

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Arquitectura y Diseño Interior

**Reconceptualización del parto a través de la arquitectura-
Maternidad de parto humanizado**
Proyecto de investigación

Joyce Samantha Rivas Erazo

Arquitectura

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Arquitecta

Quito, 18 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Arquitectura y Diseño Interior

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Reconceptualización del parto a través de la arquitectura

Joyce Samantha Rivas Erazo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Christian Rafael Parreño Roldan,
Arquitecto.

Firma del profesor

Quito, 18 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Joyce Samantha Rivas Erazo

Código: 00117507

Cédula de Identidad: 1721525580

Lugar y fecha: Quito, 18 de diciembre de 2018

RESUMEN

En la época aborígen y precolonial del Ecuador, el parto indígena celebraba a la mujer con rituales y protagonismo, tanto de ella, el bebé, la familia y la partera. En la colonia y república, el parto pasó a ser tratado como una patología en la cual la mujer se ve limitada. Por otro lado, el parto humanizado surge como un concepto holístico que sitúa a la madre como protagonista, priorizando sus necesidades, instinto, emociones y sensaciones. Sin embargo, en el país es un concepto relativamente nuevo y que no cuenta con una infraestructura adecuada para llevarlo a cabo de forma segura y plena.

¿Cómo se puede reconceptualizar el proceso del parto a través de la arquitectura? Para entender y responder a las necesidades de la madre por medio de recursos espaciales y naturales, se realizó una investigación de la historia de las maternidades en Quito, parto natural indígena en la Amazonía, estudio de precedentes espaciales y funcionales de parto humanizado, punto de vista filosófico y espacio antropológico. En este sentido, surgen 4 capas de conclusiones a partir de las cuales se diseña esta maternidad: naturaleza, sociabilidad, fluidez e iluminación. El proyecto consta con todo el equipamiento necesario para preparto, parto natural, cesárea y postparto.

Palabras clave: parto humanizado, parto natural, maternidad, iluminación, naturaleza, sociabilidad, fluidez, arquitectura y parto, mujer protagonista.

ABSTRACT

In the aboriginal and precolonial era of Ecuador, the indigenous birth celebrated the woman with rituals and protagonism, both of her, the baby, the family and the midwife. In the colony and republic, childbirth was treated as a pathology in which women are limited. On the other hand, humanized childbirth emerges as a holistic concept that places the mother as the protagonist, prioritizing her needs, instinct, emotions and sensations. However, in the country it is a relatively new concept and it does not have an adequate infrastructure to carry it out safely and fully.

How can the process of birth be reconceptualized through architecture? To understand and respond to the needs of the mother through spatial and natural resources, it has been realized an investigation about the history of the maternities in Quito, indigenous natural birth in the Amazon, study of spatial and functional precedents of humanized childbirth, point of philosophical view and anthropological space. In this sense, four layers of conclusions emerge from which this motherhood has been designed: nature, sociability, fluidity and enlightenment. The project consists of all the necessary equipment for antepartum, natural birth, cesarean and postpartum.

Key words: humanized childbirth, natural childbirth, maternity, lighting, nature, sociability, fluency, architecture and childbirth, woman protagonist.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
PARTO EN ECUADOR.....	15
Historia de la obstetricia en el Ecuador	15
Obstetricia y género	18
Maternidad Isidro Ayora.....	20
¿Qué pasó con las parteras?	21
Medicalización extrema del parto vs. Nuevas concepciones	21
Situación actual del parto en el Ecuador	22
MATERNIDAD COMO EDIFICIO.....	24
Maternidades quiteñas en el tiempo	
Siglo XIX: Partos en casa.....	24
1899: La primera maternidad.	25
1951: Maternidad Isidro Ayora.	25
Clínicas del siglo XXI: Clínica Axxis (2017)	26
PROCESO NATURAL: PARTO INDÍGENA.....	27
AMUPAKIN	28
REFERENTES DE DISEÑO.....	31
The Mother Baby Center	31
Hospital Universitario de Getafe – Área gineco obstétrica.....	32
ESPACIO ANTROPOLÓGICO	35
Camille Plagia: mujer y filosofía	36
Rol de la mujer.	36
Mujer y naturaleza.....	37
Herspace por Birkby y Weisman: Mujer y arquitectura.....	38

CAPAS DE CONCLUSIONES	40
DESARROLLO DEL PROYECTO	40
Contexto Urbano.....	40
Concepto	42
Partido.....	42
Características espaciales.....	44
Temazcal	44
Estructuras contemporáneas	45
Estudio de dibujo Bournemouth, Peter Cook.....	46
Reglas de diseño.....	47
Programa	47
Implantación	49
Consultorios, emergencias y servicios	52
Quirófanos, UCI, recuperación y neonatología.....	56
Habitaciones.....	58
Módulos paritorios	60
Talleres.....	62
Estructura 65	
Cortes.....	66
CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Programa y áreas. Elaboración propia.....	48
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Mapeo de hospitales y clínicas gineco obstétricas. Elaboración propia.....	14
Figura 2 Línea de tiempo de la historia de las maternidades quiteñas. Elaboración propia.	Error! Bookmark not defined.
Figura 3 Logo y ubicación de AMUPAKIN. Amupakin.	28
Figura 4 Proceso de parto en AMUPAKIN. Fotografías de Amupakin y diagramas de elaboración propia.	30
Figura 5 Edificio The Mother Baby Center. The Mother Baby Center (TMBC).	31
Figura 6 Espacios de The Mother Baby Center. Fotografías de TMBC, diagramas de elaboración propia.	32
Figura 7 Edificio Hospital de Getafe y habitación de parto. Hospital de Getafe.....	32
Figura 8 Vistas de habitación de parto de Hospital de Getafe. Fotografías del hospital, diagramas de elaboración propia.....	34
Figura 9 Diagrama de conclusiones de referentes. Elaboración propia.....	35
Figura 10 Mujeres lavando ropa en la Fuente del Cuerno. Fotos antiguas de Burunchel, 2010.	36
Figura 11 Escultura precolombina de parto indígena, situada en estación GAIAS USFQ. Fotografía propia.	36
Figura 12 Woman with a Parasol - Madame Monet and Her Son. Claude Monet, 1875. National Gallery of Art.	37
Figura 13 Diagrama de conclusiones de espacio antropológico. Elaboración propia.	38
Figura 14 Diagrama de conclusión de Mujer y arquitectura. Elaboración propia.	39
Figura 15 Wholeo Dome. Caroling, 2015. Wholeo.	39
Figura 16 Dibujo recogido en el estudio de Birkby y Weisman. Herspace, 1980.....	39
Figura 17 Casa de adobe de Virgina Gray. Herspace, 1980.	39

Figura 18 Diagrama de capas de conclusiones. Elaboración propia.....	40
Figura 19 Figura fondo de contexto urbano. Elaboración propia.	41
Figura 20 Diagrama de Concepto. Elaboración propia.....	42
Figura 21 4 tipos de espacios servidores. Elaboración propia.	43
Figura 22 Diagrama de Partido. Elaboración propia.	43
Figura 23 Diagrama de espacio de Sociabilidad. Elaboración propia.	44
Figura 24 Temazcal. Tlahui-Medic.....	45
Figura 25 Communal meeting place, Thomas Heatherwick. Making, Thomas Heatherwick. 46	
Figura 26 Estructura prefabricada en madera para domo. Autor desconocido.....	46
Figura 27 Estudio de dibujo de Bournemout, Peter Cook, 2016. Metalocus.....	46
Figura 28 Vista aérea de la maternidad. Elaboración propia.	50
Figura 29 Implantación. Elaboración propia.	50
Figura 30 Maqueta Esc 1:300, implantación. Elaboración propia.....	51
Figura 31 Maqueta de contexto Esc 1:750. Elaboración propia.	51
Figura 32 Planta N+0.40. Elaboración propia.	52
Figura 33 Planta consultorios N +0.40. Elaboración propia.....	53
Figura 34 Planta emergencias, morgue, carga y descarga. N +0.40. Elaboración propia.....	53
Figura 35 Ingreso. Elaboración propia.....	54
Figura 36 Cilindro principal de circulación y sociabilidad, nivel ingreso. Elaboración propia.	54
Figura 37 Espacio de relajación en consultorios. Elaboración propia.	54
Figura 38 Vista lateral de maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	55
Figura 39 Vista de nivel de ingreso en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.....	55
Figura 40 Planta N+10.60 Recuperación. Elaboración propia.	56
Figura 41 Planta N+7.20 UCI. Elaboración propia.	56

Figura 42 Planta N +3.80 Quirófanos y Neonatología. Elaboración propia.	56
Figura 43 Maqueta de suite de neonatología Esc 1:50. Elaboración propia.	57
Figura 44 Vista interna de suite de neonatología. Elaboración propia.	57
Figura 45 Corte de suit de neonatología. Elaboración propia.	57
Figura 46 Planta N -7.40 Habitaciones. Elaboración propia.	58
Figura 47 Ampliación de planta de habitación. Elaboración propia.	58
Figura 48 Planta N -10.80 Cafetería de habitaciones. Elaboración propia.	58
Figura 49 Vista de habitaciones en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	59
Figura 50 Vista externa de habitaciones. Elaboración propia.	59
Figura 51 Corte de habitación y módulo de descanso para médicos. Elaboración propia.	59
Figura 52 Corte de módulo paritorio. Elaboración propia.	60
Figura 53 Ampliación de módulo paritorio en planta. Elaboración propia.	60
Figura 54 Planta N -13.70 Módulos paritorios. Elaboración propia.	60
Figura 55 Vista externa lateral de módulos paritorios en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	61
Figura 56 Módulos paritorios en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	61
Figura 57 Vista exterior de módulos paritorios. Elaboración propia.	61
Figura 58 Planta alta de cilindro de talleres N-14.20. Elaboración propia.	62
Figura 59 Planta N-17.60 a N-23.20 de Talleres. Elaboración propia.	62
Figura 60 Vista interior de módulo paritorio. Elaboración propia.	62
Figura 61 Vista posterior de maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	63
Figura 62 Talleres en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.	63
Figura 63 Vista exterior de talleres. Elaboración propia.	63
Figura 64 Vista general de proyecto (sin bosque). Elaboración propia.	64
Figura 65 Vista interior de Cilindro de sociabilidad y circulación. Elaboración propia.	64

Figura 66 Estructura de pasillos de circulación. Elaboración propia.....	65
Figura 67 Estructura de Módulo paritorio. Elaboración propia.	65
Figura 68 Estructura de Cilindro de sociabilidad y circulación. Elaboración propia.	65
Figura 70 Corte transversal por cilindro principal, pasillo semisoterrado y cilindro de habitaciones. Elaboración propia.	66
Figura 69 Corte longitudinal por área de consultorios, quirófano y neonatología. Elaboración propia.....	66

INTRODUCCIÓN

“- ¿Qué tenemos hoy?

- Un parto.

- ¿Y eso en qué consiste?

- En sacar a un niño de dentro de la madre.

- Vaya, es asombroso lo que avanza la ciencia.” (Jones, T. 1983, Monty Python)

El presente trabajo de titulación presenta una solución arquitectónica a un problema que no ha sido mayormente visualizado ni expuesto en nuestro país: el parto como patología. Hoy en día, cada vez son más las mujeres que se interesan por entender su cuerpo y el proceso de parto como algo natural e instintivo del mismo. Lastimosamente, en Ecuador no se cuenta con clínicas ni hospitales que sean concebidos con la idea de parto humanizado y que brinden tanto seguridad como confort para la madre, el bebé y su familia. Es por ello que surge la propuesta de esta Maternidad de parto humanizado, ubicada en el Valle de los Chillos, sector escogido tanto por la necesidad hospitalaria basada en el número de habitantes, como por la riqueza natural de la zona.

En Quito, Valle de los Chillos y Tumbaco hay un total de 25 equipamientos médicos que cuentan con servicio gineco obstétrico, más 2 clausurados en los últimos 5 años. De esta cifra, 12 son hospitales generales, 11 son clínicas y 2 hospitales gineco obstétricos. Una de

estas clínicas se encuentra en el Valle de los Chillos y su capacidad no es suficiente para el número de población, además su servicio es relativamente precario.

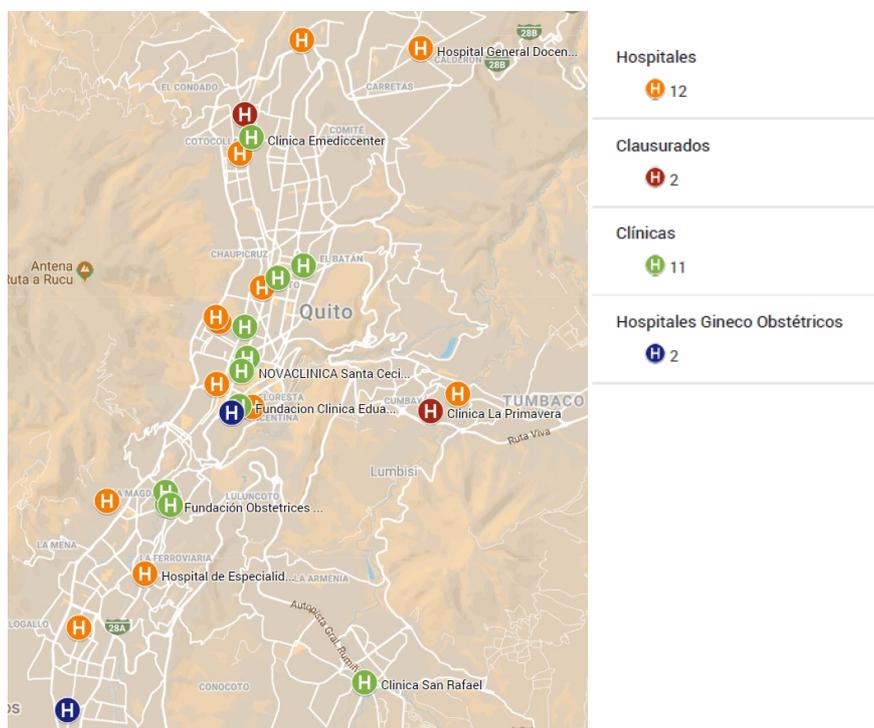


Figura 1 Mapeo de hospitales y clínicas gineco obstétricas. Elaboración propia.

Según datos del INEC, en Quito hubo 37 242 nacidos en el 2016 (con una proyección de 44 816 nacidos para el 2020), que para los 25 servicios gineco obstétricos que existen, representarían una cifra hipotética de 1490 partos atendidos en cada uno de ellos. De esta cifra, 7 707 nacimientos fueron en 11 clínicas y 2 hospitales privados, calculando así 590 partos al año en cada uno de estos establecimientos. Suponiendo que haya igual número de partos todos los días del año, se calcula que habrían 1.6 mujeres al día dando a luz. Allen y Von Károlyi en su libro *Hospital Planning Handbook* (1976) manifiestan que en un hospital con 1300-1400 nacimientos al año, debe haber 90 camas, 9 salas de labor, 3 salas de recuperación y 6 salas de parto. Con base en estos datos, se establece que la maternidad ideal debe tener 8 salas paritorias.

¿Pero cómo diseñar una maternidad de parto humanizado que a través de la arquitectura reconceptualice y cambie la forma de dar a luz? Si bien los datos de población y natalidad nos

arrojan una cifra para considerar la capacidad que debe tener el proyecto, es necesario un análisis profundo de la maternidad como edificio, las etapas del parto, y, sobre todo, el rol de la mujer como protagonista del mismo. A continuación, se detallan los diferentes temas que se investigaron para establecer parámetros de diseño.

PARTO EN ECUADOR

Historia de la obstetricia en el Ecuador

Parteras, maternidad y escuela obstétrica: un logro censurado de mujeres que hicieron historia.

Para entender la historia de la obstetricia en el Ecuador, hay que tener claro que exclusivamente la mujer fue quien se hizo cargo de esta labor hasta inicios del siglo XX. Los pueblos indígenas, desde época precolonial, tenían suficiente conocimiento obstétrico; esto se constata en la gran población con la que se encontraron los conquistadores españoles, por lo cual se entiende que la mortalidad materna e infantil no era excesiva. En la época colonial, las primeras parteras en la Sierra fueron las indígenas y en la Costa las esclavas negras. Esto lo constatan los médicos nacionales de inicios del siglo XX, quienes afirman que estas mujeres mantenían los conocimientos ancestrales (FSLOG por Landázuri, 2004: p.50).

