

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

# **Territorios urbanos de salud: observaciones en el espacio verde intrahospitalario.**

Gabriela Campari.

Cita:

Gabriela Campari (2015). *Territorios urbanos de salud: observaciones en el espacio verde intrahospitalario*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/291>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eM78/nkU>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **Territorios urbanos de salud: observaciones en el espacio verde intrahospitalario**

Gabriela Campari (FADU-UBA)

[gecampari@yahoo.com.ar](mailto:gecampari@yahoo.com.ar)

### **Resumen**

El sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra conformado por treinta y dos efectores, encontrándose emplazados algunos de ellos como un conjunto integrado por pabellones y espacios verdes internos (intrahospitalarios) que reflejan la influencia de los cánones higienistas europeos de fines del siglo XIX. Estas áreas verdes confieren sus peculiares características compositivas a la escala urbana, brindan a la comunidad hospitalaria soporte material para sus actividades y resultan, a la vez, escenarios funcionales para la búsqueda de beneficios económicos vinculados al impacto tecnológico en la arquitectura hospitalaria, como para instalar nuevas estructuras destinadas a usos relacionados o no con el servicio de salud. En este contexto, el objetivo del trabajo se orienta a reflexionar, a partir de una revisión bibliográfica producida en las ciencias sociales, sobre la observación participante de las prácticas de los actores intervinientes en los espacios verdes de los hospitales públicos Álvarez, Muñiz, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú y la problematización del objeto de estudio; abordando los desafíos e inquietudes del desarrollo del diseño de casos múltiples y su instancia metodológica a campo.

**Palabras claves:** estudio de casos múltiples, espacios verdes hospitalarios, observación participante, prácticas sociales, trabajo de campo

### **El hospital pabellonal en el contexto urbano**

La Ciudad de Buenos Aires se ubica en la región centro-este del país, sobre una superficie aproximada de doscientos (200) km<sup>2</sup> y una población de casi tres millones de habitantes<sup>1</sup>, cuenta con un sistema público de salud conformado por treinta y dos efectores que, según la Ley Básica de Salud<sup>2</sup>, se definen como los hospitales generales de agudos,

---

<sup>1</sup> Según INDEC (2010) Cuadro P1-P. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por comuna. Años 2001-2010, la población del distrito alcanza un total de 2.890.151 habitantes. En: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. [en línea]. [consulta: febrero de 2013] <[http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P\\_Caba.pdf](http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P_Caba.pdf)>

<sup>2</sup> LCBA. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada el 25 de febrero de 1999, BOCBA N° 703). Del total de hospitales registrados según el banco de datos en Salud por la Dirección General de Estadística y Censo del Gobierno de la Ciudad, no se contempla al Hospital de Pediatría “Dr. Juan Pedro Garrahan” que reúne las características de ser un ente autárquico bi-jurisdiccional (entre Nación y Ciudad).

hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud. Conforme el principio de la descentralización territorial de la Ciudad promovida por su Constitución (1996), en 2005<sup>3</sup> Buenos Aires quedó conformada por quince unidades de gestión política y administrativa descentralizada comunal, que nuclean sus cuarenta y ocho barrios y poseen competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia; creándose en el año 2008<sup>4</sup>, cuatro Regiones Sanitarias que organizan geográficamente las áreas programáticas: I (Este), II (Sur), III (Oeste) y IV (Norte) para la atención pública de la salud.

