

Arquitectura de vanguardia para la sanidad en provincias. La implementación del Sistema Nacional de Salud en Zamora

Rafael Ángel García-Lozano
Universidad Católica de Ávila
rafael.garcia@frayluis.com

Recepción: 16/06/2021, Aceptación: 07/09/2021, Publicación: 11/03/2022

RESUMEN

Si queremos comprender con mayor perspectiva la historia de la arquitectura en España, resulta decisivo acercarnos a los equipamientos sanitarios construidos durante la segunda mitad del siglo XX en zonas periféricas. Muchos de estos hospitales, planeados para el cuidado integral de la salud, tuvieron una relevancia extraordinaria en el ordenamiento administrativo del país en provincias, en cuya capital, generalmente, se asentaron para dar asistencia a los residentes en cada territorio. Con este modelo, el Seguro Obligatorio de Enfermedad quiso garantizar la cobertura universal de sus afiliados y, simultáneamente, hacer de estos centros el referente asistencial de la provincia, aunque también arquitectónico, más allá del gestionado por las diputaciones. Paralelamente, se buscó también acercar la sanidad a las zonas más alejadas de los núcleos de investigación y desenvolvimiento de la medicina y la ciencia españolas establecidos en las principales ciudades, y especialmente a las regiones menos desarrolladas. Profundizamos en este propósito atendiendo al caso de Zamora, estudiando el proceso de creación de su residencia sanitaria. Tomamos esta ciudad como ejemplo de sus mismas circunstancias en otras provincias de la España interior, que durante las décadas de 1950 a 1970 se alejaba de la actual situación de despoblación. Hemos recurrido al estudio de fuentes primarias, como la documentación producida por órganos ministeriales y administraciones locales, la correspondencia generada durante el proceso y los proyectos arquitectónicos. Todo ello nos ha permitido ser testigos de la extraordinaria dotación que recibieron y de la respuesta que estos equipamientos arquitectónicos ofrecieron a la extensión universal de la sanidad y la medicina en España.

Palabras clave:

Instituto Nacional de Previsión; Seguro Obligatorio de Enfermedad; Sistema Nacional de Salud; Residencia Sanitaria Ramiro Ledesma Ramos; Marcide Odriozola; arquitectura hospitalaria

ABSTRACT

Avant-garde architecture in provincial healthcare. The implementation of the National Health System in Zamora

If we want to understand the history of architecture in Spain more clearly, it is essential to look at healthcare facilities built in the provinces during the second half of the 20th century. Many of these hospitals, planned for integrated healthcare, were extraordinarily important in the administration of the nation's provinces, being generally built in provincial capitals to provide healthcare for the residents of each territory. With this model, the Compulsory Health Insurance system wanted to guarantee universal coverage for its members and, at the same time, make these centres exemplary providers of both healthcare and architecture for the whole province, separate to those run by the Provincial Councils. It also tried to bring healthcare closer to areas furthest away from the centres of research and development of Spanish medicine and science established in the main cities, and especially to the less developed regions. We look more closely at this idea by studying the case of Zamora, and the process of creating its hospital. We take this city as an example of similar circumstances occurring in many other provinces of inland Spain, where from the 50s to the 70s the situation was very different to the current case of depopulation. We have looked at primary sources such as documentation produced by government ministries and the local administrations themselves, correspondence generated during the process, and the hospital's architectural plans. All this has highlighted the extraordinary endowment these facilities received, and the contribution they made to the universal availability of health and medicine in Spain.

Keywords:

Instituto Nacional de Previsión; Compulsory Health Insurance; National Health System; Ramiro Ledesma Ramos Sanitary Residence; Marcide Odriozola; Hospital Architecture



Punto de partida

El Instituto Nacional de Previsión fue creado en 1908 para atender las necesidades de tipo socioasistencial de los trabajadores, lo que dio lugar al surgimiento de los seguros obligatorios de enfermedad, retiro obrero y maternidad, además de las acciones asistenciales motivadas por accidentes de trabajo¹. Tras la finalización de la Guerra Civil se establecieron las bases del Patronato Nacional Antituberculoso y el 14 de diciembre de 1942 se promulgó la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, así como la Ley de Bases de la Sanidad Nacional el 25 de noviembre de 1944². Como consecuencia de este ordenamiento jurídico, el Ministerio de Trabajo aprobó, el 19 de enero de 1945, el Plan de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de modo que el mes de julio siguiente el Instituto Nacional de Previsión nombró una comisión para desarrollarlo³. Con esta iniciativa se planeó construir en el país residencias sanitarias de entre 100 y 500 camas en todas las capitales de provincia y ambulatorios en los centros de comarcas rurales.

Por entonces nuestro país estaba inmerso en la plena recuperación de los desastres causados por la guerra y se afanaba en su reconstrucción. Aún la población era eminentemente rural y todavía no se había iniciado de forma masiva el fenómeno de la emigración, de modo que el reparto de los habitantes en el territorio aún estaba equilibrado. Era necesario, pues, arbitrar medidas para la cobertura médica de la población, haciendo de las capitales de provincia de forma ordinaria el centro de las células en las que se convirtieron las provincias a estos efectos. En el caso de Zamora, en enero de 1949 el arquitecto Eduardo de Garay y Garay había firmado el proyecto de

un edificio para albergar la sede de la delegación provincial de esta institución en la capital. Poco después, y como realización del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad, se dispuso la construcción de una residencia sanitaria de 150 camas también en la capital zamorana. Se encargó la redacción del proyecto al Departamento de Arquitectura de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, siendo firmado en abril de 1951 por el arquitecto Martín José Marcide Odriozola⁴. No obstante lo inicialmente previsto, durante el proceso de elaboración proyectual se determinó el incremento del número de camas en el equipamiento, que pasaron de 150 a 175, variación que fue efectuada en favor de un mejor aprovechamiento de la superficie edificada⁵. Los solares donde se previó la construcción del inmueble estaban situados en el ensanche de la ciudad, limítrofes con la carretera de Tordesillas y emplazados a menos de un kilómetro del casco urbano. Su adquisición para esta finalidad fue efectiva mediante compra y donación, quedando escriturados el 22 de agosto de 1950⁶. La fecha prevista en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad para la conclusión de las obras fue diciembre de 1952, si bien esta se retrasó veintiséis meses sobre lo programado⁷. La construcción de la residencia corrió a cargo de la empresa de Ramón Beamonte del Río, con la que la institución ministerial había formalizado el contrato en 1951⁸, y supuso la urbanización de la finca y la creación de las calles colindantes, actualmente denominadas Benálcazar y Alonso de Mercadillo⁹. Su edificación en esa parcela alejada del centro de la ciudad y con una ordenación urbanística en ciernes contribuyó a tejer el crecimiento de esta zona del ensanche junto a la carretera de entrada a la ciudad desde el este (figura 1).

El nuevo equipamiento sanitario

Conforme al plan trazado por el Instituto Nacional de Previsión¹⁰, el proyecto arquitectónico desarrollado por Marcide concibió esta infraestructura asistencial como un inmueble de ocho pisos asentado sobre las plantas baja y primera, proyectadas en forma de emparrillado y parcialmente dedicadas a ambulatorio. En efecto, la memoria previó que la planta inferior acogiera el ambulatorio en las zonas de la fachada principal y del lado izquierdo, la parte de calefacción y servicios se fijó en el cuerpo central, la nave posterior se dedicó a cocinas y lavaderos, la derecha quedó reservada para la vivienda del conserje y lavaderos y, finalmente, el cuerpo zaguero fue ocupado por el mortuorio y el servicio de urgencias. Asimismo, la planta primera reprodujo casi exactamente la misma distribución, acogiendo los mismos sectores el ambulatorio; el cuerpo central, el servicio de terapia; la nave posterior, los despachos de dirección, administración y oficinas, y el cuerpo extremo posterior, los laboratorios y la central de esterilización; mientras que un cuerpo previsto de planta circular fue designado para acoger la zona de costura y, sobre ella, la capilla. El núcleo principal del edificio se proyectó horizontalmente en forma de flecha a partir de la planta segunda, y el esquema se mantuvo hasta la planta cuarta¹¹. La segunda planta fue destinada a enfermería y a espacio operatorio, sección de obstetricia con 31 camas y pediatría con 15, así como dos quirófanos. Las plantas tercera y cuarta fueron asignadas a la unidad de cirugía y organizadas con separación de sexos y 31 camas cada uno, además de los dos quirófanos correspondientes. Distribuidas de forma análoga, las plantas quinta y sexta se previeron dedicadas a medicina general, y la séptima, a residencia de médicos, practicantes, enfermeras y a la comunidad de religiosas¹².