Iniciada la época republicana en el Ecuador en 1830, Quito todavía era una ciudad sin luz eléctrica, sin alcantarillado ni agua potable. Las calles eran un foco de infección, pues las aguas servidas se depositaban en una zanja en medio de la calle. A mitad del siglo XIX, existían únicamente dos hospitales en Quito: el Hospital San Juan de Dios, que funcionaba realmente como un asilo pero que no se curaba allí ninguna enfermedad; y el Hospicio y Hospital de San Lázaro, que funcionaba como manicomio y leprocomio.

Los partos eran atendidos únicamente por parteras, los hombres no podían intervenir en esta labor. La muerte por fiebre puerperal era muy alta, tanto en mujeres que daba a luz en sus

casas como las que iban al hospital. Según los registros de la época, 1 de cada 3 mujeres moría al momento de dar a luz. El índice de mortalidad infantil era muy alto también: “5000 defunciones en 9000 nacimientos es la estimación que arriesga la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central para mediados del siglo XIX en los cantones Quito, Latacunga, Ambato y Esmeraldas. En otras palabras, de cada 100 partos, solo sobrevivían 44 niños” (Landázuri, 2004: p.24).

La problemática de los partos y mortalidad era un tema que se discutía constantemente. En la Facultad de Medicina de la Central, se impartían ciertos conocimientos sobre el parto y factores que se presentaban en este, tales como “anatomía y fisiología del aparato genital femenino, posiciones y patologías del feto, tipos de parto, operaciones y modos de operar, aborto, sangrías y sanguijuelas. Hay también evidencia de que al menos una alumna, la guayaquileña Dominga Bonilla, estudia primero con Espinosa, profesor de este curso y luego con una partera extranjera traída para el efecto” (Landázuri, 2004: p.58).

En 1835, el presidente Vicente Rocafuerte establece la primera escuela de obstetricia con la francesa madame Gallimée como profesora. Juan José Flores trae en 1839 a Cipriana Dueñas, matrona obstetra del Perú para reabrir esta Escuela y que ella imparta clases a las mujeres. El Estado becaba a las jóvenes para que puedan estudiar. Pero las Escuelas de Obstetricia viven supeditadas al exiguo presupuesto nacional y a la enorme inestabilidad política de inicios de la República.

Con la presidencia de Gabriel García Moreno, las cosas en el Ecuador empezaron a desarrollarse de manera distinta, pues él quería modernizar al país. Es así, que con él se funda la primera Maternidad de Quito, para lo cual trajo a Amelia Sion de la Maternidad de París. Se la llamó Escuela de Obstetricia y Casa de Maternidad, inaugurada en 1872 en la Quinta Yavirac, ubicada en las actuales calles Ambato y Villavicencio. Durante el primer año de su

funcionamiento, había asistido a 34 mujeres, manteniendo entre 6 y 10 regularmente. El hecho de tener allí a las mujeres que iban a dar a luz permitía un estudio completo a las alumnas.

“La Maternidad es al mismo tiempo la Escuela de Obstetricia donde el gobierno planea formar comadronas profesionales que se hagan cargo de los partos en las distintas provincias. El presidente también planea que, al finalizar el contrato con Amelia Sion, la que se haga cargo de la Escuela sea Juana Miranda, graduada en la primera promoción” (Landázuri, 2004).

Juana Miranda constituye un personaje fundamental para el desarrollo de la Maternidad en Quito. Empezó desde su adolescencia a trabajar en el San Juan de Dios, llegando a ser nombrada Abadesa. Es allí en donde se dio cuenta las precarias condiciones que tenían las mujeres para dar a luz. Su lucha por conseguir una Maternidad para las personas de bajos recursos económicos fue incansable. Sin embargo, tuvo que enfrentarse a una sociedad machista que era capaz de omitir su nombre en la lista de profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad Central.

La Escuela de Obstetricia y Maternidad de Quito fundada por García Moreno es clausurada después de su asesinato. Juana Miranda es exiliada con su esposo, y durante los siguientes 23 años lucha hasta conseguir en 1899 durante la presidencia de Eloy Alfaro, la inauguración de la Maternidad llamada Asilo Vallejo-Rodríguez, en honor a los benefactores del proyecto. Juliana Vallejo, comadrona que donó la casa para la maternidad, fue alumna de Dominga Bonilla, quien en 1841 había fundado la Escuela Nacional de Partos junto con el doctor Miguel Egas, bajo el ala de la Universidad Central. Sin embargo, varios autores que han escrito sobre esta escuela atribuyen su creación a la Universidad, mas no a Dominga Bonilla.

Para los hombres era inconcebible que una mujer esté liderando un aspecto de ámbito científico.

Obstetricia y género

Lucha de poderes: Arte de partear vs. Ciencia médica

La situación de las mujeres de esa época era complicada. Los únicos estudios que podían tener eran obstétricos, en donde les enseñaban aspectos teóricos, pues su conocimiento era empírico a través de la práctica independiente. Juana Miranda se convirtió en la primera mujer profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, impartiendo la cátedra de Obstetricia Práctica. Esta es seguramente la única escuela profesional femenina del país. A pesar de que la carrera estaba dirigida exclusivamente para mujeres, con el tiempo tuvo algunos alumnos hombres, entre ellos Isidro Ayora, quien luego sería presidente del Ecuador.

La asepsia a mediados del siglo XIX era todavía muy precaria. A nivel mundial, no era una costumbre lavarse las manos para atender un parto, ni tampoco desinfectar los instrumentos. En las ciudades de Europa, los médicos varones empezaban a atender el parto. Sin embargo, la mortalidad era mayor. “Semmilweis con su agudo espíritu de observación notó que la mortalidad materna era mucho menor en las salas atendidas por parteras, que aquella de las salas en que los partos eran asistidos por estudiantes de Medicina que venían del Anfiteatro Anatómico.” Así lo dice el ginecólogo Alfredo Jijón refiriéndose al catedrático vienés (Jijón por Landázuri, 2004: p. 57).

A continuación, me permito citar a Mariana Landázuri, nieta de Juana Miranda quien en el libro del mismo nombre manifiesta:

Es revelador que mientras más alejadas están las escuelas de obstetricia de lo que se llama ciencia médica, más autónomas son las mujeres en dirigirlas. Como el parto fue hasta

finales del siglo XIX en el Ecuador esta parcela indisputada de dominio femenino, ningún hombre osaba entrar en ella; pero en cuanto el arte de partear se acerca a los estudios universitarios, los médicos dan por hecho que saben más que las mujeres, y el poder de ellas sobre su propio cuerpo y sobre su sexualidad empieza a quedar desde entonces subordinado al poder de la ciencia. En el siglo XIX las parteras en el Ecuador llegaban hasta a dirigir los estudios de ese ramo; en la segunda década del siglo XX ya no queda ninguna, no importa cuán creciente fuera el número de mujeres profesionalizándose en la carrera de obstetricia (Landázuri, 2004: p. 64).

La diferencia de género y lucha de poder se hace evidente en el campo obstétrico. El parto y todo lo que este implica ha sido transmitido de madres a hijas, de mujer a mujer por muchísimo tiempo, pues son ellas quienes desde la experiencia pueden ayudar de mejor forma a quienes van a dar a luz. En este sentido, la mujer tenía todo el poder, pues el hombre por su incapacidad de concebir y dar a luz lógicamente sería el menos indicado para asistir a una mujer. Sin embargo, al momento en que se empieza a formalizar la obstetricia y se empieza un estudio científico y teórico de la misma, los hombres van ganando territorio.

En el Ecuador las mujeres son reconocidas como ciudadanas desde 1896. Entre muchas de las prohibiciones que tenían por el simple hecho de ser mujeres, era educarse profesionalmente. En este sentido, los hombres lógicamente iban a desplazar poco a poco a las parteras, pues pese a que ellos no tenían ningún conocimiento práctico, sí podían tratar enfermedades como la fiebre puerperal, pues las parteras no podían acceder a ese conocimiento exclusivo de los hombres médicos. Es así, que el parto ha pasado a ser un tema excesivamente medicalizado. La madre en la mayoría de los casos pasa a un segundo plano.

Si bien en el siglo XIX la confianza no estaba en los médicos sino en los oficios populares como curanderos, sacamuelas, vacunadores y parteras, por mencionar algunos, con

el desarrollo de hospitales de mejor calidad, la confianza fue depositándose allí. Lastimosamente, si bien la atención de la salud fue mejorando en los hospitales, la relación con los pacientes se fue haciendo más hostil. En el caso de la obstetricia, únicamente el factor físico es el que cuenta. Desde el lado científico y médico no se ha hecho una mayor reflexión al respecto. Es desde los estudios antropológicos y psicológicos que se ha llegado a un entendimiento más humano de lo que debe ser la maternidad. Esto es que sea tratada de una forma holística, integral, social, preventiva, psicológica y espiritual.

Maternidad Isidro Ayora

Comienzo de una nueva época

Isidro Ayora, quien fue alumno de Juana Miranda, se convirtió en el director de la Maternidad en 1910 cuando esta todavía funcionaba en la casa antigua. Es nombrado profesor de obstetricia en la Universidad Central, y establece que el internado en esa rama sea obligatorio para los estudiantes de medicina. Es así que cada vez más hombres se instruían en la práctica de la obstetricia, ya no solamente la teoría. Al mismo tiempo, las mujeres todavía no podían estudiar otra carrera que no sea obstetricia, es decir, todavía no podían ser médicas.

Durante la presidencia de Galo Plaza, se inaugura en 1951 la nueva Maternidad que se la nombra Isidro Ayora en honor al doctor y expresidente. Esta se ubica en la actual avenida Gran Colombia y Sodiro. La Maternidad estaba equipada con 100 camas y todos los adelantos científicos, técnicos y organizativos de ese entonces. “Esta institución contó desde su inauguración con los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Cirugía, para lo cual ofrecía toda clase de exámenes de laboratorio, diagnóstico de Rayos X, fisioterapia, laboratorio para la preparación de leche y salas de ejecución de operaciones dentro del campo obstétrico (Moya, 2001). Arquitectónicamente, el edificio constituye una obra moderna funcionalista, el

cual, al ser construido expresamente como Maternidad, está organizado de una forma coherente.

¿Qué pasó con las parteras?

Mientras en la capital el número de partos atendidos en el hospital o la maternidad era mayor, en el resto de las provincias e incluso en la capital, las personas de bajos recursos económicos todavía recurrían a las parteras. Esta situación se mantiene actualmente. En 1995 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en conjunto con la Dirección Nacional de Fomento y Protección, establece un programa nacional de capacitación de parteras tradicionales. El objetivo de este es ofrecer una atención completa a las mujeres de zonas rurales quienes no pueden controlar su embarazo ni dar a luz en un hospital o clínica, tanto por la lejanía y la economía.

Las actividades y tareas de la partera adiestrada consisten en llevar un control prenatal, atención de parto normal en domicilio, promoción de salud, informar al servicio de salud y asistir a cursos y reuniones. El programa de parteras adiestradas significaba una seguridad tanto para las madres y sus hijos, como para ellas mismas, pues los pagos los realizan directamente a ellas la embarazada y sus familias, por lo que el Estado invierte únicamente en su formación o actualización de conocimientos (Dumet, 1995). La actividad de las parteras sigue en pie en el Ecuador, sin embargo, su presencia se reduce en términos generales a las zonas rurales y de bajos recursos económicos.

Medicalización extrema del parto vs. Nuevas concepciones

Mirando hacia el parto humanizado

“En los últimos treinta años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado. En este marco, la OMS ha lanzado

diversos documentos y declaraciones, entre las que se destacan las recomendaciones de 1985, que vuelven a poner en el centro de la escena a las mujeres, tanto a las parturientas, como a las encargadas de ayudar a parir, cuya exclusión de la práctica legal ha sido considerada como un gran error.” (Pozzio, 2016: p.102)

En el área obstétrica, desde hace aproximadamente una década se han implementado con mayor fuerza conceptos y modelos que ponen mayor cuidado a las mujeres al momento de dar a luz, tomando en cuenta que este proceso debe conducir al desarrollo de la sensibilidad, respeto y dignidad; haciendo a la mujer y su familia, si así lo desea, partícipes de este momento importante. La humanización del parto trae consigo el entendimiento de que este es un sumario de experiencias biológicas, psicológicas y espirituales. (Versiani, 2015: p, 1928)

“Con el movimiento feminista de los años 70, que entre sus propósitos tenía regresar a lo natural, muchas mujeres empezaron a reclamar que necesitaban la presencia femenina en el parto. Así surgió la figura de la 'doula', una profesional que acompaña a la mujer y a su pareja en el parto, que brinda apoyo básicamente emocional”, explica Glenda Furszyfer educadora perinatal de la ciudad de Monterrey, México. Es fundamental comprender que el parto humanizado tiene como objetivo tratar la maternidad de la mujer como un proceso holístico, en el cual sea ella quien decida sobre su cuerpo, sobre la forma en que quiere dar a luz y que tenga el apoyo emocional necesario para pasar por este proceso de cambios físicos y mentales.

Situación actual del parto en el Ecuador

Arquitectura como extensión del parto humanizado

En Quito existe desde hace 20 años la clínica La Primavera, conocida por brindar la humanización en el parto y una atención holística. Sin embargo, la clínica fue clausurada en agosto de este año por infracciones a la Ley de Salud y acusaciones de negligencia médica debido a la cifra de 68 muertes de bebés y madres, así como una serie de enfermedades

cerebrales que algunos bebés desarrollaron con el tiempo (Merizalde, 2017). Una de las razones del fallecimiento es que no cuentan con una sala de terapia intensiva, la misma que es indispensable cuando se tiene un quirófano. Con el caso de esta clínica, es evidente que, pese a los intentos de realizar partos humanizados en el Ecuador, no existe una comprensión total de lo que esto conlleva. No se puede olvidar la parte médica y técnica que debe ir obligatoriamente de la mano con la atención holística y en general con la filosofía de la humanización del parto.

Pese a que los partos humanizados son cada vez más frecuentes en otros países de Latinoamérica como México, por ejemplo, en el Ecuador todavía no contamos con leyes que permitan establecer las condiciones necesarias para llevar la humanización del parto a los hospitales. Este problema en nuestro país es mucho más profundo, pues en general el sistema de salud pública no es de calidad. En ciertos hospitales y clínicas privadas ya se están acoplando poco a poco infraestructuras y planes de parto humanizado. Sin embargo, no existe una maternidad de esta naturaleza.

En este sentido, el contexto que se tiene en el Ecuador para dar a luz está dividido en cuatro tipos: partos tradicionales en hospitales donde la madre no es la prioridad y se ve al parto como un mero procedimiento médico. Los partos con un método alternativo en hospitales que han acoplado ciertas partes de su infraestructura para acercarse paulatinamente a la filosofía holística del alumbramiento. Los partos humanizados que se practican en pocas clínicas que no cuentan con instalaciones completas ni con la seguridad de brindar un servicio técnico y profesional cuando existen complicaciones. Finalmente, los partos en zonas rurales

asistidos por parteras adiestradas, así como también parteras o personas que no están del todo calificadas para trabajar como tales.

Es así, que mi propuesta es el diseño de una clínica maternal que responda a este proceso humanizado, permitiendo a la mujer y su familia vivir una experiencia natural y enriquecedora, que vaya de la mano con la asistencia médica, técnica y profesional. El edificio deberá ser el resultado de este entendimiento, convirtiéndose en un elemento prioritario para que los partos humanizados se lleven a cabo de la mejor forma. Frente a una propuesta humanizada para las mujeres embarazadas, la arquitectura debe ser la expresión física de la misma.

MATERNIDAD COMO EDIFICIO

Maternidades quiteñas en el tiempo

Siglo XIX: Partos en casa.

Desde épocas ancestrales, la mujer era la protagonista al momento de dar a luz. Tanto en la Sierra como Costa y Amazonía, las parteras se encargaban de esta labor. Se practicaba el parto indígena, el cual se realiza en posición vertical y con la ayuda de masajes y plantas medicinales. La partera acudía a la casa de la mujer y allí alumbraba. Esto permitía que el parto sea mucho más íntimo, libre y con la comodidad y confianza de estar en su propio hogar. La tipología de la casa de esa época era la casa patio, por lo cual las actividades al momento del parto se podían desarrollar en dos espacios separados: la habitación y el cuarto de baño. Es decir, en una sola habitación podían suceder las 3 etapas del parto, evitando que la madre se estrese al moverse.

Los pros del parto en casa son la comodidad del hogar, la compañía a libre elección de la mujer, la fluidez de las etapas del parto en un solo espacio y que no se separa a la madre de

su hijo. Como contras se encuentran la falta de seguridad en el caso de una complicación y la carencia de higiene.

1899: La primera maternidad.