En ese sistema urbano de salud, dieciocho nosocomios<sup>5</sup> disponen de superficies con espacios verdes interiores, sin que ello implique que su tipología sea pabellonal, tal como los hospitales Álvarez, Pirovano, Ramos Mejía, y Tornú<sup>6</sup>, establecimientos Generales de Agudos con internación, y el Muñiz que se caracteriza por ser un hospital especializado en enfermedades infecciosas, a los que el Código de Planeamiento Urbano (GCBA, 2000) afecta al Distrito E4 - Equipamiento Especial<sup>7</sup>, por localizar usos singulares, requerir terrenos de gran superficie y normas particulares para cada actividad, constituir grandes equipamientos a escala urbana y/o regional y admitir usos específicos –vinculados a su rol principal– y los complementarios y conexos necesarios para desarrollar su tarea. El espacio verde intrahospitalario (EVI) es producto del higienismo, que se incorporó en cuanto a su morfología, prácticas y simbologías, al modelo pabellonal y se integró a los espacios aereatorios de Buenos Aires. Las cuestiones vinculadas a lo urbano estuvieron atravesadas por la higiene como fuente de conocimiento y mandato de la ciencia; en el desarrollo de capacidades estatales que conformaron y amplificaron la visibilidad y las relaciones por lo público; y, como argumento discursivo en el modo de gobernar y legislar la Ciudad como Capital de la República en el modelo de estado-nación. A fin de dar materialización y significado a las transformaciones territoriales -frente a los antecedentes epidémicos, el aumento demográfico y las falencias en los servicios, equipamientos e infraestructuras-, y legitimar las medidas y reglamentos higiénicos para erradicar la enfermedad como productora

---

<sup>3</sup> LCBA. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 1777. Ley Orgánica de Comunas, sancionada 1° de diciembre de 2005, BOCBA N° 2292.

<sup>4</sup> LCBA. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Resolución N° 31. Se crean las Regiones Sanitarias I, II, III, IV, dictada el 21 de enero de 2008, BOCBA N° 2864.

<sup>5</sup> Según nómina del GCBA en referencia a hospitales públicos, Ministerio de Modernización, Agencia de Sistemas de Información e Unidad de Sistemas de Información Geográfica, Catálogo de Datos Abiertos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>6</sup> Entre otros hospitales Generales de Agudos caben mencionar al "Bernardino Rivadavia" y "Dr. Parmenio Piñero", y los Hospitales de Salud Mental "Dr. José T. Borda" y "Dr. Braulio Moyano", dependientes de la Ciudad de Buenos Aires.

<sup>7</sup> Cfme. parágrafo 5.4.3.4., Código de Planeamiento Urbano (GCBA, 2000).

de desorden en el cuerpo social. El hospital pabellonal fue un instrumento para hacer cumplir la normativa sobre higiene pública y el ejercicio médico en el proceso de territorialización; que en términos de Gorelik<sup>8</sup> irrumpe con “...motivo higiénico, convertido en fórmula universal del reformismo urbano...” (1998: 149), y como la “1ª generación de hospitales argentinos”<sup>9</sup> (Arce, 2010), con el objetivo programático primordial del aislamiento, en el que el pabellón se articuló al espacio verde que, compositivamente, caracterizó su estructura edilicia como unidad autónoma de funcionamiento, en consonancia con la prioridad que la higiene y la salud significaron en el pensamiento de los higienistas. Esta nueva concepción arquitectónica del diseño hospitalario que incorporó el espacio verde interno a modo de jardín y abonó los cánones de una Ciudad que debía exhibir la apariencia de un país “avanzado” que fortalecía las medidas profilácticas, especialmente, para corregir y prevenir la aparición de focos epidémicos que pusieran en peligro la higiene pública, haciendo tangible lo que debía ser higiénico en el marco de un programa de gobierno que hizo extensivo los nuevos criterios paisajísticos de influencias francesas, ligados a la gestación y valorización de los espacios verdes en el contexto del conjunto hospitalario. La valoración de la naturaleza como eje rector de la planificación urbana, impulsó una política pública dirigida a generar y reproducir en las afueras del área central la moderna forma hospitalaria representada en el modelo pabellonal; una tipología arquitectónico-vegetal caracterizada por una distribución espacial de pabellones, distanciados entre áreas verdes a modo de islas, que articulaba una dinámica interna higiénica y se exhibía como un recurso de saneamiento y embellecimiento ligado a la salud y como un dispositivo del poder local para homogeneizar bajo las ideas sobre la “ciudad verde”, como la titula Armus (2007), la traza civilizadora y la apropiación estatal de territorialidades.