Tras esta breve panorámica de la distribución de la residencia sanitaria nos adentramos ahora en el análisis de las distintas unidades consignadas en el proyecto, con objeto de conocer con mayor precisión la respuesta ofrecida a las necesidades médicas que pretendía cubrir el hospital. Solo de esa forma podemos hacernos una idea precisa de las soluciones concretas que ofrecía el Instituto Nacional de Previsión a sus afiliados en esta provincia. Como punto de partida, hemos de tener en cuenta que la organización de la residencia descansa sobre dos criterios clave consignados por el arquitecto al inicio de la memoria del proyecto, ambos plenamente compatibles y coherentes entre sí. En efecto, respecto del primero de ellos Marcide aseguró que el núcleo del sistema se articulaba en los dos elementos principales que constituían el

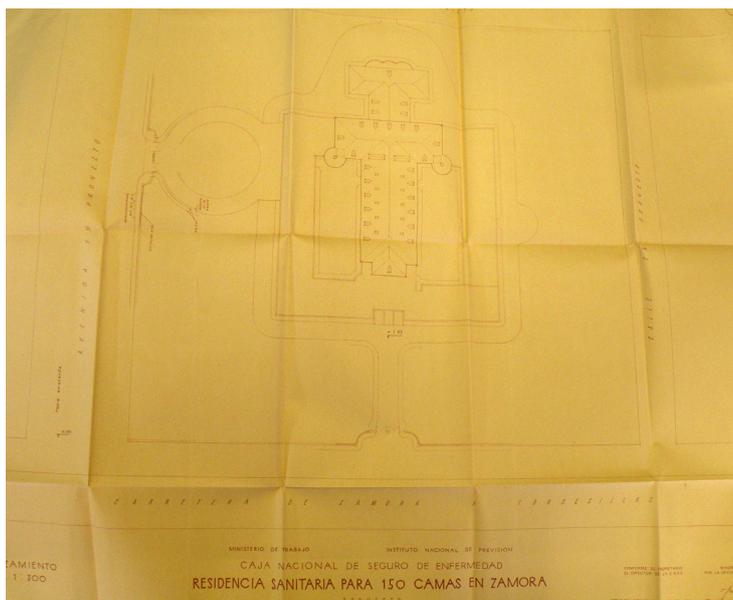


Figura 1. Archivo Histórico Provincial de Zamora. Delegación Provincial de la Vivienda (AHPZa. DPV). Legajo 23, expediente 21. Plano general.

ambulatorio y la residencia¹³. Del ambulatorio aseguraba que estaba destinado a los pacientes que podían desplazarse al centro hospitalario por sí mismos y que por tanto no precisaban de su ingreso en la instalación. En este grupo estaban incluidos los convalecientes externos y otros usuarios objeto de intervenciones quirúrgicas carentes de importancia. Ello implicaba que el ambulatorio necesitaba estar emplazado en la zona más próxima al casco urbano y, además, bien comunicado con el resto del equipamiento¹⁴. La residencia, por su parte, quedaba reservada para aquellos casos en que los pacientes debían permanecer ingresados para la realización de intervenciones de mayor gravedad o que necesitaban mantener una estancia continuada en el tiempo¹⁵. No obstante, el arquitecto era consciente de que ambos elementos no eran incompatibles entre sí, y que, por tanto, existían unidades hospitalarias que requerían un uso común desde el ambulatorio y la residencia, tales como rayos X, laboratorios o electroterapia. A esta circunstancia el proyectista logró responder mediante su ubicación «en lugar fácilmente accesible desde ambas zonas»¹⁶. El segundo criterio considerado por Marcide como ordenador del centro residía exactamente en que «el número de días de hospitalización serán los mínimos dentro de los precisos para cada enfermo»¹⁷. Para el arquitecto, el servicio al paciente ordenaba en torno a sí todos los equipamientos, pero su permanencia en el hospital más allá de lo estrictamente necesario era superflua e innecesaria. Así lo hizo constar arquitectónicamente y de

forma explícita en la memoria mediante la merma de locales (comedores, salas de estar, etc.) para pacientes que se encontraran fundamentalmente en estados de convalecencia avanzada¹⁸.

Señalado el criterio ordenador del centro, pasamos a considerar las unidades que lo integraban. Según lo afirmado en la memoria, Marcide parece otorgar una especial importancia a las enfermerías, que describe antes que cualquier otro equipamiento. Estaban distribuidas en cinco plantas de la residencia, organizadas en obstetricia y pediatría en la planta segunda; cirugía general en las plantas tercera y cuarta, y medicina general en las plantas quinta y sexta. Según lo dispuesto, todas ellas estaban diseñadas siguiendo el mismo modelo, y constaban de una galería central que a su izquierda incluía siete habitaciones de tres camas, y a su derecha tres habitaciones de dos camas y cuatro de una sola cama, estas últimas ampliables a dos camas en caso de que ocurriera alguna contingencia especial¹⁹. Otra de las unidades de mayor relevancia para el arquitecto era el denominado *núcleo central*. Este cumplía una función explícita de servir de zona de enlace integrando el almacén de lencería con su montacargas, los cuartos de estar y los comedores, los oficios con sendos montacarros y las salas de visita. Asimismo, formaba parte de este núcleo el vestíbulo principal del hospital, que recibía el ingreso más importante desde el exterior, y todos los sistemas de comunicación vertical, es decir, la escalera principal, sendos bloques de montacamillas y montacargas de la ropa sucia. Por su propia condición, el bloque de quirófanos constituía una unidad fundamental. Por ello, no solo ocupaba un espacio generoso en el conjunto, sino también extraordinariamente singular por su posición y como enlace funcional con el resto del edificio²⁰. Junto con la central de esterilización constituía, según la memoria, un bloque de planta octogonal con vestíbulo central y enlace con las instalaciones asociadas, como salas de preparación, material, aseos y ropero de médicos. Cada quirófano constaba de tres accesos: uno para el personal facultativo, otro desde la sala de preparación de los pacientes y finalmente uno más desde las zonas de lavado, esterilización y material. El arquitecto hizo especial hincapié en las comunicaciones con las dependencias aludidas en orden a la independencia de las circulaciones, que justificó con detalle en la documentación. Completaban esta unidad los roperos de enfermeras y practicantes, la sala de postoperatorio y los almacenes de material. El departamento de obstetricia contaba asimismo con una sala de partos con circulaciones análogas a las descritas, así como departamentos de labor, preparación de enfermos, estancia para médicos y aseo. La central

de esterilización, que se había centralizado para conseguir un mayor rendimiento, adoptaba un cuidado planeamiento de las circulaciones, singularmente con las salas de material no esterilizado y material estéril²¹.

