

**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Facultad de Arquitectura y Urbanismo.**

Memoria de Proyecto de Título de la Carrera de Arquitectura,  
2005

**TEMA**

**CESFAM:**

**CENTRO DE SALUD FAMILIAR**

**COMUNA DE LO PRADO**

Profesor Guía: Humberto Eliash D.

Alumno: Alfredo Parra S.

	<b>Introducción</b>	4
I	<b>Presentación</b>	5
	Marco Global	5
	Marco Nacional	7
II	<b>Antecedentes Históricos</b>	8
	Reseña histórica de la salud en Chile	8
	Antes de la República	8
	De la Independencia a la primera Reforma (1810-1854)	10
	De la Reforma del 54 a la Reforma del 80 (1954-1980)	11
	La segunda Reforma (1980-1990)	12
	Ultimo período	13
III	<b>Antecedentes Orgánicos</b>	14
	Principios orientadores del estado en Salud	14
	Descripción de la Red Asistencial	15
	Niveles de Atención	15
	Cómo funciona la Red Asistencial	17
	Nivel de Complejidad	18
	Relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS)	19
	Objetivos del MINSAL para la APS	20
IV	<b>Antecedentes Políticos</b>	21
	Contexto Institucional	21
	Reforma de la Salud	22
V	<b>Antecedentes Biodemográficos</b>	24
	Contexto Socioeconómico	24
	Contexto Demográfico	24
	Contexto Epidemiológico	25
VI	<b>Antecedentes Conceptuales</b>	27
	Enfoque Biomédico	27
	Enfoque Biopsicosocial	29
	Concepto de familia	30
	Noción de Salud Familiar	31
	Centro de salud Familiar (CESFAM)	32

<b>V</b>	<b>El Tema</b>	34
	Definición del Tema	34
	Justificación del Tema	35
<b>VI</b>	<b>Emplazamiento</b>	36
	Criterios de Implantación	36
	Elección del terreno	40
<b>VII</b>	<b>Factibilidad</b>	42
<b>VIII</b>	<b>Programa Médico Arquitectónico (PMA)</b>	43
	Áreas del Programa Médico Arquitectónico	43
	Programa Médico Arquitectónico	45
<b>IX</b>	<b>Propuesta</b>	49
	Propuesta Urbana	49
	Propuesta del Proyecto	49
	<b>Bibliografía</b>	50

## INTRODUCCIÓN

Los Centros de Salud Familiar son los herederos de los Consultorios que hemos conocido durante las últimas décadas, y corresponden a la propuesta del Gobierno chileno para la reformular la Atención Primaria del país.

Esta transformación, impulsada por las autoridades, se debe principalmente a la necesidad de responder a los requerimientos actuales de la población, en materia de salud pública, producto de los cambios demográficos y sanitarios experimentadas en los últimos años.

Con especial preocupación por las comunas más pobres, principales destinatarias de la acción del Estado, se ha introducido la directriz de transformar y construir los equipamientos de la Atención Primaria adoptando un Modelo de Salud Familiar que se enmarca dentro del paradigma de biopsicosocial de la salud contemporánea, al cual corresponden los Centros de Salud Familiar (CESFAM), eje central de este trabajo.

## Marco global

La salud, aspecto determinante del desarrollo humano, constituye una de las principales preocupaciones globales de comienzos de milenio. Junto con la pobreza, la discriminación, el hambre, la desigualdad y el retraso tecnológico -entre otros- conforman un cuadro de crisis para la humanidad que se verifica en las 1.300.000.000 personas que viven en la pobreza absoluta (25% de la población del planeta).

La consigna “Salud para todos el 2000”<sup>1</sup> que suscribieron los gobiernos del mundo reunidos en la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra plenamente vigente y constituye hasta la fecha uno de los principales desafíos pendientes de la región.

La necesidad de mejorar el acceso de la población a la salud, situación que cruza a todas las sociedades latinoamericanas caracterizadas por altos índices de desigualdad económica y social, impacta directamente sobre los planes y políticas de Atención Primaria (APS), entendida ésta como la puerta de entrada de la población a los sistemas de salud.

Particularmente en nuestro país, debido a cambios demográficos<sup>2</sup> y la reducción de las enfermedades infecciosas, se ha observado un **cambio en el perfil epidemiológico** de la

---

1 Declaración de Alma Ata, 1974, Organización Mundial de la Salud (OMS).

2 Como el descenso de la natalidad y la mortalidad, y el aumento de la senectud de la población

población durante los últimos años. Con este fenómeno han adquirido mayor relevancia para la salud pública las enfermedades de tipo mentales, nutricionales, crónicas y degenerativas, dejando en evidencia la insuficiencia del actual sistema de APS basado en el enfoque biomédico tradicional.

En el marco del debate internacional de salud, adquieren creciente validez los modelos de APS basados en un nuevo enfoque denominado **biopsicosocial**. Éste se caracteriza por integrar las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en la concepción de la salud, aportando una significativa claridad a la resolución global de los principales problemas de salud pública de hoy, entendiéndose los procesos de salud-enfermedad de un modo integral que no involucra únicamente a la persona, sino también a la familia y la comunidad.

## Marco nacional

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha asumido la iniciativa de reformar<sup>3</sup> la Atención Primaria, adoptando como eje central el desarrollo de un modelo de salud familiar que se enmarca dentro del enfoque biopsicosocial antes descrito. Esto ha dado paso a procesos de adaptación del equipamiento de salud existente, vale decir, a la transformación del Consultorio General Urbano (CGU20 o CGU40)<sup>4</sup> en **Centros de Salud Familiar (CESFAM)**.

Sin embargo, los nuevos requerimientos de un CESFAM, van más allá de los cambios en el programa médico arquitectónico (PMA) e involucran una nueva concepción arquitectónica de los espacios, que encarne el espíritu del nuevo modelo de atención, consecuente con un sentido integral de la salud.

El desarrollo de los CESFAM se vincula con los propósitos globales de mejorar la accesibilidad a la salud, con la realidad latinoamericana en cuanto a sus restricciones económicas y condicionantes culturales y al desarrollo de las comunidades locales y las familias destinatarias del sistema.

---

<sup>3</sup> Cabe señalar que el Estado chileno impulsa un proceso de reforma sectorial mucho más amplio, que abarcando los tres niveles de atención y que implica un replanteamiento de la estructura, financiamiento y enfoque del sistema de salud. Con respecto al acceso universal de la población a la salud, la reforma establece garantías explícitas que deben ser respetadas por los todos agentes del sistema, públicos y privados.

