



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo  
Escuela de Arquitectura  
Proyecto de Título

ALUMNO\_\_PABLO BARRERA MARTÍNEZ

PROFESOR GUÍA\_\_LEOPOLDO PRAT VARGAS

PERÍODO ACADÉMICO\_\_2007

---

**CENTRO COMUNITARIO PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
POBLACIÓN QUINTA BELLA  
COMUNA DE RECOLETA

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1. PRESENTACIÓN DEL TEMA.....	3
- La discapacidad .....	4
- Las deficiencias y sus causas.....	6
- Visiones acerca de la discapacidad a través del tiempo .....	8
- La rehabilitación .....	10
- Acciones a desarrollar asociadas al al proceso de rehabilitación .....	11
- La rehabilitación con base comunitaria .....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
- Integración social de las personas con discapacidad .....	16
- La arquitectura como respuesta al problema .....	18
- El centro comunitario de rehabilitación .....	19
3. EL PROYECTO .....	22
- La elección del proyecto .....	23
- Definición del encargo .....	28
- Propuesta conceptual .....	29
- Programa arquitectónico .....	30
- Análisis comuna de Recoleta .....	34
- Análisis del terreno .....	43
- Partido general .....	52
- Gestión y factibilidad .....	57
4. BIBLIOGRAFÍA .....	58



---

# 1. INTRODUCCIÓN

En Chile la discapacidad es un tema recurrente, particularmente por efecto de grandes campañas mediáticas como la Teletón que lo hacen, cada cierto tiempo, un tema de interés nacional. Sin embargo este efecto pareciera ser momentáneo, y en lo cotidiano el tener algún tipo de discapacidad implica, casi automáticamente, una condición de minusvalía. Nos encontramos frente a una cantidad de población muy vulnerable que frecuentemente no es acogida por el medio, tendiendo a marginarse de la sociedad.

Si bien se han logrado avances en temas de accesibilidad al medio urbano en la adecuación de infraestructuras urbanas, edificios públicos y planes de desarrollo urbano, educacional, de transporte y en salud, es evidente que aun existe una deuda frente al tema de rehabilitación e inclusión de las personas en situación de discapacidad.

Frente a esta situación surge la inquietud de abordar el tema de la integración de las personas con discapacidad, pero haciendo especial énfasis en la existencia de nuevos conceptos sobre rehabilitación, que plantea una nueva forma de ver la discapacidad, donde la persona con discapacidad y su entorno social dejan de ser espectadores para transformarse en el principal factor dentro de su proceso de inclusión social, y de que forma la arquitectura puede proveer de espacios que contribuyan a la creación de instancias de integración de las personas con discapacidad a la comunidad.

---

## 2. PRESENTACIÓN DEL TEMA

## LA DISCAPACIDAD

La legislación chilena considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.<sup>1</sup>

Discapacidad es un término genérico que se refiere a la deficiencia que puede sufrir el individuo en las funciones o en la estructura del organismo, y que como consecuencia lo restringe en la participación y lo limita en sus actividades cotidianas; por lo tanto el concepto tiene una connotación negativa en la interacción que se produce entre las condiciones de salud del individuo y los factores ambientales y personales.

Las causas como las consecuencias de la discapacidad son muy variadas en las diversas sociedades en el mundo, producto de las diferentes culturas, circunstancias socio económicas, y las distintas políticas que adoptan los estados a favor de sus ciudadanos. La superstición, el abandono, la ignorancia son factores sociales que históricamente han aislado a las persona con discapacidad.

En Chile la discapacidad es un tema emergente. Hasta el año 2004 la magnitud del problema se estimaba por aproximaciones de estudios en poblaciones extranjeras, los censos poblacionales no consideraban una adecuada evaluación de las personas en situación de discapacidad por lo que las cifras entregadas no eran exactas lo que no permitió tener una verdadera dimensión del problema.



---

<sup>1</sup> Ley N°19.284 de integración social de las personas con discapacidad

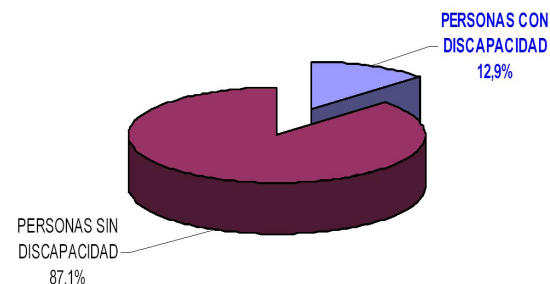
En el año 2004 se lleva a efecto el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile: ENDISC Chile 2004. Este estudio incorpora un nuevo concepto y una nueva forma de evaluar la discapacidad basado en la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud" (CIF) promulgada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

El nuevo concepto de Discapacidad a partir de la adopción de los conceptos de la CIF engloba deficiencias o limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación asociado a una condición de salud, que no necesariamente puede constituir enfermedad, como el embarazo, la vejez, etc.

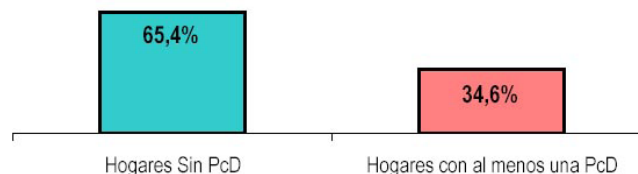
Este estudio realizado el año 2004, reveló que el 12.9 % de la población tienen algún grado de discapacidad, lo que significa que en Chile hay 2.068.072 chilenos en esta situación, es decir 1 de cada 8 personas vive en situación de discapacidad, el 34.6 % de los hogares o uno de cada tres hogares en Chile tiene una persona en situación de discapacidad.

Respecto a los grados de discapacidad: 1.150.133 personas tienen discapacidad leve, es decir, presentan síntomas o secuelas que les generan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno; 513.997 personas presentan discapacidad moderada, las que tienen una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno; por último, 403.942 personas tienen una discapacidad severa, o sea, ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno.

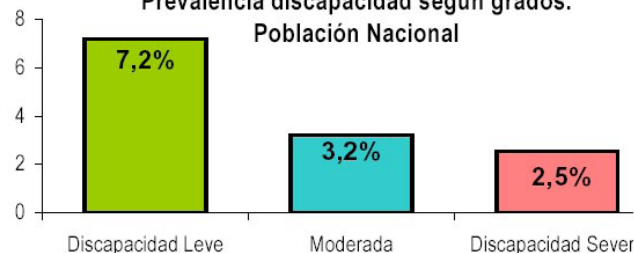
Respecto a la distribución de la discapacidad por sexo, en Chile son más las mujeres discapacitadas (1.204.576) que los hombres discapacitados (863.496).