Según Marcide, los servicios de urgencia adoptaban como elemento de fundamental trascendencia un fácil acceso desde el exterior, así como una rápida comunicación con la residencia y el resto de las unidades, valoradas por el arquitecto como conseguidas con éxito conforme al diseño planteado. Esta unidad constaba de sala de espera, oficina, aseos, sala de observación, baño, cuarto de servicio y quirófano²². El mortuorio estaba comunicado con las enfermerías y urgencias, constaba de una zona con recintos frigoríficos para la conservación de cadáveres, sala de autopsias y un departamento comunicado con la sala de duelos²³. La cocina y sus departamentos auxiliares fueron proyectados para la máxima capacidad y mejor eficacia en la distribución de alimentos, a fin de evitar desplazamientos innecesarios y, consecuentemente, ahorrar tiempo y personal. El aprovisionamiento de los productos se previó desde la fachada lateral y su guarda, en el bloque unitario que formaban la despensa diaria, almacenes y frigoríficos con los departamentos para conservar alimentos frescos, amén de secciones de fregado y despacho dietético. Se dispuso que el procesado de los productos pasara por una fase intermedia y seguidamente fueran cocinados en marmitas de vapor y ollas reversibles, enviando seguidamente las raciones directamente desde el oficio hasta las habitaciones por medio de carros calientes²⁴. El sistema de roperos y lavaderos estaba previsto que condujera la ropa sucia a la estación de desinfección, con acceso directo a la zona de planchado, sección que se completaba con un almacén de ropa limpia y un local para costura. Especial relieve alcanzaban también en la residencia sanitaria los servicios de diagnóstico y terapéuticos, que se distribuyeron en las secciones de radioterapia, fisioterapia, farmacia y laboratorios, todos ellos al mismo nivel que cualquier otro de su mismo tipo en ciudades más grandes y con equipamientos de mayor capacidad en cuanto al número de camas²⁵. La primera sección, subdividida en zonas de terapia y de examen radiológico, integraba respectivamente sala de espera, dos salas de terapia con local de control compartido, cabinas, aseo, sala de recuperación, departamento para examen y tratamiento, despacho médico y archivo, además de dos recintos de rayos X con cabina de control también compartida, cámara oscura, aseos, vestuario y sala de espera, además de despacho médico y archivo. La sección de fisioterapia estaba formada por locales de mecanoterapia, hidrote-

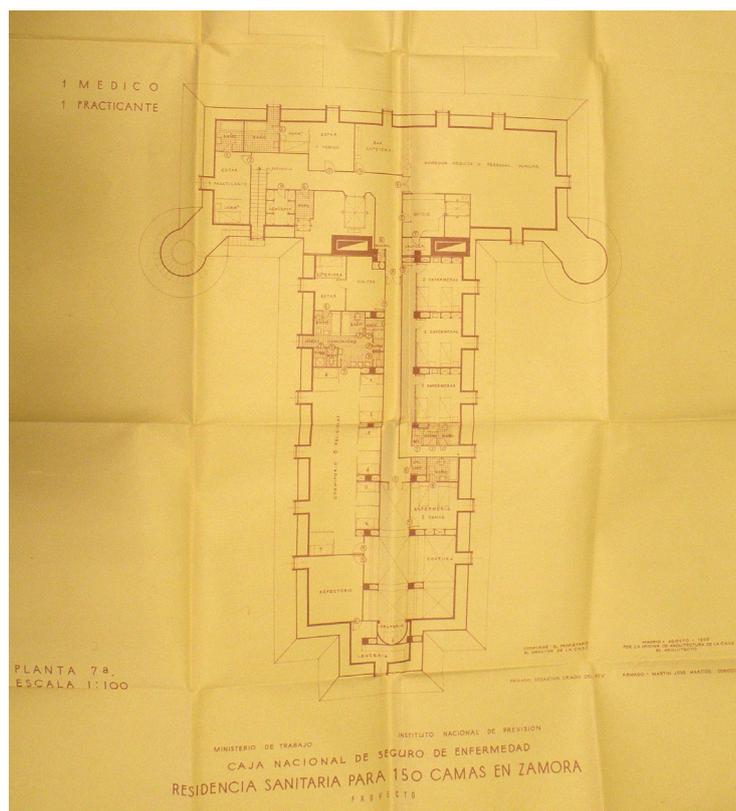


Figura 2. Archivo Histórico Provincial de Zamora. Delegación Provincial de la Vivienda (AHPZa. DPV). Plano de la planta séptima.



Figura 3. Oratorio de la planta de religiosas. Archivo Provincial de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación. Comunidad de Zamora. Colección fotográfica sin clasificar.

rapia y electroterapia, dotados con sus correspondientes oficinas, servicios y salas de espera. Por su parte, la farmacia integraba la oficina de despacho y sendos recintos para la elaboración de medicamentos y soluciones. Finalmente, el laboratorio estaba previsto que integrara los despachos para el jefe de la sección y los médicos, almacén, sala de espera, dependencias para metabolismo basal, toma de muestras, laboratorio de química, salas de lavado y esterilización y laboratorios bacteriológico y serológico²⁶.

Completaban los servicios las unidades relacionadas con el descanso del personal facultativo y otras dependencias no estrictamente médicas. Entre ellas, el técnico destacó los departamentos de dirección, administración y capilla, así como la sala de descanso de médicos, la biblioteca del hospital y la sala de conferencias, previstas estas últimas junto a la entrada principal e interconectadas entre sí. Por su parte, la planta séptima albergaba la residencia de médicos y practicantes, así como la de la comunidad religiosa al servicio del centro. Estrictamente marcada por la diferenciación operada en cuanto a la categoría profesional de sus usuarios, se organizó conforme a células que trataban de responder jerárquicamente a las necesidades del personal al que prestaban servicio. Así, los apartados para

el médico y para el practicante disponían cada uno de ellos de baño, dormitorio y sala de estar individuales, mientras que las enfermeras debían compartir dormitorios dobles y un baño para cada dos. La distribución de espacios destinado a las religiosas abundó en este esquema, disponiendo los planos un único dormitorio común distribuido en camarillas y compartido por siete usuarias, aunque la superiora sí disponía de dormitorio y aseo individuales, además de sala de estar. La escasez de espacio en esta planta era manifiesta en el hecho de que los accesos al propio dormitorio y al refectorio de la comunidad se dispusieron únicamente a través del denominado *oratorio*, incluso el paso a una habitación con dos camas más para enfermería se realizó también de esta forma. Asimismo, debido a las características de altura de esta planta, netamente condicionada por la muy pronunciada pendiente de las cubiertas, los espacios laterales quedaron reducidos a su mínima expresión. Según los planos, estaba integrada por un vestíbulo común, bar cafetería y comedor, sala de recreo, oficio, lencería y cuarto de estar y dos dormitorios para médicos, así como un cuarto de estar y dormitorio para el practicante, con sus correspondientes aseos. Distribuida a lo largo del tramo mayor de la planta se encontraba

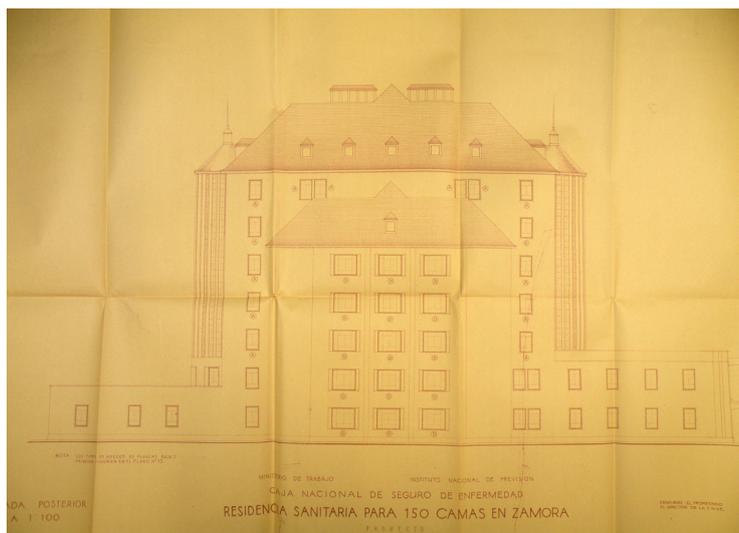


Figura 4. Archivo Histórico Provincial de Zamora. Delegación Provincial de la Vivienda (AHPZa. DPV). Legajo 23, expediente 21. Plano de alzado posterior.