Fundada por Juana Miranda, tomó lugar en dos edificios construidos décadas atrás, los cuales están conectados por el patio posterior. La tipología del edificio es d casa patio, por lo que existen espacios desconectados entre sí, pero unificados por el patio central, así como también una posible conexión entre habitaciones. Esta organización espacial permitía fluidez en atención a las diferentes etapas del parto. Hay dos espacios diferenciados: la sala de parto y la sala de recuperación comunal.

Los pros de la primera maternidad son que había mayor seguridad y atención médica en caso de complicaciones, mayor higiene y no se separa a la madre de su bebé. Los contras son que ya no hay la intimidad y privacidad del hogar, ni tampoco la libre elección de compañía al momento del parto.

1951: Maternidad Isidro Ayora.

Se inaugura con capacidad de 100 camas para los 200 000 habitantes de la época, ofreciendo consulta externa, hospitalización, cirugía, rayos X, exámenes de laboratorio, banco de sangre y de leche. Actualmente brinda atención de obstetricia, ginecología y neonatología-pediatria. La tipología del edificio es totalmente moderna: organización lineal más pabellones, en los cuales existen 4 salas de parto y dos salas de recuperación de 200m² con 50 camas, capacidad que resulta insuficiente para la población actual. Constituye un edificio hospitalario típico de la época, como los antiguos Eugenio Espejo y Hospital Militar, tipología de edificio que ya no es funcional para un hospital del siglo XXI, puesto que es un espacio limitado.

Los pros de la Maternidad Isidro Ayora son la seguridad y atención integral que brinda como hospital, mientras que los contras son la separación del bebé y su madre, la pérdida

completa de privacidad y compañía a escoger, y la capacidad limitada de las salas de recuperación comunales que pueden representar un foco infeccioso tanto para madres como para sus hijos.

Clínicas del siglo XXI: Clínica Axxis (2017).

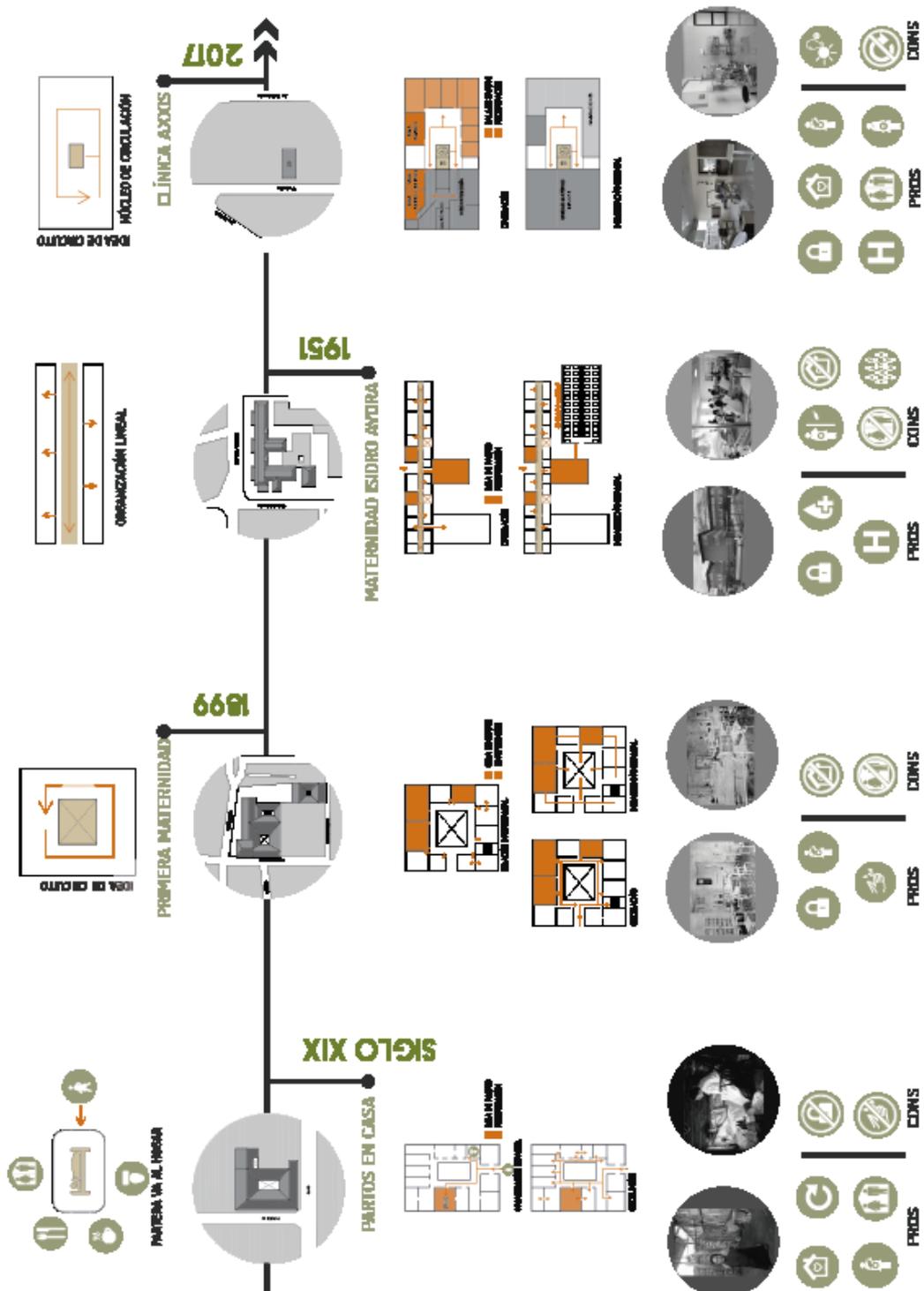


Figura 2 Línea de tiempo de la historia de las maternidades quiteñas. Elaboración propia.

Diseñada bajo los conceptos de parto humanizado, el piso de obstetricia y neonatología de la clínica Axxis se destaca en la capital. Es provisional, pues se está construyendo frente a esta la primera clínica Materno-infantil de Quito. Se analizó esta clínica como ejemplo de los servicios médicos contemporáneos que de a poco han ido acoplado sus espacios al concepto de parto humanizado. La tipología de esta clínica es de un núcleo central de circulación, alrededor del cual se desarrollan las etapas del parto. El área de neonatología, quirófano y sala de partos están conectadas, formando la Unidad Materno-Infantil, la cual funciona con bastante fluidez. Esta organización espacial tiene reitera el acierto de tener la circulación centralizada que dirija a los diversos espacios y funciones.

Los pros de esta clínica son la seguridad y atención integral que brinda como hospital-clínica, la comodidad y privacidad de sus habitaciones individuales, la libre elección de compañía para las etapas de parto, y que madre e hijo permanecen juntos. Los contras son la iluminación excesiva típica de un hospital, la cual estresa inconscientemente a la madre causándole mayor molestia y dolor, y que la fluidez de las etapas del parto en caso de que haya complicaciones, no es la más idónea.

PROCESO NATURAL: PARTO INDÍGENA

Para comprender el parto natural en nuestra región, fue necesario analizar un precedente de este, ya que una parte fundamental del parto indígena es la presencia de las parteras y las plantas medicinales. La forma en que trabaja una partera guarda relación con la privacidad e intimidad que se encuentra en el hogar, puesto que en la mayoría de los casos es ella quien acude a la casa o lugar donde la mujer ha escogido dar a luz. Actualmente, en nuestro país existen algunos lugares en comunidades indígenas en los cuales las parteras cuentan con un centro de salud al que las mujeres acuden durante el embarazo y parto. Uno de estos colectivos

es AMUPAKIN, al cual se estudió para entender cómo funciona el parto indígena y qué lo diferencia del parto tradicional.

AMUPAKIN



Figura 3 Logo y ubicación de AMUPAKIN. Amupakin.

La Asociación de Mujeres Parteras Kichwas de Alto Napo surge con el afán de conservar los conocimientos ancestrales de la comunidad Kichwa al momento de dar a luz. Su comunidad está ubicada en San Francisco de Sábata, cantón de Archidona en Napo y fue fundada en 1998. Consiste en un centro médico con sala de parto y sala de recuperación, y cabañas de arriendo para quienes deseen hacer voluntariado, estadias de aprendizaje y turismo. Ofrecen atención prenatal, parto y postparto de embarazos sin complicaciones. Trabajan por amor a sus conocimientos y cultura, pues la ganancia se reduce a \$3 por partera.

El elemento principal de su proceso de parto es la riqueza que brindan las plantas medicinales, las cuales cultivan en su propia chacra junto con algunos alimentos. Las plantas

se encuentran presentes durante las 3 etapas: preparto, parto y postparto. Las preparan de diferentes formas y de acuerdo con las necesidades de la mujer. Pueden ser téis, pastas a modo de ungüento, aceites, preparadas con algún alimento e incluso para un baño. Las mujeres Kichwas saben que la naturaleza es sabia y que las plantas les brindan todo lo que la madre requiere para tener un parto natural pleno.

En Amupakin se practica el parto indígena, que es un parto vertical. Este consiste en la posición de la mujer arrodillada mientras se sujeta de una tela o sogas que cuelga del techo. La partera se ubica al frente o a un lado de la mujer para recibir al bebé, mientras que su pareja o compañía de su elección está arrodillado detrás de ella masajeando su vientre para que el bebé salga con mayor facilidad.

Una actividad típica del preparto es el manto, que consiste en colocar una manta debajo de la madre y moverla de lado a lado para que el bebé retorne a su sitio ideal en el caso de haberse movido a una posición que posteriormente complique el parto. No poseen ningún dispositivo tecnológico para reconocer si el bebé se ha desplazado, simplemente emplean uno de sus conocimientos ancestrales de comprobar que los pies de la madre, cuando está acostada, se encuentren a la misma altura. Por otro lado, la actividad tradicional y muy emocionante para la comunidad al momento del postparto, es el ritual de celebración por la nueva vida. Para ellos

el parto no es únicamente algo físico, sino emocional y espiritual. Lo entienden y lo viven de esta forma gracias a su contacto directo con la naturaleza.

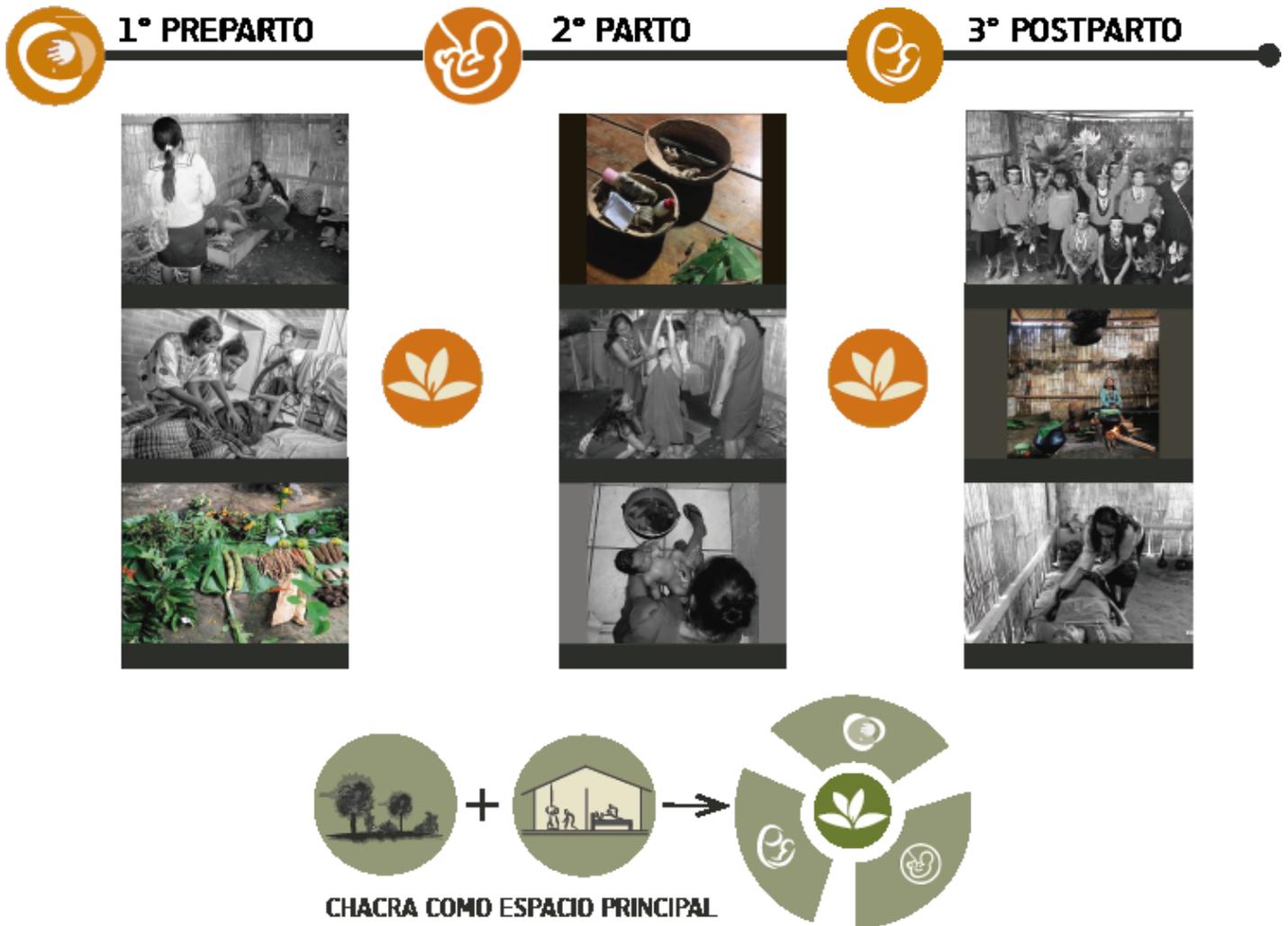


Figura 4 Proceso de parto en AMUPAKIN. Fotografías de Amupakin y diagramas de elaboración propia.

REFERENTES DE DISEÑO

The Mother Baby Center



Figura 5 Edificio The Mother Baby Center. The Mother Baby Center (TMBC).

Ubicada en Abbott Northwestern and Children's Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos, esta clínica fue diseñada en 2013 con el objetivo de brindar una experiencia personalizada con espacios para parto humanizado y programa complementario. Se destaca el servicio completo de confort para madres y familiares que ofrecen sus distintos espacios. Tras el análisis del programa e infraestructura del Mother Baby Center, se concluye que el espacio de sociabilidad tanto entre madres como entre familias es fundamental, pues permite que se compartan experiencias y conocimientos. El confort es el punto de partida de esta clínica, tanto para visitantes como para quienes trabajan allí, es así, que el cuerpo de médicos y enfermeras tienen espacios privados de cafetería y descanso.

Los colores, muebles e ilustraciones empleados en el diseño interior de la clínica juegan un papel importante como parte del confort que se ofrece, pues estos se parecen más al de un hotel que al de un hospital. Esto se convierte en una ventaja, puesto que se asemeja a la comodidad que ofrece el hogar a las madres y familias. El espacio más destacable de la clínica es la sala para madres: un lugar en el que mujeres de diferentes etapas de parto pueden relajarse y apoyarse entre ellas. Otros espacios con este fin de socializar son la cafetería para familia y

la zona de celebración. Un gran plus que tiene la clínica y que contribuye notablemente a la tranquilidad de la madre, es el monitoreo externo en cada habitación, de tal forma que en el interior no hay computadoras ni aparatos que produzcan estrés.



Figura 6 Espacios de The Mother Baby Center. Fotografías de TMBC, diagramas de elaboración propia.

Hospital Universitario de Getafe – Área gineco obstétrica



Figura 7 Edificio Hospital de Getafe y habitación de parto. Hospital de Getafe.

Diseñado por las arquitectas de maternidades Marta Parra y Ángela Müller, este programa piloto se realizó en el 2014 en Madrid, España. Consiste en una remodelación y ampliación del área obstétrica del hospital mediante una nueva sala de parto. La clave de las arquitectas en todos sus proyectos es que la habitación se asemeje más a la de un hotel que a la de un hospital.

Emplean principios sencillos y muy eficaces para transformar el espacio de parto de manera que sea una experiencia más relajada y menos dolorosa para la mujer. Una de estas estrategias es la usar cortinas o persianas para controlar la luz natural, e iluminación regulable para que el ambiente sea más tenue. Esto ayuda de gran manera a la madre para disminuir su dolor en labor de parto, puesto que las luces fuertes producen estrés, el mismo que eleva el cortisol causando mayor dolor en las contracciones.