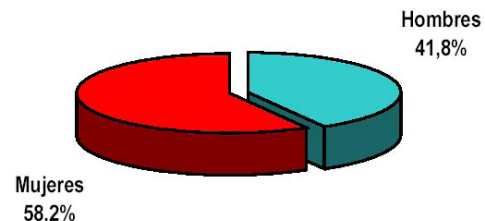
Porcentaje de Hogares con al menos una PcD. Población Nacional



Prevalencia discapacidad según grados. Población Nacional



Discapacidad por Sexo. PcD en Chile



## LAS DEFICIENCIAS Y SUS CAUSAS

La distribución de las deficiencias que presentan las personas en situación de discapacidad, corresponden a:

Físicas: 31.3 % de prevalencia. Personas amputadas, parapléjicas, malformaciones, secuelas de enfermedades neurológicas, accidentes, traumatismos cerebrales, enfermedades cerebro vasculares, etc.

Sensoriales: 8.7 % auditivas y 19.0% visuales

Intelectuales: 9.0 %

Psiquiátricas: 7.8 %

Viscerales: 13.9% derivadas de enfermedades de los aparatos circulatorios, respiratorios, digestivo, genitourinario, endocrino, etc.

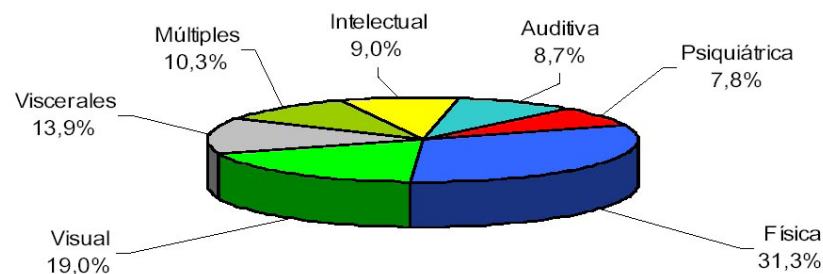
Múltiples: 10.3%

Entre las causas de deficiencia en adultos la más importante con un 62.9 % corresponde a enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes y obesidad que son causantes de Accidente cerebro vascular cuyas secuelas derivan en hemiplejías (parálisis de un hemicuerpo), afasias (trastorno del habla), alteraciones visuales, cognitivas y otros.

Enfermedades degenerativas que llevan a discapacidades físicas graves son causa de discapacidad en un 15.3 % de la población: distrofia muscular progresiva, artritis de diversos orígenes, reumatismo, osteítis, etc.

Enfermedades congénitas como causa de discapacidad física alcanza al 6.6 % malformaciones congénitas del tubo neural: secuelas de mielo meningocele, genopatías, aberraciones cromosómicas, etc.

Tipo de Deficiencias. Distribución



TIPOS DE DEFICIENCIAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
	N° Deficiencias	% Deficiencias
Física	1.050.615	31,2
Intelectual	302.313	9
Visual	636.356	18,9
Auditiva	293.317	8,7
Psiquiátrica	262.723	7,7
Viscerales	467.666	13,9
Multidéficit	344.564	10,2
<b>TOTAL DEFICIENCIAS</b>	<b>3.357.554</b>	<b>100%</b>

La Parálisis Cerebral es la discapacidad infantil más frecuente. Es un trastorno permanente que comprende un grupo de trastornos del desarrollo psicomotriz, que causan una limitación de la actividad del niño, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del recién nacido y lactante. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones de trastornos del comportamiento. La incidencia de la enfermedad en países desarrollados es de aproximadamente 2 - 2,5 enfermos por cada mil nacimientos. Esta incidencia no ha bajado en los últimos 60 años a pesar de los avances médicos como la monitorización del feto durante el embarazo y la atención perinatal.

Los accidentes aparecen como causa de discapacidad en un 7.7 %. los accidentes automovilísticos son causantes de TEC (traumatismo encéfalo craneano), amputaciones, paraplejías, y daños orgánicos cerebrales de diversas consideraciones. El TEC es la 1° causa de muerte en la población menor de 45 años en EE UU.

Los avances tecnológicos en la medicina han permitido que aumente el número de personas que sobreviven a enfermedades graves y/o accidentes con secuelas como sepsis, tumores, paro cardio-respiratorio, asfixias, electrocución, quemaduras, prematuros extremos, etc. Ello requiere de un abordaje de la rehabilitación de gran complejidad y de larga duración.

El aumento progresivo de las expectativas de vida, es también un tema emergente que debe ser considerado ya que el envejecimiento condiciona en el individuo un grado de discapacidad progresiva que el sistema de salud debe considerar en los programas de intervención.

## VISIONES ACERCA DE LA DISCAPACIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad ha cambiado de nombres pero siempre ha sido connotada con términos discriminatorios hacia los sujetos que la padecen.

En la Grecia antigua, los espartanos arrojaban desde el monte Targeto a todos los bebés que presentaban algún impedimento físico, más por un propósito estético que práctico, debido a que la figura atlética era resaltada con un fin de perfección. Esta práctica, la de eugenesia<sup>2</sup>, se ha desarrollado a lo largo del tiempo, incluso en los primeros años de la aparición del cristianismo, a fines del siglo II d.C., el infanticidio, o la muerte de recién nacidos, se aceptaba como una situación normal y habitual, ya que a que se les atribuía su malformación a causas sobrenaturales, problemas demoniacos, relaciones incestuosas, entre algunas.

Con el paso de los años, la visión sufre cambios, la actividad de deshacerse de las PcD (Personas con Discapacidad) cambia, arrojándolos de un monte o dándoles muerte de otras maneras, pero la idea sigue siendo la misma, no pueden existir en la sociedad; se sigue manteniendo una perspectiva de desprecio sobre las personas “anómalas”, o físicamente distintas. Por ejemplo, durante el transcurso de la Edad Media, siglo VI al siglo XV d.C., la discapacidad era entendida como una posesión demoníaca (modelo demonológico) o un castigo divino, por consecuencia, todos aquellos que la padeciesen eran condenados a ser quemados, empalados o encerrados, para ser de cierta manera, ocultos de la sociedad.

Entre los años 1400-1500, la discapacidad comienza a ser vista de otra manera, daño orgánico, por lo aparecen las primeras tendencias a realizar tratamientos de rehabilitación (masajes, cuidados, entre algunas opciones.), pero siempre desde un marco proteccionista, asistencial y de beneficencia, donde la PcD es concebida como un individuo pasivo, incapaz de sostener y sustentarse por sí mismo, las necesidades de la persona normal.