la zona habilitada para la comunidad religiosa²⁷. La orden elegida en Zamora fue la de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación, que se incorporó el 31 de enero de 1955 a su misión, pocos días antes de que la residencia comenzara a funcionar. Los planos destinaron para la comunidad una superficie repartida entre sala de visitas, estancia para la superiora, dormitorio común, aseos, enfermería, refectorio, sala de lencería, sala de costura y oratorio²⁸. Estas dos últimas asignaciones se integraban en una única dependencia de planta irregular y asimétrica respecto del eje del cuerpo, al que no se ajustaba. Se disponía un espacio longitudinal en tres tramos, al que se adosaba una zona lateral al este que se extendió únicamente en los dos tramos más próximos al denominado *oratorio*. Esta zona fue concebida por el arquitecto como si de una sala de usos múltiples y lugar de paso se tratase, tratando de dar así respuesta a la escasez de espacio y haciendo compatible su uso como sala de costura, sala de estar y oratorio²⁹. Quizá por esta última función aparece notablemente decorada en los dibujos, dotada con un falso techo resuelto en bóvedas de arista según los tramos, arcos de medio punto en el tramo más próximo al oratorio y arcos carpaneles en los dos restantes. Su concepción polivalente permitía que fuese utilizada como nave del oratorio, que pasaba a adquirir entidad de presbiterio concretado en un ábside semicircular cubierto por una bóveda de un cuarto de esfera. La decoración fijada en los planos confería a este recinto una entidad diferenciada y de mayor dignidad respecto de otras dependencias de la vivienda de las religiosas³⁰ (figuras 2 y 3).

Dos circunstancias condicionaron especialmente la propuesta definida por el arquitecto. Estas tenían que ver especialmente con el cuidado diseño de las conexiones y los cruces de tránsito interno y también con la diversificación de accesos, tal como se puede comprobar a lo largo de la memoria. En efecto, Marcide definió con singular denuedo lo tocante a lo que él denominó *circulaciones*, considerado esencial para el correcto funcionamiento de la residencia sanitaria. Hasta tal punto fue así que dedicó casi tres páginas y media de este documento, de un total de dieciséis, para justificar sus opciones³¹. Después de desarrollar hasta quince posibles circunstancias conflictivas o puntos calientes en el edificio, explicó con detalle las decisiones adoptadas e incluso expuso la trayectoria a seguir en cada caso, desde el ingreso de los pacientes hasta la evacuación de los residuos. Sin ánimo de ser rigurosos, únicamente señalamos que el arquitecto se inclinó por privilegiar los bloques de enfermería y quirúrgico, consideró el ambulatorio una unidad independiente y organizó las dependencias accesorias en torno al vestíbulo y la escalera principal, que diseñó con especial esmero. Todo ello ordenado a la decisiva —aunque aparentemente sencilla— finalidad de plantear «una lógica distribución que evite todo cruce que pudiera ofrecer perturbaciones»³². La definición de los accesos quedó supeditada también a este objetivo. Después de categorizar las personas o los objetos con acceso al hospital, el arquitecto definió el criterio de diversificación de entradas como la más adecuada respuesta a esta cuestión. En efecto, si bien reconoció que la existencia de un número escaso de ingresos facilitaba la vigilancia y el control del recinto, Marcide se inclinó por adoptar cierta variedad para una mayor adecuación a lo heterogéneo de los mismos y fundamentalmente en favor de la máxima independencia de estos. Así, la propuesta definitiva fijó cinco entradas al edificio, que se concretaron en el acceso principal en el lateral izquierdo para pacientes y sus visitantes y el personal facultativo y administrativo. El arquitecto determinó también una entrada exclusiva para el ambulatorio, una más doble en la fachada posterior para urgencias y pacientes ingresados desde ambulancias y otros vehículos, así como duelos y entierros, otra reservada para el personal subalterno en las fachadas laterales y finalmente una más para víveres y materiales en el alzado derecho. Por su propia definición, la capilla y la sala de conferencias contaron con ingreso directo desde la calle y desde el propio edificio³³ (figura 4).

Exteriormente, la residencia, rodeada de jardines con formas geométricas, destacaba por su concepción general y la organización de sus volúmenes, entre los que sobresalían dos torreones



Figura 5.
Alzado sur de la residencia sanitaria. Archivo de la Diputación Provincial de Zamora. Fondo Fotográfico Gullón. 10811.

cilíndricos que aportaban gran verticalidad al conjunto, así como las pronunciadas cubiertas de pizarra. Precisamente este particular, así como la dotación de agujas en los coronamientos de los cuerpos cilíndricos, remitían a algunos elementos propios de la arquitectura historicista de cuño neoherreriano, que había sido constante durante la primera etapa del franquismo, quizá resaltando la condición estatal del inmueble y probablemente cierta vinculación estilística con la vecina sede de las escuelas profesionales de la Fundación San José proyectada por el equipo de Luis Moya Blanco. No obstante, los parecidos de la residencia sanitaria, principalmente en lo referente a la composición de las fachadas, con el hospital de La Coruña o el ambulatorio Hermanos Larucea de León³⁴, obra del propio Marcide, son incuestionables. Por otro lado, aportaba especial relieve al inmueble la doble rampa de acceso para ambulancias situada en la fachada oeste, que de algún modo se convertían en un elemento icónico, aunque no exclusivo, del edificio. Como ya hemos señalado, el programa de necesidades mejoró la propuesta presentada inicialmente a la oficina de arquitectura por la Subdirección Médica del Seguro de Enfermedad, lo que supuso un aumento de 25 camas hasta un total de 175, conseguida fundamentalmente gracias a las adaptaciones obradas en la propuesta ya definida³⁵. El importe del presupuesto aprobado para la construcción de la residencia ascendió a 21.629.874,78 pesetas³⁶ (figura 5).

Marcide Odriozola, arquitecto

Algunas de las particularidades que hemos señalado acerca de la residencia sanitaria fueron el logro de la extraordinaria pericia profesional de su proyectista. Si bien el modelo de equipamiento se ajustaba a unas directrices comunes trazadas para todas las instalaciones que se estaban levantando o que estaban a punto de hacerlo a lo largo del territorio nacional, la justificación de algunas unidades e incluso la definitiva ampliación de la oferta de la residencia zamorana, así como la autoría de un elevadísimo número de los hospitales construidos en el país, descansaban sobre este arquitecto. Martín José Marcide Odriozola (1916-1972, titulado en 1943)³⁷ nació en Bilbao. Tras lograr el título de arquitecto en 1943, a finales de 1946 concurre a un concurso de anteproyectos de hospitales convocado por el Instituto Nacional de Previsión, presentando una propuesta de centro sanitario de 500 camas por la que consiguió un accésit. Como consecuencia de este certamen, en marzo de 1947 ingresó en la oficina de proyectos de ese organismo dependiente del Ministerio de Trabajo³⁸, de la que llegó a ser jefe de proyectos ya a finales de la década de 1950, a pesar de que su estatus durante toda su carrera profesional fue el de arquitecto contratado por obra³⁹.

