas connotaciones de la palabra hospital, los llamaban clínicas o institutos⁸⁶. Querían diferenciarse del significado de la palabra hospital que solo servía para "cuidar" a los enfermos. Eran clínicas para "curar" a los enfermos.

A medida que los avances en la medicina especializada hicieron que estas clínicas se incorporaran al hospital general, el clarísimo esquema de pabellones fue desmoronándose, al no ser capaz de vertebrar y organizar los numerosos apéndices que aparecían para albergar las distintas especialidades y tratamientos sin que el hospital se convirtiera en una maraña de circulaciones.

Por otra parte, los procesos clínicos y curativos a realizar en cada paciente, que en el hospital de pabellones se llevaban a cabo, sin desplazarlo, en el mismo pabellón, ahora se podían concentrar en zonas concretas del hospital. Son los llamados "servicios centrales"⁸⁷, donde se concentraban los quirófanos, la radiología, etc.

La aparición del ascensor como medio de transporte vertical seguro también supuso un cambio en los hospitales y en el resto de edificios. Ya era posible acumular varias plantas en altura sin que eso supusiera una dificultad para los usuarios. Para los hospitales fue realmente un invento revolucionario. Sin que los pacientes o usuarios tuvieran que dar un solo paso, tenían a su alcance todas las áreas del hospital.

⁸⁶ El Medical Center en Nueva York contenía dentro del hospital varias clínicas de titularidad privada: el Hospital ginecológico Sloane, la Clínica Urológica de Squier, el Instituto Neurológico de Nueva York, la Clínica Vanderbilt, además de otras instituciones como la Escuela de Odontología, la Escuela de Enfermeras y el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de la Universidad de Columbia.

⁸⁷ CASARES, A. *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*. (Internet). Madrid, Escuela Nacional de Salud, 2012, p. 27.
www.google.es/search?q=CASARES%2C+A.+Arquitectura+Sanitaria+y+Hospitalaria

Todos estos acontecimientos cambiaron los requisitos que debía cumplir el hospital. Hasta ese momento era imprescindible que los pabellones estuvieran orientados al sur para asegurar el soleamiento, que fueran bajos para evitar zonas de sombra, que hubiera distancia entre ellos y que la altura de las plantas fuera holgada para propiciar una buena ventilación. Ahora ya se podía construir el hospital como un edificio compacto, en principio como una agregación de pabellones o de hospitales en altura, más tarde evolucionando a esquemas más complejos.

A principios del siglo XX empieza a cambiar la percepción que la sociedad tenía de los hospitales y con ella del tipo de hospital que hasta entonces se construía. Ya no era un edificio del que se huía, era el lugar donde se solucionaban los problemas de salud. Manteniendo los preceptos básicos de independencia de servicios y departamentos, de orientación, de soleamiento y ventilación suficientes, ya definidos previamente por el informe de la Academia de Ciencias francesa en 1772 tras el incendio del antiguo Hôtel-Dieu⁸⁸ y aprovechando fundamentalmente el desarrollo de materiales de construcción y la aparición de sistemas de comunicación vertical, surge el llamado "hospital en bloque" u "hospital vertical", tipología que mejora con respecto a sus antecesoras principalmente con la simplificación del servicio y la disminución de las distancias, pero sobre todo permite que el hospital se integre en la ciudad.

Esta tipología empieza a consolidarse en Estados Unidos⁸⁹, principalmente porque este tipo de edificios era el adecuado para acoger dentro del ámbito urbano y en un mismo emplazamiento las distintas instituciones científico-sanitarias existentes: tanto las más antiguas de atención o cuidados, como las puramente médicas (públicas o privadas) o las instituciones universitarias y las filantrópicas que las dotaban económicamente.

⁸⁸Dichos criterios de construcción no fueron seguidos hasta 70 años más tarde de producirse el incendio del Hôtel-Dieu. Fueron puestos en práctica en el Hospital Lariboisière, en 1854, resultando de gran influencia en las concepciones de todos los hospitales del siglo XIX. Así lo señala Pevsner en su *Historia de las tipologías arquitectónicas*.

⁸⁹ GARAY, E. *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

- **El Hospital Vertical americano**

El hospital en bloque se asocia al rascacielos y, por lo tanto, es en Estados Unidos donde este nuevo tipo de hospitales se implanta en primer lugar. Ahora bien, que estos hospitales sean rascacielos no es lo fundamental. Lo fundamental es el nuevo concepto, en cuanto a servicio y en cuanto a funcionamiento, que aparece en los hospitales. Como dice Zavala en su libro *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*:

"Pero es la técnica moderna del rascacielos la que permite su construcción vertical; si bien luego, en la aplicación de aquellos mismos conceptos primordiales a otros hospitales de menos capacidad o más limitados en cuanto a los medios de que puedan disponer, estos edificios no sean ya rascacielos, aunque sigan siendo hospitales de tipo monobloque. Esto es, el «rascacielismo» no es condición imprescindible, ni siquiera determinante"⁹⁰

Sin embargo es la técnica del rascacielos la que permite su construcción vertical. Esta disposición de los hospitales americanos tenía su explicación dentro de las características constructivas de aquel país. La industria del hierro y de las estructuras metálicas había tenido una gran expansión y los rascacielos se hacían para todos los usos posibles: oficinas, almacenes, comercio, viviendas y también hospitales. El rascacielos es un fin en sí mismo, independientemente del uso al que se destine, pero los cambios en el concepto de los hospitales permitieron que se pudieran hacer en edificios en altura.

"Los americanos construyen rascacielos porque les gustan los rascacielos. Además de las posibilidades que estos edificios presentan para la utilización del solar y la concentración de un gran número de elementos dentro de un espacio reducido, los americanos ven en ellos un valor comercial, de aislamiento respecto al tráfico y a los ruidos urbanos, e incluso de anuncio y propaganda, que los hace objeto de sus preferencias. Y la construcción en acero para levantarlos y el uso de los ascensores

⁹⁰ ZAVALA Y LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*... op. cit. p. 19.

rápidos para utilizarlos ha permitido la creación de este tipo de edificio que es peculiar de aquel país."⁹¹,

El hospital en bloque no nace como rascacielos, aunque sí con un gran número de pisos respecto a los hospitales del siglo XIX, una verdadera revolución al concepto anterior de construcción de hospitales.



Diversas vistas del Medical Center de Nueva York (1932). (Fuente: www.google.es/search?q=Medical+Center+de+Nueva+York)

Uno de los mayores exponentes en este cambio de entender la medicina fue la construcción en 1928 del Medical Center en Nueva York⁹². Con sus 22 pisos y 2.400 camas cambió el concepto, no ya solamente de la construcción hospitalaria, sino también de la medicina. Ya no es considerado como un hospital, como “una fortaleza contra la enfermedad” lo llama Zavala, al integrar en un mismo edificio central, servicios anexos de consultorios, docencia, laboratorios, instituciones como el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, el Hospital ginecológico Sloane, la Escuela de Odontología, la Clínica Urológica de Squier, el Instituto Neurológico de Nueva York o la Escuela de Enfermeras entre otros. Estas descripciones las hacía admirado el arquitecto Juan de Zavala en la Conferencia del 11 de

⁹¹ ZAVALA Y LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital “En Bloque”...* op. cit. p. 20.

⁹² GARAY, E. *Los Hospitales en los Estados Unidos...* op. cit. p.8.

Noviembre de 1946, celebrada en el Círculo de Bellas Artes de Madrid con motivo del acto de apertura de la Exposición de Anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de la Enfermedad⁹³.

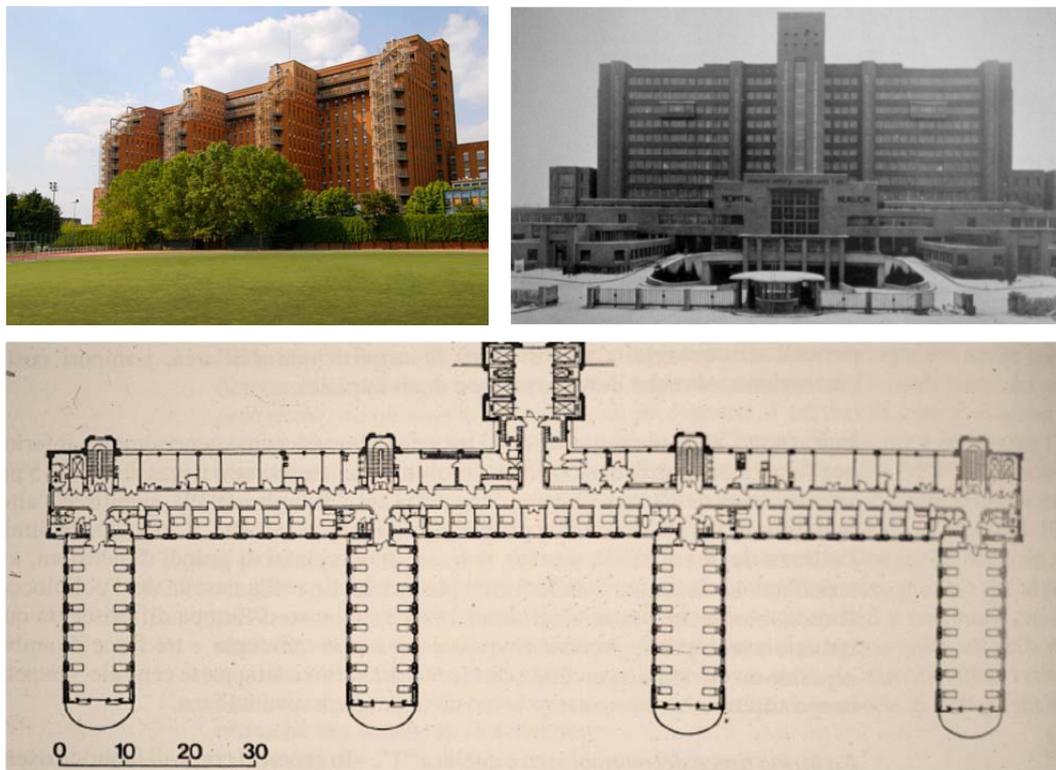
Rápidamente, este modelo fue copiado en Estados Unidos, construyéndose de forma parecida el Harbowiew Hospital de Seattle (1877) o el Hospital de Los Ángeles⁹⁴ (1878). Esta nueva forma de construir daba respuesta a la mayoría de los problemas de los hospitales en ese momento: de espacio, de recorridos, de logística (al poderse crear núcleos paralelos de circulación vertical, resultaba más fácil separar las funciones logísticas de preparación y distribución de alimentos para enfermos, de lavandería, de limpieza, etc.), de organización, tanto respecto a los enfermos (facilitaba el desplazamiento, pero también otras cuestiones como la clasificación por especialidades, la admisión de enfermos etc.) como al personal sanitario (era más fácil comunicar los distintos departamentos aunque estuvieran situados junto a cada enfermería) y de infraestructuras de servicios propios como laboratorios, esterilización, pruebas diagnósticas, etc. Necesidades todas ellas derivadas de una nueva diversidad funcional y una estructura más compleja y con mayor número de actores. Por otra parte incorporaba soluciones a problemas constructivos inherentes a toda edificación como insonorización, sistemas contra incendios, etc., además de aportar mejores soluciones en las instalaciones básicas de ventilación y calefacción.

- **El hospital del Movimiento Moderno en Europa**

En Europa, el máximo exponente de hospital en bloque sería el Hospital Beaujon de París-Clichy con 14 plantas. No es que constituya una tipología diferente del hospital en bloque americano, simplemente ocurre que las condiciones sociológicas de las sociedades americana y europea de principio del siglo XX son muy distintas.

⁹³En esta exposición se hicieron públicas las propuestas presentadas al concurso de Anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad. Paralelamente se organizó un ciclo de tres conferencias: una sobre la organización del Seguro de Enfermedad pronunciada por Sebastián Criado del Rey, otra sobre los servicios médicos por Miguel Lafont Lopidana y la tercera sobre arquitectura hospitalaria que fue la impartida por Juan Zavala Lafora. *Edificios sanitarios para el Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947, pp. 4-12.

⁹⁴ GARAY, E. *Los Hospitales en los Estados Unidos...* op. cit. p.22.

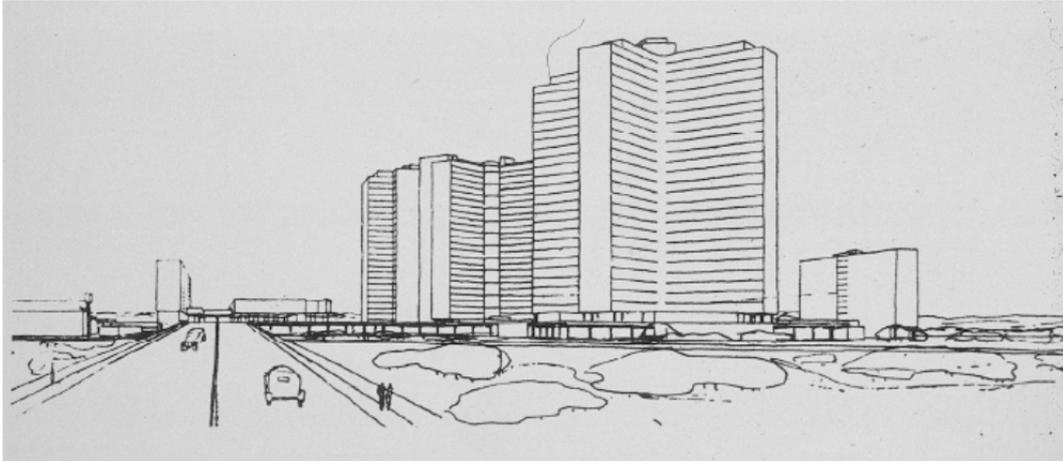


Planta tipo y vistas del Hospital Beaujeon proyectado por Jean Walter, 1930. (Fuente: www.google.es/search?q=Hospital+Beaujeon).

El hospital en bloque americano es una superposición de hospitales⁹⁵, donde se acumulan clínicas y distintos usos anexos dentro de un edificio en altura, las propuestas que se lanzan en Europa, principalmente en Francia, son hospitales pensados y desarrollados en altura. El pionero es el hospital Beaujeon de Jean Walter en 1930 pero, las realmente novedosas fueron las propuestas Paul Nelson⁹⁶ en el concurso de 1934 para la Cité Hospitalière de Lille. Para este concurso Nelson presentó un hospital desarrollado en torres con 27 plantas precursor, en cuanto a la estética y a su radicalidad compositiva, de los hospitales que harían más tarde los arquitectos del Movimiento Moderno. La propuesta no llegó a construirse pero influyó poderosamente en los hospitales posteriores.

⁹⁵ SANCHEZ ARCAS, M. "LA CENTRAL MÉDICA DE NUEVA YORK. Obra de J. Gamble Rogers" en *Arquitectura*, nº 119. 1929. Madrid, p 141.

⁹⁶ Arquitecto y piloto canadiense afincado en Francia, amigo y seguidor de Le Corbusier en cuanto a la arquitectura moderna. Inventor de un tipo de quirófano esférico que conseguía eliminar las sombras procedentes de la iluminación y que fue muy utilizado en los hospitales españoles del INP.



Propuesta de Paul Nelson para concurso de la Cité Hospitalière de Lille (1934). (Fuente: www.google.es/search?q=Cité+Hospitalière+de+Lille).

Sí que se construyó, proyectado por Nelson, el hospital de Saint Lô, un hospital angloamericano realizado en conmemoración del desembarco de Normandía, en el que la propuesta sigue las directrices de su maestro y amigo Le Corbusier⁹⁷. Abandona la estética de la verticalidad del hospital norteamericano en favor de una imagen horizontal al gusto de la modernidad europea y vuelve a introducir otra novedad que creará tendencia años más tarde: la colocación de una gran base de dos plantas, extendida en el terreno, en la que se colocan los servicios centrales y generales del hospital.



Vista y alzado del Hospital Franco americano de Saint-Lô. (Fuente: [www.google.es/search?q=Centre+hospitalier+Mémorial+France+-+Etats-Unis+\(Saint-Lô\)](http://www.google.es/search?q=Centre+hospitalier+Mémorial+France+-+Etats-Unis+(Saint-Lô))).

⁹⁷ El Hospital de Saint Lô se puede considerar paradigma de los hospitales del Movimiento Moderno. Su planta podría formar parte de la propuesta de la Ville Radieuse de Le Corbusier.

II.2.5. Imagen y semejanza. La arquitectura hospitalaria franquista

La identificación del Movimiento Moderno con los regímenes políticos de democracia y libertades imperantes de Europa, así como la situación de desolación y desescombros en que se encontraba el viejo continente en los años cuarenta, hicieron que la mirada del régimen franquista se volviera hacia América para buscar, a su imagen y semejanza, el modelo de arquitectura hospitalaria.

La tipología hospitalaria utilizada en el primer periodo franquista surge directamente de la trasposición de los hospitales americanos. Tal como hemos analizado en apartados anteriores, allí se había desarrollado un tipo de hospital "en bloque" basado en planteamientos tecnológicos y funcionalistas que se había adaptado perfectamente a las necesidades de un país con muy escasas tradiciones tipológicas y sin grandes reparos para modificarlas, como eran los Estados Unidos de América.

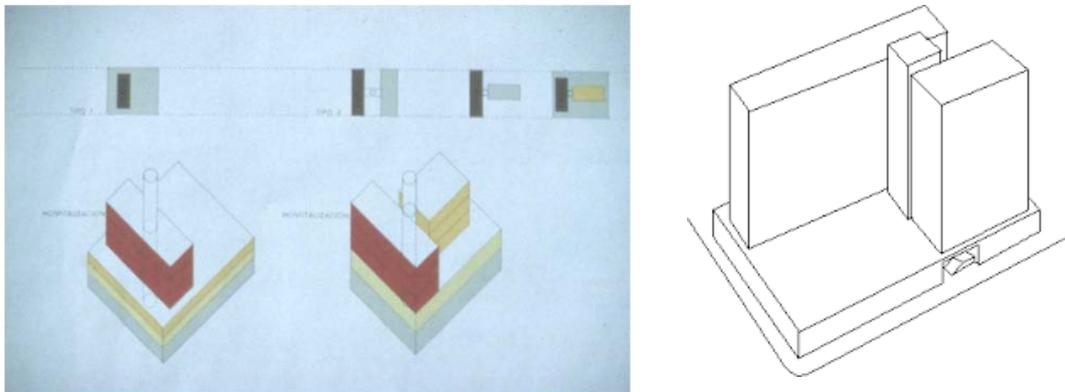
En España la tipología se reduce en altura, solamente uno de los hospitales construidos durante la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias alcanzó las 18 plantas⁹⁸, más como reto comparativo que como tradición constructiva, y se simplifica en planta, apareciendo la tipología "monobloque", que fue ampliamente repetida en los hospitales del franquismo⁹⁹.

La característica de este tipo de hospital es que cuenta con un único núcleo de comunicaciones verticales, del que parten dos o más alas de distribución horizontal en cada planta, dedicándose cada una de ellas a hospitalización, pero diferenciadas por especialidades o por sexos, y quedando los servicios centrales de tratamiento y diagnóstico concentrados en alguna de las alas. Ejemplos de este tipo son las Residencias de Vigo o La Coruña, ambas proyectadas por el arquitecto Martín José Marcide entre 1949 y 1952.

⁹⁸La residencia Sanitaria de Vigo, proyectada y construida por el arquitecto Martín José Marcide fue la más alta de las realizadas por el Instituto nacional de Previsión.

⁹⁹ CASARES, A. "Residencia vertical o estructura tecnificada. La evolución del hospital del siglo XX", en la revista *A & V Monografías de Arquitectura y Vivienda* N° 49, Madrid, 1994, AviSA ediciones, pp. 9-12.

Suelen tener este tipo de edificios un basamento de una o dos plantas y de configuración distinta al resto de las plantas alzadas, donde se encuentran los servicios generales y administrativos del hospital. La mayoría de hospitales del primer Plan de Instalaciones Sanitarias incorporaban además en su programa un ambulatorio, que desarrollaron en las plantas más bajas imbricados con los servicios administrativos del hospital. Tenían accesos y funcionamiento independiente del hospital, pero su uso les obligaba a resolver unas comunicaciones horizontales que dieran solución el tránsito del personal sanitario entre ambos.



Tipos de hospital monobloque. (Fuente: A.Casares, www.google.es/search?q=CASARES,+A.+Arquitectura+Sanitaria+y+Hospitalaria).

Una variante lógica del hospital monobloque¹⁰⁰ aparece en el momento que se aumenta su tamaño. En el momento que las alas de las plantas se alargan, las circulaciones horizontales resultan excesivas, y, por lo tanto es necesario crear núcleos de circulaciones verticales secundarios, se trata del hospital "polibloque".

La complejidad de estructura espacial y de funcionamiento que se crea con la aparición de múltiples núcleos verticales, sus correspondientes bloques y las funciones de cada uno de estos, supera ampliamente a la del hospital monobloque, pero también puede generar menor flexibilidad para las modificaciones de uso posteriores. De los hospitales franquistas de la primera

¹⁰⁰CASARES, A. *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*, (Internet). Madrid. Escuela Nacional de Sanidad. 2012 (consultado agosto 2016). Tema 12.1. Disponible en www.google.es/search?q=CASARES,+A.+Arquitectura+Sanitaria+y+Hospitalaria.

etapa del INP ninguno se acercan a esta idea de polibloque¹⁰¹, solamente los de mayor tamaño: la Residencia de Barcelona, proyectada por el arquitecto Aurelio Botella o la Residencia de Bilbao (1949), proyectada por el arquitecto Martín José Marcide, debido a la gran longitud de las alas principales, replican el núcleo central de comunicaciones verticales y aparecen, simétricamente colocados, dos núcleos secundarios, que generan a su vez, nuevas alas de hospitalización perpendiculares a las primeras. No se trata estrictamente de un esquema polibloque, pues aunque se multiplican los núcleos de comunicación vertical, su disposición es jerárquica, quedando supeditados los secundarios como apoyo del principal.

El ejemplo característico de hospital polibloque en España es el Hospital Universitario San Carlos, diseñado por Manuel Sánchez Arcas en 1932 y terminado de construir en los años sesenta por Miguel de los Santos, en el que con la disposición de los múltiples núcleos de comunicación vertical y las distintas áreas funcionales se consigue una flexibilidad de uso que le ha permitido mantenerse en funcionamiento hasta nuestros días sin más intervenciones que la adición de los servicios de urgencias en la planta baja.

La disposición en planta de los núcleos de comunicación vertical y las correspondientes alas de los hospitales monobloques, genera unos planos que tienen una cierta similitud con los aeroplanos de la época, lo que llevó a denominar coloquialmente a estas tipologías como "hospitales de planta de avión".

¹⁰¹ ISASI, J. "De la previsión social a la salud pública. Tipos sanitarios en la España contemporánea", en la revista *A & V Monografías de Arquitectura y Vivienda* N° 49, Madrid, 1994, AviSA editores, pp. 13-16.

Capítulo III

FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Fuentes bibliográficas
Fuentes hemerográficas
Fuentes documentales

III.1. Fuentes bibliográficas (libros y publicaciones periódicas especializadas)

Se ha realizado una recopilación bibliográfica sobre los temas a tratar, concretamente se han buscado publicaciones relativas al contexto sanitario español de la etapa estudiada, a la historia de las tipologías hospitalarias, sobre la historia de la arquitectura española contemporánea y sobre la figura de Fernando García Mercadal y su valoración crítica en esa etapa, todas ellas han permitido abordar y encuadrar el marco teórico en el que se sitúa la tesis así como analizar y valorar los edificios concretos.

Este trabajo de tipo historiográfico y hemerográfico se ha llevado a cabo en las siguientes instituciones:

- Biblioteca y Servicio Histórico de la Fundación Arquitectura del Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, seguramente uno de los mejores fondos documentales de arquitectura de los que disponemos en España.
- Biblioteca de la Escuela de Arquitectura de Madrid.
- CRAI. Universidad de Alcalá de Henares.

También se han consultado las siguientes bibliotecas de Aragón:

- Biblioteca de la Diputación Provincial de Zaragoza, donde se ha podido consultar la colección de libros de la Cátedra Ricardo Magdalena, publicados por la Institución Fernando el Católico.
- Biblioteca del Colegio de Arquitectos de Aragón, en ambas existe abundante información sobre Fernando García Mercadal y sobre el urbanismo zaragozano del pasado siglo. Concretamente en la biblioteca del COAA existen varios folletos, publicados por el propio Colegio con motivo de la celebración de eventos relacionados con Fernando García Mercadal y en los que se aporta información autobiográfica del autor. El más interesante es el catálogo de la exposición-homenaje organizada por el Colegio de Arquitectos de Aragón en octubre de 1985 con motivo del fallecimiento de Fernando García Mercadal, en el que se hace un análisis y una

recopilación muy completos de su vida y obras. Se publicó, igualmente, un folleto que reproducía la conferencia que García Mercadal dio en el COAA en noviembre de 1979 titulada "El GATEPAC en Zaragoza" en la que, aparte de hablar de la reunión fundacional del GATEPAC, hacía un repaso de su trayectoria, tanto profesional como vital. En esta misma biblioteca del COAA se han podido consultar varios libros dedicados al estudio de los hospitales y a la constante evolución de su tipología, siempre de la mano de la ciencia médica y sus descubrimientos.

- Biblioteca de la Universidad San Jorge de Zaragoza.
- Biblioteca María Moliner de la Universidad de Zaragoza, donde se han encontrado publicaciones sobre teoría de la arquitectura.

En estos centros se ha encontrado abundante información bibliográfica sobre todos los temas que aborda la tesis, pero principalmente sobre sus fundamentos teóricos. Tal como se especifica en el capítulo del Estado del Arte, se han consultado textos sobre tipologías arquitectónicas en general y hospitalarias en particular, historia de la arquitectura, teoría de la arquitectura moderna, arquitectura del franquismo, sobre la dualidad racionalismo-funcionalismo, etc. También se han consultado colecciones de revistas de arquitectura, en las que se ha podido investigar, sobre la actualidad arquitectónica de la época a que se refiere la tesis y sobre los artículos de opinión de ese mismo tiempo. Artículos que reflejan el estado de opinión y el marco teórico del momento en el que se desarrollaron los proyectos.

La revista *Arquitectura* que, con distintos formatos, etapas e incluso distintos nombres, viene editando el Colegio de Arquitectos de Madrid desde 1918 es la que mejor refleja lo acontecido arquitectónicamente en la etapa en la que se centra esta tesis. En ella se ha consultado concursos de proyectos de hospitales desde el realizado para el Hospital de Toledo en 1926 hasta el proyecto del Hospital General de Aragón en 1942, o el número monográfico dedicado a hospitales de julio de 1960.

III.2. Fuentes hemerográficas

Se han consultado fuentes de hemeroteca, principalmente de ámbito autonómico, pero también algunas nacionales, pues las noticias referentes al Hospital Miguel Servet tenían repercusión más amplia que la estrictamente local.

Se ha encontrado en los periódicos consultados noticias referentes a las inauguraciones de las principales instalaciones: la Residencia Sanitaria José Antonio, el Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados y el Hospital Materno Infantil.

Las Hemerotecas consultadas han sido:

- Hemeroteca del Archivo municipal del Ayuntamiento de Zaragoza
- Hemeroteca de la Biblioteca de Aragón.
- Hemeroteca del periódico Heraldo de Aragón.

III.3. Fuentes documentales

El trabajo de investigación bibliográfica y hemerográfica se ha completado con una labor rigurosa de búsqueda documental en archivos. Aquí se incluyen todo tipo de documentos de carácter textual o gráfico (proyectos, expedientes, decretos, planes de urbanismo, fotografías, cartografías, etc.), existentes en las siguientes instituciones.

- **Archivo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**, donde se custodian todos los documentos correspondientes al antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP). En este archivo, que está situado en la madrileña calle de Alcalá, se ha consultado documentación referente a la situación sanitaria en la España de la postguerra y al Plan de Instalaciones Sanitarias. Como ha sido muy extensa se puede clasificar en varios grupos:
 - **Monografías editadas por el INP**
Algunos de los acontecimientos organizados por el Instituto Nacional de Previsión, como viajes, conferencias, informes etc.,

dieron lugar a pequeñas publicaciones que editaba el propio organismo en formato sencillo, este fue el caso del viaje de estudio de los hospitales de Estados Unidos¹, de las conferencias organizadas con motivo de la exposición del concurso de anteproyectos para edificios del Seguro² o de los informes previos sobre la asistencia sanitaria³ que cuantificaron la previsión de instalaciones que se consideraban necesarias para cubrir el servicio asistencial de la población.

En esa época el I.N.P. tenía la costumbre de publicar también periódicamente numerosos folletos, de edición muy sencilla, en los que se daba cuenta de las realizaciones de instalaciones, de las estadísticas de sus asegurados, de los avances de la medicina, de sus prestaciones asistenciales, etc. que, si bien en su día eran sólo una herramienta propagandística, analizados bajo el filtro de 60 años de historia aportan una información interesante.

o **Boletines explicativos de la inauguración de hospitales**

Con motivo de la inauguración de algunos hospitales, el INP editaba unos boletines de autor anónimo en los que glosaba, con evidente entusiasmo, las excelencias de los edificios realizados. Se han consultado los referentes a la Residencia Sanitaria de Zaragoza⁴ y al Centro de Traumatología⁵, así como otros más genéricos, referidos al ámbito nacional y al avance de la construcción de las residencias y ambulatorios del Plan de Instalaciones.

¹Como se verá en el correspondiente capítulo de esta tesis, la actividad constructiva del Plan Nacional de Instalaciones se inició con un viaje a Estados Unidos para estudiar los hospitales existentes en ese país.

²Las tres conferencias pronunciadas con motivo de la exposición dieron lugar a las correspondientes publicaciones

³Se mencionan varias veces en esta tesis los informes sobre la previsiones sanitarias necesarias en España, hechos por Quintana y Espinosa.

⁴ I.N.P., *Residencia Sanitaria José Antonio N° 923*, Madrid, Centro de Estudios y Publicaciones, 1955.

⁵I.N.P., *Centro de Rehabilitación y Traumatología N° 1260*, Madrid, Servicio Información y Publicaciones del INP, 1977.

- **Fotografías de los hospitales a estudiar**

De la mayor parte de los establecimientos sanitarios que construyó el INP se guardan fotografías del momento de su inauguración, y de diferentes momentos del proceso constructivo. Se han consultado estas fotografías y, aunque la tarea resultó difícil, pues las fotografías no están clasificadas, se ha podido obtener imágenes originales de algunos edificios que han sido modificados o demolidos, como el salón de actos o la capilla de la Residencia Sanitaria de Zaragoza.

- **Archivo del ingeniero Carlos Fernández Casado**

Situado en Madrid, en las instalaciones de la antigua Escuela de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas, dedicado a la conservación de sus proyectos y la de aquellos en los que tuvo algún tipo de colaboración. Allí se encuentra documentación y planos referentes a la estructura del Hospital Miguel Servet, no se conserva el proyecto completo, pero la documentación existente nos aporta datos sobre la estructura de hormigón armado, singular para su época. Se trata de una estructura de quince plantas más el sótano que, con la resistencia de los aceros y hormigones que se fabricaban en los años cuarenta, tenía dificultades tanto de cálculo como de ejecución⁶, por no hablar de los problemas de suministro de materiales.

- **Archivo del Servicio Aragonés de Salud**

El organismo heredero de las competencias del I.N.P.⁷ en Aragón es el S.A.L.U.D. Este organismo no dispone, por el momento, de un archivo histórico propio donde se pueda consultar la documentación recibida con las transferencias de sanidad. En sus archivos existe información documental de planos, incluso alguna copia de los que formaban parte del proyecto original del Hospital Miguel Servet, pero no éste, lo que hace sospechar que ha podido perderse definitivamente, ya que

⁶ No eran muchos los edificios de esa altura en España: En cuanto a hospitales, se estaba construyendo La Residencia de Vigo de 18 plantas y en cuanto al resto de edificios, aún no se había construido el edificio *España*, de 25 plantas, que fue durante muchos años el techo de la península.

⁷ El Instituto Nacional de Previsión desapareció en 1978, pasó a ser el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que a su vez transfirió las competencias sanitarias en el año 2002 al Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

tampoco lo tienen en la oficina técnica del propio hospital, donde sí se puede encontrar documentación de planos actuales y de reformas anteriores.

- **Archivo del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón**

Algunos proyectos se han podido examinar en el Colegio de Arquitectos de Aragón, se trata de los proyectos de titularidad privada o de órdenes religiosas, referentes a hospitales u obras contemporáneos. Este es el caso de la Clínica San Juan de Dios de Zaragoza, que se construyó en las mismas fechas que la Residencia Sanitaria. En los casos en los que el promotor era la propia Administración, al no tener que cumplir los trámites de licencia municipal, los proyectos tampoco pasaban el visado colegial⁸ y se guardaban en archivos propios, en este caso, tal como hemos visto, en el archivo del Instituto Nacional de Previsión (INP).

Una de las mejores colecciones de fotografía que tienen que ver con la evolución urbanística de Zaragoza durante el siglo XX y, por lo tanto, con el entorno del Hospital Miguel Servet en sus inicio, es la que está incluida en la publicación del COAA⁹, coordinada por Ricardo Marco y Carlos Buil con motivo de la celebración de la Exposición Internacional de 2008.

- **Servicio de mantenimiento del Hospital Miguel Servet**

En este Servicio del Hospital existe documentación planimétrica actual. No se ha podido encontrar el documento completo del proyecto del Hospital Miguel Servet, sin embargo se ha podido acceder a planos del proyecto inicial, aunque algunos, como se ve en las fotografías, habían sido utilizados como base para la realización de los croquis de reformas posteriores. Este es el caso de los planos de las plantas bajas de la Residencia General, que en 1975 fueron

⁸ Fernando García Mercadal tenía por costumbre visar los proyectos del INP en el Colegio de Madrid, pero los proyectos de esta época también han desaparecido a causa de un incendio producido en el archivo del COAM.

⁹Esta publicación se mencionará, por su importancia en la evolución urbanística de Zaragoza en el capítulo dedicado al Hospital Miguel Servet. Acompaña al libro la colección de fotos en soporte informático

utilizados para realizar sobre ellos los croquis de la reforma que se pretendía emprender¹⁰.

Desde el punto de vista de la investigación, la existencia de los croquis tiene la ventaja añadida de que aporta una doble información: por un lado, la información de los planos originales de cómo era inicialmente el edificio y por otro, la información sobre la evolución y las necesidades que se han ido generando, qué zonas desaparecen, cuáles permanecen o cuáles aumentan su tamaño. También se ha podido consultar abundante información de los planos actuales del hospital.

- **Legado privado de Fernando García Mercadal**

Actualmente el legado privado está en propiedad de su sobrino-nieto, con el que comparte nombre y apellidos. De la gestión se pudo conseguir información referente a García Mercadal, pero entre su documentación no hay ningún original que haga referencia a los proyectos de edificios hospitalarios.

El trabajo de investigación nunca es un recorrido lineal, ni mucho menos a velocidad constante. Los resultados obtenidos tampoco responden de forma proporcional al esfuerzo realizado en cada momento. Es más bien un proceso que se va aclarando progresivamente. Una vez iniciada la labor de investigación puede ocurrir, es más suele ocurrir, que los propios descubrimientos nos marcan el camino a seguir, en función de la documentación encontrada, pues lo que intuíamos como buenas fuentes de información, a veces las encontramos secas y tenemos que buscar otras, modificando con ello el rumbo de la investigación.

¹⁰Nos podemos imaginar lo acontecido. Es de suponer que el equipo de arquitectos encargados de la reforma se desplazó de Madrid para reunirse con la dirección del Hospital y en unas pocas reuniones se fraguó el programa funcional de la reforma, quedando los croquis sobre los planos originales como la más fiel de las actas (como se verá en el contenido del capítulo correspondiente de esta tesis, esa era la forma habitual de trabajo del INP en los años setenta).

En el caso concreto de mi investigación el mayor obstáculo surgido es la desaparición del proyecto original de la Residencia Sanitaria José Antonio. Se ha buscado en el Ayuntamiento de Zaragoza y en el Archivo General de la Administración. Del primero ha desaparecido por causas desconocidas y en el segundo nunca ha estado. La documentación que hace referencia al Instituto Nacional de Previsión, aunque fue un organismo del Estado, no se encuentra en el Archivo General de la Administración, pues el Ministerio de Sanidad contaba con archivos propios donde custodiaba la documentación que generaba.

Con el traspaso de competencias sobre Sanidad a las Comunidades Autónomas, parte de sus archivos fueron también transferidos, pero la mayor parte de documentos antiguos, principalmente los que tienen que ver con la construcción de los edificios, se guardan en el antiguo archivo del I.N.P. Allí se ha encontrado abundante información sobre la actividad del Instituto en el periodo de los años cuarenta a setenta.

También descansan en las numerosas estanterías de este archivo algunos proyectos de edificios sanitarios de Aragón, incluso de la época buscada, pero no es el caso de la inicial Residencia Sanitaria José Antonio. Con el traspaso de las competencias se transfirieron también los proyectos de los principales edificios, pero algunos proyectos, si no estaban en ese momento en el archivo central del I.N.P., quedaron desubicados y, seguramente, desaparecidos definitivamente.

Capítulo IV

ESTADO DEL ARTE

Sobre arquitectura hospitalaria
Sobre la arquitectura hospitalaria de la República y el franquismo
Sobre la obra de Fernando García Mercadal
Sobre el Hospital Miguel Servet

Se ha estructurado este capítulo dividiéndolo en cuatro epígrafes que se corresponden con los puntos señalados.

IV.1. Sobre arquitectura hospitalaria

En el caso de las tipologías arquitectónicas, después de hacer un breve repaso al concepto de tipo, se ha centrado el foco de atención en las hospitalarias,

Desde el punto de vista historiográfico, Nicolaus Pevsner en su libro *Historia de las tipologías arquitectónicas* supuso un punto de referencia en el estudio de las tipologías en el siglo XX. En él se destila un resumen de la historia de la arquitectura, sin una voluntad ideologizante, pero aportando gran cantidad de datos precisos, meticulosamente ordenados, más por usos funcionales que por estilos convencionales, con una evidente pretensión de continuidad en la tradición, iniciada por Blondel a finales del siglo XVIII y continuada por Durand en el siglo XIX, de enseñar arquitectura a partir de la clasificación histórica de los edificios.

Tal como señala el mismo Pevsner en la introducción del libro, la recopilación de tipos no es exhaustiva, se recogen solamente 12 tipologías y entre ellas ni siquiera aparece la vivienda. Sí que aparecen los edificios hospitalarios, de los que hace una compilación desde el hospital gótico medieval, de planta basilical, pasando por el Hospital del Renacimiento con su planta en cruz, por los grandes Hospitales de la Edad Moderna, por los debates de la Ilustración para encontrar el hospital ideal, centrándose principalmente en el siglo XIX y su Hospital de Pabellones con sus múltiples variantes, para terminar describiendo el Hospital en Bloque del siglo XX.

El libro de Pevsner constituye actualmente la más extensa y rigurosa recopilación de tipos arquitectónicos hospitalarios desde la Edad Media hasta el siglo XX. Su aportación a la tesis ha sido, principalmente, de tipo documental, aportando la información necesaria para el análisis evolutivo de las tipologías hospitalarias.

*La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*¹ es un libro, breve de extensión, pero valioso en contenido, escrito por el arquitecto Juan Zavala y Lafora en 1947 en el que, en su primera parte, se hace un recorrido histórico de las distintas construcciones de hospitales para terminar glosando las innumerables bondades del hospital de tipología en bloque. Aunque el hospital en bloque ya ha sido ampliamente superado, sigue teniendo interés su descripción histórica. Su aportación para la tesis está relacionada con el análisis que se hace en los capítulos V y VI de la arquitectura hospitalaria del INP, ya que su condición de arquitecto teórico y con experiencia en edificios asistenciales le permitió marcar las pautas que definieron los edificios de la primera etapa del Plan de Instalaciones.

Otra de las grandes aportaciones teóricas y docentes a la arquitectura hospitalaria es la llevada a cabo por el arquitecto Alfonso Casares en su obra *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*², que corresponde a una unidad docente de la Escuela Nacional de Sanidad y en la que analiza el esquema tipológico del hospital en bloque, como tipología predominante en el pasado siglo XX. Su aportación se ha utilizado para el análisis de la tipología del Hospital en Bloque.

En el ámbito internacional destacan las aportaciones del arquitecto americano Isadore Rosenfield: *Hospitals. Integrated desing*³, publicado en 1959 y *Hospital Architecture. Integrated components*⁴, publicado en 1971, así como la versión en español del primero de los libros *Hospitales: Diseño integral*, editado en Méjico en 1965. Su autor proyectó hospitales en Estados Unidos en la segunda mitad del siglo XX y escribió varios libros sobre hospitales, entre ellos los mencionados, en los que explica el funcionamiento

¹ ZAVALA Y LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*. op. cit.

² CASARES, A. *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*, (Internet). Madrid. Escuela Nacional de Sanidad. 2012 (consultado agosto 2016). Tema 12.1. Disponible en http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500920/n12.1_Arquitectura_sanitaria_y_gesti_n_medio_ambiental.pdf

³ ROSENFELD, I. *Hospitals. Integrated desing*. New York, Reinhold Publishing Corporation, 1947. Versión en español *Hospitales: diseño integral*. México D.F., Editorial Continental, 1965.

⁴ ROSENFELD, I. *Hospital Architecture. Integrated components*. New York, Litton Educational Publishing, 1971, 320 p.

de cada una de las áreas de un hospital y cómo abordar su diseño. Su contenido se ha utilizado en el capítulo VI, a la hora de comparar la producción hospitalaria española con la de otros países.

La Revista *L'Architecture Vivante* constituyó durante los años 1923-1933 el órgano portavoz del Movimiento Moderno en Europa, a su imagen surgió en España la revista *AC* del GATEPAC en los años 1931- 1937. Uno de los últimos números de *L'Architecture Vivante*⁵, se dedica íntegramente a la arquitectura hospitalaria, dando cuenta de las mejores realizaciones de hospitales dentro del Movimiento Moderno. Se presenta el Sanatorio de Paimio, el Hospital Policlínico de Zagreb, o el Sanatorio de Zonnestraal en Hilversum. Sus aportaciones han sido fundamentales para la estudiar la arquitectura hospitalaria del Movimiento Moderno en Europa dentro del apartado dedicado a la II República y la arquitectura higienista del GATEPAC.

En 1929 la revista *Arquitectura*, en su número 119 publica un artículo, "La Central Médica de Nueva York, obra de J. Gamble Rogers"⁶ en el que Manuel Sánchez Arcas relata su viaje de a Nueva York para visitar El Medical Center del arquitecto James Gamble Rogers del que quedó muy impresionado e influyó notablemente en los hospitales que diseñó posteriormente y, por lo tanto, en los hospitales españoles de la década siguiente.

También dedicado al ámbito europeo es el libro escrito por Pedro Iglesias Picazo *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno*⁷, en el que su autor reflexiona sobre la relación del Movimiento Moderno con la tipología hospitalaria y se plantea la cuestión del divorcio que sigue existiendo entre esta tipología y los manuales de la arquitectura de vanguardia. El libro profundiza en el análisis de la obra de arquitectos de la talla de Duiker y Bijvoet, autores del sanatorio de

⁵"L'Architecture Hospitaliere" en *L'Architecture Vivante*, Nº 41, París, Éditions Albert Morancé, 1933, p. 5.

⁶ SANCHEZ ARCAS, M. "La Central Médica de Nueva York, obra de J. Gamble Rogers" en *Arquitectura* Nº 119, Madrid, SOCIEDAD CENTRAL DE ARQUITECTOS, 1929, pp. 141-145.

⁷ IGLESIAS PICAZO, P. *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno*. Fundación Caja de Arquitectos. Madrid. 2011.

Zonnestraal, uno de los hospitales que mejor ha conjugado las exigencias de la sanidad con la producción de arquitectura de calidad.

IV.2. Sobre la arquitectura hospitalaria de la República y el franquismo

En cuanto a la arquitectura hospitalaria española de la primera mitad del siglo XX, ha sido poco estudiada en su conjunto hasta el momento, aunque existen algunas revistas periódicas que sí recogen los principales proyectos y concursos. En el caso de la aragonesa, su escasa producción hace que la presencia en medios publicados sea casi inexistente.

La tipología que ha suscitado un cierto interés es la del sanatorio. La producción española ha sido recogida en el libro de Cecilia Ruiloba *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*⁸, en el que se recopilan los sanatorios construidos o proyectados en España desde Alfonso XIII, pasando por la Dictadura de Primo de Ribera y la República hasta los primeros años de la dictadura de Franco, para terminar en los “transatlánticos varados”, según la denominación empleada por José León Paniagua en el prólogo del libro y es que, con la llegada de la penicilina, estos edificios dejaron de tener uso, algunos se reconvirtieron en funciones similares: hoteles, residencias, incluso hospitales, pero otros quedaron abandonados, incluso a veces sin terminar, en medio de la naturaleza, lo que les ha otorgado la imagen romántica con la que se recuerdan. Su aportación se recoge en el apartado Sanatorios antituberculosos del capítulo VI.

De los años de la República no existe una recopilación de la arquitectura hospitalaria en su conjunto, pero, al haber sido Sánchez Arcas el principal exponente, sus proyectos sanitarios se pueden encontrar en el libro editado por Fundación Caja de Arquitectos *Manuel Sánchez Arcas, Arquitecto*,⁹ de varios autores, coordinados por Belén García Quiñones y Carlos Sambricio,

⁸ RUILOBA QUECEDO, C. “Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos”. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, Madrid. 2014.

⁹GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.), Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto, Barcelona, Fundación Caja de Arquitectos, 2003.

en el que hay abundante información, incluso gráfica, de sus hospitales, tanto los construidos como los que solamente participó en el proyecto: Toledo, Logroño, Madrid, San Sebastián y Ciudad de Méjico. Con este último ganó su primer concurso de un proyecto sanitario, al año siguiente de terminar la carrera, pero la distancia le impidió participar en la dirección de obra. Los trabajos fueron dirigidos por los otros dos miembros del equipo ganador del concurso: José Arnal y Federico Reixa.

En 1933 se convoca un concurso de anteproyectos para el Nuevo Hospital de San Sebastián, al que Sanchez Arcas se presentó formando equipo con los arquitectos vascos Aizpurúa, Labayen y Lagarde. Aunque no consiguieron el premio, existe una publicación monográfica dedicada a su propuesta del concurso de anteproyectos, editada seguramente en desagravio del resultado¹⁰ en la que se recogen las bases del concurso la memoria del anteproyecto y la documentación gráfica presentada. El libro se titula: *Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián*¹¹, fue escrito por los cuatro autores del proyecto, los arquitectos Manuel Sánchez Arcas, Eduardo Lagarde Aramburu, José Manuel Aizpurúa Azquetay Joaquín Lucio Labayen Toledo.

La revista AC en su número 11 de 1933, también publicó un artículo "Un Fallo lamentable: El Concurso de Anteproyecto para el Nuevo Hospital de San Sebastián" en el que el grupo GATEPAC mostraba su protesta e indignación por el resultado injusto del concurso en el que no le habían dado el primer premio al proyecto de Sánchez Arcas, Labayen, Lagarde y Aizpurua, al que consideraban muy superior en todos los aspectos al resto de los proyectos.

Se puede mencionar también la revista AC DEL GATEPAC, en su conjunto, (se hará también mención específica de alguno de sus artículos) como publicación que recoge las inquietudes de un grupo de arquitectos por aportar soluciones innovadoras a los distintos retos de la arquitectura, incluida la hospitalaria.

¹⁰No solamente el equipo de Sánchez Arcas estuvo en desacuerdo con el resultado. Algunos de los participantes llegaron a plantear una demanda formal ante el Colegio de Arquitectos impugnando el resultado.

¹¹ SANCHEZ ARCAS, LAGARDE, LABAYEN, AIZPURUA, "Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián", Artes gráficas Faure. Madrid, 1933.

Estas publicaciones han aportado a la tesis el conocimiento de la producción hospitalaria en España previa a la guerra civil. Desde los últimos años de la monarquía de Alfonso XIII, pero fundamentalmente en los años de la República.

La bibliografía existente dedicada a la arquitectura hospitalaria durante la postguerra en España o escrita en esa época es realmente escasa. Dos referencias se repiten reiteradamente en los escritos del INP: *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"* de Juan de Zavala¹² y *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio* de Eduardo de Garay¹³, este último era considerado por los arquitectos hospitalarios españoles de esa época como su "catecismo técnico". Estos dos libros condensaban y resumían los conocimientos sobre hospitales a tener en cuenta en los proyectos.

El de Zavala era de carácter más histórico y resumía la evolución de las tipologías desde la antigüedad, llegando a la conclusión de que la tipología monobloque era la que más bondades aportaba y que la estructura porticada era la única con la que se podía conseguir la imprescindible flexibilidad para los edificios de hospitales. Su autor era un arquitecto culto, redactor en su juventud de la revista *Arquitectura* y autor de varios libros sobre arquitectura¹⁴, aunque de tipo más generalista, lo que le daba la autoridad intelectual necesaria para poder marcar estas pautas.

El libro de Garay era más técnico y exponía los últimos avances médicos y organizativos de los hospitales. El noble arquitecto¹⁵ había realizado un viaje a Estados Unidos visitando los principales hospitales del país y aportaba en el libro las últimas novedades implantadas. Esto unido al acierto y concreción de las soluciones aportadas en el libro, le otorgó el primer puesto en cuanto a preferencias de los arquitectos.

¹² ZAVALA Y LAFORA, J., *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales... op. Cit.*

¹³ GARAY, E., *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje... op. cit.*

¹⁴ ZAVALA Y LAFORA, J., *La arquitectura*, Madrid, Pegaso, 1945.

¹⁵ Eduardo Garay y Garay era el IV Conde del Valle de Suchil.

En una línea similar se desarrolla el libro de Juan Pedro de la Cámara, médico de profesión, *Fisonomía y vida del hospital americano*¹⁶, en el que se relata en detalle la organización y el funcionamiento de varios hospitales de Estados Unidos, aportando fotografías de su aspecto interior y exterior. Se explica así mismo el procedimiento empleado por la sanidad americana para diseñar en detalle cada uno de los servicios del hospital y la colaboración llevada a cabo en este aspecto entre médicos y arquitectos.

Estas publicaciones han sido imprescindibles para la elaboración de los capítulos V y VI, pero fundamentales a la hora de entender las influencias y el entorno en el que se gestaron los proyectos de hospitales del INP.

De esa misma época data otra publicación de carácter más técnico, *Residencias Sanitarias*¹⁷ del médico Siro Azcona, en el que se da cuenta de la forma de trabajo y de los métodos de diseño de la oficina de proyectos del INP. Aunque su autor no era arquitecto, sino médico, colaboró directamente en la planificación de las instalaciones sanitarias.

Aunque el libro de Azcona no se puede decir que sea de arquitectura, sí que proporciona una visión de la programación y detalles del hospital y, más concretamente, del hospital del INP. En él se profundiza hasta los detalles más pequeños, como el color de la pintura de un pasillo o el detalle de la carpintería de una ventana. Su lectura me ha descubierto las herramientas y las mimbres con las que los arquitectos colaboradores del INP, fueron capaces de entretejer los proyectos de cientos de hospitales y algunos más de ambulatorios.

La bibliografía sobre arquitectura hospitalaria española actual es muy numerosa, completada sobradamente con la abundante información existente en Internet. Existe suficiente documentación, principalmente de tipo especializado, sobre instalaciones, departamentos, áreas o unidades especializadas y autores concretos. Entre estas publicaciones de carácter especializado sobre las dotaciones técnicas del hospital actual destaca el

¹⁶ DE LA CÁMARA, J. P., *Fisonomía y vida del hospital americano*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, 1948.

¹⁷ AZCONA, S. *Residencias Sanitarias*, Madrid, Plenitud, 1954.

libro *Unidades asistenciales hospitalarias. Criterios de instalaciones*¹⁸, coordinado por Ángel Sánchez e Isabel Pacheco en el que se analizan las distribuciones adecuadas y las instalaciones necesarias para cada unidad hospitalaria y, aunque está fuera del ámbito de la tesis, se ha tenido en cuenta para comparar estas dotaciones actuales con las existentes en los hospitales del franquismo.

Una de las obras que más se ajusta al tema tratado en esta tesis es la editada y coordinada por Justo Isasi¹⁹, *Hospitales. La arquitectura del Insalud*, publicada en 1999. Está compuesta por dos volúmenes de los cuales el primero se dedica a enumerar y describir los hospitales que hizo el INSALUD, organismo sucesor del INP, durante su existencia, que se extendió hasta el momento del traspaso de competencias de Sanidad a cada una de las Comunidades Autónomas; y el segundo, trata de forma más genérica la arquitectura hospitalaria, dedicando el primer capítulo al estudio de las tipologías desde la Ilustración.

Una publicación posterior es el libro de Alberto Pieltain *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*²⁰ editado en 2007, en el que se analiza la construcción de hospitales llevada a cabo por el Régimen franquista en toda España. Formando parte de este libro, el capítulo dedicado a la arquitectura de posguerra, hace un análisis de las actuaciones del INP en toda España. Esta investigación me ha servido para orientar mi estudio sobre los hospitales realizados en la Comunidad Autónoma de Aragón en esa época, a partir de los cuales se ha orientado mi trabajo.

*La Arquitectura del Hospital. Ac. Rry. Alfonso Casares Ávila, Reinaldo Ruiz Yébenes*²¹, escrito por Justo Isasi en 2008, está dedicado a dos de los arquitectos que componen la que se podría llamar segunda generación del

¹⁸ VV. AA. SANCHEZ A. y PACHECO Y. (coordinadores), *Unidades asistenciales hospitalarias. Criterios de instalaciones*. Barcelona. Ediciones UPC. 2010.

¹⁹ ISASI, J. F. (edit.), VV. AA. *Hospitales. La arquitectura del Insalud. 1986-2000*. Madrid. Insalud. 1999.

²⁰ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

²¹ ISASI, J. (coord.) *La Arquitectura del Hospital. Ac Rry. Alfonso Casares Ávila, Reinaldo Ruiz Yébenes*. 1968-2008, Madrid, Editorial Díez de Santos, 2008.

INP, los que hicieron los hospitales de la época del INSALUD o las reformas de las iniciales Residencias Sanitarias. En esta obra se recoge la producción hospitalaria de estos arquitectos dedicados, casi por completo, a esta tipología y responsables de la evolución de los hospitales proyectados, entre otros arquitectos, por García Mercadal. Estos dos arquitectos fundaron en su día la sociedad "Aidhos", despacho especializado en proyectos de hospitales y con la que actualmente trabajan internacionalmente.

No menos digna de tener en cuenta es toda la información sobre arquitectura hospitalaria publicada en revistas periódicas. Citar uno a uno todos los proyectos de hospitales publicados en algún artículo de revistas de arquitectura resultaría ciertamente prolijo y evidentemente innecesario, pero sí que me referiré a las publicaciones más relevantes: Las que publican resultados de concursos, números monográficos sobre el tema hospitalario, artículos dedicados a proyectos singulares etc.

En 1926, en el número 90 de la revista *Arquitectura* aparece publicado el resultado del concurso del Hospital Provincial de Toledo. El artículo "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo"²² recoge, tras una breve explicación de las bases de la convocatoria, los planos de cinco de los seis proyectos presentados, todos ellos con esquemas de pabellones unidos con galerías y del que resultó ganador el equipo de los arquitectos Manuel Sánchez Arcas, Luis Lacasa y Francisco Solana. Se trata del primer concurso de hospitales cuyo resultado aparece publicado en la revista *Arquitectura* de la Sociedad Central de Arquitectos.

Al año siguiente, en 1930, se publica en el número 131 de la revista *Arquitectura*, el "Proyecto del Hospital provincial para Logroño por Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, arquitectos"²³ en el que, además de los planos de plantas y alzados del hospital, se incluye una parte de la memoria explicativa del proyecto, donde se hace evidente, por las citas de los

²² "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo" en *Arquitectura*, N° 90. Madrid, SOCIEDAD CENTRAL DE ARQUITECTOS, 1926.

²³ "Proyecto del Hospital provincial para Logroño por Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, arquitectos" en *Arquitectura*, N° 131. Madrid, COAM, 1930.

arquitectos, la influencia del viaje de Sánchez Arcas el año anterior a Nueva York²⁴.

Siguiendo de una forma cronológica, en 1931 se publica en el número 143 de la revista *Arquitectura*, con el título: "Concurso para Facultad de Medicina y Hospital Clínico en Granada"²⁵, el resultado del concurso. Lo ganan los arquitectos Sebastián Vilata Vals y Aurelio Botella Miralles, autores de numerosos proyectos asistenciales. Su propuesta separa claramente los edificios de la facultad de medicina y del hospital clínico, ambos de traza y formas muy clásicas. El jurado valoró esta propuesta conservadora y contrastada en cuanto a su funcionamiento frente a otras más rupturistas y avanzadas como la presentada por el arquitecto Duran de Cotes, a la que premió con un accésit.

En 1932, en el número 6 de la revista *Residencia* aparece el artículo, "El nuevo Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria"²⁶, en el que se publican los planos y la memoria explicativa del que iba a ser el hospital más moderno del momento en España: el Hospital Clínico de Madrid, obra del arquitecto Manuel Sánchez Arcas. Tanto por sus avances en arquitectura sanitaria, como por su estructura, en la que colaboró el ingeniero Eduardo Torroja, este edificio fue una de las construcciones más singulares de Madrid durante la República. Sánchez Arcas era ya en esa época el arquitecto español más reconocido en la especialidad hospitalaria y en la descripción del hospital que hace en el artículo, se vuelve a evidenciar la influencia que tuvo en su diseño el Medical Center de Nueva York.

Con motivo del fallo del concurso del Hospital de San Sebastián y el descontento que produjo su resultado, principalmente entre los arquitectos más vanguardistas, se publicaron algunos artículos en diversas revistas especializadas. Algunas, como la revista *Arquitectura* en su número 177 de

²⁴ En la memoria del proyecto hace referencias a algunas cuestiones de la organización del Medical Center que se han tomado como referencia para el proyecto de Toledo, como el número máximo de habitaciones por planta a tener en cuenta para que el funcionamiento sea óptimo.

²⁵ "Concurso para Facultad de Medicina y Hospital Clínico en Granada" en *Arquitectura*, Nº 143. Madrid, COAM, 1931.

²⁶ "El nuevo Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria", en *Residencia*, Nº 6, Madrid, Revista de la Residencia de Estudiantes, 1932.

1934, "Concurso de anteproyectos de un Hospital en San Sebastián"²⁷ se limitaba a reproducir las bases del concurso y los tres anteproyectos ganadores con fragmentos de sus memorias, pero otras, como el número 11 de *A.C. DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA*, en su artículo "Un fallo lamentable. El concurso de anteproyectos para el nuevo Hospital de San Sebastián"²⁸ criticaba abiertamente el resultado del concurso.

En la etapa de la Dictadura, la *Revista Nacional de Arquitectura* en 1944, publicó en su número 30 el artículo "Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón"²⁹ en el que reproducía los planos y la memoria del hospital diseñado en Zaragoza por los arquitectos Teodoro Ríos, Regino Borobio y José Beltrán. Este hospital, aglutinaba las dos funciones básicas de los hospitales clínicos: asistenciales para la población y de enseñanza para los alumnos de la Facultad de Medicina, no llegó a construirse, pero es el referente, por su contemporaneidad, del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

En 1947 la *Revista Nacional de Arquitectura*, en su número 62, publicó otro monográfico dedicado a los hospitales, en este caso al concurso de Anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad³⁰. Aparte de transcribir íntegramente el fallo de jurado, es el único documento en el que se publicaron con suficiente información los planos de plantas y alzados de los proyectos ganadores, ya que en la propia publicación del INP sobre el concurso sólo aparecen algunas fachadas con escasa definición.

En los años sesenta algunas revistas dedican números monográficos a los hospitales. El más interesante, en relación con el tema de la presente tesis, es el número 19 (nueva época) de la revista *Arquitectura*³¹, que se dedica íntegramente a los hospitales del INP y su Plan de Instalaciones. En él

²⁷ "Concurso de anteproyectos de un Hospital en San Sebastián" " en *Arquitectura*, Nº 177. Madrid, COAM, 1934.

²⁸"Un fallo lamentable. El concurso de anteproyectos para el nuevo Hospital de San Sebastián" en *A.C. DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA*. Barcelona-Madrid-San Sebastián. Publicación del G.A.T.E.P.A.C. 1933. p. 32.

²⁹ "Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón" en *Revista Nacional de Arquitectura* Nº 30, Madrid, COAM, 1944, pp. 211-218.

³⁰ "Concurso de anteproyectos de edificios sanitarios para el Seguro de Enfermedad" en *Revista Nacional de Arquitectura* Nº 62, Madrid, COAM, 1947, pp. 58-79.

³¹ El número 19 de la revista *Arquitectura* fue publicado en julio de 1960 y se dedicó íntegramente a reproducir algunos de los hospitales más importantes de los realizados por el INP.

aparecen dos obras de Fernando García Mercadal: el Hospital de Pamplona y el ambulatorio de Gijón. Se trata de un número que resulta muy interesante para la investigación llevada a cabo en esta tesis, pues aporta numerosa información relacionada con los hospitales del INP. Además de los hospitales diseñados por García Mercadal aparecen otros, como la Residencia Sanitaria de Málaga del arquitecto Germán Álvarez de Sotomayor; el Hospital y ambulatorio de Barcelona, del arquitecto Aurelio Botella Enriquez; las Residencia Sanitarias de Alicante y Palencia, y los hospitales de Bilbao, Almería, Vigo y Palma, todos ellos del arquitecto Martín José Marcide; el hospital de Salamanca del arquitecto Fernando Cavestany, así como artículos dedicados a la arquitectura hospitalaria: "Generalidades históricas"³² de Fernando Cavestany, "Arquitectura y hospitales"³³ de Cesar González-Ruano y "Servicios de un Hospital"³⁴ de Siro Azcona.

En cuanto a trabajos de investigación, se han consultado varias tesis doctorales relacionadas con la arquitectura hospitalaria: la primera tiene por título *Los Hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*³⁵, fue defendida por Alberto Pieltain en el año 2003 y se realizó en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. Un trabajo minuciosamente documentado en el que se hace un análisis del sistema de salud implantado por Franco y de los hospitales realizados durante la Dictadura Franquista en toda España. En ella se hace un detallado estudio que va desde los primeros hospitales del INP inspirados en los americanos y realizados con escasos medios, hasta los hospitales del desarrollismo económico, ya con más posibilidades materiales, en los que se miraba hacia Europa, pero de la que se reproducirán los rasgos y las formas sin demasiado análisis crítico, encaminadas a resolver las cuestiones concretas,

³² CAVESTANY, F. "Generalidades históricas" en *Arquitectura* N° 19, Madrid, COAM, 1960, pp. 12-16.

³³ GONZÁLEZ-RUANO, C. "Arquitectura y hospitales"³³ en *Arquitectura* N° 19, Madrid, COAM, 1960, pp. 17-18.

³⁴ AZCONA, S. "Servicios de un Hospital" en *Arquitectura* N° 19, Madrid, COAM, 1960, pp. 7-11.

³⁵ Se trata de una tesis doctoral que ha sido publicada en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y que ha sido citado varias veces en la presente tesis como: PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional, 2007.

pero sin alcanzar en los proyectos el nivel de coherencia y articulación necesarios.

Tal como suele ocurrir con asiduidad, una tesis bien elaborada suele dar lugar a la publicación de un libro. En este caso dio lugar unos años más tarde a la edición del libro *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales* que ya ha sido mencionado en este capítulo y que contribuyó a la elección del tema al que se dedica la presente tesis.

La laguna que intenta cubrir mi tesis sigue la línea de investigación marcada por Pieltain, en el sentido de que está encaminada al estudio de una arquitectura asistencial surgida en un momento polémico de la historia de España: la implantación de una dictadura tras una guerra civil y que ni ha sido suficientemente valorada por la crítica ni es conocida por gran parte de arquitectos.

El régimen de Franco organizó una política de aseguramiento y cobertura social que necesitó construir una extensa red de instalaciones por todo el territorio, generando unos edificios que, pretendidamente, fueran la imagen de su política social. Esta arquitectura, situada en un punto ambiguo situado entre la modernidad y la imposición del régimen franquista es el tema que se aborda en la tesis de Pieltain.

Derivando de las aportaciones de Alberto Pieltain, el tema tratado en mi tesis se centra en la arquitectura hospitalaria generada por uno de los arquitectos que proyectaron la arquitectura asistencial del franquismo: Fernando García Mercadal, y la valoración crítica de su trabajo en el marco de los hospitales promovidos por el Instituto Nacional de Previsión.

Parte de esta valoración crítica tiene que ver con la cuestión del lenguaje arquitectónico de Mercadal en estos años en que según la crítica se ha apartado del Movimiento Moderno. En este sentido, una de las líneas de investigación de la tesis entronca con la hipótesis defendida por Pedro Iglesias Picazo en su tesis *La habitación del enfermo: Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno* (2011), centrada en la posible-imposible relación entre la tipología hospitalaria y la arquitectura del

Movimiento Moderno. Iglesias analiza el porqué de este divorcio, cuando los postulados de la arquitectura moderna abogaban por unas construcciones en las que la luz y el aire, junto con la higiene y la salud tuvieran el máximo protagonismo. Sus reflexiones se han tenido en cuenta a la hora de analizar las aportaciones del Movimiento Moderno a los hospitales del siglo XX, tanto en España como en el resto de Europa.

Los estudios monográficos de carácter autonómico o local sobre hospitales son escasos, no obstante, es preciso mencionar la tesis doctoral de la historiadora María de la Encarnación Cambil, *La arquitectura asistencial en Granada: siglos XVI-XXI*, defendida en 2007, la cual se circunscribe al ámbito territorial de la provincia de Granada y a sus edificios hospitalarios. En ella se hace un estudio tipológico de la arquitectura hospitalaria en un ámbito y un periodo concreto, centrándose en características precisas como los cambios de uso o en las incidencias urbanísticas de su ubicación ha supuesto para la ciudad. Aunque de una forma tangencial, pues se sale del ámbito territorial de mi tesis, me ha aportado datos sobre dos hospitales construidos en Granada por el arquitecto Aurelio Botella, componente del equipo de arquitectos que trabajaron para el INP.

Por último, destacar estudios sobre tipologías sanitarias específicas del siglo XX, como la tesis *Arquitectura Terapéutica. El Sanatorio Antituberculoso Pulmonar*, de Cecilia Ruiloba Quecedo, defendida en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad de Valladolid en 2012. Como su título indica, analiza una tipología arquitectónica a la que hoy vemos con una imagen romántica, pues dejó de tener utilidad práctica hace aproximadamente cincuenta años, pero en la que los arquitectos tuvieron un gran protagonismo. Protagonismo que en los hospitales generales compartieron con los tratamientos terapéuticos.

Se analiza también el sanatorio en relación con la arquitectura del Movimiento Moderno, sus propuestas formales y sus planteamientos higienistas: salubridad, ventilación, soleamiento. Parte de su contenido ha sido considerado para la elaboración del apartado “Los sanatorios antituberculosos” del capítulo VI.

IV.3. Sobre la obra de Fernando García Mercadal

Sobre la figura de Fernando García Mercadal existe numerosa bibliografía, tanto la que recoge sus propios escritos y artículos en revistas, como la que han producido sobre él otros autores.

De su propia producción destacaremos los escritos en la revista *Arquitectura*, a través de los cuales García Mercadal se dio a conocer entre los arquitectos españoles. Durante toda su vida escribió también artículos esporádicos en otras revistas, en los que presentaba algún proyecto, pero no tuvieron la importancia mediática ni la continuidad de los que escribió durante los años veinte en la revista *Arquitectura*.

Su primer artículo: "Ruskin y la policromía de los edificios"³⁶, lo escribió en 1920, en el nº 26, cuando aún era estudiante en la Escuela de Arquitectura de Madrid y el último: "El urbanismo: nueva técnica del siglo XX"³⁷, en 1934, nº 5 (nueva numeración), momento en el que decidió dedicarse en exclusiva a su trabajo de proyectar edificios.

Son 24 artículos que se podrían agrupar, en cuanto a su contenido, en cuatro grupos. El primero lo componen los que están dedicados a sus viajes por Europa: Munich³⁸ (1920, nº 32), Italia³⁹ (1922, nº 36), Viena⁴⁰ (1923, nº 54), etc., se tratan de recopilaciones de notas de viaje, en las que narra, durante sus años de estancia en Roma como pensionado, lo que a su ojo de novel arquitecto le va sorprendido en esos viajes, las innovaciones constructivas, las tipologías, etc.

³⁶ GARCÍA MERCADAL, F. "Ruskin y la policromía de los edificios", en *Arquitectura*, Nº 26, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1920, pp. 163-165.

³⁷ GARCÍA MERCADAL, F. "El urbanismo: nueva técnica del siglo XX", en *Arquitectura*, Nº 5, Madrid, Colegio Oficial de arquitectos, 1934, pp. 119-127.

³⁸ GARCÍA MERCADAL, F. "Munich, notas de un cuaderno de viaje", en *Arquitectura*, Nº 32, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1920, pp. 340-343.

³⁹ GARCÍA MERCADAL, F. "Algunas impresiones de Italia: notas de un cuaderno de viaje", en *Arquitectura*, Nº 36, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1922, pp. 154-158.

⁴⁰ GARCÍA MERCADAL, F. "Desde Viena: la nueva arquitectura" en *Arquitectura*, Nº 54, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1923, pp. 335-337.

En un segundo grupo, García Mercadal teoriza someramente sobre la arquitectura, son artículos como, "Comentarios: del clásico, de su enseñanza y sus relaciones con la arquitectura moderna"⁴¹ (1924, nº 60), "Arquitectura mediterránea"⁴² (1926, nº 85 y 1927, nº 97), "Horizontalismo y verticalismo"⁴³ (1927, nº 93) o "La casa del Fauno. Pompeya"⁴⁴ (1926, nº 83) en los que de forma breve expone su pensamiento sobre la arquitectura, su enseñanza, las construcciones tradicionales, etc., reflexiones que no debemos olvidar a la hora de analizar la trayectoria de Mercadal en su conjunto.

En un tercer grupo, a modo de corresponsal o crítico de arquitectura, se dedica a aportar información sobre las novedades que surgen en Europa. No se trata ya, como en el primer grupo de artículos, de narrar sus viajes, sino de aportar a sus colegas españoles una visión de la arquitectura que se está haciendo en el resto de Europa, para ello no duda en aprender alemán, lo que le permite poder obtener la información original de la actualidad alemana.

Son artículos como "La arquitectura en Alemania: El arquitecto Otto Bünz"⁴⁵ (1926, nº 88), "Capitol: la última obra de Poelzig"⁴⁶ (1926, nº 89), "Arquitectura en Stuttgart: la exposición de la vivienda"⁴⁷ (1927, nº 100), "Arquitectura moderna en Francia, André Lurçart"⁴⁸ (1927, nº 102), "Una visita

⁴¹ GARCÍA MERCADAL, F. "Comentarios: del clásico, de su enseñanza y sus relaciones con la arquitectura moderna", en *Arquitectura*, Nº 60, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1924, pp. 150-152.

⁴² GARCÍA MERCADAL, F. "Arquitectura mediterránea I", en *Arquitectura*, Nº 85, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926, pp. 192-197 y GARCÍA MERCADAL, F. "Arquitectura mediterránea II", en *Arquitectura*, Nº 97, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927, pp. 190-193.

⁴³ GARCÍA MERCADAL, F. "Horizontalismo y verticalismo", en *Arquitectura*, Nº 93, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927, pp.19-22.

⁴⁴ GARCÍA MERCADAL, F. "La casa del Fauno. Pompeya", en *Arquitectura*, Nº 83, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926, pp.100-106.

⁴⁵ GARCÍA MERCADAL, F. "La arquitectura en Alemania: El arquitecto Otto Bünz", en *Arquitectura*, Nº 88, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926, pp.318-326.

⁴⁶ GARCÍA MERCADAL, F. "Capitol: la última obra de Poelzig", en *Arquitectura*, Nº 89, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926, pp.352-358.

⁴⁷ GARCÍA MERCADAL, F. "Arquitectura en Stuttgart: la exposición de la vivienda", en *Arquitectura*, Nº 100, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927, pp. 295-298.

⁴⁸ GARCÍA MERCADAL, F. "Arquitectura moderna en Francia, André Lurçart", en *Arquitectura*, Nº 102, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927, pp. 359-363.

a la fábrica Fiat, Turín⁴⁹ (1927, nº 104), en los que cuenta los últimos proyectos y realizaciones en las capitales europeas y con los que va impregnando de modernidad a sus colegas españoles.

El cuarto grupo no son artículos escritos por García Mercadal, son presentaciones de sus obras: "El Rincón de Goya en Zaragoza" (1928, nº 111), "La futura plaza de Cuba de Sevilla"⁵⁰ y "Casas baratas en Sevilla"⁵¹ (1931, nº 142), son tres artículos, casi exclusivamente gráficos, en los que la revista *Arquitectura* nos presenta dos trabajos antagónicos; el primero ya terminado, una obra de promoción pública, singular y vanguardista, el segundo aún en proyecto, de vivienda social, de promoción privada, de escala doméstica y de imagen tradicional, lo que ya nos apunta la gran variedad de registros en los que se moverá su trayectoria.

También se incluye en este grupo su proyecto premiado de Museo de Arte Moderno en Madrid, con el que consiguió el Premio Nacional de Arquitectura: "Memoria del anteproyecto para el IV Concurso Nacional de Arquitectura. Museo Nacional de Arte Moderno en Madrid" (1933, nº 173).

Su último artículo de la revista *Arquitectura*: "El urbanismo: nueva técnica del siglo XX" (1934, nº 5) trata de una interesante lección de urbanismo, materia que había estudiado con los maestros Poelzig y Jazen-Bünz y en la que era experto. Todos estos artículos han sido recopilados recientemente por José Laborda en un libro al que haremos mención más adelante⁵².

Desde el inicio de su actividad, los proyectos de García Mercadal han aparecido habitualmente en distintas revistas: El Rincón de Goya⁵³ (1928), y

⁴⁹ GARCÍA MERCADAL, F. "Una visita a la fábrica Fiat, Turín", en *Arquitectura*, Nº 104, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927, pp. 421-426.

⁵⁰ GARCÍA MERCADAL, F. "La futura plaza de Cuba de Sevilla", en *Arquitectura*, Nº 142, Madrid, Colegio Oficial de arquitectos, 1931, pp. 35-47.

⁵¹ GARCÍA MERCADAL, F. "Casas baratas en Sevilla", en *Arquitectura*, Nº 142, Madrid, Colegio Oficial de arquitectos, 1931, pp.48-50.

⁵² LABORDA YNEVA, J., *Artículos en la Revista Arquitectura: 1920-1934*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 2008.

⁵³"Rincón de Goya en Zaragoza", en *Arquitectura*, Nº 111, Madrid, Sociedad Central de Arquitectura, 1928, pp. 226-231.

el anteproyecto para El Museo de Arte Contemporáneo⁵⁴ (1933) fueron publicados por la revista *Arquitectura*, el "Ensanche de Ceuta"⁵⁵ (AC-2, 1931), el proyecto de Estación de Autobuses en Burgos, "Estación de autobuses para Burgos. Arquitectos: Mercadal y Ulargui"⁵⁶ (AC-3, 1931), las casas del Dr. Horno y de los Sres. Díaz Caneja, "Dos casas de García Mercadal, arquitecto"⁵⁷ (AC-3, 1931) y alguno más, como la propuesta para un concurso de viviendas en Bilbao, "Soluciones presentadas por miembros del G.A.T.E.P.A.C. al concurso de proyectos de un grupo de casas en Bilbao"⁵⁸ (AC-11, 1933) lo fueron en *A.C. DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA*. La lista es larga y conocida, no lo es tanto la que se refiere a la obra hospitalaria, de la que solamente en raras ocasiones aparecen publicados sus proyectos. Citaremos el número 19 de la revista *Arquitectura*, número dedicado íntegramente a los hospitales construidos por el INP, en el que aparecen dos de sus proyectos. El de Hospital de Pamplona⁵⁹ y el Ambulatorio de Gijón⁶⁰.

Además de los artículos, la producción literaria de García Mercadal incluye algunas monografías, generadas a base de recopilaciones de escritos más breves. El primero es sobre la vivienda en Europa, *La vivienda en Europa y otras cuestiones*⁶¹, asunto de intensa preocupación social durante los años de su juventud, ya que se buscaba por parte de los arquitectos conseguir una vivienda mínima que resolviera con dignidad el alojamiento de toda la

⁵⁴ "Memoria del anteproyecto para el IV Concurso Nacional de Arquitectura. Museo Nacional de Arte Moderno en Madrid", en *Arquitectura*, N° 173, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, 1933, pp. 241-247.

⁵⁵ "Ensanche de Ceuta", en revista *AC*, N° 3, Barcelona-Madrid- San Sebastián, G.A.T.E.P.A.C., 1931, pp.34-35.

⁵⁶ "Estación de autobuses para Burgos. Arquitectos: Mercadal y Ulargui", en revista *AC* N° 3, Barcelona-Madrid- San Sebastián, G.A.T.E.P.A.C., 1931, pp. 26.

⁵⁷ "Dos casas de García Mercadal, arquitecto", en revista *AC* N° 3, Barcelona-Madrid- San Sebastián, G.A.T.E.P.A.C., 1931, pp. 16-17.

⁵⁸ "Soluciones presentadas por miembros del G.A.T.E.P.A.C. al concurso de proyectos de un grupo de casas en Bilbao", en revista *AC* N° 11, Barcelona-Madrid- San Sebastián, G.A.T.E.P.A.C., Barcelona-Madrid- San Sebastián, 1933, pp. 34-37.

⁵⁹ "Hospital de Pamplona", en *Arquitectura*, n° 16, Madrid, ORGANISMO DEL COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE MADRID, 1960, p. 41,42. Este número se dedicó íntegramente a los edificios hospitalarios de la primera etapa del Plan de Instalaciones del INP. Con artículos de opinión de Carlos Blanco Soler, Fernando Cavestany, Siro Azcona o César González Ruano.

⁶⁰ "Ambulatorio de Gijón", en *Arquitectura*, n° 16, op. cit., p. 58.

⁶¹ GARCÍA MERCADAL, F. *La vivienda en Europa y otras cuestiones*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 1998.

población. El texto lo escribió hacia 1926, no lo estructuró como libro, sino más bien como unas memorias de sus viajes por Europa durante los años del pensionado en Roma y no se publicó hasta 1998, cuando fue recuperado por Paloma Barreiro⁶². El libro se centra en los problemas de la vivienda y el urbanismo generados en Europa tras la primera Gran Guerra y en el debate surgido esos años en torno a las Siedlungen, la vivienda mínima, la estandarización, el urbanismo, etc.

Tras su etapa como responsable de Parques y Jardines del Ayuntamiento de Madrid, en 1949, escribe uno de los pocos libros gestados inicialmente como tales: *Parques y jardines: su historia y sus trazados*.⁶³ Como su nombre indica, trata del proyecto y el diseño de los distintos tipos de jardines a través de la historia, un tema que le apasionaba. Su experiencia sobre el tema le permite explicar numerosos ejemplos de jardines de todas las épocas y estilos: clásicos, renacentistas, barrocos, modernos, orientales y también los propios, que no eran pocos. Siempre consideró que el jardín era algo más que un complemento de la arquitectura y así lo demostró en sus proyectos de hospitales, en los que diseñaba con detalle sus jardines. En el libro incluye además numerosas fotos y planos explicativos realizados por él mismo, dando muestra de su extenso conocimiento sobre el tema.

En la mayor parte de los libros o colaboraciones que escribió García Mercadal se repite un mismo tema de forma recurrente: la casa popular, vernácula y mediterránea. En 1930 edita su primer libro dedicado a este tema, *La casa popular en España*⁶⁴. García Mercadal tuvo durante toda su vida un gran interés por las construcciones populares, prueba de ello es la cantidad de apuntes y dibujos sobre casas rurales italianas que realizó durante su estancia en Roma o también la colección de fotografías de pueblos castellanos que documentaron sus viajes y que fue donada al Colegio de Arquitectos de Madrid en 1979, una parte de las cuales, las

⁶² Paloma Barreiro sacó a la luz este texto inédito de García Mercadal con motivo de la elaboración de su tesis "Casas Baratas. La vivienda social en Madrid, 1900-1930, editada por el COAM.

⁶³ GARCÍA MERCADAL, F. *Parques y jardines: su historia y sus trazados*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 2003.

⁶⁴ GARCÍA MERCADAL, F., *La casa popular en España*. Calpe, 1930. Reeditado por Gustavo Gili, 1981.

referentes al Patrimonio Arquitectónico de Segovia, han sido estudiadas y compiladas por Miguel Ángel Chaves Martín en su libro *Fernando García Mercadal, Arquitectura y Fotografía. Una mirada al patrimonio Arquitectónico de Segovia, 1929-1936*.⁶⁵

Este interés por lo vernáculo se vio reflejado en todos sus escritos de sus últimos años. En 1982 escribe una colaboración titulada "Defensa y protección de la arquitectura popular mediterránea" formando parte del libro *Defensa, protección y mejora del patrimonio histórico-artístico y arquitectónico*⁶⁶ editado por el COAM, en 1984 vuelve a insistir en el tema escribiendo *Arquitecturas regionales españolas*⁶⁷ y participando en el libro *La casa mediterránea*⁶⁸ en el que analiza las características y los invariantes que identifican las casas populares de las costas mediterráneas y donde se reeditan sus dibujos juveniles de casas populares italianas. Este libro fue publicado con motivo de la exposición-homenaje que le hizo el Museo Español de Arte Contemporáneo en otoño de 1984.

Incluso su discurso de ingreso en la Academia de Bellas Artes de San Fernando⁶⁹, pronunciado ya con 83 años de edad, trató sobre la arquitectura vernácula y tradicional del Mediterráneo, discurso en el que, ya al final de su carrera, hacía también algunas reflexiones sobre la trayectoria de su vida como arquitecto.

No se trata solamente de recopilar su producción literaria como si de un glosario de méritos se tratara, todos estos escritos aportan el pensamiento y las reflexiones sobre arquitectura de García Mercadal y son los que nos ayudaran a despejar las claves que han generado toda su producción arquitectónica e incluso la posibilidad de llegar a entenderla.

⁶⁵ CHAVES MARTÍN, M. A. (Dir.), *Fernando García Mercadal, Arquitectura y Fotografía. Una mirada al patrimonio Arquitectónico de Segovia, 1929-1936*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2011.

⁶⁶GARCÍA MERCADAL, F., "Defensa y protección de la arquitectura popular mediterránea", en AA.VV., *Defensa, protección y mejora del patrimonio histórico-artístico y arquitectónico*. Madrid Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1982.

⁶⁷GARCÍA MERCADAL, F., *Arquitecturas regionales españolas*. Madrid, Comunidad de Madrid. Consejería de Cultura, Deportes y Turismo. Dirección General de Cultura, 1984

⁶⁸GARCÍA MERCADAL, F., - *La casa mediterránea*. Madrid. Dirección General de Bellas Artes y Archivos, 1984.

⁶⁹ GARCÍA MERCADAL, F., *Sobre el Mediterráneo: sus litorales, pueblos, culturas: (imágenes y recuerdos)* Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 1996.

Sus datos biográficos aparecen en multitud de publicaciones y escritos pero, quizá, el más interesante es una reseña firmada por él mismo que, bajo el título "Carnet de identidad"⁷⁰ escribió para un suplemento de la revista *Nueva Forma*, en la que enumera los datos más relevantes, de su trayectoria hasta 1972. Esta pequeña publicación, surgida como desagravio a la irritación que le causó la publicación de un número monográfico⁷¹ sobre su persona y su obra arquitectónica con el que no estuvo muy de acuerdo (ni siquiera la foto de la portada, en la que aparece la imagen de un joven Mercadal enmarcada en un círculo sobre un fondo dorado, fue de su agrado), tiene el carácter de una autobiografía y en ella el autor se define de una forma que poco tiene que ver con la imagen que de él nos ha transmitido la historiografía y filtra la información de sus obras más apreciadas. Todas posteriores a 1940, ni siquiera una foto del Rincón de Goya.

El análisis de esta autobiografía ha resultado fundamental para la elaboración de la tesis, ya que es uno de los pocos documentos en los que se recoge gran parte de su obra hospitalaria y en el que se incluye un listado organizado cronológicamente de las obras que proyectó para el INP. Las circunstancias en las que se gestó este número, como respuesta airada al artículo de previo de Fullaondo, hace que su contenido se pueda considerar como una fuente primaria de su autor.

Coincidiendo en el tiempo con el mencionado artículo de *Nueva Forma* y en medio de la polémica suscitada, la revista *Arquitectura* publicó en su número 156 un artículo de Carmen Castro "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García Mercadal"⁷² en el que, por medio de una entrevista, Mercadal nos relata su vida y obras. El formato de entrevistas se ajustaba perfectamente a la forma de ser y a la simpatía natural de su carácter. También de entrevista es el formato del artículo que le dedica en 1981 la

⁷⁰ GARCÍA MERCADAL, F., "1919FGM1972" *Nueva Forma*, complemento al N° 69, Madrid, p. 65.

⁷¹ Se trata del número 69 de la revista *Nueva Forma*. Número monográfico que le dedicó la revista sin antes haberlo consultado con García Mercadal y del que se dice que, una vez que lo leyó, intentó sin éxito, paralizar su publicación.

⁷² CASTRO, C., "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García Mercadal", *Arquitectura*, N° 156, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1971. p. 33-39

revista *Q*, "Conversaciones con García Mercadal"⁷³. En este artículo, de contenido similar al anterior, nuestro arquitecto, diez años más viejo, repasa ya toda su trayectoria y da su opinión, además, sobre los cincuenta años de existencia del COAM y de los más destacados arquitectos de su generación.

El conjunto de la obra escrita de García Mercadal resulta imprescindible para poder acercarse y entender su figura como arquitecto y, por lo tanto, fundamental para la elaboración de esta tesis. Sus escritos nos ayudan a entender su forma de pensar la arquitectura, sus preferencias, sus numerosos registros interpretativos. No cabe duda de que la medida de la figura de un arquitecto la da, fundamentalmente, su obra arquitectónica, pero también es cierto, que a través de sus escritos podemos juzgar, además de los resultados, las intenciones.

Las aportaciones historiográficas sobre la obra de García Mercadal han sido numerosas a lo largo del tiempo, haremos un resumen de las que han tenido mayor trascendencia a la hora de forjar su imagen en el panorama arquitectónico del siglo XX y, por lo tanto, las que más han influido, en uno u otro sentido, como puntos de partida de esta tesis.

La primera publicación en la que aparece la figura de Mercadal como introductor de Racionalismo en España es *Arquitectura Española Contemporánea*⁷⁴ escrita por Carlos Flores en 1961, donde se forja la figura de García Mercadal como pieza indispensable del Movimiento Moderno en España, como su introductor y el más ortodoxo defensor de los modelos que se importaban de Europa, plasmados en su obra del Rincón de Goya. Esta opinión, avalada por la influyente obra escrita de Carlos Flores, nunca ha sido cuestionada, sí que ha sido matizada, no tanto la posición de García Mercadal como introductor, sino la continuidad de su obra dentro de la ortodoxia inicial.

⁷³ "Conversaciones con García Mercadal" *Q*, nº 41, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos, 1981, p. 8-34.

⁷⁴ FLORES, C., *Arquitectura Española Contemporánea*. Madrid, Aguilar, 1961.

Flores analizaba, en los primeros años sesenta, la trayectoria de la arquitectura española desde los arquitectos que terminaron la carrera en los primeros años veinte, la llamada "generación del 25", hasta los años cincuenta, en los que se vuelve a repetir en España el segundo advenimiento del Movimiento Moderno. La opinión de Flores como arquitecto e historiador no admite discusiones, ya que su trascendencia en relación con la historia del Movimiento Moderno en España es admitida y valorada por la mayoría de los historiadores. Tal como dice la profesora Layuno:

*"La labor de Carlos Flores como teórico, crítico e historiador de la arquitectura moderna resultó de gran trascendencia por su papel pionero, contribuyendo a la consolidación de la recuperación de la modernidad en el contexto del régimen franquista"*⁷⁵.

Flores tuvo en cuenta la activa participación de García Mercadal en la fundación del GATEPAC, sus artículos sobre las vanguardias europeas y su obra del Rincón de Goya a la hora de otorgarle el título de pionero del Movimiento Moderno en España, pero no valoró el resto de su obra hospitalaria, abundante ya en los años sesenta.

Otro autor que ha analizado su obra en profundidad (quizá el que más) ha sido Juan Daniel Fullaondo. En los años ochenta escribió la primera monografía íntegramente dedicada a nuestro autor: *Fernando García Mercadal arquitecto aproximativo*⁷⁶. Unos años antes, en 1971, ya había escrito en las páginas del número 69 de la revista *Nueva Forma*,⁷⁷ también íntegramente dedicado a Mercadal. En la revista nos lo presenta como un arquitecto poliédrico. Por supuesto que le adjudica en el papel de pionero de la modernidad, pero desdibuja su trayectoria posterior en la que aparecen otros enfoques de la arquitectura y en la que cae, según él, en "formalismos heterodoxos".

⁷⁵ LAYUNO ROSAS, M. A. "La historización de la arquitectura del Movimiento Moderno: Carlos Flores", en BIEL IBÁÑEZ, P. y HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A. (Coords.). Zaragoza, Institución Fernando el Católico. Universidad de Zaragoza. 2011, p. 203-238.

⁷⁶ FULLAONDO, J.D., *Fernando García Mercadal: arquitecto aproximativo*. Madrid. COAM, 1984.

⁷⁷ FULLAONDO, J. D. "García Mercadal: elegía y manifiesto", *Nueva Forma*, N° 69, Madrid, octubre de 1971.

En el libro lo trata con dureza e intenta desmitificarlo como un arquitecto polémico, camaleónico y oportunista, poliédrico y omnipresente. No ahorra calificativos, le considera conspirador-aventurero, arquitecto-problema, analítico-nostálgico incluso le asigna un complejo de Griñón. De sus proyectos anteriores a la etapa hospitalaria destaca la contaminación estilística, los proyectos para el INP ni siquiera los menciona. De ninguna manera acepta lo que entiende como una renuncia a seguir con los códigos lingüísticos de la modernidad.

El enfoque de Fullaondo está lleno de prejuicios maniqueos hacia la ética de la adscripción al Movimiento Moderno más ortodoxo, y la traición moral del abandono, muy cercana a la línea argumental de Bohigas. En ella no hay objetividad, porque es una historiografía basada, por un lado en el progreso del racionalismo y por otro en su contrario, identificado con la decadencia iniciada con el franquismo.

Carlos Sambricio, unos años después, en su obra *Cuando se quiso resucitar la arquitectura*,⁷⁸ plantea un enfoque similar, pero más amable, llegando a la conclusión de la existencia de una fuerte dualidad en la obra de García Mercadal, dualidad que justifica por motivos de distinto índole: formativos, disciplinares etc., lo que no deja de ser un cierto reproche hacia la producción de su obra posterior a 1930, la que tiene un carácter más historicista.

También en tono de reproche trata a García Mercadal, en sus escritos, Oriol Bohigas. En su libro *Arquitectura Española de la II República*,⁷⁹ aparte de desmitificar la figura de Mercadal, barre para casa y aprovecha para otorgar al grupo catalán, el GATPAC, con Sert a la cabeza, el principal protagonismo y la mayor coherencia a la hora de interpretar e implantar el ideario racionalista⁸⁰. No es de extrañar el ataque, pues su significación política le obligaba a desdeñar, por principio, cualquier arquitectura contaminada por el régimen franquista.

⁷⁸ SAMBRICIO, C., *Cuando se quiso resucitar la arquitectura*, Madrid, Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Madrid, 1983.

⁷⁹ BOHIGAS, O., *Arquitectura Española de la II República*, Barcelona, Tusquets, 1970.

⁸⁰BOHIGAS, O., *Arquitectura Española de la II República*, *op. cit.*, p. 15.

Los escritos de estos cuatro autores, punteros en la historiografía española de la arquitectura del Movimiento Moderno, me han aportado una valoración de la primera etapa de García Mercadal. El objetivo de esta tesis es ampliar la visión sobre su etapa posterior, la que tiene que ver con los años de posguerra, pero resulta imprescindible, para poder ampliarla, el conocimiento previo de su etapa precedente.

Hay otros autores que han planteado el análisis de la figura de García Mercadal de una forma menos apriorística, intentando un acercamiento a su obra en su conjunto y valorando la totalidad de su producción, como la profesora Ángeles Layuno Rosas, que en su artículo *Fernando García Mercadal. Tradición e Historia en la Arquitectura de la Modernidad*⁸¹, reivindica la atención sobre la componente clásica, de tradición e histórica en la arquitectura de García Mercadal.

En cuanto a la historiografía de la arquitectura aragonesa, destaca el tratamiento de la figura de García Mercadal de forma especializada, por parte de la historiadora Ascensión Hernández Martínez, que en su libro *Magdalena, Navarro, Mercadal*⁸², sí que menciona la globalidad de su obra y que al citar a los proyectos de su última época se lamenta de que hayan quedado en un segundo plano. En referencia a las obras hospitalarias y al edificio Lima de Madrid nos dice:

*“Pero estas edificaciones, aun incluyendo elementos y rasgos de calidad, quedaron siempre ensombrecidos por la reconocida fama y prestigio que mereció el Rincón de Goya...”*⁸³.

También merece la pena mencionar a los autores que se han acercado a la obra García Mercadal desde un punto de vista más recopilatorio como el arquitecto José Laborda. Desde su puesto de Director de la Cátedra de Arquitectura Ricardo Magdalena y a través de la Institución “Fernando el

⁸¹LAYUNO ROSAS, A. “Fernando García Mercadal. Tradición e Historia en la Arquitectura de la Modernidad” en CHAVES MARTÍN M.A., LAYUNO ROSAS, A., AUMENTE RIVAS, P., *Fernando García Mercadal arquitectura y fotografía. Una mirada al patrimonio Arquitectónico de Segovia, 1929-1936*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2011.

⁸²HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A., *Magdalena, Navarro, Mercadal*. Zaragoza, Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón, 1999.

⁸³ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A., *Magdalena, Navarro, Mercadal*. Op. cit. p. 91.

Católico” ha colaborado en la edición de varios libros sobre su paisano y colega García Mercadal y a él se deben, al menos, dos de ellos aparecidos en 2008: *La vida pública de Fernando García Mercadal*⁸⁴, una biografía muy documentada del arquitecto, que recorre su etapa de juventud y primeras obras hasta 1934 y *Artículos en la revista Arquitectura. 1920-1934*⁸⁵. Los mencionados artículos, escritos entre 1920 y 1934, son los que le supusieron a García Mercadal el reconocimiento como introductor del Movimiento Moderno en España.

En ambos libros Laborda se acerca a la figura de Mercadal desde el reconocimiento y la admiración pero, también es cierto, que solamente lo hace a una parte de su obra, la de la juventud, sin entrar a valorar toda la producción posterior, que incluiría las obras hospitalarias y alguna otra para promotores particulares.

La Institución Fernando el Católico de Zaragoza ha reeditado recientemente, con prólogo de José Laborda, el libro *Parques y Jardines*⁸⁶, escrito por Mercadal y ya agotado en sus primeras ediciones; y ha publicado la memoria inédita *La vivienda en Europa y otras cuestiones*, obras que ya han sido reseñadas en esta tesis al hablar de la producción bibliográfica de García Mercadal⁸⁷.

Dentro de la historiografía aragonesa hay que mencionar también las aportaciones a la obra de Mercadal de la profesora Carmen Rábanos, cuyos escritos me han permitido no olvidar algunos de sus proyectos menos citados, como los edificios de viviendas colectivas en la calle Zurita y en la plaza Castelar (hoy plaza de los Sitios) de Zaragoza.

Como denominador común de la bibliografía analizada se puede resumir que la mayor parte de los autores que han abordado la figura de García Mercadal: Flores, Fullaondo, Bohigas, Sambricio,... analizan su primera etapa y sus escritos teóricos, muy pocos mencionan si quiera su obra construida

⁸⁴ LABORDA YNEVA, J., *La vida pública de Fernando García Mercadal*, Institución “Fernando el Católico”, Zaragoza, 2008.

⁸⁵ LABORDA YNEVA, J., *Artículos en la Revista Arquitectura: 1920-1934*. Institución “Fernando el Católico”, Zaragoza, 2008.

⁸⁶ GARCÍA MERCADAL, F. *Parques y jardines. Su historia y sus trazados*. op. cit.

⁸⁷ GARCÍA MERCADAL, F., *La vivienda en Europa y otras cuestiones*. op. cit.

posterior y prácticamente ninguno la realizada para el I.N.P. Esta segunda etapa continúa siendo, por lo tanto, un terreno inexplorado en la obra de García Mercadal, deliberadamente olvidado por considerar que no responde al perfil de modernidad en el que está encuadrado el arquitecto.

Se puede decir que la figura de García Mercadal desde su clasificación por Carlos Flores, siempre ha sido estudiada a partir de un determinado cliché: el de su posición como puente necesario para la introducción del racionalismo en España. Y es así, pero también es cierto que se pueden tomar otros puntos de vista. Considero que su obra posterior, en cierta manera olvidada, tiene más interés del que injustamente se le ha concedido hasta el momento. Quizá haya que levantar el velo de la modernidad y analizar en su conjunto toda su obra. Son cuestiones que se plantean tras un análisis somero de lo escrito sobre García Mercadal y que abren interesantes caminos para la investigación, más aun tratándose de un arquitecto con tantos enfoques posibles, opinión en la que coinciden todos los críticos que lo han abordado.

Al margen de la historiografía aragonesa, una de las últimas investigaciones globales llevada a cabo sobre la figura de García Mercadal ha sido la tesis doctoral de Rafael Hernando de la Cueva: *Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno*, defendida en el año 2016 en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. La cercanía en el tema y la elaboración casi paralela con la presente tesis, podía haber dado lugar a aportaciones duplicadas. Sin embargo se trata de una investigación con un enfoque diferente pues abarca la totalidad de la obra de García Mercadal, haciendo especial hincapié en su condición de arquitecto del Movimiento Moderno durante toda su trayectoria, no tanto en la epidermis o en el resultado como en el proceso de la arquitectura. Parece interesante pues la confluencia con algunas de las reflexiones que derivan de la presente investigación.

De los artículos que, de una manera historiográfica, hacen mención a la figura de García Mercadal, el primero apareció en octubre de 1971 (ya ha sido citado en párrafos anteriores), fue el escrito por Juan Daniel Fullaondo

con el título "Fernando García Mercadal: elegía y manifiesto"⁸⁸ y apareció en el número 69 de la revista *Nueva Forma*, número dedicado de forma exclusiva a García Mercadal.

Este número contiene abundante información sobre él, además transcribe buena parte de sus escritos, pero las incisivas opiniones que Fullaondo expone sobre su vida y su obra, no fueron de su agrado y despertaron el espíritu contestatario de su juventud⁸⁹, presentó una protesta formal y la revista *Nueva Forma*, en desagravio, se vio obligada a publicar primero una hoja de subsanación de erratas y luego un número extraordinario⁹⁰, pero fue de una tirada muy limitada y pronto quedó en el olvido. Este número extraordinario ya ha sido mencionado al hablar de los escritos de García Mercadal sobre sí mismo.

El Colegio de Arquitectos de Aragón editó dos libros de pequeño tamaño, que ya han sido citados brevemente en el apartado de fuentes bibliográficas. El primero de ellos fue publicado con motivo de la última conferencia de Mercadal en Zaragoza, *G.A.T.E.P.A.C. en Zaragoza*⁹¹ y transcribe la conferencia, en la que, tras hacer una introducción explicando la creación del GATEPAC español y el funcionamiento de los CIAM europeos, pasaba a hablar "a los jóvenes" de su experiencia profesional y de sus vivencias, que era lo que más le entusiasmaba.

Completa esta publicación una sucinta biografía de García Mercadal firmada por Carmen Rábanos Faci, autora ya citada y que forma parte de la historiografía aragonesa, en la que se señalan algunos edificios poco conocidos de García Mercadal, como son los destinados a vivienda colectiva hechos en Zaragoza: calle Zurita, nº 18 (1928) y plaza de Los Sitios, nº16 (1929) y también una nave industrial en la calle de la Torre, ya desaparecida (1930) y el proyecto del panteón del Dr. Horno en el Cementerio de Torrero (1933). Obras que no aparecen relacionadas en los

⁸⁸FULLAONDO, J. D. "García Mercadal: elegía y manifiesto", op. cit. p. 2-8

⁸⁹ Hay una anécdota curiosa que dice que Fernando García Mercadal intentó comprar todos los ejemplares del número 69 de la revista *Nueva Forma* y para ello recorrió la mayor parte de los quioscos de Madrid.

⁹⁰ 1919FGM1972. SUPLEMENTO AL Nº 69 DE NUEVAFORMA. Madrid, 1971.

⁹¹ GARCÍA MERCADAL, F. *G.A.T.E.P.A.C. en Zaragoza*. Zaragoza. Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón. 1979.

listados habituales y que se recogen en su libro *La Arquitectura Racionalista en Zaragoza. Fernando García Mercadal*⁹².

El segundo catálogo es el de la exposición *FERNANDO GARCÍA MERCADAL ARQUITECTO*⁹³ organizada por el Colegio de Arquitectos de Aragón como homenaje póstumo, en octubre de 1985 con motivo del fallecimiento de Fernando García Mercadal.

Se trata de un documento eminentemente recopilatorio pero que resume en muy pocas líneas y algunas fotografías lo más reseñable de su trayectoria, incluso de su obra hospitalaria para el INP. Fue coordinada por Mariano PemánGavín y contó con las aportaciones de otros colaboradores⁹⁴.

Todas estas publicaciones, de formatos heterogéneos, me han ayudado a forjar una idea plena de la personalidad de García Mercadal, tan difícil de abordar como su obra, con aciertos y contradicciones como la mayoría de las trayectorias, pero de la que no se puede tomar solo una parte. Tanto su vida como su obra hay que considerarlas en su conjunto, pues, aunque solo se trate de sacarlas a la luz, se habrá contribuido a reflexionar sobre la producción de un brillante arquitecto, abundantemente citado por la historiografía, pero cuya obra no ha tenido la consideración que debiera en su conjunto.

IV.4. Sobre el Hospital Miguel Servet

El Hospital Miguel Servet, caso de estudio que se analiza en esta tesis, al igual que el resto de la arquitectura hospitalaria aragonesa contemporánea, no ha generado literatura, solamente su fotografía aparece en las biografías de García Mercadal como único testimonio de toda su obra hospitalaria.

⁹² REABANOS FACI, C. *La Arquitectura Racionalista en Zaragoza. Fernando García Mercadal. "Seminario de Arte Aragonés". Institución Fernando El Católico, C.E.S.I.C., Zaragoza, 1979.*

⁹³ PEMÁN GAVÍN, M. (Supervisor), *Fernando García Mercadal, Arquitecto*, Catálogo de la exposición organizada por el Colegio de Arquitectos de Aragón, Zaragoza, COAA, octubre de 1985.

⁹⁴Los arquitectos Fernando Paricio Royo, Joaquín Magrazó Gorbs y el licenciado en Arte Javier Paricio Royo.

Para su análisis se ha tenido en cuenta buena parte de la bibliografía ya mencionada, referente a las tipologías hospitalarias y a las características del llamado hospital monobloque pero también ejemplos cercanos de proyectos similares, como el proyecto ya mencionado del Hospital General de la Ciudad Universitaria de Aragón o la Clínica de San Juan de Dios, del arquitecto Santiago Lagunas Mayandía⁹⁵ (1912-1995), obra con la que tiene en común, además de la proximidad en el espacio y el tiempo, el haber sido proyectada por otro de los arquitectos carismáticos de Zaragoza del siglo XX.

Para el estudio evolutivo de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal se han tenido en cuenta proyectos similares de su producción en Aragón, como el Hospital de Huesca y de Teruel o los cercanos de Pamplona y de Guadalajara. Solamente el de Pamplona ha sido publicado, lo fue en 1960, en el número 19 de la revista *Arquitectura*, del resto de hospitales se ha obtenido información de la existente en el archivo del INGESA.

En la tesis se ha analizado también el entorno urbanístico en el que surgió el hospital y su evolución durante los años cincuenta. Para este análisis se ha utilizado una publicación que, por su carácter de compendio del urbanismo del siglo XX en Zaragoza y por la participación de numerosos autores, mejor resume el crecimiento de la ciudad en esa etapa. Se trata del libro *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo*⁹⁶, que se publicó con motivo de la celebración en Zaragoza de la Exposición Internacional 2008 y que analiza el desarrollo del urbanismo y arquitectónico de Zaragoza en el periodo comprendido entre las dos exposiciones internacionales que se han celebrado en la ciudad: la de 1908 y la última de 2008. Su extensión le permite reunir, en un solo libro, la opinión varios de los mejores especialistas locales en materia de urbanismo.

Este libro fue editado en 2008 por el Colegio de Arquitectos de Aragón y coordinado por Ricardo Marco y Carlos Buil y contiene artículos como el de

⁹⁵ FLORES, C. "Santiago Lagunas Mayandía, arquitecto" en HEREDIA LAGUNAS, U. y HEREDIA LAGUNAS, J. (comisarios), *Catálogo de la exposición SANTIAGO LAGUNAS. Espacio y color*. Zaragoza, Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón. 1997, p. 23-35.

⁹⁶ MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C. (coordinadores), *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo*. Zaragoza. Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón. 2008.

Carlos Labarta "Arquitectura moderna en Zaragoza", en el que analiza la concatenación entre la arquitectura de Zaragoza previa a la modernidad: la proyectada por arquitectos como Francisco Albiñana Corralé (1887-1936), Miguel Ángel Navarro Pérez (1883-1956) o Ricardo Magdalena Tabuena (1849-1910), Manuel Martínez Ubago (1869-1928), José de Yarza Echenique (1876-1920), responsables de la Zaragoza de entre siglos y las primeras obras modernas proyectadas por García Mercadal y los hermanos Regino (1895-1976) y José (1907-1984) Borobio Ojeda. También destacan los artículos de José Antonio Lorente "La evolución de una ciudad" y Fernando Aguerri "De la autarquía al desarrollismo" que analizan la evolución urbanística de Zaragoza. El primero abarca el periodo de 1908 a 1938 y el segundo de 1940 a 1960.

También de tipo conmemorativo y del mismo periodo, es el libro que publica las actas del *XIII COLOQUIO DE ARTE ARAGONÉS. La ciudad de Zaragoza de 1908 a 2008*⁹⁷. Celebrado en diciembre de 2008 y dedicado no solamente a arquitectura sino a todo tipo de expresiones artísticas, pero en el que se recogen algunas ponencias dedicadas a las intervenciones arquitectónicas y urbanísticas del siglo XX: "Del centenario de los Sitios a la Exposición Internacional de 2008", presentada por Isabel Yeste, en la que se analiza la evolución y el crecimiento de la ciudad o "Modernidad en la Arquitectura zaragozana del siglo XX"⁹⁸ presentada por Carlos Labarta, en la que, además de definir el concepto de "modernidad", nos habla de García Mercadal y del Rincón de Goya, proponiendo un sugerente estudio alternativo, aún no realizado, sobre la intensidad de filiación vanguardista en sus distintas obras. También menciona otras iniciativas llevadas a cabo en la ciudad como los proyectos higienistas de Parque Infantil⁹⁹ de los hermanos Borobio¹⁰⁰.

⁹⁷GARCÍA GUATAS, M., LORENTE, J. P., YESTE NAVARRO, Y. (coord.), *XIII COLOQUIO DE ARTE ARAGONÉS. La ciudad de Zaragoza de 1908 a 2008*. Zaragoza. Institución "Fernando el Católico" y Departamento de Historia del Arte de la Universidad De Zaragoza, 2009.

⁹⁸LABARTA, C. "Modernidad en la Arquitectura zaragozana del siglo XX" en GARCÍA GUATAS, M., LORENTE, J. P., YESTE NAVARRO, Y. (coord.), *XIII COLOQUIO DE ARTE ARAGONÉS. La ciudad de Zaragoza de 1908 a 2008*. Zaragoza. Institución "Fernando el Católico" y Departamento de Historia del Arte de la Universidad De Zaragoza, 2009.

⁹⁹ El proyecto de Parque Infantil fue un concurso promovido por el Ayuntamiento de Zaragoza en 1930 con el que se pretendía crear espacios saludables para la infancia.

Se han tenido en cuenta otras publicaciones como *Zaragoza Barrio a Barrio*¹⁰¹, que analiza la evolución de la ciudad durante el siglo XX desde distintos puntos de vista: urbanístico, económico, geográfico, sociológico, jurídico y asistencial y en la que en el tomo III, que está dedicado al barrio de Casablanca, Elvira Adiego explica la evolución urbanística del citado barrio, al que pertenece el Hospital Miguel Servet.

*Memoria. Plan General de Ensanche de la Ciudad, 1934*¹⁰², recoge la memoria del documento redactado por Miguel Ángel Navarro en 1934, y en el que Ramón Betrán escribe un extenso prólogo que constituye el grueso del libro y en el que aprovecha para contar los incidentes ocurridos al urbanizar este ensanche de la ciudad, que transcurrió con bastantes imprevistos, pues al coincidir con los años de la Guerra Civil, pasó del entusiasmo de los primeros momentos, cuando el Ayuntamiento acordó la urbanización del Ensanche, a una paralización en los años treinta que supuso la quiebra de la Sociedad Urbanizadora, hasta terminar en un proceso especulativo en los últimos años.

¹⁰⁰ VAZQUEZ ASTORGA, M., *José Borobio. Su aportación a la Arquitectura Moderna*, Zaragoza, Delegación del Gobierno de Aragón, 2007.

¹⁰¹ AA. VV. *ZARAGOZA BARRIO A BARRIO*, Ayuntamiento de Zaragoza y Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja. 1981.

¹⁰² NAVARRO PÉREZ, M.A. *Memoria. Plan General de Ensanche de la Ciudad. Zaragoza, 1934*. Estudio crítico de Ramón Betrán Abadía. Zaragoza. Institución Fernando El Católico. 2013

PARTE II

**LA MODERNIZACIÓN DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL SIGLO
XX EN ESPAÑA**

Capítulo V

LA SANIDAD ESPAÑOLA EN EL PERIODO DE LA AUTARQUÍA

El Seguro de Enfermedad

Los informes Quintana y Espinosa

La respuesta del Franquismo. El I.N.P. como organismo promotor

El viaje a los Estados Unidos. La admiración por los hospitales americanos

Aunque queda fuera del ámbito de la arquitectura hospitalaria, la situación sanitaria de un momento o de un determinado país está estrechamente relacionada con los edificios que produce, por ello empezaremos analizando la situación sanitaria existente en los años de la posguerra.

Nada más terminar la contienda civil la situación sanitaria española era muy precaria, el país se encontraba en un proceso de reconstrucción después de una contienda brutal en la que las prioridades sanitarias de los dos bandos habían estado más dirigidas al cuidado y la recuperación de los heridos que a la sanidad general de la población.

Tampoco la herencia de los años previos a la guerra ayudaba gran cosa. Se calcula que el número de camas hospitalarias durante la República era de 66.000, repartidas entre instituciones de todo tipo, con escasa o nula coordinación: administraciones locales, provinciales, estatales, órdenes religiosas, organizaciones benéficas, etc. eran los titulares de los hospitales, pero sólo una pequeña parte de esas instalaciones, del 10 al 20 %, era capaz de prestar una asistencia sanitaria moderna, el resto habían ido quedando obsoletas.

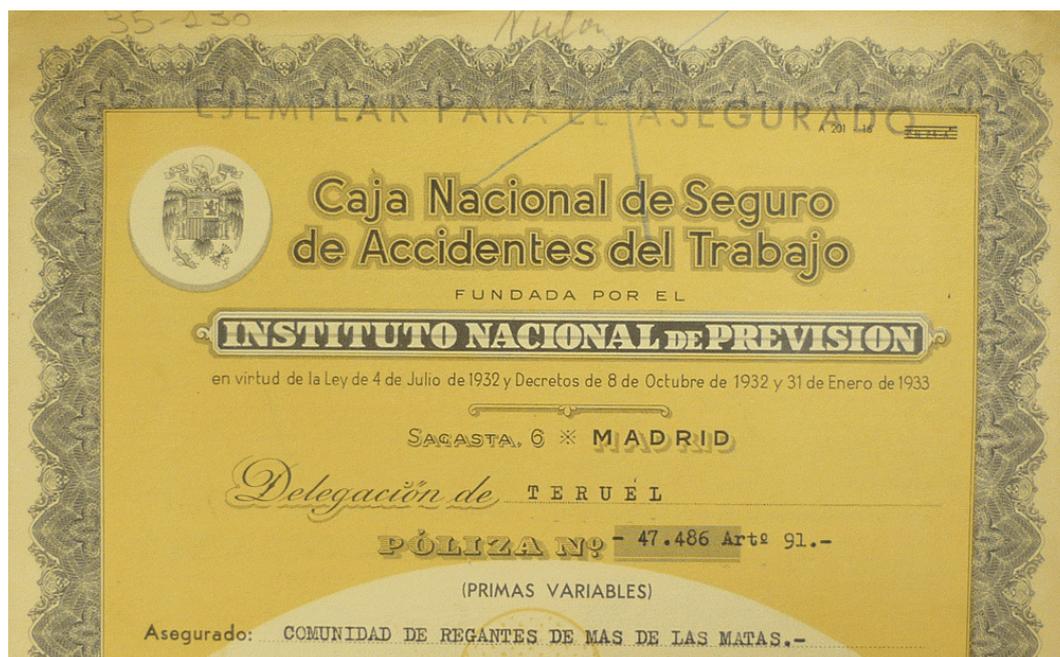
El régimen franquista fue consciente de la urgente necesidad de emprender actuaciones de carácter social que mejoraran las condiciones de vida de la mayor parte de la población y que paliaran algunas de las múltiples carencias de la sociedad española de ese momento. Empezó con la sanidad, preparando actuaciones en dos frentes: uno dirigido a mejorar la sanidad en general y otro a la lucha antituberculosa. Este segundo pronto quedaría abandonado, pues los avances en los tratamientos terapéuticos hicieron que la tuberculosis perdiera protagonismo. La actividad constructiva en España era escasa, pero la economía interna mejoraba, favorecida por su condición de imparcial en la segunda Guerra Mundial. Era necesario avanzar por el camino de la cobertura sanitaria de la población obrera.

V.1. El Seguro de Enfermedad

Desde principios del siglo XX los gobernantes europeos habían mostrado su preocupación por la creación de algún tipo de seguro o protección de la

salud de carácter público que diera cobertura a la mayor parte de la población. Esta preocupación dio lugar a un debate sobre los distintos modelos de implantación de los sistemas públicos de salud en países como Francia, Inglaterra, Alemania o Estados Unidos, que fueron los precursores de los distintos modelos, dispares entre ellos, de lo que hoy llamamos Estado de Bienestar¹. En la mayoría de estos países el proceso de instauración de una asistencia sanitaria colectivizada se llevó a cabo en el periodo de entreguerras.

La forma de colectivizar la asistencia se enfocaba siempre a través de la implantación de distintos seguros. En España ya se habían establecido alguno de ellos: el Seguro de Retiro Obrero en 1919, el Seguro de Maternidad en 1929 o el Seguro de Accidentes que se instauró durante la segunda República.



Póliza del seguro de accidentes, instaurado durante la II República. (Fuente: www.google.es/search?q=caja+nacional+de+seguro)

La puesta en marcha de la asistencia sanitaria resultó más complicada, El Seguro Obligatorio de Enfermedad se había intentado implantar sin éxito en

¹ GONZALEZ DE PABLO, A. "El surgimiento y conformación del Estado del Bienestar", en *Quirón*, nº 23, 1992. P 52-61.

la dictadura de Primo de Rivera y se había seguido insistiendo en ello también en los años de la segunda República, tiempo en el que se debatió intensamente² con las Organizaciones Médicas Colegiales, que no lo terminaban de ver con buenos ojos, por el miedo a que derivase en una socialización de la medicina, con pérdida del ejercicio libre de la profesión y desaparición de las organizaciones profesionales. Sin embargo, fue en los primeros años de la dictadura franquista cuando se aprobó, impulsado por el ministro de trabajo José Antonio Girón de Velasco.

Existían desde principios del siglo XX las sociedades de socorros mutuos o seguros libres que, por otra parte, tampoco habían conseguido reunir entre sus asociados más que a una mínima parte de la población, concentrada en las provincias más industrializadas, (solamente estaban asociados el 1,8% de la población). Se pretendía crear un seguro de salud pública que aglutinara los distintos seguros existentes y diera cobertura a la clase trabajadora.

El proceso de implantación del seguro de enfermedad fue largo y se produjo, principalmente, debido al empeño de los técnicos del Instituto Nacional de Previsión. En 1917 con motivo de la Conferencia de Seguros Sociales, celebrada en Madrid, se puso de relieve la necesidad de instaurarlo y de hacerlo obligatorio. En la Conferencia de Barcelona de 1922, el Instituto Nacional de Previsión presentó un proyecto de seguros sociales unificados en el que se incluía el de enfermedad, pero este último no tuvo buena acogida. La mayor oposición surgió de la clase médica, temerosa, como ya hemos dicho, de entrar a formar parte de una organización funcional que acabara con la tradicional forma de ejercer la profesión, por lo que no se consiguió obtener resultados positivos.

Con el establecimiento de la II República se encargó al INP, en 1932, la elaboración de un nuevo proyecto de ley para la implantación de un sistema de seguros sociales. Concedores de la oposición generada por el proyecto anterior, se constituyó al efecto una Ponencia Nacional encargada de analizar las distintas posturas y sensibilidades existentes. Buena muestra del alcance de la preocupación existente fue la organización, durante el primer

² En estos debates tubo protagonismo, entre otros, Joaquín Espinosa, autor del posterior informe sobre maternidad y puericultura.

trimestre de 1934, de un ciclo de conferencias, que se desarrollaron en el Ateneo de Madrid³, para discutir sobre el nuevo Seguro de Enfermedad.

La Sección de Medicina del Ateneo madrileño invitó a conferenciantes de una y otra opinión. Por una parte estaban los representantes de la clase médica organizada⁴, reticentes a la implantación del Seguro de Enfermedad, y por otra, los técnicos del INP y algún destacado partidario de la modernización del sistema sanitario que se pretendía acometer en nuestro país⁵, lógicamente éstos en la postura favorable. Aún se hubiera podido invitar a un tercer bando representando a los partidos más radicales, que atacaban al Seguro de Enfermedad por parecerles excesivamente conservador.

Pese a las buenas intenciones y los esfuerzos desplegados por los mandatarios republicanos, recogidos incluso en la Constitución y en tratados internacionales⁶, los continuos cambios de gobierno durante la República impidieron la aprobación y la puesta en marcha del Seguro de Enfermedad.

Se aprobó en 1942⁷, unos años más tarde, instaurada ya la dictadura de Franco, es de suponer que ya sin oposición, y constituyó seguramente el mayor rasgo de renovación desde la perspectiva sanitaria en nuestro país durante el siglo XX. Inicialmente se intentó que tuviera una cobertura

³ PORRAS GALLO M.A. "UN FORO DE DEBATE SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD: LAS CONFERENCIAS DEL ATENEO DE MADRID DE 1934" en *Asclepeio*, Vol LI-1, 1999, pp. Las conclusiones de las conferencias del Ateneo de Madrid están recogidas y analizadas en este proyecto de investigación postdoctoral del Ministerio de Educación y Ciencia.

⁴ Entre los conferenciantes estaba el Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Antonio Piga, el Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres, Francisco Ruiz Morote y el Presidente de la Asociación Oficial de Inspectores Municipales de Sanidad y Médicos Titulares de España, Antonio Ossorio.

⁵ Los técnicos representantes del INP fueron Severino Aznar, presidente de la subponencia del Seguro de Enfermedad, Joaquín Espinosa Ferrándiz, profesor de Medicina Social en la Escuela Nacional de Sanidad y coautor, en 1944, del Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica y Torre Blanco, afiliado de la Unión General de Trabajadores. Entre los partidarios del Seguro de Enfermedad estaba también Marcelino Pascua, médico socialista y miembro de la subponencia del Seguro de Enfermedad.

⁶ España había adquirido el compromiso internacional de implantar un Seguro Obligatorio de Enfermedad para los trabajadores asalariados de la industria, del comercio, del servicio doméstico y de la agricultura al suscribir y ratificar los Convenios de la X Conferencia Internacional del Trabajo en 1927. Esta obligación legal había sido recogida también en el artículo 46 de la Constitución española

⁷ Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

universal, pero el objetivo era demasiado ambicioso y no se pudo alcanzar. Se dejó fuera a dos colectivos muy numerosos, como el de los autónomos del campo y los funcionarios. Los últimos porque tenían un sistema de protección social superior y los primeros porque su previsible conflictividad era menor que otros colectivos. Aun con estas restricciones, esta medida fue el embrión del actual estado de bienestar.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) daría asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, pero también otro tipo de coberturas como la indemnización económica por pérdida de salario o, en su caso, para sufragar los gastos funerarios.

El seguro era de carácter obligatorio y se aplicaba a todos "los productores económicamente débiles"⁸, tanto los trabajadores por cuenta ajena, como los autónomos y los colocados en servicios domésticos, con la excepción, como ya se ha dicho, en principio de los funcionarios y al final también de los trabajadores autónomos del campo (tanto unos como otros terminarían integrándose en la Seguridad Social).

Al tratarse de un seguro obligatorio, la afiliación de los trabajadores por cuenta ajena se hacía por los empresarios y en el caso de los autónomos, corporativamente, a través de sus organismos sindicales. Se incluía como beneficiarios, además de los asegurados, a sus familiares directos que vivieran con ellos y a sus expensas.

Las prestaciones incluían asistencia sanitaria y farmacéutica completa, tanto de medicina general como de especialidades, con un máximo de 26 semanas por año para los asegurados y de 13 semanas para sus familiares. También se incluía la hospitalización, pero con un límite menor: 12 semanas al año para los asegurados y 6 para los familiares y otros servicios de prótesis, baños, ortopedia, etc., así como asistencia facultativa para las mujeres en los periodos de gestación, en el puerperio y en el parto.⁹

El Seguro Obligatorio de Enfermedad quedó a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única y su fuente de financiación se

⁸ Quedaban excluidos los funcionarios públicos y los empleados con rentas altas (en ese momento las superiores a 9.000 pesetas mensuales).

⁹ Artículos 10 a 15 de la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad

nutría principalmente de las cuotas de los asegurados establecidas de forma proporcional a las rentas del trabajo, además de aportaciones del Estado y de las rentas de los bienes propios del Seguro.

El seguro se puso en marcha de forma inmediata pero con abundantes dificultades, pues al no disponer de instalaciones propias tuvo que empezar utilizando equipamientos de otras instituciones que, en la mayoría de los casos, no reunían las condiciones necesarias para prestar una asistencia.

Durante los primeros años, hasta que se construyeron hospitales y ambulatorios propios, se establecieron conciertos para utilizar los hospitales de las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y asociaciones particulares, pero eran instalaciones de beneficencia y por lo tanto rechazadas por la población, lo que provocó el descontento, no sólo de los usuarios sino también de la clase médica, entre la cual la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se conocía por el apelativo burlón de "ley soez"¹⁰.

Pero muy pronto las cosas iban a cambiar. El desarrollo reglamentario¹¹ de la ley dio al Instituto Nacional de Previsión las herramientas necesarias para organizarse y las cuotas de ocho millones de afiliados la seguridad presupuestaria suficiente para acometer las instalaciones necesarias. Una vez desarrollados los reglamentos se creó una Comisión de Enlace con el fin de elaborar las normas generales de desenvolvimiento del seguro y que estudió la situación de los hospitales concertados y las necesidades a futuro.

Las conclusiones de la Comisión de Enlace fueron las siguientes¹²:

- 1ª. La asistencia debía ser domiciliaria e institucional.*
- 2ª. Se debía conservar la modalidad tradicional de asistencia por médicos de familia.*
- 3ª. Su nivel debía ser superior a la asistencia benéfica, semejante a la privada y vigilado por la Inspección del Seguro.*

¹⁰ PIELTAIN, A. *ARQUITECTURA PARA LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA, 1942-1977: Construcción de la red pública de hospitales, op. cit. p. 240.*

¹¹ MINISTERIO DE TRABAJO. Orden de 20 de enero de 1948 por la que se aprueba el Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

¹² INP XXXVI. *PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS.* Madrid, INP, 1951, p. 4

4ª. Las actividades sanitarias del Seguro debían coordinarse, sobre todo las no estrictamente asistenciales, con las de los Organismos del Estado, específicamente encargados de ellas, estimándose asimismo la posibilidad de concertar servicios asistenciales con Instituciones ya existentes.

5ª. Se estimaron insuficientes para cumplir estos objetivos las disponibilidades institucionales existentes.

6ª. Se consideró necesario llevar a la práctica un Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad que supliera las anteriores deficiencias.

Estas necesidades a futuro dieron paso a un Plan Nacional de Instalaciones del Seguro, en el que se establecieron, tanto las instalaciones a construir como los plazos de ejecución. Las previsiones de instalaciones necesarias se fijaron a partir de las conclusiones de dos informes¹³, uno sobre medicina general y otro sobre maternidad, que allá por los años 40 fueron capaces de pronosticar las necesidades asistenciales del país a medio-largo plazo. Su acierto en las previsiones hace que resulte interesante analizarlos para comprender la situación de la sanidad española en la postguerra.

V.2. Los informes Quintana y Espinosa¹⁴

En los primeros años 40 el régimen franquista había puesto en marcha el Seguro Obligatorio de Enfermedad y necesitaba construir gran número de instalaciones sanitarias para atender a sus numerosos asegurados¹⁵. En primer lugar había que conocer cuáles eran las necesidades actuales y con un horizonte de 20 años, para ello se encargaron dos estudios; uno a Primitivo

¹³ Se trata de los informes realizados por dos médicos destacados pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión: Primitivo de la Quintana y Joaquín Espinosa, cuyo contenido se estudia en el apartado siguiente de esta tesis.

¹⁴ DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica*. Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1944.

¹⁵ 8.000.000 en 1942 y una previsión de 18.000.000 en 1960, según las tablas de población del mencionado informe.

de la Quintana¹⁶, sobre un plan general de asistencia médica y de medicina preventiva, y otro, a Joaquín Espinosa¹⁷, sobre maternidad y puericultura. Estos dos informes estuvieron acabados en 1944 y, sobre todo el primero¹⁸, definía las instalaciones necesarias en los 10 años siguientes con total acierto. En ellos se especificaba el tipo de edificios necesarios, el número de camas, sus especialidades, su ubicación, etc.

También hablaban de la tipología de los edificios, pero de una manera más genérica. Quintana resumía las posibilidades en dos: el edificio vertical o monobloque (asociado, como hemos visto, a los hospitales norteamericanos) y el horizontal o de pabellones, cuyo ejemplo se identificaba con el Hospital Mayor de Milán, que había sido reconstruido también recientemente (en sustitución del famoso hospital construido por Filarete en el Renacimiento).

El de Milán era un enorme hospital de 1500 camas, construido en 1930 por el prestigioso ingeniero italiano Giulio Marcovigi¹⁹, autor de los grandes hospitales italianos de la época, pero que, aunque también utilizó otra tipologías, en el de Milán mantuvo aún un esquema de pabellones depurado y actualizado, a base de institutos independientes y autónomos comunicados a través de una galería y con los servicios generales mancomunados.

Tanto Quintana como Espinosa intuían que este esquema decimonónico de hospital de pabellones estaba llamado a desaparecer y en el informe no se ocultaba la preferencia por el tipo monobloque²⁰.

¹⁶ Primitivo de la Quintana López. Médico granadino que desde 1932 ocupó diversos cargos de responsabilidad en la sanidad española. Fue Consejero del Instituto Nacional de Previsión y académico de la Real Academia Nacional de Medicina.

¹⁷ El Dr. Joaquín Espinosa era inspector médico del Seguro de Maternidad de Barcelona, Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y activo defensor de la implantación del seguro durante los años de la República. Murió de forma prematura en accidente de aviación sin poder terminar el informe.

¹⁸ Al morir Espinosa sin acabar el estudio, su contenido resultó menos concreto.

¹⁹ Giulio Marcovigi era en ese momento el mejor especialista en la construcción de grandes hospitales complejos. Había construido, además del de Milán, el Hospital Civil de Como (580 camas), el Instituto Pizzardi (400 camas) o el Hospital Civil de Bérgamo (1000 camas).

²⁰ DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica...* op. cit. p. 35.

En el informe de Quintana se organizaba la sanidad en tres escalas de asistencias: la domiciliaria, prestada por los médicos y practicantes en el domicilio del enfermo cuando se trataba de casos leves; la ambulatoria, para asistir al paciente en dispensarios; y la hospitalaria, que se ejercía en régimen de internamiento en las residencias sanitarias.

Para determinar el número de establecimientos sanitarios y el número de camas necesarias se utilizó la técnica habitual del país, imitar a los países vecinos. Ya en 1879, bajo el reinado de Alfonso XII, el comandante Eduardo Labaig²¹ había realizado un viaje por Europa para estudiar los hospitales que se estaban haciendo en otros países y, más tarde, el arquitecto Eduardo Garay, el doctor Juan Pedro de la Cámara y el ingeniero Eduardo Shaw también hicieron otro a Estados Unidos con el mismo cometido.

Los primeros cálculos, una vez elaboradas las tablas de población por edades, arrojaron los siguientes datos: en 1960 el Seguro prestaría asistencia a dieciocho millones de personas, un 60% de la población, el resto estaría asistido por la beneficencia (12%) o contrataría libremente con un seguro privado (28%). La previsión era que aumentara el nivel de vida y la beneficencia se quedara reducida al 3%.

El programa de construcción de instalaciones cerradas de tipo nosocomial, contemplaba cubrir los mínimos imprescindibles, por lo tanto, en primer lugar, era necesario conocer las prestaciones que ofrecían otras instituciones del Estado,²² para evitar duplicidades y reducir las inversiones. De las aproximadamente 60.000 camas existentes en España, solamente 13.500²³ se podían considerar aceptables para prestar una asistencia sanitaria moderna.

