



Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Escuela de Arquitectura

Reposición Instituto Nacional de Geriatria “Presidente Eduardo Frei Montalva”

Memoria para optar al Título de Arquitecto
Noviembre 2010

Alumno
Francisco Pizarro Chacón
Profesor Guía
Humberto Eliash

Agradecimientos:

a mi familia, por el apoyo incondicional y la ayuda
al profesor Humberto Eliash por la paciencia
a ti Gisela por ser la que vale!
y a todos los que me ayudaron

INTRODUCCIÓN

UNO_ TEMA

Problemática/origen del proyecto	9
Remezón al sistema de salud pública	10
El envejecimiento de la población: un triunfo y un desafío	11
Mejor prevenir que curar	14

DOS_ ANTECEDENTES GENERALES

La política pública de Chile respecto al AM	16
La oferta de salud específica	18
Instituto Nacional de Geriátría (INGER)	20
Reposición Hospital Salvador e Instituto Nacional de Geriátría	21
La necesidad de infraestructura nueva	24

TRES_ LUGAR

Ubicación	26
Criterio de localización	28
Territorio al cual pertenece el INGER	29
Población	30
Usuario	31
Lugar y su estructura urbana	32
Antecedentes del terreno	33
Accesibilidad	34
Factibilidad técnica y legal	36
Funcionalidad	37
Modelo de gestión y atención integrado	42

CUATRO_ PROGRAMA

Oferta de atención	43
Programa arquitectónico	54
Tipos de usuarios	56

CINCO_ PROYECTO

Idea de proyecto	57
Conceptos	58
Estrategia / operación	60
Partido general	61
Forma y volumen	62
Función	63
Patios temáticos	66
Propuesta urbana	67
Estructural y materialidad	69

SEIS_ ANEXOS

76

SIETE_ BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS

Introducción

Los grandes cambios sociales y económicos verificados a partir de la segunda mitad de este siglo, han contribuido a la modificación del perfil demográfico de los países. Chile no escapa de esta tendencia y, ya a partir de la década de los 80 se encuentra - junto con Argentina, Cuba y Uruguay dentro de la etapa avanzada de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población con natalidad y mortalidad moderadamente baja, lo que se traduce en un crecimiento natural del orden del 1,4 por cada cien personas anualmente. El comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internacionales afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos que, a su vez, articulan demandas diferenciadas.

Es la primera vez en la historia de este País, que un creciente número de personas llega a la ancianidad. El proceso del envejecimiento tiene ya y provocará a futuro un gran impacto en sectores estratégicos de la estructura y tejido social del País...

UNO_ **Tema**

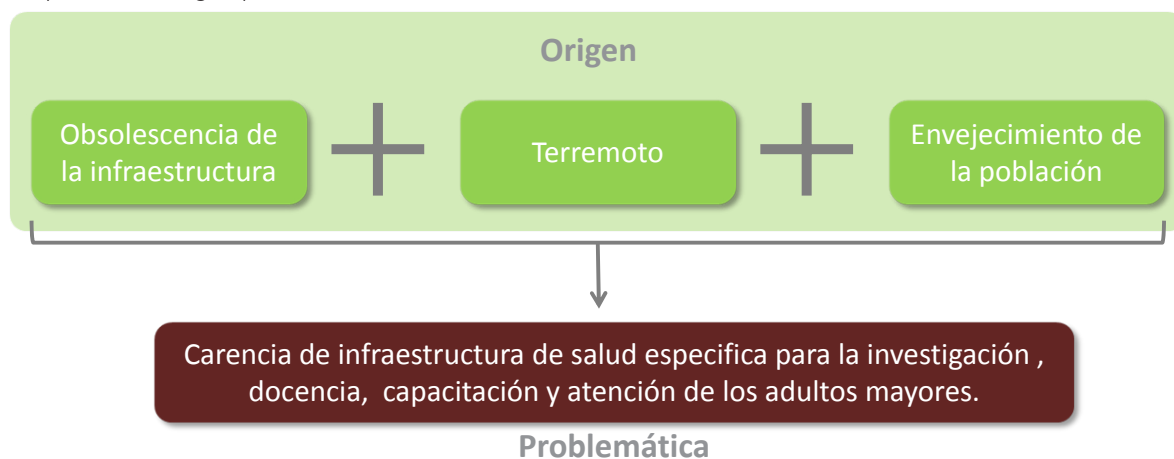
Problemática / origen del proyecto

El proyecto tiene su origen en la conjunción de tres situaciones: La primera es la obsolescencia que presentan algunas infraestructuras hospitalarias del servicio público originada en la gran cantidad de años de servicio con que cargan y el crecimiento desorganizado y caótico producto de la adecuación a las nuevas demandas y estándares. La segunda es el deterioro producido por el terremoto del pasado 27 de febrero, que dejó daños estructurales severos obligando a clausurar el establecimiento lo que claramente repercute en un déficit de atención para el adulto mayor¹ (AM). Por último la tercera situación o fenómeno es el acelerado envejecimiento de la población por el cual atraviesa nuestro País lo que da pie para pensar en los desafíos que plantea la construcción de una sociedad para todas las edades, en este caso desde el punto de vista sanitario.

La necesidad de una nueva infraestructura es evidente, hace algunos años que el Instituto viene estudiando la reposición de la institución dentro de un proyecto en conjunto con el Hospital Salvador que contemplaba construir un edificio donde funcionarían ambos recintos. Sin embargo el proyecto no ha prosperado principalmente por temas burocráticos y económicos.

Actualmente el INGER se encuentra operativo en un porcentaje bajo ya que tras el terremoto hubo que trasladar la partes más afectadas al Hospital Salvador produciendo un quiebre en la atención y por ende un mal funcionamiento.

Esquema n°1: origen problemática



¹ Persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que además crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA.

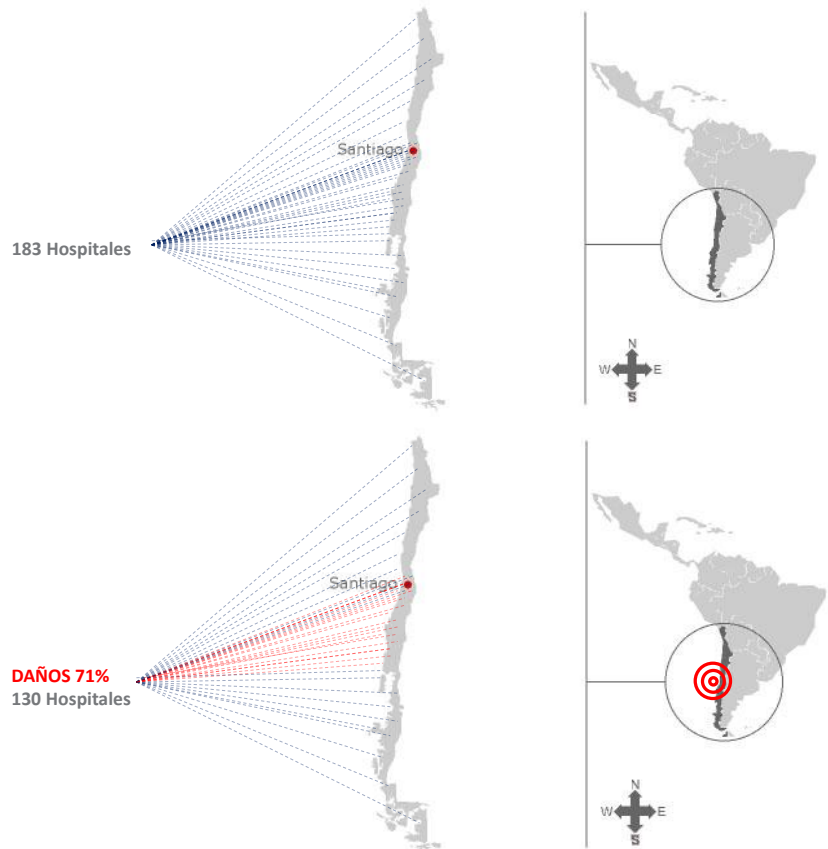
Remezón al sistema de Salud pública

Como todos saben el último terremoto ocurrido en el País provocó daños considerables dentro de toda la infraestructura (edificación pública, vialidad, vivienda, salud, etc.). Con respecto a la red asistencial, del sistema de salud pública, que en la zona afectada es integrada por 130 recintos hospitalarios, el Ministro Erazo indicó que “la evaluación realizada por el Ministerio dice que 14 hospitales han quedado con daños severos de más de un 75%. Y de estos una gran mayoría de ellos, 90%, son hospitales que tienen más de 50 años de construcción”². Esta situación sacó a relucir las falencias que tenían los distintos recintos hospitalarios, además plantea un escenario u oportunidad (siendo optimista), donde necesariamente el estado deberá plantear nuevas infraestructuras que -por ser consevidas- como recintos hospitalarios nuevos tendrán una eficacia y eficiencia mucho mayor (esto para el caso en que los recintos tengan que ser reconstruidos totalmente, como el caso del INGER.).

Esquema n°2: zona afectada por el terremoto

El caso del INGER debido a su antigüedad no soportó un tercer terremoto y su daño en zonas de atención a público fue tal, que debió ser clausurado.

Actualmente el INGER funciona separado una parte donde siempre ha estado (adaptando los recintos que no presentaron daños) y la otra en un área desocupada del Hospital Salvador donde fueron trasladados los pacientes de hospitalización aguda.



² Noticias publicadas en el sitio web del Ministerio de Salud, fecha de publicación 09-03-2010

El envejecimiento de la población: un triunfo y un desafío

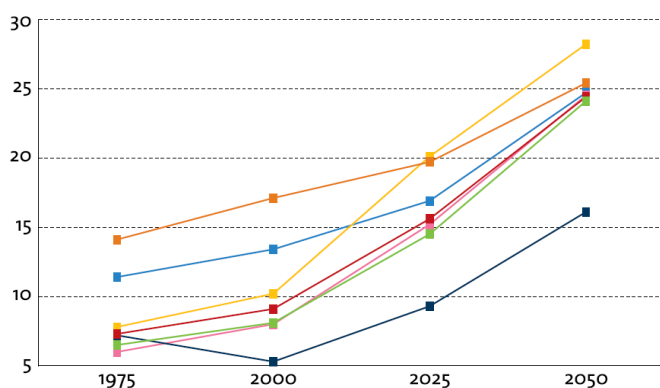
La población está experimentando profundas transformaciones en el contexto global que afectan su crecimiento y su estructura por edades. La menor mortalidad en la infancia, los nuevos patrones de causa de muerte (transición epidemiológica³), la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos y la creciente relevancia de las migraciones, entre otros factores son los responsables de estas transformaciones.

En América Latina el ritmo de crecimiento de la Población Adulta Mayor (PAM) se ha visto incrementado dramáticamente en los últimos años, en comparación con naciones desarrolladas. El nivel de envejecimiento que Europa logró en 100 años lo alcanzará América Latina en 50 años, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas y Políticas Públicas al nuevo escenario de una población con mayor vejez.

La modificación en la estructura por edades de la población, tiene como resultado el irrefrenable proceso del envejecimiento de las sociedades

modernas. Si bien en 1975 la PAM en la región era de 21.000.000 de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo ascendió a 41.000.000 de personas (8,1%). En las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la PAM, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100.000.000 de personas (14,1%) y en 2050, cerca del doble (23,4%) representando la cuarta parte de la población total. Las proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004), estiman que en el año 2050, veinte países latinoamericanos contarán con una esperanza de vida superior a los 75 años y 5 de ellos habrán rebasado los 80 años de vida en promedio, situación que implica que habrá 113 personas de edad por cada 100 jóvenes y niños.

Gráfico N°1: Porcentaje de Adultos Mayores. Países del Cono Sur, América Latina y el Caribe.



	1975	2000	2025	2050
Argentina	11,4	13,4	16,9	24,7
Brasil	6,0	8,0	15,2	24,5
Chile	7,8	10,2	20,1	28,2
Paraguay	7,2	5,3	9,3	16,1
Uruguay	14,1	17,1	19,7	25,4
Total Cono Sur	7,3	9,1	15,6	24,4
América Latina y el Caribe	6,5	8,1	14,5	24,1

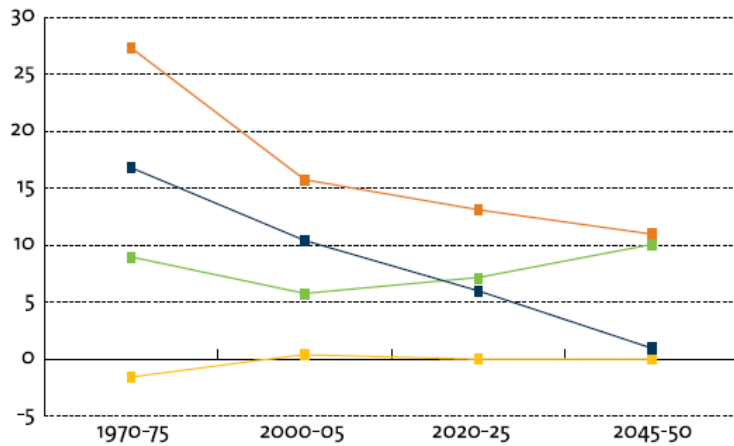
CEPAL, Boletín Demográfico, 2003

En base a lo anterior, se identifica el problema del envejecimiento como una realidad global, en la que su acelerado desarrollo marca la atingencia y urgencia de las Políticas Públicas y su coordinación multisectorial.

Chile no está ajeno a esta realidad, a lo largo de su historia se han evidenciado cambios demográficos enmarcados dentro del proceso Latinoamericano, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad, a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, mas notorio desde 1950. En menos de 30 años se pasa desde una situación de relativa alta representatividad de jóvenes (< 15 años) y bajo porcentaje de adultos (> 60 años), a una situación inversa, con un aumento sostenido de los AM.

La velocidad en la transición demográfica es acelerada y creciente; la PAM desde 1900 sólo demoró 50 años en duplicarse y 50 años más en cuadruplicarse.

Gráfico N°2: Tasas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento. (saldo cada mil habitantes)



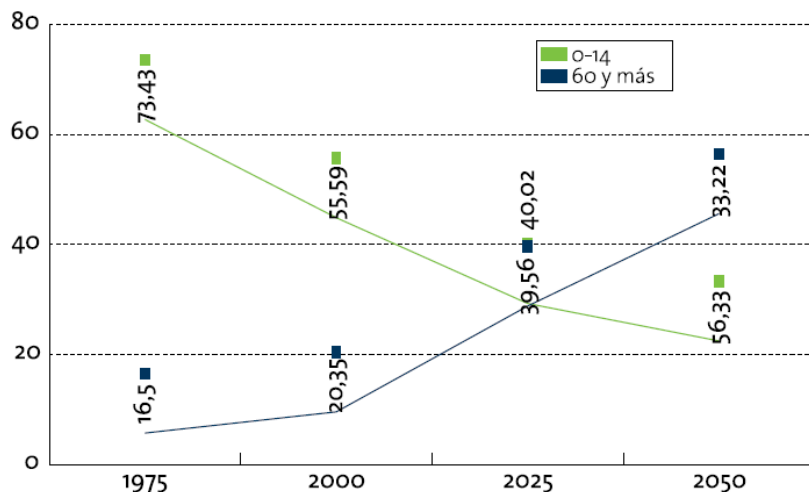
	1970-75	2000-05	2020-25	2045-50
Tasa de natalidad	27,33	15,76	13,12	10,98
Tasa de mortalidad	8,9	5,7	7,1	10
Tasa de migración	-1,6	0,38	0	0
Tasa de crecimiento	16,83	10,44	6,02	0,98

Adaptado de CEPAL, Boletín Demográfico, 2003

Esta tendencia al envejecimiento, afectará la demanda de bienes y servicios que son requeridos por la población en los próximos años. De este modo, más allá de los tradicionales focos en la formulación de políticas y programas, deberán considerarse los desafíos que plantea la construcción de una sociedad para todas las edades. Esta focalización en el ciclo vital y las consecuentes necesidades específicas de cada edad y sus satisfactores asociados, requerirá ocuparse de temas como la educación en todos los tramos de edad, no sólo en la juventud sino también en la adultez y la vejez, la prolongación de la vida activa y productiva, los sistemas de previsión, la salud y la vivienda, todo en función de una diversificación de acuerdo a los respectivos grupos etarios. Pero junto con lo anterior, debemos comenzar a actuar en un ámbito poco desarrollado hasta ahora como son los servicios sanitarios para las personas mayores. Esta esfera cuenta hoy en día con un escaso desarrollo y en aquellos espacios donde emerge, todavía lo hace con muchas dificultades, sin coordinación, integración ni estándares de calidad adecuados³.

Actualmente en Chile 1.717.478 personas⁵ son AM, es decir el 11,5% de la población total; se espera que para el 2025 representen el 20%, con una PAM de 3.846.636 personas⁴.

Gráfico N°3: Población de 0 a 14 años y de 60 años y más (porcentajes)



Adaptado de CEPAL, Boletín Demográfico, 2003

Como hecho ilustrativo de la situación, el paulatino descenso de la población juvenil, añadido al aumento de la minoría creciente (PAM) resultarán en que el año 2010 habrá 50 AM por cada 100 menores de 15 años, y en el 2034 estos montos se igualarán; es decir, desde esa fecha, los jóvenes comenzarán a ser superados en número por los AM.

Dentro del fenómeno del envejecimiento, se produce una agudización del problema con respecto a su dimensión social y sanitaria, en base al hecho del aumento sostenido de los AM mayores (> 75 años), ya que ellos concentran un mayor grado de dependencia de servicios, especialmente en el área de salud, así como altas tasas de discapacidad.

³ Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial, MIDEPLAN - SENAMA.

⁴ SENSO, 2002

Mejor prevenir que curar

El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico, sin embargo, se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los Países en desarrollo. En otras palabras, las poblaciones de dichos países se volverán más viejas antes de que los países se vuelvan más ricos; en cambio, los países industrializados (Europa – América del Norte) se volvieron más ricos mientras sus poblaciones se volvían más viejas⁵, lo cual introduce un panorama distintivo acerca de cómo abordar el futuro problema socio-sanitario.

El lapso de tiempo definido por los años restantes para que la situación se torne crítica, si bien es reducido, ofrece a gestores y planificadores la oportunidad para implementar políticas encaminadas a prevenir el desarrollo de dependencia funcional en el AM, principal fuente de coste social y económico asociados al aumento de la edad de las poblaciones. De esta manera, Chile se enfrenta no sólo con el desafío de lograr estos objetivos para un número creciente de población, sino que en un plazo menor de años (20 a 25 años), que el que tuvieron los países más desarrollados (100 años)⁶, por lo tanto, es de suma importancia lograr un cambio cultural de la población respecto a la valoración y trato hacia los AM en la atención de salud (hospitales públicos, consultorios y servicios clínicos de apoyo).

Los AM serán los nuevos clientes o usuarios de los Servicios de Salud y ellos concentran la mayor mortalidad y grados de dependencia. Esto es un hecho real, como también que es posible reducir las tasas de discapacidad y por lo tanto los gastos innecesarios. En los países más envejecidos se demostró que es más barato intervenir con anticipación que sólo observar el proceso de envejecimiento ya que se transforma en patológico y discapacitante, por lo tanto, más caro⁷

Invertir ahora en ésta área implica que a mediano y largo plazo se tenga una población de adulto mayor (PAM) con buenos niveles de salud, manteniendo por sobre todo su capacidad funcional, evitando así la dependencia de las instituciones y recursos asociados al área de salud, como también al área social, mejorando la calidad de vida de la población en general. El no hacer nada lleva aparejado muchos más costos a mediano y largo plazo que los que la intervención genera a corto plazo, por ende, estos deben ser considerados como inversión⁸.

⁵ Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad

^{6,7} Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

⁸ Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial, MIDEPLAN SENAMA.

D O S_ **Antecedentes Generales**

La Política Pública de Chile respecto al AM.

En 1995, en el gobierno del presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, se crea la Comisión Nacional de Adulto Mayor constituida por personalidades del mundo académico, político, público y privado, con el expreso mandato de proponer acciones concretas dirigidas en beneficio de las personas adultas mayores.