Los hospitales Álvarez, Muñiz, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú como formas-objeto hospitalarias, dan continuidad temporal y territorial urbana al poseer “autonomía de existencia” (Santos, 1997) dada su materialidad corpórea y son el resultado de “...adaptaciones operativas de los planteos espaciales vigentes en cada época” (Arce, 2010: 228) que coexisten de manera yuxtapuesta en el paisaje actual de la Ciudad junto a otros objetos con edades de diferente datación (Santos, 1996): el hospital monobloque, sucesor del modelo de hospital pabellonal, que exhibió limitaciones por su electro-dependencia motivando la aparición del nosocomio de tipo extendido equipado con las nuevas tecnologías

---

<sup>8</sup> El autor analiza el parque como artefacto urbano reformador y normalizador que, a través de su concepción verde, viene a higienizar las áreas más insalubres y viciadas que habían sido postergadas y marginales en la Ciudad, poniendo énfasis en su rol de regenerador higiénico y cívico y aglutinador moral y económico de la sociedad.

<sup>9</sup> Arce (2010), al analizar el sistema de salud, distingue tres generaciones de instituciones hospitalarias: las de 1ª generación comprendidas entre los años 1880-1925 y las de 2ª y 3ª generación entre 1926-1955 y 1956-1985, respectivamente.

informáticas que contempla, entre otros aspectos, superficies cubiertas para ampliar las áreas de atención ambulatoria y albergar aparatos de alta complejidad; tipologías, éstas últimas, que privilegiaron la extensión de espacios edificados por sobre la dinámica e intervalo entre espacios cerrados (pabellones) y abiertos (verde), desestimando la articulación de estos elementos y conformando un hábitat hospitalario más propicio al encierro, en contraposición a las características del diseño arquitectónico pabellonal y las cualidades que el EVI puede ofrecer como lugar de vivencias, bienestares y cuidados y de prácticas sociales al aire libre para su propia comunidad.

### **Multiplicidades del espacio verde intrahospitalario**

Abordar el análisis empírico del espacio verde intrahospitalario (EVI) a partir de estudios de casos múltiples, implica considerar una lógica de replicación y comparación de resultados (Vasilachis de Gialdino, 2006) de forma parcial con cada caso que se analiza, en un contexto geográfico y tiempos dados. Teniendo como antecedente que los hospitales Álvarez, Muñiz, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú comparten la tipología pabellonal como elemento común de su génesis, en correspondencia con la concepción y los preceptos higiénicos, la mayor o menor presencia del EVI constituye un elemento característico del paisaje de estas instituciones de salud en el conjunto urbano. A fin de explorar las prácticas sociales que se llevan a cabo al aire libre en las áreas ajardinadas del ámbito hospitalario, la elección de las cinco unidades de análisis se delimitó, en función de entre otras características, las de haber integrado en 1910 la Asistencia Pública médica de la Capital; estar emplazados en la Ciudad de Buenos Aires; resultar escenarios factibles de acceso y trabajo a campo, acreditar una reconocida trayectoria en el sistema público de salud local y continuar prestando servicios a la comunidad en la actualidad. El primer acercamiento a las áreas verdes hospitalarias fue en base a una serie de tareas de reconocimiento mediante imágenes aéreas y de información compilada, con la finalidad de definir los criterios de optimización y eficiencia de los recursos para ejecutar las tareas programadas para el abordaje del territorio. Los hospitales-caso se distinguieron por alguna cualidad del resto de la trama del paisaje porteño: por sus extensos terrenos algunos de morfología irregular, por un conjunto de pabellones emplazados en una envolvente verde o por la presencia de pequeños sectores con vegetación en su interior; conformando una composición de elementos vegetales y arquitectónicos que exhiben características particulares (ver Figura 1 y Cuadro 1).

**Figura 1- Vistas de los hospitales-caso**  
**De izq. a der.: Muñiz, Tornú, Álvarez, Ramos Mejía y Pirovano**



Fuente: Campari (2010).

