

TRAVESÍAS

REVISTA DEL COLEGIO DE ARQUITECTOS DE MÁLAGA





Travesías 7 · verano 2023,
edita Colegio Oficial
de Arquitectos de Málaga
y Editorial MIC

Decana:
Susana Gómez de Lara

Secretario:
Luis Octavio Frade Torres

Tesorero:
Demófilo Peláez Postigo

Vocales:
Eugenia Álvarez Blanch
Gonzalo Martín Benavides
Ana Morales Uceda

Dirección y edición:
Enrique Bravo Lanzac
José Luis Torres García

Redacción:
Calle Palmeras del Limonar, 31
29016 Málaga · España
Tel 952 224 206
Fax 952 221 670
revista@coamalaga.es

Ilustración de portada:
Acceso al estudio de Álvaro Siza
Vieira. Rua Aleixo 53, Oporto.
Fotografía de Enrique Bravo, 2022.

Diseño:
Enrique Bravo Lanzac
Purificación López Mamely

Maquetación:
Eva Ruiz Morillas

Impresión y publicidad:



Tel.: 902 271 902
Editorial MIC www.editorialmic.com

Tirada 2.300 ejemplares
Edición semestral gratuita
DL LE 704-2019
ISSN 2695-6209

El criterio de los artículos es responsabilidad exclusiva de sus autores y no refleja la opinión del COA Málaga ni de la dirección de la revista. No siempre ha sido posible localizar o identificar a los autores o representantes de los derechos de propiedad intelectual de las reproducciones de esta publicación. En caso de error u omisión rogamos contacten a través de la dirección electrónica de la redacción.

Agradecimientos:
Concepción y Francisco Estrada
Juan Domingo Santos
Fernando Guerra
Hotel Don Pepe Gran Meliá

Índice

Saluda

La capacidad de emocionar... · Francisco Sarabia Nieto / **13**

Editorial

Inspirar; no copiar · Enrique Bravo Lanzac y José Luis Torres García / **15**

EL PAVO

La arquitectura, más cerca de todos · Carmen Bandera Cordero y Eugenia Álvarez Blanch / **17**

R de rehabilitación · Rafael Pozo García-Baquero / **26**

La herencia de la responsabilidad profesional · Antonio Vargas Yáñez / **28**

Notas de archivo

Francisco Estrada Romero y el Club Náutico de Torre del Mar · Joaquín López Baldán / **30**

MAESTROS LOCALES

Salvador y Damián: una conversación sobre ciudad y periferia · Salvador Moreno Peralta y Damián Quero Castanys / **37**

PROYECTOS

Mirar, escuchar, leer. Biblioteca Municipal de Nerja · Sara de Giles Dubois / **47**

Arquitectura Saludable (I): hacia un nuevo paradigma en el diseño y construcción de edificios · Pablo Valero-Flores y Santiago Quesada-García / **56**

72 HORAS EN OPORTO

El golpe de gracia · Juan Domingo Santos / **66**

A la tercera, la vencida · Enrique Bravo Lanzac y José Luis Torres García / **68**

Una insignia para Álvaro Siza · Marta Arias González / **69**

A propósito de Siza / **70**

Descubriendo el asombro · Daniel Rincón de la Vega / **71** Encuentro con Siza, un tiempo feliz · Eduardo Rojas Moyano / **72** De repente, una chispa. Los bocetos de Álvaro Siza · Luis Ruiz Padrón / **73** Álvaro Siza: tenso equilibrio formal · Luis Tejedor Fernández / **73** Hacia una gratitud. La gratitud es la memoria del corazón · Roberto Barrios Pérez y Elisa Cepedano Beteta / **74** Café · Francisco González Fernández / **76** Siza y la arquitectura mediterránea · Rafael Roldán Mateo / **76** Siza fue Revolución, es Oporto y es Távora · Rafael Reinoso Bellido / **77** De lo invisible · Juan Gavilanes Vélaz de Medrano / **78** Algunas historias de influencias en torno a Álvaro Siza · Rafael de Lacour Jiménez / **79**

DIÁLOGOS

Álvaro Siza Vieira. Una vida encontrando a Picasso · Una conversación con Juan Domingo Santos / **83**

IMPRESINDIBLES

Reseñas

La puerta del horno: referencias en la obra de Chema Madoz · Manu Barba / **105**

