

**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Facultad de Arquitectura y Urbanismo.**

Memoria de Proyecto de Título de la Carrera de Arquitectura,  
2004.

**TEMA**

**HOGAR DE ENFERMOS CRÓNICOS INFANTIL**

(Centro de Salud Integral)

Profesor Guía: Edwin Weil.

Alumno: Javier López.

**Profesionales consultados:**

Dr. Francisco Barrera Quezada, Jefe Servicio Pediatría Hospital Clínico San Borja – Arriarán.  
Dra. Pamela Urrutia, Pediatra Hospital Clínico San Borja – Arriarán.  
Sra. Alicia Nifuri, Asistente Social Hospital Clínico San Borja – Arriarán.  
Sra. Pamela Cabrera L, Psicóloga, Hospital Clínico San Borja – Arriarán.  
Sra. Estela Lecaros, Educadora Diferencial, Hospital San Borja – Arriarán.  
Sra. Gabriela Cabezas, Profesora de Educación Básica, Escuela N° 1679 Hospital San Borja Arriarán.

<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN.	4
II. ANTECEDENTES	6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseña histórica de los hospitales infantiles en Chile.</li> <li>• Historia Reciente del Sistema de Salud Chileno. Período 1980 – 2000.</li> <li>• Relación Salud y Estado.</li> <li>• El Sistema de Salud.</li> </ul>	
III. MARCO TEÓRICO.	16
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El enfermo crónico infantil.</li> <li>• Aspectos relacionados con la hospitalización.</li> <li>• Aspectos relacionados con la familia.</li> <li>• Redes sociales.</li> <li>• El ambiente hospitalario.</li> <li>• Conclusiones</li> </ul>	
IV. DEFINICIÓN DEL TEMA.	30
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición del tema.</li> <li>• Justificación del tema.</li> <li>• Objetivos</li> </ul>	
V. EMPLAZAMIENTO.	37
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de Implantación.</li> <li>• Elección del Terreno.</li> <li>• Emplazamiento.</li> </ul>	
VI. FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA.	44
VII. AREAS PROGRAMÁTICAS.	47
VIII. PROPUESTA.	51
IX. BIBLIOGRAFÍA.	55

## I\_ INTRODUCCIÓN.

La palabra hospital no ha estado circunscrita en su origen a lo que hoy conocemos como tal; antiguamente estaba vinculada al hospedaje, al alojamiento que se le daba al extraño, al extranjero, a los caminantes. Es derivado de la palabra latina hospes, que significa huésped.

A lo largo de la historia los sistemas de atención de salud han oscilado entre dos polos: uno religioso por la relación entre la enfermedad y la muerte, y el otro laico propio del desarrollo de la medicina como ciencia. Al principio de la historia todo se basó en la idea de hospitalización, después en la cura del alma y, con el correr del tiempo, principalmente por las epidemias, surgen los hospitales como locales para curar enfermos.

A partir de los postulados de los arquitectos del Movimiento Moderno, nuestra cultura occidental olvidó una rica tradición relacionada a la comprensión del ser humano como un ser más complejo que los límites de su cuerpo. Los principios de funcionalidad, tecnología e higiene, son elementos necesarios para comprender el problema, pero no se pueden transformar en la única aproximación al tema.

Actualmente el concepto de Salud intenta construir un puente entre el enfermo y la ciencia, considerando variables de carácter psíquico, social, cultural y ambiental además de la biológica en los problemas de salud, incorporando nuevos equipos interdisciplinarios en el tratamiento de los enfermos para tener una visión holística que permita atender al paciente de una forma integral. Es así como la atención integral de la persona significa adecuar la oferta asistencial existente abriendo lugar a un nuevo espacio de salud en donde las funciones deben encontrarse en un solo lugar, de manera que genere un complejo donde las personas puedan encontrar una solución más completa a sus dolencias.

## II\_ ANTECEDENTES

## RESEÑA HISTÓRICA DE LOS HOSPITALES INFANTILES EN CHILE

La organización hospitalaria data de la época de La Conquista. Durante el período Colonial los hospitales nacieron como consecuencia de la filantropía privada y no eran instituciones médicas sino de beneficencia, destinados a dar confort físico y mental a los pacientes y su manejo estaba a cargo de órdenes religiosas.

A principios del siglo XIX, había ya en las principales ciudades de Europa "hospitales para niños", donde se formaron los entonces llamados "especialistas en enfermedades de niños". En Chile estos hospitales se crearon en el primer cuarto del siglo XX, existiendo desde los tiempos coloniales solamente las Casas para Huérfanos.

Desde los últimos cuarenta años del siglo XIX, ya se pensaba en la necesidad de contar en Santiago con un establecimiento dedicado exclusivamente a la atención de los niños. Varias publicaciones de la época expresaban la necesidad urgente de un local para la atención de niños. También una serie de iniciativas dirigidas por destacados médicos infantiles e importantes autoridades de la capital para concretar este proyecto no tuvieron repercusión a nivel gubernamental. Así, en 1901 una epidemia de Sarampión asoló a Santiago y luego al resto del país, diezmando a la población infantil. Fue tal su gravedad, que las autoridades de la época, de acuerdo con el arzobispado de Santiago, encargaron a Don Manuel Arriarán que en la Casa de Ejercicios de San José, ubicada en calle Huérfanos esquina Riquelme, albergara a todos los niños enfermos en compañía de sus madres para que allí recibieran auxilio médico (Moneda con Almirante Barroso).

A fines de noviembre de 1900, don Manuel Arriarán sugirió a la junta de Beneficencia que el hospital provisional de niños podría trasladarse al local en que estaba la Protectora de la Infancia en la calle Matucana, entre Compañía y Huérfanos, pues en breve ocuparía sus nuevos edificios construidos a orillas del río

Mapocho. El local indicado era de propiedad fiscal y había estado destinado a Escuela Normal de Preceptores.

Pasó el tiempo y la epidemia decreció, pero la Casa de ejercicios seguía ocupada por madres e hijos. Con el objeto de devolver el inmueble se ubicó a estos niños en un viejo cuartel de policía, en aquel momento desocupado, que estaba ubicado en la calle Matucana el día 5 de Enero de 1901. Allí continuó su labor el Sr. Arriarán, y este local con el tiempo pasó a ser el primer hospital para niños del país, conocido con el nombre de "Hospital de Niños de la calle Matucana".

En Enero de 1901, se promulgó la ley N 1.408, que autorizó la inversión de 450.000 pesos en la construcción de un Hospital de Niños. Con la imputación a esta Ley hasta 1908, sólo se había invertido la suma de 130.000 en la adquisición de la quinta Lo Vicuña, situada en Avenida Independencia, un poco al norte de la Escuela de Medicina. Tuvieron que pasar 36 años para que se iniciara la construcción del nuevo Hospital Roberto del Río y a fines de 1938, el edificio ya estaba en condiciones de ser habilitado. Con motivo del terremoto de Enero de 1939, el Gobierno solicitó a la dirección General de beneficencia, el traslado del Hospital Roberto del Río. En el terreno desocupado se construiría el Hospital san Juan de Dios en el año 1943. Antes de la construcción del Hospital Roberto del Río, el Sr. Manuel Arriarán, administrador del Hospital de la calle Matucana, al fallecer en el año 1908, dejó un legado de cuatrocientos mil pesos destinados a construir y habilitar un Hospital para niños en el área sur de Santiago. Con este objeto la Junta de Beneficencia adquirió en la calle Santa Rosa la quinta de veraneo de la familia Matte. Allí se construyó el primer Hospital Infantil de la ciudad el que, en honor a su benefactor, se llamó "Hospital de Niños Manuel Arriarán" y fue inaugurado para la atención ambulatoria en el año 1918. El día 02 de Enero del año 1942, en el Hospital, se inauguró el primer servicio de Urgencia Infantil del país el cual funciona hasta hoy en día. Además de su labor asistencial ha sido escuela de perfeccionamiento científico y técnico de las nuevas generaciones y modelo de los servicios creados posteriormente, tales como:



Hospital Roberto del Río, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Exequiel González Cortés y, últimamente, Hospitales Sótero del Río y Felix Bulnes, totalizándose así, seis servicios de Urgencia Infantil en el Area Metropolitana, los que en conjunto tienen un promedio de 800.000 consultas anuales.

Con la muerte de M. Arriarán, se nombra como director del inmueble de Matucana al Dr. Roberto del Río, quien en el año 1880 había sido nombrado “Profesor de Enfermedades de Niños”. Es en este periodo donde se consolidan las bases de lo que debe ser un Hospital infantil. Este hospital funcionó de forma ininterrumpida hasta que en el año 1939 se trasladó a su actual ubicación, Av. Profesor Zañartu, donde se construyó y habilitó un edificio que cumplía todas las características de un Hospital infantil modelo.