²¹ El Comandante Labaig, fue un ingeniero militar responsable, entre los siglos XIX y XX de numerosas construcciones militares. Su viaje por Europa originó un libro titulado *Hospitales civiles y militares por el coronel graduado Don Eduardo Labaig y Leonés, comandante del cuerpo de Ingeniero. Estudio completo teórico-práctico, descripción de los mejores hospitales de Europa visitados por el autor*. Madrid, Establecimiento tipológico "El porvenir literario", 1983. 2 V., 300 p.

²² Hasta ese momento la asistencia sanitaria dependía de muchas instituciones. Había hospitales dependientes de Ayuntamientos, de Diputaciones Provinciales, de Congregaciones Religiosas, del Ejército, etc.

²³ DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica...* op. cit. p. 3.

El Seguro podría funcionar a pleno rendimiento con 47.000 camas, lo que suponía una ratio de 2,8 camas por cada mil beneficiarios. El sistema de salud americano contaba por entonces con 7 camas por cada mil habitantes, índice señalado como ideal en el informe. Utilizando este índice ideal en los cálculos, se hubiera obtenido la cifra impensable de 116.802 camas, totalmente imposible de conseguir.

La cantidad propuesta para España era muy baja, pero la realidad de la situación del país no permitía de ninguna forma construir hospitales para albergar mayor número de enfermos. Una vez descontadas las camas existentes, aprovechables para una asistencia moderna como la que se pretendía prestar a los asegurados, todavía quedaban por construir instalaciones para 34.000 camas. Empresa francamente ambiciosa para la España de los años 40²⁴.

El informe también contemplaba la distribución por hospitales, preveía la construcción de 148 hospitales de agudos, tres de 1.000 camas, cuarenta y cinco de 300 camas y cien hospitales de 50 camas. Se construirían además tres grandes instituciones psiquiátricas de 750 camas y diez de 250 camas.²⁵

Aunque se hacía referencia a todo tipo de instalaciones, el informe se ocupaba con especial interés de los hospitales de agudos, por ser los más representativos de un sistema de salud. Los tres grandes hospitales de 1000 camas, de referencia nacional se situarían en tres grandes ciudades elegidas estratégicamente y estarían altamente cualificados en todas las especialidades médicas, pero además serían los centros de investigación y docencia en los que se formaría al personal clínico del Seguro.

Los hospitales medianos, el segundo nivel de implantación, se harían coincidir con las capitales de provincia y contendrían casi todas las especialidades médicas.

²⁴ La realidad es que, en la primera fase, sólo se llegaron a construir instalaciones para albergar 17.000 camas.

²⁵ DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica...* op. cit. p. 34.

Por último, las pequeñas clínicas se distribuirían en áreas rurales con suficiente población pero que estuvieran demasiado apartadas de los hospitales instalados en las capitales de provincia.

En el análisis económico, Quintana comparaba los costes de construcción por cama de los hospitales de distintos países²⁶, con cambio de moneda incluido. Las cifras eran muy heterogéneas, pero también lo eran los tres tipos de hospitales y el resto de instituciones que pretendían construirse para atender a los beneficiarios del Seguro. Establecía un coste para cada tipo de establecimiento y adelantaba un presupuesto que pudiera ajustarse a las aportaciones de asegurados y demás contribuyentes a lo largo del Plan.

Una vez hechas las cuentas, el coste previsto para poner en marcha las 34.000 camas del Plan General de Asistencia Médica, con todas sus instalaciones y equipos, ascendía a unos 840 millones de pesetas²⁷. Como el Plan tenía que llevarse a cabo en diez años, el gasto anual ascendía a 84 millones de pesetas. Para poner en funcionamiento el Plan también había que tener en cuenta los gastos derivados del mantenimiento²⁸, que se valoraron en 25 millones de pesetas por año²⁹. Las aportaciones de los asegurados tendrían que cubrir la cantidad mínima de 109 millones de pesetas anuales.

La segunda escala de la asistencia era la ambulatoria, que se tendría que prestar en las llamadas "instalaciones abiertas" del Seguro. Alrededor de un 50% de la morbilidad³⁰ por todas las causas de enfermedad se trataría en los dispensarios o policlínicas.

Los facultativos previstos para atender estas patologías, eran médicos de familia y especialistas, en distintos porcentajes. El médico de familia ocupaba la primera posición asistencial. Se estimaba que dos tercios de las citas de

²⁶ DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica*, op. cit, p. 36.

²⁷ Ibidem. p. 38.

²⁸ Además de los consumos de las instalaciones, también se tenían en cuenta los sueldos de personal etc. Se estimaron entre 15 y 25 pts. Por día y cama.

²⁹ En la actualidad estos costes de funcionamiento son mucho más elevados. El coste de funcionamiento de un hospital durante un año es equivalente a la inversión necesaria para su construcción. Datos obtenidos del Máster de Arquitectura Hospitalaria de la Universidad CEU San Pablo de Madrid.

³⁰ Número de usos de asistencia médica por asegurado y año.

pacientes no pasarían este filtro, el resto sería atendido por los especialistas incluidos en la asistencia ambulatoria³¹.

El buen funcionamiento del Seguro se basaba en el éxito de las escalas de asistencia próximas al ciudadano, pues son las que percibe directamente. Sería mejor construir "más ambulatorios y próximos que menos y más grandes". La accesibilidad de los dispensarios era una condición imprescindible. Con esa idea Quintana propuso un programa básico de dispensario con capacidad para atender, en las ciudades, a cincuenta mil beneficiarios y a cien mil en el medio rural. El número a construir era de 96 en ciudades y 112 en centros rurales.

No terminaban aquí las prestaciones obligatorias del Plan de Asistencia Médica, se completaban con la asistencia domiciliaria, que representaba cerca del 40% de la totalidad, estaría prestada por médicos generales, a razón de uno por cada quinientas familias. Aunque el informe ponía bastante énfasis en este tipo de asistencia por considerarla básica para conseguir un buen nivel sanitario e incidía en aspectos fundamentales como la medicina preventiva y la higiene social, este tipo de asistencia no necesitaba de instalaciones a construir y, por lo tanto, tiene menor relación con el presente trabajo.

El Plan General de Asistencia Médica se completaba con el estudio sobre necesidades relativas a la Asistencia a la Maternidad y la Infancia, elaborado por el Doctor Joaquín Espinosa, que fue mucho más escueto que el anterior, ya que hubo de cerrarse apresuradamente debido al fallecimiento en accidente de aviación de su autor cuando aún estaba sin concluir.

Su estructura asistencial era similar al de Quintana: domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. En lo referente a las construcciones se contemplaba la doble posibilidad de construir maternidades y clínicas infantiles, o instalar camas

³¹ ESCRIBANO MARQUINA, J. "Arquitectura hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión en Aragón. El Hospital Miguel Servet de Fernando García Mercadal", en LAYUNO ROSAS, A., ACOSTA COLLAZO, A. y ECHEVARRIA VALIENTE E. (coordinadores), *Patrimonio, Territorio y Paisaje. Actas I Jornadas Internacionales de Investigación*, Alcalá de Henares, Escuela de Arquitectura de la Universidad de Alcalá, 2015, pp. 369-379.

específicas en las Residencias Generales. Se optó por la segunda posibilidad, pues en los años 40 seguía arraigada en la sociedad española la tradición del parto en casa.

La asistencia se basaba en la atención ambulatoria, que sería la utilizada siempre que fuera posible, dejando la domiciliaria para los casos en los que la madre o el hijo no pudieran acceder al ambulatorio, y la atención hospitalaria para los casos más graves en los que fuera imprescindible el internamiento, utilizando en estos casos las Residencias Generales. Espinosa consideraba necesaria la hospitalización maternal únicamente en los partos de riesgo.³²

Lógicamente, el Plan de Asistencia a la Maternidad y la infancia no dio lugar a un plan de construcciones y éstas solamente se acometieron una vez aprobada la Ley de bases de la Seguridad Social.³³ Fue en ese momento cuando el Instituto Nacional de Previsión comenzó a instalar grandes maternidades y hospitales infantiles junto a sus hospitales de agudos, en lo que se llamarían "Ciudades Sanitarias".

Estos dos informes, de Quintana y Espinosa, se agruparon en el Plan General de Asistencia Médica que se convirtió poco después en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad³⁴, si bien se desestimó desde el principio acometer algunas de las instalaciones recomendadas, como las destinadas para enfermos psiquiátricos y crónicos, no por innecesarias, sino por considerar que el país no tenía capacidad para llevarlas a cabo.

El acierto en las previsiones que sobre la evolución de la asistencia médica en España hacían en sus informes Quintana y Espinosa se pudo comprobar al poco tiempo de su puesta en marcha, y el Plan se desarrolló de acuerdo a las indicaciones de los ponentes.

³² DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica...* op. cit. p. 84.

³³ Ley 193/1963 de 28 de diciembre, BOE de 30 de diciembre.

³⁴ Este "Plan de Instalaciones del Seguro Obrero de Enfermedad" fue aprobado por el Ministerio de Trabajo en enero de 1945 y en el mes de julio ya estaban en marcha las primeras actuaciones del comité nombrado al efecto.

En lo referente a las construcciones, los arquitectos españoles seguirían también las indicaciones apuntadas por Quintana en cuanto al tipo de edificio adecuado a la asistencia médica del Seguro y proyectarían sus edificios siguiendo el modelo monobloque de los hospitales norteamericanos.

V.3. La respuesta del Franquismo. El I.N.P. como organismo promotor³⁵

Basándose en los informes de Quintana y Espinosa el Instituto Nacional de Previsión redactó el *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*,³⁶ en el que se preveían los edificios a construir y su planificación. No era un Plan para situarnos a la altura de países como Francia o Gran Bretaña, pero sí un Plan ambicioso e iniciaba el camino para la creación de un sistema sanitario eficiente. Mientras en los países vecinos la relación de camas hospitalarias rondaba la cifra de 7 por cada 1000 habitantes, en España se proponía llegar a 3 y, aunque al final, la realidad se quedó escasamente en la mitad de la cifra propuesta, esto suponía, en un plazo de cinco años, multiplicar por tres la existente.

La *Comisión de Enlace*³⁷ prevista en la Ley del Seguro para la elaboración y la puesta en marcha del Plan, era una comisión tripartita y aglutinaba a varios estamentos del Estado: por un lado al INP, de quien dependía el Seguro Obligatorio de Enfermedad, por otro, a los asegurados, representados por la Delegación Nacional de Sindicatos de FET y de las JONS, y, por último, a la Sanidad Pública del Estado, representada por la Dirección General de Sanidad. Estaba integrada por 12 vocales, que eran cuatro representantes de cada uno de los estamentos que la formaban, bajo la presidencia del Director General de Previsión y actuando como secretario el Jefe de la Sección de Seguros sociales de Ministerio de Trabajo.

³⁵ El INP no tardó en hacerse con la total competencia sobre el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias. A partir de 1946 tomó todas las decisiones relacionadas con la construcción de los edificios.

³⁶ Art. 28 Ley 14 de diciembre de 1942, "El Servicio Médico del Seguro será organizado por el Instituto Nacional de Previsión con arreglo al Plan Nacional de Instalaciones y desenvolvimiento de las normas generales elaboradas por una Comisión de Enlace..."

³⁷ Orden de 15 de Marzo de 1945.

Esta Comisión de Enlace realizó los estudios previos, pero una vez aprobado el Plan de Instalaciones en enero de 1945 transfirió todas sus competencias al INP. Su condición de tripartita tenía la intención de evitar tensiones entre distintos organismos que contaban con competencias sobre el asunto, pero esa misma condición la convertía en escasamente operativa.

La primera versión aprobada del Plan Nacional de Instalaciones incluía la construcción de 86 Residencias, 149 Ambulatorios completos y 110 Ambulatorios reducidos³⁸ y debería llevarse a cabo en dos etapas. Esta previsión se fue reduciendo hasta llegar a la cifra real que se ejecutó.

Ya el INP con todas las atribuciones para la ejecución del Plan de Instalaciones, por Decreto de 7 de febrero de 1947 se nombró una Comisión del Consejo, a la cual se transfirieron todas las competencias para llevar a cabo de forma efectiva el Plan.

Esta Comisión lo primero que hace de inmediato es revisarlo y modificarlo³⁹ reduciendo el número de Residencias a 67, con un total de 16.000 camas, 62 ambulatorios completos y 144 ambulatorios reducidos. La Comisión del Consejo fue la que, de forma efectiva, ajustó el Plan a las posibilidades reales del País y llevó a cabo la primera etapa hasta que en 1950, por decreto de 14 de julio fue reorganizado el Instituto Nacional de Previsión y se hizo cargo de este cometido una Junta Ejecutiva a partir de febrero de 1951.

Tanto la Comisión del Consejo como la Junta Ejecutiva asumieron con total independencia de otros estamentos del Estado la plena responsabilidad de todo lo relacionado con la ejecución de las nuevas instalaciones sanitarias: compra de solares, contratación de técnicos, aprobación de proyectos, adjudicaciones de obras, adquisición de mobiliario y equipos para las Residencias y Ambulatorios.

En total se dotaría al servicio con unas 16.000 nuevas camas, poco menos de la mitad de las previstas en el informe de Quintana, y en cada etapa se construirían alrededor de 8.000. Se proyectaba levantar Residencias en las capitales de provincia y Ambulatorios en los centros rurales.

³⁸ *El Plan de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, INP, Publicación N° 775, 1949.

³⁹ Orden de 26 de febrero de 1947.

Nada más iniciar el Plan se decidió por los responsables del mismo cambiar la denominación a las instalaciones sanitarias. Los términos "hospital" y "dispensario" utilizados por Quintana en su informe se asociaban desde la antigüedad a estructuras de la beneficencia y por lo tanto debían ser sustituidos por otros más amables que aludieran a la eficacia de la asistencia sanitaria que se ofrecía. En vez de utilizar esos términos comunes se eligieron otros relacionados con el régimen de las prestaciones: "ambulatorio" para la asistencia en régimen abierto, y "residencias" para las que implicaban la pernoctación del enfermo en la instalación⁴⁰.

Para amortizar las cantidades invertidas en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias se había previsto normativamente que se detraería una cantidad de las primas del Seguro. En 1947 se estableció el 1,5748⁴¹ por ciento de las primas recaudadas, resultando totalmente insuficiente, cantidad que fue elevada al 3,125⁴² por ciento a principios de 1948, quedando fijada en el 3 por ciento a final de ese mismo año⁴³. En noviembre de 1951 se dispuso que los fondos resultantes del extinguido Seguro de Maternidad también se destinasen al fondo para la amortización del Plan. Como todo ello resultaba insuficiente, a finales del año 1951 se estudiaron distintos procedimientos para arbitrar los recursos necesarios, que dieron por resultado la promulgación del Decreto de 11 de enero de 1952, por el que se autorizaba al Instituto Nacional de Previsión a emitir obligaciones por valor de 965 millones de pesetas, cantidad con la que se pudo ejecutar el Plan.

Las características de organización y emplazamiento previstas en el Plan Nacional de Instalaciones para cada tipo de edificio diferenciaban dos grupos de instituciones: abiertas y cerradas.

Las Instituciones abiertas⁴⁴ o Ambulatorios eran centros destinados a prestar asistencia a los beneficiarios cuya enfermedad no les obligaba a guardar cama. Prestaban servicio en ellos equipos de médicos de familia y

⁴⁰ *El Plan de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, INP, Publicación N° 693.

⁴¹ Orden de 9 de enero de 1947

⁴² Orden de 23 de enero de 1948

⁴³ Decreto de 29 de diciembre de 1948

⁴⁴ INP XXXVI, *PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS*. Madrid, INP, 1951, p. 6

especialistas en número variable, según el Centro, y que cambiaban como consecuencia de las características peculiares de cada zona de influencia.

En ciertos casos se instalaban en los Ambulatorios unidades de inspección médica para vigilar de cerca las prestaciones.

En determinadas circunstancias los Ambulatorios estaban dotados de un número restringido de camas con el fin de hospitalizar durante breves períodos a enfermos cuya recuperación podía ser inmediata o bien acogerles mientras aguardaban la llegada de una ambulancia para ser trasladados hasta la Institución cerrada correspondiente. Se trataba de centros situados en localidades predominantemente rurales donde no había Residencias cercanas.

Las Residencias o Instituciones⁴⁵ cerradas constituían centros de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cuyo riesgo estaba protegido por el Seguro. Siempre que fuera posible se incluía sistemáticamente un Ambulatorio en el edificio de la Residencia, teniendo en cuenta, tal como se especificaba en los folletos del INP

"...que la Residencia no estuviera demasiado alejada de las comunicaciones urbanas y medios de transporte público, permitiendo el fácil desplazamiento, tanto de los enfermos como del personal que trabaja en régimen externo".⁴⁶

Dentro de los Ambulatorios se distinguían dos modalidades en función de la escala y de los servicios prestados: Ambulatorios Reducidos y Ambulatorios Completos.

Los Ambulatorios reducidos⁴⁷ se hallaban situados en zonas de pequeña densidad de población y contenían, como mínimo, unos servicios esenciales.

Los Ambulatorios completos⁴⁸ se situaban en zonas de mayor densidad de población o formando parte de las Residencias. Contenían elementos de

⁴⁵ Ibidem, p. 7

⁴⁶ Ibidem, p. 14

⁴⁷ Ibidem, p. 8

⁴⁸ Ibidem, p. 9

diagnóstico y tratamiento para la asistencia de todas las especialidades preceptivas en el Seguro en régimen externo.

Disponían además de un número variable de unidades para los Servicios de Inspección, atendidos por Inspectores Médicos y Enfermeras Visitadoras. Incluían, por último, unos Servicios Administrativos.

Aunque administrativamente la clasificación aparecía rigurosamente estanca, lo cierto es que entre uno y otro tipo de Ambulatorio existían numerosos tipos de transición correspondientes a peculiaridades médico-sociales y geográficas de las zonas servidas.

La diferencia de esta organización sanitaria con la existente hasta entonces era realmente abismal, principalmente en las zonas rurales, donde los seguros privados de enfermedad no habían conseguido implantarse de forma mayoritaria. Como ya hemos dicho, estos seguros habían conseguido reunir un escaso número de afiliados en las zonas más industrializadas de la costa mediterránea, pero la mayor parte de la población con rentas bajas, se mantenía equidistante entre la medicina privada y la beneficencia, y con la amenaza constante de que una grave enfermedad superase la capacidad económica de la familia.

Por primera vez se había empezado a socializar la asistencia médica y la población, que en un principio asociaba la asistencia del Seguro con la beneficencia, empezaba a confiar en sus prestaciones sanitarias. El INP era consciente de su éxito y en los folletos y las publicaciones, hacían una comparación con la medicina anterior. Lo explicaban así:

“No es nuestro objeto hacer historia retrospectiva. La aspiración presente es constatar lo hecho, poner de relieve la situación actual y buscar fórmulas que hagan más óptima la esperanza en los beneficios que ha de reportar la Institución.

Examinaremos, pues, la asistencia sanitaria en los Centros del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Como es sabido, en España se prestaba la asistencia médica, en cuanto a medicina interna se refiere, bien con carácter público en hospitales y centros benéficos, bien en sanatorios privados o en el domicilio de los propios enfermos; las afecciones quirúrgicas eran tributarias de internamiento en una u otra clase de los centros aludidos.

La puesta en marcha del Seguro de Enfermedad hizo que la asistencia sanitaria se llevase a cabo siguiendo las mismas características que eran habituales en nuestro país; asistencia domiciliaria por los médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad e internamiento, cuando la intervención quirúrgica era necesaria, en centros con los que se realizaron los oportunos conciertos.

Pero está ya dicho también que el Seguro Obligatorio de Enfermedad podía admitir que la asistencia por él prestada se limitase a suplir lo que la asistencia benéfica no había realizado. El Seguro está en la obligación de poner a disposición de sus beneficiarios una asistencia sanitaria que no sólo iguale en calidad a la mejor asistencia privada, sino que la supere, por cuanto las posibilidades en medios técnicos, materiales y sociales son superiores a todos los que la iniciativa privada puede reunir."⁴⁹

⁴⁹ INP 00896 *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953, pp. 21-22.

V.4. El viaje a los Estados Unidos. La admiración por los hospitales americanos

La Comisión de Enlace que gestó y aprobó el Plan Nacional de Instalaciones tenía intención de construir unas instalaciones equiparables, en cuanto a aportaciones técnicas, a las de los países más desarrollados⁵⁰, por ello se decidió investigar el funcionamiento de los hospitales más modernos del momento y, en el otoño de 1945, el Director del Instituto Nacional de Previsión, D. Luis Jordana de Pozas, llamó a los jefes de los servicios médicos y de ingeniería, el doctor Juan Pedro de la Cámara y el ingeniero Eduardo Shaw Loring, para encomendarles un viaje de estudio en el visitarían los principales hospitales de los Estados Unidos y al que más tarde se incorporaría también el arquitecto jefe del INP Eduardo Garay. Se continuaba así una vieja tradición de visitas y relatos sobre hospitales, iniciada por los ingenieros militares de finales del siglo XIX⁵¹.

Se había elegido Norteamérica por ser la potencia económica emergente del momento, pero también, porque Europa acababa de salir de una guerra demoledora, muchas de sus ciudades estaban en pleno proceso de reconstrucción y la sociedad en general restañando las graves heridas de una contienda que le había afectado de pleno.

La comisión enviada a los Estados Unidos visitó los hospitales más modernos y representativos, principalmente del tipo monobloque, ya clásicos en la mayoría de proyectos de nueva concepción en EEUU, además de algunos ejemplos históricos de pabellones, como el Hospital *Johns Hopkins*⁵² de Baltimore (1889) que, si no resultaba innovador por su arquitectura, sí que destacaba por su organización y por la calidad de su medicina.

⁵⁰ ZAVALA Y LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"...* op. cit. p. 9. En esta publicación Zavala hace una decidida defensa de este tipo de de hospitales americanos en altura.

⁵¹ PIELTAIN, A. "Los Hospitales de Franco"... op. cit. p. 27.

⁵² El hospital Johns Hopkins, cuya eficacia médica estaba muy reconocida, sorprendió a Garay por la tipología de su edificio, que seguía siendo de pabellones y a la que calificó de anticuada, pero también por su organización ya que seguían teniendo pabellones separados para atender a personas de distintas razas, cosa habitual en algunos estados de la Norteamérica de los años cuarenta.

De las notas de este viaje surgieron dos publicaciones⁵³, una del arquitecto Eduardo Garay y otra del médico Juan Pedro de la Cámara, así como algunas conferencias explicativas. El relato de Garay empieza con el sinuoso viaje a Estados Unidos a bordo de un Clipper⁵⁴, haciendo escala en Irlanda y Terranova y fue aglutinado en un inestimable texto titulado *Los hospitales en los Estados Unidos; notas de un viaje de estudio*⁵⁵, en el que, no solamente presentaba y describía los hospitales visitados, sino que aportaba numerosas soluciones para proyectar nuevos centros, desde la descripción de las instalaciones hasta el desarrollo de cada uno de los departamentos que componen el hospital. No es de extrañar, por lo tanto, que este pequeño texto, que salió de la preparación de una conferencia, llegara a ser libro de cabecera durante muchos años para los arquitectos que trabajaron al servicio del INP.

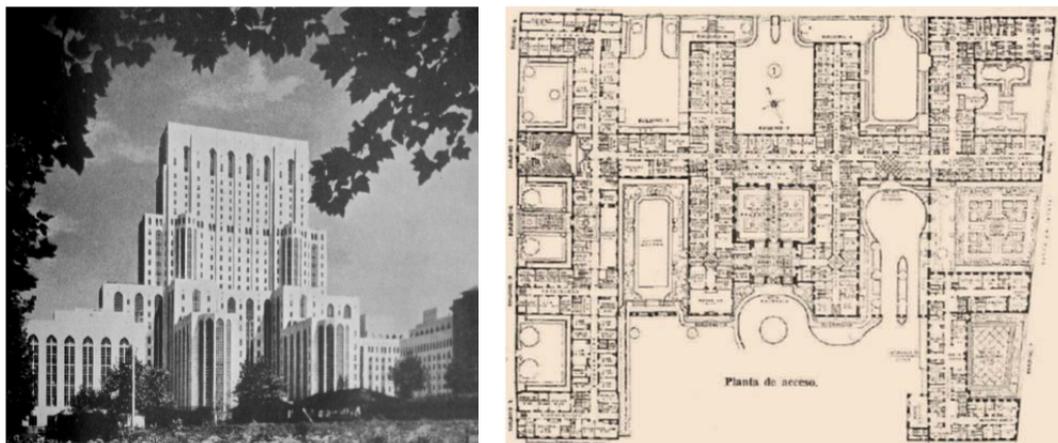
El libro está compuesto de una introducción sobre el motivo del viaje, una descripción general de los hospitales visitados, gráfica y escrita, y un estudio pormenorizado de sus áreas esenciales, incluyendo planos, detalles constructivos, fotos, datos económicos y técnicos, etc.

El primero de los hospitales visitados fue el New York Hospital (1932), diseñado por la sociedad de arquitectos Coolidge, Shepley, Bulfinch y Abbott, y situado entre el río Hudson y la Avda. de York, a la altura de las calles 68 y 70. Se trata de un hospital de 27 plantas y 1436 camas, que ocupa un solar de 28.000 m², y en el que, además del Hospital General, situado en el edificio central, se integran otros edificios como la Escuela de Medicina de la Universidad de Cornell, que ocupa los edificios bajos con fachada a la Av. de York; la Maternidad, el Psiquiátrico o la Residencia de Enfermeras, todos ellos con entradas independientes por las calles adyacentes.

⁵³ GARAY, E. *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947. y CÁMARA, J. P. *Fisonomía y vida del hospital americano. Estampas de un viaje de estudio*. Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1952.

⁵⁴ El Clipper era un modelo de avión con el que la Pan American hacía sus vuelos transoceánicos. A su vez había tomado el nombre de los navios que hacían esos mismos recorridos. Se trataba de un avión pequeño, para unos cuarenta pasajeros, equipado con cuatro motores de hélices y su característica más particular era que en caso de emergencia podía despegar o amerizar desde el agua.

⁵⁵ El libro está salpicado de anécdotas al margen de los hospitales, en las que alude, desde las azafatas de vuelo hasta las costumbres de la sociedad americana del momento.



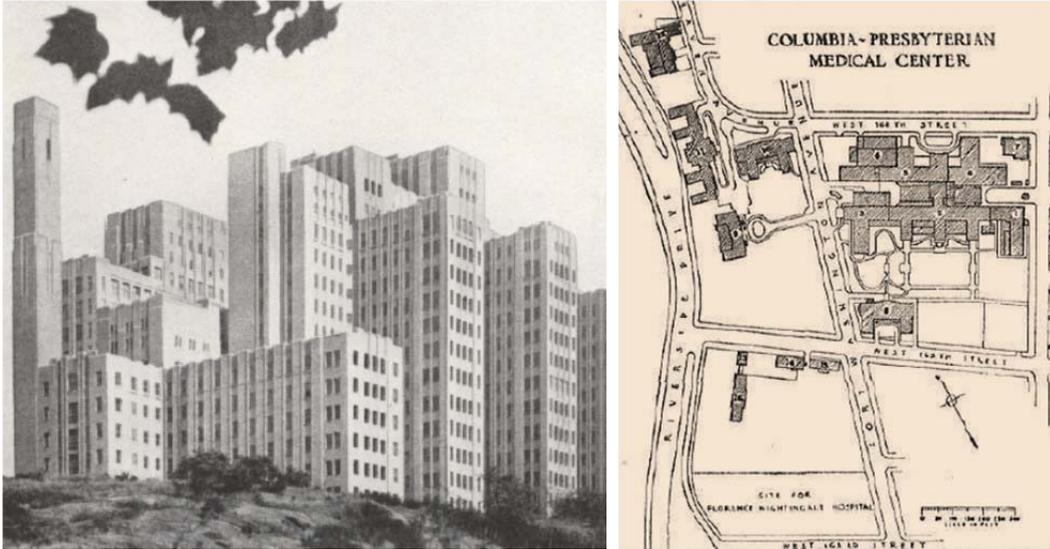
New York Hospital. Vista desde la Av. York y planta de acceso. (Fuente: E. Garay, 1947, p.8).

Este enorme hospital, de imagen Art Decó, ocupaba el solar equivalente a dos manzanas neoyorquinas y todo en él resultaba de una escala superlativa, desde el número de atenciones médicas hasta el gasto anual de limpieza de cristales. El edificio tenía los servicios de calefacción y agua caliente de producción propia, para lo cual se suministra de fueloil directamente desde el río Hudson. Cuenta con ventilación artificial en varias zonas del edificio y el presupuesto de construcción alcanzó los 21 millones de dólares.

También en Nueva York, visitó el Medical Center, Hospital Presbiteriano (1928), obra del arquitecto James Gamble Rogers. Este hospital tenía una imagen moderna y había sido visitado unos años antes, previamente a la realización del proyecto del Hospital Clínico Universitario de Madrid, por el arquitecto Manuel Sánchez Arcas, que quedó impresionado por el edificio, no sólo por el grandioso volumen, compuesto de varias torres, sino también por la técnica del desarrollo de sus instalaciones y la meticulosidad con la que se había estudiado su funcionamiento. A su vuelta a España escribió un artículo sobre el mismo en la revista *Arquitectura*⁵⁶.

⁵⁶ SÁNCHEZ ARCAS M. "Medical Center", en *Arquitectura*, N° 119, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1929, p 141-145.

El Hospital está formado por un conjunto de varios edificios, destinados cada uno a una especialidad diferente, como se ve en el plano general dibujado por Garay en el que señala con números los distintos usos de cada edificio.

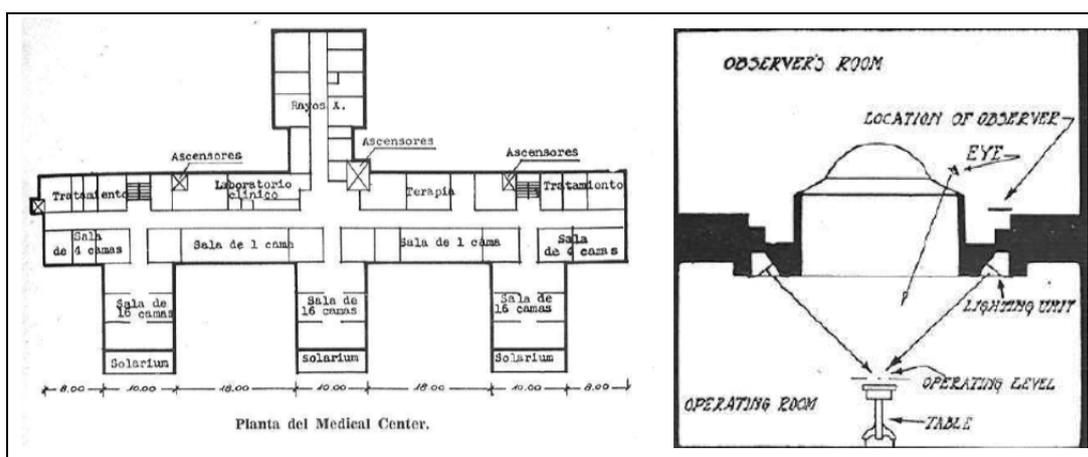


Vista general y plano de emplazamiento del Medical Center Hospital de New York. (Fuente: E. Garay, 1947, p.10).

El Hospital General es el volumen más alto y el que ocupa la parte central. Este edificio, señalado con el número 2 en la planta de emplazamiento que Garay incorporaba en su libro, fue el que sirvió como base de la distribución que reiteradamente se repitió en los proyectos de los hospitales españoles del INP. Las plantas de la Residencia Sanitaria de Barcelona, de Aurelio Botella son fiel reflejo del Medical Center, incluso las de la Residencia de Zaragoza, de García Mercadal, se organizaban de la misma forma⁵⁷.

En él se reconocen con claridad todos los elementos que habíamos visto en el esquema del hospital monobloque: el núcleo principal de comunicaciones verticales en el centro y las tres alas, una de las cuales es más pequeña y está orientada al norte y dedicada a Radiología, Quirófanos, Esterilización, etc.; y dos a ambos lados del núcleo destinadas a hospitalizaciones, con las habitaciones de enfermos orientadas al sur y los servicios complementarios al norte.

⁵⁷ ESCRIBANO MARQUINA, J. "Arquitectura hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión en Aragón. El Hospital Miguel Servet de Fernando García Mercadal", op. cit. p. 374.



Esquema de la planta tipo del edificio central del Medical Center de New York y detalle del techo de observación de un quirófano. (Fuente: E. Garay, 1947, p. 70).

En este caso las alas de hospitalización presentan tres apéndices hacia el sur, que son las salas grandes de 16 camas, terminadas en un solárium. Esta disposición en planta la reconocemos con claridad en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza como veremos en el capítulo correspondiente.

El tercero de los hospitales visitados en Nueva York fue el Memorial Hospital, de 250 camas, con un tamaño mucho más pequeño, especializado en los tratamientos oncológicos, y del que Garay destaca sus laboratorios y sus instalaciones radiológicas.

En Washington entraron en contacto con la Facilities Section del Public Health Service, departamento integrado por médicos y arquitectos dedicados al estudio y la planificación de los hospitales en Estados Unidos. Allí pudieron conocer el plan general de hospitales y la programación de los mismos.

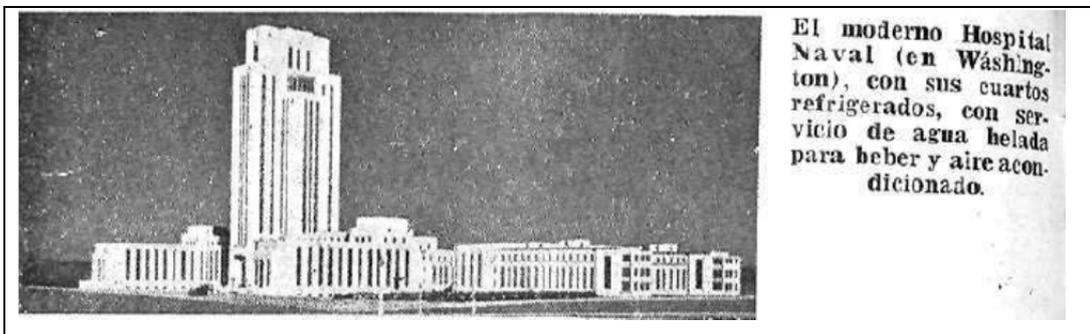
Cerca de Washington, visitaron el Navy Medical Center en Bethesda, (Maryland) hospital perteneciente a la Armada de los Estados Unidos y uno de los hospitales más modernos del momento⁵⁸. Estaba situado en un rascacielos de gran altura y de poca superficie en planta, con una distribución de las hospitalizaciones de tipo "aglomeración"⁵⁹, excepto las

⁵⁸ El Navy Medical Center sigue teniendo la consideración de uno de los mejores hospitales del Estados Unidos y es el centro hospitalario donde se atiende al Presidente de la nación y su familia.

⁵⁹ Garay distingue en su libro tres tipos de disposición de las hospitalizaciones: de tipo privado, en habitaciones individuales, semiprivado, en habitaciones de dos a cuatro

dos plantas destinadas a habitaciones privadas para jefes de alta graduación.

Proyectado por el arquitecto Paul Philippe Cret⁶⁰ en 1936, contaba con las mejores instalaciones de radiología y quirófanos de todo el país así como con las últimas novedades en cuanto a comodidades de los usuarios: aire acondicionado, transporte de las comidas hasta las habitaciones en carritos manteniendo la temperatura, agua refrigerada, frigoríficos y armarios calientes en los oficios de planta, etc.



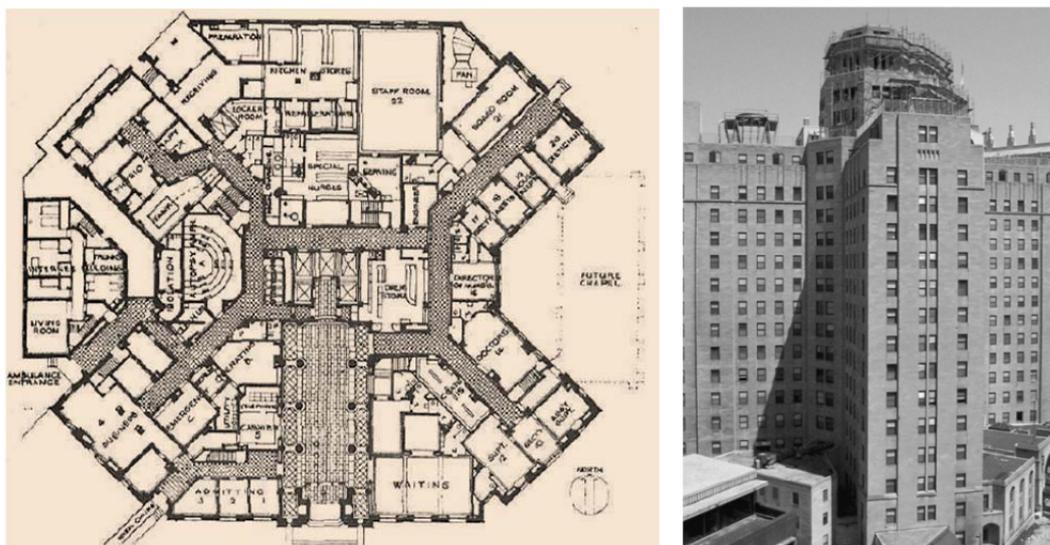
Navy Medical Center en Bethesda, (Maryland). Abajo imagen del libro de Garay, (Fuente: E. Garay, 1947, p.73). Arriva imágenes actuales. (Fuente: www.google.es/search?q=Navy+Medical+Center+in+Bethesda,+Maryland)

En Baltimore (Maryland) visitaron el Johns Hopkins Hospital ya mencionado y en Chicago (Illinois) el Wesley Memorial Hospital (1940). El hospital de Chicago contaba con 20 plantas y 650 camas y tiene una planta muy característica en forma de panóptico, que nos hace recordar las propuestas de hospitales ideales realizadas por los arquitectos ilustrados del XVIII y XIX, con

camas y unidades en aglomeración, también llamadas unidades abiertas, en habitaciones colectivas de hasta 16 o más camas.

⁶⁰ El arquitecto Paul Philippe Cret fue profesor de Louis Kahn en la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia, donde Kahn colaboró unos años en su despacho.

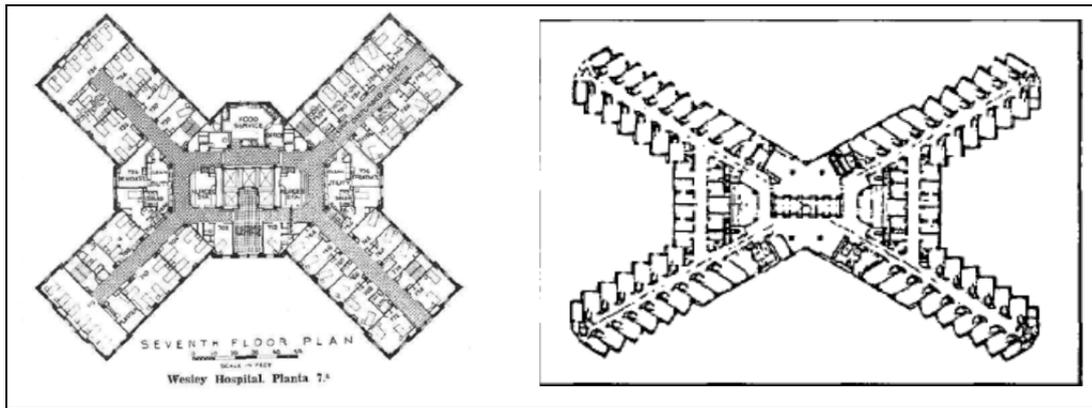
el núcleo de comunicaciones verticales en el punto central y cuatro alas convergentes para las hospitalizaciones. Tiene la ventaja de que se acortan los recorridos de las enfermeras para atender a los enfermos hospitalizados, pero también algún inconveniente, como la excesiva concentración de circulaciones convergiendo en el mismo punto: el centro de la cruz.



Wesley Memorial Hospital, (1940) planta de acceso y vista exterior. (Fuente: E. Garay, 1947, p. 73).

En cuanto a la tipología del hospital, su novedad estriba en la concentración de los servicios clínicos en las plantas bajas, en vez de repartirlos por especialidades en las distintas plantas del hospital, tal como era habitual en los hospitales verticales. Se adelantaban así, tímidamente, sus arquitectos Tielbard & Fugard al modelo que se repetirá en Europa unos años más tarde: el hospital de Torre + Base, en el que los servicios centrales se concentran en una base formada por dos o tres plantas extensas, quedando las plantas altas exclusivamente para la hospitalización. Esta tipología no fue usada en España en ninguno de los hospitales de la primera etapa del INP, aunque sí lo fue más adelante⁶¹, en los años setenta del sigloXX, cuando fue recuperada por Marcide para el hospital Doce de Octubre de Madrid.

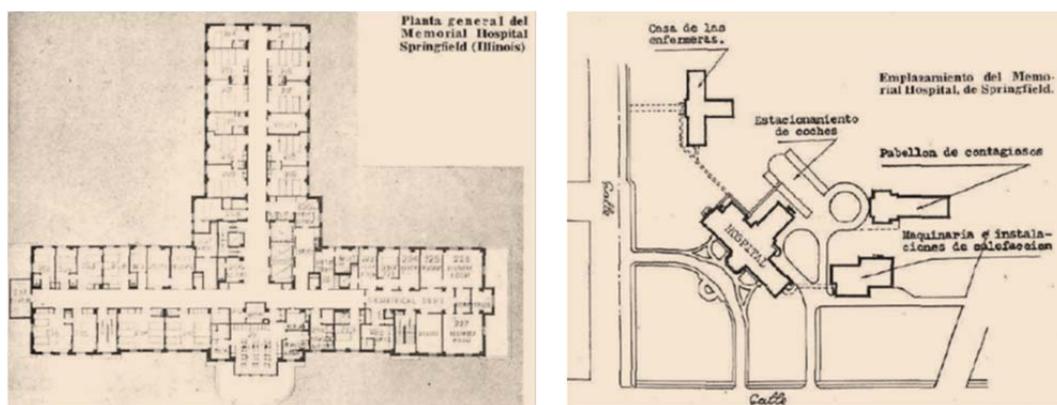
⁶¹ La planta del Hospital Wesley nos recuerda a la que años más tarde utilizaría Martín José Marcide para el Hospital Doce de Octubre, aunque la disposición de las aspas en el hospital madrileño, con el punto de convergencia centrado en los ascensores, hizo que el problema de esta tipología, la excesiva concentración de circulaciones, fuera mucho más acusado.



Wesley Memorial Hospital, (1940) planta siete, (izquierda). (Fuente: E. Garay, 1947, p.73) y Planta tipo del Hospital Doce de Octubre, Madrid. (1973). (Fuente: Pieltain, 2007, p. 132).

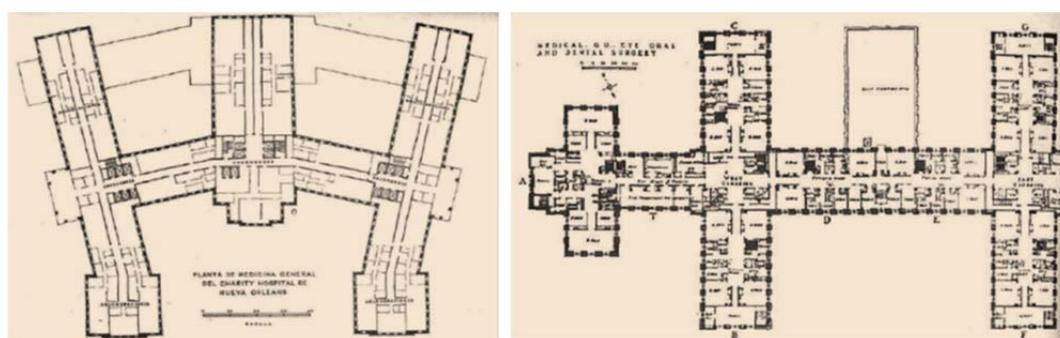
Desde Chicago, Garay declinó visitar la Clínica Mayo, en Rochester, pues, aunque la institución era de gran interés desde el punto de vista de la asistencia médica, desde el arquitectónico no lo era tanto. Sustituyó esta visita por dos hospitales de Springfield (Illinois): el Memorial Lincon Hospital, de 500 camas, y el Saint Johns Hospital, de 12 plantas y 700 camas. De ambos alaba el empleo de materiales novedosos como el linóleo en paredes, los aislamientos acústicos en techos, o los emplomados de las paredes en los cuartos de radiología.

Visitó también Garay los más grandes hospitales de Estados Unidos como el Charity Hospital de Nueva Orleans (Luisiana) con 3300 camas o Los Ángeles Country General Hospital de Los Ángeles (California) con 3000 camas. El primero de ellos había sido proyectado por los arquitectos Leon Weiss, Felix Julius Dreyfous y Solis Seiferth y mantuvo su actividad hasta 2014, año en que fue cerrado como consecuencia de los daños causados por el huracán Katrina. El segundo, diseñado por Allied Architects Association en 1932, ocupaba una gran extensión y estaba integrado por 123 edificios formando el complejo.



Planta tipo y plano de emplazamiento del Memorial Lincoln Hospital, Springfield. (Fuente: E. Garay, 1947, p. 75).

Estos Hospitales, por sus grandes dimensiones resultaban muy complejos y, o bien ocupaban unas extensiones enormes, como el caso de Los Ángeles, o se desarrollaban en tipologías polibloque como la del Charity Hospital, de aspecto Art Decó, cuya traza tiene una gran similitud con la que años más tarde e utilizaría en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid⁶².



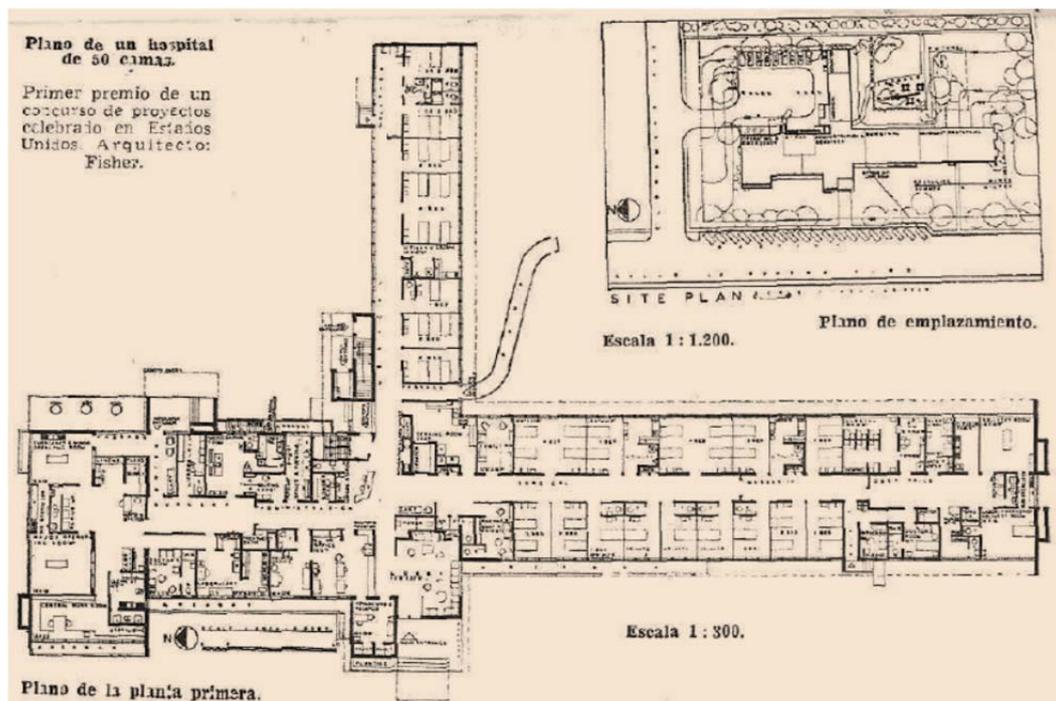
Charity Hospital de Nueva Orleans, izquierda. Los Ángeles Country General Hospital, derecha (Fuente: E. Garay, 1947, p. 78).

Por último visitó un hospital totalmente prefabricado y portátil, que había sido fabricado en el Este de los Estados Unidos, y transportado y montado en el plazo récord de cuatro meses en el Mc. Laren Park de San Francisco durante la Segunda Guerra Mundial. Constaba de 225 barracones de 17 metros de largo, y constituía 60 unidades de hospital, con una capacidad de 2500 camas. Había dado asistencia a los heridos evacuados de los frentes de Oriente durante la segunda Gran Guerra. Aunque los barracones eran de

⁶² El Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal conocido popularmente como “el piramidón”, fue diseñado por los arquitectos Martín José Marcide, Rafael Aburto y Federico del Cerro y se inauguró en 1977.

madera, el hospital contaba con todos los servicios clínicos, como quirófanos y radiología.

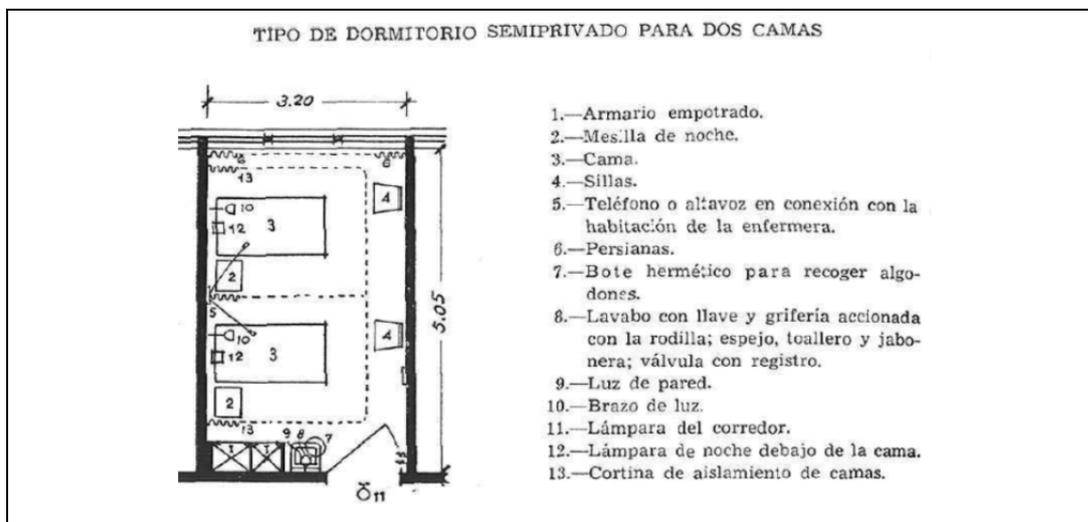
La segunda parte del libro de Garay es la que resultó de mayor utilidad para los arquitectos del INP y está dedicada a describir con detalle las instalaciones de los hospitales americanos: calefacción, ventilación, refrigeración, energía eléctrica, ascensores, aislamientos térmicos, así como ejemplos de soluciones de los distintos servicios del hospital, desde las unidades de hospitalización hasta quirófanos, e incluso disposiciones completas de hospitales tipo, como el ganador de un concurso de hospital de 50 camas, firmado por el arquitecto Fisher.



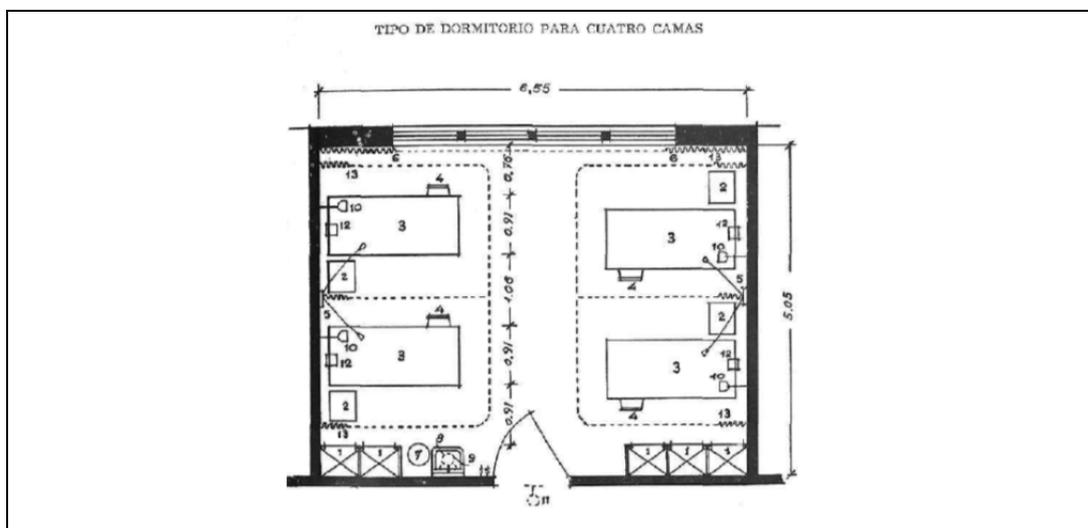
Planta y plano de emplazamiento del proyecto premiado en el Concurso para Hospital de 50 camas en Estados Unidos. Arquitecto: Fisher. (Fuente: E. Garay, 1947, p. 83).

Se incluyen en las páginas siguientes reproducciones de algunos de los numerosos detalles que aportaba Garay en su libro sobre los hospitales americanos, en los que se especificaba con minucioso detalle la disposición de dormitorios de pacientes, para una cama, para dos, etc. hasta llegar a la disposición en aglomeración. Lo mismo hacía con los dormitorios de pacientes aislados, con los oficios y las salas de estancia de enfermería y con todas las unidades de tratamiento: salas de operaciones, salas de

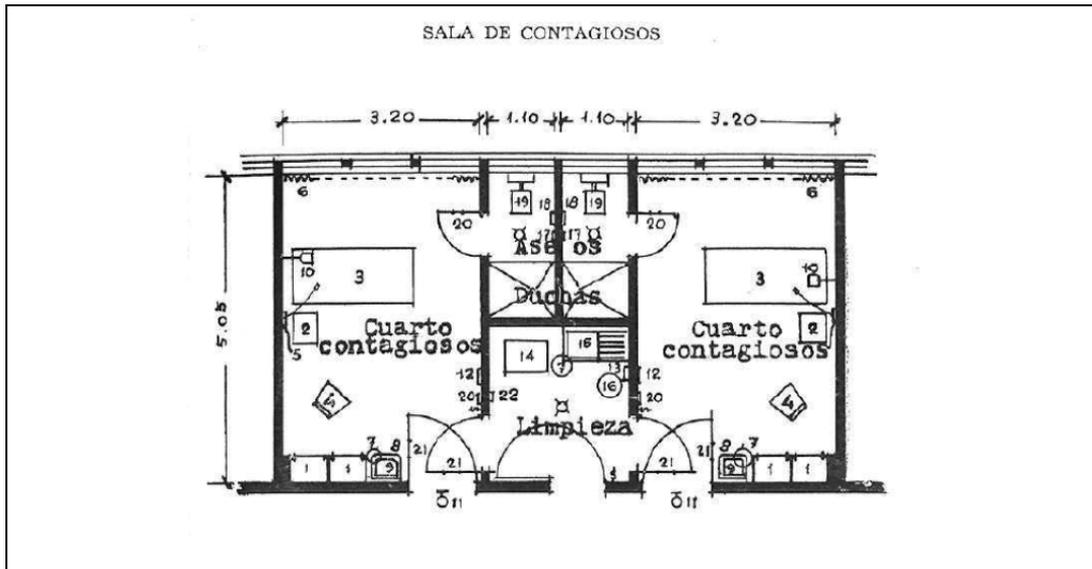
odontología, salas de terapias, departamento de radiografía, departamento de urgencias, departamento de maternidad, departamento de esterilización, laboratorio, farmacia, cocina, lavandería, así como detalles de iluminación y mobiliario. Se aportan algunos de los dibujos señalados.



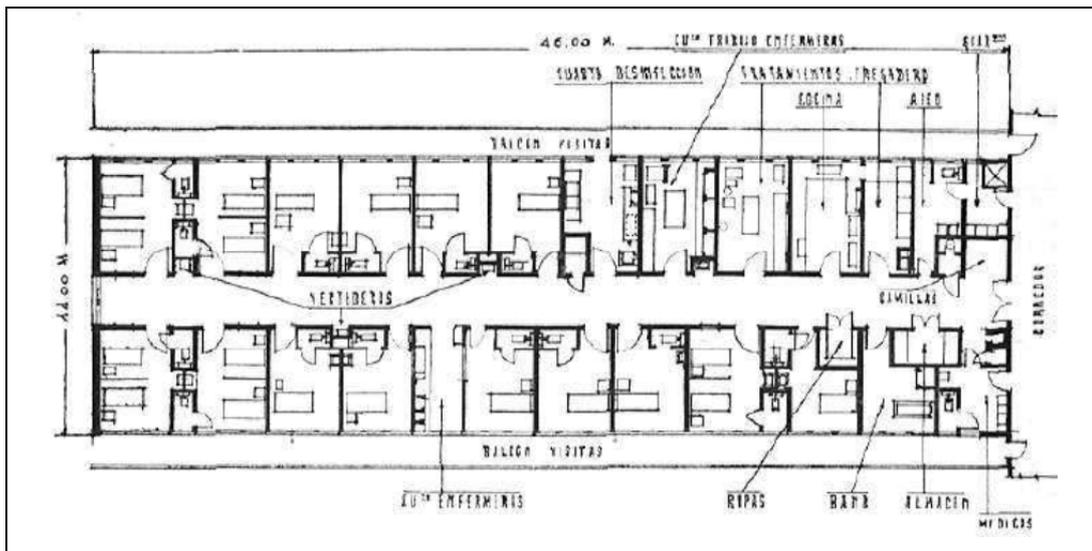
Dormitorio tipo para dos camas. (Fuente: E. Garay, 1947, pp. 90-102).



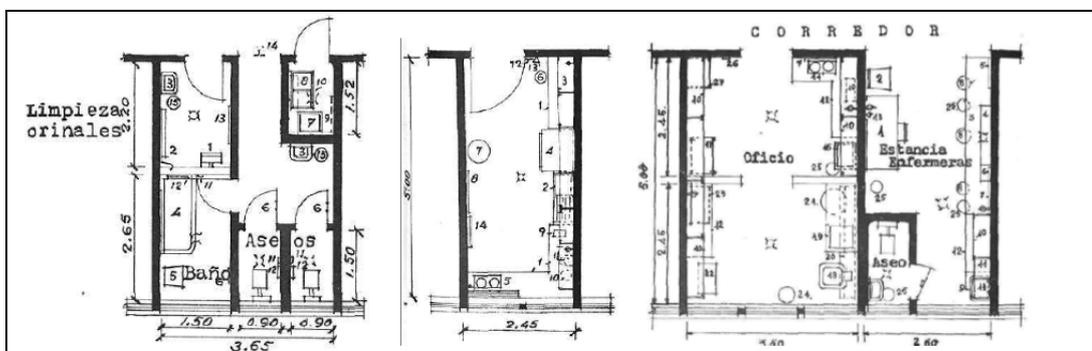
Dormitorio tipo para cuatro camas. (Fuente: E. Garay, 1947, pp. 90-102).



Sala tipo de dos dormitorios para contagiosos. (Fuente: E. Garay, 1947, pp. 90-102).



Unidad de enfermería. (Fuente: E. Garay, 1947, pp. 90-102).



Modelo de servicios y oficinas de planta. (Fuente: E. Garay, 1947, pp. 90-102).

Eduardo Garay era el más veterano en la oficina de proyectos del INP. De su actividad anterior solo ha trascendido el proyecto para el concurso del solar del edificio Capitol en la plaza de Callao, en 1931, en el que colaboró con Juan de Zavala. En este concurso de carácter privado, en uno de los solares más conocidos del Madrid de los años treinta y en el que únicamente se participaba por invitación del promotor, Enrique Carrión, marqués de Melín, solamente se presentaron seis propuestas, firmadas por arquitectos de reconocido prestigio como Luis Gutiérrez Soto, Pedro Muguruza, Manuel de Cárdenas, Luis Martínez-Feduchi con Vicente Eced y Emilio Paramés con José María Rodríguez Cano, lo que hace suponer que Garay y Zavala formaban parte del exclusivo grupo de arquitectos cuyos proyectos se cotizaban en Madrid y que fueron llamados a participar en el concurso del mejor edificio de los años treinta.

Su propuesta, en comparación con las otras cinco presentadas, no levantó demasiado entusiasmo. Carlos de San Antonio Gómez, en una ponencia dedicada a analizar el concurso, la califica de "volumen anodino":

"Respecto a la imagen del edificio, hay unanimidad en enfatizar el ángulo formado por la confluencia de Jacometrezo y Gran Vía, con un elemento vertical a modo de torreón. En la solución de Garay y Zavala, ese elemento apenas queda sugerido por lo que el edificio carece de la fuerza expresiva de otras propuestas, presentando un volumen anodino que no pasa de ser uno de tantos edificios en esquina, con un lenguaje a lo Mendelsohn, que por entonces se construyeron en Madrid,"⁶³

El concurso fue declarado nulo por el Marqués de Melín pero, los ganadores de hecho fueron Feduchi y Eced, que recibieron el encargo de hacer la obra y que construyeron el magnífico edificio que todos conocemos.

Su condición de Jefe del Servicio de Arquitectura del Seguro Obligatorio de Enfermedad, le permitió a Garay realizar algunos proyectos de Residencias y Ambulatorios del Plan Nacional de Instalaciones. No fueron las más grandes,

⁶³ DE SAN ANTONIO GÓMEZ, J. C. "El concurso para el edificio Capitol de Madrid" en *XIV Congreso Internacional de Expresión Gráfica Arquitectónica*, Oporto, 2012, pp. 677-682.

ni siquiera las más representativas, proyectadas en su mayoría por los arquitectos contratados por obra, que resultaron ser mucho más prolíficos. Tal como cuenta Alberto Pieltain⁶⁴, de los seis arquitectos que hicieron los proyectos del Plan Nacional de Instalaciones, tres eran funcionarios: Eduardo Garay, Juan de Zavala y Germán Álvarez de Sotomayor y los otros tres contratados por obra, si bien su continuidad duró 25 años: Fernando García Mercadal, Martín José Marcide y Aurelio Botella. Para incentivar la producción se estableció un sistema de reparto que consistía en premiar con un nuevo encargo cada proyecto entregado. Esta fórmula animó a los arquitectos contratados por obra.

Garay construyó tres Residencias: en Alicante, Albacete y Palencia y seis Ambulatorios: en Alicante, Logroño, Pamplona, Guernica, Medina de Pomar y San Leonardo de Yagüe.

Las descripciones de los hospitales americanos recogidas en el libro de Garay influyeron notablemente en los proyectos de la primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias, todos ellos adoptaron la tipología monobloque, con la planta simétrica del llamado "modelo de avión", sacada del Medical Center de Nueva York, que si bien para las Residencias más grandes proporcionaba un funcionamiento adecuado, en las más pequeñas su acuerdo con el programa se hacía más complicado. Una de las pocas Residencias que rompió con la simetría del impuesto modelo de avión fue la de Palencia, de 100 camas de capacidad, proyectada por Garay (1950), que sí que había tomado buena nota de los ejemplos de pequeños hospitales visitados en Estados Unidos.

⁶⁴ PIELTAIN, A. *ARQUITECTURA PARA LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA, 1942-1977: Construcción de la red pública de hospitales*, op. cit. p. 50.

Pieltain, además de hacer un detallado relato del sistema de adjudicación de los proyectos, hace una comparación del trabajo realizado por cada uno de los arquitectos, estableciendo como unidad comparativa, no las Residencias entre las que podía existir diferencias de tamaño, sino el número de camas. Llegando a la conclusión de que, en esta etapa, los tres arquitectos contratados habían proyectado Residencias para 6.000 camas, en el mismo periodo en que los tres arquitectos funcionarios lo habían hecho para 2.255 camas.

Capítulo VI

ARQUITECTURA HOSPITALARIA ESPAÑOLA DEL SIGLO XX

A. ANTECEDENTES

Los sanatorios antituberculosos

M. Sánchez Arcas y Luis Lacasa, precursores del hospital moderno en España

La II República y la arquitectura higienista del GATEPAC

La construcción de los hospitales ha estado siempre ausente de la historiografía de la arquitectura, donde los criterios de valoración formal prevalecen sobre aspectos de programación y correcta funcionalidad. Este desencuentro de la arquitectura y la ciencia médica viene de lejos, pero ha sido en el siglo XX cuando mayores esfuerzos se han hecho desde la disciplina de la arquitectura por alcanzar ese punto de encuentro que conjugue la complejidad de los requisitos funcionales con la consecución de espléndidas piezas de arquitectura de autor que se conviertan en referentes de la modernidad.

La reconciliación de estas dos disciplinas se produjo de una manera natural con la aparición de la tipología de los sanatorios antituberculosos que alumbró edificios tan singulares como los sanatorios de Paimio del finés Aalto o de Zonnestraal de los holandeses Duiker y Bijvoet, y en España el Dispensario Central Antituberculoso de Sert, Torres y Subirana. En lo referente a los hospitales generales Paul Nelson, en los años treinta, fue el referente que en Europa marcó un antes y un después en cuanto a pensar el diseño de los hospitales en términos de arquitectura moderna con su propuesta para el Hospital de la Ciudad de Lille, de la misma forma que lo hicieron en España Sánchez Arcas y Lacasa con el Hospital Clínico de Madrid y el Toledo.

Más adelante, en los años cuarenta, la voluntad política del Instituto Nacional de Previsión, unida al buen hacer de un reducido grupo de arquitectos, consiguió dotar al país de una nutrida red de hospitales que, si bien no han tenido cabida en la historiografía de la arquitectura española (en parte por responder a la imagen de la arquitectura de la autarquía sin demasiados logros formales o técnicos) constituyeron el germen de la actual arquitectura hospitalaria española, que cuenta con un merecido reconocimiento internacional.

VI.1. Los sanatorios antituberculosos

El país había quedado conmocionado a finales del siglo XIX por la muerte, enfermo de tuberculosis, de un monarca joven y popular como era Alfonso

XII. Esta concienciación nacional unida a la alarma social creada por las numerosas muertes producidas por la tuberculosis, hizo que se creara el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas en 1907¹ que, presidido por S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia, se encargaría de la lucha contra la llamada "peste blanca".

Este Patronato, aparte de las buenas intenciones de la Casa Real, no tuvo, en la práctica, unos resultados eficaces en la lucha contra la enfermedad, ya que tenía un carácter filantrópico y carecía de la capacidad operativa de un Organismo del Estado. En 1924, durante la dictadura de Primo de Rivera, para dotarlo de capacidad presupuestaria y organizativa, se le modifica el nombre y el articulado que regulaba su funcionamiento², pasando a denominarse Real Patronato de la lucha Antituberculosa de España aunque manteniendo en la presidencia a S. M. la Reina. A partir de ese momento todas las cuestiones técnicas del Patronato pasan a depender de la Dirección General de Sanidad³, comenzando así un periodo en el que la lucha contra la tuberculosis pasa a depender de los estamentos del Estado.

La tuberculosis se había convertido en el primer tercio del siglo XX en una auténtica lacra social, que afectaba sobre todo a las clases más desfavorecidas, con especial incidencia en la edad productiva y en las clases trabajadoras. Por eso desde el principio de su aparición, la enfermedad se asociaba a unas malas condiciones laborales y de vida: jornadas de trabajo excesivamente largas, mala alimentación, viviendas insalubres, hacinamiento.

El número de muertes en España producidas anualmente por la tuberculosis superaba las 33.000⁴, con una población que, en 1920, no llegaba a la mitad

¹ Real Decreto del Ministerio de Gobernación de 27 de diciembre de 1907, publicado en la Gaceta de Madrid el 28/12/1907.

² Real Decreto del Ministerio de Gobernación de 4 de junio de 1924, publicado en la Gaceta de Madrid el 5/6/1924.

³ Real Decreto del Ministerio de Gobernación de 3 de febrero de 1926

⁴ Véase el Discurso leído por el Exmo. Sr. Doctor D. Francisco Soler y Garde, Académico Numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, el día 27 de marzo de 1925, en el que cita las estadísticas publicadas por el Doctor Murillo, Director General de Sanidad.

de la actual⁵. En esas circunstancias, la construcción de sanatorios y la implantación de un sistema profiláctico que cortase la propagación de la enfermedad se hacía imprescindible, para ello durante la dictadura de Primo de Rivera se aprueban varios decretos que intentan regular la gestión de los enfermos de tuberculosis⁶. Se obliga a los médicos a declarar los enfermos diagnosticados, lo que facilitaba la elaboración de estadísticas sobre la enfermedad y se dictan normas para el diseño de las estancias de los enfermos, asegurando la ventilación, el soleamiento o la iluminación de las habitaciones, marcando también otras directrices que resultan comunes a todos los sanatorios, como la orientación sur de todas las habitaciones, el alejamiento de las zonas industriales o de los focos de producción de polvo, la implantación de las galerías de curas o la existencia de jardines en una proporción nunca menor a 100 m² por cada interno.

Se empieza a programar la construcción de sanatorios a los que tengan acceso las clases menos favorecidas, ya que, aunque desde hace tiempo, se asociaba la curación de la enfermedad con la estancia en estos establecimientos donde el enfermo llevaba una vida saludable, con reposo casi total y tomando largos baños de sol, los pocos que existían eran de carácter privado y por lo tanto inaccesibles para la mayoría de la población. En 1910 solamente el de Porta-Coeli en Valencia y alguno más tenían carácter “no exclusivamente privado”⁷, y las listas de espera para acceder a uno de ellos eran interminables.

El primer sanatorio que se llevó a cabo durante la época de Primo de Rivera fue el Hospital del Rey, en Madrid, en el que se construyen los primeros pabellones en 1925, según un proyecto del Arquitecto Ricardo García Guereta de 1919⁸. Este proyecto nunca llegó a construirse en su totalidad y

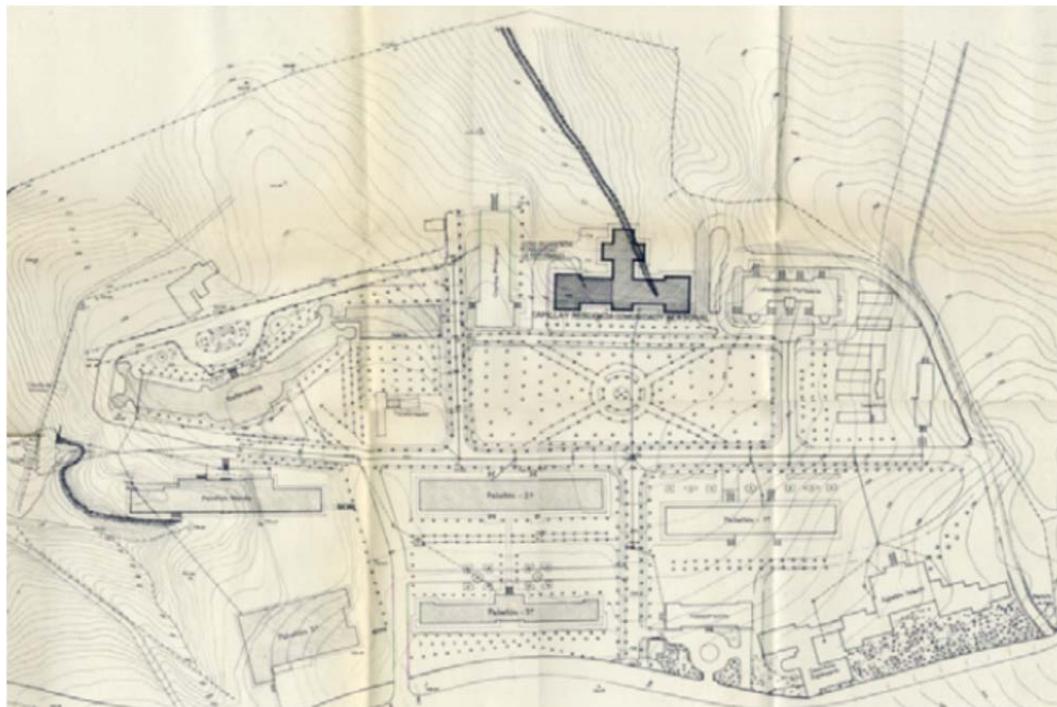
⁵ Datos obtenidos de la publicación Nº 51 de la Fundación BBVA: “La población en España. 1900-2009”. En estas estadísticas la población en 1920 era de 21.388.551 habitantes. (Internet), www.google.es/search?q=publicación+Nº+51+de+la+Fundación+BBVA%3A+La+población+en+España.+1900-2009, p. 3.

⁶ RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, 2014, p. 25.

⁷ Ibidem, p. 16.

⁸ GARCÍA GUERETA, R. y TELLO, F. *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est.

en la fecha de su inauguración contaba sólo con tres pabellones de los 17 previstos. Con el tiempo el solar se fue colmatando de otros edificios: en 1927 se inaugura la Enfermería para Tuberculosos Victoria Eugenia, en 1929 el llamado III Pabellón y en 1930 el IV Pabellón, todos ellos siguiendo la traza de García Guereta.



Emplazamiento del Hospital del Rey, con los distintos pabellones.(Fuente: Ruiloba, 2014, p.22).

También en Madrid se hicieron otros sanatorios como el Sanatorio de La Tablada⁹ (llamado Sanatorio Lago en honor del Dr. Lago, su médico fundador), proyectado por los arquitectos Amós Salvador y Manuel de Cárdenas, el Sanatorio de Húmera, en San Rafael, según proyecto de Manuel de Cárdenas y los preventorios de Guadarrama¹⁰.

Tip. Tordesillas, 1919. Citado en RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Op. cit. p. 22.

⁹ "El sanatorio Lago" en la revista *Arquitectura* N° 119. Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1929, pp. 132-134.

¹⁰ Los preventorios eran centros asistenciales, a mitad de camino entre sanatorios y colonias infantiles, situados en el campo y donde se llevaba a los niños pre-tuberculosos como medida preventiva, con la intención de fortalecerlos antes de desarrollar la enfermedad.

En 1930 se contaba en toda España con 23 sanatorios, de los cuales la mayoría eran de carácter privado. Si tenemos en cuenta que los datos manejados por el Director General de Sanidad, el Dr. Martín Salazar, en 1923 reflejaban que había en España 300.000¹¹ personas afectadas por la tuberculosis, nos da una idea de la necesidad acuciante de construir sanatorios.

Al instaurarse la II República, una de las primeras medidas que se tomaron en relación con este asunto fue disolver el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa e iniciar una campaña de creación de sanatorios y dispensarios desde las instituciones del Estado. Los gobiernos republicanos asumieron desde el principio la lucha contra la tuberculosis como una tarea prioritaria y a ello destinaron buena parte del presupuesto de sanidad¹², un tercio del total del Ministerio de Sanidad, según Pieltain.

El trabajo se inició con los dispensarios, por ser instalaciones más sencillas y más cercanas a la población, de cara a realizar una labor profiláctica y de prevención. En 1934 se contaba ya con 66 dispensarios¹³, habiendo duplicado la cifra desde el comienzo del periodo republicano. En muchos casos se trataba de pequeños locales en edificios existentes, obras en las que la mano del arquitecto tuvo poca colaboración. La prioridad era el presupuesto y la rapidez. Estábamos en un ratio de un dispensario por cada 357.000¹⁴ habitantes, mientras que Italia estaba en 114.000, Inglaterra 59.000, Francia y Alemania 54.000 y Finlandia en 17.000, había que ganar tiempo.

¹¹ Dato consultado en la página 93 del folleto "Problemas sanitarios sociales" editado por la Dirección General de Sanidad en 1923. Citado en el Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona el día 27 de marzo de 1925, por el Excmo. Sr. Doctor D. Francisco Soler y Garde, Académico Numerario.

¹² PIeltaIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p. 17.

¹³ MOLERO MESA, J. "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951).El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis". En Proyecto de Investigación PS91-0178 (DGICYT). Zaragoza, Unidad de Historia de la Medicina. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Zaragoza. 1994, p. 202.

¹⁴ MOLERO MESA, J. "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951).El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis"...op. cit. citando a ABELLÓ PASCUAL, J. "Dispensario antituberculoso central de Toledo. Resumen de la labor del año 1934-1935", en *Revista Española de Tuberculosis*, Madrid, 1935, p. 15.

No todos los dispensarios fueron obras anónimas, gracias a las buenas relaciones del GATCPAC, grupo catalán del GATEPAC, con Esquerra Republicana de Cataluña se consiguió que el grupo de arquitectos iniciara el estudio para la realización generalizada de dispensarios, comenzando, en 1933, con el Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona, obra de los arquitectos José Luis Sert, Juan Bautista Subirana y José Torres Clavé, situado en la barcelonesa calle Torres Amat. En este edificio los arquitectos trataron de conseguir un modelo que, distanciándose de las soluciones tradicionales, diera respuesta desde los principios higienistas de la arquitectura del Movimiento Moderno a un uso sanitario

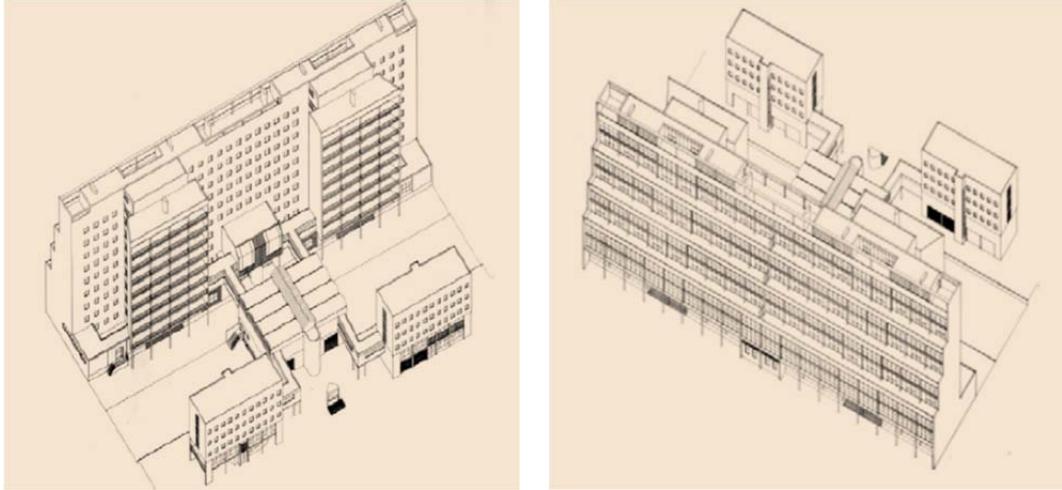


Vista del Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona. (Fuente: www.google.es/search?q=sanatorio+antituberculoso+de+barcelona,+sert).

La segunda y la más importante batalla a acometer en la lucha contra la tuberculosis fueron los sanatorios. Desde el Ministerio de Sanidad se impulsó la realización de estudios para elaborar unos “proyectos modelo de sanatorio”¹⁵ en los que colaboró el grupo de arquitectos del GATEPAC. José

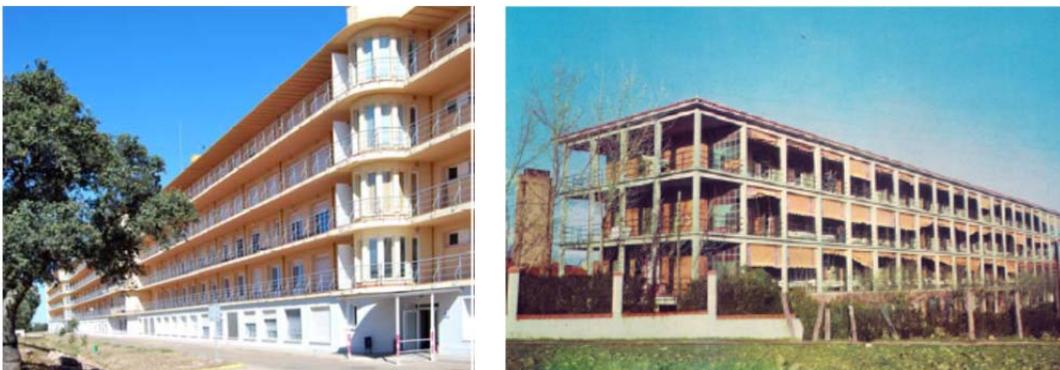
¹⁵ RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Op. cit. p 35.

Luis Sert y José Torres Clavé redactaron un proyecto tipo de Hospital para Tuberculosos para 400 camas en 1936: el proyecto HT 400, pero las realizaciones concretas fueron muy pocas.



Proyecto de sanatorio tipo, HT 400. Sert y Torres Clavé. (Fuente: C. Ruiloba, 2014, p. 45).

La poca estabilidad política y la corta duración de los gobiernos en el periodo republicano no permitieron acometer prácticamente ninguna obra de envergadura. De Rafael Bergamín son los proyectos de los Sanatorios de La Solana y de Los Montalvo, ambos de 1934, pero su construcción tendría que esperar hasta los años cincuenta. Uno de los pocos Sanatorios realizados durante la República es el Sanatorio Iturralde, aunque no se trataba de una obra pública, tenía carácter benéfico, pues fue donado por la familia de la que tomó el nombre. Fue construido en Madrid en 1934, según proyecto racionalista de Amós Salvador.



Sanatorio de Los Montalvo (izquierda) y Sanatorio Iturralde (derecha). (Fuente: Ruiloba, 2014, p. 35).

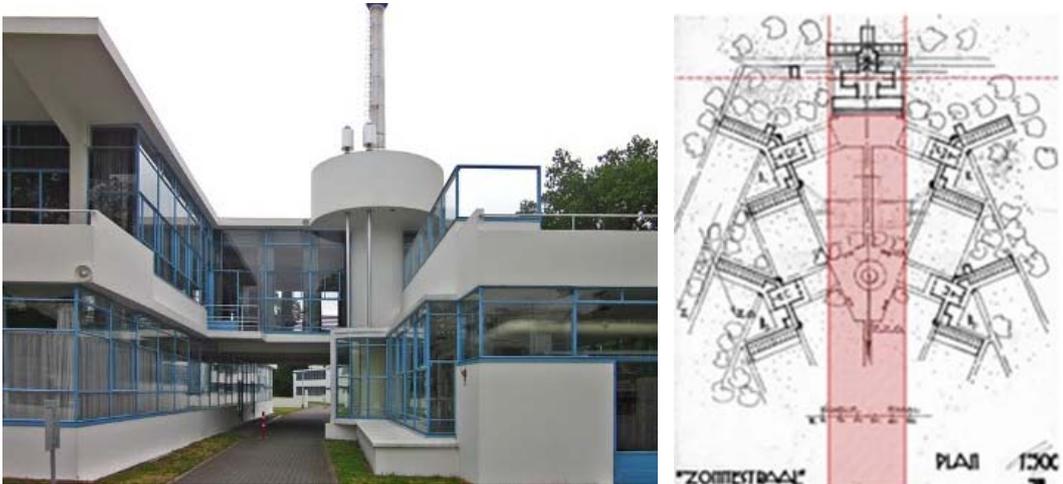
En el panorama europeo y mundial la situación, en cuanto a la afectación de la sociedad por la tuberculosis, era similar a España, con mayor o menor grado de incidencia en función de las condiciones de vida de cada país. Se comprobó durante la primera guerra mundial que el número de enfermos afectados por tuberculosis aumentaba sensiblemente en los países en guerra, pues la cantidad de calamidades que tenía que soportarla población empeoraba sus condiciones de vida.

Desde finales del siglo XIX se había asociado la curación con las estancias de reposo en lugares saludables, en medio de la naturaleza, cerca de las montañas, sin demasiada altura y con clima suave. Es por eso que empezaron a construirse en toda Europa sanatorios en lugares que reunían esas características. Uno de los más conocidos fue el Sanatorio de Schatzalt, en Davos, Suiza, (1870) lugar conocido también como zona de vacaciones. Este sanatorio tenía una imagen clásica, historicista, con arcadas en las galerías de soleamiento, pero la imagen de los sanatorios pronto se asoció con la de una arquitectura mucho más moderna. El discurso del Movimiento Moderno encajaba bien con la idea higienista y de sociedad saludable que implicaban los sanatorios. Incluso las imágenes formales utilizadas por la arquitectura moderna eran propicias para diseñar este tipo de edificios: fachadas muy acristaladas, grandes vuelos para alojar las galerías, barandillas imperceptibles, plantas orgánicas que se ajustan al terreno y que resuelven el programa sin rigidez.

El primero que marca el camino a seguir por la arquitectura del Movimiento moderno para acercarse a la solución ideal de estos sanatorios es el de Zonnestraal, en Hilversum, Holanda, proyectado por los arquitectos Johannes Duiker y Bernard Bijvoet. Proyecto que les fue adjudicado en 1919 y que, tras presentar numerosas propuestas, terminaron en 1926. El desarrollo de este trabajado proyecto lo describe detalladamente Ceciclia Ruiloba¹⁶, en un artículo en el que analiza la evolución de las propuestas, desde las iniciales con esquemas simétricos en T, tradicionales en los sanatorios de la época,

¹⁶ RUILOBA QUECEDO, C. "El Sanatorio de Zonnestraal" en *Cuaderno de notas*, Nº 15, 2014, pp. 1-17.

hasta la definitiva, consistente en edificios aislados, convertidos en “contenedores de rayos de sol”¹⁷ por sus fachadas acristaladas.

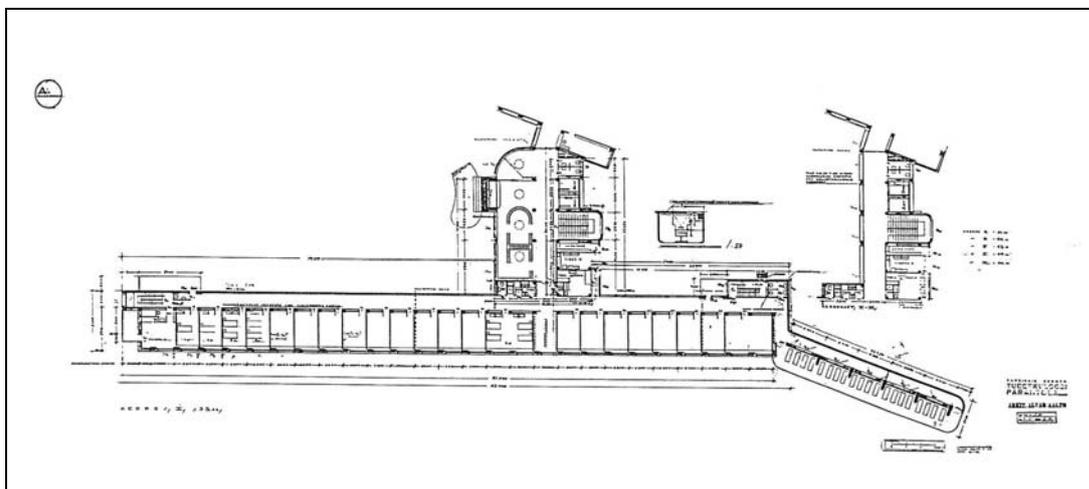


Imágenes y plano de emplazamiento del Sanatorio de Zonnestraal. (Fuente: plano, C. Ruiloba, 2012, p. 224, imágenes, www.google.es/search?q=Sanatorio+de+Zonnestraal).

En la misma línea, y unos años posterior, concretamente de 1933, es el Sanatorio de Paimio, en Finlandia, proyectado por el maestro del Movimiento Moderno Alvar Aalto, donde se conjugan perfectamente los principios del Movimiento Moderno con las exigencias de los sanatorios modernos y donde

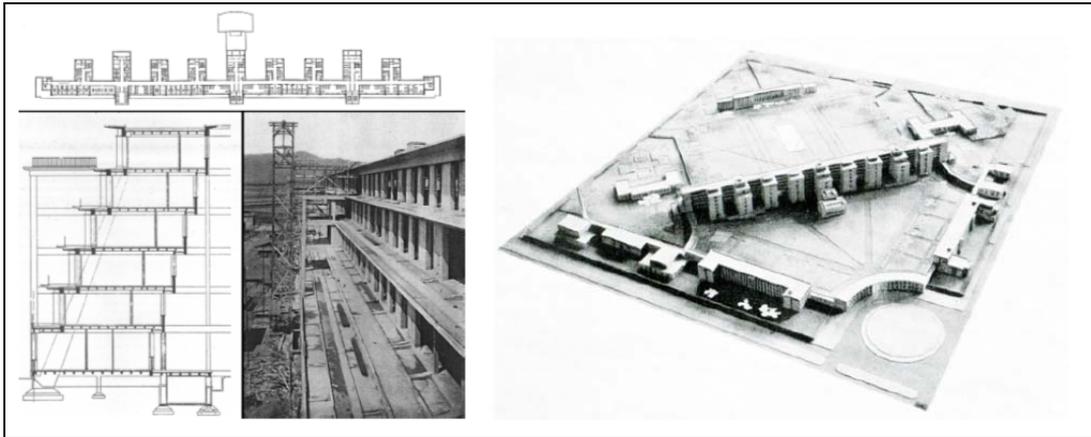
¹⁷ El significado de Zonnestraal es “rayos de sol”, por eso desde su inauguración se juega con el significado del nombre del sanatorio y la cantidad de luz que entra en sus pabellones.

Aalto tuvo ocasión de diseñar hasta el más pequeño de los detalles, como el lavabo con la concavidad exacta para evitar el ruido y las salpicaduras del agua.



Plano de la cuarta planta y vistas exteriores del Sanatorio de Paimio. (Fuente: www.google.es/search?q=sanatorio+de+Paimio,+aalto)

Los sanatorios tendían cada vez a ser más estrechos y alargados para que todas sus habitaciones contaran con la mejor orientación y soleamiento. Conforme el número de camas aumentaba, para resolverlos era habitual una solución de escalonamiento en la fachada sur, de forma que las plantas altas no acapararan todo el sol en detrimento de las plantas bajas. Esta disposición es la que adopta el Sanatorio de Colmar, (1936) Francia, del arquitecto Willian Vetter, solución que se convirtió en modelo y fue muy repetida en sanatorios.



Sanatorio de Colmar, planta, sección, imagen y maqueta. (Fuente: Ruiloba, 2014, pp. 29, 61).

Volviendo a España, durante la guerra civil, los dos bandos eran conscientes del previsible aumento de casos de tuberculosis que la contienda iba a producir en la población¹⁸, por ello, a los pocos meses de comenzar el conflicto bélico, Franco recupera el antiguo Patronato Nacional Antituberculoso de la dictadura de Primo de Rivera y lo pone en marcha en diciembre de 1936, con el encargo de atender las labores de conservación de los sanatorios existentes y de construir todos los posibles.

Aún con las limitaciones propias de la situación bélica, el Patronato consiguió duplicar, durante la guerra, el número de plazas para enfermos tuberculosos, pasando de las 2.450 existentes al comienzo de la guerra a 4.886 en el año 1940¹⁹. Aunque estas nuevas plazas, en muchos casos, se habían conseguido reutilizando edificios existentes, sin que cumpliesen estrictamente las condiciones necesarias para los sanatorios, al menos se conseguía aislar y tratar a los enfermos.

Al igual que la II República, el régimen de Franco consideró la lucha antituberculosa como una prioridad de la postguerra y ya desde el año 1940 se preparó un plan de choque consistente en la construcción de sanatorios para un total de 20.000 plazas: el Plan de Construcciones del Patronato.

¹⁸MOLERO MESA, J. "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951).El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis". Op. cit. p. 200.

¹⁹RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Op. cit. p55. Citando al "Informe Técnico al Proyecto de Organización Sanatorial, Patronato Nacional Antituberculoso", Madrid, 1944, pp. 16-17.

Para llevar a la práctica este Plan se siguió un esquema de actuaciones similar al que, años más tarde, se utilizaría para poner en marcha el Plan de Instalaciones Sanitarias del INP.

En primer lugar se identificaron las necesidades de cada región, en base a la cual se distribuyeron las plazas de sanatorios por el territorio, distinguiendo el tipo de construcción que se emplearía en cada zona, entendiendo que las condiciones climáticas eran definitorias para este tipo de arquitectura tan dependiente del soleamiento. Para ello se dividió el territorio en trece regiones: diez peninsulares y tres insulares, quedando los territorios de Marruecos independientes del Plan.

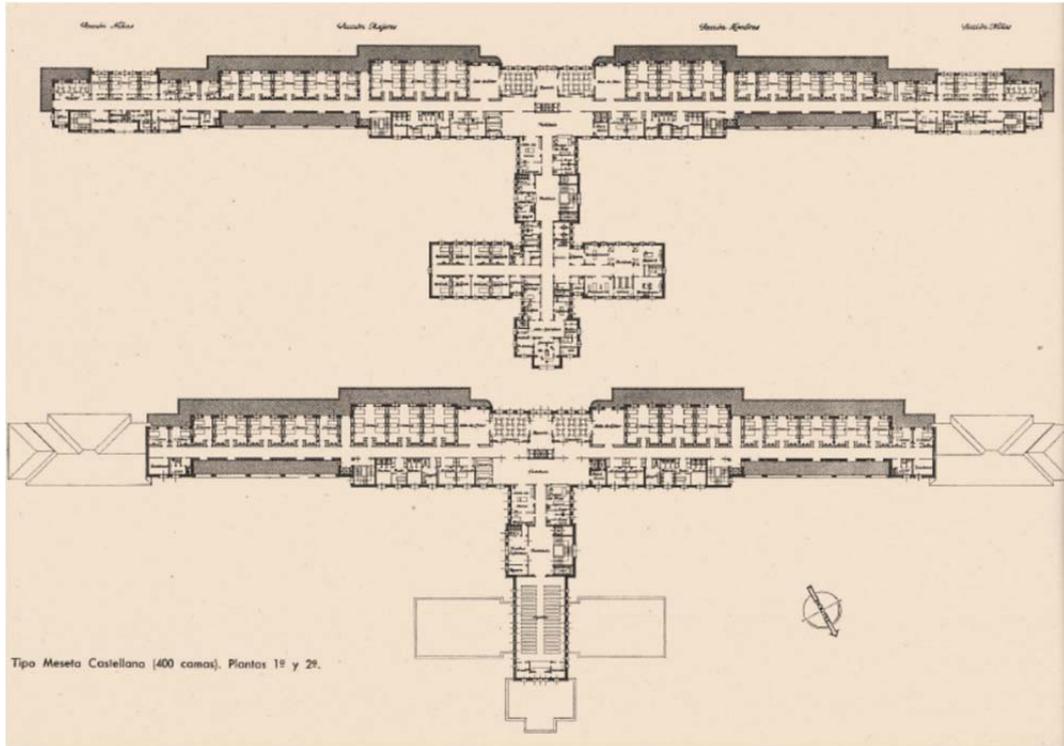
En segundo lugar se clasificaron los sanatorios por su capacidad: grandes de 600 camas, medianos de 300 camas y pequeños de 200 camas. Todos ellos capaces para el tratamiento de enfermos de ambos sexos, tanto adultos como niños.

Con estas directrices, en agosto de 1942, se convoca un concurso de anteproyectos con objeto de proporcionar al Servicio de Construcciones del Patronato tipos de sanatorios que pudieran ser desarrollados en cada proyecto concreto. Al igual que en el caso del INP, se trataba de un concurso sin emplazamiento concreto. Lo que se pretendía es que los concursantes propusieran modelos teóricos de sanatorios ideales, para luego ajustarlos a su emplazamiento concreto.

Se dividió la península en tres zonas climáticas: zona norte, meseta castellana y litoral mediterráneo, en el que se incluía también Andalucía y se pedían soluciones para tres tamaños de sanatorios: de 200, 300 y 400 camas. Los grandes sanatorios de 600 camas estaban excluidos del concurso por tratarse de casos excepcionales, fuera de los modelos habituales.

El resultado del concurso dio como ganador absoluto, tanto de modalidades como de zonas, al equipo formado por los arquitectos Ernesto

Ripollés, Aurelio Botella, Sebastián Vilata y Ambrosio Arroyo, todos ellos vinculados a la Administración del Estado²⁰.



Propuesta ganadora para la zona norteña, 200 camas. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 15, p.34).

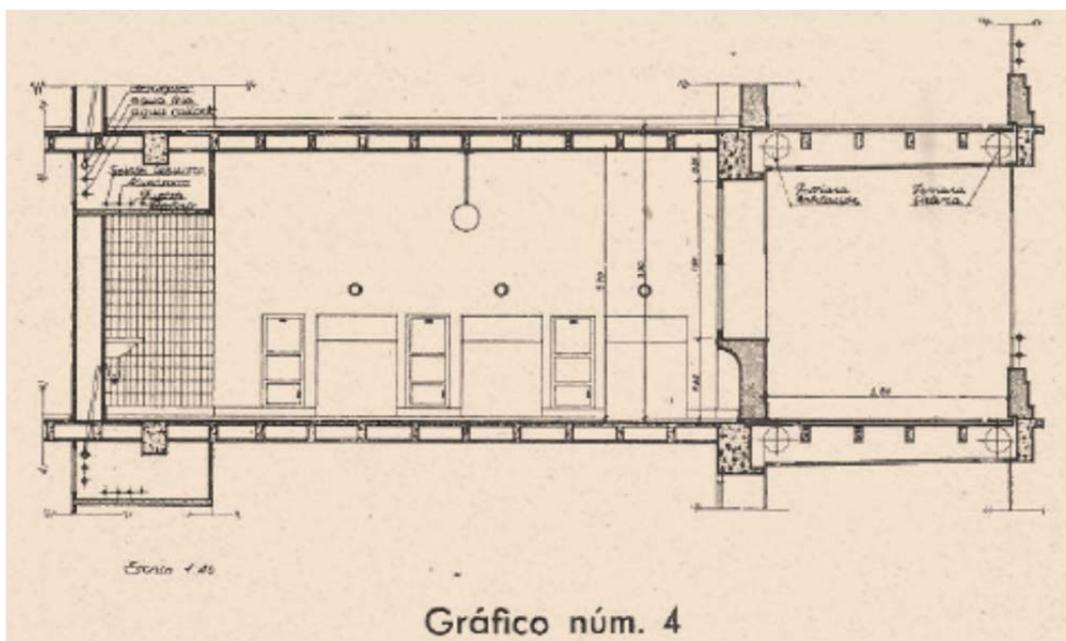
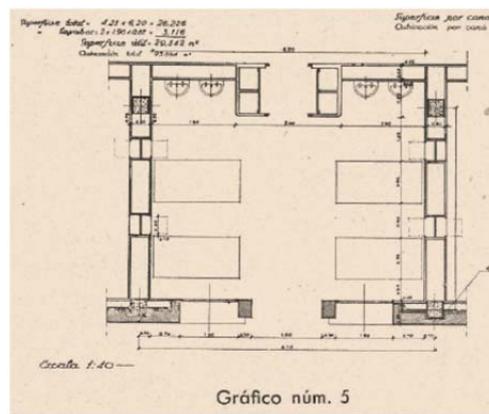
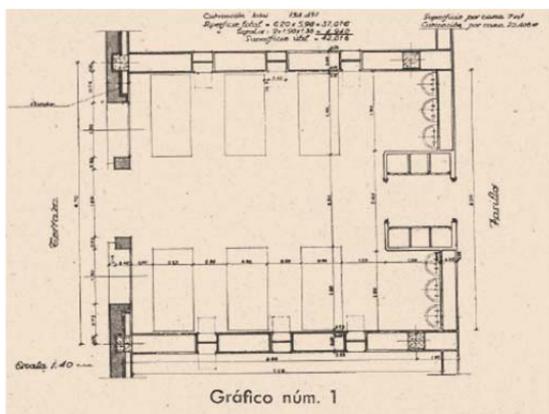
Su propuesta era un sanatorio compacto, con planta en T, desarrollado en altura y sin escalonamientos, más inspirado en los modelos tradicionales de principio de siglo que en los modernos sanatorios que se hacían en Europa y América desde los años treinta. Sin embargo la memoria desarrollaba de forma exhaustiva los tipos organizativos y las posibles variaciones de habitaciones y galerías curativas²¹.

A la hora de diferenciar los modelos para las distintas zonas climáticas se introducían pequeñas modificaciones técnicas, como la situación de las galerías de curas y la mayor parte de tipo formal, incorporando invariantes

²⁰ Ernesto Ripollés era Jefe de la Sección de Construcciones del Patronato y los otros tres miembros del equipo, Aurelio Botella, Sebastián Vilata y Ambrosio Arroyo pertenecían al Ministerio de la Gobernación.

²¹ "Concurso de anteproyectos de sanatorios antituberculosos. Primer premio" en *Revista Nacional de Arquitectura* N° 15, Madrid, COAM, 1943.

pintorescos, representativos de cada zona, a base de arcos, zócalos, inclinación de cubiertas o aleros.



Propuesta ganadora para la zona mediterránea, 300 camas. Desarrollo del área de enfermería, habitación de seis camas, de cuatro camas y sección. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 15, p. 17, 19).



Propuesta de los hermanos Borobio para la meseta castellana. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 15, p.15).

Merece la pena mencionar la propuesta presentada por los hermanos José y Regino Borobio para la zona de la meseta castellana, con una fachada de grandes huecos acristalados protegidos por toldos, más en la línea de los modernos sanatorios europeos que en la marcada por el Patronato y que, a pesar de ello, fue galardonada con uno de los segundos premios.

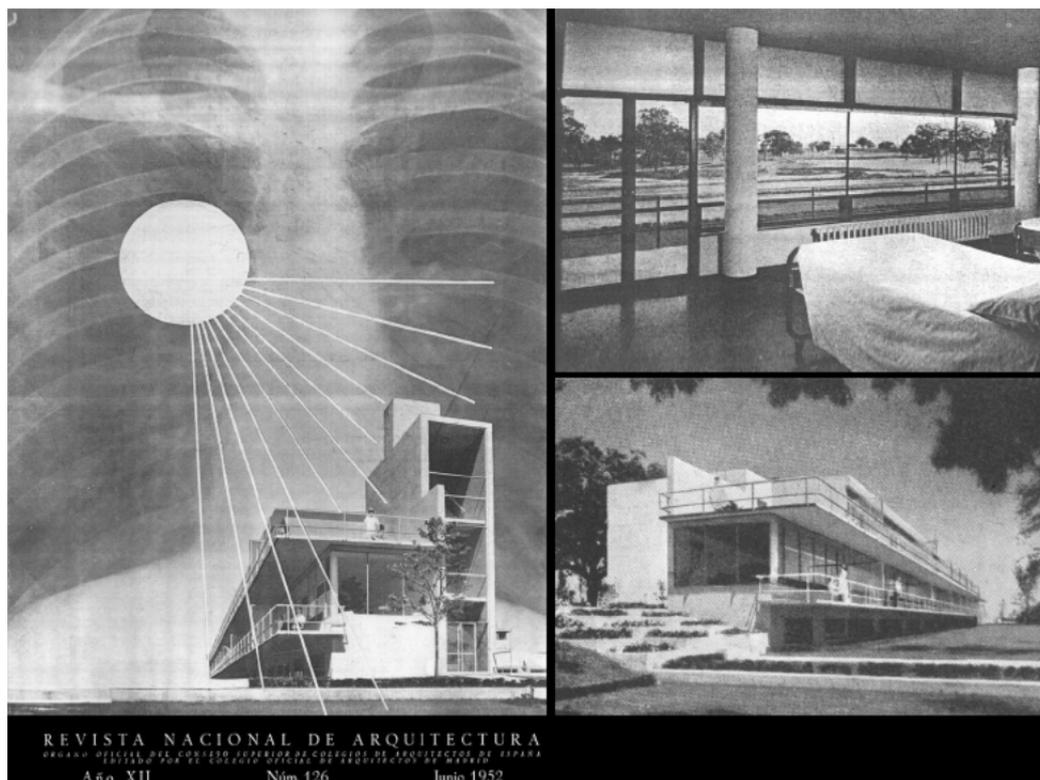
La gran mayoría de los muchos sanatorios realizados en España en los diez años que estuvo vigente el Plan, siguieron las directrices marcadas por Ernesto Ripollés en la memoria del proyecto ganador del concurso y proyectaron edificios de tipo compacto, con planta en forma de T y desarrollados en altura, en contraposición con los modelos defendidos por el Movimiento Moderno en el extranjero que, como ya hemos visto en los sanatorios de Paimio o Zonnestraal, eran edificios más extensos, articulados, y con grandes superficies acristaladas.

Esta tendencia cambió en los años cincuenta, cuando la influyente *Revista Nacional de Arquitectura* publicó un artículo titulado "Ideas para tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos"²² y en el que se exponían los sanatorios más modernos que estaba construyendo el famoso arquitecto americano Willian Pereira²³, cuyo sanatorio de Lake County, Waukegan (Illinois), 1939, aparecía en la portada de la revista. Pero este tipo

²² "Ideas para tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos" en *Revista Nacional de Arquitectura* N° 126, Madrid, COAM, 1952.

²³ Willian Pereira (1909.1985) fue un arquitecto americano, muy conocido en los años cuarenta y cincuenta en América (la revista TIME le dedicó una de sus portada, gran honor del que solamente han sido merecedores tres arquitectos en toda su historia). Profesor de la Universidad de California, construyó numerosos edificios en Chicago, de donde procedía y en California, entre ellos algunos sanatorios para la sanidad pública americana, en los que utilizó una estética del Movimiento Moderno.

de sanatorios no llegaron a construirse en España, pues ese mismo año, ante la eficacia de medicamentos como la estreptomycin y la isoniacida en el tratamiento de la enfermedad, el Patronato Nacional Antituberculoso dejó de iniciar nuevas construcciones y dos años más tarde, en 1954, tomó la decisión de paralizar incluso las obras de todos los sanatorios en fase de construcción²⁴.



Sanatorio de Lake County, Waukegan. Portada e interior de la Revista Nacional de Arquitectura N° 126. (Fuente: Pieltain, 2010).

²⁴ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p.35.

VI.2. Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, precursores del hospital moderno en España.

Nombrar a estos dos arquitectos supone hacer mención a las dos trayectorias más coherentes de la generación del 25, coherentes con la arquitectura racionalista que defendieron durante su ejercicio profesional en España. La decisión de ambos de abandonar el país al terminar la guerra civil contribuyó a mantener intachables sus postulados arquitectónicos hasta el final, cosa que resultó mucho más difícil para otros arquitectos que, obligados por las circunstancias, o simplemente como una opción personal, permanecieron en España y tuvieron que aceptar o esquivar a duras penas las imposiciones arquitectónicas de los vencedores.

Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa fueron dos arquitectos racionalistas, razonables diría Sánchez Arcas²⁵, pero con un racionalismo de connotaciones diferentes, los dos intentaban huir de los formalismos añadidos y superfluos de los que tanto adolecía la arquitectura española de los años veinte, para centrarse en lo esencial de la arquitectura que, en el caso de Lacasa se concretaba en un compromiso social, mientras que para Sánchez Arcas representaba la honestidad constructiva. Se puede considerar que fueron dos arquitectos complementarios, así los denomina Javier García-Gutiérrez Mosteiro:

“Voces complementarias -decimos- con características propias: Lacasa más teórico y polemista, incansable difusor de ágiles y, a veces, ácidos textos; Sánchez Arcas arquitecto-constructor, concentrado y confiado en la fuerza transformadora del construir.”²⁶

Es habitual considerarlos como pareja profesional, pero ni siquiera llegaron a compartir despacho, aunque con tan significativa obra en común que se identifican el uno con el otro. Los dos coinciden en su etapa estudiantil y sus

²⁵ Respuesta de Sánchez Arcas a la encuesta sobre el racionalismo en España planteada por García Mercadal en la Gaceta Literaria en abril de 1928. “¿Qué entiendes por arquitectura racionalista? Lo que nosotros practicamos nos parece razonable; no sé si te parecerá racionalista...”

²⁶ GARCÍA-GUTIÉRREZ MOSTEIRO, J. “Sánchez Arcas y Lacasa: dos posiciones complementarias” en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord...) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, p. 38.

trayectorias, desde que terminaron la carrera en 1921, transcurren paralelas hasta que, terminada la guerra civil, el destierro separa una de las parejas profesionales más prometedoras del panorama arquitectónico de los años treinta.

Durante sus años de actividad en España coincidieron en el cometido común de querer renovar la arquitectura imperante en España en los años veinte, caracterizada por los adormecidos eclecticismos del XIX, a la vez que mantenían un cierto distanciamiento con la ortodoxia formal de la arquitectura del Movimiento Moderno, con la que ambos tuvieron que colaborar en algún momento²⁷ pero de la que criticaban la excesiva sumisión a los postulados de Le Corbusier.

El primero en acometer una obra hospitalaria fue Sánchez Arcas, pudo influir en ello su relación familiar con la medicina²⁸, pero al año siguiente de terminar la carrera, en 1922, prácticamente sin experiencia profesional, se presenta al concurso de anteproyectos para la construcción del Sanatorio de la Beneficencia Española en el Distrito Federal de Méjico y lo gana formando equipo con los arquitectos José Arnal Rojas y Federico Reixa y García del Busto.

Les encargan el proyecto al año siguiente de ganarlo, en 1924 y lo realizan en pocos meses. Sánchez Arcas termina aquí su intervención, pues la dirección de la obra correrá a cargo de José Arnal y Federico Reixa que se desplazan a Méjico para tal cometido.

Se tienen escasos datos sobre el anteproyecto del concurso y del proyecto del sanatorio²⁹, únicamente aparecen en el artículo de Juan Ignacio del

²⁷ Sánchez Arcas colaboró con Aizpurúa y Labayen, incondicionales de Le Corbusier, en el concurso del Hospital de San Sebastián y Lacasa, aunque de manera impuesta, colaboró con Sert en la construcción del Pabellón Español de la exposición Internacional de París de 1937.

²⁸ Manuel Sánchez Arcas era nieto, hijo y hermano de médicos.

²⁹ Aparece una referencia gráfica, señalada como "Sanatorio Español, Instituto Ángel Urraza, México, Miguel Beltrán de Quintana" en el libro de Bernardo Giner de los Ríos *Cincuenta años de arquitectura española II*. Aunque Alberto Campo Baeza en su artículo "Una arquitectura limpia. La arquitectura de Sánchez Arcas" señala que este dibujo corresponde con el Sanatorio proyectado por Sánchez Arcas, no parece seguro que así sea, pues el edificio representado en el dibujo tiene cuatro plantas de altura y, sin embargo, el proyectado por el arquitecto español tenía

Cueto³⁰ un plano de emplazamiento y algunas fotografías realizadas durante las obras. El único documento que nos permite conocer someramente las características del anteproyecto es la descripción que de él se hace en el fallo del jurado:

“...el anteproyecto Cajal merece el primer premio por sujetarse fundamentalmente a la convocatoria y presentar una solución brillante al problema arquitectónico propuesto: Resolvió el autor del proyecto, en su plano de conjunto, con notable habilidad, los requisitos de fácil y corta circulación; el agrupamiento perfectamente definido y razonado de acuerdo con las necesidades generales y la disposición peculiar del terreno; el aislamiento no sólo para prevenir la infección, sino para singularizar la distinción; por último, de manera notable también, reveló el carácter propio del género de edificios de que se trata y el estilo que corresponde a la época actual y a los medios de realización más indicados para los edificios hospitalarios. Aún más, en cada uno de los edificios que componen el gran conjunto arquitectónico, son patentes sus condiciones higiénicas preponderantes, y las de comodidad especial [sic] y atractiva sencillez de todos sus elementos. No es menos de notar la prudente economía que singulariza este anteproyecto, en el que muestra su autor un marcado empeño en suprimir todo lo que no fuera indispensable [...] Las deficiencias que el Jurado encuentra al anteproyecto, tales como, por ejemplo, la falta de cocinas en la Sección de Infecciosos, u otras mucho menores, no constituyen defectos capitales y pueden ser fácilmente corregibles...”³¹

El hospital se organiza con pabellones independientes de dos plantas de altura en los que se distribuyen las distintas especialidades y se separan a los enfermos por sexos, tal como era habitual en la época. Los pabellones se comunican a través de una galería cubierta que, a su vez, les une con los

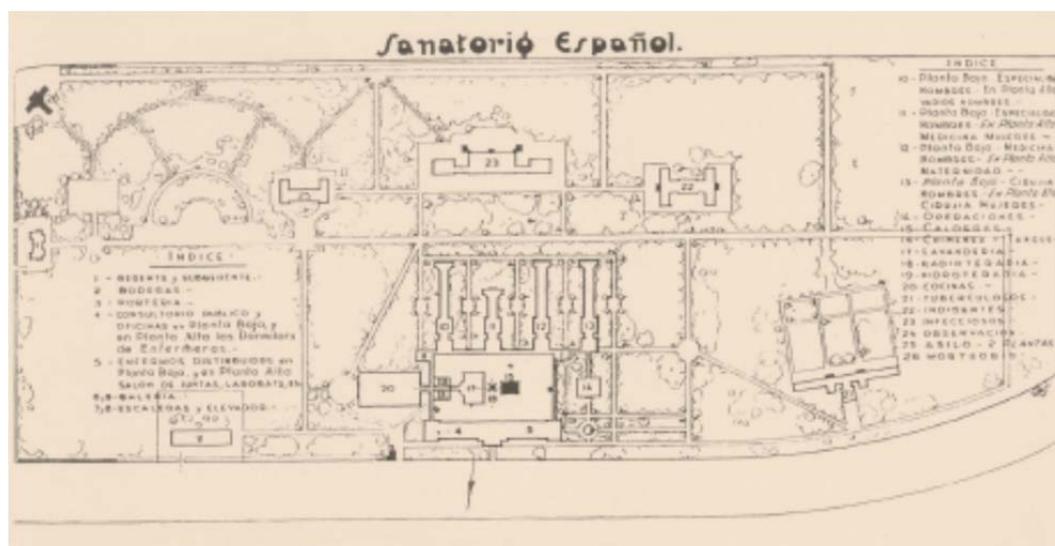
solamente dos. GINER DE LOS RÍOS, B. *Cincuenta años de arquitectura española*, Madrid, Adir editores, 1980, p.200. primera edición, Méjico, Editorial Patria, 1952.

³⁰ GARCÍA-GUTIÉRREZ MOSTEIRO, J. “Sánchez Arcas y Lacasa: dos posiciones complementarias”, op. cit. p. 88.

³¹ Sociedad de Beneficencia Española. Memorias. 1922, Méjico D. F., 1923, p. 7. Citado en GARCÍA-GUTIÉRREZ MOSTEIRO, J. “Sánchez Arcas y Lacasa: dos posiciones complementarias”, op. cit. p. 91.

servicios generales del hospital y con los pabellones de tratamientos. Separados del conjunto se encuentran los pabellones de infecciosos, de indigentes y de tuberculosos.

El hospital se emplaza en un terreno muy amplio, de 100.000 m², lo que permite que la separación entre el edificio principal y los pabellones aislados sea amplia. Solamente el edificio de gerencia y el que se destina a consultorio público se acercan al perímetro del solar. El complejo hospitalario se urbaniza como si de un jardín se tratara, uniendo los distintos edificios por calles interiores.



Plano de emplazamiento del Sanatorio Español en Méjico. (Fuente: del Cueto, 2003, p. 88).

La construcción se empezó en 1925 con nueve de los 25 pabellones que componían inicialmente el proyecto, a los que, como es habitual en la mayoría de las obras, se les introdujo modificaciones durante la ejecución. Se inauguró en 1932 habiendo concluido catorce de los pabellones previstos y, aunque la obra tiene el sello inconfundible de la arquitectura racionalista de Sánchez Arcas, los pabellones construidos con posterioridad son fácilmente diferenciables de los originales.



Sanatorio Español durante su construcción. (Fuente: del Cueto, 2003, p. 94).

En 1926 se convoca el concurso para el proyecto del Hospital Provincial de Toledo al que sí se presentan juntos Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, en esta ocasión formando equipo con el también arquitecto Francisco Solana.

Se trata de un proyecto para la realización de un pequeño hospital de 220 camas que la Diputación provincial de Toledo pretende construir en las afueras de la ciudad, al otro lado del Tajo, entre el puente de Alcántara y la estación de ferrocarril, en un solar muy irregular, tanto en su perímetro como en su topografía.

El programa pedía expresamente la organización de un hospital con la tipología de pabellones, entre los que se tenían que encontrar los de Cirugía, Medicina General, Infectocontagiosos, Quirófano y Tuberculosos, además de los Servicios Generales y, en este caso, una residencia, con capilla, para las Hermanas de la Caridad, a cuyo cargo estaría el hospital³².

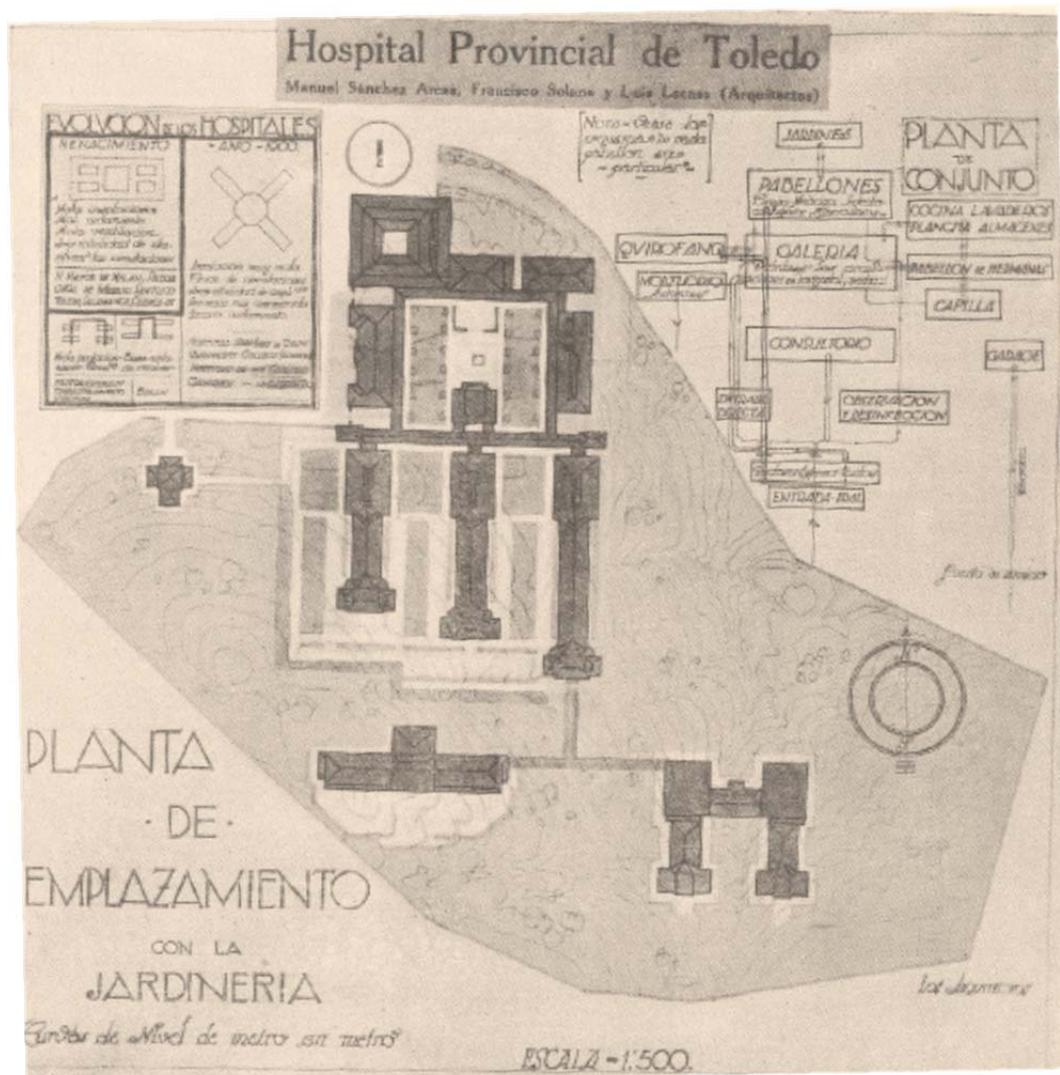
Al concurso se presentaron siete propuestas³³ que fueron publicadas por la revista *Arquitectura*³⁴ ese mismo año y que muestran, pese a los escasos datos publicados, el eclecticismo imperante en la arquitectura española en

³² "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo" en la revista *Arquitectura*, Nº 90, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926, pp. 381-388.

³³ Los proyectos presentados estaban firmados por los siguientes equipos, algunos de ellos interdisciplinarios: Jesús Carrasco, arquitecto; Sixto Cámara Niño y José María de la Vega, arquitectos; Javier y Luis Ferrero Llusia, arquitectos, con A. G. Sanz, ingeniero; Ángel Granda, arquitecto; Manuel Soler Agustín y Augusto Sanz Marcos, arquitectos con J. Gallorza, ingeniero; F. Heredero, arquitecto y el equipo formado por Manuel Sánchez Arcas, Luis Lacasa y Francisco Solana, arquitectos. La lista está sacada de la relación de proyectos publicada por la revista *Arquitectura* en su Nº 90, en la que existen discrepancias entre los nombres que aparecen en los planos y los referenciados en la memoria.

³⁴ "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo" en revista *Arquitectura*, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.

los años veinte. Los componentes del Jurado, entre los que se encontraban Luis Bellido y Amós Salvador³⁵ concedieron, por unanimidad, el primer premio “y con diferencia sobre los demás”³⁶, tal como cuenta García-Gutiérrez Mosteiro en su artículo sobre el Hospital de Toledo, al equipo de Sánchez Arcas, Luis Lacasa y Francisco Solana, El segundo premio fue adjudicado a los hermanos Javier y Luis Ferrero que formaban equipo con el ingeniero A. G. Sanz.



Emplazamiento del Hospital Provincial de Toledo. (Fuente: Revista *Arquitectura*, 90, p. 389).

³⁵ HERNANDO DE LA CUEVA, R. *Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno*, Tesis inédita, Madrid, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica, 2016, p. 386.

³⁶ GARCÍA-GUTIÉRREZ MOSTEIRO, J. "Sánchez Arcas y Lacasa: dos posiciones complementarias", op. cit. p. 146.

La intencionalidad del proyecto ganador queda perfectamente explicada en el plano de emplazamiento, donde, aparte de un pequeño esquema de la evolución de las tipologías hospitalarias en el que, con intención didáctica para los convocantes, se explica que tras la tipología de pabellones, a partir de 1900 ya se ha generalizado la utilización del hospital "en bloque", se representan las curvas de nivel del terreno para indicar como el edificio se va a adaptar a la complicada topografía y, lo que es más importante, añaden un esquema funcional del edificio donde se indica cómo se articulan las relaciones de los distintos usos previstos.

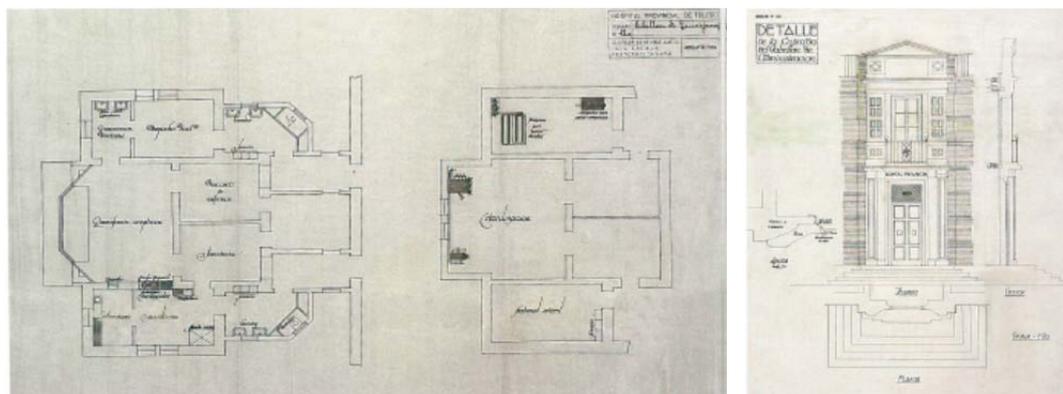
El proyecto, sin abandonar la tipología de pabellones, se articulaba en un edificio unitario, excepto los pabellones de infecciosos y tuberculosos que quedaban exentos. Los tres pabellones de medicina general y cirugía estaban orientados al sur y en su extremo norte quedaban vertebrados por una galería en sentido transversal que, a su vez, articulaba el pabellón de quirófanos y hacía de separación con la parte no clínica del hospital. Al norte de la galería se generaba un patio ajardinado alrededor del cual se encontraban los servicios generales, la administración, el acceso principal, la capilla y el convento de las religiosas que regentaban hospital.



Planta definitiva del conjunto del Hospital de Toledo y fotografías durante la construcción. (Fuente: García-Gutiérrez, 2003, p. 149).

El centro de gravedad del proyecto lo constituye el pabellón de quirófanos, situado al norte de la galería de comunicaciones y con su fachada norte acristalada para captar la luz sin reflejos solares. Se trata del elemento más racionalista del proyecto y uno de los pocos en los que prescindieron del aparejo toledano (prescrito en las bases del concurso), consiguiendo unos

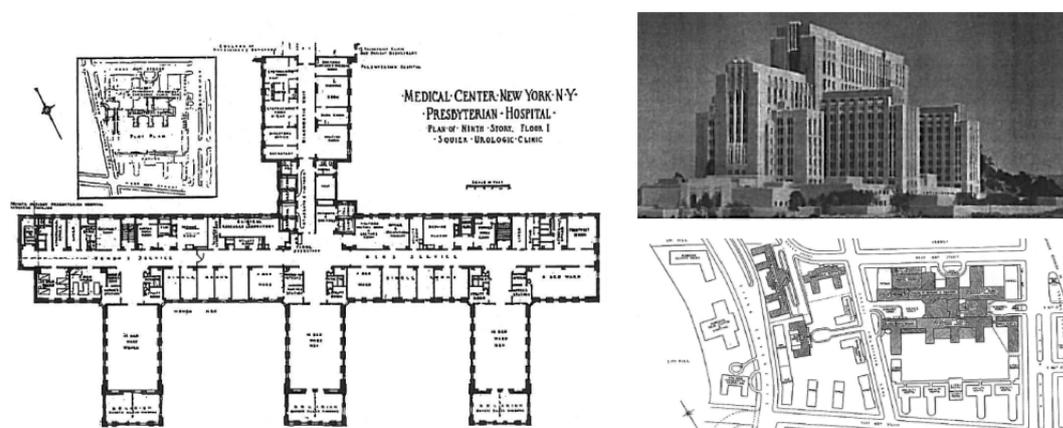
tenso muro de ladrillo, potenciados por los volúmenes prominentes de cristal de los ventanales.



Planta del pabellón de quirófanos y detalle de la entrada al hospital de Toledo. (Fuente: García-Gutiérrez, 2003, p.150, 153).

Lo que resulta más novedoso del Hospital de Toledo es la clara visión del equipo redactor del proyecto, que supo intuir la evolución tipológica hospitalaria del modelo pabellonario extensivo hacia otro más compacto y articulado, con el que se conseguía una mayor eficacia funcional.

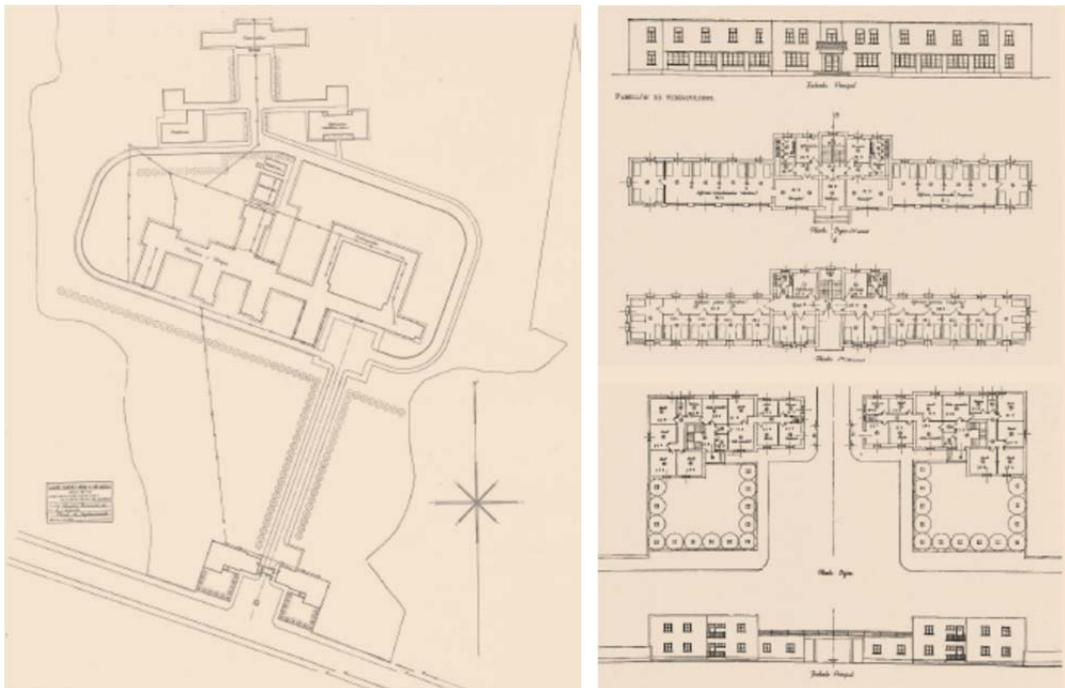
El Hospital Provincial de Logroño fue otro de los concursos ganados por el tándem Sánchez Arcas-Lacasa. En 1929 se encontraba en construcción el Hospital de Toledo y Sánchez Arcas había sido contratado para la construcción del Hospital Clínico de Madrid, por lo que la dedicación del equipo era casi exclusiva al uso hospitalario.



Planta tipo, vista y emplazamiento del Medical Center de Nueva York. (Fuente: Revista Arquitectura, 119, p. 145).

Por si eso fuera poco, Sánchez Arcas acababa de realizar un viaje a Estados Unidos, con el equipo de la Ciudad Universitaria de Madrid, para estudiar los hospitales americanos.

Del viaje a América, Sánchez Arcas sacó evidentes conclusiones prácticas³⁷ que pudo aplicar en sus tres hospitales posteriores y que plasmó en un artículo sobre el Medical Center de New York³⁸, que acababa de ser construido por el arquitecto James Gamble Rogers y que representaba el más brillante ejemplo del momento en la construcción de hospitales en vertical.