Una trama con sentido · Óscar Ortega Ruiz / **110**

Casas mínimas

La habitación dentro de la habitación · Manuel Baena García / **112**

Parecidos razonables

El hotel Don Pepe y los jardines del Rey Sol · Luis Ruiz Padrón / **118**

Interferencias

El Puente Nuevo de Ronda. Un monumento generador de una ciudad · Ciro de la Torre Frago / **124**

Arquitectura Saludable (I): hacia un nuevo paradigma en el diseño y construcción de edificios

Pablo Valero-Flores y
Santiago Quesada-García

La COVID-19 ha hecho evidente que aún existen aglomeraciones urbanas insalubres, que hay ambientes que favorecen la propagación de enfermedades y que se utilizan materiales que son perjudiciales para la salud. La reciente **pandemia** ha actuado como catalizador en el despertar de una nueva **conciencia social** que exige el diseño y construcción de ciudades y arquitecturas más saludables. A partir de aquí, la relación entre arquitectura y salud se ha situado en el centro del **debate arquitectónico**, emergiendo un **paradigma** que la sociedad contemporánea exige aplicar de forma imperativa: la **Arquitectura Saludable**. Este artículo, dividido en tres entregas, aborda la génesis de este nuevo modelo, lo define por vez primera y propone un decálogo de criterios y cinco principios básicos para construir y planificar edificios y ciudades más saludables.

Introducción

Tras la noción de movilidad, nacida hace un siglo con los medios de transporte; tras la conciencia ecológica y medioambiental nacida hace cincuenta años con la primera crisis del petróleo y tras la revolución digital en silenciosa implantación desde hace tres décadas; ha surgido un nuevo paradigma como respuesta a una demanda social irrenunciable: la necesidad de construir una **arquitectura más saludable**. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define el concepto de salud como un estado

completo de bienestar físico, mental y social, no sólo como ausencia de enfermedad. El **bienestar** y la **salud** están íntimamente ligados a la manera en la que cuerpo y mente humana interactúan con el entorno y cómo este influye en el organismo. Por ello, hoy en día, los espacios no sólo deben ser sostenibles, funcionales y estéticamente bellos, sobre todo tienen que ser saludables.

La contribución de la arquitectura a la salud física y emocional de las personas es diseñar entornos capaces de promover y reforzar ambientes sanos, construyendo espacios que eviten situaciones nocivas, insalubres o insanas, y prevengan la aparición de enfermedades. La disciplina arquitectónica ha ido generando un progresivo bienestar y mejora en la calidad de vida de los seres humanos, al favorecer la creación de activos con los que defenderse frente a elementos patógenos. Un ejemplo por antonomasia es la introducción de estancias dedicadas a baño o cocina dentro de las viviendas. Desde esta perspectiva, la arquitectura ha demostrado ser uno de los principales agentes en el cuidado de la salud humana.

En el grupo **Healthy Architecture & City** trabajamos, desde el año 2016, en investigar, proyectar y construir edificios y viviendas que tienen en cuenta los estímulos fisiológicos y cognitivos del ambiente en el bienestar humano, desarrollando **proyectos de investigación I+D+i** competitivos, estatales y autonómicos, de los que obtenemos datos y resultados que luego aplica-

mos en la edificación. Como contribución de nuestro equipo a la revista **Travesías** del **Colegio de Arquitectos de Málaga**, queremos compartir algunas reflexiones sobre lo que significa diseñar y construir una arquitectura saludable (figura 1).

En esta primera parte del artículo, comenzaremos recordando los **movimientos higienistas** del siglo XIX, los postulados del **movimiento moderno** y las conclusiones a las que llegaron los últimos **CIAM**. Haremos mención a la semilla que plantó **Kevin Lynch**, a comienzos de la década de los sesenta, sobre la percepción cognitiva del espacio urbano y recogeremos la importancia de realizar cartografías de los espacios de la salud y enfermedad en las ciudades, terminando con la descripción del concepto de **salutogénesis**.

La segunda entrega mostrará iniciativas y experiencias internacionales, desarrolladas durante los últimos treinta años, en las que determinadas arquitecturas han incorporado elementos simbólicos, cognitivos y emocionales que repercuten de forma efectiva en la salud física y mental de sus usuarios. En la tercera y última entrega del artículo, expondremos un decálogo de criterios básicos, además de cinco puntos o fundamentos básicos que tiene que cumplir un entorno, edificio o ciudad para que sea considerado saludable.

