

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CATALUÑA

**LA TRADICION DE LO NUEVO
EN EL PAIS VASCO.
LA ARQUITECTURA DE LOS AÑOS 30.**

Autor: Jose Angel Sanz Esquide

Barcelona, 1988

**CAPITULO 7:
LOS EDIFICIOS HOSPITALARIOS.-**

7. LOS EDIFICIOS HOSPITALARIOS.-

Si algún tipo funcional en la arquitectura contemporánea tiene que ver con aspectos extra-arquitectónicos, habría que convenir que éste es el del hospital moderno. La moderna organización hospitalaria de los años treinta es tan compleja y encierra tantas facetas, -constructivas, médicas, docentes, investigadoras, administrativas, sociales, económicas, de personal, etc.-, que su resultado se asemeja más a una gran empresa que a cualquier tema artístico. Eso parece deducirse de la discusión que se planteó entre los miembros del Jurado del Concurso de Anteproyectos para el Hospital de San Sebastián (1933), compuesto por médicos y arquitectos. Unos acentuaron su interés sobre la estricta organización hospitalaria, mientras que otros primaron los aspectos puramente arquitectónicos. Con la presentación de los argumentos de una y otra parte no se quiere más que clarificar y contextualizar los razonamientos y discusiones del Jurado que constituyen el núcleo decisivo de la larga y dura polémica que el fallo del mismo suscitó.

El hospital, desde finales del siglo XIX, experimentó una revolución en cuanto a sus objetivos. Si hasta

entonces, en cuanto que institución humanitaria, su función quedaba reducida a la de proporcionar alivio, siendo el lugar para un tipo exclusivo de enfermo, -el pobre-, a partir de ese momento, el hospital, ampliando su intención a la sociedad entera, se convertirá en un centro eficiente donde la ciencia médica transformará la institución hospitalaria en un lugar de múltiples funciones: de asistencia, enseñanza, experimentación y acción social, entre otras.

Se ha dicho para resumir el papel del hospital moderno, que éste debería actuar según una doble caracterización centrípeta y centrífuga, dirigida hacia dentro una que podríamos denominar profiláctica y la otra, centrífuga, de higiene hacia el ambiente social.

A partir de tales transformaciones, la elección entre una construcción centralizada y otra descentralizada sustituyó a la clásica discusión decimonónica entre el hospital de pabellones o el hospital unitario.

Estos nuevos conceptos de centralización o descentralización requerían una representación distinta. En el primer caso, el "bloque" centralizaba todos los servicios en una construcción alta, bien en un edificio de entre 6 y 12 pisos o ya en el rascacielos de 13 pisos, y tenía entonces su ejemplo visual más fuerte en el Medical Center de Nueva York. En el segundo caso, la construcción descentralizada podía ser representada por

un grupo de edificios aislados, con los distintos servicios clínicos y auxiliares distribuidos en edificios de 2 ó 4 pisos.

Cada uno de estos sistemas planteaba sus impedimentos. Por su parte, el sistema horizontal requería una gran longitud de galerías entre los edificios, lo que dificulta el trabajo y generaba una gran superficie improductiva a calentar, alumbrar, limpiar y reparar. Sin embargo, esta misma separación entre unos y otros edificios permitía un mayor silencio en las salas, así como una mayor aireación e iluminación. Podría deducirse que lo que era bueno para el enfermo resultaba problemático para el personal y la economía. Por el contrario, el sistema vertical permitía la máxima concentración de servicios, favoreciendo el trabajo del personal y la economía del conjunto, aunque, a su vez, con pérdida de confortabilidad para el enfermo.

Ante esta disyuntiva, la discusión sobre los dos modelos se realizará siempre en términos de eficacia, concepto clave que predomina sobre cualquier otro durante estos años, hecho nada casual si consideramos que es la empresa el modelo organizativo y de funcionamiento al que se tratará de asimilarse el hospital moderno.

Planteada así la polémica, no resulta sorprendente que el tipo constructivo ideal tendiera, de una u otra forma,

hacia el "bloque único", si bien en ocasiones éste se tradujera en dos o cuatro bloques unidos, de 6 a 10 pisos. Se consideraba que bloques unidos por galerías, o adosados entre sí, en un número de dos a cuatro, además de garantizar su eficacia y un adecuado rendimiento, gozando de las ventajas del tipo vertical, permitían neutralizar favorablemente los inconvenientes del tipo horizontal.

No obstante, esta discusión general no permitía eludir un examen concreto de cada caso particular y un determinado método de trabajo. Así, un plan de hospital bien concebido no era precisamente aquel en el que un espacio fuera arbitrariamente admitido y subdividido después del mejor modo posible por la habilidad del arquitecto, sino aquel en el que se hubieran estudiado de antemano, aisladamente, los requerimientos que las diversas funciones del hospital específico representaban, organizando posteriormente los departamentos y combinándolos de la manera más eficiente posible.

Era, pues, preciso estudiar la anatomía del hospital en términos médico-constructivos, decidiendo después la situación particular de cada órgano en el sistema funcional general, de forma que sus relaciones con otras dependencias hiciesen más eficiente la vida total del establecimiento y procurando en el acoplamiento reducir el tejido conectivo, ahora considerado improductivo.(1)

Estas valoraciones, ciertamente de carácter no estrictamente arquitectónico, nos permitirán contextualizar una de las experiencias, creemos que la principal, a tratar en este capítulo. Nos referimos al Concurso de Anteproyectos para el Nuevo Hospital de San Sebastián que se celebró entre los meses de marzo y junio de 1933, tal vez en España el crisol de todas estas discusiones. Porque, si bien no el único con planteamiento moderno, sí fue, por su tamaño y por el mismo carácter de su gestación dentro de un concurso, el hospital más decisivo en cuanto que dicha problemática tuvo una dimensión pública.

Ya las bases del Concurso, (2) poco precisas para un programa de tal naturaleza, originarán la controversia al no definir claramente sus objetivos: la duda entre la realización de un anteproyecto de orden puramente arquitectónico o de otro en el que se primase estrictamente la funcionalidad de una organización hospitalaria, centrará la primera decisión crucial a que se verán sometidos los concursantes y marcará las dos posibilidades en las que se van a polarizar las 21 propuestas presentadas. (3)

Con el fin de proceder sistemáticamente, con orden y método, a la comparación y calificación de los trabajos presentados, el Jurado, -compuesto en la ocasión por los médicos Aureliano Gallano y Wenceslao López Albo, y por los arquitectos Diego de Basterra, Modesto López Otero y Rafael Bergamín-, organiza en su Primer Informe un cuadro a partir del acuerdo de

sus miembros sobre una serie de conceptos fundamentales. Mezclando problemas médicos y arquitectónicos, en dicho cuadro se superponen aspectos tan distintos como los que tratan del concepto general del hospital, su emplazamiento, la disposición general del "bloque" y los pabellones, su disposición funcional, los alzados, estructura y materiales, y la superficie edificada. Tras un detenido estudio según las pautas así decididas, los miembros del Jurado reconocerán, en primera instancia, una indiscutible superioridad de ciertos trabajos sobre otros, al tiempo que plantean la inexistencia de un anteproyecto que resuelva plenamente los problemas en su conjunto. (4)

Todos los miembros del Jurado se mostrarán conformes en una primera selección de siete de los anteproyectos presentados, realizados por los siguientes arquitectos:

- Pedro Muguruza;
- José A. Elizalde y José L. Recarte;
- Javier Barroso y Luis Martínez;
- Domingo Aguirrebengoa y Francisco Urcola;
- Francisco Monravá;
- Juan Izaguirre y Pedro Bidagor;
- Manuel Sánchez Arcas, Eduardo Lagarde,
Joaquín Labayen y José Manuel Aizpurua.

No obstante, surgirá el desacuerdo cuando, en cumplimiento de la base octava de la convocatoria, y tras un

minucioso estudio de detalle y nueva comparación posterior, deban proceder a la eliminación de cuatro de los trabajos seleccionados y al señalamiento de los tres definitivamente finalistas. El Jurado no llegó aquí a la unanimidad conseguida en las deliberaciones del Primer Informe. En una serie de informes parciales que sintetizaremos, cada uno de sus miembros expondrá sus razonamientos y particulares puntos de vista.

Así, en un Segundo Informe suscrito de forma particular por los arquitectos Modesto López Otero, Diego de Basterra y Rafael Bergamín, se acuerda eliminar cuatro propuestas, dejando para una nueva ordenación y calificación definitiva tres anteproyectos de los que son autores, respectivamente, Pedro Muguruza, Aguirrebengoa y Urcola, y el equipo formado por Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua.

Un Tercer Informe, esta vez emitido solamente por Diego de Basterra y Rafael Bergamín, puntúa definitivamente los tres proyectos finalistas según la interpretación por ellos sostenida de los valores expuestos en el cuadro marco del Jurado, resumida en tres conceptos fundamentales: el arquitectónico, el médico-funcional y el económico. En dicho informe escribían:

"El anteproyecto de Muguruza resuelve bien el primer concepto, mal el segundo y con excesiva preocupación el tercero.

El anteproyecto de Aguirrebengoa y Urcola resuelve discretamente el primer punto, de un

modo perfecto el segundo y bien el tercero. Por último, el anteproyecto de Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua resuelve muy bien el primer concepto, no tan perfectamente el segundo y sin tener muy en cuenta el aspecto económico.

Es indudable que el proyecto más equilibrado, por todos los conceptos, es el segundo, siguiéndole en esta condición el tercero, y separándose más de ella, el primero". (5)

Interesa constatar que en las consideraciones de este Tercer Informe suscrito por Diego de Bastera y Rafael Bergamín sobre estos tres trabajos se aprecian dos tendencias, la arquitectónica y la organizativa, como ellos mismos se encargan de subrayar:

"Los anteproyectos primero y tercero coinciden en la manera de enfocar el problema arquitectónico, llegando al establecimiento previo de una estructura mínima, dimensionada estrictamente para el fin que tiene que cumplir. En estos dos anteproyectos, parece que el arquitecto, conocedor del problema médico resuelve por sí solo el hospital, llegando a lo que pudiéramos llamar "solución arquitectónica pura". Dentro, sin embargo, de

una misma tendencia, se aprecia una divergencia clara entre ambos anteproyectos, pues mientras el primero parte de dimensiones mínimas tomadas de módulos y coeficientes internacionales, reduciéndolos en lo posible y estudiando la disposición de los elementos con la preocupación constante de la economía en todos sus aspectos, el anteproyecto tercero, sin esa preocupación, llega a soluciones mejores y más amplias, resolviendo mejor el detalle de disposición y funcionamiento interior, dando también una solución exterior más clara y más espontánea. En el anteproyecto segundo, los autores, asesorados por un técnico que conoce a fondo el complicado mecanismo de un Hospital moderno y su funcionamiento, resuelve su disposición siguiendo paso a paso las indicaciones de éste en todos sus detalles, y con raro acierto, llega a una feliz agrupación económica".

En el razonamiento y valoración definitiva de Diego de Basterra y Rafael Bergamín prevalecen las cuestiones funcionales y económicas sobre las arquitectónicas, como lo confirma el énfasis que se hace, en el proyecto calificado en primer lugar, de un método de trabajo en el que el asesoramiento

del médico experto se convierte tanto en el origen como en el motor de la solución definitiva. Se podría llegar a decir, incluso, que en dicho juicio predomina más la tendencia a considerar el Concurso, más como de anteproyectos de organizaciones hospitalarias que de soluciones puramente arquitectónicas.

Otro Segundo Informe, éste suscrito por los doctores Aureliano Gallano y Wenceslao López Albo, decide eliminar cuatro de los siete primeros anteproyectos que el Jurado seleccionó de común acuerdo y deja para la calificación definitiva el de Aguirrebengoa y Urcola, el de Francisco Monravá y el de Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua, que resolverá por este orden, distintos, como vemos, de los elegidos a su vez por los arquitectos Basterra, Bergamín y López Otero, antes citados. Este nuevo Segundo Informe argumentaba:

"El primero sigue un acertado y bien orientado criterio médico y económico, indispensables para llevar a la realidad un eficiente instrumento de trabajo médico. Insistimos en que la disposición funcional ha sido resuelta de un modo casi perfecto. El criterio médico ha guiado tan felizmente a los autores que a él se debe en gran parte el acierto en cuanto guarda relación con la dinámica del hospital". (6)

Observamos nuevamente en esta valoración un razonamiento en la que predomina más la visión sobre el carácter de organigrama de los anteproyectos, y por lo tanto de su posible funcionamiento en cuanto a esquemas, que sobre las cualidades arquitectónicas de los mismos.