**Cuadro 1- Comparativa de características de los hospitales-caso**

HOSPITAL CASO	BARRIO COMUNA	REGION SANITARIA	SUPERFICIE m <sup>2</sup>	PABELLONES DESACTIVADOS	OCUPACIONES EN EL EVI
Muñiz	Parque Patricios Comuna 4	Región Sanitaria I (Este)	127.900	●	Estacionamiento Dependencias estatal Instituto UBA Servicio Penitenciario Federal
Tornú	Parque Chas Comuna 15	III (Oeste)	72.000 aprox.	●	Estacionamiento Institución educativa inicial Instituto UBA
Ramos Mejía	Balvanera Comuna 3	I (Este)	35.600 aprox.		Estacionamiento Institución educativa inicial
Álvarez	Flores Comuna 7	II (sur)	23.850		Estacionamiento Institución educativa inicial
Pirovano	Coghlan Comuna 12	IV (Norte)	21.044	●	Estacionamiento Institución educativa inicial

Fuente: Elaboración propia en base a planos de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud y Regionalización Sanitaria de la Ciudad 2008 (Ministerio de Salud) e imagen satelital de Google Map (<http://maps.google.com>) y Mapa Interactivo de Buenos Aires V3.0. GCBA (<http://mapa.buenosaires.gob.ar>).

En términos generales, el modelo de hospital pabellonal se encuentra presente en los cuatro puntos cardinales de la Ciudad, destacándose el Muñiz registrar la mayor superficie de las unidades de análisis. En tres de ellos -Muñiz, Pirovano y Tornú- aparecen pabellones desactivados<sup>10</sup>, en los que el “envejecimiento físico de las formas” (Santos, 1996) podría resultar previsible, en un primer análisis, por su desgaste material. Sin embargo, en cada sitio ocupado por los hospitales-caso, se produjeron cambios que se manifestaron en la generalización de zonas destinadas al estacionamiento vehicular y en la instalación de nuevas estructuras y funciones, entre otras, áreas estatales, institutos de la UBA o instituciones educativas de nivel inicial; circunstancias que, aplicando los términos de Santos, entran a fusionar en un “envejecimiento moral” por el contexto socio-político y cultural que subyace a

<sup>10</sup> De acuerdo a los planos de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud y Regionalización Sanitaria de la Ciudad 2008 (Ministerio de Salud).

esas mutaciones; realidad que se ve influenciada por sistemas de relaciones moldeados en la “capacidad de privatizar” (Sassen, 2010 [2006]), en la que la rotación y acumulación de capital (Harvey, 2013) se presenta en todas sus formas de expresión en el territorio y el poder normativo de lo privado se instala en el ámbito de lo público, buscando alinear los programas de gobierno local bajo los parámetros y beneficios de la economía global.

### **Prácticas de la comunidad al aire libre: observaciones en los hospitales-caso**

El trabajo de campo como instancia reflexiva de conocimiento (Guber, 2004), se inició a través de la observación participante entendida en términos de la autora como “una instancia necesaria de aproximación a los sujetos, que entraña una reciprocidad de comunicación y de sentidos...” (2004: 184) en el lugar. Las observaciones como “...acto de percibir las actividades e interrelaciones de las personas en el entorno de campo...” (Angrosino, 2012: 61) de los hospitales Álvarez, Muñiz, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú, se efectuaron a través de los recorridos a pie que incluyeron el perímetro<sup>11</sup> exterior de cada conjunto hospitalario, sus áreas internas y, en especial, sus espacios verdes; adquiriendo diversos registros fotográficos, realizándose notas de campo y listados de identificación de los elementos que conformaban el espacio al aire libre y de las prácticas y vinculaciones con el EVI. Así, los días laborables registraron un mayor movimiento y multiplicidad de actividades de la comunidad hospitalaria durante la mañana, en especial de sus actores externos, disminuyendo hacia el mediodía-tarde; mientras que los sábados, si bien con una dinámica menor, mostraban una mayor visibilidad de los pacientes internados y sus familiares en el espacio verde.