Antecedentes

Las ciudades son lugares compuestos a base de estratos que reflejan las sucesivas etapas de su historia. Algunos



Figura 1

autores, como **Beatriz Colomina** en su reciente libro *X-Ray Architecture* (2019), haciendo una analogía que asimila enfermedad con destrucción, mantiene que no hay enfermedad sin arquitectura, ni arquitectura sin enfermedad. La profesora de Princeton sostiene que las capas que componen las ciudades son vestigios de respuestas urbanas y sociales a las **epidemias** que ha sufrido la **humanidad** a lo largo del tiempo y que la modernización de la arquitectura, a comienzos del siglo XX, fue una forma de desinfección, una especie de purificación de los edificios. Presenta a los **pioneros de la arquitectura moderna** como unos visionarios en materia sanitaria, cuya obra fue

consecuencia de enfermedades de la más diversa índole. Las soluciones arquitectónicas de estos arquitectos modernos vendrían a remediar el daño producido por dolencias sin cura.

Esa arriesgada hipótesis no deja de ser un acercamiento algo sesgado al estado de la cuestión. Porque no es cierto que «el hombre [...] ha construido también las condiciones de la enfermedad», como mantenía **Benjamin W. Richardson** en 1884. Tampoco es cierto que la arquitectura se haya dedicado a combatir enfermedades, porque ha sido la medicina la disciplina encargada de hacer esa tarea. Quizá se confunde ausencia de salud

con enfermedad o la resolución de problemas patogénicos de un entorno insalubre, con los beneficios que reporta proyectar espacios con un **enfoque salutogénico**, incorporando activos que promueven la salud.

La arquitectura y las ciudades no son, ni han sido, la consecuencia de **emergencias médicas**, pero sí han tenido un importante impacto en la mejora de la salud de la población. Una repercusión que ha pasado desapercibida, quizás porque todavía no se ha establecido, con suficientes ensayos clínicos, la relación causa-efecto entre la presencia de un **entorno sano** y la **carencia de enfermedad**.



Figura 2



Figura 3

La incidencia social de la COVID-19 ha provocado la proliferación de numerosas publicaciones que abordan la conexión entre arquitectura y salud. Han aparecido curiosos sintagmas como ‘casa sana’ o ‘edificio sano’ en los que a objetos artificiales e inanimados se les atribuye una cualidad de los seres vivos. Incluso, a raíz de la preocupación por la salud mental, han surgido algunos trabajos que relacionan la arquitectura con los ‘mandala’, con ejercicios de la Gestalt o con la nutrición. En algunos casos, estos acercamientos no siempre están fundamentados en un cuerpo doctrinal solvente que los sostenga; otros parten de premisas sesgadas para conducir a conclusiones ideológicamente interesadas y, por último, hay otro conjunto de textos en los que es imposible entender lo que pretenden transmitir, porque todo el discurso es un magma indescifrable recubierto de citas, tan eruditas como esotéricas.

En general, suelen ser aportaciones que tienen un cierto carácter de *poshlot*, palabra rusa empleada por Nabokov en 1967 para identificar dentro de la narrativa contemporánea lo que son: «clichés vulgares, filisteísmo

en todas sus fases, falsa profundidad, imitaciones de imitaciones, pseudoliteratura cruda, estúpida y deshonestas». La consecuencia inmediata de la propagación de este tipo de textos es la gran entropía que genera que, además de producir una enorme confusión, entorpece el avance del conocimiento. Por tanto, es necesario tomar distancia de ese tipo de producciones y establecer, con datos y a partir de experiencias contrastadas, de qué manera el entorno físico y ambiental influye en el bienestar y calidad de vida de las personas y cómo ha sido su decantación en los últimos años. Este es el principal propósito que nos hemos marcado con este artículo para la revista *Travesías*.

De los movimientos higienistas al medioambiente de la salud

El impacto de la arquitectura en el incremento de la salud ha sido un largo camino que comenzó con los movimientos higienistas de mediados del siglo XIX. Fueron iniciativas nacidas de las demandas sociales provocadas por las insanas aglomeraciones urbanas surgidas tras la Revolución Industrial. De aquellas reivindicaciones surgieron

nuevos conceptos y modelos urbanos como la Ciudad Jardín o la Ciudad Lineal.