Planta del conjunto, pabellón de tuberculosos y edificio de ingreso del Hospital Provincial de Logroño. (Fuente: revista *Arquitectura* 131, p. 69).

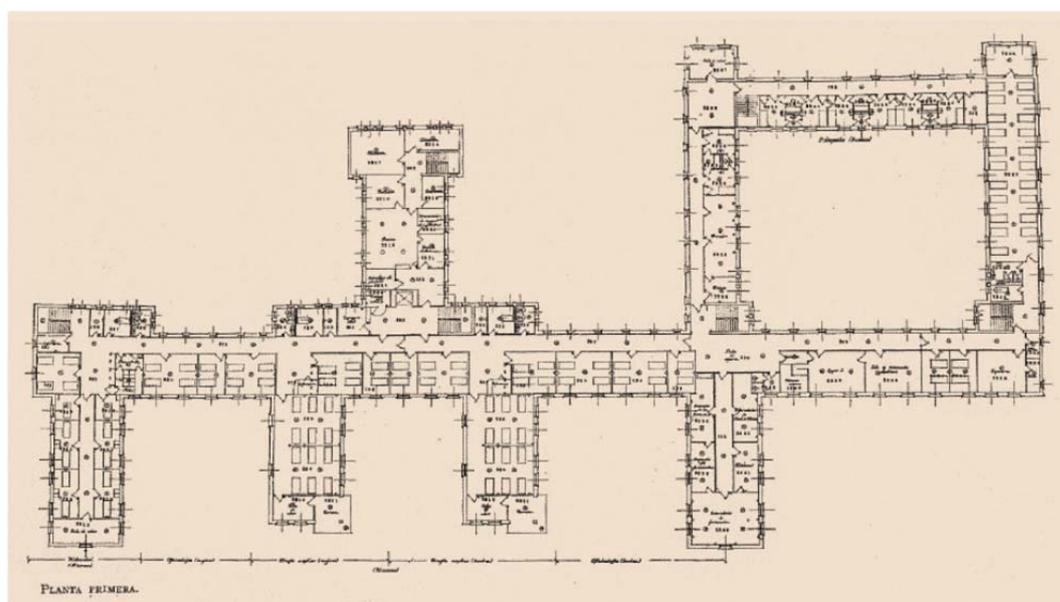
El proyecto del Hospital de Logroño retoma un aspecto fundamental del proyecto planteado para Toledo; como es la agrupación y articulación del edificio principal, pero en este caso se avanza un paso más, pues no se parte ya del esquema inicial de pabellones sino que, a partir de un modelo más

³⁷ Véase la evidente similitud de la planta del Medical Center, con la propuesta del Hospital de Logroño para resolver las enfermerías de hospitalización.

³⁸ SANCHEZ ARCAS, M. "La Central Médica de Nueva York. Obra de J. Gamble Rogers" en la revista *Arquitectura*, N° 119, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1929, pp. 141-145.

evolucionado, como es el hospital en bloque, se resuelve el edificio principal al que se añaden otros elementos secundarios.

La propuesta del complejo hospitalario que planteaban Sánchez Arcas y Lacasa se componía de tres agrupaciones diferenciadas, tal como explicaban los propios arquitectos³⁹ en la revista *Arquitectura* en 1931. El primer grupo estaba situado junto al acceso de la carretera de Zaragoza y lo formaban la portería y las viviendas de los empleados, el segundo estaba formado por el bloque principal del hospital y se encontraba, tras pasar una zona ajardinada, en el ensanchamiento central de la parcela, por último, el tercer grupo, que se encontraba al fondo de la parcela se destinaba a los pabellones exentos de infecciosos y tuberculosos.



Planta primera del Hospital de Logroño. (Fuente: revista *Arquitectura* 131, p. 71).

El edificio principal estaba formado, al igual que en el Medical Center (salvando la diferencia de escala), por las enfermerías de hospitalización que se organizaban en el esquema de la llamada "planta de avión" característica de los hospitales verticales americanos, con un bloque longitudinal largo y otro transversal más corto. Con este edificio principal se articulaban, en las plantas bajas, otros usos accesorios como las consultas

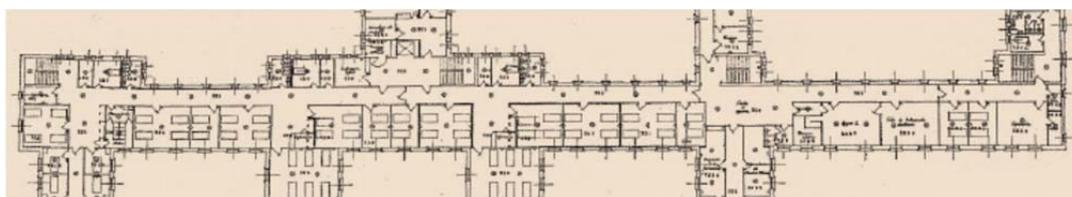
³⁹ SANCHEZ ARCAS, M. y LACASA, L. "Proyecto de Hospital provincial para Logroño" en la revista *Arquitectura* N° 131, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1930, pp. 67-75.

externas y la residencia de religiosas. En el hospital de Logroño aparecen cuatro bloques cortos, perpendiculares al longitudinal que, siguiendo con el símil del avión, corresponderían a los motores. Estos bloques permiten a los arquitectos colocar las enfermerías en forma de L, situando el control de enfermería en el vértice y reduciendo sensiblemente los recorridos. Esta disposición de las enfermerías no se había utilizado en España hasta ese momento, Sánchez arcas la repetirá también en otros hospitales posteriores y, años más tarde, se adoptará también en algunos hospitales del INP.

Las innovaciones técnicas introducidas por los arquitectos en la disposición de las enfermerías, que por primera vez presentaban una alternativa a la reconocida enfermería tipo Nightingale⁴⁰, (utilizada desde el siglo XIX de forma generalizada, incluso en el hospital de Toledo) no tuvieron una repercusión inmediata, es posible que la causa fuera la fugacidad del Hospital de Logroño se quedó solamente en propuesta y no fue construido, pero terminaron imponiéndose, tanto en España como en Europa, donde famosos hospitales como el Beaujon de París, construido en 1935 (cinco años más tarde del proyecto de Logroño) seguía con las disposiciones de enfermerías tradicionales.

También resulta novedoso, en el año 1929, la orientación del bloque longitudinal, para el que se elige la orientación este-oeste, de tal forma que permite colocar las habitaciones al lado sur y las dependencias de servicios al norte. Esta disposición, como veremos, será una constante en la práctica totalidad de los hospitales del INP hasta los años setenta, cuando las condiciones de climatización interna hicieron que resultara indiferente la orientación de las habitaciones, pasando a ser prioritarias otras cuestiones como la jerarquización de las circulaciones o la reducción de recorridos.

⁴⁰ La enfermería tipo Nightingale revolucionó la distribución de los hospitales a mediados del siglo XIX y su implantación va paralela a la del hospital de pabellones. Véase el apartado "El Hospital de Pabellones. Las campañas militares" de esta tesis.



Colocación de las habitaciones en el bloque longitudinal del Hospital de Logroño.
(Fuente: Revista *Arquitectura* 131, p. 71).

El Hospital Clínico de San Carlos en Madrid lo firmó únicamente Sánchez Arcas pero es evidente que muchas de las soluciones ensayadas en este proyecto habían sido diseñadas en colaboración con Luis Lacasa en hospitales anteriores. Los dos formaron parte del equipo redactor de La Ciudad Universitaria fichado y dirigido por López Otero, en el que también estaban los arquitectos Miguel de los Santos, Agustín Aguirre y Pascual Bravo, así como el ingeniero Eduardo Torroja.

El Hospital Clínico surgió de la idea novedosa de dotar a la Ciudad Universitaria de Madrid de una instalación que, aparte de estar situada junto a la Facultad de Medicina, aglutinara las funciones de hospital, de docencia y de investigación. Esta iniciativa, que partía del siglo XIX⁴¹, se llevaba a cabo en la antigua Facultad de Medicina de Atocha ocupando una parte del viejo Hospital Provincial de San Carlos, aunque con continuos conflictos económicos entre la Universidad y la Diputación, según cuenta Pieltain⁴², conflictos que no cesaron hasta el desalojo del edificio en los años sesenta, cuando la Universidad trasladó definitivamente la Facultad de Medicina a la Ciudad Universitaria y la Diputación de Madrid el Hospital al otro extremo de Madrid, a la Ronda del Doctor Esquerdo⁴³.

⁴¹ De 1843 es el proyecto de aunar la docencia y la práctica de la medicina, año en que se crea la Facultad de Ciencias Médicas, a partir del Real Colegio de Cirugía y Medicina de San Carlos.

⁴² PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p. 219.

⁴³ Los conflictos entre las dos instituciones, Diputación y Universidad están recogidos en *El Hospital Provincial de Madrid y las clínicas de la Facultad de Medicina*, Madrid, Imprenta Provincial, 1903, citado por Alberto Pieltain en su libro *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*.

El modelo para realizar un Hospital Universitario se buscó en Estados Unidos, a donde viajó López Otero en 1927⁴⁴, acompañado de varios catedráticos de medicina, con intención de visitar varias universidades que contaban con estas instalaciones. El ejemplo que más les interesó fue el que se estaba construyendo en la Universidad de Columbia, en Nueva York: el Medical Center, un complejo hospitalario que aglutinaba en un mismo edificio las funciones médicas, docentes y de investigación. López Otero volvió a visitar el edificio al año siguiente tras su inauguración, esta vez acompañado por los arquitectos Manuel Sánchez Arcas, Miguel de los Santos y Rafael Bergamín, en un viaje que ya hemos referenciado y que suscitó el artículo escrito en la revista *Arquitectura* por Sánchez Arcas elogiando el acierto con el que se había resuelto el complejo programa del Medical Center.

“El problema fundamental, resuelto en este caso, ha sido el relacionar íntimamente los distintos departamentos, clínicas de distintas especialidades, laboratorios, facilitando su cooperación, evitando repeticiones inútiles y costosas de muchas instalaciones y departamentos, siendo, por esto mismo más económico el funcionamiento del edificio.

El gran número de plantas ha permitido disponer con independencia las clínicas y los departamentos que lo requieren.

Este grupo hospitalario queda unido a la Escuela de médicos y cirujanos por medio de un cuerpo que contiene servicios comunes, tanto a la Facultad como al Hospital.

Fácilmente puede apreciarse, examinando la planta del edificio, la claridad de la disposición general y la facilidad con que circulaciones tan complejas pueden encauzarse”⁴⁵.

⁴⁴ DE SAN ANTONIO, C. “Hospital Clínico de San Carlos (Madrid)” en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.), *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, p. 164.

⁴⁵ SANCHEZ ARCAS, M. “La Central Médica de Nueva York. Obra de J. Gamble Rogers”, op. cit. p. 141.



Medical Center de Nueva York. (Fuente: izquierda, revista *Arquitectura* 119, p. 147, derecha, www.google.es/search?q=Medical+Center+de+Nueva+York.)

La tarea encomendada a Sánchez Arcas fue la de diseñar un hospital, por primera vez en España, que articulara, como lo hacía el Medical Center, las funciones de enseñanza, de investigación y hospitalaria. Era un reto difícil, pero por suerte le fue encomendado a un arquitecto que supo darle el enfoque adecuado y plantear una distribución que resolvía con igual o mayor fortuna incluso, que el modelo americano los distintos programas planteados.

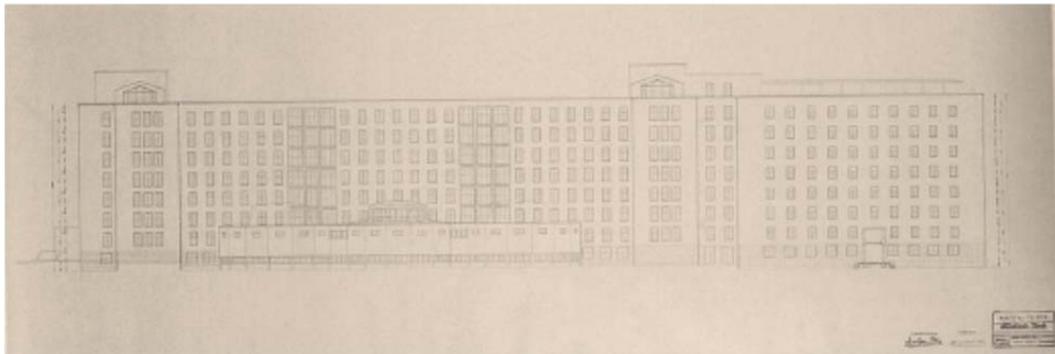
Si el programa era complejo, la descripción del Clínico puede serlo aún más⁴⁶. En resumen se podría decir que se trata de edificio rectangular, de ocho plantas, duplicado, que no simétrico, con respecto a su eje longitudinal en el que cada uno de los lados largos se destina a una Cátedra o especialidad distinta. Cada una de estas Cátedras se compone de un bloque estrecho y alargado de tres crujías y seis apéndices perpendiculares (martillos en el argot de la arquitectura hospitalaria) que, si están orientados al sur, se destinan a las enfermerías (del tipo de las ensayadas en el proyecto de Logroño) y, si lo están al norte, a clínicas y servicios universitarios. Las dotaciones universitarias (aulas, laboratorios etc.) se completan en el lado corto del rectángulo situado al noroeste. Este esquema se repite en las seis plantas alzadas superiores, quedando las dos plantas basamentales para usos administrativos y policlinicas ambulatorias. Completan el edificio diez aulas magnas, situadas fuera del rectángulo: cuatro con sala de

⁴⁶ Descripción sacada de la observación de los planos y de la que el propio Sánchez Arcas hace de proyecto en el artículo "El nuevo Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria" en la revista *Residencia* N° 6, Madrid, Residencia de Estudiantes, 1932, pp. 170-175.

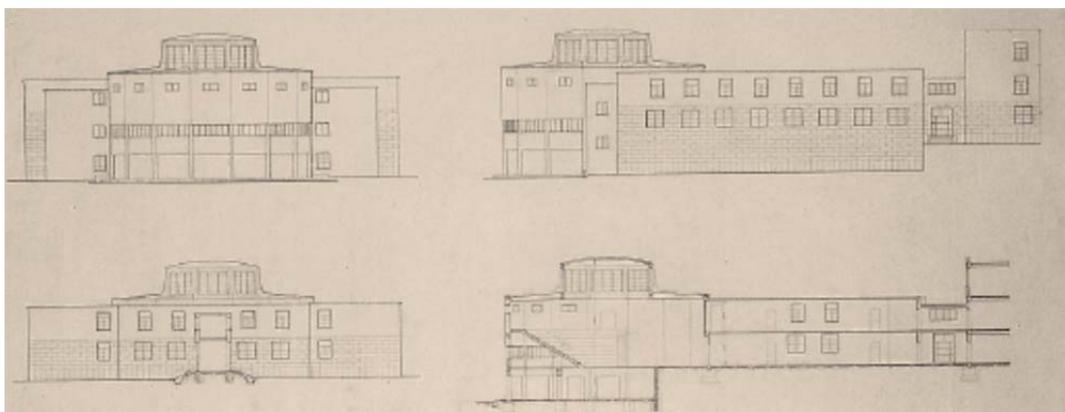
operaciones para cátedras quirúrgicas y seis cilíndricas para cátedras médicas.



Dibujo del Hospital Clínico de Madrid. (Fuente www.google.es/search?q=Hospital+Clinico+de+Madrid).

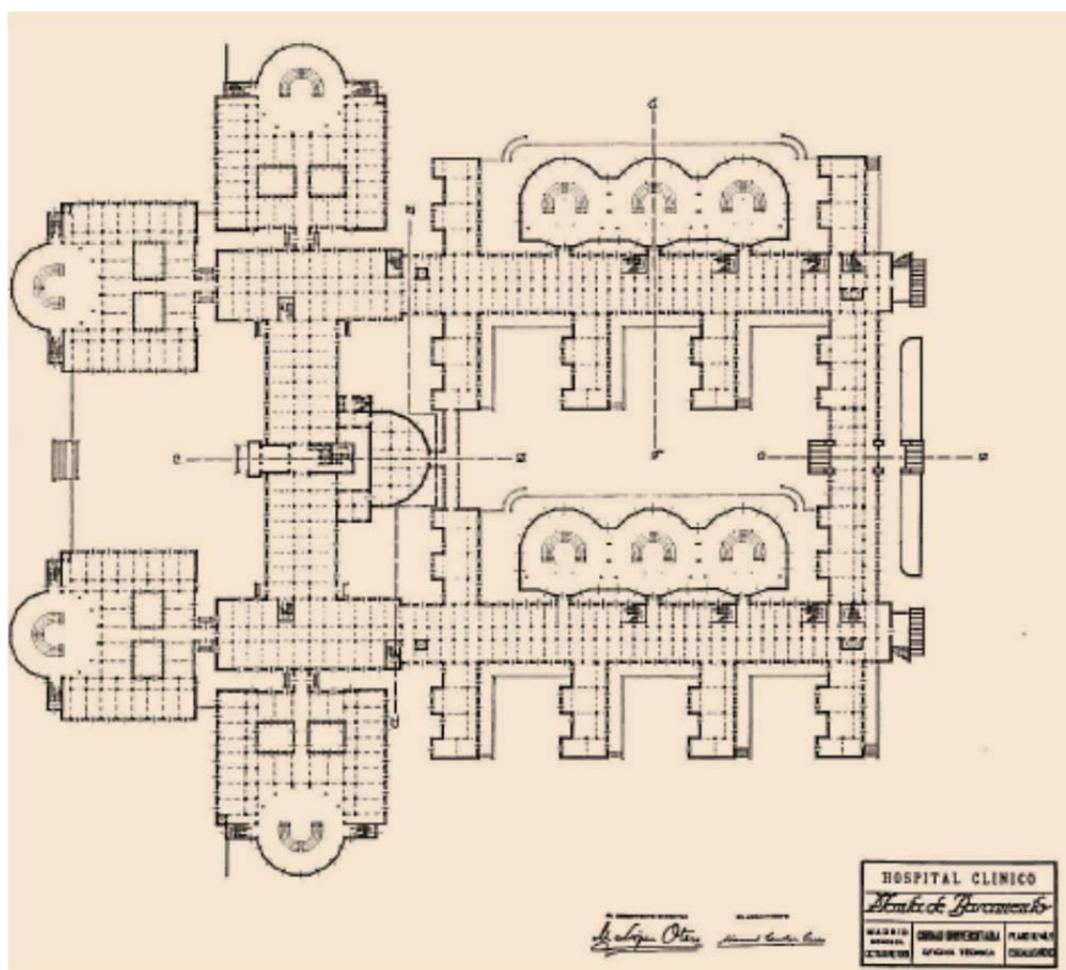


Alzado norte del Hospital Clínico. (Fuente: de San Antonio, 2003, p. 171).



Secciones de las cátedras del Hospital Clínico. (Fuente: de San Antonio, 2003, p. 170).

Toda esta complejidad funcional, a la que habría que añadir los servicios generales e instalaciones situados en el sótano y el animalario de la planta de cubiertas, fue resuelta con maestría en la traza propuesta por Sánchez Arcas, en la que aparecen también, cada vez más depurados, otros elementos tanteados en hospitales anteriores, como los solárium meridionales de las enfermerías⁴⁷ o la iluminación acristalada tipo arimez⁴⁸ de los quirófanos, ensayada ya en los quirófanos del Hospital de Toledo.



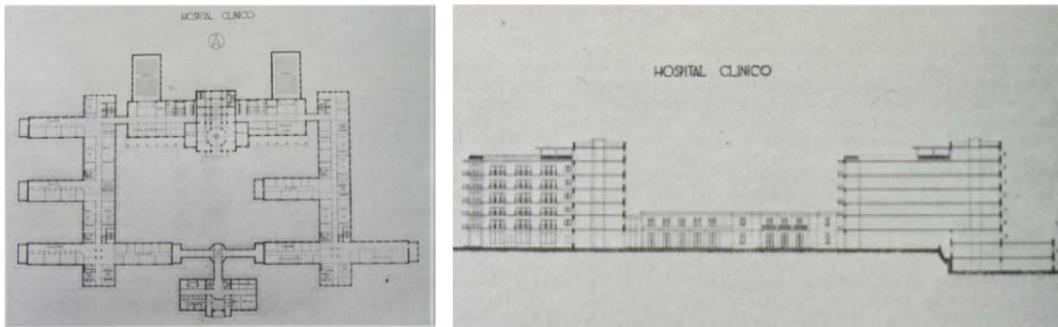
Planta de basamento del Hospital Clínico. (Fuente: Revista *Residencia* 6, p.174).

⁴⁷ Tanto en el Hospital de Toledo, como en el de Logroño, Sánchez Arcas y Lacasa terminan los pabellones de enfermería con una terraza orientada al sur. Lo que les permite rematar los volúmenes con una imagen atractiva. Esta solución se sigue utilizando hoy en día en algunos hospitales actuales como solución de remate aunque haya desaparecido la terraza.

⁴⁸ La solución de acristalar los quirófanos para dotarlos de iluminación natural la utilizaron en los quirófanos de Toledo mediante la aplicación del arimez a la fachada norte. En los quirófanos del Clínico se disponía cenitalmente.

La dificultad que supuso encajar un programa tan complejo se aprecia al comparar los planos del anteproyecto con los del proyecto definitivo. Inicialmente se partía de un esquema simétrico con el edificio de docencia en el centro y un hospital monobloque a los lados, al que se había dividido en dos por las dificultades del terreno y se había colocado en paralelo, a ambos lados del edificio docente.

La construcción del Clínico se comenzó en 1931 y se vio interrumpida, en 1936 por la guerra civil, momento en el que ya se había concluido la estructura y gran parte de los muros de cerramiento, lo que frustró un proyecto que hubiera sido pionero en toda Europa y que seguramente hubiera supuesto un hito en cuanto a la evolución de la tipología hospitalaria.



Planta y sección del anteproyecto del Hospital Clínico. 1928. (Fuente: Revista *Residencia* 6, p.178).

Su estructura tuvo que soportar los combates de la defensa de Madrid, por lo que quedó muy dañada durante los bombardeos. Las obras fueron continuadas tras la guerra civil y se hizo cargo de la dirección de las mismas el arquitecto Miguel de los Santos que había formado parte del inicial equipo de arquitectos de la Ciudad Universitaria y al que se debe, entre otros, el proyecto de la Facultad de Ciencias. Las penurias económicas de la postguerra y la decisión de concentrar la inversión para instalaciones sanitarias en los hospitales del INP, hicieron que las obras no se terminaran hasta 1969, año de la puesta en funcionamiento completa del Hospital Clínico.



Estado del Clínico tras la guerra civil. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.banco.deimagenesmedicina.com.html>).

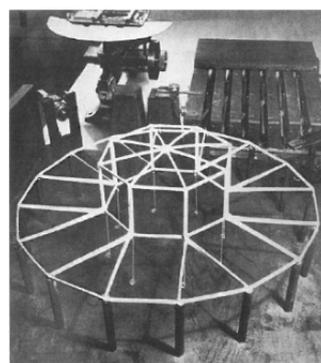


Foto de la maqueta en la que se puede observar que las tres cátedras médicas del interior del patio fueron desplazadas al exterior, modificando el proyecto inicial, y sustituidas por la capilla. A la derecha maqueta de la estructura de las cátedras. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com.html>).

En enero de 1933 la Junta del Patronato del Nuevo Hospital de San Sebastián convoca el concurso para un hospital de 600 camas a construir en un solar de su propiedad de algo más de 130.000 m², con un presupuesto de siete millones de pesetas. Entre las condiciones impuestas en las bases se especifica que se prefiere que no sea una tipología rígida de hospital en bloque o de pabellones, sino más bien un bloque principal articulado con bloques exentos para los enfermos que necesitan un cierto aislamiento: infectocontagiosos, tuberculosos y dementes.

Para participar en el concurso se forma el equipo compuesto por Manuel Sánchez Arcas y los arquitectos vascos: Eduardo Lagarde Aramburu, José Manuel Aizpurúa Azqueta y Joaquín Lucio Labayen Toledo. Era un equipo heterodoxo, creado seguramente por la estrategia de Aizpurúa de asegurar el triunfo, más que por afinidades arquitectónicas. El motivo aparente por el cual invitó a Sánchez Arcas, es que en esa época era ya considerado experto en hospitales. Más sorprendente parece el que Sánchez Arcas accediese a participar con arquitectos miembros del GATEPAC, grupo que representaba planteamientos divergentes con los suyos en cuanto a la forma de practicar la arquitectura. Aún más enfrentado a las consignas del GATEPAC estaba Luis Lacasa, que no participó en el concurso y que en una conferencia anterior impartida en Bilbao diferenciaba las actitudes de unos y de otros:

*“La de los racionalistas dogmáticos y la de los racionalistas anti intelectuales”.*⁴⁹

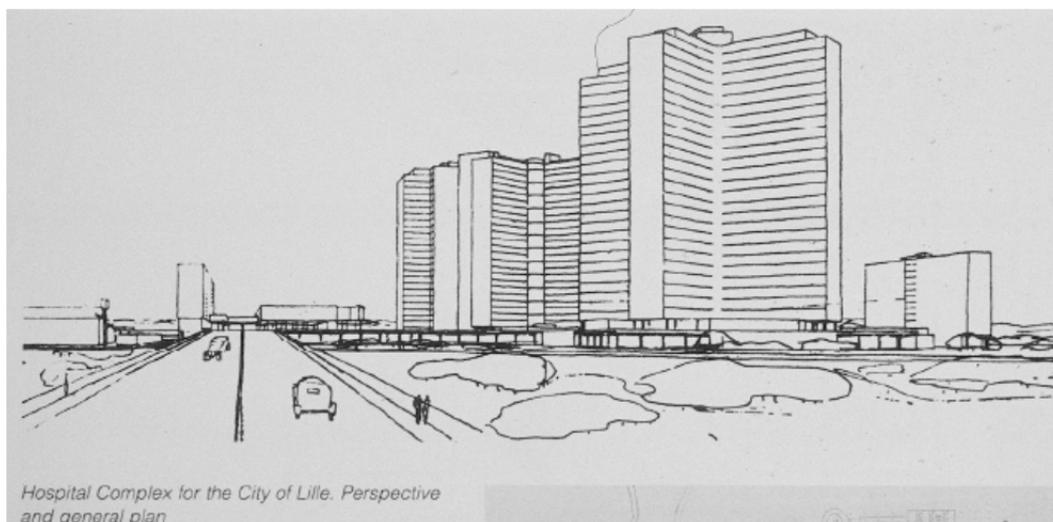
Lacasa señalaba así sus diferencias con los “gatepacos”, a los que censuraba su excesiva dependencia de los postulados del Movimiento Moderno. En algún momento había llegado incluso a tildar a Le Corbusier de “periodista y charlatán”⁵⁰, lo que no hubiera facilitado mucho las cosas a la hora de realizar un proyecto con alguno de sus mayores seguidores en España, como era Aizpurúa. Casualidades del destino, años más tarde, en 1937, Lacasa tuvo que colaborar con Sert, a su pesar, en el proyecto del Pabellón español para la exposición Universal de París.

Aunque no llegó a construirse, ni siquiera ganó el concurso, este anteproyecto de Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurúa para el Nuevo Hospital de San Sebastián recopilaba toda la experiencia acumulada por Sánchez Arcas hasta la fecha en cuanto a hospitales de refiere: era un

⁴⁹ La conferencia se impartió en Bilbao, en 1929 por Luis Lacasa y fue publicada por la revista *Arquitectura* en enero de 1929 con el título “Europa y América: bajo y sobre el racionalismo en la Arquitectura” y es citado en MEDINA MURUA, J. A. “Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular”, p. 112, en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, pp. 110-121.

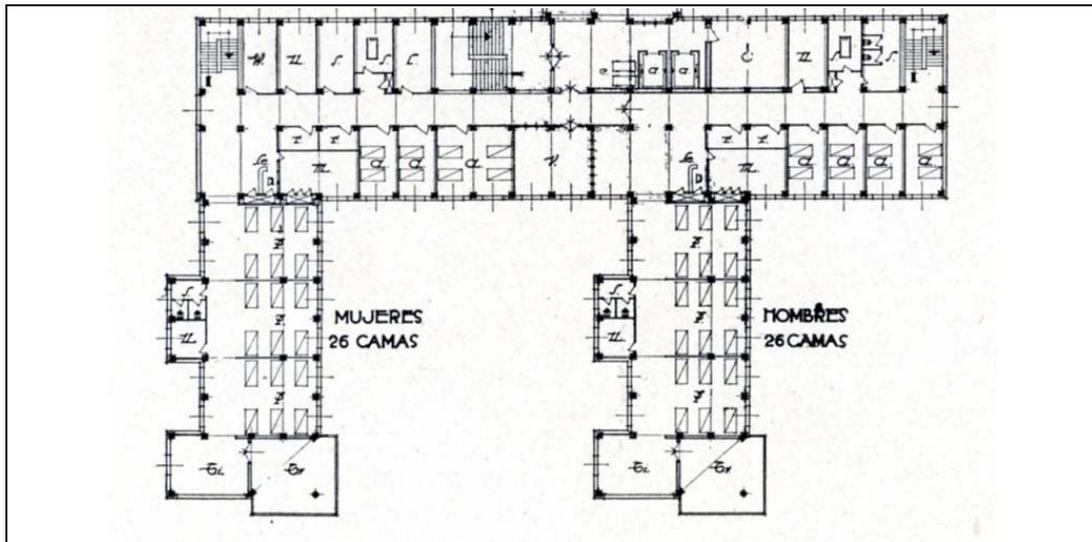
⁵⁰ LACASA, L. *Escritos, 1922-1931*, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1976, p.112. Citado en MEDINA MURUA, J. A. “Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular”, p. 112, en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, pp. 110-121.

proyecto moderno, a la altura de los que se estaban haciendo en otros países de Europa, como la propuesta de Paul Nelson para el Hospital Clínico de Lille.



Propuesta de Paul Nelson para la Ciudad Hospitalaria de Lille. 1934. (Fuente: P. Iglesias, 2011, p. 251).

Es difícil establecer con exactitud el grado de colaboración de Sánchez Arcas en el concurso de San Sebastián, sí que es conocido que permaneció en su estudio de Madrid durante los meses de preparación de la propuesta y que era Aizpurúa el que se desplazaba y hacía de enlace entre los dos grupos. Parece evidente que los organigramas generadores del proyecto llevan su firma y, observando los planos, hay soluciones que ya habían ensayado previamente en otros proyectos con Lacasa: las enfermerías nos recuerdan a las proyectadas para Logroño y la solución de las terrazas meridionales con el pilar exento para rematar los bloques también se repite.



Disposición de las enfermerías en el proyecto de San Sebastián. (Fuente: Sánchez Arcas, 1933, p. 13).

En otros aspectos, como la imagen del conjunto, el estudio del soleamiento o la elección de los materiales de la fachada, parece ser que los "gatepacos" impusieron "su estilo".

Es de destacar en el proyecto la estricta modulación de la estructura, lo que les permitiría una gran flexibilidad de ejecución y de uso posterior. Los propios autores lo remarcaban en la memoria del anteproyecto y, aunque no les sirviera de mucho, al jurado no le pasó desapercibido.

*"En el anteproyecto arquitectónico no hay definitivo nada más que la estructura, las líneas de circulación, el emplazamiento y agrupación de los servicios y dimensiones de éstos; pueden variar según convenga, no sólo en el caso del desarrollo del proyecto, sino también después de construir el edificio. Ésta es la característica de la estructura moderna de estos edificios."*⁵¹

En resumen, el proyecto constaba de un bloque principal donde se desarrollaba la mayor parte de la actividad asistencial y otros pabellones satélites para enfermos aislados, tal como indicaban las bases. Su complejidad distaba bastante de la del Clínico de Madrid que Sánchez

⁵¹ Extracto de la memoria del anteproyecto del concurso, citado en MEDINA MURUA, J. A. "Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular", p. 117, en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, pp. 110-121.

Arcas estaba ejecutando en ese momento, pero no por ello dejaron de estudiar meticulosamente todas y cada una de las áreas y servicios que componían el hospital, dejando constancia con ello del dominio que tenían sobre la materia y exhibiendo una capacidad que les diferenciaba de las otras propuestas presentadas.

El detalle de las soluciones apuntadas se reflejaba también en la memoria, que era prácticamente una ponencia de arquitectura hospitalaria y que tenía una gran similitud con la pronunciada por Sánchez Arcas, unos meses antes de entregar el concurso, en un ciclo de conferencias sobre edificios sanitarios⁵². Conferencia que fue publicada la revista APAA (Asociación Profesional de Alumnos de Arquitectura) en mayo de 1933⁵³

El resultado del concurso sorprendió a todos y levantó una gran polémica. En contra de lo que parecía una decisión tomada, el Jurado dio por vencedora a la propuesta presentada por los arquitectos D. Aguirrebengoa y D. F. Urcola. Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurúa obtuvieron el segundo premio y Pedro Muguruza el tercero.⁵⁴ El fallo no fue bien recibido por casi ninguno de los participantes, llegando algunos a plantear una denuncia oficial ante el Colegio de Arquitectos⁵⁵. La protesta del equipo de Sánchez Arcas, se hizo pública a través del órgano difusor del GATEPAC, la revista AC. Aizpurúa preparó un airado artículo de protesta bajo el título "Un fallo vergonzoso. Un caso que no debe repetirse y un hospital que no debe construirse" que mandó a la revista para su publicación. Apareció en el número 11, del tercer trimestre de 1933, aunque sin referencia de su autor y

⁵² MEDINA MURUA, J. A. "Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular", p. 117, en GARCÍA QUIÑONES, B. (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*. Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003, pp. 110-121.

⁵³ La conferencia se publicó en el número 4 de la revista de la A.P.A.A. en mayo de 1933.

⁵⁴ "Anteproyecto de Nuevo Hospital de San Sebastián" Revista *Arquitectura* Nº 177, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, enero de 1934, pp. 3-34.

⁵⁵ MEDINA MURUA, J. A. "Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular", op. cit. p. 118. Los arquitectos Elizalde y Recarte presentaron una protesta formal interponiendo una denuncia ante el Colegio de Arquitectos solicitando que se anulara el fallo del jurado.

ligeramente suavizado por el editor, con el título: “Un fallo lamentable. El concurso de anteproyectos para el Nuevo Hospital de San Sebastián”⁵⁶

VI.3. La II República y la arquitectura higienista del GATEPAC

Los desastres coloniales de los últimos años del siglo XIX y el retraso ancestral de la sociedad española hicieron que la modernización que supuso el siglo XX para otros países del entorno no se plasmara en España hasta los años treinta. Lo mismo ocurrió con las tipologías hospitalarias, en las que, con las escasas excepciones que hemos visto en el apartado anterior, se seguía utilizando el modelo de pabellones. El hospital de Sant Pau en Barcelona (1902-1930), obra del arquitecto Lluís Domènech y Montaner, el Hospital de Basurto (1898-1908) del arquitecto Enrique Epalza o incluso el más tardío Hospital Clínico de Granada (1928-1953), obra de los arquitectos Aurelio Botella y Sebastián Vilata son un claro ejemplo de estupendos hospitales, con innovaciones técnicas interesantes, como los túneles de Sant Pau, pero anclados a una tipología arquitectónica ya obsoleta en esos años, como era la organización pabellonaria, en los que ya habían surgido los hospitales verticales.



Hospital de Basurto (izquierda) en Bilbao. (Fuente: www.google.es/search?q=hospital+de+basurto,+epalza) y Hospital Sant Pau (derecha) en Barcelona. Fuente: www.google.es/search?q=hospital+sant+pau).

⁵⁶ “Un fallo lamentable. El concurso de anteproyectos para el Nuevo Hospital de San Sebastián”. Revista AC nº 11, Barcelona, Órgano difusor del GATEPAC, tercer trimestre de 1933. p. 39.

Durante los años de la República, la cantidad de gobiernos que se sucedieron y lo corto de sus mandatos, no permitieron elaborar un plan de construcciones de hospitales que tuviera la necesaria continuidad. La única iniciativa destacable fue el proyecto del Hospital de San Sebastián, de cuyo concurso ya hemos hablado en el anterior epígrafe. La mayor dedicación de la política sanitaria durante la República se dirigió hacia los sanatorios antituberculosos y más concretamente hacia los dispensarios, desarrollándose el llamado "periodo profiláctico"⁵⁷ en el que se desplegó una gran actividad y se realizaron 32 nuevos dispensarios en dos años.

Arquitectónicamente la II República española se identifica con el GATEPAC: cronológicamente su nacimiento coincide y, se puede decir, que ambos fueron truncados por el comienzo de la guerra civil. La identificación fue mayor en Cataluña, donde el Grupo Este llegó a tener un cierto poder institucional concedido por el gobierno de la Generalitat y más concretamente por Esquerra Republicana de Cataluña, partido en el que militaban algunos de sus miembros. Carolina B. García escribe, refiriéndose al GATCPAC, cuya constitución se consolidó unos meses más tarde que el Grupo Español, del que formaba parte:

*"Nuestro pequeño grupo de arquitectos siempre han sentido un especial orgullo al afirmar que un día después de inaugurar el Local del GATCPAC, en el número 99 del Paseo de Gracia de Barcelona, se instauraba una República portadora de demasiados sueños, muchos de los cuales no se hicieron realidad."*⁵⁸

El GATEPAC se había constituido un poco antes y su motivación no era política sino técnica, pretendía ser la sección española del CIRPAP (Comité Internacional para la Resolución de los Problemas de la Arquitectura Moderna), organismo que había sido creado para impulsar y dar a conocer la arquitectura moderna siguiendo los principios desarrollados por la

⁵⁷ CODINA Y SUQUE, J. "Preventorios, dispensarios y sanatorios antituberculosos, Modificaciones ventajosas susceptibles de adoptarse para que llenen mejor sus humanitarios fines", Sociedad Española de Higiene, Madrid, 1933, p. 59.

⁵⁸ GARCIA, C. B. "Una breve historia del GATEPAC, GE" en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C. (Coord.), *El GATEPAC y la revista AC. Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937*. Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005, pp. 31-37.

BAUHAUS y las ideas de Le Corbusier, así como para organizar los CIAM (Congresos Internacionales de Arquitectura Moderna). Se trataba, en definitiva, de la pieza española dentro del engranaje internacional organizado para crear una forma nueva de hacer arquitectura, encaminada a resolver los problemas reales de una sociedad que, tras los sucesos de la primera gran guerra, pretendía ser, por una parte, más igualitaria y más justa, pero, por otra, también más moderna.

El GATEPAC ha sido y sigue siendo el referente de la arquitectura moderna en España en el pasado siglo, el entusiasmo y la juventud de sus miembros, así como las atractivas formas de la arquitectura de la que se hicieron eco contribuyeron a ello tanto o más que los principios de bienestar y justicia social que pretendían alcanzar con sus proyectos. El acierto de publicar durante seis años la revista *AC* contribuyó notablemente a que se conocieran sus propuestas, que de otro modo hubieran quedado pronto en el olvido, pues su obra construida fue muy escasa.



Imágenes de las portadas de los primeros números de la revista *AC*. (Fuente: revista *AC*, 1y 4)

El propio García Mercadal, “Alma mater” del grupo, minimizaba la importancia del GATEPAC años más tarde considerándola una iniciativa de jóvenes arquitectos muy entusiastas pero que, en realidad habían llevado a

la práctica muy pocas obras⁵⁹. Parecida opinión expresaba Juan Daniel Fullaondo cuando decía que, comparando “todas las obras del GATEPAC puestas en hilera” con el edificio Capitol, éste les superaba en importancia⁶⁰. Incluso Oriol Bohigas, el defensor a ultranza del GATEPAC, matizaba en 2005, durante las jornadas del quinto congreso del Docomomo Ibérico celebrado en Barcelona

“El GATEPAC siempre ha sido considerado una excepción de modernidad en su época, pero con los años creo que se tendrían que reconsiderar otras aportaciones al racionalismo que, sin ser tan radicales, también tuvieron su importancia. (...) La diferencia es sobre todo estilística, porque el GATEPAC defendía de forma militante las ideas de Le Corbusier, y, en cierta manera, también de compromiso social, pero existen estos otros racionalismos que hay que empezar a valorar, como la Colonia El Viso, de Rafael Bergamín, o una parte de las obras de Rubió i Tudurí.”⁶¹

Y se podría añadir, sin temor a equivocarnos, otros nombres como Sánchez Arcas o Lacasa.

El GATEPAC se fundó en Zaragoza; fue una cuestión de oportunidad, pues ninguno de sus miembros fundadores residía en la ciudad, pero su condición de centro de gravedad del nordeste español le otorgó ese pequeño honor. La reunión fundacional se celebró los días 25 y 26 de octubre y en ella se redactó un acta constatando el hecho, relacionando los nombres de los fundadores y exponiendo sus objetivos y pautas de organización. Estos objetivos y pautas, así como la composición del grupo, fueron hechos públicos en la sección de noticias del primer número de la revista AC (Documentos de Actividad Contemporánea).

“Con objeto de contribuir en nuestro país al desarrollo de la nueva orientación universal en arquitectura y de resolver y estudiar los

⁵⁹ Entrevista mantenida por García Mercadal con el arquitecto zaragozano Ricardo Marco la conferencia “G.A.T.E.P.A.C. en Zaragoza” que pronunció en el Colegio de Arquitectos de Aragón el 9 de noviembre de 1979.

⁶⁰ FULLAONDO, J. D. *Fernando García Mercadal*, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1984, p. 35.

⁶¹ SERRA, C. “los pioneros del racionalismo español” en el periódico *El País*, Barcelona, 26 d octubre de 2005.

problemas que se presentan en su adaptación a nuestro medio, se ha formado una agrupación de arquitectos y técnicos relacionados con todos los ramos y actividades de la construcción y del mobiliario.

Esta agrupación tiene como nombre "Grupo de Arquitectos y Técnicos Españoles para el Progreso de la Arquitectura Contemporánea" (G.A.T.E.P.A.C.) y representa en España el "Comité International pour la réalisation de l'Architecture contemporaine" (C.I.R.P.A.C.).

Creyendo firmemente que esta orientación está basada en principios fundamentales y sólidos, hijos de nuestra época y organización actual, marcando claramente el sentido que debe tener la arquitectura, estamos dispuestos a trabajar por este ideal con todos los medios a nuestro alcance. Estos medios serán:

- Estudiar por medio del grupo de comisiones, temas relacionados con la arquitectura contemporánea.*
- Participación del grupo o una representación del mismo en todos los congresos, concursos, exposiciones de España y del extranjero.*
- Organizar conferencias, concursos y exposiciones.*
- Dar publicidad en la forma más oportuna para cada caso y siempre que se crea conveniente a los trabajos de los asociados.*
- Redactar una revista (AC) órgano del grupo.*
- Seleccionar y agrupar un conjunto de industriales colaboradores orientándoles en sus distintas actividades, para conseguir tipos "standard" que respondan a nuestra idea.*

Los arquitectos que forman el GATEPAC⁶² son: José Manuel Aizpúrua, Luis Vallejo, Joaquín Labayen, Fernando García Mercadal, Santiago Esteban de la Mora, Manuel Martínez Chumillas, Ramón Anibal Álvarez, Víctor Calvo de Azcoitia, Felipe López

⁶² No todos los arquitectos relacionados asistieron al Congreso fundacional, los arquitectos que asistieron a la reunión de Zaragoza fueron, de Madrid: Fernando García Mercadal, Víctor Calvo de Azcoitia y Felipe López Delgado, de Bilbao: Luis Vallejo, de San Sebastián: Joaquín Labayen, y de Barcelona: José Luis Sert, Sixto Illescas, Ricardo de Churruca, Germán Rodríguez Arias, Pedro Armengou, José Torres Clavé, Cristóbal Alzamora y Manuel Subiño.

Delgado, José Luis Sert, Manuel Subiño, Germán Rodríguez Arias, Pedro Armengou, Cristóbal Alzamora, Francisco Perales, Ricardo de Churruca, Sixto Illescas y J. Torres Clavé.

El GATEPAC consta actualmente de tres subgrupos: uno en el centro (Madrid), otro en el Norte (San Sebastián y Bilbao) y otro en Cataluña (Barcelona).

Estos subgrupos se regirán independientemente realizando cada uno en su localidad este programa, Únicamente actuarán con Grupo Español en las relaciones internacionales y en los concursos y exposiciones.

El grupo Centro y el grupo Norte están ya trabajando para conseguir la unión de diversos industriales de sus localidades respectivas.

El grupo Catalán ha inaugurado ya el 23 de Abril un local de Exposición en la Av. Pi y Maragall, 99 (chafan Rosellón). Este ha conseguido unirse con diversos industriales de Barcelona los cuales tienen expuestos sus artículos en dicho local.

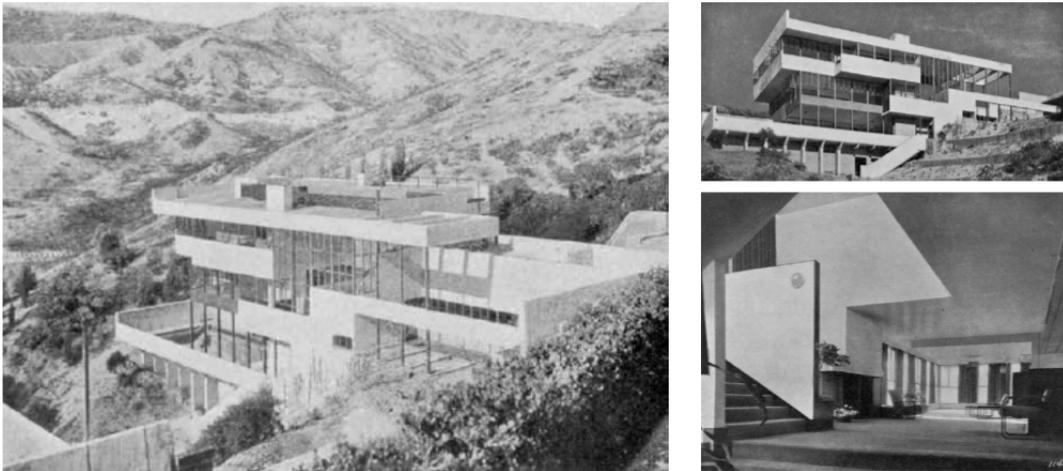
La revista AC es órgano del grupo español. En cada subgrupo hay dos redactores que se ocupan de escoger y ordenar el material necesario para su publicación. Dicha revista es trimestral y se edita de momento en la localidad del grupo que ofrece más ventajas económicas (Barcelona)".⁶³

Su mayor aportación fue la revista AC, órgano de expresión del grupo, que en sus veinticinco números creó una nueva forma de entender las ciudades, pero sobretodo la edificación; la vivienda, las escuelas, los hospitales, los espacios de esparcimiento... como objetos con una gran componente funcional, donde el progreso y la técnica deben estar al servicio de toda la sociedad. Esta preocupación les llevo a incidir en el diseño de estos edificios, de tal forma que contribuyeran a conseguir una vida más saludable para sus habitantes. Siguiendo las directrices de la Carta de Atenas⁶⁴ proponían una

⁶³ "G.A.T.E.P.A.C. (DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA)", Sección de noticias en AC, Nº 1, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Órgano de difusión del GATEPAC, 1931, p. 34.

⁶⁴ La Carta de Atenas fue el manifiesto urbanístico ideado en el IV Congreso Internacional de Arquitectura Moderna (CIAM) celebrado a bordo del crucero Patris II en el año 1933 durante la ruta Marsella-Atenas-Marsella. En él se apuesta por una

ciudad un tanto utópica, pero con unos estándares de zonas verdes, de distancias entre edificios, de soleamiento y, en general, de condiciones de vida que pretendían acabar con el hacinamiento y las malas condiciones de habitabilidad de las ciudades tradicionales. No es de extrañar por lo tanto, que entre sus prioridades se encontraran los edificios sanitarios, imprescindibles tanto para conseguir una vida más saludable como para la labor de prevención de las enfermedades.



Vista de la Casa de la Salud en Los Ángeles, (California). Arquitecto Richard J. Neutra. (Fuente: revista *AC*, 6, p. 40).

Sólo una última mención, dedicada a la sanidad, se encuentra en los veinticinco números de la revista: se trata de una referencia en la sección de noticias del número seis, que bajo el título "Política sanitaria"⁶⁵ alude, no tanto a las instalaciones hospitalarias, sino a la necesidad de promulgar leyes que regulen las condiciones sanitarias de los edificios habitables.

El sanatorio de San Juan de Dios tuvo el pequeño honor de ser el único edificio hospitalario publicado en la revista *AC*, se trata de un pequeño preventorio infantil, con capacidad para 35 niños, construido con escaso presupuesto⁶⁶.

separación funcional de los lugares de residencia, ocio y trabajo poniendo en entredicho el carácter y la densidad de la ciudad tradicional.

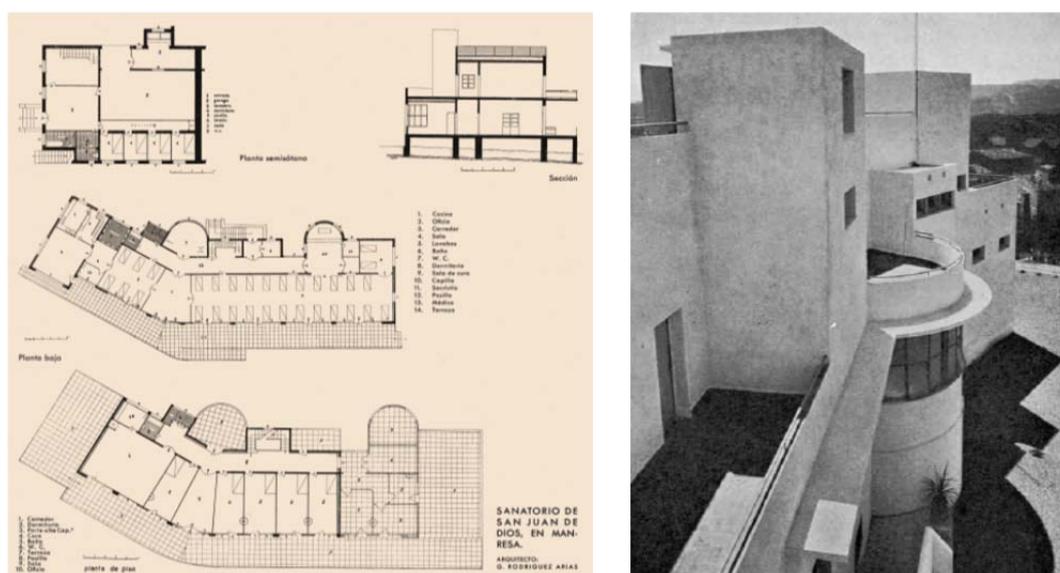
⁶⁵ "Política sanitaria", en Sección de noticias en *AC*, N° 6, Barcelona-Madrid-San Sebastián, GATEPAC, 1931, p. 34.

⁶⁶ El presupuesto ascendió a 200.000.- pts., lo que podrían ser unos 500.000.- € actuales.



Vista general del Sanatorio de San Juan de Dios en Manresa. (Fuente: revista AC, 6, p. 22).

Según la descripción de su arquitecto⁶⁷ el edificio tiene planta lineal, con el eje longitudinal doblado en ángulo obtuso para conseguir el máximo aprovechamiento del soleamiento durante todo el año, con amplias terrazas orientadas al sur para los tratamientos de helioterapia. Consta de tres plantas: la principal destinada a los enfermos, la superior a residencia de los religiosos y la inferior a servicios generales de cocina, lavandería e instalaciones.



Plantas, sección y vista posterior del Sanatorio de San Juan de Dios en Manresa. (Fuente: revista AC, 6, p. 23).

⁶⁷ RODRIGUEZ ARIAS, G. "Sanatorio San Juan de Dios (Manresa)" en AC N° 6, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Órgano de difusión del GATEPAC, 1932, pp. 22-24.

Con una estructura de pilares y vigas metálicas, el proyecto, correctamente resuelto, sigue fielmente el dictado de las consignas de la arquitectura higienista del Movimiento Moderno y, más concretamente las del GATCPAC: tanto en la imagen, a base de tensos muros blancos y barandillas metálicas, como en las carpinterías y el resto de los materiales empleados, no en vano, aunque menos conocido, Rodríguez Arias fue uno de los arquitectos fundadores del GATEPAC y su adscripción al grupo le costó el exilio a Chile tras la guerra civil, en 1939.



Vista de la galería y fachada del sanatorio de San Juan de Dios en Manresa. (Fuente: revista *AC*, 6, p. 24).

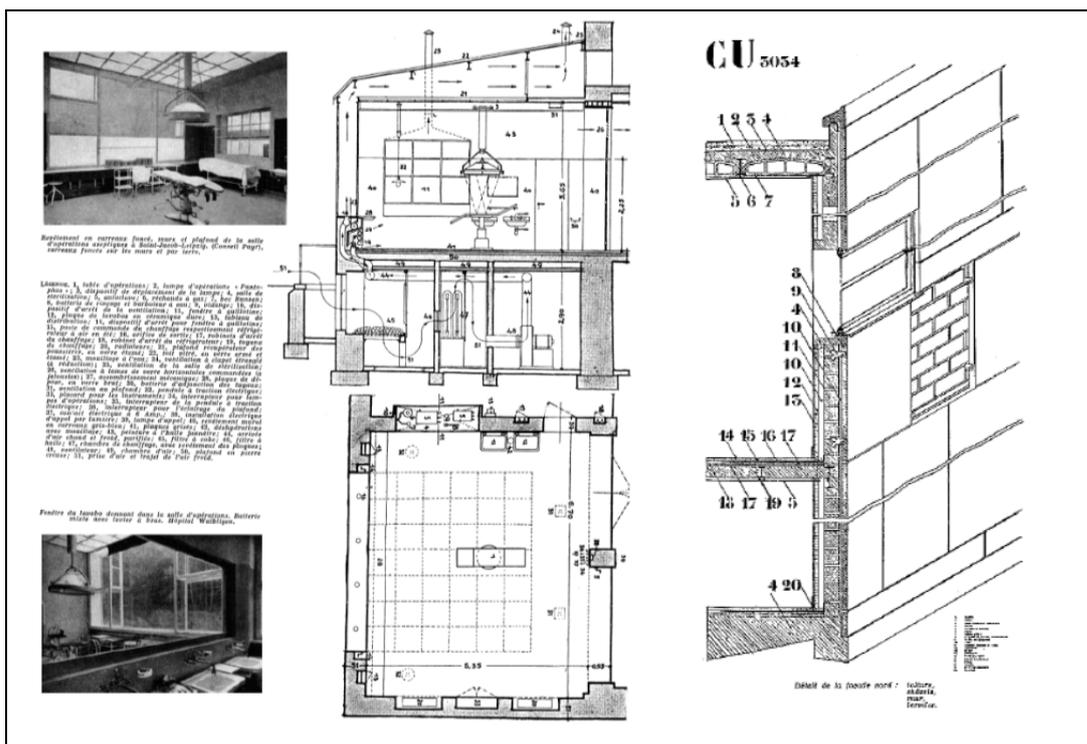
Aunque a la vista del escaso protagonismo de la arquitectura hospitalaria en las páginas de la revista *AC* se pudiera deducir que no existió ninguna preocupación del GATEPAC como grupo por la arquitectura hospitalaria, la realidad es que si la hubo y colaboraron eficazmente en el estudio y la creación de sanatorios y dispensarios modelo que ayudaran a mejorar las condiciones de los enfermos. Hemos visto algunos ejemplos en el apartado uno de este mismo capítulo.

En Francia, la revista equivalente a *AC*, *L'Architecture Vivante*, órgano de difusión del Movimiento Moderno en aquel país y modelo al que miraban los editores de la española *AC*, sí dedicó uno de sus números a la arquitectura de hospitalaria. Fue el número 41, prácticamente el último número editado por la revista con voluntad de continuidad, pues con el 42 concluyó su existencia y tuvo un carácter de despedida. Hasta ese momento tampoco la revista francesa se había interesado por el tema y en el artículo inicial del

número 42 Jean Badovici⁶⁸ comenzaba justificando esa incursión con el argumento de la unidad entre ciencia y arte que se había defendido como base de toda la arquitectura contemporánea.⁶⁹

*"Hemos intentado formular lo que debería ser un hospital bien adaptado al estado actual de las ciencias médicas... ayudarán a comprender toda la organización sabia que exige un hospital concebido sobre bases científicas."*⁷⁰

El número aporta, en su primera parte, abundantes datos técnicos sobre la organización y las ideas directrices para el diseño de hospitales, profundizando en detalles como la distribución de las enfermerías, servicios clínicos y quirófanos, así como el aprovechamiento de la luz natural y el desarrollo de algunas instalaciones.



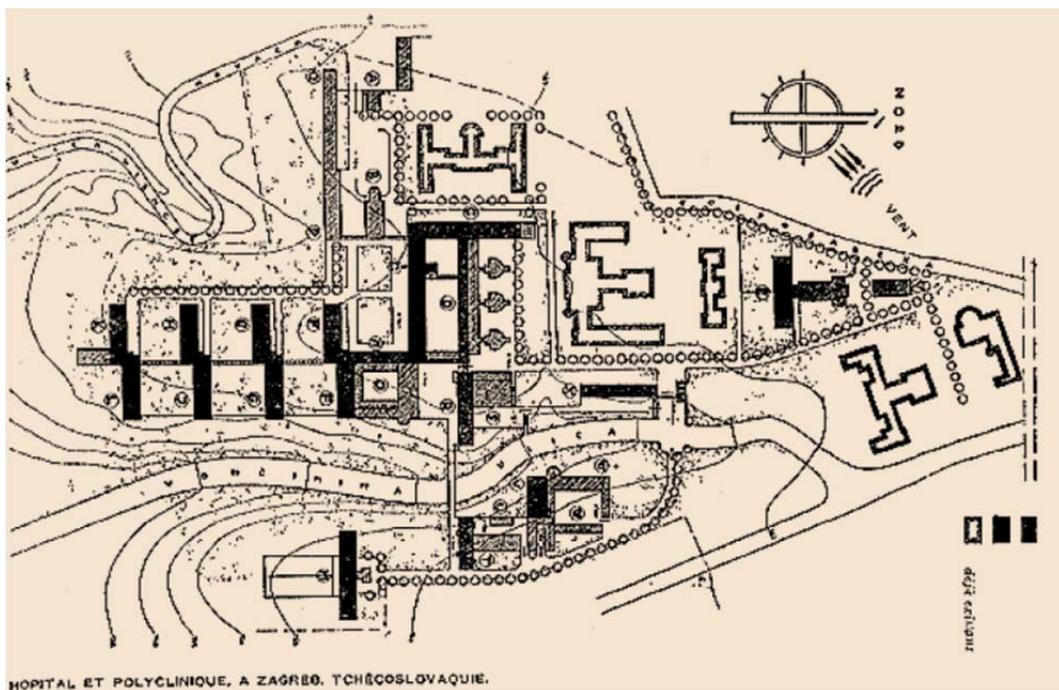
Esquema de un quirófano con sus instalaciones de ventilación y detalles constructivos. (Fuente: *L'Architecture Vivante* N° 41, p. 13).

⁶⁸Jean Badovici (1893-1956), de origen rumano estudió arquitectura en Francia, donde residió. Su dedicación profesional fue la crítica y la historia de la arquitectura.

⁶⁹ PÉREZ SEGURA, J., "Horizonte y faro de la arquitectura moderna internacional" en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C., *L'Architecture Vivante*, Zaragoza, Delegación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2003, pp. 7-18.

⁷⁰ BADOVICI, J., "L'Architecture hospitalière" en *L'Architecture Vivante*, N° 41, París, Éditions Albert Morancé, 1933, p. 5.

La segunda parte del número se dedica a la presentación de varios hospitales, con planos y fotografías pero sin textos explicativos: el Hospital Policlínico de Zagreb, de los arquitectos B. Estein y R. Zorn, una Casa de Retiro en Francfort de los arquitectos MartStam, Werner Moser y F. Kramer, una Casa de Salud en la región del Cáucaso, en la antigua URSS., del arquitecto J. Kolly y los conocidos sanatorios antituberculosos de Zonnestraal, de los arquitectos Johanes Duiker y Bernard Bijvoet y de Paimio de Alvar Aalto, de los que ya se ha hablado en el apartado de los sanatorios.



Plano de emplazamiento del Hospital Policlínico de Zagreb. (Fuente: *L'Architecture Vivante* N° 41, p. 23).

Se presenta así mismo, al final de la revista, la Casa de Salud de Richard Neutra. Quizá por influencia de la revista *AC*, que la había publicado el año anterior como instalación sanitaria o simplemente por el equívoco al puede arrastrar el nombre por el que se conoce la casa Lovell, pero también en este caso se incluyó como una instalación hospitalaria la que nunca fue otra cosa que una vivienda unifamiliar.

Neutra construyó esta casa como residencia para el extravagante Philip Lovell⁷¹, en 1929, y aunque el proyecto se puede considerar como uno de los iconos del Movimiento Moderno en América, su única relación con la arquitectura hospitalaria es la obsesión del propietario por la vida saludable y el naturismo, lo que le llevo a instalarse en la vivienda una especie de “clínica privada” donde realizar ejercicio físico al aire libre.



Casa de Salud en la actualidad, 4616 Dundee Drive, Los Ángeles (California). (Fuente: Google Maps).

Entre las páginas de este número 41 de la revista aparece una nota de despedida redactada por Le Corbusier en la que con el título de “Au revoir a L’Architecture Vivante” adelantaba el final de la singladura de esta revista que se produciría con el número siguiente y que, según sus palabras, había sido para él: “le document le plus précis sur les recherches de l’architecture et de l’urbanisme contemporains.”⁷²

⁷¹ Philip Lovell fue médico y naturópata. Desde la columna “Cuidado corporal”, que escribía en el periódico Los Ángeles Times, defendía sus convicciones sobre la salud física y para su casa pidió a Neutra que pusiera en práctica los principios de vivienda saludable que preconizaba la arquitectura moderna.

⁷² “el documento más preciso sobre las investigaciones de la arquitectura y el urbanismo contemporáneos” en JEANNERET-GRIS, C. E. (Le Corbusier), “Au revoir a

La revista, que había surgido con el objetivo de dar a conocer la arquitectura moderna en todo el mundo, tuvo una duración de una década (1923-1933), fue editada por Albert Morancé⁷³ y dirigida por el arquitecto Jean Badovici.

En los primeros años de su trayectoria la revista se hizo eco de las obras y opiniones de arquitectos como Auguste Perret o Tony Garnier, para pasar a centrar la atención, a partir de 1927, únicamente en la figura de Le Corbusier, quien recuperaba así el escaparate que suponía un medio de comunicación y que había perdido unos años antes, en 1925, con la desaparición de su propia revista *L'Esprit Nouveau*.



Dibujos y portada de la revista. (Fuente: *L'Architecture Vivante*, nº 41).

Volviendo al panorama nacional, durante los años de la II República la actividad constructiva en España quedó casi paralizada. La situación queda perfectamente reflejada en la frase que Oriol Bohigas atribuye a Secundino Zuazo como respuesta al anuncio del propósito de escribir un libro sobre la arquitectura de la II República:

“¿Cómo van ustedes a hablar de la arquitectura de la República, si precisamente durante aquellos años no se construyó nada en

L'Architecture Vivante” en *L'Architecture Vivante*, Nº 41, Paris, Éditions Albert Morancé, 1933, p. 33.

⁷³ Albert Marcel Morancé (1874-1951) fue también editor de otras revistas de arquitectura como *L'Art d'aujourd'hui* y *Les arts de la maison*.

*España? No recuerdo otro periodo de mayor recesión económica.
Nadie nos encargaba ni un maldito chalet.*⁷⁴

El número de encargos de instalaciones sanitarias fue todavía menor que el de chalets, podrían contarse con los dedos de una mano los proyectos iniciados y con menos los realmente ejecutados. Si descontamos el Hospital Clínico de Madrid, cuyo proyecto era anterior y que tampoco fue finalizado, no se realizó ningún hospital en España en los cinco años del periodo republicano.

El esfuerzo se dirigió hacia la construcción de sanatorios antituberculosos de los que, según la relación de Cecilia Ruiloba en su libro *Arquitectura sanitaria. Sanatorios antituberculosos*⁷⁵ se construyeron únicamente tres: el Sanatorio Iturralde, en Madrid, de Amós Salvador, el Sanatorio de Leza, en Álava, del arquitecto Pablo Zabalo y el Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona, obra de José Luis Sert, Juan Bautista Subirana y José Torres Clavé.



Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona, izquierda,
(Fuente: www.google.es/search?q=sanatorio+central+antituberculoso,+barcelona,+sert).
Sanatorio de Leza, derecha. (Fuente: Ruiloba, 2014, p. 51).

Sí que se hizo una labor investigadora, desarrollando modelos teóricos de sanatorios y dispensarios, en la que tuvo el principal protagonismo el grupo catalán del GATEPAC, propiciado por su excelente relación con el gobierno

⁷⁴ BOHIGAS, O. *Arquitectura española de la II República*, Barcelona, Tusquets, 1970, p. 7.

⁷⁵ RUILOBA QUECEDO, C. *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Op. cit.

de la Generalitat. En la muestra "GATCPAC 1928-1937. Una arquitectura nueva para una nueva ciudad", celebrada en Barcelona en mayo de 2006, de la que fueron comisarios Antonio Pizza y José María Rovira, se relacionaban de forma exhaustiva todos los proyectos y concursos en los que habían participado miembros del grupo catalán, de los que en el artículo de Carolina B. García se recogen en el epígrafe de Hospitales y Sanatorios los siguiente:

- Dispensario Central Antituberculoso. C/ Torres Amat. J. Ll. Sert, J. Torres, J.B. Subirana.
- Hospital comarcal tipo de 100 camas. J. Ll. Sert, J. Torres, J.B. Subirana.
- Hospital en Igualada. J.B. Subirana.
- Pavelló per a bruts. Santa Coloma de Gramanet. J.B. Subirana.
- Sanatorio de Protección de la Infancia. Av. Valvidriera. J. Ll. Sert.
- Hospital para tuberculosos Vall d'Hebrón. HT 400. J. Ll. Sert, J. Torres⁷⁶.

A los que, como mínimo, habría que añadir tres más, uno de ellos por haber sido publicado en la revista AC y los otros por aparecer mencionados en las actas del GATCPAC.

- Sanatorio de San Juan de Dios. Manresa. G. Rodríguez Arias.⁷⁷
- Hospital La Alianza. GATCPAC.⁷⁸
- Clínica Standard. F. Fábregas.⁷⁹

En el resto de España la figura que destacó como arquitecto de hospitales durante la II República fue Manuel Sánchez Arcas, cuya actividad en este periodo estaba centrada en la construcción del Hospital Clínico de Madrid.

⁷⁶ Esta relación se cita en GARCIA, C. B. "Una breve historia del GATEPAC, GE", op. cit. p. 36, aunque no parece que el listado sea muy exhaustivo, pues del somero estudio que se ha realizado se desprende que existe alguna más.

⁷⁷ RODRIGUEZ ARIAS, G. "Sanatorio San Juan de Dios (Manresa)" en AC N° 6, op. cit. pp. 22-24.

⁷⁸ Acta de 22 de marzo de 1934 en la que el GATCPAC aceptaba trazar el Hospital La Alianza mencionada en SAMBRICIO, C. "GATCPAC versus GATEPAC: la singularidad del Grupo Este" en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C. (Coord.), *El GATEPAC y la revista AC. Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937. Estudios*. Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005, pp. 25-53.

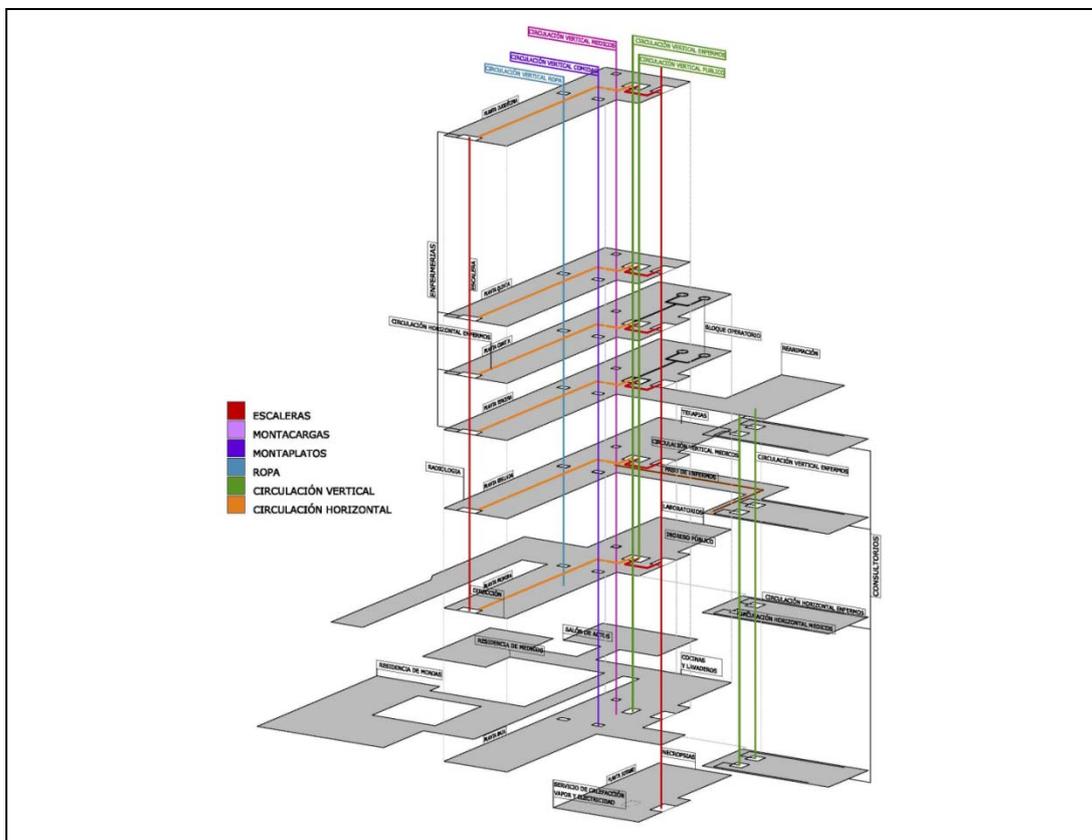
⁷⁹ Acta del 16 de junio de 1932 del GATCPAC, citada en SAMBRICIO, C. "GATCPAC versus GATEPAC: la singularidad del Grupo Este", op. cit. p. 53.

Aunque no perteneció al GATEPAC, ni se dejó seducir por las formas atractivas del Movimiento Moderno, colaboró con dos de sus miembros más representativos, Aizpurúa y Labayen, en el concurso del Hospital de San Sebastián. En el caso del primero la guerra civil y el del segundo la mala fortuna nos privaron de las que, sin duda, hubieran sido las mejores obras hospitalarias de la primera mitad del siglo XX.

B. LOS HOSPITALES DE LA DICTADURA FRANQUISTA :

El concurso que inventó los hospitales del franquismo
Primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias

En el momento de mayor aislamiento de la autarquía, con las potencias “amigas” derrotadas en la segunda guerra mundial y la arquitectura española controlada por un régimen dictatorial, los arquitectos que trabajaban para el INP tuvieron que tomar la decisión de adoptar una tipología hospitalaria que, ajustándose a las muchas necesidades asistenciales y a los escasos presupuestos existentes cumpliera el requisito político de colocar un hospital en cada ciudad y un ambulatorio en cada pueblo. Para ello, desechado por anacrónico el modelo pabellonario y por contrarios al ideario nacional otros modelos más progresistas como los desarrollados en España por Sánchez Arcas o en Francia por Paul Nelson, se puso la mirada en el “hospital vertical”, que se construía de forma generalizada en América, y concretamente en el modelo más sencillo de esta tipología, que es el llamado “monobloque”, compuesto por un potente núcleo de comunicaciones verticales en el que se ensartan, en cada planta, una o varias enfermerías y un ala destinada a los tratamientos, principalmente quirúrgicos.



Esquema de un hospital monobloque, con una sola enfermería por planta y dos niveles de tratamientos quirúrgicos. (Fuente: esquema del autor).

VI.4. El concurso que inventó los hospitales del franquismo

Como paso previo a encargar los proyectos del Plan Nacional de Instalaciones se organizó un concurso de Anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad. Este concurso fue convocado en marzo de 1946 y en realidad se trataba de tres concursos independientes para tres modalidades de edificios diferentes: Residencias Sanitarias de 500 camas para ubicar en capitales de provincias, Residencias Sanitarias de 100 camas para poblaciones importantes y Ambulatorios Completos para poblaciones o núcleos rurales.

Cada una de las tres modalidades tuvo su propia convocatoria, aunque las bases eran idénticas, sólo la dimensión de los imaginarios solares y la cuantía de los premios variaban: 40.000 m², 8.000 m² y 1.700 m² eran las dimensiones de los tres solares. La cuantía de los premios sí que variaba sustancialmente, lo que pudo provocar un cierto desinterés de los participantes a la hora de presentarse a la modalidad de los Ambulatorios. Los premios eran 70.000 pts., 40.000 pts. y 30.000 pts. para el primero, segundo y tercero respectivamente de la modalidad de 500 camas, 20.000 pts., 12.000 pts. y 8.000 pts. para los correspondientes de la modalidad de 100 camas y 18.000 pts., 11.000 pts. y 7.000 pts. para los premiados de la modalidad de Ambulatorios.

Era un concurso de ideas, no había un solar concreto, ni siquiera un programa muy definido pues, aunque se aportaba en las bases un “plan de necesidades”, se advertía que, aparte de la obligación de cumplirlo fielmente en cuanto a los servicios se refiere, su utilidad era solamente como guion orientativo, dejando a los concursantes plena libertad para desarrollar los distintos servicios y dependencias⁸⁰. La única condición que se imponía por igual a las tres modalidades es que el edificio tenía que responder al tipo “monobloque”, lo que resulta sorprendente en el caso de las pequeñas Residencias de 100 camas y, más aún, en la modalidad de los Ambulatorios.

“En el presente programa se establecen los servicios de que debe constar la Residencia Sanitaria, en forma de una simple enumeración, a fin de que el Arquitecto pueda desarrollar su propia

⁸⁰ INP. 362. *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947, p. 5.

iniciativa en el mayor grado posible. No obstante, en algunos servicios determinados se consignan mayores detalles cuando éstos responden a necesidades que se juzgan imprescindibles.

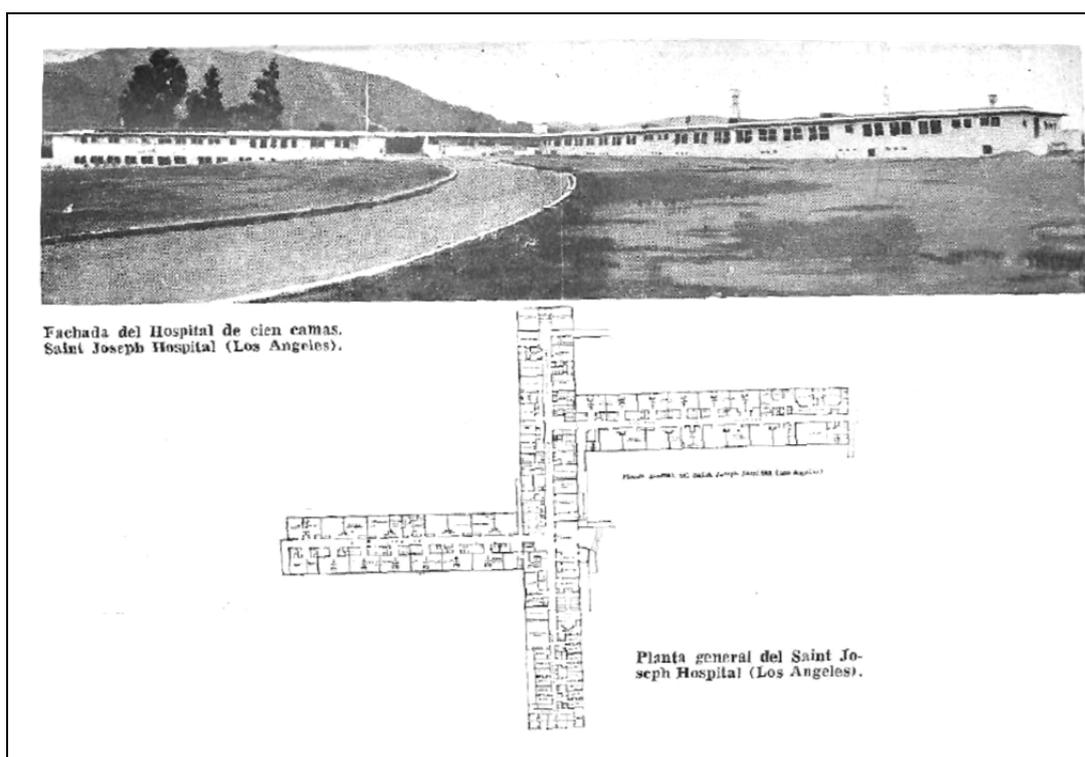
En algunos casos se indican superficies para ciertos locales, debiéndose aclarar que no se trata de expresar una necesidad absoluta de ajustarse a esas superficies, sino de aproximarse a ellas en lo posible.

Quedan encomendados a la iniciativa del Arquitecto los accesos generales, las vías de circulación, distribución de las Unidades de servicios, el emplazamiento y número de los servicios higiénicos destinados al público y al personal del Ambulatorio, los dispositivos de ventilación, calefacción, refrigeración (si se estima oportuno), distribución de agua caliente y fría, comunicaciones telefónicas, alumbrado normal y supletorio, así como cualquier otro dispositivo que el Arquitecto estime conveniente o necesario.”⁸¹

En el momento de poner la condición de tipológica de hospital monobloque se estaba pensando en los grandes hospitales americanos, tomados como modelo para las Residencias de 500 camas, pero, seguramente, los organizadores del concurso no estaban informados de otras tipologías, utilizadas en Estados Unidos para hospitales más pequeños y que se adaptaban mejor a sus condiciones.

El concurso se organizó durante la estancia de Eduardo Garay en Estados Unidos y lógicamente sin conocer sus conclusiones. De haberse conocido previamente los modelos de pequeños hospitales aportados en su libro, como el Saint Joseph Hospital de una sola planta y 100 camas en Los Ángeles (California) o los ejemplos de 50 camas, desarrollados en una o dos plantas, es posible que se hubiera cambiado la exigencia de tipología monobloque para las pequeñas residencias y ambulatorios.

⁸¹ INP XXIX, “Programa para necesidades. Ambulatorios y Residencias Clínicas”, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1946, p. 21.



Planta e imagen del Saint Joseph Hospital de Los Ángeles, de 100 camas de capacidad. (Fuente: Garay, 1947, p. 80).

Fernando García Mercadal, enterado de la convocatoria de concurso, se puso en contacto con su amigo y colaborador Ramón Aníbal Álvarez. En esos años el trabajo escaseaba y una oportunidad de este tipo había que aprovecharla. A pesar que ninguno de los dos arquitectos tenía gran experiencia en edificios sanitarios⁸² se embarcaron en el proyecto.

García Mercadal había sido compañero de curso de Sánchez Arcas y es de suponer que conocía su obra hospitalaria, así como los principales hospitales norteamericanos y, con toda seguridad, conocía los hospitales europeos de tipología monobloque; los realizados desde los años treinta por los arquitectos adscritos al Movimiento Moderno⁸³, incluso es posible que tuviera noticias de un novedoso hospital que el arquitecto Paul Nelson había empezado a construir en Normandía: el Hospital franco americano de Saint-

⁸² Ramón Aníbal había colaborado en el proyecto del Hospital para la Diputación Provincial de Salamanca, en el año 1926, durante su periodo de prácticas en el estudio del arquitecto Eduardo Lozano Lardet (1897-1968). Se trataba de un hospital de pabellones paralelos enlazados entre sí por una pasarela central, muy alejado tipológicamente del modelo monobloque solicitado para el concurso del INP.

⁸³ La revista *L'Architecture Vivante*, había dedicado uno de sus últimos números, el 41, al tema monográfico de la arquitectura de los hospitales.

Lô. Aunque seguramente pensó que, tanto por su aspecto moderno como por su tipología novedosa, que superaba al modelo monobloque, no era el mejor precedente para triunfar en el concurso de anteproyectos convocado por uno de los Institutos más conservadores de la administración franquista.

En lo que sí que tenían experiencia, tanto Anibal Álvarez, como García Mercadal, era en concursos de arquitectura, a los que ambos eran asiduos y en los que obtenían buenos resultados. Coincidieron en 1930 en el Concurso de Anteproyectos de Club Alpino en Madrid⁸⁴, en este caso como contrincantes, Anibal Álvarez formaba equipo con el también arquitecto Gabriel de la Torriente y García Mercadal con José María Rivas Eulate. A los dos equipos les dieron el primer premio, pero al final el jurado se decantó por el proyecto de Mercadal y Eulate⁸⁵, que fue el que se construyó. En 1932 se habían presentado formando equipo al concurso de viviendas en Solocoeche, firmando una de las propuestas presentadas por el grupo Centro del G.A.T.E.P.A.C., propuesta que fue publicada en la revista *AC*⁸⁶ y con la que habrían obtenido un accésit⁸⁷. Ese mismo año repitieron concurso juntos en Bilbao, en este caso se presentaron al de las Escuelas de San Francisco, en el que volvieron a obtener un accésit.⁸⁸

En el momento del concurso de anteproyectos de hospitales para el Seguro Obligatorio de Enfermedad colaboraban juntos en la construcción de algunos edificios de viviendas en Madrid: en la calle Diego de León y en la calle Raimundo Fernández Villaverde. Años más tarde Anibal Álvarez recordaría con nostalgia el cuidado con el que habían diseñado las proporciones de cada habitación en estos edificios. Se lo decía a Carmen Castro en una entrevista para la revista *Arquitectura*⁸⁹

⁸⁴ "Concurso de Anteproyectos de Club Alpino en Madrid" en *Arquitectura*, N° 139, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1930, p. 353.

⁸⁵ "Concurso de Anteproyectos de Club Alpino en Madrid" en *Arquitectura*, N° 138, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1930, pp. 311-322.

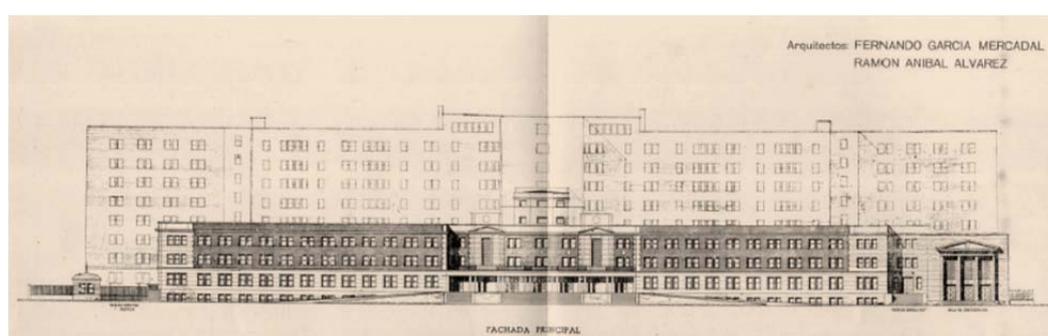
⁸⁶ "Soluciones presentadas por miembros del G.A.T.E.P.A.C. al concurso de proyectos para un grupo de casas en Bilbao" en la revista *AC*, N° 11, Barcelona, 1932, pp. 33-37.

⁸⁷ Véase la tesis de Rafael Hernando de la Cuerda *García Mercadal y el Movimiento Moderno*, pagina 265.

⁸⁸ Véase la tesis de Rafael Hernando de la Cuerda *García Mercadal y el Movimiento Moderno*, pagina 267.

⁸⁹ CASTRO, C. "El profesor Ramón Anibal Álvarez" en revista *Arquitectura*, n° 175, 1971, p. 36.

Se apuntaron a la modalidad de Residencia de 500 camas y presentaron un proyecto muy inspirado en los hospitales monobloque americanos, con un gran edificio de hospitalización de diez plantas de altura, compuesto de dos alas simétricas con el núcleo de comunicaciones verticales centrado y un ala de cirugía y tratamientos clínicos en posición perpendicular al primero, en cuyas fachadas tuvieron la precaución de añadir una pizca de historicismo, en línea con las recomendaciones de la arquitectura oficial del régimen.



Fachada del anteproyecto presentado por García Mercadal y Aníbal Álvarez. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 62, p. 68).

Con los diecinueve trabajos presentados al concurso, (8 a la modalidad de Residencias de 500 camas, 6 a la de 100 camas y 5 a la de Ambulatorios) se organizó una exposición en el Círculo de Bellas Artes de Madrid entre el once y el veinticinco de noviembre de 1946. El día de la inauguración, el jurado⁹⁰, compuesto por los responsables del INP, sus arquitectos y una representación de profesionales del Colegio de Arquitectos de Madrid, dio a conocer su fallo. Una vez que el resultado del concurso se hizo público, se supo que el equipo formado por García Mercadal y Aníbal Álvarez había conseguido el

⁹⁰ El jurado estaba compuesto por el Excmo. Sr. D. Pedro Sangro y Ros de Olano, Presidente del Instituto Nacional de Previsión, el Excmo. Sr. D. Luis Jordana de Pozas, Comisario del Instituto Nacional de Previsión, el Ilmo. Sr. D. Sebastián Criado del Rey, Director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, el Ilmo. Sr. D. Miguel Lafont Lopidana, Subdirector Médico de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, el Excmo. Sr. D. Eduardo Garay y Garay, Arquitecto Jefe del Departamento Especial de Arquitectura del Instituto Nacional de Previsión, el Sr. D. Juan de Zavala Lafora, Arquitecto Jefe del Departamento Especial de Arquitectura, el Excmo. Sr. D. Manuel de Cárdenas Pastor, Arquitecto nombrado por la Dirección General de Arquitectura, el Sr. D. Pascual Bravo San Feliú, Arquitecto nombrado por el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid y el Sr. D. Adolfo López-Durán, Arquitecto elegido por los concursantes en representación del Colegio de Arquitectos de Madrid.

segundo premio de la modalidad de Residencia de 500 camas, del que tendrían la constancia escrita en los primeros días de enero de 1947.



Oficio en el que se comunicaba a Aníbal Álvarez, que él y su compañero García Mercadal habían ganado el 2º premio de 40.000.- pts. en la modalidad de Residencia Sanitaria de 500 camas. Vista parcial de la exposición de anteproyectos. (Fuente: archivo INGESA).

Esto le supuso a García Mercadal, además de una dotación conjunta de 40.000 pesetas, formar parte del equipo colaborador del Instituto Nacional de Previsión y volver a trabajar de forma continuada después de los años de depuración, pues aunque en las bases se especificaba expresamente que el organismo convocante no adquiriría compromiso alguno con los autores de los anteproyectos premiados, lo cierto es que los tres arquitectos que fueron contratados por el I.N.P. para colaborar en los futuros proyectos, habían sido galardonados de alguna forma en el concurso⁹¹. La decisión del jurado fue la siguiente:

- **Concurso de anteproyectos de Residencia Sanitaria para 500 camas**
 1. Adjudicar el primer Premio a los Sres. D. Aurelio Botella Enríquez y D. Sebastián Vilata Valls.
 2. Adjudicar el segundo Premio a los Sres. D. Fernando García Mercadal y D. Ramón Anibal Álvarez.
 3. Adjudicar el tercer Premio a D. Luis Cabrera Sánchez.

⁹¹ "Fallo del jurado. Concurso de anteproyectos de Residencia y Ambulatorios del Plan de instalaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad", *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 62, Madrid. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1947.

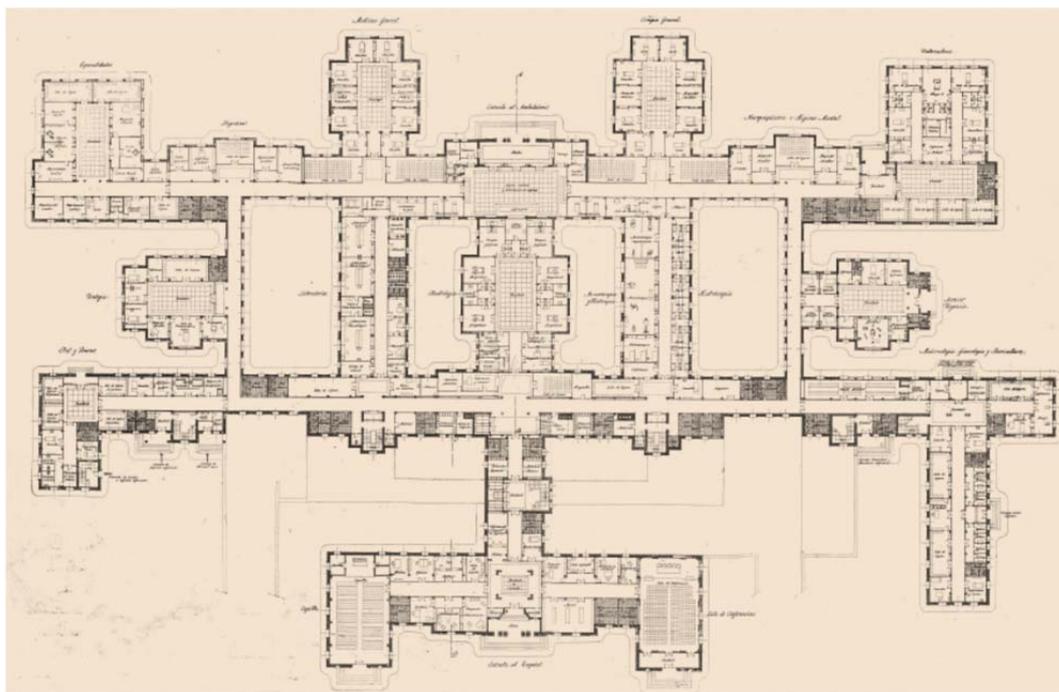
4. Conceder tres accésits de 15.000 pesetas cada uno para compensar los trabajos presentados por los Sres. D. Vicente Figuerola Benavet, D. José Marcide Odriozola y D. Rafael Aburto Renovales, y D. Antonio de la Vega Martínez.

- **Concurso de anteproyectos de Residencia Sanitaria para 100 camas**

1. Adjudicar el primer Premio a D. Manuel Martínez Chumillas y D. Luis Laorga Gutiérrez.
2. Adjudicar el segundo Premio a D. Francisco Lucini Bayod.
3. Adjudicar el tercer Premio a D. Alfonso Fungairiño Nebot y D. Juan Castañón de Mena.

- **Concurso de anteproyectos de Ambulatorio completo**

1. Declarar desiertos los Premios primero y segundo.
2. Adjudicar el tercer Premio al concursante D. Ambrosio Arroyo Alonso.
3. Conceder dos accésits de 6.000 pesetas cada uno a los Sres. D. José Osuna Fajardo y D. Francisco Robles Jiménez.



Planta baja de la propuesta ganadora de la modalidad de 500 camas, de Botella y Vilata. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 62, p. 63).

El equipo ganador de la modalidad de Residencia de 500 camas formado por los arquitectos Aurelio Botella y Sebastián Vilata, presentó una propuesta ortodoxa del hospital monobloque americano, con una planta muy depurada, en la que se diferenciaban con claridad las alas simétricas destinadas a hospitalización de la de servicios clínicos y tratamientos, todas ellas alrededor de un núcleo central de comunicaciones. En las alas de enfermos, para evitar una longitud excesiva, aparecen apéndices perpendiculares, denominados “martillos” en el argot de arquitectura hospitalaria, en cuya intersección se situaban los controles de enfermería.

En la planta baja se desarrolla el Ambulatorio, con entrada independiente desde la calle. Para resolver la posible interferencia de circulaciones se proponían accesos simétricos: el del Ambulatorio al Sur, donde se colocaban todos los servicios ambulantes y el de la Residencia al Norte.



Alzado de la propuesta ganadora de la modalidad de 500 camas. (Fuente: Revista Nacional de Arquitectura, 62, p. 61).

Estos dos arquitectos formaban el equipo con más experiencia en edificios hospitalarios, en ese momento se encontraban dirigiendo las obras del Hospital Clínico y la Facultad de Medicina de Granada, empezadas en los años treinta tras ganar el concurso en 1927⁹². Las obras se habían visto afectadas por la guerra civil, en la que el hospital, aun sin terminar, había sido utilizado como edificio militar improvisado, por lo que continuaron hasta 1953, solapándose con las obras de la Residencia del INP que Botella proyectará unos años más tarde.

También habían ganado recientemente el concurso de Anteproyectos de Sanatorios para el Plan de Construcciones del Patronato Nacional

⁹² “Concurso para Facultad de Medicina y Hospital Clínico en Granada” *Arquitectura*, N° 131, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1931, pp. 88-107.

Antituberculoso, en 1943⁹³ junto con los arquitectos Ernesto Ripollés y Ambrosio Arroyo.



Propuesta ganadora del concurso del Hospital de Granada. (izquierda) perspectiva de la propuesta, (derecha) Obra finalizada en 1946.(Fuente: revista *Arquitectura*, 143, p. 88 y Real Academia de Medicina, <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>).

No continuaron trabajando juntos, Sebastián Vilata construyó, junto con Ernesto Ripollés y Ambrosio Arroyo el Sanatorio Antituberculoso de Tarrasa y Aurelio Botella se dedicó, por su parte, a proyectar hospitales, tanto de la sanidad pública como clínicas privadas⁹⁴.

En la modalidad de 100 camas, el primer premio recayó en el equipo formado por los arquitectos Manuel Martínez Chumillas y Luis Laorga Gutiérrez, que presentaron una habilidosa propuesta de edificio compacto de cinco plantas, en el que, las dos primeras, se dedicaban al programa administrativo y ambulatorio, mientras que las tres superiores se destinaban a hospitalización, reproduciendo a escala reducida la planta de avión de los hospitales monobloque.

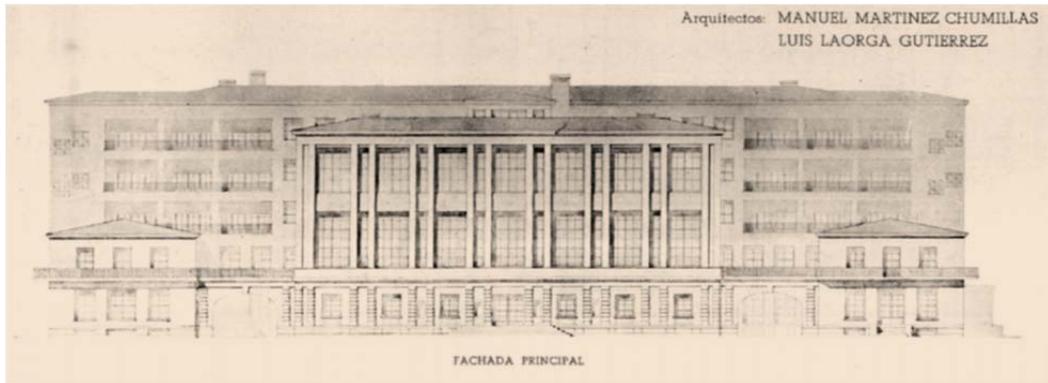
Llama la atención la excesiva jerarquización de los accesos de la planta baja, donde se llega a duplicar accesos para niños, sanos y enfermos y las concesiones estilísticas a la arquitectura oficial hechas por unos arquitectos modernos.

Tanto Chumillas como Laorga practicaron una arquitectura racionalista en una prolífica trayectoria durante el siglo pasado, pero en esta ocasión

⁹³ "Concurso de Anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Primer premio" en *Revista Nacional de Arquitectura*, N° 15, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1943.

⁹⁴ "Clínica Virgen de la Paloma (Madrid) en *Arquitectura*, N° 19, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960, pp. 60-62. También proyectó la Clínica Ruber en Madrid.

prefirieron mezclar racionalismo y clasicismo en una propuesta un tanto forzada en el aspecto formal.



Fachada principal de la Propuesta ganadora de la modalidad de 100 camas, de Chumillas y Laorga. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 62, p.83).

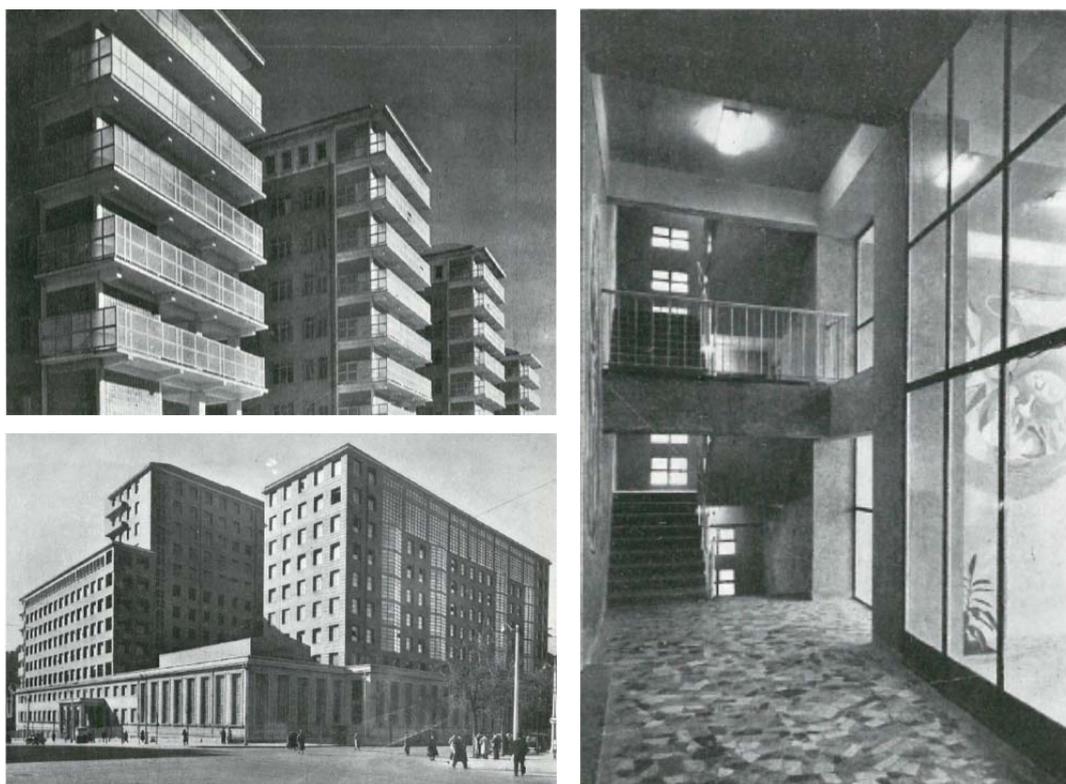
Manuel Martínez Chumillas había pertenecido al grupo GATEPAC y, al igual que García Mercadal, había sido depurado al terminar la guerra civil, quizá por eso participó en este concurso con un arquitecto libre de tachas desde un punto de vista político. Lo mismo hizo García Mercadal, presentándose al concurso con Ramón Aníbal Álvarez⁹⁵.

Martínez Chumillas no recibió encargos del INP, sin embargo realizó uno de los grandes edificios hospitalarios de Madrid, encargado por la Beneficencia General del Estado: el Hospital de la Princesa⁹⁶, situado en la calle Diego de León e inaugurado en 1955, en el que utilizó la misma tipología monobloque requerida en el concurso del INP, que en este caso, dadas las dimensiones del hospital, sí que resultaba adecuada.

Su compañero Luis Laorga no realizó edificios hospitalarios y dedicó la mayor parte de su trayectoria profesional a proyectar numerosos edificios docentes.

⁹⁵ HERNANDO DE LA CUERDA, R. "Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno", Tesis inédita, Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, 2016, p. 401.

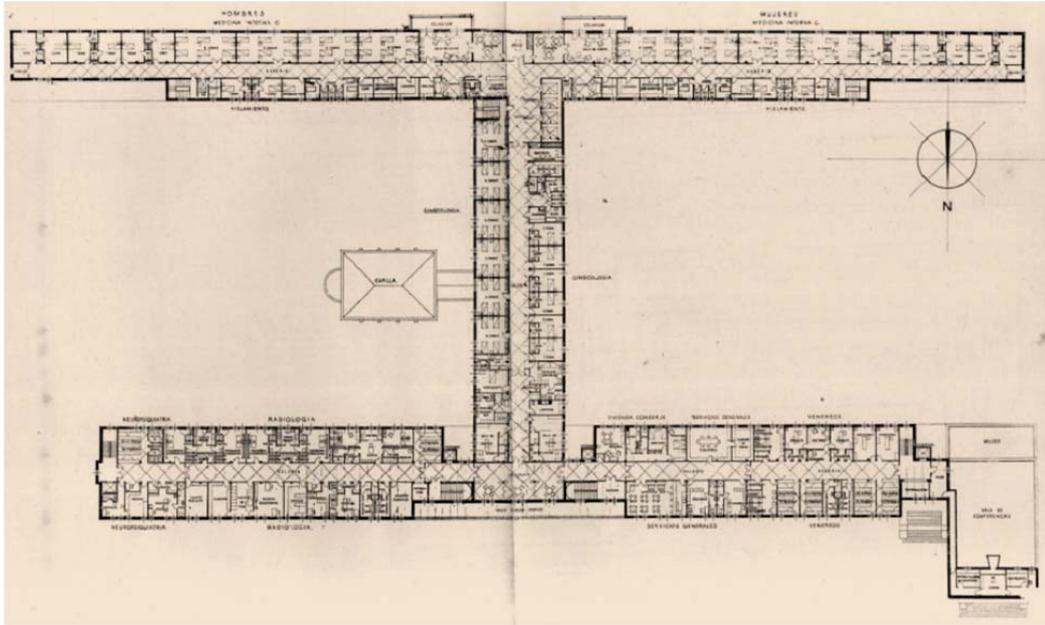
⁹⁶ "Hospital de la Beneficencia de Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura*, N° 179, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1956. pp. 3-10.



Imágenes del Hospital de La Princesa de Chumillas, 1955. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 179, p.3,5).

La modalidad de ambulatorio completo tuvo menor acierto en sus propuestas, los dos primeros premios quedaron desiertos y se concedieron el tercero y los dos accésit en compensación por el esfuerzo realizado.

García Mercadal y Anibal Álvarez presentaron una propuesta apropiada, acorde con las previsibles exigencias del resultado del concurso y el perfil de su jurado, que resolvía correctamente el programa propuesto y no se alejaba de la tipología monobloque exigida. Alrededor del núcleo de comunicaciones aparecían tres alas, dos de hospitalización y una de servicios clínicos. Las alas de hospitalización tenían orientación Norte-Sur, lo que les permitía colocar todas las habitaciones con fachada Sur, mientras que los locales de enfermería y servicios sanitarios se colocaban en la fachada Norte. Como los locales de servicios ocupaban menor espacio que la hospitalización, hacia la mitad del ala se podía reducir su profundidad, lo que proporcionaba al edificio una gran esbeltez. Esta solución de las hospitalizaciones fue utilizada por García Mercadal en la Residencia de Zaragoza, pero también por otros arquitectos del INP como Aurelio Botella en la Residencia de Barcelona.



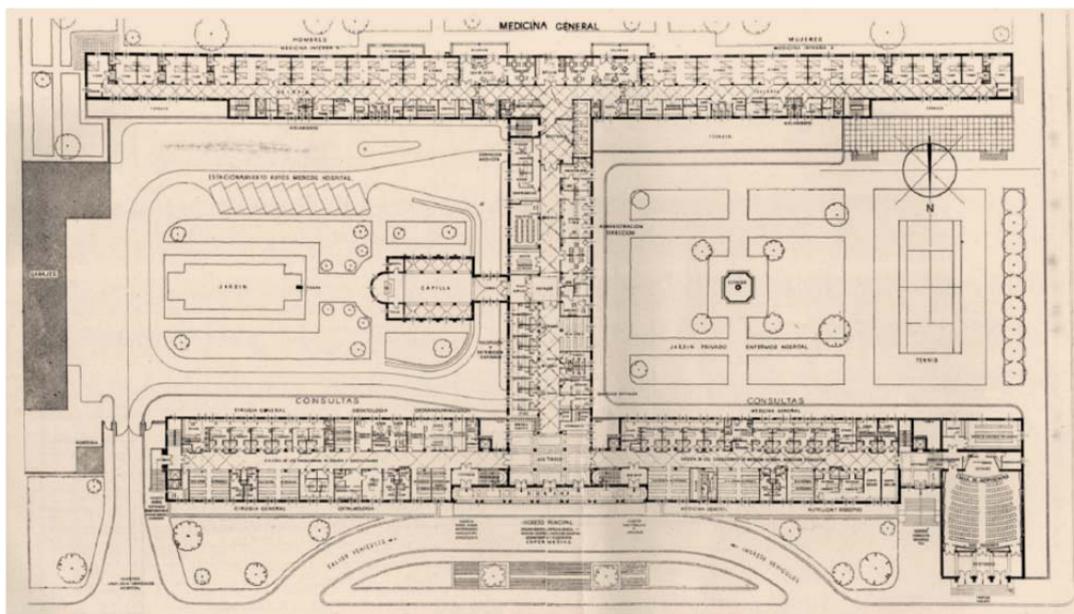
Planta segunda de la propuesta de García Mercadal - Aníbal Álvarez. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 62, p. 62).

Con este elemental esquema funcional, en forma de H en las plantas bajas y de T en las plantas superiores, resolvían con claridad y sencillez el programa asistencial solicitado en las plantas superiores, reservando la planta semisótano para los servicios generales de cocinas, lavandería e instalaciones. Aunque el esquema propuesto es sencillo y claro, analizando las plantas en profundidad se aprecian interferencias en las circulaciones y carencias en algunos servicios. García Mercadal mantuvo el esquema para el proyecto de la Residencia de Zaragoza, pero tuvo buen cuidado de pulir los fallos del concurso, consiguiendo una propuesta mucho más funcional.

En las plantas bajas resolvían el programa de Ambulatorio completo colocándolo en el extremo Norte del ala de servicios clínicos, lo que, por una parte, permitía compartir estos servicios con el hospital, pero creaba el conflicto de circulaciones con los accesos de los usuarios, ya que todos ellos: pacientes ambulatorios, ingresados, visitas, etc. accedían a las instalaciones por el mismo punto.

Existe una gran similitud entre la propuesta presentada al concurso de anteproyectos para residencias de 500 camas y la que luego desarrolló García Mercadal, mejorándola, para el proyecto de la Residencia de

Zaragoza, hasta el punto de que algunos autores, como Rafael Hernando⁹⁷ mencionan el proyecto como del "concurso de anteproyectos de la Residencia Sanitaria de 500 camas en Zaragoza", seguramente, no por error, sino con la intención de subrayar el parecido.



Planta baja de la propuesta de García Mercadal - Aníbal Álvarez. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, 62, p. 62).

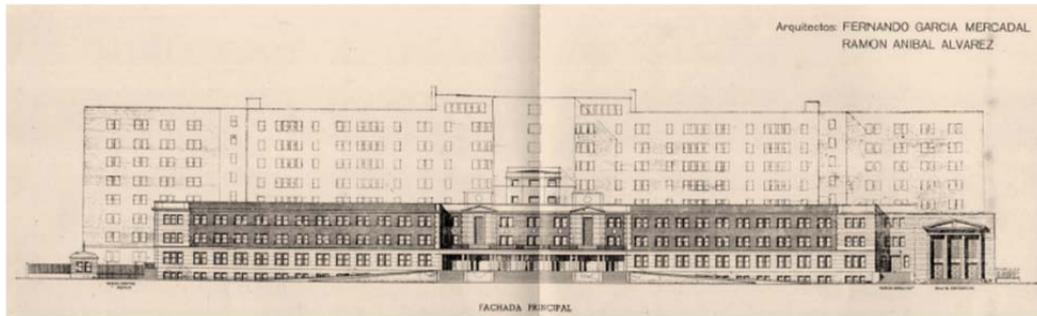
En cuanto a la apariencia formal, todos los proyectos presentados al concurso adoptaban soluciones afines a las consignas dictadas desde La Dirección General de Arquitectura por Pedro Muguruza y trascritas por Juan Zavala⁹⁸ que preconizaban la vuelta a lo clásico como forma de significación nacional frente a lo indiferenciado de los "cubismos desenfundados" y a los "excesos de la arquitectura moderna", según decía Zavala en sus escritos. Todo el esfuerzo de los proyectos se aplicaba a la minuciosa resolución de los programas funcionales, aplicando luego epidérmicos y superfluos formalismos.

Tal como mantienen las teorías revisionistas, estos proyectos mantienen un racionalismo que no desaparece totalmente en los años cuarenta, pues

⁹⁷ HERNANDO DE LA CUERDA, R. "Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno" op. cit. pp. 404-408.

⁹⁸ ZAVALA LAFORA, J. *La Arquitectura*, Madrid, Pegaso, 1945, pp. 164-165.

aunque en su aspecto exterior adoptaron imágenes clásicas, a nivel técnico y constructivo las soluciones fueron de vanguardia.



Alzado principal de la propuesta de García Mercadal - Aníbal Álvarez.
(Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*). COMPLETAR

Coincidiendo con la exposición de anteproyectos del concurso, se organizó en el salón de actos del Círculo de Bellas Artes un ciclo de conferencias⁹⁹ relacionadas con la edificación sanitaria que fueron impartidas por Sebastián Criado del Rey¹⁰⁰, Director de la Caja del Seguro, Miguel Lafont Lopidana¹⁰¹, subdirector médico de la Caja del Seguro y Juan de Zavala Lafora¹⁰², arquitecto-jefe de la Sección del Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad. La conferencia de mayor repercusión fue la este último.

Zavala acababa de publicar uno de los primeros libros de arquitectura tras la guerra civil española que trataba sobre la evolución de las ideas en la arquitectura internacional desde finales del siglo XIX y sus conocimientos generales le permitieron elaborar una brillante intervención. La conferencia, dedicada a la evolución del concepto de hospital fue difundida luego por la *Revista Nacional de Arquitectura* en su N° 62¹⁰³. En ella Zavala hacía un

⁹⁹*Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad...* op. cit. p. 13. Estas tres conferencias fueron publicadas íntegramente por el Servicio de Publicaciones del INP.

¹⁰⁰ CRIADO DEL REY, S. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

¹⁰¹ LAFONT LOPIDANA, M. *Servicios médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

¹⁰² ZAVALA LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital en Bloque*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

¹⁰³ ZAVALA Y LAFORA, J. "La evolución de las ideas para la construcción de hospitales. El Hospital en Bloque. Conferencia pronunciada por Juan de Zavala Lafora en el Círculo de Bellas Artes de Madrid el 11 de noviembre de 1946 con motivo del acto de apertura de la exposición de anteproyectos de edificios sanitarios

recorrido histórico desde la edad media por los momentos singulares de la construcción de hospitales, analizando cada una de las tipologías hasta llegar al hospital vertical americano, por el que no disimulaba sus preferencias, para terminar rubricando una máxima útil en cualquier proyecto de arquitectura, pero imprescindible en los de hospitales:

"...en un hospital moderno no hay construida de forma definitiva más que la estructura y las fachadas, y fijadas las líneas de circulación y de emplazamiento de los servicios. No existen muros fijos de carga interiores, excepto los muros cortafuegos; el resto de la distribución puede variarse con facilidad"¹⁰⁴.

Zavala recordaba con cierta añoranza el albor de la arquitectura moderna en el Madrid de los años veinte. Contaba ya con cuarenta y cuatro años pero en su juventud había asistido junto a Fernando García Mercadal a la mítica reunión de junio de 1928 en el castillo de La Sarraz. Como ya hemos comentado, García Mercadal había recibido las dos únicas invitaciones cursadas a España, en agradecimiento a la organización de las conferencias de la Residencia de Estudiantes unos meses antes. Eligió como acompañante a un joven arquitecto que acababa de terminar la carrera: su amigo Zavala, elección afortunada que le abriría las puertas del INP veinte años después.

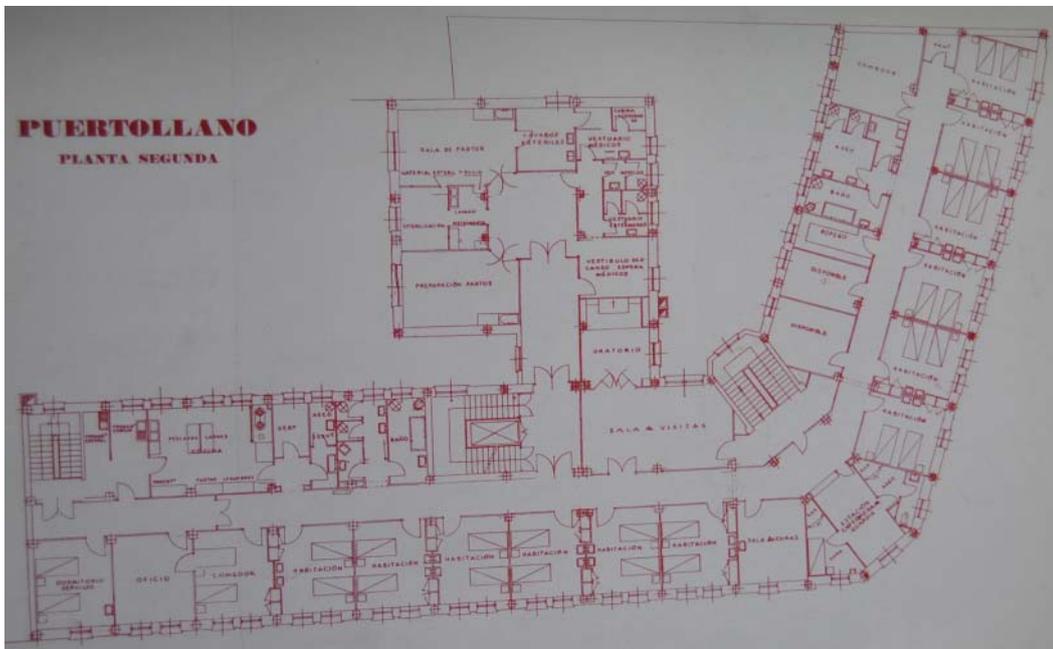
Juan de Zavala había sido también redactor de la revista *Arquitectura*, junto a algunos de los mejores arquitectos madrileños del periodo republicano, como Luis Blanco Soler, Secundino Zuazo, Luis Lacasa o Manuel Sánchez Arcas. Aunque arquitectónicamente no se puede considerar a la altura de estos últimos, compartió con ellos el entusiasmo y el esfuerzo por dar a conocer, desde las páginas de la revista, la nueva arquitectura moderna, entusiasmo del que las circunstancias de la postguerra hicieron que se desvinculara años más tarde.

para el Seguro de Enfermedad", en *Revista Nacional de Arquitectura*, N° 62, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, febrero de 1947.

¹⁰⁴ ZAVALA LAFORA, J. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque" ...* op. cit. p. 25.

VI.5. Primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias

Clausurada la exposición del Círculo de Bellas Artes¹⁰⁵, se adjudicaron las primeras obras a varios de los arquitectos galardonados. Los tres arquitectos fichados por el INP, junto con los tres funcionarios de plantilla, comenzaron a proyectar las Residencias y Ambulatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad teniendo en cuenta lo mejor de las propuestas del concurso y con las consignas estilísticas de la postguerra. No se demoraron mucho, pues en julio de 1947, unos meses más tarde de fallado el concurso, se empezaban las obras de la primera Residencia, la de Puertollano¹⁰⁶.



Residencia Sanitaria de Puertollano del arquitecto Germán Álvarez Sotomayor, planta segunda. (Fuente: archivo INGESA).

En el caso de Fernando García Mercadal, al año siguiente, 1947, recibió el encargo para realizar una Residencia Sanitaria de 500 camas en Zaragoza. Terminaban así para él la difícil etapa de la postguerra, en la que, durante

¹⁰⁵ Fue clausurada el 25 de noviembre de 1946.

¹⁰⁶ En julio de 1947 se empezaron las obras de la Residencia de Puertollano, proyectada por Germán Álvarez de Sotomayor y construida por la empresa José María Puldain la Bayen. Esta Residencia fue la más pequeña del Plan de Instalaciones. Con solamente 32 camas, ocupaba un edificio de tres plantas situado entre medianeras y albergaba también un Ambulatorio Completo. El resto de residencias no se empezaron hasta un año más tarde, a mediados de 1948. Una de las primeras fue la de Zaragoza, comenzada en mayo de 1948.

siete años, había sido depurado con la sanción de inhabilitación y de no poder ejercer los cargos de arquitecto municipal ni de profesor de la Escuela de Arquitectura.

La primera etapa del Plan de Instalaciones comenzó en 1947, tras el concurso de anteproyectos y duró hasta 1953 y en ella se construyeron 34 Residencias y 33 Ambulatorios¹⁰⁷. En conjunto se trata de unos edificios homogéneos, fuertemente condicionados por las circunstancias en que fueron proyectados: una oficina técnica común en la que se realizaron todos los proyectos, un grupo de profesionales muy pequeño¹⁰⁸, formado solamente por 6 arquitectos, tres aparejadores, dos ingenieros y algunos colaboradores, unas consignas muy estrictas en cuanto a la funcionalidad de los edificios, marcadas por la influencia de los hospitales americanos y resumidas en los ya mencionados libros de Eduardo Garay y Juan Pedro de la Cámara¹⁰⁹, unas exigencias formales impuestas desde la Dirección General de Arquitectura, que en los primeros años de la dictadura resultaban insoslayables y la certeza de estar contribuyendo a la realización de una obra conjunta y singular; la generación de un tipo de edificio que se

¹⁰⁷ El número de ambulatorios es aproximado y varía según las fuentes e incluso según las publicaciones del INP que se consulten. En esta primera etapa se había previsto construir 34 ambulatorios, ese es el número que aparece en la mayoría de las publicaciones, sin embargo en 1952, con las obras de la primera etapa a punto de finalizar, se editó un folleto titulado "Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad", INP-XXXVI-1952, en el que se daba cuenta de todas las obras y de su estado con abundante información gráfica y en el que se habla de 33 ambulatorios en la primera etapa, incluso si se cuentan los ambulatorios referenciados en la publicación, el número se reduce a 31.

El criterio inicial era que los ambulatorios hicieran de filtro o de primer escalón en la asistencia al ciudadano, de tal forma que a las residencias, como asistencia más especializada, se accediera una vez que lo determinaban los médicos de los ambulatorios. Para eso era necesario construir mayor número de ambulatorios que residencias (67 residencias y 206 ambulatorios inicialmente en todo el Plan), pero la escasez de materiales y de financiación hizo que el Plan se retrasase y que se decidiera priorizar la terminación de las 34 residencias previstas en 1953, en detrimento de los ambulatorios, que se siguieron construyendo durante toda la década.

¹⁰⁸ Además de los arquitectos ya mencionados en el texto, Garay, Zavala, Álvarez de Sotomayor, García Mercadal, Botella y Marcide, colaboraron en la oficina técnica del Seguro de Enfermedad los ingenieros Carmelo Monzón y Federico Mestre, los aparejadores Fernando Flórez, José María González Duarte y Miguel Tapia Ruano, unos pocos delineantes y algunos colaboradores.

¹⁰⁹ Véase en el capítulo V de esta tesis *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio* de Eduardo Garay y *Fisonomía y vida del hospital americano* de Juan Pedro de la Cámara.

adaptara a las exigencias de la medicina del momento, situando la arquitectura asistencial española al nivel de los países desarrollados.

Volviendo a la construcción de instalaciones sanitarias del franquismo, tema ya iniciado en el apartado V.3 de esta tesis, el Ministerio de Trabajo había aprobado el Plan Nacional de Instalaciones sanitarias con sus etapas, elaborado por el Consejo del Instituto Nacional de Previsión. El Plan preveía dos etapas de ejecución y pretendía dotar, a los ocho millones de españoles que recibían las prestaciones del Seguro de Enfermedad, de una red de instalaciones sanitarias que supondría, al final de la segunda etapa, la construcción de 67 residencias sanitarias, 96 ambulatorios completos y 110 ambulatorios reducidos.

Sin embargo la realidad enmendó las previsiones, dejándolas en cifras algo menos ambiciosas. El ritmo de las obras fue mucho más lento del previsto, debido a la crisis económica nacional que dificultaba el suministro de los materiales de construcción. Por ello se priorizó la ejecución de la Residencias a costa de paralizar los ambulatorios, que se resolvieron provisionalmente acondicionando locales. Aun así, como el número de beneficiarios del Seguro de Enfermedad seguía creciendo y, por otra parte, la construcción de Sanatorios Antituberculosos había quedado paralizada, el INP afianzó pronto su puesto de líder entre las instituciones responsables de la red española de hospitales, convirtiéndose en el mayor promotor de edificios sanitarios en España¹¹⁰.

Formando parte de la primera etapa del Plan, la Residencia Sanitaria de Zaragoza fue una de las construcciones pioneras. En los primeros meses de 1947, Fernando García Mercadal empezaba el proyecto con la colaboración del Ingeniero de caminos Carlos Fernández Casado y al año siguiente la empresa constructora Huarte y Cía. iniciaba las obras de construcción que terminaron en diciembre de 1952.¹¹¹ También en el año

¹¹⁰ Otras instituciones titulares de hospitales eran las Diputaciones Provinciales, cuyas instalaciones se dedicaban a la beneficencia y el Ministerio de la Guerra, que contaba con su propia red de hospitales.

¹¹¹Aunque las obras terminaron en diciembre de 1952, la puesta en funcionamiento de la Residencia no se produjo hasta octubre de 1955, pero la inauguración oficial se retrasó varios años, hasta abril de 1959, por lo que quedó diluida dentro de un paquete de múltiples inauguraciones.

1948 empezaría algunas de las más significativas obras de esta primera etapa: Barcelona, Vigo, La Coruña, Burgos... que por sus grandes dimensiones alteraron la configuración de sus ciudades y que llevaron al ministro Girón en algunos de sus discursos a calificarlas de "castillos adelantados de la justicia social"¹¹² y a asociar su imagen con la de los alcázares o las catedrales medievales.

*"A la hora presente, y casi por obra de magia, una cadena de fortaleza de la paz, las Residencias Sanitarias, está jalonando las fronteras interiores de España como castillos adelantados de la justicia social"*¹¹³



Imágenes obtenidas en los folletos del INP, comparativas de las instalaciones del Seguro de Enfermedad con las anteriores de la beneficencia. (Fuente INP, XXXVI-1952, p. 119).

En los folletos propagandísticos del INP se incidía constantemente en dos aspectos: por un lado se comparaba las instalaciones sanitarias del Plan de Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad¹¹⁴, modernas, asépticas, eficaces, similares a las de los hospitales americanos, con las existentes fuera del Plan, que no eran otras que las de la beneficencia, a cargo de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos y que en la mayoría de los casos estaban obsoletas, masificadas, sin medios, etc., era como comparar las

¹¹² PIETAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p.55.

¹¹³ INP-00896, "Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias", Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1953, p. 2.

¹¹⁴ INP-XXXVI, "Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad", Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1952, pp. 117-120

imágenes de una película en color con las de otra rodada en blanco y negro.

Por otra parte se comparaba los hospitales realizados en España con los más modernos hospitales americanos, aunque en la comparación se jugaba con la escala de las fotografías, haciendo que parecieran de igual tamaño el Hospital General de Los Ángeles, (3000 camas) y la Residencia de Granada (350 camas)¹¹⁵.

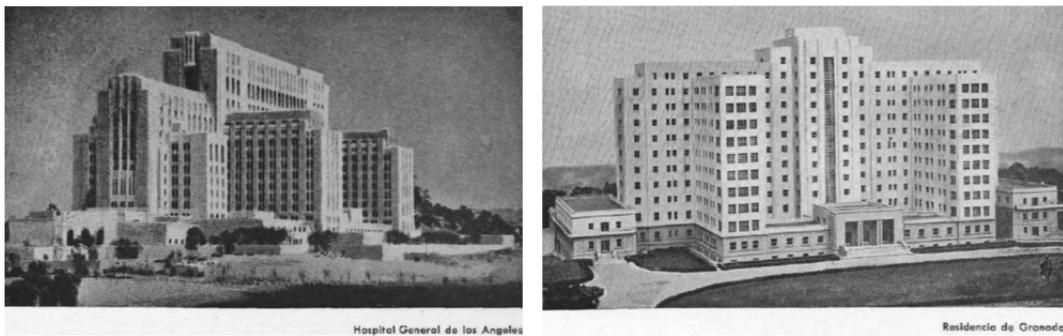


Imagen comparativa de la publicación del INP. Izquierda Hospital General de Los Ángeles, de 3.000 camas. Derecha Residencia de Granada, de 350 camas. (Fuente INP, XXXVI-1952, p. 123).

Aunque la producción arquitectónica del INP, vista con la perspectiva de 70 años, nos parece ciertamente homogénea, al acercar el foco a lo que proyectó cada uno de los arquitectos contratados, las diferencias se van haciendo evidentes, tanto más, cuanto más nos alejamos de los primeros proyectos. En la primera etapa la producción de la oficina técnica fue muy homogénea y, casi se podría decir, monolítica; todos los proyectos del reducido grupo de arquitectos estaban engranados, planificados y controlados por la estricta mano de Siro Azcona¹¹⁶, que desde su puesto de asesor médico programaba minuciosamente los contenidos y las instalaciones necesarias para cada una de las áreas.

¹¹⁵ INP-XXXVI, "Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad", op. cit. pp. 121-132.

¹¹⁶ El cargo de Siro Azcona era de asesor médico de la oficina técnica del INP, pero su conocimiento sobre el funcionamiento de los hospitales, muy superior al de los arquitectos, le colocó en una posición de liderazgo. Finalizada la primera etapa del Plan pidió la excedencia para pasar a trabajar en puestos de dirección en la sanidad privada.

Estos contenidos fueron recopilados en un manual¹¹⁷, que a semejanza de los que eran usuales en Estados Unidos en esos años¹¹⁸, explicaba con planos y detalles constructivos como diseñar cada una de las áreas de un hospital. Una vez elegida por el asesor médico una determinada solución, tanto si afectaba al número de camas por habitación o al tipo de recubrimiento de los pasillos, se aplicaba automáticamente en todos los proyectos en curso.

Donde se aprecian las diferencias a las que aludía, es en el planteamiento general de los proyectos y en las propuestas volumétricas de cada arquitecto. Es en este aspecto donde las Residencias proyectadas por García Mercadal marcan una clara diferencia en relación con el resto. Ya desde la primera Residencia de Zaragoza, o las posteriores de Huesca o Pamplona, su personal estilo se hace evidente.

Agruparemos las obras de Residencias Sanitarias realizadas por cada uno de los seis arquitectos que componían la oficina técnica en esta primera etapa con objeto de discernir las diferencias de las respuestas arquitectónicas particulares que cada uno de ellos daba a las soluciones técnicas que se elaboraban de forma conjunta.

Se analiza primero la obra de los arquitectos contratados a raíz del concurso de anteproyectos, a los que su inicial entusiasmo les impulsó a realizar mayor número de proyectos y por último la de los funcionarios.

De forma intencionada, las imágenes que se han incorporado corresponden a las maquetas o perspectivas de la fase de proyecto, evitando imágenes posteriores de la obra terminada, entendiéndose que resultan más representativas de la intención inicial del arquitecto y que la imagen de la obra terminada ha podido estar condicionada por decisiones ajenas al proceso proyectual.

¹¹⁷ AZCONA, S. *Residencias Sanitarias*, Madrid, Editorial Plenitud, 1954.

¹¹⁸ ROSENFELD, I. *Hospitals, integrated design*, New York, Reinhold Publishing Corporation, edición en español traducida por , ORTIZ REMLEY, M., Mexico DF, Compañía Editorial Continental, 1965.

- **Aurelio Botella Enríquez**

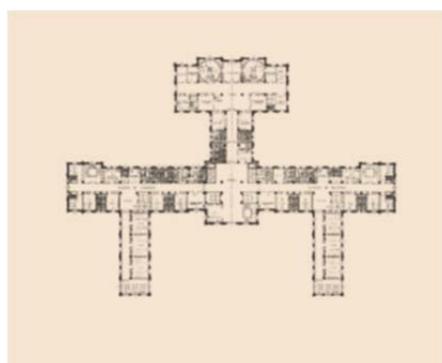
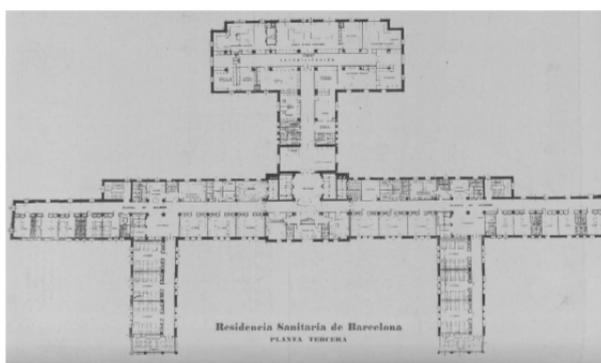
En la primera etapa del Plan de Instalaciones proyectó seis residencias. Su condición de ganador del concurso de edificios sanitarios para el Seguro le supuso el encargo del proyecto de mayor volumen: la Residencia de Barcelona, con una capacidad de 700 camas, para la que utilizó su propuesta del concurso adaptándola a la nueva capacidad y a las condiciones del solar y mejorándola en aquellos aspectos menos acertados, como la excesiva longitud de las unidades de hospitalización. En el proyecto definitivo consiguió acortarlas mediante la adopción de una forma en T para las enfermerías, a las que colocaba el control de enfermeras en el punto de intersección.

La Residencia de Barcelona se convirtió desde el primer momento en la estrella de la primera etapa del Plan, ya que a Madrid no se le adjudicó ningún hospital, por ello recibió el nombre de Francisco Franco y se le encargó el proyecto Aurelio Botella, arquitecto ganador del concurso del Seguro de Enfermedad, con una larga trayectoria y experiencia en la construcción de hospitales.¹¹⁹



Imágenes de la Residencia de Barcelona. Izquierda: foto de la estructura durante su construcción, derecha: imagen del edificio tras su inauguración en 1952. (Fuente: <https://www.google.es/search?q=residencia+sanitaria+barcelona>)

¹¹⁹ Aurelio Botella había ganado por concurso en 1928 el proyecto del hospital Clínico y la Facultad de Medicina de Granada, también había ganado el concurso de Sanatorios Antituberculosos en 1943. Realizó clínicas privadas y toda su vida se dedicó a construir hospitales. Su hijo, Aurelio Botella Clarella, también se dedicó a la arquitectura hospitalaria habiendo participado en la construcción y reforma de numerosos Hospitales y Centros de Salud y formó parte del equipo que reformó la Residencia Sanitaria de Zaragoza en 1974, reforma en la que se eliminó la capilla y el salón de actos, así como la entrada y el ambulatorio.