Recogeremos, por último, el voto razonado del arquitecto Modesto López Otero, que, si bien suscribió el Primer Informe y el particular posterior de Basterra y Bergamín en la eliminación de los anteproyectos, -es decir, hasta la selección de los tres finalistas que darían lugar finalmente al premiado-, mantiene su disconformidad con estos arquitectos en cuanto a su conclusión definitiva.

Comienza el informe de López Otero con una consideración crítica sobre el planteamiento mismo del Concurso de Anteproyectos, al no preveer en sus bases un segundo grado de desarrollo de los trabajos que resultasen seleccionados en una primera instancia, como era ya práctica habitual en los concursos que en España se convocaban, más necesario si cabe en éste, dado que no consideraba posible, en principio, resolver en un anteproyecto definitivo, desarrollado a lo largo de sólo tres meses, la complejidad funcional de un hospital. En este comentario crítico López Otero utilizó el Primer Informe del Jurado, basándose en aquella conclusión del mismo que manifestaba la inexistencia de un anteproyecto de perfección evidente que

reuniese absolutamente todas las condiciones de un moderno hospital.

Hecha esta consideración, López Otero explicita y razona el criterio en el que fundamenta su calificación:

"Considerar como inconveniente o defecto grave aquellos (anteproyectos) cuya modificación altere esencialmente la disposición general, particularmente en la forma y situación de los organismos importantes, no dando tanta importancia a la posibilidad de simple reducción de superficies o volúmenes edificados si la función queda satisfecha; ni a la adición o variación de un local secundario omitido en el programa.

Teniendo en cuenta además que se trata de un anteproyecto que ha de ser objeto de estudios posteriores y aún de nuevas sugerencias y asesoramientos, según indica la base novena del concurso, creo que ha de establecerse cierta amplitud al juzgar el acierto de detalle de la distribución, sobre todo si está bien fundamentada en líneas generales". (7)

Estas consideraciones, como podemos ver, tienen como modelo la forma de desarrollo de los Concursos del Grand Prix en dos fases, cuyos Jurados distinguen con precisión lo que en cada una de ellas valoran fundamental, así como lo que debe permanecer en el proceso que va del "esquisse" al "fini".

En contraste con el Segundo Informe suscrito por los médicos Aureliano Gallano y Wenceslao López Albo, el recuerdo de dicho método de trabajo basado en dos fases permitirá a López Otero abogar por el anteproyecto de Muguruza y mantenerlo en la segunda eliminatoria, basandose en la apreciación positiva del emplazamiento de los diferentes edificios de que ha constar el hospital y de la ordenación general del bloque, características que consideraba dignas de desarrollo en un segundo estadio dadas las decisivas cualidades iniciales apuntadas en el trabajo presentado; en su opinión resultaban también apreciables el exacto concepto de una disposición funcional de gran elasticidad distributiva y la perfecta armonía de las masas, promesa de un excelente alzado, y ello sin menoscabo de importantes deficiencias en algunos servicios especializados, lo que, a ojos de López Otero, coloca al anteproyecto de Muguruza en un punto inferior a los otros dos por él seleccionados, el de Urcola y Aguirrebengoa y el de Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen.

Modesto López Otero propondrá en primer lugar este último anteproyecto, separandose de la opinión de los otros miembros del Jurado al razonar su preferencia por el anteproyecto

de S.A.L.A.L. sobre el de Urcola y Aguirrebengoa por los siguientes motivos: orientación y soleamiento; mejor concepción del "bloque central", -equilibrio entre los cuerpos principales y el de enlace-; circulaciones; situación de los laboratorios; disposición de las enfermerías, de las cocinas; localización y concepción de los pabellones de tuberculosos, de infecciosos y de enfermos mentales; prevención contra incendios; y, en fin, flexibilidad estructural. El anteproyecto de S.A.L.A.L. aparece ante el juicio de López Otero con la sola desventaja de ser de mayor tamaño que el de Urcola y Aguirrebengoa, lo cual no perturba su mejor disposición, ya que dicha desventaja podría ser subsanada al reducirse algunos servicios, lo cual no alteraría esencialmente el anteproyecto. Por este cúmulo de razones, López Otero propondrá como ganador el citado anteproyecto de Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, y por tanto para su desarrollo posterior en forma de proyecto definitivo.

En este enjuiciamiento de López Otero podemos observar algunas cuestiones que se consideraban medulares en lo que entonces se entendía como un hospital moderno, pero cita también otras de carácter más exclusivamente arquitectónico. Esto ocurre, por ejemplo, cuando opina que el anteproyecto de S.A.L.A.L. responde a la necesidad de que la estructura, -es decir, las líneas generales de carga y los huecos de fachada-, obedezca a un sistema modular, a una verdadera cuadrícula, lo que consigue cumplidamente, frente al anteproyecto de Urcola y

Aguirrebengoa, éste mucho más rígido. Sin examinar detalladamente cada edificio, en nuestra opinión, -y desde un punto de vista estrictamente arquitectónico-, basta comparar simplemente los alzados de ambos para reconocer la superioridad del primero, sobre el segundo preocupado únicamente por la ordenación de huecos diferentes según un eje de simetría, de concepción general poco feliz; o la agilidad con la que en aquel se disponen los edificios sobre la topografía, en oposición a la inmediatez con la que se asienta en la misma el anteproyecto de Urcola y Aguirrebengoa.

Algunas de estas preocupaciones arquitectónicas se enunciaban ya en la memoria de S.A.L.A.L. presentada al Concurso, al tiempo que se manifestaban otras imprescindibles para conocer el alto grado de consciencia con el que los autores se enfrentaban a este programa y a lo que en él consideraban arquitectónicamente determinante:

"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 construido el edificio. No existen muros de carga interiores, excepto los muros cortafuegos, que han de ser fijos; los demás tabiques pueden variarse con facilidad. Esta

es la característica de la estructura moderna de estos edificios". (8)

La estructura, la circulación, el emplazamiento y la agrupación de los diferentes servicios, son cuestiones arquitectónicas decisivas, referidas aquí a un hospital, es decir, a un tipo funcional determinado, y muestran de nuevo, como en otros ejemplos analizados anteriormente en los que intervino Aizpurua, la importancia del programa en la determinación de las soluciones arquitectónicas propuestas. Lo que no contradice el carácter contundente y lapidario con que Aizpurua atacó a algunas de las muletillas, -en feliz expresión acuñada por Philip Johnson-, más extendidas en aquellos años de la arquitectura moderna, según puede leerse en la carta-manifiesto dirigida a Torres Clavé para su publicación en la revista AC, a raíz del fallo del Concurso:

"Y esto no lo hacemos con miras partidistas por ser el segundo premio obra de miembros del GATEPAC, sino que demostraremos que otros proyectos, la mayoría de los presentados, son mucho mejores que el proyecto premiado en primer lugar y por defender a la verdadera arquitectura de unos cuantos arquitectos que habiéndola deshonrado quieren en los últimos años de su vida refugiarse en los falsos moldes de una arquitectura que queriendo ser

funcional, racional, y demás tópicos modernos no es lo único que puede ser la arquitectura: ARQUITECTURA".(9)

Tras la gran discusión que este Concurso provocó, -discusión que José Manuel Aizpurua trató de trasladar con no excesivo éxito a otras tribunas, siguiendo el camino abierto por Le Corbusier con el fallo del concurso del Palacio de las Naciones en 1928-, el fallo del Jurado se mantuvo, y fue concedido el primer premio al proyecto de Urcola y Aguirrebengoa, a pesar de la falta de unanimidad entre sus miembros y, como hemos visto, en presencia de varias impugnaciones particulares al mismo.

Muy distinto al anterior en cuanto a su naturaleza y complejidad, y éste sí construido, es el Sanatorio Antituberculoso situado en el Municipio de Leza, en un paraje singular entre Laguardia y Samaniego. Responde a un proyecto del arquitecto donostiarra Pablo Zabalo de 1934, si bien sobre el mismo lugar y con idéntico programa el arquitecto Julián Apraiz presentó con anterioridad un proyecto que nunca llegó a materializarse.(10)

Con un programa especializado, el Sanatorio de

Leza constituye otro ejemplo de los nuevos hospitales en bloque que, recogiendo las exigencias de la nueva ciencia médica, tienen su aparición en 1917. Según este planteamiento, la relación entre lo común y lo privado se transforma radicalmente, particularizándose el tratamiento de la enfermedad. Ahora dicho tratamiento se organiza por células individuales o dobles y deja el comedor, que en el proyecto anterior de Apraiz se desarrollaba por plantas, como espacio común en planta baja.

La habitación se plantea en términos muy semejantes al proyecto del Pabellón para Tuberculosos que presentaron Aizpurua, Labayen, Lagarde y Sánchez Arcas para el Concurso del Hospital de San Sebastián en 1933, antes citado, si bien en Leza la terraza surge como prolongación de la célula, frente a la idea de terraza continua a lo largo de toda la planta que se observa en el otro proyecto citado.

El edificio es una lámina con dos caras claramente diferenciadas: al Sur la de las habitaciones-terraza, con una malla a modo de brise-soleil de gran profundidad y con sus laterales enmarcados; la otra, mucho más cerrada, con ventanas que recorren todo el pasillo, en cuyo centro se sitúa todo el conjunto de comunicaciones verticales y un pequeño cuerpo adosado en planta baja que sirve de capilla. Su organización nos relaciona este edificio, también de gran presencia, con el de Luis Vallejo para la S.S.L., tratado en el capítulo 2 de este estudio.

En el Sanatorio de Leza, la planta baja y la de cubiertas son las únicas en las que se producen variaciones con respecto a las restantes de habitaciones, cuya estructura de hormigón presenta unas crujiás determinadas por la anchura de la célula de habitación.

La planta baja, elevada y albergando servicios comunes y un comedor general situado en la rotonda orientada al Este, adquiere un gran peso en fachada, tanto por los huecos que marcan el sótano como por los de la entreplanta que alberga las instalaciones, todos expresados en la misma.

La cubierta, terraza teóricamente utilizable, queda determinada por dos límites muy definidos, a la izquierda por la sala de máquinas y a la derecha por un potente elemento figurativo, parrarrayos y reloj de sol.

Es subrayable el interés que mostró Josep Torres Clavé por este edificio, según consta en la correspondencia del archivo del G.A.T.E.P.A.C. de Barcelona. Y, si bien no sabemos si José Manuel Aizpurua había previsto su publicación en el número que sobre hospitales estuvo durante tanto tiempo preparando para la revista AC, y que nunca llegó a terminar, podemos suponer que el interés que el arquitecto catalán manifestó por el mismo era debido a comentarios realizados por Aizpurua.

Aun cuando sus características tipológicas no correspondan a las estrictas de un hospital moderno, y sean muy diferentes las misiones que deben cumplir, por razones expositivas estudiaremos en este capítulo el Asilo que el arquitecto pamplonés Víctor Eusa proyectó en 1933 para Tafalla.

Con el proyecto del Asilo de Tafalla, Eusa abandona, a tenor de lo que conocemos, (11) algunos de los esquemas organizativos experimentados en obras anteriores, para acercarse a los modelos holandeses que había conocido durante un dilatado viaje realizado por Europa.

En este sentido bien pudiera entenderse que el salto que el Asilo de Tafalla supone en su obra es debido a la posibilidad de experimentar nuevas disposiciones frente a condiciones distintas, según un programa menos condicionado ideológicamente que sus anteriores proyectos construidos en Pamplona, éstos mucho más emblemáticos y con más carácter propagandístico. La actuación de Tafalla presenta un marcado carácter filantrópico, al que el mismo Eusa colaborará regalando el proyecto.

El edificio se localiza en un solar despejado, de notable tamaño, situado en la salida de Tafalla a Pamplona. La

primera opción de Víctor Eusa fue la de ubicar la construcción en el centro de la parcela, organizandola alrededor de un patio abierto que adquirirá un gran protagonismo en la estructura formal del edificio.