A comienzos del siglo XX, uno de los catalizadores para buscar soluciones higiénicas en los edificios fue la carencia, durante décadas, de remedios eficaces frente a enfermedades como el cólera o la tuberculosis (figura 2). Contra esta última enfermedad lo único que parecía funcionar eran el sol, la limpieza y el descanso, por lo que se empezaron a diseñar edificios atendiendo a esos aspectos como única solución paliativa, no curativa, a los síntomas de la dolencia. Se construyeron hospitales con grandes ventanas, sanatorios con enormes terrazas, viviendas elevadas del suelo para huir de la humedad y muebles aerodinámicos donde el polvo no se pudiera depositar o albergar gérmenes (figura 3).

Como hemos visto al comienzo de este artículo, algunos autores mantienen que es el ser humano el que crea las condiciones de la enfermedad por lo que, para ellos, las ciudades no son más que la consecuencia de las diversas epidemias que ha sufrido la humanidad a lo largo del tiempo. A partir de ahí, deducen que, gracias a

aquel visionario planteamiento de los pioneros del **movimiento moderno** y solo a partir de ellos, la arquitectura vendría a ser una mesiánica disciplina que periódicamente remedia las situaciones de crisis, purificando edificios y construcciones. Esa proposición es un **polshot** que aviva aún más la mala conciencia contemporánea de la **sociedad posindustrial**. Porque la premisa de la que parte la anterior hipótesis es falsa. Las insalubres contingencias ambientales sirvieron como **reivindicaciones programáticas** a los pioneros del movimiento moderno, pero no eran su objetivo. Sus prioridades estaban muy alejadas de dar una respuesta directa a los problemas funcionales derivados de una situación sanitaria. Su principal preocupación era social y, sobre todo, estética; su fin era crear un nuevo estilo. Para las **vanguardias arquitectónicas** del siglo XX el mito salvador del ser humano era la máquina. Todo se debía someter a la máquina, incluso la creación artística.

Basándose en que los edificios tenían que responder a unos **estándares funcionales mínimos**, las vanguardias propusieron una nueva arquitectura que era expresión fiel del uso al que era destinada. Sus edificios, productos y objetos iban dirigidos a un prototipo único de individuo, al **hombre-masa** con deseos y necesidades homogéneas, iguales en todo el mundo. Con esos fundamentos, los arquitectos acabaron construyendo edificios que intentaban resolver los problemas funcionales requeridos, pero en los que difícilmente tenían cabida las necesidades de las personas a emocionarse, reconocerse o realizarse.

Los conceptos de vida y muerte, con sus respectivas emociones de alegría y tristeza, eran excluidos de las instituciones asistenciales y sanitarias. La consecuencia fue la creación de es-

pacios impersonales y edificios abrumadoramente alienantes. Fieles a sus principios programáticos, los **inmuebles sanitarios** incorporaron cuestiones técnicas como la **salubridad**, la **accesibilidad** o la **seguridad**. Se construyeron basándose en los síntomas de las enfermedades y pensando en la curación médica farmacológica como único factor útil para la sanación. Ese tipo de planteamiento utilitario dio lugar a duras superficies estériles, a brillantes e incoloros espacios asépticos, a sistemas de ventilación artificial, a baterías de habitaciones mínimas o a largos corredores interiores aislados del exterior. Se hicieron edificios sanitarios que eran eficaces **factorías de sanación**, pero sin identidad y sin alma. En pocas ocasiones se pensó en el **componente emocional** del usuario, sano o enfermo, cuando tenía que experimentar o vivir en esos espacios.

Durante la reconstrucción europea, como reacción frente a las máquinas que tanta destrucción produjeron durante la **Segunda Guerra Mundial**, el ser humano se volvió a colocar en el centro del pensamiento arquitectónico. En los **CIAM** (*Congrès Internationaux d'Architecture Moderne*), que tuvieron lugar entre los años 1947 (Bridgwater) y el año 1956 (Dubrovnik), se llegó a la conclusión de que, en oposición al hombre-masa del movimiento moderno, usuario de máquinas para vivir, era necesario volver a considerar a la **persona** como un ser dotado de identidad propia, con peculiaridades diversas que provocan una multiplicidad de situaciones y requieren diferentes ambientes (Quesada-García y Valero-Flores, 2020).