En 1943 se inauguró en Santiago el tercer hospital para niños llamado “Dr. Luis Calvo Mackenna” en honor a un gran pediatra chileno con doctores formados en el Hospital M. Arriarán.

En Octubre del año 1962, el Hospital General de Adultos se transformó en el Hospital de Niños, conservando su nombre primitivo: Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

En el año 1980 el Hospital Manuel Arriarán pasó a formar parte del complejo hospitalario Paula Jara Quemada, en la actualidad llamado Hospital Clínico San Borja Arriarán, conservando los servicios de pediatría y de urgencia infantil.

En el año 1983 se inaugura el Hospital Félix Bulnes para satisfacer el aumento de las necesidades y enfermedades infantiles.

## HISTORIA RECIENTE DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO.

### PERIODO 1980 - 2000.

A contar de 1980, con la promulgación de la nueva Constitución de la República, se plantea una nueva organización y administración de la salud.

#### 1. Se crea un sistema mixto de atención en salud:

- Seguirá funcionando un Subsistema Público de manera replanteada y con una visión de redes de atención a lo largo del territorio.
- Se crea un Subsistema Privado (Isapre y otras instituciones).

#### 2. La descentralización de las acciones en salud de la Región Metropolitana:

- Se crean 27 Servicios de Salud como entidades semiautónomas, bajo la supervisión del Ministerio de Salud. El estado asume un rol subsidiario y asume aquellas acciones en que los privados no muestran interés.

Se maneja un nuevo concepto para el sistema de salud que consiste en establecer:

*Una red de servicios asistenciales a lo largo del territorio, que vayan variando su escala de atención (nivel primario, secundario y terciario), basados en el grado de especialización o de rapidez con que deba ser atendido un paciente. Es decir, se establece una especie de filtro en la atención, de manera que cada uno de los niveles posee una capacidad resolutive para las situaciones que se le presentan y si estas se ven superadas, inmediatamente se pasa a un nivel superior que posea la capacidad de hacerlo.*

Por esta razón, una de las mayores preocupaciones para el Ministerio de Salud fue el de darle más fuerza al nivel primario de atención (Consultorios, Policlínicos, Postas rurales y urbanas) pues, se consideró que era en este nivel donde se solucionarían la mayoría de los casos. Además, al ser un nivel local de atención, tiene más accesibilidad con la comunidad, lo que facilita realizar una labor

preventiva y educativa. En el año 1981, este nivel pasó a manos de las Municipalidades en donde se ubicaran estos centros asistenciales, debido a que tienen un mayor contacto y conocimiento de la comunidad buscando un desarrollo integrado de ésta.

La política que se siguió durante los últimos 20 años fue principalmente la de realizar normalizaciones, ampliaciones y modificaciones. Para la construcción de alguno de ellos, se requiere de una fuerte inversión, lo cual dificulta una construcción más constante en el tiempo. Además, ha cobrado más fuerza la construcción de Consultorios adosados, Postas y otros Centros Asistenciales de necesidad local.

En los años 1992 – 1993, se genera un proyecto de inversión financiado en un 70% por el Banco Mundial y con un 30% de aporte del Ministerio de Salud. El proyecto consiste en la construcción de un Centro de Diagnóstico y Tratamiento para cada Hospital Tipo 1 de la Región Metropolitana y tres Centros de Referencia de Salud, apoyando el nuevo concepto en salud antes mencionado, sobre redes y territorialidad.

En el mes de Marzo del año 1993 se publica el libro “De Consultorio a Centro de Salud”, el que guiará la reforma en la construcción de futuros consultorio. En él, se explican las causas y objetivos de esta reforma.

## RELACIÓN SALUD Y ESTADO.

Principios conceptuales sobre la Salud que sustenta el gobierno para cumplir sus metas:

- La Salud se puede definir como el estado de bienestar físico y psicológico de la persona y la sociedad.
- El concepto moderno de atención médica es mucho más amplio y comprende las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, a la vez que la rehabilitación de los enfermos.
- Es un bien que el ser humano requiere para realizar como persona, por lo que es un fin en sí mismo, pero también es un medio por su valor esencial como elemento necesario para el desarrollo de la sociedad y de la vida nacional.
- Como elemento de desarrollo, la salud es un *patrimonio nacional* y por lo tanto un deber irrenunciable del estado.
- Como fin individual, es un derecho humano: todo ciudadano debe tener acceso, libre e igualitario a las acciones que proporcionen salud.
- Las acciones que se ejercen deben ser coordinadas, integradas y brindadas en forma oportuna, continua, eficiente y con un máximo de cobertura.
- Según la medicina moderna, el sujeto de la acción no es sólo el enfermo, sino que el grupo humano y el medio ambiente, concibiéndose entonces acciones preventivas y de saneamiento.

## **EL SISTEMA DE SALUD.**

Tanto las Postas rurales como los Consultorios rurales y los Consultorios Generales Urbanos, son la ***puerta de entrada*** a este nuevo sistema y el ***primer acercamiento*** o contacto de las personas a un edificio de salud. Luego, si la atención requerida es de mayor complejidad, son derivadas del Consultorio a un C.R.S. (Centro de Referencia de Salud) o a un C.D.T. (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) y de este último puede ser derivada a un Hospital tipo 1. (Funcionamiento óptimo). Es decir, la persona ingresa al nivel primario de salud y de ahí puede ser derivada al nivel secundario y luego al terciario. Todo esto dependerá del nivel de complejidad requerida.

### **Clasificaciones según tipo de establecimiento.**

1. La Posta Rural de Salud, el Consultorio Rural, el Consultorio General Urbano y el Hospital Tipo 4 pertenecen a la Atención Primaria de Salud, en un nivel de complejidad bajo, de carácter ambulatorio.
2. El Centro de Referencia de Salud y el Hospital Tipo 3 pertenecen a la Atención Secundaria de Salud, en un nivel de complejidad mediano, de carácter ambulatorio.
3. El Centro de Diagnóstico y Tratamiento, el Hospital Tipo 2 y el Hospital Tipo 1 pertenecen a la Atención Terciaria de Salud, en un nivel de complejidad alta, de carácter ambulatorio el primero y no ambulatorio los segundos.

a) **Nivel De Atención.**

1. **Nivel primario de atención:** es el de mínima complejidad y amplia cobertura. Realiza atenciones de *carácter ambulatorio* y sus acciones corresponden a prevención a través de Programas de Salud.  
Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.
2. **Nivel Secundario de atención:** corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica principal de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran una atención ambulatoria y posterior derivación a establecimientos hospitalarios.
3. **Nivel terciario de atención:** se caracteriza por su alta complejidad. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional a nacional. Sus recursos humanos y tecnológicos son de la más alta especialización y cumplen una función ambulatoria y de hospitalización.

Esta *RED ASISTENCIAL* de establecimientos productores de servicios es ordenada y normada en función de las actividades que en ellos se desarrollan. La vinculación entre los establecimientos depende de la organización de la estructura asistencial e influye en el diseño arquitectónico de éstos.

## b) Nivel De Complejidad

Los diferentes establecimientos de salud que conforman la estructura asistencial territorial, tienen diferentes niveles de complejidad según sean los requerimientos médicos que deben cubrir. Se entiende como complejidad, el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

El modelo creado para cada tipo de establecimiento asistencial se puede representar gráficamente a través de un perfil de complejidad, constituyéndose éste en un método para determinar niveles de atención en establecimientos asistenciales.

1. **Complejidad baja:** su labor es esencialmente en el área obstétrica, con atención del parto patológico. Prestaciones: Medicina, Pediatría Gineco – obstetricia, cirugía.
2. **Complejidad media:** además de lo anterior, constituye centro de referencia de los hospitales de baja complejidad. Prestaciones: Medicina, Pediatría Gineco – obstetricia, cirugía, psiquiatría. En el ámbito quirúrgico efectúa las intervenciones generales de mayor importancia.
3. **Complejidad alta:** resuelve prácticamente toda la patología quirúrgica.

### III\_ MARCO TEÓRICO



## EL ENFERMO CRÓNICO PEDIÁTRICO

### Definiciones

“N.C.H.S.” (USA 1981) define como enfermo crónico a aquel que tiene una condición de más de tres meses de duración, que limita las funciones normales del niño, o bien que por su condición crónica ha sido hospitalizado por más de un mes.

“O.C.H.S.” (CANADA 1986), cualquier niño que tenga una condición de salud que limite sus actividades por al menos seis meses.