Sobre los lados de este vacío se extienden unos brazos que dan apoyo a las distintas estancias. Como resultado de esta disposición, un esquema centrífugo en molinete se expande y dota al conjunto de un carácter articulado, adoptando una volumetría diferenciada según las funciones albergadas en cada caso.

La planta baja está ocupada por la capilla, comedores y escuelas para diferentes grupos de asilados o externos, secretaría y el gimnasio-salón de actos que nunca fué construído. La planta superior, quizás obligada a un tamaño mayor de patio por condiciones de programa, recoge los diferentes ámbitos de dormitorios.

El esquema del edificio no puede dejar de recordarnos al que W.M.Dudok utilizó para el Ayuntamiento de Hilversum (1924-1930). Y no solamente en dicho esquema se observan concomitancias con los arquitectos holandeses de influencia wrightiana; también la posición de los accesos o el lenguaje horizontalista creado por ventanas y voladizos, a veces de marcado carácter decorativo, junto con la utilización de

ciertos elementos expresivos verticales, nos señalan el mismo gusto.

Una idea orgánica parece gobernar todo el proyecto. La relación entre el todo y las partes se nos hace visible en el recorrido del edificio: un espectacular suelo de baldosas coloreadas de tradición neoplástica reproduce el esquema en molinete de todo el conjunto a lo largo de los pasillos.

NOTAS AL CAPITULO 7.-

1. Aparecen estas consideraciones en "Planeamiento y organización de un hospital moderno", que a través de diversos artículos, (3, 4, 6, 9 y 12 de febrero de 1932), W.López Albo publicó en el periódico El Liberal de Bilbao. También en un largo escrito del mismo autor, titulado "El sanatorio psiquiátrico de Zamudio y la Escuela-granja agrícola", publicado en El Liberal, el 26 de febrero de 1932.

2. Véase "Bases generales para la construcción del Nuevo Hospital", publicadas en Memoria del anteproyecto de un Hospital en S.Sebastián. Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua. Artes Gráficas Faure, Madrid, 1933.

3. Los proyectos corresponden a Antonio Setién; Pedro Gaiztarro; Mocoroa y Mendizábal; Julián Apraiz; José Manuel Bringas; Juan Torbado; Javier Yarnoz; Joaquín Porqueras; José Luis Durán de Cottés; Vilata y Botella; Luis Díaz Tolosana; Estanislao Segurola; Juan y Lucas Alday; Lagarde y Labayen; Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua; Pedro Muguruza; Elizalde y Recarte; Barroso y Martínez; Aguirrebengoa y Urcola; Francisco Monravá; y Eizaguirre y Bidagor.

4. Primer informe suscrito por el jurado calificador, fechado el día 20 de agosto de 1933. Véase Boletín del COAVN, n.25, 20 noviembre 1933.

5. Informe particular suscrito por los vocales arquitectos D.Diego de Basterra y D.Rafael Bergamín, fechado en San Sebastián el 25 de agosto de 1933. Véase Boletín del COAVN, n.25, 20 noviembre 1933.

6. Segundo Informe, suscrito por los doctores Aureliano Gallano y W.López Albo, fechado el 26 de agosto de 1933. Véase Boletín del COAVN, n.26, 20 diciembre 1933, n.27, 15 enero 1934 y n.28, 15 febrero 1934.

7. Informe particular suscrito por M.López Dtero, fechado el 26 de agosto de 1933. Véase Boletín del COAVN, n.29, 15 marzo 1934, n.30, 15 abril 1934 y n.31, 15 mayo 1934.

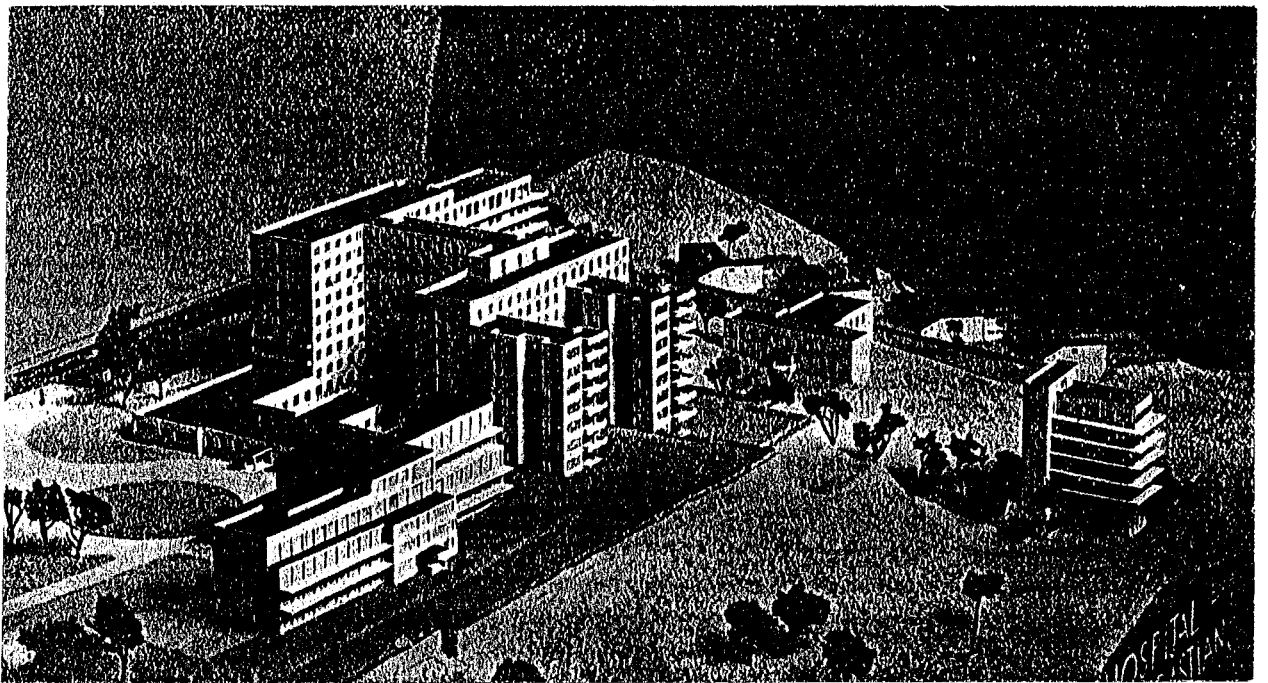
8. Memoria del anteproyecto de un Hospital en San Sebastián. Sánchez Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurua, op.cit.

9. Carta de Aizpurua a Torres, sin fecha, probablemente de

octubre de 1933. Véase anexo n.1, "Correspondencia entre los Grupos Norte y Este del G.A.T.E.P.A.C."

10. Dicho proyecto comenzó a materializarse en 1932, mediante una sociedad privada creada en San Sebastián. Posteriormente adquirió carácter público al ser asumido por la Diputación de Alava.

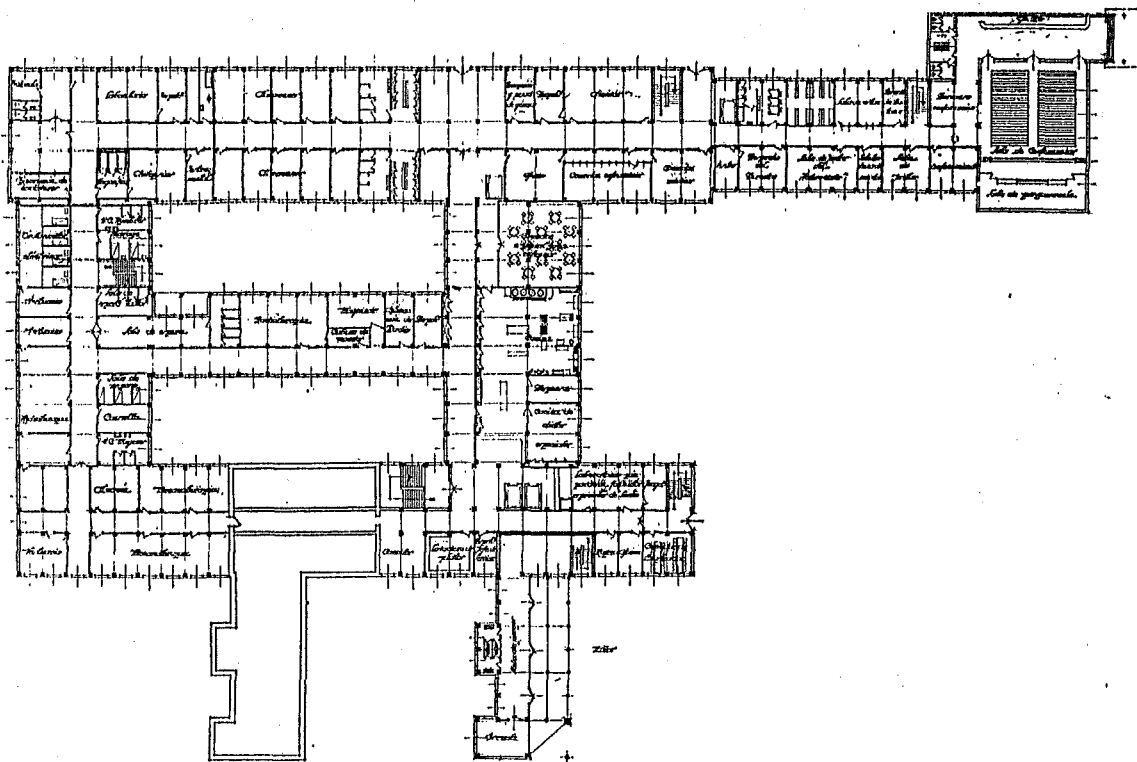
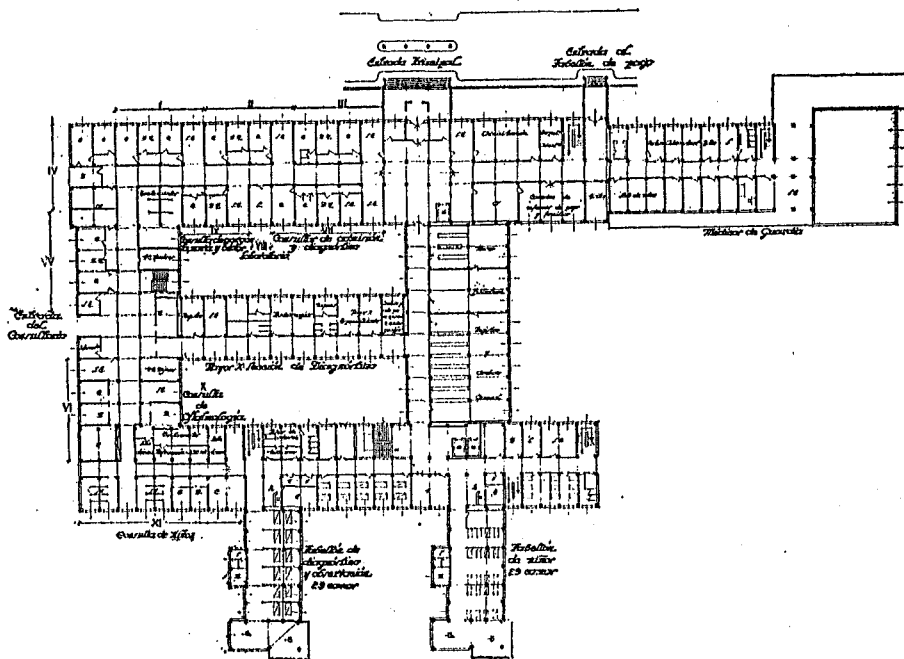
11. Véase, en Nueva Forma n.90-91 de julio-agosto 1973, artículo de J.I.Linazasoro sobre Víctor Eúsa.



Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-

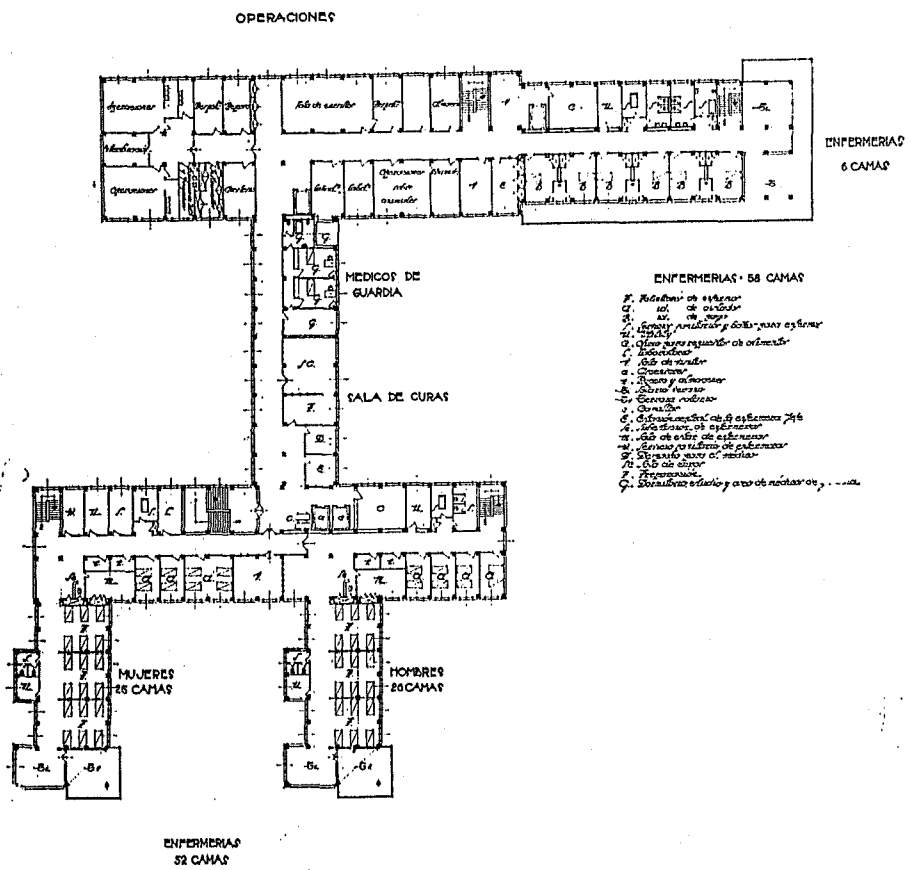


Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-

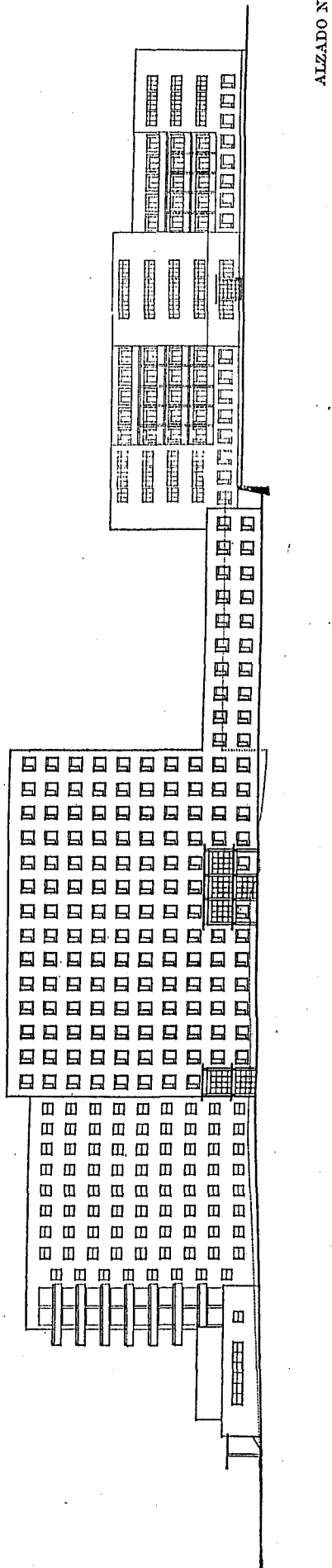
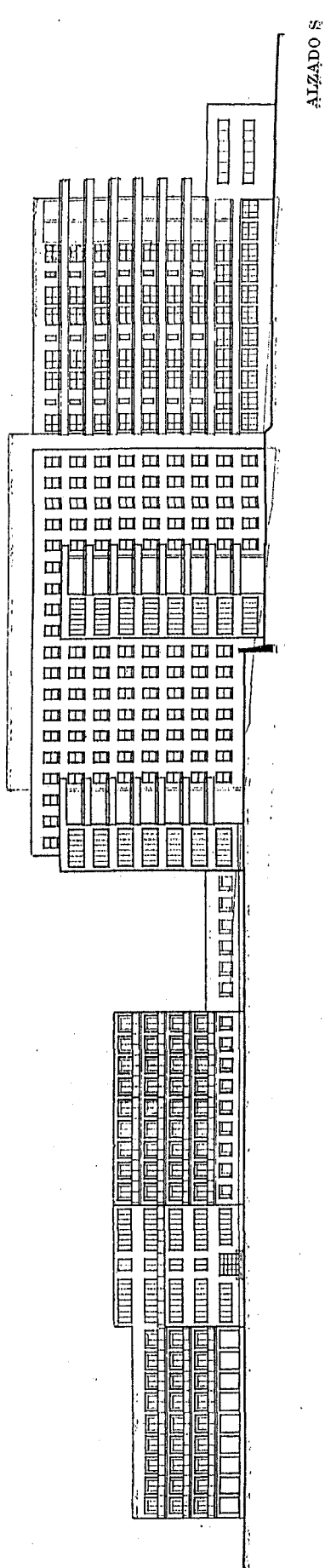


Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
 Hospital de San Sebastián.-
 (Revista Arquitectura, enero 1934).-

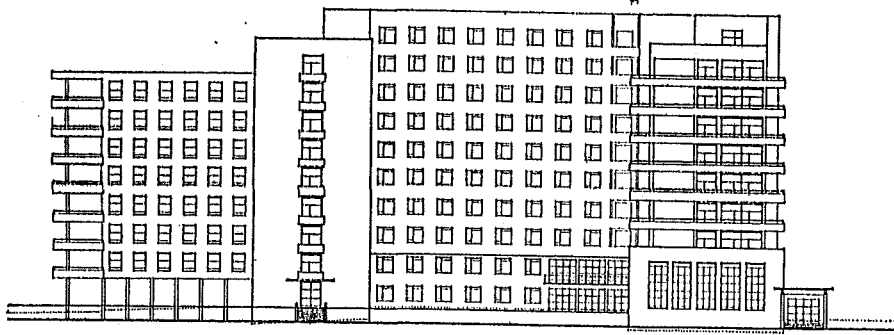
Bloque general Planta 2
 Cirugía.



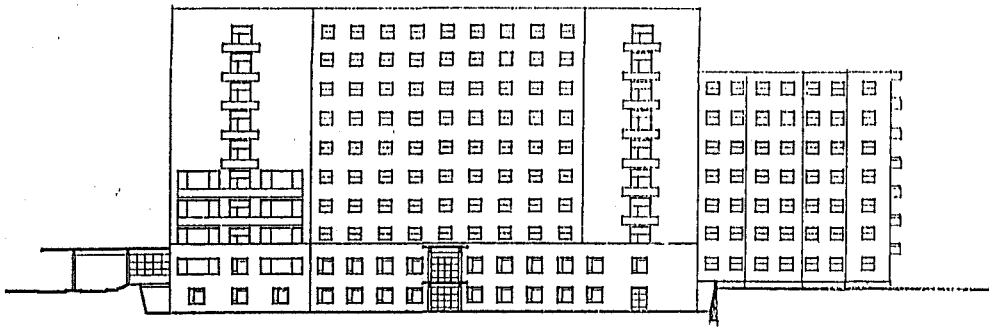
Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
 Hospital de San Sebastián.-
 (Revista Arquitectura, enero 1934).-



Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-



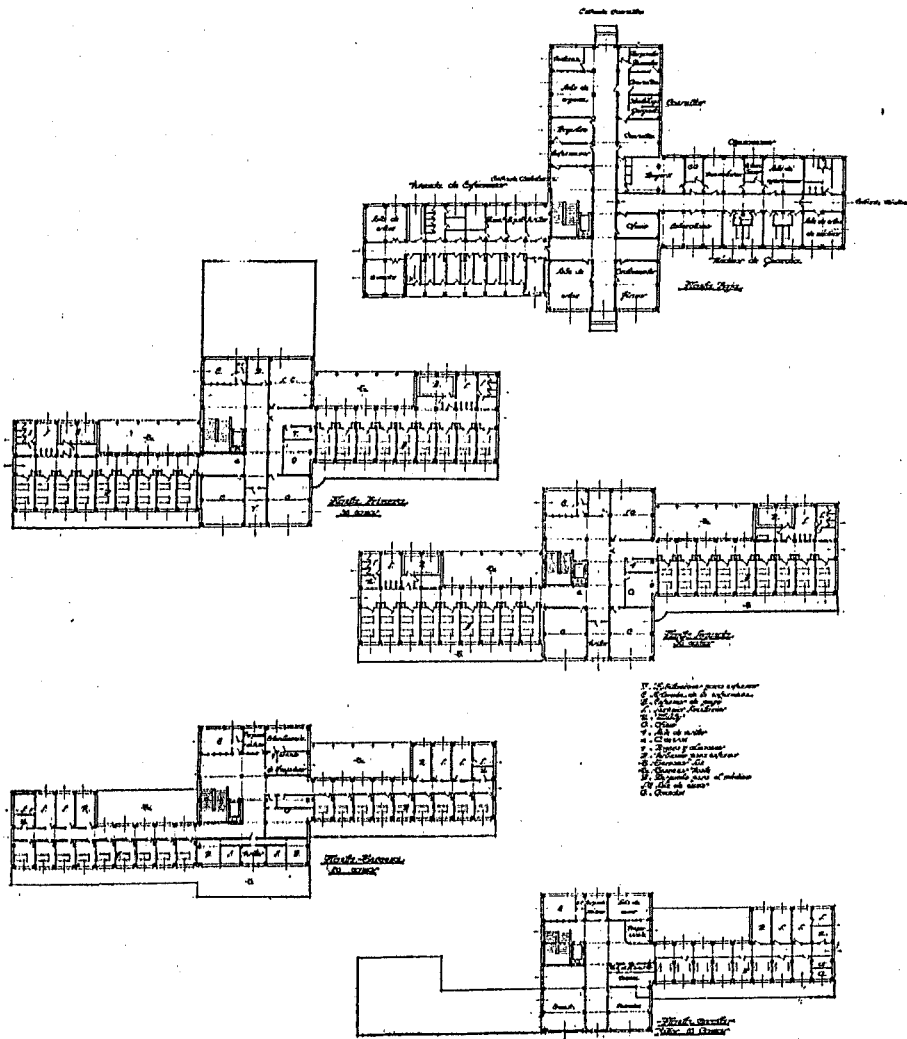
ALZADO e.