<sup>4</sup> Esta es la tipología vigente dentro de las metodologías administradas por MIDEPLAN y se refieren a los Consultorios Generales Urbanos para 20.000 y 40.000 personas.

---

## **Reseña histórica de la salud en Chile**

Los diversos sistemas de atención en salud, han variado conforme han cambiado también los paradigmas de la sociedad, el momento histórico o la cultura en que se les observa, sin embargo siempre han contado con un elemento común de carácter transhistórico, la preservación de vida.

### **Antes de la República**

Las primeras experiencias relacionadas con atención en salud, desarrolladas en el territorio que hoy reconocemos nuestro país, deben buscarse dentro de la cosmovisión y de las prácticas de los pueblos originarios de nuestra tierra. Para el pueblo mapuche el *Kutran* o enfermedad aparece cuando se rompe la armonía natural, por lo cual su sistema curativo se basa en el restablecimiento del equilibrio, se entiende el cuerpo conectado con la espiritualidad. El sujeto encargado de la sanación es la *machi*, ser humano especial que puede establecer puente con los *ngen* o espíritus protectores. Es posible interpretar, guardando las proporciones, que parte de la labor desarrollada por la *machi* dentro del pueblo mapuche corresponda hoy día, bajo paradigmas completamente distintos, a la labor desarrollada por los médicos.



Por otra parte, existe una herencia institucional española que data de la Conquista, con la fundación en 1552 del primer hospital en el territorio que posteriormente será Chile. Más adelante, en la Colonia los hospitales serán instituciones de beneficencia, no médicas, a cargo de órdenes religiosas inspiradas por la filantropía de la época, que tenían a cargo dar confort físico y mental a los pacientes.

La noción de salud pública se desarrollará junto con la emergente República. Ya en 1805 se inicia una vacunación nacional y tres años más tarde la primera campaña de difusión del proceso de inmunización, por parte de la Junta Central de Vacunas. En 1813 Camilo Henríquez divulgara un catecismo que nos muestra el pensamiento de la época, donde vincula la labor patriota con el desarrollo de la salud pública<sup>5</sup>.

Se pueden reconocer por lo menos 4 períodos en materia de salud pública, desde el establecimiento de la República de Chile hasta la hoy.

---

<sup>5</sup> Catecismo se publicó en los núms. 99 y 100 de El Monitor Araucano, correspondiente al 27 y 30 de noviembre de 1813 fuente: "Escritos Políticos de Camilo Henríquez" de Raúl Silva Castro, 1º edición Santiago 1960, páginas desde la 147 a la 154.

### **De la Independencia a la primera Reforma (1810-1954)**

Corresponde a la creación de las primeras instituciones republicanas y su adaptación, dentro de las que destaca la creación de la Facultad de Medicina Universidad de Chile (1842) con lo cual comienza el desarrollo propiamente tal de la medicina en el país, a través del estudio de las enfermedades endémicas existentes y el mejoramiento de la higiene pública y doméstica, la publicación del primer Código Sanitario (1918) donde se establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad; la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (1924) Se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Este período maduración institucional y de desarrollo social culmina en 1952 con la fusión de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud en el Servicio Nacional de Salud.

### **De la Reforma del 54 a la Reforma del 80 (1954-1980)**

En 1952 se promulga la Ley 10.383 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. También se funda el Colegio Médico de Chile.

En este período predomina planificación central, hasta 1973. A partir de 1964 destacaron las inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y la extensión de cobertura geográfica del sistema. La medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político.

A partir del gobierno militar, el Estado asume un rol subsidiario en salud, entregando la responsabilidad de la salud a cada sujeto como un actor particular. Sin embargo esto se consolida como reorientación del sistema en 1980 junto con la promulgación de una nueva constitución.

## **La segunda Reforma (1980-1990)**

A partir de la promulgación de la Constitución del 80', se producen cambios en la estructura y administración del sistema de salud.

Se crean las ISAPRES, agentes privados administradores de servicios de salud, conformando un sistema mixto de salud junto al subsistema público que continúa y al que se le reducen los ingresos.

Se descentralizan de las acciones en salud de la Región Metropolitana, se crean 27 Servicios de Salud como entidades semiautónomas, supervisadas por el MINSAL. El estado adquiere un rol subsidiario frente a las limitaciones del accionar privado.

Se municipaliza la Atención Primaria, pasa a manos del Gobierno Local la administración de los centros asistenciales de cada comuna.

En este sentido el nivel primario constituyó la puerta de entrada al sistema, con la misión de solucionar la mayoría de los casos y de desarrollar una labor preventiva y educativa.

### **Último período (1990-2000)**

Corresponde al retorno a la democracia bajo la conducción de los Gobiernos de la Concertación, en los cuales se administra el sistema de salud heredado, se mantiene la administración municipal atención primaria, la conformación de del SSNS y el financiamiento fiscal del sistema público. Hasta el Gobierno del Presidente Lagos, quien rápidamente constituye una Comisión para la Reforma de Salud Esto terminó en mayo del 2001 cuando el gobierno envió al parlamento 5 proyectos de Ley que constituyen la reforma de salud que hoy conocemos.

**Principios orientadores del Estado en Salud.**

**Equidad.** Mejorar la igualdad e oportunidades. Los más pobres son los principales destinatarios de la acción del Estado, sin exclusión de los grupos medios que viven una situación igualmente difícil.

**Eficiencia.** Mejoramiento de la asignación de recursos, identificación de los beneficiarios, medición de la cobertura y focalización de los programas.

**Participación Social.** Inclusión de la comunidad para la identificación y priorización de sus problemas, así como en el desarrollo de planes y programas.

**Dignidad de las personas.** Mejoramiento de la calidad de vida, particularmente reducción de la pobreza.

**Solidaridad.** Creación de oportunidades para participar creativamente, contribuyendo al bien común.

## **Descripción de la Red Asistencial**

La red asistencial de salud se caracteriza por estar organizada en 27 servicios de salud correspondientes a la división político-administrativa del territorio. Dentro de esta estructura se encuentran los diferentes tipos de establecimientos, organizados en tres niveles de atención.

### **Niveles de Atención.**

**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.

**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.

**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.~~

De acuerdo a estos niveles se pueden clasificar distintos establecimientos:

En el Nivel Primario

La Posta Rural de Salud, el Consultorio Rural, el Consultorio General Urbano y el Hospital Tipo 4, prestan un servicio de carácter ambulatorio de bajo nivel de complejidad.