La Política Nacional para el Adulto Mayor (PNAM), proporciona un marco referencial, que orienta las acciones, en función de una serie de principios, objetivos y bases conceptuales. Se plantea como objetivo principal “lograr un cambio cultural que dé un mejor trato a la población adulta mayor”, lo que implica una percepción distinta del envejecimiento con la consiguiente necesidad de crear medios para facilitar el desarrollo integral del adulto mayor y lograr el mantenimiento o recuperación de la funcionalidad de este grupo etario. Desde el punto de vista conceptual, cabe resaltar que la Política se crea desde sus inicios reconociendo la transversalidad de criterios biológicos, psicológicos y sociales que deben ser considerados para implementar acciones específicas en beneficio de la PAM. Del mismo modo, se resalta el carácter universal y no excluyente de ésta (Equidad; y Solidaridad intergeneracional), además se incorporan los principios de Autovalencia y Envejecimiento Activo. En cuanto al Estado, la Política también deja claro lo que le compete a éste, a través de los principios de Flexibilidad en el diseño de políticas, Subsidiariedad del Estado y su rol regulador y Descentralización, tanto regional como al interior de esta. Por su parte, el sector salud desarrolla la “Política de Salud del Adulto Mayor”, cuyos objetivos principales están dirigidos al mantenimiento de la funcionalidad y reducción de la mortalidad por causas evitables. Los programas que hoy aparecen como imprescindibles para el apoyo integral del anciano son en su mayoría aquellos orientados a la salud y los servicios sociales. En nuestro País el Ministerio de Salud (MINSAL) cuenta con el programa del adulto mayor donde se tratan, previenen y rehabilitan diversas patologías, tanto de adultos mayores autovalentes, frágiles y postrados (Ministerio de Salud, 2002).

En el último período, la PNAM ha establecido su accionar principalmente en cuatro grandes áreas; servicios sociales, protección social, coordinación de servicios y salud, las cuales han significado un gran avance para el desarrollo del tema en el País.

- En el área de los servicios sociales, se destacan los esfuerzos realizados por los municipios, varias ONGs y el Instituto de Normalización Provisional

(INP), en materia de apoyo a la integración social por medio de talleres y programas de capacitación como son las casas de encuentro, los talleres de gimnasia, los programas de alfabetización digital e Internet y los programas de turismo interior.

- En el área de la protección social, se destacan los avances logrados en materia de previsión social, y de transferencia de recursos públicos para la protección de los adultos más desvalidos.
- La coordinación entre diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales está a cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), lo cual resulta en una serie de comisiones y grupos específicos de trabajo, los cuales se enmarcan dentro del Plan Nacional Conjunto (PNC)⁹. Las orientaciones del PNC están dentro del marco de definiciones de la PNAM para el período 2006 - 2010 y se sustentan en los principios, valores y objetivos que fueron establecidos en ésta, aprobada el año 2004.
- Con respecto al tema sanitario, el Ministerio de Salud materializa los objetivos propuestos ofreciendo prestaciones específicas para este segmento de la población. El objetivo de la Atención de Salud del Adulto Mayor en el Sistema Público de Salud es mantener o mejorar su autonomía y calidad de vida, previniendo así la discapacidad y evitar muertes prevenibles.

A nivel comparativo, la dimensión social de la política ha presentado más logros que su dimensión de salud, desde el punto de vista del número de programas y organizaciones sociales desarrolladas (fomentados por el gobierno e implementados por el sector privado) o de los múltiples centros de reunión de clubes sociales, municipales y otros. Los aspectos de salud son en general los más atrasados.

⁹ El Plan Nacional Conjunto es el principal instrumento de coordinación mediante el cual se operacionaliza la Política Nacional para el Adulto Mayor, para asegurar una gestión coordinada del sector público en procura del bienestar e integración familiar y social de los AM del País.

La oferta de salud específica

Si bien la dimensión social y psicológica de la política ha avanzado sustancialmente, alcanzando grandes logros en cuanto a la percepción sobre una PAM activa, se reconoce una falencia crítica en el ámbito sanitario, reflejado en la escasez de recursos humanos específicos e infraestructura donde estos se desarrollan y aplican. Tales problemas forman parte de los objetivos sectoriales pendientes y constituyen un elemento fundamental para el diseño e implementación de la PNAM. Es reconocido por la comunidad médico-social, que el cuidado y atención que requiere la PAM son específicos, por consiguiente el modelo clásico de atención médica traspasado automáticamente al AM, fracasa.

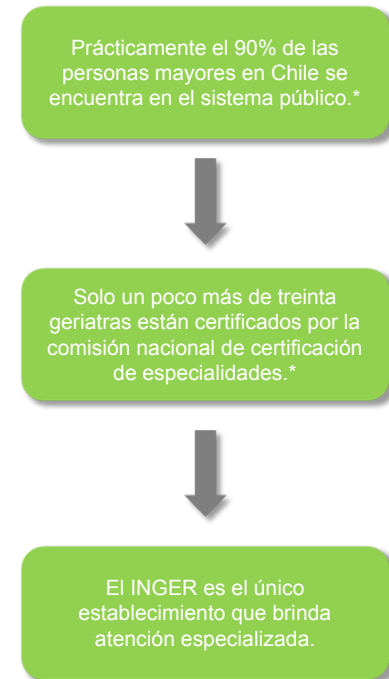
Dentro de la Red Asistencial de Salud Pública, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) cuenta con una alta especialización y calidad de sus servicios. Entre ellos el Instituto Nacional del Tórax (INT), Instituto Nacional de Neurocirugía (INCA), Instituto Clínico Oncológico (privado), Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), los cuales se interrelacionan - por medio del intercambio de servicios - con el Hospital Del Salvador (HDS), ofreciendo una variada oferta de atenciones en salud para el AM. La calidad de Institutos de éstos les confiere una importancia sustancial ya que la formación, capacitación e investigación que realizan va en directo beneficio de una PNAM multisectorial.

El INGER, ubicado en José Manuel Infante # 370, se conforma como la expresión de la Salud Pública específica para la PNAM, siendo el único que ofrece atención especializada en Geriátrica a nivel nacional. Además de tener un rol importante que es formar recursos humanos y desarrollar modelos de atención específicos.

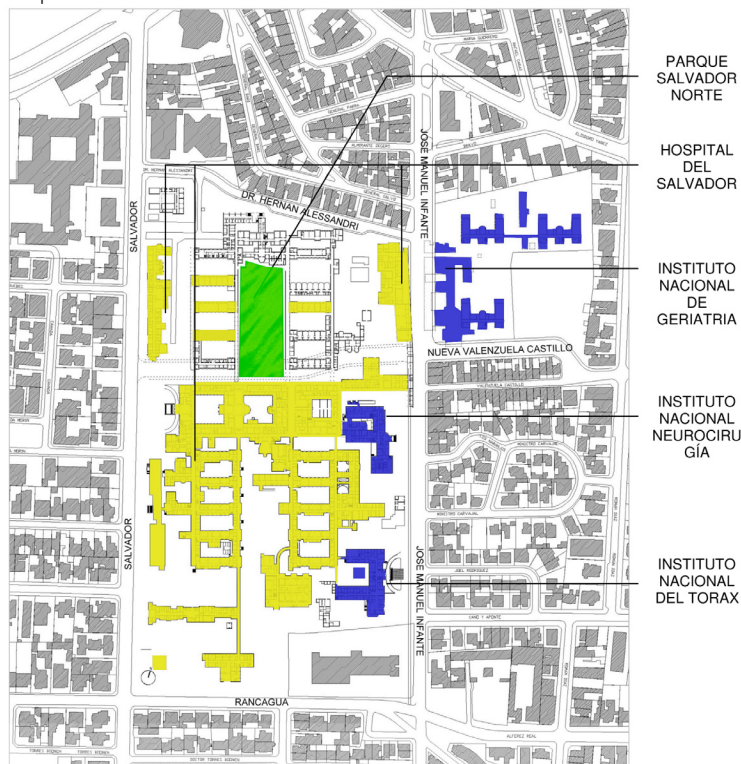
Los hospitales de atención a personas adultas del SSMO que reciben demanda de atención de salud por parte de la PAM son el HDS, INT e INCA. En estos hospitales se entrega tratamiento específico al paciente, en relación a la patología por la cual está siendo atendido, sin aplicar el modelo de una atención integral y multidisciplinaria, cuya finalidad fundamental sea el estado de salud funcional, a través de la autovalencia física, psíquica y social, lo que es fundamental para los AM que reúnen los criterios de "pacientes geriátricos". Estos establecimientos no disponen de camas asignadas para este grupo específico ni disponen de los recursos humanos capacitados para la atención de estos.

* Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, SENAMA - INTA, 2009.

Esquema n°3: Oferta de profesionales



Esquema n°4: Instituciones dentro del HS.



El INGER es el único establecimiento de referencia nacional en el País en la especialidad de geriatría y en que el 100% de sus recursos está destinado a la mantención y recuperación de la autonomía física y psíquica del AM a través de un modelo específico, con un enfoque integral y multidisciplinario.

Por lo tanto, no existen en el País establecimientos alternativos para la atención de la PAM que reúnen los criterios de “paciente geriátrico”, los que requieren de un diagnóstico y tratamiento dentro de un plan de salud integral, entregado por un equipo multidisciplinario (medico, enfermera, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo y técnicos paramédico entre otros, debidamente capacitados) cuyo principal objetivo es la recuperación de la autovalencia de este grupo etario.

Este enfoque integral y multidisciplinario, con un modelo de atención específico no se da en el resto de los hospitales de adultos. En ellos se dedican los mejores esfuerzos sólo al tratamiento de patologías medico quirúrgicas y donde los AM que reúnen los criterios de “paciente geriátrico” y requieren de la atención geriátrica no constituyen prioridad. Como ejemplo de esta situación, un paciente que se atiende con un modelo curativo, orientado a la atención de la enfermedad de un determinado órgano, con probabilidad se recuperará de la enfermedad específica (ej. Neumonía) pero se complicará por úlceras por presión, caídas y sus consecuencias, síndrome de inmovilidad y otras que llevarán a un compromiso del estado de salud funcional¹⁰ que debe ser la prioridad en este grupo de pacientes.

¹⁰ La salud de un adulto mayor se mide en términos de función mejor que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. Si es social e intelectualmente activo, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos.

El Instituto Nacional de Geriátría

Los orígenes del ING, se remontan al año 1968, como continuador del ex hospicio de Santiago localizado en planta física de construcción de fines del S. XIX, el cual correspondía a la casa de descanso de los jesuitas, la que fue adaptada para convertirse en un establecimiento de salud que otorgó inicialmente atención a enfermedades infecciosas y de piel bajo el nombre de Hospital San Luís, el que posteriormente se constituyó en el servicio de Dermatología del Hospital del salvador donde hoy continúa su funcionamiento. en la planta física del ex – Hospital San Luís se crea la nueva institución de salud denominada Centro Geriátrico al que se trasladan una parte de los residentes del Ex Hospicio de Santiago, que posteriormente recibe el nombre de Hospital centro geriátrico y luego producto de las modificaciones efectuadas en su modelo de gestión clínica, asistencial, administrativa y sostenidas actividades de docencia e investigación se constituye en el Instituto Nacional de Geriátría “Presidente Eduardo Frei Montalva”

Actualmente es un establecimiento único en el País en su especialidad. La totalidad de sus recursos están destinado a la atención y cuidados de salud de los pacientes geriátricos, a través de la mantención y recuperación de la autonomía física y mental con la aplicación de un modelo específico de atención de salud, que comprende cuidados preventivos, progresivos integrales y continuados entregado a través de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral incorporando los criterios de riesgo vital y funcional. Es también pionero en el campo de la investigación, de la docencia de pre grado y post grado, así como de la extensión, difusión.

Participa en el desarrollo, propuesta, implementación y ejecución de programa pilotos de salud para los Adultos Mayores. Es un órgano asesor de MINSAL y SENAMA en relación a temas del estado de salud de los AM. Con relación a la atención de salud está destinado en forma específica a atender a aquellos AM que reúnen criterios establecidos por expertos internacionales de “pacientes geriátricos”, o sea portadores de enfermedades agudas o crónicas descompensadas instaladas en un adulto mayor que tiene además uno o más síndromes geriátricos o la condición clínica específica de este grupo etario conocida como “Síndrome de Fragilidad”.

Reposición Hospital Salvador e Instituto Nacional de Geriátría

Actualmente tanto el HDS como el INGER, prestan servicios sobre una base de infraestructura completamente obsoleta, la cual no responde de manera eficaz a los objetivos sanitarios planteados ya sea para la salud de la PAM como para la población fuera de este grupo.

La reposición del HDS e INGER es el resultado de la integración de iniciativas y desafíos que enfrenta el sector público de salud chileno, en cuanto a:

1. Infraestructura deteriorada y disfuncional
2. Déficit de equipamientos médicos
3. Incremento en la demanda de atención vinculada al envejecimiento de la población y Reforma de la Salud
4. Necesidad de incrementar la complejidad de las prestaciones brindadas por el sector público de salud
5. Necesidad de optimizar el uso de los recursos públicos de salud

La idea de contar con nuevas instalaciones físicas tanto para el HDS como para el INGER ha estado dentro de la cartera de potenciales proyectos de inversión los últimos 10 años. Las actuales dependencias datan del Siglo XIX y presentan problemas críticos de conservación y funcionalidad. El deterioro de su infraestructura, instalaciones y terminaciones es evidente, a pesar de los esfuerzos que se han hecho a partir del terremoto de 1985.

La organización física es muy disfuncional, con flujos inadecuados de pacientes, funcionarios e insumos, debido en gran parte a la adaptación y habilitación no programada de diferentes recintos médicos, los cuales tuvieron su origen a partir de esquemas organizacionales muy distintos a los que se considerarían óptimos en la actualidad. Esta situación quedó objetivada con los resultados del Estudio de Red Asistencial de la Región Metropolitana, ejecutado a fines de los 90 y que recomendaba reponer las edificaciones, constituyendo ambos establecimientos los que presentaban el mayor deterioro dentro de la Región Metropolitana.

La necesidad de infraestructura nueva

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud sobre la infraestructura hospitalaria (2000) permitió concluir que hay deficiencias importantes en un grupo no menor de establecimientos de salud, dentro de estos destacan el HDS e INGER por ser los establecimientos más obsoletos e ineficientes.

Hospital Salvador: que influyen negativamente en el desarrollo de sus actividades asistenciales. De las diferentes relaciones analizadas, los extensos recorridos de pacientes críticos, hospitalizados, ambulatorios y de visitas, conduce a una evaluación negativa, también la relación funcional que significa traslados de pacientes críticos en largos recorridos por pasillos abiertos o semi cerrados y de circulación general, interna y de público.

Existen insuficiencias de los servicios más complejos, por ejemplo Pabellones Quirúrgicos, y las unidades de cuidados de pacientes críticos, en los cuales sus recintos principales tienen un diseño inadecuado y superficies netas insuficientes.

Instituto Nacional de Geriátria: El divorcio geográfico y funcional del INGER, con respecto del resto de las instituciones lo ha alejado críticamente de los requerimientos de atención de Especialidades Médicas, por lo tanto se mantiene al margen de formar parte de un sistema de atención de salud mayor. En este caso especial no pareciera justificarse un análisis profundo de un establecimiento asistencial absolutamente caduco, física y funcionalmente. La disgregación de sus volúmenes, en principio inadecuado en hospitales para pacientes de larga estancia (geriátrico y crónico), se presenta como un esquema caótico e ineficiente que no contribuyen al desarrollo de una atención de calidad.

Las entrevistas con profesionales del área en establecimientos de salud, dan a entender que no califica, sin que siquiera sea necesario entrar a analizar su divorcio físico respecto de todas las especialidades médicas que requieren generalmente los usuarios, las que se encuentran en el resto de las instituciones ubicadas en el complejo del HDS.

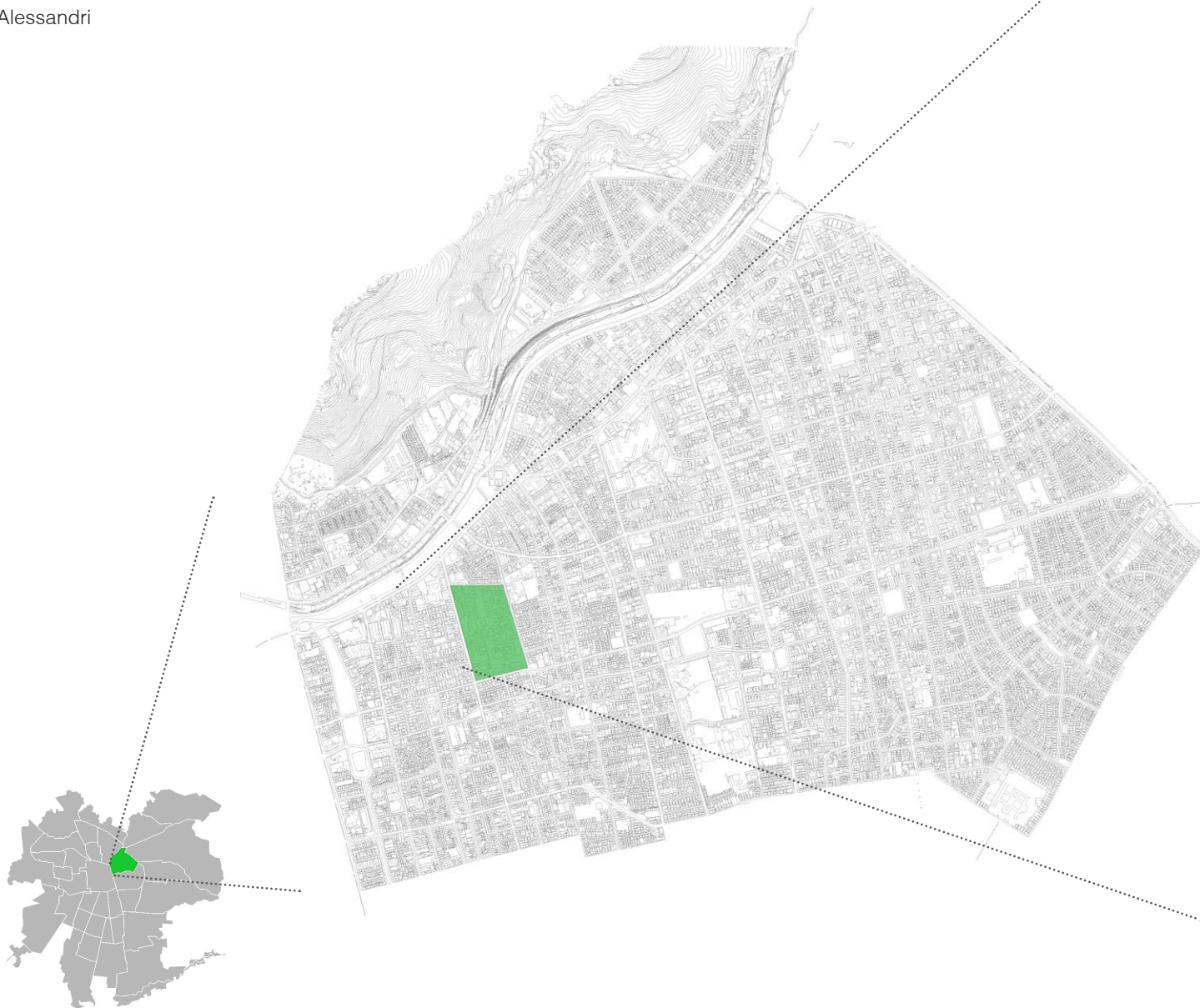
Además de la evidente obsolescencia de las estructuras físicas, y su compleja remodelación, el uso del terreno y la distribución de los pabellones no son eficaces. Cabe mencionar que el terreno, de 3,1 Ha. localizado en un área céntrica de la comuna de Providencia, se convierte en un activo importante para una alternativa a la generación de recursos que financien los proyectos futuros del sector.

TRES_ Lugar

Ubicación

El proyecto se emplaza en la comuna de Providencia ubicada en el sector oriente del área urbana metropolitana de Santiago. Ocupa una extensión aproximada de 1.420 Ha. (14,2 km²). De éstas, 1.250 Ha. corresponden a áreas urbanas y 170 Ha. como parte del cerro San Cristóbal. A su vez, el área urbana (1.250 Ha.) se compone de 860 Ha. constituidas por predios particulares; 301 Ha. de calles y 89 Ha. de áreas verdes.

El predio esta dentro de la gran manzana del HDS en la parte nororiente, donde interceptan la avenida José Manuel Infante con calle Dr. Germán Alessandri





Dr Germán Alessandri

José Manuel Infante

Criterios de localización

Ya quedo establecido que la atención del AM requiere de una integración multidisciplinaria que se optimiza a través de la interrelación entre el INGER y las distintas instituciones (Instituto del tórax, Instituto de Neurocirugía y Hospital Salvador) lo que da pie para establecer como uno de los principales criterio de localización la cercanía física de las partes de un sistema mayor para mejorar el intercambio de pacientes y por ende el acceso rápido a servicios complementarios dentro de la atención médica.