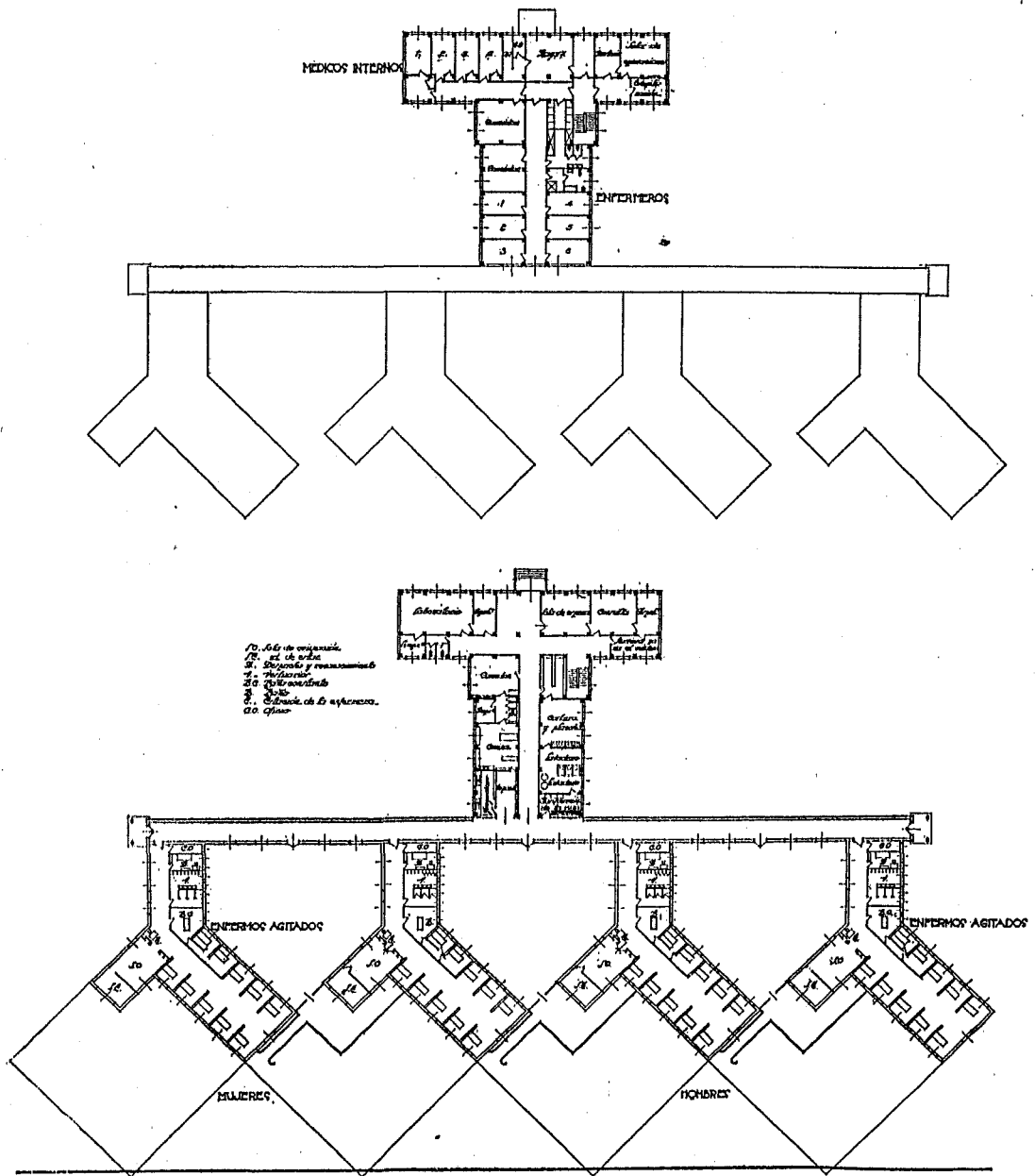
ALZADO o.

Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-

Pabellón Tuberculosos
Plantas



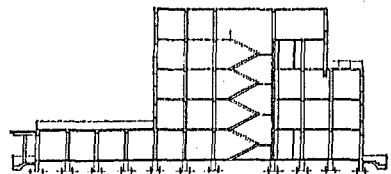
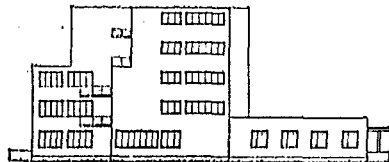
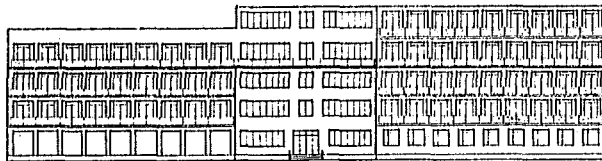
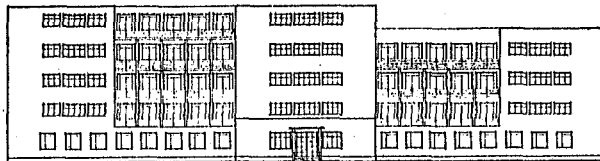
Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-



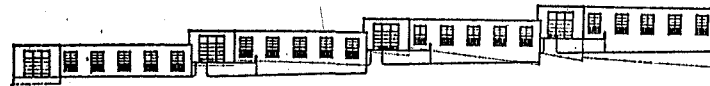
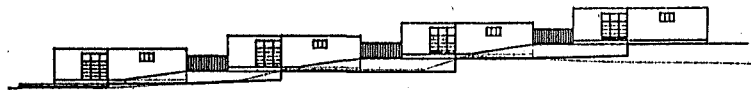
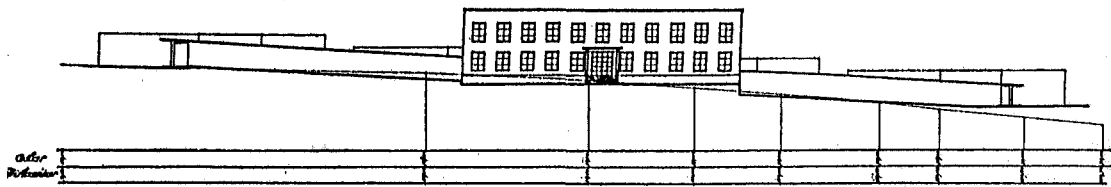
Pabellón de Demontos Plantas

Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
 Hospital de San Sebastián.-
 (Revista Arquitectura, enero 1934).-

Pabellón Tuberculosos
Fachadas

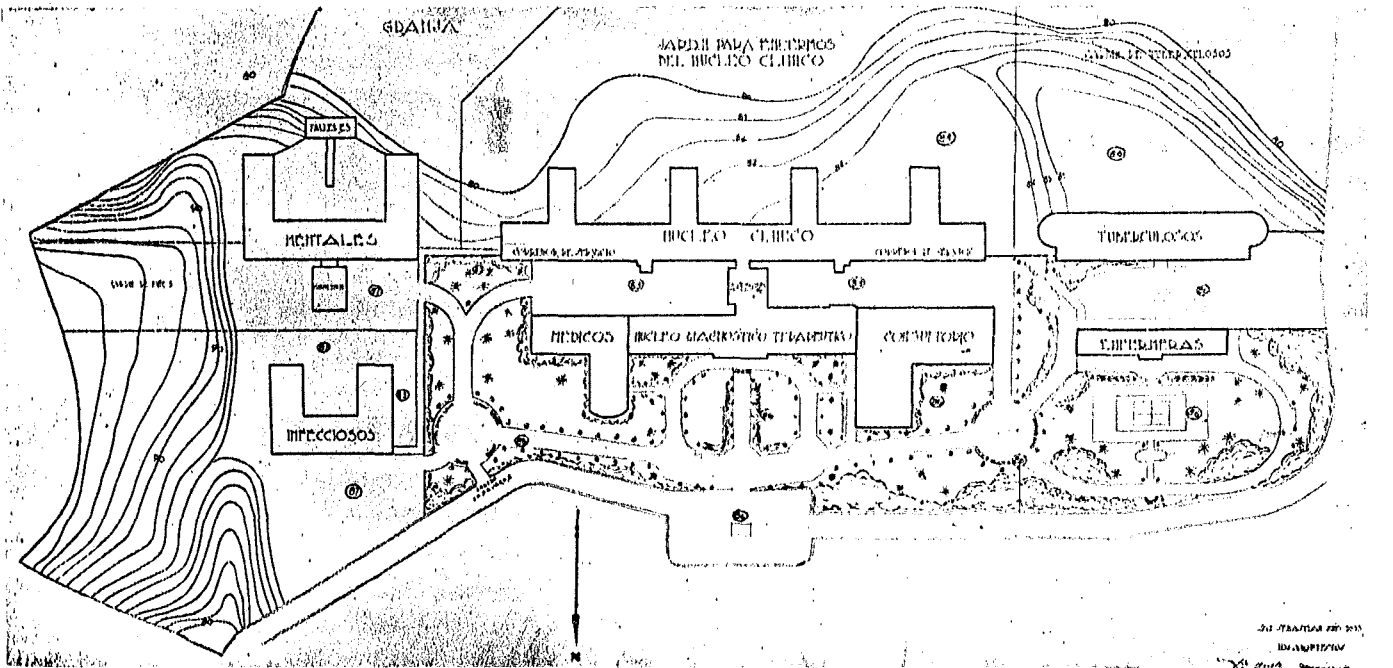
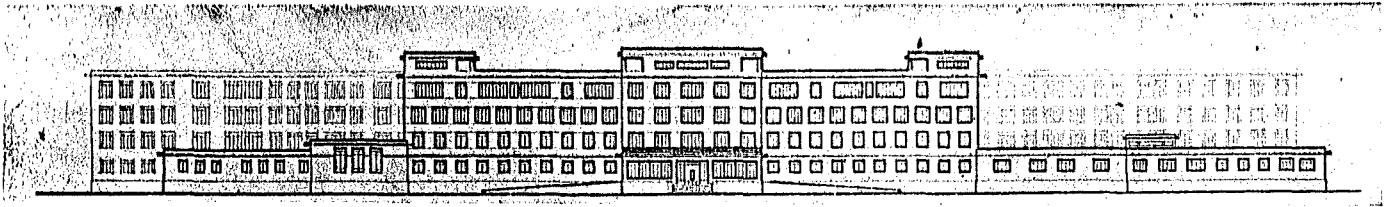


Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-

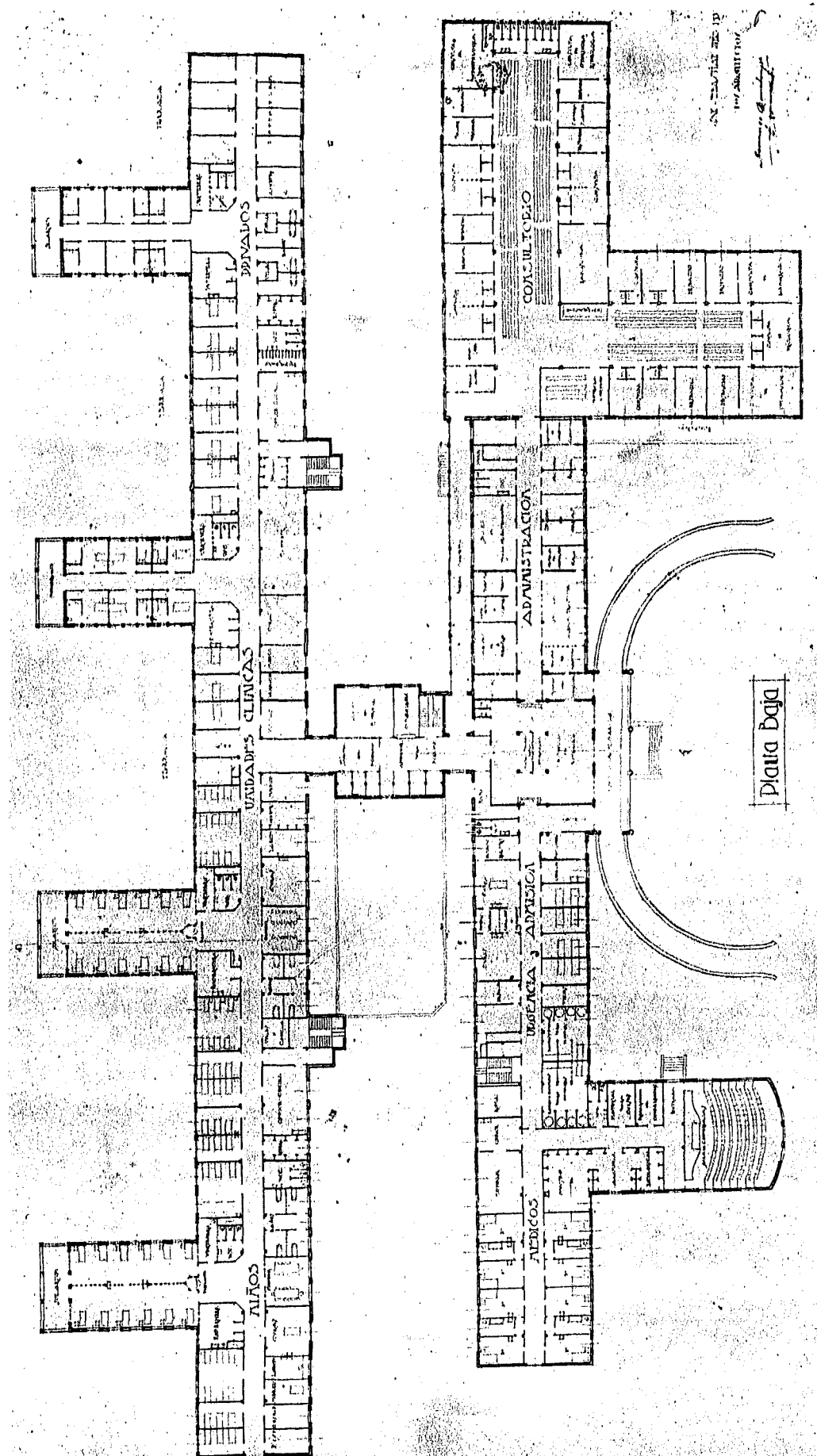


P. Dementes Fachadas

Sánchez Arcas, Lagarde, Aizpurua y Labayen, 1933.-
Hospital de San Sebastián.-
(Revista Arquitectura, enero 1934).-