Es en esta época también donde se concibe la institucionalización, como centro de atención, y nacen los primeros lugares para mantener a las PcD. Es aquí cuando empieza a hablarse de la aplicación de un Modelo Organicista, causas orgánicas a la discapacidad, para definir y comprender la discapacidad.

En los siglos XVII y XVIII, a las PcD especialmente a aquellos que sufrían una discapacidad psicología o psiquiátrica, se les consideraba como trastornados, perdidos o locos y eran enviados a manicomios u orfanatos, alejados de las grandes ciudades con el propósito de esconderlos de la sociedad. Es a principios del siglo XIX, recién cuando se institucionaliza el trato de las discapacidades psíquicas principalmente, pero con el mismo sentido de proteger a las personas normales de las “no-normales” o “anormales”. Es en este momento, que se asume consciente y socialmente la segregación y discriminación de las PcD generando cierto temor al trato con éstas, el cual es un sentimiento que se mantiene inconscientemente hasta el día de hoy.

En la Primera Guerra Mundial (1914-1918), la visión de las PcD cambia nuevamente, se entiende ahora como un ser social que debe ser reincorporado al medio social. Los esfuerzos se dirigen en la incorporación social (Modelo Socio ambiental) del sujeto a través de la adaptación del medio para suplir sus necesidades. Con esto comienza a acuñarse el término “rehabilitación”.

---

<sup>2</sup> EUGENESIA: aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana. (Diccionario de la real academia española, [www.rae.es](http://www.rae.es))



Desde la Segunda Guerra Mundial hasta hoy en día, se reconocen las potencialidades de las PcD, lo que hace ser más eficientes los procesos de rehabilitación, se incorpora además los conceptos de rehabilitación laboral y educacional, también los conceptos de integración y normalización. Surgen los equipos multidisciplinares de la salud (de apoyo terapéutico de la rehabilitación) y se plantean las problemáticas de incorporación laboral de las PcD. Este periodo se define como Modelo Rehabilitador.

Sin embargo, este modelo rehabilitador está centrado en la persona, sin considerar el medio y la interacción del hombre con su medio como un factor para lograr la rehabilitación plena. Esto desencadena la ejecución de programas de rehabilitación reduccionistas, que se vuelven poco efectivos y con deficiente integración a la vida diaria y a la sociedad, generando críticas de diversos tipos.

Producto de estas críticas, a partir de 1960, se plantea el Modelo de Integración, que propone que la sociedad y las PcD deben encontrar formas de relacionarse. Nace el concepto de rehabilitación integral, manifestando la relación individuo ambiente como básica en los procesos de rehabilitación e inclusión social.

En la década de los 1970, nuevamente se cuestiona el modelo dominante (modelo de rehabilitación y de integración), ya que presenta falencias en cuanto a la integración de las PcD severas, las cuales se ven impedidas de compartir con las personas sin discapacidad. A la vez, se busca la desinstitucionalización con el propósito de propiciar la participación social de las PcD, despojándose así de la actitud paternalista de los modelos anteriores y promoviendo la participación de forma real y activa de las PcD en la solución de sus problemas e inquietudes.

Bajo esta visión se plantea el Modelo de la Autonomía Personal, basado en los principios de solidaridad, respeto, individualidad y universalidad, promoviendo la igualdad de oportunidades para todos.

Este modelo centra sus esfuerzos en la relación existente entre el sujeto y el ambiente, reconociendo factores externos al individuo que impiden su integración. Por ende, se plantea la supresión y eliminación de barreras físicas por parte del medio y el cambio en la actitud social de los distintos sectores para lograr la equiparación de oportunidades para los sujetos.

Para alcanzar esto era necesario que la participación activa se volviese una herramienta de acción, dentro de un contexto social, donde se aceptase la diversidad, generando así un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las PcD. Desde este momento se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las PcD, como por ejemplo, la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo, la indiferencia y sobre todo la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, todos estos son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de las personas con discapacidad, impidiéndoles su integración a cualquier ámbito de la sociedad.

A partir de la década de 1980 se plantea el Modelo de Rehabilitación con base comunitaria (RBC) en donde se postula la participación plena de las PcD y la comunidad en temas referentes a la salud. Esta organización espontánea y comprometida de un grupo social se visualiza como un pilar fundamental para la integración social de las PcD. Este modelo es el que actualmente se utiliza para la definición de líneas de acción en los temas de rehabilitación integral, discapacidad y participación social en los temas de salud.

## LA REHABILITACIÓN

En el concepto tradicional la rehabilitación puede definirse como la medicina que entregada por un equipo de profesionales constituyen una fuerza para ayudar al paciente a obtener las máximas posibilidades físicas emocionales, sociales y vocacionales de sus capacidades remanentes, después de haber superado una enfermedad.

La rehabilitación puede abarcar medidas para restablecer funciones o para compensar la pérdida de ellas; para reestablecer la funcionalidad o para compensarla, la rehabilitación comprende desde las prestaciones médicas hasta las medidas más generales como la rehabilitación profesional. Actualmente la rehabilitación se concibe como un proceso para lograr que las persona en situación de discapacidad tengan las condiciones para alcanzar, y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico sensorial, intelectual, psíquico o social de manera de lograr una buena calidad de vida y obtener autonomía personal.

Respecto a esto último, la perspectiva con la cual se aborda la rehabilitación ha cambiado de manera radical en los últimos años. Esta nueva forma de ver este tema se debe a una serie de esfuerzos que se han traducidos en considerables avances tecnológicos- médicos, y socio-culturales, que han influido en este proceso de cambio lo que permite manejar de forma mas apropiada la situación de las personas con discapacidad y su inclusión social, lo que hoy en día se entiende como rehabilitación inclusiva.

En este aspecto, tanto a las autoridades como la comunidad deben asumir una serie de compromisos y esfuerzos por equiparar oportunidades, con el objeto de lograr una sociedad más justa e igualitaria para todas las personas reconociendo las cualidades y diferencias de cada uno y lo más importante, logrando aceptación de ese carácter diverso.

Este es uno de los grandes desafíos de la rehabilitación inclusiva: lograr que la sociedad otorgue los beneficios para equiparar las condiciones de las personas con discapacidad, con los otros ciudadanos y encontrar los espacios para que las personas en situación de discapacidad puedan incorporarse a las actividades ciudadanas en igualdad de condiciones con el resto de la comunidad, trabajando por su rehabilitación y caminar hacia la autonomía personal.