“Pless y Cols” (UK 1984), cualquier condición de salud de tres o más meses de duración, y que no tenga solución.

“Oficina federal de salud materno-infantil”(USA), niños con necesidades especiales de atención en salud, son aquellos que tienen o están en alto riesgo de una condición crónica: Física, conductual, emocional, o del desarrollo, que requieren por parte del equipo de salud cuidados especiales (cualitativos, cuantitativos) más allá de lo que requieren los niños en general.

Las enfermedades crónicas son aquellas que impiden el funcionamiento correcto del organismo durante un tiempo indefinido.

Además provocan consecuencias como; limitación funcional, dependencia de medidas de apoyo, mayor necesidad de servicios de salud.

La principal diferencia entre un enfermo no crónico y uno crónico es que los cuidados de los primeros buscan la curación mientras los segundos se centran en un control prolongado.

Los cuidados serán necesarios por un largo período, ya que el tratamiento puede durar meses, años o toda la vida. Además, generalmente las enfermedades

crónicas afectan a más de un órgano, por lo que ocasionan más de un problema.

Una enfermedad crónica modifica el proceso esperado en el desarrollo del niño en la medida que afecta sus relaciones con el ambiente social y físico.

La enfermedad crónica tiene implicaciones definidas para cada etapa del desarrollo y potencialmente puede aumentar las dificultades previas y una progresión óptima a la etapa siguiente. Estas implicancias, dependerán de la edad del inicio y de las restricciones que impongan las tareas evolutivas de cada fase.

Las enfermedades crónicas, producen inhabilidad, alteración patológica no reversible y la necesidad de largo período de observación, cuidados y tratamientos.

Dentro de las enfermedades crónicas infantiles se incluyen: artritis juvenil, diabetes, hemofilia, fibrosis quística, enfermedades renales, enfermedades malignas como el cáncer, enfermedades cardíacas, congénitas, entre otras.

Una enfermedad crónica modifica el proceso esperado en el desarrollo del niño en la medida que afecta sus relaciones con el ambiente social y físico.

Las enfermedades crónicas, producen inhabilidad, alteración patológica no reversible y la necesidad de largo período de observación, cuidados y tratamientos.

El niño que sufre una enfermedad crónica, debe asumir tareas especiales y una serie de ajustes en su diario vivir. Es un evento que interfiere en su crecimiento y normal desarrollo.

El niño que sufre una enfermedad crónica, debe asumir tareas especiales y una serie de ajustes en su diario vivir. Es un evento que interfiere en su crecimiento y normal desarrollo, por ejemplo: la enfermedad puede afectar seriamente el logro de competencia social y el desarrollo psicomotor; la sobreprotección familiar puede llevarlo a ser temeroso, pasivo y excesivamente dependiente.

Existen reacciones diferentes según el tipo de enfermedad y edad. Muchas enfermedades crónicas por ejemplo, interfieren con la alimentación y crecimiento por requerir de dietas especiales como la diabetes.

En los hemofílicos, se han encontrado síntomas de agresividad, sentimiento de culpa, dependencia excesiva, frustraciones afectivas, inseguridad, inhibición, etc.

En el caso de los niños oncológicos, se produce una enorme perturbación física y emocional, difícil de sobrellevar, por los defectos secundarios de tratamientos como la quimioterapia, entre ellos náuseas, vómitos, alopecias, que tienen un fuerte impacto sobre el niño y su familia. La crisis que conlleva el cáncer y la prolongación del tratamiento del paciente, la familia y el equipo médico constituye un sistema interaccional que atraviesa por fases en el curso de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas presentan un estrés constante para el niño y su familia.

Los tratamientos necesarios, muchas veces dolorosos, junto con la reacción negativa de los padres, los efectos negativos de la imagen corporal y el desvío del niño de su curso normal de desarrollo, agudizan este estrés.

El equipo médico, ante la atención crónica, va generando sentimientos de frustración y desesperanza crecientes, en la medida que la enfermedad se prolonga, implicando mayor frecuencia en los tratamientos y / o intervenciones quirúrgicas con su consecuente hospitalización y mayores intervenciones de

resultados ambiguos o negativos frente a la evolución o término de la enfermedad.

## **ASPECTOS RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACION**

La hospitalización es un fenómeno frecuente en la población menor de 18 años. De hecho, se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de esta edad ha sufrido en su vida al menos una hospitalización. Por otro lado, se calcula que entre un 10 a un 37% de los niños hospitalizados presenta trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento.

La decisión de hospitalizar a un niño es signo de dificultades, ya sea por la complejidad de su diagnóstico o por el riesgo vital que éste implica, se moviliza una cantidad enorme de profesionales, equipos sofisticados y recursos económicos para superar la enfermedad rápida y eficientemente.

La hospitalización y enfermedad son eventos altamente estresantes no sólo para el niño, sino también para su familia y el equipo médico. Esto, muchas veces se traduce en la expresión de distintas reacciones.

Ante esta situación los niños reaccionan de diferentes maneras; dentro de éstas están: neurosis, episodios largos de llanto y vómitos, terrores nocturnos y pesadillas, retraimiento excesivo, expresiones desmedidas de ira, rechazo hacia los padres, conductas destructivas, conductas de no-colaboración, sumisión, conductas regresivas, dependencia extrema hacia los adultos, depresión, ansiedades y temores excesivos, problemas de alimentación, encopresis, tics, temor exagerado a los hospitales, personal médico y procedimientos, hipocondrías, síntomas histéricos, miedo a la muerte, fobias, mutismo selectivo, etc.

En la actualidad se reconoce que la salud física está interconectada con aspectos más globales de la persona y su entorno. En consecuencia, un adecuado entendimiento acerca de los estados de salud y enfermedad no se puede lograr sin el conocimiento de sus componentes psicológicos y del contexto familiar y social en el cual se experimenta.

Es bajo esta última idea, que los hospitales preocupados por la atención de los enfermos crónicos han implementado variados servicios y equipamientos que resuelven en parte las necesidades de estos niños con requerimientos especiales.

Las primeras investigaciones sobre hospitalización se desarrollan sobre carencias de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial, lo cual se relacionaba casi exclusivamente con el problema de la hospitalización infantil y la separación de la madre.

Bowlby en 1952, plantea que la privación materna y la ansiedad de la separación vivida durante la hospitalización, juegan un rol importante en la niñez temprana, siendo una de las principales causas de problemas posteriores de salud mental y en el desarrollo de la personalidad.

Ante estas y otras evidencias, la recomendación de no restringir las visitas, ha sido adoptada en diferentes partes del mundo, de modo que actualmente es común para un miembro de la familia del niño estar cerca de éste constantemente durante la hospitalización.

Más tarde, ante nuevas investigaciones, se ha llegado a considerar nuevas variables en el entendimiento de las reacciones del niño en la hospitalización, expresado en el surgimiento de una serie de recomendaciones. Dentro de éstas, el desarrollo del juego en el hospital, como forma de entretención terapéutica y de preparación para la hospitalización y los procedimientos.

El juego es el medio de la expresión privilegiado de los niños y adosa a la situación de la hospitalización, un significado de mayor familiaridad con el contexto.

Para entender las reacciones a la hospitalización y las variables que influyen en ésta, es necesario recurrir a una perspectiva que amplíe la visión de la enfermedad y la hospitalización más allá de lo puramente biológico. El modelo "bio - psico - social" permite incorporar la visión de la enfermedad física con variables psicológicas y sociales, estableciendo una medicina más integral, oponiéndose al modelo tradicional, biomédico.

"La integración de los principios de la psiquiatría con otras ramas de la medicina reduce la necesidad de diversos diagnósticos y terapias, disminuye la estadía del paciente en el hospital, de tal modo que ahorra dinero de la comunidad, del paciente y del hospital".

## **ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FAMILIA**

Durante al hospitalización, los padres deben adoptar nuevas tareas necesarias para el cuidado del niño enfermo. Estas tareas de cuidado se comparten con el equipo médico y muchas veces son fuente de conflictos.

Para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, es importante que el equipo médico conozca las preocupaciones y expectativas de los padres acerca del cuidado del niño.

Es necesario que la familia en especial los padres del niño hospitalizado tengan una buena relación y comunicación con el equipo médico, y que éste a su vez, se preocupe de conocer el lenguaje de la familia para la entrega de la

información. De este modo, la familia y el niño entenderán el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del niño.

## **REDES SOCIALES**

En la salud, en la enfermedad y en definitiva en muchas situaciones críticas de la vida, las redes sociales asumen un rol importante. Estas estarían conformadas por distintos miembros: parientes, amigos, profesionales, etc., los cuales desempeñarían diferentes roles.