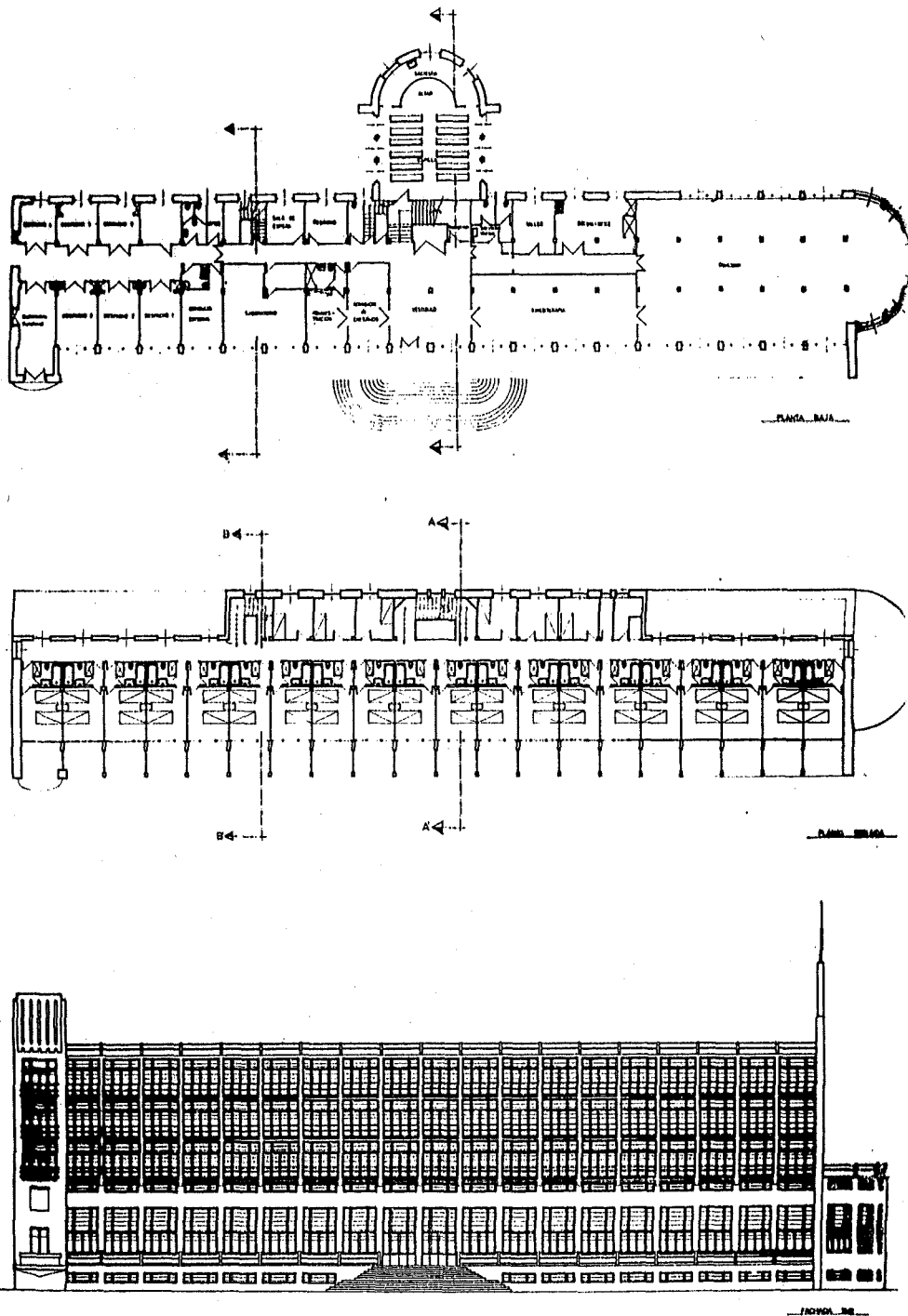
Francisco Urcola y Domingo Aguirrebengoa, 1933.-
 Hospital de San Sebastián. Primer premio del Concurso.-
 (Revista Arquitectura, enero 1934).-



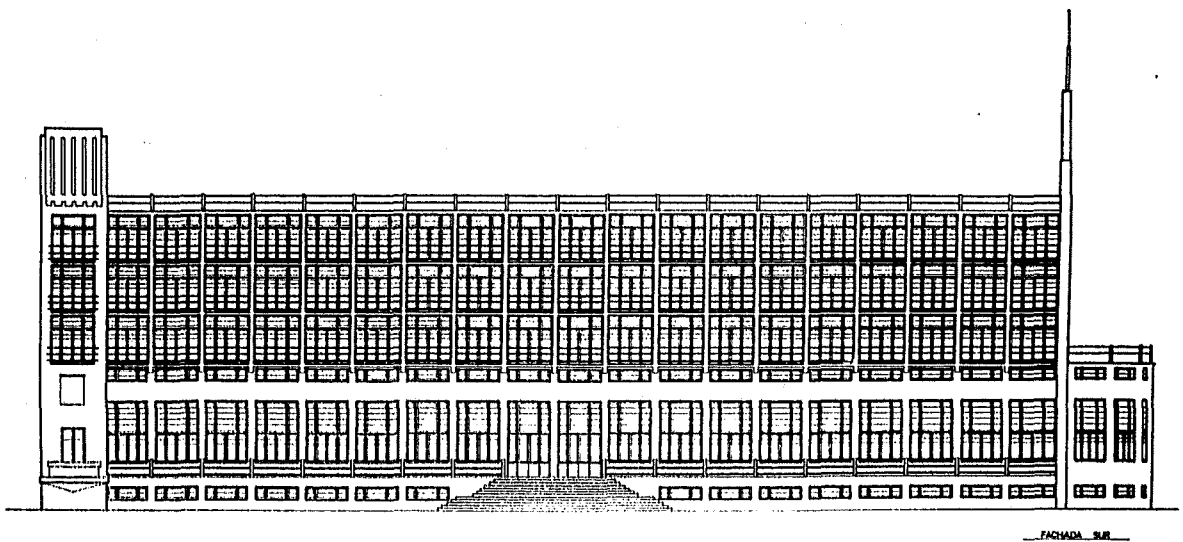
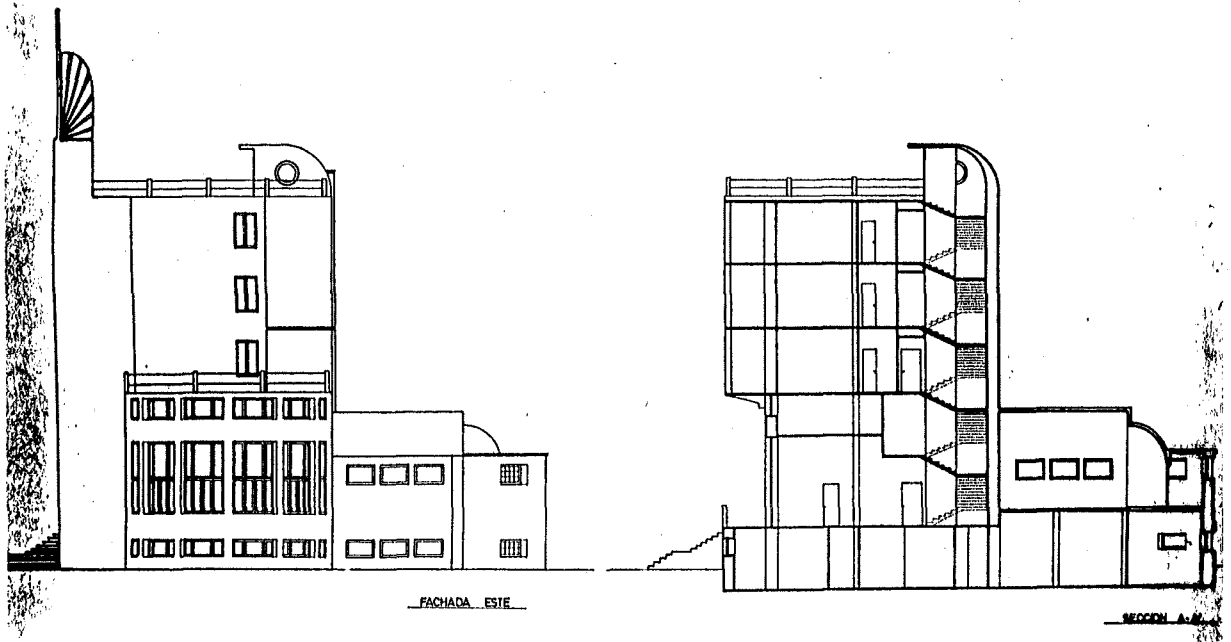
Planta Baja