El 14 de diciembre de 1942 se había promulgado la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad y el 25 de noviembre de 1944, la Ley de Ba-

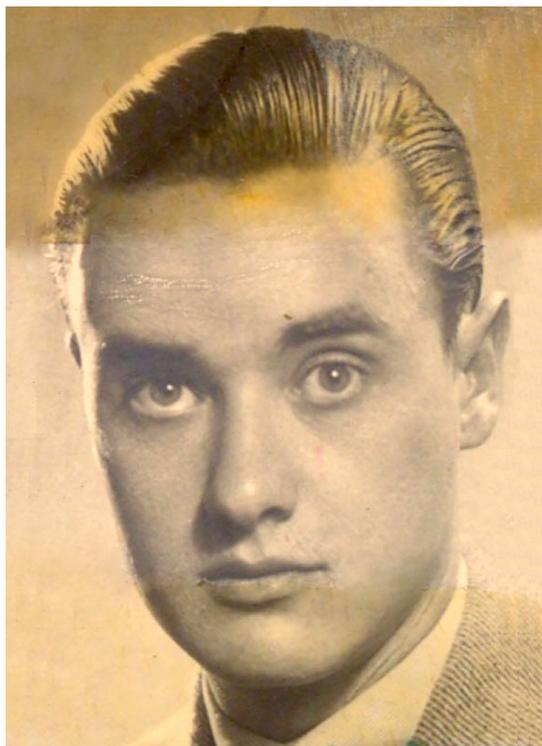


Figura 6.
Fotografía de Martín José Marcide Odriozola. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid. Servicio Histórico. 706.

ses de la Sanidad Nacional, ordenamientos que establecieron la política sanitaria del régimen de Franco⁴⁰. Como consecuencia de estos textos legales, el Ministerio de Trabajo aprobó el 19 de enero de 1945 el Plan de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, cuyo desarrollo por medio de una comisión nombrada por el Instituto Nacional de Previsión determinó construir residencias sanitarias de entre 100 y 500 camas en todas las capitales de provincia del país, así como ambulatorios en los núcleos rurales de mayor relevancia⁴¹. En este contexto, Marcide Odriozola, Aurelio Botella Enríquez y Fernando García de Mercadal se integraron en la estructura del Instituto Nacional de Previsión junto a los arquitectos Juan de Zavala y Lafora, Eduardo de Garay y Garay y Germán Álvarez de Sotomayor, formando todos ellos el equipo de arquitectos de la oficina técnica⁴². Estos profesionales contaron también con la participación de un pequeño grupo de ingenieros, aparejadores y delineantes, así como con el asesoramiento de un equipo médico, asumiendo la responsabilidad de la proyección de la gran mayoría de los establecimientos hospitalarios más importantes del país⁴³. A lo largo de su carrera en esta institución, Marcide trabajó también con Aurelio Botella Enríquez, Rafael de Aburto Renobales, Fernando Flórez Plaza, Miguel Tapia-Ruano Rodrigáñez, Federico del

Cerro Espinos o Fernando Cavestany Pardo-Valcarce (figura 6).

Entre los proyectos sanitarios estrictamente diseñados por Marcide Odriozola, que solo en la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones ya alcanzó una nómina de más de 2.800 camas⁴⁴, sobresalen los hospitales de Zamora⁴⁵ (1951), Burgos, La Coruña, Mahón, Santiago, Valladolid⁴⁶, Almería⁴⁷, Vigo⁴⁸, Palma de Mallorca⁴⁹, Bilbao⁵⁰ (1955) y las madrileñas Residencia Sanitaria La Paz⁵¹ (1964), y en colaboración, entre otros proyectos, la Residencia Sanitaria 1º de Octubre⁵² (1972), el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal⁵³ (1972), además del hospital de Hospitalet de Llobregat (1973)⁵⁴. También fue proyectista en solitario de varios ambulatorios, como el Hermanos Larrucea⁵⁵ (1952), de León, y los de Baracaldo, Bilbao, Ciudadela, El Ferrol, Medina del Campo, Medina de Rioseco, Pampliega⁵⁶ y el del paseo del Doctor Esquerdo⁵⁷ (1951), en Madrid. En 1960 fue el autor del proyecto teórico de hospital de 300 camas junto con el equipo de doctores Aliseda, Junquera y Santos, llevando así a efecto el modelo alternativo de máxima eficiencia perseguido por el Instituto Nacional de Previsión⁵⁸. Asimismo, proyectó los equipamientos religiosos de los denominados *edificios iniciales* de la Ciudad Sanitaria Provincial y los institutos provinciales Médico-Quirúrgico y de Psiquiatría (1965) de Madrid⁵⁹. También en 1965 acometió, a instancias del Ministerio de Trabajo, la proyección de la Universidad Laboral de Alcalá de Henares (1965). Ya al final de su carrera proyectó junto a Miguel Tapia-Ruano Rodrigáñez y Fernando Flórez Plaza la nueva sede de la Mutualidad Laboral (1971) en el antiguo hospital San Carlos de Madrid, propuesta frustrada y cuyo edificio acoge en la actualidad el Centro de Arte Reina Sofía. Sus obras en lo tocante al ejercicio liberal de la profesión son escasas, entre las que destacan dos chalets proyectados en la costa malagueña en los años cincuenta⁶⁰. También fue el proyectista junto con Rafael de Aburto Renobales de la plaza de acceso al acueducto de Segovia⁶¹ (1946). Su obra inicial en Zamora fue la Residencia Sanitaria Ramiro Ledesma Ramos (1951), establecimiento enmarcado en el primer Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad. Cuatro años más tarde proyectó para la capital un centro educativo a instancias del Ministerio de Trabajo, con el fin de convertirse en la primera universidad laboral femenina del país. Participaron también en la concepción del proyecto (1955) los arquitectos Manuel Jaén Albaiteiro y Carlos García-San Miguel Fernández Hermosa. Pasados unos años, sobre la estructura de hormigón existente, Marcide recibió el encargo de levantar ya en solitario un equipamiento edu-

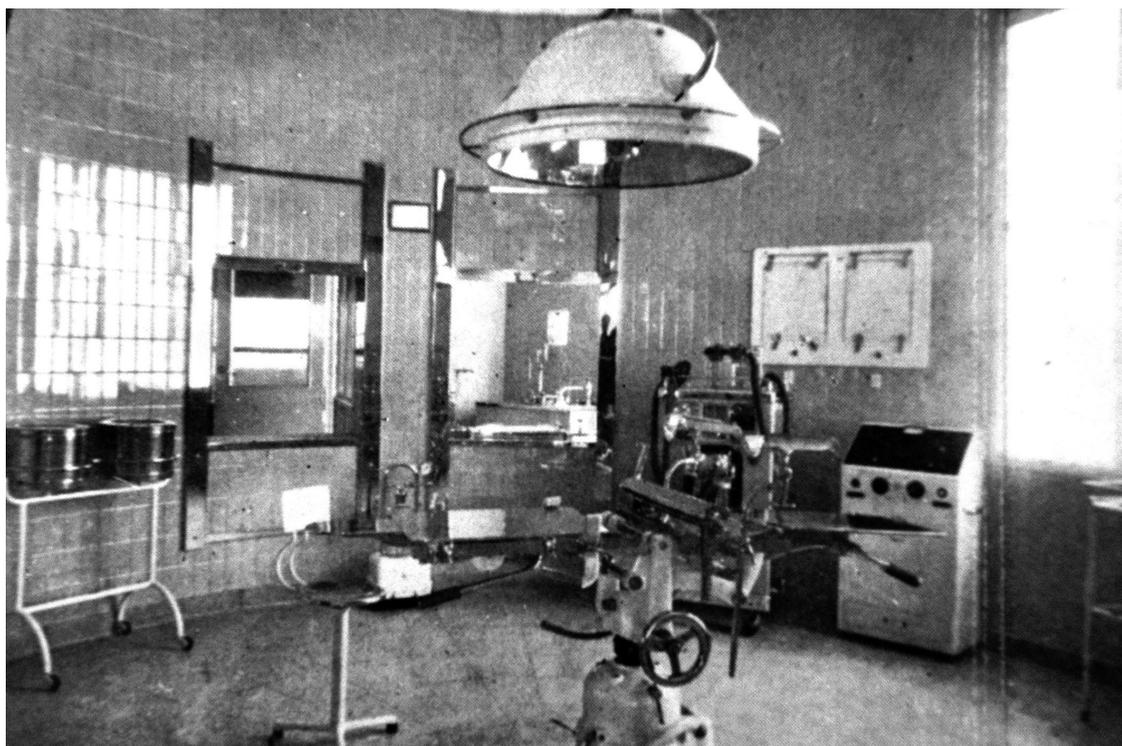


Figura 7.
Fotografía de las unidades de esterilización y quirófano. INGESA. Biblioteca. Documento INP 00914. Instituto Nacional de Previsión. Residencia Sanitaria Ramiro Ledesma Ramos. Centro de Estudios y Publicaciones. 1955, s/p.