Residencias proyectadas por Aurelio Botella (1948-1953). Arriba Huelva, (Fuente:<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>), Abajo, Barcelona y Badajoz, (Fuente: INP, 00896-1953, p. 17, 18).

Las otras cinco residencias proyectadas por Botella fueron:

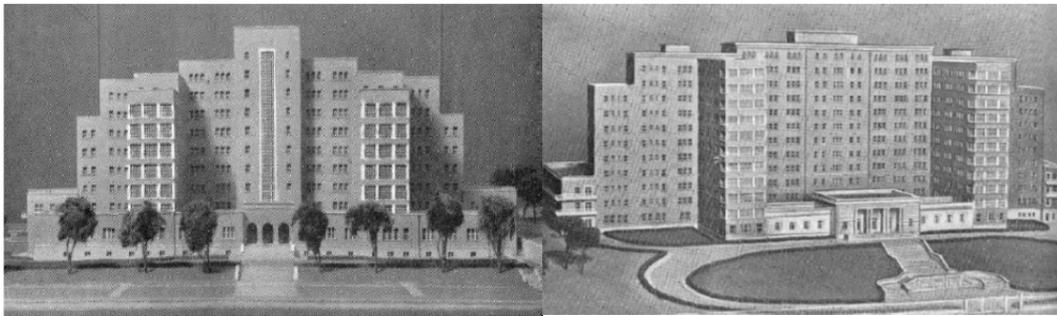
- La Residencia de Granada, de 350 plazas, pero con un esquema en planta muy similar al de la de Barcelona, esta vez sin el problema de la longitud de las unidades de hospitalización. Tenía la mitad de capacidad y el mismo número de plantas, por lo que las unidades de hospitalización pasaban de 40 camas en la de Barcelona a 24 en la de Granada.

La forma de resolver el núcleo de comunicaciones verticales resolvía con facilidad uno de los conflictos de las residencias de la primera etapa; la interferencia de circulaciones de enfermos hacia el bloque quirúrgico con la circulación de visitas y personal ajeno al centro.

- La Residencia de Gerona, de similar disposición, fue proyectada en 1949 y construida entre los años 1950 y 1952. Todas las Residencias de esta etapa del Plan fueron realizadas por un reducido grupo de

cuatro empresas¹²⁰, que se repartían las obras de forma parecida a como se adjudicaban los proyectos a los arquitectos: obra entregada suponía una nueva adjudicación y por lo tanto las empresas competían por terminar las obras en el menor plazo posible.

- La Residencia de Badajoz, proyectada en 1948 y 400 plazas, mantiene el esquema de distribución en planta de las anteriores.
- La Residencia de Huelva, proyectada en 1947, en la que, por la ubicación del solar, se vio obligado a cambiar los accesos en relación con el bloque de hospitalización. En este caso la entrada al hospital estaba situada al Norte y se accedía bajo el ala destinada a servicios clínicos.
- La Residencia de Cáceres fue la última proyectada por Aurelio Botella en esta etapa y, aunque se mantiene la simetría de la doble hospitalización para hombres y mujeres en cada planta, las alas transversales ya no son iguales y los accesos ya no coinciden con el eje de simetría principal.



Badajoz

Barcelona

¹²⁰ Las empresas constructoras que se adjudicaron prácticamente la totalidad de las obras fueron: AGROMAN S.A., HUARTE Y CIA. S.L., RAMON BEAMONTE y EGUINOA HERMANOS, la excepción la constituyeron la Residencia de Puertollano que la construyó la empresa JOSÉ MARÍA PULDAIN LA BAYEN y la Residencia de Burgos, construida por el SERVICIO MILITAR DE CONSTRUCCIONES, que tuvo el honor de ser la obra más larga de todo el Plan.



Huelva



Gerona



Granada



Cáceres

Maquetas de las residencias proyectadas por Aurelio Botella durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

RESIDENCIAS DE AURELIO BOTELLA ENRIQUEZ				
Ubicación	Nº camas	Fecha inicio	Fecha final	Constructor
BADAJOS	400 c	12/1949	12/1952	Huarte S.L.
BARCELONA	700 c	07/1948	12/1952	Huarte S.L.
CÁCERES	200 c	02/1951	03/1953	Eguinoa Hermanos
GERONA	200 c	10/1950	12/1952	Huarte S.L.
GRANADA	350 c	06/1950	03/1953	Eguinoa Hermanos
HUELVA	250 c	01/1948	04/1952	Agromán S.A.

Cuadro resumen de la producción de Aurelio Botella durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

- **Martín José Marcide Odrizola**

Los encargos más grandes de la primera etapa del Plan de instalaciones (Barcelona, Bilbao, Zaragoza y Sevilla) se los adjudicaron los arquitectos premiados en el concurso de edificios para el Seguro: Botella, García Mercadal y Marcide, excepción hecha de Sevilla, que la proyectó Juan Zavala. De los tres, Marcide resultó ser el más prolífico, proyectó 10 de las 34 Residencias y todas ellas de gran tamaño¹²¹.

Marcide aplicó con esmero las consignas de pretendida monumentalidad dimanadas desde los organismos oficiales, así como la máxima anacrónica, establecida ya por el Patronato Nacional Antituberculoso, de que la arquitectura debía adoptar invariantes castizos de la región geográfica en la que se construía¹²². El resultado fueron unas obras, que si bien en algunos casos consiguieron la pretendida monumentalidad, transmiten una sensación de eclecticismo, historicismo y heterogeneidad mayor que en el resto de sus compañeros.

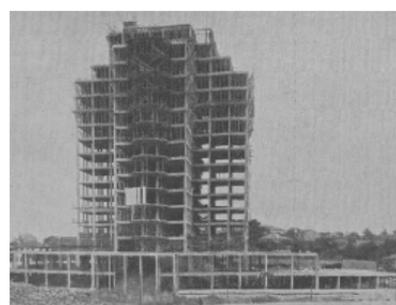
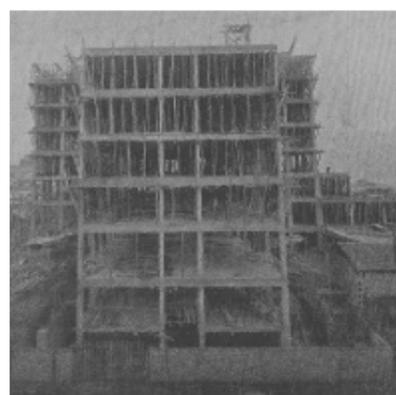
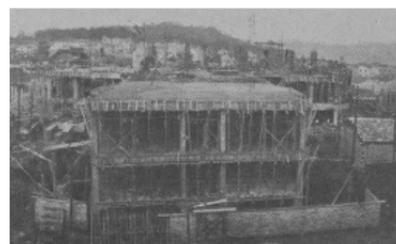
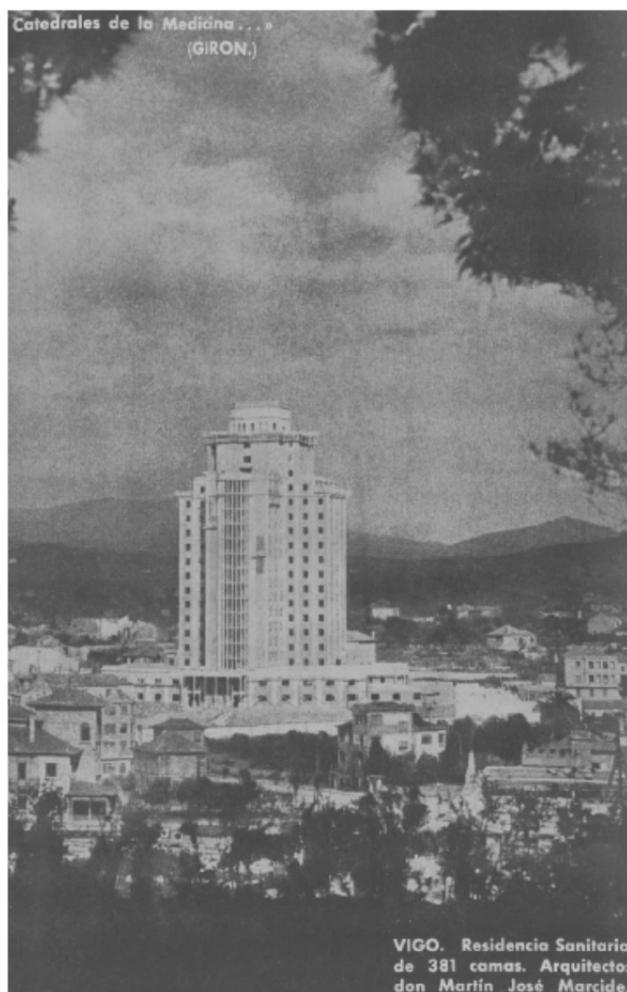
Si se hubiese tratado de una competición Marcide hubiera ganado a sus colegas por goleada: proyectó el mayor número de residencias, las que albergaban el mayor número de camas, el edificio más alto y el mayor alarde estructural. La escalera principal de la Residencia de Bilbao supuso el mayor atrevimiento estructural en hormigón armado. La Residencia de Vigo, con una clara intención simbólica y monumental, fue el más alto de los hospitales de España y es muy posible que aún siga manteniendo el record.

En sus 19 plantas sobre el terreno, Marcide cambió la tradicional distribución de dos enfermerías por planta, mujeres y hombres, por una sola, lo que suponía perder eficacia y aumentar personal asistencial, pero con ello se conseguía duplicar la altura del edificio. La torre de Vigo aparece en la

¹²¹ Marcide proyectó la Residencia de Bilbao (650 camas), la de Almería (300 camas), la de Burgos (300 camas), la de A Coruña (300 camas), la de Mahón (100 camas), la de Palma de Mallorca (300 camas), la de Santiago (200 camas), la de Valladolid (300 camas), la de Vigo (250 camas) y la de Zamora (150 camas).

¹²² PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p. 55.

portada de varios folletos publicados por el INP¹²³. Es de suponer que el espíritu del “plus ultra” de la arquitectura de Marcide encajó bien con las aspiraciones de los responsables del INP, hasta el punto de convertirle, unos años más tarde, en el líder de la oficina técnica del Seguro.

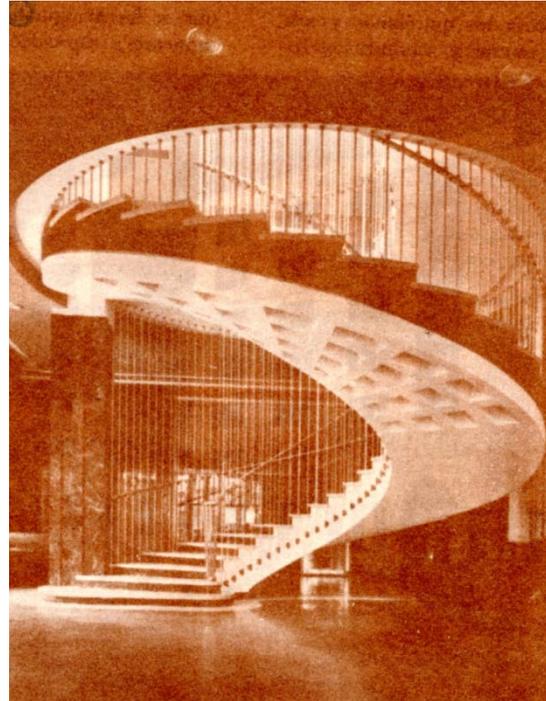
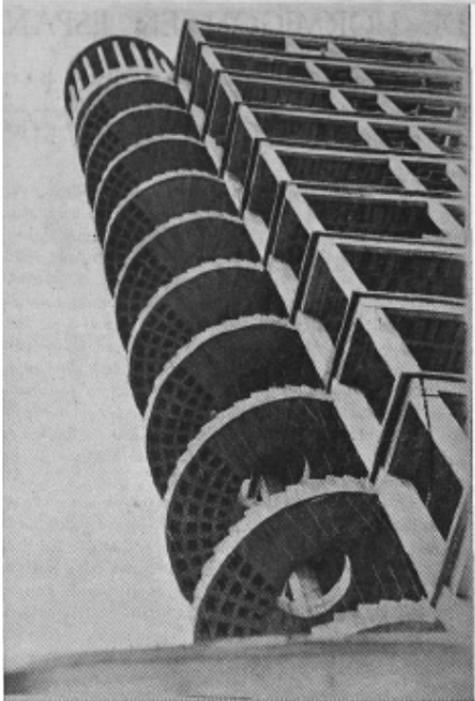


La residencia de Vigo en el entorno de la ciudad y evolución de la estructura, enero, marzo y junio de 1950. (Fuente: INP, 00896-1953).

Sus alardes estructurales también aparecen reseñados en las publicaciones del INP. A la escalera helicoidal de la Residencia de Bilbao, construida totalmente en vuelo, a base de hormigón armado, se le dedica un artículo en el folleto del INP de 1952, en el que se transcribe, a su vez, el que la revista

¹²³ La Residencia de Vigo aparecía en la portada, al menos, de los folletos INP. XXXVI Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias de 1953 y INP. 00896 El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias de 1951.

*Concrete and constructional engineering*¹²⁴ dedicaba al hormigón armado en España, poniendo como ejemplo a la estructura del edificio de Bilbao y alabando sus resultados, aunque señalando la dificultad de realizar ese tipo de obras en las circunstancias españolas¹²⁵.



Escalera de hormigón armado de la Residencia de Bilbao, foto de la izquierda exterior durante la obra. (Fuente: INP, XXXVI-1951). Foto de la derecha interior con la obra acabada. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com.html>).

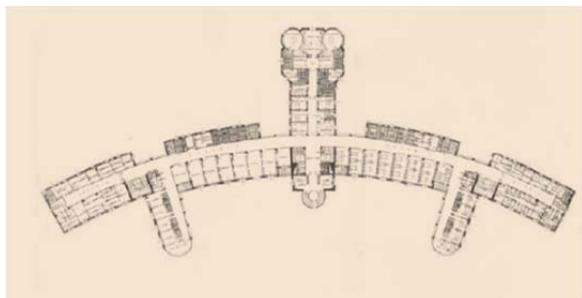
Los esquemas de planta de las residencias de Marcide son ciertamente heterogéneos, podemos ver plantas con una distribución ortodoxa del esquema monobloque americano, como las de La Coruña o Almería, en las que utiliza la conocida como planta de avión en el argot de la arquitectura hospitalaria y otras de interpretación más libre, como las de Bilbao, Vigo o Palma de Mallorca¹²⁶, en las que introduce el compás para curvar el bloque de hospitalización, consiguiendo con ello más perjuicios que ventajas, pues

¹²⁴ BOURNE, N. B. "El hormigón en España" en *Concrete and constructional engineering*, N° 20, octubre de 1950.

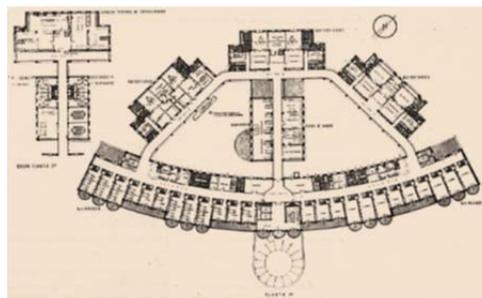
¹²⁵ INP-XXXVI, "Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad", op. cit. p.91.

¹²⁶ En estas plantas, Marcide hace una interpretación libre la tipología monobloque, sigue manteniendo el esquema, pero aplica una curva a las alas de hospitalización, sin aparente justificación, lo que complicaría la construcción, el amueblamiento y el uso de estos hospitales.

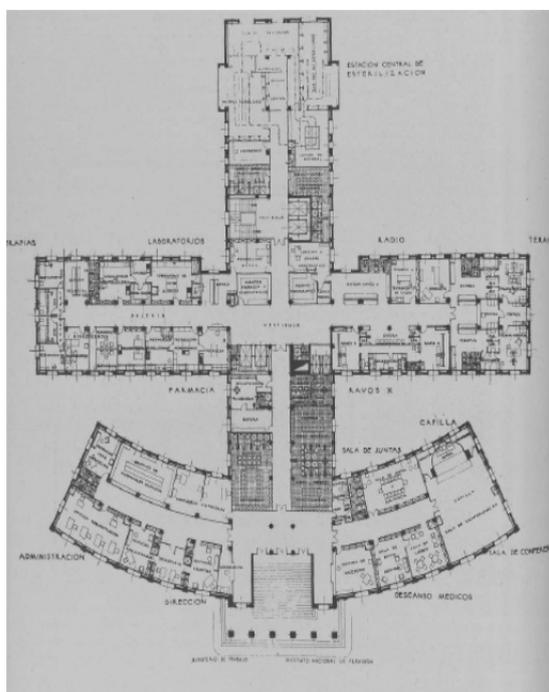
aumenta la dificultad constructiva sin mejorar la distributiva, obteniendo a cambio un efecto formal bastante discutible.



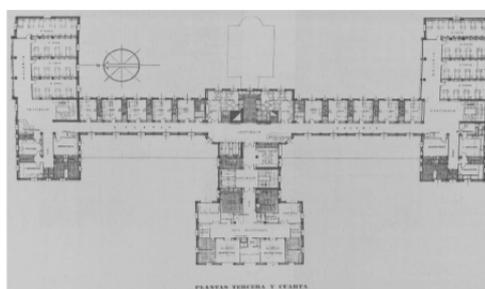
Bilbao



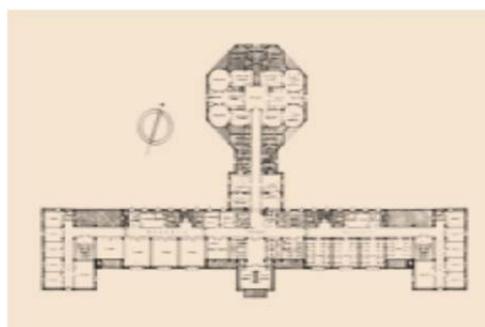
Palma de Mallorca



Vigo



La Coruña



Almería

Planos de planta de varias residencias sanitarias proyectadas por Marcide durante la primera etapa del Plan de Instalaciones, (Fuente: INP, XXXVI-1951 y INP, XXXVI-1952).



Mahón



Zamora



Valladolid



Vigo



La Coruña



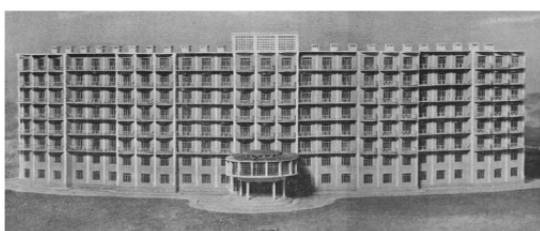
Burgos



Almería



Bilbao



Palma de Mallorca



Santiago de Compostela

Maquetas de las residencias proyectadas por Martín José Marcide durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

RESIDENCIAS DE MARTIN JOSÉ MARCIDE ODRIOZOLA				
Ubicación	Nº camas	Fecha inicio	Fecha final	Constructor
ZAMORA	150 c	04/1951	12/1952	Ramón Beamonte
VIGO	250 c	09/1948	08/1952	Ramón Beamonte
VALLADOLID	300 c	06/1948	06/1952	Agromán S.A.
SANTIAGO	197 c	07/1949	11/1952	Ramón Beamonte
MALLORCA	300 c	01/1950	12/1952	Huarte S.L.
MAHÓN	100 c	09/1948	06/1952	Ramón Beamonte
LA CORUÑA	250 c	07/1948	08/1950	Ramón Beamonte
BURGOS	300 c	10/1948	12/1953	Servicio Militar Construcciones
BILBAO	650 c	05/1949	05/1953	Eguinoa Hermanos
ALMERIA	300 c	12/1948	11/1952	Eguinoa Hermanos

Cuadro resumen de la producción de Martín José Marcide durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

- **Fernando García Mercadal**

Aunque a la producción hospitalaria de García Mercadal se le dedica un amplio apartado en el capítulo VII de esta tesis, haremos un análisis de sus obras de la primera etapa en el contexto de la producción de todo el Plan de Instalaciones.

Las residencias proyectadas por García Mercadal en esta primera etapa también fueron numerosas, aunque de menor tamaño que las realizadas por Marcide, proyectó ocho de las 34 residencias, pero salvo el caso de Zaragoza ninguna de ellas llegó a las 300 camas. Tras siete años de inhabilitación profesional, seguro que se tomó con entusiasmo su reencuentro con la actividad profesional.

Para la Residencia de Zaragoza García Mercadal utilizó, mejorándola, la propuesta presentada al concurso de edificios del Seguro. Mantiene en la misma disposición el bloque de hospitalización, las comunicaciones verticales y la capilla, pero modifica el ambulatorio, el salón de actos y otros elementos menores de las plantas bajas, se podría decir que sigue siendo la

misma propuesta pero adaptada a las exigencias funcionales de la oficina técnica del INP¹²⁷.

En el resto de residencias se aprecia la coherencia formal de su racionalismo antidogmático que fue despojándose, con el tiempo, de elementos historicistas superfluos impuestos por las directrices del régimen. También por imposición y con el argumento de adaptar el proyecto a las condiciones climáticas de la zona utilizó cubiertas inclinadas a cuatro aguas en Teruel (aunque la maqueta de la Residencia de Logroño tiene cubiertas inclinadas, en el proyecto definitivo se eliminaron y la obra se ejecutó con cubiertas planas), lo que, unido a su rígida simetría, confiere a la maqueta de esta Residencia una imagen tradicional que no siempre coincide con la que percibe el viandante desde su punto de vista mucho más cercano a la línea de tierra.

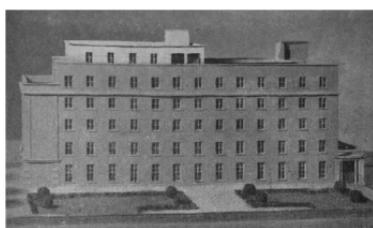
RESIDENCIAS DE FERNANDO GARCÍA MERCADAL				
Ubicación	Nº camas	Fecha inicio	Fecha final	Constructor
ZARAGOZA	500 c	05/1948	12/1952	Huarte S.L.
GUADALAJARA	100 c	07/1948	09/1950	Eguinoa Hermanos
LOGROÑO	200 c	07/1948	07/1952	Ramón Beamonte
CALATAYUD	50 c	11/1948	03/1951	Huarte S.L.
TERUEL	150 c	12/1948	04/1952	Huarte S.L.
MIERES (Oviedo)	125 c	12/1948	07/1952	Ramón Beamonte
VITORIA	150 c	02/1949	12/1952	Ramón Beamonte
LÉRIDA	275 c	06/1950	03/1953	Huarte S.L.

Cuadro resumen de la producción de Fernando García Mercadal durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

¹²⁷ La oficina mantuvo siempre unas normas funcionales que en el año 1954 fueron publicadas como manual de diseño de hospitales por el jefe de la asesoría médica del Plan de Instalaciones Siro Azcona.



Logroño



Calatayud



Teruel



Guadalajara



Lérida



Vitoria



Mieres



Zaragoza

Maquetas de las residencias proyectadas por Fernando García Mercadal durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

- **Juan Zavala Lafora**

Juan Zavala sólo proyectó tres residencias en esta primera etapa, ya que la cuarta, en Valencia, se trató de una intervención sobre un edificio existente. La más importante fue la de Sevilla, con capacidad para 500 camas, cuyo proyecto, resuelto con corrección, adopta una apariencia formal un tanto monumental, acorde con los postulados que se lanzaban desde la Dirección General de Arquitectura de Pedro Muguruza y de los que Zavala se hacía portavoz en sus escritos.¹²⁸ Técnicamente incorpora la novedad, con respecto a la gran mayoría de residencias, de colocar cuatro enfermerías por planta¹²⁹, en lugar de las dos habituales, consiguiendo con ello reducir el número de plantas.

Las otras dos residencias, las de Cádiz y Córdoba, fueron de menor tamaño pero con similares planteamientos en cuanto a su solución formal.



Sevilla



Cádiz



Córdoba



Valencia

Maquetas de las residencias proyectadas por Juan Zavala durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

¹²⁸ ZAVALA, J. *La Arquitectura*, Madrid, Pegaso, 1945.

¹²⁹ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*, op. cit. p. 62.

RESIDENCIAS DE JUAN ZAVALA LAFORA				
Ubicación	Nº camas	Fecha inicio	Fecha final	Constructor
VALENCIA	168 c	07/1948	12/1949	Eguinoa Hermanos
SEVILLA	500 c	07/1950	03/1953	Agromán S.A.
CÓRDOBA	350 c	04/1950	06/1953	Ramón Beamonte
CÁDIZ	215 c	07/1949	--	Agromán S.A.

Cuadro resumen de la producción de Juan Zavala durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

- **Eduardo Garay y Garay**

Su viaje a Estados Unidos le otorgaba la condición de arquitecto mejor informado sobre la tipología monobloque, quizá por eso se atrevió a proponer una de las pocas soluciones de planta sin simetría. Fue en la pequeña Residencia de Palencia, en la que las escasas dimensiones del solar, obligaron a colocar una sola enfermería por planta y en la que Garay, a diferencia de otras situaciones similares de una enfermería por planta, como la de Marcide en Vigo, en la que siguió manteniendo la simetría, aprovechó para romper con la imagen monumental que otorga a otras residencias el esquema simétrico. Prescindiendo además de todo elemento historicista en las fachadas. Tampoco utilizó elementos de aderezo en la fachada de Albacete, donde propuso una composición canónica pero equilibrada. Es evidente que se desenvolvía mejor con la pequeña escala de estas residencias, pues en la de Alicante, aparte de hacer uso de unas arquerías superiores descontextualizadas, no consiguió el equilibrio de volúmenes de las anteriores, resultando un edificio pesado.



Albacete



Palencia



Alicante

Maquetas de las residencias proyectadas por Eduardo Garay durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

RESIDENCIAS DE EDUARDO GARAY				
Ubicación	Nº camas	Fecha inicio	Fecha final	Constructor
ALBACETE	150 c	01/1951	03/1953	Eguinoa Hermanos
ALICANTE	300 c	03/1951	03/1953	Eguinoa Hermanos
PALENCIA	100 c	06/1950	09/1952	Agromán S.A.

Cuadro resumen de la producción de Eduardo Garay durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

- **Germán Álvarez Sotomayor.**

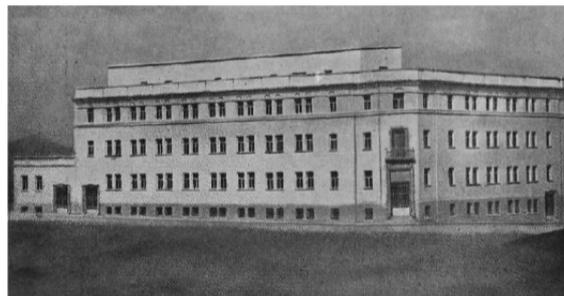
Proyectó la Residencia más pequeña del Plan en Puertollano; esta Residencia fue la única de la primera etapa que no siguió los criterios organizativos del resto. Las condiciones del solar, de pequeñas dimensiones y situado entre medianeras, le otorgaba la condición más de ambulatorio, que también lo integraba, que de residencia. Los folletos explicativos del INP justificaban sus dimensiones por la escasa población de la comarca, de sólo 18000 asegurados¹³⁰.

Sus escasas dimensiones le otorgaron el honor de ser la primera residencia en incorporar habitaciones individuales y dobles (aunque sin baño integrado en la habitación), al contrario del resto en las que se siguieron utilizando habitaciones de cuatro y seis camas hasta los años sesenta.

¹³⁰ INP. 00896. "Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias", op. cit. p. 49.



Málaga



Puertollano



Lugo

Maquetas de las residencias proyectadas por Germán Álvarez durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: INP, XXXVI-1951, INP, XXXVI-1952 y INP, 00896-1953).

RESIDENCIAS DE GERMÁN ÁLVAREZ SOTOMAYOR				
Ubicación	Nº camas	Inicio	Final	Constructor
PUERTO LLANO	32 c	07/1947	02/1951	José María Puldain Labayen
MÁLAGA	350 c	03/1951	06/1953	Eguinoa Hermanos
LUGO	100 c	09/1950	12/1952	Ramón Beamonte

Cuadro resumen de la producción de Germán Álvarez durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. (Fuente: elaboración del autor).

En la recopilación de imágenes de las Residencias de la primera etapa del Plan de Instalaciones se han incorporado intencionadamente maquetas, y no fotografías, con el fin de valorar las intenciones del proyecto por encima de los resultados, que pudieron estar influidos por otros condicionantes. Aunque las maquetas solo permiten ver la apariencia formal de cada propuesta, se aprecian los diferentes planteamientos de cada arquitecto. Ya dijimos que los avances técnicos-constructivos conseguidos en esta primera

etapa del Plan se debieron a un esfuerzo compartido de toda la oficina técnica, no así las propuestas formales que es lo que se intenta analizar.

El más destacado, por volumen de proyectos, fue Marcide, que se identificó desde el primer momento con la arquitectura preconizada por el régimen. Sus propuestas son heterogéneas, nada tiene que ver la de Mallorca (la única con terrazas incorporadas a las habitaciones) con la de Burgos o La Coruña, todas tienen una cierta intención monumental, pero su intento de adaptar el proyecto al carácter local de la ciudad desdibuja una posible línea de coherencia arquitectónica. Su docilidad para acatar las consignas arquitectónicas del régimen y su capacidad de trabajo le supuso la autoría de numerosos proyectos de la sanidad pública española. Años más tarde llevaron su firma la mayoría de los importantes proyectos realizados por la Seguridad Social en los años setenta. Obras en las que se consiguió un aceptable nivel técnico pero a las que su anodina imagen convirtió en transparentes desde el punto de vista de la crítica arquitectónica.

La obra de Aurelio Botella sí que mantuvo una línea formalmente coherente, aplicó el trazado en planta de las tipologías de los hospitales americanos, e intentó también incorporar su imagen. Las maquetas de sus propuestas nos recuerdan la imagen de los hospitales de Nueva York o Los Ángeles, de ahí que los folletos del INP compararan su Residencia de Granada con el Hospital de Los Ángeles.

Zavala fue un arquitecto culto y aunque su posición en la Administración franquista le hizo desertar de sus iniciales convicciones vanguardistas, mantuvo en sus proyectos un buen sentido de la proporción. En esta primera etapa elaboró tres proyectos, todos ellos con pretensiones de monumentalidad., Destaca, por sus dimensiones, el de la Residencia de Sevilla en la que, a pesar de la exagerada longitud de las alas de enfermería (incorporaba cuatro unidades por planta), fue capaz de conseguir un equilibrioproporcionado que mitigó la excesiva longitud de la planta.

El mejor conocedor de los hospitales americanos fue, sin duda, Eduardo Garay, eso le otorgó una cierta autoridad dentro del grupo, que le permitió no ser tan literal a la hora de implantarlos en sus propuestas. Las tres

residencias que proyectó fueron de reducido tamaño y eso le facilitó huir de planteamientos monumentales e incluso, en el caso de Palencia, orilló la obligada simetría de las plantas de avión, consiguiendo una propuesta interesante, cercana a los proyectos de pequeños hospitales americanos que aportaba en su libro.¹³¹

Las propuestas de Álvarez Sotomayor son las que menos se ajustaron al dogma de la tipología monobloque generalizada en los hospitales de esta primera etapa. En parte este alejamiento estaba justificado por las condiciones del emplazamiento, que en el caso de Puertollano se trataba de un pequeño solar entre medianeras y en el de Málaga tenía fuertes desniveles.¹³² Dejando a un lado el proyecto de Puertollano en el que, su tamaño y condiciones de emplazamiento obligaban a una solución concreta, la Residencia de Málaga fue la única resuelta con una distribución en planta cuadrada y compacta que, obligatoriamente generaba habitaciones a tres orientaciones, incluso a patios interiores. La propuesta formal tampoco fue muy afortunada, pues se remitía a las imágenes de los sanatorios antituberculosos, con grandes huecos aterrizados en la fachada principal.

En los proyectos de García Mercadal, aunque técnicamente sujetos a las mismas exigencias que los de sus colegas, se aprecia la impronta de su personalidad. En las residencias de mayor tamaño, como Zaragoza o Logroño, alejó de la fachada principal los volúmenes altos, aprovechando la existencia de ambulatorios, evitando el impacto visual que producían residencias como la de Vigo. Utilizó un lenguaje racionalista y creativo sin más aderezos historicistas que los imprescindibles (la de Zaragoza era su primera obra para el INP).

En Teruel, la utilización de cubiertas inclinadas (parece ser que por imposición), le da a la maqueta una imagen tradicional que no se corresponde con los alzados y mucho menos con la impresión de la vista

¹³¹GARAY, E. *Los Hospitales de los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio...* op. cit. p. 82.

¹³² El arquitecto justificaba así la necesidad de la planta cuadrada en la revista *Arquitectura*. ALVAREZ SOTOMAYOR, G. "Residencia Sanitaria de Málaga" en revista *Arquitectura*, 19. Madrid, Colegio de Arquitectos de Madrid, 1960, pp. 26-28.

desde la calle, también aquí, aunque se trata de una residencia menor, retranqueó de la calle el edificio más alto de las enfermerías, resultando una imagen de edificio moderno y funcional.

También se proponían cubiertas inclinadas para Logroño, pero se eliminaron en la obra quedando un edificio de un volumen rotundo, que por desgracia está desaparecido.



Vista general y escorzo del edificio de la Residencia de Logroño, 1948. (Fuente: archivo INGESA).

Su fachada posterior nos recuerda la de Zaragoza y ambas nos trasladan, aunque con un menor número de plantas, a la imagen de los altos rascacielos americanos de los años cincuenta.

El resto de residencias son de baja altura y en ellas consigue imágenes muy alejadas del pretendido monumentalismo de Marcide o incluso del de Zavala, prescindiendo, en el caso de Guadalajara de la planta simétrica. De lo que nunca prescindió es de las alusiones a la arquitectura clásica, con detalles reinterpretados y simplificados, generalmente utilizados en los volúmenes de las capillas.

Consiguió que sus hospitales fueran la imagen más moderna del INP, pero esta modernidad tan "simplificada" no debió gustar demasiado a los dirigentes franquistas que huyeron de las inauguraciones o que las degradaban agrupándolas con otras obras de menor importancia, como fue el caso de Zaragoza.

PARTE III

LA OBRA HOSPITALARIA DE FERNANDO GARCÍA MERCADAL

Capítulo VII

LA TRAYECTORIA DE FERNANDOGARCÍA MERCADAL DESPUES DE LA GUERRA CIVIL

Fernando García Mercadal después de la guerra civil
García Mercadal y el Instituto Nacional de Previsión
García Mercadal y la creación de un modelo de ambulatorio

Sobre Fernando García Mercadal se ha escrito en abundancia, incluso se han elaborado tesis estudiando su trayectoria, por ello no trataremos en este trabajo de incidir, una vez más, en su biografía, ni tampoco en su condición de arquitecto precursor de Movimiento Moderno en España. Tanto la una como la otra ya han sido suficientemente estudiadas en numerosas publicaciones, motivo por el que no tiene excesivo interés el repetir las. Por otra parte no es objetivo de esta tesis el aportar nuevos datos sobre su condición de pionero de la modernidad, más bien al contrario, se trata de estudiar la parte de su trayectoria de la que muy poco se conoce; los edificios hospitalarios que realizó en su etapa de madurez y que siempre se han considerado como la otra cara de la moneda de su producción profesional. Sí que haremos un breve resumen de su trayectoria desde el inicio, que nos ayude a entender y a comparar su arquitectura de juventud con la de madurez. Indagando sobre la línea de evolución de su arquitectura: desde un racionalismo cercano a la ortodoxia hasta otro más clásico o antidogmático.

Siendo estudiante de arquitectura en Madrid, García Mercadal destacó entre sus compañeros, no sólo por su natural inteligencia y su facilidad para el dibujo, Teodoro Anasagasti en su informe sobre la enseñanza de la época, ya incluía trabajos escolares del joven Mercadal¹, sino también por su carácter abierto y comunicativo², faceta de su personalidad que le reportó la simpatía de sus compañeros y le facilitó, años más tarde, el acercamiento a las figuras de la arquitectura europea.

La Escuela de Arquitectura de Madrid de aquellos años seguía manteniendo un carácter fuertemente académico, basado en el conocimiento de los estilos y de sus proporciones y con una influencia notable de la "École de Beaux-Arts" de París, que seguía siendo, tras doscientos años de existencia, el punto de referencia del aprendizaje de la arquitectura en el mundo. Entre el profesorado figuraban nombres como Vicente Lampérez y Romea (1861-1923), Antonio Palacios Ramilo (1874-1945), Secundino Zuazo Ugalde (1887-

¹ FULLAONDO, J.D. "García Mercadal: elegía y manifiesto", op. cit, p. 2.

² LABORDA YNEVA, J. *La vida pública de Fernando García Mercadal*, Zaragoza, Institución "Fernando el Católico", 2008, p. VII.

1971), José Yarnoz Larrosa (1884-1966),³ etc., todos ellos arquitectos de reconocido prestigio en la época y, la mayor parte, de formación y pensamiento académico, aunque también había otros, como Teodoro Anasagasti o Modesto López Otero, algo más interesados por la arquitectura europea del momento.

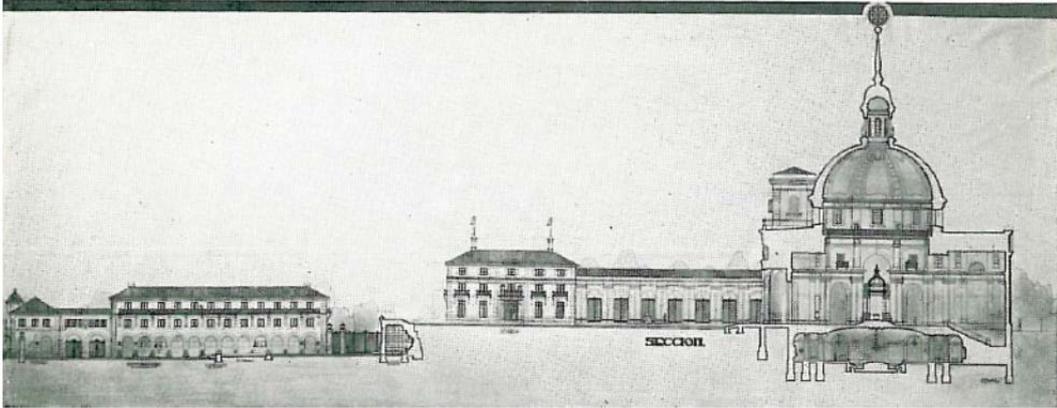
En 1919, estando al final de sus estudios, García Mercadal fue seleccionado para realizar un viaje a París subvencionado por el Gobierno francés para jóvenes artistas. Junto a algunos alumnos de la Escuela de arquitectura, viajaron también pintores, escultores y músicos de la Escuela de Bellas Artes de San Fernando. Este viaje marcó de tal manera la trayectoria vital y profesional de García Mercadal que en 1971 aún lo recordaba como el acontecimiento que había suscitado su curiosidad de conocer mundo. *“Desde entonces pienso que una de las mejores cosas que es preciso hacer en este mundo, es verlo”*⁴. Entre sus compañeros de tablero figuran algunos de los que luego lideraron la arquitectura española de los años 30 como Luis Lacasa, Manuel Sánchez Arcas, Luis Blanco Soler, Rafael Bergamín o Casto Fernández Shaw entre otros. Algo debía estar cambiando esos años en la Escuela, cuando estos arquitectos, que se graduaron en las promociones de los primeros años veinte, a pesar de haber recibido una formación basada en el eclecticismo, fueron los que protagonizaron la entrada del Racionalismo en España.

Dos años más tarde de haber terminado sus estudios, en 1923, animado por su joven y admirado profesor Teodoro Anasagasti, se presentó al Premio de Roma y lo ganó con el proyecto de un Templo Monumental dedicado a San Isidro Labrador, localizado en la madrileña pradera del mismo nombre. El premio consistía en una pensión para ampliar estudios en Roma durante cuatro años y, aunque era un galardón de prestigio, muy pocos arquitectos

³ GALLEGO RODRIGUEZ, E. y GUIASOLA CAMBLOR, F. “Conversación con García Mercadal”, en *Q Arquitectos*, N° 41, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, enero de 1981, p. 10

⁴ CASTRO C. “Los arquitectos critican sus obras. Fernando García Mercadal”, op. cit., p.33.

concuraban, pues la mayoría de ellos estaban más interesados en empezar a ejercer la profesión cuanto antes.⁵



Sección del proyecto presentado por García Mercadal a la oposición del pensionado de Roma. (Fuente: Catálogo COAA, 1985, p. 7).

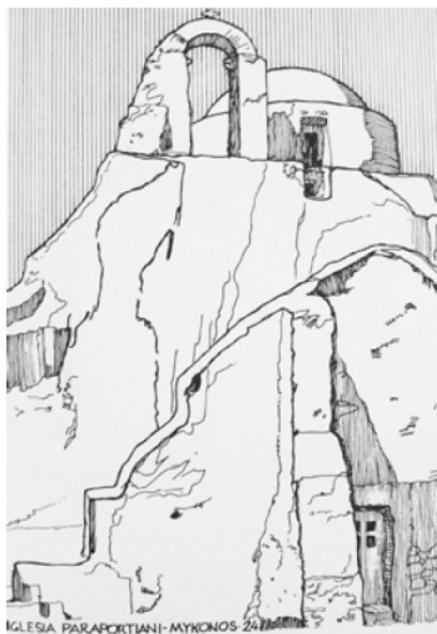
Esta beca le brindaba de nuevo la oportunidad de viajar y conocer mundo. Su afición viajera, suscitada años atrás durante su viaje a París, volvía a tener la ocasión de hacerse realidad y no la desaprovechó.

La permanente dualidad que se dará en la personalidad de García Mercadal se empieza a fraguar en estos años; por una parte su curiosidad por conocer el mundo exterior y la actualidad fuera de nuestras fronteras, la inquietud intelectual por descubrir la modernidad de la que fue precursor en España y por otra su formación eminentemente clásica, tanto en la Escuela de Arquitectura de Madrid como en el pensionado de Roma.

La Academia de Roma reunía desde el siglo XVIII a los más brillantes estudiantes de Arquitectura de Europa y América. En Francia, la Escuela de Bellas Artes de París estableció desde su fundación el "Gran Prix de Roma", considerado como el más prestigioso galardón concedido entre sus estudiantes, consistente en la concesión de una beca para completar los estudios en Roma. Los estudiantes que lo conseguían pasaban directamente al servicio del Estado o eran promovidos a profesores de las Escuelas de

⁵ Según datos que aporta José Laborda Yneva, en 1921 había en toda España 800 arquitectos, por lo que no les era difícil encontrar trabajo nada más terminar la carrera.

Arquitectura⁶. No es de extrañar, por lo tanto, que la formación que se adquiriría fuera eminentemente clásica, ya que estaba basada en el estudio de los restos de los edificios de la época Romana, del Renacimiento y del Barroco, todos ellos representantes de la ortodoxia más clásica



Dibujo de García Mercadal durante su estancia en Roma. Iglesia en Mykonos 1924. (Fuente: Díez Ibargoitia).

García Mercadal no se conformó con realizar los “envíos”⁷ a que estaba obligado en razón de la beca, sino que aprovechó los cuatro años de estancia en Roma para viajar por toda Europa. Las condiciones de la pensión permitían a los estudiantes mucha libertad de movimiento y la moneda española estaba, en esos años de la posguerra europea, suficientemente fuerte como para poder permitir a los estudiantes españoles costearse algunas estancias fuera de Italia que en otros momentos hubieran resultado impensables.

“...en el reglamento español, vigente desde 1877, se establece que los pensionados puedan viajar a su elección y fijar su morada en las capitales y ciudades de Europa afamadas por sus academias, monumentos y museos, con autorización del Director y a partir de 1913, las estancias en el extranjero las obliga el reglamento. Lo que significa que desde su fundación el premio de Roma se concibe como una oportunidad para abrirse al mundo y penetrar en él.”⁸

⁶ En España ocurría algo similar, en la Escuela de Madrid los pensionados de Roma accedían directamente a la Cátedra sin necesidad de superar la oposición.

⁷ Los pensionados llamaban así a los trabajos que tenían que mandar periódicamente a España para justificar el aprovechamiento de los estudios.

⁸ IBARGOITIA DÍEZ, M. “Los arquitectos de la Academia de España en Roma. 1900-1940”. En IBARGOITIA DÍEZ, M. y GARCÍA FERNÁNDEZ, C. (Coordinadores) *A Roma. El viaje de estudios de los arquitectos, 1900-1950*. Roma, Real Academia de España en Roma, 2011 pp. 126-141

Así, Mercadal viajó a París, Berlín y Viena, aprendió idiomas, siguió cursos y conoció a los arquitectos más importantes del momento: Le Corbusier, Hofmann, Behrens, Gropius, Mies etc. De hecho, de su relación con Herman Jansen surgió la colaboración de Jansen-Zuazo en el "Plan de Extensión de Madrid"⁹.

Realmente la actividad profesional de García Mercadal en esos años fue meteórica. En noviembre de 1923 llega a Roma y desde ese momento hasta 1927, año en que termina su pensionado, sus viajes son constantes, en principio recorre toda Italia y luego da el salto a Europa. Pasaba los inviernos en la sede de la Academia, en Roma, pero en primavera ya iniciaba su singladura que le llevaba a tres o cuatro países cada año.

Al terminar los cuatro años del pensionado en Roma volvió a España, pero su mochila no iba precisamente vacía, había conseguido un bagaje y unas relaciones en el ámbito de la arquitectura europea francamente envidiables, estas relaciones son las que más tarde le permitieron conectar las organizaciones que se crearon en España en pos de la modernidad arquitectónica con las que ya existían en Europa.

Es a partir de 1926, próxima ya la finalización de su pensionado en Roma, cuando las circunstancias le permitieron bajar a la arena profesional y defender con la práctica las ideas de vanguardia que había transmitido en sus artículos, por lo tanto, cuando se puede decir que empieza su ejercicio profesional.

El inicio del ejercicio profesional fue con un proyecto muy ilusionante para él. Sus conciudadanos de Zaragoza, en 1926, le encargaron un monumento conmemorativo del centenario de la muerte de Goya. No podía ser mejor comienzo; en Zaragoza, su ciudad natal, un monumento a Goya, su paisano más ilustre.

Lo empezó a pensar en Roma, lo meditó mucho y llegó a la conclusión de que no iba a ser un monumento al uso¹⁰, debería ser una obra innovadora,

⁹ Proyecto de prolongación de la Castellana cuyo concurso ganaron Zuazo y Jansen.

¹⁰ Como explica Carlos Flores en su libro *Arquitectura española contemporánea*, lo habitual de un monumento conmemorativo era que un escultor preparara el grupo escultórico relacionado con el evento y un arquitecto proyectara el espacio

como lo había sido Goya, no una pieza contemplativa, sino un espacio utilizable que incorporara una sala para exposiciones artísticas, un pequeño museo y una biblioteca, todo ello formando conjunto con un jardín exterior. Un proyecto moderno con un lenguaje arquitectónico moderno nunca ensayado en España.



Rincón de Goya durante su construcción, en 1928 y en la actualidad. (Fuente: Carlos Labarta, 2008).

Nadie había propuesto antes nada semejante, pero fue capaz de convencer a los patrocinadores y, tras realizar los primeros dibujos en Roma en 1926, las obras se empezaron en 1927, coincidiendo con su vuelta definitiva a España.

Pero tras el éxito de un encargo tan emocionante, aparecieron también algunos contratiempos; la obra no fue bien acogida por la sociedad excesivamente provinciana de Zaragoza. Numerosos artículos escritos en los periódicos locales lo desacreditaron públicamente¹¹ o le dedicaron

circundante. FLORES, C. *Arquitectura española contemporánea*. Madrid, Aguilar, 1961, p. 175.

¹¹ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A. *Magdalena, Navarro, Mercadal...* op. cit., p. 79.

comentarios irónicos: "...no hay motivo de disgusto, el monumento es realmente interesante. Ocurre sólo que se halla sin desembalar"¹².

García Mercadal había recorrido un largo camino en su aventura moderna y sus ideas y actividades, en cuanto a la arquitectura, se encontraban muy lejos y muy por delante con respecto a las que podían asumir buena parte de los críticos locales. Encajó el golpe, lo valoró en su justa medida, se olvidó por el momento de Zaragoza y se centró en Madrid, que era donde pensaba que tenía futuro su carrera.

Entre los años 1925-1930, García Mercadal era el arquitecto español más informado de la situación del Movimiento Moderno en Europa¹³ y el único que tenía acceso y conocía personalmente a las grandes figuras del momento: Le Corbusier, Mendelsohn, etc.¹⁴ Era el personaje español más implicado en el cambio de tercio cultural que revolucionó Europa como no había pasado desde el Renacimiento. Por otra parte, los cursos de urbanismo que había realizado en el Instituto de Urbanismo de la Sorbona y en la Escuela Superior Técnica de Charlottenburgo con los profesores Hermann Jansen y Otto Bünz¹⁵, le daban la consideración de uno de los mejores expertos españoles en cuanto al urbanismo europeo, ciencia relativamente joven en España.

Esta situación de privilegio le permitió desarrollar una gran actividad mediática: escribió artículos, organizó conferencias, acudió a congresos, tradujo libros de urbanismo, colaboró en la organización de algunos concursos, participó en otros y, desde 1927 a 1929, ocupó el puesto de Secretario de la Sociedad Central de Arquitectos.¹⁶

En estos momentos se gesta el GATEPAC y con él, llega el periodo estelar de García Mercadal. Durante los años 1927 y 1928, aprovechando sus múltiples amistades europeas, había invitado a los principales arquitectos del

¹² *Heraldo de Aragón*, 17 de abril de 1928.

¹³ GUERRERO, S. "Fernando García Mercadal o la vanguardia imposible", en *AC, GATEPAC, 1931-1937*, (Catálogo exposición, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía), Madrid, 2008, pp. 48-51.

¹⁴ FULLAONDO, J.D. "García Mercadal: elegía y manifiesto" ..., op. cit, p. 3.

¹⁵ SAMBRICIO, C. "Fernando García Mercadal", *Urbanismo COAM*, nº 18, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, enero de 1993, p. 86.

¹⁶ GARCÍA MERCADAL, F. "1919FGM1972" ...op. cit. p. 63.

momento para que vinieran a Madrid a impartir conferencias dentro de los ciclos organizados por la prestigiosa Sociedad de Cursos y Conferencias. De esta manera Breuer, Mendelssohn, Gropius y Le Corbusier pasaron por La Residencia de Estudiantes con gran repercusión entre los arquitectos¹⁷. Le Corbusier estuvo en mayo de 1928 y fue el que más expectación causó, repitiendo al año siguiente en Madrid y en Barcelona.¹⁸

En correspondencia con estas invitaciones, cuando unos meses más tarde, en junio de 1928, los arquitectos de las vanguardias europeas organizaron un congreso fundacional en el Castillo de La Sarraz, en Suiza, cursaron invitación al que oficiosamente consideraban el representante de los arquitectos españoles de vanguardia. Le mandaron invitaciones para dos arquitectos y Mercadal acudió con su amigo Juan de Zavala; elección afortunada, pues años más tarde, tras la guerra civil y en circunstancias muy distintas, la amistad con Zavala seguramente le ayudó a conseguir, en 1946, el trabajo de colaboración con el INP y a proyectar los numerosos hospitales que ahora analizamos.

En 1946, Juan de Zavala era funcionario del Ministerio de Trabajo y ocupaba el puesto de Arquitecto Jefe del Servicio de Arquitectura del Plan de Instalaciones del INP. Ante la avalancha de proyectos necesarios para la ejecución del Plan, la oficina técnica del Servicio, que solo contaba con tres arquitectos¹⁹, buscó la colaboración de otros tres arquitectos externos, entre los que se contrató a García Mercadal, colaboración que en su caso duró veinticinco años.

No es necesario subrayar la importancia del congreso de La Sarraz en la arquitectura del siglo XX, de aquel encuentro surgieron el CIRPAC²⁰ y los CIAM²¹ y allí Mercadal quedó investido como el delegado español del CIRPAC. A partir de este momento el proceso de modernización de la

¹⁷ "Conversación con García Mercadal", *O Arquitectos*, 41, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, 1981, p.12.

¹⁸ FULLAONDO, J.D. "García Mercadal: elegía y manifiesto" ..., op. cit, p. 5.

¹⁹ Los arquitectos funcionarios eran: Juan Zavala Lafora, Eduardo Garay y Germán Álvarez Sotomayor y los contratados fueron: Fernando García Mercadal, Martín José Marcide y Aurelio Botella.

²⁰ Comité Internacional para la Resolución de los Problemas de la Arquitectura Contemporánea.

²¹ Congreso Internacional de Arquitectura Moderna.

arquitectura y el arte en general, se acelera en España: se organizan numerosas actividades culturales, todas ellas relacionadas con la arquitectura moderna. Los arquitectos jóvenes españoles estaban ansiosos y preparados para recibir las tendencias novedosas que venían de Europa, cansados del debate por la búsqueda del modelo arquitectónico nacional. Distinta era la situación de la sociedad en general, a la que no terminaban de emocionar los cubos desornamentados del Movimiento Moderno y su lenguaje vanguardista.

En septiembre de 1930 tuvo lugar en San Sebastián una exposición de arquitectura y arte contemporáneo organizada por Mercadal, Aizpurua, Labayen y Churruga en la que se dieron cita los arquitectos y artistas modernos de toda España²². Esta exposición fue el germen del GATEPAC,²³ que un mes más tarde, el 26 de octubre, quedó institucionalizado en la asamblea que se celebró en Zaragoza, donde se presentó el primer número de su revista oficial AC²⁴ y quedó constituido como representante en España del CIRPAC.

Con esta definitiva consagración del GATEPAC como agrupación representante en España del Comité Internacional, García Mercadal consiguió poner cima a la más apasionante de sus aventuras, la fundación y puesta en valor del GATEPAC, del que fue su más decisivo artífice. Este logro por sí solo ya es merecedor de un puesto singular en la historia de la arquitectura española del pasado siglo.

Este se puede considerar el momento cumbre de la vida pública de Mercadal. Desde su inicio, el GATEPAC se había organizado en tres grupos: Madrid, Norte y Cataluña. El grupo catalán, con José Luis Sert y José Torres Clavé a la cabeza, fue el más activo de los tres y al poco tiempo acaparó el mayor protagonismo y el liderazgo. En 1932 Sert tomó el relevo de García Mercadal como delegado y la presencia de éste último comienza

²² FULLAONDO, J.D. "García Mercadal: elegía y manifiesto"..., op. cit, p. 6.

²³ Grupo de Arquitectos y Técnicos Españoles para el Progreso de la Arquitectura Contemporánea.

²⁴ *Documentos de Actividad Contemporánea*. En 2005, con motivo de la celebración del 75 aniversario de la fundación del GATEPAC, el Colegio de Arquitectos de Aragón realizó una nueva edición en soporte informático de los 25 números de la revista AC.

lentamente a desaparecer, tanto de la organización como de las páginas de la revista *A.C.*

Aproximadamente en este momento la trayectoria de García Mercadal cambia de rumbo, piensa que hay que olvidarse de la actividad proselitista en defensa de la arquitectura moderna y hay que pensar en ejercer la vida profesional. Había que ponerse a trabajar, según sus propias palabras:

*"Traté de comenzar a trabajar como fuese, porque ya no era cosa de seguir trabajando con los arquitectos... era necesario enfrentarse con la vida, y por lo menos intentar ganarla con la profesión a la que uno había dedicado tanto tiempo ya."*²⁵

Paralelamente a su actividad como figura dinamizadora del GATEPAC, García Mercadal comenzó a ejercer su profesión. Encauzó el ejercicio de la arquitectura a través de los concursos, a los que era asiduo. Según afirmaciones propias participó en toda su vida en 72, de los que ganó una buena parte. Compatibilizó su participación en concursos con la colaboración en el despacho de Secundino Zuazo, en el que empezó a trabajar en 1928²⁶ y en el que se hizo cargo del proyecto de urbanización de una extensa zona en el barrio de los Remedios de Sevilla, en el que, tras la salida de Zuazo, terminó dirigiendo la sociedad urbanizadora.

En 1929 colaboró con técnicos municipales en la preparación del *Concurso Internacional del Plan de Extensión de Madrid*²⁷, el célebre concurso de la prolongación de la Castellana. Su prestigio entre los urbanistas del momento²⁸ hizo que fuera llamado para la preparación del concurso y, de alguna manera, esta colaboración allanó el camino para su posterior entrada en la oficina técnica municipal. El trabajo fue un éxito y se materializó en un libro titulado *Información sobre la ciudad*²⁹. El concurso dio

²⁵ CASTRO C., "Los arquitectos critican sus obras...", op. cit., p. 35.

²⁶ SAMBRICIO, C. "Fernando García Mercadal", en *Urbanismo COAM*, nº 18... op. cit., p. 86.

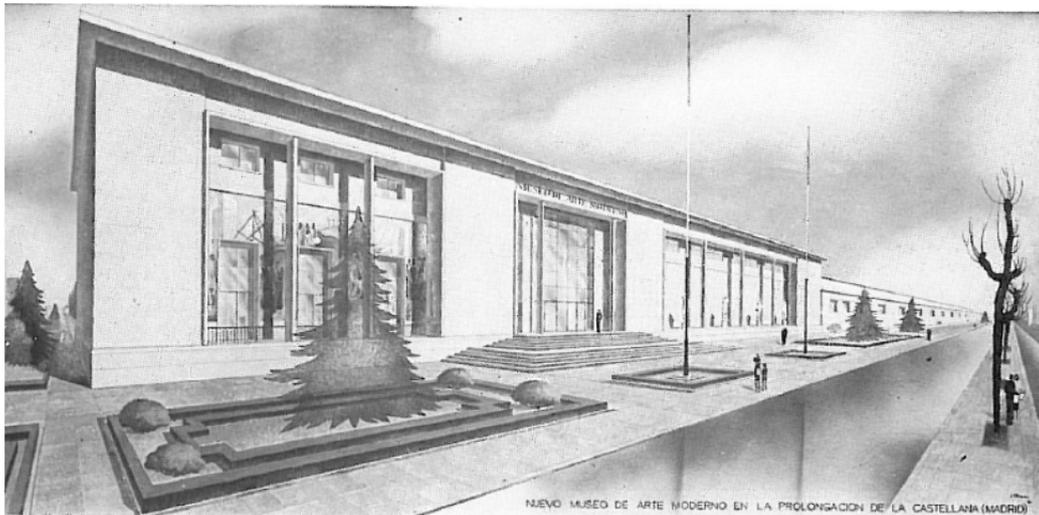
²⁷ FULLAONDO, J.D. "García Mercadal: elegía y manifiesto"..., op. cit, p. 4.

²⁸ Había traducido del alemán un libro de urbanismo y participó en varios concursos urbanísticos con excelentes resultados; Burgos, El Ferrol, Ceuta Badajoz, Sevilla, Logroño.

²⁹ García Mercadal colaboró con Eugenio Fernández Quintanilla en la redacción del libro y en el estudio urbano previo elaborado por el Ayuntamiento como documento base para el Concurso.

como resultado el histórico proyecto de los ganadores: el tándem Zuazo-Jansen, que fueron los encargados de la prolongación de La Castellana.

En 1932 obtuvo por concurso el puesto de Arquitecto Jefe de Parques y Jardines del Ayuntamiento de Madrid, cargo que ocuparía hasta después de la guerra civil, cuando fue depurado y destituido (1940). A partir de su entrada en el Ayuntamiento de Madrid, las exigencias del puesto administrativo hicieron que se desvinculara progresivamente de las actividades del GATEPAC y se centrara en las obras municipales: la urbanización de la Plaza Mayor, los jardines de Sabatini, etc.³⁰



Anteproyecto del Museo de Arte Moderno. Fernando García Mercadal, 1933. (Fuente: revista *Arquitectura*, 173, p. 241).

En lo relativo a las obras de construcción, que Mercadal compatibilizaba con su cargo municipal y con el de profesor de la Escuela de Arquitectura, se hace perceptible un progresivo distanciamiento de las exigencias del rigor doctrinario de la modernidad que había abanderado en sus años más fulgurantes. Lejos va quedando la utilización de una estética lecorbuseriana de sus casas de vecinos de Zaragoza o de la vivienda del Dr. Horno. En 1933 ganó el Premio Nacional de Arquitectura con un proyecto de Museo de Arte Moderno que no llegó a construirse³¹. Es interesante la comparación de este proyecto, de corte neoclásico, con el del Rincón de Goya, realizado sólo unos pocos años antes.

³⁰ FULLAONDO, J. D., *Fernando García Mercadal arquitecto aproximativo*, Madrid, COAM, 1984, p. 38.

³¹ LABORDA YNEVA, J. *La vida pública de Fernando García Mercadal*, op. cit., p. LXV.

Durante toda su vida profesional fue compaginando su formación en la Escuela de Madrid y en la Academia de Roma, donde aprendió una arquitectura académica e incluso ecléctica, con su curiosidad intelectual por la modernidad, que le llevó a apasionarse por los movimientos europeos de vanguardia y a importarlos a España. Para completar el coctel habría que añadir su permanente interés por la arquitectura mediterránea, tradicional y vernácula. Esta aparente contradicción entre lo clásico y lo moderno está presente en toda la obra de Fernando García Mercadal, en la que ambos conceptos se yuxtaponen.

Fullaondo, buen conocedor de García Mercadal y estudioso de su obra, lo intenta definir en el primer párrafo de su libro *Fernando García Mercadal arquitecto aproximativo*.

“La necesidad de atender a los variados rostros presentados en la aventura creadora de Fernando García Mercadal, sus múltiples iluminaciones contradictorias, sus constantes luces y sombras, su carácter aproximativo, el coraje en sus mejores momentos, las cuestiones tenazmente indesveladas, etc., para, ulteriormente, intentar resumirlas dentro de un encuadre vagamente unitario, un marco interpretativo que consiga conferir cierto sentido al aparente caos inicial, a lo informe de los datos conocidos, a la ausencia de respuestas en los momentos clave, convierte en irreal cualquier afán reductivo en el dictamen de su figura.”³²

Y es que es difícil hacer una foto fija de un personaje tan activo, tanto creativa como culturalmente, solo sería posible analizar la envolvente de toda su producción arquitectónica, pero para ello, como apunta Fullaondo, no es suficiente hacer el comentario obstinadamente encomiástico, pero tampoco el olvido de las cuestiones tenazmente indesveladas.

Sorprende, sin embargo la defensa apasionada que la historiografía ha dedicado a su obra más militante con los códigos del racionalismo ortodoxo, aunque comprende únicamente una mínima parte de su producción y la escasa consideración o incluso el olvido y el desprecio hacia el resto de sus

³² FULLAONDO, J. D. *Fernando García Mercadal arquitecto aproximativo*, op. cit. p. 5

obras. Esa diferencia en la valoración de las obras de un mismo autor sólo puede resultar de una visión sesgada de su producción.

VII.1. Fernando García Mercadal después de la guerra civil

La guerra civil quebrantó todos los aspectos del panorama de la cultura arquitectónica española. Gran parte de los arquitectos más destacados de esos años se vieron afectados gravemente por los acontecimientos, en unos casos con la pérdida de la vida como Aizpurua o Torres Clavé, en otros con el exilio como Sert, Sánchez Arcas o Lacasa, y en los más con la depuración profesional. Este fue el caso de García Mercadal.

Durante la guerra permaneció en la capital ocupando el cargo de Secretario del Comité de Reforma, Reconstrucción y Saneamiento del que era presidente Julián Besteiro, en el que llegaron a publicar, al final de la contienda, un Plan Regional de Madrid.

En septiembre de 1939 se crea la Dirección General de Arquitectura³³ con el fin de “reunir y ordenar todas las manifestaciones profesionales de la Arquitectura en una Dirección al servicio de los fines públicos”³⁴, pero en realidad se pretendía tener un control casi total de las actividades de la profesión e imponer un estilo de arquitectura plenamente nacional y representativa de la patria. Al frente de la D.G.A., como director, se nombró al arquitecto Pedro Muguruza Otaño, antiguo jefe provincial de Arquitectura de los Servicios Técnicos de la Falange. Pedro Bigador Lasarte fue nombrado jefe de la Sección de urbanismo.

En febrero de 1940, la Dirección General de Arquitectura creó la Junta Superior de Depuración³⁵ de Arquitectos con el fin de unificar los criterios a

³³ Ley de 23 de septiembre, publicada en el BOE de 30 de septiembre por la que se crea la Dirección General de Arquitectura.

³⁴ Véase el preámbulo de la Ley de 23 de septiembre.

³⁵ Los motivos por los que un arquitecto podía ser sancionado se establecieron por la Junta Superior de Depuración y vienen recogidos en la tesis “Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno” de Rafael Hernando de la Cuerda: “Queda oficializado que un arquitecto podría ser sancionado en caso de incurrir en actos penados por los tribunales militares o de responsabilidades políticas, haber utilizado influencias en beneficio propio y en perjuicio de otros compañeros, haber contribuido en la persecución o molestia de otros colegiados, particulares u

aplicar y sustituir a las Juntas que desde los Colegios venían encargándose hasta entonces de la depuración profesional.

Para García Mercadal, una vez terminada la guerra, todas sus ilusiones se vinieron abajo, su pertenencia al GATEPAC y la colaboración en el Comité de Madrid le supusieron que la Junta de Depuración³⁶ le impusiera una

organismos, haber desempeñado un cargo público gracias a su ideología afín con el Frente Popular, haber firmado escritos contrarios al nuevo régimen y a favor del Frente Popular, haber desempeñado acciones que beneficiasen al marxismo, anarquismo o judaísmo en cualquier ámbito social, así como las acciones u omisiones que implicasen una evidente significación antipatriótica y contraria al Movimiento Nacional.”

³⁶ Estas sanciones, impuestas en 1939, no fueron anuladas por el COAM hasta el 2003. Acuerdo que fue adoptado en sesión 2003.J/24 celebrada el día 7 de julio del año 2003 por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, cuyo literal dice:

“Tras la finalización de la Guerra Civil Española el Pleno del Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, en sesión de 20 y 21 de julio de 1939, aprobó las *“Normas de Depuración de los arquitectos”* en las que se estableció que la Junta de Gobierno de cada Colegio designaría una Comisión de Depuración que -a la vista de las declaraciones juradas que cada arquitecto debía presentar- formularía propuesta razonada de sanciones que entregaría a la Junta de Gobierno, y ésta -previo informe- la debía remitir al Consejo Superior.

Asimismo, una semana después (28 de julio de 1939) se dictaron las Normas para la Depuración, en las que se estableció que los Colegios deberían remitir al Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España relaciones nominales de colegiados que no presentaron la declaración jurada, de no sancionados y de sancionados (...)

(...) Como último episodio, se dictó la Orden de 9 de julio de 1942 por la que se imponen sanciones a los arquitectos, mediante la que el Ministerio de la Vivienda sancionó a 83 arquitectos con una o más de las sanciones previstas, que iban desde la amonestación privada o pública hasta la inhabilitación perpetua para el ejercicio de la profesión....

...Una carta llegada desde Méjico al Consejo Superior de Colegios ha recordado a la Junta de Gobierno, que aquella injusticia de los años 40, no ha sido reparada nunca. Solo cabe expresar a los represaliados y sus familias en nombre del colectivo de arquitectos, el profundo pesar por lo entonces sucedido y que la inexcusable tardanza en iniciar el proceso de reparación al que en este acto damos comienzo.

Por ello, la Junta de Gobierno adopta el siguiente ACUERDO 2003.449.J/24

1. Anular y dejar sin ningún efecto todas las actuaciones del colegio oficial de arquitectos de Madrid llevadas a cabo en el proceso de depuración político social de arquitectos iniciado en el año 1939.
2. Restablecer en su plena condición de arquitecto y en todos sus derechos colegiales sin solución de continuidad a los Sres. arquitectos, cuyos nombres figuran, junto con las sanciones entonces acordadas y hoy anuladas, en la siguiente relación...”

sanción por la que se le “inhabilitaba temporalmente para ejercer cargos directivos y de confianza”, así como la obligación de “contribución de cuarto grado en el desempeño privado de la profesión”.

Esta inhabilitación le supuso la pérdida de su puesto en el Ayuntamiento de Madrid y dejar de impartir clases en la Escuela de Arquitectura, además de truncar su camino para conseguir la cátedra de Composición, iniciado unos meses antes de la contienda. Aunque los pensionados de Roma tenían la opción de ser catedráticos de la Escuela de Arquitectura de Madrid mediante el concurso de méritos (camino mucho más simplificado), García Mercadal optó por obtenerla mediante la oposición libre. Ya había empezado a preparar los temas, incluso tenía fecha para la defensa del primer ejercicio, septiembre de 1936. Finalmente García Mercadal se quedaría sin oposición y sin cátedra. Nunca más volvió a dar clase, aunque mantuvo su interés por la docencia, afición que satisfacía impartiendo conferencias y no desaprovechaba ocasión para hacer saber su opinión sobre los cambios necesarios en la enseñanza de la arquitectura³⁷.

En esos años confeccionó y escribió su libro *Parques y Jardines. Su historia y su trazado*³⁸, publicado en 1949, en el que hacía una recopilación de la experiencia acumulada durante el tiempo que trabajó en el Ayuntamiento de Madrid.

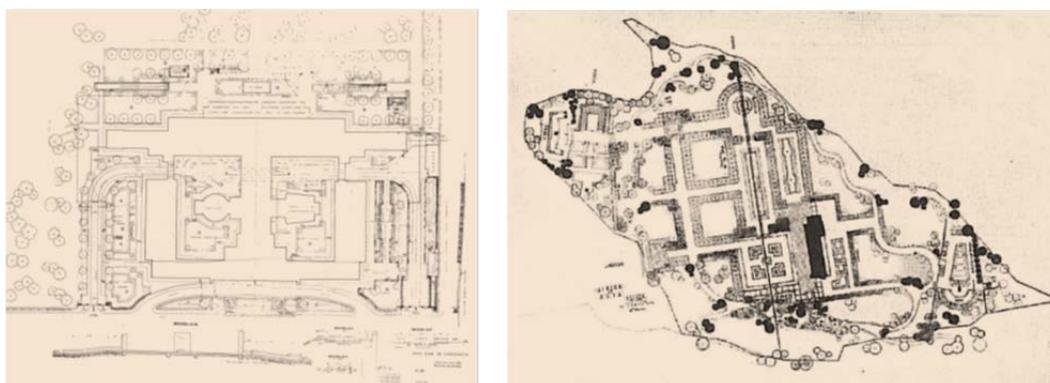
García Mercadal tenía un alto concepto de los jardines, los consideraba parte misma de su arquitectura. Tanto en el Rincón de Goya, donde los diseñó con idéntico criterio de modernidad que el edificio, como en la Residencia José Antonio, donde luchó por mantenerlos a salvo de las sucesivas ampliaciones, los trató como un elemento más de la obra construida. Para la residencia sanitaria elaboró planos concretos de ajardinamiento.

Fueron años difíciles los de la postguerra, para la profesión en general y en particular para García Mercadal. A la depresiva situación general se

³⁷ GALLEGO RODRIGUEZ, E. y GUIASOLA CAMBLOR, F. “Conversación con García Mercadal” ... op. cit. p. 33.

³⁸ GARCÍA MERCADAL, F. *Parques y Jardines. Su historia y su trazado*, Madrid, Afrodiseo Aguado S.A., 1949. Recientemente, la Institución “Fernando el Católico” ha hecho una reedición.

añadían las restricciones concretas para trabajar. Después de décadas de preparación y de ejercicio profesional brillante, García Mercadal se encontraba sin poder ejercer de arquitecto, aquello para lo único que había encaminado su vida



Planta de jardinería de la Residencia Sanitaria José Antonio de Zaragoza. (Fuente: archivo del SALUD). Planta de ajardinamiento del Rincón de Goya. (Fuente: revista *Arquitectura*, 111, p. 227).

Seguramente con el apoyo de sus innumerables amigos pudo sobrellevar con desahogo los siete³⁹ años que duró el castigo, el trabajo para promotores particulares era escaso y el de las instituciones públicas le estaba vedado. En el anexo documental que acompaña la tesis de Rafael Hernando "Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno" aparecen 62 documentos⁴⁰ de compañeros arquitectos y de distintas personas apoyando el buen hacer de Fernando García Mercadal, su generosidad y disposición para ayudar a todo el que lo necesitara, tanto durante la guerra civil como anteriormente.

Con su amigo, el arquitecto Ramón Anibal Álvarez, se presentó al concurso de Anteproyectos de las Residencias Sanitarias que el Seguro Obligatorio de Enfermedad organizó en 1946, obteniendo el segundo premio en la modalidad de 500 camas. Esta circunstancia y sus buenas relaciones con los arquitectos del INP, su compañero en el viaje a La Sarraz de 1928 era en ese momento Arquitecto Jefe del Servicio de Arquitectura del Plan de

³⁹ Fue rehabilitado antes de que terminara el periodo de depuración y pudo empezar a trabajar para el INP en el año 1947.

⁴⁰ HERNANDO DE LA CUERDA, R. "Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno", Tesis doctoral, Madrid, 2016. En el Anexo 1 de esta tesis aparecen 63 documentos aportados al expediente de depuración. La mayor parte de ellos son cartas o declaraciones juradas de distintas personas avalando la buena conducta de Fernando García Mercadal.

Instalaciones del INP, le facilitó, una vez levantada la inhabilitación, el poder empezar a colaborar con el Instituto Nacional de Previsión en la realización de numerosos edificios sanitarios.

En 1971 termina su relación con el INP de forma brusca debido a un incidente relacionado con su orgullo profesional⁴¹, ya que prefirió abandonar el trabajo antes que admitir como colaborador a otro profesional impuesto desde la oficina técnica del INP. Finalizan así los 25 años más prolíficos de su carrera profesional⁴². Contaba ya con 75 años.

Aunque jubilado del ejercicio activo de la arquitectura, continuó haciendo otra de las tareas que tanto le entusiasmaban: impartir conferencias, actividad que realizaba con notable éxito y con la que paliaba su frustrada vocación docente. Unos años más tarde, cuando contaba con ochenta y tres años de edad, fue nombrado académico de número de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, reconocimiento quizá tardío, pero justo, a su labor y a los muchos méritos de su carrera profesional. Y en su discurso de entrada, el 20 de abril de 1980, Mercadal hizo un lacónico pero jugoso retrato de su perfil profesional:

"Bien sabéis, fui sólo un alarife, decimonónico de la generación del 27, provinciano, célibe, de bata blanca, andamio y tablero, no de estilográfica, sin escritas, sólo muy limitados, inteligentes e incondicionales expertos tiralíneas que con afecto siempre recuerdo... Consumí mi tiempo, pese a repetir con frecuencia que el peor de los negocios, de los que no fuimos negociantes, era vender nuestro tiempo, que es, en realidad, lo único que poseemos los humanos"⁴³.

⁴¹El incidente se menciona en el apartado 8.3 de esta tesis y tuvo que ver con la imposición como colaborador de un aparejador que acababa de obtener el título de arquitecto.

⁴² GARCÍA MERCADAL, F. "1919FGM1972" ... op. cit., p. 69.

⁴³ De su discurso de recepción, titulado "Sobre el Mediterráneo. Sus litorales, pueblos y culturas (imágenes y recuerdos)", que fue replicado por Pascual Bravo Sanfelú. GARCÍA MERCADAL, F. *Sobre el Mediterráneo. Saus litorales, pueblos y culturas (imágenes y recuerdos)*, Zaragoza, Institución "Fernando el Católico", 1996.

VII.1.1. El lenguaje de la arquitectura hospitalaria de García Mercadal

El lenguaje de Mercadal, como el de otros arquitectos de la modernidad de los años treinta, fue un racionalismo heterodoxo, con influencias clásicas y mediterráneas, y en este sentido, continuó con esta tónica, pero enfatizando más la componente clásica y vernácula, hasta llegar a citas más historicistas en función de la categoría, el emplazamiento y las ideas imperantes en la arquitectura española de las primeras décadas del franquismo para los edificios de uso público y su presencia en las ciudades.

Por otro lado, se puede trazar también una evolución lingüística en la producción hospitalaria de Mercadal, conforme evoluciona las tendencias de la arquitectura española, en los últimos proyectos se revela un lenguaje más abstracto e iconográficamente más racionalista.

Una vez superada por el régimen franquista la fiebre "antimoderna" de los años de la autarquía, García Mercadal vuelve a su línea de expresión propia, mezcla de un clasicismo simplificado y un racionalismo antidogmático⁴⁴, poniendo más énfasis en los aciertos funcionales y técnicos de sus proyectos que en el protagonismo de sus soluciones formales, aun a riesgo de que aquellos pasaran desapercibidos. Aunque sus proyectos no volvieron a alcanzar la tensión de creación arquitectónica de los años de juventud, no es menos cierto que siguen teniendo una innegable calidad, que les hacen merecedores de un mayor reconocimiento y una mayor protección y conservación.

En lo concerniente a las tipologías hospitalarias García Mercadal asumió, como el resto de sus compañeros del INP, el modelo monobloque importado de Estados Unidos como el más apropiado para resolver en esquema las Residencias de la primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias. Es probable que conociera ya otros modelos, como los que en Europa estaba realizando el arquitecto Paul Nelson⁴⁵, y del que incorporó soluciones

⁴⁴ LAYUNO ROSAS, A., "Fernando García Mercadal, Tradición e Historia en la Arquitectura de la Modernidad" en CHAVES MARTÍN M.A. (Coord.), *Fernando García Mercadal arquitectura y fotografía...* op. cit. p. 52.

⁴⁵ Paul Nelson, tras el concurso fallido de Lille, había seguido desarrollando ideas para proyectos de hospitales y tuvo la oportunidad de ponerlas en práctica en el Hospital de Saint Lô, empezado en 1946. En posteriores proyectos del INP se

concretas, como la distribución de las enfermerías, pero en lo general mantuvo el esquema simétrico consensuado en la oficina técnica del Seguro.

Siempre tuvo en muy buena consideración sus edificios sanitarios, de los que no desaprovechaba ocasión para elogiarlos y de los que le gustaba publicar las referencias completas⁴⁶, muy al contrario que sus proyectos de juventud, a los que raramente aludía y de los que minimizaba el mérito. Conociendo su carácter bromista y socarrón es de imaginar que pensara: "a esas obras ya las alaban los críticos..."

"En realidad mi obra construida más importante la he hecho en el Instituto Nacional de Previsión, donde llevo 25 años, haciendo muy importantes edificios".⁴⁷

Aunque seguramente se refería a la importancia constructiva, a su volumen, a su extensión, a su complejidad técnica, no deja de ser esclarecedor que en el ocaso de su carrera, conociendo las opiniones que influyentes críticos como Sambricio o Bohigas ya habían hecho públicas sobre su obra, García Mercadal insistía en reivindicar sus edificios sanitarios como los mejores. Pudiera ser solamente el amor del padre que intenta compensar el reconocimiento hacia sus hijos menos favorecidos por la crítica, pero es más posible que sea simplemente la opinión sosegada del arquitecto que valora su labor en base a la utilidad, la dificultad, la funcionalidad y la racionalidad de la obra ejecutada.

García Mercadal nunca renegó de su participación en el GATEPAC, pero intentó valorar en su justa medida la importancia que representó en su momento en la arquitectura española, que pudo ser menos de la que luego se le ha atribuido, "...os proponía que sólo de perfil tratásemos del, ya viejo, GATEPAC, que en realidad nació en Zaragoza..."⁴⁸.

incorporaron algunas de sus ideas, la más conocida son los quirófanos ovoides, utilizados en España en los años sesenta.

⁴⁶ 1919FGM1972, Suplemento al número 69 de la revista *Nueva Forma*, op. cit. p. 67.

⁴⁷ CASTRO C., "Los arquitectos critican sus obras"..., op. cit., p. 35.

⁴⁸ Conferencia pronunciada por García Mercadal el 9 de noviembre de 1979 en el Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón.

Así empezaba una conferencia pronunciada en el Colegio de Arquitectos de Aragón el 9 de noviembre de 1979, titulada precisamente "El GATEPAC en Zaragoza", cuando ya contaba 84 años de edad, denotando un cierto cansancio de tener que hablar sobre un tema que consideraba, fue propio del entusiasmo juvenil de un grupo de arquitectos cargados de buenas intenciones y dispuestos a intentar conseguir mejorar las condiciones de vida de la sociedad a través de sus propuestas arquitectónicas, pero que con el tiempo cayeron en una ortodoxia formal.

Al igual que otros miembros de la generación del 25, García Mercadal pronto desechó las formas seductoras que la fuerza creativa de Le Corbusier había impuesto en el Movimiento Moderno, para evolucionar hacia un racionalismo más personalista, en el que no rechazó, en ocasiones, formalismos clásicos.

Idéntico espectro que en su arquitectura, se observa en sus escritos; los hay, como sus artículos en la revista *Arquitectura*, en los que se deja sorprender y se entusiasma con la obra de los modernos arquitectos europeos y se alinea con los planteamientos sociales de las vanguardias de los años veinte, o abandera y defiende la obra de sus compañeros del GATEPAC presentando sus últimos proyectos en la revista *A C* y también los que surgen del estudio de la arquitectura popular y vernácula. Entre sus publicaciones de libros aparecen títulos como *La casa Popular en España*, *La casa mediterránea* o *Parques y jardines: su historia y sus trazados*, en los que defiende la tradición arquitectónica y paisajística.

El título y el propio contenido del discurso de acceso a la Academia de Bellas Artes de San Fernando; "Sobre el Mediterráneo. Sus litorales, pueblos y culturas", leído como epílogo de su trayectoria vital y profesional, nos hace intuir que quizá lo tradicional podría ser el camino para realizar una aproximación a su figura, pues era esta acepción vernácula y patrimonial la que García Mercadal más valoraba de la arquitectura.

VII.2. García Mercadal y el Instituto Nacional de Previsión

La relación de edificios proyectados por García Mercadal para el Instituto Nacional de Previsión es larga y abarca un periodo de tiempo bastante extenso (casi tres décadas). Esta circunstancia nos lleva a clasificarlos no solo en un orden cronológico, sino también territorial, tipológico y programático. La relación completa de todas ellas se adjunta como anexo a esta tesis.

La primera que realizó fue la Residencia Sanitaria "José Antonio", de Zaragoza (1948-1952), obra a la que se dedica el capítulo siguiente. Se trataba de un hospital de 500 camas y quince plantas, cuyo esquema funcional seguía fielmente el modelo monobloque importado de los Estados Unidos. Provisionalmente, mientras se ejecutaba la Residencia "José Antonio", García Mercadal llevó a cabo una Residencia de 25 camas, acondicionando un edificio existente en el Paseo General Mola,⁴⁹ (hoy Paseo de Sagasta) de Zaragoza, que en realidad fue su primera obra acabada para el INP.

A partir de 1948 empieza la frenética actividad de redactar los muchos proyectos de la primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias. García Mercadal proyecta en Aragón las residencias de Teruel (1948) y Calatayud (1948) y los ambulatorios de Jaca (1949) y Caspe (1949), pero su actividad se extiende por todo el nordeste: proyecta las residencias de Lérida (1950), Logroño (1948), Guadalajara (1948), Mieres (1948) y Vitoria (1949) y los ambulatorios de Haro (1950), Oviedo (1957), Lérida (1950), Mieres (1948) y Sama de Langreo (1949), así como un ambulatorio de Madrid: el situado en la Calle Modesto Lafuente (1950).

Se trata de proyectos muy influidos por el ambiente de la postguerra, asumiendo las directrices de la arquitectura oficial de la Administración en los años cuarenta. No olvidemos que estos proyectos el arquitecto no los hacía en su despacho, se proyectaban en la Oficina Técnica del INP, en un ambiente de total colaboración, compartiendo todos los arquitectos a los

⁴⁹ Es imposible conocer el grado de intervención de García Mercadal en este edificio. Por las fotografías existentes en el archivo del INGESA se puede deducir que su intervención se redujo a un acondicionamiento interior para una utilización provisional durante el periodo que durasen las obras de la Residencia José Antonio.

mismos colaboradores y resolviendo conjuntamente los problemas técnicos y funcionales que surgían, siempre bajo la coordinación del asesor médico Siro Azcona. En cualquier caso se aprecia en estos ya en estos proyectos de las primeras residencias la intención de García Mercadal de utilizar un lenguaje racionalista, que se hace más evidente en la Residencia de Zaragoza. Este lenguaje, que ahora nos puede parecer ciertamente ambiguo al estar salpicado de elementos tradicionales, en su momento podía resultar desenfrenado⁵⁰ y hasta arriesgado en el contexto de la arquitectura de la postguerra.



Residencia Sanitaria de Logroño, actualmente derruida. (Fuente: archivo INGESA).

En el caso de los ambulatorios rurales es evidente que García Mercadal consideró prioritario su integración en el medio y utilizó, como la mayor parte de sus compañeros, elementos invariantes de la arquitectura tradicional, con los que proyectó la imagen de las fachadas de una manera sencilla y sin complicaciones constructivas. Este criterio lo aplicó en los ambulatorios de Jaca, Mieres, Caspe y Sama de Langreo, en los que no dudó en utilizar cubiertas inclinadas, recercados de piedra en las ventanas, zócalos y hasta

⁵⁰ PIeltáIN, A. *Arquitectura para la Sanidad Pública en España 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales...* op. cit. p. 78. Así denomina Pieltáin los gestos racionalistas que García Mercadal introduce en sus proyectos, desde el punto de vista del momento en que se producen.

buhardas en los tejados, aunque no tanto en el de Haro y en absoluto en los ambulatorios ciudadanos de Lérida (1950), Oviedo (1957) y Madrid (1950), donde su lenguaje es más racionalista.



Ambulatorios de Haro (arriba), De Madrid, calle Modesto Lafuente (abajo) y Oviedo (derecha). (Fuente: archivo INGESA).

Durante los años cincuenta, terminados ya los edificios de la primera etapa del Plan, García Mercadal, además de realizar los trabajos para la sistematización de los ambulatorios, proyecta algunas residencias en las que se evidencia la recuperación de su estilo personal. Habían pasado los años de la autarquía y la arquitectura española empezaba a respirar aires de mayor libertad.

Los jóvenes arquitectos que habían terminado la carrera después de la guerra estaban impacientes por imponer una arquitectura moderna frente al historicismo impuesto.⁵¹ Cabrero y Aburto ya habían presentado el proyecto de Sindicatos y Fisac proponía modelos como el edificio para el Consejo de Investigaciones Científicas, arquitecturas que ya no utilizaban lenguajes académicos. Esta situación debió animar a García Mercadal a

⁵¹ CAPITEL, A. *Arquitectura española. Años 50-años 80...* op. cit. p. 17.

desembarazarse de las imposiciones del régimen y a utilizar un lenguaje más personal, volviendo al racionalismo no dogmático de sus años de preguerra.

Durante toda la década de los cincuenta García Mercadal estuvo dedicado casi por completo a los ambulatorios y elaborando, como veremos, un estudio de estandarización de reconocido éxito. En cuanto a residencias, sólo proyectó una en Oviedo (1953), aunque fue su mayor proyecto de hospital: una residencia para 650 camas, que, sin embargo, no llegó a realizarse.

Sí que se construyó una residencia más pequeña, la Residencia General de Oviedo, aunque esta última sobre una estructura ya iniciada por su amigo Manuel Chumillas, prevista inicialmente para el gran Hospital Provincial de Oviedo, con una capacidad para 1200 camas, que había quedado paralizado y que fue vendida al Seguro de Enfermedad.

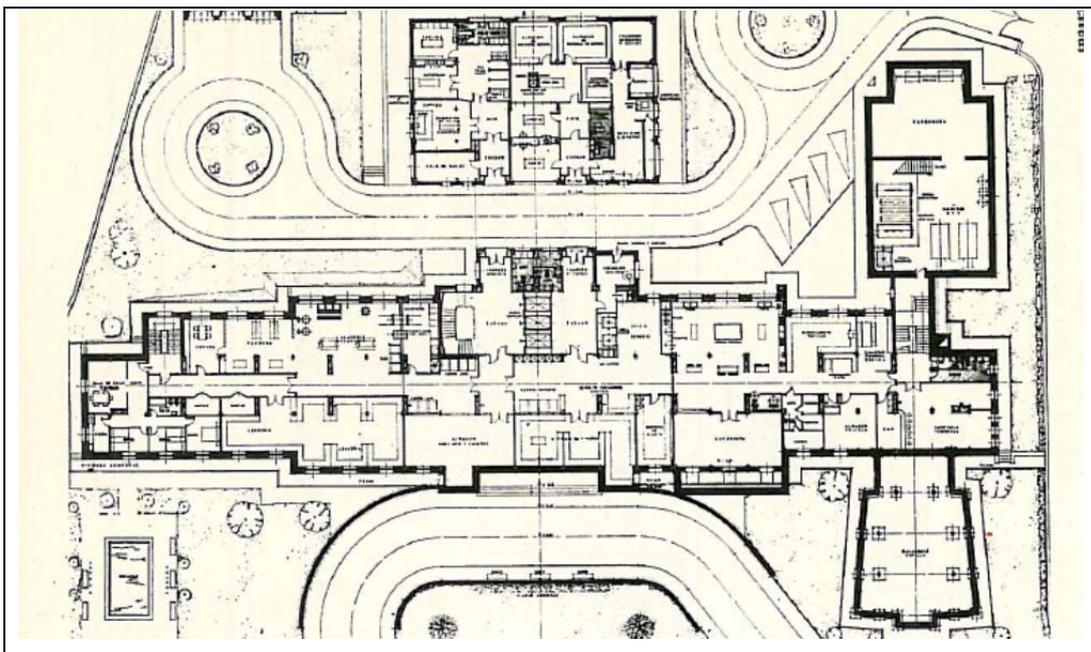
Esta macroestructura dio cabida, también, para el Centro Piloto de Traumatología y Rehabilitación (1959) que proyectaría García Mercadal unos años más tarde. Aunque se trató de dos proyectos de gran envergadura, su resultado estuvo muy condicionado por la estructura ya existente, por lo que es más difícil valorar la intervención de García Mercadal, sí que se aprecian sus rasgos característicos, como la capilla y el salón de actos, cuya forma y disposición en planta nos recuerdan a los de Zaragoza.



Residencia de Oviedo, plano de emplazamiento y vista general. (Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones.html>

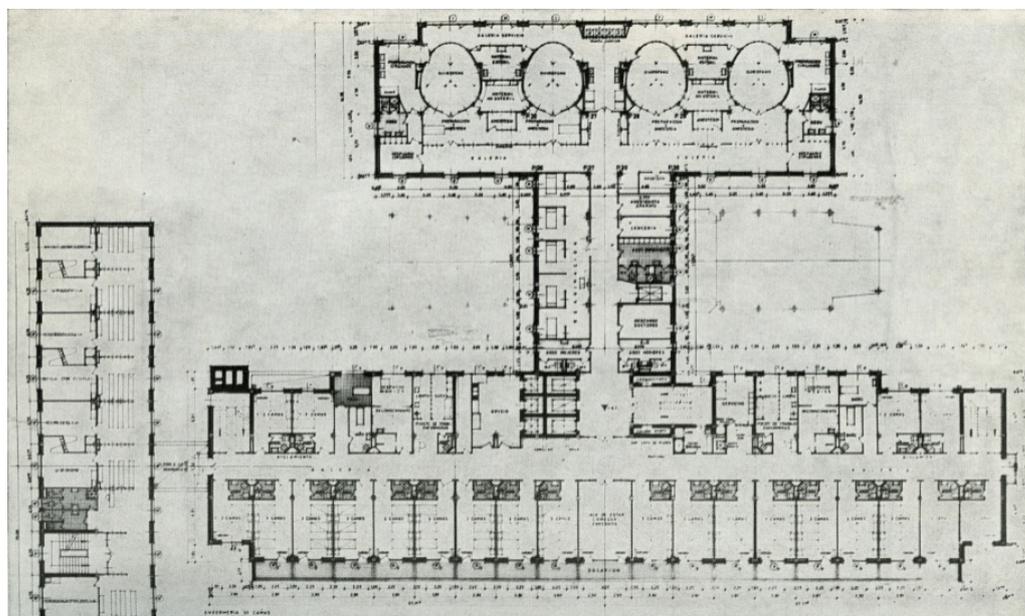
En la década de los sesenta proyectó dos residencias: Pamplona (1960), Huesca (1965) en las que se aprecia su evolución hacia un racionalismo personal que nada tiene que ver con imposiciones historicistas. En el de Pamplona, aunque mantiene el esquema simétrico de planta, que nunca abandonó salvo en las pequeñas residencias, propone para las plantas inferiores una distribución más orgánica que le permite componer volúmenes asimétricos en ambas fachadas. En las plantas superiores incorpora las mejoras técnicas que paliaban los defectos detectados por la oficina del INP en los proyectos de la primera etapa del Plan y que básicamente se centraban en la comunicación de las enfermerías con el grupo quirúrgico, auténtico cuello de botella en las primeras residencias.



Residencia de Pamplona, arriba perspectiva del proyecto, abajo planta semisótano.
(Fuente: revista 1919FGM1972).

Tampoco esta residencia debió gustarles a los mandatarios franquistas pues, al igual que la de Zaragoza, tardaron diez años en hacer la inauguración oficial.

Posterior al de Pamplona (1960) es el proyecto de Huesca (1965), también con una imagen claramente racionalista y con el mismo esquema simétrico de la planta "de avión" de los primeros hospitales del INP. La similitud de sus fachadas hace que aparezcan confundidas en alguna publicación poco informada.



Residencia de Huesca, planta e imagen. (Fuente: revista *1919FGM1972*).

Aunque mantiene un esquema en planta claramente superado, utiliza otros elementos más novedosos como los quirófanos ovoides, la colocación de la

zona de recuperación postoperatoria en el ala de unión entre los bloques de enfermería y quirúrgico o la desvinculación del ambulatorio del edificio de la Residencia, lo que le permite emplear el módulo tipificado de consulta-espera con mayor libertad, separándolo y en situación transversal con el bloque principal de hospitalización, lo que nos recuerda, una vez más, la solución de Paul Nelson en Saint Lô (1946) para la residencia de enfermeras.

Con un criterio similar, proyectó en Zaragoza la Delegación para el INP y Trabajo (1963) y su ambulatorio contiguo de Ramón y Cajal (1961). Aunque comparten el mismo solar, se trata de dos proyectos independientes que configuran una esquina del centro de Zaragoza y en los que García Mercadal, aparte de su aspecto totalmente moderno, incorporó la estructura metálica, lo que contribuyó a incrementar su imagen innovadora.

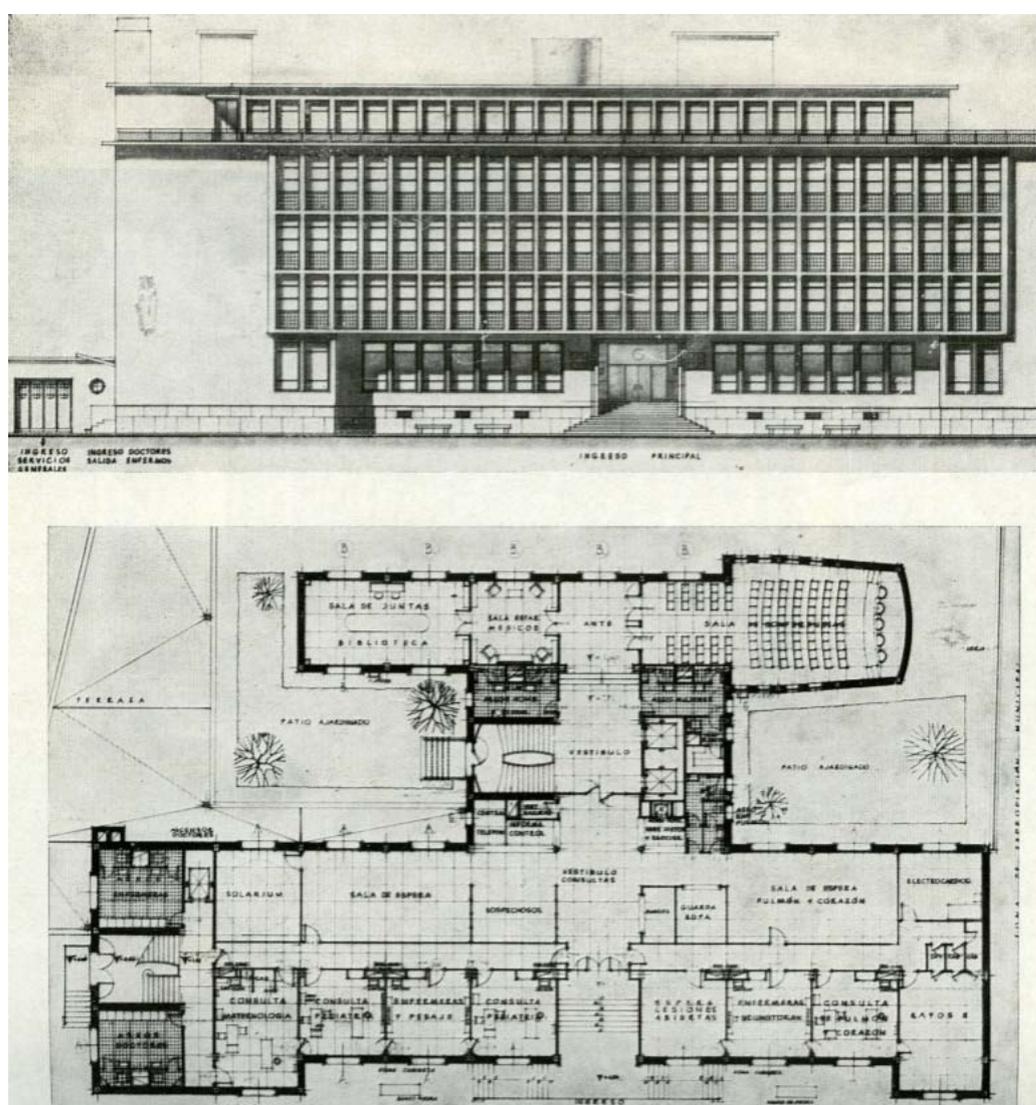


Perspectivas de la Delegación del INP y Trabajo (1963) y ambulatorio Ramón y Cajal (1961), ambos en Zaragoza. (Fuente: revista *1919FGM1972*).

De la misma época es el proyecto del ambulatorio de Gijón (1959), proyectado sólo un par de años antes. Es el primero en el que García Mercadal ensaya la incorporación de un paño de fachada con ventanas continuas, como si de un muro cortina se tratara. Las dificultades de ejecución le llevaron a sustituirlo durante la obra por otra solución más convencional pero de análogo aspecto: sustituyó el ventanal corrido por otra disposición parecida en la que aumentaba el tamaño de las ventanas tradicionales y disminuía los entrepaños hasta hacerlos casi desaparecer, dándoles un tratamiento similar a las carpinterías. Esta solución debió servirle de ensayo para el edificio del INP en Zaragoza, donde cuatro años después incorporó en su fachada un ventanal corrido. En cuanto a la distribución

interior, incorpora los módulos de consulta-espera en el que había trabajado durante esa década y de la que tan buenos resultados había obtenido.

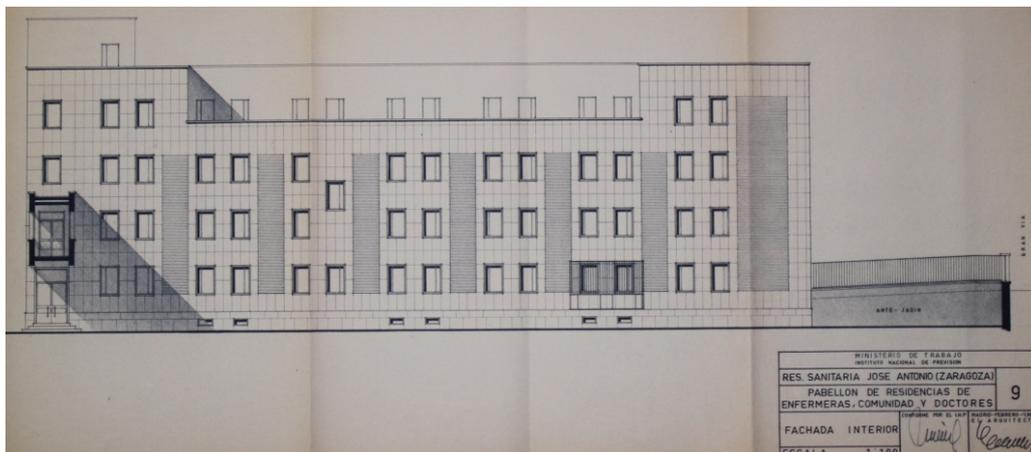
El programa funcional de los ambulatorios es más sencillo y abordable que el de los hospitales, lo que permite al arquitecto controlar los resultados formales durante todo el proceso de diseño. García Mercadal ensaya en los ambulatorios algunas soluciones de fachada que luego aplicará en las residencias.



Ambulatorio de Gijón (1959), planta baja y alzado. (Fuente: revista 1919FGM1972).

De los últimos años de colaboración con el INP hay algunos proyectos que no llegaron a construirse, como el Pabellón de Residencias para Enfermeras, Comunidad y Doctores (1968) de Zaragoza. En este último, aunque se trata

de una obra menor con la que, según cuenta en su memoria descriptiva, lo que se pretendía eradesalojar las últimas plantas de la Residencia General aumentando su capacidad de enfermerías, la mayor preocupación de García Mercadal fue encontrarle una ubicación adecuada dentro del terreno, de tal forma que no perjudicase la visión de la Residencia General desde el Paseo de Isabel la Católica. Se observa en ella una gran sencillez en la composición, consiguiendo modular los huecos de ventanas con las piezas de recubrimiento de la fachada. Aunque el edificio se proyectaba adosado a la Residencia General, se prescindía del ladrillo a cara vista, que lo hubiera mimetizado con el gran volumen de ladrillo claro, sustituyéndolo por un aplacado de piedra, con el que se huía de soluciones tradicionales, consiguiendo imágenes más modernas y potenciando el efecto de modulación de la fachada. Esta tendencia se aprecia en las últimas residencias proyectadas por García Mercadal. Tanto en Huesca (1965) como en la Delegación del INP en Zaragoza (1963) prescinde del ladrillo en las fachadas, utilizándolo exclusivamente como motivo decorativo en algún elemento puntual. En el caso del Centro de Traumatología de Zaragoza (1969) empleó las dos texturas, ladrillo y piedra, combinándolas para componer una fachada plana.



Paellón de residencias, fachada interior. FECHA (Fuente: archivo INGESA).

Si los intelectuales españoles de la segunda mitad del siglo XX atacaban el régimen autoritario del Franquismo no lo hacían menos los críticos de arquitectura con la producción emanada desde el propio régimen. Los arquitectos "oficiales" habían impuesto en los años de postguerra una

arquitectura historicista y regional como forma de diferenciarse de la arquitectura moderna e internacional que se identificaba con los países democráticos del resto de Europa. Para los críticos de los años sesenta resultaba natural la reacción ante cualquier atisbo de historicismo, considerándolo automáticamente una deserción. En mi opinión, es ahí donde radica el motivo del olvido, incluso el desdén, con el que estupendos críticos e historiadores como Fullaondo o Sambricio trataron la obra hospitalaria de García Mercadal.

"A partir de ese momento la actividad profesional de Mercadal se hace más confusa y ecléctica, como lo demuestra su proyecto para el monumento a María Cristina. Podríamos seguir analizando la actividad de Mercadal y viendo cuál es su línea de comportamiento. Pero la aparición del pequeño texto La arquitectura popular, corta en algún sentido, la actividad vanguardista de Mercadal y marca el punto de partida a una nueva actividad."⁵²

La identificación buena-arquitectura-progresista con Movimiento Moderno era irremediable, aunque en algunos casos se tratase únicamente de una cuestión formal. Esta simplificación perjudicó al García Mercadal arquitecto-clásico-vanguardista-historicista-tradicional-vernáculo.

La arquitectura del Movimiento Moderno había vuelto a introducirse, ya definitivamente, en España, en los años sesenta, coincidiendo con los primeros indicios de apertura del franquismo y creando una especie de nexo de unión que la enlazaba con las vanguardias introductorias de los años veinte y treinta, por lo tanto, en ese momento los críticos no podían admitir que el precursor del Movimiento Moderno en España en los años veinte, no continuara ahora al frente de las vanguardias, por lo que en su opinión, cambió de héroe a villano y volvió a ser condenado. En poco tiempo roló de ser depurado por el régimen franquista en los años cuarenta (se supone que por su arquitectura progresista) a ser desdeñado por la crítica progresista en los años setenta por su arquitectura historicista.

⁵² SAMBRICIO, C. *Cuando se quiso resucitar la arquitectura*. Madrid, Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Madrid. 1983, p. 169.

VII.3. García Mercadal y la creación de un modelo de ambulatorio

Una vez concluidas las 34 residencias que se construyeron en la primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias hacia 1953, se priorizó la construcción de ambulatorios para equilibrar el número de unas y de otros. El criterio aprobado es que los ambulatorios cubrieran el primer escalón de la asistencia al ciudadano para luego remitir a los que lo necesitaran a las residencias, que constituían el segundo escalón. Ello suponía, aproximadamente, la creación de tres ambulatorios por cada residencia, cuando en la primera etapa del Plan se había construido el mismo número de ambos.

Poco a poco, en función de las necesidades más urgentes y de las posibilidades económicas y técnicas del INP, fue construyéndose un conjunto de centros sanitarios de cura ambulatoria en los que ir centrando, tanto la atención primaria como la medicina especializada. Estos centros fueron sustituyendo progresivamente las instalaciones provisionales, que en locales propios o alquilados por el INP, se habían habilitado desde el año 1944 para hacer frente a las necesidades asistenciales del Seguro de Enfermedad, locales que, en general, no reunían las características adecuadas para destinarlos al uso asistencial.

En 1959 se habían construido 66 ambulatorios nuevos y, a pesar de que el INP, anunciaba la cifra como un éxito⁵³, no dejaba de ser un tercio de los 206 que se había previsto en el Plan de Instalaciones y, lo que era peor, seguían siendo claramente insuficientes para realizar con normalidad las tareas asistenciales.

Ante la necesidad de incrementar el ritmo de producción, sin aumentar por ello la inversión prevista, la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión, tomó la medida que viene siendo habitual en la Administración desde tiempos inmemoriales: se creó una comisión de estudio especializada. En este caso, lo que ya no es tan habitual, la medida dio resultado y se consiguió aumentar la producción sin hacerlo el gasto. Se constituyó la

⁵³ *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O. de E. Madrid*, Instituto Nacional de Previsión, 1962, p. 1.

Comisión de Instituciones Sanitarias óptimas⁵⁴, cuyas conclusiones se plasmaron en el "Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O. de E." con el que se consiguieron los fines previstos; crear una uniformidad en los ambulatorios que garantizara, en todos ellos, la homogeneidad en cuanto a la calidad de asistencia. La forma de conseguirlo consistió en la repetición de unas soluciones óptimas que permitieran, por un lado, facilitar el uso a los beneficiarios y el trabajo a los empleados y, por otro, simplificar la labor del proyecto y construcción, así como el mantenimiento posterior de las instalaciones. La repetición del modelo llevaba aparejada el abaratamiento de las instalaciones.

Conforme la tipificación llegaba aun mayor detalle, como el mobiliario o los mecanismos de las instalaciones, mayores eran las ventajas, pues facilitaba la adquisición de suministros y recambios.

El informe de la Comisión de Instituciones Sanitarias óptimas resumía las ventajas de la tipificación en las siguientes ventajas:

"En resumen, podemos sintetizar las ventajas de la normalización en las siguientes:

I. Sanitarias.

Estudiado el espacio interior, para que este y los aparatos en él contenidos rindan al máximo, es natural que todos los dispositivos y elementos deban repetirse siempre que concurren las mismas condiciones. Desde el punto de vista de las personas, la claridad, simplificación y uniformidad de situaciones y recorridos permite a los beneficiarios y al personal de toda clase que presta servicio, familiarizarse con la disposición de los edificios y el uso de las instalaciones.

⁵⁴ Esta comisión interdisciplinar estaba formada por los siguientes miembros: como Presidente D. Carlos Martí Bufill, Secretario General Técnico del Instituto Nacional de Previsión. Vocales: D. Luis Alberti López, Inspector Médico, Jefe de Sección en el Servicio de Ordenación Sanitaria. D. Teófilo Bachiller Bachiller, Inspector Médico Regional. D. Fernando García Mercadal, Arquitecto del Instituto Nacional de Previsión. D. Francisco Lamas López, Inspector Médico, Jefe de la Sección de Organización en el Servicio de Instituciones Sanitarias. D. Ángel Linaje Hoyo, Inspector Médico, Jefe del Servicio de Instituciones Sanitarias. D. Abraham López Cecilia, Secretario de la Subdelegación General de Servicios Sanitarios. D. Martín José Marcide, Arquitecto del Instituto Nacional de Prevención.

2. Económicas.

La normalización se consigue la mejor aplicación de las cantidades disponibles en función del máximo resultado o rendimiento posible.

Con construcciones normalizadas, es posible llegar a un profundo análisis de costes, rendimientos de materiales, aparatos, dispositivos y trabajo del personal, que resultaba imposible en un régimen heterogéneo de construcciones; pues las variaciones de los elementos esenciales que componían el edificio y su contenido, adquirirían tal grado de libertad que hacían imposible contar con datos homogéneos.

3. Sociales.

Al establecer a un nivel prácticamente idéntico todas las condiciones que constituyen en definitiva el confort y la individualización de la asistencia, que se darán en el mismo grado en cualquier emplazamiento, desaparecen algunas desigualdades que desde este punto de vista no tenían justificación.

4. Arquitectónicas.

Por paradójico que pueda parecer, con la normalización aumentan la flexibilidad de los proyectos y la libertad de composición del arquitecto, pues quedando perfectamente delimitados los campos que comprende lo necesario y lo accesorio, el arquitecto no compromete la función primordial para la que está concebido el edificio; en cambio, no conociendo con exactitud este extremo, la libertad de creación puede quedar deformada por la preocupación de no perjudicar a la función, llegando a fórmulas de compromiso que muchas veces no le satisfacen a él estéticamente y comprometen en cambio la funcionalidad del edificio.

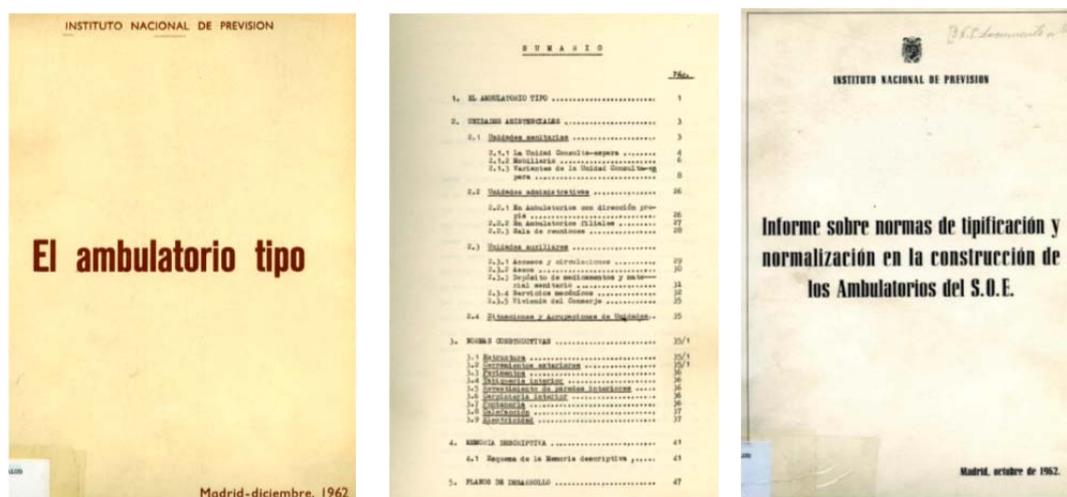
5. De tipo fiscalizador.

La normalización facilita el conocimiento de cada proyecto y permite fácilmente juzgar y comparar proyectos entre sí, apreciando las diferencias tanto en superficies como en coste y valorando adecuadamente su relación con las circunstancias concretas de cada proyecto.

6. De desarrollo futuro.

Este aspecto quizá sea el más interesante. No se precisa una prolija exposición para vaticinar un rápido desarrollo de las técnicas de

prefabricación, tanto en estructuras como en cerramientos de edificios y en instalaciones por consiguiente, para beneficiarse de tales técnicas son imprescindibles una normalización de las plantas; ello se traduce en una inmediata y fácil normalización de las instalaciones, lo cual a su vez permitirá, continuando el estudio exhaustivo de las normas de tipificación que se ha iniciado, el poder realizar en su día la prefabricación de gran parte de dichos elementos.”⁵⁵



Documento del “Ambulatorio Tipo” e informe sobre tipificación (1962). (Fuente: archivo INGESA).

Esta Comisión especializada estaba formada por médicos, administrativos y los arquitectos Martín José Marcide⁵⁶ y Fernando García Mercadal, que fueron los artífices de la sistematización y racionalización de los proyectos de ambulatorios.

La Comisión empezó analizando los proyectos de los ambulatorios construidos y constató la diversidad de soluciones, con ejemplos muy variados de distribuciones de consultas y, más aún, de salas de repera, que en unos casos no existían como tales, en otros estaban separadas y en otros

⁵⁵ *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de ambulatorios del S.O. de E...* op. cit., pp. 6-7

⁵⁶ Aunque Martín José Marcide formaba parte como vocal de la comisión, es probable que el mayor peso de la labor técnica de la comisión corriera a cargo de García Mercadal, ya que en esa época Marcide se había convertido en el “Director in pectore” de la oficina técnica del INP y los grandes proyectos de los años sesenta se estaban gestando en ese momento.

eran comunes. Tomando como unidad el módulo de consulta-espera se compararon las superficies construidas, encontrando variaciones que iban desde 19 hasta 202 metros cuadrados por módulo, con una media de 120 metros cuadrados. En cuanto a los resultados económicos, la diversidad no era tan abultada, aunque teniendo en cuenta la disparidad de planteamientos en los proyectos, se podían encontrar extremos de 1.154 a 4312 pts./m², siendo los precios habituales de 3.500 a 3.800⁵⁷ pts./m².

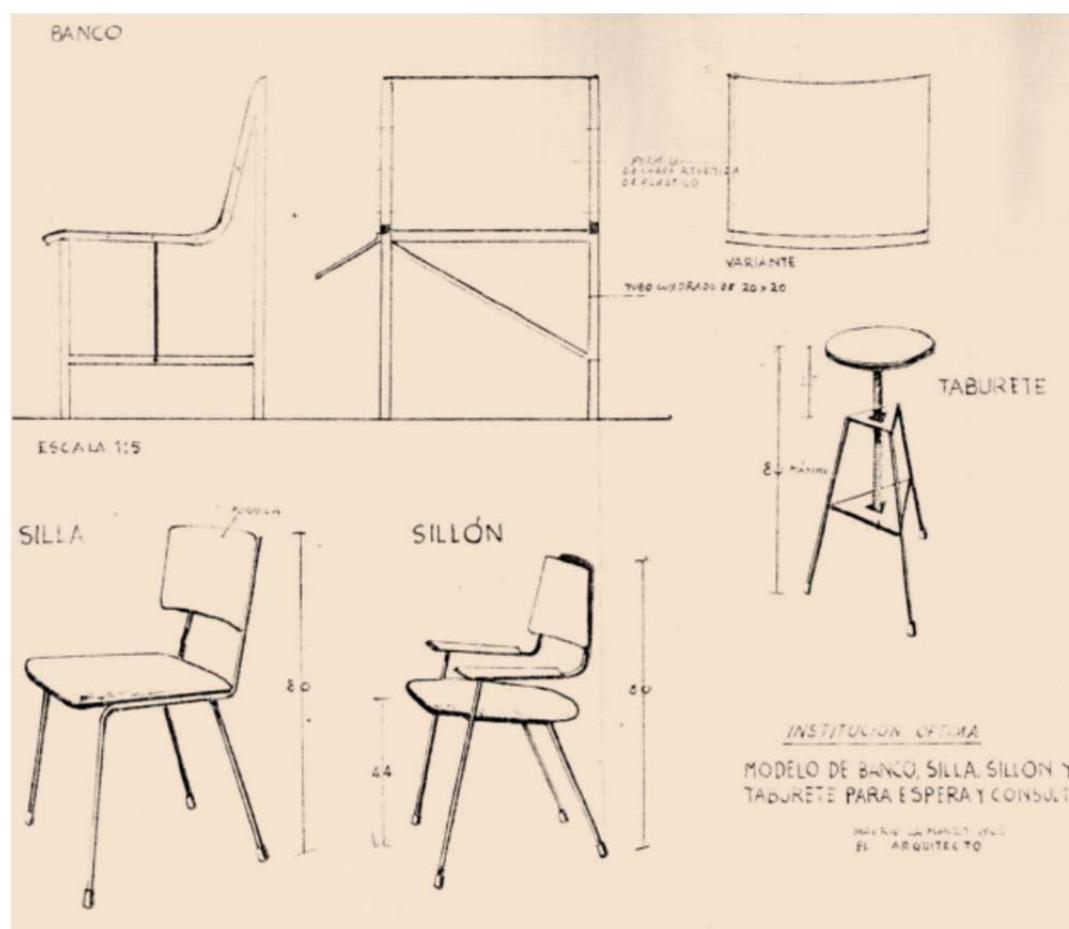
La condición interdisciplinar de la Comisión le permitió analizar también el funcionamiento general de los ambulatorios construidos desde el punto de vista asistencial, eligiendo los modelos que mejor resultado estaban ofreciendo. En base a esos modelos los arquitectos empezaron a diseñar el módulo unitario de consulta-espera que generaría todos los ambulatorios.

“Esta Consulta-Espera, constituya la Unidad fundamental del Ambulatorio, admitiéndose con respecto a ella muy pocas variaciones, pero también en este caso se ha procurado que tales servicios especiales estén contenidos en espacios que sean múltiplo entero del módulo fundamental. La superficie tipo de la Consulta-Espera, es así el módulo que sirve de elemento base para determinar todas las unidades funcionales del Ambulatorio tipo.”⁵⁸

El módulo de consulta-espera diseñado se obtenía a partir de la estructura del edificio, formada por pórticos transversales a fachada compuestos de tres pilares y dos vigas de 5,25 metros cada una. La separación entre estos pórticos, cubierta por las losas del forjado era de cuatro metros, con lo que se conseguía una superficie por consulta de algo más de veinte metros, quedando otro tanto para zona de espera y paso. Con la aplicación de este sencillo módulo se reducía la superficie media del ambulatorio de 120 metros cuadrados por consulta a 90.

⁵⁷ En lo referente a los precios, no se consiguió un abaratamiento con la tipificación, pues las medias siguieron siendo similares. Evidentemente con la tipificación se lograron otras muchas ventajas de tipo organizativo.

⁵⁸Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de ambulatorios del S.O. de E... op. cit. p. 10.



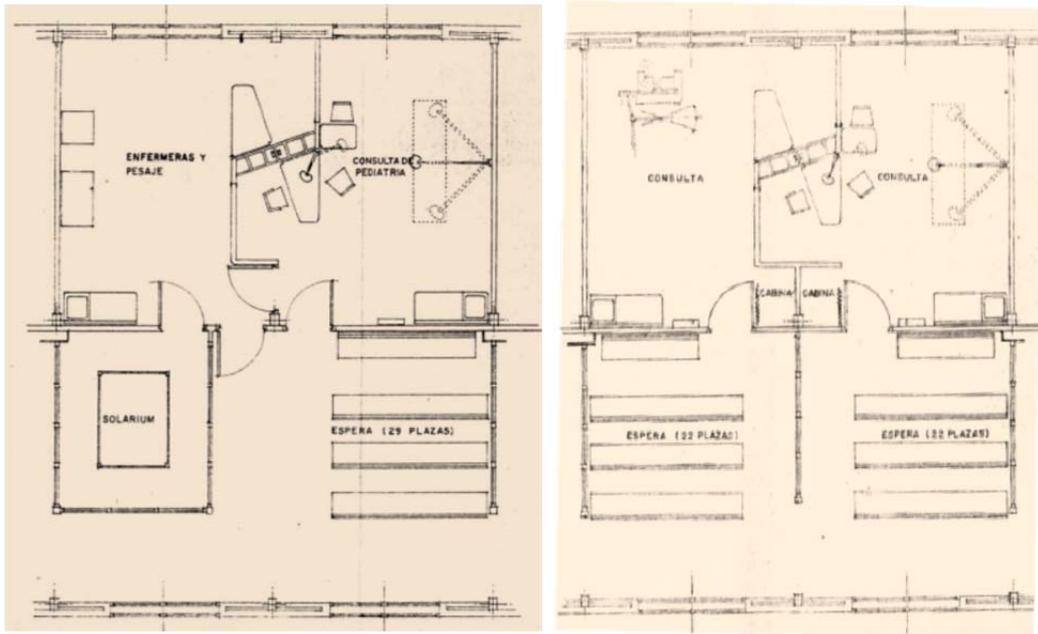
Estudio del mobiliario para la estandarización del ambulatorio tipo. (Fuente: archivo INGESA).

A partir del módulo se distribuía la consulta para las especialidades médicas habituales, que estaba formada por tres zonas diferenciadas:

- Una zona de despacho médico en la que se celebraba la entrevista con el enfermo con un puesto de trabajo de la enfermera.
- Una zona privada para desnudarse el enfermo.
- Una zona mayor, que ocupaba la mayor parte de la consulta, en forma de rectángulo, como zona de trabajo para para la exploración del enfermo, provista del equipo médico necesario para cada especialidad.

Aún sin estar concluido el estudio de tipificación, la Comisión permanente del INP, en cuanto tuvo noticia de los primeros avances, aprobó la

aplicación del módulo de consulta-espera diseñado⁵⁹ en todos los proyectos de nuevos ambulatorios. Los efectos fueron inmediatos, pues al analizar los nuevos proyectos, la superficie por módulo de consulta-espera había bajado de 120 a 90 metros cuadrados, lo que ya supondría un ahorro considerable aún sin bajar el precio por metro cuadrado construido. Esta acción se completó con la aprobación⁶⁰ del módulo para otros servicios tipo como Radiología y electroterapia.⁶¹



Módulo consulta-espera. Izquierda módulo de pediatría, derecha modulo tipo.
(Fuente: archivo INGESA).

Los módulos para otros servicios, se consiguió encajarlos sin modificar la estructura general de 10,50 x 4,00. Su distribución resultaba a veces un tanto ortopédica, pero a cambio tenía la ventaja de mantener invariable el módulo inicial. El módulo general se utilizaba para los servicios más repetidos:

- Medicina general.
- Practicantes.
- Envase clínico.

⁵⁹ El Órgano de Gobierno del INP en su sesión de 16 de noviembre de 1961 aprobó el proyecto de módulo de Unidad Consulta-Espera que obligaba a todos los nuevos proyectos a incorporar esta característica de normalización.

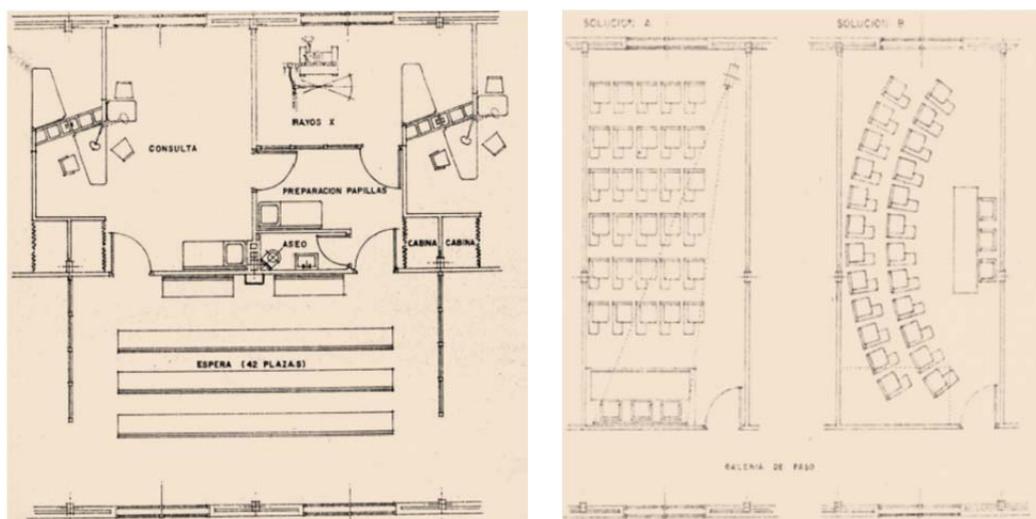
⁶⁰ Fue aprobada por la Comisión permanente del INP el 22 de febrero de 1962.

⁶¹ *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O. de E...* op. cit. p. 14.

- Servicio de urgencia, con la recomendación de situarlo junto a la entrada del ambulatorio.
- Tocología.
- Electrocardiología.
- Dermatología.
- Neuropsiquiatría.
- Endocrinología
- Pediatra consultor
- Sala de pequeñas intervenciones, en la que se utilizará la sala de espera como zona de recuperación.

Para otros servicios fue necesario efectuar desarrollos especiales que también se recogían en los planos del informe.

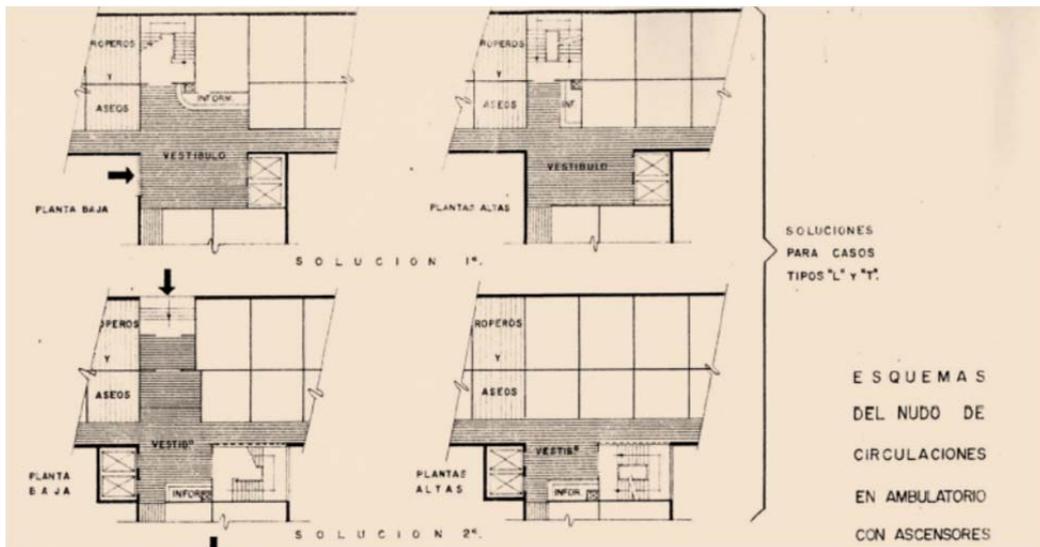
- Pediatra de zona.
- Laboratorio.
- Radiología y Electrología.
- Aparato digestivo y rayos X.
- Mecanoterapia.
- Archivo e historias clínicas.



Módulos especiales. Izquierda módulo de digestivo, derecha módulo de sala de conferencias. (Fuente: archivo INGESA).

A partir de ahí sólo había que combinar los módulos en las distintas tipologías (en L, en T, lineales, etc.) en función del número de servicios que incluía el ambulatorio para tener el esquema del proyecto.

Se profundizó en el diseño de todos los elementos, incluso los muebles, y se definieron los materiales y las instalaciones. Todo ello se plasmó en un proyecto llamado *El ambulatorio tipo*⁶² que el INP publicó en diciembre de 1962 y que sirvió de manual para el diseño de ambulatorios. Unos meses antes la Comisión de Instituciones Sanitarias óptimas había presentado sus conclusiones en el *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de ambulatorios del SOE*⁶³.



Esquemas de soluciones del núcleo de comunicaciones. (Fuente: archivo INGESA).

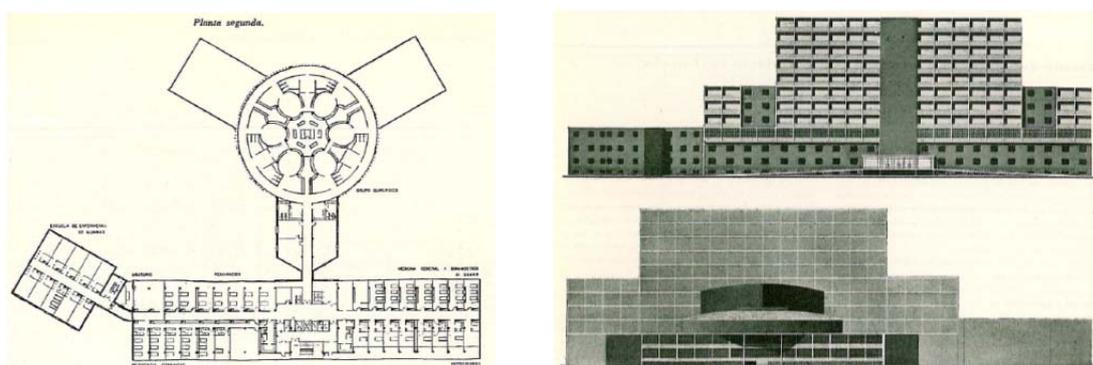
La importancia del estudio de tipificación de los ambulatorios realizado hace sesenta años tiene su reflejo en la utilización que se ha hecho del modelo hasta la actualidad. La aportación más importante es la simplificación del diseño a un módulo de consulta-espera que no solamente organiza el espacio interior, sino que genera a su vez la estructura portante del edificio y hasta modula la fachada del edificio. Los actuales Centros de Salud, con soluciones ciertamente muy distintas, complejas y atractivas terminan siempre refiriéndose a un módulo generador de consulta-espera similar al diseñado por García Mercadal, tanto en su disposición como en sus dimensiones.

⁶² *El ambulatorio tipo*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1962.