Esa nueva perspectiva centrada en la persona significó un **cambio de visión** decisivo para la arquitectura. Su asimilación fue lenta pero progresiva en

«Basándose en que los edificios tenían que responder a unos estándares funcionales mínimos, las vanguardias propusieron una nueva arquitectura que era expresión fiel del uso al que era destinada»

el tiempo, se comenzaron a modificar paulatinamente las formas de proyectar los edificios y entornos habitados de las ciudades. **La celebración de los últimos CIAM supuso un cambio de paradigma en la forma de entender la relación entre entorno y ser humano.** Con esta nueva visión, la manera de concebir los espacios fue cambiando lenta y paulatinamente.

En 1945, **Henry Sigerist**, historiador y profesional sanitario, se refiere por vez primera a la promoción de la salud y del entorno como una de las cuatro acciones fundamentales en la atención médica, seguida por otras tres actividades como son la **prevención de enfermedades**, la **curación** y la **rehabilitación**. Un planteamiento que, junto con las aportaciones de **Lalonde** en 1974, fue básico para que años más tarde la **Organización Mundial de la Salud** estableciera que, en relación a la salud de la población, hay cuatro factores determinantes: los ambientales, los sociales, los asistenciales y los biológicos/genéticos (Ottawa, 1986).

Por otro lado, **Richard Neutra** es considerado, en la disciplina arquitectóni-

ca, como uno de los primeros pioneros en pensar el proyecto orientado a las necesidades fisiológicas y psicológicas de las personas. En 1954 publicó el libro *Survival Through Design*, donde sostenía que «nos orientamos por coordenadas fisiológicas y existimos gracias a las formas sensoriales que nos rodean y estimulan» (Neutra, 1969).

Unos años más tarde, con el objetivo de entender la legibilidad del espacio urbano y conocer mejor lo que una persona percibe cuando recorre una ciudad, el ingeniero y urbanista **Kevin Lynch** desarrolló en 1960 el concepto de **mapa cognitivo**; un constructo realizado a partir de la conducta y los relatos introspectivos del ser humano. Lynch realizó, por vez primera, esquemas ambientales y sistemas de información obtenidos a través de las experiencias de recorridos para mejorar la comprensión del espacio público. Sus investigaciones y aportaciones fueron un punto de partida para comenzar a entender y desentrañar cómo un entorno físico puede tener consecuencias emocionales, positivas o negativas, en las personas.



Figura 4



Figura 5

Paralelamente a las anteriores reflexiones [Jonas Salk](#), descubridor de la vacuna contra la [polio](#), desde una posición más poética, estética o fenomenológica, advirtió la enorme importancia que tenía un diseño adecuado del espacio para que fluyan las ideas, la inspiración y el conocimiento. Con ese convencimiento, encargó a [Louis I. Kahn](#) en 1959, el proyecto del edificio para el *Salk Institute for Biological Studies*. El arquitecto realizó en [La Jolla](#) (California) uno de los principales referentes de la arquitectura contemporánea, pero, sobre todo, construyó el primer ejemplo de la relación entre [neurociencia](#) y [arquitectura](#), ya que fue un edificio proyectado con el fin de fomentar las mejores condiciones de confort, intelectual y físico, a partir del funcionamiento del cerebro humano (figura 4).

A finales de los años sesenta, el arquitecto escocés [Ian L. McHarg](#) publica su conocido libro *Design with Nature* (1969). En esta publicación se establecían, según el historiador [Lewis Mumford](#), los fundamentos para el desarrollo de una nueva y adánica civilización humana que debería reemplazar a la existente, ya que la actual,



Figura 6

según el académico norteamericano, se encuentra en un proceso de contaminación, degeneración y desintegración acelerado. McHarg, urbanista, arquitecto paisajista y ecólogo inspirado, estableció las bases de una [planificación medioambiental](#) con un cierto determinismo ecológico, origen de lo que, posteriormente, se denominaría con el pleonasma de «[arquitectura sostenible](#)». Su libro termina con un capítulo titulado «[La ciudad: salud y enfermedad](#)», que no tuvo la misma trascendencia que el resto del libro. En él, McHarg se pregunta si la salud es solo ausencia de enfermedad. Mantiene que la salud es síntoma de creatividad y adaptación, en cambio la enfermedad es expresión de capacidad destructora e inadaptación. Por ello, es importante localizar en qué lugares se localiza el [medioambiente de la salud](#) —física, mental y social— y en cuáles está el [medioambiente de la enfermedad](#). Si se pueden identificar las zonas de salud y enfermedad en las ciudades, se podrán asociar los agentes medioambientales que favorecen la salud y los factores de riesgo que provocan la enfermedad. De este inteligente planteamiento, propuesto hace más de cincuenta años, se deriva

una acción fundamental: es necesario y prioritario hacer una cartografía de los espacios de salud y enfermedad en las ciudades.