## ACCIONES A DESARROLLAR ASOCIADAS AL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Igualdad de participación: La promoción de una mayor toma de conciencia de los estados y sus organizaciones de los derechos, posibilidades y de la oportunidad de participación plena de las personas con discapacidad debe desarrollarse en todas las instancias, en la educación de los niños; en la formación de profesores y otros profesionales; en las organizaciones de personas con discapacidad donde puede generarse instancias de ayuda mutua para fortalecer la conciencia de participación.

Educación: La educación debe considerar programas integrados de educaron que permita la inclusión escolar de los niños y jóvenes con discapacidad, sin embargo estos programas deben considerar la situación especial en que se encuentran las personas con discapacidad severa para quienes se deben considerar programa s adaptados y flexibles.

Accesibilidad: La igualdad de oportunidades debe considerar programas de acción para que el entorno físico sea accesible desde el diseño hasta la construcción velando porque todos los profesionales involucrados estén informados sobre las políticas de discapacidad y sobre las medidas destinadas a asegurar el acceso.

Otra dimensión de la accesibilidad, son la garantías que deben otorgar los estados a las PcD y sus familias en el acceso a la información y la comunicación, procurado los recursos tecnológicos necesarios para eliminar las barreras a personas con discapacidades visuales, auditivas o cognitivas.



Empleo: En materia de empleo la situación en nuestro país está aún lejos de lograr la igualdad en la participación: Solo 1 de cada 3 personas con discapacidad en edad de trabajar tienen trabajo remunerado; es necesario que se garantice la igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado con disposiciones legales que creen condiciones favorables para la contratación de estas personas, apoyando el desarrollo de la tecnología en el diseño y creación de nuevas ayudas técnicas que apoyen la funcionalidad para el desempeño laboral de las personas con discapacidad.

Los programas de seguridad social deben crear las condiciones para lograr reestablecer las capacidades de las personas discapacitadas de generar ingresos.

Familia e integración personal: Debe promoverse el derecho y la no discriminación de las personas discapacitadas al ejercicio de su sexualidad, casarse, formar una familia y criar a sus hijos; a utilizar la capacidad creadora, artística e intelectual para beneficio personal de integración, como de beneficio para la comunidad, así como a la práctica de actividades recreativas y deportivas y el ejercicio de su credo religioso.





## LA REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA (RBC)

En sus inicios fue diseñada para prestar asistencia a las personas con discapacidad en el lugar donde viven, sin embargo esta estrategia ha ido aumentando su complejidad ya que se han desarrollado programas multisectoriales para cubrir la totalidad de los requerimientos de esta población, focalizando su orientación hacia la igualdad de oportunidades e inclusión de las personas con discapacidad, sus familias y la comunidad, postulando una apropiada atención médica, educación, servicios sociales y vocacionales<sup>3</sup>.

Surge, como objetivo básico la prevención comprendida como las medidas destinadas a impedir deterioro físico, psíquico, intelectual, o sensorial, llamado prevención primaria o prevención secundaria cuando evitamos que este deterioro sea causal de discapacidad o se transforme en una limitación permanente.

La capacitación en el auto cuidado de la persona en situación de discapacidad y su cuidador es una de las herramientas más sólidas para el ejercicio de la autonomía personal, uno de los derechos humanos que más afecta la discapacidad.

En Chile la ENDISC – CIF, reveló que de los más de 2.000 000 de chilenos en situación de discapacidad solo el 6.5% a podido acceder a servicios médicos de rehabilitación; que la discapacidad es 4 veces más frecuente en el adulto que en el niño y 14 veces mas frecuente en el adulto mayor. Esta realidad obliga a pensar en RBC como la oportunidad de mejorar la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, proponer programas de integración social, familiar, escolar y laboral, para la mayoritariamente población adulta.



<sup>3</sup> RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad Documento de posición conjunta OIT, UNESCO, OMS, 2004

En relación con la escolaridad 1 de cada 2 PcD no concluye la educación básica; 1 de cada 10 PcD ha completado la educación media y solo 1 de cada 20 logra educación universitaria, estos datos demuestran la urgencia de trabajar en la integración de niños y jóvenes a la educación.

Discapacidad y pobreza están muy relacionados, la discapacidad es 2 veces más frecuente en la población de bajos recursos, en Chile, pero esta situación es común a otros países de América Latina y África donde las personas con discapacidad tienen grandes dificultades para acceder a servicios médicos de rehabilitación, así se origina el modelo de RBC a partir de estas carencias de personas afectadas y sus familias que crean programas para la búsqueda de apoyos en el medio y de acuerdo los recursos locales.

RBC es la estrategia planteada por la Organización Mundial de la Salud para dar respuesta a situaciones como la de nuestro país, buscando la igualdad en la participación y la validación de los derechos de las personas con discapacidad; permitiendo un cambio en estas personas, pasando de simples espectadores pasivos a personas con un rol protagónico en el proceso de rehabilitación, otorgándole valor a cada uno de los integrantes; esto dentro de un marco sobre las nuevas perspectivas de la salud, en la cual se involucran todos los sectores de la sociedad.

El objetivo principal de la RBC es asegurar que las personas con discapacidad alcancen la máxima independencia aprovechando sus facultades físicas, y mentales se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y alcancen una plena inclusión social en la comunidad.

La implementación de esta estrategia permitirá combatir la segregación, evitará la concentración masiva de las personas en situación de discapacidad y su institucionalización en lugares excluyentes para personas sin discapacidad, consiguiendo la integración y la normalización, además permitirá a la sociedad cambiar su mirada hacia la discapacidad, dará poder a la PcD permitiéndoles desarrollar roles en la sociedad, transferir conocimientos y técnicas de rehabilitación a la PcD a sus cuidadores y a la comunidad en general para desarrollar el autocuidado

La participación es fundamental para la RBC. Surgen como elementos para la implementación del modelo:

- La participación de los servicios de salud
- La participación activa de las personas con discapacidad y sus familias: son quienes toman las decisiones y tienen las responsabilidades directas en el éxito del programa.
- La participación y organización de la comunidad: se plantea la participación comunitaria en salud como: "el proceso mediante el cual personas y grupos de la comunidad asumen responsabilidades en salud, identifican necesidades y generan organizaciones que respondan a estos fines." <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Atención primaria y participación comunitaria en salud: orientaciones estratégicas. Revista Médica de Chile, , Vol.122, año 1994

---

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Considerar la discapacidad solo como una consecuencia de una deficiencia se aleja de los conceptos actuales, en donde cobra importancia el modelo social de la discapacidad, el cual enfatiza de que una de las causas más importantes de discapacidad son el surgimiento de barreras a la participación social.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) incluye las estructuras y funciones del organismo, pero se centra también en las “actividades” y la “participación” tanto desde el punto de vista del individuo como del de la sociedad.