Otro principio empleado para transformar el espacio es dejar fuera de la vista cualquier objeto médico, por lo que el uso de armarios, veladores, cajones, es esencial. Los muebles y colores son un punto clave al momento del diseño, ya que estos deben ser de un aspecto más hogareño y relajado. Un color que se sugiere es el anaranjado, pues por la psicología del color, este transmite energía sin ser muy fuerte e intenso como el rojo, y también transmite calma, sin ser muy pasivo como el amarillo. Por esta razón se escogió el color anaranjado terracota para la maternidad del proyecto de titulación.

Por último, pero no menos importante, la circulación libre es fundamental para el parto; por tal razón se debe ubicar los muebles de la habitación de tal forma que exista una amplia deambulacion. Como ya se ha mencionado previamente, que las 3 etapas de parto sucedan en

el mismo espacio, es un gran acierto, pues los niveles de estrés de la madre aumentan al tener que movilizarse a varias habitaciones en la atmósfera inquietante del hospital.

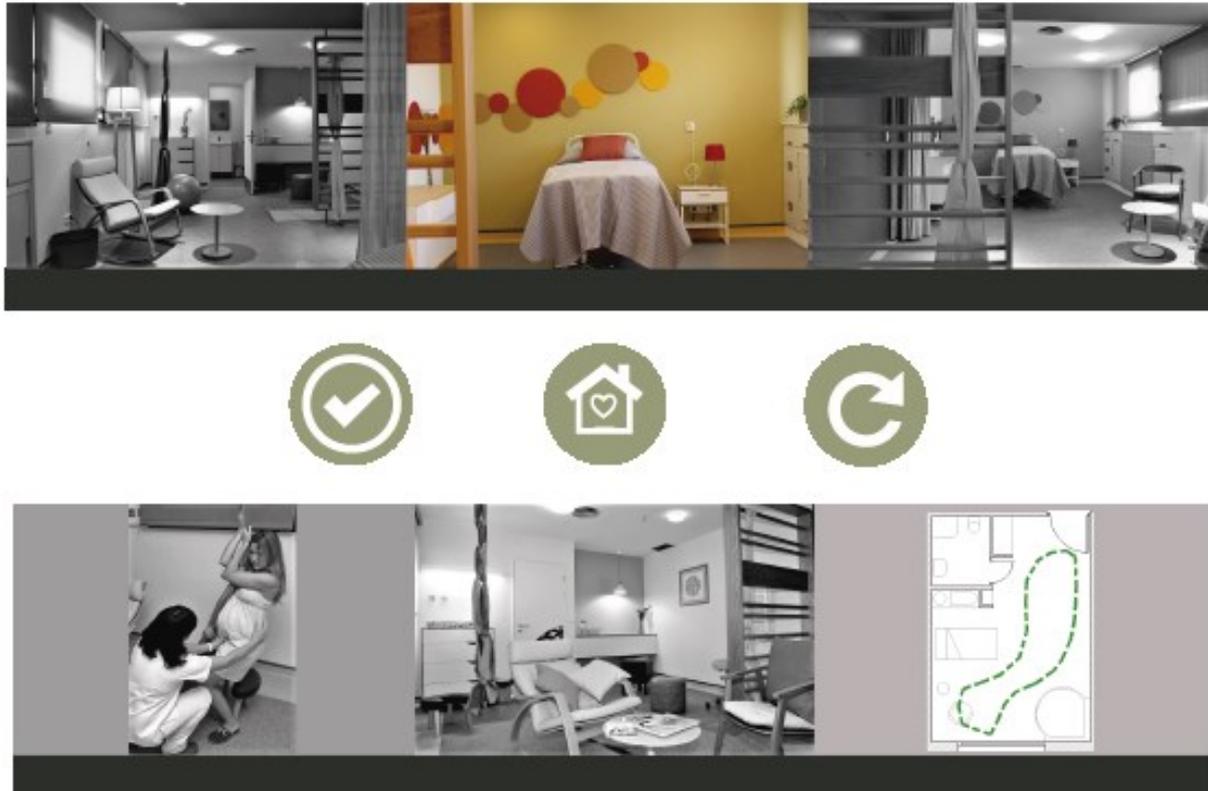


Figura 8 Vistas de habitación de parto de Hospital de Getafe. Fotografías del hospital, diagramas de elaboración propia.

Tras el análisis de estos referentes, se concluye que los espacios para socializar son muy importantes y enriquecedores para la madre, la familia y el cuerpo de empleados. Brindar confort y tranquilidad para todos ellos se convierte en una base de diseño. El manejo de iluminación es otro aspecto importante para el parto humanizado, así como los colores, ubicación de muebles, control acústico y ambiente acogedor. Finalmente, el principio clave para el diseño es que las 3 etapas de parto sucedan en el mismo espacio.



Figura 9 Diagrama de conclusiones de referentes. Elaboración propia.

ESPACIO ANTROPOLÓGICO

Reconceptualizar el parto no se logra únicamente conociendo las etapas del parto, analizando referentes y estudiando la historia de este. Es necesario entender el espacio ideal para la mujer para de esta forma diseñar desde una base holística. Es por ello, que una vez entendidas las características que debe tener la arquitectura para que el parto humanizado funcione, es fundamental analizar el espacio desde la filosofía y antropología. El objetivo es poner a la mujer como protagonista del parto y que la arquitectura permita que este fluya. Esto sin duda es una cuestión que se debe analizar desde un enfoque feminista, por lo cual se ha escogido a Camille Plagia, filósofa feminista con un pensamiento muy interesante que ha causado opiniones divididas dentro del gremio. Por otro lado, es indispensable también analizar la arquitectura para la mujer desde la perspectiva femenina. Para esto se ha escogido el estudio de Phyllis Birkby y Leslie Weisman sobre el espacio ideal femenino.

Camille Plagia: mujer y filosofía

Rol de la mujer.



Figura 11 Mujeres lavando ropa en la Fuente del Cuerno. Fotos antiguas de Burunchel, 2010.



Figura 10 Escultura precolombina de parto indígena, situada en estación GAIAS USFQ. Fotografía propia.

Para Paglia existe una naturaleza humana de diferencia de sexos innegable. Manifiesta que históricamente, hombres y mujeres han realizado actividades por separado, y eso los empoderaba. Las mujeres se reunían como en una idea tribal para hacer todas las actividades juntas, como lavar ropa, cocinar, tejer. Estaban felices dentro de su grupo de mujeres. Cada sexo era fuerte dentro de su propio grupo y solidario entre sí. En la actualidad, hay una presión por la búsqueda de identidad propia, lo que ocasiona que esa solidaridad y fortaleza dentro de cada grupo sea escasa. Camille manifiesta también que la familia nuclear es tóxica, lo ideal es la familia extendida que todavía se da en las clases trabajadoras y en las familias latinas: se juntan varias generaciones, se conocen entre vecinos y hay un sentido de comunidad y

confianza. Como conclusión de este estudio, se reafirma la importancia de los espacios de sociabilidad entre mujeres y también entre familias.

Mujer y naturaleza.



Figura 12 Woman with a Parasol - Madame Monet and Her Son. Claude Monet, 1875. National Gallery of Art.

En el capítulo Marriage to Mother Nature, de su libro *Sexual Personae* (1990), Camille habla sobre la visión del poeta inglés romántico del siglo XIX, William Wordsworth. Para este, el cuerpo masculino, símbolo de virilidad, es algo que se debe destruir para poder estar en armonía con el lado femenino de la sensibilidad. Solo de esta forma se establece una conexión con la naturaleza. En el poema Tintern Abbey, se ve reflejado en su hermana Dorothy, pues la recuerda con el amor de la naturaleza que nunca traiciona y que en su momento la relacionaba con su madre. En este poema, al momento en que debe abandonar la amada naturaleza maternal, aparece el espíritu de la hermana. Esto simboliza el alma que se externaliza en momentos de crisis espiritual: en momentos emocionales, las personas hablan de su mamá. Paglia pone de ejemplo a Richard Nixon hablando a la nación luego de renunciar y abandonar la Casa Blanca, a los soldados italianos heridos en el campo de batalla en las guerras mundiales,

y a los atletas frente a las cámaras: todos ellos saludan y hablan de sus madres en estos momentos emotivos.

En este sentido, si la naturaleza y la emoción se relacionan con lo femenino y maternal, queda reafirmado que la relación con la naturaleza en el proyecto es de suma importancia. Desde el estudio del parto indígena se concluyó que la presencia de las plantas medicinales era esencial, y desde este punto de vista filosófico se reitera la presencia de la naturaleza como algo fundamental al momento del diseño.



Figura 13 Diagrama de conclusiones de espacio antropológico. Elaboración propia.

Herspace por Birkby y Weisman: Mujer y arquitectura

En el libro *Making Room: Women and Architecture*, de Heresies Collective, 1980, Phyllis Birkby y Leslie Weisman son las autoras del capítulo *Herspace*, en el cual narran su estudio para entender el espacio ideal de la mujer. Por 2 años recolectaron dibujos de mujeres de EE. UU. sobre sus espacios de fantasía: representaban esperanzas y frustraciones con el ambiente construido. La mayoría de los dibujos tenían muchas semejanzas, y coincidían en una forma: el círculo como forma base, ya sea un domo, espacio circular o curvo. Se toman 2 ejemplo que evidencian esta conclusión: la casa de adobe de Virginia Gray y el Wholeo Dome de Caroling. Ambos son espacios que tienen cualidades rituales, espirituales y psíquicos. No son ni públicos ni privados, su función es ser espacios de reunión.

Virginia Gray, propietaria de una casa de adobe, hace una extensión en la esquina de la misma, creando una especie de iglú de adobe, el cual lo usa con fines de ocio, lectura y

relajación. Por otro lado, el Wholeo Dome es un domo de vidrio de colores a manera de vitral que Caroling construyó para meditar. Este espacio tiene un uso personal y grupal. La razón detrás de la forma circular es que la mujer toma el control del espacio. Es así que se establece al círculo como forma importante para el diseño de la maternidad.

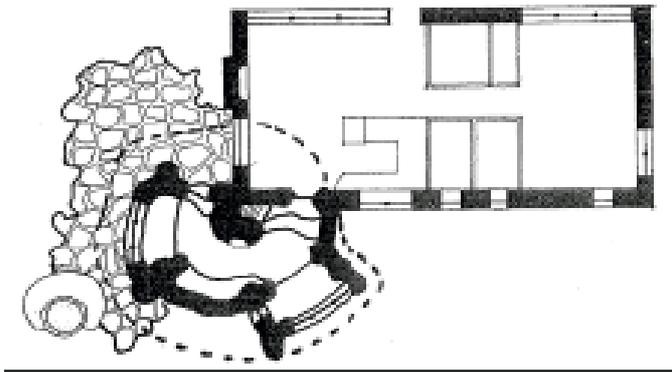


Figura 17 Casa de adobe de Virginia Gray. Herspace, 1980.



Figura 16 Dibujo recogido en el estudio de Birkby y Weisman. Herspace, 1980.



Figura 15 Wholeo Dome. Caroling, 2015. Wholeo.



Figura 14 Diagrama de conclusión de Mujer y arquitectura. Elaboración propia.

CAPAS DE CONCLUSIONES

Después de todo el estudio realizado, se obtienen cuatro capas de conclusiones a partir de las cuales se diseñará la maternidad de parto humanizado. Estas son: iluminación, sociabilidad, fluidez y naturaleza.



Figura 18 Diagrama de capas de conclusiones. Elaboración propia.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Contexto Urbano

Tras concluir que la presencia de la naturaleza constituía un factor fundamental en el desarrollo del proyecto, era indispensable que el proyecto se desarrolle en un terreno y contexto que le brinden la mayor relación con la naturaleza posible. Es así, que se el terreno se ubica en Cashapamba, un sector cercano a Sangolquí que se asienta sobre una pequeña elevación frente a la cual hay una meseta con bosque y mucha vegetación. Al ser un sitio alto y despejado, la vista del Valle de los volcanes es privilegiada. El lote está en una vía tranquila de fácil acceso a 17 minutos del Triángulo y a 5 minutos de la vía principal Panamericana. El área del terreno

es de 81 292,93m², con una longitud de 1245m y una pendiente de 25m de altura. Cerca a este se encuentra el cementerio Jardines del Valle, el Seminario Sudamericano SEMISUD, la Unidad Educativa Cotogchoa, y una parada de bus.



Figura 19 Figura fondo de contexto urbano. Elaboración propia.

Concepto

La presencia de un bosque que cruza por todo el terreno se convirtió en una determinante importante para el diseño de la maternidad, pues siguiendo la capa de conclusión de naturaleza, esta tiene un papel protagónico, por lo tanto, era necesario respetar el bosque tal cual. Es así, que el terreno es la maternidad-hospital, mas no el hospital meramente asentado en el terreno. Se toma la forma que sugiere el bosque para organizar el edificio en dos sucesiones de volúmenes de forma lineal, las cuales se explicarán más adelante. Sobre esta organización lineal que sugiere el bosque, se ubican puntos importantes que se convertirán en los espacios de sociabilidad.



Figura 20 Diagrama de Concepto. Elaboración propia.

Partido

Tomando en cuenta algunos aspectos tras el análisis histórico de las maternidades quiteñas, se concluyó que tanto la circulación nuclear como la organización lineal funcionan correctamente en una maternidad, cumpliendo así con la capa de fluidez. Por otro lado, la sociabilidad y naturaleza se convierten en espacios y recursos fundamentales en la maternidad, por lo que se combinan espacios de circulación a modo de cilindros que llevan al resto de volúmenes de programa, y en el centro de estos se sitúa una huerta a modo de jardinera con plantas medicinales, de tal modo que estas estén presentes en todas las etapas del parto. De esta

forma, el partido resulta en 2 espacios de sociabilidad conectados entre sí, a lo largo de los cuales se encuentran los espacios servidos y servidores. A su vez, estas agrupaciones de espacios se conectan entre sí a través de pasillos semisoterrados entre los cilindros de circulación y sociabilidad.

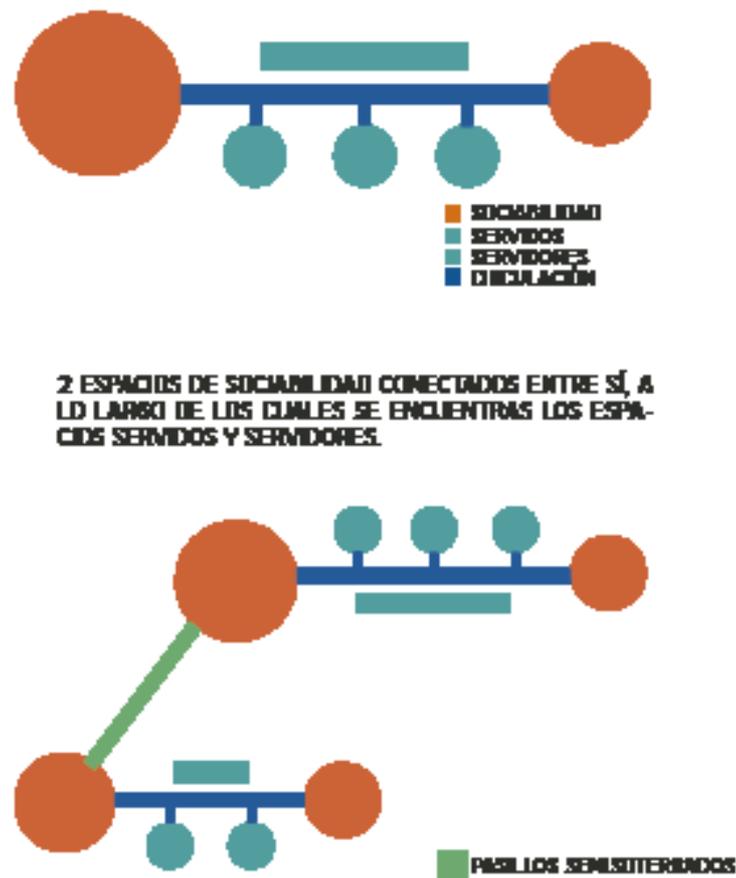


Figura 22 Diagrama de Partido. Elaboración propia.



Figura 21 4 tipos de espacios servidos. Elaboración propia.