La mayor concentración de infraestructura pública de salud de alta complejidad se da en el área del Hospital Salvador delimitada al norte por calle Doctor Hernán Alessandri, al oriente por calle José Manuel Infante, al sur por calle Rancagua y al poniente por avenida Salvador; reuniendo los institutos: Nacional de Neurocirugía, Nacional del Tórax y Nacional de Geriátría además del Hospital, la comuna cuenta también con 3 Centros de Salud Municipal además de la red de salud privada.

La reposición del INGER se mantiene dentro del SSMO ya que la población que abarcan las 8 comunas que lo conforman poseen el índice de vejez más alto del País, es decir aquí se concentra la mayor cantidad de AM con respecto a los otros rangos etarios y a la superficie. Lo que se traduce en que el sector es el mejor escenario operativo dado su nivel avanzado de envejecimiento el cual posibilita la aplicación, estudio e investigación constante de nuevos conocimientos con respecto a la atención del AM.

El INGER además plantea su localización en base a varios criterios asociados a las características de posicionamiento establecidas en los estudios de preinversión del proyecto de reposición del HDS e INGER dentro de los cuales encontramos: población que atiende, accesibilidad, consolidación de una estructura urbana reconocible y los dos criterios vistos anteriormente, relación con otros establecimientos de salud con los cuales se establece un intercambio de servicios enfocados en una atención integral del adulto mayor y la búsqueda del un escenario acorde al fenómeno de la transición demográfica.

Esquema n°5: Relación inter- hospitalaria

Funcionamiento en red
 cercanía con instituciones que brindan servicios
 complementarios en la atención de salud

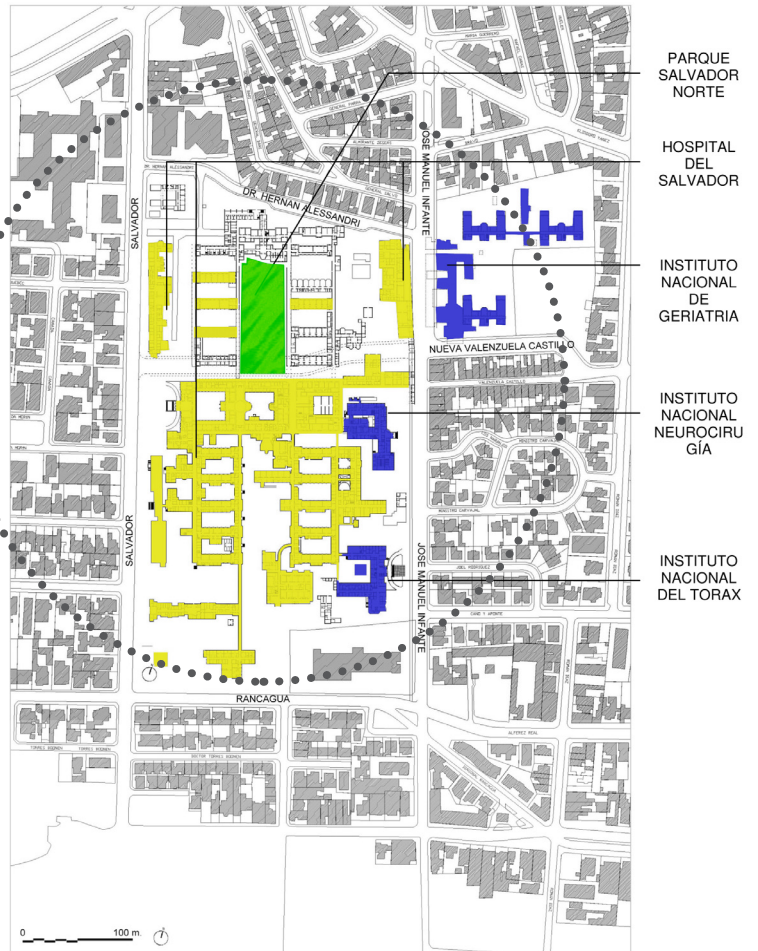


Tabla N° 1: Indicadores demográficos

Comuna	Indicadores demográficos			
	Índice Masculinidad (I.M.)	Índice de Vejez (I.V.)	Índice de dependencia (I.D.)	Relación Niño-Mujer (R.N.M.)
La Reina	84,42	43,05	52,53	76,63
Las Condes	79,81	58,7	49,81	63,68
Lo Barnechea	87,59	14,08	47,49	88,67
Macul	91,16	47,97	46,71	79,31
Nuñoa	81,08	85,29	49,1	63,63
Peñalolén	95,47	20,44	48,87	96,71
Providencia	78,3	126,8	44,21	46,83
Vitacura	75,72	55,51	43,56	63,39
Isla de Pascua	109,91	18,67	49,61	102,5
SSMO	87,05	52,28	47,99	75,71
Región Metropolitana	94,02	31,39	48,62	88,87
Chile	97,12	31,3	51,03	54,68

Escenario de transición demográfica más avanzado
 SSMO es la zona con mayor índice de vejez

Diagnostico de Salud 2007, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Territorio al cual pertenece el INGER

La Red Asistencial del Sistema Público de Salud a cargo del Ministerio de Salud está conformada por 28 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del País, en cada uno de ellos existe un número determinado de establecimientos hospitalarios de distinta complejidad, además de la Atención Primaria de Salud conformada por consultorios o centros de atención ambulatoria.

La región Metropolitana esta subdividida en 6 Servicios de Salud Metropolitanos dentro de estos se ubica el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) al cual pertenece el INGER. Este cuenta 18 centros de salud de atención primaria, que son la principal puerta de entrada para los problemas que afectan la salud de sus usuarios.

Territorialmente el SSMO abarca las comunas de Providencia, Ñuñoa, Macul, Peñalolén, La Reina, Las Condes, Vitacura y Lo Barnechea. Con una superficie conjunta de 1277,6 km², lo que corresponde al 63,05% de la superficie de la Provincia de Santiago y al 8,3% de la Región Metropolitana.

Esquema n°6: Comunas que conforman el SSMO

Población total= 1.185.237

Población beneficiaria= 507.054(42%)

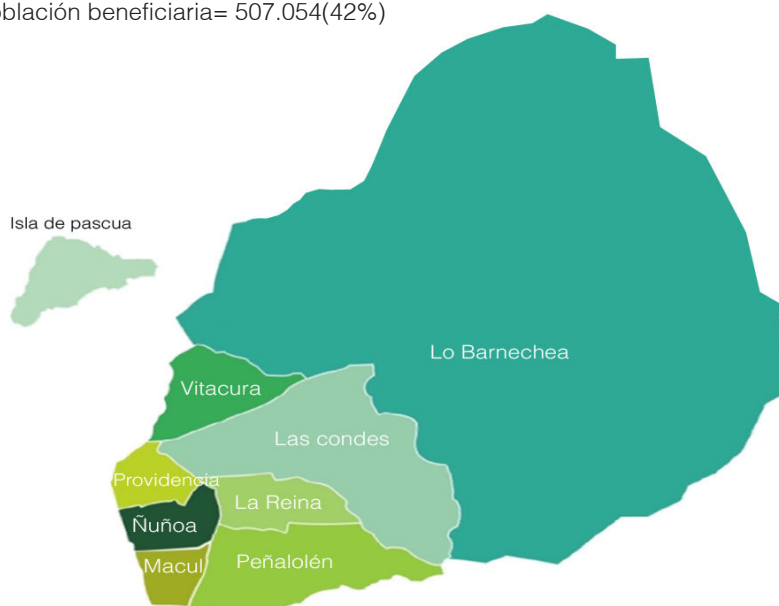


Imagen extraída de <http://www.saludorient.cl> Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Población

La población que le corresponde atender al Instituto es el AM perteneciente al SSMO, sin embargo debido a que el INGER es la única institución pública en esta especialidad también se realiza atención a pacientes de todo el territorio nacional.

En promedio, este Servicio tiene una proporción de 50 AM, por cada cien menores de 15 años, presentando un índice de vejez muy superior al de la región y el País, destacando la comuna de Providencia como una de las más envejecidas.

Tabla N° 2: Población por edades SSMO

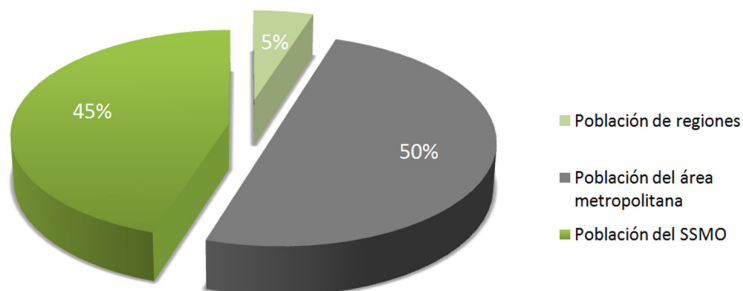
Comuna	Total Comuna	0-15	%	15-64	%	65 y más	%
La Reina	96.551	19.216	20%	66.692	69%	10.643	11%
Las Condes	283.226	50.851	18%	195.063	69%	37.312	13%
Lo Bamechea	103.376	25.712	25%	73.013	71%	4.651	4%
Macul	100.942	18.436	18%	69.136	68%	13.370	13%
Ñuñoa	149.205	23.217	16%	102.997	69%	22.991	15%
Peñalolén	244.903	57.592	24%	169.288	69%	18.023	7%
Providencia	126.436	18.339	15%	87.947	70%	20.150	16%
Vitacura	80.598	15.098	19%	53.736	67%	11.764	15%
Total SSMO	1.185.237	228.461	19%	817.872	69%	138.904	12%
Isla de Pascua	4.781	1.254	26%	3.263	68%	264	6%

Informe anual 2009, SSMO.

A partir de la descripción de las características de la estructura poblacional del SSMO es posible reafirmar que en comparación con la Región Metropolitana y el Chile, su población está en un proceso de transición demográfica más avanzado.

Específicamente el INGER realiza al año 13737() atenciones para AM distribuidas en consultas, egresos cama, egresos hospital de día. De estas el 59% corresponde a personas inscritas en el SSMO, 37% a personas del área metropolitana (ajenas al SSMO) y 4% a personas de regiones.

Gráfico n°4: Procedencia del usuario atendido

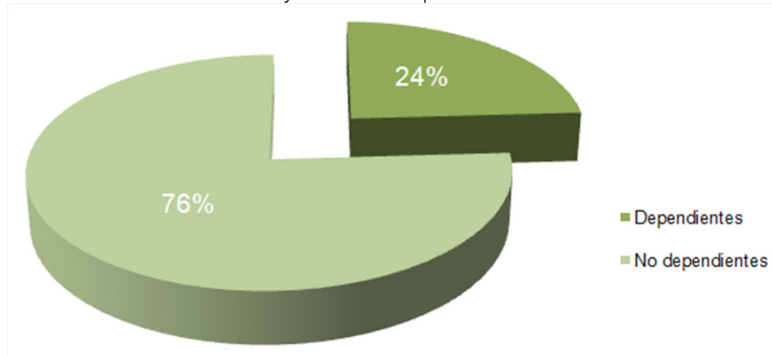


Producción clínica, cuenta pública INGER, 2009.

Usuario

El usuario se caracteriza por tener una edad promedio de 71 años y un nivel de actividad (participativa) elevado dado su bajo nivel de dependencia (24%). Al ver la tabla podemos darnos cuenta que al contrario de lo que se piensa, los AM son personas activas que perfectamente se desenvuelven dentro del diario vivir de una forma normal.

Gráfico nº5: Personas Mayores con dependencia



Estudio nacional de dependencia en las personas mayores, SENAMA 2009

Tabla N° 3: Nivel de dependencia en las personas mayores

Nivel de Dependencia	Número	Porcentaje
Dependencia Severa	208.243	12,4
Dependencia Moderada	85.229	5
Dependencia Leve	112.067	6,6
Sin Dependencia	1.276.792	75,9
Total	1.682.331	100

Estudio nacional de dependencia en las personas mayores, SENAMA 2009

otra característica que presentan los usuarios, esta vez con respecto a su sistema de salud, es que los AM catalogan al sistema de salud, específicamente en el área de atención al AM como mediocre, por un tema de trato del personal hacia los pacientes, fenómeno que tiene su origen en dos situaciones: La primera es que los planes globales de atención médica establecidos por el Ministerio son simplemente los mismos aplicados a todos los pacientes sin diferenciación por grupo etario ni estadísticas de morbilidad. Es por esto que la atención del AM carece de un enfoque cualitativo específico (necesario) acorde a su estado psíquico-físico-social, que por cierto es muy distinto al de la demás población. No olvidemos que las afecciones o enfermedades que sufren la PAM se manifiestan de una manera completamente diferente a como - por ejemplo- lo harían en la población infantil.

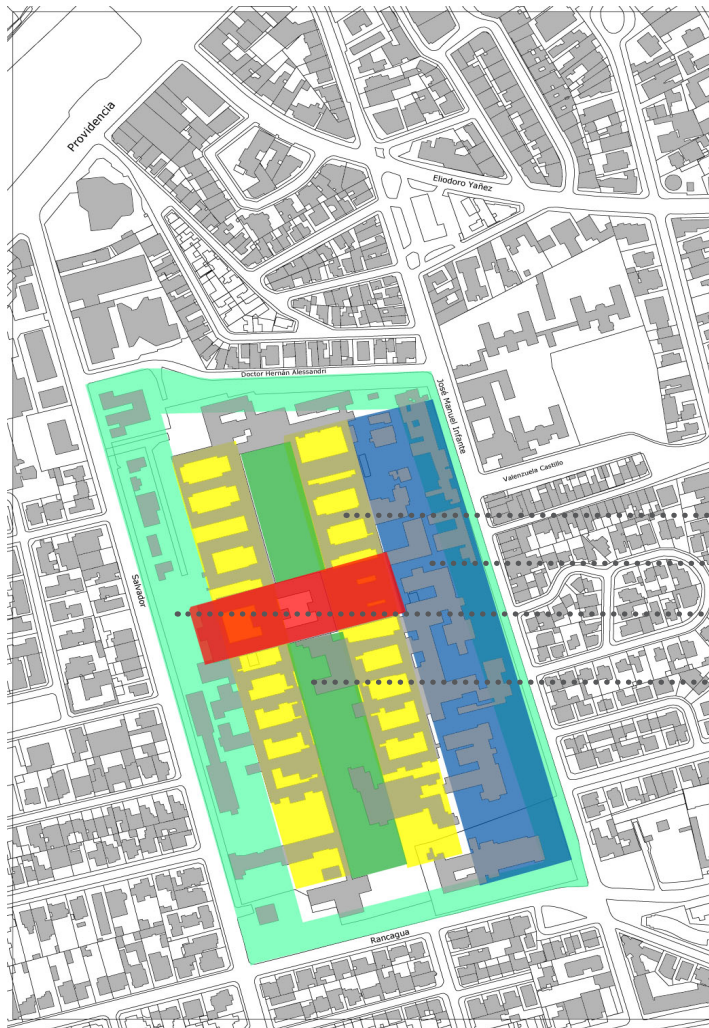
El segundo es la falta de profesionales capacitados para realizar dicha atención, situación explicada anteriormente.

Lugar y su estructura urbana

Es una zona rodeada en su mayoría por un uno mixto, preferentemente habitacional y de equipamiento a escala menor. Su relación con el entorno urbano se limita específicamente a los puntos de acceso a los edificios de atención de salud, provocando extensos cierros en el resto del borde del predio limitando tanto la relación física como visual. En general el crecimiento orgánico y poco programado de los recintos que componen todo el complejo lo ha aislado de su relación con su contexto urbano, el cual ha crecido con distintos patrones de ordenación y escalas morfológicas.

El terreno escogido completa la estructura organizacional dentro de la macromanzana donde se reconoce una distribución marcada por dos grandes eje programático de norte a sur separado por el gran parque central del complejo. La franja occidente concentraría todas las instituciones de especialización.

Esquema n°7: Estructura-lugar



Con la inclusión del proyecto se completa la franja azul (ver esquema) que corresponde a la franja de instituciones especializadas. Por otro lado la franja amarillas poniente corresponden al Hospital Salvador quedando el parque como un eje intermedio y conector a través también de la franja amarilla oriente por la cual el Hospital se nutre de los institutos y viceversa.

- Franja Hospital Salvador
- Franja Instituciones de especialización
- Franja zona de espacio de crecimiento desorganizado, susceptible a intervenciones.
- Franja parque central .

Antecedentes del terreno

Superficie del Terreno 10.638 m². En general el terreno presenta una pendiente baja inferior al 1%, en apariencia plano, sin accidentes topográficos relevantes. No se aprecian depresiones importantes que involucren grandes rellenos en construcciones futuras. No existen canales de riego y túneles. El terreno se presenta en cotas superiores, al nivel de las calles que lo circundan, lo que facilita el escurrimiento de aguas lluvias gravitacionalmente. Los deslindes útiles del predio total, contenidos dentro de la LO, son los siguientes:

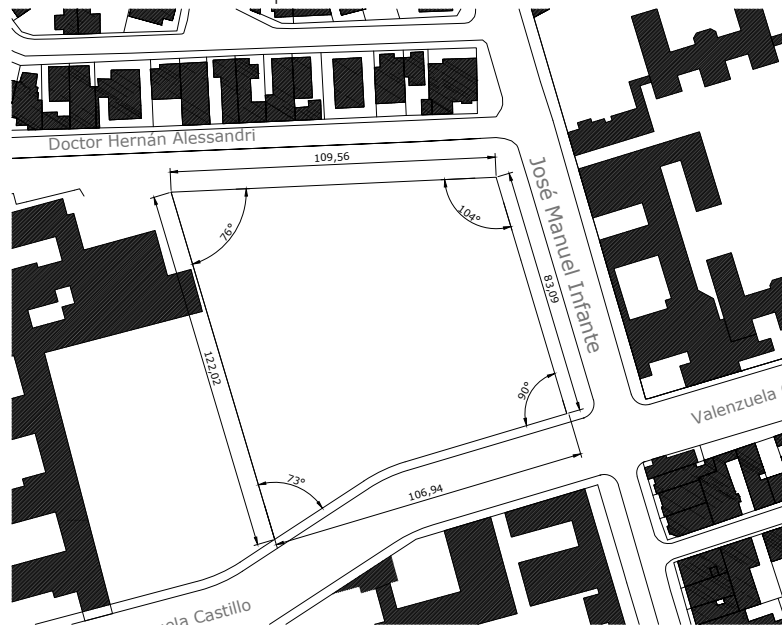
Al Norte 109.56 m.

Al Oriente 83.09 m.

Al Sur 106.94 m.

Al Poniente 122.02 m.

Plano n°2: Dimensiones predio



Las estructuras remanentes del HDS que se ubican dentro del predio han sido agregadas con posterioridad a la estructura original, de acuerdo a un crecimiento desorganizado con respecto a ella. La mayoría se compone de estructuras livianas pertenecientes a los servicios de apoyo al HDS y su remoción no involucra mayor importancia ya que éstas se contemplan dentro de la reposición del nuevo HDS.