Además, son considerados cinco factores ambientales que pueden limitar las actividades o restringir la participación: los productos y la tecnología, el medio natural y las modificaciones que el ser humano le ha hecho, el apoyo y las relaciones, las actitudes y los servicios, sistemas y políticas. Ningún país ha logrado suprimir todas las barreras ambientales que contribuyen a la discapacidad.

En la actualidad se plantea de que lo correcto no es la imposición de servicios de rehabilitación son el consentimiento y la participación de las personas que estén haciendo uso de ello. Los conceptos actuales consideran a la rehabilitación como un proceso en el que personas con discapacidad o sus defensores toman decisiones acerca de qué servicios necesitan para incrementar la participación. Los profesionales que prestan servicios de rehabilitación tienen la responsabilidad de ofrecer a las personas con discapacidad la información pertinente para que ellas puedan tomar decisiones informadas según sus requerimientos <sup>5</sup>.



---

<sup>5</sup> RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad Documento de posición conjunta OIT, UNESCO, OMS, 2004



Es aquí donde el rol de la comunidad y las organizaciones sociales adquiere importancia, como concepto de “comunidad inclusiva”

El concepto de comunidad inclusiva tiene por significado de que las comunidades sean capaces de adaptar sus estructuras y procedimientos con el fin de promover la inclusión de las personas con discapacidad, y evitar de que sean las mismas personas con discapacidad las que tengan que cambiar para adaptarse a los ordenamientos existentes.

La comunidad debe centrar su atención en todos los ciudadanos y en su derecho a la igualdad de oportunidades, reforzando así la noción de que deben respetarse los derechos de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad. La comunidad se observa a sí misma y estudia cómo afectan las políticas, las leyes y las prácticas habituales a todos los miembros de la comunidad.

En este sentido, la RBC beneficia a todas las personas de la comunidad, no sólo a aquellas con discapacidad, ya que su aplicación va destinada principalmente para la comunidad y el bienestar de la totalidad de ésta. Desde la perspectiva de la RBC, el desarrollo comunitario, como soporte social básico para la implementación de cualquier actividad de inclusión dentro de un grupo social, constituye la primera red de atención puesto que involucra todos los agentes sociales, desde la familia hasta instancias vecinales o comunitarias; los cuales motivados por un objetivo común de forma espontánea organizan una red de apoyo para su propia comunidad constatando beneficios recíprocos para todas las partes involucradas. Con un desarrollo comunitario activo, espontáneo, sano y permanente se dan cabida muchas instancias de inclusión. Para esto es necesario contar con el equipamiento adecuado que permita desarrollar estas actividades.

## LA ARQUITECTURA COMO RESPUESTA AL PROBLEMA

La configuración de la ciudad y los diversos tipos de espacios que la componen son resultado de las diferentes formas de habitarla por parte de las personas. Sin embargo este escenario no siempre resulta acogedor para todas las personas, por lo que surge la interrogante de que si realmente el diseño de los espacios de la ciudad esta pensado para todos. Las barreras físicas existentes en el ambiente, sobre todo en los espacios de carácter público, se transforman en la primera escala de discriminación hacia las personas con movilidad reducida. Incluso que el hecho de que exista una constante diferenciación de los espacios para personas sin discapacidad y las que cuentan con algún grado de discapacidad significa una forma “institucionalizada” de discriminación hacia las personas con discapacidad.

La accesibilidad como condición universal del espacio es la base para definir una ciudad para todos. En este sentido la arquitectura debe transformarse en la principal herramienta para la inclusión social, lo que se traduce principalmente en la capacidad de configurar espacios que sirvan correctamente a todas las personas, evitando elementos que signifiquen segregación, siguiendo los conceptos de diseño universal, que se define como la creación de productos y entornos diseñados de modo que sean utilizables por todas las personas en la mayor medida posible, sin necesidad de que se adapten o especialicen <sup>6</sup>.

La eliminación de las barreras físicas y una sana convivencia entre todas las personas dentro de espacios o infraestructuras dispuestas para el desarrollo comunitario sin duda elevan la calidad de vida no solo de las personas en situación de discapacidad, sino también, de todos los habitantes. El hecho de aplicar estos conceptos a la planificación de espacios de tipo comunitario que busquen promover la participación de todos los miembros recoge plenamente los ideales del modelo de RBC, el cual se fundamenta en la acción de la comunidad, como sistema

social, entendiendo la a la rehabilitación integral como un componente dinámico en la integración de las PcD. Para esto es fundamental contar con la infraestructura necesaria, donde la arquitectura permita el desarrollo de la acción comunitaria, transformándose en un soporte vital para la integración social.



<sup>6</sup> Ron Mace, Centro para el Diseño Universal de la Universidad del Estado de Carolina del Norte, E.E.U.U.

## EL CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR)

La ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad establece en su artículo N° 2 que *“La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto.”* Esto nos indica que el Estado, a través de los municipios, tiene el deber de apoyar las iniciativas existentes por parte de la comunidad que promuevan la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, y en consecuencia, la creación de espacios e infraestructura para la correcta implementación de estas iniciativas.

La RBC como un servicio de rehabilitación integral de bajo costo y de amplia cobertura. se materializa en la aparición de los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), que constituyen el espacio físico donde se ponen en práctica sus fundamentos, principios y política, estos nacen de la iniciativa de la comunidad organizada que han detectado sus necesidades y demandan el aporte del Estado a través de las organizaciones creadas para el apoyo de estas organizaciones: Municipalidades, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de la Discapacidad, Cooperación Internacional, y otros.

El centro comunitario de rehabilitación se define como la instancia de participación comunitaria que, aplicando el modelo de RBC, acoge a la comunidad y en particular a las personas en situación de discapacidad y su familia, orientando acciones y recursos de la misma comunidad para detectar y dar soluciones a sus propias necesidades de acuerdo a su realidad local, pretendiendo una real inclusión social<sup>7</sup>.