⁶³ *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de ambulatorios del SOE*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1962.

El éxito obtenido en la normalización de los ambulatorios llevo a pensar que se podía hacer lo mismo con los hospitales. España había pasado a una etapa de apertura hacia Europa y se miraba con atención todo lo que hacían nuestros vecinos, que ya trabajaban desde hacía una década en la tipificación de hospitales. En este caso no se organizó una comisión al efecto sino que fue Marcide⁶⁴ el que quiso llevar en solitario el estudio de un Hospital Teórico de 300 camas, con la única ayuda de los asesores médicos.

Este hospital teórico, concebido con un esquema de torre más base, mejoraba claramente el funcionamiento de los hospitales en bloque del Plan de Instalaciones, pero no logró solucionar el problema de la tipificación de los hospitales, de hecho, tardó diez años en llevarse a la práctica⁶⁵. Sí que sirvió para hacer ver a los dirigentes de la sanidad española, ahora ya de la Seguridad Social, que la tipificación de los hospitales era un tema bastante más complejo que la de los ambulatorios.⁶⁶



Planta segunda y alzados del Hospital Teórico de 300 camas, proyectado por Marcide y su equipo. (Fuente: Revista Arquitectura, 19, p. 45).

⁶⁴ Martín José Marcide, ejercía de director de la oficina técnica del Seguro y había conseguido arrinconar a sus iniciales colegas acaparando todo el protagonismo y los proyectos más importantes.

⁶⁵ El Hospital teórico se construyó en Cantabria como Hospital Materno-Infantil en 1969 con proyecto de Fernando Flórez.

⁶⁶ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la Sanidad Pública en España 1942-1947. Construcción de la red nacional de hospitales...* op. cit. p. 77.

Capítulo VIII.

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.

La Residencia Sanitaria "José Antonio"

Evolución hacia la "Ciudad Sanitaria"

Intervenciones posteriores

El Hospital Universitario Miguel Servet es en la actualidad el nombre de la Residencia Sanitaria José Antonio, diseñada por Fernando García Mercadal para la ciudad de Zaragoza en los años cuarenta. Considerada como la obra hospitalaria más importante de su autor, es hoy en día el centro sanitario de referencia de la Comunidad Autónoma de Aragón, condición que complementa con su carácter de hospital universitario desde los años noventa. Su unidad asistencial de Grandes Quemados, la última proyectada por García Mercadal, sigue estando acreditada como centro de referencia a nivel nacional.

La sanidad aragonesa se articula en ocho sectores: dos pertenecen a Huesca, dos a Teruel y cuatro a Zaragoza. El Hospital Universitario Miguel Servet, junto con el Hospital San Juan de Dios en cuanto a la atención sociosanitaria, da servicio al sector denominado Zaragoza II, correspondiente con las zonas centro y sur de la ciudad y el área de la provincia situada al sureste; entre la capital y el límite con la provincia de Teruel. El Miguel Servet atiende directamente a una población aproximada de 370.000 habitantes, lo que supone casi un tercio de la población de Aragón, aunque su elevado nivel de especialización le lleva a prestar asistencia en algunos procesos a toda la población aragonesa e incluso de algunas provincias limítrofes como Soria o La Rioja.



Parcela ocupada por el actual complejo hospitalario Miguel Servet. Remarcado en rojo el solar inicial, el apéndice de las instalaciones industriales y la última ampliación de las consultas externas, situadas al otro lado de la calle Gonzalo Calamita. (Fuente: Google Maps).

Se trata de uno de los grandes hospitales de la sanidad española y está compuesto por varios edificios que colmatan, e incluso sobrepasan el inicial solar de cuatro hectáreas sobre el que se asienta. Forman parte del

complejo la Residencia General (Residencia José Antonio), el Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados (una de las últimas reformas, la realizada en el año 2002, dejó unidos físicamente estos dos edificios), el edificio del Hospital Materno-Infantil, el edificio industrial que da servicio al complejo y el edificio de las consultas externas, situado ya en otra manzana y unido al complejo por un paso elevado sobre la calle Gonzalo Calamita.

Así es, a grandes rasgos, este complejo hospitalario que empezó siendo una Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad que, aun siendo de las más grandes de España, ocupaba sólo una pequeña parte de la parcela, quedando rodeada de jardines y zonas libres.



Comparación evolutiva de la imagen del Hospital: Vista de la fachada principal en la actualidad y de la inicial Residencia José Antonio en los años cincuenta. (Fuente: Fotografía del autor y archivo INGESA).

Desde el punto de vista arquitectónico y de la evolución tipológica se pueden reconocer cuatro etapas diferenciadas.

1. La primera correspondería al proyecto inicial de la Residencia Sanitaria José Antonio; un hospital monobloque con especialización por plantas y algunos servicios generales en los niveles más bajos de la edificación. Con un solo bloque de comunicaciones verticales a partir del cual se organizaban todas las circulaciones del hospital.
2. La segunda etapa coincide con la creación de la Ciudad Sanitaria, que se fraguó en los años sesenta. Aparecen dos hospitales más, dedicados cada uno a una especialidad concreta: El Centro de Rehabilitación, Traumatología y

Quemados y el Hospital Materno-Infantil. Están situados dentro de la misma parcela y repiten, a su vez, la misma tipología monobloque. Había cambiado el concepto de la asistencia sanitaria, pero la respuesta tipológica seguía siendo similar a la anterior, los hospitales son independientes entre sí, pero replican en cada uno la misma tipología, solamente comparten instalaciones.

3. La tercera etapa empezaría con la reforma de finales de los años setenta, sólo afecta a la Residencia General pero supone un cambio tipológico de la misma. De monobloque pasa a ser un hospital "Torre-Base". Una torre donde se sitúan las unidades de hospitalización y una base extensa donde se acumulan los servicios centrales del hospital, la llamada "machine à guérir"¹.
4. La última etapa comienza después del año 2000, transferidas las competencias a la Comunidad Autónoma, se aprovecha la reforma prevista de Traumatología para cambiar la organización y asimilarla a la de un "hospital lineal", basada en la racionalización de circulaciones y en la conexión de La Residencia General y Traumatología con una única plataforma central de cuatro plantas, adecuada para afrontar una ordenación más general y para integrar las piezas nuevas con las existentes.

De todas ellas hablaremos en el presente capítulo, pero deteniéndonos con más detalle en las dos primeras: la inicial Residencia Sanitaria y el Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados, por ser las que corresponden a las fases en las que intervino García Mercadal.

¹ Véase el apartado "Reformas en la Residencia General. 1975 – 1978". de la presente tesis doctoral.

VIII.1. La Residencia Sanitaria “José Antonio”

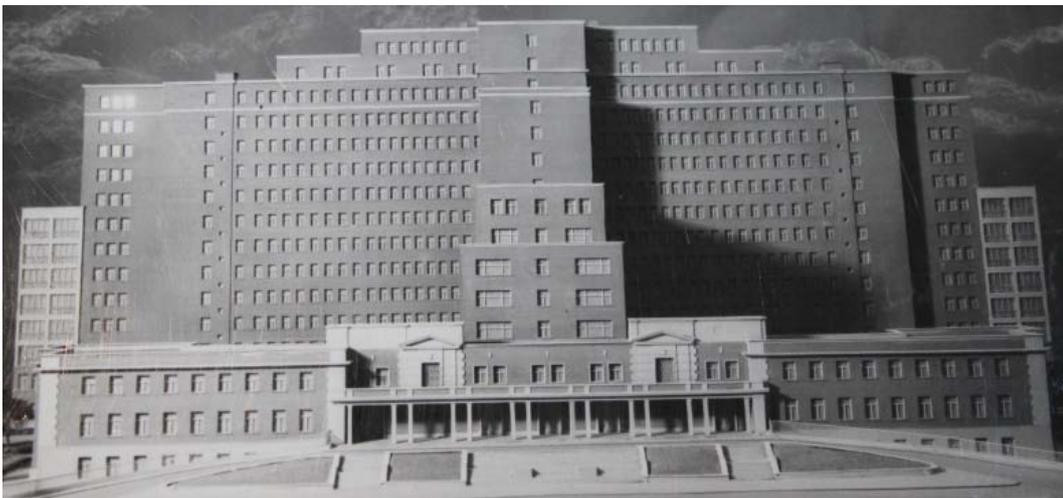
La Residencia Sanitaria José Antonio, nombre inicial del actual Hospital Universitario Miguel Servet, fue en su día uno de los buques insignia de la gran actuación de carácter social, emprendida por el régimen franquista encaminada a dar cobertura sanitaria a la mayor parte de la población española. Esta actuación, tal como se ha visto en capítulos anteriores, supuso la construcción de una red hospitalaria que cubría todo el territorio nacional y que dependía de un único organismo del Estado.

La Residencia de Zaragoza encabezó la lista de una serie de edificios sanitarios realizados por todo Aragón. Le siguieron las Residencias de Calatayud y Teruel y los ambulatorios de Caspe y Jaca. En una segunda etapa García Mercadal proyectó la Residencia de Huesca y otros ambulatorios rurales en las tres provincias aragonesas: Tarazona, La Almunia de Doña Godina, Ejea de los Caballeros, Barbastro, Monzón y Mora de Rubielos. Terminó haciendo sus últimos proyectos sanitarios en Zaragoza, construyendo los ambulatorios de Ramón y Cajal y Ebro Viejo, la delegación del INP y Trabajo y el Centro de Traumatología, cerrando así el bucle de su periplo de arquitectura sanitaria en Aragón.

En todos ellos siguió produciendo su particular arquitectura; el racionalismo no dogmático que fue constante a lo largo de toda su trayectoria arquitectónica y que sin embargo en esta etapa le ocasionó el rechazo de la crítica, al considerar que había desertado de sus iniciales convicciones, llegando incluso Oriol Bohigas a calificar estos edificios sanitarios como “grandes monstruos del Instituto Nacional de Previsión”². Opiniones como esta, surgidas en los años sesenta al amparo de la mitificación de todo lo relacionado con el Movimiento Moderno y el rechazo de lo que se escapara de su horma formal, son las que han condenado al olvido a una parte importante de la obra de García Mercadal, la que tiene que ver con los edificios sanitarios. Esta parte de su obra es la que se pretende rescatar y poner en valor.

² BOHIGAS, O. *Arquitectura española de la II República*, op. cit. p. 9.

El proyecto de la Residencia Sanitaria de Zaragoza se enmarca, tanto temporal como formalmente, en la época posterior a la guerra civil española y al margen de los edificios más racionalistas de su autor. Es suficiente con ver su alzado principal para constatarlo: frontones, óculos, refuerzos de sillería en las esquinas, etc. La fachada principal está compuesta asumiendo cánones clásicos, sin embargo cuando se observa el edificio en su conjunto aparecen otros elementos, situados en los volúmenes altos del bloque principal, en los que se perciben imágenes racionalistas: la agrupación de los huecos y su ritmo, el juego de volúmenes, las terrazas de la fachada posterior y, principalmente, las marquesinas redondas de la planta doce³, generan una imagen moderna que nos hace retroceder a los primeros dibujos de Mercadal, publicados en la revista *Arquitectura*⁴. Estas marquesinas parecen recordar los proyectos de “la casa a la orilla del mar”⁵ o “el Club Náutico”⁶. Vuelve a surgir aquí una constante de toda su obra, la fusión o simbiosis entre lo clásico, lo vernáculo y lo moderno.



Hospital Miguel Servet. (1948). Maqueta del proyecto, fachada principal. (Fuente: archivo INGESA).

³ Las marquesinas recuerdan claramente las terrazas voladas de su proyecto de club náutico, dibujado en 1925.

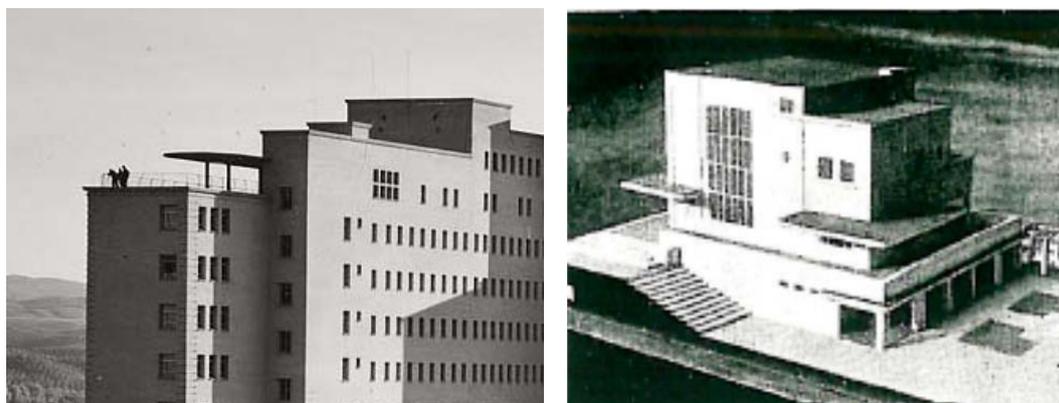
⁴ LABORDA YNEVA, J., *Artículos en la Revista Arquitectura: 1920-1934...* op. cit.

⁵ GARCÍA MERCADAL, F. “Arquitectura mediterránea (1)” en *Arquitectura*, nº 85, Madrid, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, 1926, p. 195.

⁶ GARCÍA MERCADAL, F. “Arquitectura mediterránea (2)” en *Arquitectura*, nº 97, Madrid, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, 1927, p. 191.

En este caso concreto mezclando una portada anacrónica, que a duras penas se integra en un edificio moderno como es el bloque posterior, de fina imagen racionalista. Con toda seguridad debe entenderse como una concesión descontextualizada, que García Mercadal acepta, hacia las imposiciones estilísticas del régimen franquista. Este era el peaje necesario para poder construir una obra muy importante: el primer encargo oficial tras siete años de depuración profesional, en la que, como veremos en el análisis pormenorizado, dejó otras obras, también interesantes, de su particular arquitectura.

La escala del edificio tiene una dimensión inusual hasta ese momento en los proyectos de García Mercadal. Nunca se había enfrentado a un edificio con 135 metros de fachada y 60 metros de altura, pero lo hizo con un juego de volúmenes proporcionado, de tal forma que, aunque las dimensiones son enormes, el conjunto nunca resulta exagerado. Es el edificio más grande que proyectó y estaba muy orgulloso de él, así se lo dijo a Carmen Castro⁷ en su entrevista de 1971. Observando la obra recién terminada, en las imágenes tomadas desde el Noroeste, se tiene la impresión de estar viendo uno de aquellos chalecitos proyectados por Mercadal en los años veinte, con sus volúmenes cúbicos, como la casa de Álvaro Bielza⁸. Eso sí, aumentada la escala unas diez veces. Solamente un arquitecto extraordinariamente capaz conseguiría con tanta facilidad ordenar los volúmenes, resolver la funcionalidad del edificio y tener un resultado formal tan brillante.



Vista parcial de la Residencia Sanitaria y maqueta de la casa de Álvaro Bielza.
(Fuente: izquierda: archivo INGESA, derecha: Fullaondo, 1984, p.46).

⁷ CASTRO, C., "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García Mercadal" ... op. cit. p. 35.

⁸ GARCÍA MERCADAL, F. "Arquitectura mediterránea", op. cit., pp. 192-193.

VIII.1.1. El contexto urbano. “La Casa Grande”

La ciudad de Zaragoza, tras pasar el siglo XIX ceñida en el recinto marcado por la muralla de tapial, más administrativa ya que defensiva, y una vez colmatados los espacios interiores, empieza plantearse, en el primer tercio del siglo XX, algunos planes de ensanche propiciados por las recientes leyes nacionales. Las características de la ciudad, rodeada en parte por los ríos Ebro y Huerva, hacían que su crecimiento natural se encaminara hacia el Sur casi como única alternativa.

Paralelamente empiezan a surgir, extramuros, junto a los márgenes de las principales vías de acceso a la ciudad, algunas barriadas, llamadas particulares⁹, de generación espontánea, que trataban de solucionar la imperiosa necesidad de vivienda mediante la autoconstrucción, pero sin planificación ni control urbanístico, careciendo de los más indispensables equipamientos e incluso de infraestructuras sanitarias.

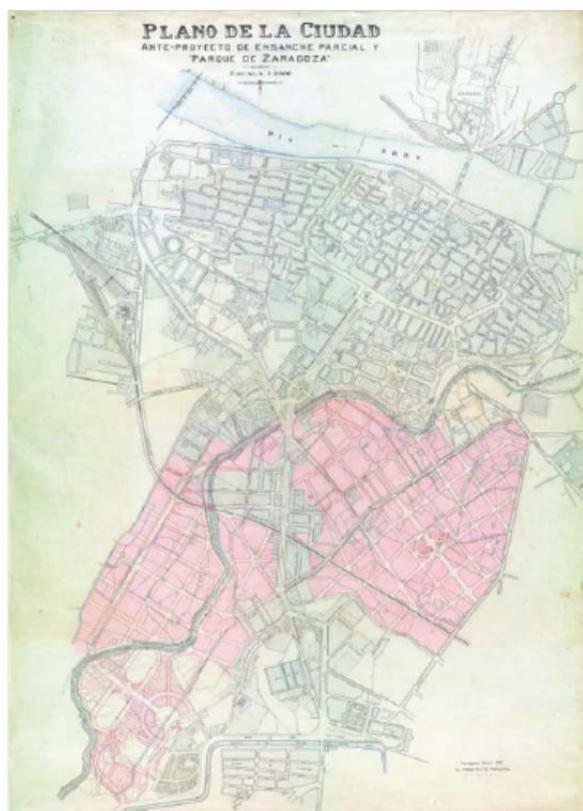
En 1925 se había aprobado el Plan de Ensanche y Extensión, redactado por Miguel Ángel Navarro, que preveía la urbanización de 390 hectáreas desde la puerta de Santa Engracia hasta el parque Primo de Ribera. Organizaba el territorio a base de una malla de manzanas rectangulares apoyada en los ejes del Paseo de Sagasta y la Gran Vía.

Este Plan, al igual que sus contemporáneos de otras ciudades, se limitaba a marcar las alineaciones sin incluir un sistema de gestión, por lo que el ritmo de su ejecución, al depender de la iniciativa privada, fue imposible controlar y en los años cincuenta aún no había terminado de completarse. Fue necesaria la realización de una serie de equipamientos que ejercieran como polos de atracción para que la población se asentara en el ensanche proyectado.

En un principio La Ciudad Universitaria y más tarde el Parque Primo de Ribera, el campo de fútbol de La Romareda, el recinto de la Feria de Muestras o la

⁹ Estos “barrios particulares” aparecieron principalmente en las zonas de Torrero y Delicias y su origen partía de la división en lotes de las fincas agrícolas, dejando para calles de acceso el menor espacio posible, como forma de sacar el mayor beneficio. Estas calles tenían carácter de propiedad particular, de dónde viene el apelativo de los barrios.

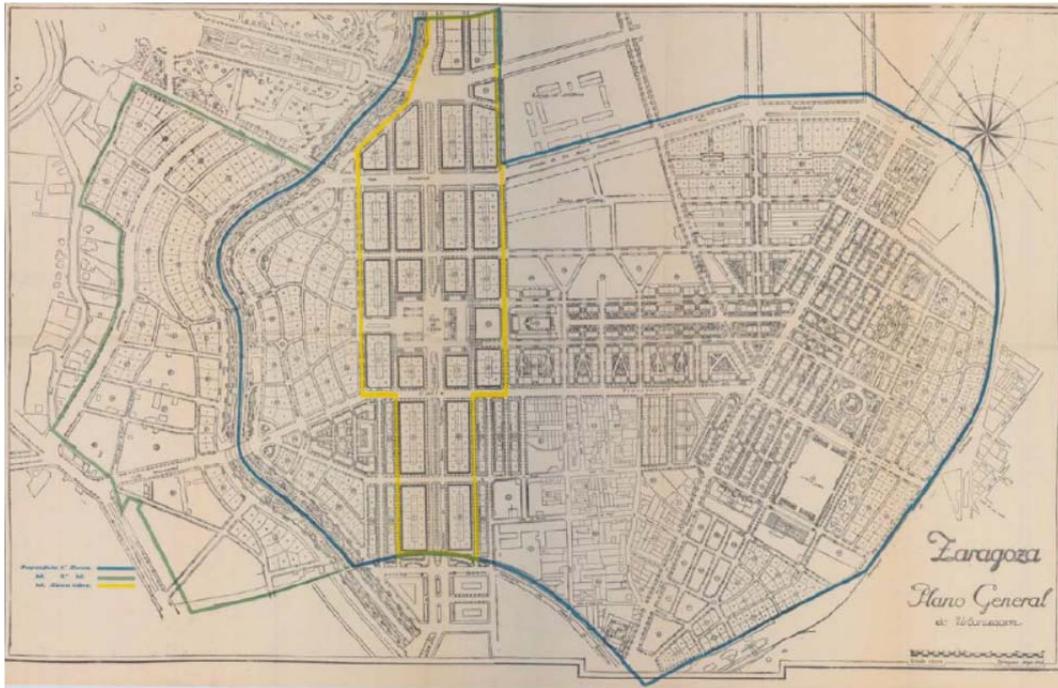
Residencia Sanitaria José Antonio (nombre inicial del Hospital Miguel Servet) fueron los equipamientos que contribuyeron al desarrollo del Plan de Ensanche y Extensión zaragozano.



Plan de Ensanche y Extensión, 1925. (Fuente: C. Buil, 2008. p.15-1922)

Este Plan, al igual que otros contemporáneos, aprobados en la época en otras muchas ciudades españolas, se limitaba a señalar alineaciones sin incluir ningún sistema, ni de gestión, ni de equidistribución (figura de planeamiento que no aparece hasta la Ley del Suelo de 1956), por lo que el ritmo de su ejecución dependía de la iniciativa privada y cuando no se encontraba la rentabilidad a la vista, resultaba imposible para el Ayuntamiento controlar el ritmo de su materialización, que dependía exclusivamente de la oferta y la demanda.

También se preveía una reserva de suelo para la construcción de "casas baratas" aprovechando los beneficios que otorgaba la legislación de Casas Baratas y Económicas del Ministerio de Trabajo de 1924. Se formó la Sociedad Zaragozana de Urbanización y Construcción (SZUC) para llevar a cabo la urbanización. Estaba compuesta por la mayoría de los propietarios de los suelos, y en ella se integraba también el arquitecto Secundino Zuazo que aportaba los honorarios correspondientes a los proyectos. Zuazo se convierte así en el auténtico promotor de la urbanización y elabora un acertado proyecto, con gran variedad, tanto de tipos edificatorios como de posibilidades de agregaciones de bloques y manzanas, logrando una interesante articulación de espacios públicos.



Plano General de la Urbanización. Zuazo, Navarro y Rivas. 1928. (Fuente: C. Buil y R. Marco, p. 21, 1928).

Aunque llegaron a construirse algunas manzanas, la SZUC quebró en 1933, siendo absorbidos sus activos por el Ayuntamiento e integrado el proyecto de Zuazo en un nuevo "Plan General de Ensanche, Límite y Zonas" redactado por el arquitecto municipal Miguel Ángel Navarro en 1934.

A partir de esa fecha, durante la segunda mitad de los años treinta, la actividad constructora en Zaragoza registró un descenso notable y el ensanche quedó paralizado. Para incentivar el desarrollo de esta zona de la ciudad, y para abastecer las vacías arcas municipales, el Ayuntamiento inicia en 1938 un proceso de venta de solares por subasta.¹⁰ El escaso éxito obtenido en las primeras subastas le obliga a revisar los precios en 1940, consiguiendo vender la mayor parte de los terrenos a partir de esa fecha, pero estas adquisiciones no se tradujeron de forma inmediata en nuevas construcciones.

¹⁰BETRÁN ABADÍA, R. *Estudio crítico. Plan General de Ensanche de la Ciudad. 1934. Miguel Ángel Navarro Pérez*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 2013.



Foto de la Gran Vía vista desde la torre de la Feria de Muestras. 1945. (Fuente: C. Buil y R. Marco, 126, 1945).

Parece que en el ánimo de los compradores estaba más el interés especulativo que el deseo de desarrollar construcciones. De hecho, la Gran Vía, eje principal del ensanche, solamente contaba con 200 viviendas en el censo municipal de 1945. Esto supone unos 10 edificios residenciales en una avenida de 1,5 Km.

En la década de los cuarenta, una vez terminada la Guerra Civil, se empiezan a construir en el último tramo de La Gran Vía algunos equipamientos que serán los que consigan consolidar el asentamiento de viviendas la zona. Los primeros edificios fueron las facultades de Letras y Derecho. En 1941 se cierra la sede de la Magdalena y la Universidad se traslada al campus de la Plaza San Francisco, a partir de ese año el ambiente estudiantil se apropia del bulevar de La Gran Vía. Se sigue con la construcción de más facultades y colegios mayores hasta completar la Ciudad Universitaria en los primeros años cincuenta.

La Cámara de Comercio inauguró en 1942 La Feria de Muestras enfrente de la entrada al Parque Primo de Ribera, justo al final de la Gran Vía. El Ayuntamiento de Zaragoza, para contribuir a la consolidación de la zona,

convocó un Concurso Nacional de Anteproyectos para Vivienda Protegida, aprovechando así la normativa y las ventajas que el nuevo régimen había aprobado con la creación del Instituto Nacional de la Vivienda. La ubicación de los solares estaba en la calle Santa Teresa y el concurso fue ganado por José de Yarza y Alejandro Allanegui. Poco a poco se incorporaron otros edificios singulares: el colegio de Nuestra Señora del Pilar para Huérfanos e Hijos del Magisterio, el campo de fútbol de la Romareda y la Residencia Sanitaria José Antonio, rebautizada como “La Casa Grande” por el evidente impacto que causaban en la zona sus quince plantas de altura.

La realización de esta serie de equipamientos ejerció como polo de atracción para que la población se asentara en el ensanche proyectado, siendo la Residencia Sanitaria José Antonio la que tuvo una mayor influencia, debido al flujo de personas que atraía a sus instalaciones. La construcción de la Residencia hizo imprescindible la urbanización de la prolongación de la Gran Vía, cuyo trazado se había interrumpido en la Plaza 13 de Septiembre, coincidente con la entrada al Parque Primo de Ribera. Fue ampliada hasta el barrio de Casablanca y las obras se realizaron simultáneamente con las de la Residencia. La prolongación comunicaba directamente con la carretera de Valencia. De esta forma La Gran Vía se convertía en la entrada de la ciudad por el Sur.

También se puso en marcha de forma simultánea una nueva línea de tranvía, la número 15, llamada “Casablanca”, que comunicaba el centro de la ciudad con el citado barrio y que daba servicio desde la Plaza de España hasta la Residencia José Antonio, teniendo una de sus paradas enfrente de la puerta principal.

Analizando una serie cronológica de fotografías aéreas del tramo final de la Gran Vía, vemos que en 1927¹¹, aunque estaba ya aprobado el Plan de Ensanche desde dos años antes, no hay muestras de urbanización, el entorno sigue siendo primordialmente agrícola. Únicamente se aprecia, en la parte inferior derecha de la fotografía, las edificaciones del Parque Primo de Ribera y los cuarteles de Palafox. También se observa, en el centro de la fotografía, la huella vertical del trazado de la entrada sur a la ciudad por la

¹¹ Vuelo fotogramétrico llevado a cabo por la Confederación Hidrográfica del Ebro.

carretera de Valencia, antes de que este acceso se hiciera coincidir con la Gran Vía.



Comparación de fotos aéreas de 1927 y 1956. (Fuente: Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo y Confederación Hidrográfica del Ebro).

En 1956¹², con la Residencia José Antonio recién acabada, se reconoce con claridad en la fotografía el final de la Gran Vía (con bulevar central) coincidente con la entrada al Parque, así como su prolongación, por delante de la Residencia Sanitaria, hasta el barrio de Casablanca. Se aprecian también nuevos equipamientos ya construidos: la Feria de Muestras y la Residencia José Antonio en la parte inferior de la fotografía y los huecos que ocuparán otros equipamientos aún sin construir, como el solar que poco tiempo después ocupará el campo de fútbol de La Romareda, justo enfrente del hospital. También aparecen ya construidas, en el lado Oeste de la Gran Vía, algunas manzanas de viviendas, cercanas ya a su consolidación total.

En este contexto urbano surge al fondo de la Gran Vía zaragozana un polo de atracción que ayudó a consolidar urbanísticamente la zona, fue la Residencia José Antonio, conocida desde su construcción como La Casa Grande.

¹² Vuelo fotogramétrico realizado por el Ejército Norteamericano. Escala 1:33.000.

“La Casa Grande”

En la Zaragoza de los años 50 la construcción de la Residencia General supuso un acontecimiento singular. Si nos imaginamos el entorno de la Residencia Sanitaria durante su construcción, nos encontramos un paisaje escasamente urbanizado, rodeado al sur, por el río Huervay por el Parque Primo de Rivera, con su gran masa de zona verde y al norte por las edificaciones de la Gran Vía, todas ellas de baja altura. Aún no se habían construido los bloques de viviendas situados entre la plaza San Francisco y el Parque, no había edificios de más de tres o cuatro plantas.



Vista de la Residencia José Antonio desde la Plaza del Emperador Carlos, con la torre de la Feria de Muestras a la derecha. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

No todo el mundo se tomó con el mismo entusiasmo la puesta en marcha del enorme hospital, los medios de comunicación de entonces no demostraron excesivo interés informativo por el tema y resulta difícil encontrar noticias referentes a su construcción, e incluso algunas tenían un cierto tono de reproche:

“Este magnífico hospital, residencia del seguro de Enfermedad, que se alza frente a la Feria de Muestras solo tiene el inconveniente de haber ahogado la esbelta y elevada torre de nuestro ferial.”¹³

¹³ Hospital Universitario Miguel Servet: 50 años. Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud, 2005, p.9

En este contexto la construcción y el volumen de un hospital de quince plantas y 135 metros de fachada supuso un gran impacto visual, pero también lo fue por la mejora de las infraestructuras sanitarias de la ciudad. Hasta ese momento no había en Zaragoza una instalación sanitaria pública de esa escala. Estaban en funcionamiento el Hospital Provincial y algunas clínicas privadas situadas en el entorno del paseo de Ruiseñores, incluso una pequeña Residencia del I.N.P. en el Paseo General Mola para la que el propio García Mercadal había realizado la reforma interior, pero la puesta en marcha de una infraestructura sanitaria que diera cobertura a un amplio sector de la población era todo un acontecimiento.



Vista de la Residencia Sanitaria de Zaragoza tras su inauguración.

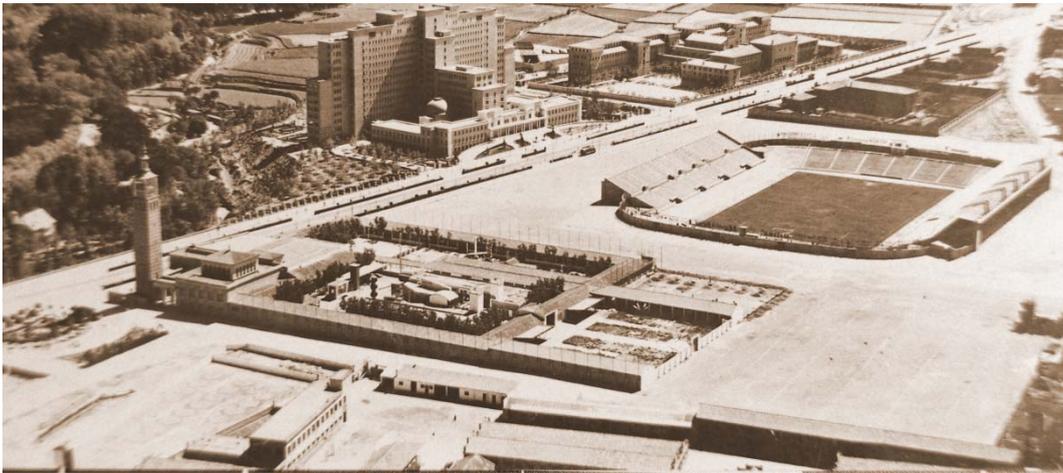
(Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

El impacto visual no era sólo por su volumen, también por su modernidad. La fachada principal tenía una imagen clásica, pero no era apreciable a distancia, pasaba desapercibida en el momento que el punto de vista se alejaba mínimamente. Sin embargo, lo que se percibía desde la lejanía eran los volúmenes altos y su imagen era de un edificio moderno. El aspecto del

bloque más alto de la Residencia Sanitaria, con sus fachadas planas y tersas y sus marquesinas redondas de las últimas plantas, era inequívocamente racionalista.

Eran los primeros años de la implantación del régimen franquista y los gobernantes estaban orgullosos enumerando los logros cuantitativos que eran capaces de conseguir. Un edificio de 34.000 m² y de 15 plantas de altura no podía pasar desapercibido.



Vista aérea del entorno de la Residencia José Antonio: Feria de Muestras, Campo de Fútbol, Escuela de Magisterio. (Fuente: C. Buil y R. Marco, 122, 1957).

El ensanche de Zaragoza hacia el Sur, a través de la Gran Vía, había quedado un tanto paralizado antes de la guerra civil pues algunas de las urbanizaciones de iniciativa social no se había realizado, sí que se habían ejecutado edificios institucionales, que era los que sustentaban el crecimiento de la zona. La ciudad Universitaria¹⁴, con las facultades de Letras y Derecho¹⁵, y la Feria de Muestras fueron por algún tiempo grandes piezas aisladas en un paisaje semirural, al que poco a poco se incorporaron otros edificios singulares: la Facultad de Ciencias, el campo de fútbol de la Romareda, el Colegio de Huérfanos de Magisterio¹⁶, algunos Colegios Mayores y, por último, "La Casa Grande" que, con sus quince plantas, era

¹⁴ AGUERRI, F. "Zaragoza 1940-1960, de la autarquía al desarrollismo" en BUIL GUALLAR, C. y MARCO FRAYLE, R. (Coordinadores) *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2008, p. 206

¹⁵ VÁZQUEZ ASTORGA, M. *José Borobio, su aportación a la arquitectura moderna*, Zaragoza, Delegación del Gobierno de Aragón, 2007, p.231.

¹⁶ El ala posterior de este colegio es en la actualidad el edificio de consultas externas.

visible desde buena parte de la Gran Vía y desde la ribera del canal Imperial a su paso por el barrio de Torrero.

Todos estos edificios iban cambiando el aspecto de Zaragoza y estaban modificando ostensiblemente el perfil que el visitante percibía accediendo por el Sur desde la carretera de Valencia.¹⁷

La zona estaba adquiriendo una cierta especialización en edificios hospitalarios debido a sus condiciones teóricamente saludables: situada en la parte más alta de la ciudad y rodeada de zonas verdes y parques. Se estaban agrupando en los alrededores un buen número de las instalaciones sanitarias de la ciudad: la Clínica de San Juan de Dios junto a la orilla del Canal, La Clínica del Pilar, fundada en 1940, en el Paseo de Ruiseñores y que era la más veterana de Zaragoza. El Hospital Militar construido en 1958, estaba situado en el inicio de la carretera de Valencia.



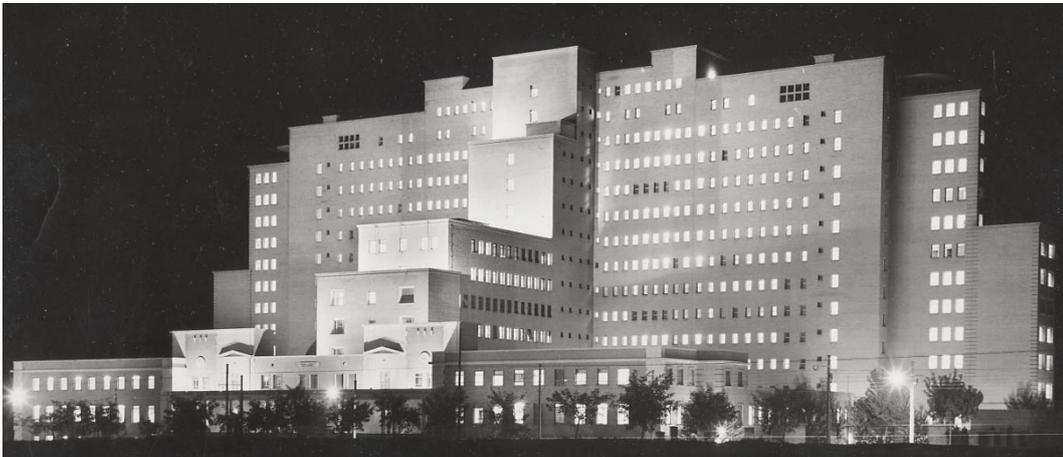
Vista de la Residencia Sanitaria José Antonio desde el parque Primo de Rivera. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

También contribuyeron a acrecentar ese aspecto saludable de la zona la existencia de varias instalaciones deportivas, como las del Parque Primo de Rivera y otras anexas: el Stadium Casablanca, iniciado en 1948, el

¹⁷ LORENTE, J. A. "La evolución de Zaragoza de 1908 a 1939: la evolución de una ciudad", en BUIL GUALLAR, C. y MARCO FRAYLE, R. (Coordinadores) *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo...*, op. cit. p. 183.

polideportivo Salduba, que compartió inauguración con la Residencia José Antonio o el campo de fútbol de la Romareda, que se inauguró en 1957.

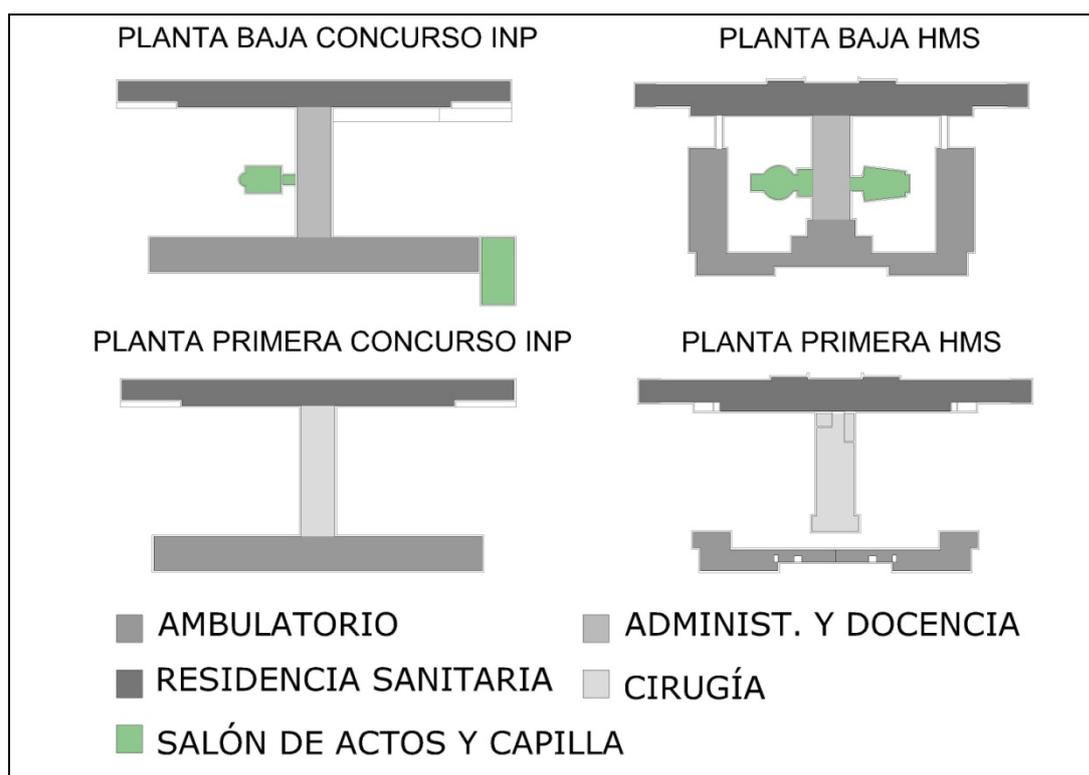
Con respecto a otras instalaciones de ámbito nacional, la Residencia de Zaragoza tuvo también una cierta relevancia. Si atendemos al número de camas solamente las Residencias de Barcelona y Bilbao eran superiores, con 700 y 650 camas respectivamente, estando en un segundo lugar las de Sevilla y Zaragoza con 500. En función del número de camas se establecía el número de especialidades a atender. Estas cuatro residencias eran las instalaciones de referencia nacional. Las otras dos grandes capitales, Madrid y Valencia no contarían con Residencias Sanitarias del I.N.P. hasta los años sesenta, cuando se construyeron las Ciudades Sanitarias de La Paz y La Fe respectivamente. Las cuatro grandes residencias estaban altamente cualificadas en todas las especialidades médicas, pero además eran los centros de investigación y docencia en los que se formaba al personal clínico del Seguro.



Vista nocturna desde el Paseo de Isabel la Católica. (Fuente: Real Academia de Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-san.html>)

VIII.1.2. Los antecedentes

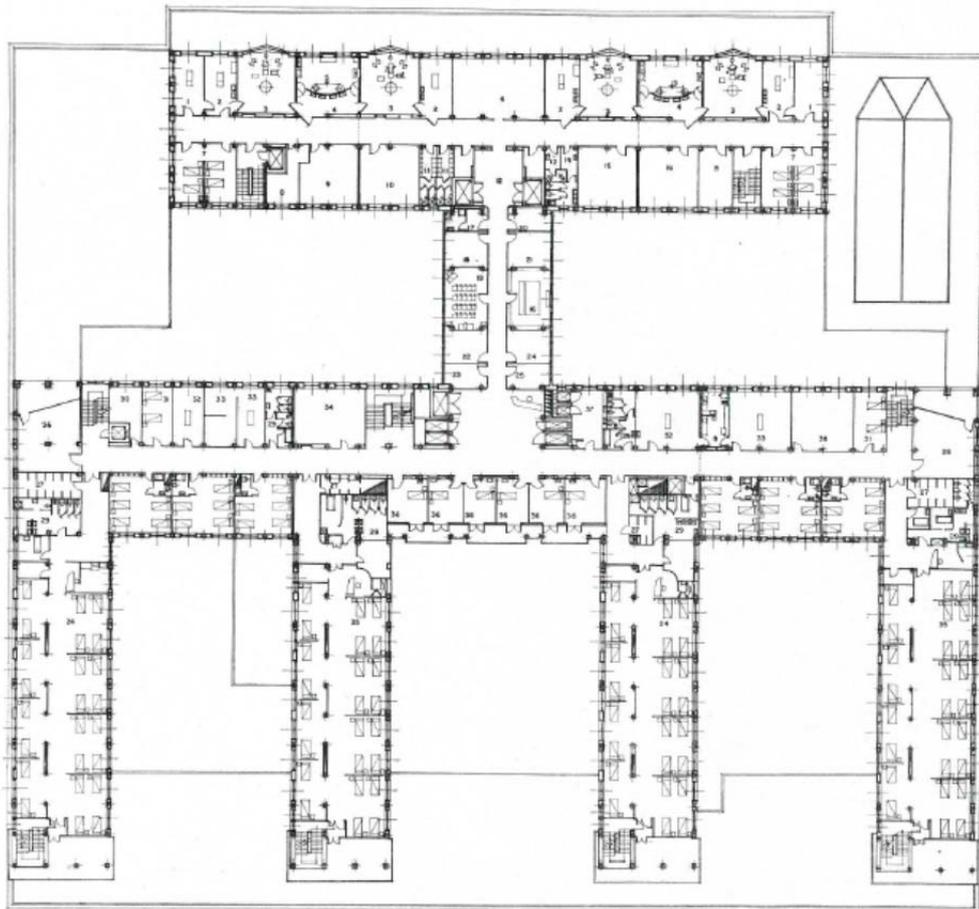
El antecedente directo del Hospital Miguel Servet lo encontramos en el “Concurso de anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad”¹⁸, organizado como punto de partida para el inicio del Plan de Instalaciones Sanitarias. La propuesta presentada por García Mercadal y Anibal Álvarez tiene tal similitud con la desarrollada luego para la Residencia de Zaragoza que parece que García Mercadal estaba pensando ya en el solar de Zaragoza. Quizá fue sólo una casualidad pero la capacidad (500 camas) era la misma, el programa también, las dimensiones del solar permitían encajar la misma solución e, incluso, la orientación aconsejaba emplazar el edificio en la misma posición.



Comparación de esquemas de distribución de la propuesta del concurso y del proyecto ejecutado. (Fuente: Jesús Escribano).

¹⁸*Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, N° 664, 1947. En esta publicación se recopilaban las bases del concurso, el fallo del jurado y algunas fotos de los proyectos ganadores.

Otros antecedentes no tan directos los encontramos en el Hospital de la Princesa de Madrid¹⁹, cuyo arquitecto, Manuel Martínez Chumillas, había pertenecido al GATEPAC y, al igual que García Mercadal, había sido depurado profesionalmente en los primeros años de la postguerra, lo que no le impidió hacerse con el encargo en 1944 de este gran hospital (1200 camas) de la beneficencia para el que utilizó un modelo similar al Medical Center de Nueva York que, partiendo de una base cuadrada que ocupaba la totalidad de la manzana, emergía en las plantas superiores con un esquema monobloque en el que se distinguían con claridad el ala norte dedicada a tratamientos clínicos, el bloque central para comunicaciones verticales y cuatro pabellones de enfermería orientados al sur, resueltos con una distribución en peine, en clara referencia al Hospital Beaujón de París.

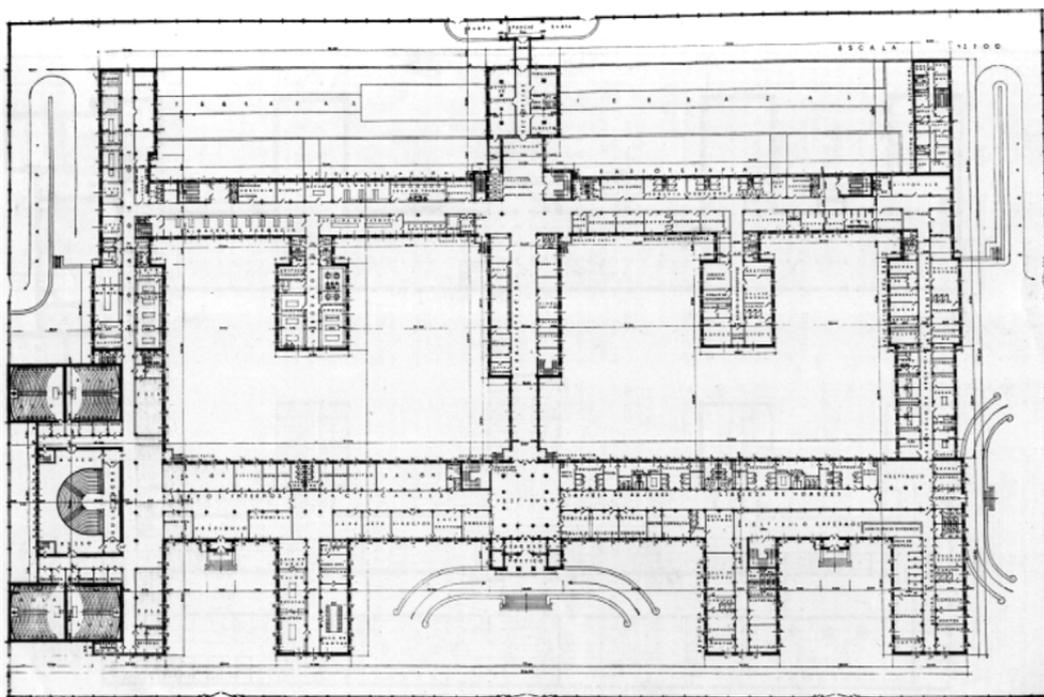


Planta tipo del Hospital de la Princesa. Madrid. (Fuente: *Revista Nacional de Arquitectura*, nº 179, 1956, p. 5).

¹⁹ MARTÍNEZ CHUMILLAS, M., "Hospital de la Beneficencia en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* N° 179, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1956, pp. 3-10.

Esta disposición de las enfermerías orientadas al sur y con habitaciones a este y oeste no la utilizó García Mercadal en ninguno de sus hospitales, siempre atento a los resultados formales, prefirió los volúmenes planos que se obtienen colocando todas las habitaciones a una misma orientación, pero sí se repitió con asiduidad en otros proyectos del INP, Aurelio Botella la manejó con habilidad en la Residencia de Barcelona para conseguir reducir los recorridos de las enfermerías.

Otro antecedente, cercano en el espacio, es el proyecto realizado unos años antes por tres arquitectos aragoneses: Regino Borobio, José Beltrán y Teodoro Ríos. (19412). Se trata de un hospital universitario que no llegó a construirse, por lo que no es seguro que García Mercadal lo conociese, y estaba destinado a completar las instalaciones de la nueva Ciudad Universitaria de cuyos proyectos eran autores los arquitectos mencionados.



Planta baja del Hospital de la Ciudad Universitaria de Aragón. (Fuente: Revista Nacional de Arquitectura, nº 30, 1944, p 214).

Había sido publicado en 1944 por la *Revista Nacional de Arquitectura* y en él se articulaba con acierto la complejidad de los usos sanitario y docente,

programados dentro de un esquema de ejes de simetría ligeramente desfigurado por la incursión de las aulas docentes²⁰.

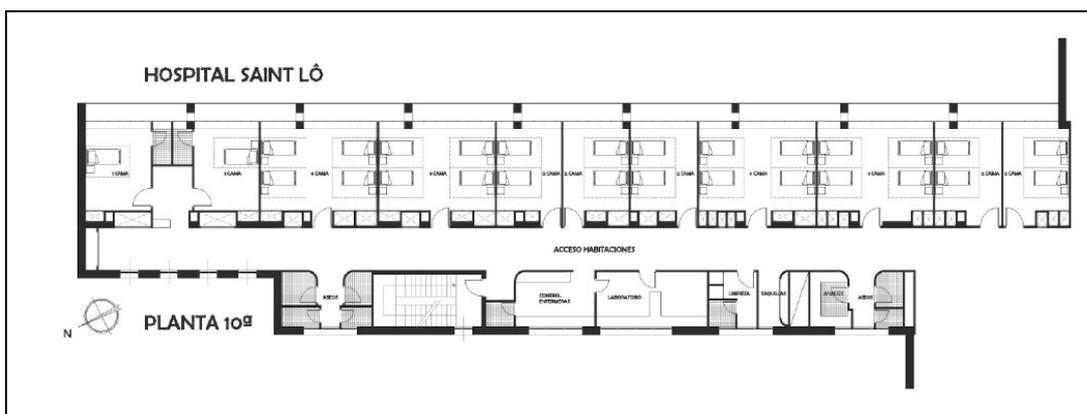
Contemporáneo del proyecto de la Residencia José Antonio es el Hospital Franco-Americano de Saint-Lô, proyectado por el arquitecto Paul Nelson y construido entre los años 1946 y 1956. En este hospital, aparte de otras innovaciones de mayor calado, Nelson introdujo algunas novedades puntuales, como los quirófanos ovoides, que años más tardes cautivarían a Marcide y los impondría en todos los hospitales del INP²¹ o la disposición de las enfermerías lineales con las habitaciones alineadas en la orientación sur y los servicios técnicos en la norte rematados por una escalera secundaria. Como los servicios técnicos ocupan menor longitud que las habitaciones, se puede conseguir iluminación natural en los últimos tramos de los pasillos, además de facilitar un gesto formal en las fachadas que enfatiza los distintos volúmenes. García Mercadal, atento a las posibilidades que esta solución aportaba a su proyecto, la adoptó para rematar las alas de enfermería, tanto en la propuesta del concurso como en el posterior proyecto para la Residencia de Zaragoza, en una disposición que tenía gran similitud con la de Paul Nelson.



Enfermerías de la Residencia de Zaragoza. (Fuente: dibujo del autor)

²⁰ RIOS, T., BOROBIO, R, Y BELTRAN, J. "Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón" en *Revista Nacional de Arquitectura* N° 30, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1944, pp. 211-218.

²¹ Marcide utilizó este tipo de quirófanos en la Ciudad Sanitaria La Paz, en Madrid y en su proyecto teórico de Hospital de 300 camas. A partir de ese momento se generalizó su uso en todos los hospitales de la segunda etapa del INP y en los de la época del INSALUD.



Enfermerías del Hospital Saint-Lô. (Fuente: dibujo del autor)

Comparando los dos segmentos de de las plantas se puede observar que en ambos proyectos se colocan las habitaciones de los enfermos orientadas al sur. Al otro lado del pasillo, en una crujía de menor tamaño, se distribuyen los servicios técnicos y aseos de planta, que están orientados al norte. Se finaliza el bloque de servicios técnicos con una escalera de servicio y emergencia y se deja sin ocupar el último tramo, que sirve para iluminar el pasillo.



Vistas de la fachada principal d la Residencia José Antonio, años sesenta. (Fuente: archivo INGESA)

VIII.1.3. El proyecto

Numerosas han sido las modificaciones y transformaciones que ha tenido en sus 62 años de historia la residencia General José Antonio, actual Hospital Universitario Miguel Servet, pero sus características iniciales quedaron reflejadas en los folletos propagandísticos²² que el régimen franquista editaba con cada inauguración para dar a conocer sus logros. En ellos se puede leer que fue construida sobre un solar de 35.861 m², de los que la edificación no ocupaba más de 5.000 m² en planta baja, lo que permitía a la Residencia estar rodeada de amplios jardines (actualmente desaparecidos al colmatarse el solar por la edificación).



Vista parcial de los jardines de la Residencia de Zaragoza. 1960. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/bancodeimagenes/institucion-es-san.html>)

Con una capacidad de 500 plazas hospitalarias, tenía una superficie construida de 33.725 m², lo que supone una repercusión por cama de algo más de 67 m²/cama. Aunque se trata sólo de un dato estadístico, puede

²² *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, N° 923, 1955.

resultar representativo de la calidad y la holgura del proyecto. En los años 60 se intentaba llegar a módulos de 50 m²/cama. En la actualidad, los últimos hospitales realizados en España alcanzan módulos de 200 m²/cama, sin embargo hay que tener en cuenta que los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento tienen ahora un mayor peso específico en cuanto a la superficie ocupada.

Contaba con 16 plantas e inicialmente, el edificio principal estaba comunicado verticalmente por tres escaleras, seis ascensores, incluidos los de personal, camillas y de servicio y tres montacargas, dos para comidas y otro para material estéril.



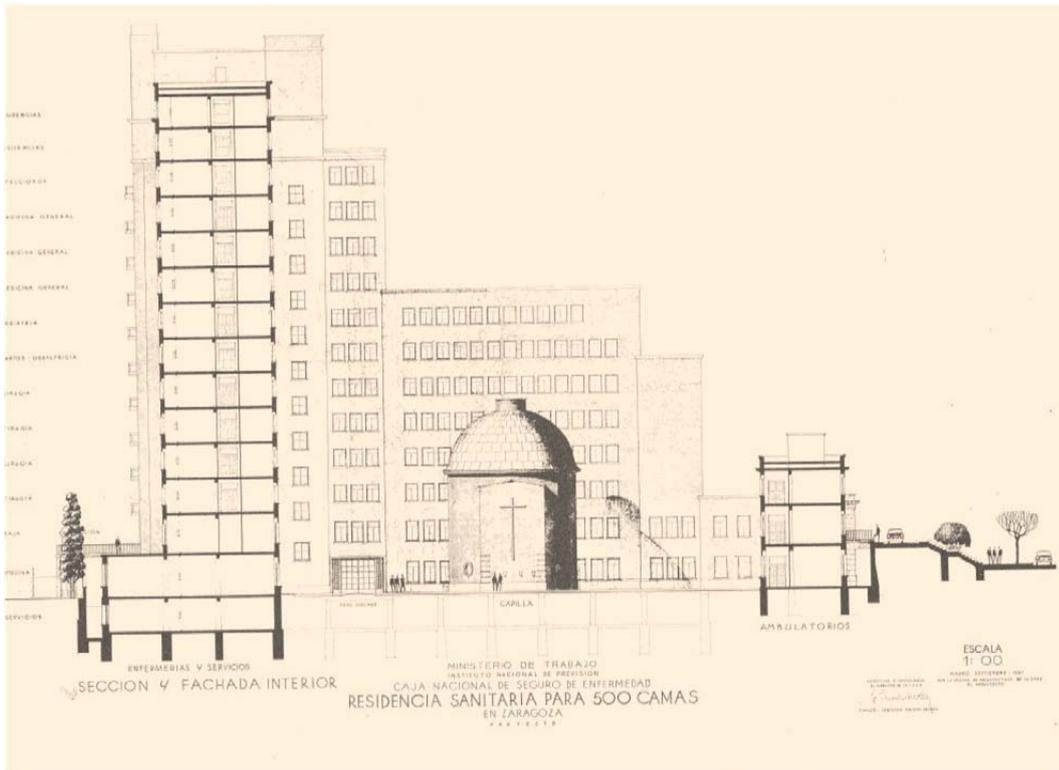
Plano de la fachada posterior del proyecto de la Residencia José Antonio. (Fuente: archivo SALUD).

Al analizar el edificio nos encontramos, en primer lugar, con el elemento que ha resultado más polémico para la crítica: la fachada principal (aunque no toda la fachada principal).

Es evidente que se trata de una pieza descontextualizada e impuesta y García Mercadal se esfuerza por hacerla entender de ese modo; utiliza fragmentos prestados de la arquitectura clásica, pero los interpreta de tal manera que el resultado termina siendo un manierismo escenográfico, superpuesto.

Hay columnatas, impostas, frontones..., pero todos aparecen simplificados, García Mercadal no quería copiar elementos de la arquitectura clásica,

pretendía hacer una reinterpretación de los originales. Los dos frontones que jalonan el acceso principal están colocados a media altura del muro, a una distancia tal de los huecos de ventana que evidencian claramente que su función no es estructural, únicamente decorativa.



Plano de sección transversal. (Fuente: archivo SALUD).

En cuanto a la forma, a la tipología y a las características arquitectónicas del edificio, García Mercadal, al igual que el resto de los arquitectos que trabajaron para el INP, asumió los esquemas de la conocida "tipología monobloque", en referencia a su organización alrededor de un núcleo principal de comunicaciones verticales. Adoptó ese esquema de organización vertical originario de América, pero desechó la imagen Art déco de ese tipo de hospitales, en favor de una composición que se basa en las simetrías y ritmos de la abstracción clásica que se funden y confunden con el racionalismo de los alzados, la ordenación de los huecos, las fachadas lisas o el carácter de las marquesinas.

A esta simplificación racionalista añadió algunos elementos que representan citas más literales al clasicismo, reinterpretados como si se tratara de un manierismo actualizado.

Tuvo especial esmero en el diseño de los jardines, añoraba sus años de arquitecto de Parques y Jardines en el Ayuntamiento de Madrid y no desaprovechó la ocasión para ejercitar una actividad que le apasionaba. Años más tarde se lamentaba de que las sucesivas ampliaciones del hospital fueran mermando los jardines, que acabaron por desaparecer.



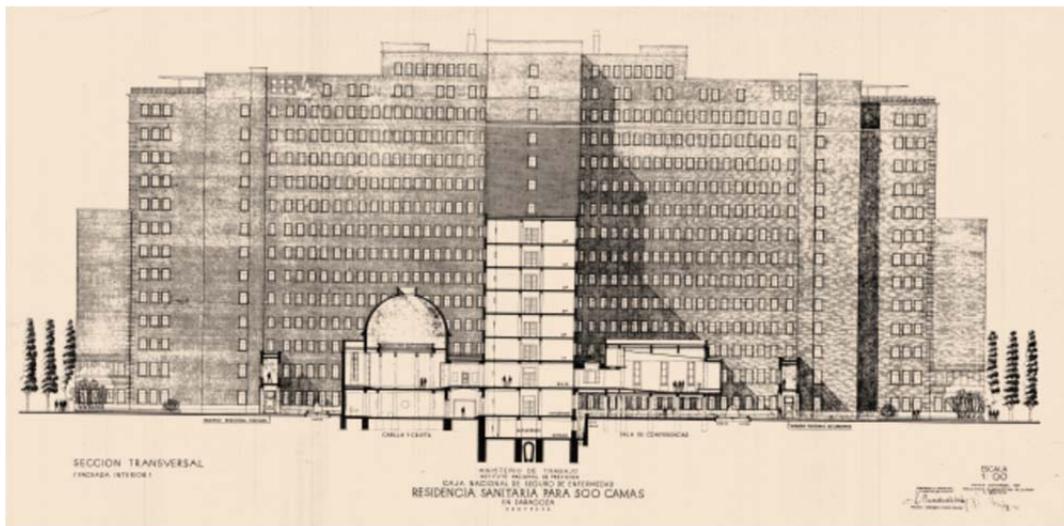
Vista posterior del bloque principal de la Residencia. Imagen tomada desde el lugar donde luego se construiría el Centro de Traumatología. (Fuente: Real Academia de Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-san.html>)

El bloque principal, con una longitud de 135 metros, una altura variable de trece, catorce y quince plantas²³ y con un espesor de sólo 12 metros, conseguía una imagen de finísima pantalla. Esta imagen, que desde la fachada principal no se percibe en su totalidad, nos sorprende al observar la fachada posterior, la que se apreciaba desde el parque.

²³ El semisótano se percibe desde el exterior como una planta más de la fachada.

En cuanto a su organización horizontal, el hospital proyectado respondía a las llamadas, en el argot hospitalario, plantas de avión. Disponía las unidades de hospitalización en las alas, con 25 camas a cada lado del eje, distinguiendo entre ocupación masculina y femenina, con habitaciones de 1, 2, 4 y 6 camas²⁴ orientadas al sureste que, en el caso de Zaragoza y debido a los vientos dominantes, es la orientación más apreciada, componiendo un alzado compacto, regularmente perforado, aligerado por terrazas en la parte central y escalonado débilmente hacia los lados.

En posición perpendicular a la pieza de pantalla se encontraba el bloque de tratamientos clínicos, de sólo siete plantas, que albergaba los quirófanos, las salas de partos y la central de esterilización. En este caso García Mercadal prescindió del quirófano de observación que había previsto en la propuesta del concurso de anteproyectos para el Seguro de Enfermedad, pues la condición del hospital no lo hacía necesario. Más adelante, tras el acuerdo de la Comisión Paritaria Universidad-Insalud del año 1989²⁵ el hospital adquirió la condición de universitario y las dos aulas previstas en el semisótano como únicos servicios docentes resultaron ya insuficientes.



Plano de sección por la capilla y salón de actos y fachada del bloque principal. (Fuente: archivo SALUD)

²⁴ *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto... op. Cit. p. 8.

²⁵ Orden de 13 de diciembre de 1989 por la que se hizo público el Concierto suscrito entre la Universidad de Zaragoza y el Instituto Nacional de la Salud.

En el cruce de los dos bloques, epicentro de la planta del hospital, se encontraba el núcleo de comunicaciones verticales, solución común en todos los hospitales de tipología monobloque, que en escasas tres décadas, pasó de ser el gran acierto de esta tipología a su talón de Aquiles²⁶, pues en la gran mayoría de los hospitales, al aumentar el tráfico interno, pronto se convertiría en un cuello de botella.



Vestíbulo de la Residencia José Antonio. (Fuente Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

No fue el caso de la Residencia José Antonio que, gracias al acierto de la reforma de 1974²⁷ realizada por los arquitectos Aurelio Botella²⁸, Alfonso

²⁶ La colocación del núcleo de comunicaciones verticales el centro geométrico del hospital fue la razón de ser de la tipología monobloque, porque permitía la fácil comunicación entre sus plantas, quedando todos los servicios equidistantes y facilitando el funcionamiento del edificio como una superposición de hospitales independientes. Sin embargo la solución no aguantó el aumento de complejidad de los hospitales, pasando de ser la solución a convertirse en el problema. En España uno de los ejemplos es el Hospital doce de octubre, en Madrid, donde se quiso mantener el núcleo de comunicaciones centrado y para ello se aumentó el número de ascensores, nueve en este caso, pero el aumento de ascensores aumenta también el flujo de personas, hasta hacer imposible la gestión de los distintos tráfico.

²⁷ Esta reforma, que demolió el ambulatorio, la capilla, el salón de actos y el magnífico vestíbulo, fue proyectada en 1974 aunque las obras no finalizaron hasta seis años después, en 1980, y supuso el cambio de tipología que le ha permitido a la Residencia José Antonio convertirse en el Hospital Miguel Servet, aunque el nombre lo mutó en 1984, pues supuso la construcción de un basamento de cuatro plantas de altura donde se agruparon todos los servicios clínicos, quedando el bloque principal de la residencia, sin modificaciones externas, para las enfermerías y permitiéndole al hospital seguir teniendo un uso eficiente hasta el momento actual.

²⁸ El arquitecto aquí mencionado, Aurelio Botella Clarella, era hijo de Aurelio Botella Enríquez, ganador en 1947 del primer premio en el concurso de anteproyectos de

Casares y Reinaldo Ruiz Yébenes, diversificó las circulaciones de acceso a los servicios clínicos, dejando este núcleo de comunicación vertical, aumentado en dos ascensores, para el acceso exclusivo a las enfermerías.

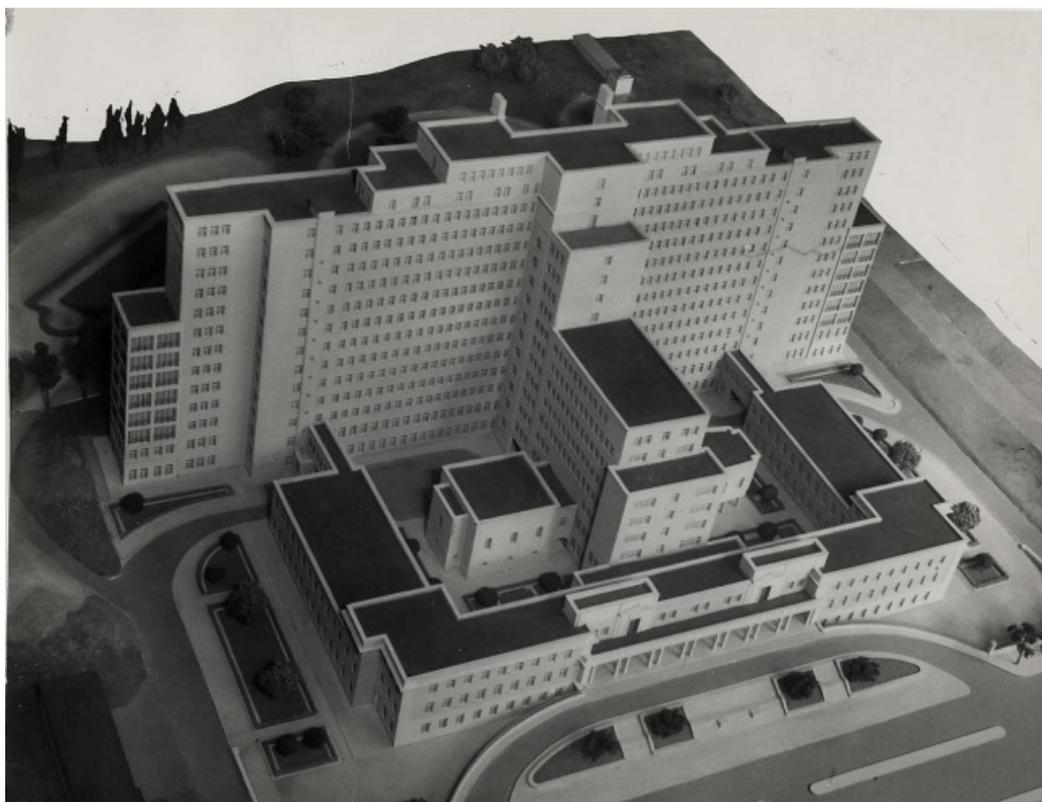
Completaba el conjunto el área ambulatoria con los servicios de administración, capilla y salón de actos, formada por una pieza en U compuesta por un bloque de tres plantas (semisótano, baja y primera) y dos más bajos que sutilmente llegaban a tocar la pieza de las enfermerías con unas pasarelas en altura. Se conformaban así dos patios laterales, con jardines en la planta semisótano y en los que se encontraban las dos piezas singulares del proyecto: el salón de actos a la derecha y la capilla a la izquierda. La forma redondeada de la capilla, enfatizada por su cubierta semiesférica, y la planta trapezoidal del salón de actos marcaban su singularidad en la distribución ortogonal del resto del edificio. Ambas piezas, junto con el magnífico vestíbulo, fueron demolidas en la reforma de los años setenta.

Es encomiable la correcta articulación de estas plantas bajas en forma de U con el resto de la residencia, lo que le permitió organizar los distintos accesos al edificio sin interferencias indeseables. A la fortuna para solucionar los dos usos previstos de residencia y ambulatorio, añaden el acierto de configurar dos patios ajardinados, los de la capilla y el salón de actos, a los que la habilidad y el gusto por el diseño de los jardines que siempre tuvo García Mercadal convirtieron en dos agradables oasis para los enfermos. Nunca ocultó su debilidad por los jardines, que le llevó a escribir un libro sobre el tema y a diseñarlos con especial cuidado, desde el Rincón de Goya a su "Torre Don García" en Alicante, incluso a trabajar en la sección de Parques y Jardines del Ayuntamiento de Madrid.

En el ámbito de la funcionalidad el edificio cuenta con otros valores destacables: la claridad con la que se desarrolla el esquema monobloque, conseguida a base de aumentar el número de alturas pero manteniendo una gran sencillez de distribución de planta en forma de T, la organización de las enfermerías siguiendo el trazado empleado en el Hospital de Saint-Lô,

hospitales para el Seguro Obligatorio de Enfermedad, en su modalidad de residencias de 500 camas, y redactor del proyecto de varias residencias para el INP.

que permitía contar con iluminación natural en buena parte de los pasillos o la disposición de algunos elementos complementarios de los bloques quirúrgicos, como la colocación de salas de reanimación en cada planta o la situación de la central de esterilización sobre los quirófanos.



Vista superior de la maqueta de la Residencia de Zaragoza. (Fuente: Real Academia de Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-san.html>)

García Mercadal siguió las pautas marcadas por la oficina técnica del INP para el diseño de las áreas asistenciales, aunque manteniendo el esquema de su proyecto presentado al concurso, sin embargo introdujo modificaciones e innovaciones en la articulación del ambulatorio completo. Ningún otro proyecto de los realizados en la primera etapa del Plan de Instalaciones²⁹, consiguió articular de una forma tan clara los volúmenes destinados a residencia sanitaria y ambulatorio, a la vez que resolvía con acierto la comunicación entre ambos.

²⁹ Las residencias proyectadas a partir de la mitad de los años cincuenta ya no incorporaban los ambulatorios como anexos.

La solución más habitual en las Residencias del INP fue integrar los ambulatorios dentro de la planta baja sin que constituyeran un volumen específico, así lo hicieron Álvarez Sotomayor, Marcide y Garay en la mayoría de sus proyectos, solamente Zavala en las Residencias de Córdoba y Cádiz diferenció volumétricamente los ambulatorios del resto del edificio.

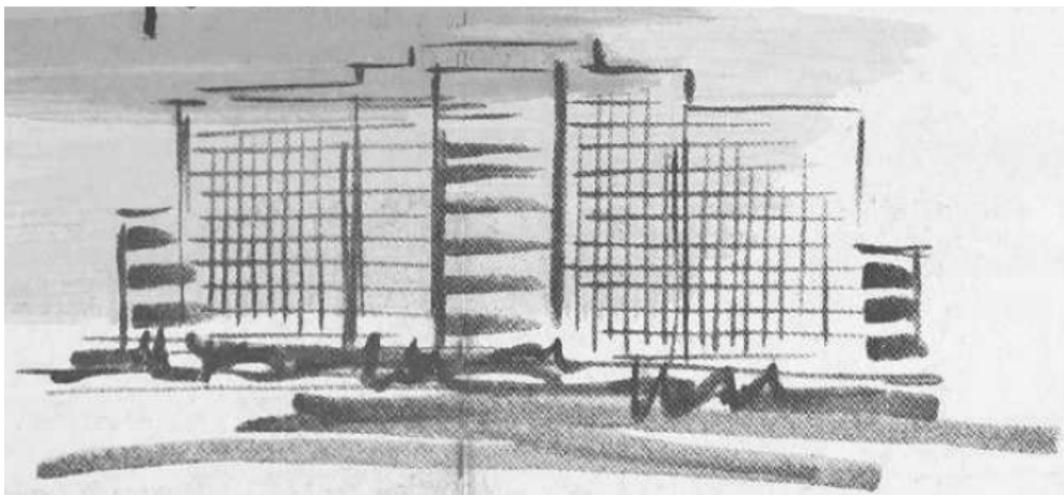
El bloque principal presentaba la imagen más claramente racionalista de todo el edificio, tenía una textura lisa y tensa y su composición la determinaba únicamente el ritmo de los huecos, sin añadidos ornamentales, tanto en la fachada al Paseo de Isabel La Católica como en la posterior. A través de la reducción de espesores en los extremos del bloque y de la variación de las alturas se conseguía un juego de volúmenes dinámico que componía un final de edificio ligero y proporcionado.

En la vista de la maqueta se aprecian con claridad los dos volúmenes: el más alto, en forma de T, correspondiente a la residencia y el bajo, en forma de U, correspondiente al ambulatorio.

Esta maqueta, que aparece en todas las publicaciones, debió realizarse en una fase previa al proyecto definitivo, pues aunque refleja con precisión numerosos detalles de acabado, la capilla la representa como un volumen prismático, cuando en el proyecto aparece como redondo y con una cubierta semiesférica.

Lo mismo ocurre con las cubiertas del bloque principal; en la maqueta no aparecen las marquesinas y el remate de las chimeneas está resuelto de forma distinta al proyecto. No es de extrañar que hubiera actuado la censura sobre el primer proyecto que el rebelde "gatepaco" hacía para el régimen franquista obligándole a suavizar, por ejemplo, los volúmenes cúbicos de la capilla por otros más redondeados y ajustados al imaginario clásico.

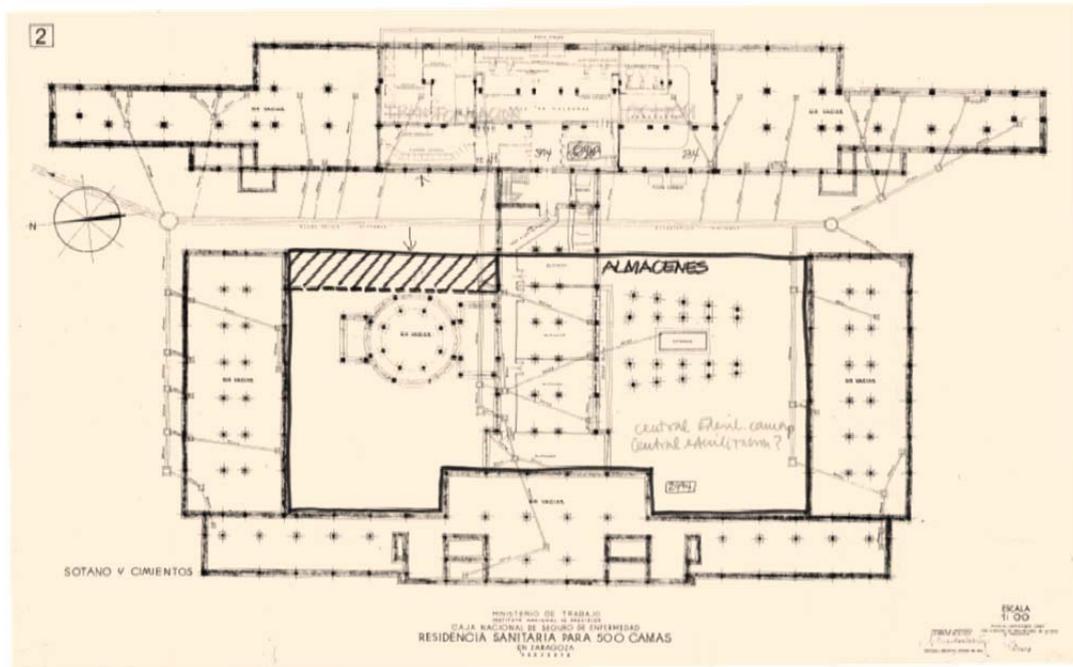
García Mercadal utilizaba asiduamente las dos piezas no asistenciales de los hospitales, la capilla y el salón de actos, para completar una composición que rompiera la obligada simetría de las distribuciones. En Zaragoza las integra en un eje transversal situado en el centro del edificio que las desvincula de las circulaciones habituales de los pacientes.



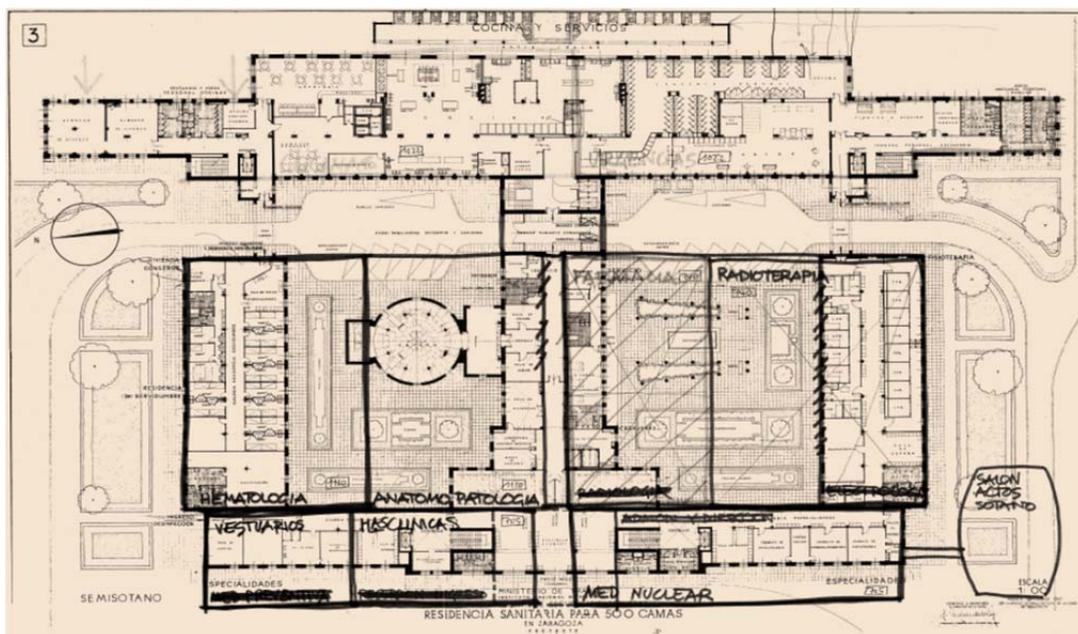
Dibujo esquemático de la fachada posterior. (Fuente: I.N.P.).

Tal como se ha comentado en otros apartados, ha sido imposible acceder al proyecto original de la Residencia José Antonio, que se da ya por desaparecido en los archivos en los que había posibilidades de encontrarlo. Sí que se han encontrado una copia de parte de los planos originales en el archivo del SALUD. Estas copias habían sido utilizadas como base para graficar los esquemas de una de las remodelaciones, concretamente la realizada entre los años 1975 y 1978 por los arquitectos Aurelio Botella, Alfonso Casares y Reynaldo Ruiz Yébenes.

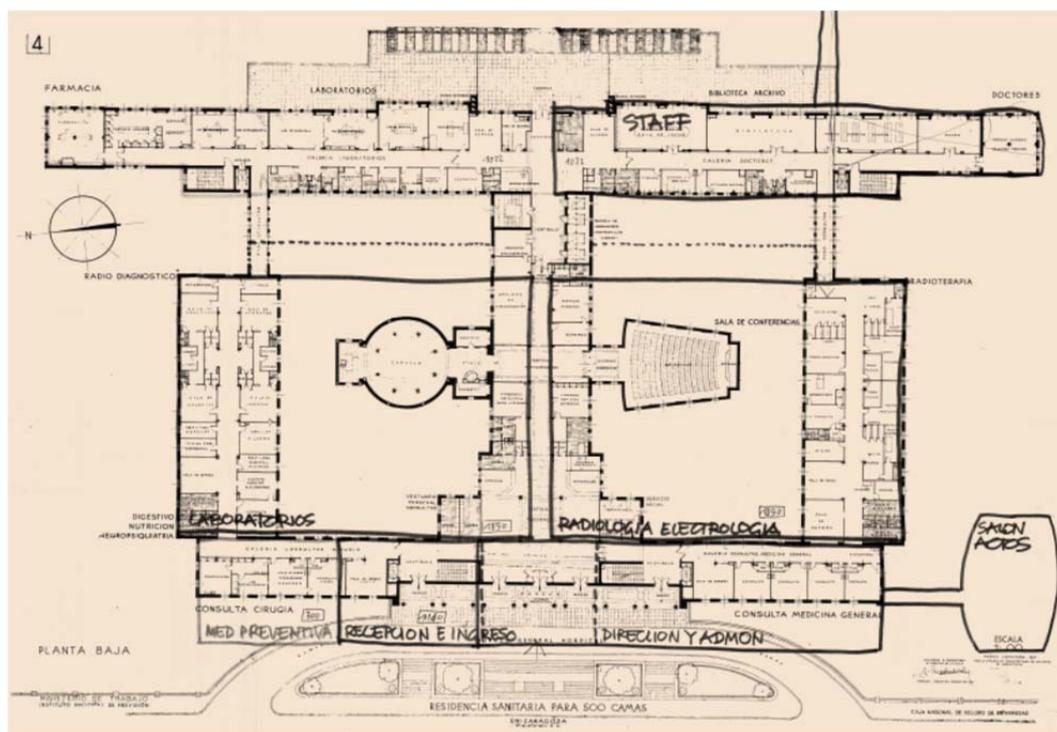
Aunque con la pérdida de calidad gráfica que supone la reproducción de unas copias de planos que ya habían sido utilizadas y manipuladas, nos parece que sigue teniendo interés aportar a la tesis una parte de los planos firmados por García Mercadal y que corresponden con las plantas del proyecto, excepto los niveles 7, 8, 9 y 10. (Fuente de todos los planos reproducidos de la Residencia José Antonio: archivo SALUD).



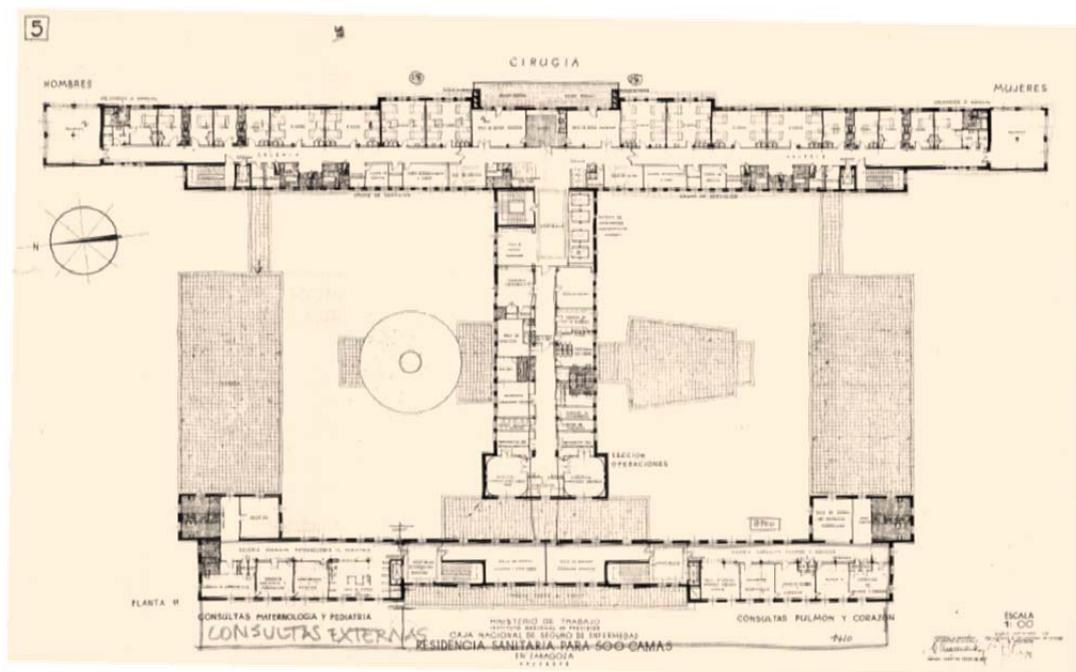
Planta sótano



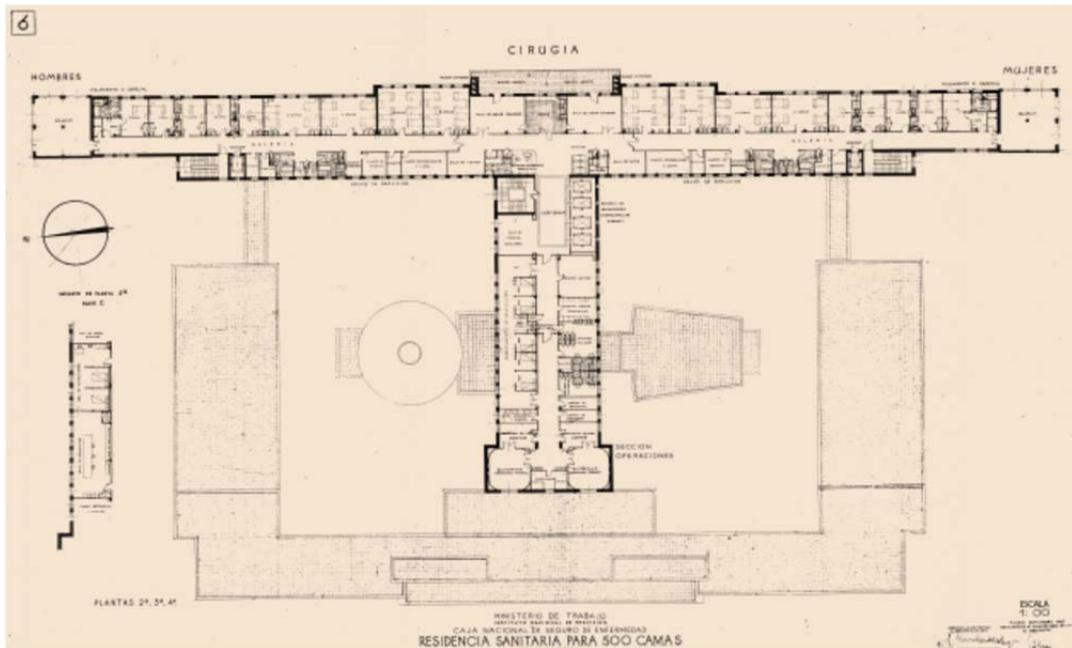
Planta semisótano



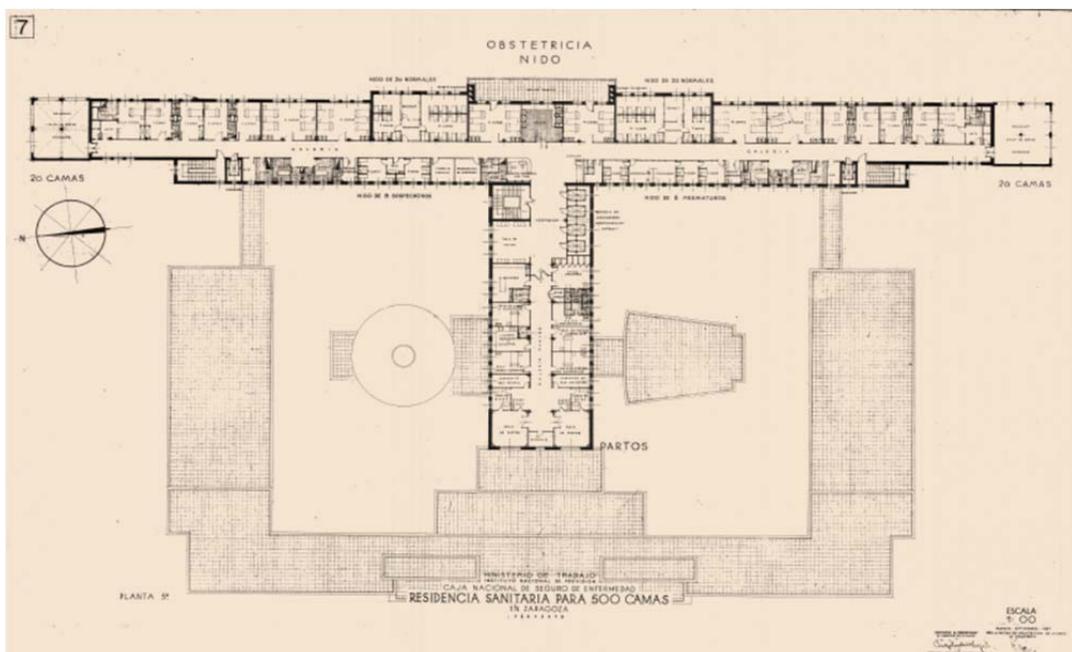
Planta baja.



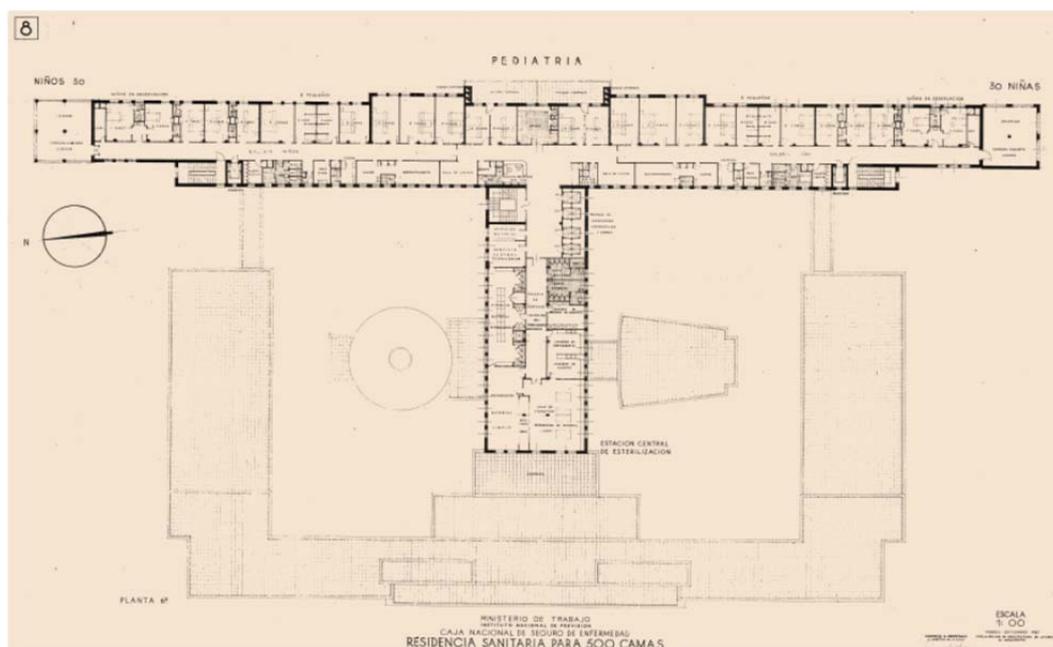
Planta primera.



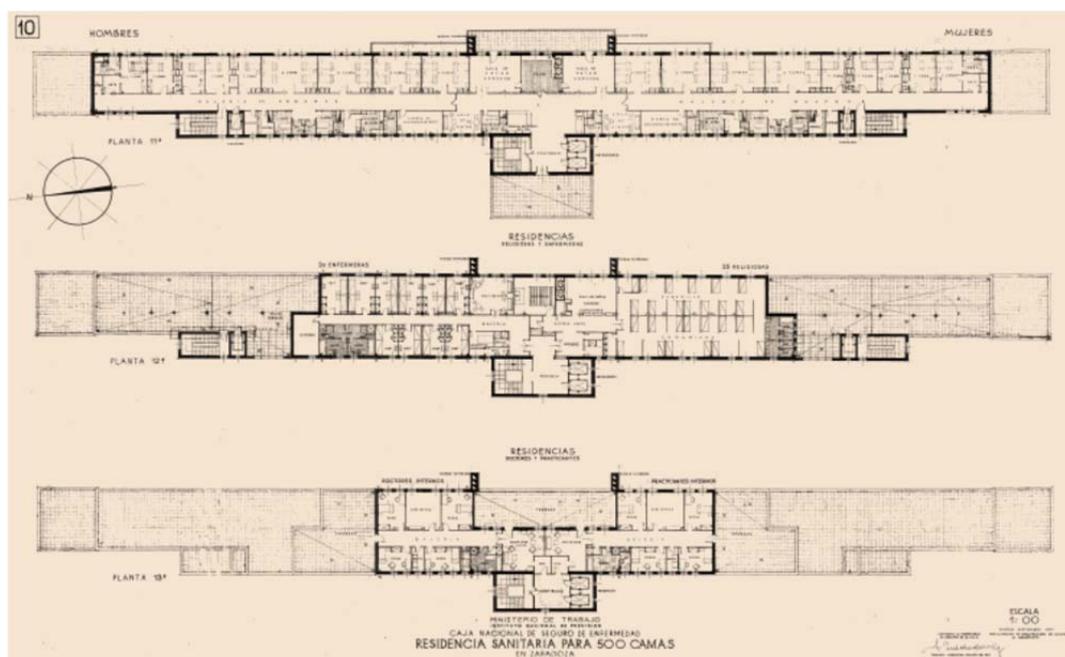
Plantas segunda, tercera y cuarta.



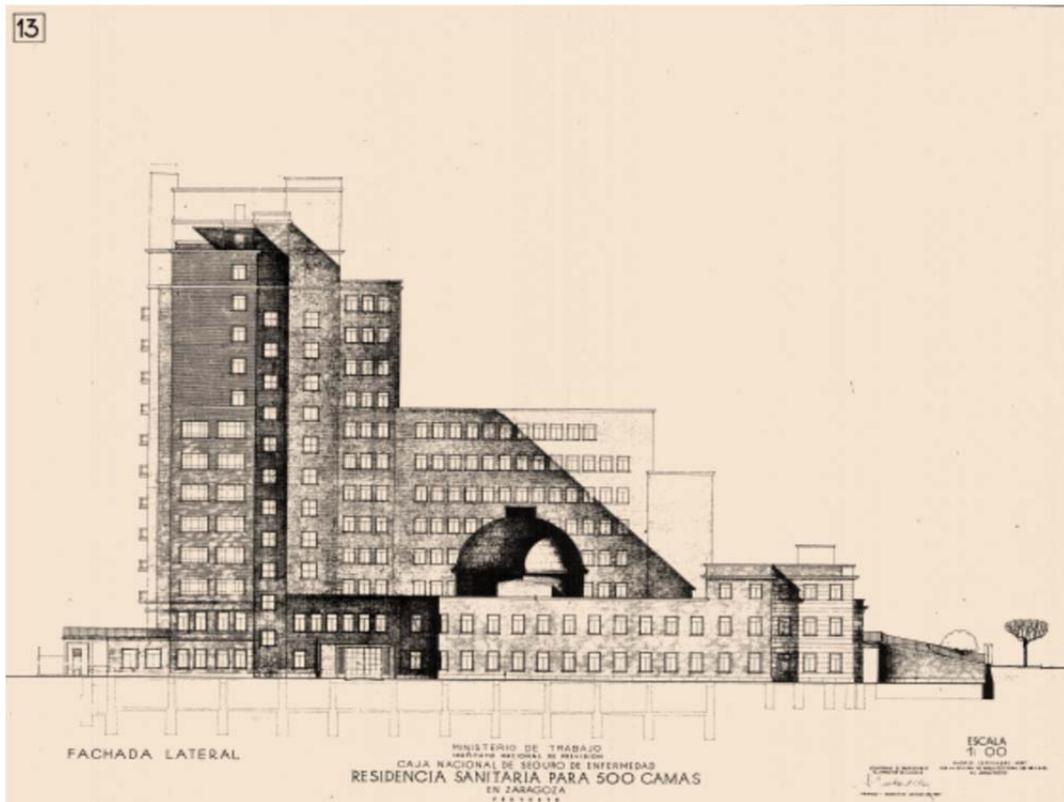
Planta quinta.



Planta sexta.



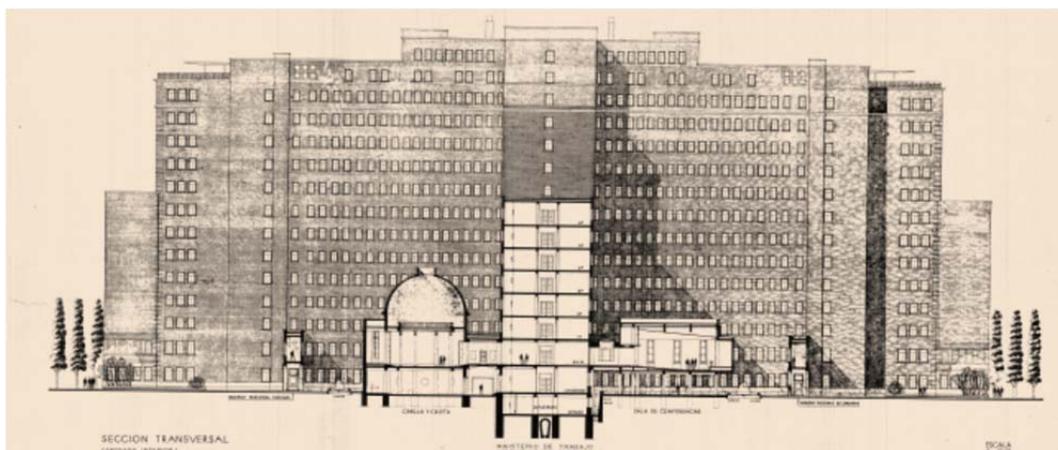
Plantas once doce y trece.



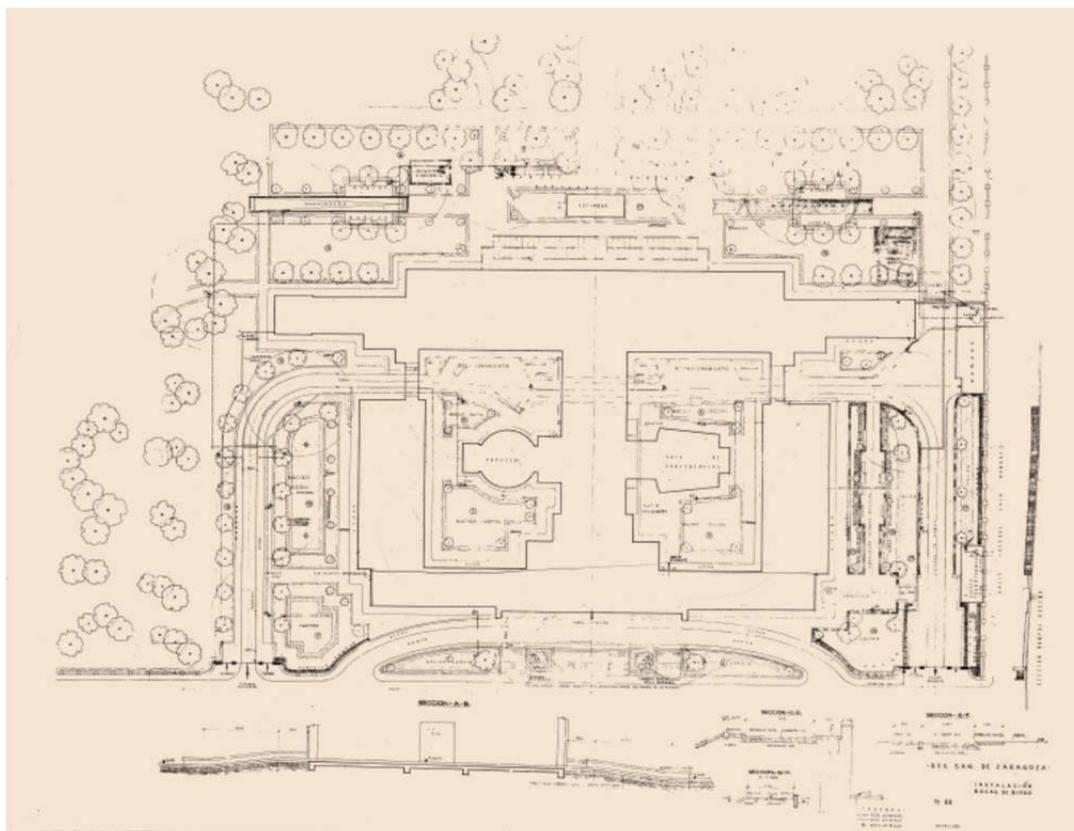
Fachada Norte



Fachada Principal.



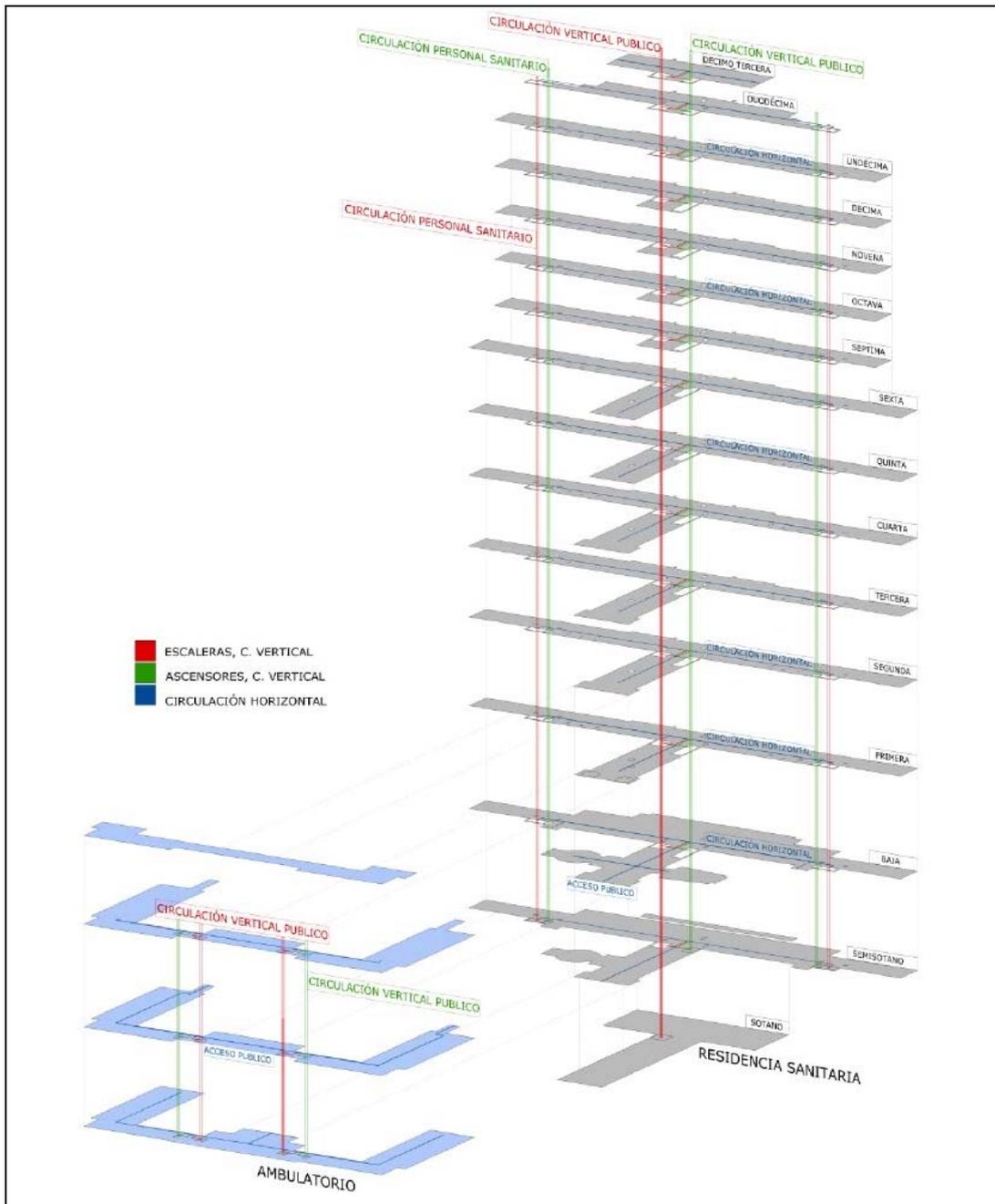
Sección longitudinal



Planta de ajardinamiento

VIII.1.4. Un edificio hospitalario funcional

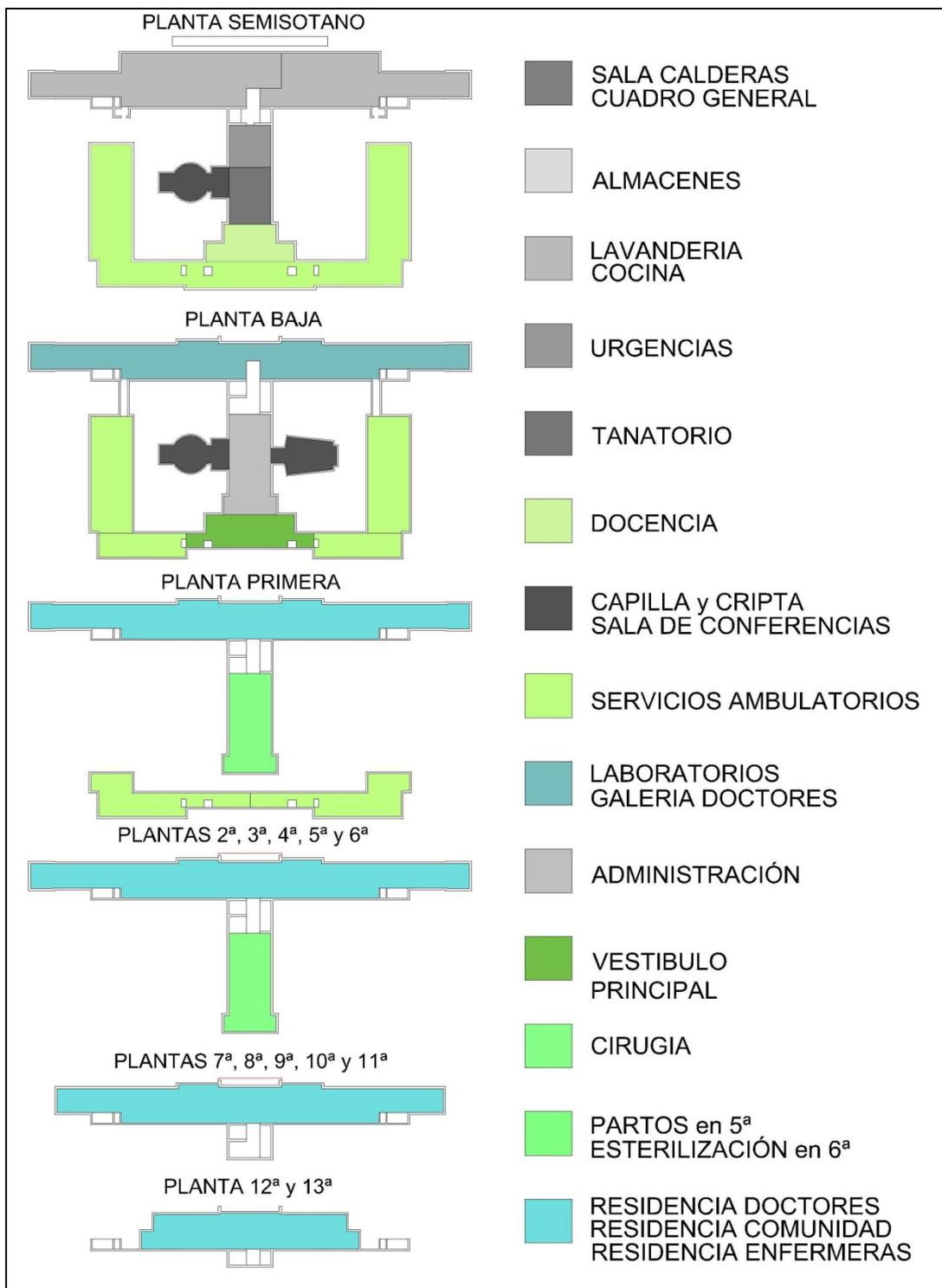
El mejor relato de cómo era la distribución funcional del edificio, la tomamos de la publicación conmemorativa y explicativa³⁰ de su puesta en marcha, en la que se aportaban numerosos datos técnicos y en la que se hace una extensa recopilación de los contenidos por plantas.



Esquema vertical por usos y plantas de la Residencia José Antonio. (Fuente: Jesús Escribano).

³⁰ *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión..., op. cit. pp. 10-18.

La articulación entre residencia y ambulatorio se aprecia claramente en el desarrollo por plantas.



Esquemas horizontales del edificio ordenados por usos y plantas. (Fuente: Jesús Escribano).

Ante la imposibilidad de encontrar el proyecto original d García Mercadal, estas descripciones han sustituido como fuente de información a la memoria del proyecto. No cabe duda que las explicaciones del propio García Mercadal en su memoria hubieran sido mucho más jugosas para hacer el análisis funcional del edificio, pero los folletos aportan desde una postura más independiente abundantes datos técnicos.

La descripción empieza con las plantas bajo rasante aunque, siendo estrictos, solamente el sótano se encontraba bajo la superficie, pues el proyecto aprovechaba la ligera pendiente del terreno y la elevación de los accesos a la planta baja para dejar el semisótano por encima de la rasante, utilizándolo para jerarquizar todos los accesos secundarios.



Imagen de las instalaciones de la planta sótano. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

Solamente la central térmica y las instalaciones eléctricas se encontraban en el sótano³¹, que ocupaba una mínima zona en el centro de la planta, iluminada por un patio inglés. García Mercadal, tal como se refleja en la

³¹*Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión..., op. cit. p. 11.

memoria del Proyecto de Traumatología, cuidaba minuciosamente las instalaciones y aprovechó el sótano para hacer una red de galerías de instalaciones generales, para hacerlas registrables por todo el edificio.

La elevación sobre el terreno del semisótano le proporcionaba iluminación y ventilación natural en todo su perímetro, de hecho a este nivel se encontraban los jardines que rodeaban al edificio. Estaba destinado a cocina, lavandería, servicio de urgencias y servicio de anatomía patológica³².



Vista interior de la cripta situada bajo la capilla, espacio acondicionado para servicios funerarios. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

Contaba este servicio de anatomía patológica, con una pequeña cripta bajo la capilla preparada para atender los servicios funerarios. Esta pequeña pieza resume la esencia de la arquitectura de García Mercadal. En muy pocos metros se conjuga lo moderno con lo clásico resultando un espacio proporcionado y de recogimiento como sólo él era capaz de conseguir. Su amigo Anibal Álvarez así se lo contaba a Carmen Castro en el año 1972 en

³² *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión..., op. cit. p. 13.

una entrevista publicada en la revista *Arquitectura* en la que, el ya anciano profesor, recordaba su preocupación por conseguir siempre la medida justa de los espacios y como lo habían intentado y conseguido en los proyectos en los que colaboró con García Mercadal:

*"...porque Mercadal, como los de nuestra generación, todos, nos hemos preocupado de una cosa que yo creo preocupa poco a muchos, ya: medir en todas direcciones para hallar la medida justa"*³³

Todo ello estaba unido a una zona de docencia compuesta por dos aulas y con una entrada independiente para los alumnos situada junto a la zona de consultas externas.

El servicio de urgencias³⁴, aunque utilizaba la actual denominación, nada tenía que ver con las urgencias actuales, en esa época, cuando se trataba de patologías leves, ese servicio se realizaba a domicilio o en el ambulatorio y en casos graves se procedía directamente al ingreso del paciente, tenía más similitud con las actuales urgencias de traumatología, pues se atendía fundamentalmente a lesionados de accidentes. Sus dotaciones eran mínimas, estaba compuesto de un pequeño quirófano y dos o tres camas de recuperación.

La planta se completaba con una zona de tratamientos de especialidades: fisioterapia, dermatología, oftalmología, etc., situada bajo las consultas externas y algunos otros servicios generales como la vivienda del conserje.

García Mercadal consiguió, mediante la ligera elevación de la planta baja, organizar todos los accesos de las distintas funciones hospitalarias por el semisótano, dejando únicamente en planta baja el acceso al ambulatorio y la entrada principal del Hospital, que de esta manera no se veía interferida por las circulaciones del personal sanitario, de mantenimiento o de suministros.

³³ CASTRO, C. "El Profesor Ramón Aníbal Álvarez", Revista *Arquitectura*, N° 167, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, noviembre de 1972, p36.

³⁴ *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión..., op. cit. p. 12.

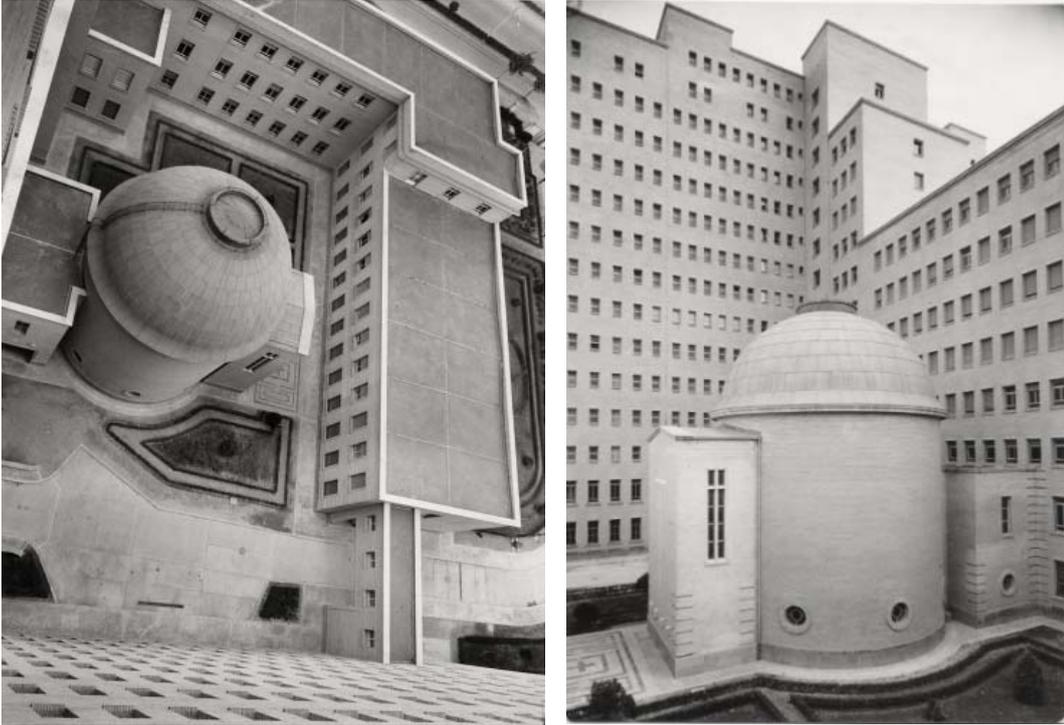


Vista parcial de uno de los patios bajo el salón de actos. (Fuente: Real Academia de Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-san.html>)

Aunque la minuciosidad de mi descripción por plantas resulte reiterativa, es consecuencia del propio uso del edificio, en el que los esquemas funcionales y la colocación de los distintos servicios dentro del edificio se convierten en uno de las principales exigencias del proyecto. Por otra parte, al no haber tenido acceso al proyecto original, la descripción del folleto de inauguración de la Residencia y la prolijidad con la que describe cada uno de los servicios y su ubicación dentro del edificio lo convierten en un documento indispensable para el análisis de la funcionalidad de la obra.

Con la planta baja se completan los servicios no asistenciales de la residencia. Aunque la descripción del folleto del INP mezcla, al relacionarlos, todos los servicios existentes en esta planta³⁵, lo cierto es que su organización es perfectamente reconocible al observar el plano: en el eje perpendicular situado frente a la entrada se encuentran los servicios administrativos y de representación, al fondo el bloque principal de la residencia general y a ambos lados de la entrada el ambulatorio. Se generan dos patios interiores en el centro de los cuales están la capilla y el salón de actos.

³⁵ *Residencia Sanitaria José Antonio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión..., op. cit. p. 14.



Vista del patio interior donde se encontrabala capilla. Vista cenital e inferior. Se advierte con claridad en estas imágenes la utilización permanente de Mercadal de elementos de la arquitectura clásica simplificados y combinados con otros más modernos. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/bancodeimagenes/instituciones-san.html>)

La decoración de la capilla y el salón de actos nada tiene que ver con la funcionalidad asistencial, pero observando las residencias proyectadas por García Mercadal se reconocen en todas ellas estos dos elementos resueltos de manera similar. Utilizó la madera para la decoración de los paramentos en los salones de actos, de esta forma conseguía atenuar las reverberaciones acústicas, y los muros blancos con columnas de mármol en las capillas, con lo que consiguió un ambiente, quizá más frío, pero también más místico. Las pinturas religiosas que adornan las capillas están realizadas por el artista asturiano Félix Alonso (1931). Este pintor decoró la mayor parte de las capillas de las residencias de García Mercadal y sus dibujos mantienen en todas ellas la misma línea de creación artística.

La imagen interior de la capilla, tal como se aprecia en la fotografía adjunta, es puro clasicismo, no excesivamente simplificado. García Mercadal se inserta en la tradición de las tipologías centralizadas históricas, concesión a la tradición en la forma de la capilla con el peristilo de columnas exentas

rodeando el espacio central y soportando el entablamento circular como figura retórica, sin acceso.



Vista interior de la capilla y del salón de actos de la Residencia de Zaragoza. (Fuente: Real AcademiadeMedicina.<http://www.bancodeimágenesmedicina.com/bancodeimágenes/instituciones-san.html>)

A partir de la planta primera el cuerpo delantero con forma de U destinado a consultas ambulatorias, se despega de la residencia general, que queda formada por dos bloques perpendiculares: el bloque posterior, paralelo a fachada y destinado a enfermerías de distintas especialidades y el bloque central, perpendicular a la misma y reservado a zona quirúrgica, con el núcleo de circulaciones verticales en el centro.

La distribución de camas por habitaciones que describe el folleto explicativo era la habitual en las residencias de la primera etapa del Plan de Instalaciones, sin embargo García Mercadal prescindió de las habitaciones dobles, que sólo utilizó en la planta de pediatría, manteniendo las individuales para los necesarios casos de aislamiento y las de cuatro y seis como solución general. El número de camas por habitación suscitó un debate en los años posteriores que llevó a reducir el número ante la presión de los asesores médicos³⁶, quedando el número reducido a tres camas y todas las habitaciones con aseo incorporado, esta evolución se hace evidente comprobando las fechas de los proyectos de cada una de las residencias. La decisión salomónica de colocar el extraño número de tres

³⁶ MARCIDE, M. J. "Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España" en *Arquitectura* N° 19. Madrid. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960, p. 43.

camas por habitación se debió, según algunos autores³⁷ a una cuestión moral y de buenas costumbres en las que tanto le gustaba interferir el viejo régimen franquista; se consideró que, tanto en los hospitales como en los colegios mayores, la ocupación por tres personas en cada habitación evitaba las posibles tentaciones de tipo homosexual de sus ocupantes.



Vista interior de uno de los quirófanos de las planta segunda a cuarta, que disponían de luz natural. Había otros quirófanos, como los de la planta primera, en los que esa posibilidad se había eliminado por ser más tecnológicos y tener la posibilidad de hacer radiografías dentro del propio quirófano, oscureciéndolo. (Fuente:RealAcademiade Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-sa.html>).

En cuanto al grupo quirúrgico García Mercadal incorporó el modelo americano descrito por Garay en su libro sobre los hospitales de Estados Unidos³⁸, pero añadió algunas mejoras, como la sala previa de preparación y anestesia y los accesos separados para enfermos y facultativos, también

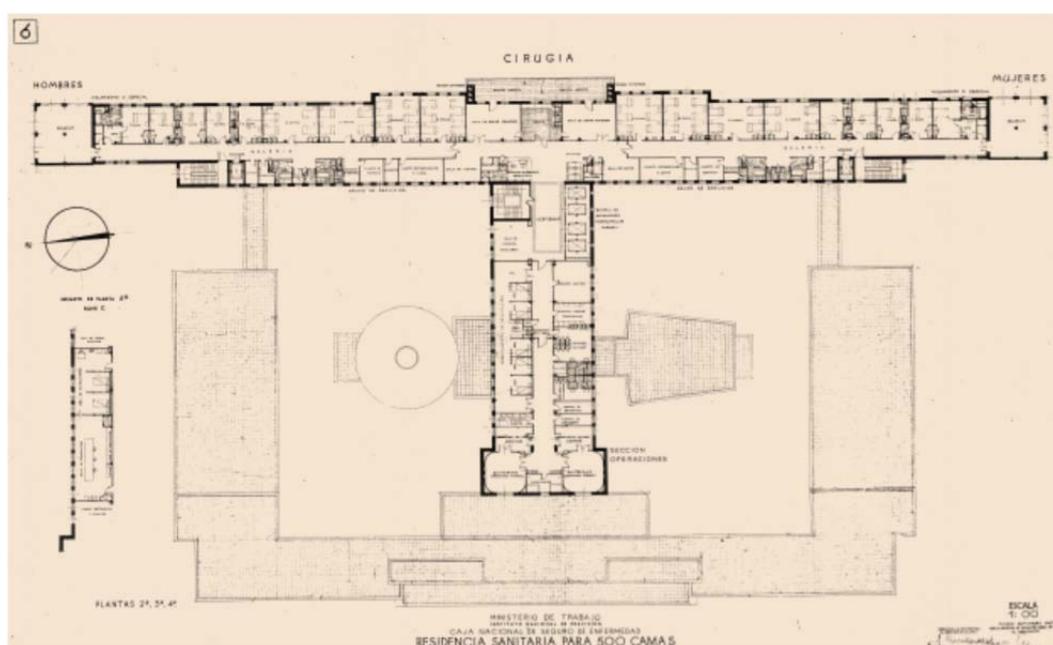
³⁷ PIELTAIN, A. *Arquitectura para la sanidad pública en España, 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*. Op. cit. p. 64.

³⁸ GARAY, E. *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio...* op. Cit. p. 42.

Garay, en su libro, aparte de un reportaje de los principales Hospitales, daba numerosos datos técnicos e interesantes recomendaciones para el desarrollo de los distintos elementos que componen el hospital, adjuntando incluso soluciones modelo, adoptadas en EE. UU.

mejoró la estación central de esterilización, que situó en la planta superior de los quirófanos, permitiendo así realizar una esterilización de tipo industrial y dando servicio a todos los quirófanos de las distintas plantas mediante montacargas.

La evolución de los quirófanos fue muy rápida a partir de las primeras residencias. Siro Azcona la recoge en su libro *Residencias Sanitarias* con el que marcó las pautas de diseño de estas instalaciones en los años cincuenta.³⁹



Plantas segunda, tercera y cuarta. (Fuente: archivo SALUD).

A partir de las plantas bajas las disposiciones empiezan a ser muy similares, hasta el punto de que algunas aparecen agrupadas en los planos del proyecto, están dedicadas a cirugía general con la previsión en todas ellas de una zona de reanimación para alojar al paciente, estos boxes, con entrada desde la zona aséptica y salida a la zona séptica, no estaban previstos en los esquemas del libro de Garay y no se contemplaron en las primeras residencias, al menos no en comunicación directa con los quirófanos. Sí que los tiene en cuenta Siro Azcona⁴⁰ pero centralizados en una sola planta, tal como los dispuso Aurelio Botella en la Residencia de Barcelona.

³⁹ AZCONA, S. *Residencias Sanitarias...*, op. cit. pp.220-247.

⁴⁰ AZCONA, S. *Residencias Sanitarias...*, op. cit. pp.248-252.

Con el tiempo se ha ido comprobando la ventaja de que estas zonas de reanimación se coloquen junto a los quirófanos, para poder atender con rapidez las posibles complicaciones postoperatorias sin tener que pasar a los pacientes por zonas sépticas. García Mercadal incorpora esta aportación a su proyecto.

Las plantas tenían el acceso general, tanto de visitantes como de pacientes, por la parte central desde el núcleo de comunicación vertical y estaban divididas en dos alas simétricas, una para hombres y otra para mujeres⁴¹. García Mercadal, al igual que sus compañeros del INP, situó los ascensores en el centro de la planta siguiendo los esquemas de los hospitales americanos. Esta situación producía un cruce de circulaciones entre enfermería y quirófanos, tal como explicaba Marcide en su artículo sobre la arquitectura hospitalaria en España de los años cincuenta⁴², que podía llegar a ser grave en el caso de hospitales dedicados totalmente a hospitalización quirúrgica. Garay fue el primero en dar solución a este problema mediante la utilización de una doble circulación junto a los ascensores que permitía el paso de la planta a la zona quirúrgica sin interferir con la circulación vertical. Este recurso lo aplicó en la Residencia de Palencia⁴³ en 1952 y más tarde el propio García Mercadal lo puso en práctica en la Residencia de Pamplona, en donde simplificaba la solución con el doble embarque de los ascensores a 180 grados.

En los extremos de la planta había un solárium a cada lado, pues aunque la eficacia del sol y el aire para la curación de los enfermos ya había quedado relegada en esa época, no se prescindía totalmente de su colaboración. Las habitaciones destinadas a enfermos, salas de estar y comedores estaban orientadas el Este, quedando los espacios más técnicos orientados a Oeste: salas de curas, de reconocimiento, puestos de trabajo y control de enfermeras.

⁴¹ Según el folleto del INP esta separación se realizaba *“para establecer la debida separación clínica”*.

⁴² MARCIDE, M. J. “Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España”, op. cit. p. 43.

⁴³ GARAY Y GARAY, E. “Residencia Sanitaria para 100 camas en Palencia” en *Arquitectura* N° 19. Madrid. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960, pp. 29-30.

En todo el hospital se conseguía una imagen de medicina moderna, la que gustaba de manera especial al INP, en contraposición con la imagen anterior de la Beneficencia. García Mercadal conocía el aspecto de los hospitales europeos y logró transmitir la sensación de luz modernidad y eficiencia.



Vista del aspecto del interior de la Residencia de Zaragoza. (Fuente: Real Academia de Medicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-deimagenes/instituciones-sa.html>)

Todas las plantas, incluso las de pediatría mantenían la rígida separación entre hombres y mujeres, situados a uno y otro lado del núcleo de comunicaciones, solamente en la planta de obstetricia, por razones obvias, se alteraba el orden, clasificando a los neonatos en función de sus circunstancias: normales, prematuros, en observación, etc.

En la planta de pediatría las habitaciones eran de una o dos camas y, para los más pequeños, había habitaciones de cuatro cunas. En esta planta se sustituía la zona quirúrgica por la central general de esterilización, con

departamentos separados para lavado de material, sala de aparatos de esterilización y almacenes de materiales estéril y no estéril. La central de esterilización contaba con una comunicación directa mediante montacargas con las zonas quirúrgicas de las plantas primera a quinta.



Vista del aspecto interior de la Residencia de Zaragoza. En el mobiliario de la habitación se puede apreciar la influencia de las muebles sanitarios diseñados por Alvar Aalto. (Fuente:RealAcademiadeMedicina.<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

Los interiores del Hospital, incluso el mobiliario, transmitían una imagen de modernidad y diseño similar a la de los establecimientos europeos, en el mobiliario de las habitaciones se puede apreciar la influencia de los diseños de Alvar Aalto para el Sanatorio de Paimio.

Lo más destacable de esta planta es el acierto de García Mercadal al colocar la central de esterilización en la vertical de los quirófanos, ocupando el espacio que en la propuesta del concurso se dedicaba al quirófano de observación y docencia. De esta manera se consigue una rápida y eficaz comunicación del material estéril entre la central y los quirófanos.

García Mercadal aprovechó las pequeñas variaciones en la distribución de las habitaciones de las últimas plantas para eliminar el vuelo de la fachada posterior, generando los sutiles movimientos que, junto a las terrazas centrales, caracterizan a la imagen posterior del edificio, que nada tiene que ver con la arquitectura autárquica impuesta desde el régimen franquista.

Las dos últimas plantas no tenían función asistencial, su destino era residencia de los distintos colectivos que atendían el hospital: enfermeras,

religiosas, médicos interinos y practicantes de guardia. La edificación ocupaba algo más de la mitad de la planta, apareciendo en el resto las marquesinas de bordes curvos cuya imagen identifica el edificio.



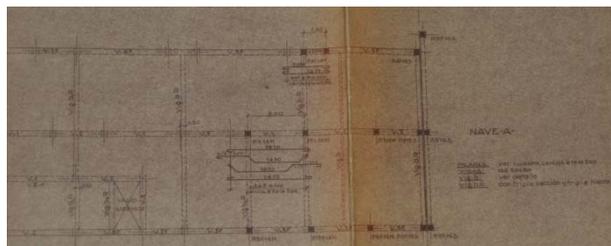
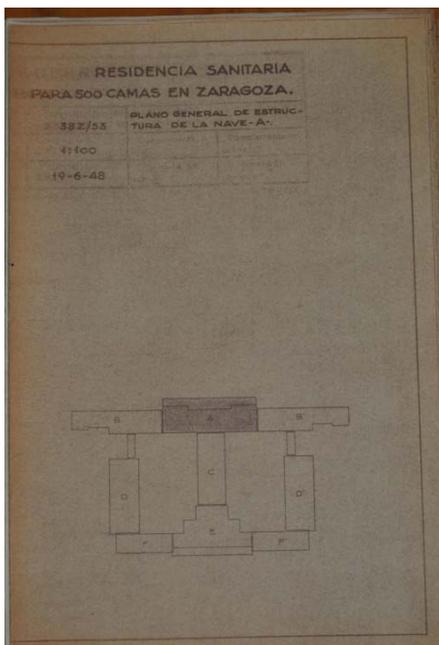
Vista parcial de la fachada posterior y de las últimas plantas de la Residencia, en las que se aprecian los juegos de volúmenes de remate. (Fuente: Real Academia de Medicina. <http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-san.html>)

García Mercadal introdujo en el proyecto toda la gama de innovaciones técnicas traídas por Garay desde América y que resultaron muy novedosas para la época: el aire acondicionado en las zonas singulares como quirófanos y salón de actos, la megafonía en todas las habitaciones, la red de localización de personas o un sistema de llamada al personal facultativo desde la cama de los enfermos. Estos avances técnicos, unidos al gran volumen del edificio impresionaron de tal forma a los zaragozanos que no tardaron en rebautizarlo con el nombre de “La Casa Grande”, apelativo por el que todavía se le conoce en la ciudad.