Accesibilidad

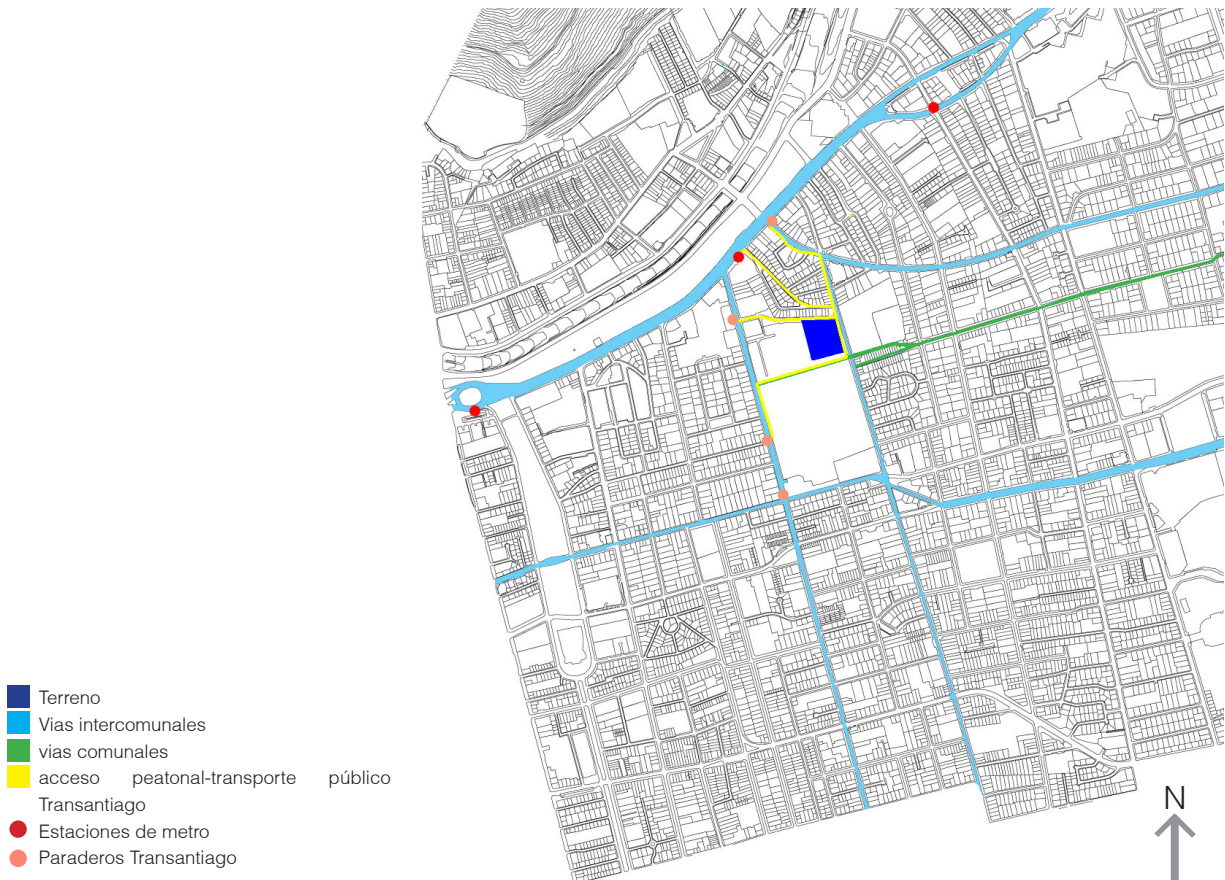
El terreno presenta ventajas importantes de accesibilidad vial vehicular intercomunal y comunal, de transporte público e incluso facilidades para peatones.

A nivel intercomunal, el terreno tiene proximidad con la Av. Providencia (370mt), Av. Eliodoro Yáñez (200mt), Av. Salvador (290mt) y Av. José Manuel Infante (0mt). Las dos primeras entregan conectividad oriente - poniente mientras que las restantes lo hacen en el sentido norte - sur.

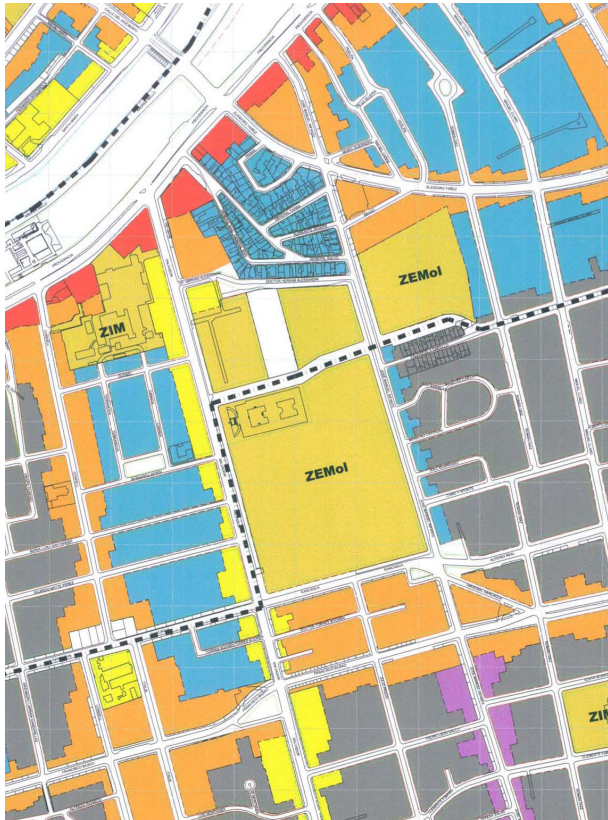
A nivel comunal posee conexión con la Calle Valenzuela Castillo que nutre la zona occidente.

El sistema de transporte público Transantiago es también una posibilidad más de acceso al edificio, el proyecto está dentro de la zona D, específicamente a 200mt del paradero más cercano ubicado en la calle Eliodoro Yáñez. Y se encuentra cercano a la estación Salvador de metro posibilitando la llegada peatonal desde puntos más lejanos de la ciudad.

Plano n°3: Accesibilidad



Plano N°5: Extracto PRCP ,uso de suelo



ZONAS DE USOS DE SUELO:

-  **UR**
Uso Residencial
-  **UpR**
Uso preferentemente Residencial
-  **UpR y Er**
Uso preferentemente Residencial y Equipamiento restringido
-  **UpR y E**
Uso preferentemente Residencial y Equipamiento
-  **UpR y ECr**
Uso preferentemente Residencial y Equipamiento Comercial restringido
-  **UpEC**
Uso preferentemente Equipamiento Comercial
-  **UpAP e Ir**
Uso preferentemente de Actividades Productivas e Industria restringida

ZONAS PRMS :

-  **ZEMol** Zona Equipamiento Metropolitano e Intercomunal (Art.3.3.4 P.R.M.S)
-  **ZIM** Zona de Interés Metropolitano (Art.3.3.4 P.R.M.S)
-  **ZE** Zona Especial Ex-CCU

Luego de la modificación del paño principal correspondiente a los terrenos del HDS las zonas remanentes mantuvieron su normativa propuesta por el PRCP. Esta se denomina Zonas de Equipamiento Metropolitano o Intercomunal (ZEMol). Corresponde a los predios con Equipamiento Metropolitano o Intercomunal, con características definidas en el Plan Regulador Metropolitano de Santiago (PRMS), e identificadas por ese mismo instrumento.

Conforme a lo señalado en el Art 3.3.4. del PRMS, los predios que cumplen con las condiciones de tener uso de Equipamiento y poseer un tamaño igual o mayor a 1 hectárea tendrán un porcentaje de ocupación del suelo de un 40% en todos sus pisos y hasta 5 pisos de altura. Para modificarse estas normas de edificación y los usos del suelo de estas Zonas, deberá tramitarse un Plan Seccional o Modificación al PRCP conforme lo exige el mismo artículo del PRMS

En el caso de que el futuro proyecto de reposición del HDS supere esta altura, constituyéndose morfológicamente como torre, o requiere de un coeficiente de ocupación de suelo mayor, se tramitará una modificación específica para la Zona 3. La Zona 2, en tanto, mantiene las condicionantes urbanas ya que estas dimensionan un volumen teórico de ocupación mayor al necesario, por lo tanto se puede prever una ampliación del edificio sin un necesario cambio de normativa.

Para la zona 3, en cambio, es posible, y por cierto recomendable, la modificación del uso de suelo, ya que este predio presenta la mayor desconexión en comparación con la relación funcional de las otras estructuras prediales. Su localización estratégica con respecto a la conectividad que ofrece Av. Salvador y Av. Providencia lo convierten en terreno atractivo para la inversión comercial o residencial. Es más, puede convertirse en un activo importante para la financiación de los proyectos de reposición si es puesto en venta o arriendo, al igual que los terrenos actuales del INGER pero a la fecha ninguna de las dos opciones es barajada por el Ministerio.

Funcionalidad

El HDS es un hospital tipo 1¹¹, de alta complejidad para atención secundaria y terciaria de adultos, siendo un importante centro de referencia de la Región Metropolitana y nacional, y como hospital base de otros hospitales del SSMO. Un alto porcentaje de sus pacientes ingresa vía urgencia a la atención de hospitalización, y desde ahí derivados al resto de los institutos si se hace necesario el traslado médico debido a la especificidad de la situación. Se relaciona estrechamente con el INT e INCA debido a la complejidad que presentan sus pacientes, por lo tanto es óptimo que se ubique próximo a ellos para evitar recorridos largos de pacientes delicados. Pacientes derivados hacia el INGER presentan diferentes características, estos ya superaron el trauma agudo o afección específica y son trasladados principalmente para rehabilitación física y evaluación geriátrica específica.

El INGER es un hospital tipo 2¹² el cual posee dentro de su programa (como veremos más adelante) un Consultorio de Atención de Especialidades (CAE), no atiende urgencias ni realiza cirugías (función delegada al resto de las instituciones) por lo tanto el perfil de su paciente es diferente, predominantemente estable dentro de su condición de fragilidad geriátrica. Los requerimientos de espacio también son distintos, si bien son considerablemente menores a los de HDS, estos deben acoger las particularidades que necesitan sus pacientes para la recuperación, ya sean espacios de circulación, contacto con áreas verdes, programas y volumetrías tendientes a la horizontalidad más que a la verticalidad, etc. Por consiguiente, la estructura del INGER y su localización dentro del predio debe necesariamente estar vinculada a las demás infraestructuras pero sin necesidad de adosarse físicamente a ellas, bastará para este caso, una conexión directa que comunique recorridos y flujos inter-hospitalarios.

¹¹⁻¹²De acuerdo a su cobertura y complejidad los Hospitales Tipo 1 y Tipo 2 se definen de la siguiente manera:

Hospital Tipo 1. Establecimiento de alta complejidad, con no más de 500 camas, ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el Hospital Base de cada unidad del sistema.

Hospital Tipo 2. Establecimiento de alta complejidad, de 100 a 300 camas, ubicado en ciudades con alrededor 100.000 habitantes como hospital único o en grandes urbes, como apoyo al tipo 1. En Servicios de Salud poco poblados podría llegar a ser el establecimiento de mayor complejidad.

Modelo de gestión y atención integrado

Dentro de estos dos modelos deben, necesariamente, incorporarse atributos de las acciones sanitarias tales como calidad, calidez, oportunidad, información, educación, participación entre otras. El concepto esencial de los modelos es la mirada de red en la organización de las acciones de recursos y sanitarias.

Esa mirada, resulta esencial para el funcionamiento de ambos establecimientos, ya que existen intercambios de prestaciones, servicios, pero especialmente, tránsito de pacientes clientes entre uno y otro establecimiento.

La primera mirada de red debe dirigirse a la forma en que se relacionarán y coordinarán tanto el Hospital de Salvador como el Geriátrico.

El modelo de gestión debe entenderse como una descripción holística de la forma de organizar todos los recursos de un establecimiento sanitario: recursos humanos, financieros, infraestructura y equipamiento, en la forma más eficiente y eficaz, para poder ejecutar las acciones sanitarias propias de la institución.

El modelo de atención debe entenderse como la descripción también global e integrada, de la organización en forma eficiente y eficaz, ya no solamente de los recursos arriba mencionados, sino que de las acciones propiamente sanitarias de un establecimiento y con énfasis en los procesos que las ofertan y producen.

Los modelos de gestión y atención son independientes e individuales para cada uno de los dos Hospitales, no considerándose el concepto de Complejo Hospitalario. Lo anterior no obsta, para que los modelos de gestión y atención de ambos establecimientos recojan y definan aquellos procesos en que se vinculan, en función del tránsito de sus pacientes y clientes comunes, así como aquellos procesos que quedarán centralizados en uno de los dos establecimientos.

Los modelos de gestión y atención para los Hospitales del Salvador y Geriátrico deben incorporar como su objetivo esencial el brindar las prestaciones de salud de recuperación y rehabilitación a su población usuaria, en las áreas de consulta ambulatoria, procedimientos de apoyo diagnóstico terapéutico, cirugías tanto ambulatorias como hospitalizadas, atención de urgencia y hospitalización, con la mayor oportunidad, calidad, eficacia y eficiencia que le sea posible.

Debe considerarse en particular para los dos modelos que la oferta de prestaciones y servicios de cada uno de los dos establecimientos deberá ser complementaria y no competitiva, buscando la eficiencia, la eficacia y la oportunidad de la oferta de prestaciones sanitarias de ambos. Del mismo modo la oferta de prestaciones sanitarias y servicios de los Hospitales del Tórax y Neurocirugía, también debe ser considerada complementaria, así como aquellas prestaciones y servicios, que el Hospital del Salvador y el Geriátrico ofrecen y pueden ofrecer a los otros establecimientos vecinos. A las consideraciones mencionadas anteriormente, se debe agregar la derivada de la Ley de Autoridad Sanitaria en lo que respecta a los Hospitales Autogestionados, ya que tanto el Hospital del Salvador como el Geriátrico, adquirieron esa calidad por el solo imperio de la ley a contar del 1 de Enero de 2009. Este hecho de la causa debe ser necesariamente considerado a la hora de definir y describir los modelos de gestión y atención de ambos Hospitales, ya que ambos tendrán una amplia autonomía administrativa, con una gran independencia en la toma de sus decisiones de inversión, organización y operación.

Propuesta de relaciones entre Hospitales Salvador y Geriátrico

Los modelos de gestión y atención de los nuevos Hospitales del Salvador y Geriátrico, plantean la necesidad de establecer las relaciones funcionales y administrativas futuras entre estos dos establecimientos, que compartirán un espacio físico cada uno con su estructura, pero por sobre todo, compartirán clientes pacientes que transitarán por uno y otro hospital.

Ambos establecimientos, corresponderán a empresas de servicios diferentes con una oferta diferenciada de servicios.

El Hospital del Salvador entregará servicios de cirugía y especialidades quirúrgicas, tales como Urología y Traumatología, servicios de medicina interna y subespecialidades médicas, servicios de especialidades tales como Neurología, Oftalmología, Otorrino, Psiquiatría y otras, hospitalización médico quirúrgica, consultas y procedimientos diagnósticos terapéuticos ambulatorios, imagenología, laboratorio y anatomía patológica, atenciones de urgencia, a la población usuaria definida de personas mayores de 15 años, residentes preferentemente en las comunas de Providencia, Ñuñoa, Las Condes, Vitacura, La Reina y Barnechea, y en aquellas prestaciones en que es centro de referencia para el servicio de salud, referencia regional y referencia nacional.

Por su parte, el Instituto Nacional de Geriátrica es una institución con una oferta de camas de Hospitalización de Agudos y de Media Estadía, con criterios

de ingreso cuya finalidad es el tratamiento del paciente geriátrico para lograr la recuperación de su estado de salud funcional y con un compromiso de parte del apoderado o familiar responsable que al momento del término de su tratamiento hospitalizado se hace cargo del alta. A lo anterior se suma la oferta de Hospital de día y la de atenciones ambulatorias,

Esta definición de oferta diferenciada fortalece el concepto de dos establecimientos diferentes pero complementarios y relacionados, no solo por la vecindad, sino que también porque ofertan servicios a una misma población usuaria y deben compartir una serie de funciones, con el objeto de generar economías de escala y ahorros de costos de administración.

Las condiciones propuestas son las siguientes:

- Dos establecimientos independientes.
- Estatuto jurídico de Hospitales Autogestionados
- Funciones centralizadas definidas.
- Cartera de Prestaciones y Servicios a producir por uno de los dos establecimientos, y que se oferta en primer lugar a los usuarios de la red y también al otro establecimiento, para sus usuarios que lo requieran.
- Intercambio de prestaciones y servicios entre ambos Hospitales en la modalidad de compra y venta interestablecimientos.

Funciones de gestión y producción centralizadas

Se plantean en razón de economías de escala y ahorro de gastos de administración, que las siguientes funciones de gestión y producción puedan ser centralizadas para los dos establecimientos.

Las modalidades operativas de esta centralización son varias. Una es la definición de procesos centralizados, tales como administración de contratos externalizados específicos en el área de apoyo logístico industrial y procesos de licitación y compra de Farmacia y Abastecimiento.

Ejemplos de lo primero son:

- servicios de aseo, ornato y jardines,
- seguridad y vigilancia,
- mantención de equipamiento médico, industrial e infraestructura,
- movilización,
- central térmica,
- central de gases clínicos,
- central de desechos hospitalarios.

Se establece que la mayoría de estos servicios estarán externalizados.

Otra modalidad es la producción de un determinado producto o servicio en uno de los dos hospitales, que lo coloca a disposición del otro. El intercambio se formaliza a través de un contrato de compra venta de productos y servicios entre ambos establecimientos.

Ejemplos de esta modalidad son:

- Alimentación y Casino.
- Esterilización.
- Laboratorio.
- Anatomía Patológica.
- Imagenología.
- Banco de Sangre.
- Unidad de Medicina Transfusional.
- Diálisis.
- Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos Específicos.
- Interconsultas de especialidades.

Se especifica que la decisión final es tema del desarrollo del proyecto y con un trabajo conjunto de ambos establecimientos:

Relaciones de compra de servicio

Prestaciones Clínicas: De acuerdo a los planteamientos realizados, el Instituto de Geriátria le comprará servicios para pacientes hospitalizados al Hospital del Salvador: de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, diálisis, terapia transfusional, e interconsultas de especialistas cuando se requiera.

Por otra parte, el Hospital del Salvador le comprará al Instituto de Geriátria prestaciones de Interconsultas especializada en el ámbito de la geriatría y también Consultorías en temas específicos del Adulto Mayor.

Farmacia y Abastecimiento: Se plantea la compra centralizada de Farmacia y Abastecimiento, por parte de los dos Hospitales para sus propios requerimientos, para lograr economías de escala. A partir de la recepción, el resto de la gestión de Farmacia queda en manos de cada hospital, (Facturación, Pago, Bodegaje, Control de Inventario, Dispensación y Farmacia Clínica).

Compra de servicios de apoyo: De acuerdo a lo anteriormente planteado en términos de funciones centralizadas, se postula que el Hospital Geriátrico compre al Hospital del Salvador, los servicios de alimentación, casino y esterilización. Esta compra podrá ser directa de Hospital a Hospital, o eventualmente si el servicio está externalizado, se podrá comprar al tercero productor.

CUATRO_ **Programa**

Oferta de atención

Su oferta se encuentra organizada en dos niveles de atención: El primero es la atención abierta, de carácter ambulatorio con alto recambio de pacientes, posee: consulta ambulatoria de especialidades médicas y hospitalización diurna. El segundo es la atención cerrada de carácter más permanente y menor recambio de pacientes, posee la parte de hospitalización especializada.

El instituto es también pionero en el campo de la investigación, de la docencia de pre grado y post grado, así como de la extensión, difusión y participación en programa pilotos para el AM.

A continuación el listado que desglosa los distintos niveles de atención en sus unidades o áreas específicas para la atención clínica:

Modelo de atención Instituto Nacional de Geriatría - Niveles asistenciales



Programa Arquitectónico

El programa médico arquitectónico definido para el proyecto de reposición del INGER se consideró en base al estudio previo de preinversión y demanda elaborado por la oficina de Recursos Físicos del SSMO y el Ministerio de Salud, el que estableció las necesidades de espacio que cubrirán la demanda proyectada a 50 años (como mínimo).