En cuanto al mantenimiento del EVI, se detectó una escasa intervención paisajística, un cuidado elemental de su vegetación e insuficiencias en relación a la existencia y estado de la infraestructura y equipamiento que este tipo de sitios ligados a la salud requieren. Otros aspectos destacados de los hospitales-caso fueron: la posibilidad de percibir parte de su EVI en altura –salvo en el Pirovano–, circunstancia facilitada por las diferencias topográficas (Muñiz) o por la disposición de terrazas, balcones y/o nexos entre construcciones (resto de los hospitales); la existencia de espacios internos asignados al estacionamiento vehicular; el emplazamiento de elementos escultóricos y obras de arte diseminados en el área verde y la

---

<sup>11</sup> La totalidad de los hospitales-caso poseen un borde perimetral constituido por un muro que no permite la mirada hacia el interior de las instituciones; salvo el Tornú que dispone de rejas generando cierto grado de permeabilidad visual entre el “adentro-afuera”.

claridad por luz natural que la presencia del EVI transmitía, en mayor o menor medida, a los espacios internos de uso común de los pabellones.

Las áreas verdes del Muñiz y Tornú presentaron similitudes en cuanto a la amplitud de sus terrenos y una mayor disposición de espacio al aire libre; observándose como rasgo distintivo, el predominio de sectores con césped y ejemplares arbóreos de primera magnitud, distribuidos en forma aislada, en grupo o alineados al borde de los caminos, generando envolventes muy peculiares y contrastes en la luminosidad y temperatura, quedando el conjunto de los pabellones en algunos sectores mimetizado y aplacado detrás del verde. La importante amplitud de estos hospitales-caso, provocaba una mayor distancia de recorrido de los caminos principales, surgiendo senderos que conectaban distintos lugares e instalaban circuitos alternativos que incidieron sobre la orientación en el espacio; desarrollándose en estos caminos-sendas parte de la vida social de la comunidad hospitalaria. Diversos actores iban y venían en distinta dirección –en solitario, de a dos, en grupo–, en un movimiento incesante y fugando su andar de un lado a otros sin que nada retuviera su marcha; mientras que, en las áreas al aire libre más próximas a ciertos pabellones, se encontraban quienes esperaban ser atendidos, sentados en el pasto, en las escaleras o en algún banco, junto a otros que conversaban, hablaban por teléfono, comían, trabajaban, jugaban, fumaban, estacionaban, miraban, etc.

Por su parte el Álvarez, sito en un terreno de morfología rectangular, estrechó las zonas de recorrido, en él “todo estaba más cerca” y los pabellones parecían “venirse encima” nuestro. A diferencia de lo ocurrido en el Muñiz y el Tornú, en el Álvarez no pudimos atravesar las áreas verdes, debiendo seguir su contorno, dado que su acceso se encontraba delimitado físicamente con elementos divisorios, destacándose en su interior la presencia de sectores forestados con algunos ejemplares arbóreos muy añosos –aislados o agrupados–, plantas y cubiertas de césped integrando el conjunto; sin embargo, el recorrido por la institución fue más lineal que en los nosocomios mencionados en razón de existir caminos que la atraviesan en su totalidad, a diferencia del sector histórico del hospital que contiene un área verde y presenta un recorrido elíptico. En este hospital, entre las prácticas más usuales, registramos las vinculadas a la circulación, la conversación y la espera.