Planta Baja - Bloque Central

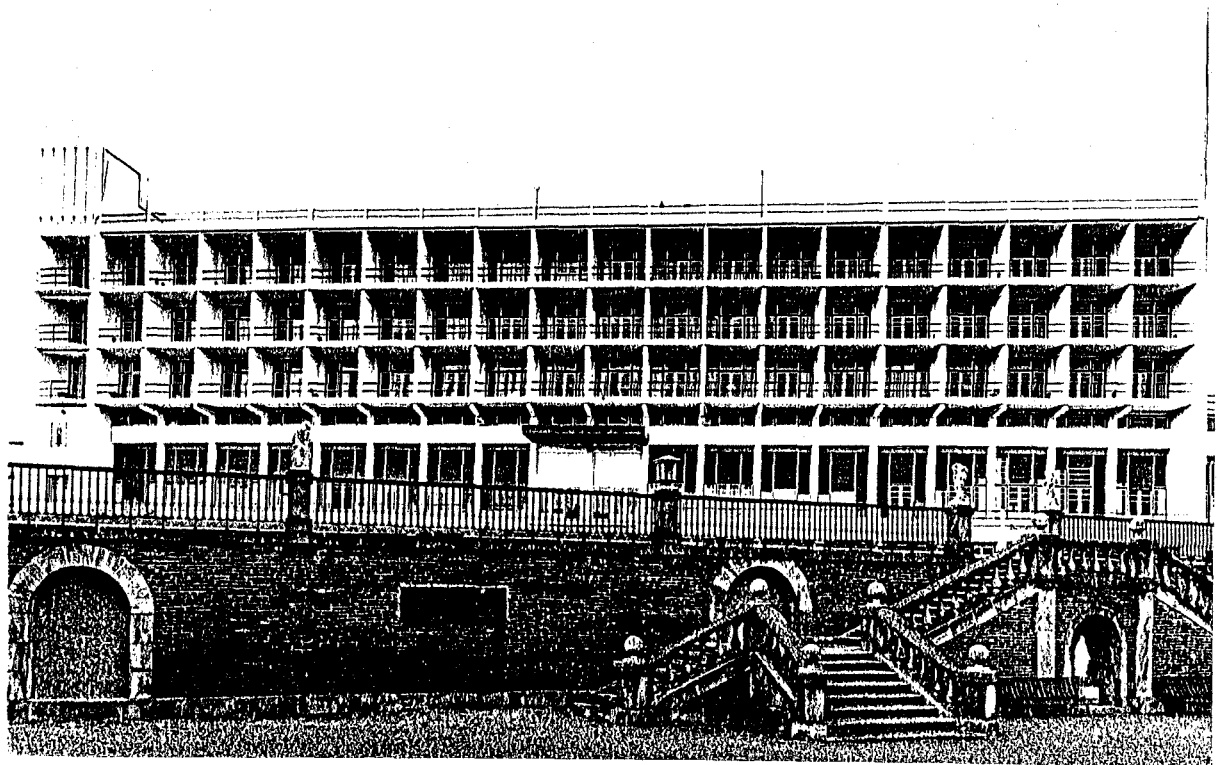
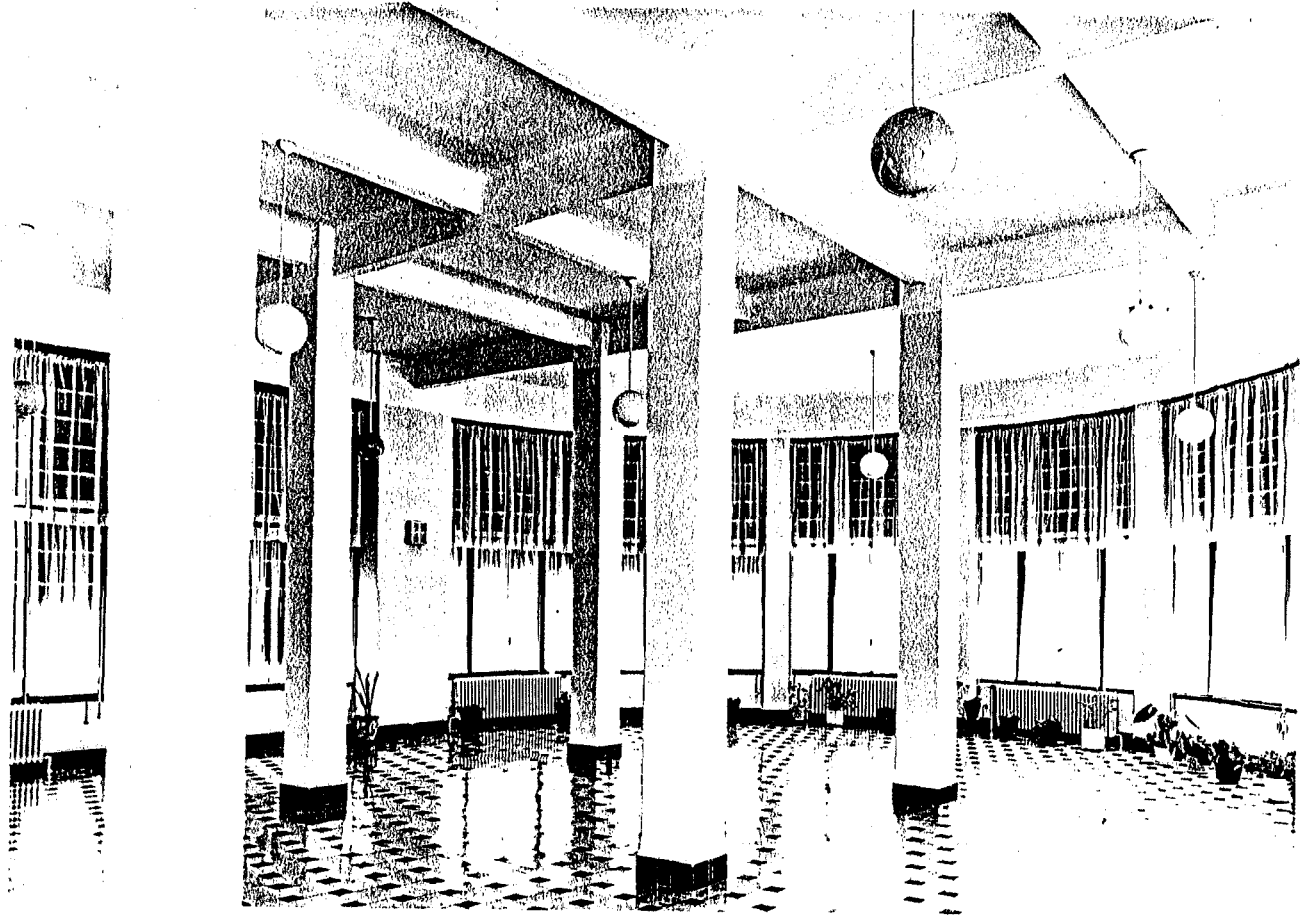
Urcoia y Aguirrebengoa, 1933. Hospital de San Sebastián.-
 (Revista Arquitectura, enero 1934).-



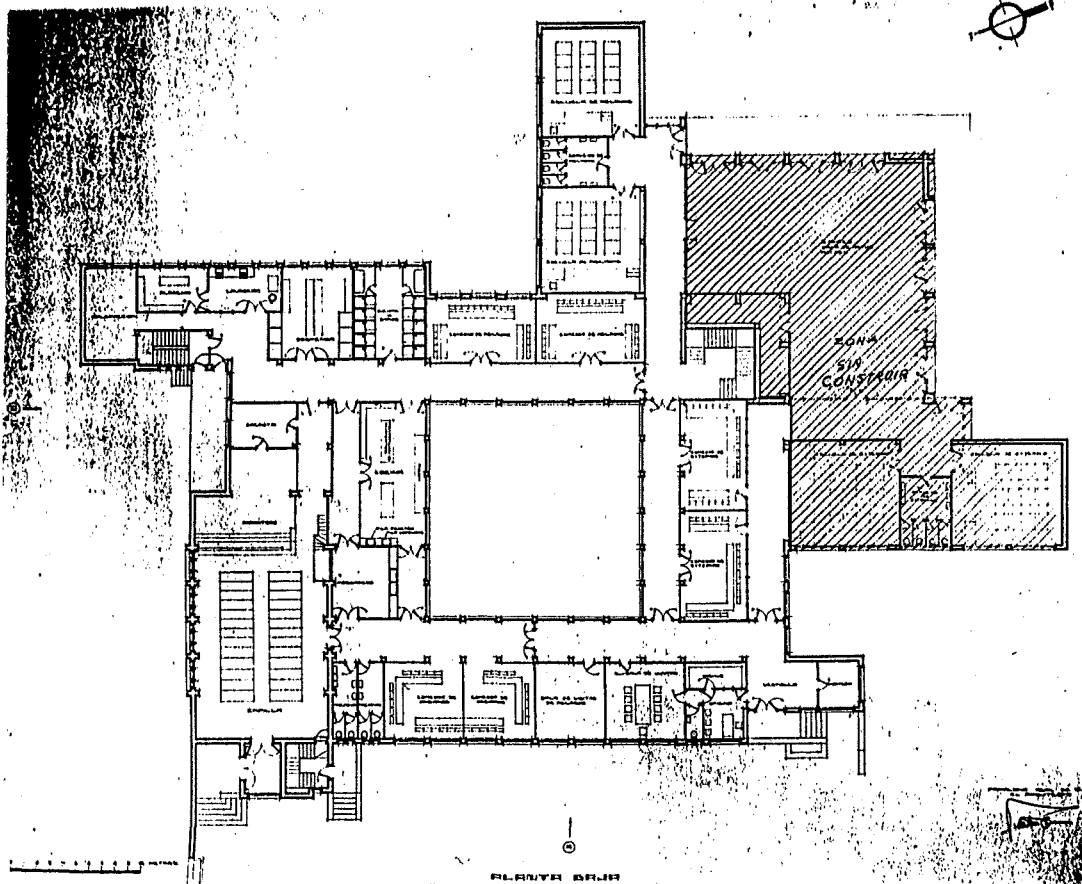
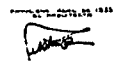
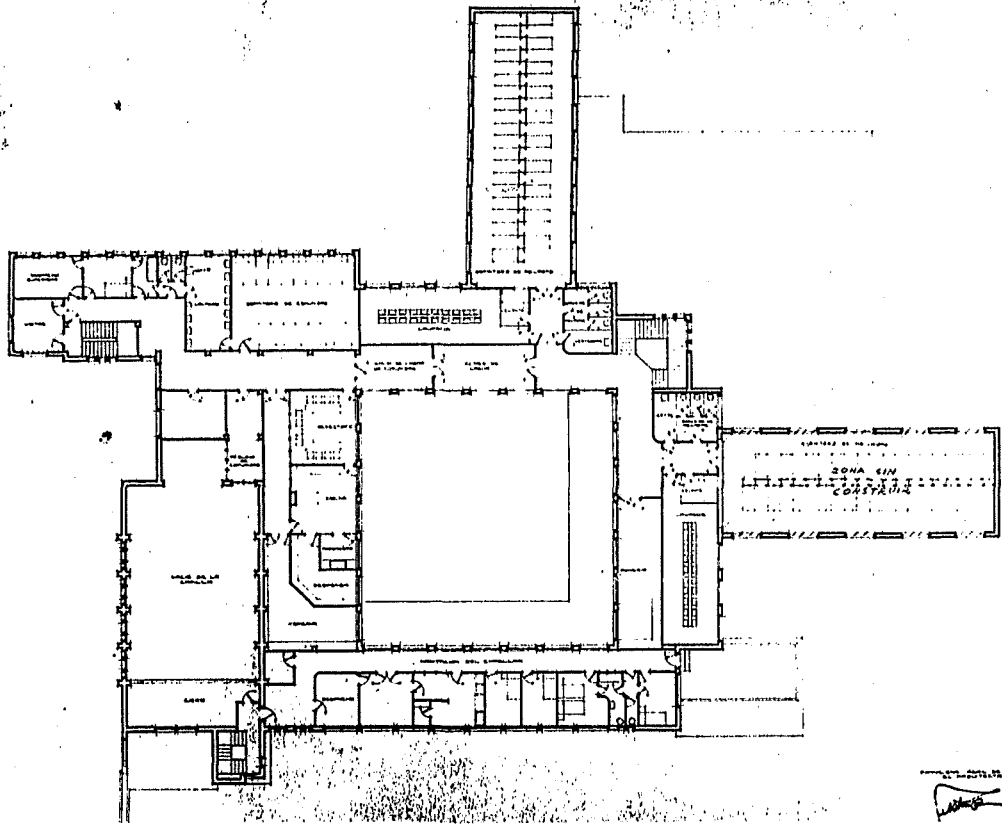
Pablo Zabalo, 1934.-
 Sanatorio Antituberculoso de Leza, Laguardia.-
 (Archivo particular).-



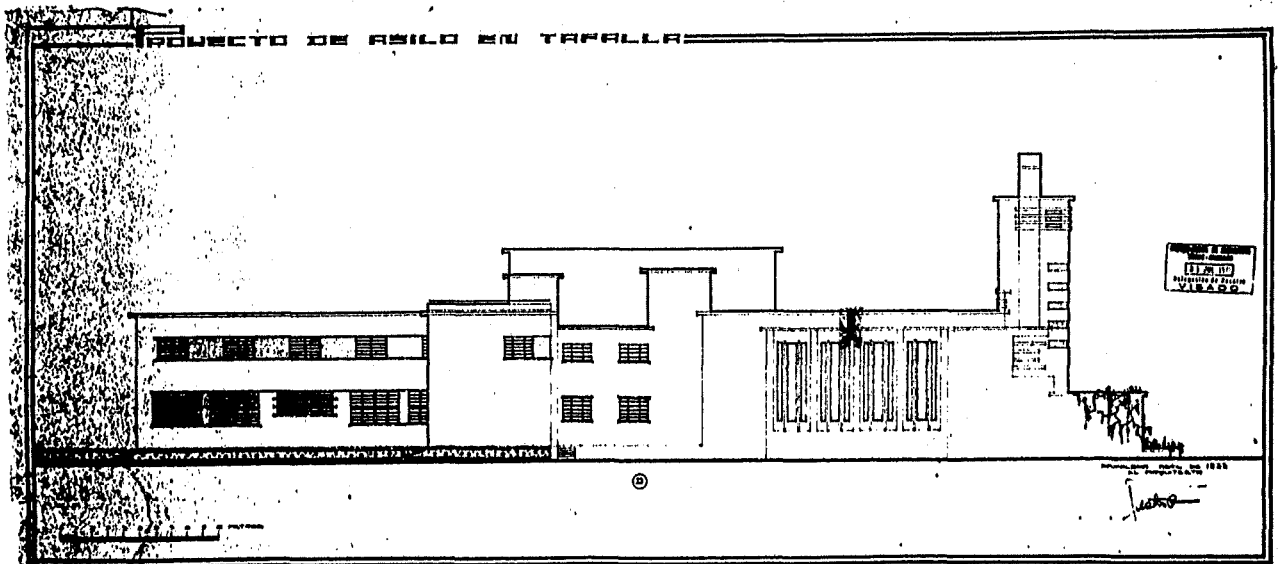
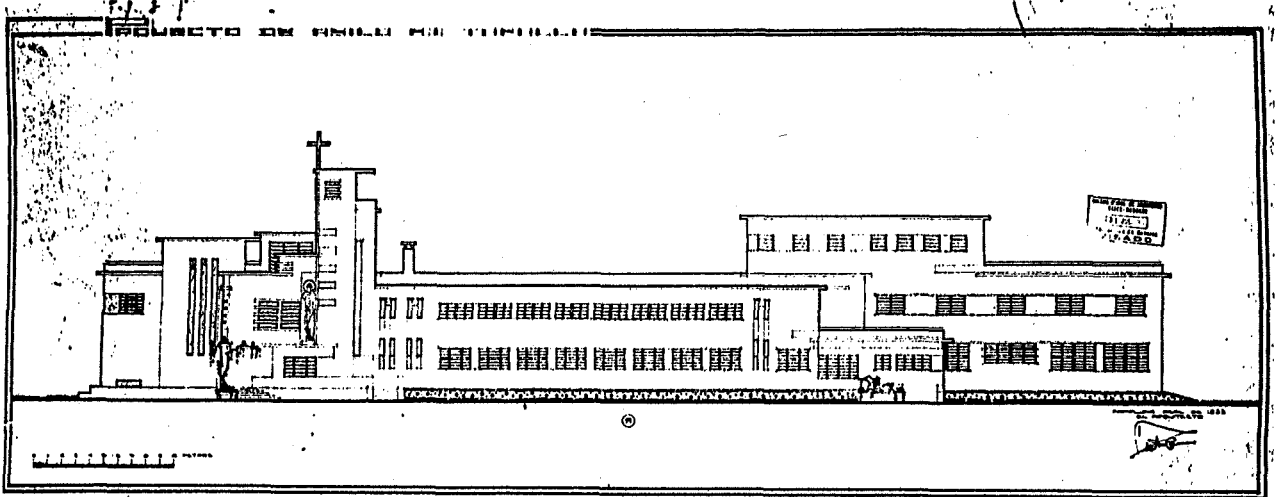
Pablo Zabalo, 1934.-
 Sanatorio Antituberculoso de Leza, Laguardia.-
 (Archivo particular).-