cativo como ampliación de las Escuelas Profesionales de la Fundación San José, denominado Colegio Rey Fernando, y cuya propuesta hizo efectiva en junio de 1966⁶². Martín José Marcide Odrizola falleció prematuramente en 1972, cuando aún le restaban al menos nueve años de ejercicio profesional.

Alteraciones dotacionales

En febrero de 1952 comenzaron los trámites administrativos para dar comienzo propiamente a la construcción de la residencia sanitaria zamorana⁶³. La mejora del programa del hospital con la ampliación de la oferta de 25 camas, como ya adelantamos, supuso algunos cambios en el edificio⁶⁴. A tenor de la documentación con que contamos, parecería que la mayoría de ellos se produjeron durante el período que se extendió entre la redacción de la memoria y el dibujo de los planos, de modo que Marcide habría decidido obviar lo consignado en la documentación escrita del proyecto y adoptar las alteraciones conforme se encontraban recogidas en los planos, que en última instancia serían los referentes decisivos para la construcción del equipamiento. Algunas de estas modificaciones fueron meramente epidérmicas, mientras que otras afectaron a unidades críticas y llevaron

conllevando variaciones constructivas importantes. En otros casos simplemente se suprimieron algunos conceptos y hubo que dar respuesta a sus necesidades, que, no obstante, no desaparecieron, sino que fueron integrados en otros espacios del edificio, con lo que se tuvo que recurrir fundamentalmente a la pericia del proyectista.

En efecto, la distribución de los espacios y de las especialidades de la residencia sanitaria difirieron entre lo fijado en la memoria y lo consignado en los planos del proyecto. Atendiendo a la distribución que finalmente se ejecutó y no a lo indicado en la documentación textual, la planta baja del edificio estaba dedicada a ambulatorio y consultas de pediatría, puericultura, maternidad, atención pulmonar y aparato digestivo, medicina general y rayos X, además de los servicios de calefacción, cocina, lavaderos, urgencias y necropsias. En la planta primera se ubicaron las consultas de cirugía general, traumatología, urología, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, aparato circulatorio, neuropsiquiatría, radiología, radioterapia, laboratorios, administración y dirección. Por su parte, la planta segunda acogió el servicio de obstetricia; la tercera y la cuarta, el de cirugía —con un grupo de quirófanos cada una—, y las plantas quinta y sexta, medicina general (figura 7). La séptima planta incorporó la residencia para el personal sanitario y la comunidad religiosa⁶⁵.



Figura 8.
Maqueta de la residencia sanitaria. INGESA. Biblioteca. Documentos 000497. *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Informe de la Dirección, p. 183.

La organización definitiva de las especialidades se adaptó sin mayores inconvenientes al inmueble y evidenció una ordenación de espacios realmente eficaz, manteniendo asimismo los criterios planteados por Marcide en cuanto a las comunicaciones y a la organización de accesos. No obstante, la desestimación de algunas unidades respecto de la propuesta detallada en la memoria fue especialmente significativa en cuanto a las repercusiones arquitectónicas que llevó consigo en el conjunto. Entre ellas, nos detenemos especialmente en la capilla, por ser este el elemento arquitectónico que más cambio sufrió respecto de lo previsto inicialmente, y cuya variación supuso una modificación sustantiva de los planes trazados. De hecho, concretamente este particular concentró la mayor alteración del proyecto arquitectónico en su conjunto.

Efectivamente, la documentación redactada por Marcide resulta sensiblemente contradictoria respecto de la ubicación del recinto religioso. Así, mientras que en los planos la capilla aparecía situada en la planta quinta de la residencia sanitaria, exactamente en el lugar en que fue definitivamente ejecutada, la memoria la situaba hasta por dos ocasiones en la planta primera de un cuerpo autónomo de planta circular⁶⁶. La documentación principal del proyecto comprende los planos y la memoria de la residencia, firmados los primeros en agosto de 1950 y la segunda, en abril de 1951. Esta circunstancia

llama poderosamente la atención, especialmente porque la memoria, redactada ocho meses más tarde, parecía suponer la rectificación de los planos previamente trazados, y sin embargo no fue así, dado que la ejecución definitiva del hospital se ajusta a la dispuesta en los dibujos. Quizá algo tenga que ver con esta cuestión la existencia en la maqueta de la residencia sanitaria de Zamora de un cuerpo cilíndrico cubierto con una cúpula y emplazado inmediatamente al noreste de la rampa de ingreso⁶⁷, modelo que se repitió también en el centro hospitalario de Zaragoza, proyectado por Fernando García Mercadal⁶⁸. Esta maqueta presenta un volumen cilíndrico parcialmente exento que reproduce en los muros la solución dictada por Marcide para el cuerpo de la escalera principal del edificio, a base de ventanales continuos verticales, y está coronada por una cúpula presumiblemente revestida con pizarra y rematada por una linterna. Conforme a lo indicado en la memoria proyectual, el espacio religioso estaba previsto que ocupara la planta superior de este elemento, quedando el inferior reservado a la unidad de costura (figura 8).

No obstante esta definición consignada en la maqueta y en la memoria, la capilla quedó finalmente instalada en la planta quinta de la residencia, en lo que los planos denominaron *colín*, bajo la cubierta del cuerpo central de la fachada noroccidental del edificio. Este espacio tenía

forma de T, por lo que los planos dispusieron la capilla en el tramo más largo, dedicando los brazos laterales a almacenes y la parte central en el declive de la cubierta a sacristía. La planta del recinto sagrado propiamente dicho era rectangular y se desarrollaba en una nave ordenada en cuatro tramos, acusando una marcada direccionalidad hacia el presbiterio, de planta poligonal. El ábside estaba proyectado también en forma poligonal y se correspondía en su integridad con el presbiterio. En su centro, aunque en disposición conforme a la normativa preconcebido para la celebración de espaldas a la asamblea, estaba ubicado el altar y sobre él se disponía el sagrario. Los planos situaban el acceso a la sacristía a través de una puerta ubicada en el centro del testero y parcialmente disimulada tras el altar, mientras que el acceso a los dos almacenes estaba previsto por medio de sendas puertas abiertas también en el testero, a ambos lados del ingreso a la sacristía. En los tres casos estas puertas generaban lunetos en el ábside. En los planos el alzado de la capilla tenía forma de casco de barco invertido, determinado en virtud de una estructura de cinco arcos apuntados alanceados definidos por la pendiente de los techos. Los tramos segundo y cuarto generaban lunetos para la entrada de luz natural que penetraba en el interior por medio de cuatro ventanas practicadas en la cubierta. El acceso a la capilla se efectuaba tras el control de la quinta planta. Sin embargo estas especificaciones, y a pesar de lo que hemos enunciado más arriba, la ejecución definitiva de esta dotación fue sensiblemente diferente de lo consignado en los planos, si bien *grosso modo* se ajusta a ellos salvo en algunas particularidades de carácter puntual⁶⁹ (figura 9).