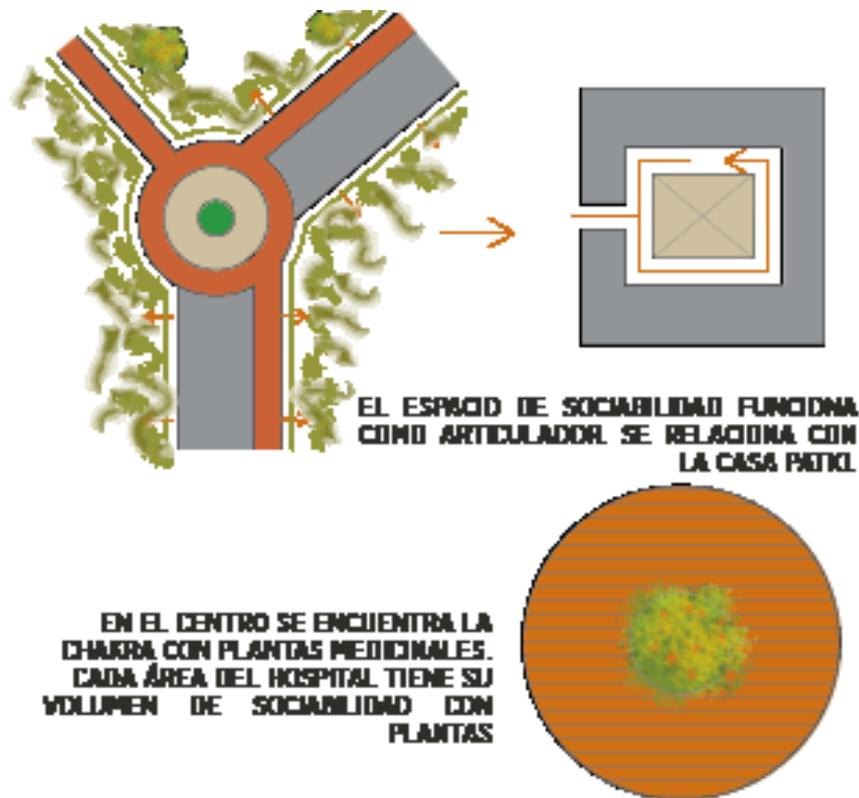


Figura 23 Diagrama de espacio de Sociabilidad. Elaboración propia.

Características espaciales

El análisis del espacio antropológico permitió llegar a la conclusión de que el espacio ideal para el diseño de la maternidad es el circular. Por esta razón, los espacios de sociabilidad y circulación son cilíndricos. Pero el diseño del módulo paritorio y del resto de espacios relacionados directamente con el parto, debían ser lo más sensibles y precisos con las necesidades de la mujer y la plenitud del alumbramiento. Para llegar a esta forma, se tomaron algunos referentes.

Temazcal

Es una estructura circular a manera de domo, cuyo origen se remonta a la época ancestral y precolombina. Su construcción se la realiza de diversas formas, desde la más

sencilla con caña y adobe, hasta piedra y hormigón en la actualidad. La razón de su forma es que busca asemejarse al interior del vientre materno, pues su intención es espiritual para conectarse directamente con la naturaleza. Aquí se realizan rituales, baños de sanación y meditación, ya que en su interior hay una chimenea para mantener la temperatura a 40°C. Las parteras tradicionales lo utilizan tanto en México como en Centroamérica y algunos lugares de Sudamérica. Los beneficios para las 3 etapas de parto son bastantes, pues el calor permite acomodar al bebé, las plantas medicinales calman el dolor del parto, y en el postparto el bebé y la madre se encuentran en un ambiente cálido (López,2008). La luz tenue y temperatura



Figura 24 Temazcal. Tlahui-Medic.

cálida del temazcal surgen como características ideales para el diseño del módulo paritorio.

Estructuras contemporáneas.

La construcción de domos ha evolucionado desde el método ancestral de caña y adobe, hasta tener estructuras prefabricadas, tanto de madera como metálicas. Estas funcionan por capas, es decir se tiene la estructura y a esta se adiciona la cubierta con diferentes tipos de paneles y texturas, dependiendo de su función. Sin embargo, Thomas Heatherwick, arquitecto y diseñador inglés, presenta en su libro *Making* (2010), se plantea cómo construir un edificio redondo de forma redonda. Es así, que para el diseño de un centro de reunión comunal para el Aberystwyth Art Center, utiliza dos elementos importantes: bloque de hormigón celular, el cual es fácil de tallar, y un perfil metálico a modo de compás que lo usa en el centro de la

circunferencia de bloques. El resultado es un volumen redondo con una textura única, lo que permite que el edificio habite coherentemente con el bosque en el que se encuentra.



Figura 26 Estructura prefabricada en madera para domo. Autor desconocido.



Figura 25 Communal meeting place, Thomas Heatherwick. Making, Thomas Heatherwick.

Estudio de dibujo Bournemouth, Peter Cook.

El proyecto culminado en 2016 constituye un espacio flexible y amplio para el taller de dibujo y pintura que se desarrolla en su interior. Cuenta con iluminación natural indirecta a través de un ventanal con luz cenital del norte. Su interior es blanco, de tal forma que brinde un espacio neutro sin distracciones. Está compuesto por el pabellón de espacio libre, una pequeña área de servicio y almacenamiento. Está construido con estructura metálica y



Figura 27 Estudio de dibujo de Bournemouth, Peter Cook, 2016. Metalocus.

recubierto con yeso de vidrio. Este proyecto nos da la pauta que la iluminación cenital es muy útil para jugar con la luz y la sensación que se desee crear.

Reglas de diseño

Tras el análisis de las características espaciales y capas de conclusiones, surgen 3 reglas diseño que se emplearán para la proyección de la maternidad:

1. Todos los espacios tienen vista al paisaje o a la franja verde-bosque.
2. La circulación siempre tiene vista hacia la franja verde-bosque.
3. Plantas medicinales están presentes en cada área y etapa del parto.

Programa

La maternidad cuenta con equipamiento para cubrir las 3 etapas del parto, por lo que se tiene área de consulta externa (incluidos laboratorios) y talleres de psicoprofilaxis y lactancia para preparto y postparto. Para la etapa de parto cuenta con equipamiento para parto natural y parto por cesárea, el cual tiene quirófanos, unidad de cuidado intensivo y recuperación, y habitaciones. Adicionalmente está el área de neonatología tanto para parto por cesárea como natural. Todas las áreas tienen domos de descanso para el personal, espacios de relajación para todos los visitantes y el espacio de sociabilidad, el cual cuenta con puntos de información, cafeterías y salas de descanso o espera.

El ingreso por emergencias tiene su acceso independiente, pues esto evita que el resto de las mujeres se estresen y presenten molestias. El área de carga y descarga, con acceso independiente, se encuentra subterráneo al área de quirófanos, pues en este edificio se encuentran los servicios de lavandería, cocina, desechos y morgue. El parqueadero cuenta con 2 niveles de subsuelo con una capacidad de 212 vehículos.

La maternidad es inclusiva, no hay gradas, únicamente rampas y ascensores. Las salidas de emergencia llevan a las áreas externas del bosque y áreas verdes. Se tiene un aproximado de 23 000m². Tiene la capacidad de tener a 8 mujeres dando a luz naturalmente, 3 en cesárea, 4 en UCI, 4 en recuperación y 4 en sus habitaciones de postparto. Es decir, un total de 23 mujeres en diferentes etapas del parto, y 11 mujeres dando a luz simultáneamente. Existen 4 suites de neonatología en donde la familia se puede quedar alojada con el bebé, acelerando así su recuperación. Adicional a esto, en las salas de módulo paritorio están disponibles termocunas. Todas las áreas de parto cuentan con su estación de enfermería independiente.

PROGRAMA	AREA m²
Consultorios	909
Quirófanos	756
Terapia Intensiva y Recuperación	758
Neonatología	856
Habitaciones	994
Módulos paritorios	1170
Talleres	1726
Cilindro principal de circulación y sociabilidad	3216
Cilindro de quirófanos de circ. y sociab.	1808
Cilindro de módulos de circ. y sociab.	2412
Parqueaderos	7610
Servicios	395
Carga y descarga	340
Morgue	136
TOTAL	23086

Tabla 1 Programa y áreas. Elaboración propia.

Implantación





Figura 29 Implantación. Elaboración propia.



*Figura 31 Maqueta de contexto
Esc 1:750. Elaboración propia.*



Figura 30 Maqueta Esc 1:300, implantación. Elaboración propia.

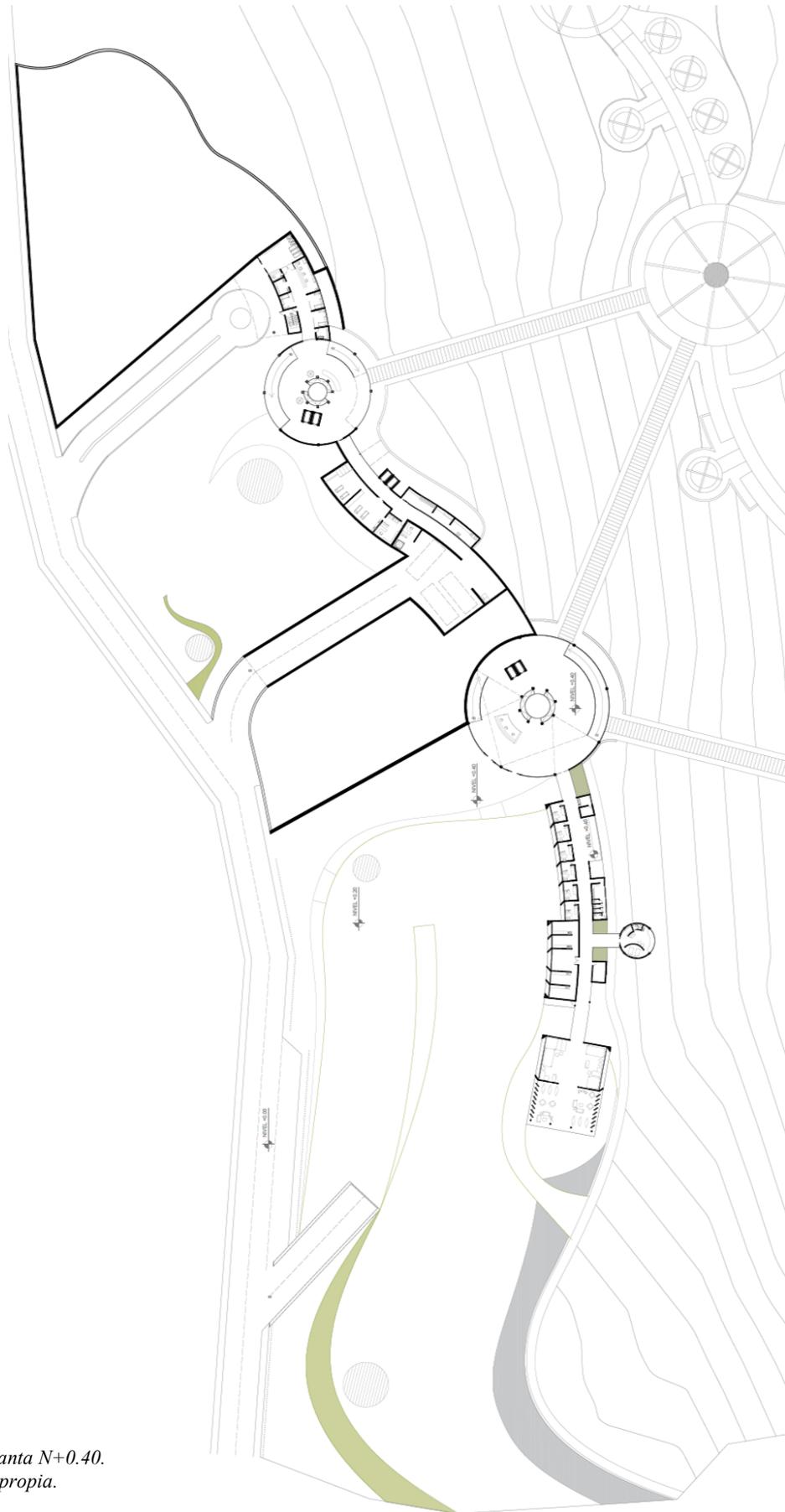
Consultorios, emergencias y servicios

Figura 32 Planta N+0.40.
Elaboración propia.

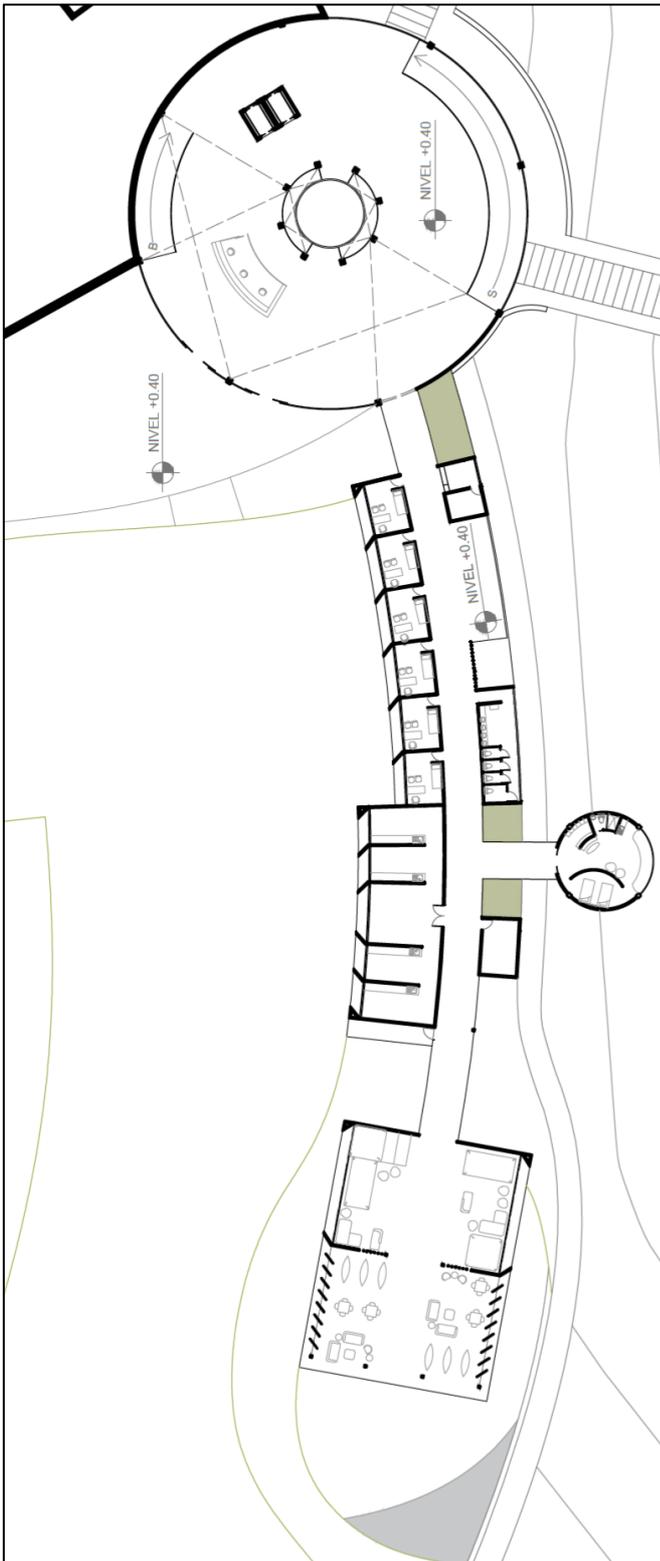


Figura 33 Planta consultorios N +0.40. Elaboración propia.

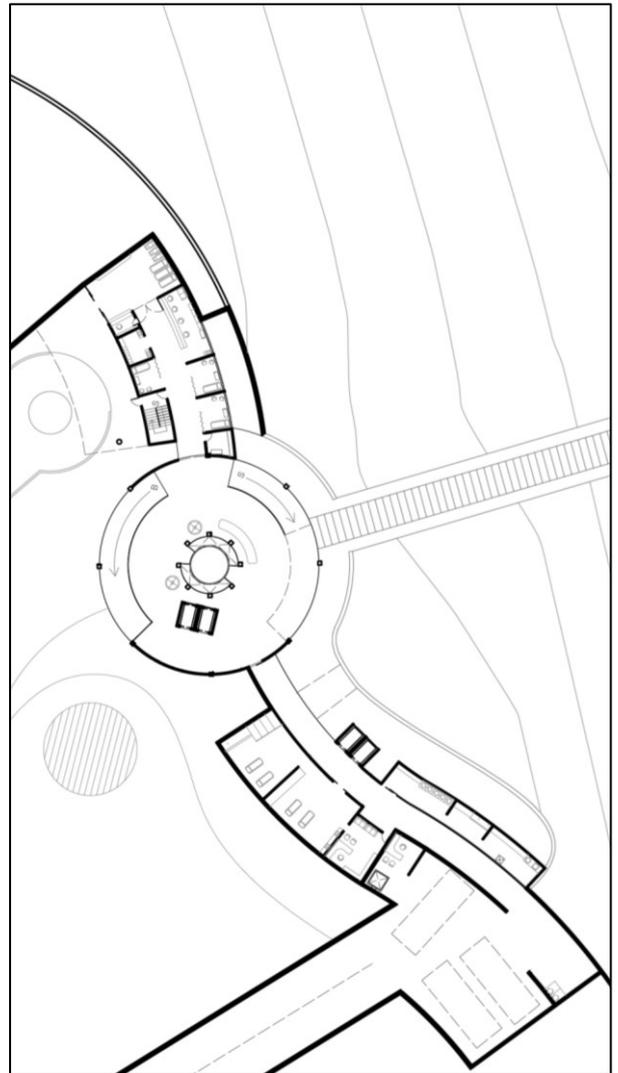


Figura 34 Planta emergencias, morgue, carga y descarga. N +0.40. Elaboración propia.