### **Los beneficios que se obtienen en las redes de apoyo:**

- Apoyo instrumental: bienes materiales y sociales;
- Apoyo emocional, amistad, afiliación religiosa;
- Referencia o información como organizador de noticias.

Algunos autores plantean que las redes sociales son tan básicas, necesarias e importantes dentro de la vida de cada persona y su supervivencia, que aquellas personas que carecen de éstas, son más vulnerables a presentar efectos adversos asociados a eventos estresantes de la vida, debido a que éstas inmunizan y protegen ante situaciones de dificultad relacionadas con el hospital.

El equipo médico asume un rol fundamental en el cuidado del niño y su familia; "los niños necesitan más que medicina para mejorarse..." (Alsop,P.1989).

Este planteamiento tan simple, habla de la necesidad de un enfrentamiento que incluya otras variables en el cuidado de la enfermedad, además de lo físico y lo biológico, Significa darse el tiempo necesario para comprender la enfermedad holísticamente, preocupándose también de los aspectos psicológicos y sociales.

## EL AMBIENTE HOSPITALARIO

El ingreso a un lugar extraño, a veces hostil, que puede generar temor y no permite la libre expresión de los sentimientos del niño, influye en la relación de los niños a la hospitalización.

Considerando esto, en el año 1959 el comité Platt, al plantear sugerencias que debían ser adoptadas en el cuidado del niño hospitalizado, mencionaba que los niños debían estar en salas especialmente acondicionadas para ellos y no en salas para adultos. Más tarde, la Asociación Nacional para el Bienestar del Niño Hospitalizado (National Association For The Welfare of Children in Hospital, Inglaterra), planteó algo similar:

**“... los niños tendrán un ambiente amoblado y equipado para satisfacer sus requerimientos, dentro de los estándares de seguridad existentes...”**

Estos planteamientos destacan la importancia de considerar las características físicas del hospital en el entendimiento de las reacciones psicológicas de los niños hospitalizados.

Se plantea que el diseño de unidades pediátricas debe buscar la comodidad del niño y sus padres, compatibilizando esto con las demandas del trabajo del equipo médico.

Hospitalizar a los niños en salas, según etapa de desarrollo, facilita la interacción de éstos con sus padres y permite ambientar el lugar considerando las necesidades de cada grupo.



## **recomendaciones**

### **1.- Ambiente físico.**

Es necesario ambientar el lugar de modo que resulte poco amenazante para el niño, un ambiente diseñado para recibir niños. La implementación de un diario mural donde los niños puedan exponer sus creaciones, esto es importante para aquellos con estadías prolongadas y / o repetidas en el hospital.

Por otro lado, es necesario también que el ambiente físico sea adecuado en términos de temperatura, claridad, ventilación y seguridad.

### **2.- Distribución de salas según etapas de desarrollo.**

Esto facilita la adaptación del niño a la situación de hospitalización y le permite compartir con el grupo de pares.

### **3.- Cantidad de niños por sala.**

El respeto por esta medida, incidirá en la comodidad de los padres y los niños que están en el hospital, en la medida que mientras más niños haya en la sala, de menos espacio se dispondrá.

### **4.- Implementación de la sala de juego.**

Puede existir una segunda alternativa en relación con esta recomendación como sería implementar el uso de una carreta de juegos que sea llevada a las distintas salas en donde los niños están.

Una biblioteca infantil con libros para niños de diferentes edades y otros didácticos relacionados con asuntos médicos, para facilitar una mayor comprensión del niño de su cuerpo y funcionamiento.

También incorporar películas infantiles tradicionales y conocidas, desestigmatizando el ambiente como amenazante, lo que da la posibilidad para que el niño asocie el hospital a una película entretenida vista por él.

#### **5.- Preparación para procedimientos.**

Para mantener una buena disposición del niño ante los tratamientos, es necesario prepararlo para los cambios que vayan a efectuarse.

En el caso de enfermeras de turno, es necesario informar al niño de los cambios nocturnos en presencia de los padres.

Surge la necesidad de implementar programas y actividades relacionados con el juego para facilitar los procedimientos médicos y quirúrgicos y aminorar las reacciones del niño ante la hospitalización:

#### **6.- Preparación para hospitalización.**

En cirugía programada puede ser factible que el niño previamente conozca, junto a sus padres el hospital. Se pueden confeccionar folletos explicativos o cuentos cortos que sean entregados al niño a su ingreso y / o video ilustrativo.

## **7.- Organización de las visitas.**

Es posible organizar un sistema de visitas, que considere cada caso particular y que sea coordinado por una enfermera, que indique ante cada ingreso, sobre posible visitantes.

## **8.-Participación de los padres en el cuidado.**

El equipo médico debe favorecer la participación de los padres en el tratamiento del niño. El médico debe entregar indicaciones a los padres sobre tareas que puedan desempeñar en el tratamiento. De esta forma, se estará contribuyendo a definir cuales son los roles de los padres, siendo su presencia importante en la recuperación del niño.

## **CONCLUSIONES**

La enfermedad y hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia; estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.

La enfermedad tiene un impacto sobre el individuo; afecta su funcionamiento psicológico, su imagen y recursos emocionales, sus capacidades mentales y su estado de ánimo.

La hospitalización y el diagnóstico repercute en la familia; en la distribución de recursos, los roles, los patrones de interacción y la imagen colectiva, aspectos que exigen todo un proceso de adaptación. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y el grupo familiar total.

Es necesario recordar que la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables: las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño y su familia.

Para lograr esto, es necesario incluir a la familia del paciente, porque es un nexo importante con el niño e influye de una manera importante en la forma que el tratamiento es llevado a cabo. Esto se puede lograr adoptando una visión biopsicosocial del problema.

En la medida que los médicos se manejan con un modelo que incluya otras variables, permitirá desarrollar una preocupación por los aspectos psicológicos y sociales del niño, pudiendo detectar precozmente la presencia de dificultades.

## LA PERSONALIDAD EN EL SIGNIFICADO Y PERCEPCIÓN DEL ESPACIO – TIEMPO.

Una amplia literatura respecto a el conocimiento del espacio y las sucesivas comprensiones fueron desarrolladas por Piaget <sup>1</sup>(1948-1964), la importancia de su teoría radica en la relación que establece entre la evolución y el desarrollo cognitivo espacial. Para este autor en cada periodo evolutivo se establecen tres tipos de "relaciones" espaciales que se suceden repetitivamente: Relaciones topológicas basadas en relaciones puramente cualitativas de vecindad, separación, orden, contorno, y continuidad; proyectivas fundamentadas en la línea recta y en la diferenciación de los puntos de vista; euclidianas o métricas basadas en su noción de distancia, en la que la equivalencia de las figuras depende de su igualdad matemática.<sup>2</sup> La distinción entre espacio- sensoriomotor, que se construye en los primeros años de vida y luego el espacio representativo

Comment [C1]:

---

<sup>1</sup> Jean Piaget; Zoólogo y epistemólogo Suizo que investigó el desarrollo infantil.

<sup>2</sup> J. Muntaner.; 2.4 Concepción del espacio del niño en "La evolución del espacio topológico según la teoría de J. Piaget"

juegan un papel fundamental en el proceso constructivo de la personalidad. El primero se relaciona con el progreso de la percepción hasta la aparición simultánea del lenguaje (es decir, las funciones simbólicas en general). Es muy extraño que el espacio representativo – aunque en cierto sentido aprovecha la adquisición de la percepción y la conducta - se desarrolla de la nada, desde los discernimientos más elementales.

En forma esquemática, las etapas sucesivas de las adquisiciones de la personalidad pueden describirse como sigue: Extensión, es decir nociones posicionales como la de cercanía, separación, orden, etc; Movimiento, con la manipulación de objetos que trae consigo conceptos sobre ellos, constancia del objeto y sus dimensiones; Espacio representado, apareciendo la noción de perspectiva por la coordinación de varios puntos de vistas, cambios de lugar etc.. Cada etapa supone a la precedente, y surge de ella por un proceso de diferenciación y sin destruirlas.

Para el concepto instrumental del espacio- la que se intenta complementar con esta investigación- el espacio será aquella plataforma sobre la cual sustentan los escombros de la personalidad y aquel campo de estímulo que primigeniamente estructura la relación significativa del sujeto con el mundo, esta construcción como hemos visto puede ser desarrollado entendiendo las propiedades de su desarrollo y entendiendo la idea fundamental de experiencia espacial como la matriz de un proceso constructivo y de rehabilitación que tiende a reestructurar la unidad psicológica en conflicto.

El desarrollo de la personalidad pasa de la experiencia con el mundo físico a la experiencia con el mundo social y finalmente con el mundo ideacional. Cada nueva dimensión es experimentada primero a través de sus realidades físicas, antes de que puedan incorporarse consideraciones de tipo social y, más tarde, ideacional.