En el Nivel Secundario

El Centro de Referencia de Salud y el Hospital Tipo 3, prestan un servicio de carácter ambulatorio de complejidad media.

En el nivel Terciario

El Centro de Diagnóstico y Tratamiento, el Hospital Tipo 2 y el Hospital Tipo 1, prestan un servicio de carácter ambulatorio el primero y no ambulatorio los segundos, en un nivel de complejidad alta.

### **Cómo funciona la red asistencial**

Se concibe el sistema como una red de servicios asistenciales que cuenta con los tres niveles antes descritos, constituyendo una gradiente de atención que comienza en nivel primario y que va ascendiendo hacia los siguientes, aumentando su capacidad resolutive, grado de complejidad y especialización, al mismo tiempo que se va reduciendo el volumen de atención.



---

Es un sistema escalonado en que se ubica al paciente de acuerdo a la naturaleza de la atención requerida, por ejemplo:

Las Postas Rurales, los Consultorios Rurales y Urbanos y los Centros de Salud son la puerta de entrada al sistema, el primer acercamiento de las personas a un equipamiento de salud, especialmente los más pobres.

Cuando la atención requerida es de mayor complejidad, son derivadas desde la Posta o el Consultorio a un Consultorio Centro de Referencia de Salud (CRS) o a un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), según la complejidad.

En los casos de mayor complejidad se deriva al paciente a un establecimiento de la atención terciaria, como un Hospital tipo 1 o 2.

Esta red asistencial de establecimientos productores de servicios es, por lo tanto, un sistema ordenado y normado en función de las actividades que en ellos se desarrollan. La vinculación entre los establecimientos depende de la organización asistencial e influye en el diseño arquitectónico de éstos.

## **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.

**Complejidad baja:** su labor es esencialmente en el área obstétrica, con atención del parto patológico. Prestaciones: Medicina, Pediatría Gineco-Obstetricia, Cirugía.

**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.

**Complejidad alta:** resuelve prácticamente toda la patología quirúrgica.

## **Relevancia de la Atención Primaria de salud (APS)**

La OMS establece la siguiente definición de APS:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Esta definición, hecha en 1974<sup>6</sup> constituye la base del sistema de salud. La APS es el nexo entre la población usuaria y la red asistencial del sistema.

---

<sup>6</sup> Frente a la cual las autoridades constantemente reiteran su compromiso

---

## **Objetivos del MINSAL para la APS**

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la solución oportuna y eficiente de la demanda por las enfermedades.
- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud
- Descongestionar los actuales centros del nivel terciario (Hospitales) de las consultas y atenciones de tipo ambulatoria, reservándolos solo para los casos críticos y de mayor complejidad.

**Contexto Institucional.**

Para comprender la situación de la salud en Chile, y las posibilidades de desarrollo de los Centros de Salud Familiar es necesario, observar los procesos de transformación en que se encuentra actualmente el sistema.

La salud atraviesa un proceso de Reforma, compuesta por cinco leyes de reciente debate, entre las cuales se encuentra el AUGE.

Además se ha dispuesto para la Atención Primaria la implementación de un modelo de salud familiar, que se expresa en la búsqueda de un nuevo tipo de equipamiento, el CESFAM.

## Reforma de salud

El 21 de mayo del 2002 el Presidente Ricardo Lagos anuncia, en su discurso ante el Congreso Nacional, la Reforma a la Salud, que se basa en cinco cuerpos legales: Autoridad Sanitaria, Plan AUGE, Instituciones de Salud Previsional, Derechos y deberes de las personas y Financiamiento.

El eje de la Reforma es el Régimen de Garantías en Salud (GES) también conocido como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Éste busca garantizar el acceso a la salud de la población, al margen de su condición socioeconómica, para ello el Plan establece prioridad sobre una serie de enfermedades o condiciones de salud, como hipertensión arterial, cardiopatías congénitas, traumatismos con riesgo vital, atención del embarazo y tipos de cánceres. El Estado espera contar con 56 patologías dentro del sistema para el año 2007, actualmente se han incluido 25 patologías y recientemente el Presidente anunció la inclusión de 15 más el 2006.

Las GES funcionan como protocolos de atención que deben ser respetados por la red asistencial. Por ejemplo, si una persona asiste por control rutinario o por sospecha de un cuadro de diabetes mellitus.<sup>7</sup> A un servicio público o privado, tendrá acceso a la consulta con un especialista en un plazo no superior a 3 días, si se confirma el diagnóstico tendrá derecho a iniciar un tratamiento sostenido en un plazo máximo de 24 hrs. Y a hospitalización si fuera

---

<sup>7</sup> Corresponde a una patología AUGE, la Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina. La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) se caracteriza por destrucción de las células beta pancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena.

necesario. Por otra parte si la persona a accedido al sistema por un servicio de urgencia debido a una descompensación tendrá tratamiento en un plazo máximo de 30 minutos.

De este modo se induce a los CESFAM a desarrollar las condiciones necesarias para cumplir con estos garantías.

### Contexto Socioeconómico

La desigualdades económicas entre los diferentes estratos sociales están relacionadas con la carencia de salud en la sociedad. En nuestro país existe una gran brecha en la distribución de la riqueza, una de las más importante sen Latinoamérica, el 10% más rico de Chile concentra el 47% de los ingresos nacionales<sup>8</sup>, mientras que el 20% más pobre recibe el 3,4%. Esta realidad requiere de un servicio público orientado hacia los sectores más postergados, particularmente, en el caso de la red asistencial, del fortalecimiento de la APS en las comunas más pobres.

### Contexto Demográfico

Este año Chile cuenta con una población de 16.267.278 habitantes, con un aumento superior a los 280.000 habitantes por año, de los cuales el 72,5% corresponde al servicio público. La esperanza de vida al nacer ha experimentado un aumento y se encuentra sobre los 77 años. Las tasas de natalidad y mortalidad han descendido a un 15,5 y 5,3 (x 1.000 hab.) respectivamente.

Posiblemente el descenso en nacimientos se debe a los programas de control de la natalidad y las transformaciones sociológicas, como la mayor presencia de la mujer al mundo laboral y profesional. La baja en la mortalidad al control de las patologías infectocontagiosas, como a la acción focalizada sobre la mortalidad materna e infantil.