Figura 37 Espacio de relajación en consultorios. Elaboración propia.



Figura 35 Ingreso. Elaboración propia.



Figura 36 Cilindro principal de circulación y sociabilidad, nivel ingreso. Elaboración propia.

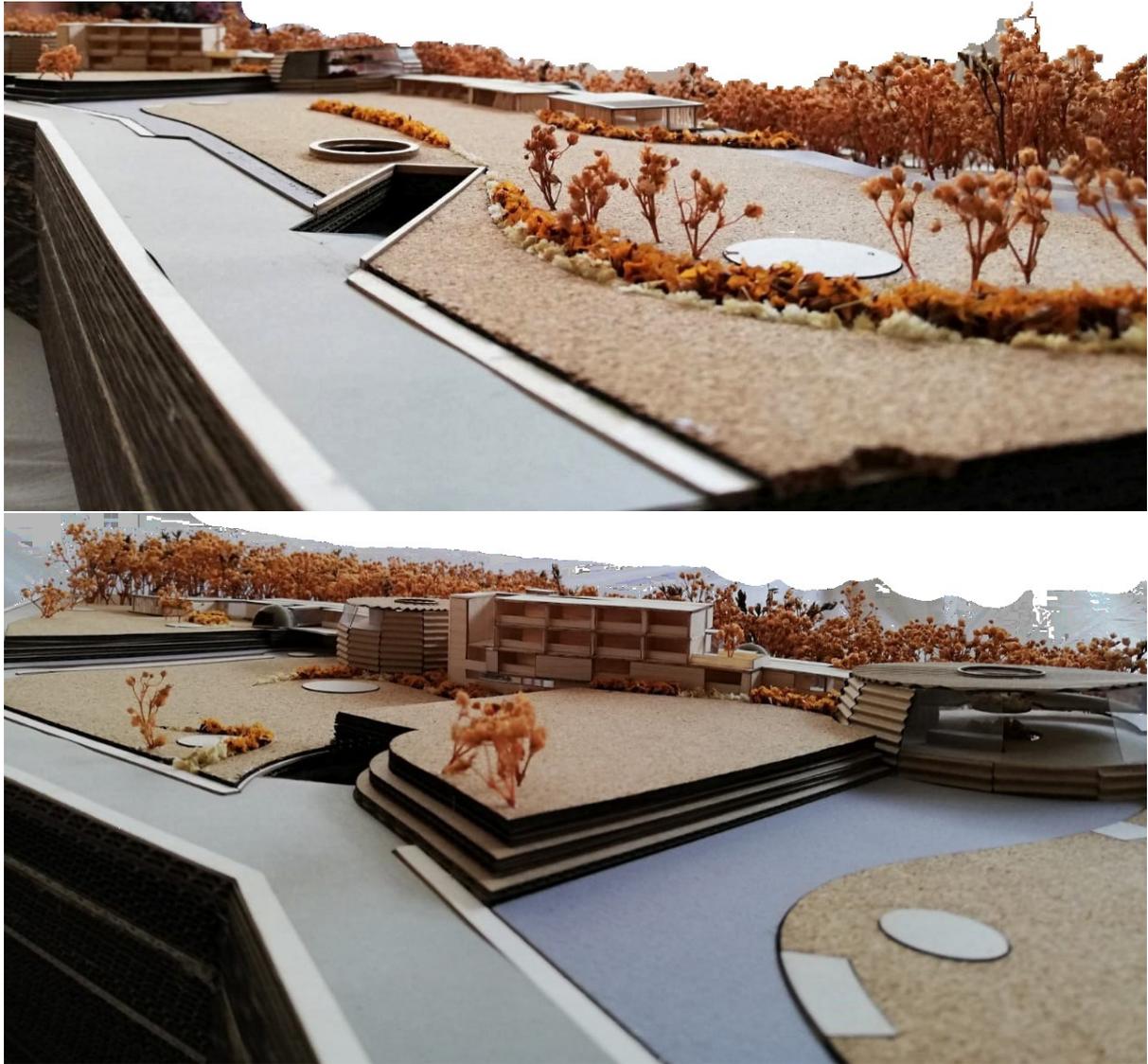


Figura 39 Vista de nivel de ingreso en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.



Figura 38 Vista lateral de maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.

Quirófanos, UCI, recuperación y neonatología

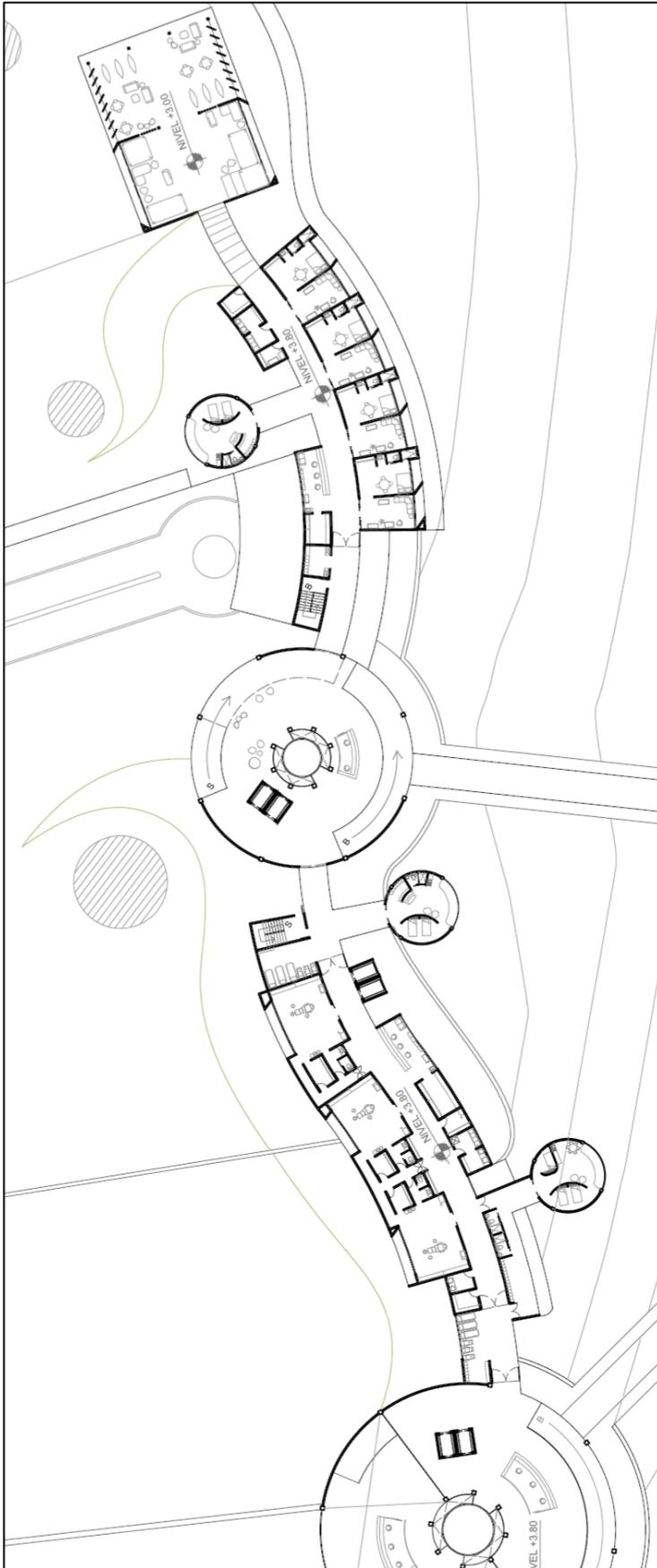


Figura 42 Planta N +3.80 Quirófanos y Neonatología. Elaboración propia.

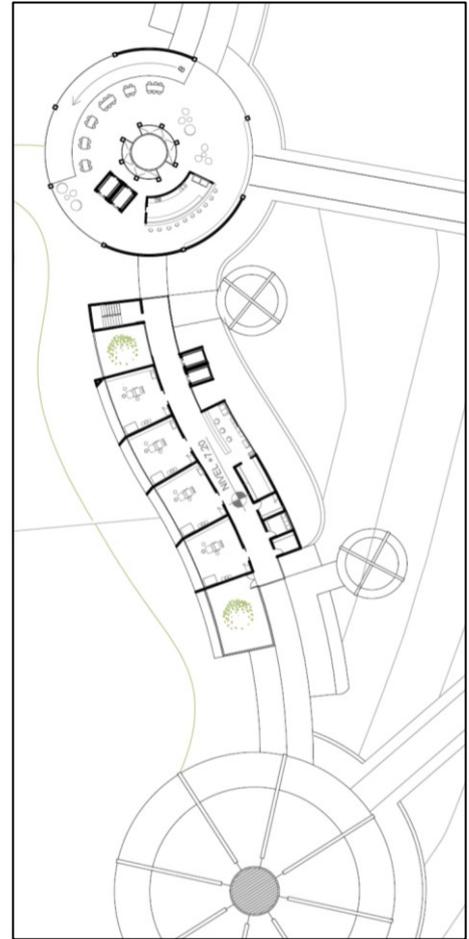


Figura 41 Planta N+7.20 UCI. Elaboración propia.

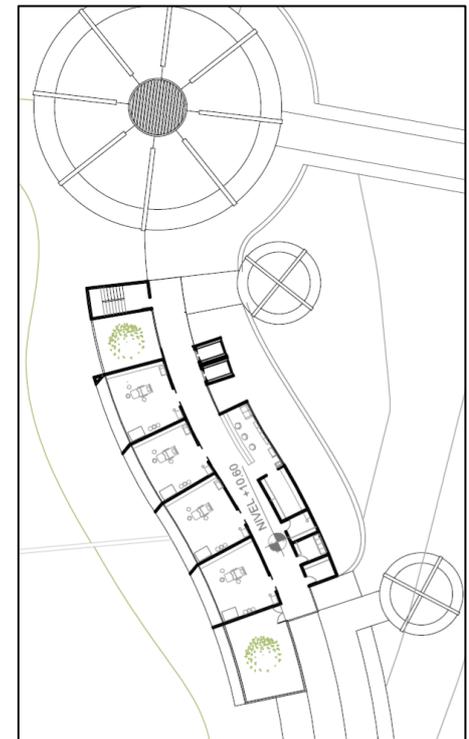


Figura 40 Planta N+10.60 Recuperación. Elaboración propia.

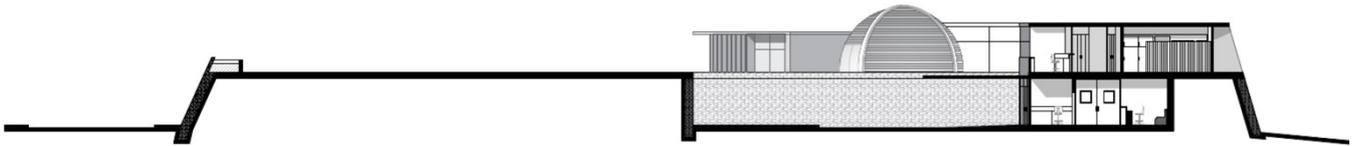


Figura 45 Corte de suite de neonatología. Elaboración propia.



Figura 43 Maqueta de suite de neonatología Esc 1:50. Elaboración propia.



Figura 44 Vista interna de suite de neonatología. Elaboración propia.

Habitaciones

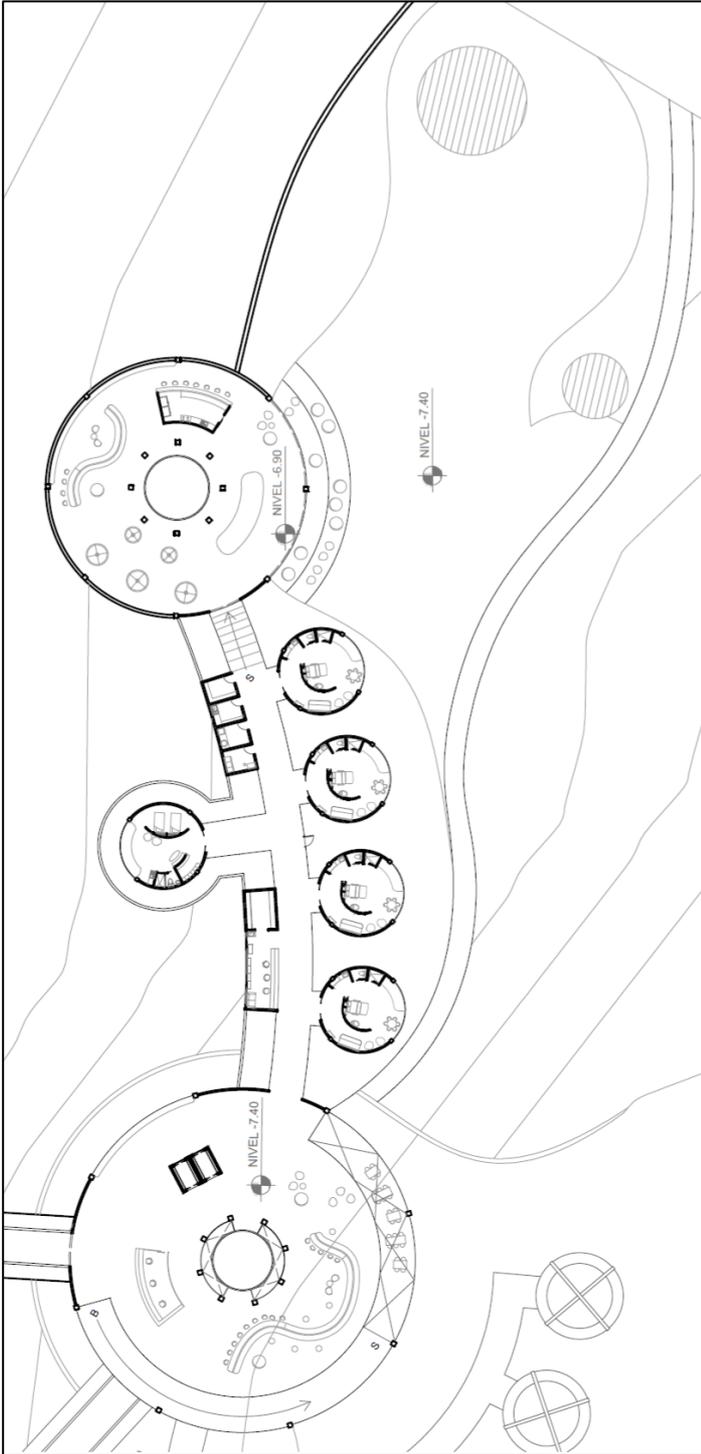


Figura 46 Planta N -7.40 Habitaciones. Elaboración propia.

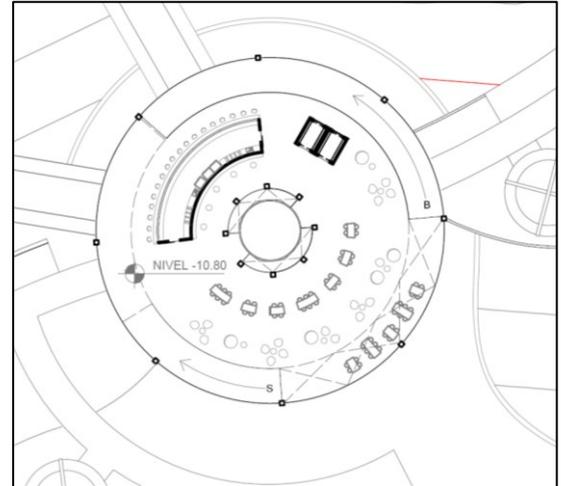


Figura 48 Planta N -10.80 Cafetería de habitaciones. Elaboración propia.