#### IV\_ DEFINICIÓN DEL TEMA

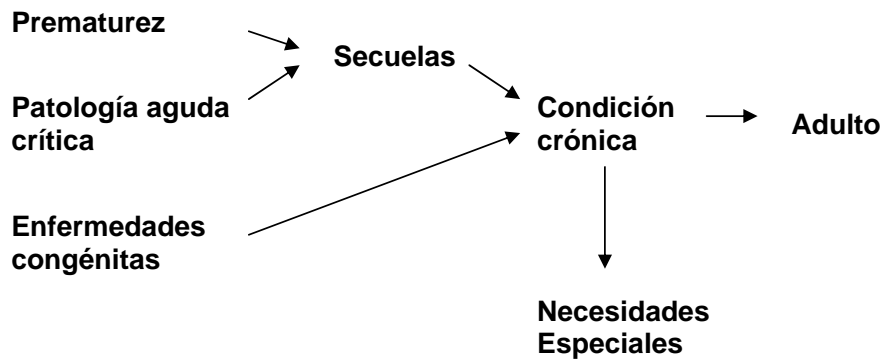
## **Definición del tema**

A fines de la década de los 70 y principios de los 80, en los países anglosajones se genera un nuevo modelo de atención de estos pacientes con requerimientos especiales que reinventan el domicilio como lugar idóneo de atención especialmente en el caso del paciente terminal, en que la hospitalización tradicional no mejora la calidad de vida de estos pacientes y que incorpora además el concepto de que la muerte es un proceso natural y no un fracaso del sistema sanitario. Este modelo que incluye un nuevo modelo de atención primaria, hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos se ha demostrado altamente eficiente en cumplir el objetivo de “agregar vida a la vida del niño y no sólo años de su vida”. Implementar este modelo de atención de enfermos crónicos infantiles es el tema en cuestión, planteando la interrogante sobre el espacio idóneo para la recuperación del enfermo y establecer la relación del médico con su paciente.

## **JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

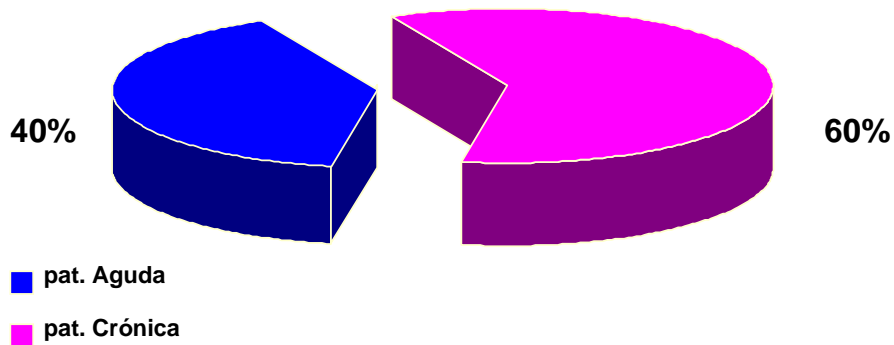
Como ya nos habíamos referido, el enfermo crónico pediátrico es una condición creciente debido principalmente al aumento de probabilidades de vida, hace que exista un alto número de pacientes de alta complejidad, con elevado consumo de recursos sanitarios, que obliga a buscar nuevas estrategias de atención de ellos y optimización de recursos.

**Causas del aumento del paciente pediátrico con condición crónica**



Según la Organización Mundial de Salud el año 2020 se estima que el 60% del gasto en salud estará destinado a enfermos crónicos, reafirmando que los enfermos crónicos son una real preocupación en el sistema de salud.

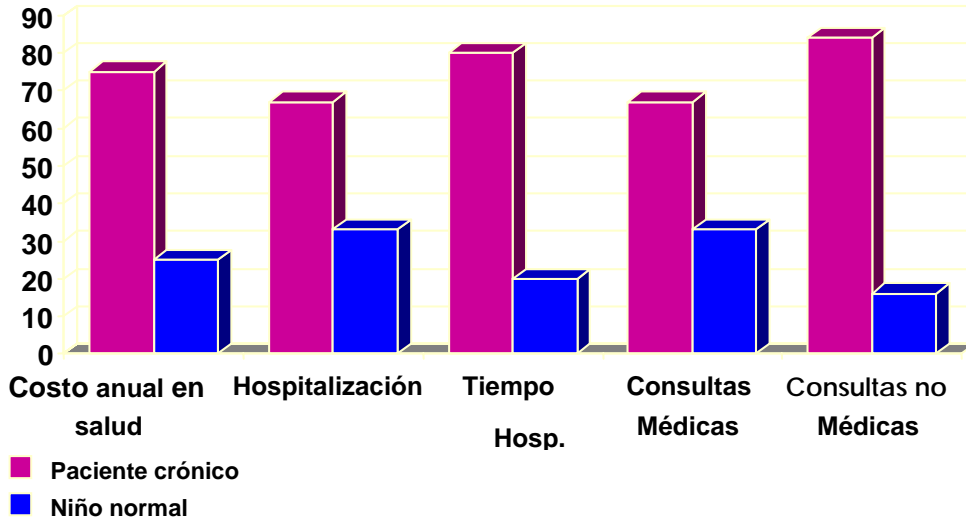
**Pronóstico del gasto en salud para el año 2020 entregado por OMS**



Información entregada por el Servicio de Pediatría del CHSBA.2004.

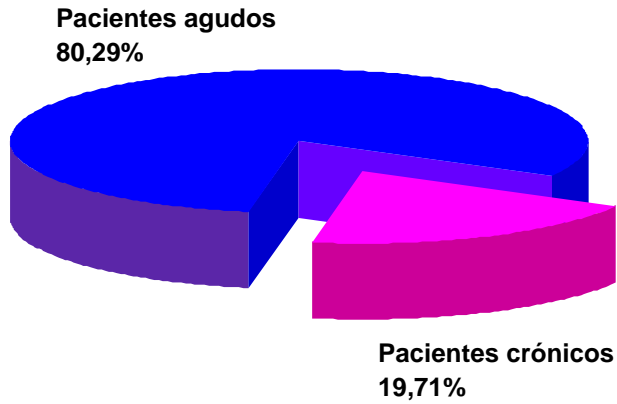


### Magnitud del Problema



Información entregada por el Servicio de Pediatría del CHSBA.2004.

### PROPORCION DE PACIENTES CRONICOS EN CONSULTAS DEL S.S.M.S.O. (Agosto – Septiembre 2001)



Información entregada por el Servicio de Pediatría del CHSBA.2004.

El centro de salud de enfermos crónicos infantiles responde a una necesidad que existe en Chile y el mundo por satisfacer requerimientos especiales de atención de salud de un determinado grupo de enfermos que están en un evidente aumento y que a futuro será una gran problemática debido al gasto elevado de recursos sanitarios. Este hecho es ya una inquietud de los profesionales que participan en la recuperación de pacientes crónicos en el país y que se dan cuenta de las limitaciones que ofrece el complejo hospitalario producto de la forma funcional con que son concebidos para el óptimo aprovechamiento de los recursos concentrados de alto costo. Estas limitaciones se manifiestan ya que el enfermo crónico infantil la mayoría de las ocasiones permanece más del tiempo que requiere en el hospital ya que no existe un lugar intermedio donde pueda terminar su recuperación antes de volver a su casa con su familia. A estos casos hay que agregar el problema socioeconómico de algunas familias que tienen las garantías en su hogar para que el enfermo pueda volver, esto obliga a los equipos médicos a tener que prolongar la estadía de estos niños. Este es un problema en los hospitales debido a que disminuye su cupo en hospitalización que puede ser utilizado por caso crítico que necesite de todos los recursos de un Hospital.

En la mayoría de los casos estos niños pueden realizar actividades y desplazarse sin mayores problemas, lo que ocasiona una problemática ya que las salas y pasillos de un Hospital no están acondicionados para que el niño realice estos actos. Esta situación más el largo período que los enfermos están internados han hecho que en los hospitales, preocupados por dar una atención integral a los niños, han implementado una serie de espacios para estimular el desarrollo de estos, como por ejemplo; salas de juegos, biblioteca, escuela, etc.... En situaciones hay que recorrer gran parte del hospital para ir a uno de estos lugares, siendo un problema no es el desplazamiento en sí, sino por donde se establece el recorrido.