En el Ramos Mejía, a pesar de tener una similitud con el Álvarez en cuanto a la morfología del terreno, pudimos observar una lógica de recorrido distinta a la de los hospitales mencionados. El ingreso principal marcó la diferencia, presentándose como un espacio cubierto, extremadamente bullicioso, una verdadera “caja de resonancia” dinámica y, por momentos, caótica; a través de la cual, y tras recorrer un pequeño tramo por un pasillo,



accedimos a una galería vidriada que rodea el perímetro del EVI por tres lados y permite su visualización. El hospital se encontraba interconectado por pasillos que operan como nexos comunicantes entre los pabellones, espacios al aire libre y pequeñas áreas verdes casi longitudinales a las construcciones. Para acceder al espacio verde central debimos “ingresar para estar afuera”, un “afuera interno” en el que el silencio y la calma marcaban la diferencia, con ciertos árboles aislados, césped, canteros y una capilla destacándose en el conjunto; atravesado transversalmente por algunos actores a fin de cortar camino, mientras que otros, en particular los pacientes y visitas, conversaban, esperaban, comían, tomaban mate, concurrían al oratorio, etc.

Por último, en el Pirovano lo observado fue disímil al resto; constituyendo la única institución en la que percibimos la casi extinción de las áreas verdes por el proceso de fraccionamiento interno de los espacios al aire libre entre pabellones. Su ingreso también era cubierto y nos condujo a un largo pasillo principal con intenso movimiento, ruidoso y oscuro; el que en diversos tramos permitía acceder y visualizar el EVI; integrado por canteros, con algún árbol, palmera o verde en su interior, que ofertaban su borde construido como asiento al aire libre, y con un recorrido extremadamente acotado y obstaculizado por diversos elementos construidos.

El intervenir en la cotidianeidad de la comunidad hospitalaria, observando el grupo, en cuanto colectividad como incorporarnos a la escena entre los otros actores (Duverger, 1996), nos permitió registrar la habitualidad y recurrencia de los usos actividades y comportamientos sociales en estos espacios verdes, y reconocer de ciertos patrones propios de los actores intervinientes, agrupando las actividades en función de sus finalidades de ocho criterios temáticos (ver Cuadro 2) según su finalidad, profundizando la información sobre los usos de los espacios al aire libre de cada hospital-caso, que siguiendo a Jodelet (2010), permite suponer tres aspectos que se encuentran relacionados entre sí, el primero inscripto en la “estructuración material” del área verde; el segundo relacionado con las prácticas del EVI en las que quedan delimitadas “formas” y el “sentido funcional-afectivo” que la comunidad hospitalaria experimenta al apropiarse del lugar y, por último, el vinculado a las “significaciones que emergen” del EVI o que están proyectadas, producto de las vivencias, usos y actividades llevados a cabo en el entorno físico y que hacen a la calidad de vida urbana en los modos del habitar de la comunidad hospitalaria.

**Cuadro 2- Grupos y criterios temáticos de las actividades**

GRUPO	CRITERIO TEMÁTICO	ACTIVIDADES
1	<b>Circulación:</b> andar, moverse dentro del hospital al aire libre, ir y venir de un lugar a otro.	Trasladarse de un lugar a otro; trasladar enfermos u objetos; estacionar vehículos; caminar.
2	<b>Contemplación/Relajación:</b> mirar, poner la atención en algo material o espiritual, esparcirse o distraer el ánimo con algún descanso.	Descansar; contemplar el espacio verde; rezar, meditar, reflexionar; buscar tranquilidad, relajarse.
3	<b>Recreativas:</b> aluden a la diversión y suponen una búsqueda placentera de bienestar.	Leer, estudiar; jugar con niños; practicar juegos de mesa.
4	<b>Socialización:</b> se vinculan con las relaciones sociales de comunicación e intercambio.	Conversar; comunicarse por teléfono móvil; encontrarse con una persona; acompañar a personas; brindar contención a pacientes o familiares.
5	<b>Ambientales:</b> relacionadas con las condiciones o circunstancias del entorno y a la satisfacción que ellas provocan.	Tomar aire fresco; disfrutar sombra de los árboles; disfrutar la luz del sol, asolearse.
6	<b>Manejo:</b> referidas a la gestión integral del espacio.	Vigilancia; mantener construcciones o instalaciones; mantener la vegetación; mantener mobiliario u obras de arte.
7	<b>Institucionales:</b> referidas a acciones programadas por las autoridades (físicas, educativas, culturales, etc.).	Hacer ejercicios físicos o de rehabilitación; asistir a actividades educativas; asistir a actividades culturales; asistir a actos públicos.
8	<b>Otras:</b> diversas actividades no previstas en los criterios anteriores.	Esperar a ser atendido; esperar el horario de visita; esperar a una persona; alimentarse; fumar.