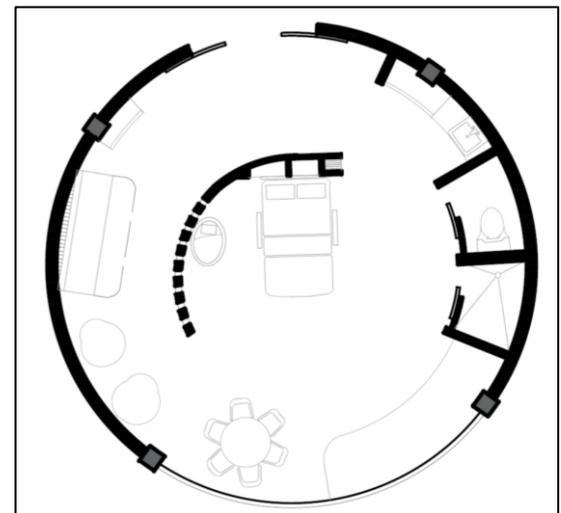


Figura 47 Ampliación de planta de habitación. Elaboración propia.

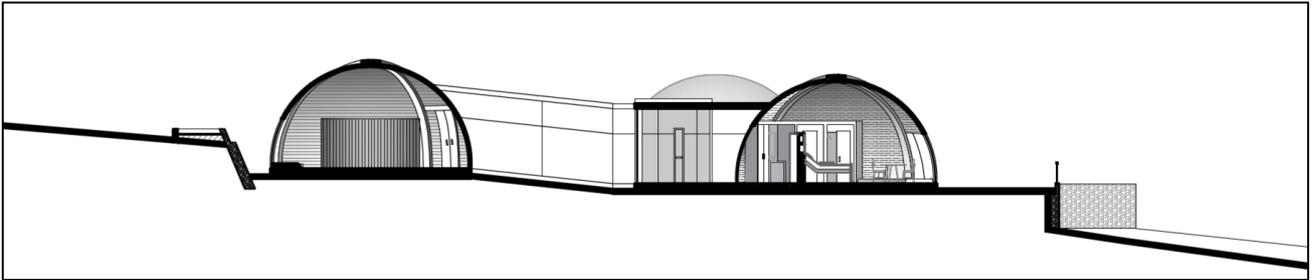


Figura 51 Corte de habitación y módulo de descanso para médicos. Elaboración propia.

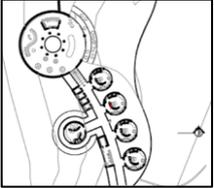


Figura 50 Vista externa de habitaciones. Elaboración propia.



Figura 49 Vista de habitaciones en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.

Módulos paritorios

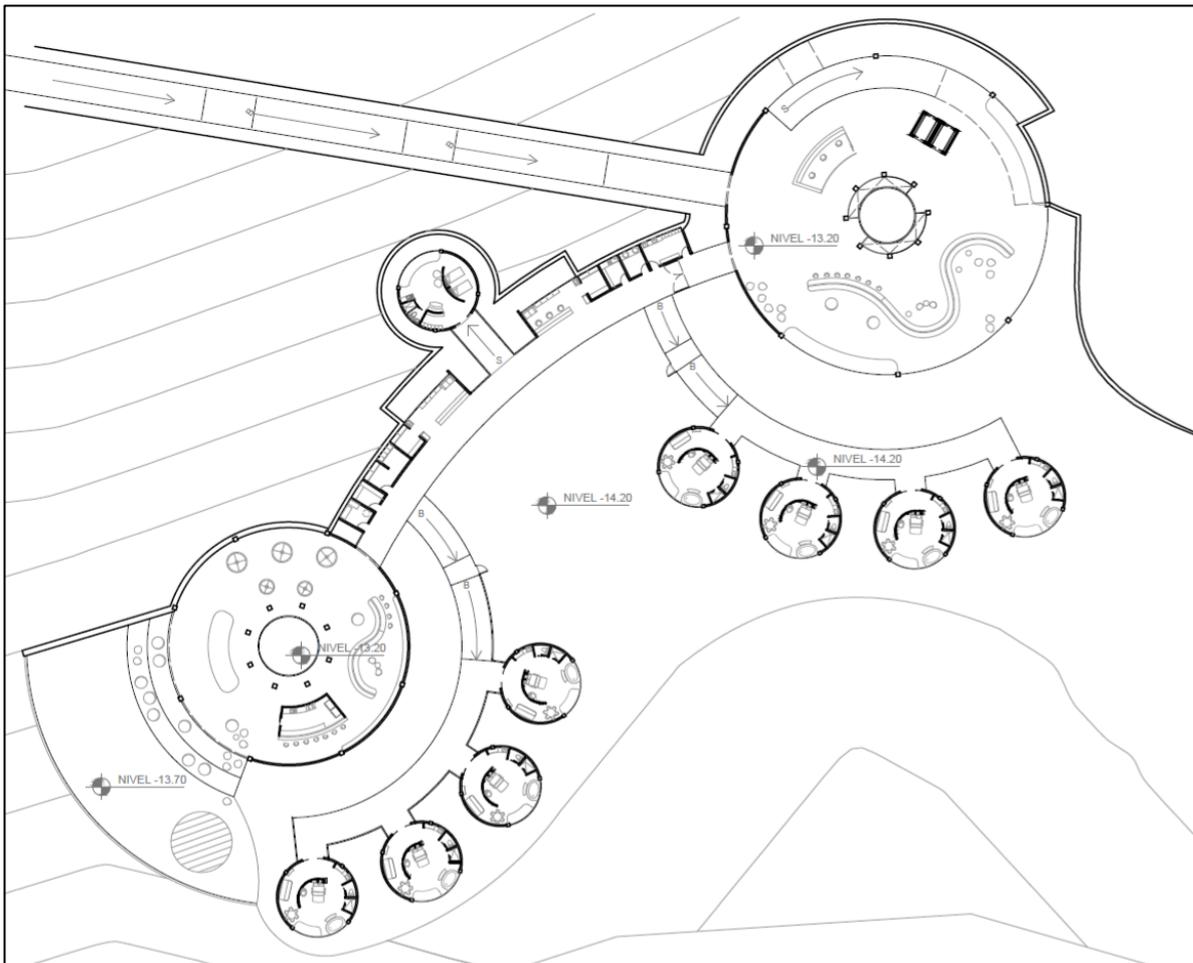


Figura 54 Planta N -13.70 Módulos paritorios. Elaboración propia.

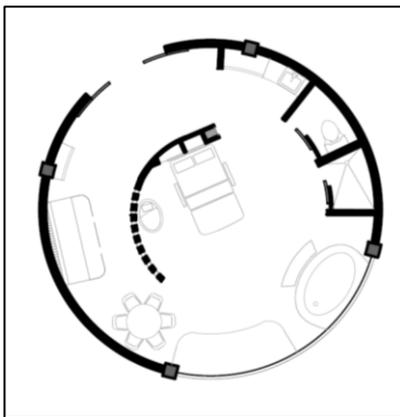


Figura 53 Ampliación de módulo paritorio en planta. Elaboración propia.

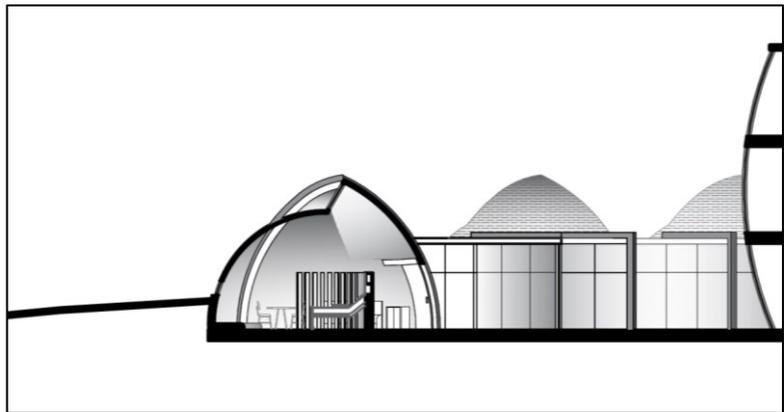


Figura 52 Corte de módulo paritorio. Elaboración propia.

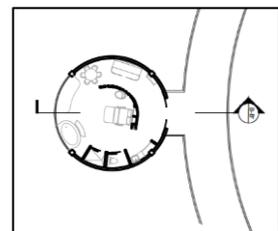




Figura 57 Vista exterior de módulos paritorios. Elaboración propia.



Figura 56 Módulos paritorios en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.

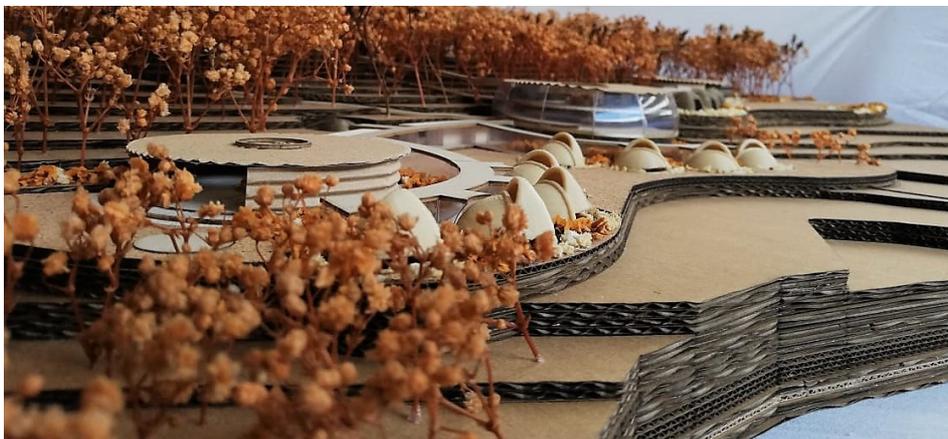


Figura 55 Vista externa lateral de módulos paritorios en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.



Figura 60 Vista interior de módulo paritorio. Elaboración propia.

Talleres

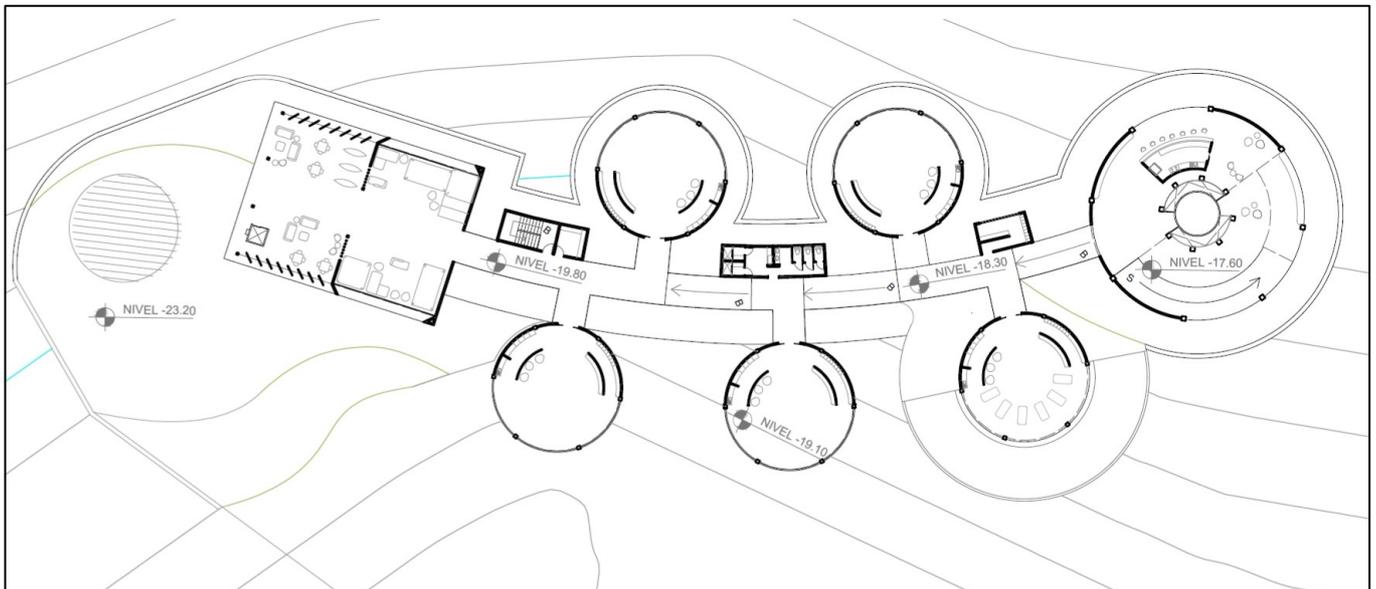


Figura 59 Planta N-17.60 a N-23.20 de Talleres. Elaboración propia.

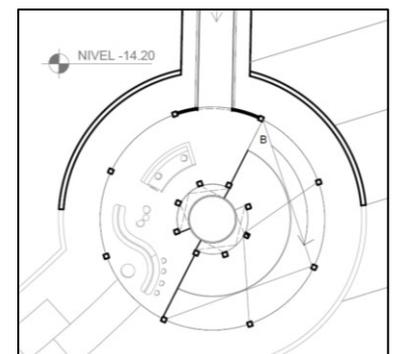


Figura 58 Planta alta de cilindro de talleres N-14.20. Elaboración propia.



Figura 63 Vista exterior de talleres. Elaboración propia.



Figura 62 Talleres en maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.



Figura 61 Vista posterior de maqueta Esc 1:300. Elaboración propia.

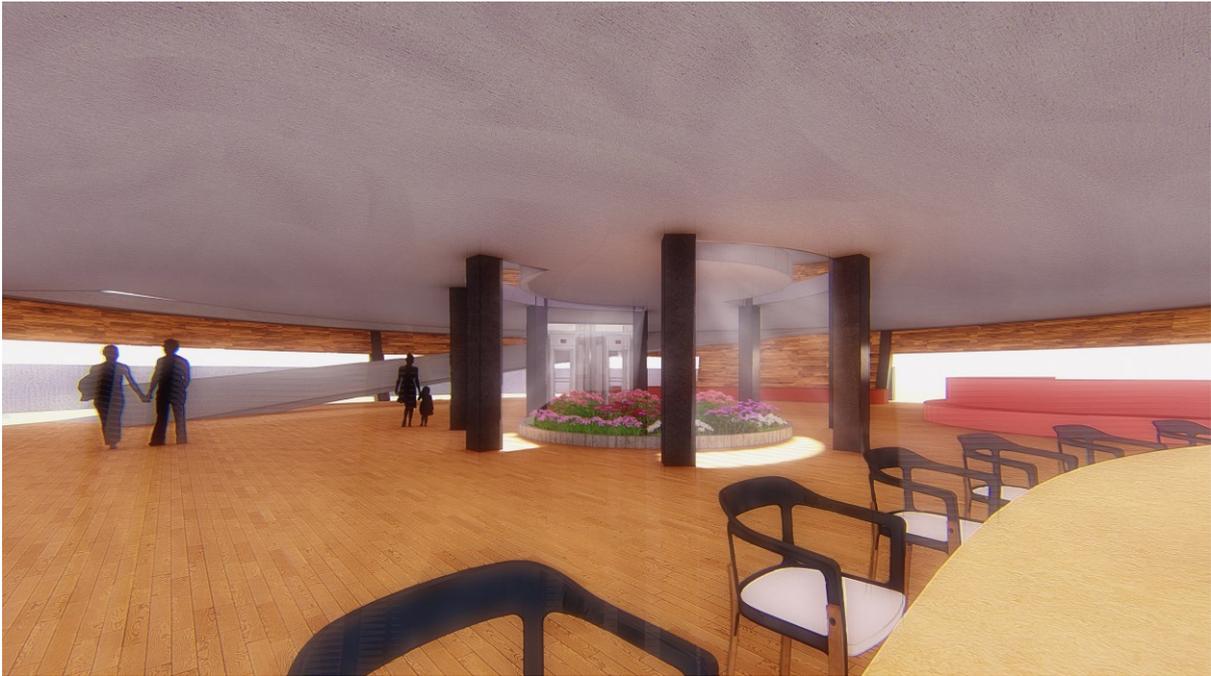


Figura 65 Vista interior de Cilindro de sociabilidad y circulación. Elaboración propia.