En conclusión podemos decir que la propuesta de este nuevo edificio se basa en dos observaciones:

La primera es crear una instancia de atención intermedia, que permita recibir al paciente en un período de recuperación donde ya no requiere de la infraestructura Hospitalaria en su totalidad, sino más bien procedimientos clínicos simples y periódicos controles del equipo médico para supervisar su evolución y su posterior alta o vuelta a casa. Incorporando a la red de salud una instancia de salida para estos pacientes, tal como existe un sistema de entrada que son los consultorios o centros de salud en la ciudad.

En segundo lugar incorporar a este lugar espacios que puedan acoger los distintos actos que requiere un niño enfermo crónico para su atención y desarrollo integral como son; la relación con equipo médico, la familia, el entorno y las actividades que garanticen su desarrollo como educación y el juego.

Los principios de funcionalidad, tecnología e higiene promulgados en el movimiento moderno son elementos necesarios para comprender el problema, pero no se pueden transformar en la única aproximación al tema.

## **OBJETIVOS**

- Considerando las características del concepto de salud, que busca un desarrollo integral del niño, el edificio de salud pasa a ser un Centro de Salud que alberga un programa cuya vinculación con la comunidad debe ser muy íntima pero abierta hacia ella. Debe ser un centro de desarrollo integral de la salud y el bienestar común local.
- El edificio tiene que ser un espacio de salud que acoja no sólo el programa específico de salud, sino también, un programa de interés comunitario.

- El programa de salud específico debe cumplir también con el nuevo concepto de relaciones entre equipo médico - paciente y comunidad, mediante una relación más directa entre el espacio de consultas y las esperas.

V\_EMPLAZAMIENTO

## **CRITERIOS DE IMPLANTACIÓN**

Al tratarse de un edificio sin precedente su emplazamiento ideal en Santiago es dentro de la comuna del mismo nombre o cercano a esta.

También para el emplazamiento, se considera como requisito que el nuevo centro de salud no se encuentre más allá de 10 minutos caminando de un Complejo Hospitalario, debido a que un paciente crónico necesita siempre de controles médicos y exámenes siendo el transporte un problema.

Dada la proximidad que debe tener el proyecto con un Hospital, es que se consideraron los complejos hospitalarios infantiles y complejos hospitalarios con servicio de pediatría en Santiago para insertar el edificio en el sistema de uno de estos complejos.

### **Elección del Terreno**

Para seleccionar el Complejo Hospitalario al cual asociarse se siguieron los siguientes criterios:

- El Complejo debe tener compromiso con su entorno y no ser una especie de ghetto o sistema cerrado. Deben existir relaciones de algún tipo entre él y sus vecinos. Estas pueden ser visuales, de recorrido, de usos, etc.

- El Complejo debe tener problemas de infraestructura solucionados en su mayor parte para asociar al sistema el nuevo edificio y no que el problema sea hacer una ampliación del un Hospital para solucionar deficiencias de él mismo.
- El Complejo debe estar ubicado dentro o cercano a la comuna de Santiago.
- El Complejo debe estar ubicado en un área de características arquitectónicas definidas y de poco deterioro. Ojalá cercano a barrios residenciales más menos consolidados y con infraestructura de equipamiento básico.

Bajo estos criterios se seleccionó entre dos Complejos Hospitalarios: El Hospital Infantil Dr. Luis Calvo Mackenna y El Complejo Hospitalario San Borja Arriarán.

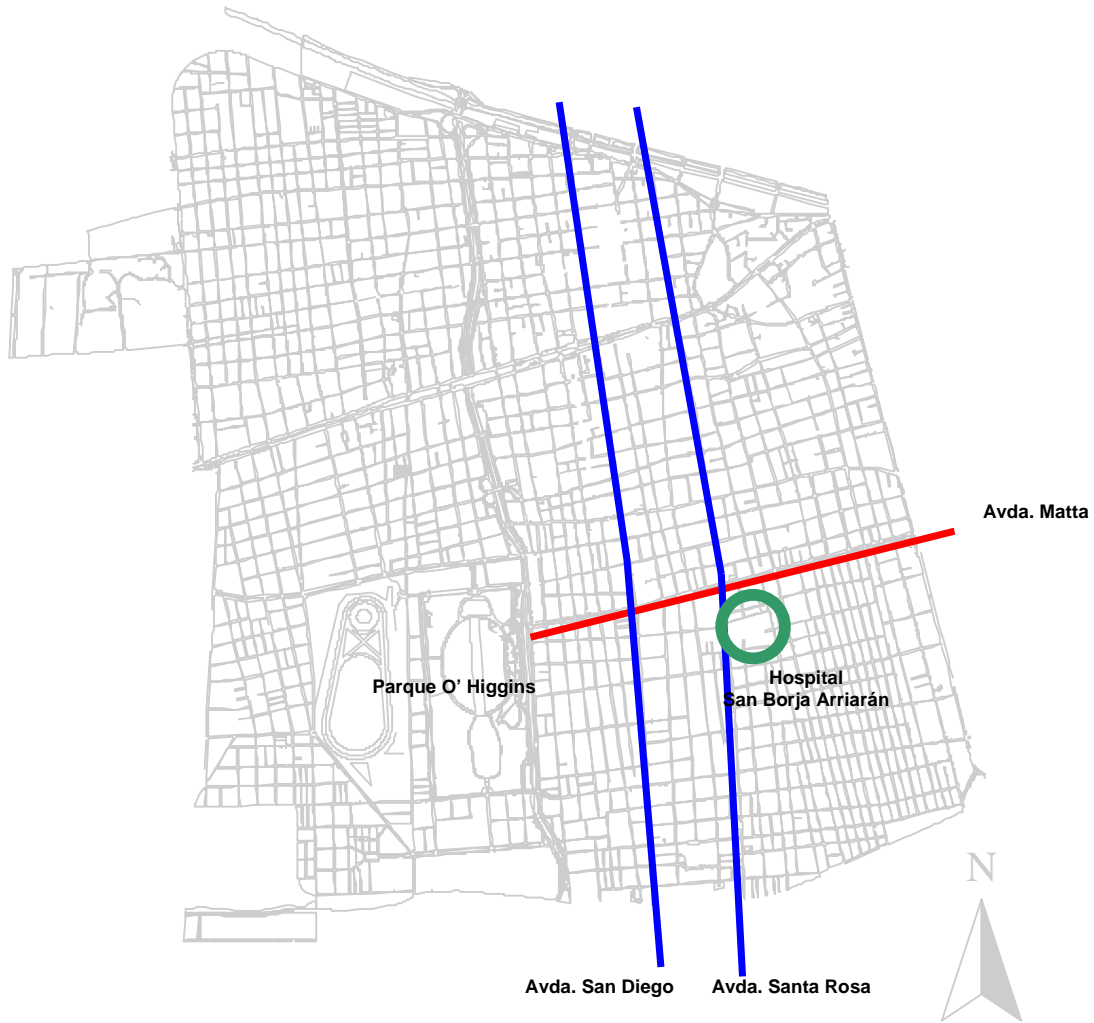
**Se eligió el Complejo Hospitalario San Borja Arriarán por las siguientes razones:**

- Ser un Complejo Hospitalario con servicio de pediatría y urgencia infantil construido en 1980. EL hospital esta resuelto en un solo edificio.
- Estar ubicado en el área sur de la comuna de Santiago, en Avda. Santa Rosa a cuadas de Avda. Matta, donde las características arquitectónicas formales son de edificación continua y de baja altura, identificándose un barrio homogéneo de un Santiago de a mediados del siglo XIX. Participando de este barrio se implanta el complejo Hospitalario estableciendo una serie de relaciones visuales y perspectivas. En una ciudad donde las modas formales y visuales cambian con rapidez y donde las características de integración arquitectónica son prácticamente inexistentes y la capacidad de constituir el espacio urbano depende totalmente del observador.

- La posibilidad de incorporarse al sistema mediante un edificio que ordene y potencie las áreas residuales del complejo, las relaciones entre los edificios que lo componen y además recomponiendo relaciones con su entorno inmediato restituyendo el tejido urbano. Además en el barrio esta muy presente en la memoria colectiva el recuerdo del Hospital de Niños Manuel Arriarán que funcionaba en el lugar y existiendo aún el edificio donde estaba, actualmente ocupado por el hospital como apoyo. EL centro de enfermos crónicos infantiles pretende refundar el lugar con un carácter que había perdido fuerza en el barrio.