Como conclusión, se podría afirmar que en el conjunto del edificio se establece una tensión entre clasicismo y racionalismo, representado el primero en los volúmenes bajos de la fachada principal y el ambulatorio, mientras que el segundo se aprecia en las plantas altas del edificio principal.

VIII.1.5. La estructura

Los 34.000 metros cuadrados del edificio se ejecutaron con una estructura de hormigón armado que, aunque diseñada por García Mercadal, fue calculada por el ingeniero de la constructora Carlos Fernández Casado⁴⁴, este Ingeniero de Caminos constituye, junto con Eduardo Torroja, uno de los referentes de la ingeniería civil española del siglo XX. El diseño de la estructura de la Residencia José Antonio está concebido como una agrupación de naves⁴⁵ independientes, de tal forma que, aparte de funcionar como juntas de dilatación, se consigue una transmisión de esfuerzos al terreno que era uniforme, evitando así el riesgo de asentamientos diferenciales debidos a la gran diferencia de alturas entre distintas zonas del edificio. Los planos de la estructura del proyecto marcaban esta organización por naves.



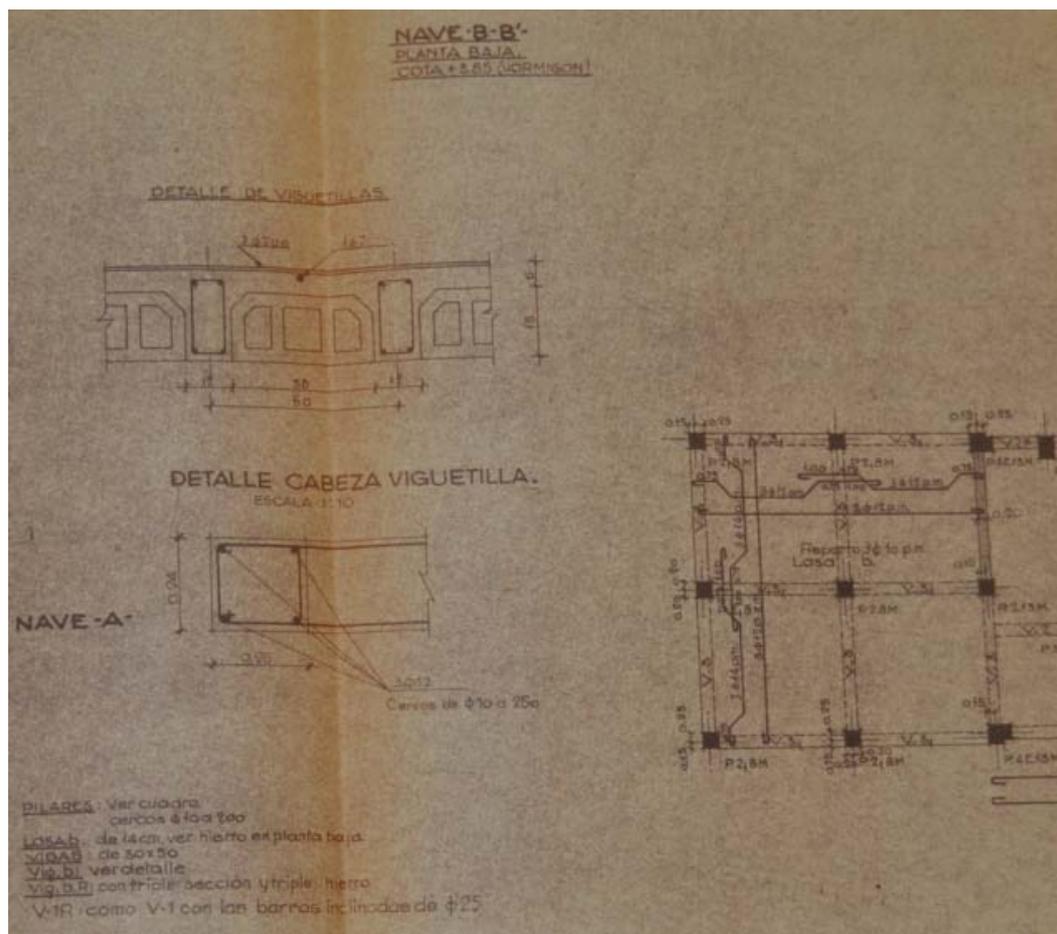
Reproducción de los planos realizados en la oficina técnica de la constructora Huarte y Cia. en los que se refleja la distribución de la estructura por naves. Plano correspondiente a la nave A. Estado de la obra en 1949. (Fuente: archivo Carlos Fernández Casado).

La estructura se resolvió con pórticos de hormigón armado compuestos de pilares de dimensión variable y jácenas de canto de dimensiones 30x50 cm. El bloque principal estaba formado por tres pórticos longitudinales y dos

⁴⁴ Carlos Fernández Casado (Logroño, 4 de marzo de 1905 – Madrid, 3 de mayo de 1988) fue Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos, catedrático, miembro electo de la Academia de Bellas Artes de San Fernando e intelectual español.

⁴⁵ La terminología de naves es la que aparece en los planos del proyecto.

crujías, cubiertas por forjados unidireccionales de 24 cm. de espesor, compuestos a su vez de viguetas de 12 cm. de anchura, colocadas cada 50 cm. y aligeradas entre ellas por bovedillas huecas de 18 cm de altura, con las que se conseguía una capa de compresión superior de un espesor mínimo de 6 cm.



Detalle de los planos de armado de la estructura y forjados. (Fuente: archivo Carlos Fernández Casado).

Se trataba de una estructura ciertamente audaz e innovadora. La realización de 16 plantas de altura con una estructura de hormigón suponía apurar al máximo la resistencia los materiales. La resistencia de cálculo de los hormigones utilizados en España en los años cuarenta no pasaba de 125 Kg/cm² y los aceros eran de textura lisa, lo que obligaba a doblarlos en los extremos para mejorar la adherencia al hormigón. Por otra parte, la disposición del edificio lo hacía muy expuesto a los a empujes por la acción del viento, lo que obligó a Fernández Casado a realizar una estructura

monolítica a base de utilizar hormigón "in situ", lo que resultaba innovador, pues la técnica usual del momento era apoyar las viguetas sobre las jácenas hormigonadas previamente.

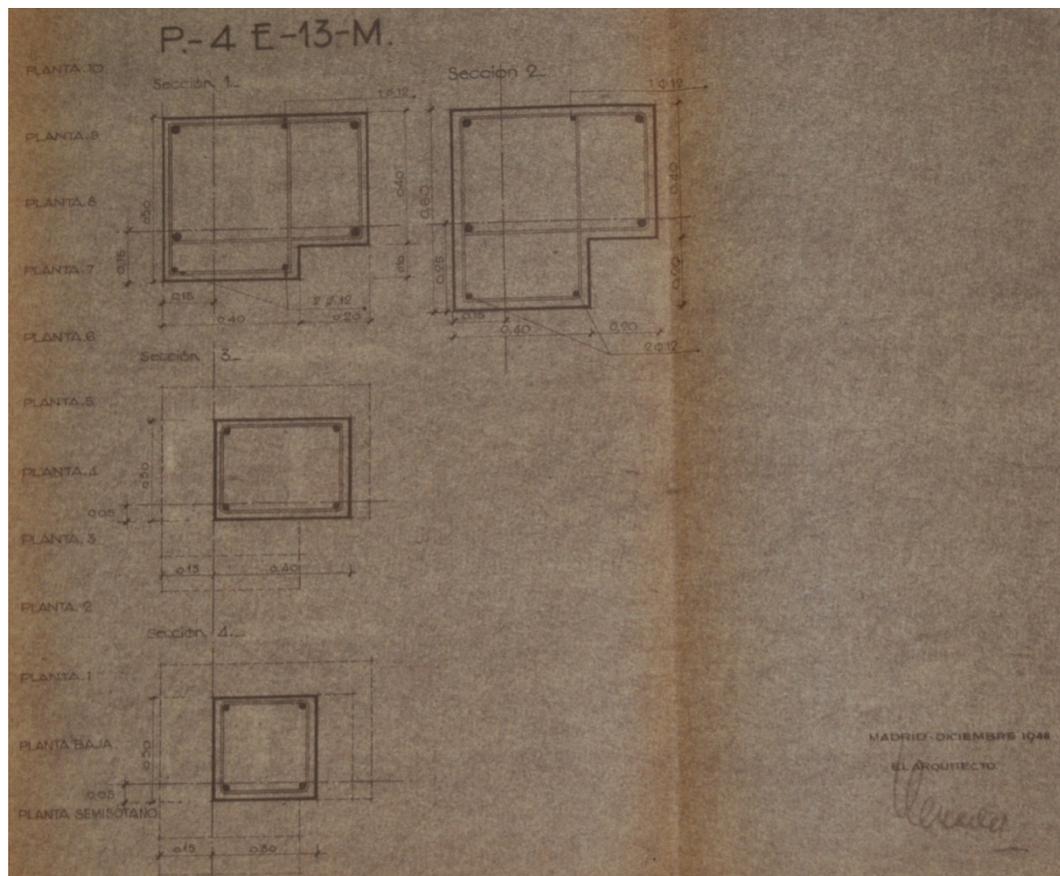


Vista de la estructura en ejecución en diciembre de 1949. En ella se aprecia el orden de ejecución de los trabajos: en primer lugar el ambulatorio, del que ya se habían realizado los cerramientos. (Fuente: archivo INGESA)

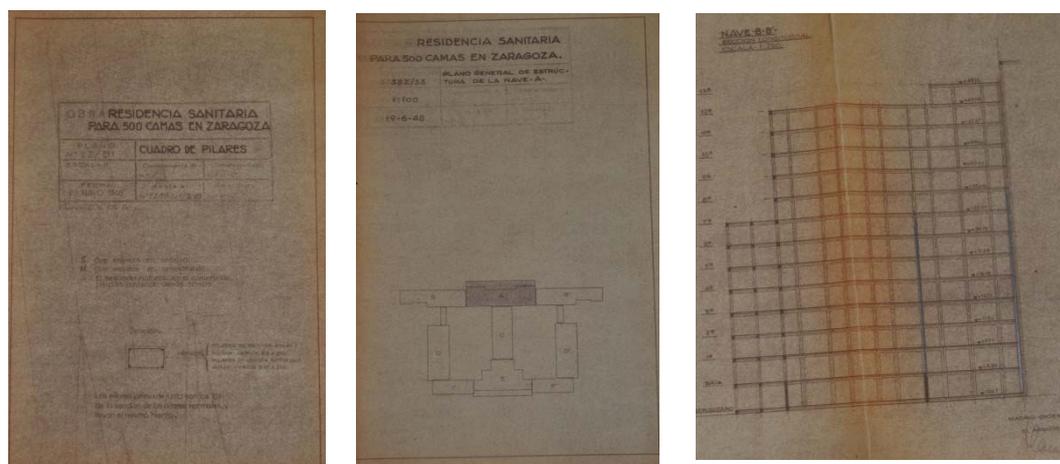
En los extremos del bloque principal se sustituyeron los forjados por losas macizas de hormigón armado de catorce centímetros de espesor y se aumentó el canto de las jácenas hasta 75 cm. con lo que consiguió incrementar la rigidez de la estructura y asegurar una respuesta adecuada a la acción del viento.

Estas primeras estructuras de hormigón armado, realizadas en España en los años cuarenta, marcaron la línea de evolución que esta industria ha desarrollado. Desde antes de la guerra civil, algunos arquitectos e ingenieros como Eduardo Torroja, Manuel Sánchez Arcas o el propio Fernández Casado venían investigando las propiedades y las posibilidades de este material cuya bondad se basa en aunar las mejores características de sus dos componentes: la capacidad de resistencia a compresión del hormigón con la alta resistencia del acero trabajando a tracción. Para ello es necesario asegurar la adherencia entre los dos materiales. A partir de la experiencia de estas primeras obras con estructura de hormigón armado se llegó a la confirmación de que la utilización de aceros corrugados garantizaba la

adherencia y el trabajo conjunto de los dos componentes de manera mucho más efectiva que las barras lisas dobladas en sus extremos.



Plano de detalles de la estructura firmado por García Mercadal. (Fuente: archivo Carlos Fernández Casado).



Distintos planos de la estructura de la obra. (Fuente: archivo Carlos Fernández Casado).

VIII.1.6. Inauguración y primeros años

Las obras se comenzaron en junio de 1948 y, pese a las restricciones existentes para obtener cemento y acero, se ejecutaron a buen ritmo, dándose por terminadas en diciembre de 1952. El equipamiento y la puesta en servicio de las instalaciones aún tuvieron que esperar casi tres años y el 17 de octubre de 1955 abrió sus puertas la Residencia Sanitaria, el Ambulatorio lo había hecho en mayo. La primera historia clínica del Hospital está fechada el 24 de octubre y en ella se recoge la intervención del Dr. Aznar para atender a un electricista del lejano pueblo de Escatrón aquejado de una apendicitis aguda.⁴⁶



Portadas de los periódicos Heraldo de Aragón y La Vanguardia del 9 de abril de 1959, fecha de la inauguración oficial de la Residencia José Antonio. (Fuente: Hemeroteca Municipal de Zaragoza).

La inauguración oficial de las instalaciones tuvo que esperar unos años más, hasta abril de 1959, lo que contrasta con la rapidez y el entusiasmo con que las autoridades franquistas inauguraron otras residencias del INP de menor importancia. El Heraldo de Aragón recogía en su portada la noticia del

⁴⁶ Hospital Universitario Miguel Servet: 50 años. Zaragoza. Servicio Aragonés de Salud, 2005, p.12

periplo inaugurador del Jefe del Estado en Aragón los días 9 y 10 de abril de 1959, en la que se relataba, con los titulares aclamatorios habituales, el recorrido del "día glorioso de inauguraciones"⁴⁷, compartiendo titular con la muerte del arquitecto norteamericano Frank Lloyd Wright o el último romance de la exemperatriz de Irán. También el periódico *La Vanguardia* se hacía eco de que la jornada del viernes 10 de abril, tras haber puesto en marcha el día anterior el pantano de Yesa y el Canal de Bardenas, la dedicó Francisco Franco a cortar la cinta inaugural de cinco instalaciones en Zaragoza: el Gobierno Civil, el instituto Goya, un Gimnasio Polideportivo, El Sanatorio Royo Villanoba y la Residencia Sanitaria José Antonio.

Quedaba así diluida entre otras muchas inauguraciones de carácter menor la de una de las instalaciones sanitarias más importantes del Plan de Instalaciones Sanitarias del INP. Es difícil averiguar el motivo por el que las autoridades franquistas decidieron quitar importancia a la puesta en funcionamiento de este hospital, pues la ausencia total de crítica en los medios de comunicación del momento lo hace imposible, pero cabe la sospecha de que la imagen de modernidad arquitectónica del edificio (pese a la anécdota de la fachada) y el currículum progresista de su arquitecto⁴⁸, único superviviente del GATEPAC en las instituciones franquistas, pudieran ser alguna de las causas.

⁴⁷ Véase el periódico *Heraldo de Aragón* los días 9 y 10 de abril de 1959.

⁴⁸ Tanto García Mercadal como el ingeniero de la constructora Carlos Fernández Casado, habían sido depurados e inhabilitados por el régimen franquista tras la Guerra Civil en 1939.

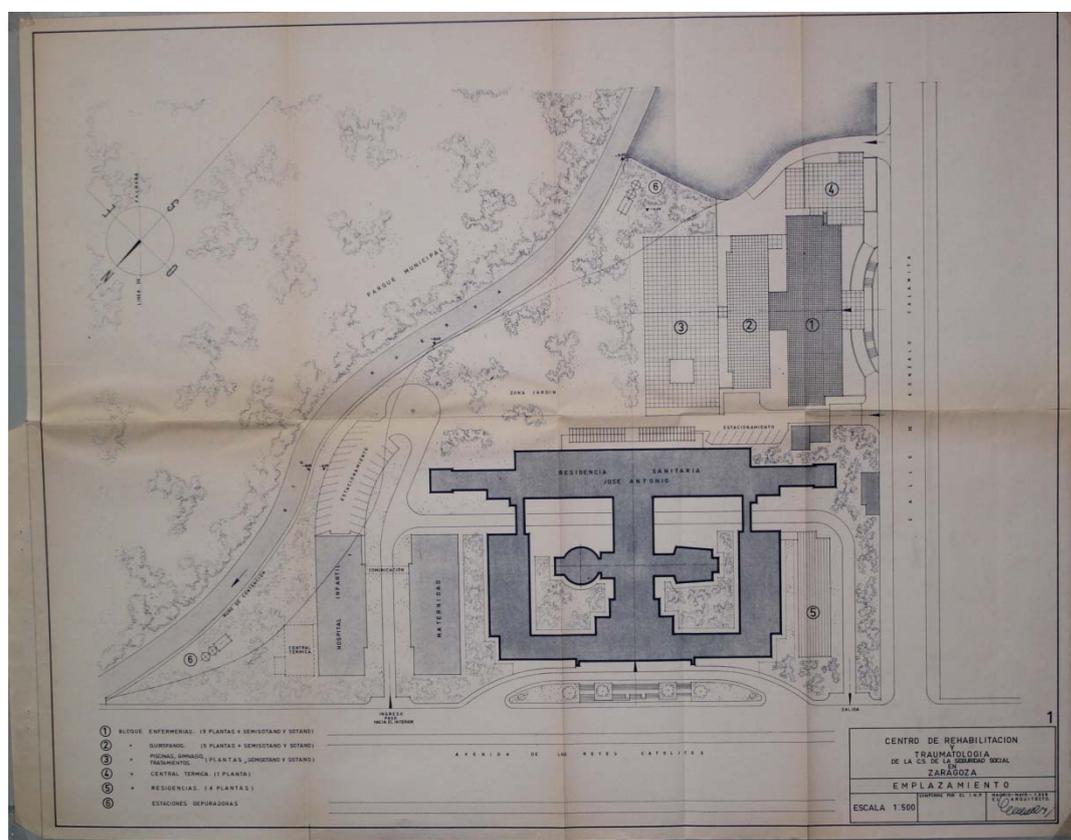
VIII.2. Evolución hacia la “Ciudad Sanitaria”

A finales de los años sesenta las residencias sanitarias construidas en la década anterior sufrieron su primera gran transformación, ésta se empezó a fraguar unos años antes, hacia 1964. En ese año, con motivo de la celebración por el Régimen de los “25 años de Paz” se inició una nueva andadura en el terreno sanitario. El cambio se materializó en el proyecto de la madrileña Ciudad Sanitaria la Paz, cuyo nombre conmemoraba el acontecimiento. Fue redactado por José Marcide, que en aquel momento ya marcaba las pautas de los proyectos en la oficina técnica del INP, y en él se introducían una serie de cambios importantes en la organización de los hospitales. Se establecieron criterios más técnicos en la compartimentación de las áreas de hospitalización, organizándose las zonificaciones en función de la cercanía a los grupos quirúrgicos, aparecían así las zonas de cuidados intensivos, medios o mínimos.

Pero quizá el cambio más influyente en la organización posterior de otros hospitales fue la acumulación, en una misma instalación sanitaria y en un mismo solar, de varios edificios especializados pero dependientes de los mismos servicios generales, generando así las llamadas Ciudades Sanitarias en las que, junto a las primitivas Residencias Generales, comenzaron a levantarse nuevos centros, generalmente destinados a traumatología o a maternidades y con los que se llegaba a multiplicar por tres o por cuatro la capacidad inicial. La ocurrencia no era original de España, sino que seguía la tendencia de los nuevos hospitales en Europa, que a su vez eran fruto de una teoría urbanística más amplia; la especialización de los usos dentro de las ciudades que dio lugar a la aparición de todo tipo de “miniciudades” (jardín, universitarias, sanitarias, deportivas...).

Circunstancias que influyeron en estos cambios fueron el crecimiento de la industria en los alrededores de los grandes núcleos urbanos y la generalización del automóvil para los desplazamientos. Las nuevas costumbres habían hecho aumentar los accidentes laborales y de tráfico de una manera exponencial. El Ministerio de Trabajo tomó cartas en el asunto y exigió los centros de traumatología. Por otra parte el aumento de la natalidad y el cambio de las hábitos, en cuanto la generalización de los

partos en el hospital, forzaron la implantación de maternidades⁴⁹. Por último la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social⁵⁰, aumentando y generalizando las coberturas del Seguro, dio marco legal a esta evolución.



Plano de emplazamiento del Centro de Traumatología en el que aparece la disposición de edificios según el Plan Director de García Mercadal. (Fuente: archivo INGESA).

En lo que respecta a Zaragoza, hacia el año 1970 se decidió la construcción de la denominada "Ciudad Sanitaria" local, para ello se procedió de la misma manera que en el resto de las principales ciudades, como Madrid, Barcelona o Sevilla, colmatando el solar que ocupaba la inicial residencia con la construcción de edificios cercanos pero independientes, con tipología propia, conectados únicamente por el subsuelo y compartiendo instalaciones de producción de energía, de lavandería y hasta de cocinas, pero desconectados física y funcionalmente. Con este criterio se edificaron

⁴⁹ Hasta 1960 un número importante de españolas, principalmente en el medio rural, seguía teniendo los partos en su propia casa con ayuda de una comadrona, siempre que no se previera complicaciones.

⁵⁰ Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre *Bases de la Seguridad Social*. Publicada en el B.O.E. núm. 312, de 30 de diciembre de 1963.

dos hospitales más, en primer lugar el Centro Rehabilitación, Traumatología y Quemados y un año después el Hospital Materno-Infantil y se proyectó un nuevo pabellón para residencias de enfermeras, comunidad religiosa y doctores, alcanzando la capacidad del complejo hospitalario las 1.400 camas.

García Mercadal redactó el Plan Director para la implantación de los nuevos edificios en el solar y lo hizo con el criterio "...de conseguir una deseada unidad, como si desde el principio se hubiesen planeado todos estos edificios"⁵¹, para ello colocó las nuevas ampliaciones perpendiculares a la inicial Residencia General, y situadas a ambos lados de la misma, de tal forma que no eclipsaran su protagonismo ocultándola tras los nuevos edificios e intentando mantener el espacio verde que la rodeaba, consiguiendo además, según sus propias palabras:

*"...que la fachada Sur del bloque principal de la Residencia no perderá ni visibilidad, ni sol, ni sus vistas espléndidas sobre el gran "Parque Pignatelli" que es como la prolongación de nuestro terreno, todo lo cual ha constituido la principal preocupación de nuestro propósito."*⁵²

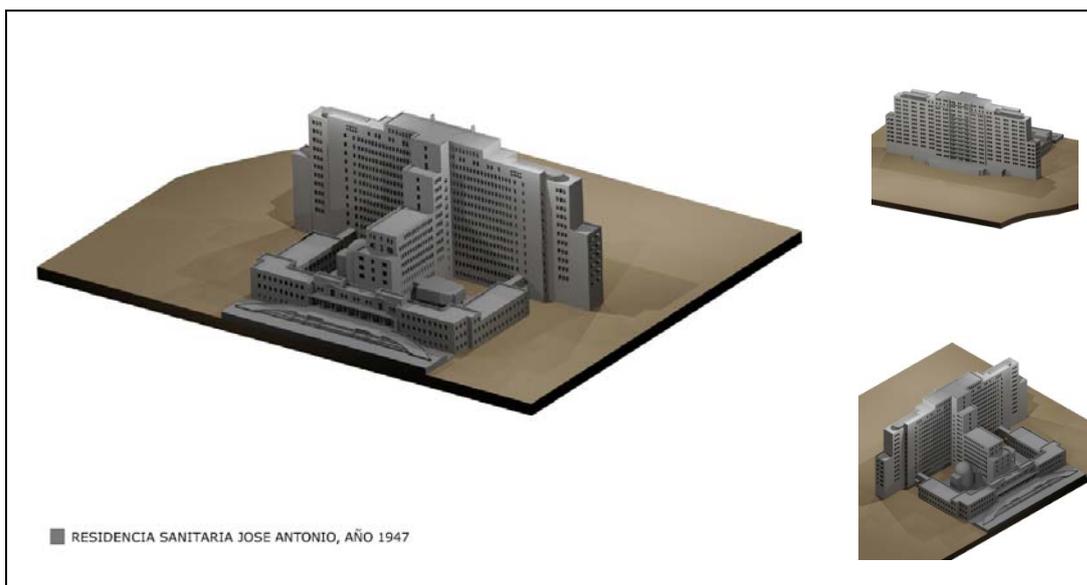
El proceso cronológico de consolidación de la Ciudad Sanitaria de Zaragoza empieza cuando en 1966 se acomete el estudio de implantación de nuevas instalaciones sanitarias que den respuesta a las necesidades asistenciales. Para ello se redacta por García Mercadal un Plan Director en el que se añade a la inicial Residencia Sanitaria José Antonio (1948-1952) el Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados, una Residencia para Enfermeras, Comunidad y Doctores y el Hospital Materno-Infantil. En 1969 se inicia la construcción del Centro de Traumatología y se renuncia a la construcción de la Residencia de Enfermeras. Por último, en 1970 se inicia la construcción del

⁵¹ Véase el preámbulo de la memoria del proyecto del Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados.

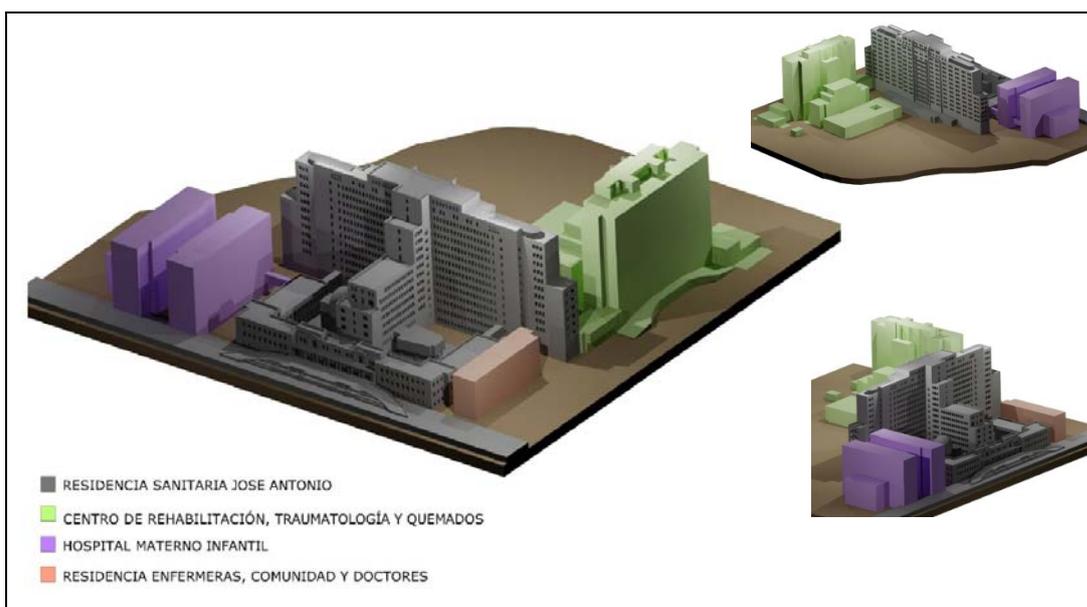
⁵² García Mercadal insistía en la ordenación y en las posibilidades de utilización de los espacios libres alrededor de la Residencia Sanitaria de Zaragoza para construir en ellos los nuevos edificios de la Ciudad Sanitaria. Lo hizo en diciembre de 1966 con motivo del Estudio Previo del Pabellón de Residencias, volvió a insistir en abril de 1968 al redactar el proyecto y en octubre de ese mismo año lo reivindicaba en el preámbulo de la memoria del Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados.

Hospital Materno-Infantil que, con su conclusión en 1972 finalizaría también la Ciudad Sanitaria de Zaragoza.

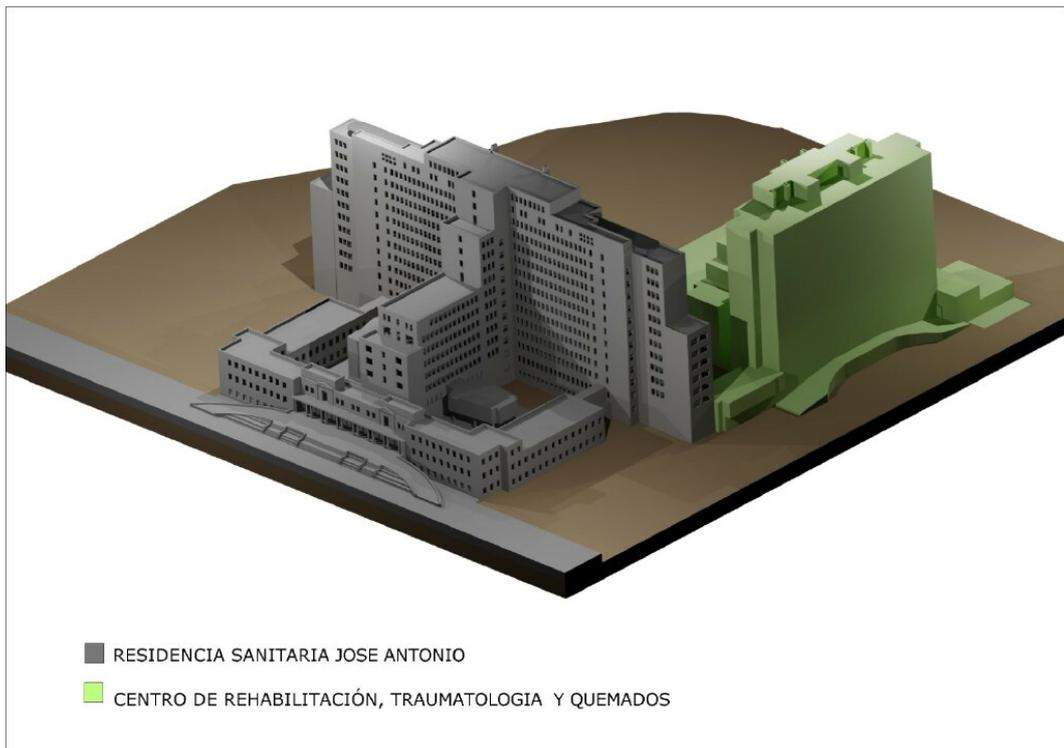
Se ha realizado un estudio volumétrico de la implantación de los edificios en el solar que se aporta en las páginas siguientes:



Residencia Sanitaria José Antonio. 1948. (Fuente: Jesús Escribano).



Interpretación volumétrica del Plan Director de García Mercadal en la que aparecen los dos edificios que no llegaron a construirse: la Residencia de Enfermeras, Comunidad y Doctores y el Hospital Materno-Infantil, 1966. (Fuente: Jesús Escribano).



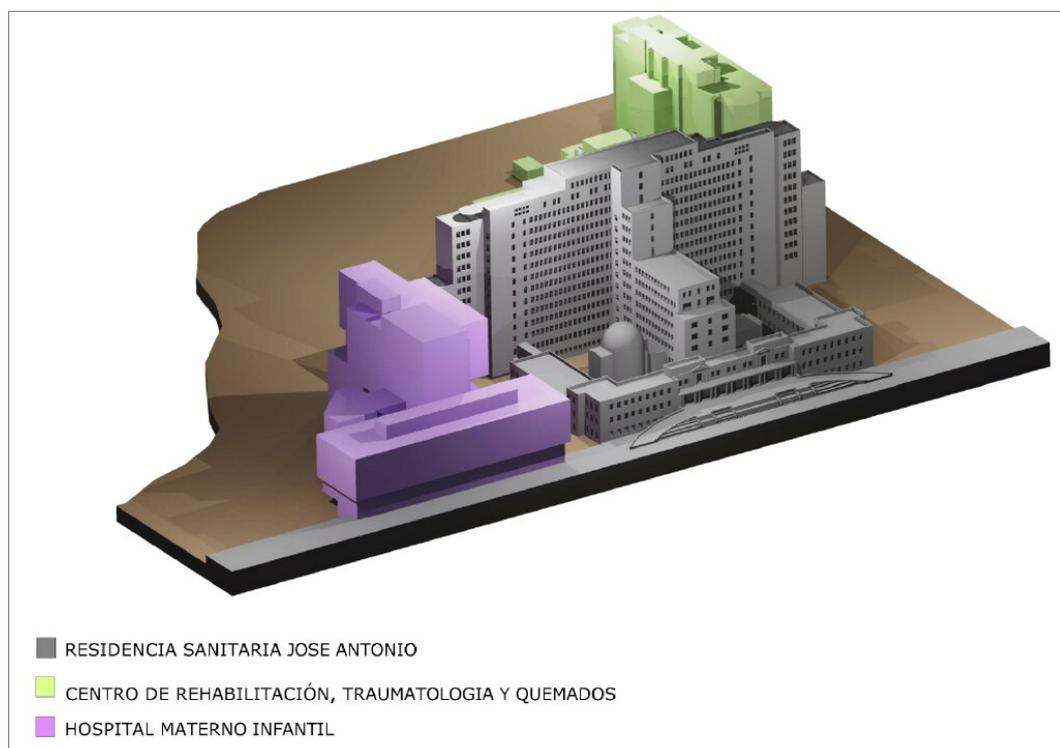
Residencia José Antonio y Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. 1969. Vista frontal. (Fuente: Jesús Escribano).



Residencia General + Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. 1969. Vista posterior. (Fuente: Jesús Escribano).



Esquema volumétrico de la solución construida del Hospital Materno-Infantil tras la renuncia de García Mercadal. 1972, vista frontal. (Fuente: Jesús Escribano).



Esquema volumétrico de la solución construida del Hospital Materno-Infantil tras la renuncia de García Mercadal. 1972, vista lateral. (Fuente: Jesús Escribano).

VIII.2.1. El Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados

El denominado Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados fue inaugurado el 4 enero de 1971⁵³, se trata de la última gran obra que García Mercadal construyó para el INP, aunque no por ello la más apreciada, el primer lugar en sus preferencias seguía ocupado por la Residencia General. El propio Mercadal así lo confirmaba cuando, a finales de 1971 en una entrevista realizada por Carmen Castro y publicada por la revista *Arquitectura*, señalaba la Residencia Sanitaria de Zaragoza como la obra más importante que había realizado hasta entonces⁵⁴, en esa ocasión evitaba mencionar siquiera la obra del Centro de Traumatología, inaugurada solamente unos meses antes.



Perspectiva del proyecto del Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. (Fuente: Archivo INGESA).

Sin embargo su apreciación no era objetiva, en el edificio de traumatología, aparte de cumplir con unos requisitos funcionales más exigentes que los de

⁵³ *Centro de Rehabilitación y Traumatología*, Madrid, Servicio de Información y Publicaciones del INP, N° 1260, 1972.

⁵⁴ CASTRO C., "Los arquitectos critican sus obras...", op. cit., p. 35.

sus primeras residencias consigue una imagen netamente racionalista, despojada ya de toda concesión formal impuesta por el régimen franquista, en línea con las tendencias neomodernas que se generalizaron desde los años sesenta en España.

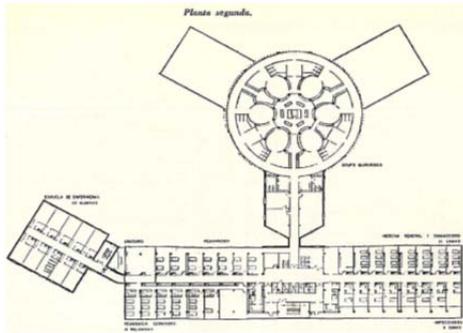
A finales de los sesenta la forma de trabajar de la oficina del INP había cambiado mucho desde los primeros años y García Mercadal ya no se encontraba tan cómodo, ni con los métodos⁵⁵ ni con los resultados.

Con la aprobación de la Ley de bases de la Seguridad Social el número de beneficiarios del seguro de enfermedad aumentó considerablemente. Entraba en funcionamiento la segunda fase de cobertura prevista ya en el informe Quintana: había que construir más hospitales, más rápidamente y más baratos. El arquitecto Martín José Marcide fue nombrado jefe de la oficina de proyectos del INP⁵⁶ y, rápidamente, dio un golpe de mano. Tras haber probado con éxito el plan de estandarización de ambulatorios realizado por García Mercadal, quiso aplicarlo también para los hospitales asumiendo él y su reducido grupo de ayudantes directos todo el protagonismo. Acumuló toda la autoridad para tomar las decisiones importantes de implantación de los edificios, dejando al resto de arquitectos solamente las decisiones accesorias respecto a cómo ordenar los módulos previamente estandarizados.

En los ambulatorios, su reducido tamaño había permitido ordenar una estructura lineal, basada en el módulo combinado de consulta-espera, que resultó muy adecuada para organizar todos los servicios necesarios, incluso los más complicados, como el de radiodiagnóstico. Esa misma estructura lineal se podía utilizar también como generadora del trazado de los edificios, aunque se había dejado abierta la posibilidad de utilizar sus variantes en T y en L. Los resultados habían sido espectaculares, tanto por la calidad y homogeneidad de los proyectos como por su acelerado ritmo de producción.

⁵⁵ Este descontento se refleja incluso en las memorias de los últimos proyectos, en las que aprovechaba para hacer comentarios sobre decisiones generales de implantación de los edificios.

⁵⁶ PIELTAIN, A. "El Hospital. Doscientos años de proyectos" ... op. cit. p. 104.



Planta del prototipo de hospital de 300 Camas. (Fuente: Revista *Arquitectura*, Nº 19, p.45).

Se esperaba pues, que una solución de estandarización, similar al modelo de los ambulatorios, permitiera obtener resultados comparables para aplicar en la construcción de hospitales, y con esa idea el jefe de la oficina técnica se dispuso a preparar un prototipo que cumpliera con las condiciones.

Se diseñó el hospital quirúrgico de 300 camas⁵⁷ que luego se aplicaría en todos los proyectos del INP. Pero en los hospitales no funcionó. La complejidad y el tamaño de los edificios, así como lo apretado del corsé (se intentaba conseguir módulos de 50 m²/cama) hizo que el engranaje no funcionara y que el esfuerzo de estandarizar los hospitales resultara inútil. Marcide y sus colaboradores, creadores del prototipo, intentaron implantarlo en alguno de sus proyectos como el Hospital Materno-Infantil de Fernando Flórez en Cantabria, pero pronto pasaron a desecharlo o utilizarlo sólo en unidades concretas como las maternidades o los bloques quirúrgicos. Estos edificios de los años 60 quedarán prematuramente obsoletos.⁵⁸

En esta situación, las diferencias entre Marcide y sus antiguos compañeros, ahora subordinados, se hicieron cada vez más insalvables. Algunos de los mayores, como Mercadal, Garay o Botella continuaron con su línea, proyectando hospitales con planta simétrica actualizada a los nuevos tiempos. Otros, como Zavala o Álvarez de Sotomayor, dejaron los proyectos en manos de los arquitectos más jóvenes de sus equipos, que acataron las órdenes de Marcide⁵⁹. El resultado fue una pérdida de calidad arquitectónica de los edificios. Buena prueba de ello es que las primitivas

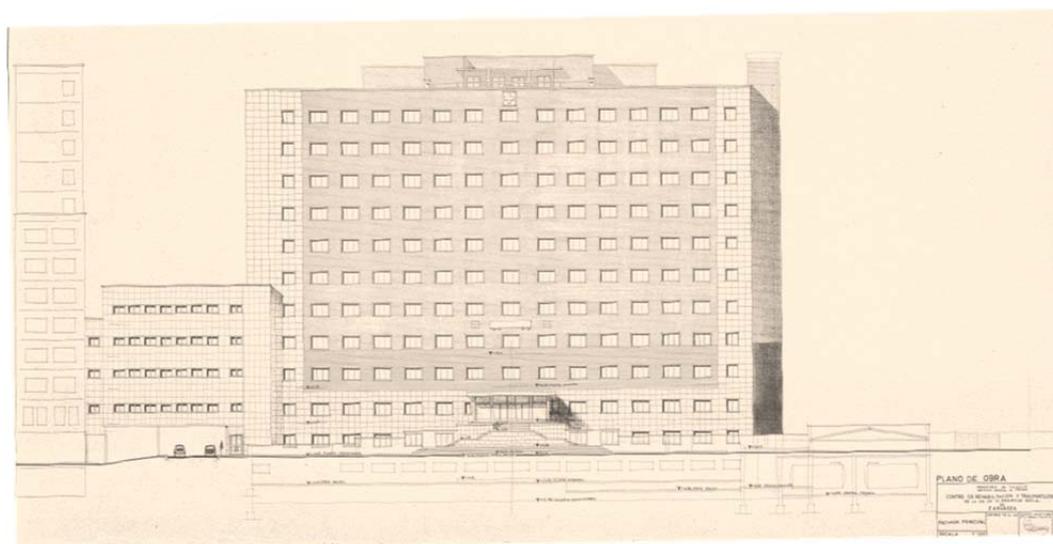
⁵⁷ MARCIDE, M. J., "Ejemplo de hospital en estudio", en *Arquitectura* Nº 19. Madrid. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960, pp. 44-45.

⁵⁸ Algunos hospitales de los años setenta, como *el Doce de Octubre* de Madrid, que en su día fueron novedosos en su forma, ha sido imposible reformarlos para adaptarlos a las necesidades actuales, sin embargo algunas de las primeras Residencias Sanitarias han conseguido adaptarse.

⁵⁹ PIELTAIN, A. "El Hospital. Doscientos años de proyectos" ... op. cit. p. 100.

residencias, proyectadas en los años 40, han soportado razonablemente el paso del tiempo y siguen en funcionamiento actualmente con las lógicas adaptaciones interiores, sin embargo los centros de los años 60, han acusado prematuras obsolescencias: o bien han sido demolidos o han necesitado reformas integrales, como es el caso del Centro de Traumatología de Zaragoza.

García Mercadal explica en la memoria de su proyecto, que tomó como modelo el Centro de Traumatología construido en Sevilla por su amigo Zavala, inaugurado en 1968. Si bien mantuvo la tradicional planta simétrica de avión, haciendo caso omiso del pretendido prototipo, incorporó algunas de las exigencias impuestas por la jefatura de Marcide al frente de la oficina técnica del INP, como por ejemplo el módulo por cama, que lo redujo a prácticamente 50 m²/cama. En un centro de Traumatología aún resulta más escaso este módulo, pues se necesitan mayores espacios para los tratamientos de recuperación y rehabilitación de los lesionados.

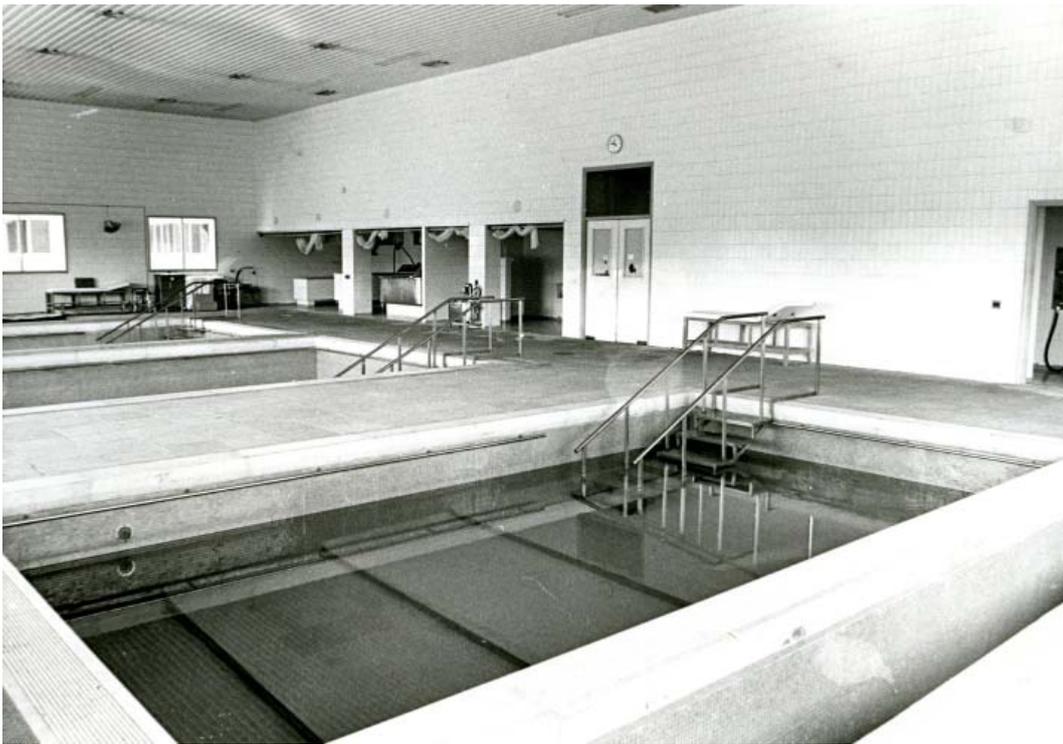


Alzado principal del Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados de Zaragoza. Se trata de un plano de obra en el que se observa una edificación de unión con la Residencia General. Esta edificación no estaba en el proyecto y tampoco llegó a realizarse en la obra. (Fuente archivo SALUD).

- **Tipología y distribución funcional** ⁶⁰

El Centro de traumatología disponía de dos plantas bajo rasante, aunque solamente la denominada como sótano, al estar situada por debajo de la cota del terreno y ventilada e iluminada por medio de patios ingleses, estaba destinada a Servicios Generales del edificio, principalmente instalaciones, vestuarios de personal y cafetería para empleados.

La planta semisótano, contaba ya con iluminación y ventilación natural, en ella se ubicaban servicios fundamentales del centro, como las instalaciones de rehabilitación en todas sus modalidades: del lenguaje, oftalmológica, respiratoria, reumatológica, ocupacional, etc. Contaba con gimnasio y piscina para hidroterapia, así como con instalaciones para electroterapia, todo ello con acceso independiente desde la calle lateral interior.



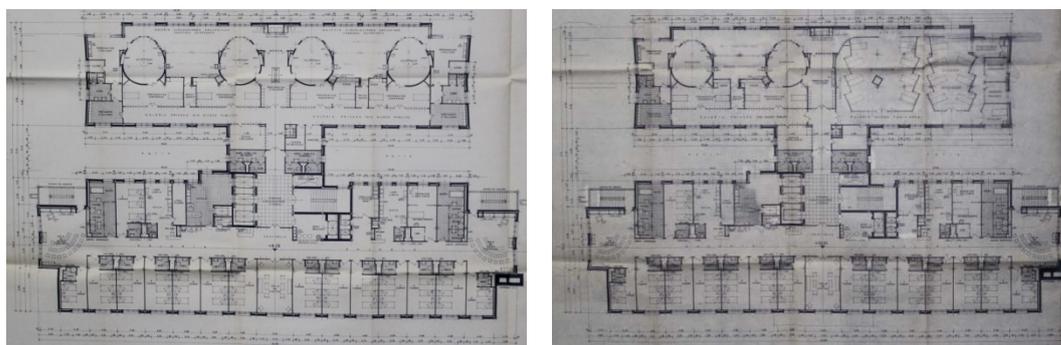
Vista de la piscina de hidroterapia del Centro de Rehabilitación. (Fuente: archivo INGESA).

Se completaba esta planta con una pequeña zona para urgencias de traumatología. En los años 70 las urgencias seguían siendo un servicio menor dentro de los hospitales. Las que más importancia tenían eran las de

⁶⁰ Documentación obtenida de la Subdirección de instalaciones del Hospital Miguel Servet.

traumatología. En este caso se contaba con un quirófano, tres boxes, sala de yesos y sala de observación.

A partir del semisótano se reconocen con claridad en el edificio dos bloques separados y paralelos a fachada: el principal del estaba destinado a enfermería y el posterior a quirófanos⁶¹ unidos ambos bloques por el eje central perpendicular a la entrada en el que se encontraba el núcleo de comunicaciones vertical.



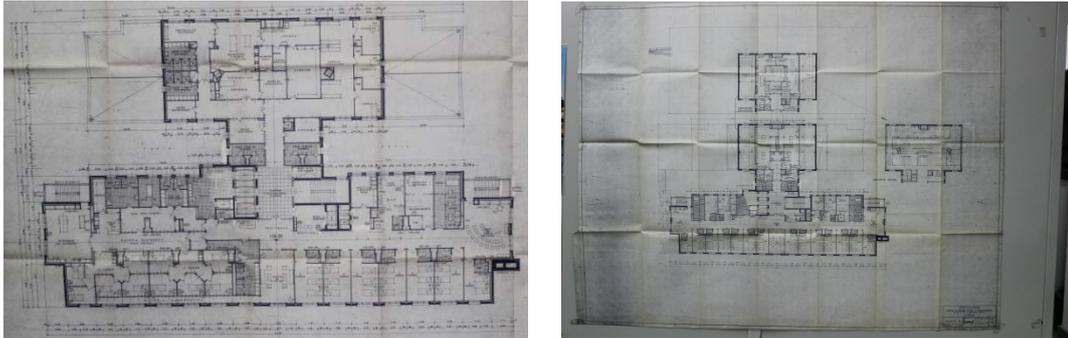
Plantas primera y segunda del Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados. (Fuente: archivo INGESA).

La organización de las enfermerías, que se repetía en la mayoría de las plantas había evolucionado significativamente desde la construcción de la Residencia General. Las principales diferencias, que se hacen evidentes al comparar las dos plantas, son las siguientes: ya no estaban separados hombres y mujeres en alas distintas, el recinto del personal técnico se había reducido casi a la mitad para el mismo número de camas, al situarse el oficio y el control en el centro de la planta, la vigilancia era más efectiva y los recorridos ostensiblemente más cortos. Los comedores de enfermos habían desaparecido. Los ascensores tenían usos diferenciados, accediendo a zonas concretas según la especificidad.

Resuelto ya el debate, suscitado inicialmente en la oficina técnica del INP, sobre el número de camas por habitación, García Mercadal asumió la recomendación de incorporar las tres camas por habitación con cuarto de baño privativo. La planta se completaba con dos zonas de estar y de visitas

⁶¹ Los quirófanos presentaban algunos avances técnicos. Incorporaban el pasillo sucio o la planta circular, siguiendo las pautas marcadas por el equipo de Marcide, que ya los había ensayado en el proyecto de la Paz de Madrid, que a su vez seguían los diseños por Paul Nelson unos años antes en Saint-Lô.

en los extremos del bloque, desde donde se podía acceder a las escaleras de emergencia. Curiosamente, este esquema se ha mantenido tras la reforma de 2007, que se ha limitado prácticamente a reducir a dos el número de camas por habitación y a dotar mejor las habitaciones en el sentido hostelero del término.



Plantas tercera y cuarta con distintas opciones de distribución para la central de esterilización. (Fuente: archivo INGESA).

En cuanto al bloque quirúrgico, en el espacio correspondiente a dos de los quirófanos, García Mercadal proyectó junto al servicio de reanimación una pequeña Unidad de Vigilancia Intensiva con una capacidad para 7 plazas. Esta incorporación respondía al ensayo que se estaba haciendo en los años sesenta sobre un programa experimental de cuidados progresivos que trasladaba el enfermo de una zona a otra en función de su situación pre o post operatoria. El programa no tuvo éxito como tal, pues suponía un trasiego excesivo de enfermos, pero fue el inicio de los cuidados intensivos en España.

La singularidad del centro estaba en la planta tercera, destinada a grandes quemados, con una distribución que respondía a las estrictas exigencias de asepsia de esta especialidad. La mitad de la enfermería estaba ocupada por la unidad de grandes quemados, con ocho boxes interiores, incomunicados con el exterior para mantener las condiciones de asepsia necesarias y con un quirófano propio dentro de la misma unidad. El resto de la enfermería mantenía el esquema de las plantas anteriores y estaba destinada a cirugía plástica. El bloque quirúrgico mantenía su uso pero quedaba reducido a un único quirófano.

Los centros de traumatología requieren una especialización superior a los hospitales generales, pero García Mercadal tenía experiencia en ellos, en 1959 había proyectado el Centro piloto de Traumatología en Oviedo y desde entonces había tenido oportunidad de adaptar espacios menores para los servicios de traumatología en otras residencias. Era, por lo tanto, conocedor de la especialidad y proyectó para Zaragoza un edificio funcionalmente puntero, aunque mantuvo un esquema de distribución monobloque con plantas simétricas cuya eficacia ya se cuestionaba en 1969.

- **Cuestiones de lenguaje y volumetría**

La característica más interesante de este edificio, son sus volúmenes puros y simplificados. A García Mercadal, que contaba con 72 años en el momento de proyectarlo, se le aprecia una cierta inercia a la hora de resolver la funcionalidad del edificio, sin embargo consigue unos volúmenes depurados, despojados de todo aditamento innecesario. Son volúmenes clásicos, compuestos de forma simétrica con respecto al eje central del edificio, sobrios y proporcionados en la fachada principal y escalonados en la posterior. En una de sus últimas obras consigue aunar los que ya decía en sus primeros escritos: la relación del clásico con la arquitectura moderna. Pero un clásico sin historicismos y una arquitectura moderna sin concesiones estilísticas.

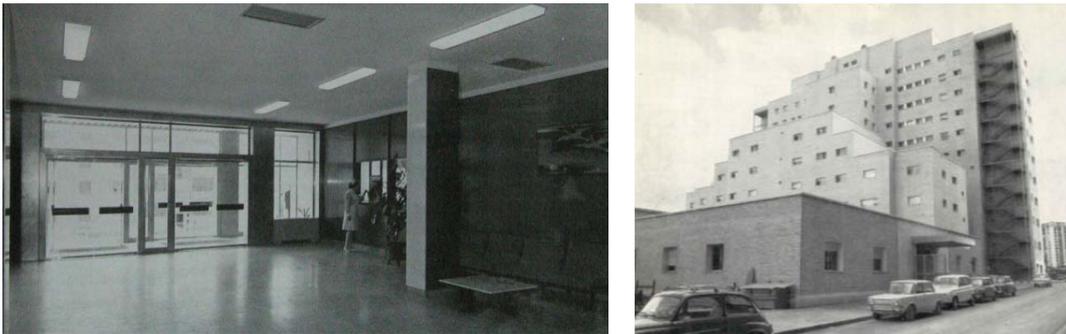
La estética del edificio es moderna, García Mercadal consigue una imagen netamente racionalista, alejada ya de toda concesión formal impuesta por el régimen franquista y despojada de todo tipo de historicismos, aún siquiera simplificados, como aparecen en otros de sus edificios pero eso sí, fiel a su racionalismo no dogmático difícilmente identificable con la ortodoxia moderna.

La composición de las fachadas es simétrica, con huecos iguales, de moderadas dimensiones, según dice en la memoria, para asegurar el rendimiento del aire acondicionado interior. Todos ellos están dimensionados con un módulo de setenta centímetros, que coincide con el despiece del aplacado pétreo.



Vistas de la fachada principal y posterior. 1973. (Fuente: archivo INGESA).

El edificio se componía de dos sótanos, planta baja y nueve plantas alzadas, estaba formado por dos bloques paralelos que se unían por su centro, donde se encontraba el núcleo de comunicaciones verticales principal. Al ser el bloque de la fachada mayor que el posterior, la planta seguía recordando la tipología de avión, aunque muy deformada⁶².



Vista interior del vestíbulo principal y exterior del acceso al área de rehabilitación de la calle lateral. (Fuente: F. García Mercadal, revista 1919FGM1972).

El centro disponía de tres núcleos de comunicación vertical; el principal, ubicado en el centro de la planta que, además de la escalera, contaba con tres de los 9 ascensores de uso especializado (tres montacamas en el núcleo principal, dos montacarros para la comida, dos montacarros para la ropa, un elevador exclusivo para las basuras y otro para comunicar las plantas de quirófanos) más cinco pequeños montacargas y dos escaleras de emergencia situadas en los extremos del bloque principal. Se aprecia en el

⁶² Se situó el centro de traumatología en la parte Sur del terreno, colocado perpendicularmente al bloque de las enfermerías de la Residencia General y con la fachada principal y el acceso por la calle Gonzalo Calamita. De esta forma la orientación el edificio era Norte-Sur, pudiéndose colocar las habitaciones de enfermos a orientación Sur y los quirófanos a orientación Norte.

proyecto un interés por jerarquizar el uso de las comunicaciones verticales, habiendo fijado en el proyecto el uso concreto de cada uno de ascensores.

- **Sistema constructivo**

Aunque se trata de un tema habitualmente marginado por la historiografía arquitectónica, García Mercadal no olvidó estas cuestiones en su proyecto a las que hace mención expresamente en la memoria. Introdujo también algunas innovaciones técnicas que había utilizado en sus últimos edificios, como la galería técnica para instalaciones que había proyectado en la Maternidad de Vitoria o la red de saneamiento separativa y puso especial énfasis en el diseño de los dos elementos singulares de este centro: el gimnasio de rehabilitación con piscinas de hidroterapia, dispuesto en la planta baja y con acceso independiente para pacientes externos y la planta de tratamiento de quemados, especialidad en la que este centro sigue siendo la instalación de referencia a nivel nacional.

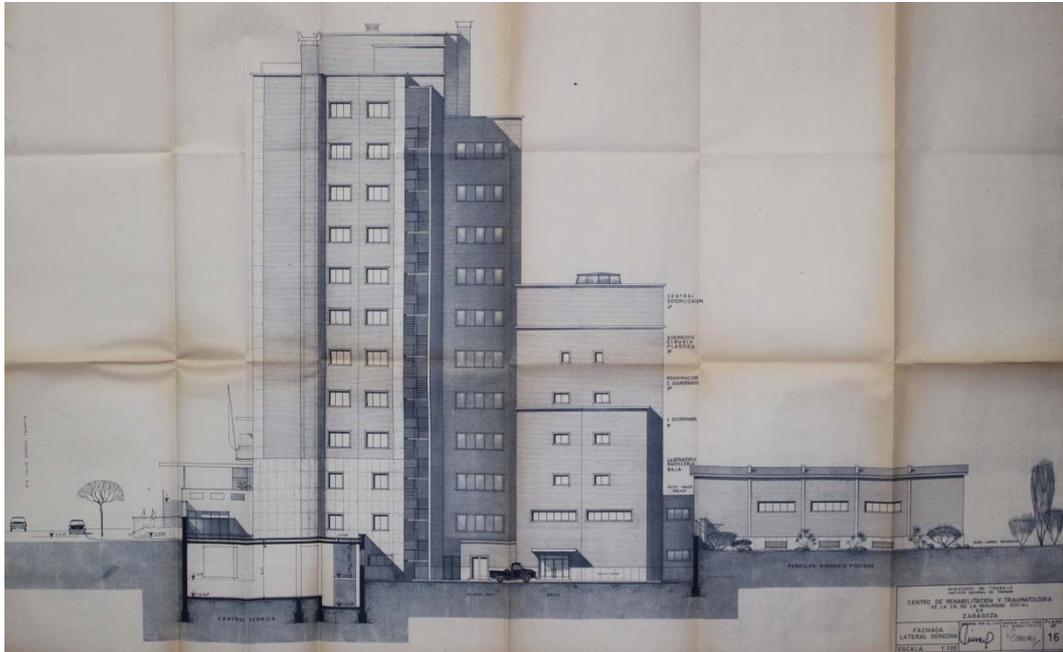
Puso un especial interés porque las instalaciones de Rehabilitación, ubicadas en la nave posterior de la planta baja, quedasen a la misma cota que los jardines de la Residencia General, de forma que los pacientes, aunque fueran en silla de ruedas pudieran acceder con facilidad a las zonas verdes, para ello habilitó un sistema de rampas que salvaban los pequeños desniveles existentes.

*"Como el terreno de los actuales jardines de la Residencia se encuentran a nivel -1,10 y estos servicios los emplazamos a nivel -0,36, disponemos una suave rampa interior y otras exteriores, que facilitarán el acceso o descenso al jardín, de los enfermos que circulan por sus propios medios, en butacas de ruedas o empujados por el personal auxiliar."*⁶³

Proyectó una estructura portante a base de perfiles metálicos, tanto para los soportes verticales, como para las jácenas y vigería de los forjados y utilizó los avances constructivos del momento, como los dobles paramentos en

⁶³ Véase la memoria descriptiva del proyecto del Centro de Traumatología Rehabilitación y Quemados de Zaragoza.

fachada con cámara de aire intermedia o el aluminio anodizado para las carpinterías exteriores.



Fachada lateral con sección por la central térmica. (Fuente: INGESA).



Vista principal del Centro de Rehabilitación, Traumatología y Quemados, 1971. (Fuente: F. García Mercadal, revista 1919FGM1972).

Los folletos explicativos que el INP editó con motivo de la inauguración del Centro de Traumatología Rehabilitación y Quemados hacían mención a la función social como la finalidad esencial de la instalación. Entendida en el sentido de conseguir reintegrar al enfermo accidentado, en el menor plazo posible, a su vida habitual en la sociedad y al trabajo en unas condiciones lo más parecidas posibles a sus circunstancias previas al accidente⁶⁴.

La medicina había conseguido erradicar algunas enfermedades crónicas de la sociedad, como la tuberculosis, sin embargo la vida moderna y el progreso habían aportado otras patologías relacionadas con la complejidad de los mecanismos y la velocidad. Se dejaron de construir sanatorios antituberculosos, pero tuvieron que ser sustituidos por centros de traumatología.

La sociedad española de los años 60 estaba pasando, en muy corto periodo de tiempo, de una ocupación mayoritariamente agrícola a otra industrial y estaba pagando los peajes de este desarrollismo con un aumento progresivo de accidentes laborales, lo que era percibido con una cierta alarma por la población.

De esta forma lo explicaba un funcionario anónimo en las publicaciones del INP.

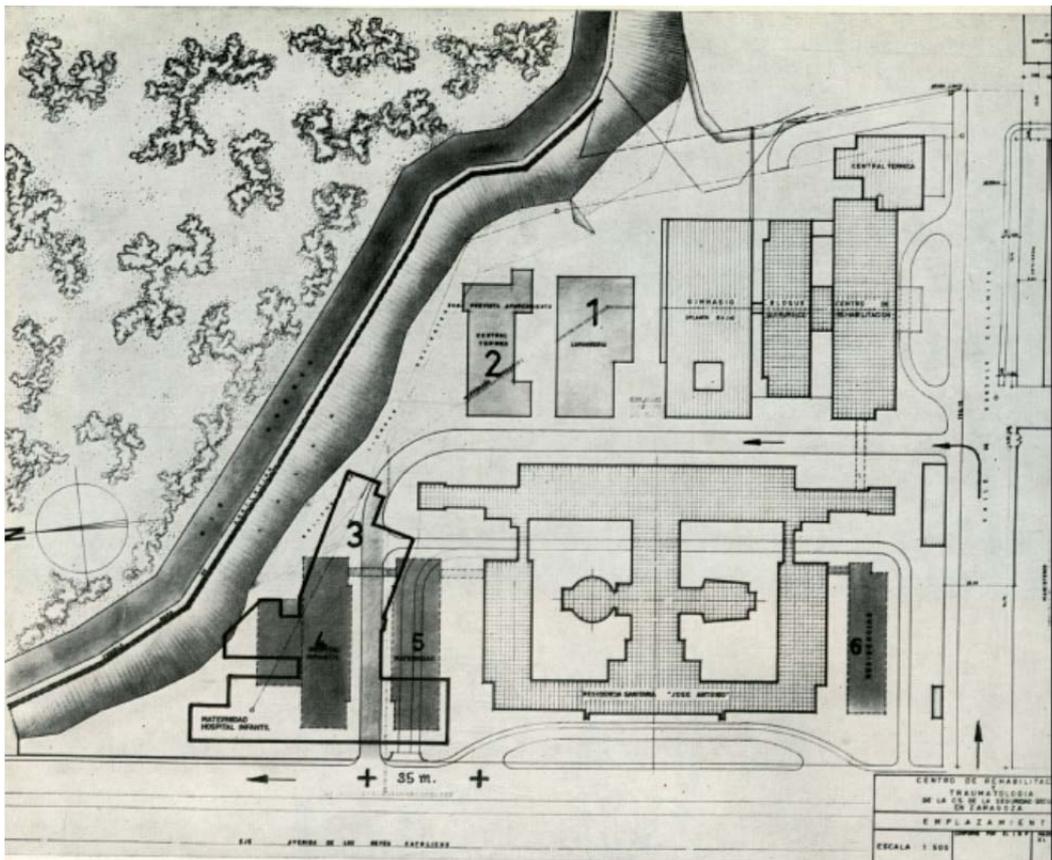
“La industria cuenta cada vez con máquinas más complejas que no admiten la menor distracción por el peligro que ello ocasiona, influenciado por el ritmo rápido y trepidante de la vida actual, todo ello ocasiona un número de accidentes de tráfico, de trabajo, etc. que aumenta de día en día y que las lesiones que se producen sean cada vez más graves”⁶⁵.

⁶⁴ INP. “Centro de Rehabilitación y Traumatología. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “José Antonio” de Zaragoza”. nº 1260, Madrid, Servicio Información y Publicaciones, 1977, p. 4.

⁶⁵ INP. “Centro de Rehabilitación y Traumatología. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “José Antonio” de Zaragoza”...op. cit., p. 3.

VIII.2.2. Renuncia de Fernando García Mercadal

La última fase para crear la Ciudad Sanitaria de Zaragoza en torno a la Residencia General era la construcción del Hospital Materno-Infantil que según el programa previsto tenía que estar constituido por dos edificios independientes pero inter-conexionados por pasos elevados en varias plantas. Con la iniciación del proyecto de Ciudad Sanitaria se había encargado a García Mercadal la redacción de un Plan General del conjunto⁶⁶ que organizara la implantación de los edificios en el solar⁶⁷, la circulación por el interior de la parcela y los accesos a cada uno de los edificios, así como la urbanización de la nueva calle Gonzalo Calamita, dando fachada al edificio de Traumatología.



Disposición de edificios prevista por García Mercadal y superpuesta la disposición del Hospital Materno-Infantil realizada por Fernando Flórez (3). (Fuente: F. García Mercadal, revista 1919FGM1972)

⁶⁶ No se trataba de un Plan General urbanístico, sino lo equivalente a lo que actualmente conocemos como el Plan Director.

⁶⁷ GARCÍA MERCADAL, F. "1919FGM1972" en revista *Nueva Forma...* op. cit. p. 34.

El orden previsto de los trabajos sería construir en primer lugar el Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados, cuyo proyecto se aprobó a la vez que el Plan Director. De esta manera las obras se harían simultáneamente a la urbanización de la calle Gonzalo Calamita, dejando para una segunda fase el Pabellón de Residencias y la construcción del Hospital Materno-Infantil.

García Mercadal había previsto para la ubicación de este último el único triángulo disponible, el delimitado por el río Huerva, la Gran Vía y la Residencia General, pero el terreno era escaso y hubo que prever la construcción de un muro de contención y defensa junto al cauce del río, lo que, además de proteger el solar de las crecidas, permitiría aumentar considerablemente la superficie disponible mediante el relleno del talud con las tierras resultantes de la excavación para los nuevos edificios⁶⁸.

La implantación prevista por García Mercadal era de dos bloques lineales perpendiculares a la Gran Vía, con acceso común desde la vía de circulación interior que, partiendo de la calle Gonzalo Calamita, rodeaba la Residencia General y desembocaba en la Gran Vía, a 35 m de la salida de la rampa del acceso principal⁶⁹. De esta manera se armonizaba el conjunto, tanto en planta como en alzado, enfatizando el valor de la Residencia General como edificio singular del conjunto en el que, visto desde la Gran Vía, aparecería en primer lugar el bloque del Hospital Infantil (nº 4 del plano de emplazamiento), seguidamente, al otro lado de la vía de circulación interior, el bloque de la Maternidad (nº5 del plano de emplazamiento), después los volúmenes bajos de las consultas ambulatorias con la Residencia al fondo y, por último un nuevo bloque, también perpendicular a la Gran Vía, el destinado a albergar las Residencias de la comunidad religiosa, de las enfermeras y del personal facultativo. Con la reubicación de estas residencias se desalojaban las últimas plantas del edificio principal de la

⁶⁸ Véase la explicación de García Mercadal en el preámbulo de la memoria del proyecto del Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados, donde calcula la superficie a recuperar con la ejecución del muro de contención en 3.680 metros cuadrados.

⁶⁹ García Mercadal incide en este dato en sus explicaciones del Plan Director en apoyo de la viabilidad de la calle interior.

Residencia General, donde estaba previsto el acondicionamiento de nuevas enfermerías, con capacidad para aumentar 150 nuevas camas.

Sin embargo un incidente ocurrido entre Mercadal y las autoridades de la Seguridad Social, de la que dependía ya la oficina de proyectos, truncó el desarrollo de este proyecto que fue encargado a otro arquitecto. El incidente tuvo que ver con la imposición de Fernando Flórez como colaborador en los proyectos de las principales de Ciudades sanitarias: las de Barcelona, Valencia y Zaragoza. Los arquitectos de Barcelona y Valencia, Botella y Zavala, consintieron en estampar su firma junto a la del colaborador impuesto en sus proyectos de ampliación de las respectivas ciudades sanitarias, pero García Mercadal no lo aceptó para el de Zaragoza y poco después comprobó que no había posibilidad de oponerse, pues como consecuencia de este desencuentro fue apartado de este proyecto y de todos los de la Seguridad Social, dando por cancelado en la práctica su contrato de colaboración con el INP, de hacía veinticinco años. La edad ya lo había jubilado del resto de proyectos de otros promotores.

La imposición de colaboradores en los proyectos fue la estrategia de Marcide para hacerse con el control de todas las obras de esta etapa: infiltrar a sus ayudantes aparejadores, que acababan de obtener el título de arquitectos mediante el curso puente en la Escuela de Arquitectura de Madrid,⁷⁰ como colaboradores obligatorios en los principales proyectos.

Se inició así una etapa en la que primaba sobre todo la rapidez y la economía en la ejecución de los hospitales, logros que los responsables españoles exhibían ante sus colegas europeos, pero que muchas veces no eran consecuencia de una buena organización, sino más bien de la precipitación, de la improvisación y de la repetición irreflexiva. Tampoco la calidad arquitectónica figuraba entre los objetivos marcados y los hospitales de los años setenta en España desaparecieron de las publicaciones de arquitectura.

⁷⁰ Fernando Flórez y Miguel Tapia-Ruano, ayudantes habituales de Marcide como aparejadores del INP, obtuvieron el título de arquitectos en 1964.

VIII.2.3. El Hospital Materno-Infantil

Apartado del proyecto del Hospital Materno-Infantil García Mercadal, se hizo cargo del mismo el arquitecto Fernando Flórez, que no respetó el Plan General del conjunto que había sido aprobado y modificó la implantación de los edificios. Se eliminó el bloque previsto para residencias del personal interno y se cambió la forma y el emplazamiento del Materno-Infantil, unificándose en un solo edificio compuesto por un bloque paralelo a la Gran Vía y otro perpendicular, con un apéndice irregular para el bloque quirúrgico.



Esquema volumétrico desde la fachada posterior en el que se aprecia los tres edificios de la Ciudad Sanitaria. Situación de los años setenta: Residencia General, Traumatología y Materno-Infantil. (Fuente: Jesús Escribano).

Esta disposición presentaba algunas desventajas con respecto a la propuesta de García Mercadal, por una parte acercaba el edificio peligrosamente al talud del cauce del río, por otra su planta de forma irregular (con forma de metralleta según García Mercadal)⁷¹ se integraba mal en el trazado general, truncando el trazado de la vía de circulación interior, que ya no tenía salida a la Gran Vía, y por último su volumen y

⁷¹ GARCÍA MERCADAL, F. "1919FGM1972" Revista *Nueva Forma...* op. cit. p. 68.

alzado entraban en competencia con el de la Residencia General, perjudicando de forma notable la imagen del conjunto.



Vista actual del complejo hospitalario Miguel Servet, con el Hospital Materno-Infantil en primer plano y la Residencia General al fondo. (Fuente: Google Maps).

Como consecuencia del estudio de estandarización de los hospitales, iniciado por Marcide unos años antes y la propuesta concreta de Hospital teórico de 300 camas, su equipo había desarrollado diversas soluciones cilíndricas, que en un principio aplicaron para resolver los bloques quirúrgicos de baja altura pero que luego generalizaron también para las enfermerías de algunas maternidades, como la de Bellvitge en Barcelona. Es de extrañar que Flórez no utilizara el bloque cilíndrico para la maternidad de Zaragoza, solución ya habitual en el equipo de Marcide en esos años⁷². Seguramente el compromiso de edificar junto a un edificio de García Mercadal hizo que

⁷² El equipo de Marcide había trabajado desde los años 60 en un hospital teórico de 300 camas en el que desde el principio introdujeron una solución teórica para los quirófanos ordenándolos en círculo y que luego aplicaron también en las enfermerías, principalmente de las maternidades, hasta el punto de ser reconocibles los hospitales de su equipo por los elementos cilíndricos (conocida era la afición y la soltura con que Marcide utilizaba el compás). Siendo este uno de los primeros proyectos de Fernando Flórez como arquitecto y formando parte como alumno aventajado del equipo de Marcide, equipo que luego lideraría, es de extrañar que no utilizara una solución que tenían muy depurada y de la que había sido, en buena parte, responsable del diseño.

desechara el cilindro por considerar que no se integraba en la imagen del conjunto. García Mercadal era un arquitecto de prestigio y su negativa a aceptar al colaborador novato aumentaba la responsabilidad del resultado. Flórez optó por una solución anodina en cuanto a volumen y un acabado de ladrillo visto de color amarillento, similar al del conjunto, en un afán de integración que no pasó del intento.



Perspectiva del proyecto de Fernando Flórez para el Hospital Materno-Infantil.
(Fuente: archivo INAGA).

La oficina técnica del INP había entrado en una espiral de eficacia y rapidez a cualquier precio que no tardó en conseguir que las obras se resintiesen. Alberto Pieltain explica el proceso que seguía la oficina técnica para la elaboración de los proyectos, con el que pretendía ser la envidia de sus homólogas de Europa:

“En una comunicación escrita de Fernando Flórez, uno de los arquitectos jefes del INP de los años setenta, al responsable de los proyectos del NHS británico William Tatton-Brown se relata ese proceso, que duraba tres o cuatro tardes. Según Flórez, Manuel Santos, el médico jefe de la Asesoría de Proyectos, se reunía con el arquitecto de plantilla responsable del proyecto: se discutían los últimos hospitales de la Red y se incorporaban las mejoras necesarias. La fase de diseño se desarrollaba en las oficinas del INP por uno de sus cuatro, cinco, o seis equipos, según el momento, compuesto cada uno por dos o tres arquitectos, un par de estudiantes de los últimos cursos de carrera y seis o siete

delineantes. Los diseños eran repetitivos, de modo que los planos se reutilizaban muy a menudo, en muchas ocasiones sin comprobar si quiera las condiciones de los solares, lo que daba lugar, por ejemplo, a desgraciadas rampas de entrada para ajuste del proyecto a la realidad. Los proyectos se reducían a unos pocos planos de arquitectura y unos esquemas de instalaciones. Según se dice, el desarrollo del proyecto corría a cargo de una de las cinco compañías constructoras que colaboraban con el Instituto. (...) Los arquitectos encargados de los proyectos pasaban de vez en cuando por las oficinas de esas empresas a supervisar los detalles.”⁷³

En cuanto a la construcción, también se utilizaban todo tipo de atajos que permitieran simplificar el proceso. Con el Seguro de enfermedad solamente colaboraban cinco o seis constructoras⁷⁴, ganadoras de un concurso inicial de lista de precios cerrados, de esta manera los trámites de adjudicación se simplificaban muchísimo. La adjudicación era directa, los precios unitarios estaban establecidos previamente, y sólo había que evaluar los plazos que, evidentemente, afinaba más que ninguna la empresa que había desarrollado el proyecto. En la práctica existía un reparto de obras entre estas empresas que suponía un coto cerrado al que no podía acceder ninguna otra. Para reducir los plazos, era práctica habitual que las obras se empezaran antes de terminar el proyecto y se simultanearan con el desarrollo del mismo.

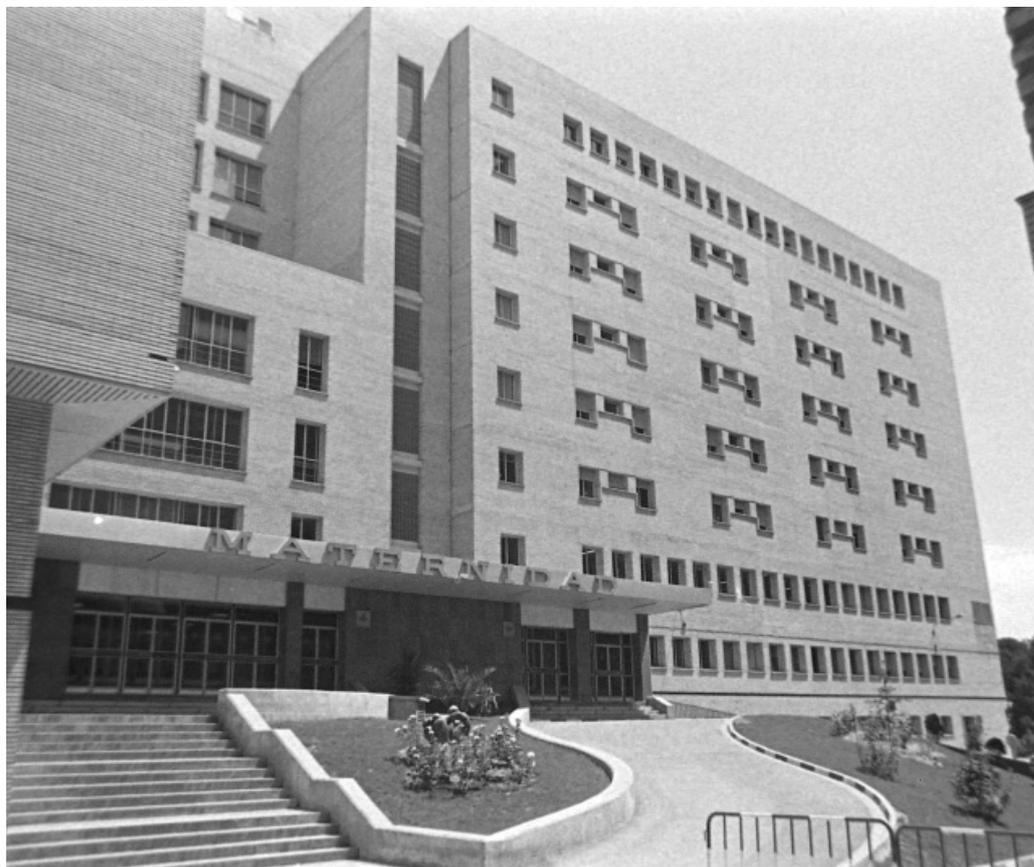
Estas prácticas permitieron al INP batir records. Mientras que en Europa el tiempo de planificación y construcción de un hospital era de diez años, en España el INP conseguía reducirlo a dos. Esta reducción tenía ventajas políticas y presupuestarias,⁷⁵ pero generaba problemas graves de improvisación que se plasmaban en el mal funcionamiento de los hospitales

⁷³ PIELTAIN, A. “El Hospital. Doscientos años de proyectos” en ISASI F., J. (editor) *Hospitales. La arquitectura del INSALUD, 1986-2000...*, op. cit. p. 109.

⁷⁴ En las obras de Aragón se repetían unas pocas empresas: Huarte y Cia SA, Eguinea Hermanos, Ramón Beamonte, Pedro de Elejabeitia, Vda. De Teófilo Serrano, Dragados y Construcciones SA.

⁷⁵ La reducción de plazos, aparte de la ventaja que suponía para los políticos la rápida puesta en funcionamiento de la instalación, suponía un ahorro por no llevar aparejada la engorrosa revisión de precios, cuestión fundamental y preocupante en las obras con plazos de ejecución más largos.

y en el coste excesivo de las reparaciones y el mantenimiento desde el momento mismo de la inauguración. Esto ocurrió con el Hospital Materno-Infantil de Zaragoza, cuyos problemas constructivos fueron graves.⁷⁶



Vista del Hospital Materno-Infantil. Entrada Principal. (Fuente: INGESA).

La construcción del Hospital Materno-Infantil se realizó entre los años 1970 a 1972. Un año después de su inauguración empezaron los primeros síntomas de las deficiencias constructivas a las que se aludía anteriormente. En 1973 aparecieron diversas grietas en algunos marcos de puertas y en la tabiquería del Hospital Infantil, así como fisuras en muros y forjados en la Maternidad. En 1976 se denunció públicamente que la zona de maternidad se estaba desplazando hacia el río Huerva, por lo que se tuvo que construir el muro de contención, previsto García Mercadal en su Plan General, para sujetar las tierras del talud y evitar que el desplazamiento del edificio continuara. Tras realizar algunos estudios técnicos se determinó que los problemas eran

⁷⁶ Documentación obtenida de la Subdirección de instalaciones del Hospital Miguel Servet.

relativos a la cimentación y estructura del edificio, por lo que fue necesario refuerzos generalizados.

Más allá de los problemas constructivos encontrados en el Hospital Materno-Infantil, se produjo en esa época un cambio de tendencia: la caída de la tasa de natalidad así como la disminución de los ingresos pediátricos redujeron sustancialmente la función de estos centros hospitalarios, pasando el protagonismo inicial de los partos a la cirugía, los cuidados intensivos, la prevención de los distintos tipos de cáncer o las consultas de esterilidad. Por todo ello la remodelación del edificio tuvo dos vertientes, por un lado dar respuesta a los problemas de estructura y cimentación existentes y, por otro, una adecuación de sus espacios interiores para atender a las nuevas demandas asistenciales, con lo que se disminuyó su capacidad de 561 a 408 camas.

Debido a problemas de planificación en los desalojos necesarios para acometer las obras, éstas se retrasaron y no comenzaron hasta agosto de 1983. Pero no habían terminado aún las desdichas, una vez comenzadas las demoliciones, se descubrió una nueva serie de fisuras en las viguetas de los forjados entre plantas, por lo que se procedió a nuevas pruebas y análisis, esta vez a cargo de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Caminos de Madrid, que verificaron la existencia de un grave defecto de resistencia, lo que supuso una nueva paralización de las obras de remodelación.



The image is a screenshot of a news article from the Spanish newspaper 'El País'. The article is titled 'El edificio de la Maternidad de Zaragoza presenta problemas de cimentación' (The Maternity Building in Zaragoza presents foundation problems). The author is Rosa María Artal, and the article was published in Zaragoza on January 29, 1982. The article is categorized under 'ARAGÓN'. The screenshot shows the newspaper's logo, the location 'ARAGÓN', the title, social media sharing icons, and the author and date information.

Artículo de El País haciéndose eco de la noticia de los problemas estructurales del Hospital Materno-Infantil. (Fuente:http://elpais.com/diario/1982/01/29/espana/381106821_850215).

Finalmente y sin más incidencias, en 1986 se terminaron las obras de refuerzo de la estructura y de remodelación del edificio, dando así por terminada la

denominada Ciudad Sanitaria. A partir de este momento todas las obras llevadas a cabo han sido solamente de reforma o sustitución. Un año antes, el tres de febrero de 1985, había muerto García Mercadal con la sensación de que su mejor obra le había sido arrebatada: *"...tengo que decir aquí que me ha sido birlada parte de mi mejor obra: la que completa la Ciudad Sanitaria José Antonio. Pero no cuento aquí todo lo que podía contar..."*⁷⁷.

VIII.3. Intervenciones posteriores

En los 62 años de actividad del hospital se han realizado numerosas modificaciones interiores, no obstante, el edificio inicial sigue manteniendo su imagen primera ya que el bloque más alto, el de las enfermerías de la Residencia General, no ha sido modificado por el exterior; ni en las fachadas, ni en las cubiertas que, con sus marquesinas redondeadas de la planta doce, constituyen el elemento identificador más reconocible del hospital.



Vista actual del Hospital Universitario Miguel Servet desde el Sureste, en la que se aprecia que, a pesar de las muchas intervenciones sufridas, desde esta orientación se siguen reconociendo las plantas altas de la fachada posterior con el sello reconocible de su autor. (Fuente: Jesús Escribano).

⁷⁷ CASTRO C., "Los arquitectos critican sus obras" en la revista *Arquitectura...* op. cit., p. 35.

VIII.3.1. Reformas en la Residencia José Antonio. 1975 – 1978

Durante el periodo en el que el Hospital Materno-Infantil se encontraba paralizado por las reformas y los problemas estructurales, entre los años 1975 y 1978 se realizaron obras de reforma en la Residencia José Antonio, en las que se demolieron los volúmenes bajos situados junto a la Avda. Isabel la Católica, desapareciendo el ambulatorio y los elementos más representativos, como su magnífico vestíbulo, la capilla, el salón de actos, para edificar en su lugar una pieza mucho más compacta y de mayor superficie construida.



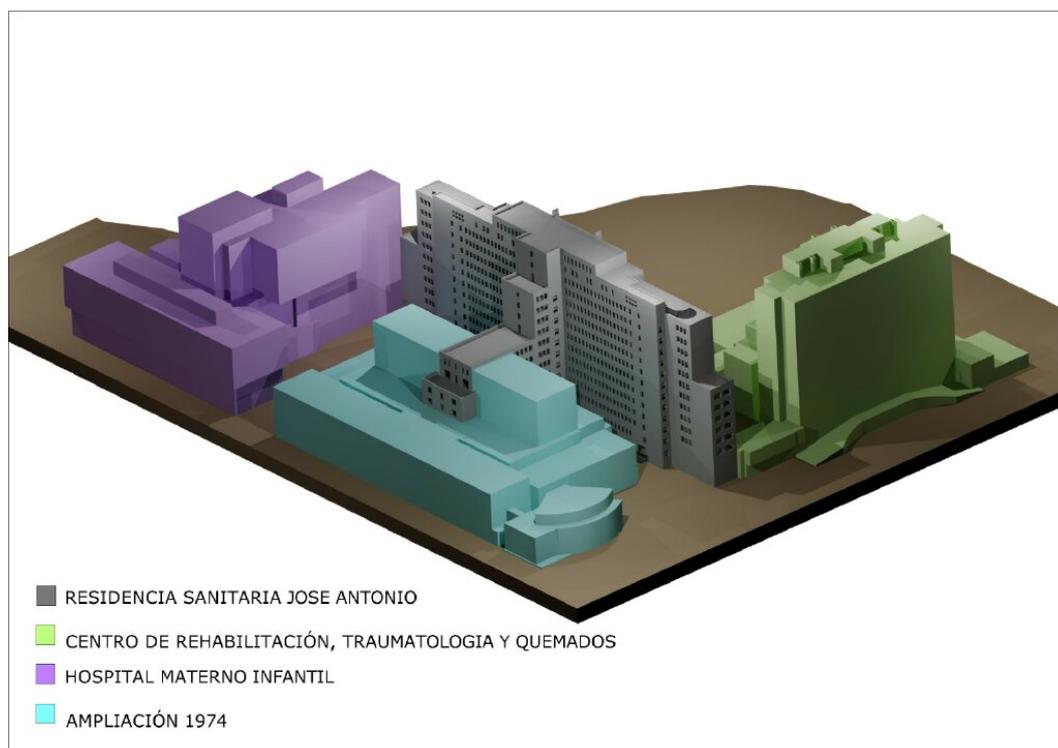
Vistas de la demolición de la capilla y el ambulatorio, 1975 (Fuente: Real Academia de Medicina. Autor: J. A. Giménez Mas).

Los arquitectos encargados de esta reforma, Alfonso Casares, Aurelio Botella Clarella⁷⁸ y Reinaldo Ruiz Yébenes, pertenecientes a la segunda generación de técnicos del I.N.P., interpretaron que la solución a los problemas de funcionamiento del hospital podría pasar por dotar al edificio de un basamento médico, la llamada “máquina de curar”⁷⁹ tal como se entendía en los hospitales del momento en Europa y América. Era la evolución natural de la tipología monobloque de los hospitales americanos para dar una

⁷⁸ Hijo de Aurelio Botella Enríquez, arquitecto ganador, junto con Sebastián Vilata Valls, del primer premio en el Concurso de Anteproyectos de Residencia Sanitaria de 500 camas convocado por el Seguro de Enfermedad en 1946.

⁷⁹ Término utilizado por Michel Foucault en su libro *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, dedicado al debate surgido a finales del siglo XVIII a raíz del diseño de los hospitales. Actualmente, el término, es utilizado para señalar el núcleo técnico o los servicios centrales de un hospital.

respuesta al incremento continuo de la demanda de espacios dedicados a los servicios quirúrgicos y de tratamientos clínicos, lo que obligó a concentrarlos en las plantas bajas de los hospitales como si se tratara de un basamento⁸⁰.



Volumen añadido a la Residencia General en sustitución del ambulatorio, la capilla y el salón de actos. Proyecto de 1974. (Fuente: Jesús Escribano).

En el caso de Zaragoza, aunque no solucionaba totalmente el funcionamiento de las circulaciones internas, sí que las organizaba mediante la diferenciación de los usos principales. El basamento correspondía con el cuerpo delantero existente, en ese momento todavía en funcionamiento como ambulatorio. El cuerpo alto del edificio, correspondiente con el bloque posterior, se mantenía como torre de hospitalización, de tal manera que

⁸⁰ CASARES, A. "Residencia vertical o estructura tecnificada". La evolución del hospital del siglo XX", en *A&V. Monografías de Arquitectura y Vivienda* N° 49, Madrid, 1994, p. 10.

eliminar el espacio en blanco superior el hospital funcionara, aproximadamente, según el modelo torre-basamento.⁸¹

A partir de esta reforma se le fueron añadiendo al complejo pequeños edificios de apoyo para los servicios generales, instalaciones, suministros etc., lo que supuso que se colonizara la parcela desordenadamente, hasta el punto de tener que ser eliminados en las fases siguientes. Aparecieron también en la parcela, entre la residencia general y el límite posterior con el río Huerva, la central térmica y la lavandería. Se mejoraron las comunicaciones verticales mediante el aumento del número de ascensores, pasando el núcleo central de cuatro a seis unidades. En las dos zonas de oficio, para el servicio de cocina, también se colocaron dos nuevos montacargas.

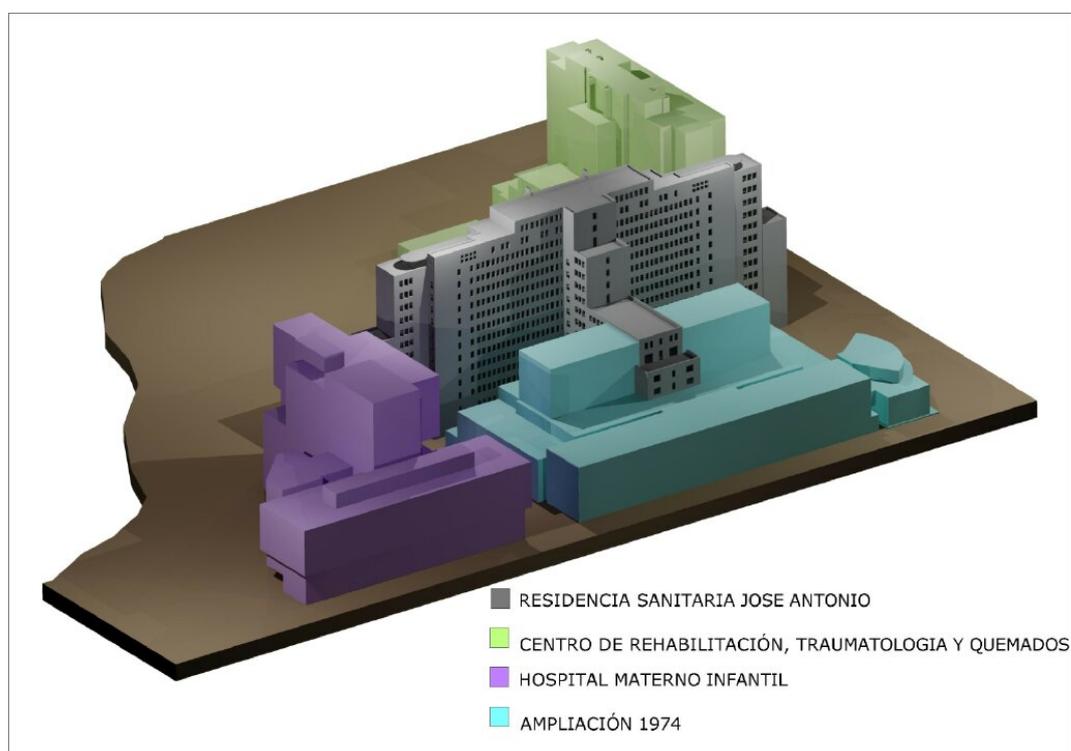
Quedó así configurada la actual imagen del Hospital Miguel Servet, pues aunque se siguieron haciendo reformas, alguna de gran calado, las ampliaciones se situaron en la zona posterior, detrás de la Residencia General y modificaron escasamente la apariencia del complejo.

Aunque no se puede decir que la obra de García Mercadal haya sido "birlada", como afirmaba su autor en 1971, sí que se aprecia que ha sido fagocitada en parte por la nueva edificación y rodeada de tal forma que solamente los volúmenes altos se distinguen a lo lejos. Como se puede ver en el apéndice documental, esta no es la obra peor tratada por la fortuna de las actuaciones posteriores. La Residencia de Pamplona, por citar un ejemplo cercano, tuvo peor suerte con el devenir del destino.

En 1984, consolidada ya la democracia en España, se cambió el nombre de la Residencia José Antonio, pasando a denominarse Hospital Miguel Servet, siguiendo la costumbre, ahora incrementada, de eliminar todos los nombres que tuvieran relación con el régimen anterior. Unos años más tarde se le añadió la condición de universitario, completando el actual nombre:

⁸¹ Los ingleses llamaron a este modelo "Matchbox on a Muffin" (La caja de cerillas sobre un panecillo). Esta fue la imagen que utilizó Jonathan Hughes para definir el diseño de los hospitales del Servicio Inglés de Salud en su artículo *The "Matchbox on a Muffin": The Design of Hospitals in the Early NHS*, publicado en enero de 2000.

Hospital Universitario Miguel Servet. El cambio de nombre tuvo buena acogida entre la población, pues en estos momentos se puede decir que ha desplazado a la popular denominación de "La Casa Grande".



Esquema volumétrico, vista lateral. Proyecto de 1974. (Fuente: Jesús Escribano).



Vista aérea del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, tras la reforma de 1986. (Fuente: <http://www.accionaconstruccion.com>).

VIII.3.2. Últimas reformas. Traspaso de competencias

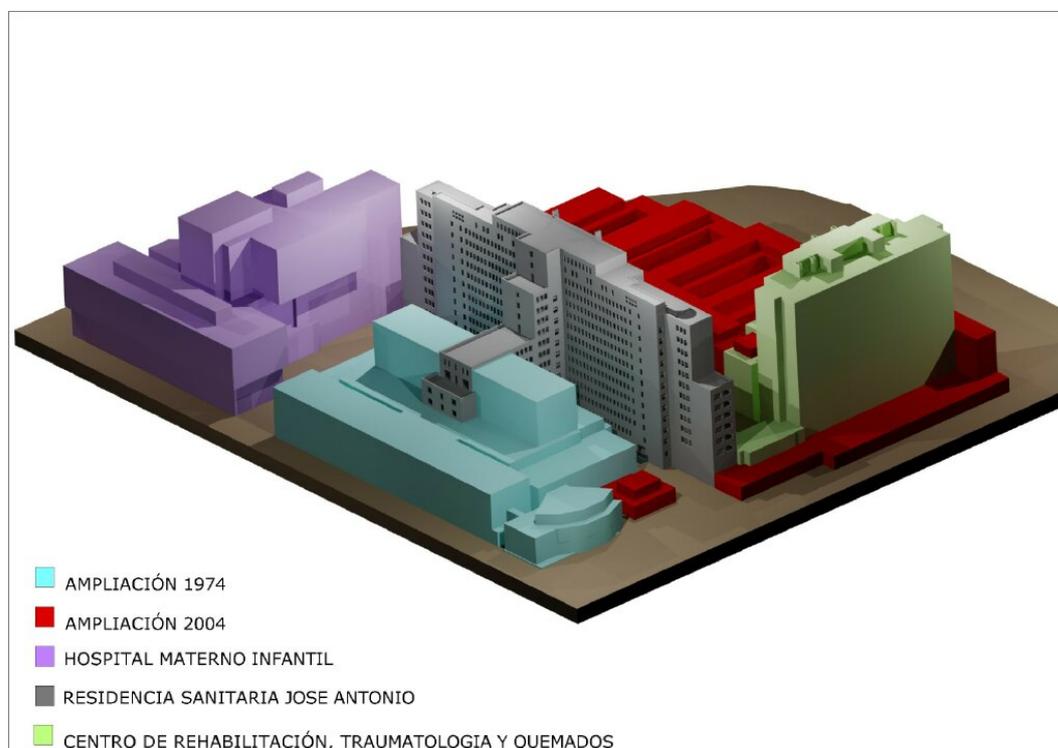
La última reforma se gestó durante el final de la época del INSALUD y, aunque en principio, estaba dirigida a reformar exclusivamente el edificio de Traumatología, una vez iniciado el estudio del programa funcional, la necesidad de convertir el inicial complejo de edificios independientes en un conglomerado unido, fue modificando las previsiones iniciales hasta finalizar en una intervención de mucho mayor calado. El concurso del proyecto se convocó en 1998 pero su redacción final quedó paralizada por las negociaciones en curso de las transferencias de Sanidad a las Comunidades Autónomas. Finalmente se alcanzó el acuerdo económico en los últimos meses del 2001 y las competencias en materia de Sanidad pasaron a ser responsabilidad de la Diputación General de Aragón el 1 de enero de 2002⁸².



Vista aérea del Hospital Miguel Servet hacia el año 2004. Iniciadas las últimas obras de reforma. (Fuente: <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/hospital-universitario-miguel-servet>).

⁸² Real Decreto 1475/2001 de 27 de diciembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de La Salud (B.O.E. 28.12.2001).

La Consejería de Salud retomó el proyecto encargado al arquitecto Luis González Sterling y la construcción empezó en el año 2004, terminándose en el 2007.



Volumetría actual del Hospital Miguel Servet. 2006. (Fuente: Jesús Escribano).

La intervención consistió en realizar una plataforma de cuatro plantas de altura que uniera físicamente la Residencia General y Traumatología, ocupando la totalidad de suelo disponible entre estos dos edificios en el inicial jardín posterior. Esta plataforma multifuncional daría servicio tanto al edificio de la Residencia General como al de Traumatología, conteniendo los servicios centrales asistenciales de ambos edificios. González Esterling utilizó para su reforma un planteamiento similar al realizado por el equipo de Casares en la reforma del año setenta y cuatro: el “matchboxon a muffin” inventado por el NHS británico unos años antes, aunque en este caso, y haciendo uso de la traducción literal, el “panecillo con caja de cerillas” pasaba a tener dos cajas de cerillas: la Residencia General y Traumatología.⁸³

⁸³ El panecillo sería la plataforma multifuncional situada detrás de la Residencia General y de Traumatología y las cajas de cerillas los bloques de hospitalización de ambos centros.

Esta ha sido y sigue siendo la solución habitual para adaptar los antiguos hospitales verticales a las exigencias actuales. Las funciones de diagnóstico y tratamiento se concentran en las plataformas de las plantas bajas, dejando las funciones residenciales en los antiguos bloques en altura.⁸⁴



Volumetría actual, vista posterior. 2006. (Fuente Jesús Escribano).

La plataforma se desarrolló en un esquema lineal de dos circulaciones paralelas, que, mientras el solar se lo permitía⁸⁵, hacían de raíles⁸⁶ e iban incorporando las piezas de los servicios centrales que se necesitaban: laboratorios, quirófanos, UCI, etc., manteniendo las plantas altas de los dos edificios existentes con usos exclusivamente residenciales.

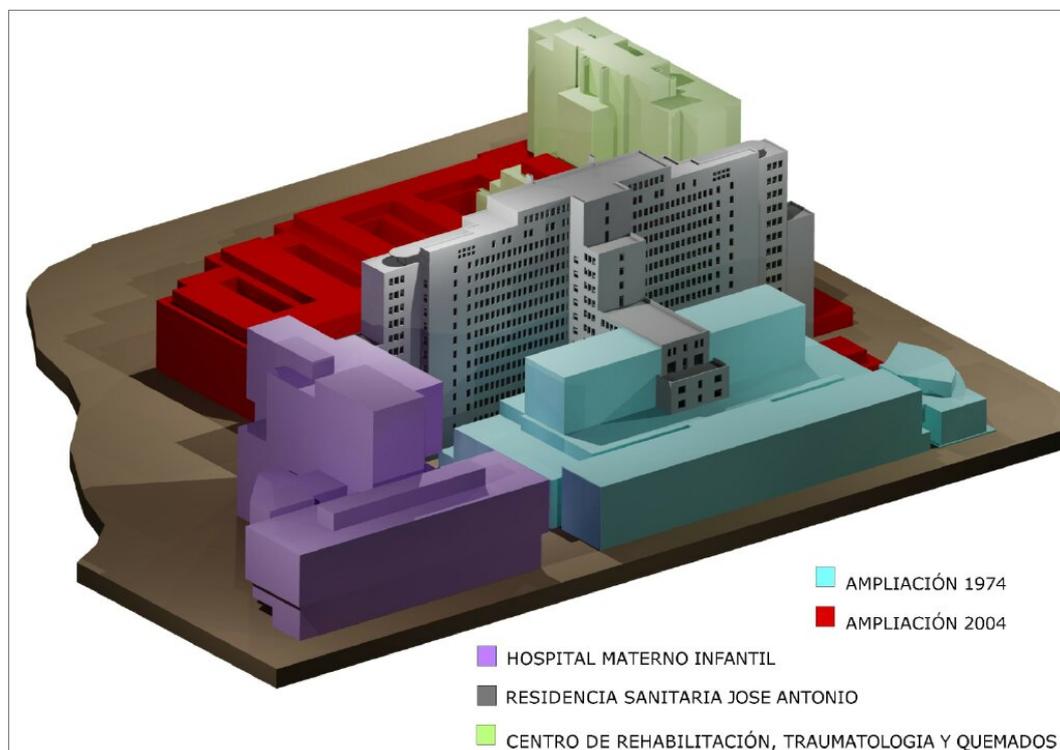
⁸⁴ ISASI, J., "De la previsión social a la salud pública. Tipos sanitarios en la España contemporánea" en *A&V. Monografías de Arquitectura y Vivienda* N° 49, Madrid, 1994, p. 15.

⁸⁵ La forma irregular del solar y el cercano río Huerva no permitieron que la plataforma fuera rectangular, quedando uno de los dos raíles de las circulaciones lineales más corto que el otro.

⁸⁶ Se utiliza en el argot del diseño actual de hospitales para designar a las circulaciones paralelas, mientras que las traviesas representarían a los distintos usos que se generan entre los raíles.

Se concluyó así la última intervención generalista de este hospital de 70 años que, tras las últimas intervenciones ha recuperado un nivel de organización y eficacia óptimos, pero al que los límites de un solar, sin posibilidad de expansión, le acotan su capacidad de crecimiento y de adaptación a las nuevas exigencias asistenciales de la población. La rotundidad de la última intervención de 2004 y el periodo de recesión económica en la que se ha visto inmerso el país desde el año 2008 han frenado la puesta en marcha de nuevas reformas integrales, pero de todos es conocida la rápida obsolescencia de las instalaciones sanitarias para las que un periodo de quince años representa una nueva generación.

El Hospital Miguel Servet es sin duda la mejor obra hospitalaria de Fernando García Mercadal y a la que aportó su particular forma de hacer arquitectura, ese compromiso con la modernidad sin renegar de lo clásico. Tampoco ha sido la peor tratada por las intervenciones posteriores, pues sigue siendo reconocible una parte importante de su imagen, pero se echa en falta algún tipo de protección patrimonial que preserve el edificio de posibles reformas más desafortunadas.



Volumetría actual, vista lateral. 2006. (Fuente Jesús Escribano).

CONCLUSIONES

Durante los años cuarenta se produjo un esfuerzo extraordinario desde el punto de vista de la política sanitaria del franquismo por renovar las instalaciones sanitarias de toda España llevando a cabo grandes inversiones económicas con el objetivo de generalizar la asistencia y protección sanitaria a las clases trabajadoras. Una vez aprobada en 1942 la Ley que daba soporte reglamentario al Seguro Obligatorio de Enfermedad y que garantizaba coberturas de asistencia y prestaciones económicas en caso de enfermedad a todos los trabajadores contratados por cuenta ajena, se empezó a planificar el acondicionamiento y la construcción de las instalaciones necesarias para que esa asistencia tuviera unas condiciones aceptables en cuanto a la práctica de la medicina moderna. Ante la ausencia en España de instalaciones suficientes y adecuadas para atender a todos los asegurados, fue necesario construir en muy poco tiempo un gran número de hospitales y ambulatorios.

Este cometido fue llevado a cabo por unos pocos arquitectos de talento, que durante varios años proyectaron instalaciones sanitarias a un ritmo frenético. A estos arquitectos les cupo el honor y la responsabilidad de diseñar unos edificios que el Estado tomó como representativos de la nueva política social. El régimen les impuso la tarea de dar forma a la moderna asistencia sanitaria en contraposición con la anterior beneficencia obsoleta. Los proyectos ejecutados de estos hospitales permiten entender las consignas lingüísticas del régimen en favor de una arquitectura por principio alejada de la arquitectura moderna¹, que se identificaba con la segunda República, pero en la que, no obstante, dada la prioridad otorgada al carácter funcional sobre el puramente formal, se llevarán a cabo soluciones de compromiso. Por otro lado, estos edificios hospitalarios permiten constatar la evolución de la propia arquitectura franquista, su adaptación a las

¹No hay que olvidar que todos estos arquitectos conocían los hospitales realizados por Sánchez Arcas y Lacasa durante la dictadura de Primo de Ribera y la República y que, aunque muy pocos en número, representaron un claro avance con respecto a los edificios hospitalarios anteriores. Sin embargo los próceres del régimen les impidieron hacer siquiera alguna referencia a sus logros. Lo mismo pasó con el Gatepac, cuyos ensayos quedaron arrinconados en el olvido.

diversas realidades contextuales o regionales a menudo basadas en aproximaciones de tipo vernáculo o tradicional.

El resultado formal de estos edificios y su calidad arquitectónica estuvieron condicionados por varios motivos: unos de tipo político, entre ellos la exigencia del régimen franquista en las primeras décadas de su desarrollo de que las obras oficiales respondiesen a un "estilo nacional", no del todo definido, pero fundamentado en un "neoclasicismo" institucional; otros, de tipo económico, que tenían que ver con la escasez de medios y con el aislamiento internacional que sufría el régimen franquista; otros también de tipo técnico, relacionados con la influencia de los hospitales americanos y sus novedades técnicas y, por último, otros de tipo cultural derivados de la añoranza que les producía a alguno de estos arquitectos la renuncia o la transformación de una arquitectura moderna a la que habían visto y ayudado a nacer, importada de Europa, en la década anterior y que ahora se veía contaminada por elementos tradicionales. No obstante, el germen de la modernidad presidirá la esencia constructiva y espacial de estos hospitales.

Los arquitectos que trabajaron para el Instituto Nacional de Previsión, aunque con el tiempo adolecieron de una cierta inercia en su arquitectura, en los proyectos correspondientes a la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones llevaron a cabo el descubrimiento de modelos hospitalarios surgidos a partir del análisis de los hospitales americanos, que dieron respuesta a las exigencias de la medicina moderna a la vez que encarnaron, en las ciudades principales, con su presencia urbana y el carácter de su arquitectura, la modernidad del momento.

La reivindicación de la segunda etapa de la trayectoria de Fernando García Mercadal se ha centrado, en cuanto al tiempo, en el segundo tercio del siglo veinte y en la calidad o singularidad de su obra hospitalaria, en la que, más allá de los elementos de oficio prescritos por el organismo sanitario, se descubren detalles creativos que surgen de su compromiso entre tradición y modernidad observable en proyectos anteriores a la dictadura, como el chalet para el Puerto de Navacerrada, o su propuesta para la plaza de Cuba en Sevilla.

La implantación urbana, en lo que por entonces, eran solamente zonas periféricas como es el caso de Zaragoza, eliminaba cualquier tipo de conflictividad con las preexistencias, a las que Mercadal si atendió en su obra teórica y crítica, para dar paso a los ensayos del edificio sanitario en altura, lo que revela la reflexión sobre temas como la forma y la función en el tratamiento de los diversos alzados y en la integración de racionalismo, estructura y ornamento.

Los hospitales y ambulatorios que Fernando García Mercadal proyectó durante la dictadura franquista para el INP han desencadenado una reflexión crítica de su obra en la etapa franquista al margen de formalismos.

En el reparto de inversiones a Aragón le correspondieron cuatro residencias sanitarias y un buen número de ambulatorios, todos ellos realizados por el arquitecto Fernando García Mercadal. Su obra hospitalaria más significativa fue la Residencia José Antonio de Zaragoza, una imponente construcción de gran calidad arquitectónica y excelente solvencia técnica.

En los años cincuenta se construyeron en España tres hospitales que puedan ser comparables con el de Zaragoza en cuanto a las dimensiones: fueron las residencias de Barcelona, Bilbao y Sevilla. Todas ellas eran similares en cuanto a prestaciones médicas, pero arquitectónicamente, la solución formal proyectada por García Mercadal fue superior al resto. Su lenguaje, a pesar de estar en momentos de renuncia a códigos modernos, conserva valores arquitectónicos silenciados por la crítica hasta fechas recientes².

A la hora de valorar la arquitectura de la Residencia de Zaragoza es importante fijarla en su contexto temporal. El proyecto se gesta en 1947, en plena época de glaciación para la arquitectura española, eran años en los que la situación de autarquía impedía realizar otro tipo de arquitectura que la identificada con el llamado "estilo nacional". De esa época, por ejemplo, es el edificio del Ministerio del Aire de Madrid (1943) de Luis Gutiérrez Soto que se inspira en arquitecturas herrerianas. No es que se pretenda juzgar la obra de García Mercadal solamente por comparación con las obras de su

² Actualmente algunos historiadores, como la profesora Layuno, están sacando a la luz valores arquitectónicos de la obra hospitalaria de García Mercadal, valores que también han sido reivindicados en la reciente tesis de Rafael Hernando de la Cueva.

momento, pero sí conviene analizarla sin perder de vista el contexto en el que surge.

García Mercadal en la Residencia José Antonio de Zaragoza materializó su lenguaje de simbiosis e hibridación clásico-moderno que había defendido en sus reflexiones teóricas y en sus primeras obras, marginando los historicismos de la autarquía, visibles en los primeros hospitales del INP, y aproximándose al compromiso entre modernidad y tradición que se fragua en 1949 en el fallo del concurso para el edificio de Sindicatos de Cabrero y Aburto en Madrid que marcó el punto de inflexión. No obstante, descubrimos fragmentos de imagen racionalista en un momento en que esta valentía podía considerarse, si no subversiva, cuando menos un gesto de rebeldía, lo que le otorga un cierto valor añadido.

El planteamiento del edificio es clásico y monumental, mantiene unos estrictos ejes de simetría, burlados únicamente por la capilla y el salón de actos, que convierten la planta en una imagen especular de sí misma, pero aún con ese planteamiento, el resultado es de un edificio moderno y funcional, despojado formalmente de todo aditamento innecesario y con una imagen imponente y atractiva.

Podemos decir que se trata de un edificio racionalista, no solamente por su aspecto formal, sino en el sentido más amplio utilizado por Grassi de *"construcción lógica de la arquitectura"*³, aquella que consigue un equilibrio orgánico entre los aspectos funcional y formal, coincidente con la idea de clasicidad defendida por Fernando García Mercadal en sus escritos.

La figura de Mercadal ha tenido distintas interpretaciones a través de los críticos que se han acercado a su obra. Por una parte ha gozado del reconocimiento a su papel como pionero introductor del racionalismo europeo en España, motivo por el cual ya merecería un puesto destacado en la historia de la arquitectura y, por otra, ha sufrido el cuestionamiento por su temprana deserción de los planteamientos más rupturistas en favor de principios más clasicistas que suponían el acercamiento hacia arquitecturas vernáculas, recorrido que, por otra parte, realizaron casi todos sus colegas

³ GRASSI, G. *La construcción lógica de la arquitectura...* op. cit. p. 26

que estaban alineados, en un principio, con la ortodoxia racionalista. Unos, atraídos por invariantes tradicionales de las regiones de origen, otros impulsados por las consignas de la arquitectura del régimen y los más, simplemente arrastrados por el destino, todos los arquitectos de la postguerra abandonaron, de una u otra manera en alguna de sus obras, los principios racionalistas que habían defendido en su juventud.

Frente a la generación de los 50s y sus aportaciones, la figura de Mercadal puede resultar escasamente innovadora, de ahí también que las primeras "historias" de la arquitectura contemporánea española, como la de Carlos Flores, lo silencien. Considerando globalmente la obra de García Mercadal se tiene la sensación de que, más que abandonar prematuramente la ortodoxia más militante del Movimiento Moderno, a la que había defendido con entusiasmo proselitista, practicó toda su vida, en gran medida, un racionalismo antidogmático, una modernidad alternativa, como señalaba la profesora Ángeles Layuno, *"...un racionalismo funcionalista no adscrito a ortodoxias formalistas y en el que continuamente afloran la tradición y la historia..."*⁴. Este racionalismo personalista sorprendió a las sociedad española de los años veinte, pero la dejó indiferente en los años sesenta.

Quizá la ortodoxia formal racionalista la practicó en los primeros proyectos; el Rincón de Goya, la casa del Doctor Horno o en el proyecto no ejecutado para la estación de autobuses de Burgos son clara prueba de ello pero, no mucho más tarde, en el anteproyecto de Museo de Arte Moderno, ganador del premio Nacional de Arquitectura en 1933, muestra ya otros registros que generan imágenes de corte más clásico.

La edad lo enmarcó dentro de la generación del 25, la crítica como pionero en la utilización de los postulados del Movimiento Moderno y su decisión personal como agitador cultural y fundador del GATEPAC, pero ninguno de estos calificativos definen globalmente su obra como arquitecto. Su obra, al igual que su trayectoria vital, tuvo múltiples registros y eso entorpece su clasificación, pero si se analiza toda ella al completo, son muy pocos los edificios que estarían dentro del marco de la ortodoxia formal racionalista,

⁴ LAYUNO ROSAS, A. "Fernando García Mercadal, tradición e historia en la arquitectura de la modernidad"... op. cit., p.49.

escasamente cuatro o cinco, la mayoría adopta un racionalismo personal que no le impide mezclar elementos clásicos y tradicionales con soluciones de vanguardia estructural o técnica.

García Mercadal no parecía tener más aprecio por sus primeras obras, tan valoradas por la crítica, que por las últimas. Tanto en las entrevistas, como en conferencias y escritos de sus últimos años recordaba con cariño sus obras hospitalarias y sus intervenciones urbanísticas y de jardinería, pero escasamente mencionaba las obras de juventud, que sin embargo son las que le dieron el reconocimiento general.

La dificultad de valorar la trayectoria de una figura como García Mercadal estriba en que el conjunto de su obra no tiene una imagen homogénea. Los que se sienten decepcionados por su segunda etapa no advierten que estas contradicciones que señalan son quizá su característica más representativa. A todo esto habría que añadir que su formación fue eminentemente clásica y, no lo olvidemos, asimiló con buen aprovechamiento las enseñanzas recibidas en la Escuela de Arquitectura; desde el principio fue el alumno aventajado que terminó la carrera con el número uno de su promoción.

La Residencia José Antonio fue su mayor obra y, con toda seguridad, una de las mejores. A la dificultad técnica de ser su primer hospital se unía la restricción estilística del momento y aún con estos inconvenientes consiguió un resultado brillante.

La Residencia José Antonio, como les sucede actualmente a todos los Hospitales, ha necesitado estar en permanente adaptación a las exigencias marcadas por la evolución de la práctica médica, esto le ha supuesto tener que resistir permanentes intervenciones arquitectónicas, no sólo cambios en su distribución interna, irreconocible ya en las plantas bajas, sino ampliaciones y amputaciones que han ido desfigurando la imagen exterior del proyecto original. Por suerte, la parte residencial del hospital es la que menos cambios estructurales soporta, esto ha permitido mantener las enfermerías con el esquema inicial; en el bloque principal y en las plantas más altas, por lo que el gran volumen proyectado por García Mercadal emerge sobre una aglomeración de edificios y ampliaciones y sigue siendo reconocible.

Menor fortuna han tenido otros de sus hospitales, ocultados o fagocitados por la edificación que les envuelve, hasta el punto de no ser ya reconocible su apariencia original. Es el caso de Pamplona, donde los edificios del Complejo Hospitalario de Navarra han conseguido, con su crecimiento casi desenfrenado, ocultar lo poco que queda de la Residencia Virgen del Camino, en la que, las ampliaciones y el cambio de fachada, hacen ya irreconocible el proyecto de García Mercadal.

Otros hospitales han terminado por desaparecer bajo la acción de la piqueta. Buscando la Residencia de Logroño para conseguir alguna foto actual, lo único que hemos encontrado ha sido un expediente solar en el lugar donde se encontraba el edificio de García Mercadal. En Logroño se ha construido recientemente un nuevo Hospital de la Seguridad Social, pero sorprende que no se haya encontrado otra alternativa para la antigua Residencia Sanitaria distinta de la demolición total.

Así se podría seguir analizando cada uno de los edificios hospitalarios de García Mercadal, pero se puede resumir que la fortuna ha sido poco generosa con ellos. Por un lado han tenido que soportar las necesarias modificaciones para seguir manteniendo su función asistencial, pero, por otro, han sufrido el olvido, cuando no el desprecio, de la crítica, lo que, unido a la falta de protección de las Administraciones públicas y, seguramente, a la escasa información y valoración previas de los arquitectos encargados de realizar las intervenciones posteriores, ha hecho que quedaran desfigurados u ocultados por las propias ampliaciones.

Pocas de las obras hospitalarias de García Mercadal gozan de protección, ni siquiera las ejecutadas en su tierra natal donde es una figura mítica. El premio de arquitectura que otorga anualmente el Colegio de Arquitectos de Aragón lleva el nombre de García Mercadal en reconocimiento al arquitecto aragonés más prestigioso del siglo XX, pero la mayor parte de su obra no está protegida y es escasamente conocida. Se trata de una arquitectura que responde a las circunstancias y características de la época en que surgió y en la que es identificable la impronta personal de su creador, esa mezcla de modernidad no ortodoxa y clasicismo depurado de la que ya escribía en sus primeros artículos de la revista *Arquitectura*.

La atalaya que suponen sesenta o setenta años de perspectiva histórica, nos puede permitir actualmente, juzgar con mayor objetividad las obras que se hicieron durante la postguerra, despojadas ya de los prejuicios políticos que las pudieron envolver en su momento. Se trata de analizar la obra de arquitectos de gran competencia, realizada, con escasos medios materiales, en un momento difícil de nuestra historia, tras acontecimientos dramáticos. En el caso concreto de García Mercadal, es evidente que, tras la guerra civil, fue desplazado de la primera línea creativa por una nueva generación de arquitectos, de abundante talento, que protagonizaron en los años cincuenta el retorno de la modernidad, pero su obra mantiene hasta el final el interés y la tensión creativa suficientes como para ser tenida en cuenta, catalogada y, en su caso, protegida.

Fernando García Mercadal no quiso ser un especialista en arquitectura hospitalaria, construyó muchos hospitales y dominaba su técnica, sin embargo no aparecen como motivo de sus escritos, más bien forman parte de la praxis de calidad a la que aspiraba. La inquietud cultural que siempre le caracterizó le empujaba a estar en todos los frentes posibles y en un momento determinado ese frente fue la arquitectura hospitalaria. El hecho más trascendente es que este tipo de arquitectura ocupa un lugar cuantitativamente mayoritario en su trayectoria y una parte tan importante de la obra de un gran arquitecto no puede pasar inadvertida.

Esta tesis doctoral ha aspirado a cubrir una laguna sobre todo territorial de la obra hospitalaria de García Mercadal con el fin de promover su conocimiento y apreciación. Esta investigación por otra parte no pretende ser un punto final, sino que se permite dar continuidad a nuevas líneas de investigación sobre la arquitectura hospitalaria del siglo XX, a la par que sobre la obra de Mercadal y de su trayectoria en esta segunda etapa.

Por último y en relación a estas consideraciones finales de mi tesis, quisiera dejar constancia de mi convicción de que los estudios históricos constituyen la mejor base para lograr la valoración social y la protección administrativa de estos edificios.

BIBLIOGRAFÍA

Monografías.

AA. VV., SANCHEZ A. y PACHECO Y., (coordinadores), *Unidades asistenciales hospitalarias. Criterios de instalaciones*, Barcelona, Ediciones UPC, 2010.

AA. VV., ZARAGOZA BARRIO A BARRIO, Zaragoza, Ayuntamiento de Zaragoza y Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja, 1981.

AGUERRI, F., "Zaragoza 1940-1960, de la autarquía al desarrollismo" en BUIL GUALLAR, C. MARCO FRAYLE, R, (Coordinadores) *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2008.

AALTO, A., *The complete work. Zürich und München: Verlag für Architektur, Artemis*, 1990.

ARAGÓ, I. M., *Las planificación hospitalaria*, Madrid, S M, 1974.

__*Els hospitals a Catalunya*, Barcelona, Imprenta Atlés, 1967.

ARGAN, G. C., "Sobre el concepto de tipología en arquitectura" en *Proyecto y destino*, Caracas, Ediciones de la biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, 1969.

ARNAU AMO, J., *La teoría de la arquitectura en los tratados, Filarete, Di Giorgio, Serlio y Palladio*, Madrid, Tebar, 1988.

AZCONA, S, *Residencias Sanitarias*, Madrid, Plenitud, 1954.

AZNAR, S., *La recuperación del Hospital de San Carlos del Instituto Nacional de Administración Pública*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, 1991.

AZÚA, J., *Reformas en el Hospital de San Juan de Dios*, Madrid, Escuela Tipográfica del Hospicio, 1902.

BAREA SALAS, A., *El Hospital y su administración*, Madrid, Secretaría Técnica del Ministerios de la Gobernación, 1965.

BARNICHON, G., *Les navires hôpitaux français aux XXe siècle*, Le Touvet, Editions Marcel-Didier Vrac, 1998.

BEHNE, A., *La construcción funcional moderna*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 1994.

BENÉVOLO, L., *Historia de la arquitectura moderna*, Barcelona, Editorial Gustavo Gili, 1977.

__*Historia de la arquitectura del Renacimiento*. Madrid, Taurus Ediciones, 1972.

BENÍTEZ FRANCO, B., *Información sobre la lucha antituberculosa en España y memoria correspondiente al año 1944*, Madrid, Patronato Nacional Antituberculosa, 1945.

BLONDEL, J.F., *Cours d'architecture ou traité de la décoration, distribution et constructions des bâtiments, IV*, Paris, 1771-1777.

BOHIGAS, O., *Arquitectura Española de la II República*, Barcelona, Tusquets, 1970.

CALVO SERRALLER, F., *España, medio siglo de arte de vanguardia, 1939-1985*, Madrid, Fundación Santillana-Ministerio de Cultura, 1985.

CALZADA, A., *Historia de la arquitectura española*, Barcelona, Labor, 1933.

CÁMARA, J. P., *Los hospitales de alemanes: notas de un viaje de estudios*, Madrid, Dirección General de Sanidad, 1959.

CAMBIL HERNÁNDEZ, M. A., "La arquitectura asistencial en Granada: siglos XVI-XXI", Tesis doctoral, Director: Rafael López Guzmán, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Granada, 2007.

CAMPOS CALVO-SOTELO, P., *El viaje de la Utopía*, Madrid, Editorial Complutense, 2002.

CANO Y DE LEÓN, M., *El nuevo Hospital Militar de Madrid*, Madrid, Imprenta del Memorial de Ingenieros, 1890.

CAPITEL, A. y BARDELLOU, M.A., *Arquitectura Española del S. XX*. Madrid, Espasa Calpe, Suma Artis, 1995.

CARASA SOTO, P., *El sistema hospitalario español en el siglo XIX de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Universidad, Secretariado de Publicaciones, 1985.

CASARES, A., *Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria*(Internet), Madrid, Escuela Nacional de Salud, 2012.

CERVIÁ, T., *¿Qué es un hospital?*, Madrid, Gaceta Médica, 1960.

CHAVES MARTÍN, M. A., LAYUNO ROSAS, A. y AUMENTE RIVAS, P., *Fernando García Mercadal arquitectura y fotografía. Una mirada al patrimonio Arquitectónico de Segovia, 1929-1936*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2011.

CLAVIJO y CLAVIJO, S., *La trayectoria de la Armada Española*, Madrid, Instituto Histórico de la Marina, 1944.

CODINA y SUQUE, J., "Preventorios, dispensarios y sanatorios antituberculosos, Modificaciones ventajosas susceptibles de adoptarse para que llenen mejor sus humanitarios fines", Madrid. Sociedad Española de Higiene, 1933.

- COLQUHOUN, A., *Modernidad y tradición clásica*. Madrid, Júcar Universidad, 1991.
- ___ *La arquitectura moderna. Una historia desapasionada*, Barcelona, Gustavo Gili, 2005.
- CRIBADO DEL REY, S., *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.
- CURTIS, W., *La arquitectura moderna desde 1900*, Phaidon, 2006.
- CHUECA GOITIA, F., *Invariantes castizos de la arquitectura española*, Buenos Aires, Dossat, 1947.
- DE LA CÁMARA, J. P., *Fisonomía y vida del hospital americano*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, 1948.
- DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J., *Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1944.
- DE SAN ANTONIO GÓMEZ, J. C., "Hospital Clínico de San Carlos (Madrid)", en GARCÍA QUIÑONES, B, (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*, Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003.
- ___ "El concurso para el edificio Capitol de Madrid", en *XIV Congreso Internacional de Expresión Gráfica Arquitectónica*, Oporto, 2012.
- DE ZURKO, E., *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1970.
- DIEGUEZ PATAO, S., *La generación del 25. Primera arquitectura moderna en Madrid*, Madrid, Cátedra, 1997.
- DOMÈNECH GIRBAU, LI., *Arquitectura española Contemporánea*, Barcelona, Blume, 1968.
- ___ *Arquitectura de siempre. Los años 40 en España*, Barcelona, Tusquets, 1978.
- DREXLER, A., *Transformaciones en la arquitectura moderna*, Barcelona, Gustavo Gili, 1981.
- DURAND, J. N. L., *Compendio de lecciones de arquitectura. Parte gráfica de los cursos de arquitectura*, Madrid, Ediciones Pronaos, 1981.
- ___ *Recueil et parallèle des édifices de tout genre, anciens et modernes: remarquables par leur beauté, par leur grandeur, ou par leur singularité, et dessinés sur une même échelle*, París L'Imprimerie de Gillé fils, (1799 - 1800).

EPALZA, E., *Reseña de una visita a algunos hospitales españoles y extranjeros*, Bilbao, Imprenta de la Casa de Misericordia, 1899.

EVANGELISTA BENÍTEZ, M., *Organización del hospital: estructuras y líneas de función*, Madrid, Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.

FÉLEZ LUBELZA, C., *El Hospital Real de Granada*, Granada, Universidad, Departamento de Historia del Arte, 1979.

FERNÁNDEZ ALBA, A., *La crisis de la arquitectura española 1939-1972*, Madrid, Edicusa, 1972..

FLORES, C., *Arquitectura Española Contemporánea I 1880-1950, Arquitectura española contemporánea II 1950-1960*, Madrid, Aguilar, 1989.

__“Santiago Lagunas Mayandía, arquitecto” en HEREDIA LAGUNAS, U, y HEREDIA LAGUNAS, J, (comisarios), *Catalogo de la exposición SANTIAGO LAGUNAS, Espacio y color*, Zaragoza, Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 1997.

FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo veintiuno editores, 1999.

__ *Microfísica del poder*, Madrid, Ediciones La piqueta, 1992.

__ *Les machines à guérir*, Bruxeles, Pierre Mardaga, editeur, 1979.

FRAMPTON, K., *Historia crítica de la arquitectura moderna*, Barcelona, Gustavo Gili, 1981.

FREIXA, J., *Josep Ll. Sert*, Barcelona, Editorial Gustavo Gili, 1979.

FULLAONDO, J.D., *Fernando García Mercadal: arquitecto aproximativo*, Madrid, COAM, 1984.

FULLAONDO, J.D., y MUÑOZ, M.T., *Mirando hacia atrás con cierta ira (a veces). Historia de la arquitectura Contemporánea Española, Tomo I*, Madrid, Kaín, 1994.

GARAY, E., *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

GARCÍA, C., “Una breve historia del GATEPAC, G.E.” en MARCO FRAILE, R, y BUIL GUALLAR, C, (Coord.) *El GATEPAC y la revista AC, Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005.

GARCIA GRANADOS, J.A., GIRÓN IRUESTE, F. y SALVATIERRA CUENCA, V., *El Maristán de Granada: un hospital islámico*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1989.

GARCÍA GUATAS, M., LORENTE, J.P. y YESTE NAVARRO, I., (coordinadores), *XIII COLOQUIO DE ARTE ARAGONÉS. La ciudad de Zaragoza de 1908 a 2008*. Zaragoza, Institución "Fernando el Católico" y Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza, 2009.

GARCÍA-GUTIÉRREZ MOSTEIRO, J., "Sánchez Arcas y Lacasa: dos posiciones complementarias", en GARCÍA QUIÑONES, B., (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*, Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003.

GARCÍA GUERETA, R. y TELLO, .F, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip, Tordesillas, 1919.

GARCÍA MERCADAL, F., *Arquitecturas regionales españolas*, Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Cultura, Deportes y Turismo, Dirección General de Cultura, 1984.

__ "Defensa y protección de la arquitectura popular mediterránea", en AA.VV, *Defensa, protección y mejora del patrimonio histórico-artístico y arquitectónico*, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1982.

__ *G.A.T.E.P.A.C. en Zaragoza*, Zaragoza, Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 1979.

__ *La casa mediterránea*, Madrid, Dirección General de Bellas Artes y Archivos, 1984.

__ *La casa popular en España*, Barcelona, Gustavo Gili, 1981.

__ *La vivienda en Europa y otras cuestiones*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, CSIC, Diputación de Zaragoza, 1998.

__ *Parques y jardines: su historia y sus trazados*. Zaragoza. Institución Fernando el Católico, 2003.

__ *Sobre el Mediterráneo: sus litorales, pueblos, culturas, (imágenes y recuerdos)* Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 1996.