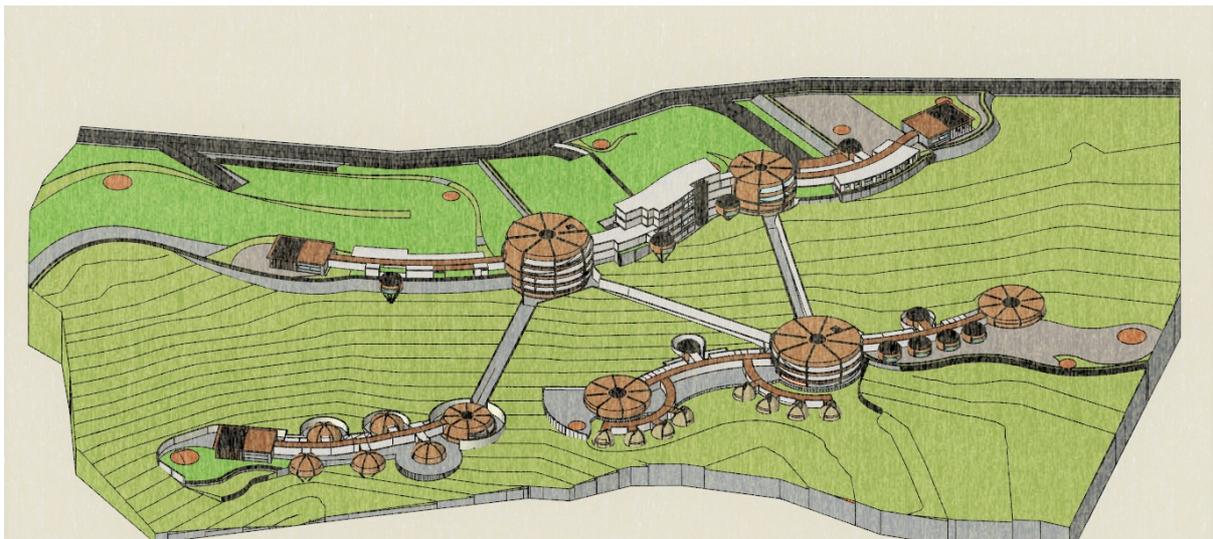


Figura 64 Vista general de proyecto (sin bosque). Elaboración propia.

Estructura

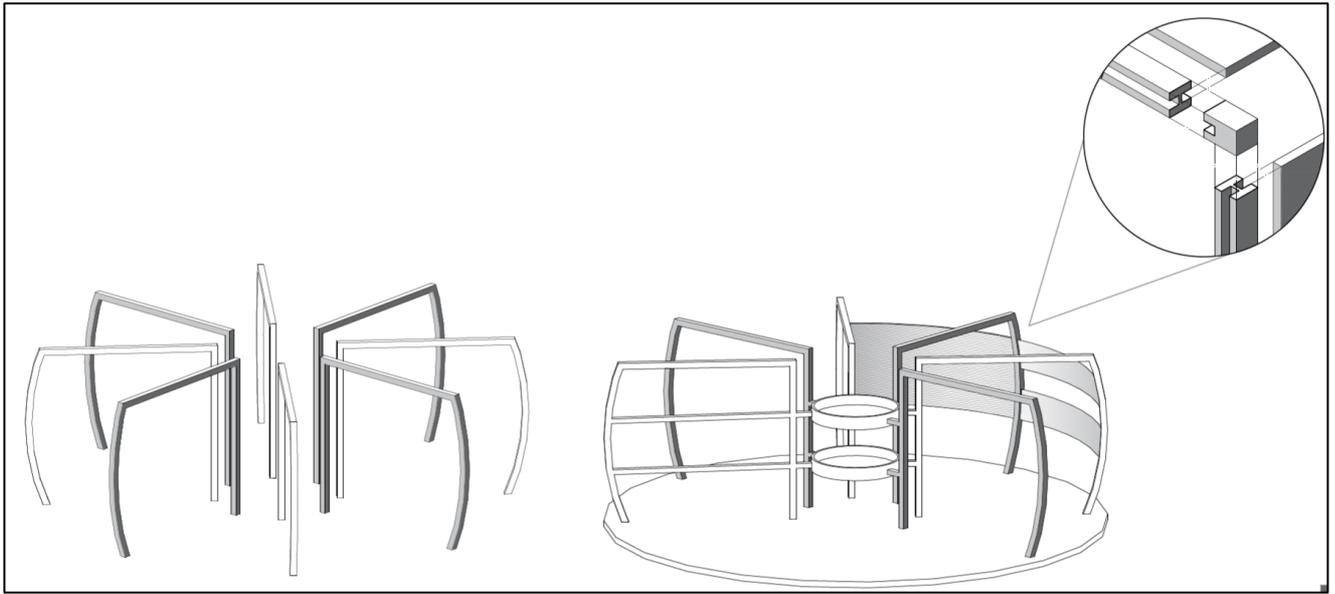


Figura 68 Estructura de Cilindro de sociabilidad y circulación. Elaboración propia.

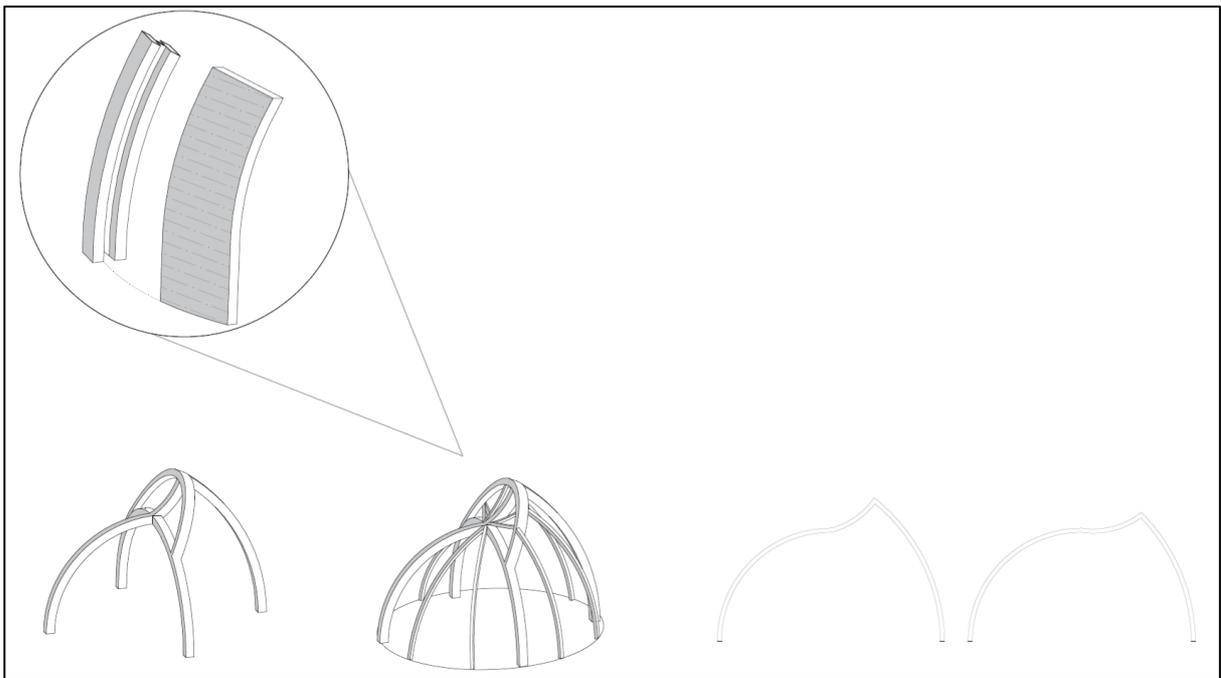


Figura 67 Estructura de Módulo paritório. Elaboración propia.

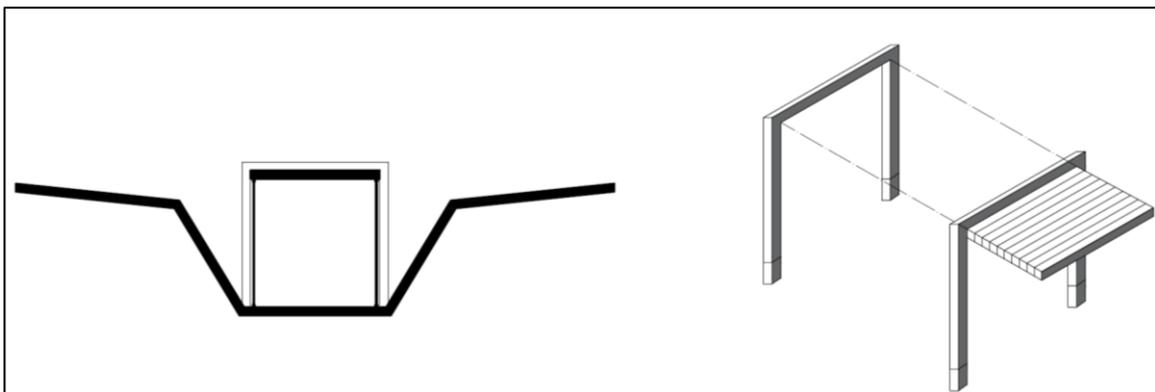
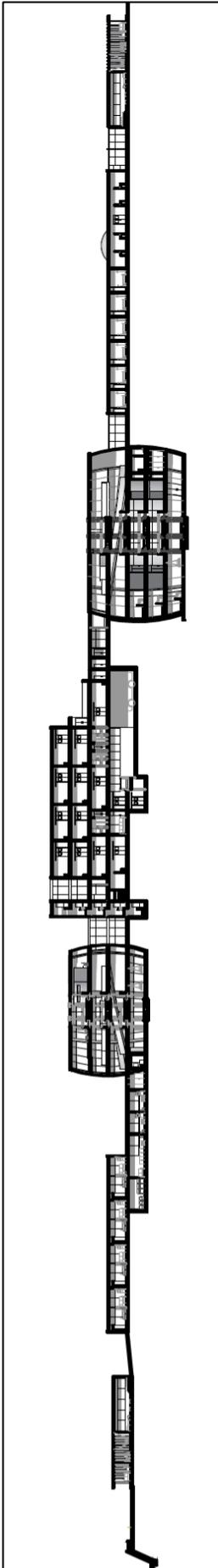
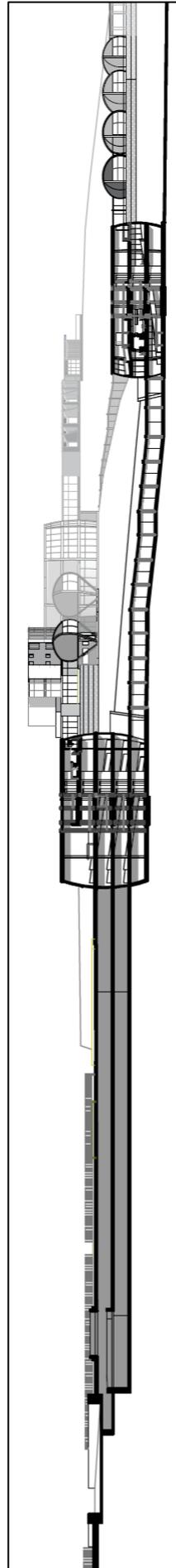


Figura 66 Estructura de pasillos de circulación. Elaboración propia.

Cortes



*Figura 70 Corte longitudinal por área de consultorios, quirófano y neonatología.
Elaboración propia.*



*Figura 69 Corte transversal por cilindro principal, pasillo semisoterrado y cilindro de habitaciones.
Elaboración propia.*

CONCLUSIONES

Tras el estudio holístico realizado en el presente proyecto de investigación, se concluye con el diseño de una maternidad de parto humanizado en la cual ninguna decisión es tomada al azar. Cada aporte investigativo sustenta el qué, cómo y porqué de este proyecto. La reconceptualización del parto a través de la arquitectura fue llevada a cabo con un resultado muy satisfactorio y coherente con la base de análisis y estudios. ¿Qué hace diferente a este proyecto de otros con fines similares? La respuesta reside en la postura activista del mismo, la misma que logró un diseño para la mujer, pensado desde sus necesidades, emociones, pensamiento y rol al momento del parto.

Una de las cuestiones que desde el principio se intentó evitar es que la maternidad resulte siendo como un edificio hospitalario típico, que cumple únicamente con su función de manera plana y siguiendo un orden arcaico. Es grato comprobar que al final del proyecto se pudo evitar este problema, y la maternidad de parto humanizado es mucho más que un edificio hospitalario: no se ve como uno y definitivamente en su función abarca mucho más de lo típicamente establecido. Se tomaron en cuenta cuestiones que van más allá de lo práctico y que tienen que ver con lo sentidos, las sensaciones, el confort y plenitud de quien debe ser la protagonista libre y satisfecha en su proceso de parto: la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, R. y Von Karolyi, I. (1976). *Hospital Planning Handbook*. JohnWiley and sons. New York, Estados Unidos.
- Alonso, A. y Barreiro, A. (2016). Ángela Müller y Marta Parra Casado-Arquitectura de maternidades. Entrevista. Recuperado desde <https://veredes.es/blog/angela-muller-marta-parra-casado-arquitectura-de-maternidades/>
- Amupakin (1998). Asociación de Mujeres Parteras Kichwas de Alto Napo. Recuperado desde <https://www.amupakin.com/>
- Anónimo, (2010). Fotos antiguas de Burunchel. *Mujeres lavando ropa en la fuente del Cuerno*. Recuperado desde <http://burunchelepocabella.blogspot.com/2010/04/mujeres-lavando-ropa-en-la-fuente-del.html>
- Anónimo, (2003). The Mother Baby Center. Recuperado desde <https://www.themotherbabycenter.org/classes-videos/virtual-tours/>
- Birkby, P. y Weisman, L. (1980). Making Room; Women and Architecture. *Herspace*, 28-29. Heresies collective. New York, Estados Unidos.
- Caroling. (2015). Wholeo Dome. Recuperado desde <https://www.wholeo.net/wholeodome.htm>
- Clara de Cássia Versiani, Barbieri, M., Gabrielloni, M. C., & Fustinoni, S. M. (2015). Significado de parto humanizado para gestantes. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1927. Recuperado desde <http://search.proquest.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/docview/1646367289?pq-origsite=summon>
- Cook, P. por De la Quintana, P. (2016). Estudio de dibujo, Universidad para las artes de Bournemouth, por Peter Cook. Recuperado desde <https://www.metalocus.es/es/noticias/estudio-de-dibujo-universidad-para-las-artes-de-bournemouth-por-peter-cook>
- Cone, A. (2016). *Amupakin: Asociación de Mujeres Parteras Kichwas de Alto Napo* (video). Recuperado desde <https://www.youtube.com/watch?v=XIAPhbO2hNIx>
- Dumet, P. (1995). Programa Nacional de Capacitación de Parteras Tradicionales. Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.
- Goldstone, J. (productor) & Jones, T. y Gilliam, T. (directores). (1983). *Monty Python-El sentido de la vida* (película). Reino Unido: Celandine Films.
- Heatherwick, T. (2015). Making. *How to build a round building in a round way?* P. 298-201. The Monicelli Press. New York, Estados Unidos.
- INEC (2016). Estadísticas Vitales, Registro Estadístico de Nacidos vivos y defunciones 2016. Ecuador. Recuperado desde <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf

- Jara, V. Necesidades de las maternidades contemporáneas y funcionamiento de Clínica Axxis. Entrevista personal, 19 de enero de 2018.
- Landázuri, M. (2004). Juana Miranda, fundadora de la Maternidad de Quito. Banco Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- López, F. (2008). Tlahui Medic. *Entrevistas sobre el temazcal como auxiliar en el embarazo, parto y puerperio*. Universidad autónoma del Estado de Morelos. Recuperado desde http://www.tlahui.com/medic/medic26/temazcal_parto.htm
- Merizalde, M. (2017). Clínica La Primavera fue clausurada por infracciones a la Ley de Salud. Artículo publicado por el Diario El Comercio. Recuperado desde <http://www.elcomercio.com/tendencias/clinica-laprimavera-clausura-infracciones-cumbaya.html>.
- Monet, C. (1875). Woman with a Parasol-Madame Monet and her son. Recuperado desde <https://www.nga.gov/collection/artist-inf}.1726.html#works>
- Montalvo, G., & Dávila, É. (2008). ¿Qué es el parto humanizado? El Norte. Recuperado desde <https://search.proquest.com/docview/312123524?accountid=36555>
- Moya, W. (2001). Reseña del Servicio de Patología Obstétrica. Revista Médico Científica HGOIA. Recuperado desde <http://www.hgoia.gob.ec>
- Navas, H. Funcionamiento de Maternidad Isidro Ayora. Entrevista personal, 19 de enero de 2018.
- Ortiz, A. (2004). Cuidad de Quito: guía de arquitectura = an architectural guide. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, Junta de Andalucía. Consejería de Obras y Transportes. Quito, Ecuador.
- Ortiz, A. Historia de las maternidades quiteñas. Entrevista personal, 27 de noviembre del 2017.
- Paglia, C. (1990). *Sexual Personae*. Yale University Press. Estados Unidos.
- Parra, M. y Müller, A. Arquitectura de maternidades. *Hospital de Getafe*. Recuperado desde <http://arquitecturadematernidades.com/proyectos/hospital-de-getafe/>.
- Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: Entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/estufemi.24.1.101>