El listado siguiente incluye todas las unidades espaciales requeridas con sus respectivas superficies:

	SERVICIO O UNIDAD DE ATENCIÓN	# Unidades	# Recintos	m2/unidad	subtotal m2	total del Area
A	ATENCIÓN ABIERTA					
A.1	CONSULTAS / PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS					
	CENTRO DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS CEA					
A.1.1	Área Administrativa:					130
	Sala de Espera de Pacientes	42	1	1,5	63	
	Modulo Secretaría-Some-Digitación		1	10	10	
	Bodega de Insumos Clínicos		1	6	6	
	Oficina Coordinación CEA		1	11	11	
	Sala de Reuniones Clínicas 25 personas		1	40	40	
A.1.2	Área Clínica:					194
	Box Consulta Medica		7	13	91	
	Box Ingreso a Centro Especialidades Ambulatorias		1	13	13	
	Box Consulta Enfermería		3	13	39	
	Box Consulta Nutrición		1	13	13	
	Box de Toma de Muestra de sangre y orina con baño		1	18	18	
	Sala de Procedimientos de Urgencia (para pacientes ambulatorios)		1	20	20	
A.1.3	Áreas de Apoyo:					35
	Baño Pacientes		4	4	16	
	Baño Personal		4	4	16	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	2	2	
	Closet Tableros Eléctricos		1	1	1	
	Total CEA				359	359

A.2	HOSPITALIZACIÓN DIURNA					
A.2.1	Área Administrativa:					174
	Vestuarios Pacientes (30 pacientes + 30 acompañantes)		1	90	90	
	Modulo Secretaría-Some-Digitación		1	10	10	
	Oficina Jefaturas		5	11	55	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
	Area Clinica					
A.2.2	Hospital de día (30 plazas de mañana y 30 en la tarde)					124
	Sala de Recepción y Espera	30	1	1,5	45	
	Sala con Modulos de evaluación multiprofesionales		5	9	45	
	Sala de procedimientos con baño		1	23	23	
	Sala de reuniones y entrevistas con familiares		1	11	11	
A.2.3	Unidad de Tratamiento Avanzado de Heridas y Ulceras Por Presión					49
	Sala de Recepción y Espera	8	1	1,5	12	
	Box Consulta Medica y Enfermería	1	1	13	13	
	Sala Procedimientos de manejo avanzado de heridas y de procedimientos generales con baño pileta y ducha.	2	1	24	24	
A.2.4	Unidad de Trastornos Cognitivos (Psicogeriatría)					188
	Sala de Recepción y Espera	32	1	1,5	48	
	Box de Consulta Evaluación Multiprofesional		1	13	13	
	Box Neuropsicológico		1	13	13	
	Box Psicólogo clínico		2	13	26	
	Sala de Aislamiento Estimulos Ambientales		1	13	13	
	Sala de estimulación cognitiva 15		1	30	30	
	Terapia grupal pacientes y familiares 15 personas		1	45	45	
A.2.5	Unidad de Trastornos de la Deglución					84
	Sala de Recepción y Espera	16	1	1,5	24	
	Box de Consulta Evaluación Multiprofesional		1	13	13	
	Box Fonoaudióloga		1	11	11	
	Sala de Procedimiento		1	18	18	
	Sala de Rehabilitación Especializada en Deglución		1	18	18	
A.2.6	Unidad de Rehabilitación Parkinson					43
	Sala de Recepción y Espera	8	1	1,5	12	
	Box de Consulta Medica		1	13	13	
	Sala de Rehabilitación Especializada en Parkinson		1	18	18	
A.2.7	Unidad Evaluación Trastorno del Peso					34
	Sala de Recepción y Espera	8	1	1,5	12	
	Sala de Rehabilitación Especializada en Transtornos del peso		1	18	18	
	Baño Pacientes		1	4	4	
A.2.8	Unidad de Alivio del Dolor					68
	Sala de Recepción y Espera	16	1	1,5	24	
	Box Procedimientos médicos		1	18	18	
	Box Consulta Psicólogo		1	13	13	
	Box Consulta Enfermería		1	13	13	
A.2.9	Unidad de geroincontinencia					109
	Sala de Recepción y Espera	16	1	1,5	24	
	Box de Consulta Medica y Matrona con baño		2	18	36	
	Sala procedimiento coloproctologico (Fecaloma)con baño		1	18	18	
	Sala de Procedimientos con camilla ginecológica con baño (cistometrías)		1	18	18	
	Box de Rehabilitación Especializada Perineal KNT		1	13	13	
A.2.10	Unidad de trastorno del pie, de la marcha, equilibrio y caídas					133
	Sala de Recepción y Espera	16	1	1,5	24	
	Sala de Rehabilitación Especializada Multipropósito		1	50	50	
	Taller de ayudas técnicas para la movilidad (implementos mas 5 pacientes)		1	20	20	

	Box de Curación de Patologías del Pie		1	13	13	
A.2.11	Áreas de Apoyo:					83
	Kitchenette		1	4	4	
	Baño Pacientes		15	4	60	
	Baño Personal		4	4	16	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	2	2	
	Closet Tableros Eléctricos		1	1	1	
	Total Hospitalización Diurna				1.063	1.063
A.3	ATENCIÓN CERRADA					
	UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN					
	Programación Hospitalización de Corta Estadía para Geriatria, Psicogeriatria y Fisiogeriatria.					
A.3.0	Área Administrativa Centralizada					
	Modulo Secretaría-Some-Digitación		1	10	10	
	Oficina Médico Jefe de Atención Cerrada		1	15	15	
A.3.1	Unidad N° 1 doble de 25 + 25 camas					1.523
A.3.1.1	Área de Público					
	Sala de Espera	50	1	1,5	75	
	Modulo Recepción-Orientación		1	8	8	
	Cafetería		1	9	9	
	Baños Públicos Femeninos		3	4	12	
	Baños Públicos Masculinos		2	4	8	
A.3.1.2	Área del Personal					
	Oficina Enfermera Supervisora		1	11	11	
	Sala de Reunión Médico-Parientes		1	11	11	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
	Estar Personal con kitchenette		2	11	22	
	Baño Personal		2	4	8	
A.3.1.3	Área de Enfermería					
	Estación de Enfermería		2	19	38	
	Sala de Trabajo Limpio		2	9	18	
	Sala de Trabajo Sucio		2	9	18	
	Bodega -Dispensador automatico de insumos clínicos.		2	8	16	
	Bodega de Equipos		1	13	13	
	Estación Correo Neumático		2	1	2	
	Estación Trabajo Medico	8	1	6	48	
	Sala de Procedimientos con Baño		1	23	23	
	Carros Ropa Limpia (4 carros)	4	1	4	16	
	Depósito de Ropa Sucia (4 carros)	4	1	4	16	
	Sala de Degradador chatas con lavamanos		2	3	6	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		2	3	6	
	Reposterio (sin cocina, con refrigerador, con microonda)		1	4	4	
A.3.1.4	Área de Pacientes					
	Hall de Acceso de Pacientes e insumos		1	19	19	
	Estacionamiento de camillas/sillas de ruedas		1	4	4	
	Sala de Estar y Uso Múltiple		1	45	45	
	Comedor 15 pacientes con cuidador (dos turnos)	15	2	4	120	
	Habitación de 3 camas	42	14	37	518	
	Baño de pacientes en habitación		14	5	70	
	Habitación de 1 cama (Aislado con Baño)	8	8	25	200	
	Sala baño /ducha con silla lavadora de paciente		1	17	17	
A.3.1.5	Área Técnica					
	Closets Tableros Eléctricos	1	2	2	4	
	Closet de Red Húmeda/Seca	2		1	2	

	Closet Tableros Corrientes Débiles	1	2	1	2	
	Shaft Climatización	18	9	0,5	9	
	Shaft descargas y matrices sanitarias	18	9	0,5	81	
A.3.2	Unidad N° 2 doble de 25 + 25 camas					1.498
A.3.2.1	Área de Público					
	Sala de Espera	50	1	1,5	75	
	Modulo Recepción-Orientación		1	8	8	
	Cafetería		1	9	9	
	Baños Públicos Femeninos		3	4	12	
	Baños Públicos Masculinos		2	4	8	
A.3.2.2	Área del Personal					
	Oficina Enfermera Supervisora		1	11	11	
	Sala de Reunión Médico-Parientes		1	11	11	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
	Estar Personal con kitchenette		2	11	22	
	Baño Personal		2	4	8	
A.3.2.3	Área de Enfermería					
	Estación de Enfermería		2	19	38	
	Sala de Trabajo Limpio		2	9	18	
	Sala de Trabajo Sucio		2	9	18	
	Bodega -Dispensador automatico de insumos clínicos.		2	8	16	
	Bodega de Equipos		1	13	13	
	Estación Correo Neumático		2	1	2	
	Estación Trabajo Medico	8	1	6	48	
	Sala de Procedimientos con Baño		1	23	23	
	Carros Ropa Limpia (4 carros)	4	1	4	16	
	Depósito de Ropa Sucia (4 carros)	4	1	4	16	
	Sala de Degradador chatas con lavamanos		2	3	6	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		2	3	6	
	Reposterero		1	4	4	
A.3.2.4	Área de Pacientes					
	Hall de Acceso de Pacientes e insumos		1	19	19	
	Estacionamiento de camillas/sillas de ruedas		1	4	4	
	Sala de Estar y Uso Múltiple		1	45	45	
	Comedor 15 pacientes con cuidador (dos turnos)	15	2	4	120	
	Habitación de 3 camas	42	14	37	518	
	Baño de pacientes en habitación		14	5	70	
	Habitación de 1 cama (Aislado con Baño)	8	8	25	200	
	Sala baño /ducha con silla lavadora de paciente		1	17	17	
A.3.2.5	Área Técnica					
	Closets Tableros Eléctricos	1	2	2	4	
	Closet de Red Húmeda/Seca	2		1	2	
	Closet Tableros Corrientes Débiles	1	2	1	2	
	Shaft Climatización	18	9	0,5	9	
	Shaft descargas y matrices sanitarias	18	9	0,5	81	
A.3.3	Pensionado Unidad de 12 camas					650
A.3.3.1	Área de Público					
	Sala de Espera	24	1	1,5	36	
	Modulo Recepción-Orientación		1	8	8	
	Cafetería		1	9	9	
	Baños Públicos Femeninos		2	4	8	
	Baños Públicos Masculinos		1	4	4	
A.3.3.2	Área del Personal					

	Oficina Enfermera Supervisora		1	11	11	
	Sala de Reunión Médico-Parientes		1	11	11	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
	Estar Personal con kitchenette		1	11	11	
	Baño Personal		2	4	8	
A.3.3.3	Área de Enfermería					
	Estación de Enfermería		1	19	19	
	Sala de Trabajo Limpio		1	9	9	
	Sala de Trabajo Sucio		1	9	9	
	Bodega -Dispensador automatico de insumos clínicos.		1	8	8	
	Bodega de Equipos		1	13	13	
	Estación Correo Neumático		1	1	1	
	Estación Trabajo Medico	3	1	6	18	
	Carros Ropa Limpia (1 carro)		1	4	4	
	Depósito de Ropa Sucia (1 carro)		1	4	4	
	Sala de Degradador chatas con lavamanos		1	3	3	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	3	3	
	Repostero		1	4	4	
A.3.3.4	Área de Pacientes					
	Hall de Acceso de Pacientes e insumos		1	19	19	
	Estacionamiento de camillas/sillas de ruedas		1	4	4	
	Sala de Estar y Uso Múltiple		1	25	25	
	Comedor 12 pacientes con cuidador	12	1	4	48	
	Habitación de 1 cama Pensionado (Con Baño)	12	12	25	300	
A.3.3.5	Área Técnica					
	Closets Tableros Eléctricos	1	1	2	2	
	Closet de Red Húmeda/Seca	1		1	1	
	Closet Tableros Corrientes Débiles	1	1	1	1	
	Shaft Climatización	6	9	0,5	3	
	Shaft descargas y matrices sanitarias	6	9	0,5	27	
	total unidades de hospitalización					3671
B	UNIDAD DE APOYO TERAPEUTICO					
	MEDICINA FISICA, REHABILITACION Y TERAPIA OCUPACIONAL					
B.1	Área Administrativa					226
	Sala de Espera de Pacientes	40	1	1,5	60	
	Modulo Secretaría-Some-Digitación		1	10	10	
	Estacionamiento Sillas de Ruedas		1	25	25	
	Oficina Médico Jefe		1	11	11	
	Baños Pacientes Mujeres (6 WC-6 Lavamanos)		1	15	15	
	Baños Pacientes Hombres (4 WC-4 Urinarios-6 lavamanos)		1	15	15	
	Baño personal Mujeres (3WC-3 lavamanos)		1	6	6	
	Baño Personal Hombre (3 WC-3 lavamanos)		1	6	6	
	Estar Personal con kitchenette		1	11	11	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
	Estación Trabajo	8	1	6	48	
B.2	Área Clínica					811
	Modulo Boxes Kinesioterapia	20	1	9	180	
	Gimnasio paralelas, bicicletas, otros fijos		1	120	120	
	Gimnasio colchonetas		1	120	120	
	Gimnasio otros libres		1	20	20	
	Sala Hidroterapia de Extremidades		1	18	18	
	Sala Baños de Parafina		1	13	13	
	Box Consulta de Fonoaudiólogos		3	13	39	

	Terapia Grupal y Sesiones Educativas (12 personas)	12	1	1,5	18	
	Patio de Trabajo en exterior, abierto-cubierto		1	65	65	
	Taller de ejercicios Terapéuticos		1	40	40	
	Taller de terreno disperejo		1	20	20	
	Talleres múltiples de Terapia Ocupacional	20	1	2	40	
	Taller básico de Actividades de Vida Diaria AVD	1	1	30	30	
	Taller instrumental (cocina)	1	1	40	40	
	Taller entrenamiento uso WC y ducha	1	1	20	20	
	Taller de confección de órtesis		1	28	28	
B.3	Área de Apoyo Clínico					28
	Bodega de Equipos		1	19	19	
	Bodega de Insumos		1	6	6	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	3	3	
	Total Unidad de apoyo terapeutico				1.065	1.065
C	UNIDAD DE LOGISTICA Y ABASTECIMIENTO					
	ABASTECIMIENTO INSUMOS NO CLÍNICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS CLÍNICOS					
C.1	Área Administrativa Centralizada					103
	Sala de Espera	8	1	1,5	12	
	Área de Recepción		1	16	16	
	Modulo Secretaría-Recepción-Espera		1	8	8	
	Bodega de archivos		1	3	3	
	Oficina Farmaceutico Jefe Logistica		1	15	15	
	Estaciones de Trabajo Administrativo	3	1	6	18	
	Estaciones de Trabajo Profesional	2	1	6	12	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
C.2	Bodegas centralizadas unidad de logística					159
C.2.1	Área Recepción					
	Oficina Jefatura de Bodegas Logísticas		1	11	11	
	Estaciones de Trabajo Administrativo	2	1	6	12	
C.2.2	Áreas de Almacenaje:					
	Bodega de Medicamentos y Sueros.		1	30	30	
	Bodega de Insumos Clínicos.		1	30	30	
	Bodega de Insumos No Clínicos (Materiales Escritorios y Otros)		1	40	40	
	Bodega Material Inflamable		1	13	13	
	Despacho y reposición dispensadores de pisos		1	15	15	
	Área ubicación carros transporte.		1	8	8	
C.3	Pisos Mecánicos - Túnel Instalaciones					150
	unidades varias		1	150	150	
C.4	Casino funcionarios					236
	Cocina del hospital (cocina caliente,lavado vajilla)		1	44,0	44	
	Casino personal		1	88,0	88	
	Dispensa		1	18,0	18	
	Oficina nutricionista		1	16	16	
	Baño nutricionista		1	4	4	
	Secretaria nutricionista		1	9,0	9	
	Camarin personal		1	33,0	33	
	Bodega		2	12,0	24	
C.5	Vestuario y baños del personal					
	Devolución Ropa Usada (Sucia)		1	6	6	
	Entrega Ropa Limpia (Uniformes)	250	1	0,3	63	
C.5.1	Baños y Vestidores Femeninos:					197
	Área Casilleros Dobles (1 por funcionario)	163	1	0,2	41	
	Área cubículos vestidores	41	1	1,5	61	

	Área Duchas individuales	6	1	1,5	9	
	Área Lavamanos	6	1	1,5	9	
	Área cubículos inodoros	6	1	1,5	9	
C.5.2	Baños y Vestidores Masculinos:					70
	Área Casilleros Dobles (1 por funcionario)	88	1	0,2	22	
	Área cubículos vestidores	22	1	1,4	31	
	Área Duchas individuales	3	1	1,4	4	
	Área Lavamanos	3	1	1,5	5	
	Área cubículos inodoros	3	1	1,5	5	
	Área Urinarios	3	1	1,5	5	
	Total Unidad de logística y abastecimiento					915
D	ADMINISTRACIÓN INSTITUTO DE GERIATRÍA					
D.1	Dirección Instituto Geriátrico					113
D.1.1	Dirección:					
	Sala de Espera	10	1	1,5	15	
	Modulo Secretaría-Recepción-Espera		1	8	8	
	Oficina de Partes: Procesamiento y Despacho		1	6	6	
	Oficina de Partes: Archivo		1	20	20	
	Oficina Director		1	20	20	
	Baño del Director		1	4	4	
	Sala de Reuniones		1	40	40	
D.1.2	Subdirecciones:					96
	Modulo Secretaría-Recepción-Espera	2	1	6	12	
	Bodega de Archivos		3	3	9	
	Subdirector Médico		1	20	20	
	Subdirector Administrativo		1	20	20	
	Subdirección de Enfermería		1	20	20	
	Subdirección de Investigación, Docencia y Extensión.		1	15	15	
D.1.3	Auditoría:					23
	Oficina Jefe de Auditoría		1	11	11	
	Estaciones de Trabajo		2	6	12	
D.1.4	Áreas de Apoyo:					24
	Kitchenette		1	4	4	
	Baño Personal		4	4	16	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	3	3	
	Closet Tableros Eléctricos		1	1	1	
D.2	Área administrativa de soporte					54
D.2.1	Área de Administración Centralizada:					
	Sala de Espera	10	1	1,5	15	
	Modulo Secretaría-Recepción-Espera	3	1	6	18	
	Sala de Reuniones (12 personas)		1	19	19	
D.2.2	Unidades de apoyo:					179
	Jefe de Finanzas		1	11	11	
	Oficina jefe de Contabilidad		1	11	11	
	Estaciones de Trabajo Administrativo	6	1	6	36	
	Jefe de Recursos Humanos		1	11	11	
	Asistente Social personal		1	11	11	
	Oficina de Coordinación Capacitación		1	11	11	
	Estaciones de Trabajo Administrativo	3	1	6	18	
	Oficina de Estudios - Proyectos		1	11	11	
	Oficina Unidad de IIH, Calidad y Epidemiología		1	11	11	
	Oficina Asesoría Jurídica		1	9	9	
	Oficina Relaciones Públicas		1	9	9	

	Estación de Trabajo Unidad de Informática (3 personas)	3	1	6	18	
	Estación de Trabajo Unidad de Gestión Clínica GRD, Winsig (2	2	1	6	12	
D.2.3	Áreas de Apoyo					24
	Kitchenette		1	4	4	
	Baño Personal		4	4	16	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	3	3	
	Closet Tableros Eléctricos		1	1	1	
D.3	Área de servicio atención al paciente S.A.P. (SOME)					136
D.3.1	Área de Público					
	Sala de Espera de Público	50	1	1,5	75	
	Teléfonos Públicos		1	9	9	
	Modulo Recepción-Orientación	1	1	6	6	
	Modulo de Atención Personalizada	3	1	6	18	
	Módulos Caja		1	6	6	
	Módulo Venta de Bonos	1	1	6	6	
	Baño público (mujeres)		2	4	8	
	Baño público (hombres)		2	4	8	
D.3.2	Área de Administración Centralizada					23
	Modulo Secretaría-Some-Digitación	2	1	6	12	
	Oficina Jefatura SAP		1	11	11	
D.3.3	OIRS Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias:					28
	Sala de Espera de Público	6	1	1,5	9	
	Módulo de Información, Reclamos y Sugerencias		1	8	8	
	Oficina Jefatura OIRS		1	11	11	
D.3.4	Servicio Social:					34
	Oficina Asistente Social Pacientes		2	11	22	
	Estaciones de Trabajo		2	6	12	
D.3.5	Estadística					12
	Estaciones de Trabajo		2	6	12	
D.3.6	Organizaciones Sociales (Voluntariado):					46
	Estaciones de Trabajo		4	6	24	
	Casilleros con banquetas	20	1	0,50	10	
	Bodega Materiales		4	3	12	
D.3.7	Áreas de Apoyo					16
	Telefonos Públicos		1	4	4	
	Baño Personal		2	4	8	
	Bodega Carro y artículos de Aseo		1	3	3	
	Closet Tableros Eléctricos		1	1	1	
	Total Administración del INGER					808
E	Área educativa					
E.1	Salas de conferencia					
	Salas de conferencia 1		1	120	120	
	Sala de conferencia 2		1	40	40	
E.2	Salas		2	30	30	
E.3	Biblioteca		1	120	120	
	Total area educativa					310