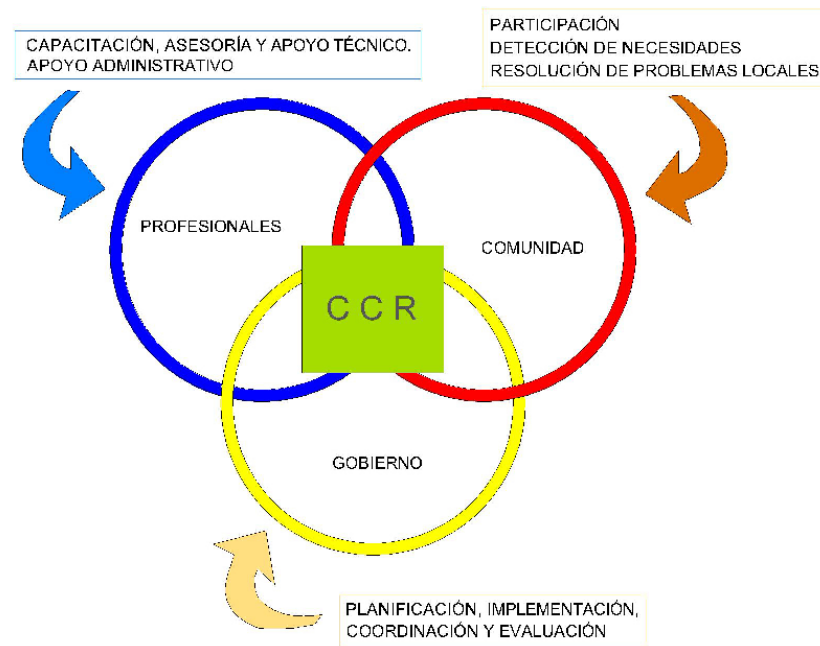
<sup>7</sup> Según documento "Bases conceptuales y estrategia de diseño para Centros Comunitarios de Rehabilitación"; María Jesus Bravo, Carmen García, María Inés Bravo, Alberto Vargas; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda



Un CCR también entrega un soporte institucional necesario para el proceso de inclusión social de las personas con discapacidad, ya que se constituye en el espacio físico para desarrollar actividades de participación comunitaria, y, a su vez, logra reunir en un mismo recinto los factores que integran las redes de apoyo, convirtiéndose en un espacio significativo, en términos urbanos, dentro de un barrio, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes del sector donde se emplaza.

Los centros comunitarios de rehabilitación buscan desarrollar la sociabilidad, fortalecer la autonomía personal y promover una convivencia equitativa entre las PcD y las PsD (personas sin discapacidad), por lo que se hace esencial la organización de la comunidad y en su interés por la inclusión social. Un CCR se justifica cuando existe una comunidad organizada espontáneamente conformada por PcD y PsD que cuente con apoyo técnico-profesional con interés por los temas de inclusión y de salud en general. Entorno a estos centros se integrarán los equipos multiprofesionales que serán los guías de la comunidad organizada y se integraran los estudiantes de estas carreras para conocer y formarse en el concepto de RBC.

Un CCR como infraestructura de uso público es una síntesis de una serie de edificaciones e instituciones que se encontrarían dispersas por el territorio; así tendremos que el CCR es un centro de orientación, mediación y coordinación de todos los actores involucrados en los temas de salud, rehabilitación, educación en salud y desarrollo comunitario<sup>8</sup>.



Componentes de un CCR y su aporte en el proceso de inclusión social<sup>9</sup>

<sup>8 y 9</sup> Según documento "Bases conceptuales y estrategia de diseño para Centros Comunitarios de Rehabilitación"; María Jesus Bravo, Carmen García, María Inés Bravo, Alberto Vargas; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

### Objetivos específicos del CCR:

- Constituirse como el espacio que facilita la inclusión de las personas con discapacidad.
- Brindar apoyo en conceptos de Cuidado Básico en Rehabilitación y aspectos educacionales realizados en instituciones de rehabilitación y colegios diferenciales.
- Generar o recuperar, según sea el caso, el rol social de las personas con discapacidad mediante la definición de responsabilidades y la adquisición de compromisos, o en el aprendizaje de un oficio o asignación de una labor para que se sientan parte de una comunidad.
- Integrar, mediante la capacitación y participación comunitaria de las personas con discapacidad.
- Producir las instancias de participación comunitaria utilizando tanto recursos terapéuticos de rehabilitación como también las actividades sociales propias del grupo social que allí se desenvuelve.
- Entregar servicios comunales de apoyo a las personas con discapacidad, tanto de orientación clínica, educacional y laboral. (Inscripción en registros nacionales para la obtención de subsidios de invalidez, FONADIS, INP, COMPIN, etc) <sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Según documento "Bases conceptuales y estrategia de diseño para Centros Comunitarios de Rehabilitación"; María Jesús Bravo, Carmen García, María Inés Bravo, Alberto Vargas Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

---

## 4. EL PROYECTO

## LA ELECCIÓN DEL PROYECTO

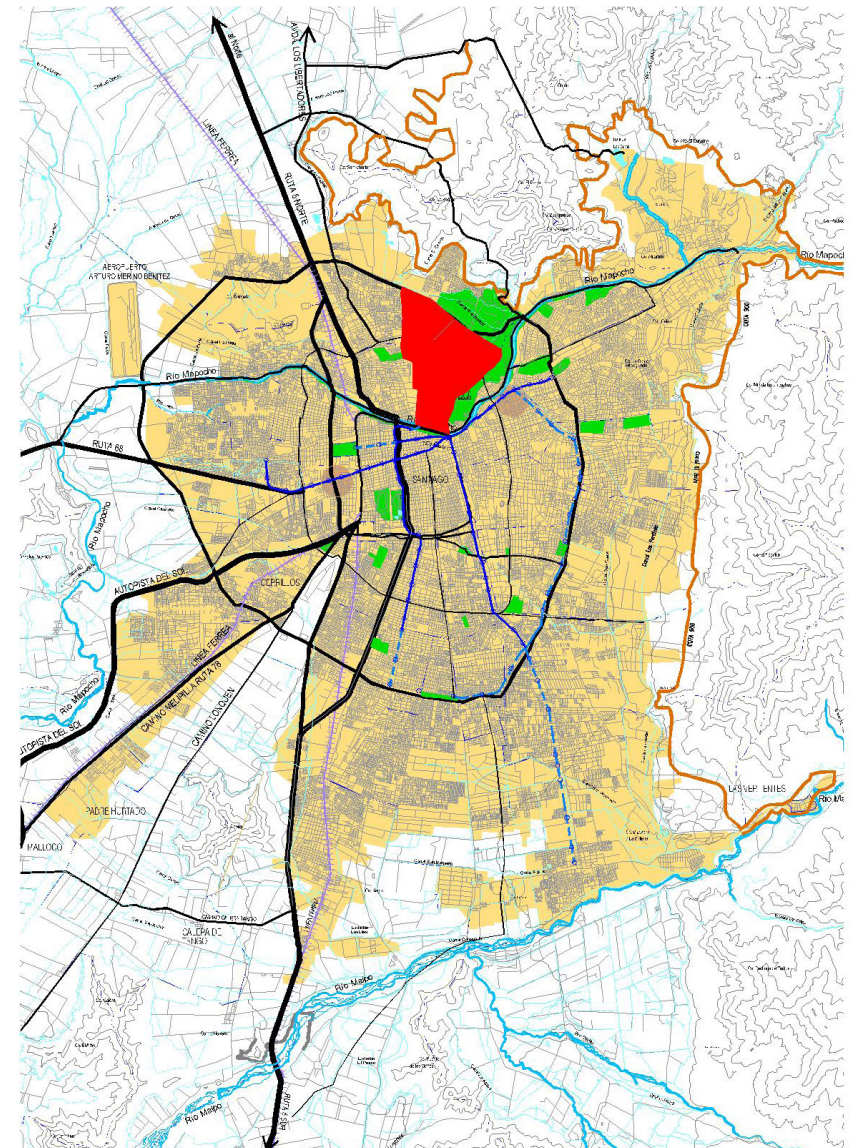
Los conceptos de rehabilitación con base comunitaria son de reciente aplicación en Chile, sin embargo la existencia de diferentes organizaciones del tipo comunitario demuestran el interés y la voluntad por parte de la comunidad por realizar iniciativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esta situación evidencia la necesidad de contar espacios que den cabida y promuevan la integración de las personas con discapacidad y su camino hacia la autonomía personal.