**Plano de la Comuna de Santiago**  
**Ubicación del Terreno**



Plano de Santiago extraído del Sist. de Información de U. de Chile. Municipalidad de Santiago  
2004

## Plan Regulador de la Comuna de Santiago.

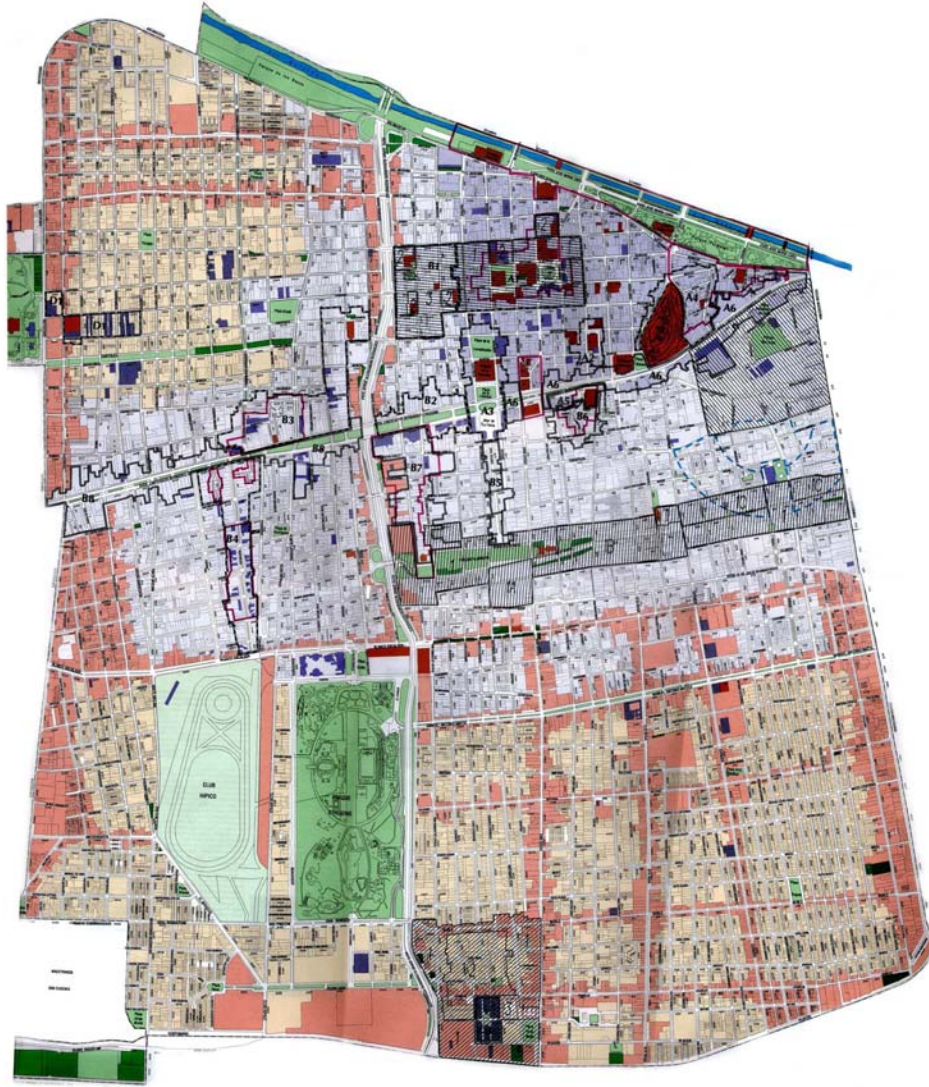
### Simbología

ZONA AMARILLA: vivienda.

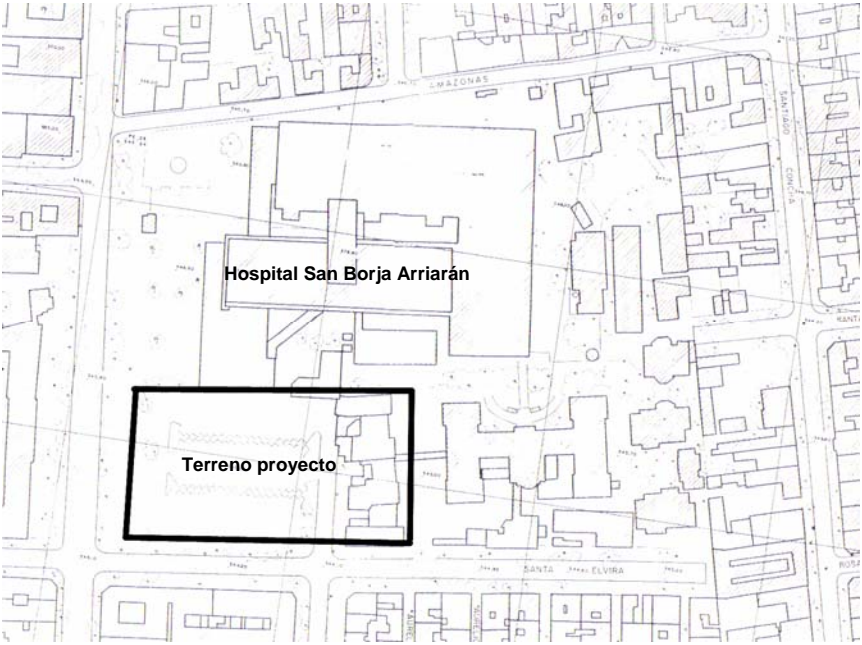
ZONA GRIS: Industria inofensiva.

ZONA NARANJA: Servicios.

ZONA MORADA: Inmueble de conservación.



Plano del Conjunto Hospitalario, señalando el terreno actualmente ocupado en estacionamientos.



Fotografía del terreno desde Santa Rosa con Santa Elvira.

## VI\_ FACTIBILIDAD DEL PROYECTO

“La salud es un patrimonio nacional y por lo tanto un deber irrenunciable del estado”

Los proyectos de inversión del área Salud son financiados por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública el cual dispone del “Fondo Nacional de Desarrollo Regional” para su desarrollo. Dado las características del proyecto también se buscara financiamiento en entidades privadas a través de Fundaciones ligadas al Hospital San Borja Arriarán con la idea de que el fisco a través del Ministerio de Salud entregue el terreno para la construcción del centro.

Este financiamiento se refiere a los Costos de Inversión que consisten en: Terreno, Construcción y Equipamiento.

Los costos de operación los asume el mismo centro de la siguiente forma:

Por cada niño que se hospeda en el Centro el Ministerio de Salud entrega un subsidio en dinero. Es mucho más conveniente para Ministerio de salud dar este subsidio que el costo que significa tener al niño ocupando la infraestructura hospitalaria siendo que prescinde de ella en parte.

Aportes también del Ministerio de Salud que implementa programas de atención integral para el niño y su familia en patologías señaladas por el Plan Auge fuera del recinto hospitalario.

Ayuda de Corporaciones y Fundaciones de Beneficencia que siempre están pidiendo aportes de dinero de entidades privadas además de la ayuda del voluntariado de las redes sociales ligadas al Hospital.

Los costos de mantenimiento pueden ser menores en la medida que lo elegido en los costos de inversión sea de buena calidad.

También se puede generar algún tipo de autofinanciamiento a través de arriendo de servicios como es el caso de cursos, seminarios, talleres tanto como para profesionales de la salud, como para la comunidad.

## VII\_ AREAS PROGRAMÁTICAS

## ÁREAS PROGRAMÁTICAS

El programa considera tres áreas dentro de las cuales se desarrolla el programa. Las áreas son: **área de residencia o estadía, área de policlínico y área de educación – desarrollo – difusión.**

- **Área de residencia:** esta área recibe la función de hospedar a los enfermos con un acompañante. Complementa funciones de un Hogar con un servicio de pediatría hospitalario de transición entre el Hospital y el policlínico.
- **Área de policlínico:** se ideó un sector de box de consultas tanto para los niños hospedados como para los enfermos que no lo están y necesitan de controles o procedimientos simples.
- **Área de educación – desarrollo – difusión:** cumple con la tarea de evitar la marginación de niños en edad escolar del sistema educacional formal, que se encuentran internados o en tratamiento ambulatorio, creando un ambiente positivo y formativo de su tiempo libre que le permita desarrollar habilidades y destrezas cognitivas, afectivas y sicomotoras. También esta enfoca a dar orientación a los padres y familiares a través de diferentes talleres de capacitación y desarrollo personal. Y la difusión esta apuntada a abrir el centro a la comunidad implementando talleres, cursos y charlas.