Salutogénesis o los edificios como activos para la salud

El interés por entender la influencia del espacio en el ser humano y conocer los motivos por los que una persona se encuentra bien en un determinado lugar, trascendió de la arquitectura a otras disciplinas como la medicina, la enfermería, la sociología o la psicología. El médico y sociólogo [Aaron Antonovsky](#), en su libro *Health, Stress and Coping* (1979), propone un nuevo campo de estudio denominado «[Salutogénesis](#)». Una nueva disciplina que se focaliza en estudiar cuál es el origen de la salud, y en los denominados [activos para la salud](#), posicionándose como un complemento a planteamientos dirigidos solo a resolver aspectos patogénicos o insalubres de los lugares. Es decir, en vez de centrarse en aquellos ambientes que hacen daño a las personas, este nuevo campo disciplinar se dirige a aquellos aspectos que pueden planificar, fomentar y construir un ambiente más saludable (figura 5).

«El proyecto arquitectónico aporta su mayor valor cuando dota de significado a lo construido, porque en la calidad del proyecto radica la capacidad de la arquitectura para emocionar»

Antonovsky mantiene que un ambiente físico debe responder a tres cuestiones básicas para facilitar el bienestar de una persona. En primer lugar, el entorno debe tener *manageability* o la facultad para proporcionar recursos que apoyen la resistencia del cuerpo a las enfermedades. Es decir, el hábitat debe facilitar y suministrar los requisitos básicos para mantener adecuadamente la homeostasis, la regulación de la temperatura corporal, la hidratación y otras cuestiones somáticas. El segundo factor es *comprehensibility* o la posibilidad de entender el entorno a través de los esquemas cognitivos que poseen las personas. Para ello es necesario que el espacio tenga *coherencia* y *legibilidad*, es decir, que permita el entendimiento de sus formas como parte de un contexto cultural, histórico o estético determinado, de manera que sea posible percibir de forma coherente su estructura y orientarse en el mismo.

Las dos condiciones anteriores, aun siendo necesarias, no son suficientes. Los espacios y edificios deben tener

un sentido que aporte *significado* y *valor* al lugar en el que se construyen. Por ello, Antonovsky propone una tercera condición: el espacio debe poseer *meaningfulness* o significado, reconocible por las personas que lo perciben, usan o habitan. Su importancia radica en la capacidad que tiene el sentido de las cosas —del ambiente, de las relaciones— para influir en las personas (figura 6). Como decía *Albert Camus* la única pregunta relevante es si la vida tiene sentido. Lo que parece superfluo e inútil es lo más necesario y útil.

Muchas veces el significado de las cosas se entiende a través de grupos sociales que están por encima del individuo como son: los amigos, los compañeros, la familia, la sociedad, y se comprende mejor a través del arte, la naturaleza, la poesía, la música, la pintura, el dibujo, la escultura, el baile o de la propia arquitectura. El significado de las cosas es fundamental para fortalecer la voluntad de las personas para resistir a los problemas y contingencias que les acontecen. Esto con-