Con el fin de desarrollar un proyecto de arquitectura que aborde el tema de la discapacidad y la integración social, se decide trabajar con los conceptos que definen un CCR, planteando un Centro Comunitario para Integración Social de PcD.

Dado a que la aplicación de los conceptos de RBC son de reciente data en Chile, no existen desarrollados, por lo que las alternativas para desarrollar un proyecto de este tipo son múltiples. Con el fin de acotar las posibilidades de emplazamiento del proyecto al mínimo, para la definición del encargo y su emplazamiento se definieron los siguientes criterios:

- . Número de PcD según el total de habitantes por comuna:  
Búsqueda de una comuna donde exista un alto porcentaje de PcD según el total de habitantes que indique una potencial alta demanda de equipamiento destinado a PcD.
- . Sector residencial, con presencia de organizaciones de tipo comunitaria y actividades sociales.
- . Accesibilidad: Sector abarcable tanto para la comunidad próxima al edificio como para el resto de la comuna.
- . Cercanía a equipamiento de tipo comunitario (sedes sociales, colegios, equipamiento de salud etc.) como red de apoyo.

Según estos criterios, se decide emplazar el proyecto en la ciudad de Santiago, en la comuna de Recoleta.



Comuna de Recoleta - Ubicación



La comuna de Recoleta es una de las comunas con más personas con discapacidad respecto a su total de habitantes, siendo superada solo por la comuna de Santiago. Esto traducido a cifras, Recoleta tiene 148220 habitantes, de los cuales 4302 tienen una o más discapacidades, lo que corresponde al 2,9 % <sup>11</sup>.

Respecto a al tema de la discapacidad, en la municipalidad de Recoleta no existe un departamento u oficina especializada en el tema de la discapacidad, ya que la política de la municipalidad es incluir en todos los departamentos y dependencias de ésta el desarrollo de iniciativas, programas y proyectos que favorezcan a las personas con discapacidad. Los programas desarrollados por el municipio se basan según los siguientes puntos <sup>12</sup>:

- Difusión de programas y actividades para PcD
- Desarrollo de proyectos para la rehabilitación, inserción laboral y accesibilidad
- Ayuda social - apoyo técnico (distribución de sillas de ruedas, prótesis, etc.)
- Normalización y mejoramiento de infraestructura para la accesibilidad
- Programas de inclusión educativa

En cuanto a la infraestructura para la atención hacia personas con discapacidad, la comuna dentro de su equipamiento de salud cuenta con un centro de atención enfocado exclusivamente a la población infantil, donde se ha comenzado a aplicar los conceptos de Rehabilitación con Base Comunitaria, sin embargo dado el número de personas con discapacidad que habitan en la comuna de Recoleta este espacio se hace insuficiente para cubrir la necesidad en la comuna, además, como la rehabilitación e integración de discapacitados debe ser inclusiva, es decir, se requiere de la participación de toda la comunidad sin distinción de edad, se requiere de un espacio que pueda cumplir con esos requerimientos.



Comuna de Recoleta

<sup>11</sup> Según datos Censo 2002

<sup>12</sup> Iván Espinoza, SECPLAC I. Municipalidad de Recoleta



**CUADRO 7.1: POBLACION CON DISCAPACIDADES, POR SEXO Y TIPO DE DISCAPACIDAD, SEGUN DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA Y GRUPOS DE EDAD.**

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA Y GRUPOS DE EDAD	Total de personas con 1 o más discapacidades	HOMBRES					
		Total con 1 o más discapacidades	Ceguera total	Sordera total	Mudez	Lisiado/ parálisis	Deficiencia mental
<b>Comuna de Recoleta</b>							
<b>Total</b>	<b>4.302</b>	<b>2.184</b>	<b>265</b>	<b>327</b>	<b>50</b>	<b>745</b>	<b>891</b>
0 a 4 años	70	36	1	1	1	17	18
5 a 9 años	104	62	3	8	4	18	32
10 a 14 años	151	81	11	8	0	21	44
15 a 19 años	162	96	6	10	1	26	56
20 a 24 años	143	83	6	10	1	20	48
25 a 29 años	178	110	12	8	2	31	64
30 a 34 años	211	126	9	11	4	22	84
35 a 39 años	277	166	10	9	3	26	119
40 a 44 años	289	160	11	12	2	43	93
45 a 49 años	293	167	18	8	5	54	88
50 a 54 años	269	147	23	19	5	61	45
55 a 59 años	295	166	25	28	6	65	48
60 a 64 años	323	158	26	30	3	64	46
65 a 69 años	296	143	23	33	6	63	28
70 a 74 años	343	172	21	42	2	85	30
75 a 79 años	317	119	26	25	2	56	16
80 a 84 años	284	106	13	37	3	45	14
85 a 89 años	186	64	14	21	0	23	13
90 a 94 años	87	17	5	7	0	4	3
95 a 99 años	21	3	1	0	0	1	1
100 a 104 años	2	1	0	0	0	0	1
105 años o más	1	1	1	0	0	0	0

1  
Resultados Generales Censo 2002

**CUADRO 7.1: POBLACION CON DISCAPACIDADES, POR SEXO Y TIPO DE DISCAPACIDAD, SEGUN DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA Y GRUPOS DE EDAD.**