---

<sup>8</sup> Se debe considerar que el 18,7% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza. Fuente: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)



Todos estos indicadores apuntan al envejecimiento de la población chilena, lo que está configurando un nuevo escenario para la salud de los próximos años.

### **Contexto Epidemiológico**

Como ya se ha señalado, nuestro país ha experimentado un cambio en perfil epidemiológico, Chile ha disminuido enfermedades infectocontagiosas inmunoprevenible y presenta un perfil de morbilidad semejante al de países con mayor grado de desarrollo. Esto significa que cambian las principales causas de muerte, que otras enfermedades adquieren mayor importancia para la salud pública. Adquieren mayor relevancia las enfermedades de tipo crónico y degenerativas, las enfermedades mentales y las enfermedades asociadas a patrones culturales como la nutrición, el alcoholismo y el tabaquismo.

Esto es muy importante para la Atención Primaria y la transformación del modelo de atención de acuerdo a las nuevas necesidades.

El modelo de atención aplicado durante los últimos años ha sido eficaz en el control de las enfermedades infectocontagiosas y de la mortalidad, mejorando la salud de la población las concepciones biomédicas dominantes. Sin embargo el nuevo cuadro sanitario requiere la ampliación de lo logrado en salud. Es así como se ha asumido un enfoque biopsicosocial que permita dar cuenta de las nuevas prioridades.

Las palabras 'medicina', 'moderación' y 'meditar' vienen de la raíz latina que significa 'mesuradamente', 'acorde con una medida', mientras que 'doctor' viene de DOCERE, que significaba maestro.

### **Los Enfoques de Salud**

#### **Enfoque Biomédico.**

En sus orígenes, los médicos entendían al ser humano como unidad indisociable entre cuerpo, mente y espíritu, así se puede ver en la medicina primitiva de shamanes o machis. Sin embargo con el desarrollo de la ciencia moderna que considera al ser humano como un conjunto de sistemas y órganos, similares a una agrupación de partes ensambladas, surge un proceso de pensamiento reduccionista que desagrega la unidad de lo humano, para su estudio y tratamiento, perdiendo de vista las características psicosociales propias y únicas de cada paciente como sujeto integral.

La racionalidad mecanicista fundada por los conceptos filosóficos de René Descartes, quien escribió:

'Considero al cuerpo como una máquina. Mi modo de pensar compara a un hombre enfermo y a un reloj defectuoso con la idea de un hombre saludable y un reloj bien hecho'.

Bajo este enfoque cartesiano la medicina logra grandes avances, que han impactado positivamente en el control de epidemias y un amplio espectro de enfermedades infectocontagiosas.

Sin embargo éste se ha vuelto insuficiente para abarcar la real dimensión del bienestar humano. El debate global de muchos profesionales del área, sumado a exitosas experiencias de modelos de atención integrales, han declarado una alerta sobre los riesgos de una salud deshumanizada.

Existe un aumento en el reconocimiento de factores psicosociales como causantes de importantes enfermedades contemporáneas, como la depresión o el estrés. El enfoque biomédico tradicional está orientado hacia el cuidado de la salud a través de las causas físicas de la enfermedad, como traumatismos, microorganismos, contaminantes, mal nutrición, etc., postergando los factores mentales, emocionales y sociales que intervienen en el proceso de la enfermedad, como pueden ser los sueños no logrados, los temores ocultos, la ira contenida, los conflictos no resueltos, la vida acelerada, las frustraciones, los duelos, los disgustos o los resentimientos no expresados.

‘Es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene la enfermedad, que el tipo de enfermedad que tiene el paciente’, dijo sir William Osler, el célebre médico canadiense del siglo XIX.

La epidemias de nuestro tiempo, enfermedades psicosomáticas y el estrés, no se pueden controlar con el mejoramiento de las condiciones físicas de nuestro entorno, o al menos no es suficiente. Es necesario higienizar o curar los ambientes social y psicológicamente contaminados o infectados.

La ciencia médica se encuentra evolucionando hacia paradigmas que vinculan las emociones, creencias y expectativas de las persona en el tratamiento de las enfermedades, más aún hacia una concepción más amplia de la salud humana.

### **Enfoque Biopsicosocial.**

En 1977, George Engel desarrolla un modelo de aproximación a la enfermedad, que denominó biopsicosocial, en contraposición al enfoque biomédico tradicional, al que calificó de reduccionista.

Como vimos anteriormente, para el modelo biomédico el problema clínico es la enfermedad que aparece determinada por leyes biológicas. Para el biopsicosocial existe una relación enfermo-enfermedad-medio social en el que se desarrolla el proceso de la aparición de la enfermedad y sus efectos. De este modo se amplía la comprensión de la salud, incluyendo variables psíquicas, sociales, culturales y ambientales, abriéndose un campo de conocimiento que hace necesaria la conformación de equipos de profesionales multidisciplinarios en directa relación con el sujeto<sup>9</sup> al que sirven.

---

<sup>9</sup> El término "sujeto" es utilizado en el sentido general del término, no exclusivamente persona o individuo, sino también familia o comunidad.

---

Otro aspecto fundamental de este enfoque es el protagonismo que adquiere el sujeto-paciente para la salud, éste ya no ocupa un lugar pasivo de receptor de tratamientos, se transforma en un agente activo responsable de su propia salud.

### **Concepto de Familia.**

“La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos.”<sup>10</sup> Constituye la estructura basal de la sociedad, siendo de diversos tipos. La conformación clásica es la pareja con sus hijos, sin embargo es difícil establecer una definición exclusiva o excluyente de otras alternativas.

En el caso chileno, la familia es una institución que va cambiando con la evolución social, pero que sin embargo no ha perdido su importancia dentro de la sociedad, no se pone en duda su vigencia.

Su relación con la salud, da cuenta de las suficientes evidencias que relacionan hábitos, creencias o capacidades que se encuentran en el nivel familiar que niveles de riesgo o protección de la salud. Se puede sugerir que los sistemas de salud tienen visualizar a la familia como un sujeto activo dentro de los procesos de salud-enfermedad.

---

<sup>10</sup> “Salud Familiar” Carmen Hidalgo y Eduardo carrasco

### **Noción de Salud Familiar**

La idea central es el reconocimiento de la familia y la comunidad como un agente promotor y protector de la salud, que integra a los individuos que la componen, pero sobre todo que permite reponer la unidad de lo humano perdida en los enfoques biomédicos reduccionistas.