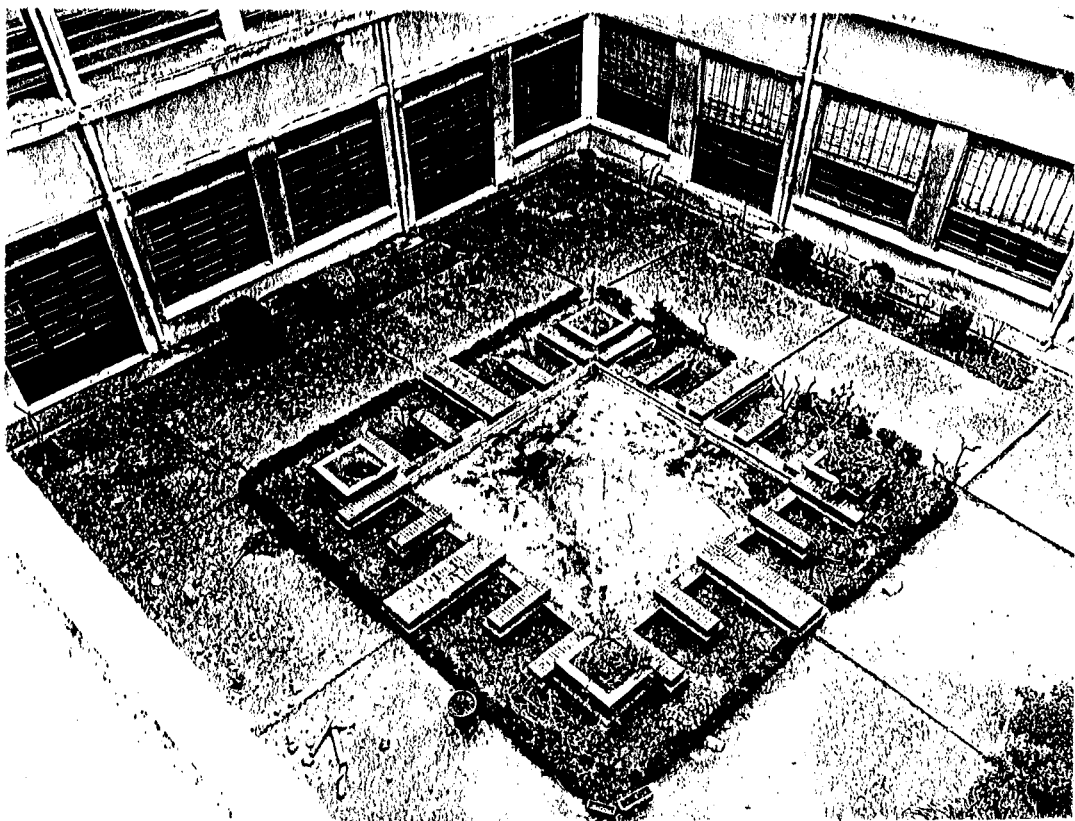
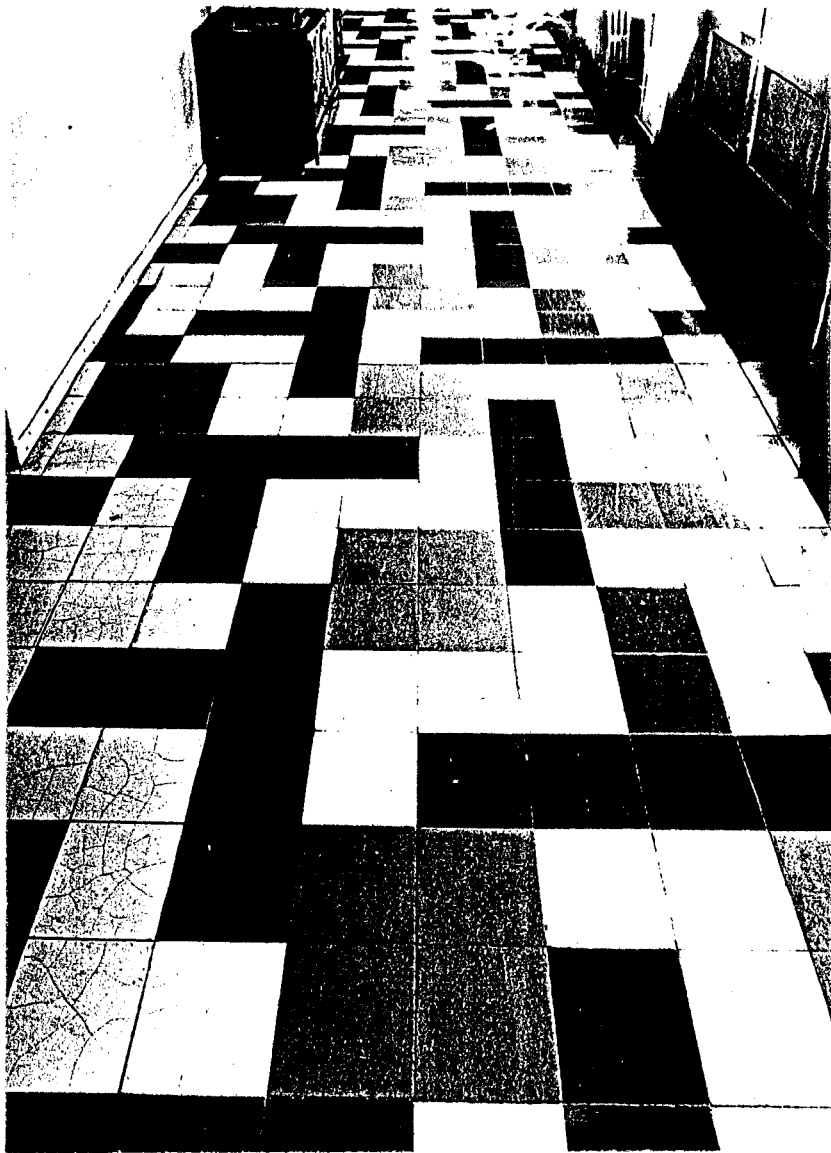
Pablo Zabalo, 1934.-
Sanatorio Antituberculoso de Leza, Laguardia.-
(Archivo particular).-



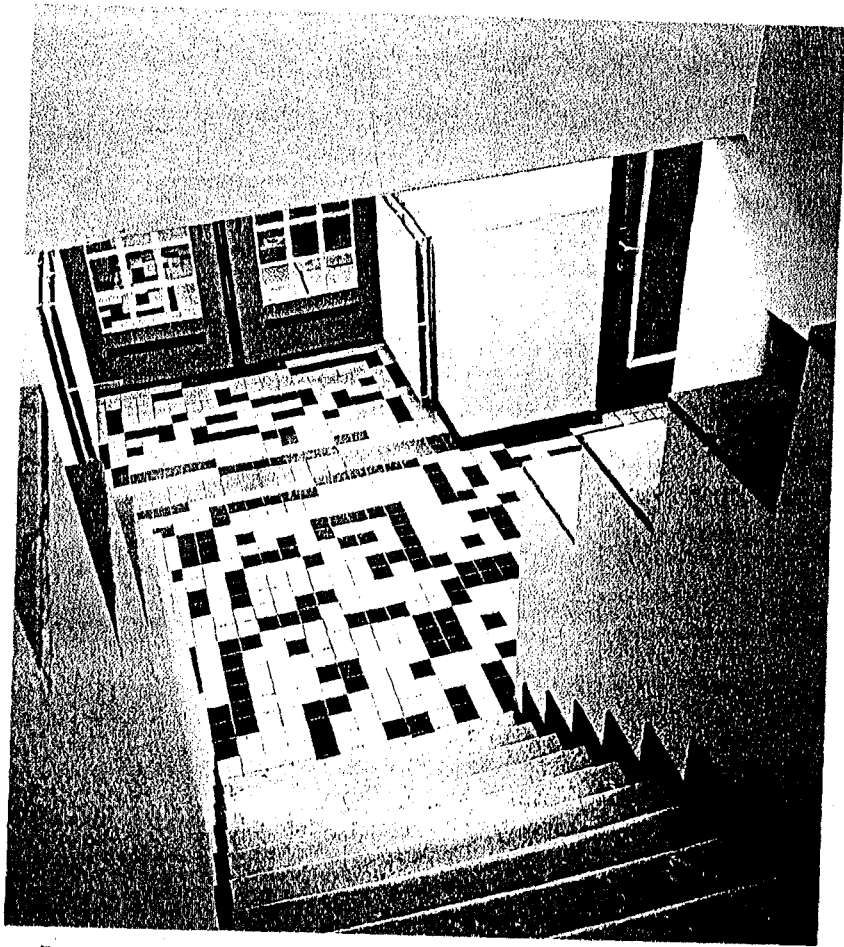
Victor Eusa, 1933.-
 Asilo de Tafalla.-
 (Archivo particular).-



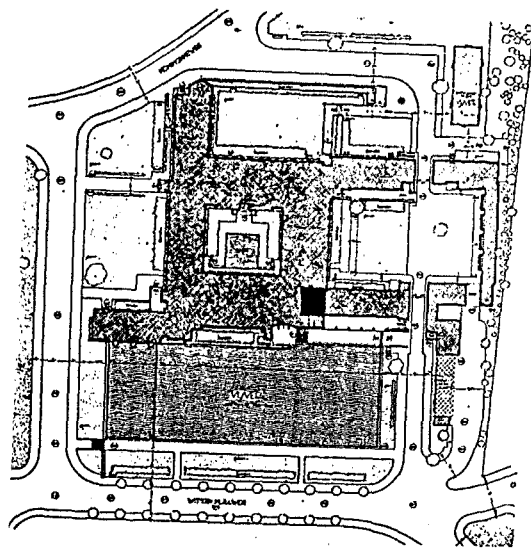
Víctor Eusa, 1933.-
 Asilo de Tafalla.-
 (Archivo particular).-



Victor Eusa, 1933. Asilo de Tafalla.-
(Archivo particular).-



J.J.P.Oud y Theo van Doesburg, 1917.-
Hall de la Residencia De Vonk.-
("De Stijl, 1917-1931. Visiones de Utopia").-



W.M.Dudok, 1923-1924.-
Ayuntamiento de Hilversum.-
("Architettura Edilizia Urbanistica, Olanda 1917-1940").-