Resumen Programa Arquitectónico

A.1	ATENCION ABIERTA					
	CONSULTAS / PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS					
A.1.1	CENTRO DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS CEA					
	Boxes consultas					
A.1.3	Área Administrativa					130
A.1.2	Área Clínica					194
A.1.3	Áreas de Apoyo					35
A.2	HOSPITALIZACION DIURNA					
A.2.1	Área Administrativa					174
A.2.2	Hospital de día (30 plazas de mañana y 30 en la tarde)					124
A.2.3	Unidad de Tratamiento Avanzado de Heridas y Ulceras Por Presión					49
A.2.4	Unidad de Trastornos Cognitivos (Psicogeriatría)					188
A.2.5	Unidad de Trastornos de la Deglución					84
A.2.6	Unidad de Rehabilitación Parkinson					43
A.2.7	Unidad Evaluación Trastorno del Peso					34
A.2.8	Unidad de Alivio del Dolor					68
A.2.9	Unidad de geroincontinencia					109
A.2.10	Unidad de trastorno del pie, la marcha, equilibrio y caídas					133
A.2.11	Áreas de Apoyo					83
A.3	ATENCION CERRADA					
	UNIDADES DE HOSPITALIZACION					
A.3.0	Programación Hospitalización de Corta Estada para Geriatría, Psicogeriatría y Fisiogeriatría					
A.3.1	Unidad N° 1 doble de 25 + 25 camas					1.523
A.3.2	Unidad N° 2 doble de 25 + 25 camas					1.498
A.3.3	Pensionado Unidad de 12 camas					650
B	UNIDAD DE APOYO TERAPEUTICO					
	MEDICINA FISICA, REHABILITACION Y TERAPIA OCUPACIONAL					
B.1	Área Administrativa					132
B.2	Área Clínica					811
B.3	Área de Apoyo Clínico					28
C	UNIDAD DE LOGISTICA Y ABASTECIMIENTO					
	ABASTECIMIENTO INSUMOS NO CLÍNICOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS CLINICOS					
C.0	Área Administrativa Centralizada					103
C.1	Bodegas centralizadas unidad de logistica					159
C.2	Pisos Mecánicos - Túnel Instalaciones					150
C.3	casino funcionarios					236
C.4	Vestuario Hombres y Mujer					268
D	ADMINISTRACIÓN INSTITUTO DE GERIATRÍA					
D.1	Dirección Instituto Geriátrico					113
D.2	Área administrativa de soporte					54
D.3	Área de servicio de atención al paciente S.A.P. (SOME)					136
E	ZONA EDUCATIVA					
E.1	Salas de conferencia					160
E.2	Salas					60
E.3	Biblioteca					120

Estacionamientos

CALCULO DE ESTACIONAMIENTOS OBLIGATORIOS				
Unidades de Estacionamientos exigidos:				
Unidad de Hospitalización:	2 por cama más 15% para visitas			
Nº DE CAMAS:	112	2	224	
Visitas:		0,15	34	
			258	vehículos
calcula area	Estacionamiento	Calle		
LARGO:	5,00	3,00	8	
ANCHO:	2,50		2,5	
			20	m2
TOTAL m2 NETOS:			5152	m2
Estructura, escaleras y rampas 20%:			1030	m2
			6182	m2
Otros estacionamientos:				
		# unidades	m2 unidad	Total m2
De superficie:				
Minibuses		1	21	21
Ambulancias		2	27	54
Público		4	20	80
De servicios:				
Basura		1	30	
Gases Clínicos		1	30	
Insumos Cocina		1	30	30
Insumos Farmacia		1	30	30
Insumos Bodegas Generales		2	30	
Insumos Ropería		1	30	
Petróleo		1	30	
Gas Licuado		1	30	
		17		215
Más 40% de calle				86
				301
TOTAL m2 ESTACIONAMIENTOS			6483	m2

Totales

A.1	CONSULTAS / PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS						359
A.2	HOSPITALIZACIÓN DIURNA						1089
A.3	ATENCIÓN CERRADA						3671
B	UNIDAD DE APOYO TERAPÉUTICO						971
C	UNIDAD DE LOGISTICA Y ABASTECIMIENTO						916
D	ADMINISTRACIÓN INSTITUTO DE GERIATRÍA						808
E	ÁREA EDUCATIVA						
						total instituto geriatrico	7814
						circulación y muros 50 %	3907
						total instituto geriatrico	11721
	ESTACIONAMIENTO						6483
						Total INGER	18.204

Tipos de usuarios

El edificio, como institución pública que brinda atención especializada en Geriatría, forma recursos humanos y desarrolla modelos de atención específicos establece una distinción de usuarios la que se puede dividir de la siguiente manera:

Usuarios de asistencia:

- Pacientes: Personas de 60 años o más, que requieren atención de especialidad en Geriatría. Estas se desenvuelven dentro de dos grandes tipo de espacios que relacionados a las actividades de evaluación o terapia en los que se distinguen los box y los talleres respectivamente.
- Cuidador principal del Adulto Mayor que es atendido en el Instituto para su capacitación, la que se da principalmente en zonas de talleres grupales.
- Equipos de profesionales y técnicos de la Red SSMO, y Red de Salud de la Región Metropolitana que atienden al AM.

Usuarios de formación.

- Equipos de Profesionales de la Red de Servicios de Salud a nivel nacional que demandan formación. Estos funcionan principalmente en la dinámica de pasantía o práctica dada en las distintas zonas de atención. Es por esto que el área educativa dentro del programa arquitectónico es relativamente pequeña y comprende solo un par de salas, una biblioteca y dos salas de conferencia utilizadas alternamente.
- Universidades e Institutos con convenios para pasantías y prácticas de Pre y Post grado. Ídem.

Usuarios de Asesorías

- Organismos Públicos ligados a la atención y cuidados de los Adultos Mayores.
- Ministerio de Salud - Programa del Adulto Mayor.

CINCO_ **Proyecto**

Idea de proyecto

El edificio nace de la reflexión sobre ¿cómo un edificio hospitalario puede diferenciarse del resto, contribuyendo o potenciando las distintas terapias y servicios entregados sus pacientes?, dicho de otra forma ¿cual es la “característica”, el “Adjetivo” arquitectónico que lo define como un recinto hospitalario para AM?

Como punto de partida se pensó en cual era la principal función u objetivo del INGER y como se lograba actualmente dentro del recinto hospitalario lo que nos lleva principalmente a lo que es la atención misma, en la que están involucradas una serie de instancias que bien conocemos, servicios y niveles de atención(ver pag. 42) que finalmente dan como resultado la integración del AM a su entorno donde puede desenvolverse sin “la necesidad de ser ayudado para ajustarse al medio e interactuar con él”, es decir, sin ningún grado de dependencia.

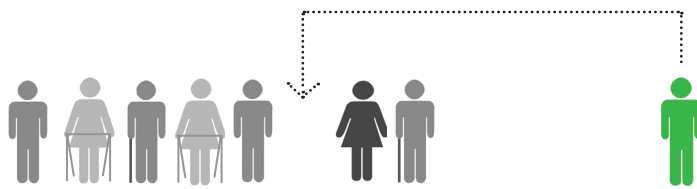
Esa integración que se busca como objetivo, no solo se consigue por medio de terapias físicas relacionadas a las capacidades funcionales del las personas, también existe un ámbito social muy importante asociado a las relaciones personales que se establecen, relaciones que son las que entregan el sentido de pertenencia a las personas mayores.

“Me encanto ir a terapia porque además de recuperarme de mi enfermedad me hice muy buenos amigos que hasta hoy día sigo viendo”¹³ esta situación da cuenta de ese sentido de pertenencia (en este caso al grupo de amigos que se genero) y de paso gatilla la idea del proyecto de caracterizar arquitectónicamente esa interacción entre las personas que luego se transforma en una herramienta para mejorar los procesos de rehabilitación o terapia dados en el INGER.

Finalmente la manera de contribuir a mejorar los resultados o bien caracterizar la arquitectura del INGER es por medio del protagonismo de espacios dados a la interacción entre personas que fácilmente conviven con los recintos programáticos establecidos por el programa médico arquitectónico.

¹³ Conversación con una de las personas mayores entrevistadas para una encuesta personal. ver anexos.

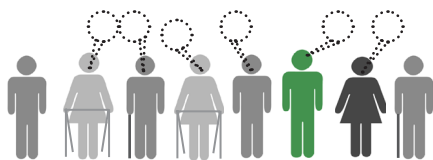
Conceptos



Integración

Al medio propio, a un vivir cotidiano común con sus compañeros, la integración debe realizarse social como física.

Hacer protagonista al adulto mayor en el vivir cotidiano, con toda la participación que el estime. La libertad de incluirse dentro de la comunidad debe ser guiada por él, no aislarlo ni hacerlo dependiente tempranamente.

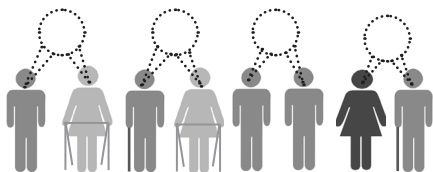


se lleva a cabo a través de

Interacción

Relación con otras personas y realidades, necesidad de alternar vivencias, experiencias. Ocupa elementos para el amparo de sus actividades, un árbol por ejemplo puede ser un lugar, un jardín, un universo de acción, así mismo instancia dentro del instituto.

Socialmente existe una tendencia a aislar los espacios destinados al adulto mayor activo, problema recurrente pues vemos que es un personaje que aprovecha y agradece la comunicación con los demás



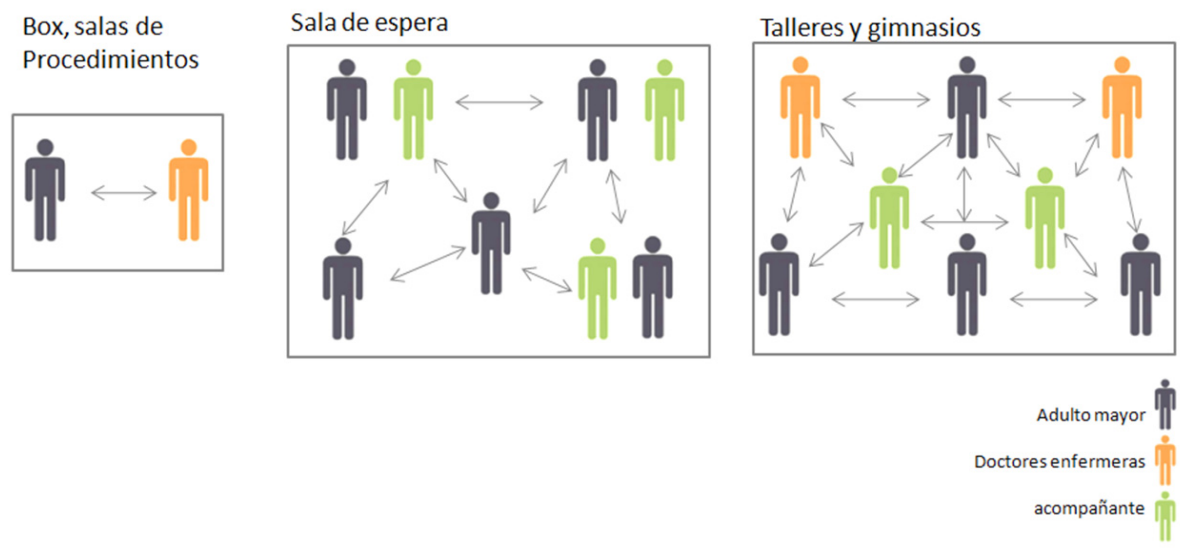
Obteniendo como resultado

Sentido de pertenencia

Se establece una relación permanente que llena de actividad al AM y finalmente mejora su salud física mental y social.

Estrategia / operación

Reconocer y potenciar espacios con una vocación de relación entre los distintos usuarios: paciente - personal; paciente - acompañante y paciente - paciente. Por ejemplo las salas de espera son susceptibles a clasificarlas como un espacio (teóricamente) sociable ya que todas las personas se encuentran dentro de un mismo lugar que tiene ciertas características (...), las que soportan o generan la instancia del acto de la conversación al contrario de lo que ocurre en un box de consulta donde la relación es obligatoriamente unidireccional doctor - paciente sin posibilidad de modificación.



Esta estrategia permite establecer una tipificación de dos grandes áreas:

-Recintos que presentan relaciones mínimas y que por lo general tienden a tener un carácter netamente funcional además de presentar requerimientos de control mayores por lo que es necesario contar con circulaciones diferenciadas.

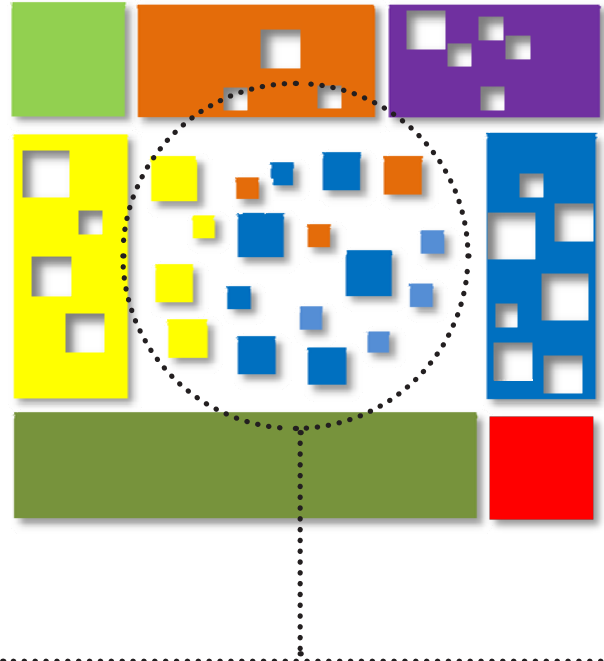
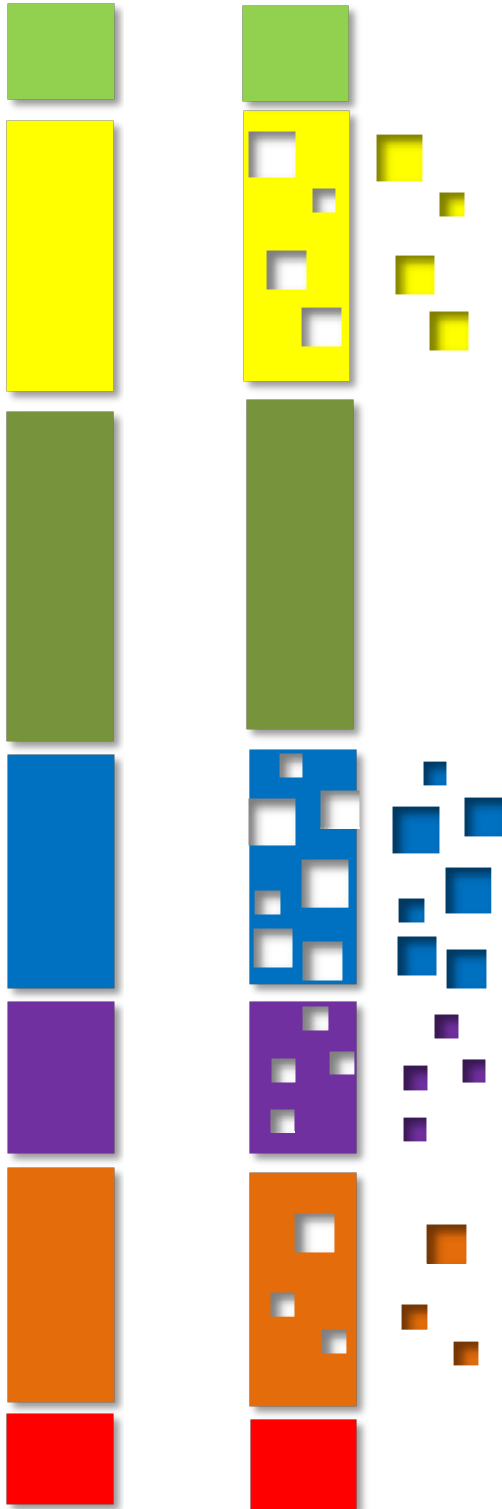
-Recintos con mayor relación, dedicados mayoritariamente a los programas de terapia, rehabilitación y trabajo con los cuidadores principales (acompañantes).

El proyecto busca potenciar la segunda categoría para poder brindar una nueva configuración al recinto hospitalario, en donde prevalece el espacio público, las áreas comunes sin restricciones de utilización.

1 Programa

2 Reconocimiento
de zonas de interacción

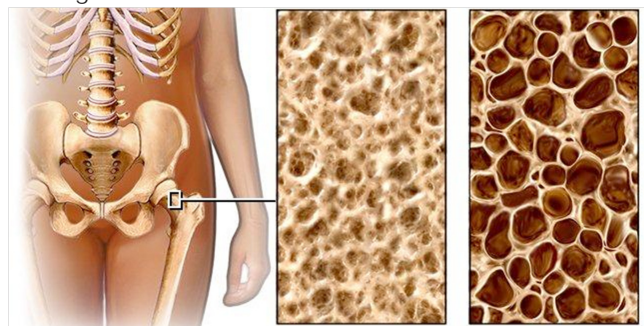
3 Nueva organización, con zonas de
interacción en conjunto



Así se genera una nueva configuración espacial establecida por el un gran espacio donde se insertan los recintos reconocidos.

La manera de relacionarse entre ellos es por medio de este espacio remanente dedicado exclusivamente a la interacción de las personas de manera que se integren en los distintos grupos de terapia formando losos permanentes.

Imagen referencial



Partido general

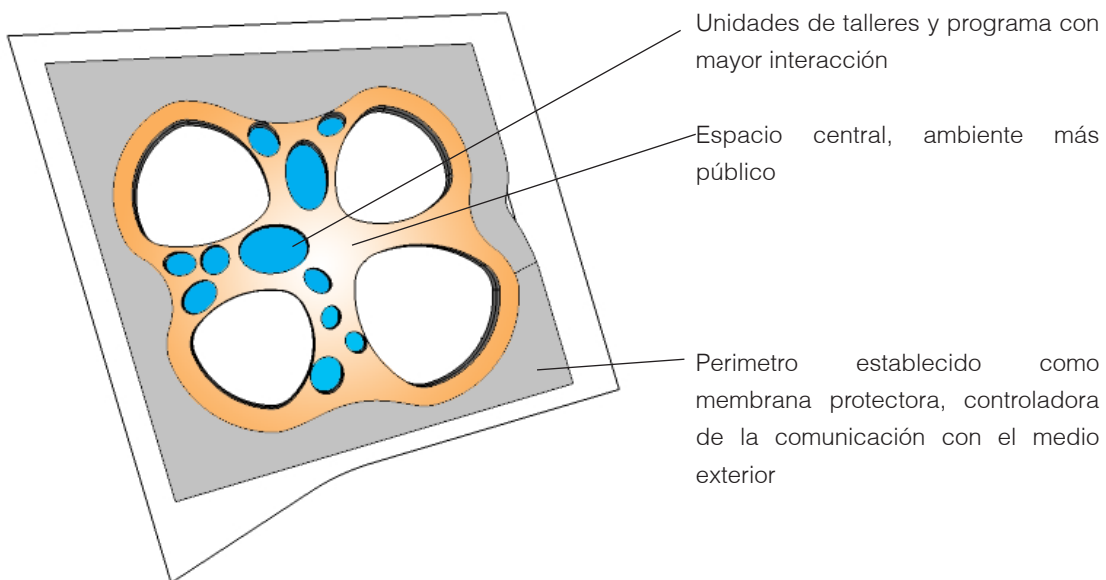
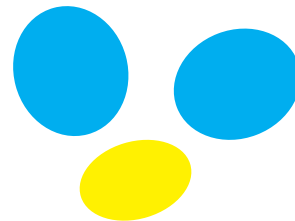
Luego de descrita la idea y la operación por la cual se pone en práctica podemos definir el proyecto y su partido general. El que se entiende como un gran volumen donde conviven dos sistemas espaciales del INGER uno es la parte más pública, espacio central protagónico donde se desarrolla ese ambiente integración - interacción dado por la estrategia de ordenamiento en base a la disgregación del programa e inclusión de espacio adicional entendido como soporte para el estar, sociabilización, recreación, un espacio multifuncional con capacidad de adaptarse incluso para realizar actividades.

Para el ordenamiento de los recintos dentro de este gran espacio se toma como criterio la agrupación de por lo menos dos recintos asociados a un espacio de interacción.

La otra zona Volumétrica constituida es esta especie de membrana que protege al espacio central, transformándose en la zona dura que controla la relación del INGER con el exterior.