La salud familiar es un modelo integral de salud, que no se orienta exclusivamente hacia la morbilidad de la población, sino que incorpora labores de promoción y prevención con la participación activa de los sujetos sanos.

## **Centro de Salud Familiar (CESFAM)**

Esta nueva tipología de equipamiento recoge los planteamientos de la salud familiar y su paradigma Biopsicosocial, organizándose en torno a los usuarios, a las familias.

Sus componentes principales son:

La Sectorización. Es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades geodemográficas más pequeñas dentro la red asistencial, que presentan características semejantes lo que facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.

Equipo de Salud Multidisciplinario. Corresponde al equipo de salud en su conjunto que asume la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende, así como del impacto en salud de éstas.

Población a Cargo. El equipo de salud, identificado en el punto anterior, asumirá la responsabilidad por el cuidado de la salud de un número definido de personas que le son asignadas, beneficiarias del sector público

Información al Usuario y Participación social. Las personas que sean beneficiarias del sistema recibirán una comunicación a través de cartas personalizadas/ afiches / cartillas/ u otros medios

de comunicación, de parte del Centro de Salud Familiar en que se les informará la modalidad de atención y de quiénes asumen la co-responsabilidad por el cuidado de su salud.



**Definición del Tema**

La concepción de la salud humana en un sentido holístico, que integra la complejidad social, psicológica e histórica de sujetos reales, individuos, familias, comunidades, amplía el campo de acción de la salud hacia otras profesiones como la arquitectura que pueden contribuir al desarrollo de sistemas saludables.

En este caso la implementación del Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria ha dado paso a la conformación de nuevos **CESFAM**. Responder a esta demanda pública, al servicio en una comuna con prioridad social, es el tema en cuestión, desarrollando las interrogantes arquitectónicas respecto de las condiciones espaciales apropiadas, a la funcionalidad del nuevo modelo y a la expresión de su espíritu.

## **Justificación del Tema**

En la región metropolitana existe un déficit de 60 centros de atención primaria que corresponden al 26% del equipamiento existente según estudio realizado por el Gobierno Regional. Es un compromiso prioritario del Estado con el bienestar de la población y el mejoramiento del acceso a la salud de los más pobres.

Los CESFAM son un desafío en desarrollo, un propósito, dado que en este momento se está ensayando soluciones que encarnen la nueva tipología. Si bien el MINSAL ha acreditado consultorios que se han transformado en CESFAM, éstos no existen dentro de las metodologías acreditadas en MIDEPLAN por lo que proyectar equipamientos nuevos desde su propio modelo de salud, es una experiencia nueva que contribuye a la búsqueda y mejoramiento de la salud pública chilena.

### **Criterios de implantación**

La mayor demanda de crecimiento en la cobertura de la APS, se encuentra en la Región Metropolitana (RM), por sus condiciones de densidad poblacional y por el desarrollo de focos de pobreza urbana<sup>11</sup> en los que convergen múltiples factores de deterioro de la calidad de vida y de la salud, en el sentido biopsicosocial.

Dentro de la RM, se correlacionaron dos variables para la elección de una comuna: Densidad y Déficit de Atención Primaria de Salud.

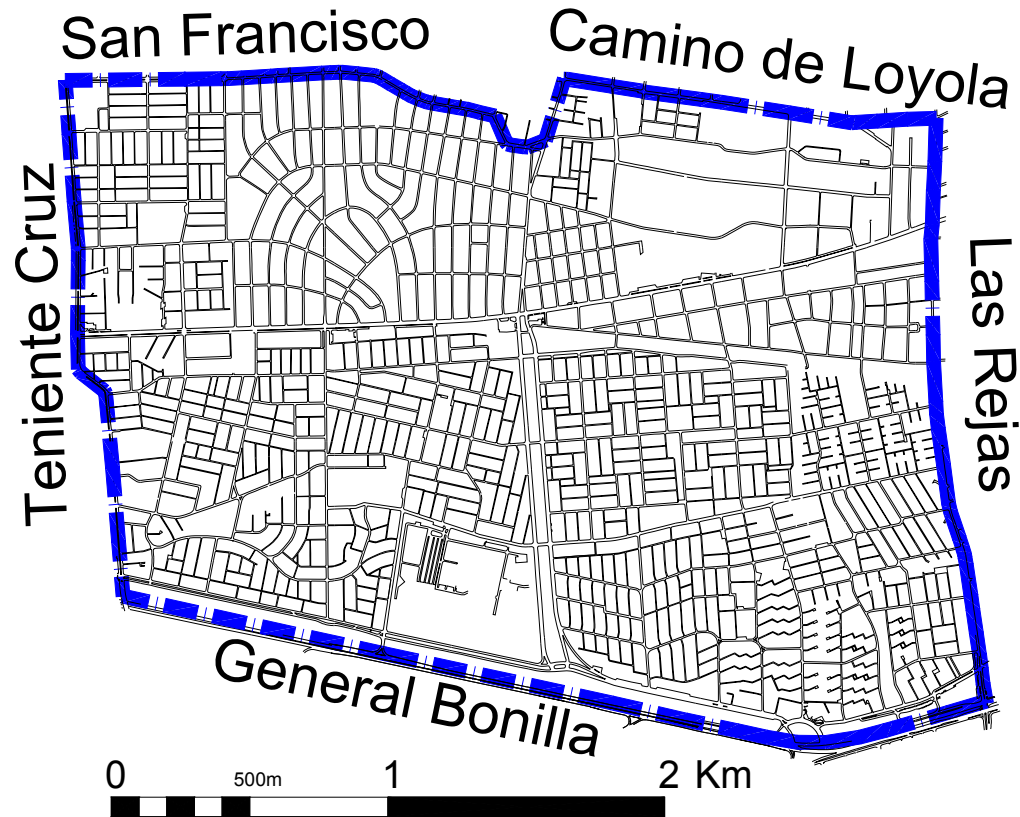
Las comunas con mayor déficit de atención primaria dentro de la Provincia de Santiago en la RM son: Cerro Navia, La Florida, La Pintana, Lo Prado, Peñalolén y Pudahuel con un déficit clasificado como “alto”.

Las comunas con mayor densidad poblacional son Lo Espejo, Lo Prado y San Ramón con 16.677, 16.557 y 15.510 hab/Km<sup>2</sup>, respectivamente.