GARCÍA QUIÑONES, B., (coord.), *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*, Barcelona, Fundación Caja de Arquitectos, 2003.

GARNIER, T., *Une Cité Industrielle*, New York, Rizzolo, 1990.

GIL I NEBOT, L., *40 años de arquitectura hospitalaria*, Pamplona, 16 ediciones S.L., 1998.

GINER DE LOS RÍOS, B., *50 años de arquitectura española 1900-1950*, México, Patria, 1952.

GOBIERNO DE NAVARRA., *Arquitectura para la salud en Navarra*, Pamplona, Departamento de salud, 1991.

GÖSSEL, G., *La construcción lógica de la arquitectura*, Barcelona, Publicaciones del COACyB, 1973.

GRASSI, G., *La construcción lógica de la arquitectura*, Barcelona, COAC y B, 1973.

HEREDIA LAGUNAS, U. y HEREDIA LAGUNAS, J., (comisarios), *SANTIAGO LAGUNAS. Espacio y color*, Zaragoza, Catálogo de la exposición organizada por el Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 1997.

HEREU, P, MONTANER, J. A. y OLIVARES, J, *Textos de arquitectura de la modernidad*, Madrid, Nerea.

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A., *Magdalena, Navarro, Mercadal*, Zaragoza, Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón, 1999.

__Ricardo Magdalena Arquitecto municipal de Zaragoza (1876-1910), Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2012.

HERNANDO DE LA CUERDA, R., “Fernando García Mercadal y el Movimiento Moderno”, Tesis doctoral, Directores: José María Lapuerta y Rafael Guridi, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid, 2016.

HEUSS, T., *Hans Poelzig 1869-1936*, Milano, Electa, 1995.

Hospital Universitario Miguel Servet: 50 años, Zaragoza, Publicación del Servicio Aragonés de Salud, 2005.

IBARGOITIA DÍEZ, M., “Los arquitectos de la Academia de España en Roma. 1900-1940”, en IBARGOITIA DÍEZ, M. y GARCÍA FERNÁNDEZ, C., (Coordinadores) *A Roma. El viaje de estudios de los arquitectos, 1900-1950*, Roma, Real Academia de España en Roma, 2011.

IGLESIAS PICAZO, P., “La Habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura de los hospitales del Movimiento Moderno”, Tesis doctoral, Director: Emilio Tuñón Álvarez, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid.

IGLESIAS PICAZO, P., *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno*, Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2011.

I.N.P. “Centro de Rehabilitación y Traumatología. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “José Antonio” de Zaragoza”, nº 1260, Madrid, Servicio Información y Publicaciones, 1977.

I.N.P. *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*, Nº 664, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

I.N.P. *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*, Nº 362, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

I.N.P. *El ambulatorio tipo*, Madrid, Servicio de Información y Publicaciones del INP, 1962

I.N.P. *El Plan de Instalaciones Sanitarias*, Publicación Nº 693, Madrid, INP, 1952.

I.N.P. *El Plan de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, INP, Publicación Nº 775, 1949.

I.N.P. XXXVI. *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Publicación Nº 362.11, Madrid, INP, 1951.

I.N.P. *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Publicación Nº 896, Madrid, INP, 1953.

I.N.P. XXXVI, *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicación Nº 362.11, bis, INP, 1952.

I.N.P. *Instalaciones sanitarias de la Seguridad social*, Madrid, INP, 1973.

I.N.P. *Residencia Sanitaria José Antonio*, Nº 923, Madrid, Centro de Estudios y Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1955.

I.N.P. 00896 *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953.

ISASI, J., (coord.) *La Arquitectura del Hospital. Ac Rry, Alfonso Casares Ávila, Reinaldo Ruiz Yébenes, 1968-2008*, Madrid, Editorial Díez de Santos, 2008.

___ *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid, Insalud, 1999.

KAUFMAN, E., *De Ledoux a Le Corbusier. Origen y desarrollo de la arquitectura autónoma*, Barcelona, Gustavo Gili, 1982.

___ *La arquitectura de la Ilustración*, Barcelona, Editorial Gustavo Gili, 1984.

KOSTOF, S., *El Arquitecto. Historia de una profesión*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1984.

LABARTA, C., DEAN, A. y DELSO, M., *Arquitectura racionalista en Huesca*, Huesca, Instituto de Estudios Altoaragoneses, 2009.

___ "Arquitectura moderna en Zaragoza" en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C., (Coordinadores) *El GATEPAC y la revista AC, Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005, pp. 39-56.

__ "Modernidad en la arquitectura zaragozana del siglo XX" en GARCÍA GUATAS, M., LORENTE, J.P. y YESTE NAVARRO, I., (coordinadores), *XIII COLOQUIO DE ARTE ARAGONÉS. La ciudad de Zaragoza de 1908 a 2008*. Zaragoza, Institución "Fernando el Católico" y Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza, 2009, pp. 63-102.

LACASA, L., *Escritos, 1922-1931*, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1976.

LABORDA YNEVA, J., *La vida pública de Fernando García Mercadal*, Zaragoza, Instituto "Fernando el Católico", 2008.

__ *Fernando García Mercadal. Artículos en la Revista Arquitectura: 1920-1934*. Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2008.

LAFONT LOPIDANA, M., *Servicios médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

LAYUNO ROSAS, M. A., "Fernando García Mercadal, tradición e historia en la arquitectura de la modernidad", en CHAVES MARTÍN M. A., (dir). *FERNANDO GARCÍA MERCADAL, ARQUITECTURA Y FOTOGRAFÍA. Una mirada al Patrimonio Arquitectónico de Segovia 1929-1936*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, COACYLE-Demarcación de Segovia, 2011.

__ "La historización de la arquitectura del Movimiento Moderno: Carlos Flores", en BIEL IBÁÑEZ, P. y HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A., (coords.), Zaragoza, Institución Fernando el Católico, Universidad de Zaragoza, 2011.

LASSONE, DAUBENTON, BAILLY, LAVOISIER, LA PLACE, D'ARCET, «Deuxième Rapport des Commissaires chargés, par l'Académie, des Projets relatifs à l'établissement des quatre Hôpitaux», París, Histoire de l'Académie Royale des Sciences, Année 1786.

__ *L'oeuvre complète*, Zürich, Verlag für architektur Artemis, 1995.

LEJEUNE, J. y ABATINO, M., *Modern architecture and the Mediterranean*, London, Nueva York, Ed. Routledge, 2010.

LEÓN PANIAGUA, J., ISASI, J. y PIeltaín, A., *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*, Madrid, Insalud, 1999.

LE ROY, M., *La medicina curativa, o la Purgación*, Valencia, Imprenta de Ildefonso Mompié, 1829.

Los hospitales de España: la reforma pendiente, Madrid, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1996.

LLORENTE HERNÁNDEZ, A., *Arte e ideología en el franquismo (1936-1951)*, Madrid, Visor, 1995.

MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C., (Coordinadores) *El GATEPAC y la revista AC, Catalizador de la vanguardia arquitectónica española. 1931-1937*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2005.

___ *Zaragoza 1908-2008. Arquitectura y Urbanismo*, Zaragoza, Demarcación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2008.

MARCIDE, M. J., "Ejemplo de hospital en estudio", en *Arquitectura*, Nº 19. Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960.

___ *Residencia sanitaria de la Seguridad social "La Paz"*, Madrid, Patronato Juan de la Cierva de Investigación Técnica, 1965.

MARTI ARIS, C., *Las variaciones de la identidad. Ensayo sobre el tipo en arquitectura*, Barcelona, Fundación Arquia, 2014.

MARTÍN HERNÁNDEZ, M. J., *La tipología en arquitectura*, Tesis doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias, 1984.

MARTÍNEZ VERÓN, J., *Arquitectos en Aragón*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2000.

MAS GILABERT, M., *Dispensario antituberculoso municipal apto para poblaciones mayores de 40.000 habitantes*, Murcia, Editorial La Verdad, 1933.

MEDINA MURUA, J. A., "Sánchez Arcas y Aizpurúa: una relación singular", en GARCÍA QUIÑONES, B., (coord.) *Manuel Sánchez Arcas. Arquitecto*, Madrid, Fundación Caja de Arquitectos, 2003.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN, *La sanidad en la República. Dos años de Gestión*, Madrid, Imprenta Gráfica Universal, 1933.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN, *Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco y Hospital Psiquiátrico Alonso Vega*. Madrid, Diputación provincial, 1968.

MOLERO MESA, J., "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis", En Proyecto de Investigación PS91-0178 (DGICYT), Zaragoza, Unidad de Historia de la Medicina, Departamento de Ciencias Morfológicas, Universidad de Zaragoza, 1994.

MONEO, R., *Sobre el concepto de tipo en Arquitectura*, Madrid, UPM departamento de Publicaciones de Arquitectura, 1982.

__“On Typology” en *Oppositions*, nº 13.1978, Versión en castellano: “Sobre la noción del tipo”, en *Sobre el concepto de tipo en Arquitectura*, Madrid, UPM departamento de Publicaciones de Arquitectura, 1982.

MONTANER, J.M., *Después del Movimiento Moderno. Arquitectura de la segunda mitad del siglo XX*, Barcelona, Gustavo Gili, 1993.

MORATINOS PALOMARO, P., *El Hospital Militar de Madrid “Generalísimo Franco”, XXV aniversario (1964-1989)*, Madrid, Imprenta Campillo-Nevado, 1989.

MORETTI, B., *Ospedali*, Milano, Ulrico Hoepli, 1935.

MUÑOZ MACHADO, S., *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Madrid, Alianza editorial, 1995.

MURATORI, S., *Studi per una operante Storia Urbana de Venezia*, Roma, 1960.

NADOUR, M., “La remodelación de los grandes hospitales de Madrid después de la Ley de Sanidad”, Tesis doctoral, Director: Justo Isasi, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid, 2000.

NAVARRO PÉREZ, M.A., *Memoria. Plan General de Ensanche de la Ciudad. Zaragoza, 1934*, Estudio crítico de Ramón Betrán Abadía, Zaragoza, Institución Fernando El Católico, 2013.

NIGHTINGALE, F., *Cartas desde Egipto. 1849-1850*, Barcelona, Plaza & Janés, 2002.

PATTETA, L., *Historia de la arquitectura: antología crítica*. Madrid, Hermann Blume, 1984.

PEMÁN GAVÍN, M., (coordinador) *Fernando García Mercadal, Arquitecto*, Catálogo de la exposición organizada por el Colegio de Arquitectos de Aragón, Zaragoza, COAA, 1985.

PÉREZ SEGURA, J., “Horizonte y faro de la arquitectura moderna internacional” en MARCO FRAILE, R. y BUIL GUALLAR, C., *L’Architecture Vivante*, Zaragoza, Delegación de Zaragoza del Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 2003.

PÉREZ SHERIFF, M., *Guiones de programación y diseño*, Madrid, Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, 1972.

PEVSNER, N., *Historia de las tipologías arquitectónicas*, Barcelona, Gustavo Gili, 1979.

__*Pioneros de la arquitectura y el diseño modernos*, Londres, 1936, revisado en 1960.

PIELTAIN, A., *Arquitectura para la sanidad pública en España. 1942-1977. Construcción de la red nacional de hospitales*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección

General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional, 2007.

__“El Hospital. Doscientos años de proyectos”, en LEÓN PANIAGUA, J, ISASI, J, PIELTAIN, A, *Hospitales. La arquitectura del Insalud. 1986-2000*, Madrid, Insalud, 1999.

__“Los Hospitales de Franco”, Tesis doctoral, Director: Justo Isasi, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid, 2003.

PIGAFETTA, A. y ABBONDANDOLO, I., *La arquitectura tradicionalista*, Madrid, Celeste ediciones, 2002.

PORRAS GALLO M.A., “Un foro de debate sobre el seguro de enfermedad: las conferencias del Ateneo de Madrid de 1934”, en *Asclepeio*, Vol LI-1, 1999.

QUATREMÈRE DE QUINCY, A.C., *Dictionnaire d'Architecture*, Paris, 1792.

RABANOS FACI, C., *La Arquitectura Racionalista en Zaragoza. Fernando García Mercadal, “Seminario de Arte Aragonés”*, Institución Fernando El Católico, C.E.S.I.C., Zaragoza, 1979.

REAL PATRONATO ANTITUBERCULOSO DE ESPAÑA, *Lucha oficial contra la tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928*, Madrid, Ministerios de la Gobernación, 1928.

RIERA, J., *Planos de hospitales españoles del siglo XVIII existentes en el archivo general de Simancas*, Valladolid, Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Valladolid, 1975.

ROSENFELD, I., *Hospital Architecture and Beyond*, New York, Van Reinhold Co, 1969.

__ *Hospitales. Diseño integral*, México, compañía Editorial Continental, 1965.

__ *Hospitals. Integrated desing*. New York, Reinhold Publishing Corporation, 1947, versión en español: *Hospitales: diseño integral*. México D.F., Editorial Continental, 1965.

__ *Hospital Archctecture. Integrated components*. New York, Litton Educational Publishing, 1971.

RUILOBA QUECEDO, C., *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad, 2014.

__“Arquitectura terapéutica. El sanatorio antituberculoso pulmonar”, Tesis doctoral, Directora: Josefina González Cubero, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad deValladolid, 2012.

RUIZ CABRERO, G., *El Moderno en España. Arquitectura 1948-2000*. Madrid, Tanais Ediciones, 2000.

SAMBRICIO, C., *Cuando se quiso resucitar la arquitectura*, Madrid, Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Madrid, 1983.

___ *La arquitectura española de la Ilustración*, Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local y Consejo Superior de Colegios de Arquitectos, 1986.

SANCHEZ ARCAS, LAGARDE, LABAYEN, AIZPURUA, *Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián*, Artes gráficas Faure, Madrid, 1933.

SANZ VALERO, M., *Los dispensarios antituberculosos de la Comunidad Valenciana*, Valencia, Dirección General de Salud Pública, 1999.

SCHAERER, M., *Manual de instalaciones modernas para hospitales*, Berna, M. Schaerer S.A, 1928.

SERT, J. LL., FREIXA, J. y PIZZA, A., *Sert i la Mediterrània*, Barcelona, Col.legi d'Architectes de Catalunya, 1997.

SUMMERSON, J., *El lenguaje clásico de la arquitectura. De L.B. Alberti a Le Corbusier*, Barcelona, Gustavo Gili, 1998.

TAFURI, M. y DAL CO, F., *Arquitectura contemporánea*, Madrid, Aguilar, 1980.

TENÓN, J. R., *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, París, Doin Éditeurs, 1998, Reedición de la publicación de 1788.

TZONIS, A., *El clasicismo en la arquitectura. La poética del orden*, Madrid, Edit. Hermann Blume, 1984.

UCHA DONATE, R., *Cincuenta años de arquitectura española I*, Madrid, Adir Editores, 1980.

VAZQUEZ ASTORGA, M., *José Borobio. Su aportación a la Arquitectura Moderna*, Zaragoza, Delegación del Gobierno de Aragón, 2007.

ZAVALA Y LAFORA, J., *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "En Bloque"*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

___ *La arquitectura*, Madrid, Pegaso, 1945.

ZEIDLER, E., *Healin the hospital: McMaster Health Science Centre, its Conception and Evolution*, Toronto, 1974.

ZEVI, B., *Historia de la Arquitectura Moderna*, Barcelona, Poseidon, 1980.

ZURKO, E., *La teoría del funcionalismo en la arquitectura*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1970.

Revistas monográficas

“Architecture of caring”, *The Architectural Review*, Nº 1096, 1988.

“Constructions Hospitalieres”, *L’architecture d’aujourd’hui*, Nº 197-198, 1979.

“Copenhagen County Hospital in Herlev”, *Arkitektur DK5*, 1977.

“Health and hospitals”, *The Architectural Review*, Nº 820, 1965.

“Historia de los hospitales”, Revista *El Médico*, coleccionable.

“Hospitals”, *The Architectural Review*, Nº 791, 1963.

“L’Architecture hospitalière”, *L’Architecture Vivante*, Nº 41, París, 1933.

“Los hospitales en España”, *Arquitectura*, Nº 19, 1960.

“Manplan, health & welfare”, *The Architectural Review*, Nº 879, 1970.

“Salud nacional”, *A&V*, nº 49, 1994.

“Santé publique”, *L’architecture d’aujourd’hui*, Nº 84, 1959.

“Santé publique”, *L’architecture d’aujourd’hui*, Nº 150, 1970.

“Santé”, *L’architecture d’aujourd’hui*, Nº 214, 1981.

“Santé”, *L’architecture d’aujourd’hui*, Nº 256, 1988.

“Social Service”, *The Architectural Review*, Nº 1193, 1996.

“Wexham Park Hospital”, *The Architect’s Journal AJ SFB/94*, 1967.

Artículos en revistas.

“Anteproyecto de Nuevo Hospital de San Sebastián”, Revista *Arquitectura*, Nº 177, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, enero de 1934.

ARGAN, G. C., “Sobre el concepto de tipología en arquitectura” en “*Proyecto y destino*”, Ediciones de la biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1969.

- AZCONA, S., "Servicios de un Hospital" en *Arquitectura*, Nº 19, Madrid, COAM, 1960.
- BADOVICI, J., "L'Architecture hospitalière" en *L'Architecture Vivante*, Nº 41, París, Éditions Albert Morancé, 1933.
- BOURNE, N. B., "El hormigón en España" en *Concrete and constructional engineering*, Nº 20, octubre de 1950.
- BOTELLA ENRIQUEZ, A., "Clínica Virgen de la Paloma (Madrid) en *Arquitectura*, Nº 19, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960.
- CASARES, A., "Residencia vertical o estructura tecnificada". La evolución del hospital del siglo XX", en *A&V, Monografías de Arquitectura y Vivienda*, Nº 49, Madrid, 1994.
- CASTRO, C., "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García Mercadal", en *Arquitectura*, Nº 156, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1971.
- __ "El Profesor Ramón Aníbal Álvarez", *Revista Arquitectura*, Nº 167, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, noviembre de 1972.
- CAVESTANY, F., "Generalidades históricas", en *Arquitectura*, Nº 19, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960.
- "Chalet del puerto de Navacerrada de los arquitectos Fernando García Mercadal y José María Rivas Eulate, *Arquitectura*, nº 3, 1934.
- "Concurso de Anteproyectos del Club Alpino Español", *Arquitectura*, nº 138, Madrid, 1930.
- "Concurso de anteproyectos de sanatorios antituberculosos. Primer premio" en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 15, Madrid, COAM, 1943.
- "Concurso de anteproyectos de edificios sanitarios para el Seguro de Enfermedad" en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 62, Madrid, COAM, 1947.
- "Concurso de Anteproyectos de Club Alpino en Madrid" en *Arquitectura*, Nº 139, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1930.
- "Concurso de anteproyectos de un Hospital en San Sebastián" en *Arquitectura*, Nº 177. Madrid, COAM, 1934.
- "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo" en *Arquitectura*, Nº 90. Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.
- "Concurso para Facultad de Medicina y Hospital Clínico en Granada" en *Arquitectura*, Nº 143, Madrid, COAM, 1931.

DE FUSCO, R., "La función sin forma", en *Arquitectura como mass médium*, Barcelona, Anagrama, 1970.

"El nuevo Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria", en *Residencia*, Nº 6, Madrid, Revista de la Residencia de Estudiantes, 1932.

"El sanatorio Lago" en *Arquitectura*, Nº 119, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1929.

"Ensanche de Ceuta", AC-2, G.A.T.E.P.A.C, Barcelona-Madrid- San Sebastián, 1931.

"Estación de autobuses para Burgos. Arquitectos: Mercadal y Ulargui", AC-3, G.A.T.E.P.A.C, Barcelona-Madrid- San Sebastián, 1931.

"Fallo del jurado. Concurso de anteproyectos de Residencia y Ambulatorios del Plan de instalaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad", *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 62, Madrid. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1947.

FULLAONDO, J. D., "García Mercadal: Elegía y manifiesto", *Nueva Forma*, Nº 69, Madrid, octubre de 1971.

GALLEGO RODRIGUEZ, E., GUIASOLA CAMBLOR, F., "Conversación con García Mercadal", en *Q Arquitectos*, Nº 41, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, enero de 1981.

GARAY Y GARAY, E., "Residencia Sanitaria para 100 camas en Palencia", en *Arquitectura* Nº 19, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960.

GARCÍA MERCADAL, F., "Arquitectura en Stuttgart: la exposición de la vivienda", en *Arquitectura*, Nº 100, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927.

__ "Arquitectura mediterránea I", en *Arquitectura*, Nº 85, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.

__ "Arquitectura mediterránea", en *Arquitectura*, Nº 97, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927.

__ "Arquitectura moderna en Francia, André Lurçart", en *Arquitectura*, Nº 102, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927.

__ "Algunas impresiones de Italia: notas de un cuaderno de viaje", en *Arquitectura*, Nº 36, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1922.

__ "Casas baratas en Sevilla", en *Arquitectura*, Nº 142, Madrid, Colegio Oficial de arquitectos, 1931.

__“Capitol: la última obra de Poelzig”, en *Arquitectura*, Nº 89, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.

__“Comentarios: del clásico, de su enseñanza y sus relaciones con la arquitectura moderna” en *Arquitectura*, Nº 60, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1924.

__“Cincuenta años del COAM”, *Q Arquitectos*, Nº 41, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, 1981.

__“Del clásico, de su enseñanza y sus relaciones con la arquitectura moderna”, en *Arquitectura*, nº 60, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1924.

__“Desde Viena: la nueva arquitectura” en *Arquitectura*, Nº 54, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1923.

__“El Rincón de Goya en Zaragoza”, en *Arquitectura*, Nº 111, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1928.

__“El urbanismo: nueva técnica del siglo XX”, en *Arquitectura*, Nº 5, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, 1934.

__“Horizontalismo y verticalismo”, en *Arquitectura*, Nº 93, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927.

__“La arquitectura en Alemania: El arquitecto Otto Bünz”, en *Arquitectura*, Nº 88, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.

__“La casa del Fauno. Pompeya”, en *Arquitectura*, Nº 83, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1926.

__“La futura plaza de Cuba de Sevilla”, en *Arquitectura*, Nº 142, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, 1931.

__“La última obra de Poelzig. Capitol”, en *Arquitectura*, nº 89, Madrid, sept. 1926.

__“Memoria del anteproyecto para el IV Concurso Nacional de Arquitectura. Museo Nacional de Arte Moderno en Madrid”, en *Arquitectura*, Nº 173, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, 1933.

__“Métodos de trabajo. Después de un concurso. Cómo se hizo un Proyecto”, *Hormigón y Acero*, nº 7, Madrid 1934.

__“Munich, notas de un cuaderno de viaje”, en *Arquitectura*, Nº 32, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1920.

__“Para el estudio de las olvidadas arquitecturas regionales” en *Arquitectura*, Nº 192, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos, 1974.

__“Ruskin y la policromía de los edificios”, en *Arquitectura*, Nº 26, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1920.

__“Una visita a la fábrica Fiat, Turín”, en *Arquitectura*, Nº 104, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1927.

__“1919FGM1972”, *Nueva Forma, complemento al Nº 69*, Madrid, 1971.

“G.A.T.E.P.A.C. (DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA)”, Sección de noticias en *AC*, Nº 1, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Órgano de difusión del GATEPAC, 1931.

GONZÁLEZ DE PABLO, A., “El surgimiento y conformación del Estado del Bienestar”, en *Quirón*, nº 23, 1992.

GONZÁLEZ-RUANO, C., "Arquitectura y hospitales" en *Arquitectura*, Nº 19, Madrid, COAM, 1960.

“Hospital de Pamplona”, en *Arquitectura*, nº 16, Madrid, ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE MADRID, 1960.

“Hospital de la Beneficencia de Madrid”, en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 179, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1956.

"Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón" en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 30, Madrid, COAM, 1944.

HUERTA, S, FUENTES, P., “Artículo sobre García Mercadal”, en *Actas del noveno Congreso Nacional de Historia de la Construcción en Segovia*, 2015, Instituto Juan de Herrera, Madrid, 2015.

ISASI, J., “De la previsión social a la salud pública. Tipos sanitarios en la España contemporánea”, en *A&V, Monografías de Arquitectura y Vivienda*, Nº 49, Madrid, 1994.

MAINER, J.C., “Fernando García Mercadal. Uno de los más grandes arquitectos del s. XX”, en *Andalán*, Nº 20-21, Zaragoza, 1973.

MARCIDE, M. J., “Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España”, en *Arquitectura*, Nº 19, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1960.

MARRADI, A., "La tipología desde Aristóteles a las ciencias sociales modernas", en *Revista de Ciencia Política y de Relaciones Internacionales*, nº1, marzo 2007.

MARTÍNEZ CHUMILLAS, M., “Hospital de la Beneficencia en Madrid”, en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 179, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1956.

MAURE RUBIO, L. P., "La superación del concepto de "tipo" en la arquitectura contemporánea", en *Cuaderno de notas*, Nº 12, Madrid, ETS Arquitectura (UPM).

MOLERO MESA, J., "Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis", en Proyecto de Investigación PS91-0178 (DGICYT), Zaragoza, Unidad de Historia de la Medicina, Departamento de Ciencias Morfológicas, Universidad de Zaragoza, 1994.

MONEO, R., "A vueltas con la Metodología", en *Arquitectura*, nº 82, Madrid, 1965.

MONTANER, J.M., "Racionalidad e higiene. Los modelos curativos del Movimiento Moderno", *A&V, Monografías de Arquitectura y Vivienda*, Nº 49, Madrid, AviSa, 1994.

PIÑÓN, H, LLORENS, T., "La arquitectura del franquismo: a propósito de una nueva interpretación", en *Arquitectura Bis, Barcelona*, 1979.

"Política sanitaria", en Sección de noticias de AC, Nº 6, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Órgano de difusión del GATEPAC, 1931.

PORRAS GALLO, M.A., "UN FORO DE DEBATE SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD: LAS CONFERENCIAS DEL ATENEO DE MADRID DE 1934", en *Asclepeio*, Vol LI-1, 1999.

"Proyecto del Hospital provincial para Logroño por Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa, arquitectos", en *Arquitectura*, Nº 131, Madrid, COAM, 1930.

RABANOS FACI, C., "Rincón de Goya en Zaragoza", *Arquitectura*, Nº 111, Madrid, Sociedad Central de Arquitectura, 1928.

RIOS, T., BOROBIO, y R, BELTRAN, J., "Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón", en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 30, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1944.

RODRIGUEZ ARIAS, G., "Sanatorio San Juan de Dios (Manresa)" en AC, Nº 6, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Órgano de difusión del GATEPAC, 1932.

RUILOBA QUECEDO, C., "El Sanatorio de Zonnestraal" en *Cuaderno de notas*, Nº 15, 2014.

SAMBRICIO, C., "Fernando García Mercadal", en *Urbanismo COAM*, nº 18, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, enero de 1993.

SANCHEZ ARCAS, M., "La Central Médica de Nueva York. Obra de J. Gamble Rogers", en *Arquitectura*, nº 119, 1929, Madrid.

SANCHEZ ARCAS, M. y LACASA, L, "Proyecto de Hospital provincial para Logroño", en *Arquitectura*, Nº 131, Madrid, Sociedad Central de Arquitectos, 1930.

SERRA, C., "Los pioneros del racionalismo español", en el periódico *El País*, Barcelona, 26 de octubre de 2005.

"Soluciones presentadas por miembros del G.A.T.E.P.A.C. al concurso de proyectos de un grupo de casas en Bilbao", *AC-11*, G.A.T.E.P.A.C, Barcelona-Madrid- San Sebastián, 1933.

"Un fallo lamentable. El concurso de anteproyectos para el nuevo Hospital de San Sebastián", en *AC*, nº 11 *DOCUMENTOS DE ACTIVIDAD CONTEMPORÁNEA*, Barcelona-Madrid-San Sebastián, Publicación del G.A.T.E.P.A.C, 1933.

ZAVALA Y LAFORA, J., "La evolución de las ideas para la construcción de hospitales. El Hospital en Bloque, en *Revista Nacional de Arquitectura*, Nº 62, Madrid, Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid, 1947.

Periódicos:

AMANECER.

"Franco cumplió su promesa con Aragón", *Amanecer*, Nº 7.063, año XXIII, Zaragoza, 9 de abril de 1959, p. 1.

"Hoy día de inauguraciones", *Amanecer*, Zaragoza, Nº 7.064, año XXIII, Zaragoza 10 de abril de 1959, p. 1.

"El Caudillo inauguró ayer en nuestra ciudad cinco importantes realizaciones del Régimen: El Sanatorio "Royo Villanova, El Gobierno Civil, el Instituto "Goya", la Residencia Sanitaria "José Antonio" y el Gimnasio Polideportivo, *Amanecer*, Zaragoza, Nº 7.064, año XXIII, Zaragoza 10 de abril de 1959, p. 3.

EL NOTICIERO.

"El Caudillo, reiteradamente aclamado en Zaragoza ", *El Noticiero*, Nº 18.418, Zaragoza, 10 de abril de 1959, p. 4.

"La nota sanitaria tuvo preponderancia en la jornada de ayer del Caudillo" *El Noticiero*, Nº 18.418, Zaragoza, 10 de abril de 1959, p. 3.

EL PAÍS.

SERRA, C., "Los pioneros del racionalismo español", *El País*, Barcelona, 26 octubre de 2005.

HERALDO DE ARAGÓN.

"Franco inauguró ayer el Pantano de Yesa y el Canal de las Bardenas", *Heraldo de Aragón*, año LXV, Nº 21.419, Zaragoza, 9 de abril de 1959, p. 1.

“Día glorioso de inauguraciones”, *Heraldo de Aragón*, año LXV, Nº 21.420, Zaragoza, 10 de abril de 1959, p. 6.

“Zaragoza aclama con fervoroso entusiasmo a S. E. el Jefe del Estado”, *Heraldo de Aragón*, año LXV, Nº 21.420, Zaragoza, 10 de abril de 1959, p. 1.

LA VANGUARDIA.

“La presencia del Caudillo en las tierras de Aragón”, *La Vanguardia*, Española, Barcelona, 10 de abril de 1959, p. 1.

NODO

“Franco en Aragón”, *NODO*, N850A, 20 de abril de 1959.



Universidad
de Alcalá

Programa de Doctorado en Arquitectura

APÉNDICE DOCUMENTAL

ARQUITECTURA
HOSPITALARIA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE
PREVISIÓN EN ARAGÓN
El Hospital Miguel Servet
del arquitecto Fernando
García Mercadal

Eusebio Jesús Escribano
Marquina
2017



Universidad
de Alcalá

Programa de Doctorado en Arquitectura

APÉNDICE DOCUMENTAL

**ARQUITECTURA HOSPITALARIA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PREVISIÓN EN ARAGÓN**
El Hospital Miguel Servet del arquitecto Fernando
García Mercadal

TESIS DOCTORAL

Autor
Eusebio Jesús Escribano Marquina

Directora
Dra. María Ángeles Layuno Rosas

Alcalá de Henares 2017

APÉNDICE DOCUMENTAL

Se aporta en este apéndice imágenes de la obra hospitalaria que el Arquitecto Fernando García Mercadal ejecutó por toda España para el Instituto Nacional de Previsión entre los años 1948 y 1972.

Las obras se ha clasificado atendiendo al uso: Residencias, Ambulatorios y otros, pero también a la localización, diferenciando ente las situadas en Aragón y en el resto de España. Hay un último apartado que recoge algunos proyectos sin ejecutar.

Dentro de cada obra se han separado, por fichas, las imágenes correspondientes a la documentación de proyecto, de la obra, de su estado inicial y de la situación en la actualidad.

RESIDENCIAS SANITARIAS EN ARAGÓN

Residencia Sanitaria José Antonio de Zaragoza.....	FICHA Nº 1
Residencia Sanitaria (provisional) y Ambulatorio en el Paseo del General Mola	FICHA Nº 2
Residencia Sanitaria de Teruel.....	FICHA Nº 3
Residencia Sanitaria de Sanitaria y Ambulatorio en Calatayud...	FICHA Nº 4
Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "San Jorge" con Ambulatorio Reducido en Huesca	FICHA Nº 5
Centro de Traumatología y Rehabilitación de la Seguridad Social de Zaragoza	FICHA Nº 6

AMBULATORIOS EN ARAGÓN

Ambulatorio de Jaca (Huesca).....	FICHA Nº 7
Agencia del I.N.P. con Ambulatorio reducido en Caspe	FICHA Nº 8
Ambulatorio con viviendas en Barbastro	FICHA Nº 9
Ambulatorio con Agencia I.N.P. en Tarazona	FICHA Nº 10
Ambulatorio Completo "Ramón y Cajal" en Zaragoza.....	FICHA Nº 11
Ambulatorio Reducido "Ebro Viejo" en Zaragoza	FICHA Nº 12
Agencia I.N.P. en La Almunia de Doña Godina	FICHA Nº 13
Ambulatorio con Agencia I.N.P. en Ejea de los Caballeros.....	FICHA Nº 14
Ambulatorio con viviendas en Monzón	FICHA Nº 15

OTROS EDIFICIOS EN ARAGÓN

Delegación del I.N.P. y Trabajo en Zaragoza	FICHA Nº 16
---------------------------------------------------	-------------

RESIDENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA.

Residencia Sanitaria de Guadalajara.....	FICHA Nº 17
Residencia Sanitaria de Logroño	FICHA Nº 18
Residencia Sanitaria "Enrique Cangas" en Mieres	FICHA Nº 19
Residencia Sanitaria "Ortiz de Zárate" en Vitoria	FICHA Nº 20
Residencia Sanitaria en Lérida	FICHA Nº 21

Residencia Sanitaria "Virgen de Covadonga" de Oviedo.....FICHA Nº 22
Centro Piloto de Traumatología y Rehabilitación en Oviedo.....FICHA Nº 23
Residencia Sanitaria "Virgen del Camino" de Pamplona.....FICHA Nº 24

AMBULATORIOS EN ESPAÑA.

Ambulatorio con Agencia I.N.P. de Mieres.....FICHA Nº 25
Ambulatorio Completo en LéridaFICHA Nº 26
Ambulatorio Completo "Hermanos Aznar" Madrid.....FICHA Nº 27
Ambulatorio "Pedro González" en el Barrio San BlasFICHA Nº 28
Ambulatorio Completo con camas en HaroFICHA Nº 29
Ambulatorio con Agencia de I.N.P. en Sama de LangreoFICHA Nº 30
Ambulatorio Completo "Teniente Alfonso Martínez" Oviedo.....FICHA Nº 31
Ambulatorio Completo de Gijón.....FICHA Nº 32
Escuela y Residencia de Enfermeras en Guadalajara.....FICHA Nº 33
Ambulatorio Completo con Agencia del I.N.P. en Marqués
de Paradas, Sevilla.....FICHA Nº 34
Ambulatorio Completo con Agencia del INP en Dr. Fleming,
Sevilla..... FICHA Nº 35
Ambulatorio Completo con Agencia del INP en María
Auxiliadora. SevillaFICHA Nº 36
Ambulatorio reducido en El Tardón en Sevilla.....FICHA Nº 37
Ambulatorio reducido en Utrera con Agencia del INP..... FICHA Nº 38
Ambulatorio reducido en Ayamonte con Agencia del INPFICHA Nº 39
Maternidad en Riotinto con Agencia del I.N.P..... FICHA Nº 40
Ambulatorio Completo en San Martín, BarcelonaFICHA Nº 41

PROYECTOS NO EJECUTADOS.

Concurso de proyecto teórico de una Residencia Sanitaria y
Ambulatorio Completo en OrenseFICHA Nº 42
Residencia Sanitaria en OviedoFICHA Nº 43
Pabellón de Residencias de Enfermeras, Comunidad y Doctores en
Zaragoza FICHA Nº 44

RESIDENCIAS SANITARIAS

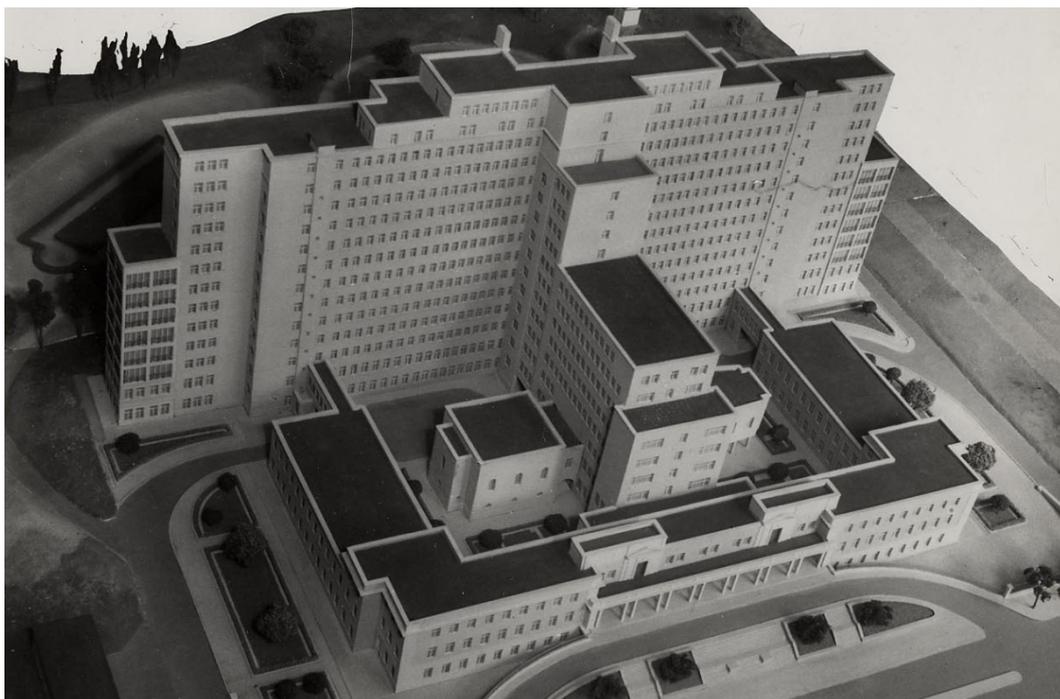
ARAGÓN

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

MAQUETAS



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

EXTERIORES

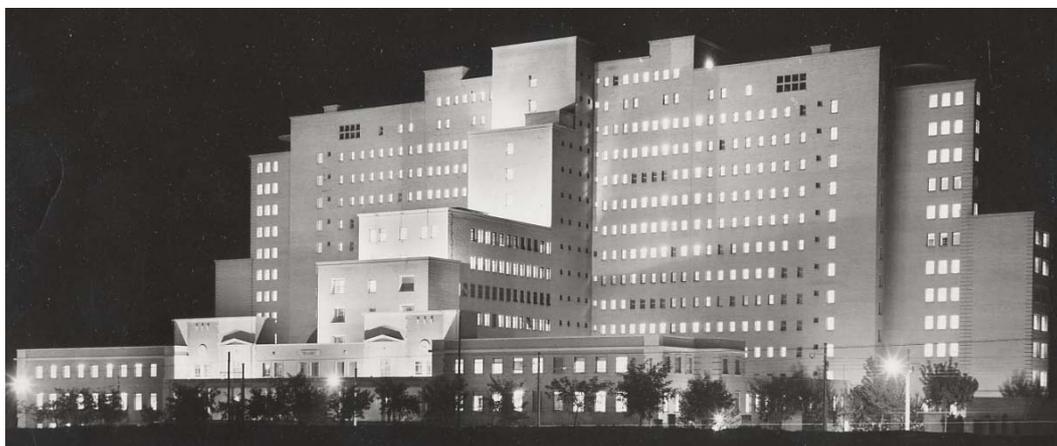


Fuente: Archivo INGESA



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

EXTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: C. Buil y R. Marco, 2008, 114.

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

FOTOS DE LA OBRA



Fuente: Archivo SALUD

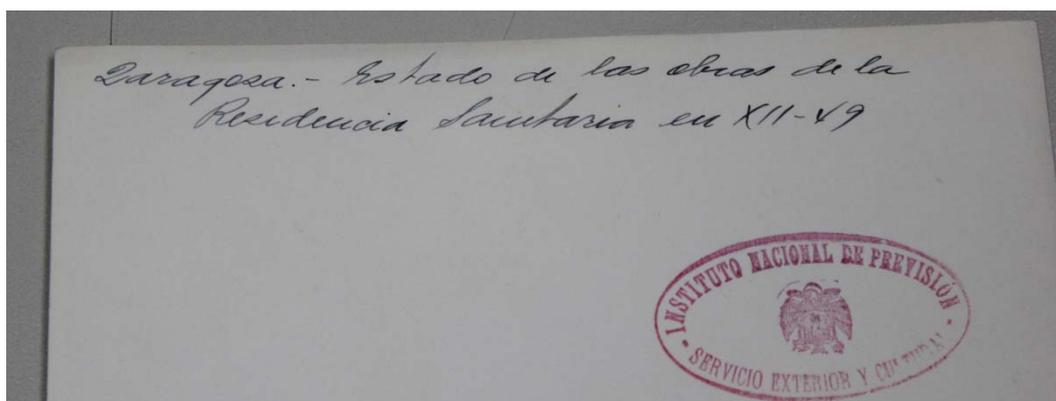


Fuente: Archivo SALUD

FOTOS DE LA OBRA



Fuente: Archivo SALUD



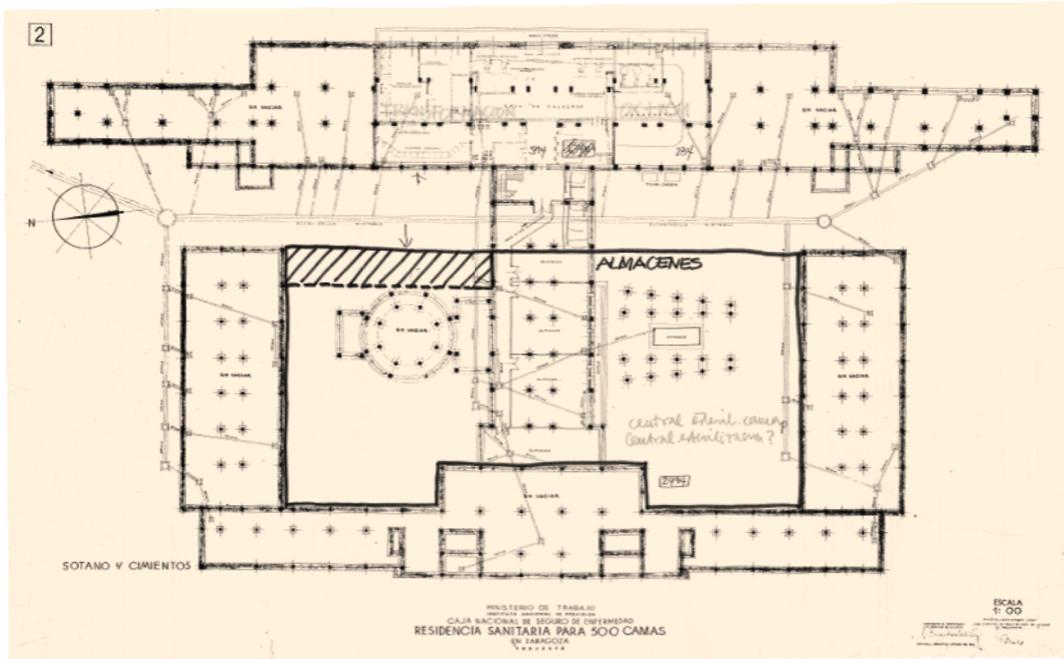
Fuente: Archivo SALUD

Residencia Sanitaria José Antonio

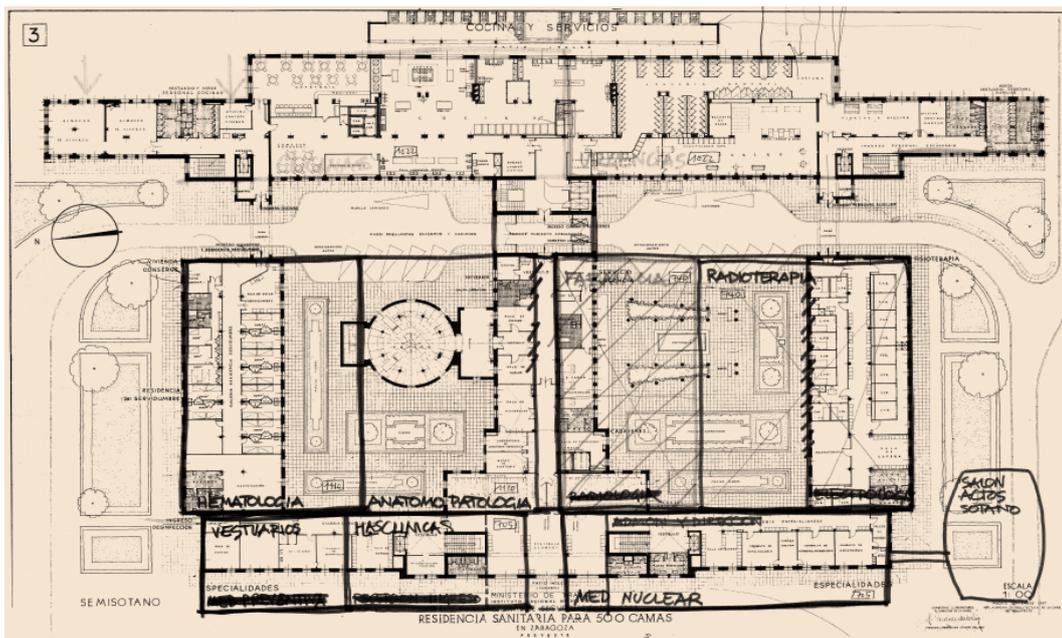
Zaragoza
1947
500 camas

1

PLANOS

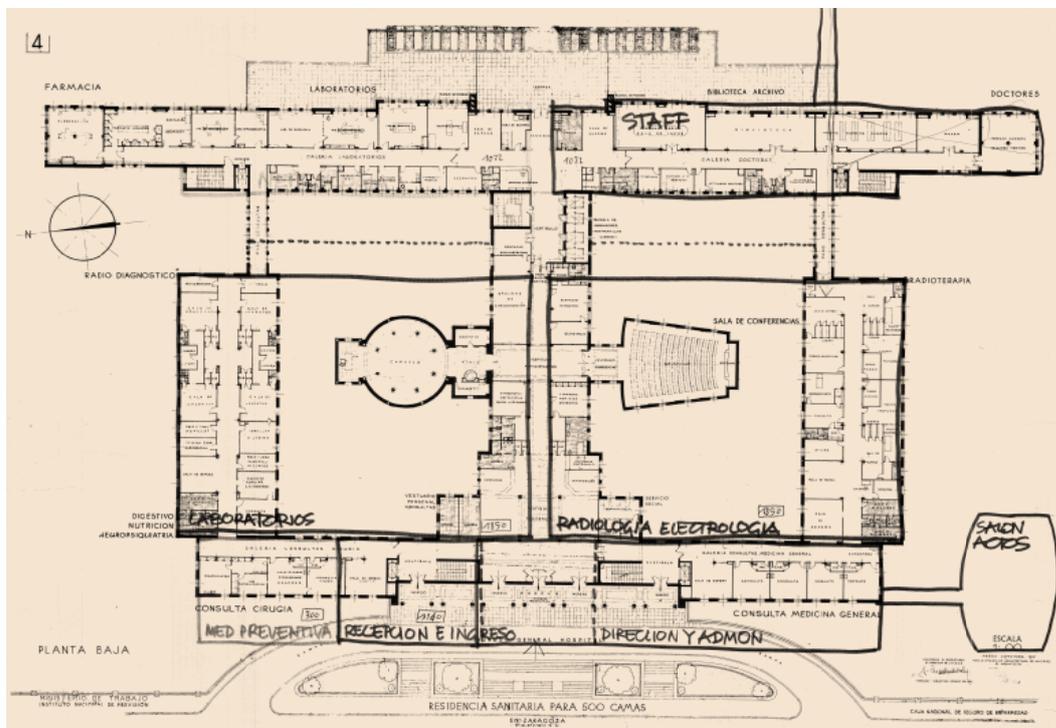


Fuente: Archivo SALUD

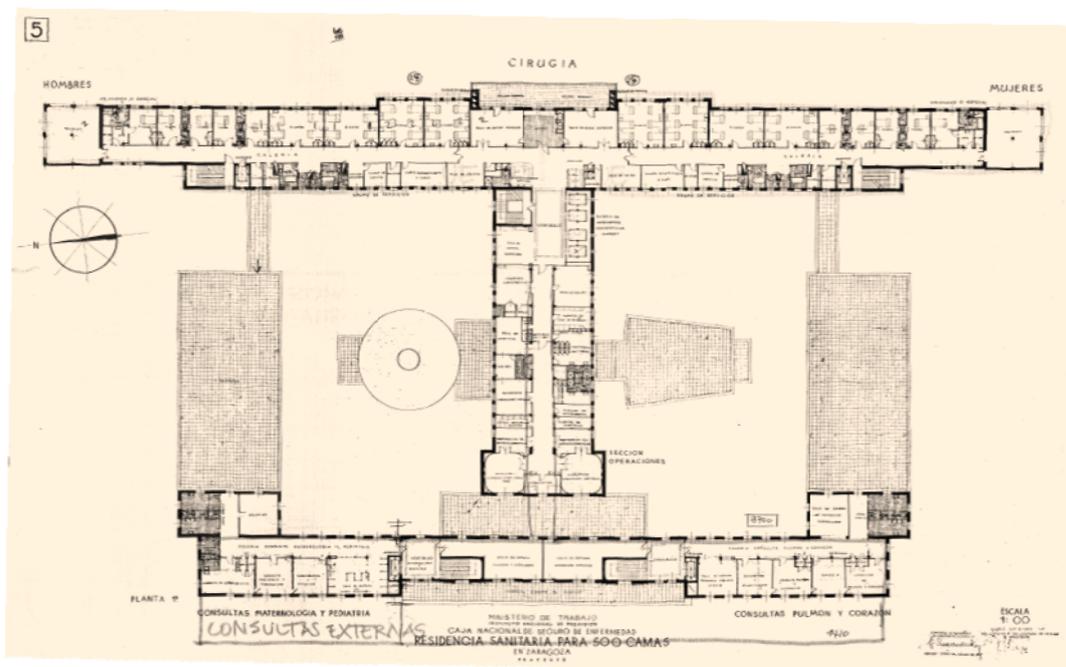


Fuente: Archivo SALUD

PLANOS



Fuente: Archivo SALUD



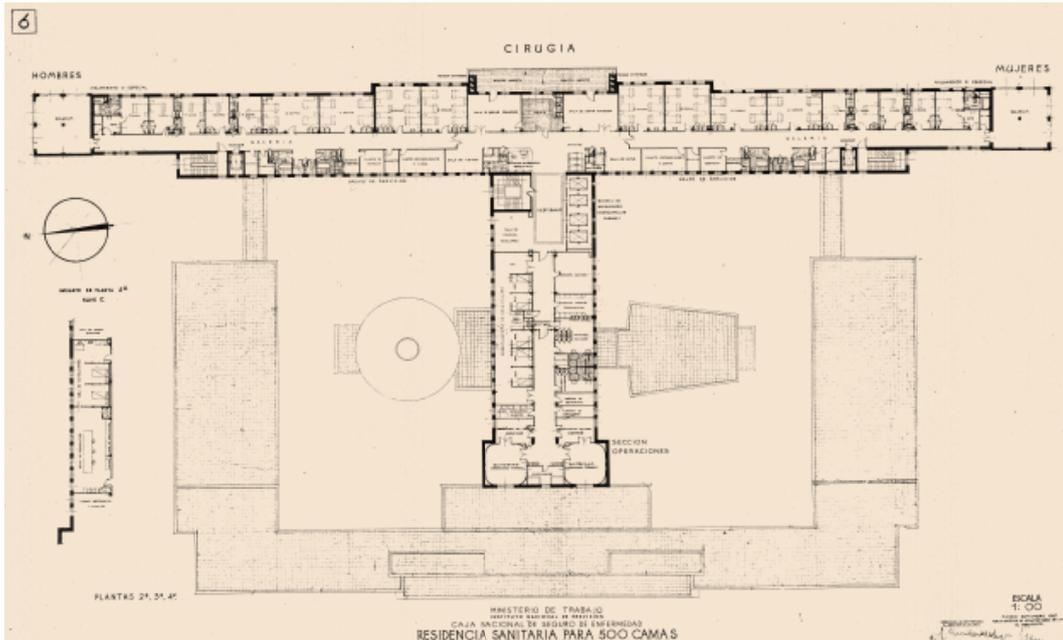
Fuente: Archivo SALUD

Residencia Sanitaria José Antonio

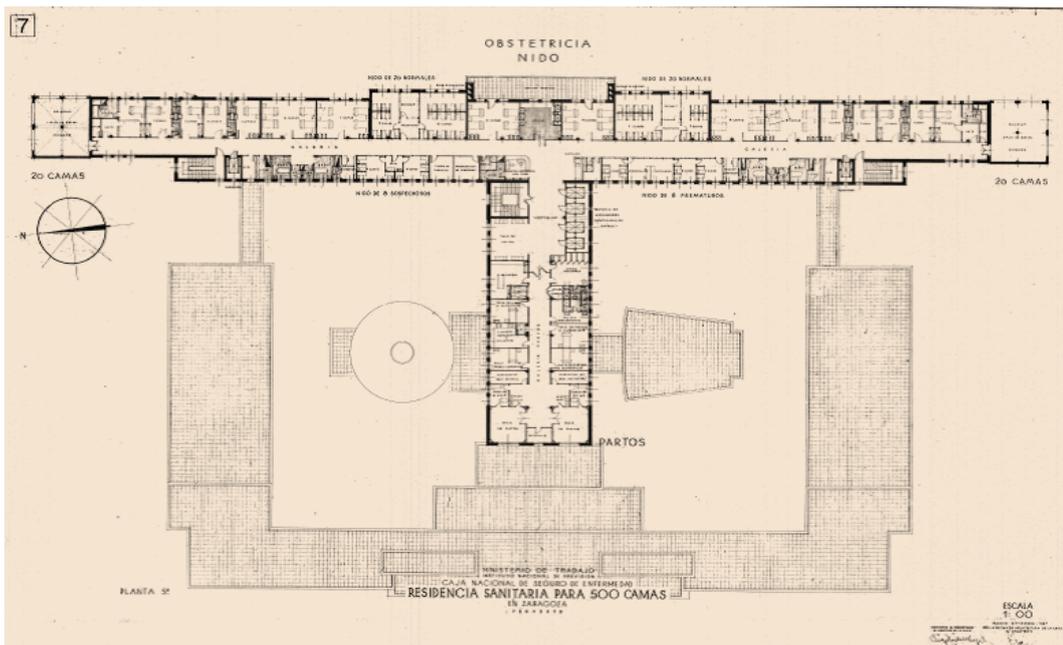
Zaragoza
1947
500 camas

1

PLANOS

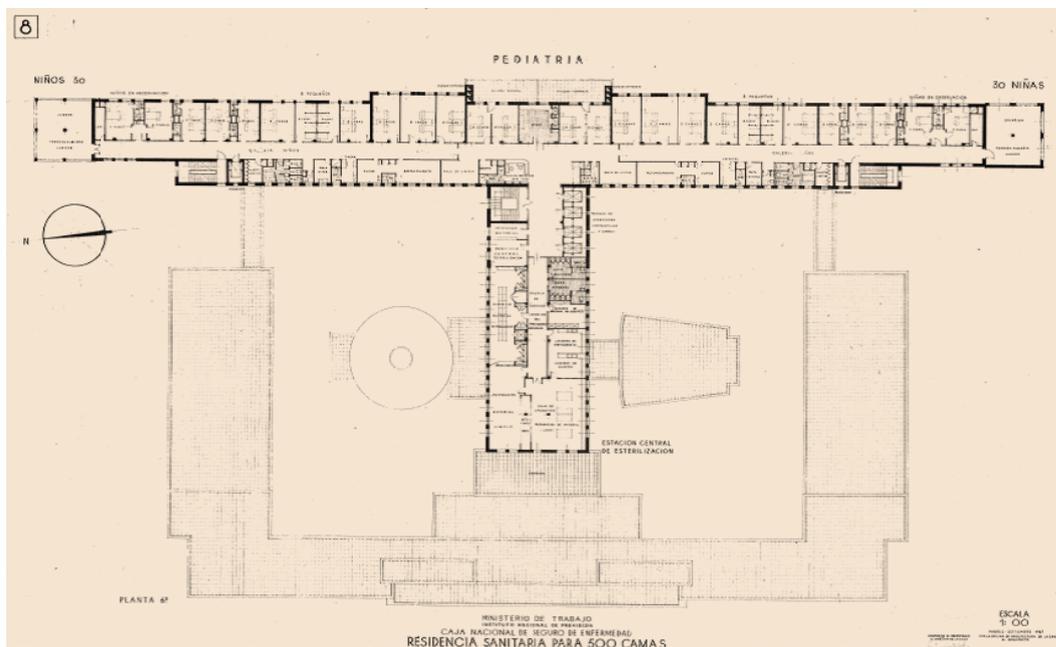


Fuente: Archivo SALUD

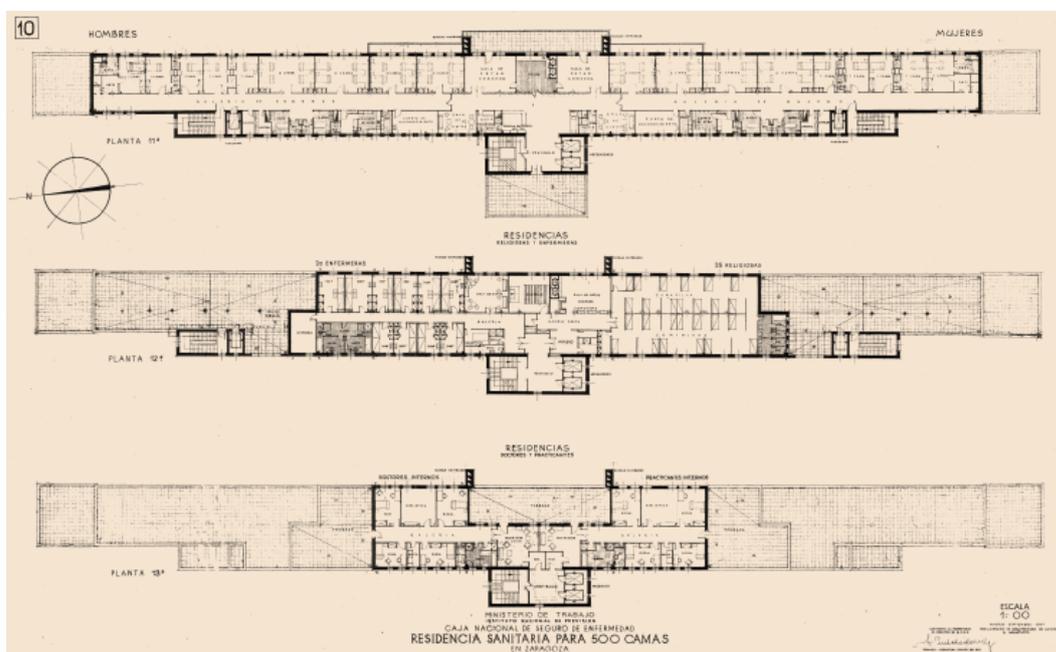


Fuente: Archivo SALUD

PLANOS

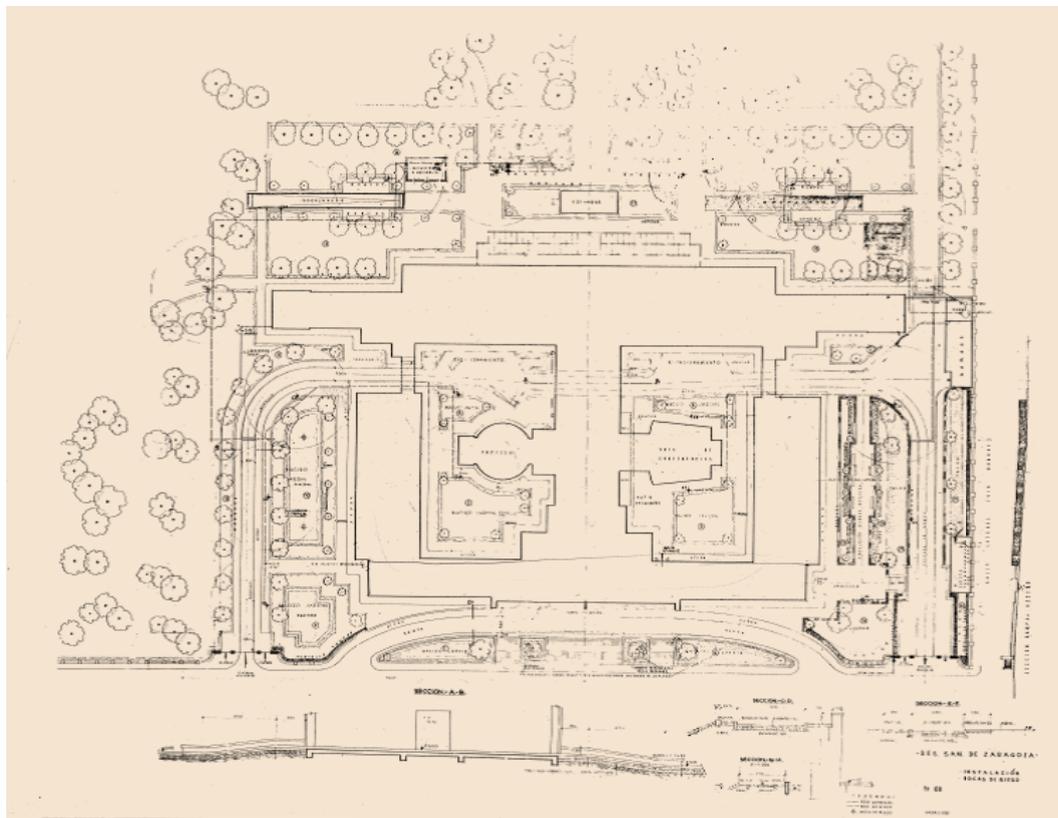


Fuente: Archivo SALUD

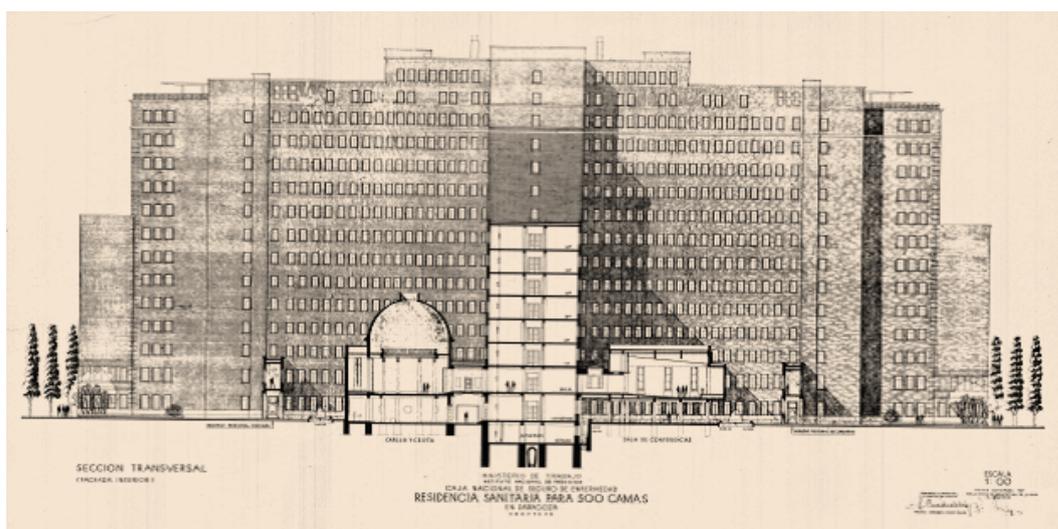


Fuente: Archivo SALUD

PLANOS



Fuente: Archivo SALUD



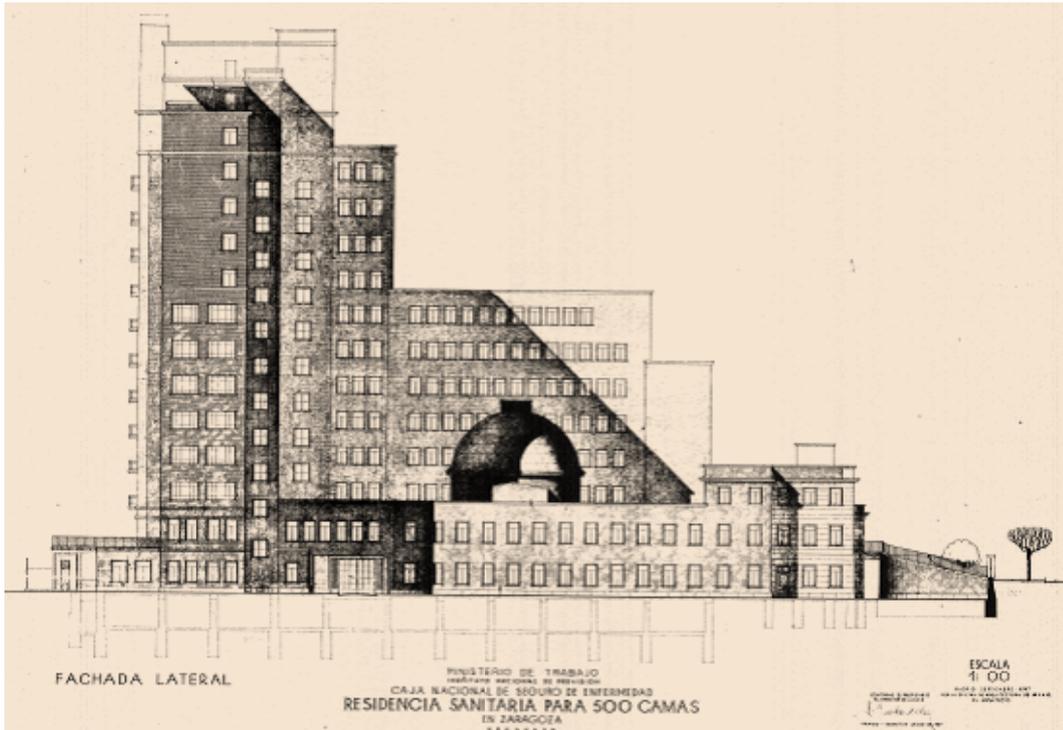
Fuente: Archivo SALUD

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

PLANOS



Fuente: Archivo SALUD



Fuente: Archivo SALUD

CIUDAD SANITARIA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

REFORMAS 1978



Fuente: Google Maps



Fuente: Archivo INGESA

REFORMAS 1978



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Real Academia de Medicina, autor: J.A. Giménez Mas

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

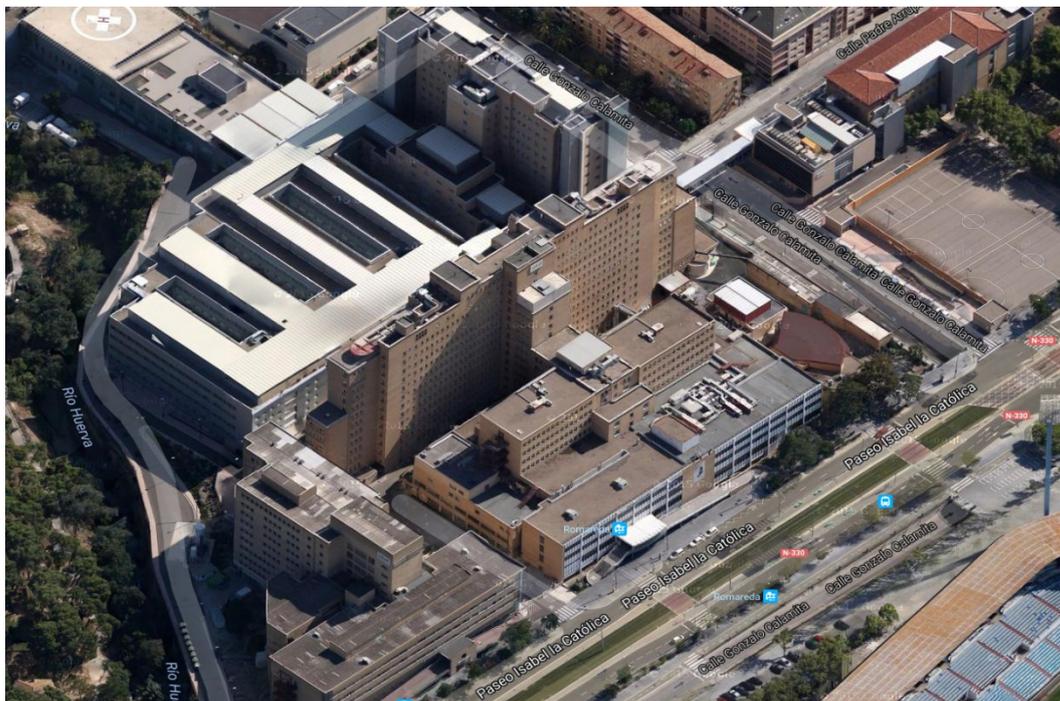


Fuente: Google Maps

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

Residencia Sanitaria José Antonio

Zaragoza
1947
500 camas

1

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

Reforma provisional Residencia Sanitaria

Paseo General Mola, Zaragoza

1948

25 camas

2

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria de Teruel

Teruel
1948
200 camas

3

MAQUETAS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

EXTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria de Teruel

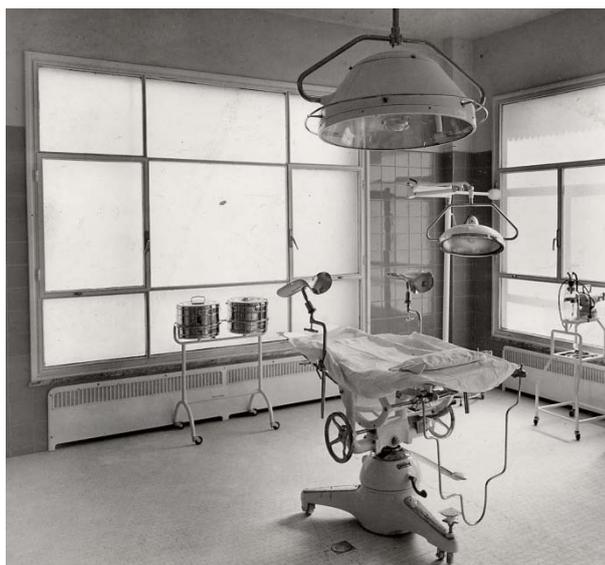
Teruel
1948
200 camas

3

INTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

INTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



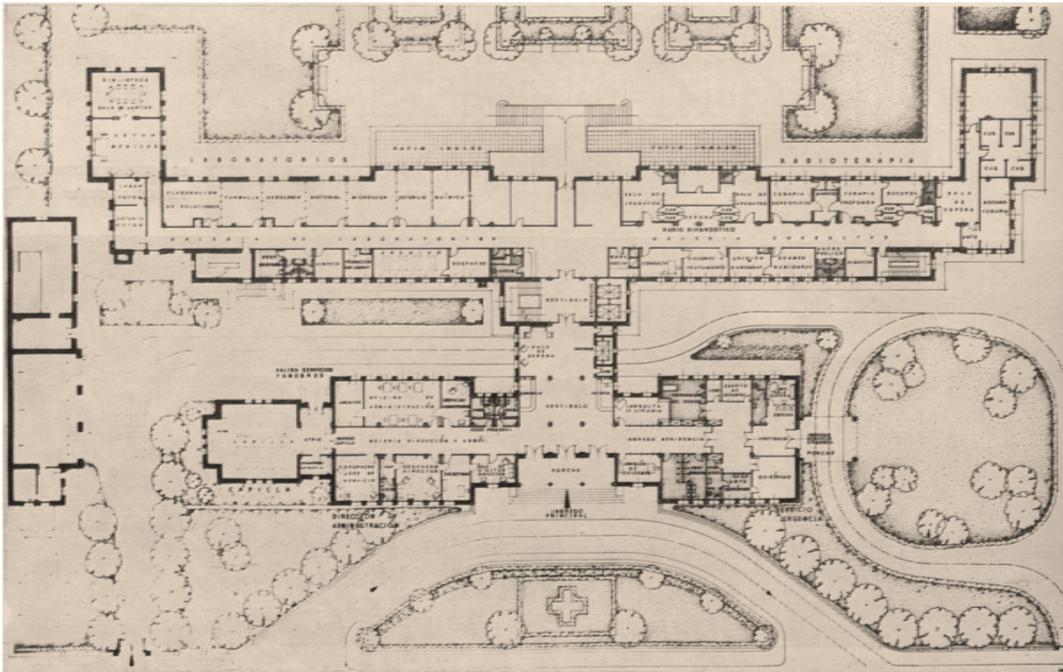
Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria de Teruel

Teruel
1948
200 camas

3

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

ESTADO ACTUAL



Fuente: Archivo INGESA



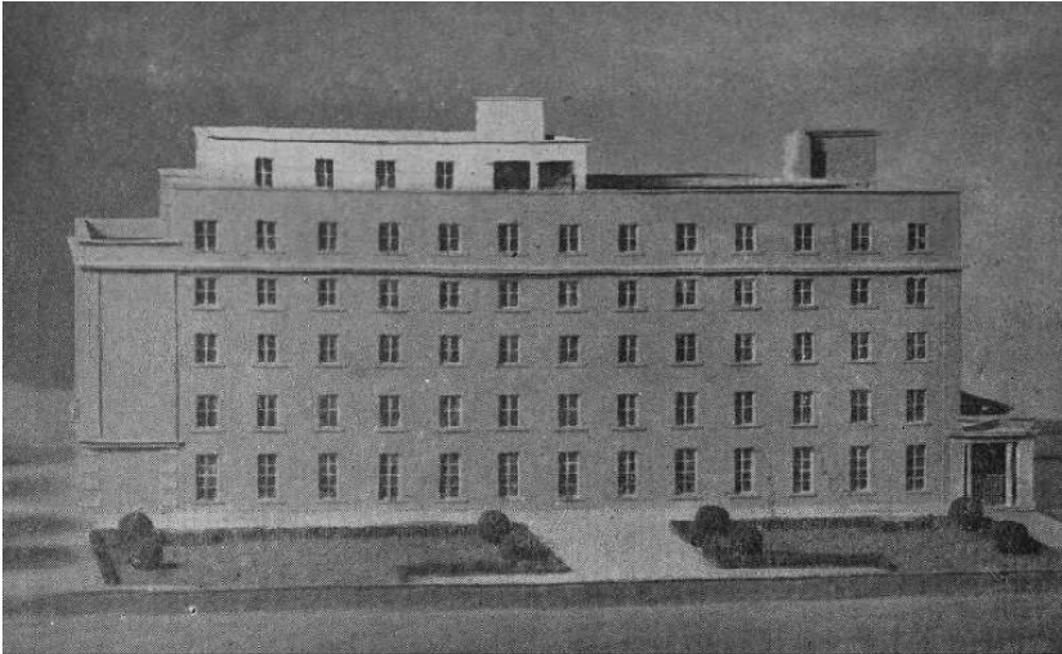
Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria de Calatayud

Calatayud, Zaragoza
1948
50 camas

4

MAQUETA

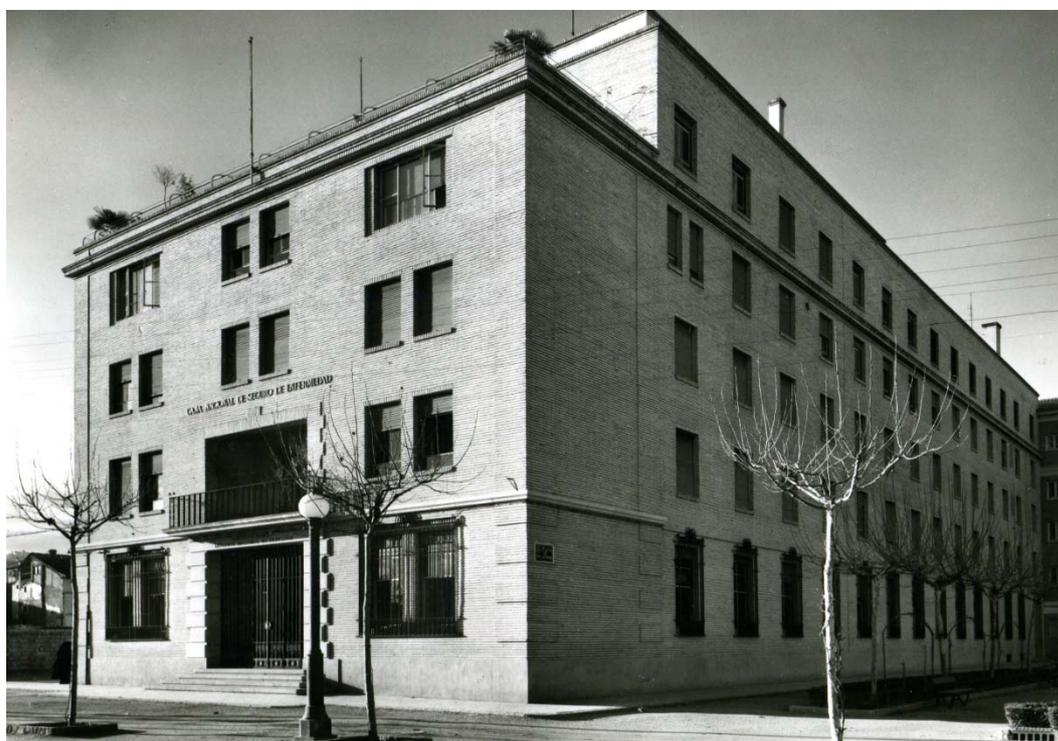


Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria de Calatayud

Calatayud, Zaragoza
1948
50 camas

4

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

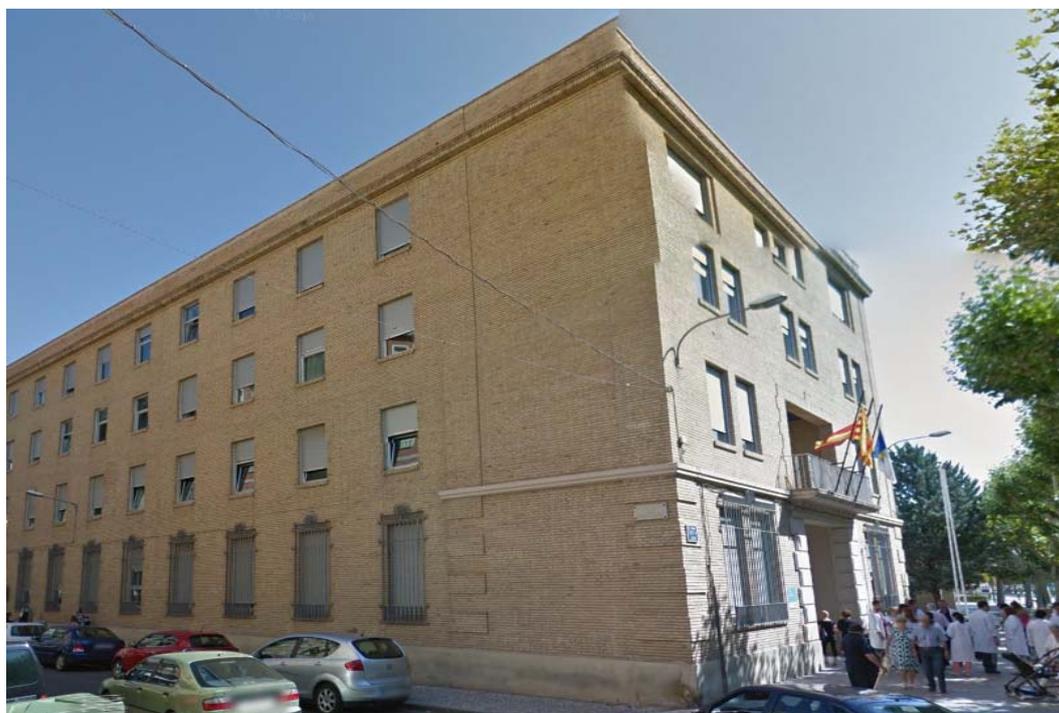
<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

INTERIOR



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



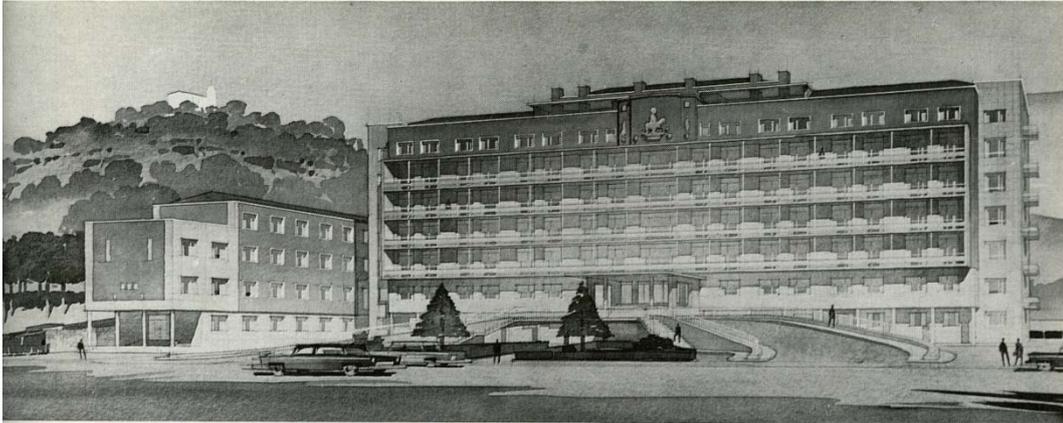
Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria de San Jorge

Huesca
1965
200 camas

5

VISTAS DE PROYECTO



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria de San Jorge

Huesca
1965
200 camas

5

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



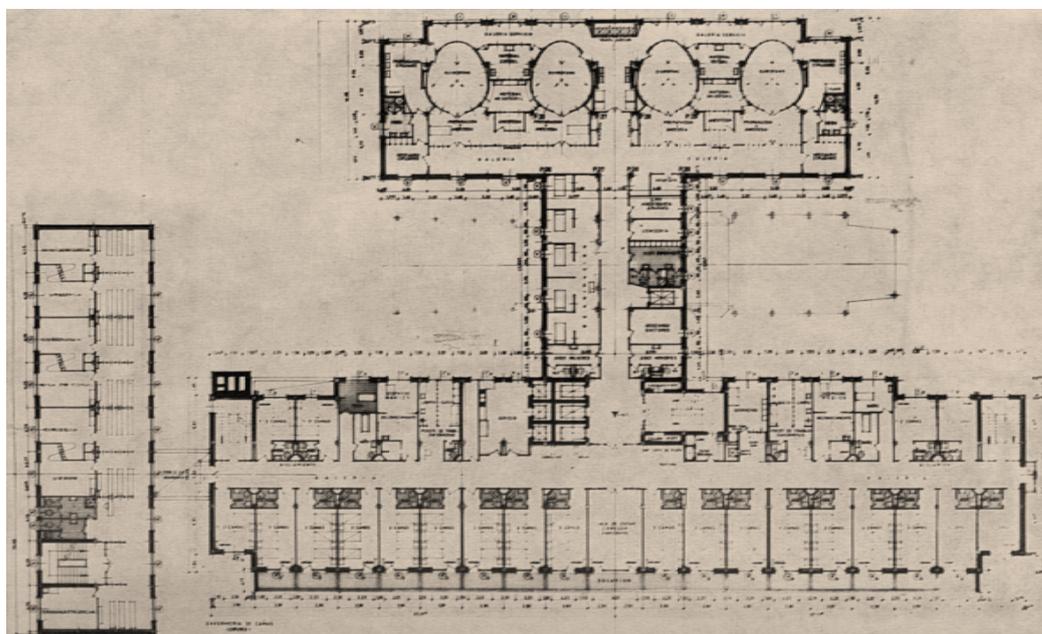
Fuente: Archivo INGESA

INTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

PLANOS



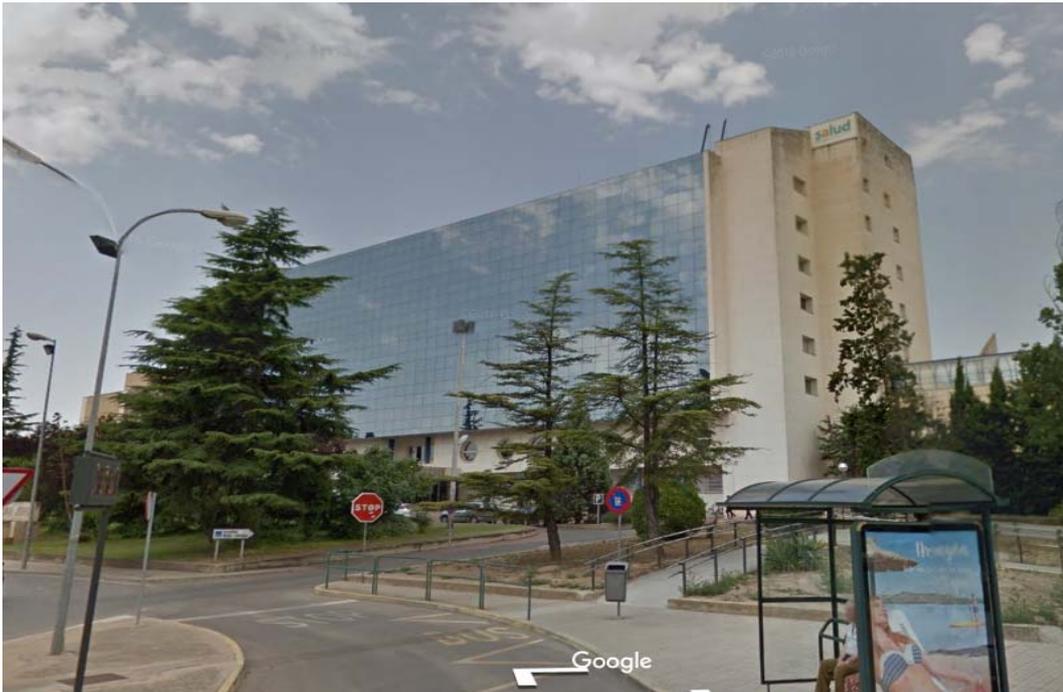
Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Residencia Sanitaria de San Jorge

Huesca
1965
200 camas

5

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados

Zaragoza
1969
350 camas

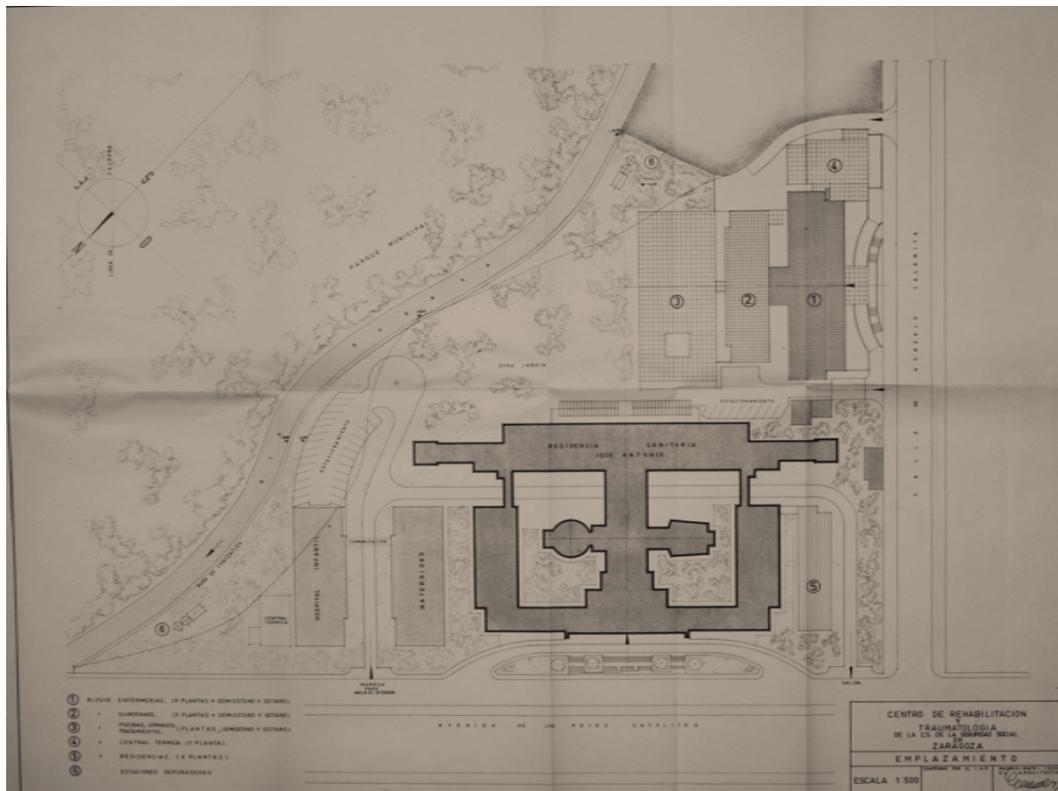
6

VISTA DE PROYECTO

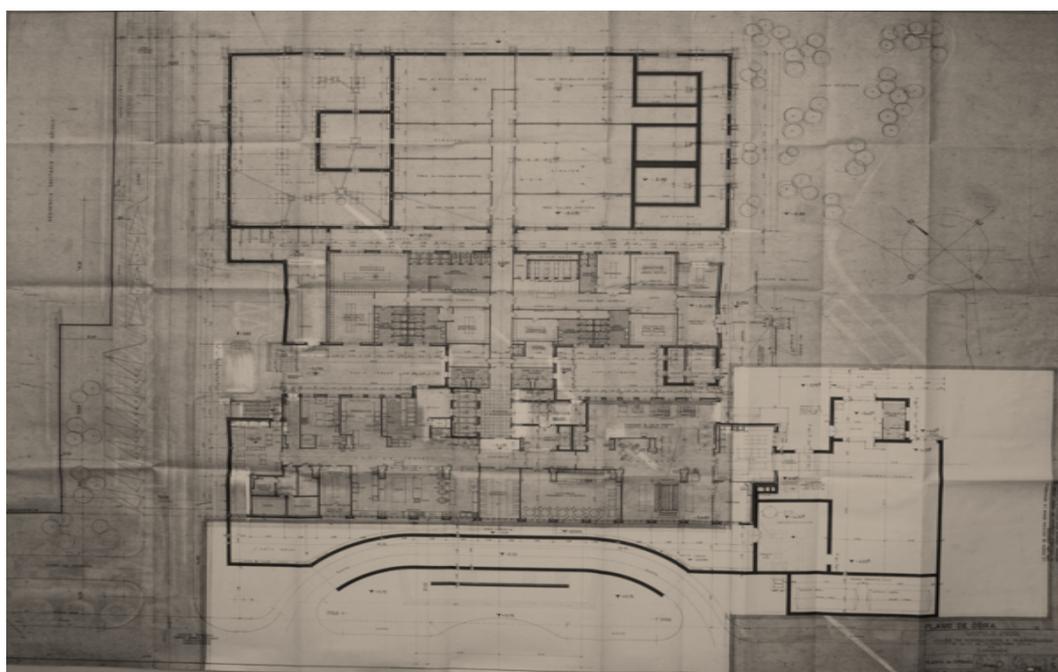


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA

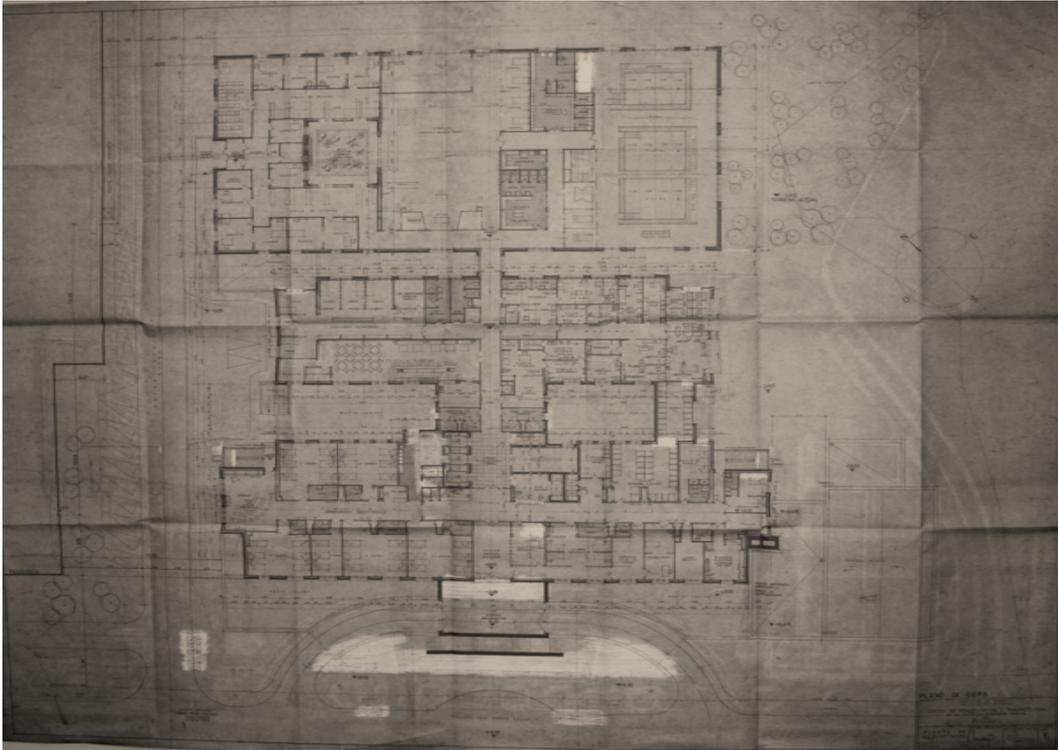


Fuente: Archivo INGESA

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados
Zaragoza
1969
350 camas

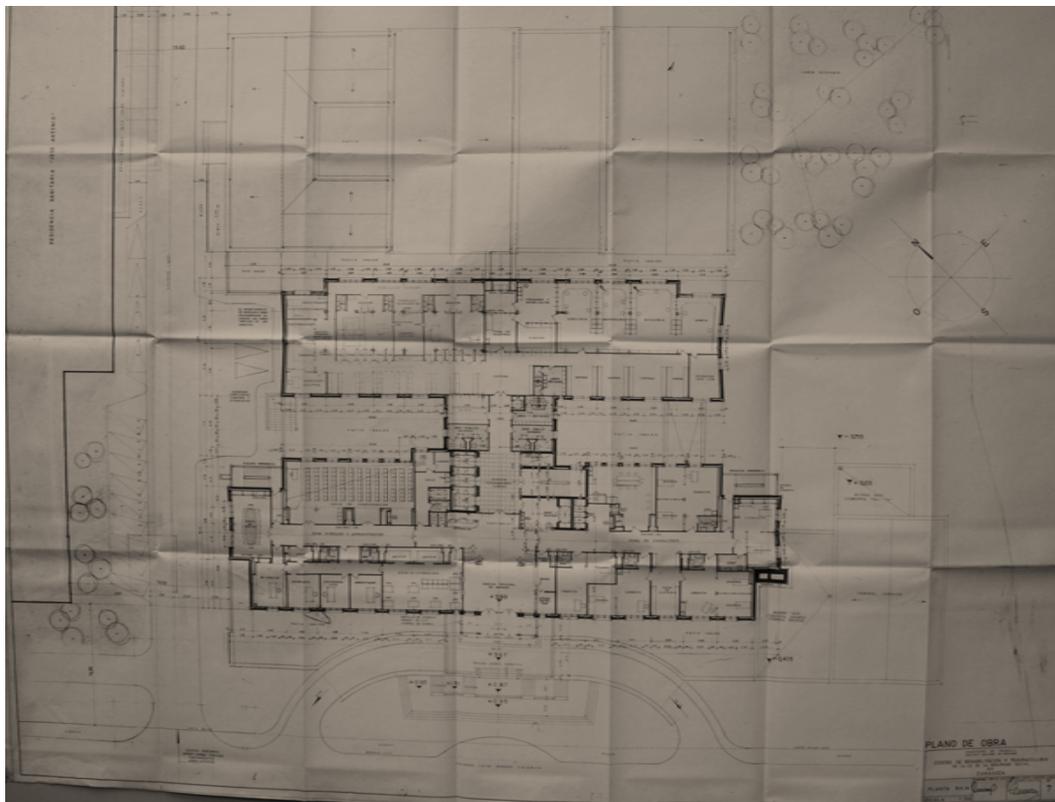
6

PLANOS

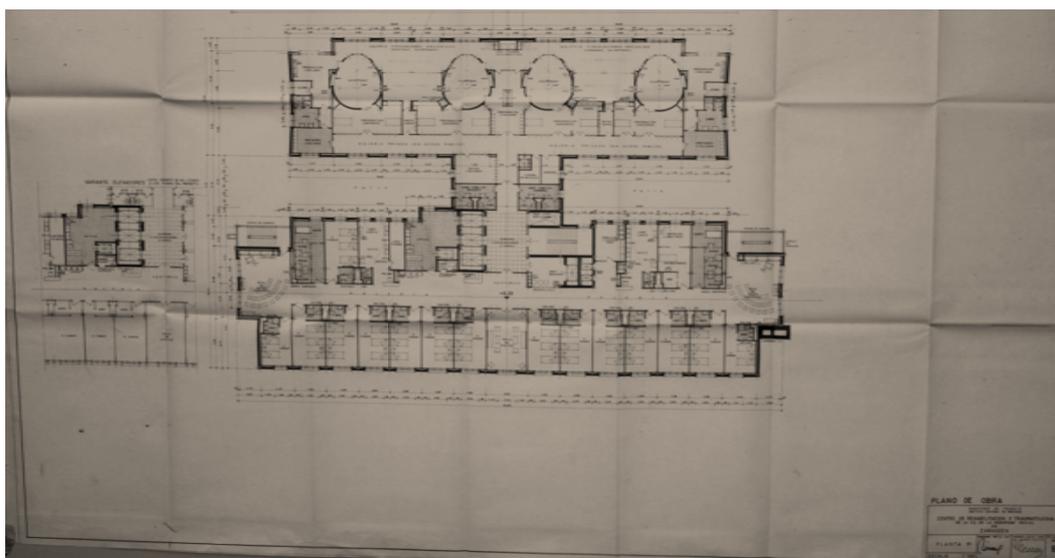


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



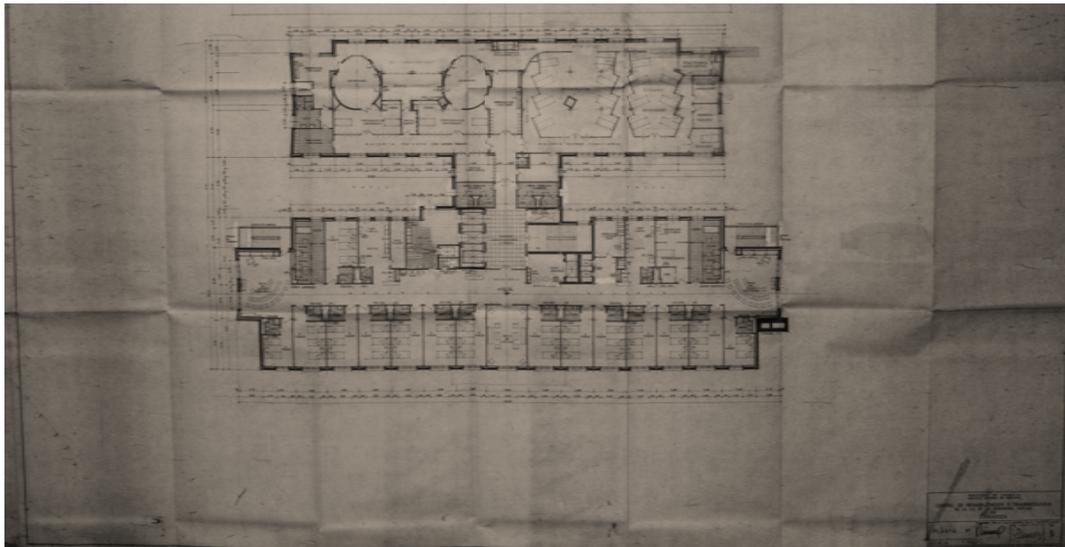
Fuente: Archivo INGESA

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados

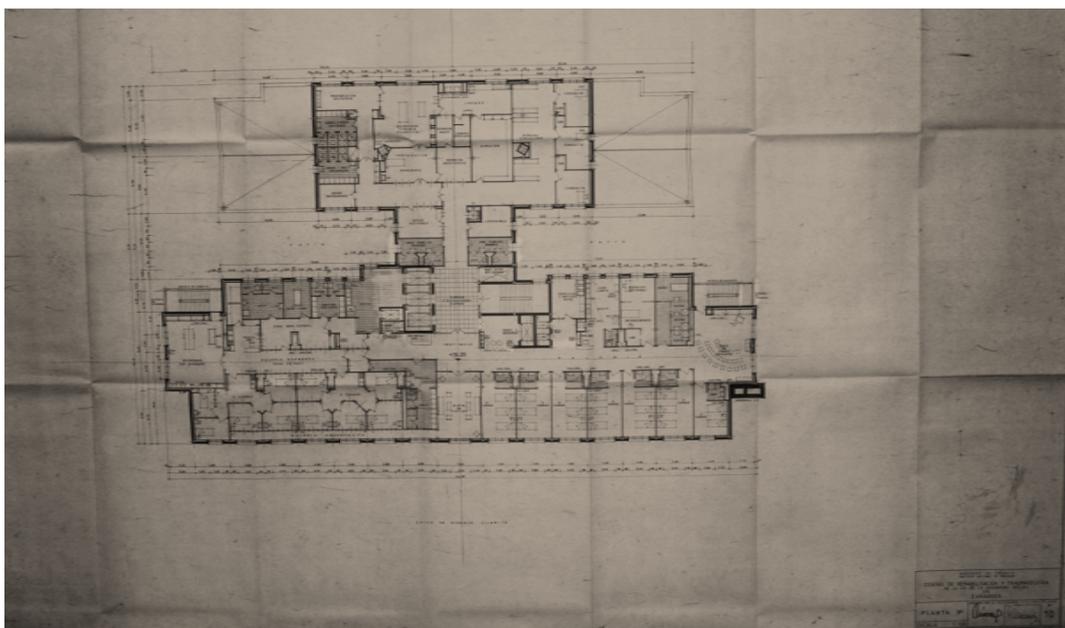
Zaragoza
1969
350 camas

6

PLANOS

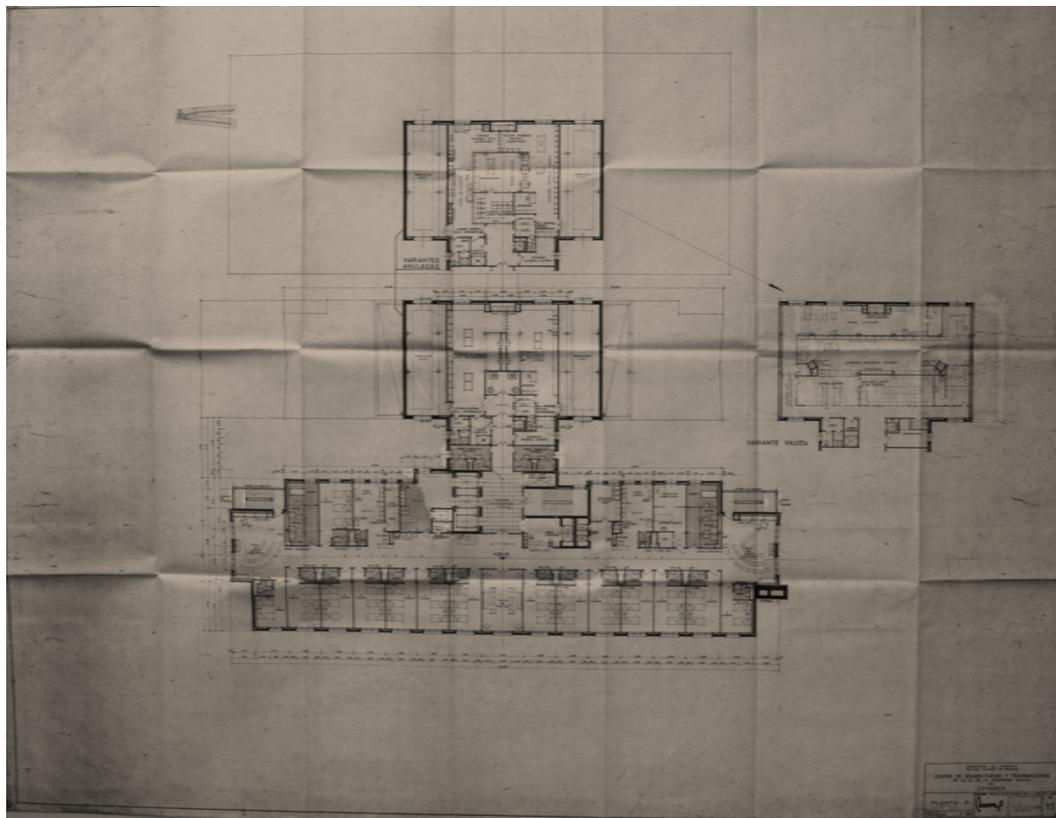


Fuente: Archivo INGESA

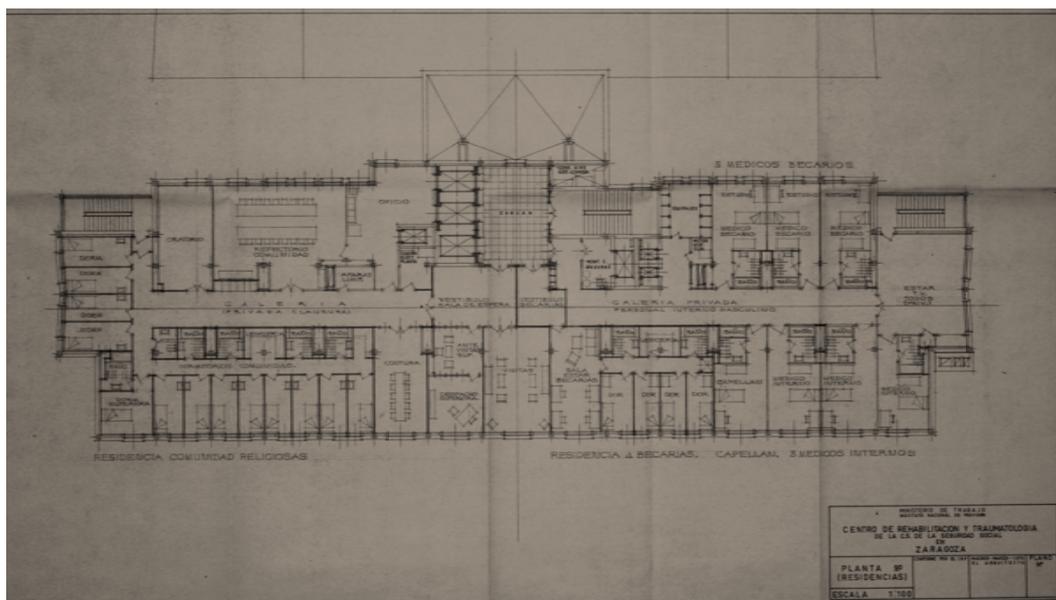


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



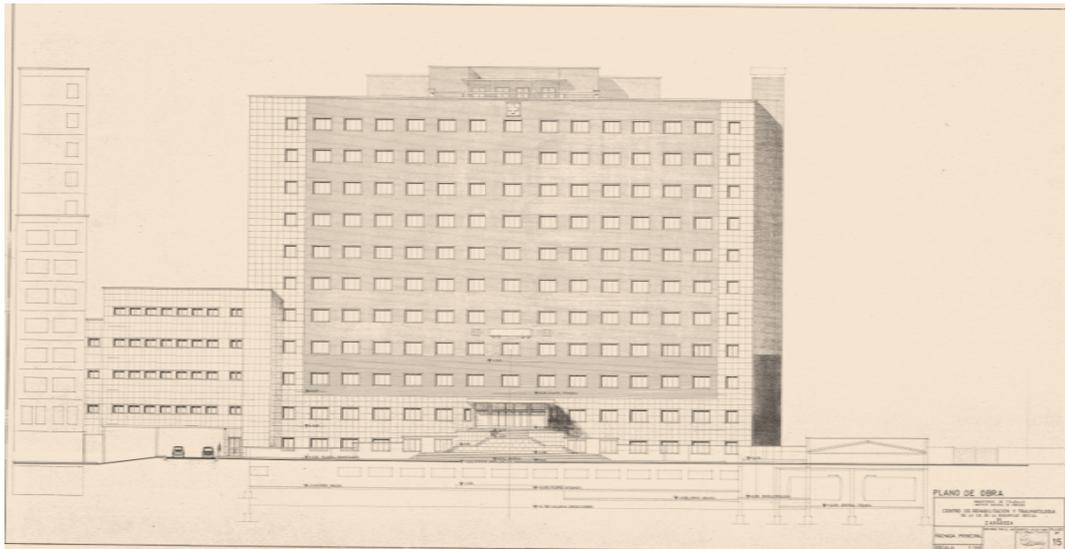
Fuente: Archivo INGESA

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados

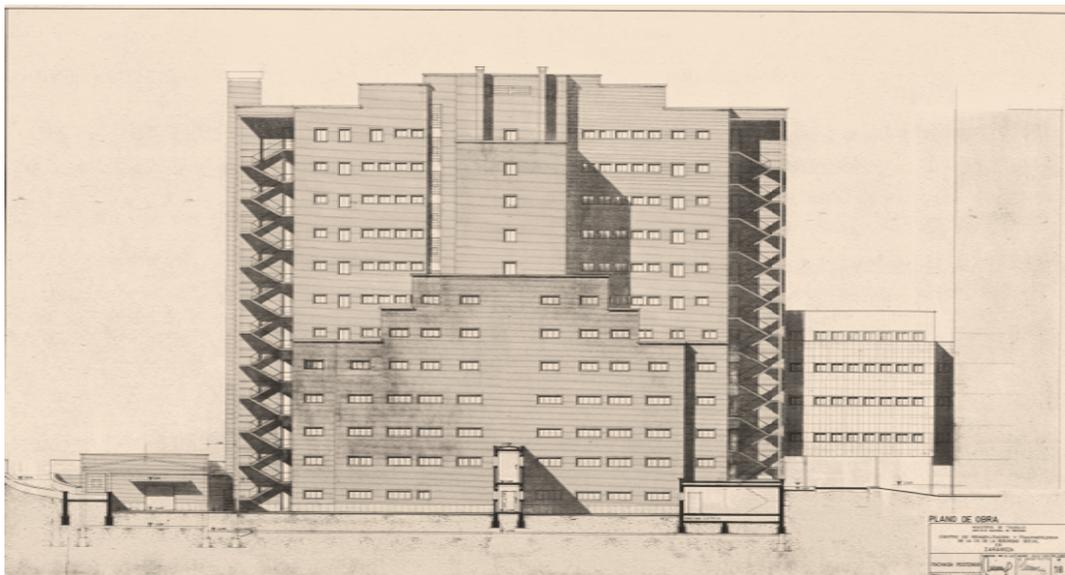
Zaragoza
1969
350 camas

6

PLANOS



Fuente: Archivo SALUD



Fuente: Archivo SALUD

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados

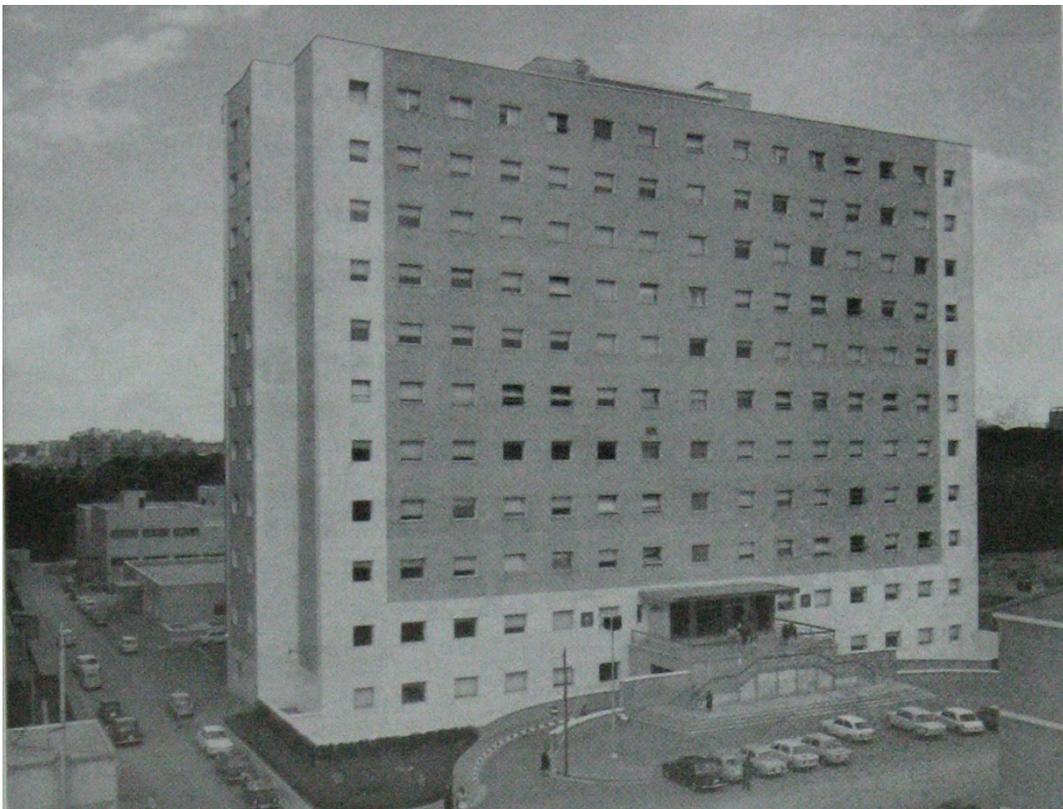
Zaragoza
1969
350 camas

6

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

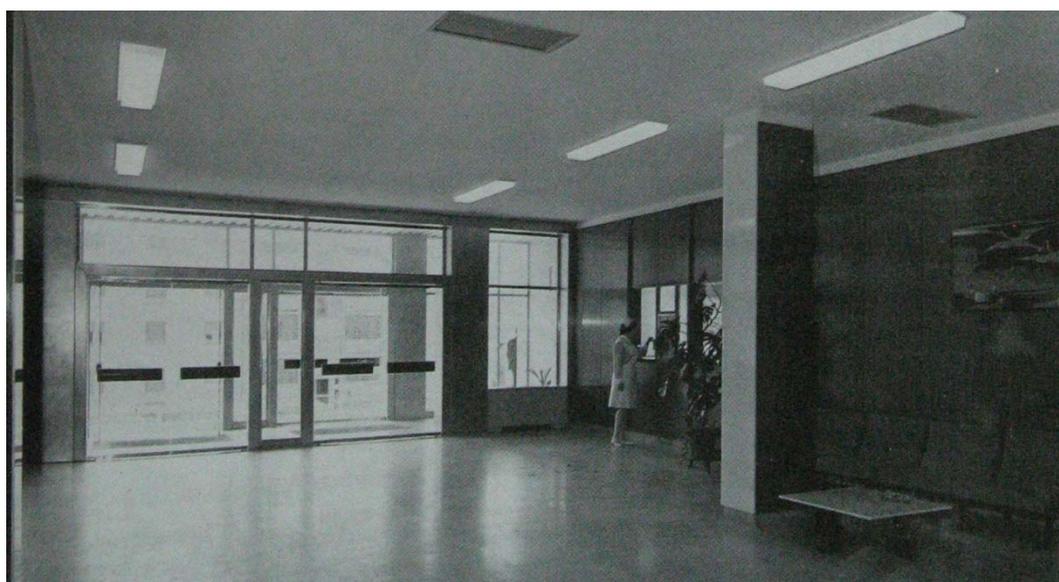


Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

INTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Centro de Rehabilitación Traumatología y Quemados