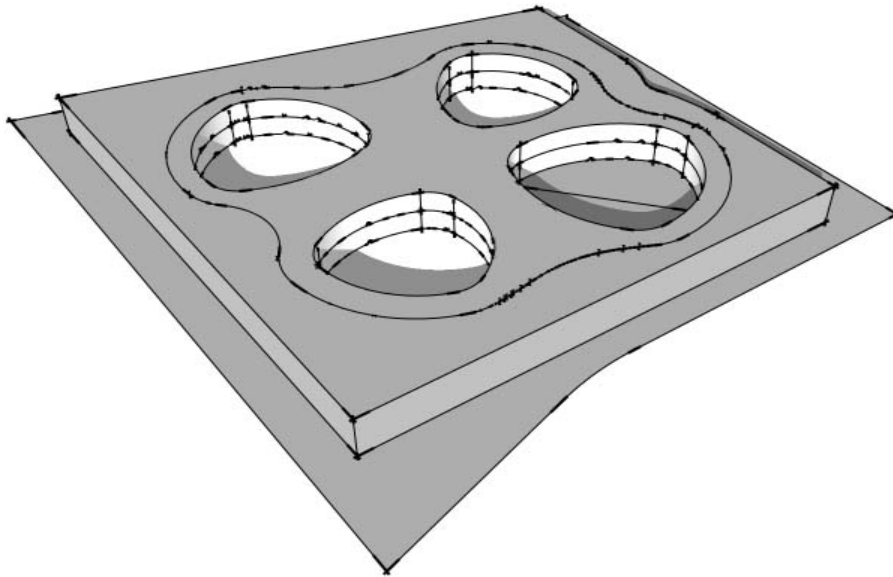
Con esto se pretende conseguir mejorar el ambiente de los usuarios desde un sentido centrífugo de la arquitectura. Es decir, una arquitectura donde el usuario es actor y no mero espectador. Una arquitectura que se genera desde el espacio interior generando nuevas alternativas espaciales que finalmente crean ese "carácter" buscado inicialmente.

Unidad mínima de ordenamiento , en recintos ubicados dentro del espacios mayor



Forma y volumen

La forma se percibe como un paralelepípedo cerrado de baja altura para lograr un sentido de horizontalidad y escala más cercana al AM. El volumen consolida los cuatro deslindes del terreno con el fin de generar un cerramiento o control entre el espacio interior y el entorno.



Las perforaciones que sobre el volumen surgen a raíz de querer combinar las distintas terapias dadas en el Instituto con espacios al aire libre donde puedan trasladarse dichas actividades, es decir se presenta como un espacio con posibilidades funcionales altas .

La idea urbana detrás de esta forma es consolidar el INGER como un icono urbano para introducirlo así en el imaginario colectivo de las personas.

La volumetría se hace cargo de las exigencias de las distintas normativas a las que está sujeto.

- Posee un porcentaje de ocupación de suelo justo de 40%
- Las líneas de antejardín están totalmente contabilizadas

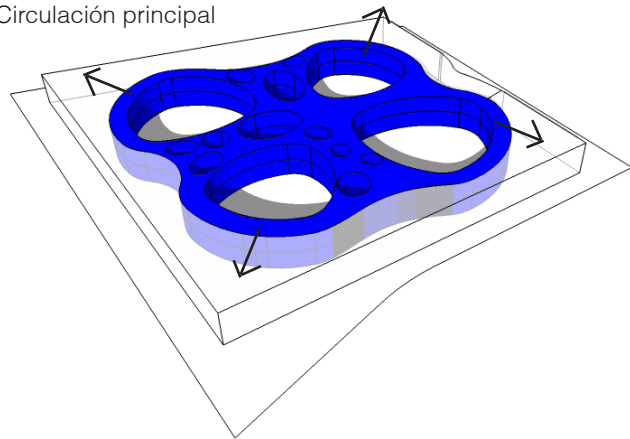
Función

La funcionalidad en cualquier recinto médico se torna un componente fundamental para que éste pueda satisfacer los requerimientos específicos dados por el programa. Sin embargo cabe recalcar que el INGER no es una institución que practique procedimientos quirúrgicos complejos por lo que sus circulaciones son algo más simples que las de un establecimiento que si las realiza.

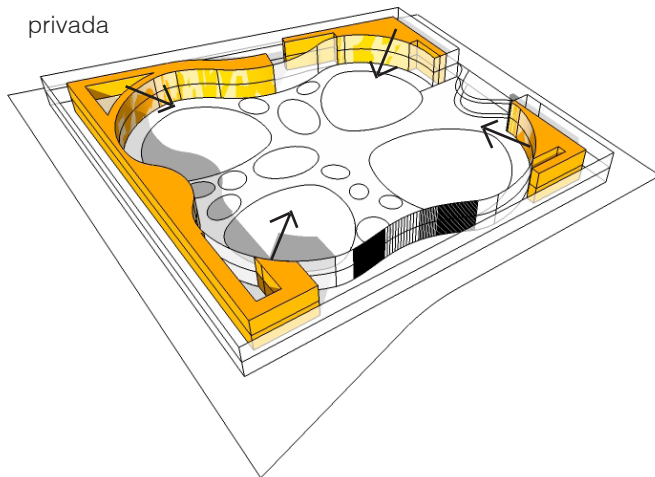
Como circulación principal se establece la que circunda el espacio central y que distribuye a toda la planta de forma ordenada y clara. Es necesario plantear una circulación que no dificulte la orientación debido al usuario que se atiende. Además de plantearla clara se hace cíclica (sin fin) con la idea que hacer del espacio central un espacio recorrible.

En cuanto a las circulaciones verticales se encuentran dentro del circuito principal y orientado de tal manera que su área de influencia se reparta equitativamente.

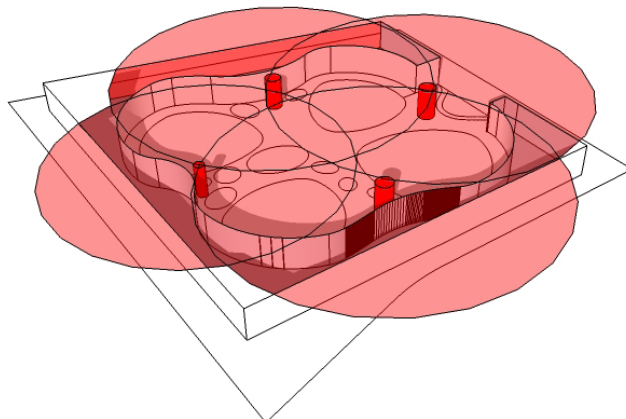
Circulación principal



Circulación secundaria, más privada



Circulación vertical y su área de influencia

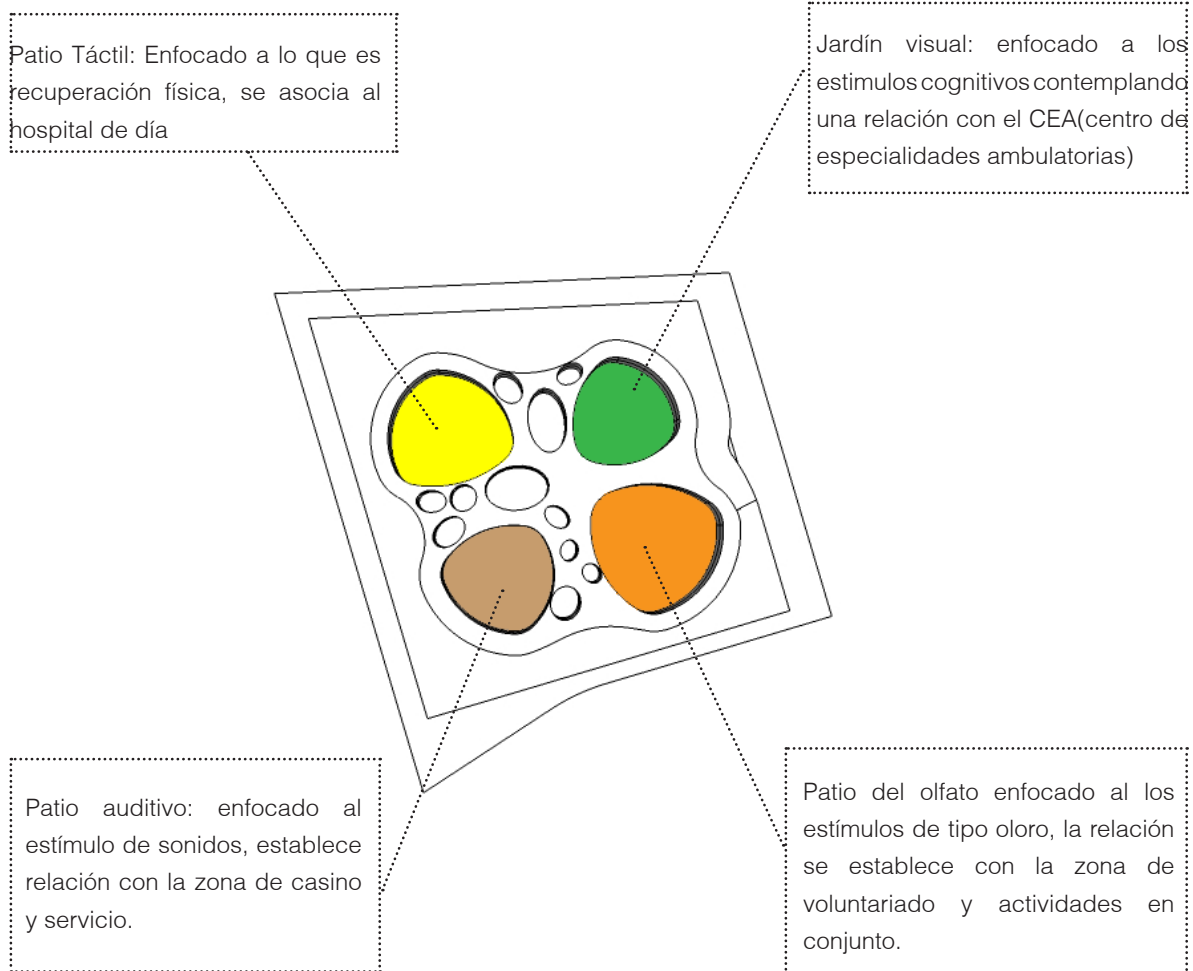


Patios Temáticos

Los centros geriátricos deberían ser lugares optimistas, donde se potencie las ganas de vivir y con esto la recuperación del paciente.

Al incluir patios/jardines se intenta crear un ambiente característico en el que se produzcan distintas posibilidades de dinámicas terapéuticas marcadas en este caso por la relación con la naturaleza.

Los patios se proyectan como zonas temáticas relacionadas cada uno a un sentido y programa específico siempre pensado de manera que la relación patio - programa sea coherente y no meramente espacial.



Propuesta urbana

Se intenta reconstituir la estructura reconocida y descrita en capítulos anteriores con el fin de ordenar y establecer un sistema claro donde se recupere el espacio público de borde tomado por el crecimiento caótico debido a la adecuación de los recintos respecto a la demanda creciente de los servicios de salud además de la aparición de el cerramiento perimetral de la manzana completa lo que aísla los recintos de su entorno inmediato.

Las estrategias para el ordenamiento dentro de la manzana o plan maestro quedan definidas de la siguiente forma:

- La propuesta reafirma esta organización de franjas separadas al centro por el parque que actúa como espacio de comunicación inter-hospitalaria. Para esto se establece como zona exclusiva para el posicionamiento del futuro proyecto del Hospital Salvador la franja norponiente donde se mantendrá los anchos variando la altura del recinto.

- Se pretende también reubicar las zonas blandas marcadas por las construcciones agregadas con posterioridad. Además de abrir el cerramiento que corta la relación con el entorno. Entregando un borde verde considerable a la población, lugar que puede ser utilizado como plaza - parque donde existan áreas con mobiliario urbano.

- El INGER necesita posicionar su imagen como institución pública dentro de la trama urbana con el fin de generar conciencia colectiva de su existencia. Para esto se plantea como un volumen icónico regular compacto claramente diferenciado de las demás estructuras lo que introducirá la institución dentro del imaginario colectivo.

- Establecer dos grandes ejes de comunicación en sentido sur norte que nutran las distintas áreas del Hospital Salvador. Que conecten subterráneamente por la parte en que se contempla la apertura de la calle Nueva Valenzuela Castillo



Ensanche calles, apertura nueva vía



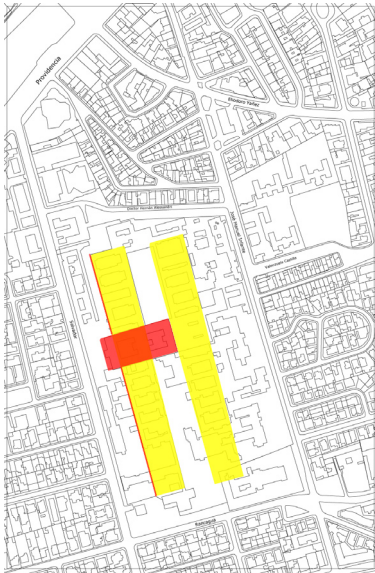
Zona blanda, requiere reubicación



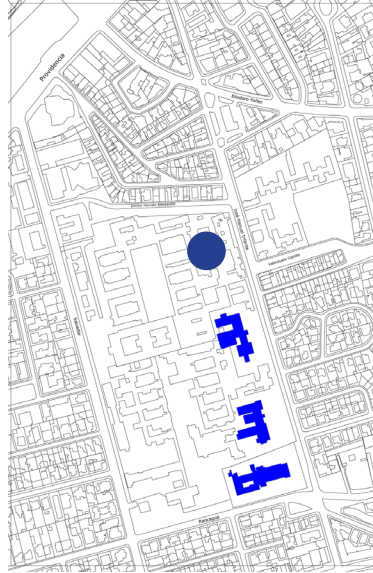
Vialida estructurante



Recuperación borde verde



Reafirmar estructura preexistente ,
Franja oriente



Instituciones de especialidad,
inserción INGER (icono urbano)



Plan maestro



INGER ¿?

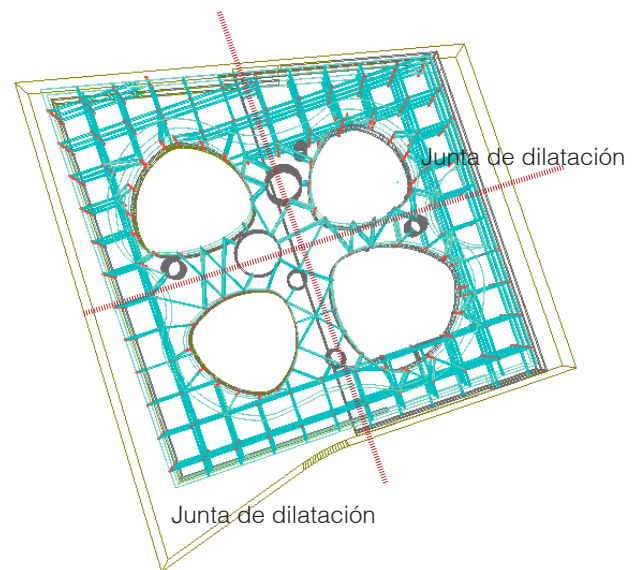
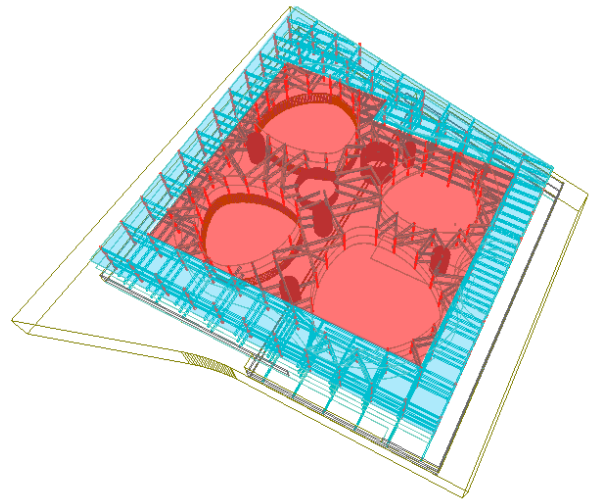
Los demás recinto tienen una impronta que les da ese carácter icono del que adolece el INGER

Estructural y materialidad

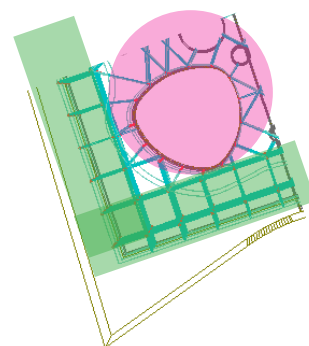
Se propone en función de lograr esa espacialidad propuesta como partido general, para esto se establece una estructura mixta evidenciando por un lado esta membrana funcional que protege, a la cual se le aplica una crujía uniforme en base a marcos rígidos de Hormigón armado de 8 metros de luz máxima y alturas de piso a piso de 4mt. Los pilares de sección cuadrada tienen una dimensión de 80cms. Las vigas tienen una sección rectangular de 80x30 cms. El modelo estructural se escogió en base a los requerimientos de flexibilidad del recinto hospitalario y además de llegar al subterráneo con una forma uniforme que tenga coherencia con los requerimientos de estacionamientos.

Por otro lado para la zona más pública se propone un modelo en base a marcos, pero esta vez organizados de manera tal que sea posible regularizar la forma resultante de las losas. Como las losas no son regulares en cuanto a geometría y luz que salvan se proponen incluir ciertos recintos conformados por muros estructurales que permitan reducir las luces demasiado largas.

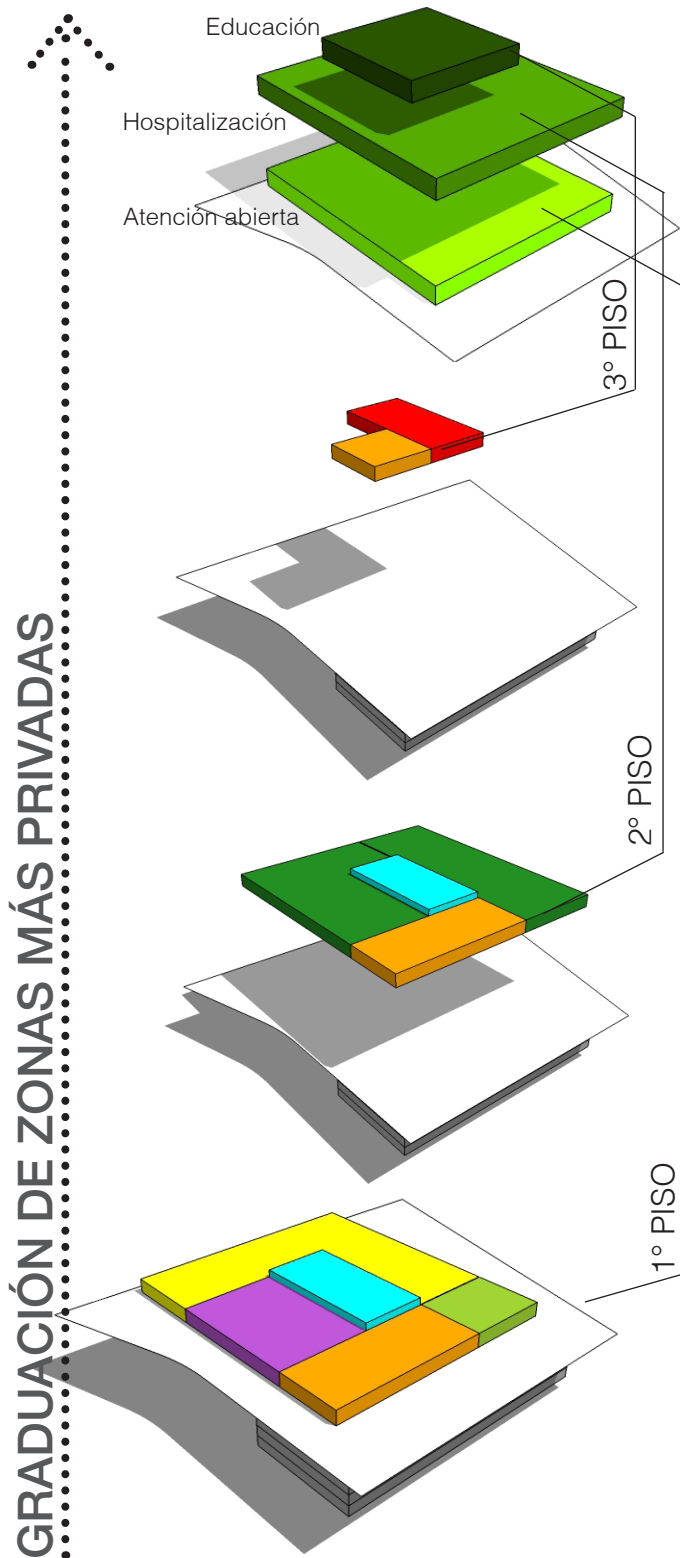
Como la envergadura de proyecto supera largos de 40 metros puede resultar pertinente la proyección de juntas de dilatación que permitan al edificio soportar de mejor manera las cargas de torsión y corte. La estrategia en el caso de ser implementada sería dividir el edificio en cuatro parte menores las cuales por ejes perpendiculares que atraviesen la construcción conformándose una submodelo que funcionaría constituido por una parte en "L" proveniente de la división de la parte exterior "membrana" unido a la zona de pilarización de los patios.