---

<sup>11</sup> Pobreza Urbana en sentido que plantea Tirón en su libro “Pobreza Urbana”

Se escogió la Comuna de Lo Prado, que presenta una alta densidad poblacional, una de mayores del país. Tiene una superficie aproximada de 670 ha., una de las más pequeñas, en la cual vive una población de 118.629 personas<sup>12</sup>.

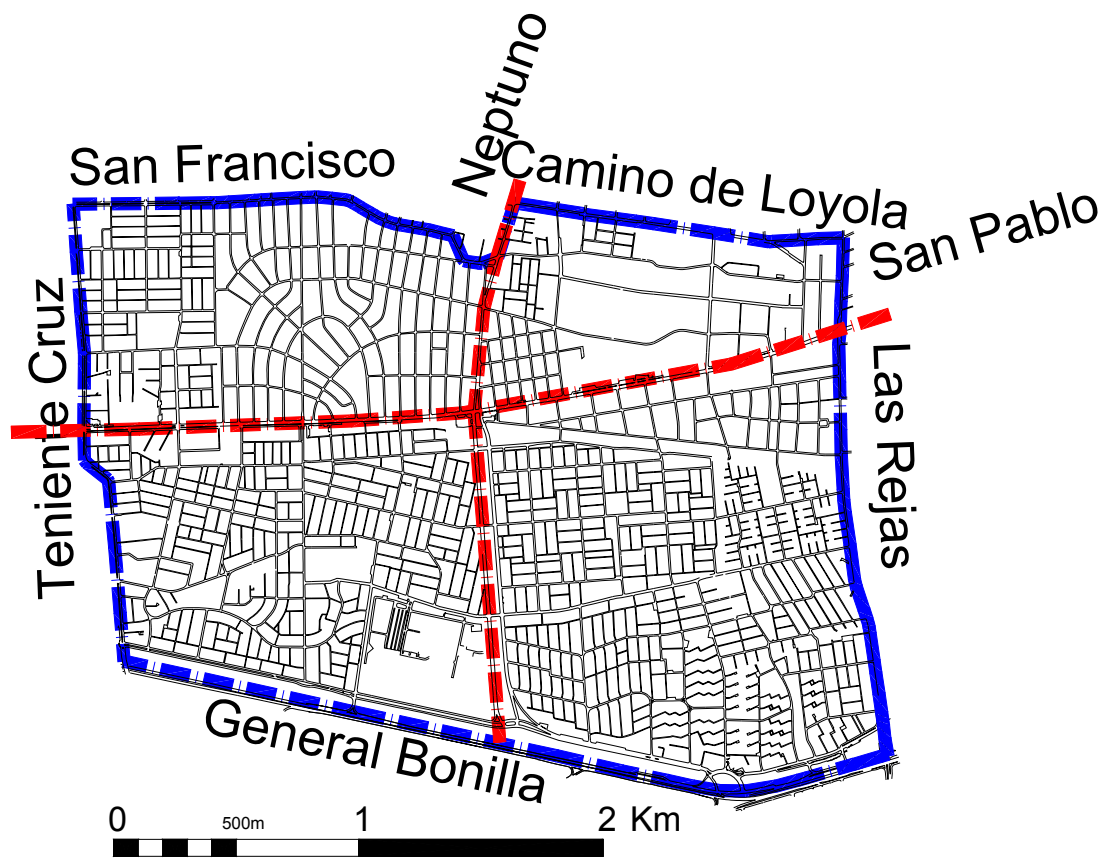


Lo Prado está limitada por calle San Francisco y Camino de Loyola hacia el norte, por General Oscar Bonilla hacia el sur, por Las Rejas hacia el este y por Teniente Cruz hacia el oeste. Sus límites describen una forma rectangular.