Zaragoza
1969
350 camas

6

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

AMBULATORIOS

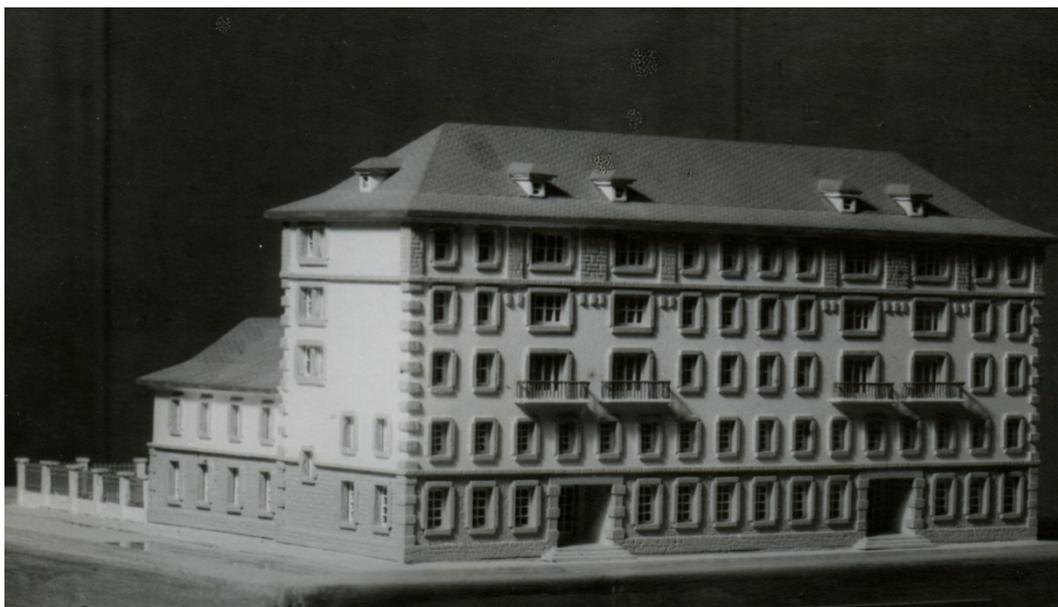
ARAGÓN

Ambulatorio de Jaca

Jaca, Huesca
1949

7

MAQUETA

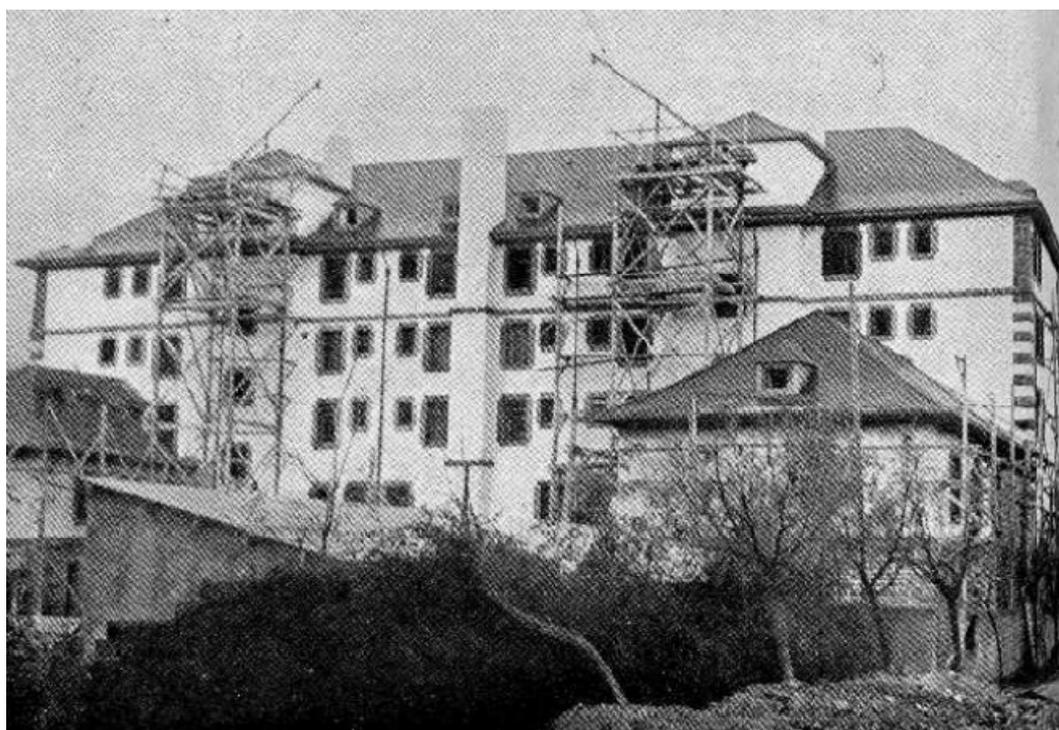


Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Jaca

Jaca, Huesca
1949

7

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

Ambulatorio de Caspe

Caspe, Zaragoza
1947
500 camas

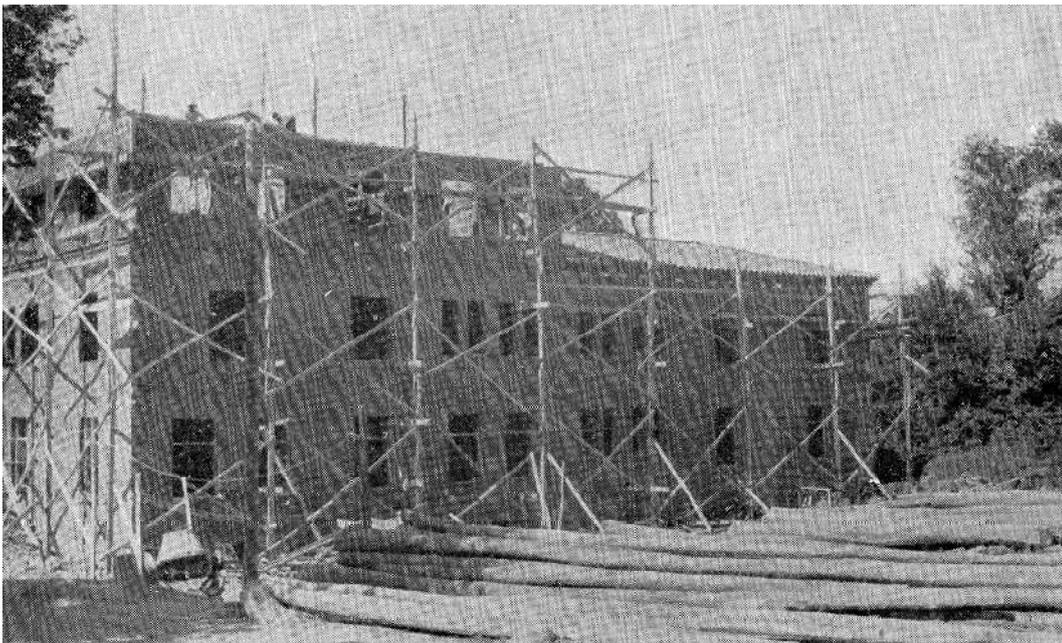
8

MAQUETA



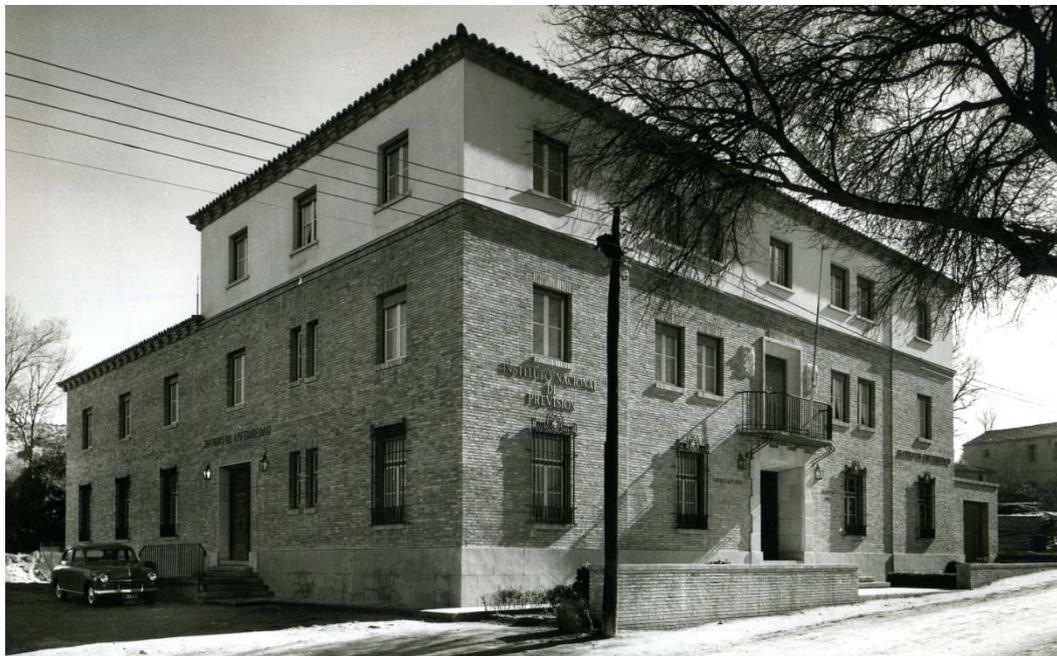
Fuente: Archivo INGESA

OBRA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



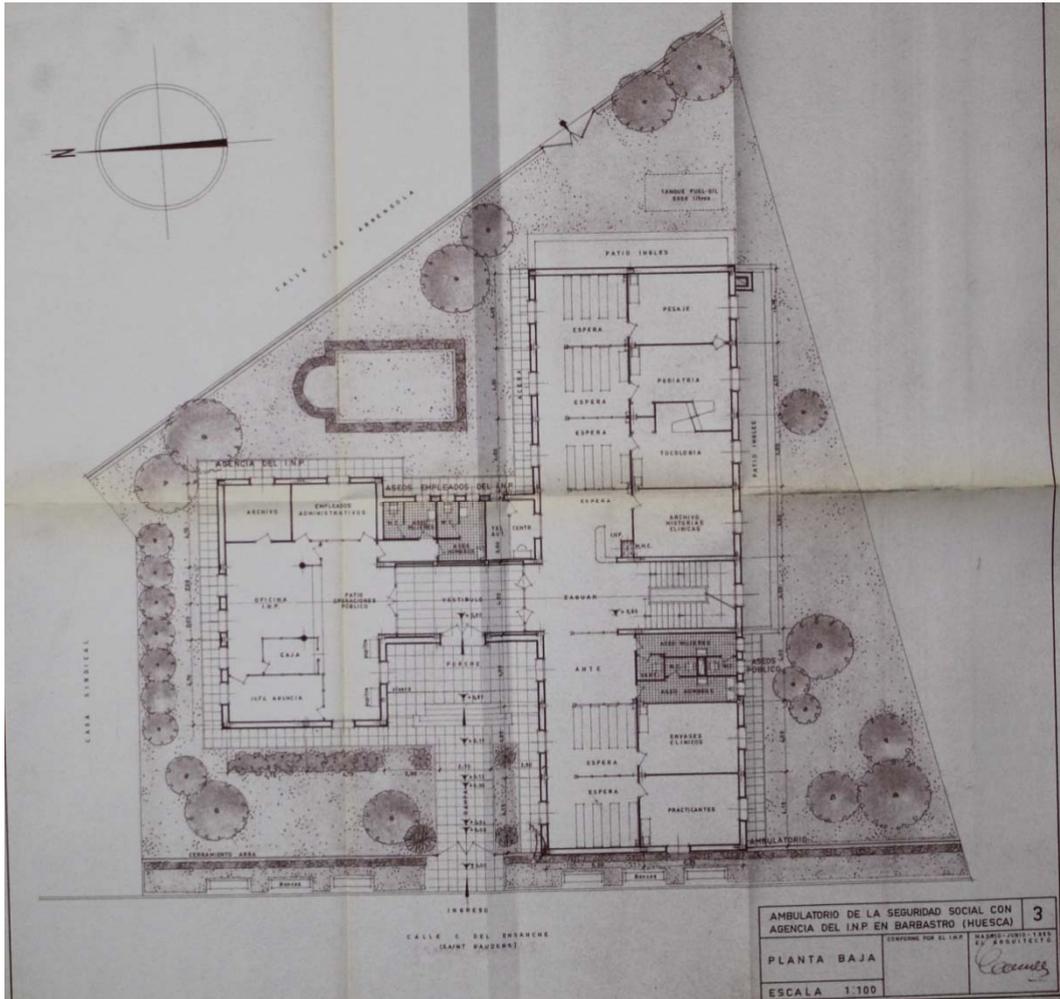
Fuente: Jesús Escribano Marquina

Ambulatorio de Barbastro

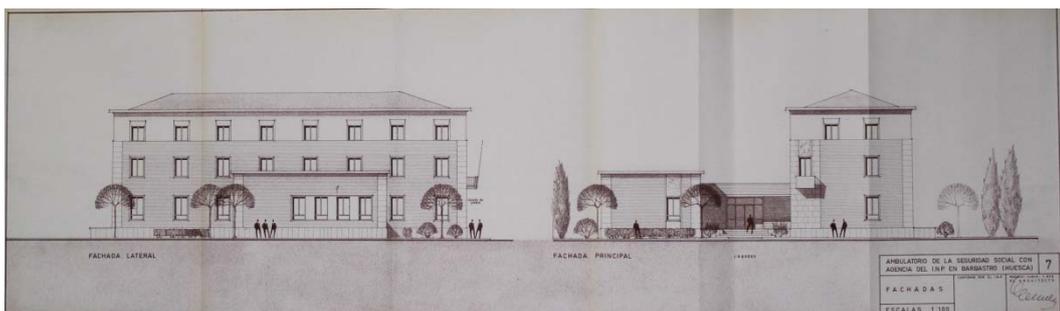
Barbastro, Huesca
1965

9

PLANOS

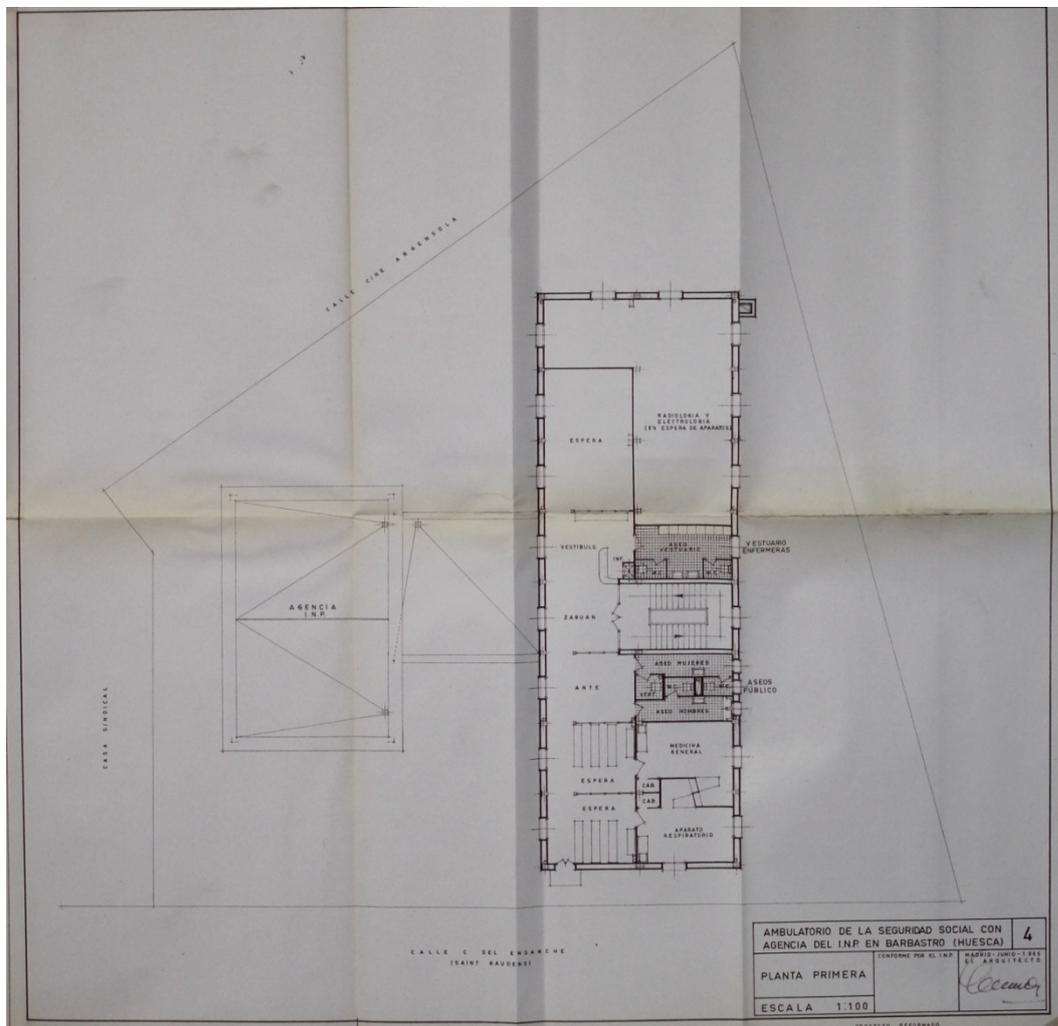


Fuente: Archivo INGESA

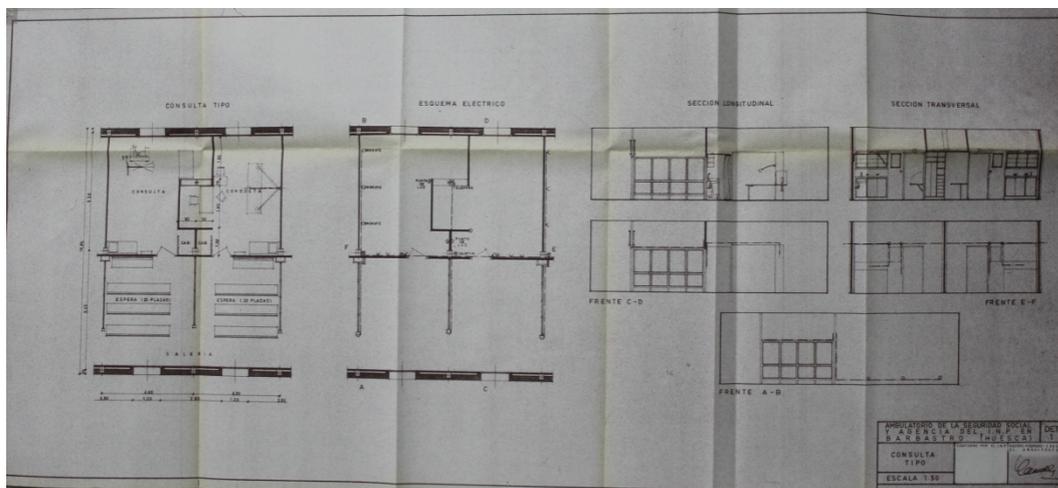


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Barbastro

Barbastro, Huesca
1965

9

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



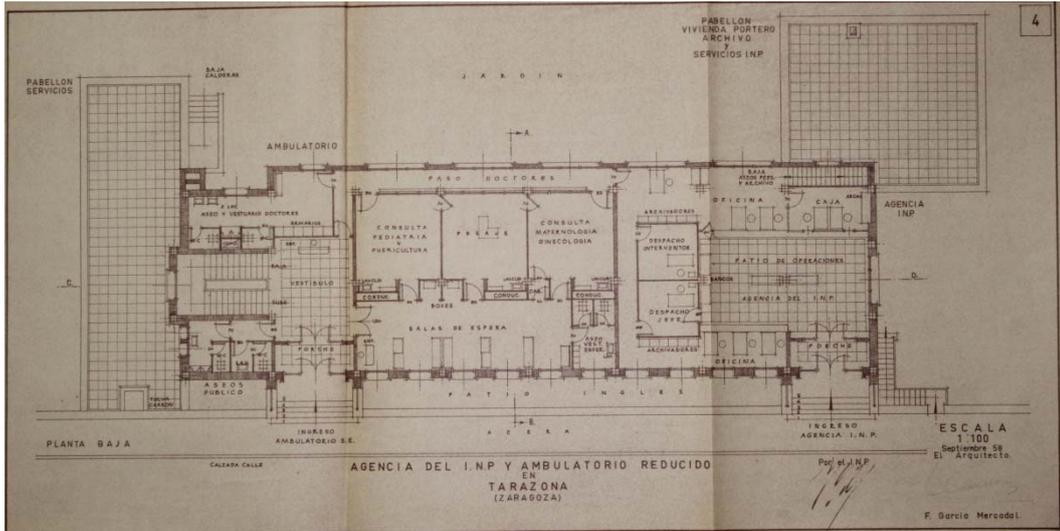
Fuente: Jesús Escribano Marquina

Ambulatorio de Tarazona

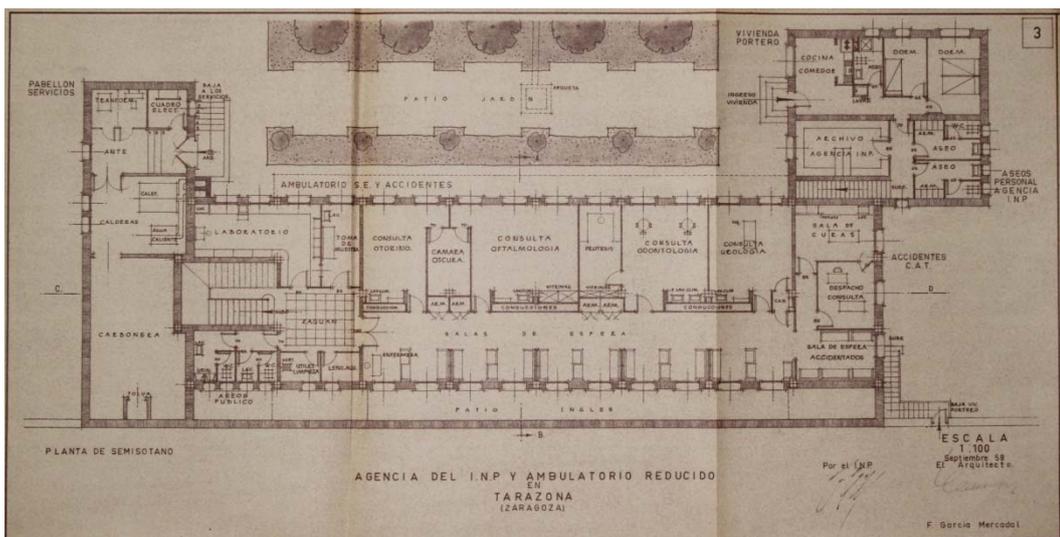
Tarazona, Zaragoza
1958

10

PLANOS

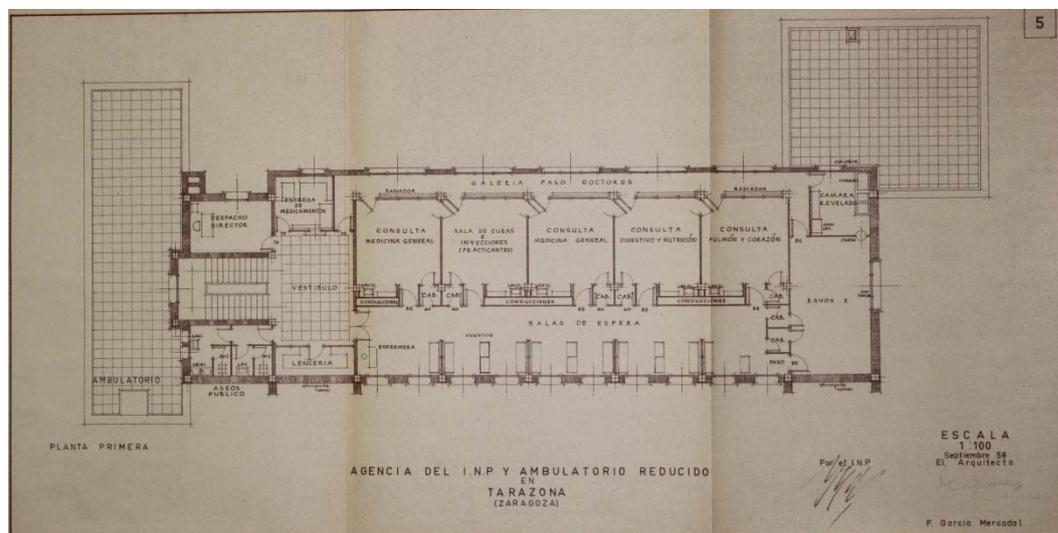


Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Tarazona

Tarazona, Zaragoza
1958

10

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

Ambulatorio Ramón y Cajal

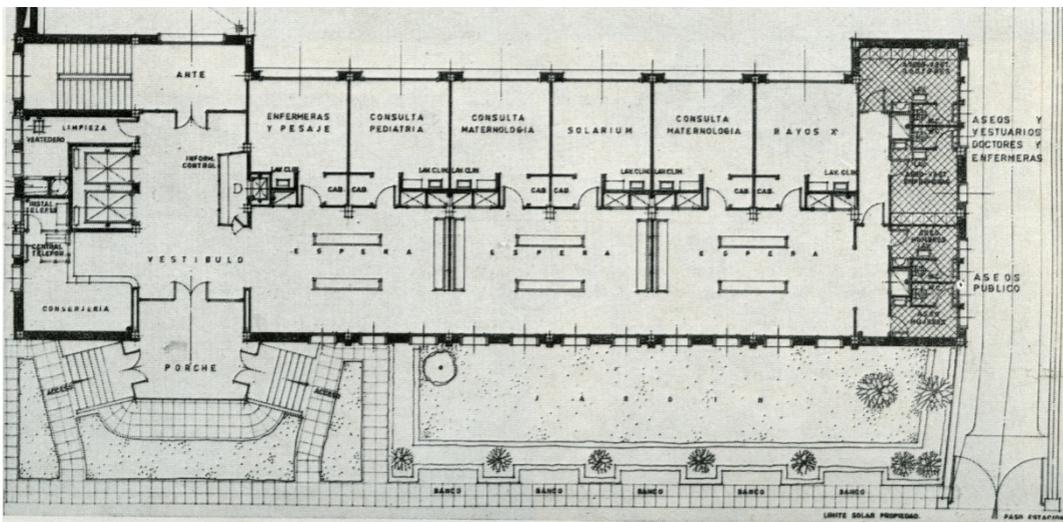
Zaragoza
1961

11

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio Ramón y Cajal

Zaragoza
1961

11

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Ambulatorio Ebro viejo

Zaragoza
1969

12

ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina

Ambulatorio La Almunia de Doña Godina
La Almunia de Doña Godina, Zaragoza

13

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Ejea de los Caballeros

Ejea de los Caballeros, Zaragoza

14

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Monzón

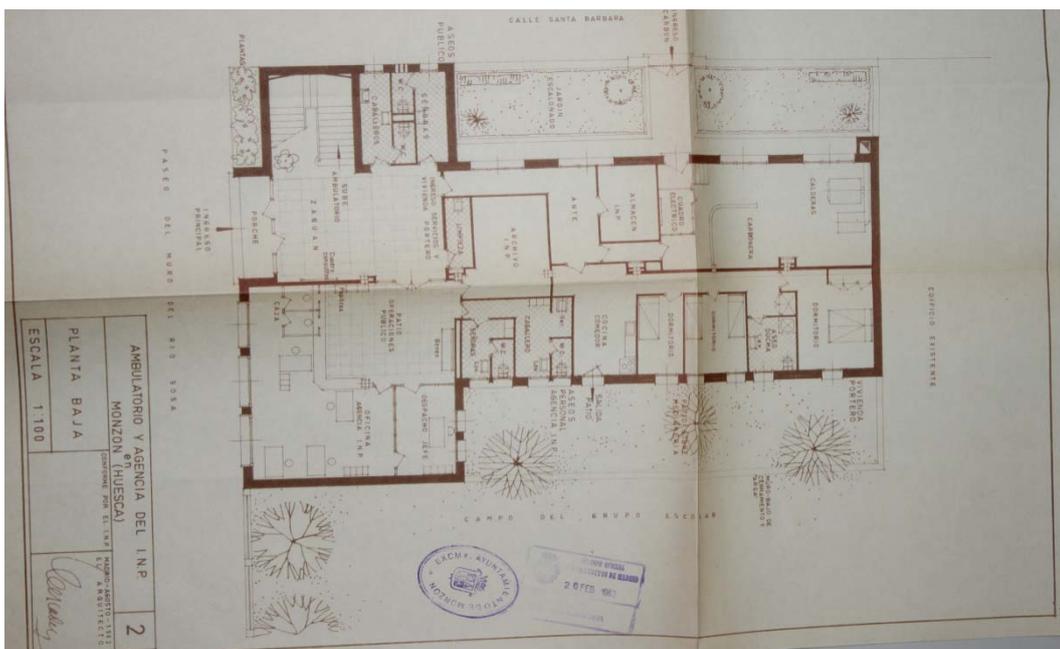
Monzón, Huesca
1962

15

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio de Monzón

Monzón, Huesca
1962

15

ESTADOACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

OTROS EDIFICIOS

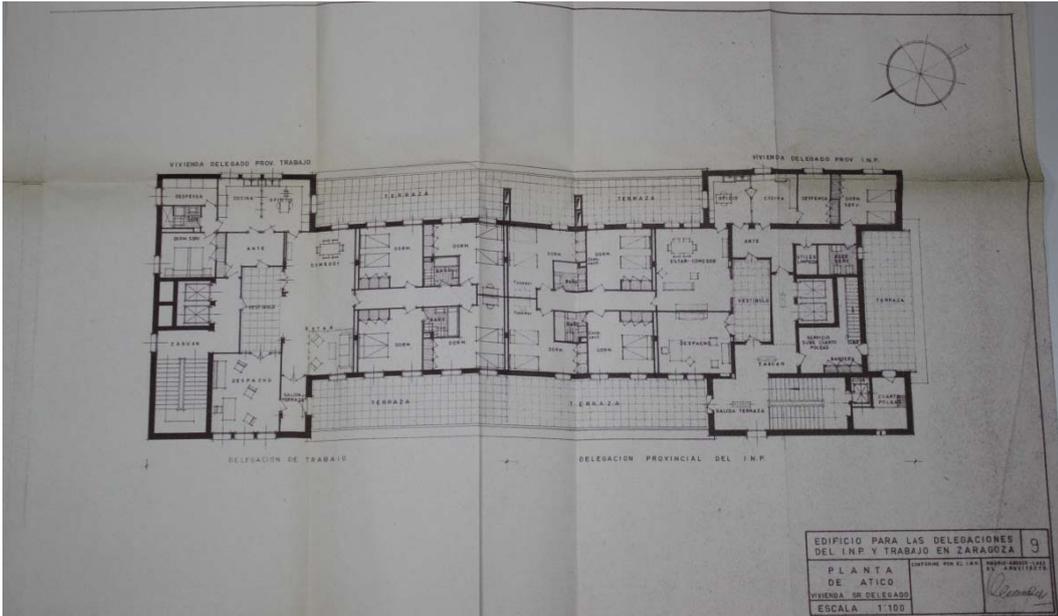
ARAGÓN

Delegación del INP y de Trabajo

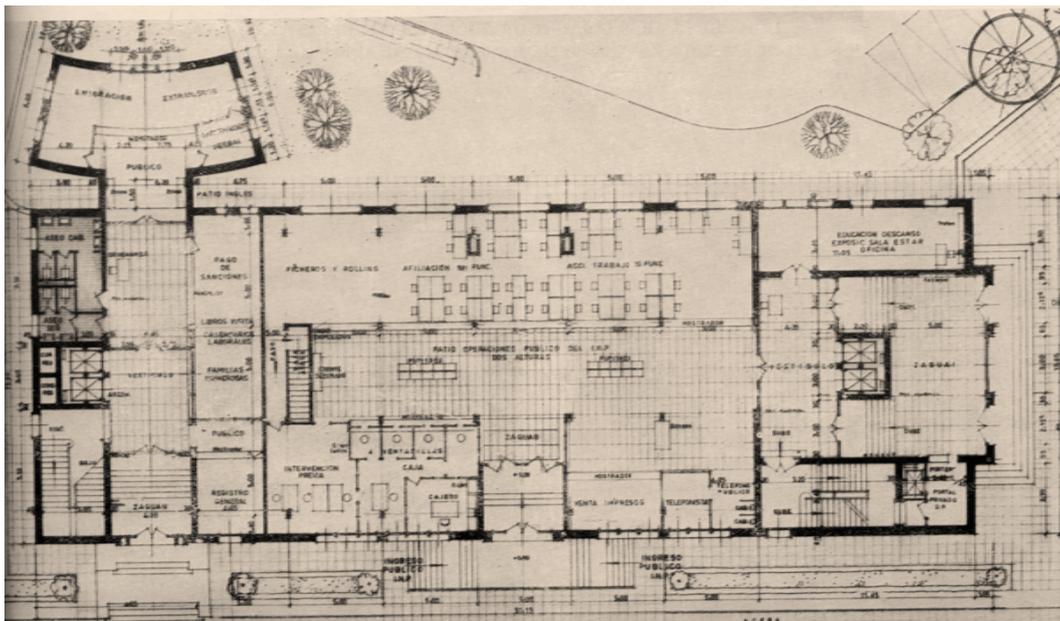
Zaragoza
1963

16

PLANOS

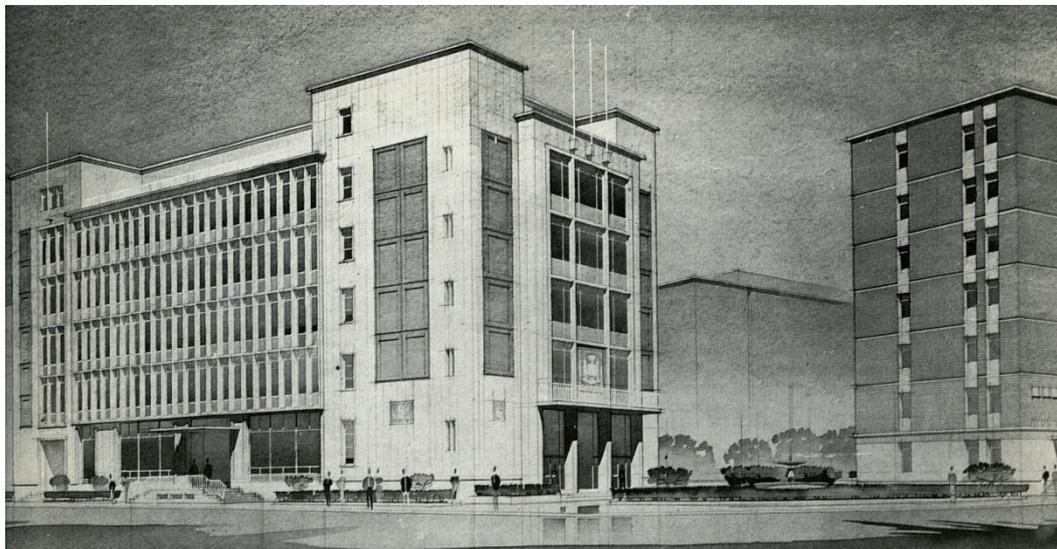


Fuente: Archivo INGESA

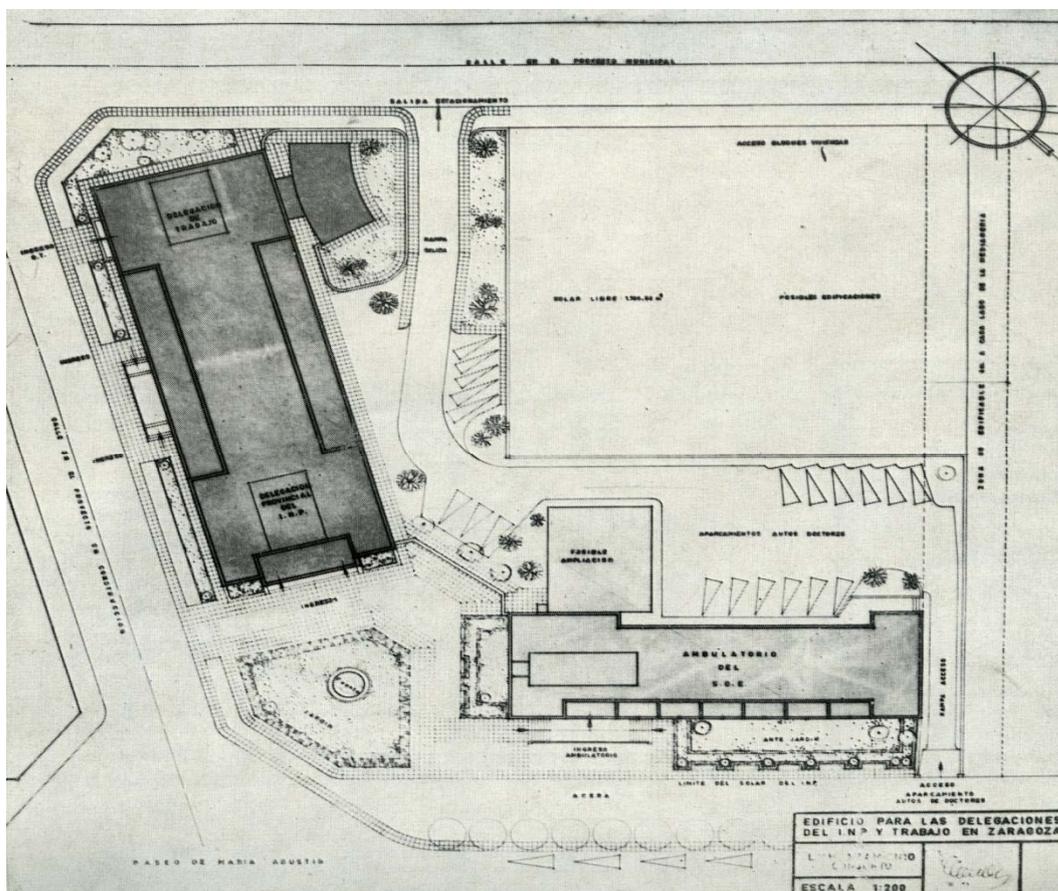


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Delegación del INP y de Trabajo

Zaragoza
1963

16

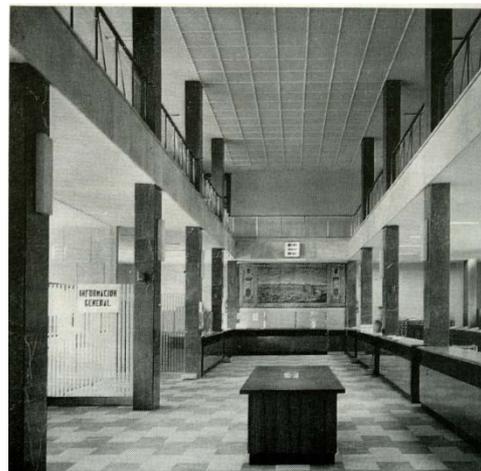
FOTOS INICIALES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

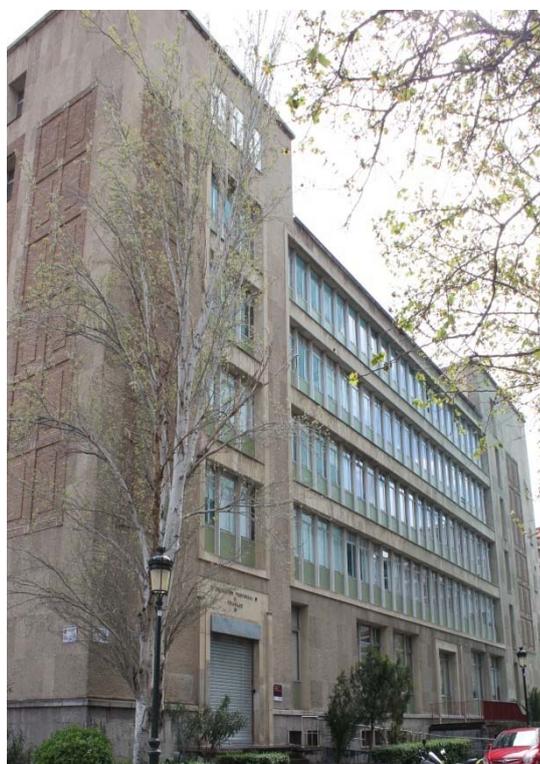
ESTADO ACTUAL



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina



Fuente: Jesús Escribano Marquina

RESIDENCIA SANITARIAS

ESPAÑA

Residencia Sanitaria en Guadalajara

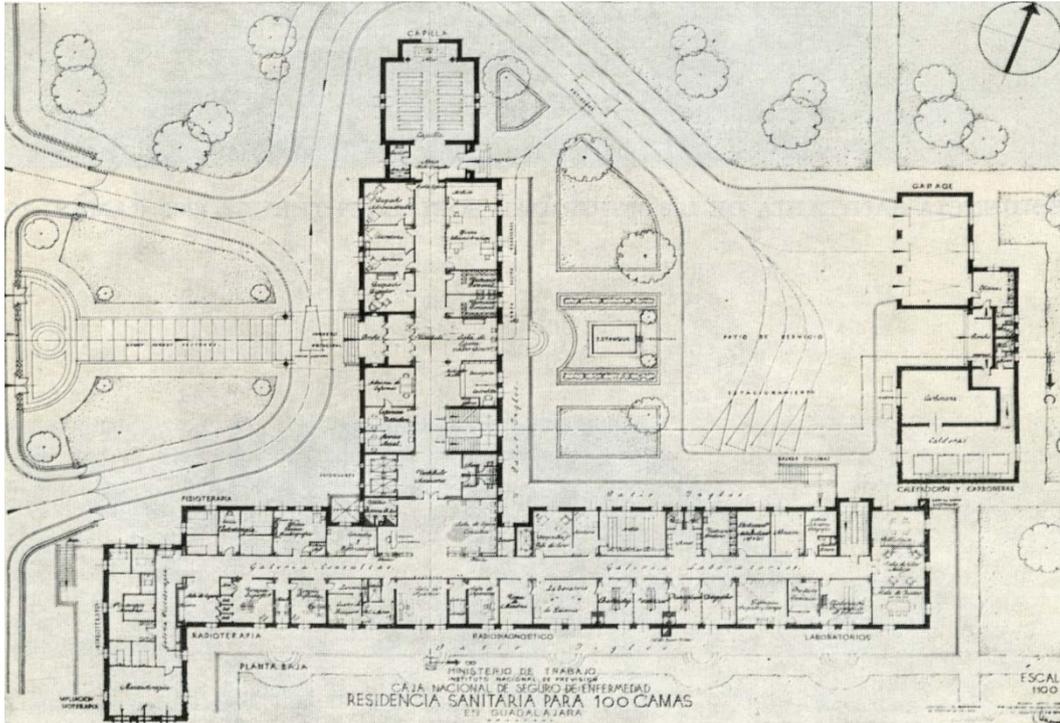
Guadalajara

1948

100 camas

17

PLANOS



MAQUETAS



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

MAQUETAS



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

Residencia Sanitaria en Guadalajara

Guadalajara
1948
100 camas

17

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Real Academia de Medicina.

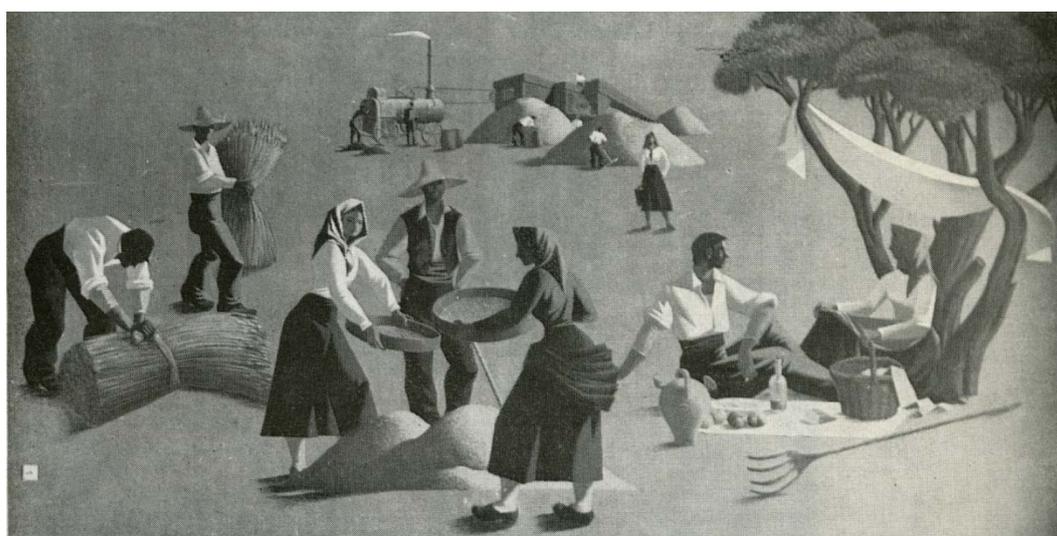
<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



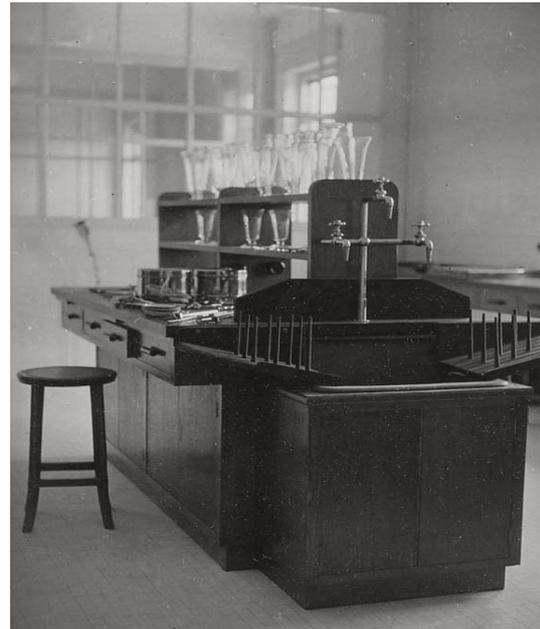
Pinturas murales Félix Alonso. Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

Residencia Sanitaria en Guadalajara

Guadalajara
1948
100 camas

17

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.ht>

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



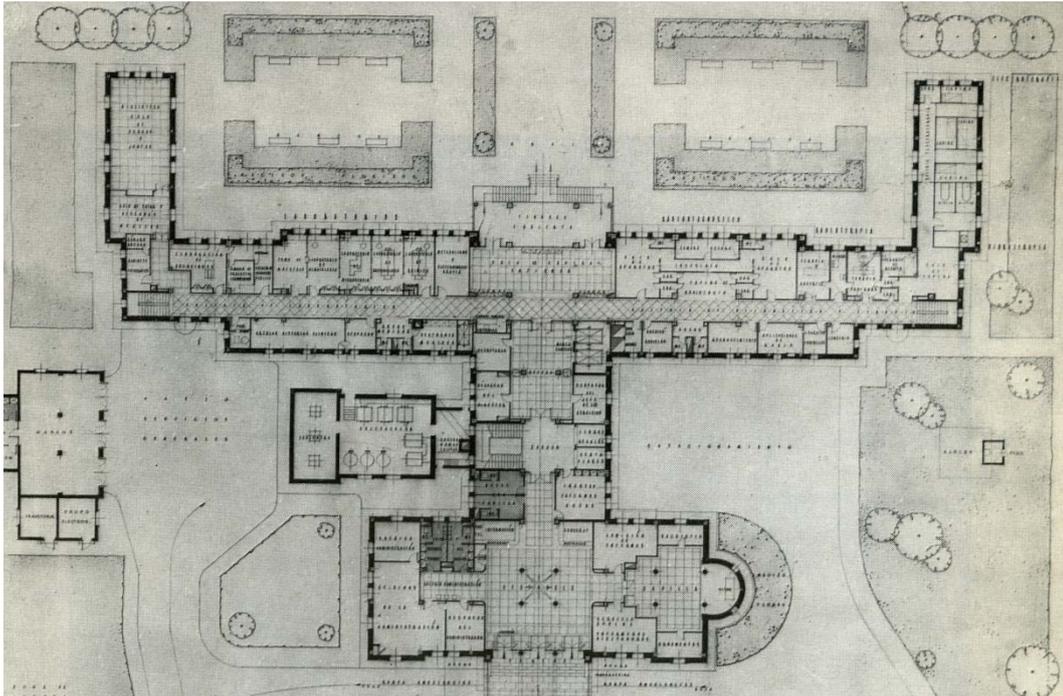
Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Logroño

Logroño
1948
200 camas

18

PLANO Y MAQUETA



Fuente: F. García Mercadal.1919FGF1972



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

Residencia Sanitaria en Logroño

Logroño
1948
200 camas

18

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

EVOLUCIÓN



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Mieres

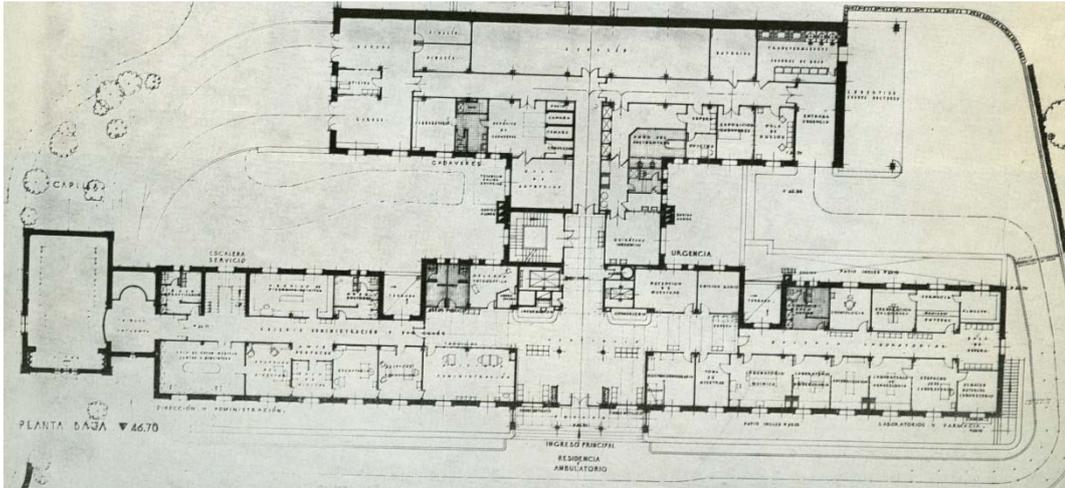
Mieres, Asturias

1949

150 camas

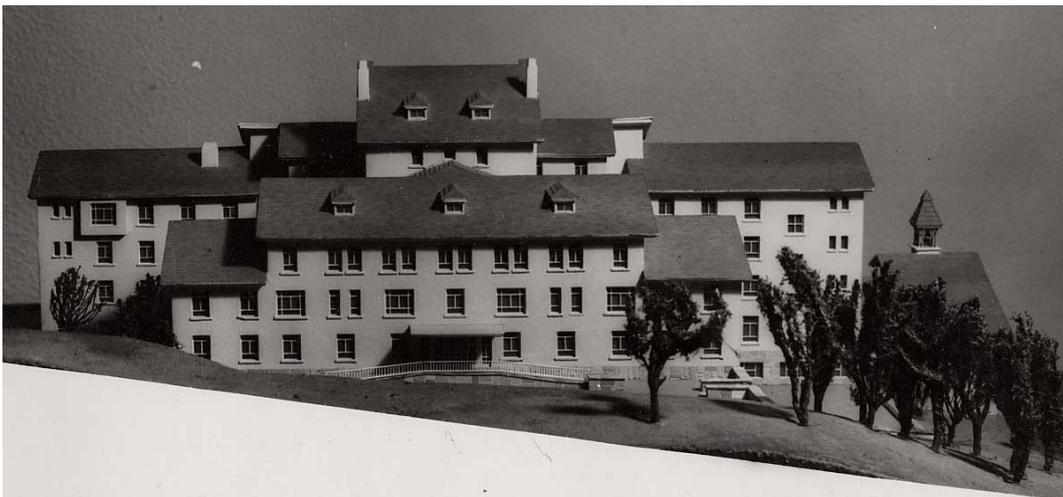
19

PLANO



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

MAQUETA



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

MAQUETAS



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

Residencia Sanitaria en Mieres

Mieres, Asturias

1949

150 camas

19

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Mieres

Mieres, Asturias

1949

150 camas

19

ESTADO ACTUAL



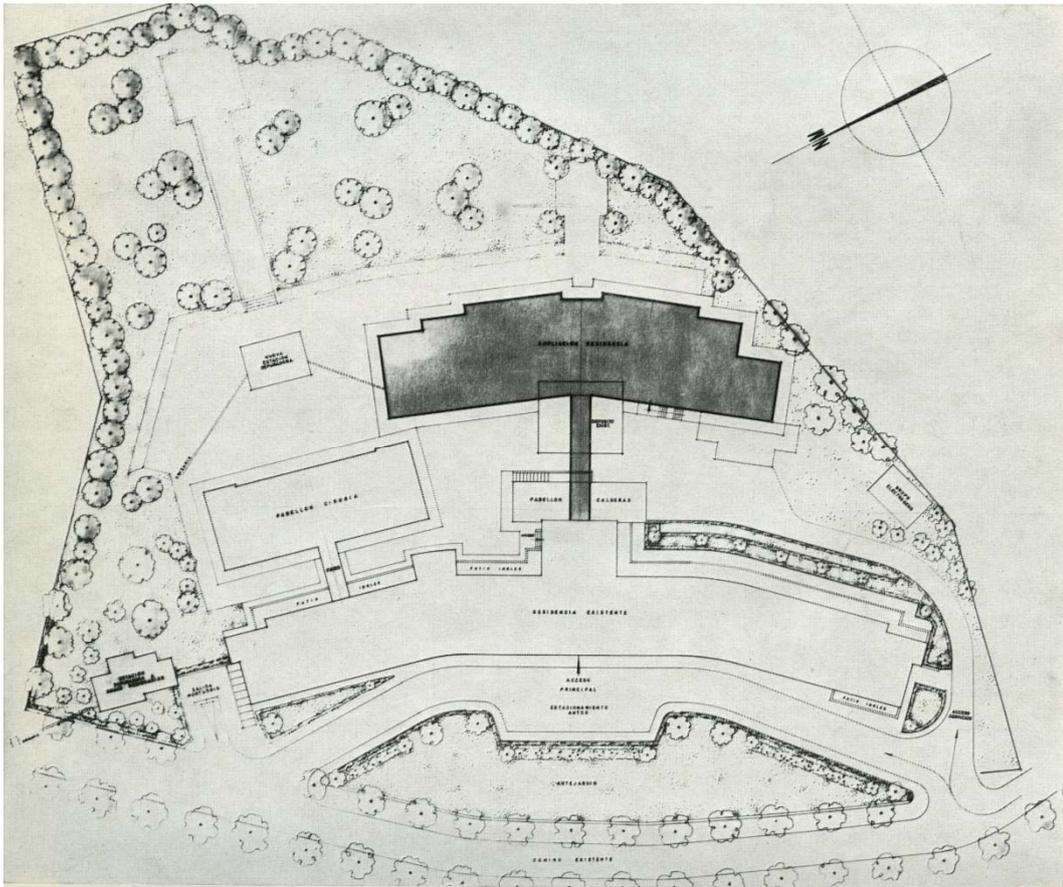
Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Vitoria

Vitoria, Álava
1949

20

EMPLAZAMIENTO



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

MAQUETAS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

INTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria en Vitoria

Vitoria, Álava
1949

20

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Vitoria

Vitoria, Álava
1949

20

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Lérida

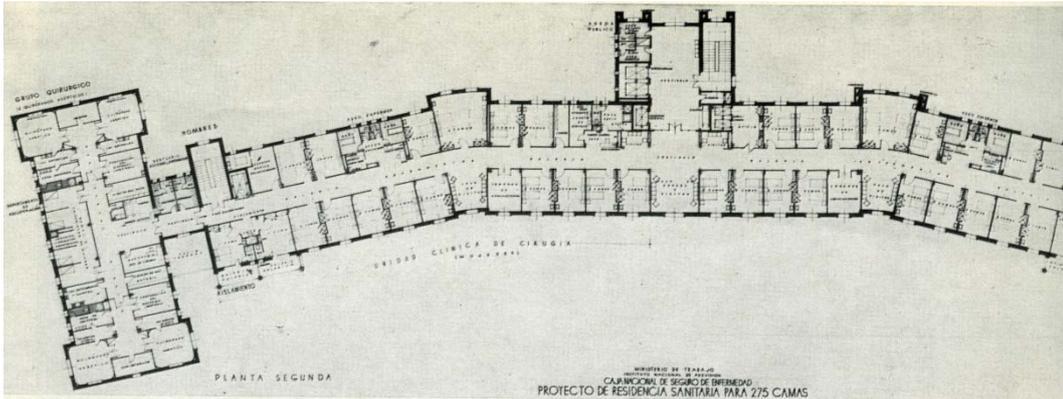
Lérida

1950

300 camas

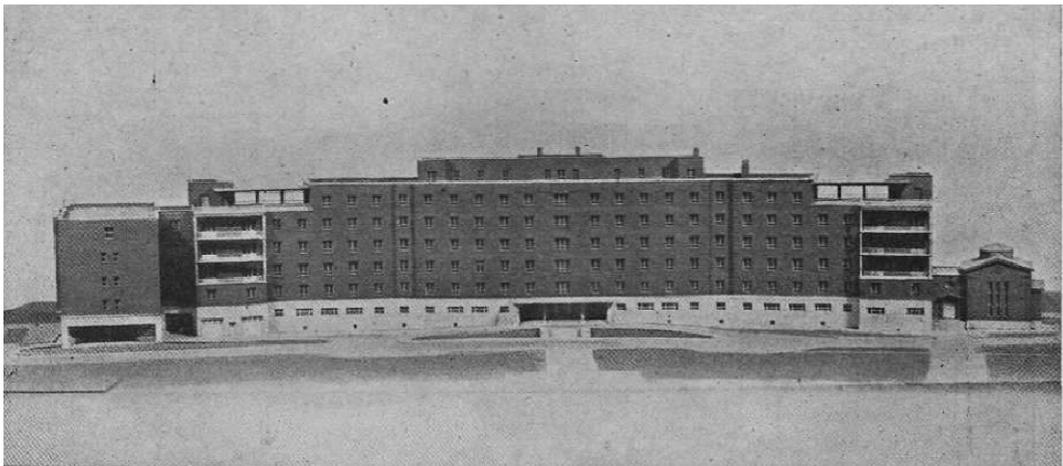
21

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

MAQUETA



Fuente: Archivo INGESA

OBRA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria en Lérida

Lérida

1950

300 camas

21

EXTERIORES

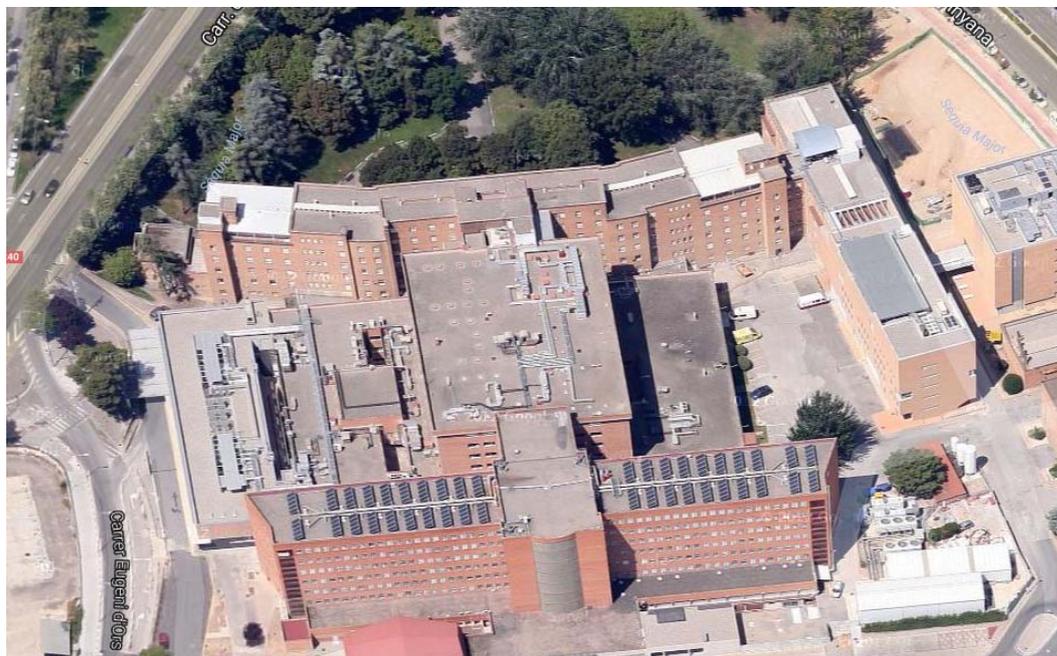


Fuente: Archivo INGESA

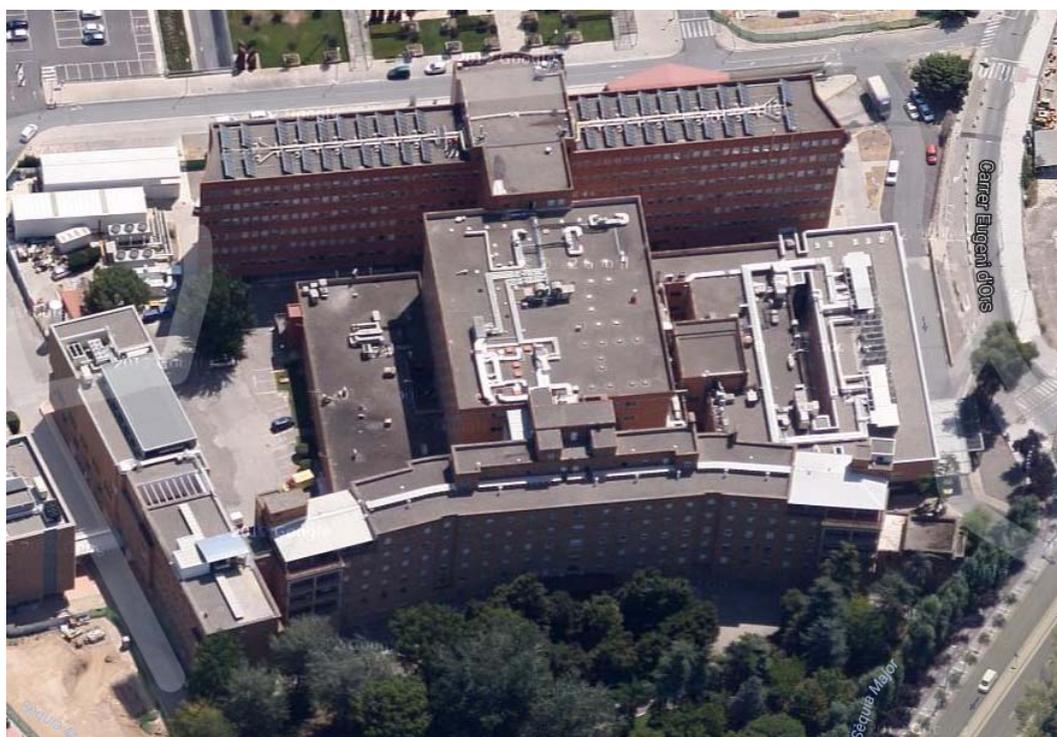


Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Residencia Sanitaria en Oviedo

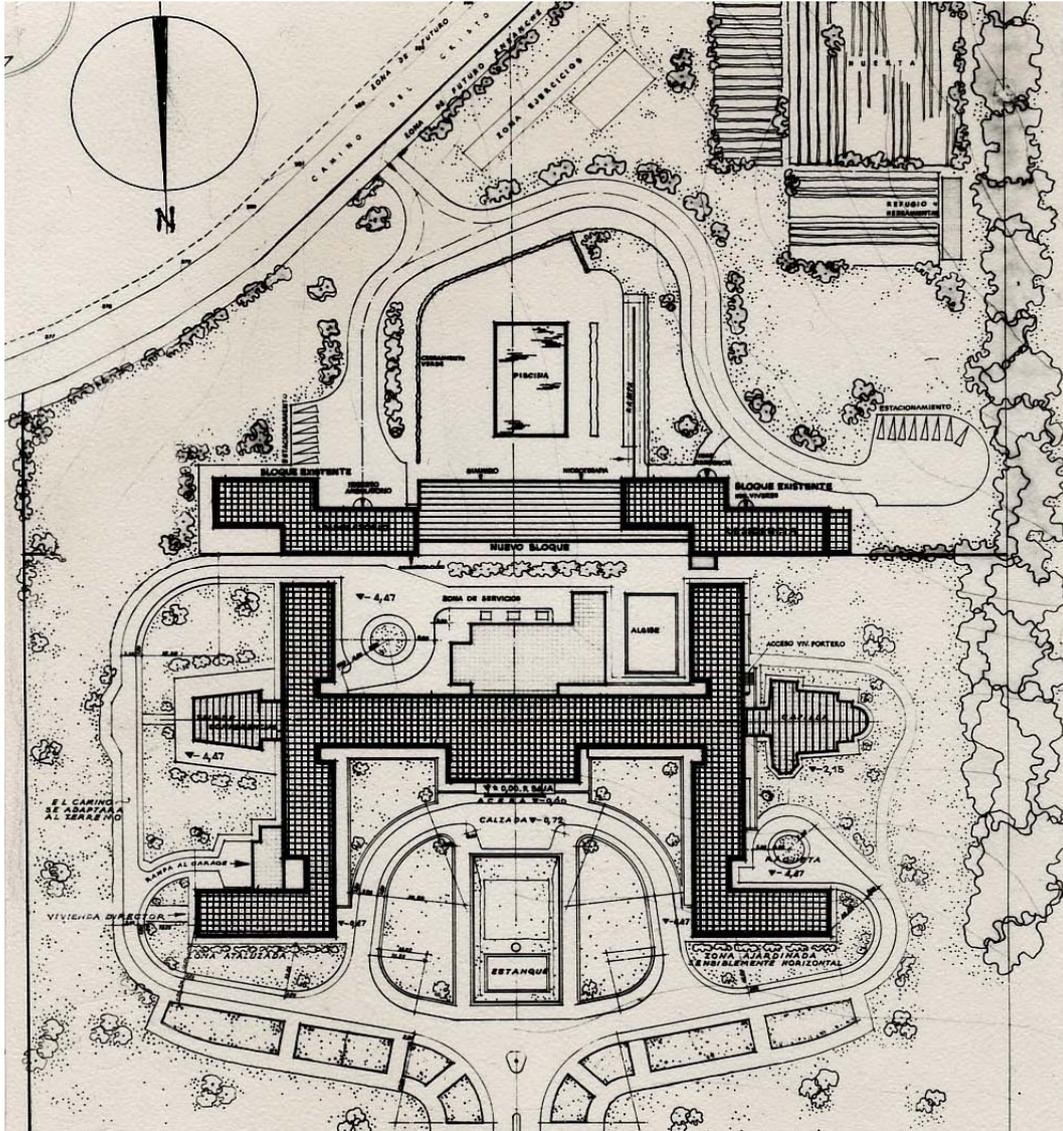
Oviedo, Asturias

1953

500 camas

22

EMPLAZAMIENTO



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

FOTOS OBRA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria en Oviedo

Oviedo, Asturias

1953

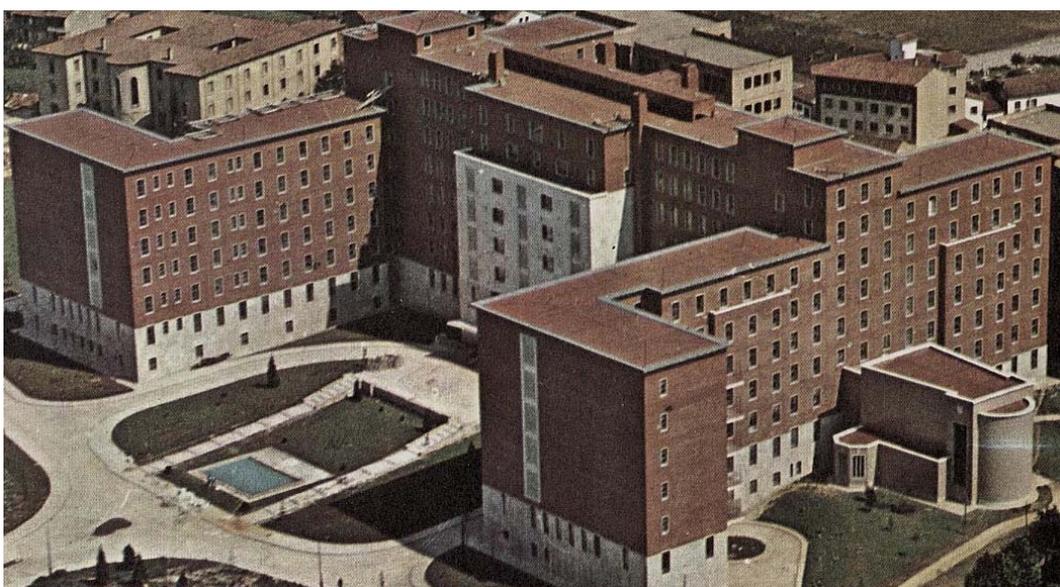
500 camas

22

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

EVOLUCIÓN



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Sanitaria en Oviedo

Oviedo, Asturias

1953

500 camas

22

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Centro piloto de Traumatología y Rehabilitación

Oviedo, Asturias

1959

23

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Virgen del Camino

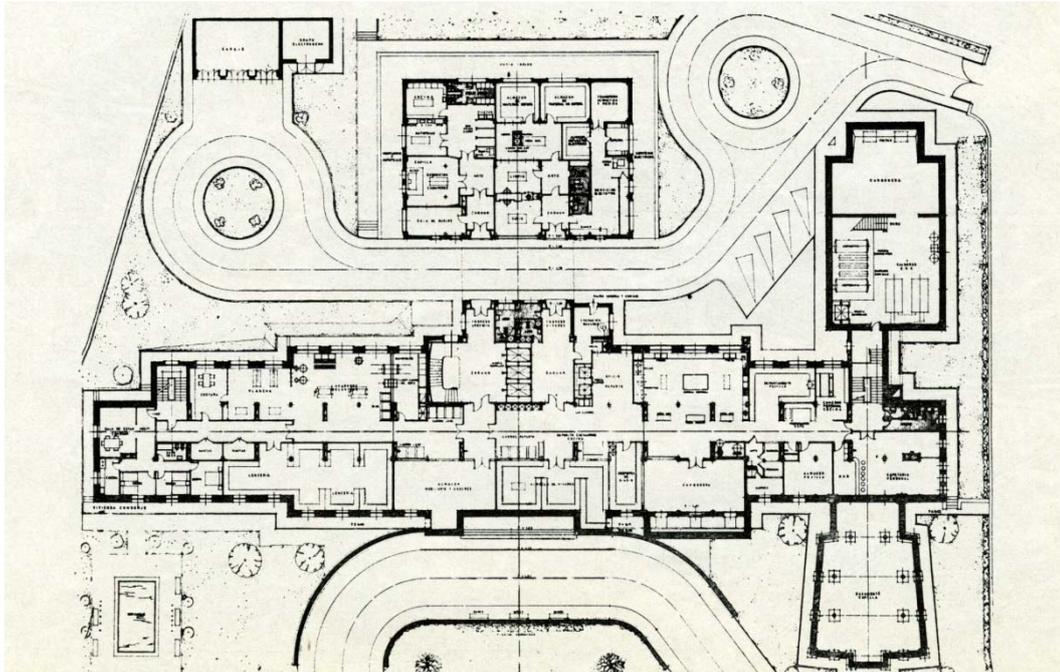
Pamplona, Navarra

1960

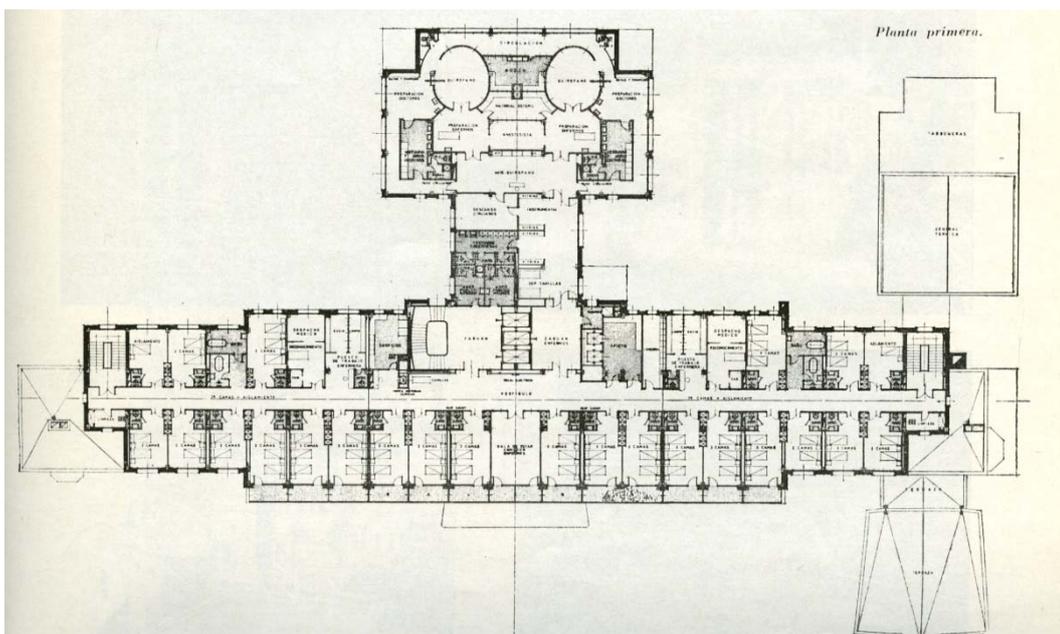
200 camas

24

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

VISTA DE PROYECTO



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

FOTOS DE OBRA



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

Residencia Virgen del Camino

Pamplona, Navarra

1960

200 camas

24

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

Residencia Virgen del Camino

Pamplona, Navarra

1960

200 camas

24

INTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

EVOLUCIÓN



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Residencia Virgen del Camino

Pamplona, Navarra

1960

200 camas

24

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

AMBULATORIOS

ESPAÑA

Ambulatorio de Mieres

Mieres (Asturias)
1948

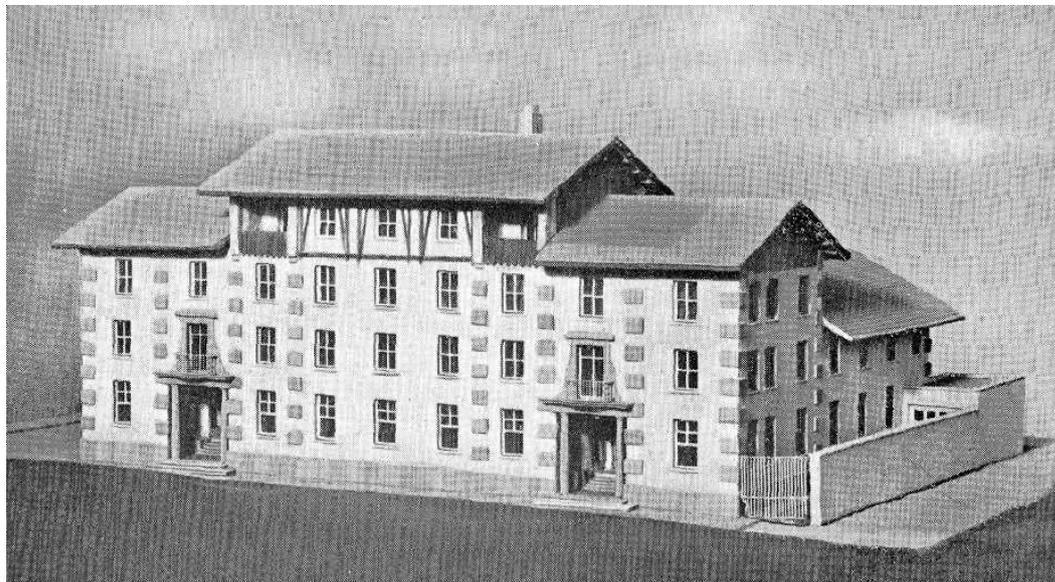
25

FOTOS



Fuente: Archivo INGESA

MAQUETA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo de Lérida

Lérida
1950

26

FOTOS

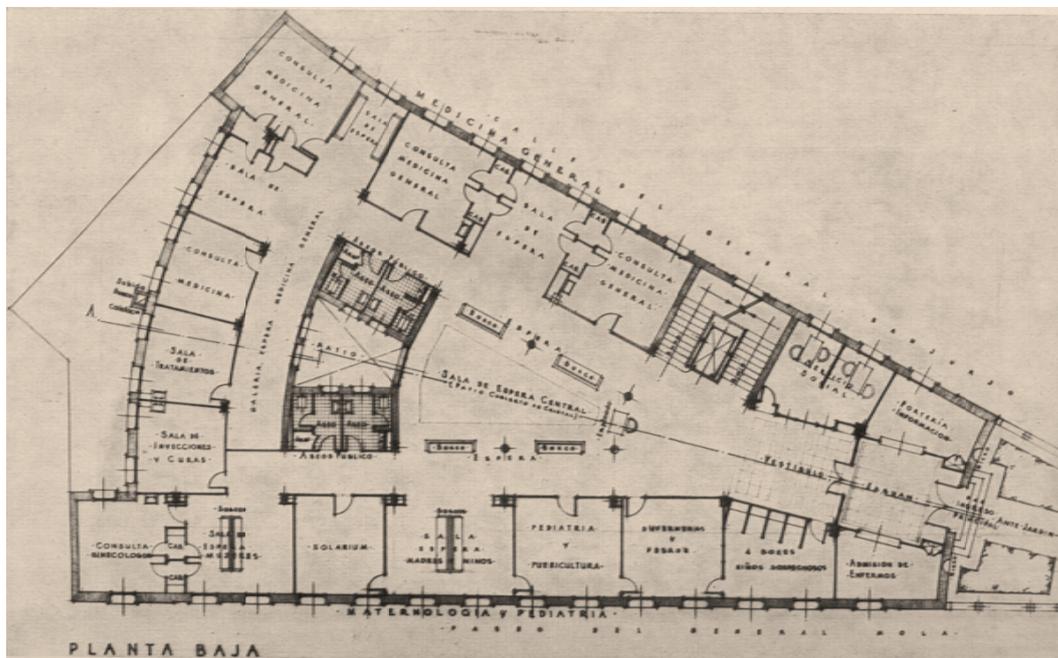


Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

PLANO



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

ESTADO ACTUAL



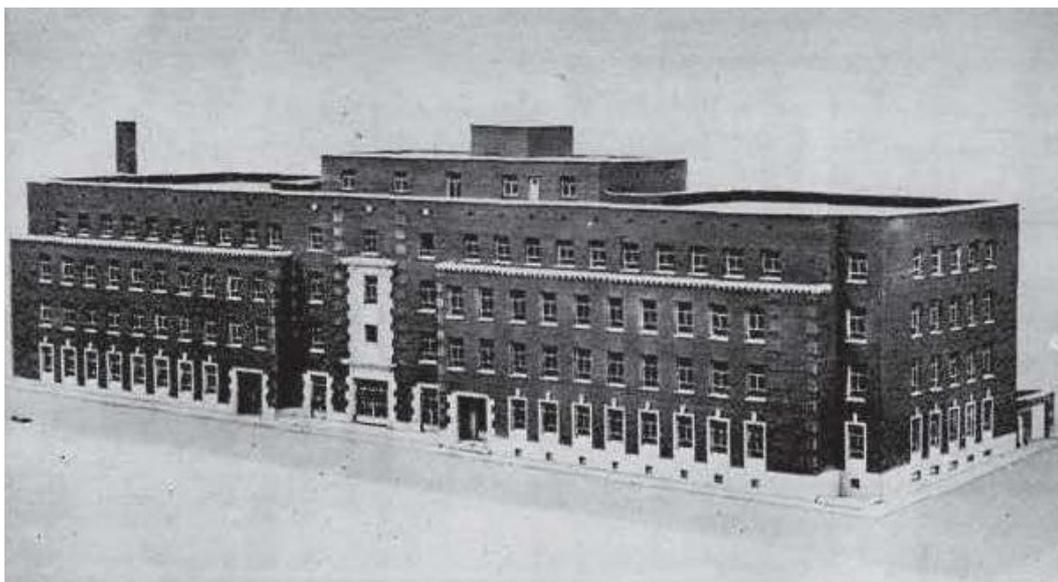
Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo “Hermanos Aznar” Madrid.

Madrid
1950

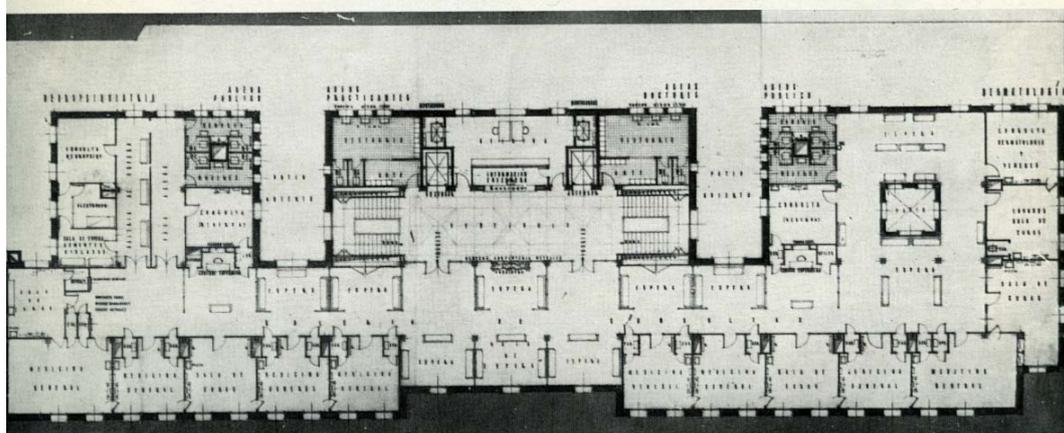
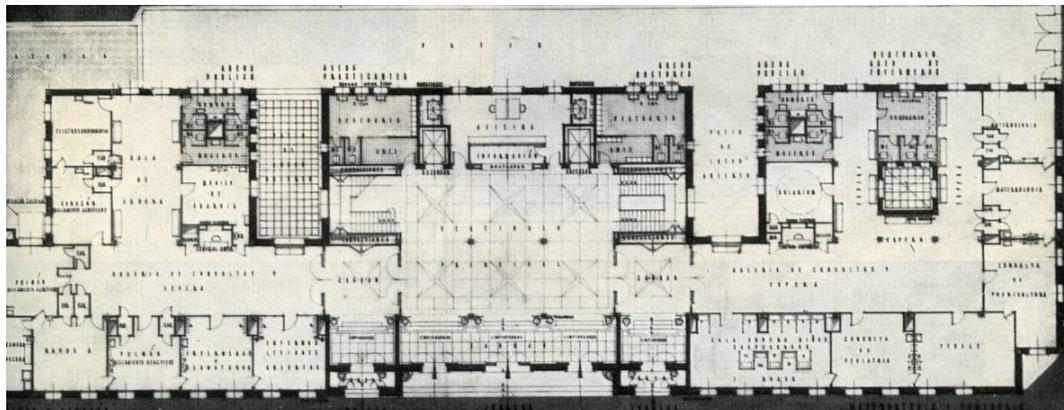
27

MAQUETA



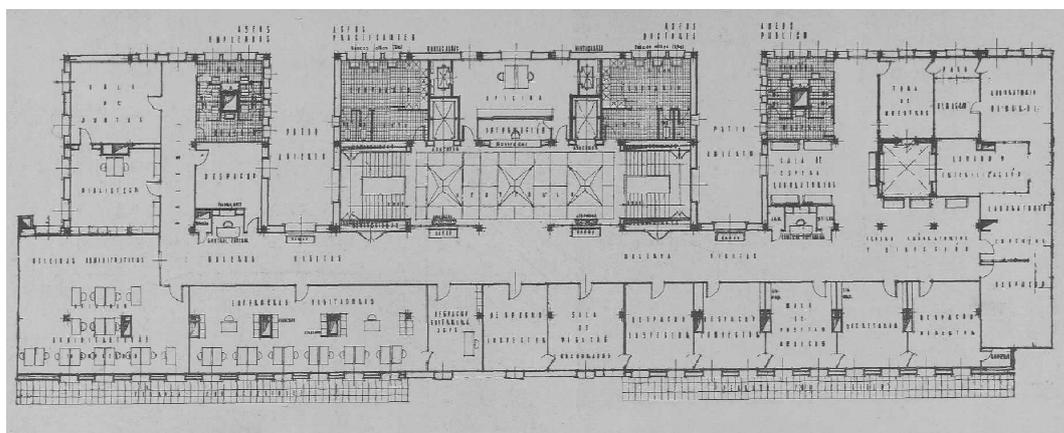
Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



AMBULATORIO COMPLETO "HERMANOS AZNAR", C. MODESTO LAFUENTE, MADRID 1950.

Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio Completo “Hermanos Aznar” Madrid.

Madrid
1950

27

FOTOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

FOTOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio Completo “Hermanos Aznar” Madrid.

Madrid
1950

27

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio “Pedro González” en el Barrio de San Blas.

Madrid
1950

28

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio con camas en Haro

Haro (La Rioja)
1950

29

MAQUETA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio con Agencia del INP en Sama de Langreo
Sama de Langreo (Oviedo)
1950

30

EXTERIORES

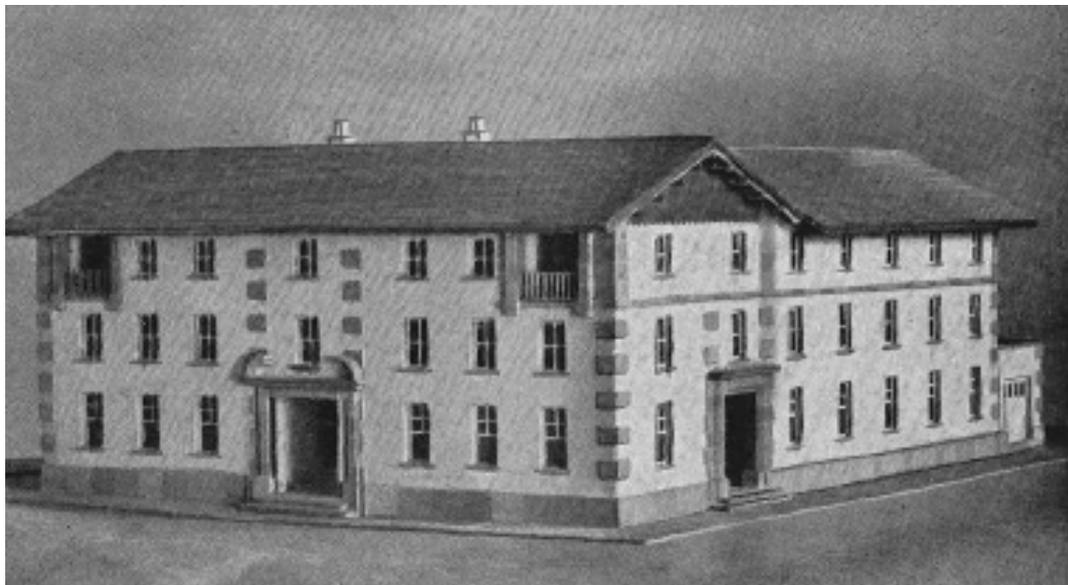


Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

MAQUETA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL

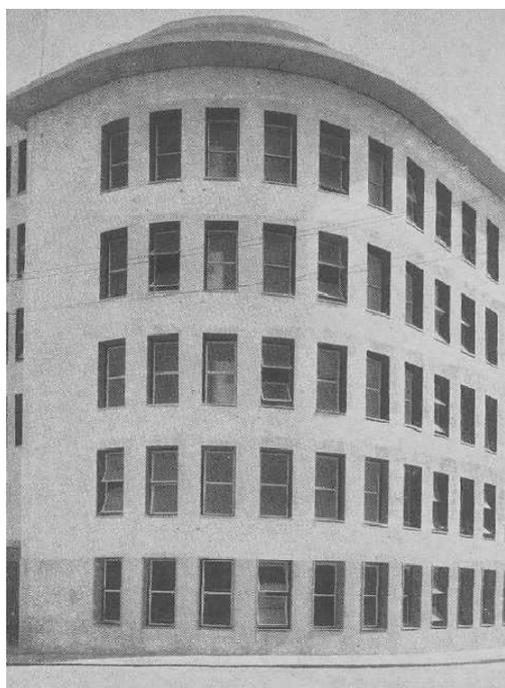


Fuente: Google Maps

EXTERIORES E INTERIORES



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio Completo "Teniente Alfonso Martínez" Oviedo.
Asturias
1952

31

INTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



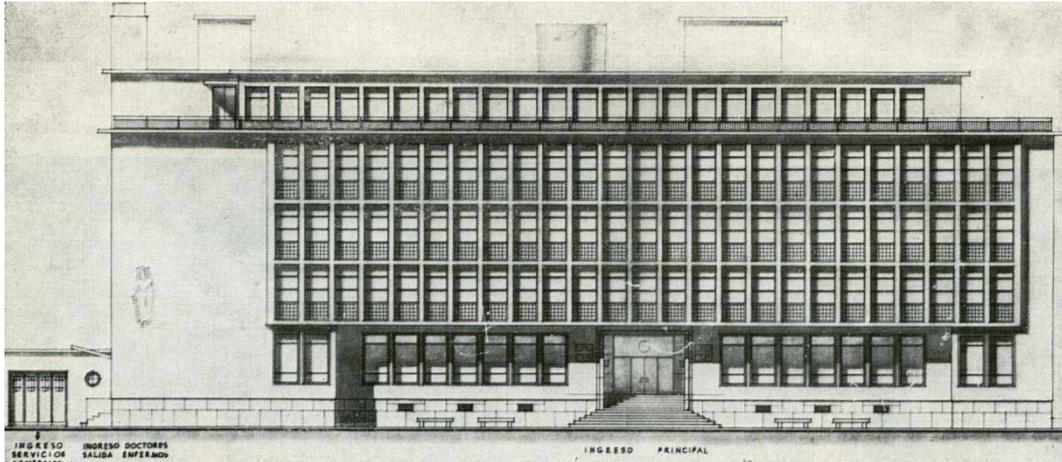
Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo de Gijón.

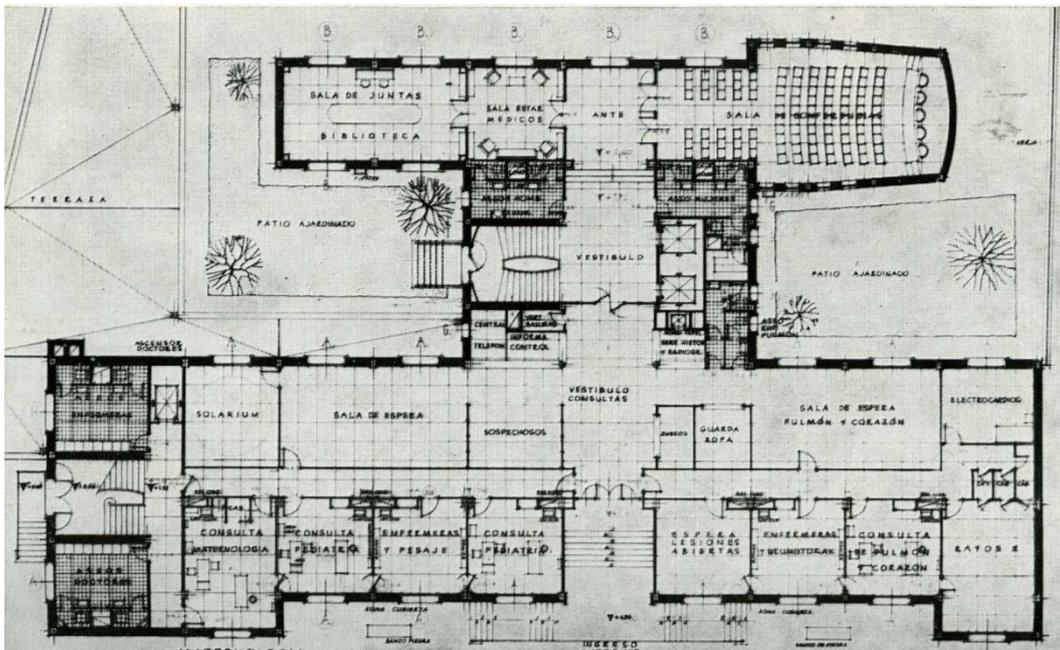
Asturias
1959

32

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972



Fuente: F. García Mercadal. 1919FGF1972

EXTERIORES



Fuente: Real Academia de Medicina.

<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>



Fuente: Real Academia de Medicina.

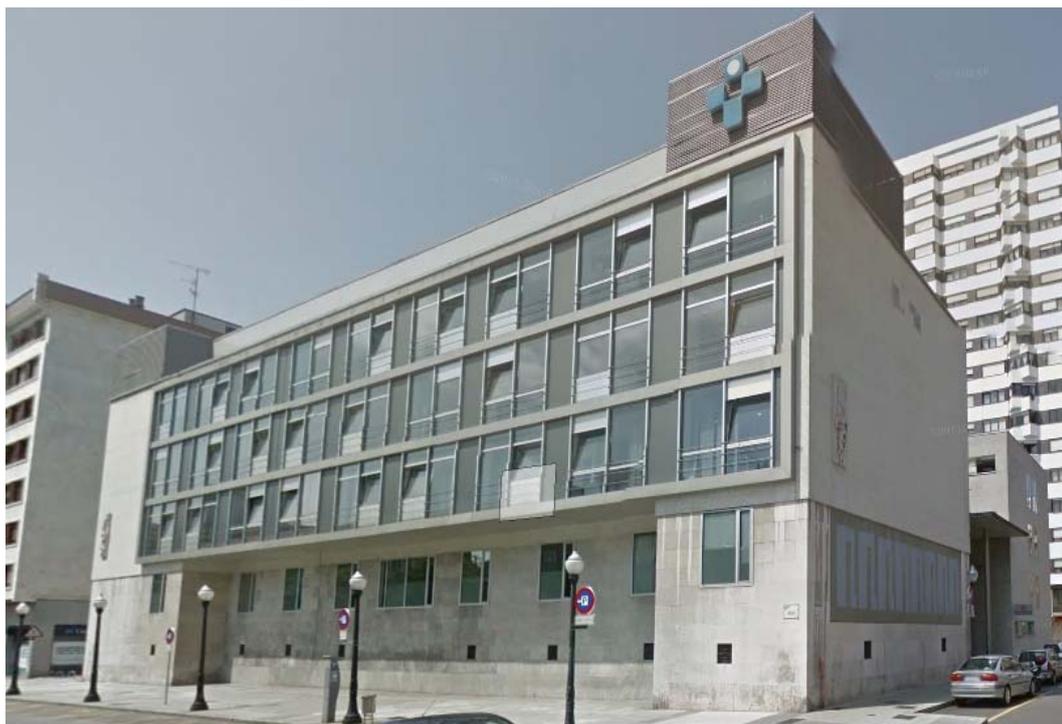
<http://www.bancodeimagenesmedicina.com/banco-de-imagenes/instituciones-sanitarias.html>

Ambulatorio Completo de Gijón.

Asturias
1959

32

ESTADO ACTUAL

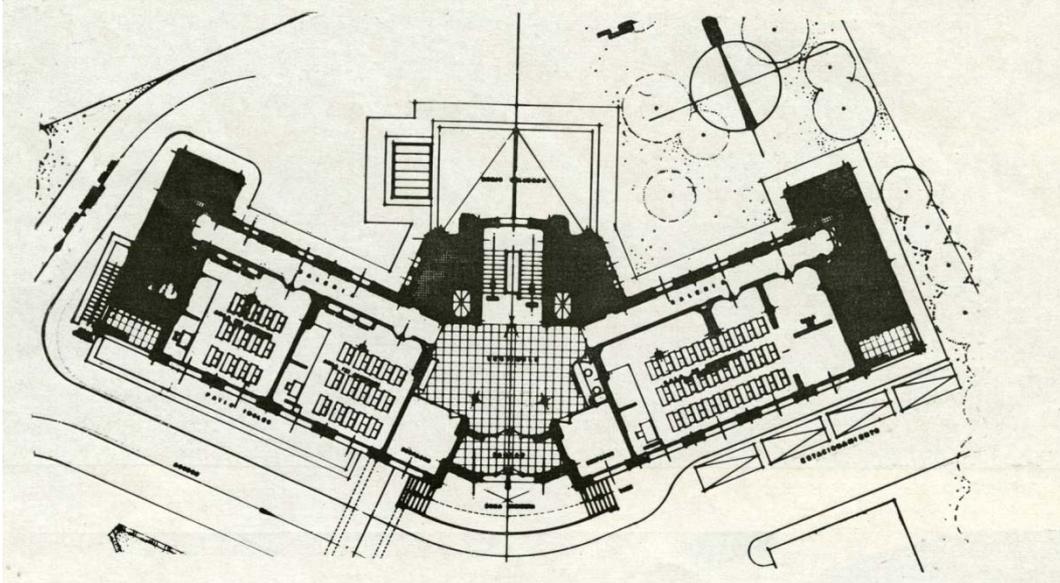


Fuente: Google Maps

Escuela y Residencia de Enfermeras en Guadalajara
Guadalajara
1971

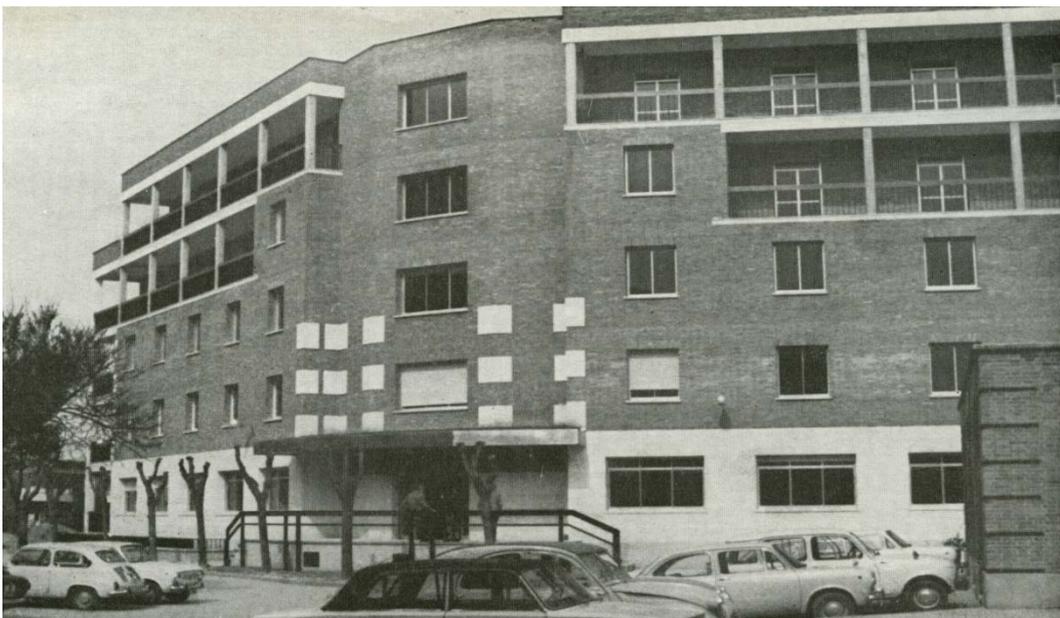
33

PLANO



Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

EXTERIORES



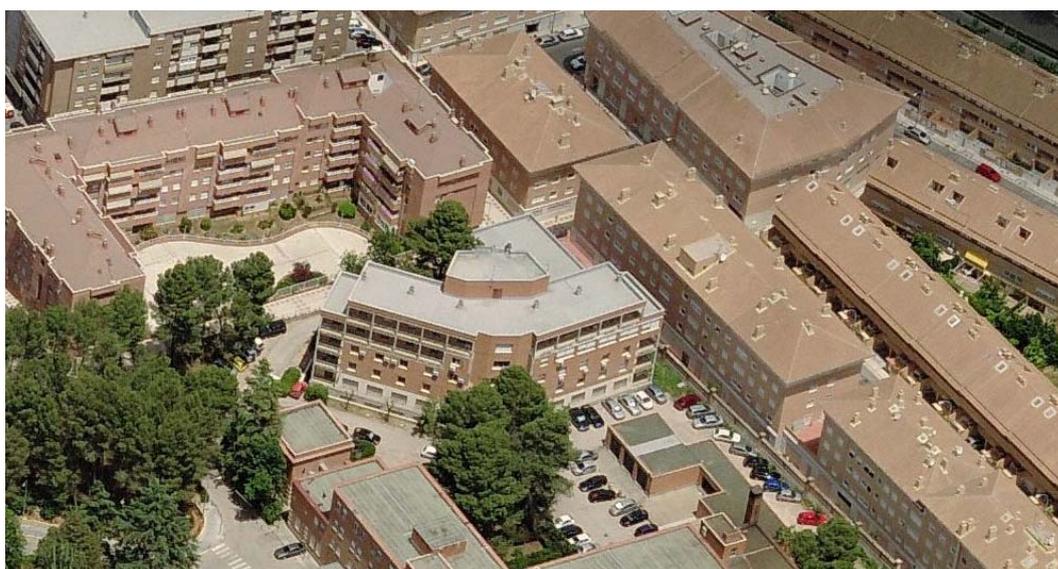
Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL

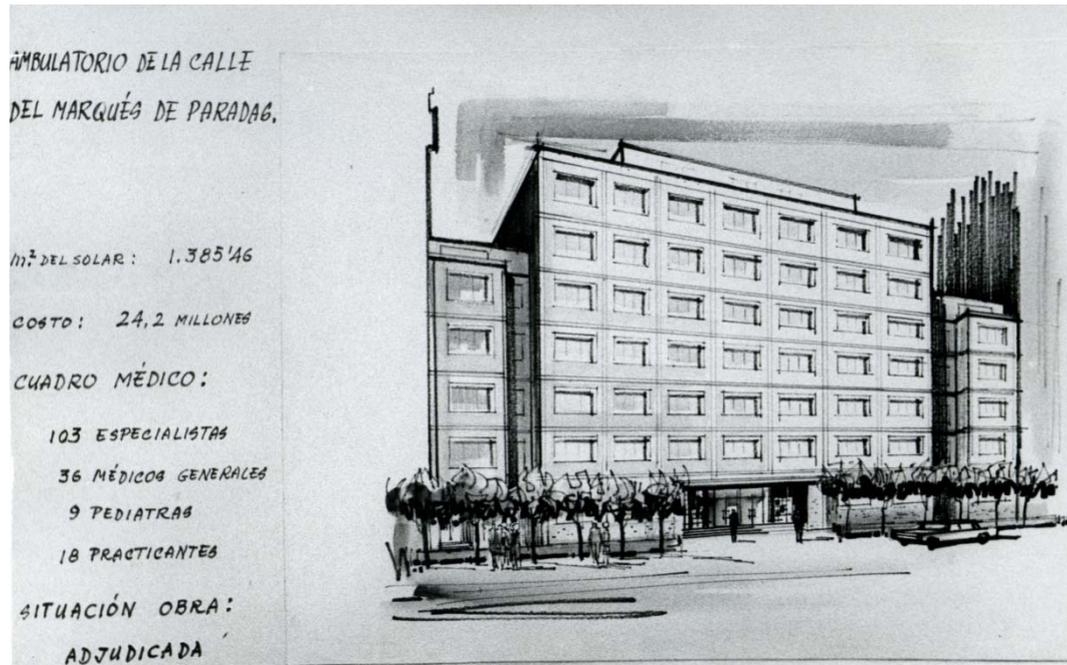


Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo con Agencia de INP en Marqués de Paradas en Sevilla.
Sevilla.

34

VISTA DE PROYECTO



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

Ambulatorio Completo con Agencia de INP en Marqués de Paradas en Sevilla.
Sevilla.

34

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo con Agencia de INP en Dr. Fleming en
Sevilla.
Sevilla.

35

EXTERIORES

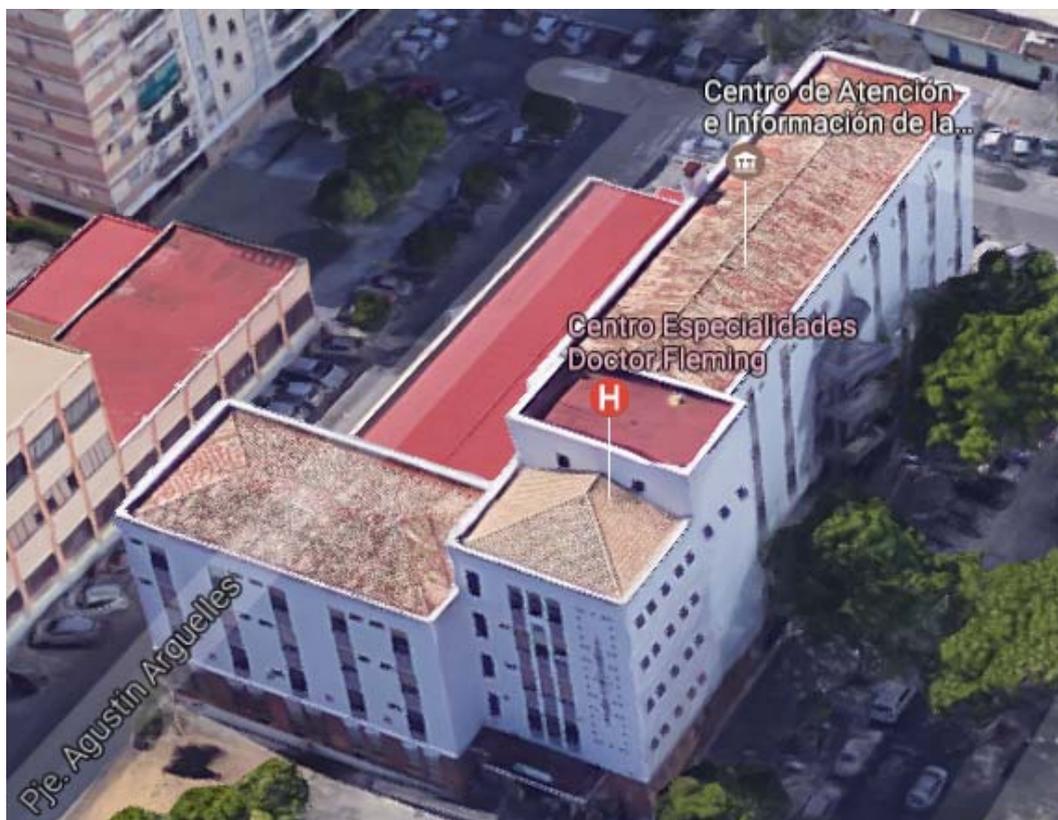


Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo con Agencia de INP en María Auxiliadora en Sevilla.
Sevilla.

36

VISTA DE PROYECTO



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

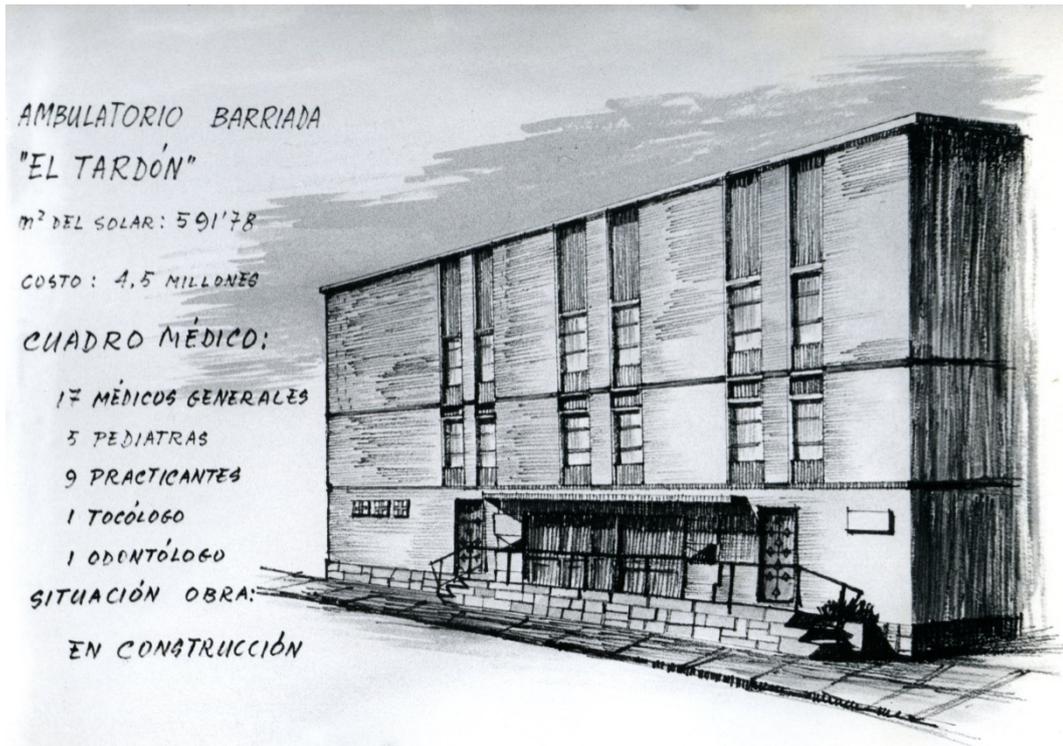


Fuente: Google Maps

Ambulatorio reducido en El Tardón en Sevilla
Sevilla

37

VISTA DE PROYECTO



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio reducido en Utrera con Agencia del INP
Sevilla

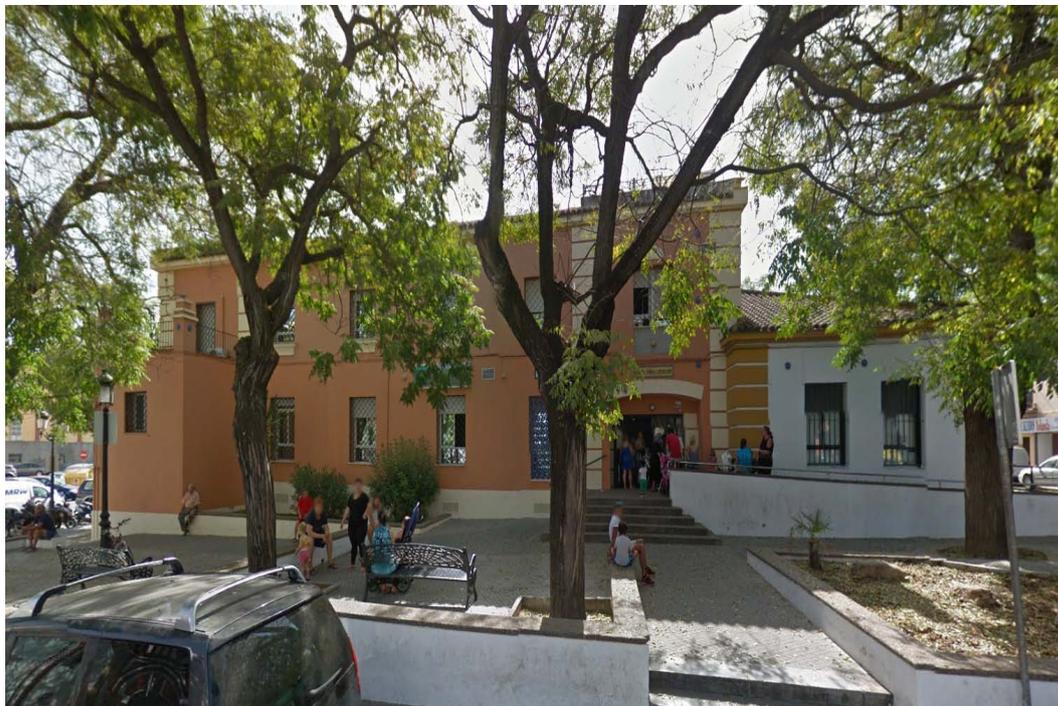
38

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL

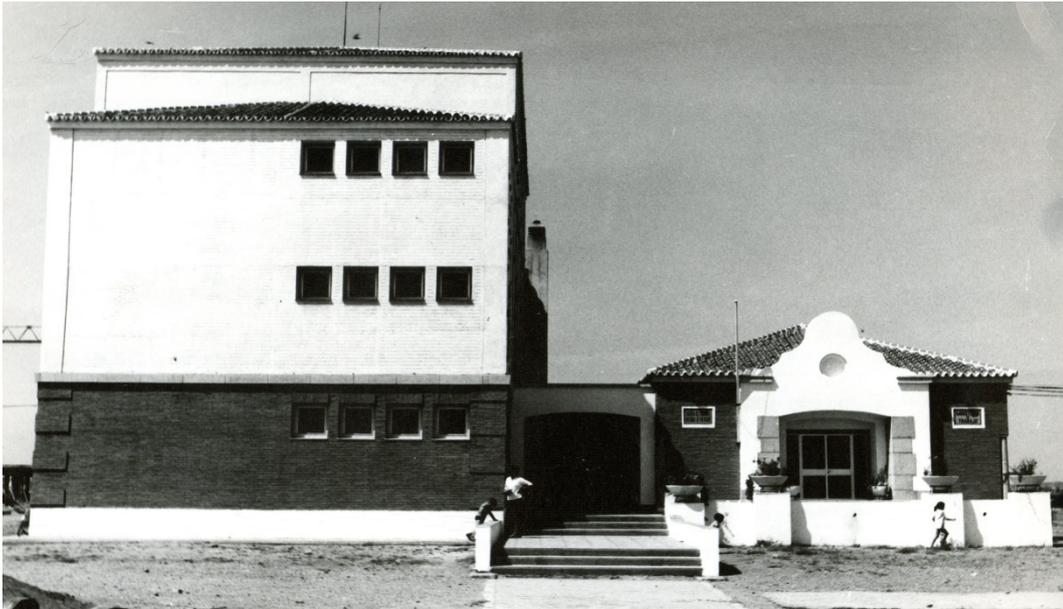


Fuente: Google Maps

Ambulatorio reducido en Ayamonte con Agencia del INP
Huelva

39

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps



Fuente: Google Maps

Maternidad de Riotinto con Agencia del INP
Huelva

40

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

EXTERIORES



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

Ambulatorio Completo en San Martín , Barcelona
Barcelona

41

EXTERIORES

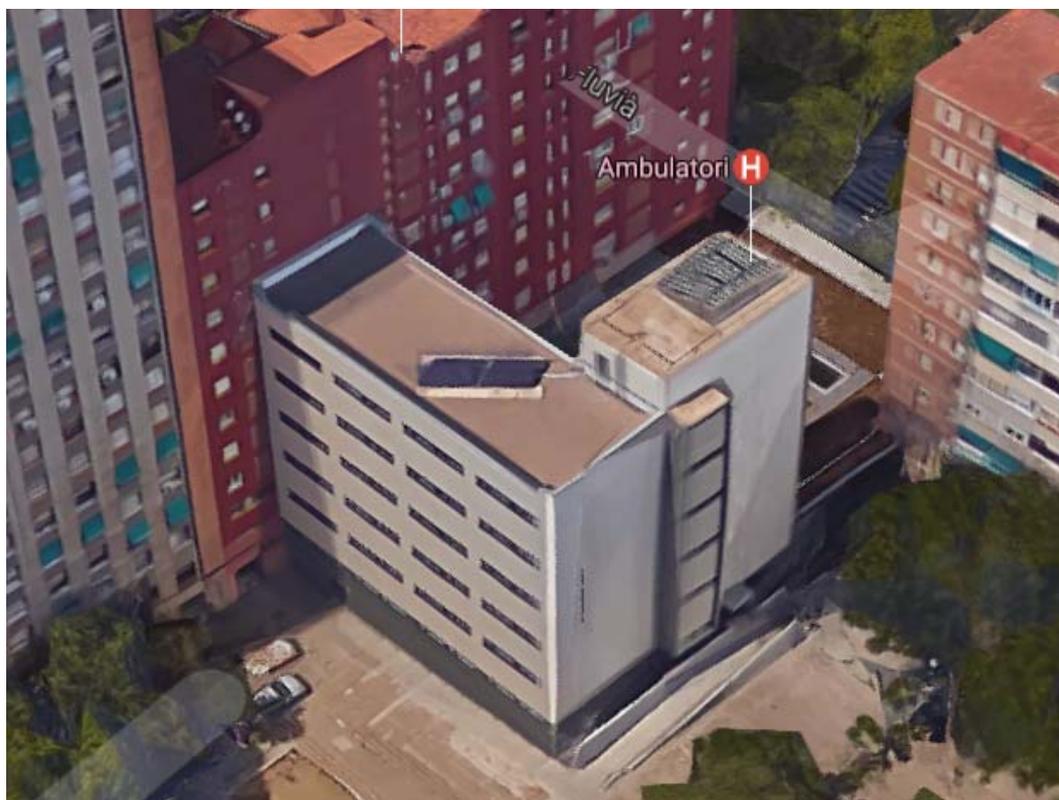


Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA

ESTADO ACTUAL



Fuente: Google Maps

PROYECTOS NO EJECUTADOS

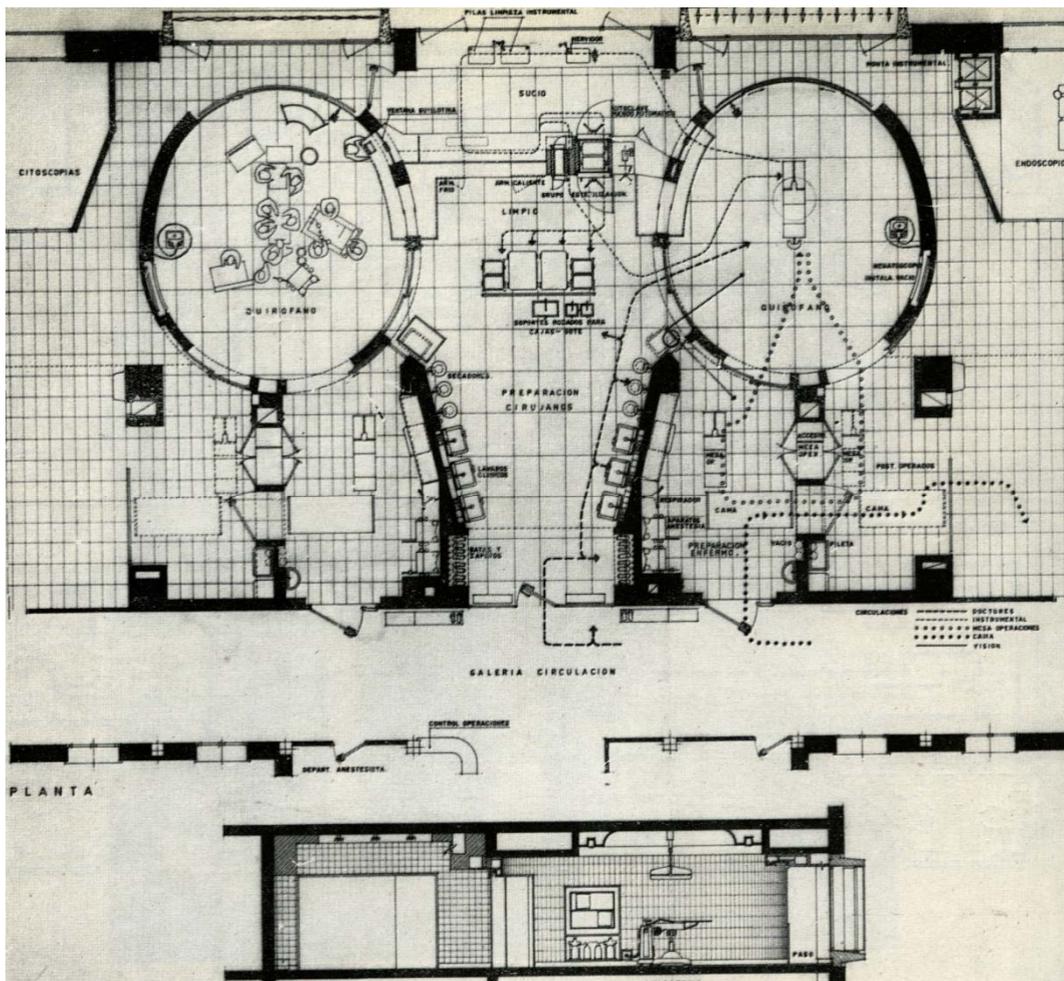
ESPAÑA

Ambulatorio Completo en Orense.

1963
200 camas

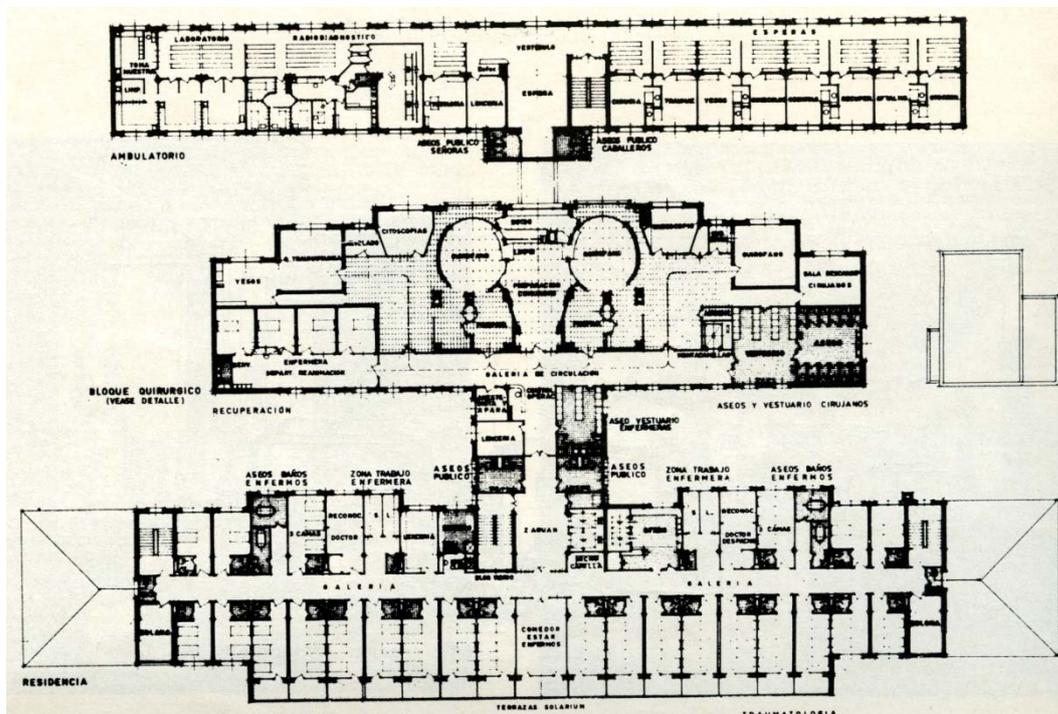
42

PLANOS



Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

PLANOS



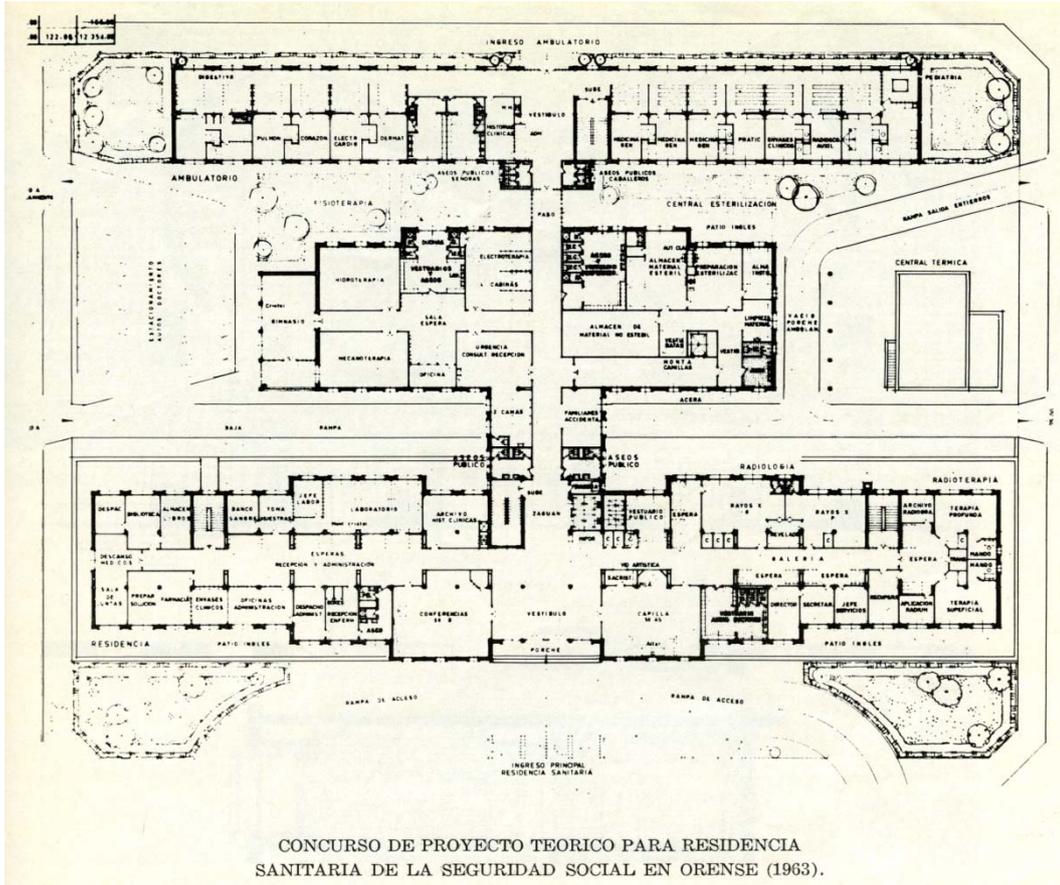
Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

Ambulatorio Completo en Orense.

1963
200 camas

42

PLANOS



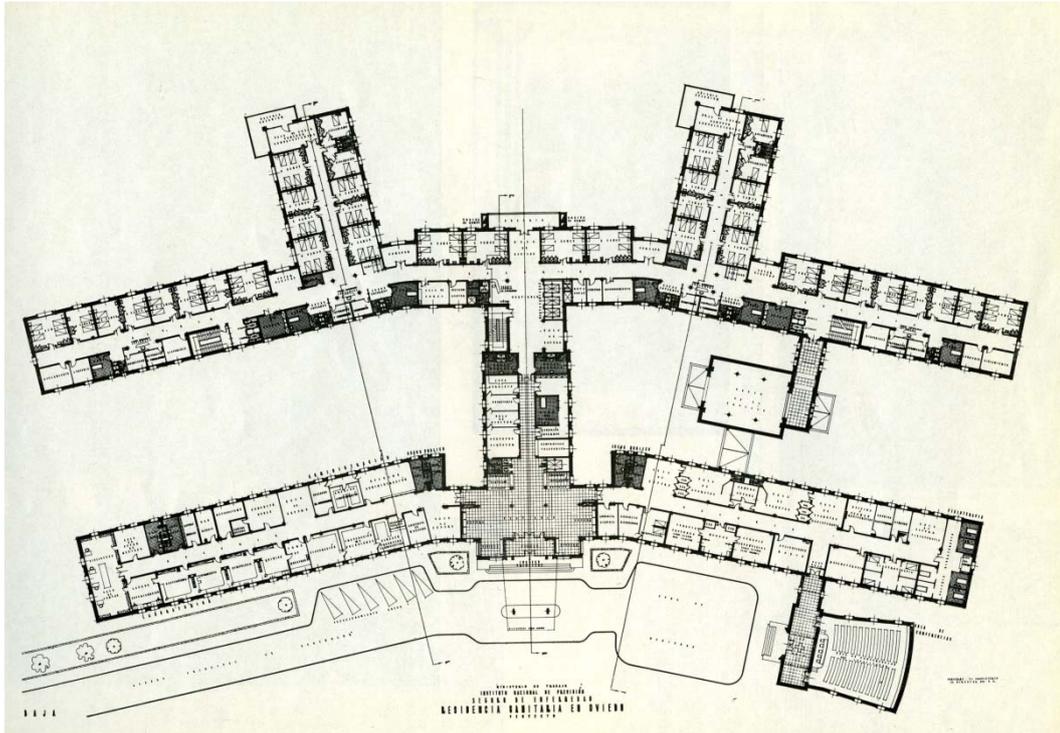
Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

Residencia Sanitaria en Oviedo.

1952
650 camas

43

PLANO



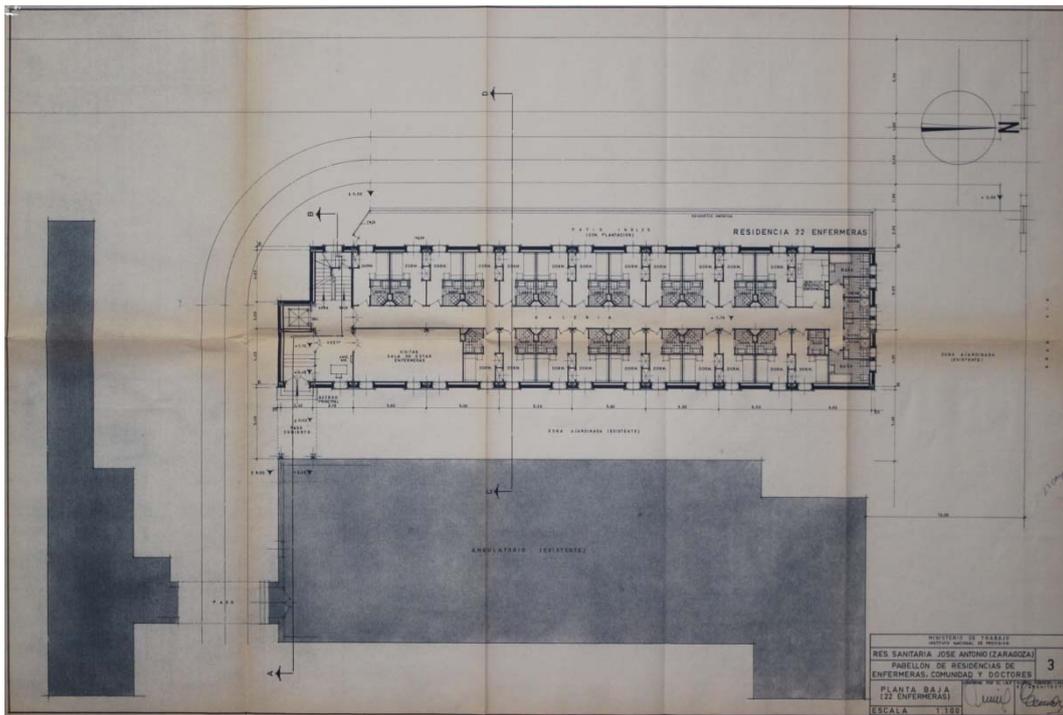
Fuente: F. García Mercadal 1919FGM1972

Pabellón de Residencias de Enfermeras, Comunidad y Doctores en Zaragoza.

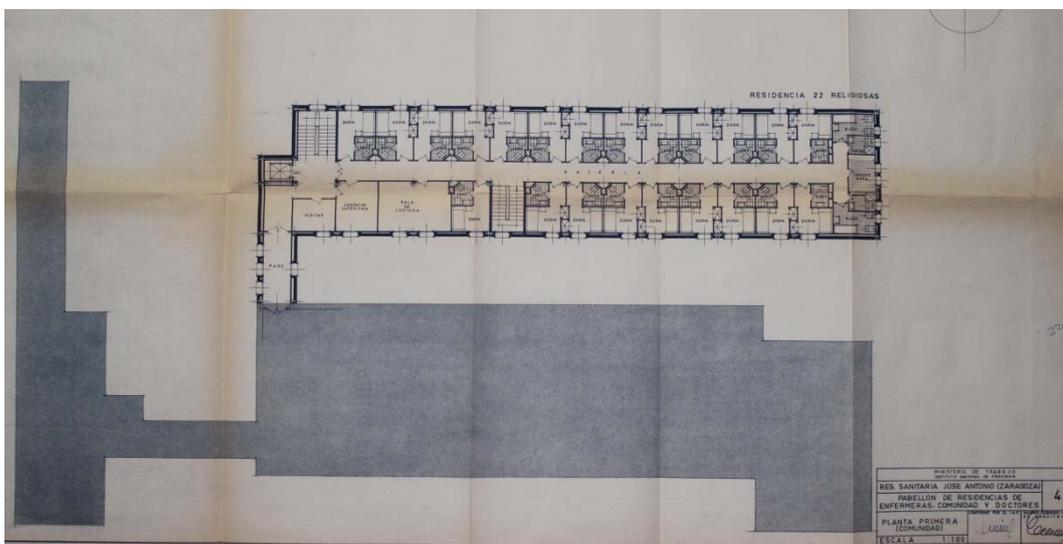
1968

44

PLANOS

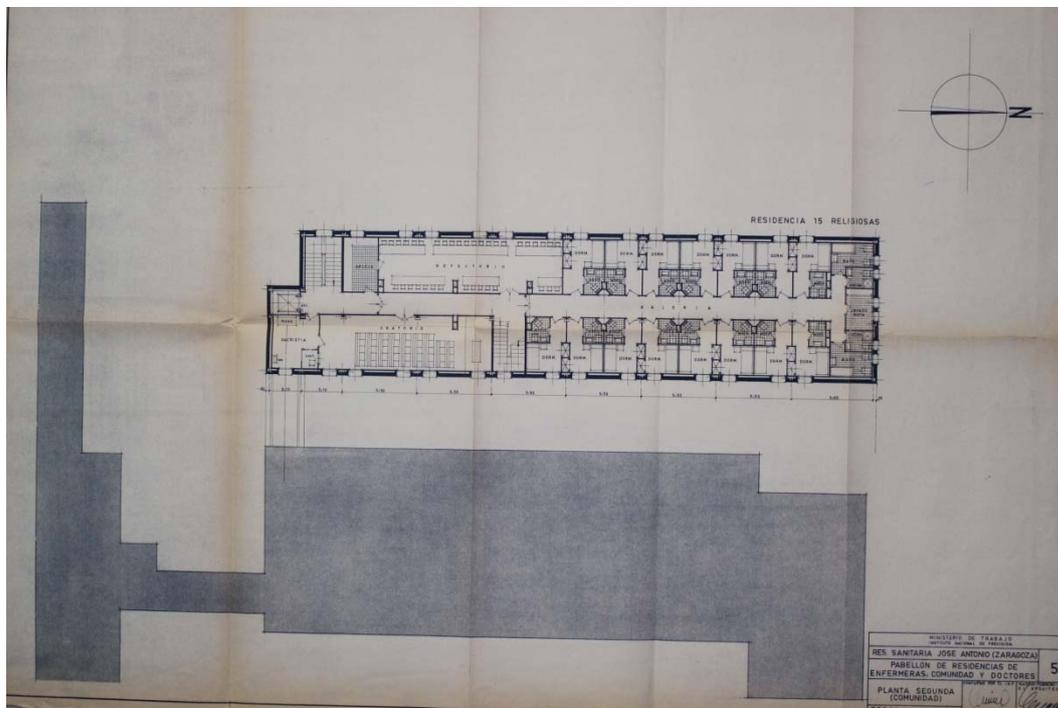


Fuente: Archivo INGESA

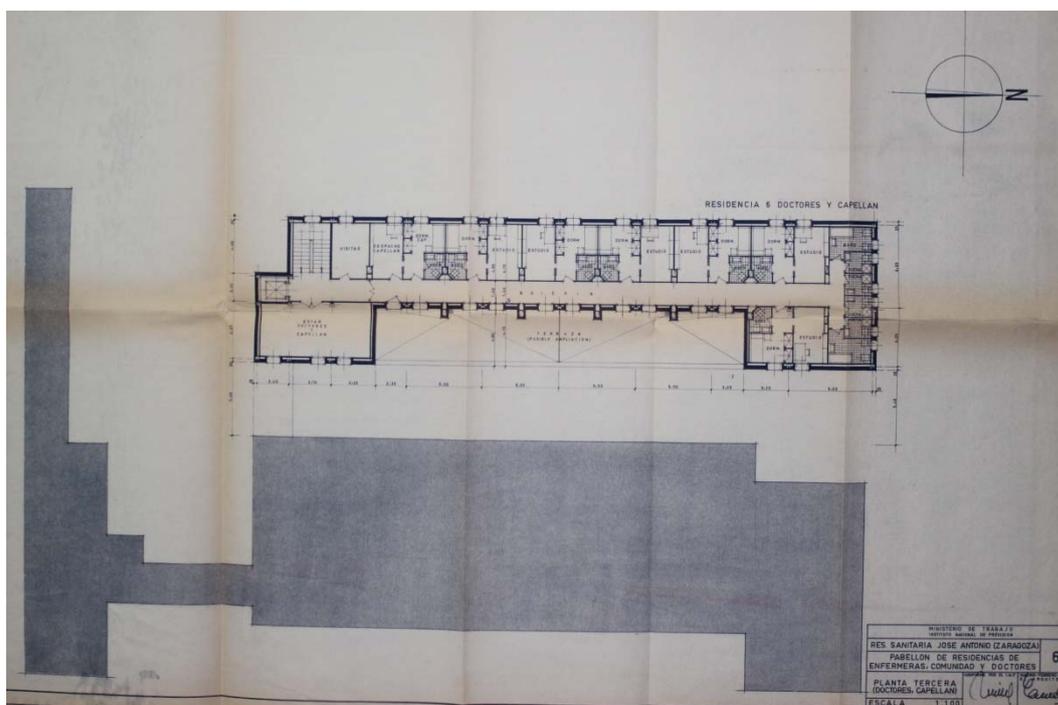


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



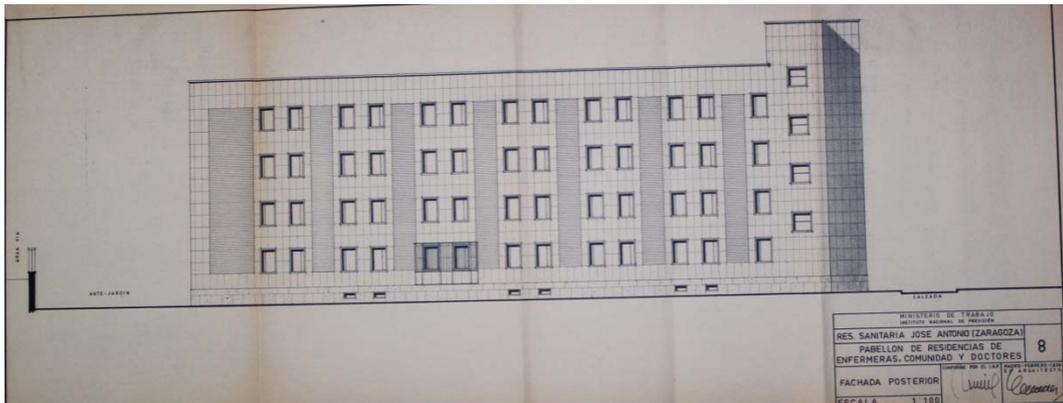
Fuente: Archivo INGESA

**Pabellón de Residencias de Enfermeras,
Comunidad y Doctores en Zaragoza.**

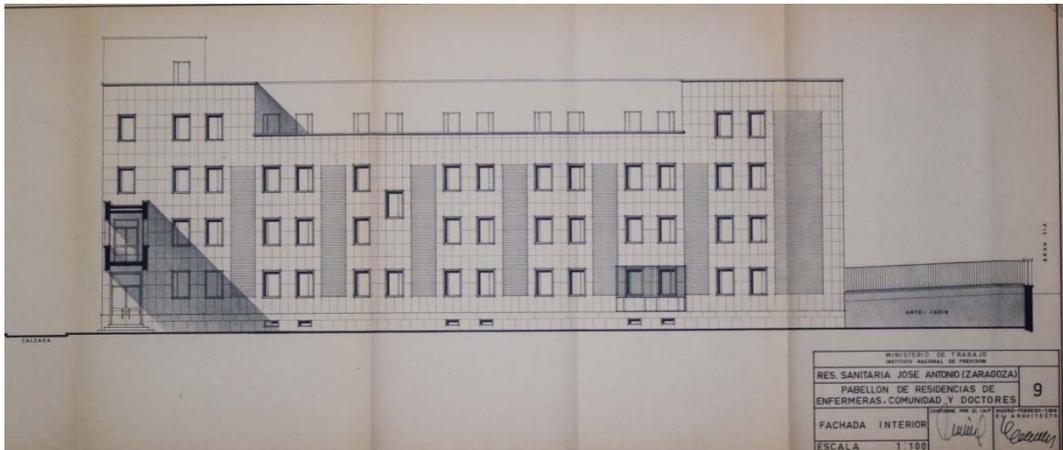
1968

44

PLANOS

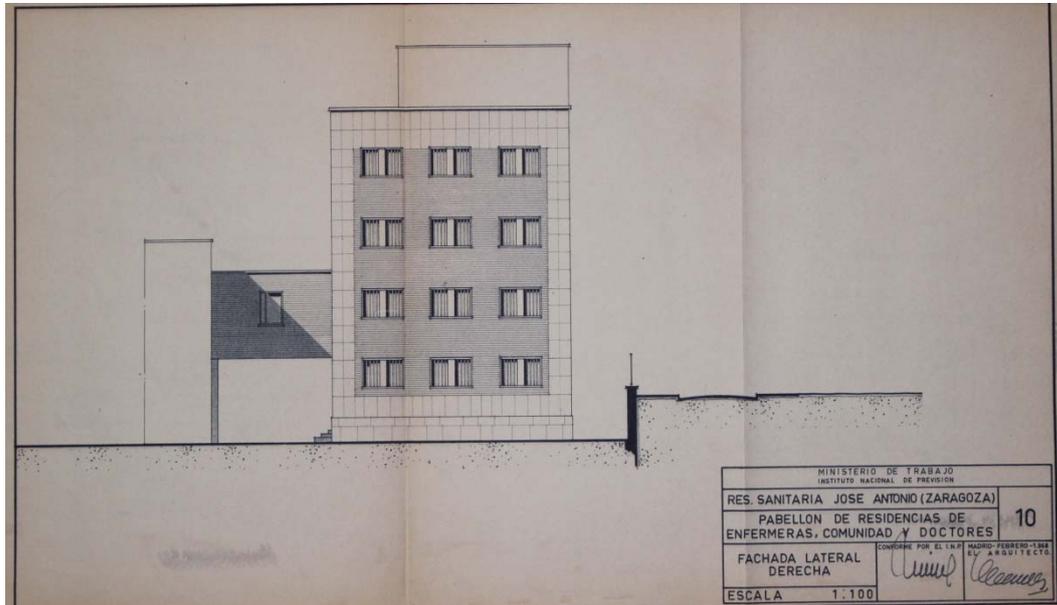


Fuente: Archivo INGESA

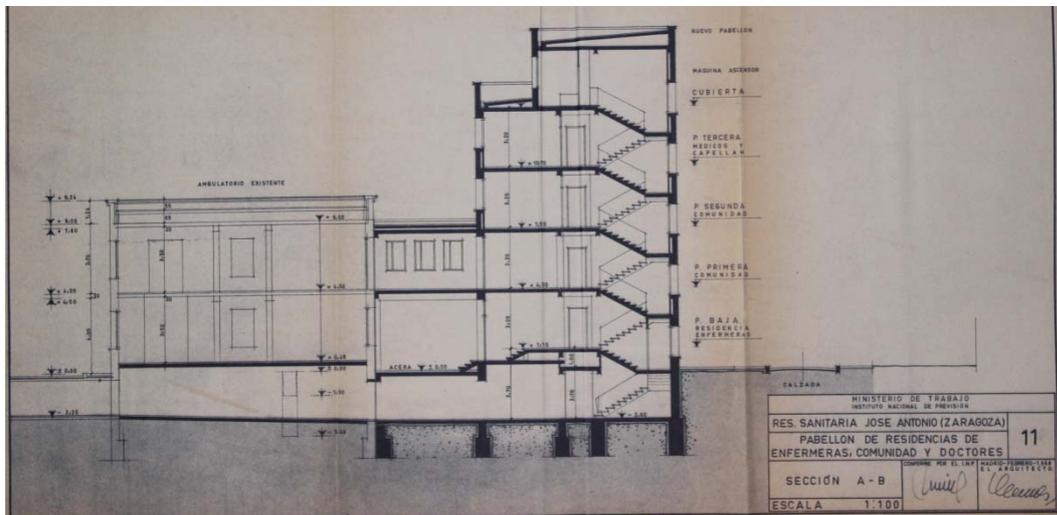


Fuente: Archivo INGESA

PLANOS



Fuente: Archivo INGESA



Fuente: Archivo INGESA