Submodelo estructural mixto



Organización programática



Básicamente la secuencia espacial que propone el Proyecto se resume en una organización por niveles relacionados al tipo de atención y programa involucrado, se produce una graduación vertical que parte de las áreas con características más públicas, de mayor afluencia y recambio de usuarios hacia las que requieren mayor privacidad presentando un acceso más controlado

El primer piso, en contacto con el contexto inmediato y la comunidad, se destina principalmente a la Atención Abierta dada por el Consultorio, el Hospital de Día y casino. Además en este nivel se localizan los programas relacionados con las organizaciones de voluntariado los cuales están en estrecha relación con la comunidad y el acceso de público. Este nivel se considera el de mayor uso y recambio de usuarios.

El segundo nivel se compone del nivel de Hospitalización y está en función principalmente del control que requieren los pacientes y visitantes dado que es un área delicada donde se encuentran pacientes con mayores grados de dependencia y fragilidad. Asociado a esto también se localizan los recintos de apoyo terapéutico más relevante para evitar traslados innecesarios y así evitar lesiones o patologías de la marcha.

El tercer nivel corresponde al área educativa y administración del Instituto en donde se sitúa además una gran terraza (cubierta habitable) que envuelve el programa transformándose en un lugar de tranquilidad para el desarrollo de las actividades de aprendizaje o bien el trabajo de las distintas áreas administrativas contempladas en el nivel.

Sustentabilidad

El edificio tiene varias y distintas morfológicas, constructivas y tecnológicas que colaboran a lograr un ahorro en el gasto de energía, necesario hoy en día como criterio de diseño.

El proyecto responde a las necesidades de confort con una estrategia mixta, que combina sistemas pasivos, como el soleamiento, la iluminación natural, ventilación con sistemas automatizados o semi automáticos de aprovechamiento de servicios como luz, agua, y residuos. Por ejemplo el edificio contará con sensores que monitorean la temperatura interna estimando la necesidad de calefacción. Este sistema ya es utilizado en establecimientos públicos hospitalarios como es el caso del Hospital DR. Luis Tisné ubicado en la comuna de Peñalolén (SSMO).

Los patios del edificio permiten proporcionar iluminación y ventilación natural a todos los recintos, además de captar la energía solar tanto en verano como en invierno graduándola también por medio de la vegetación de tipo caduco en parte de ellos.

La orientación de los recintos del edificio responde a tres criterios simultáneos, sol, iluminación y vistas, así las áreas de mayor afluencia de público se ubican en las partes cercanas al norte u oriente privilegiando los criterios recién nombrados. Las zonas remanentes ciegas que no poseen alguno de estos criterios son destinadas a lo que es servicio e instalaciones.

SEIS_ **Anexos**

Geriatría

La geriatría es la especialidad médica que se dedica a la atención de salud global de las personas mayores, incluyendo aspectos clínicos, el área mental, el grado de auto valencia y el entorno social.

En Chile, es relativamente nueva, pues lleva menos de una década como carrera de especialidad en algunas universidades, y aun hay muy pocos especialistas en geriatría.

Los ancianos se enferman de un modo diferente, pues las manifestaciones o síntomas de la enfermedad, muchas veces no tiene directa relación con el órgano afectado. Por ejemplo, una infección a la vía urinaria puede presentarse como una confusión mental o una neumonía con pérdida de control de la orina. Además, la enfermedad en los adultos mayores, puede comprometer la autonomía, es decir puede originar que personas previamente autovalentes, pierdan su independencia, lo que, de no ser oportuna y adecuadamente tratado, podría alterar significativamente el porvenir de la persona afectada y de su familia.

La forma de abordar los distintos problemas están dados por el concepto de envejecimiento activo.

Fuente: Dr. Víctor Hugo Carrasco Jefe sección geriatría departamento de medicina hospital clínico de la Universidad de Chile.



Fuente: recomendaciones para una vejez activa, INP

Envejecimiento activo

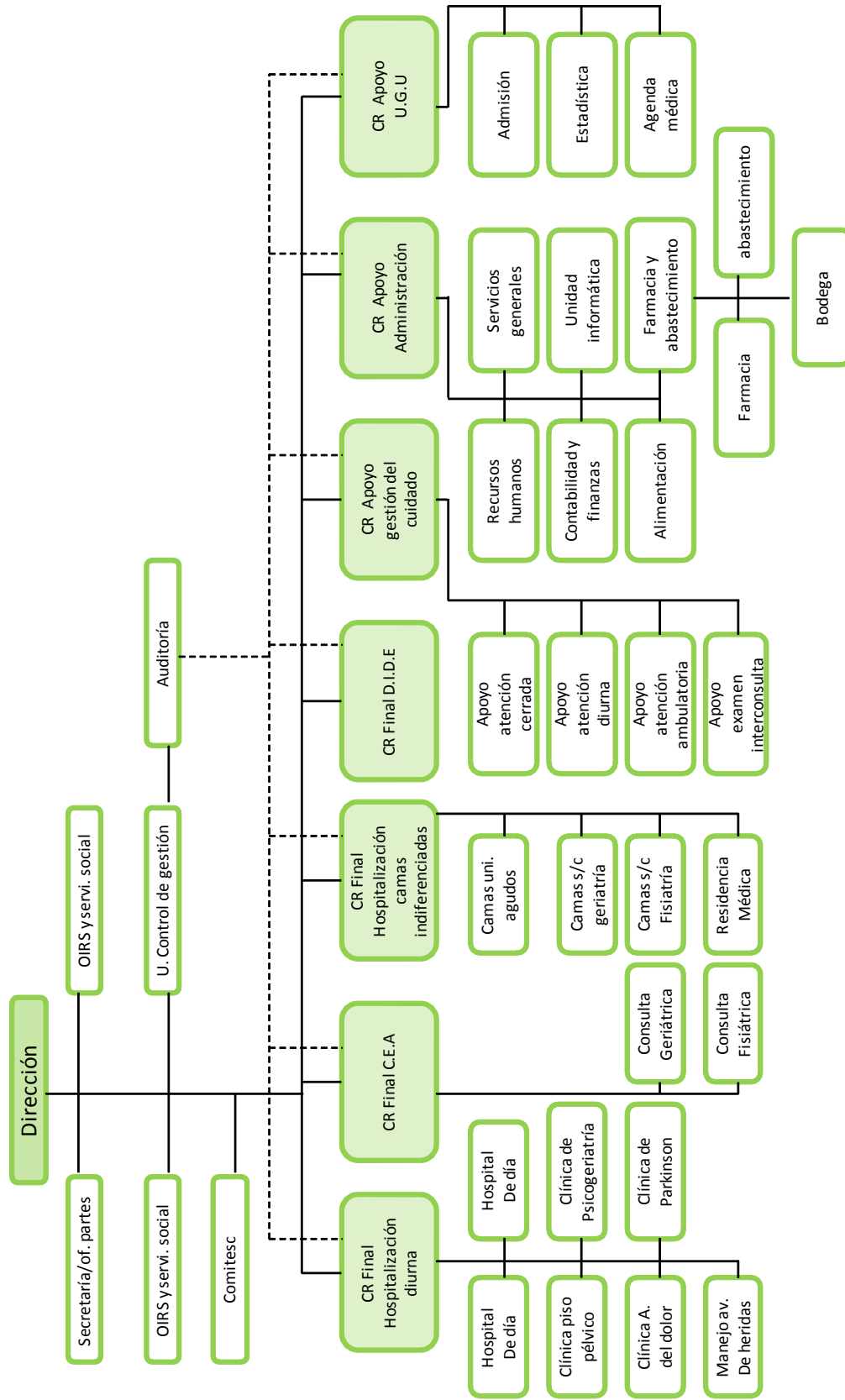
El paradigma del envejecimiento activo fue definido, en 1999, por la oms como “ el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen “; 2 conviene aclarar que el término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores -individual y colectivamente- en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la vida productiva.

En el plano operativo, este concepto se refiere al ejercicio de las capacidades de los adultos mayores (empoderamiento) en cuanto a: toma de decisiones, autofortalecimiento, autoconfianza, control y ejercicio propio de poder, vida digna de acuerdo con sus valores, capacidad para luchar por los derechos, independencia y libertad, entre otros. Aunque en un sentido más amplio, significa expandir la libertad de escoger y de actuar, significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida, tanto en el ámbito individual como en el colectivo

Uno de los objetivos fundamentales del envejecimiento activo es mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, a través del autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión.

El término envejecimiento se define como: un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales propiciadas por cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que el organismo enfrenta a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. De acuerdo con esta definición, aunque el hecho de envejecer incrementa la vulnerabilidad para adquirir enfermedades agudas y crónicas, no debe considerarse como una enfermedad.

Organigrama Instituto Nacional de Geriatría



Encuesta a los AM

Para entender cual era la dinámica o postura de los AM -desde un punto de vista perceptual- frente al sistema de salud se realizó una pequeña encuesta que comprendía 24 preguntas, 12 en relación a la percepción del sistema actual y 12 en relación a las expectativas de mejoramiento.

Encuesta /entrevista (percepción y expectativa espacial de los adultos mayores frente a los recintos hospitalarios.)

Datos generales

Institución:
Fecha:

Datos del encuestado

Nombre:
Edad:

Enfermedades:

Dependencia:

Preguntas perceptuales

- En cuanto a la arquitectura del recinto que grado de importancia tiene con respecto a la influencia en su mejora

bajo___ medio___ alto___

- ¿Que sensación le producen o siente ud cuando visita un recinto de salud.?

Agrado___ Disgusto___ Indif.___ Otros_____

- ¿En que grado presenta ud dificultades para orientarse dentro del recinto?

Alto___ Medio___ Bajo___

- A que característica atribuye ud el grado de desorientación en el recinto

Arqui. ___ Enfermedades___ otros_____

- cual es la mayor deficiencia a su parecer de los recintos de salud

atención___ infraestructura___ rapidez___

- en cuanto a características de lugar en que adolecen los recintos de salud

iluminación___ ventilación___ Orientación(vistas)___

- dentro de las características físicas del lugar cual es la principal falencia para ud

colores___ materialidad___ mobiliario___

- que carácter atribuye o asocia ud a los recintos de salud

Alivio, sanación___ Tétrico, lugubre___ otros_____

- que recinto es el de menor agrado para ud

Sala de espera___ box___ Taller___ otro_____

- Por lo general las distancia dentro de los recintos son adecuadas

si___ No___ A veces___

- En que tipo de espacio ud se desenvuelve mejor

Espacios reducidos___ Espacios grandes patio___ otros___
abiertos___

- La señalética dentro de los recintos es fácilmente entendible

si___ No___ A veces___

Preguntas expectativa

- ¿ Cual de estas 3 sensaciones preferiria ud percibir ?

Tranquilidad___ Estimulación___ Otros_____

- ¿ Cual de estas 3 características prefiere ud que predomine?

resguardo___ Relación exterior___ Otros_____

- Con que forma arquitectónica se sentiria más cómodo o cree ud que alcanza la sensación preferida

recta___ curva___ mixta___

- Si tuviera la posibilidad de relacionarse con otras personas dentro del recinto, ¿ que personas serian de su preferencia ?

Niño___ Adulto___ A. mayor___ otros___

- que tipo de color prefiere para un recinto de salud

Frio___ cálido___ neutro___ mixto___

- Que espera de la arquitectura de los recintos de salud. que se

limpia___ segura___ confortable___

- cual de las siguientes características privilegia ud por sobre las otras

rapidez___ Buena infraestructura___ Buena atención___

- Cual de las siguientes cosas relacionaría más con los recintos de salud.

agua___ aire___ vegetación___ tierra___ otros___

- Cree ud que la inclusión de la elección anterior contribuiría a una mejora más rápida por parte de los pacientes

si___ no___ talvez___

- Que materialidades cree ud que necesita un recinto de salud para sentirse a gusto

madera___ piedra___ acero___ hormigón___ otro___

- De estas características cual cree ud que debe prevalecer en una sala de espera

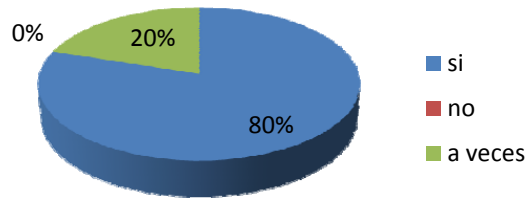
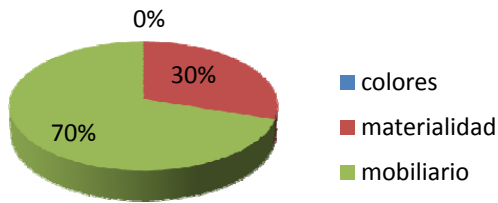
privacidad___ Relación con los demás___ Ninguna___

- Que tipo de espacio prefiere para salas de espera y movilización dentro del recinto de salud

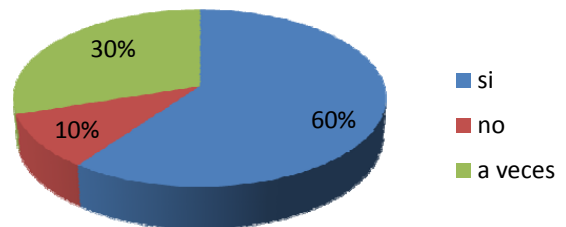
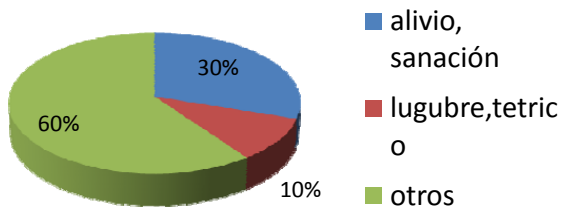
Pasillos, corredores___ Espacios abiertos___ otros___

Resultados encuesta a los AM

- dentro de las características físicas del lugar cual es la principal falencia para ud **Por lo general las distancia dentro de los recintos son adecuadas**

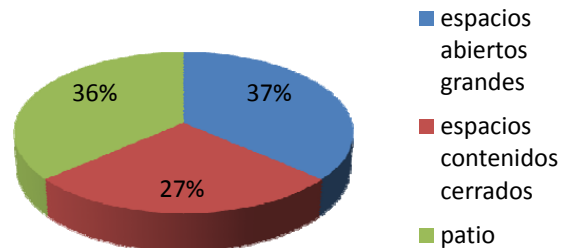
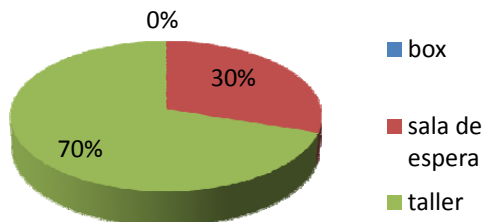


- que carácter atribuye o asocia ud a los recintos de salud - **La señal ética dentro de los recintos es fácilmente entendible**

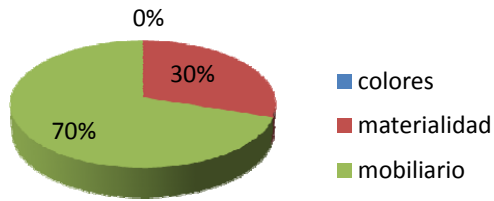


- que recinto es el de menor agrado para ud

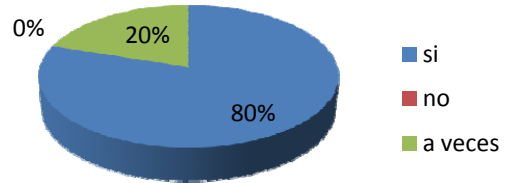
- En que tipo de espacio ud se desenvuelve mejor



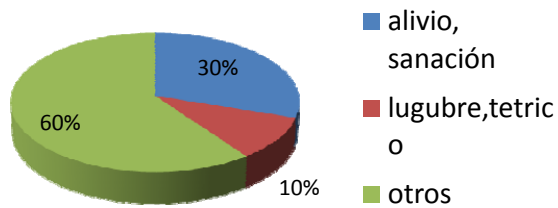
- dentro de las características físicas del lugar cual es la principal falencia para ud



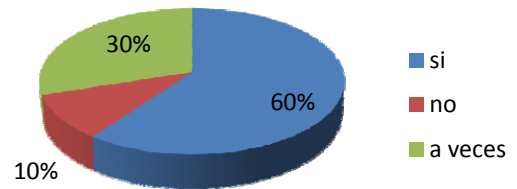
- Por lo general las distancia dentro de los recintos son adecuadas



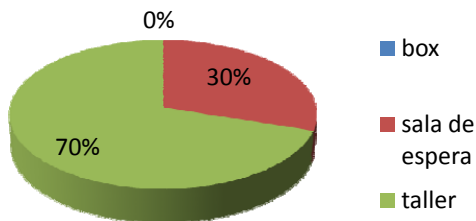
- que carácter atribuye o asocia ud a los recintos de salud



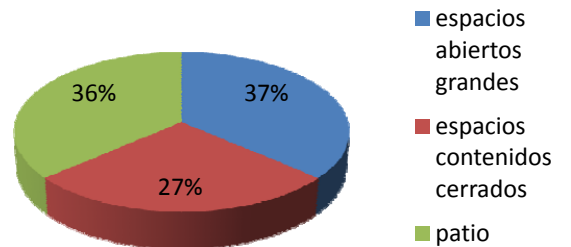
- La señal ética dentro de los recintos es fácilmente entendible



- que recinto es el de menor agrado para ud



- En que tipo de espacio ud se desenvuelve mejor



SIETE_ Bibliografía

Bibliografía

- “Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía” Organización Mundial de la Salud,OMS.
- “Chile y los adultos mayores impacto en la sociedad del 2000” Instituto Nacional de Estadísticas, INE. 2009.
- “Envejecimiento activo: un marco político” Organización Mundial de la Salud. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud.
- “Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial” Diagnósticos y Avances para la Política Pública Ministerio de planificación, Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA.
- “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores” Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, INTA. Julio de 2009.
- “ Estudio sobre la demanda de servicios de cuidado para las personas mayores.” Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Centro de Ingeniería de Mercados, CIMER.13 de Agosto de 2009.
- “Fuerza Mayor Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno.” Superintendencia de salud, SENAMA, consejo nacional de televisión, mccann erickson. enero 2009.
- “Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.” Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Julio de 2009.

www.who.int/ageing/en	Organización Mundial de la Salud
www.ciudadaccesible.cl	Corporación ciudades accesibles
www.hospitecna.com	Arquitectura, Ingeniería y Gestión en Tecnología Hospitalaria y Sociosanitaria en la red.
www.ine.cl	Instituto Nacional de Estadística
www.saludorientecol.cl/	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
www.envejecimientoactivo.cl/	
www.cepchile.cl/	Centro de estudios públicos
www.observatoriourbanocol.cl	Observatorio urbano Ministerio de Vivienda y Urbanismo
www.barrerasarquitectonicas.es	Web sobre arquitectura, diseño, equipamiento y accesibilidad para profesionales del proyecto.
www.risolidaria.cl	
www.portaladultomayor.com	
http://deis.minsal.cl/	Departamento de estadísticas e información de salud, Ministerios de Salud

Entrevistas/profesionales consultados:

Álvaro Prieto, Arquitecto Ministerio de Salud, Magíster en Arquitectura. Especialista en Arquitectura Hospitalaria.

Pedro Martínez, Arquitecto Ministerio de Salud, Recursos Físicos SSMO.

Ivan Gallo, Jefe administrativo INstituto Nacional de Geriátria.

Francisco Turu, Jefe Servicio General Instituto Nacional de Geriátria.

Don Gregorio, Funcionario más antiguo del Instituto Nacional de Geriátria.

Stanley Wormull, Médico terapeuta RAM, las condes

Luis Goldsak, Arquitecto, Ptofesor de construcción, académico Universidad de Chile.

Ernesto Calderón, Arquitecto, Profesor de urbanismo,académico U de Chile