La concepción general de la capilla fue respetada en su construcción, que dio lugar a un recinto de planta rectangular, marcada direccionalidad y estructura conseguida a partir de arcos ojivales, y que quedó determinada por la pendiente de las cubiertas del edificio. Sin embargo, el presbiterio, más estrecho, pasó a contar con testero plano protagonizado por un ojo de buey cubierto con vitrales, participando nada más fue concluida la obra del modelo de vidrieras y de altar instalados en la capilla de la Residencia Sanitaria Almirante Vierna, de Pontevedra⁷⁰. A los pies se abría una puerta en arco escarzano recercado en piedra y sobre ella existía un remedo de rosetón ciego labrado en piedra de Campaspero, empleada también en el altar, único polo litúrgico de fábrica del recinto, y las pilas de agua bendita. En cuanto a los materiales, compartió las buenas calidades empleadas en la residencia sanitaria en su conjunto, si bien adoptó otros específicos de gran nobleza para señalar la condición sagrada del oratorio, como los mármoles

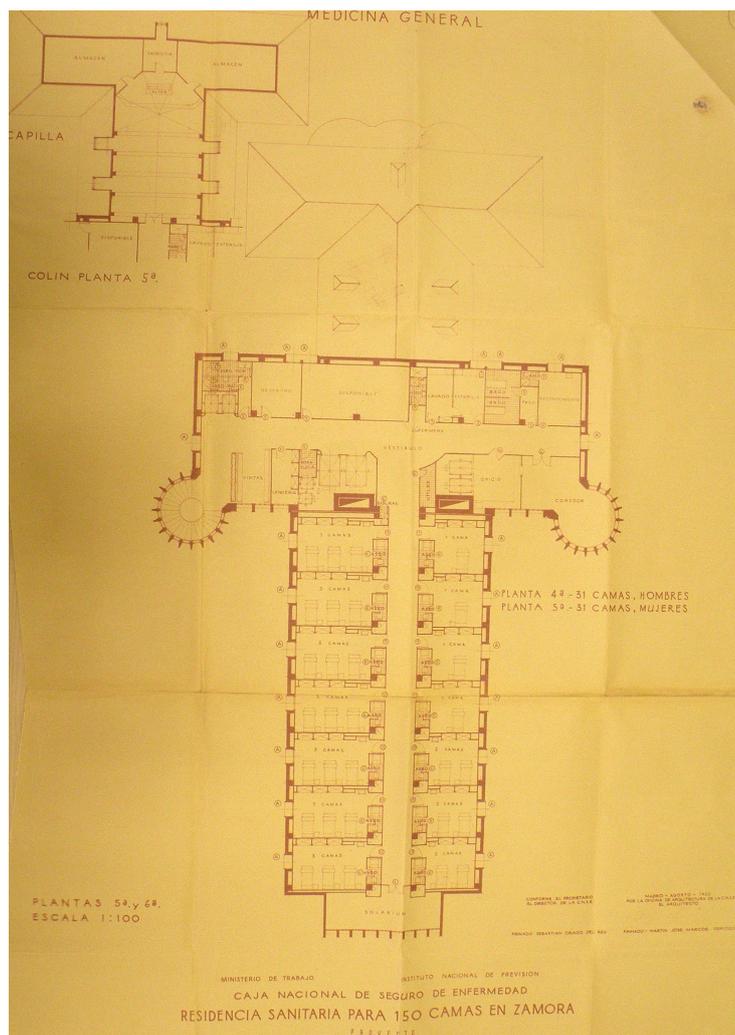


Figura 9. Archivo Histórico Provincial de Zamora. Delegación Provincial de la Vivienda (AHPZa. DPV). Legajo 23, expediente 21. Plano de las plantas quinta y sexta.

en los suelos o la piedra de los elementos citados. La apariencia general era equilibrada gracias a la aplicación de color verde musgo en el testero, mientras que la nave combinaba el color blanco en los lunetos y el marfil en los paños. Resta señalar que la definición concreta a base de arcos ojivales responde más a su adecuación a la extraordinaria pendiente de la cubierta que a una referencia historicista. Con la reforma del hospital iniciada en 1999 la capilla fue desmantelada y su recinto destruido en diciembre de 2005⁷¹. Su espacio, así como el de la sacristía y las dependencias contiguas, se transformó en la biblioteca del complejo asistencial (figura 10).

El recinto hospitalario se inauguró el 15 de febrero de 1955 bajo la denominación de Residencia Sanitaria Ramiro Ledesma Ramos⁷². Junto a numerosas autoridades locales y personalidades nacionales participaron en el acto el presidente del Instituto Nacional de Previsión,



Figura 10.
Capilla de la residencia sanitaria. Archivo Provincial de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación. Comunidad de Zamora. Colección fotográfica sin clasificar.



Figura 11.
Vista general de la residencia sanitaria. Archivo Diputación Provincial de Zamora. Fondo Fotográfico Gullón. 10876.

el zamorano Carlos Pinilla Turiño, y el director general de Previsión, Fernando Coca de la Piñera⁷³ (figura 11). Con el paso del tiempo las instalaciones de la residencia fueron quedando obsoletas y el edificio fue experimentando reformas constantes conforme lo fueron requiriendo los

avances médicos, destacando la ampliación de 1975 con un nuevo cuerpo de residencia adosado al este, la construcción en 1986 del centro de salud anexo al hospital ya denominado Virgen de la Concha y la última reforma integral iniciada en 1999 e inaugurada el 2 de abril de 2007.

A modo de conclusión

Desde que fuera inaugurado en 1955, período al que hemos de sumar cinco años más desde que dieran comienzo los primeros movimientos para su logro hasta que finalizó su construcción, este equipamiento ha venido prestando asistencia sanitaria general a los habitantes de la provincia de Zamora bajo los auspicios del Instituto Nacional de Previsión originariamente, y después vinculado a distintos órganos ministeriales y autonómicos hasta nuestros días. El modelo en que se enmarca la residencia, similar al desarrollado por este órgano del Ministerio de Trabajo en la casi totalidad de provincias en nuestro país, garantizó la cobertura prácticamente universal a los pacientes, gracias al servicio generalista ofrecido por el centro hospitalario y también a las dotaciones médicas con que fue equipado. De alguna forma, con ellas la provincia salía del puesto periférico en que se encontraba instalada también en cuestiones médicas. La solución arquitectónica del hospital se encuadró en el modelo

tipológico propuesto por el Departamento de Arquitectura de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, situado a la misma altura en cuanto a equipamientos que otros centros de su misma envergadura y sin atender a la geografía de su ubicación. Aunque desde el punto de vista formal el hospital evidenció ciertos guiños estéticos encuadrados aún en el historicismo, su arquitectura se acogió a la vanguardia desde una clave eminentemente funcional, constituyéndose como equipamiento arquitectónico capaz de brindar servicios médicos de primera línea. Con el paso de los años la residencia sanitaria avanzó en una constante puesta al día que se hizo más evidente aún ya en democracia, a pesar de la pérdida de importantes elementos y de algunos valores arquitectónicos del edificio. Quizá su constante evolución haya sido posible gracias a su vocación como principal referente médico en Zamora. Y, precisamente por ello, ostenta una importancia capital que nos permite comprender con mayor perspectiva la historia contemporánea de la sanidad en provincias.