### programa

hogar enfermos crónicos infantiles	n ° unidades	sup. unitaria m2	sup. total m2
------------------------------------	--------------	------------------	---------------

### recepción

hall acceso	1	50	50
-------------	---	----	----



<b>administración</b>			
sala de espera	1	20	20
secretaría	1	5	5
sala entrevistas	1	9	9
oficina asistente social	1	12	12
oficina contabilidad	1	12	12
oficina director	1	12	12
sala reuniones	1	16	16
oficina archivos	1	7	7

**subtotal** 93

#### área policlínico

secretaria control	1	12	12
archivo fichas	1	30	30
entrega farmacia	1	12	12
espera		100	100
box consulta	12	20	240
baño público	2	3	6
baño personal	1	3	3
baño médico	1	3	3

**subtotal** 406

#### área de estadía

##### residencia enfermos

hall acceso	1	48	48
habitaciones c/ acompañante adulto	20	15	300
estar	1	100	100
comedor	1	100	100
cocina	1	75	75
despensa	1	12	12
oficina nutricionista	1	9	9
bodega	1	27	27
servicio higiénicos	1	5	5
baños	1	8	8
lavandería	1	20	20
patio de servicio	1	10	10

##### residencia padres

habitación c/ baños	2	15	30
Sala de estar	1	24	24

**subtotal** 768

##### apoyo clínico

espera	1	30	30
box médico	1	16	16
clínica de enfermería	1	9	9

sala de procedimientos	1	36	36
bodega de insumos	1	2	2
área limpia de trabajo	1	6	6
área sucia de trabajo	1	6	6
bodega ropa limpia	1	4,5	4,5
bodega ropa sucia	1	4,5	4,5
residencia médica	1	12	12
residencia enfermera	1	12	12
baño	1	6	6

**subtotal** 144

**sector esterilización**

recepción	1	6	6
lavado	1	9	9
preparación	1	15	15
esterilización y almacenamiento	1	20	20

**servicios personal**

vestuario ducha baño mujeres	1	32	32
vestuario ducha baño hombres	1	16	16

**subtotal** 98

**área educación y difusión**

auditorio	1	140	140
sala multiuso	1	120	120
sala pre-escolar	1	54	54
sala escolares	1	54	54
sala interactiva - biblioteca	1	80	80
sala de juegos (gimnasio)	1	70	70
sala de trabajo individual	1	12	12
baños	1	20	20
taller padres	2	72	144
baños padres	1	6	6
oficina profesores	1	16	16
oficina voluntariado	1	16	16
baños	1	6	6
bodega	1	15	15

**subtotal** 613

**superficie total s/ estacionamientos** 2172

**25% de circulaciones** 543

**total** 2715

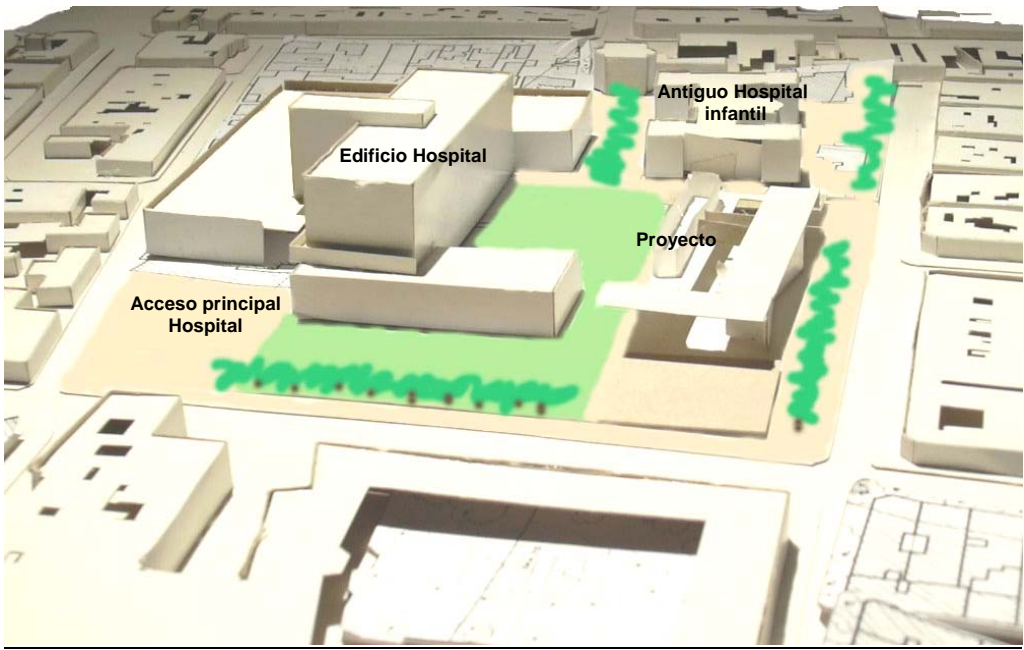
## VIII\_ PROPUESTA

## **PROPUESTA URBANA**

El proyecto propone intervenir la manzana donde está emplazado el Hospital con la intención de mejorar cualitativamente el espacio urbano existente entre el Complejo de Salud y los vecinos más próximos, como consecuencia la imagen de la Institución de Salud Pública se verá recompuesta.

### **Propuestas de intervención**

- Intervenir el área que existe entre el hospital y la calle Santa Rosa con el propósito de generar un área verde pública.
- Proponer un acceso mejor al hospital desde calle Santa Rosa aprovechando la intervención anterior propuesta. Del mismo modo, crear un acceso del nuevo edificio hacia el frente Santa Rosa.
- Dar solución al problema de estacionamientos bajo la franja de área verde pública propuesta.
- Con la inserción del nuevo edificio dar orden a los espacios residuales, produciendo áreas de expansión y esparcimiento interiores del complejo hospitalario potenciando el sistema de recorridos exteriores del hospital integrándolos a la comunidad durante el día.
- Abrir la calle Santa Elvira hacia Santiago Concha para mejorar la red peatonal que existe en el sector.
- Liberar el área del hospital de edificaciones de las cuales se puedan prescindir, ya sea porque entorpecen relaciones de recorrido, relaciones visuales, no tienen valor arquitectónico en el conjunto, etc.



Modelo de estudio del Hospital Clínico San Borja - Arriarán, con intervención a grandes rasgos e inclusión del proyecto en el terreno.

## **PROPUESTA PROYECTO**

Si bien los conceptos de funcionalidad, tecnología, higiene, imperan en los edificios destinados a la Salud, es necesario incorporar nuevos conceptos e ideas para reinventar el espacio de atención y recuperación de los enfermos. Sobre todo si nos referimos a enfermos crónicos infantiles.

Como idea, para el proyecto, esta la de recuperar propósitos que buscaba el movimiento moderno como el sol, la luz, el aire limpio, para así, modificar la idea paradójica de máquina del espacio hospitalario acentuado en la funcionalidad. Reunir las áreas del programa del proyecto a lo largo de un espacio con las características antes mencionadas, auténticos principios de salud e higiene que participaran de los actos realizados en el edificio.

Para unir las distintas situaciones desarrolladas se plantea que se realicen cobijadas bajo una sola cubierta que se pliega en situaciones para poder mezclar la idea de edificio institucional con la idea de edificio doméstico, en este caso un hogar infantil, y así conseguir la identidad del edificio propuesto.

## **IX\_ BIBLIOGRAFÍA**

## **BIBLIOGRAFÍA.**

### **Libros:**

PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Autores: Hernán Montenegro – Humberto Guajardo.

Editorial Salvador. 1994.

DE CONSULTORIO A CENTRO DE SALUD. MARCO CONCEPTUAL.

Ministerio de Salud. 1997.

EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE: PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN,  
REQUERIMIENTOS ESPACIALES Y CONSTRUCTIBILIDAD.

Autor: Virginia Zamora.

CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS  
RELACIONADOS CON LA SALUD.

Décima revisión. Volumen 1

Organización Panamericana De La Salud

LA MUERTE Y VIDA DE LAS GRANDES CIUDADES AMERICANAS.

Autor: Jane Jacobs.

Preparado por María Bertrand S.

### **Revistas:**

TECHNIQUES & ARCHITECTURE, Septiembre 1994, pág 40.

TECHNIQUES & ARCHITECTURE, Septiembre 1994, pág 74.

TECHNIQUES & ARCHITECTURE, Septiembre 1994, pág 82.

AV MONOGRAFÍAS 63-64, Enero-Abril 1997, pág 86-91



**Documentos:**

ORDENANZA LOCAL DEL PLAN REGULADOR COMUNAL DE SANTIAGO.

Dirección de Obras de la Ilustre Municipalidad de Santiago.

**Entrevistas:**

ENTREVISTA EN CANIQUEM. CASA ABIERTA.

Entrevistado: Directora Casa Abierta.

ENTREVISTA EN LA COLOCACIÓN EXTRA – HOSPITALARIA INFANTIL KANKI.

Entrevistada: Soledad Würt.

ENTREVISTA EN LA COLOCACIÓN EXTRA – HOSPITALARIA ADULTO

Entrevistada: Violeta Salcedo.