articular

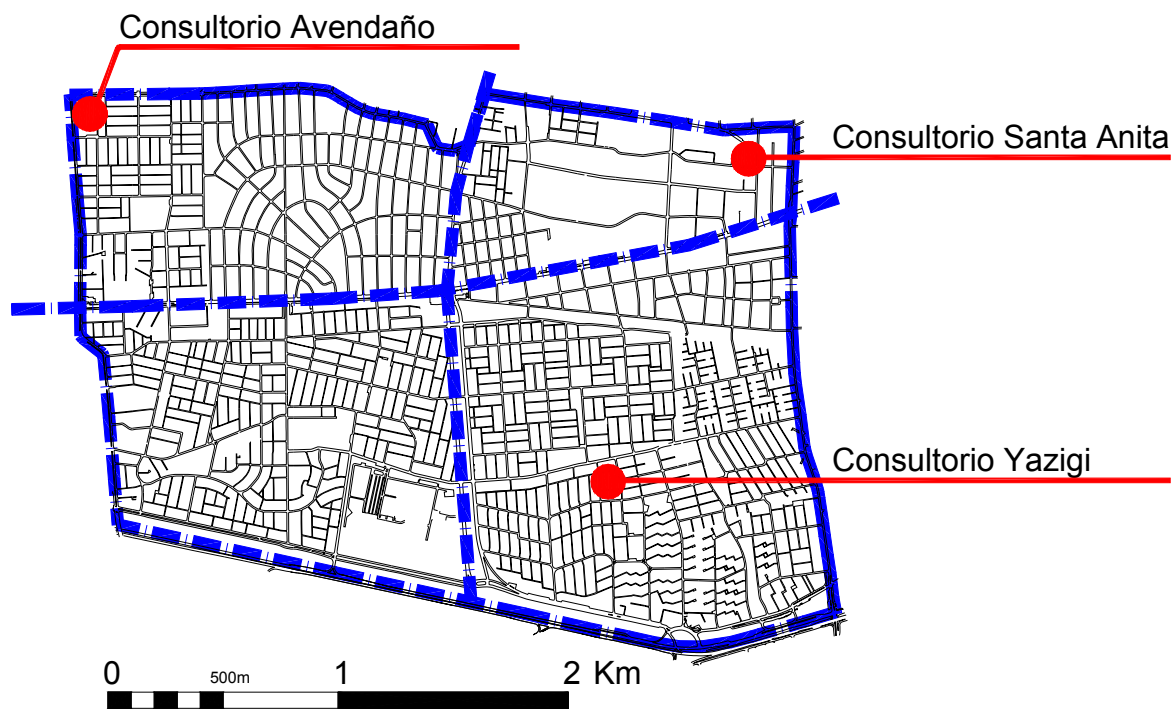
C  
e

<sup>12</sup> Población estimada al 30 de Junio del 2003 (INE) 2003



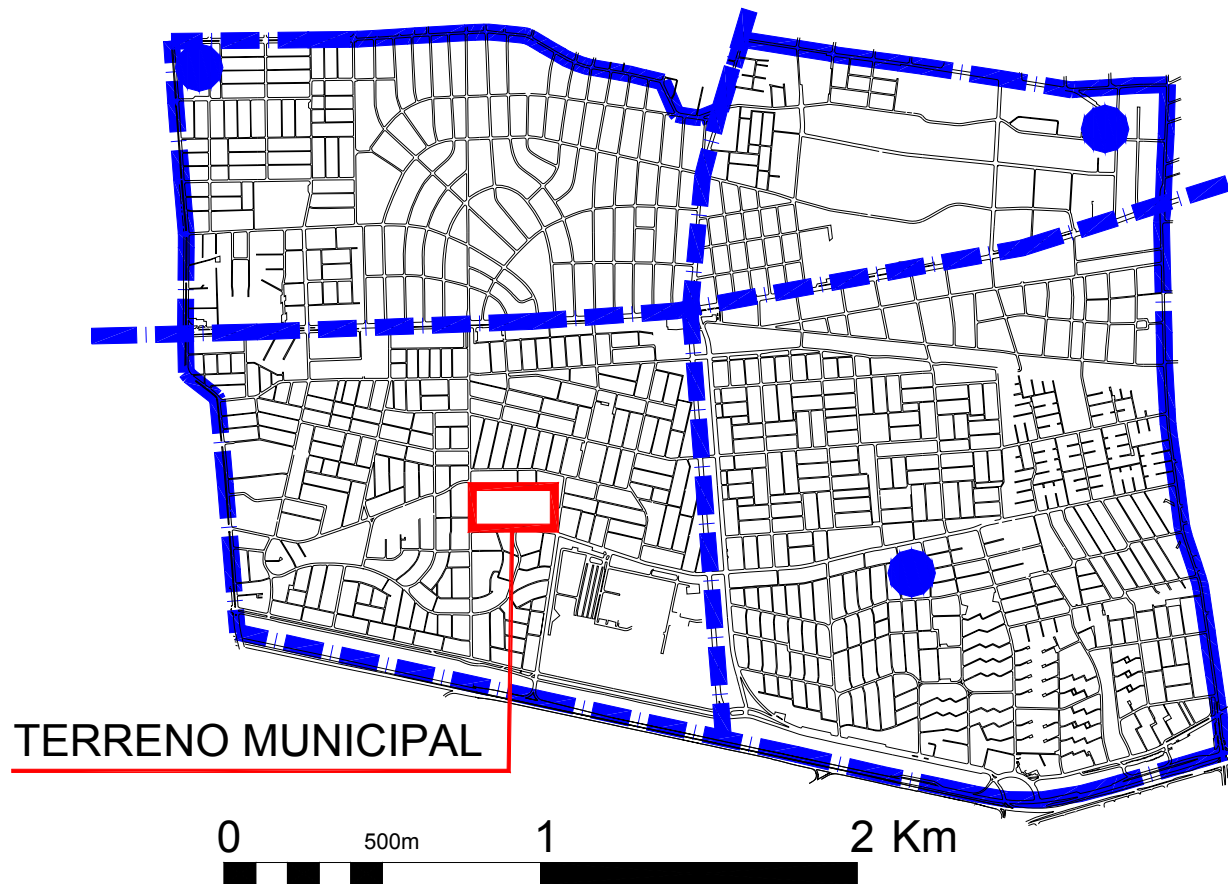
Dentro de esta estructura urbana es posible localizar, en tres de ellos, el equipamiento existente: consultorios Yazigi, Santa Anita y Avendaño

La asociación de la población inscrita en los centros existentes, indica que el centro más congestionado es el consultorio Yazigi. Conjuntamente se establece el cuadrante sur-poniente como el área de implantación para el proyecto. Resultan lógicos los indicadores revisados con la distribución del equipamiento dentro del territorio.



## Elección del terreno

Para la elección queda acotada por la disponibilidad de un gran terreno, correspondiente a canchas municipales, ubicado dentro de una manzana destinada a equipamiento local.



El contexto inmediato del terreno lo constituyen conjuntos de viviendas sociales de un piso, tipo SERVIU, ofreciendo un paisaje monótono que solo interrumpido por los colegios cercanos.



El terreno es esquina de la manzana hacia avenida Dorsal y Av. Las Torres, que enfrenta una pequeña plaza vecinal, tiene una superficie aproximada de 7.650 m<sup>2</sup>, cuenta con una accesibilidad privilegiada, cuenta con transporte público que pasa por las avenidas que Dorsal y Las Torres, además está próximo la estación del metro Neptuno (700m) y a la Av. Gral. Bonilla (400m).



## **FACTIBILIDAD**

El Estado financia proyectos de inversión en salud, para la construcción o mejoramiento de equipamiento de la red asistencial, a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) que cuenta con recursos provenientes del BID.

La postulación de los proyectos está regulada MIDEPLAN que posee metodologías dentro de las cuales se deben enmarcar los proyectos presentados.

Puntualmente el MINSAL ha establecido un convenio marco las municipalidades para que accedan para impulsar la construcción de 30 CESFAM al más breve plazo.

En este caso el financiamiento del proyecto será fiscal, vía FNDR, al mismo tiempo que se resuelve los costes de terreno vía Municipalidad, utilizando terrenos disponibles para equipamiento.

Los costos de operación son asumidos por la administración municipal del mismo modo que son administrados los consultorios existentes, con los recursos asignados centralmente en base a los beneficiarios inscritos en el Centro.

El proyecto sería financiado básicamente con fondos públicos, para los cuales existen mecanismos reales de postulación e interés central Estado.

## **PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO**

### Áreas del Programa Médico Arquitectónico (PMA)

El programa del proyecto contempla las siguientes áreas:

Atención familiar

Atención crítica y urgencias

Apoyo técnico

Educación y desarrollo comunitario

Administración y Personal

Servicios generales

Atención familiar. Corresponde al conjunto de espacios contemplados dentro del PMA que sirven a un sector definido dentro del territorio de la Comuna. Organizado como módulos de atención familiar, permite la labor clínica del centro, pero también el encuentro de la comunidad para su atención integral. Es el área del CESFAM que encarna el rol del “médico de cabecera” dado que en cada módulo se va construyendo un nuevo vínculo con el centro-paciente, que va profundizando el conocimiento mutuo, el historial de la comunidad.