1. ¿Qué es el Instituto Nacional de Previsión?, Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1923, p. 3-4.
2. A. PIELTÁIN (2007), *Arquitectura para la sanidad pública en España 1942-1977: Construcción de la red nacional de hospitales*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, p. 10.
3. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Biblioteca. Documentos 000497. Instituto Nacional de Previsión, *El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad: Informe de la Dirección*, Madrid, s/p, 2-4 y 12.
4. Archivo Histórico Provincial de Zamora. Delegación Provincial de la Vivienda (AHPZa. DPV). Legajo 23, expediente 21. Memoria. Proyecto de residencia sanitaria de 150 camas en Zamora para el Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad, abril de 1951. Los planos aparecen firmados en agosto de 1950, mientras que la memoria lo fue en abril de 1951.
5. *Ibidem*. Memoria, 1.
6. INGESA. Biblioteca. Documentos. 000497. Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión, *El Plan...*, op. cit., p. 2-4 y 12.
7. *Ibidem*, p. 126.
8. *Ibidem*, p. 136.
9. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Memoria, p. 1.
10. Cf. INGESA. Biblioteca INSALUD. INP. 00664.
11. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Memoria, p. 5.
12. *Ibidem*.
13. *Ibidem*, p. 2.
14. *Ibidem*.
15. *Ibidem*, p. 3.
16. *Ibidem*.
17. *Ibidem*.
18. *Ibidem*.
19. *Ibidem*, p. 11.
20. *Ibidem*, p. 12.
21. *Ibidem*, p. 12 y 13.
22. *Ibidem*, p. 13.
23. *Ibidem*, p. 14.
24. *Ibidem*.
25. *Ibidem*, p. 15.
26. *Ibidem*.
27. *Ibidem*, p. 15-16.
28. *Ibidem*. Plano 7.
29. Información aportada por la religiosa Teresa Mielgo Villamor en una entrevista mantenida el 27 de enero de 2011.
30. La ejecución de este espacio prácticamente no difirió respecto de lo proyectado, que se redujo a detalles. Su gran altura deja dudas sobre la solución definitiva empleada en las bóvedas. Sin embargo, algunas fotografías que se conservan del oratorio evidencian la existencia de una bóveda de cañón en el primer tramo, junto al presbiterio.
31. *Ibidem*. Memoria, p. 7-10.
32. *Ibidem*, p. 10.
33. *Ibidem*, p. 6-7.
34. E. ALGORRI GARCÍA; Á. ROMÁN FERNÁNDEZ y G. BOTO VARELA (2000), *León. Casco Antiguo y Ensanche: Guía de arquitectura*, COAL, León, p. 182-183.
35. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Memoria, 1.
36. *Ibidem*. Notificación del director provincial del Instituto Nacional de Previsión, de 21 de febrero de 1952.
37. E. ALGORRI GARCÍA; Á. ROMÁN FERNÁNDEZ y G. BOTO VARELA, *León. Casco Antiguo...*, op. cit., p. 182.
38. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS (2003), *Los hospitales de Franco: La versión autóctona de una arquitectura moderna*, Madrid, Universidad Politécnica de Madrid, p. 36-7 y 39.
39. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 59.
40. A. PIELTÁIN, *Arquitectura para la sanidad...*, op. cit., p. 10.
41. INGESA. Biblioteca. Documentos. 000497. Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión, *El Plan...*, op. cit., p. 2-4 y 12.
42. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 37.
43. El arquitecto escribió ya en 1960 un artículo en la revista *Arquitectura* mostrando una panorámica de las obras hospitalarias construidas entre 1948 y 1960. Véase M.J. MARCIDE ODRIOZOLA (1960), «Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España: Los hospitales construidos en los últimos doce años; proyectos en estudio en el momento actual», *Arquitectura*, 19, p. 43-45.
44. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 37.
45. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Memoria y planos.
46. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 37.
47. «Hospital de Almería: Arquitecto, Martín José Marcide», *Arquitectura*, 19 (1960), p. 34-35.
48. «Hospital de Vigo: Arquitecto, Martín José Marcide», *Arquitectura*, 19 (1960), p. 36-37.
49. «Hospital en Palma de Mallorca: Arquitecto, Martín José Marcide», *Arquitectura*, 19 (1960), p. 38-40.
50. «Hospital en Bilbao para 650 camas: Arquitecto, Martín José Marcide», *Arquitectura*, 19 (1960), p. 31-33 y «Proyecto para nuevo Hospital de Bilbao», *Nueva Forma*, 35 (1968), p. 59.
51. «Residencia sanitaria de la Seguridad Social La Paz de 855 camas: Madrid (España)», *Informes de la Construcción*, 167 (1965), p. 33-47, y A. BERLINCHES ACÍN (dir.) (2003), *Arquitectura de Madrid. 2: Ensanche*, Madrid, Fundación COAM, p. 434.
52. «Residencia sanitaria de la Seguridad Social 1º de Octubre (1200 camas), Madrid», *T.A. Temas de Arquitectura y Urbanismo*, 178 (1974), p. 50-61, y A. BERLINCHES ACÍN (dir.) (2003), *Arquitectura de Madrid. 3: Periferia*, Madrid, Fundación COAM, p. 625.
53. A. BERLINCHES ACÍN, *Arquitectura de Madrid. 3...*, op. cit., p. 108.
54. «Residencia sanitaria de la Seguridad Social Príncipe de España en el polígono Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona)», *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo*, 97 (1973), p. 23-24.
55. *León: Casco Antiguo...*, op. cit., p. 182-183.

56. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 37.
57. A. BERLINCHES ACÍN, *Arquitectura de Madrid. 2...*, op. cit., p. 358.
58. A. PIELTÁIN ÁLVAREZ-ARENAS, *Los hospitales de Franco...*, op. cit., p. 59.
59. «Marcide, Martín José: Iglesia de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco: Madrid (España)», *Informes de la Construcción*, 234 (1971), p. 37-42, y *Arquitectura de Madrid*, 3, p. 442.
60. M.J. MARCIDE ODRIÓZOLA (1953), «Dos chalets en la costa de Málaga», *Revista Nacional de Arquitectura*, 133, p. 32-37.
61. «Concurso Nacional de Arquitectura», *Revista Nacional de Arquitectura*, 61 (1947), p. 21-23.
62. R. Á. GARCÍA-LOZANO, *La obra conjunta de la Universidad Laboral de Zamora. Arquitectura civil y religiosa de la Fundación San José*, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca, p. 265-308.
63. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Notificación del arquitecto asesor de la Dirección Provincial de la Vivienda, de 22 de febrero de 1952.
64. *Ibidem*. Memoria, p. 1.
65. B. MUÑOZ MARTÍN; R. RAMOS ALONSO y I. BELVER TURIEL (2006), *El Hospital Virgen de la Concha: Un camino de recuerdos con salud. 50 años de vida*, Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, p. 24-26.
66. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Memoria, p. 5-7.
67. INGESA. Biblioteca. Documentos 000497. *El Plan...*, op. cit., p. 182.
68. *Ibidem*, p. 183.
69. AHPZa. DPV. Legajo 23, expediente 21. Plano de las plantas quinta y sexta, y plano de sección.
70. INGESA. Biblioteca. Documentos 000331. Álbum fotográfico. Capillas del Instituto Nacional de Previsión, s/p. Años más tarde se eliminó la vidriera y el óculo fue cegado.
71. Información obtenida a partir del material fotográfico de la colección de José Luis de Castro Acosta.
72. Este personaje fue un político zamorano fundador de las JONS, nacido en Alfaraz de Sayago en 1905 y fusilado en la localidad madrileña de Aravaca en 1936.
73. «Inauguración de la Residencia Sanitaria Ramiro Ledesma Ramos», *El Correo de Zamora*, 15 de febrero de 1955, p. 2. Noticiero N 634 B. <<https://www.rtve.es/filmoteca/no-do/not-634/1485270/>> (Consulta: 19 de enero de 2020).