Fuente: Elaboración propia.

Paralelamente a la identificación de los criterios temáticos de las actividades, se caracterizó a los actores intervinientes en el ámbito de estudio, que presentaran un vínculo relacional (interno o externo) con el hospital-caso, personas mayores de 18 años, de ambos sexos. En tal sentido, construimos tres categorías: personal médico o auxiliar de la salud<sup>12</sup>, personal no médico<sup>13</sup> y pacientes o visitas<sup>14</sup>, basadas en la relación del actor con la institución. Asimismo, se registró para cada hospital-caso, las áreas donde se llevarían a cabo las encuestas, sitios que se caracterizaron por la cercanía al ingreso/egreso de la institución, la frecuencia del tránsito peatonal y la concentración de actores en situación de espera en espacios próximos a los pabellones. En determinados hospitales, dada la disposición de sus espacios verdes, además de definirse estas áreas para llevar a cabo las encuestas, se adicionaron los pasillos y espacios cubiertos cercanos al área verde (Ramos Mejía y Pirovano), como así también, las terrazas del hospital (Ramos Mejía).

<sup>12</sup> Personal médico o auxiliar de la salud: Integrada por los profesionales de la medicina, la psicología y por las personas que colaboren con esos profesionales en la asistencia y/o rehabilitación de personas enfermas o en la preservación o conservación de la salud de las sanas (enfermeros, técnicos en esterilización, auxiliares en radiología, terapeutas físicos, etc.).

<sup>13</sup> Personal no médico: Compuesta por el resto de los trabajadores del hospital no incluidos en la categoría anterior (administrativos, de mantenimiento, vigilancia, etc.).

<sup>14</sup> Paciente o visita: Conformada por los internados en el hospital, quienes concurren a visitarlos y por aquellas personas que concurren al nosocomio a fin de recibir atención médica.

## **Reflexiones finales**

La experiencia de implementar una estrategia de investigación social de enfoque cualitativo sobre las prácticas sociales del espacio verde intrahospitalario, mediante un diseño de estudio de casos múltiples con observación participante en cinco hospitales públicos - Álvarez, Muñiz, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú-, nos permitió establecer diferentes instancias de comparación y caracterización de los contextos locales analizados, las que resultaron fundamentales para profundizar y diversificar el conocimiento, caracterización y problematización del EVI y las interrelaciones entre los actores y de éstos con el objeto de estudio. En esa multiplicidad comparativa de “verdes hospitalarios”, la identificación de sus elementos compositivos y sus similitudes y diferencias tangibles, permitió traslucir la calidad de cada espacio, sus actuales actividades y su capacidad potencial para receptor prácticas integradoras y equiparadoras de oportunidades vinculadas a los bienestar y cuidados de la salud, así como las deficiencias e insuficiencias presentes para la inclusión y accesibilidad plena de personas con movilidad reducida, aspectos que remiten a las políticas públicas y a la gestión de estos sitios y a su carácter físico de naturaleza construida.

Por otra parte, los recorridos a campo permitieron determinar una serie de cambios y la presencia de nuevas estructuras y funciones en los EVI que, naturalizadas y relacionadas o no con el servicio de salud, exteriorizan un abanico de escenarios que dan cuenta de diversos grados de penetración, avance y fragmentación sobre el objeto de estudio; así como las prácticas habituales y recurrentes existentes en la corporeidad del EVI considerado el universo de casos analizados como una unidad, aspecto que permite superar las posibles conclusiones parciales que resultan de recurrir al análisis de un caso único.