Figura 7

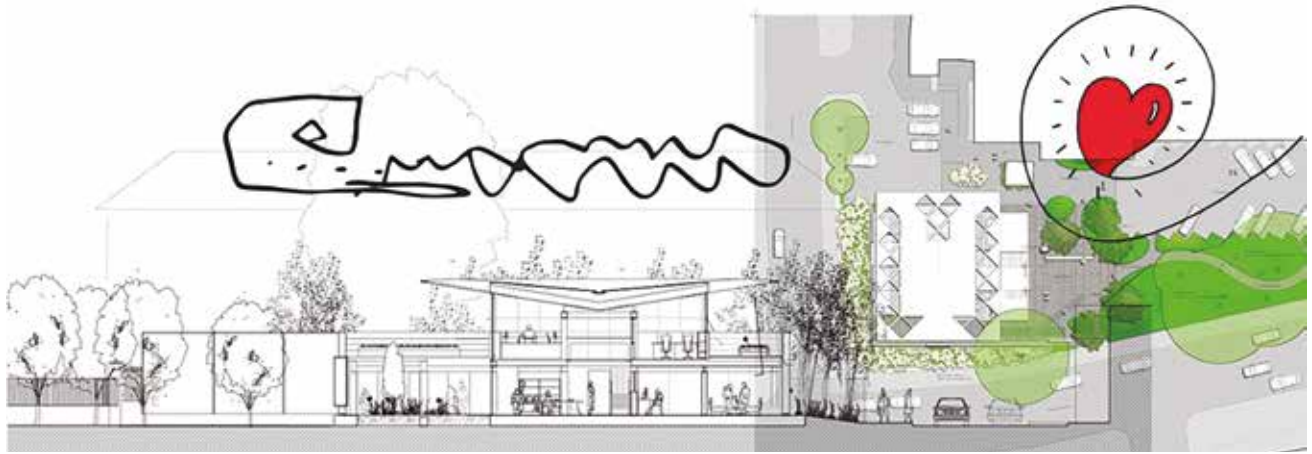


Figura 8

vierte a esta tercera condición en el recurso más importante. Pero también en el más complejo, subjetivo y difícil de alcanzar.

El **proyecto arquitectónico** aporta su mayor valor cuando dota de significado a lo construido, porque en la calidad del proyecto radica la capacidad

de la arquitectura para emocionar y dar sentido a los espacios (figuras 7 y 8).

Ese intangible, cuya consecuencia es la emoción que produce la arquitectura, es el que permitió a **Brunelleschi** ganar a su propio maquetista en el concurso para la linterna del **Duomo de Florencia**. Porque todas las linter-

nas sirven para introducir la luz y cualquiera puede hacerlas —como pretendió el maquetista presentándose también a la competición— pero no todas significan lo mismo (Quesada-García, 2004). Solo aquel que fue capaz de darle a la linterna un **sentido reconocible** por los florentinos, fue el que ganó el concurso.

Bibliografía

- Antonovsky, Aaron. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Colomina, Beatriz. (2019). *X-Ray Architecture*. Zurich: Lars Müller Publishers.
- Lalonde, Marc. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Lynch, Kevin. (1960). *The Image of the City*. Massachusetts: The M. I. T. Press.
- McHarg, Ian L. (1969). *Design with Nature*. Minnesota: American Museum of Natural History.
- Neutra, Richard. (1969). *Survival Through Design*. Londres: Oxford University Press.
- Quesada-García, Santiago. (2004). «Nosotros y ella, la arquitectura», en *Almenas*, nº. 4, Colegio de Arquitectos de Jaén, pp. 16-18.
- Quesada-García, Santiago y Valero-Flores, Pablo J. (2020). «Architecture», en *The Routledge Companion to Health Humanities*, Londres: Routledge, pp. 335-340.
- Richardson, Benjamin Ward. (1884). *The field of disease*. Philadelphia: H. C. Lea's son & co.
- Sigerist, Henry. (1945). *Civilization and Disease*. Chicago: University of Chicago Press.

Figura 1. Unidad de cuidados paliativos en el Hôpital Cognacq-Jay de París, Francia. Toyo Ito, 2006.

Figura 2. «Sigue estos consejos y vivirás muchos años». Recomendaciones del *Comité National de la Défense contre le Tuberculose*, París, Francia, 1920.

Figura 3. Arquitectura sanitaria con terrazas y áreas para tomar el sol por los pacientes, Sanatorio de Waiblingen. Richard Döcker, 1929.

Figura 4. Imagen exterior del complejo de laboratorios, biblioteca y oficinas para estudios biológicos, Instituto Salk. Louis Kahn, 1965.

Figura 5. Zona de circulación interior en Maggie's Oldham, dRMM, 2017.

Figura 6. Espacios interiores en Maggie's Oldham, dRMM, 2017.

Figura 7. Edificación en entorno natural protegido como refugio para pacientes con cáncer. Maggie's Centre Kirkcaldy, Zaha Hadid Architects, 2006.

Figura 8. Maggie's West London Centre. Rogers-Stirk-Harbour+Partners, 2008.

* Pablo Valero-Flores es Arquitecto y profesor colaborador externo del máster MArch0 de la Universidad de Sevilla; Santiago Quesada-García es Arquitecto y profesor de Proyectos Arquitectónicos de la Universidad de Sevilla ha sido director de la Escuela de Arquitectura de Málaga. Ambos son investigadores del grupo de investigación *Healthy Architecture & City (PAIDI TEP-965)*.