Atención crítica y urgencias. Son el conjunto de recintos específicos insustituibles que sirven al conjunto de sectores familiares asociados al Centro.

Apoyo técnico. ~~Corresponde al programa de apoyo técnico-profesional prestado en farmacia,~~ entrega de leche, esterilización, y laboratorios.

Educación y desarrollo comunitario. Es una incorporación al PMA básico, responde a la necesidad de fortalecer la función preventiva, de promoción y educación en salud. Contempla un centro de documentación local de libre acceso para la comunidad.

Administración y personal. Corresponde a los espacios que albergan al gobierno interno del centro de salud que incluye al Director, secretarías, auxiliares, etc.

Servicios generales. Son todos aquellos recintos que apoyan el funcionamiento global del Centro.

## Programa Médico Arquitectónico (PMA)

PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO			total
			1.853
	m <sup>2</sup>	cantidad	total m <sup>2</sup>
<b>Módulo Atención Clínica (x 3)</b>			<b>711</b>
Box multipropósito	12	21	252
Box Ginecológico	18	3	54
Box Dental	18	3	54
Box Grupal	20	3	60
SOME satélite	8	3	24
Sala Espera	64	3	192
Baños	25	3	75
<b>Área Crítica - atención común</b>			<b>328</b>
Auditorio (sala multiusos)		40 1	40
Atención de víctimas		16 1	16
Box Procedimientos Clínicos		20 1	20
Box Curaciones		24 1	24
Box Diag. Multipropósito (toma muestras)		24 1	24
Box IRA		24 1	24
Box ERA		24 1	24
Vacunatorio		20 1	20
SOME satélite		8 1	8
Sala Espera		36 1	36
Baños		12 1	12
Urgencia médica		16 2	32
Urgencia dental		16 1	16
Observación urgencia		20 1	20
Guardia médica		12 1	12

<b>Área de Apoyo Técnico</b>			<b>188</b>
Farmacia	12	7	84
Entrega Leche	12	1	12
Bodega Farmacia	20	1	20
Bodega Entrega de Leche	20	1	20
Esterilización (área sucia)	8	1	8
Esterilización (área limpia)	12	1	12
Imaginología	32	1	32
Laboratorio	20	1	20
Baños	12	1	12

<b>Área Educación y Desarrollo comunitario</b>			<b>120</b>
Salas desarrollo comunitario	12	4	48
Centro de documentación	60	1	60
Baños	12	1	12

<b>Servicios generales</b>			<b>74</b>
Sala tablero eléctrico y grupo electrógeno	8	1	8
Sala de mantenimiento	8	1	8
Caldera y equipos técnicos	12	1	12
Sala servicios externos	8	1	8
Bodega general	8	1	8
Espacio gases clínicos	12	1	12
Aseo	8	1	8
Depósito de Residuos sólidos	10	1	10

<b>Area Administrativa</b>			<b>240</b>
<b>SOME</b>			<b>60</b>
Atención público	16	1	16
Fichas	12	1	12
OIRS	8	1	8
Calificador de Derecho	12	1	12
Jefe SOME	12	1	12
<b>Personal</b>			<b>100</b>
Vestuarios	30	2	60
Casino	24	1	24
Baños personal	8	2	16
<b>Dirección</b>			<b>80</b>
Of. Director c/baño	12	1	12
Secretaria	8	1	8
Sub-director	8	1	8
Oficina técnica	8	1	8
Oficina Químico-farmacéutico	8	1	8
Computación	8	1	8
Baños personal	6	2	12
Bodega general	16	1	16

<b>Hall acceso</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>80</b>
<b>Circulaciones (aprox)</b>	<b>300</b>	<b>1</b>	<b>300</b>

### **Propuesta urbana.**

El proyecto propone asumir el rol de hito social dentro de la estructura urbana en que se inserta. Para eso aprovecha el borde del hacia el espacio urbano, para organizar el programa en dos niveles y utiliza la esquina para acceder al sistema.

La imagen urbana del proyecto sugiere la idea de protección, desarrollando hacia el interior del predio el programa de atención familiar.

### **Propuesta del proyecto.**

La postura central del proyecto es la organización del programa, respondiendo siempre a las necesarios funcionales edificio, en torno a espacios de encuentro comunitario. Esta idea es materializada a través de la utilización de patios, que son interpretados dentro del proyecto como espacios apropiables por la comunidad del sector.

El proyecto vincula el rol funcional de los espacios con los lugares naturales de encuentro de la comunidad usuaria.

## BIBLIOGRAFÍA

Atlas Socioeconómico de la Región Metropolitana de Santiago. Saa, R.; Rodríguez, J.; Contreras, M.; Opazo, D.; Montecinos e Ibáñez. Gobierno Regional Metropolitano. Stgo. 2004

Guía de Planificación y Diseño. Centros de Atención Ambulatoria. MINSAL Stgo 1999.

Guía de Planificación y Diseño. Unidad de Farmacia. MINSAL Stgo 1999.

Guía de Planificación y Diseño. Aspectos de accesibilidad al medio físico y diseño universal. MINSAL Stgo 1999.

Consultorio Médico en Chillán Viejo. Carmona, G. Proyecto de título FAU. Stgo. 1982

Consultorio Médico general de Pirque. Estévez, M. Proyecto de título FAU. Stgo. 1981

Lugares para la Salud. Revista Colegio del Arquitectos N° 26 1980

Metodología de Proyectos de Atención Primaria de Salud. MIDEPLAN Santiago. s/f

Salud familiar: un modelo de atención Integral en la Atención Primaria. Hidalgo, C. Y Carrasco, E. Ediciones Universidad Católica de Chile. Stgo. 2002

### Internet



[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

[www.saludoccidente.cl](http://www.saludoccidente.cl)

[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)

### **Profesionales consultados**

Dra. Francisca Toro Ministerio de Salud.

Dra. Mónica Núñez Directora de Salud Municipalidad de Lo Prado.

Sra. Claudia Moreno Sectoralista Salud SECPLA Municipalidad de lo Prado

Arq. Álvaro Prieto MINSAL.

### **Otras fuentes**

Centro de documentación del Ministerio de Salud

SECPLA I. Municipalidad de Lo Prado

Dirección de Salud De I. Municipalidad de Lo Prado.

División de Inversión y Planificación MINSAL

SEREMI Metropolitano de Salud

Dirección Nacional de Salud Familiar MINSAL