En cuanto a los desafíos e inquietudes, cabe destacar la importancia que el trabajo de campo posee como mecanismo para facilitar la elaboración de encuestas y entrevistas dirigidas a recabar las opiniones de la comunidad hospitalaria sobre el objeto de estudio; aspecto que, vale mencionar, se presenta como una necesidad para profundizar su análisis y el de sus relaciones con los actores intervinientes; instancia en la que la posibilidad metodológica de integrar al estudio de casos múltiples la triangulación entre métodos “mixed methods” (Tashakkori y Creswell, 2007), a través de combinar técnicas cuantitativas y cualitativas, contribuye a la producción de datos comparables (Jick, 1979) y a validar de forma cruzada ambas perspectivas.

## **Bibliografía**

Angrosino, Michel (2012) *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Arce, Hugo E. (2010) *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Armus, Diego (2007) *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Duverger, Maurice (1996) *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Gorelik, Adrián (1998) *La grilla y el parque, espacio público y cultura urbana en Buenos Aires, 1887-1936*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Guber, Rosana (2004) *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.

Harvey, David (2013) *Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Madrid: Akal.

Jick, Todd D. (1979) "Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action." En: *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, n° 4, december 1979, pp. 602- 611.

Jodelet, Denise (2010) "La memoria de los lugares urbanos". En: *Alteridades* 20 (39), México, pp. 81-89. [en línea]. [consulta: marzo 2014] <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172010000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172010000100007&lng=es&nrm=iso)>

Santos, Milton (1996) *De la totalidad al lugar*. Barcelona: Oikos-Tau.

Santos, Milton (1997) *La Naturaleza del Espacio: Técnica, Tiempo, Razón y Emoción*. Barcelona: Editorial Ariel.

Sassen, Saskia (2010 [2006]) *Territorio, autoridad y derechos. De los ensamblajes medievales a los ensamblajes globales*. Buenos Aires: Katz Editores.

Tashakkori, A. y Creswell, J. (2007) "Editorial: The New Era of Mixed Methods". *Journal of Mixed Methods Research*. [en línea], vol. 1, n° 1, january 2007 3-7 Sage Publications. [consulta: noviembre 2013] <<http://jmmr.sagepub.com>>

Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.

- **Documentos oficiales**

GCBA. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000) *Código de Planeamiento Urbano*. Actualizado al 31 de Diciembre de 2013. [en línea]. [consulta: marzo 2014]. <<http://www.ssplan.buenosaires.gov.ar/index.php/formularios-de-tramitacion-de-catastro/codigo-de-planeamiento-tomos-iiiiii>>

GCBA. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Modernización, Agencia de Sistemas de Información y Unidad de Sistemas de Información Geográfica *Catálogo de Datos Abiertos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. [en línea]. [consulta: julio 2013] <<http://data.buenosaires.gob.ar/dataset/espacios-verdes>>

INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010*. [en línea]. [consulta: febrero de 2013] <[http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P\\_Caba.pdf](http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P_Caba.pdf)>

- **Legislación**

Convención Constituyente de la Ciudad de Buenos Aires. *Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, sancionada el 1° de octubre de 1996. [en línea]. [consulta: noviembre 2012]. <<http://juristeca.jusbaires.gov.ar>>

LCBA. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. *Ley N° 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*, sancionada el 25 de febrero de 1999, BOCBA N° 703. [en línea]. [consulta: febrero de 2013] <<http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/documentos/boletines/legacy/19990528.htm#1>>

LCBA. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Ley N° 1777. Ley Orgánica de Comunas*, sancionada el 1° de diciembre de 2005, BOCBA N° 2292. [en línea]. [consulta: diciembre 2008] <[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg\\_tecnica/sin/normapop09.php](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php)>

LCBA. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. *Resolución N° 31. Se crean las Regiones Sanitarias I, II III, IV*, dictada el 21 de enero de 2008, BOCBA N° 2864. [en línea]. [consulta: febrero de 2013] <[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg\\_tecnica/sin/normapop09.php](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php)>