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA Y GRUPOS DE EDAD	Total con 1 o más discapacidades	MUJERES					
		Ceguera total	Sordera total	Mudez	Lisiado/ parálisis	Deficiencia mental	
<b>Comuna de Recoleta</b>							
<b>Total</b>	<b>2.118</b>	<b>341</b>	<b>357</b>	<b>53</b>	<b>689</b>	<b>800</b>	
0 a 4 años	34	4	2	2	9	19	
5 a 9 años	42	3	4	1	16	22	
10 a 14 años	70	12	4	0	16	38	
15 a 19 años	66	13	4	1	15	35	
20 a 24 años	60	2	5	1	14	39	
25 a 29 años	68	7	5	2	14	47	
30 a 34 años	85	5	5	0	18	60	
35 a 39 años	111	10	11	3	22	71	
40 a 44 años	129	12	11	5	39	69	
45 a 49 años	126	17	6	4	39	63	
50 a 54 años	122	17	17	3	37	52	
55 a 59 años	129	23	22	6	39	47	
60 a 64 años	165	29	32	7	67	36	
65 a 69 años	153	36	31	2	56	33	
70 a 74 años	171	31	37	3	69	39	
75 a 79 años	198	39	51	7	78	41	
80 a 84 años	178	33	47	2	67	44	
85 a 89 años	122	26	35	2	45	21	
90 a 94 años	70	16	23	2	23	18	
95 a 99 años	18	6	5	0	6	5	
100 a 104 años	1	0	0	0	0	1	
105 años o más	0	0	0	0	0	0	

2  
Resultados Generales Censo 2002

Dentro de la comuna de Recoleta se opta por trabajar en la población Quinta Bella. En esta población, más las unidades vecinales adyacentes, se concentra alrededor del 41% del total de las personas con una o más discapacidades existentes en la comuna <sup>13</sup>.

En este sector existe una intensa actividad de tipo comunitaria, dentro de las cuales se pueden mencionar la Junta de Vecinos; el Club Deportivo Arauco; la agrupación Colectivo La Esquina, dedicada a la administración de una biblioteca comunitaria y una sala de computación, además de la organización de talleres artísticos y de capacitación, junto con diversas actividades de esparcimiento; la agrupación Las Palomitas, que reúne a personas con discapacidad y su entorno familiar, organizando sesiones de convivencia y actividades diversas. A estas se suman las actividades organizadas en torno a los colegios del lugar y las relacionadas al culto religioso.

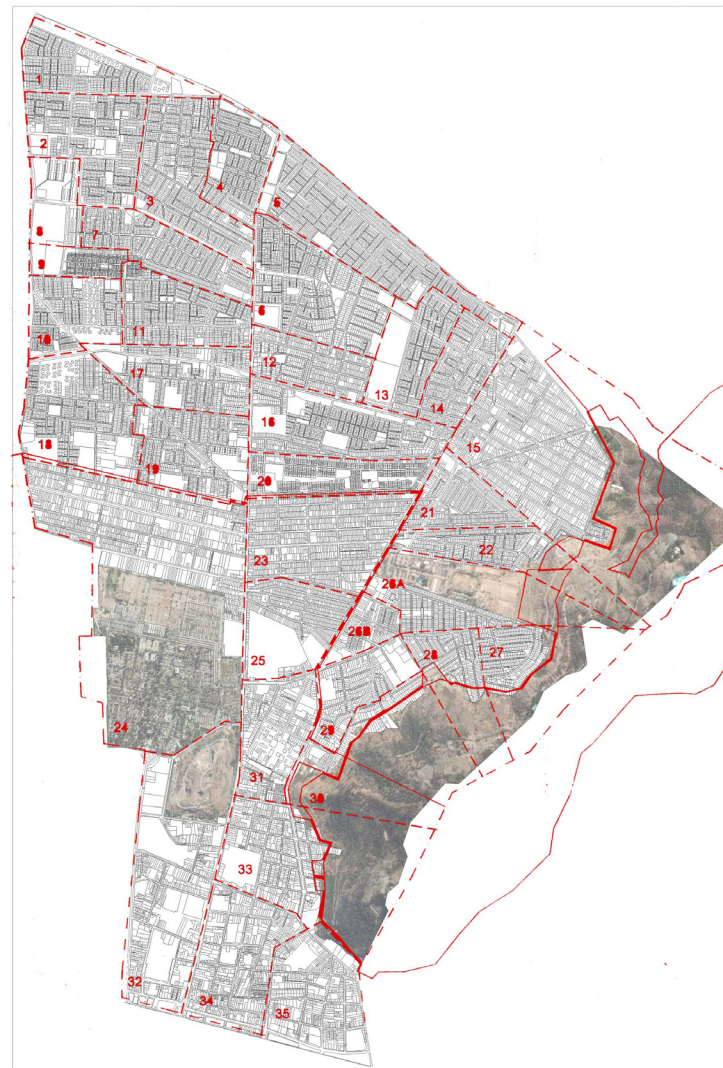
Esta diversidad de actividades ayudan a conformar la plataforma necesaria para la aplicación de estrategias siguiendo el modelo de RBC, y por consiguiente, el desarrollo de infraestructura para estos fines.

En la siguiente tabla se muestra la población correspondiente a la comuna de Recoleta por unidad vecinal (U.V.) y por tipo de discapacidad, destacando unidad la correspondiente a la población Quinta Bella, junto con las unidades vecinales próximas a ésta. <sup>14</sup>



<sup>13</sup> y <sup>14</sup> Datos según SECPLAC - I. Municipalidad de Recoleta preparado a partir de datos Censo 2002

U.V	Sin disc.	Sólo Ceguera	Sólo Sordera	Sólo Mudez	Sólo Lis[paral.	Sólo Def. mental	Dos disc.	Tres disc.	Cuatro disc.	Cinco disc.	Total
1	4.710	17	18	1	32	34	5	1	0	0	108
2	6.701	44	32	2	78	87	10	0	1	0	254
3	6.153	19	19	0	49	32	5	0	1	0	125
4	4.689	9	10	2	32	33	5	1	0	0	92
5	6.086	27	22	2	46	36	7	0	0	0	140
6	8.546	19	17	2	70	59	6	1	0	0	174
7	4.852	15	17	0	48	35	4	1	0	0	120
8	2.982	9	15	0	25	19	1	1	0	0	70
9	2.001	2	1	0	7	0	1	0	0	0	11
10	6.812	18	25	3	54	42	6	1	0	0	149
11	3.726	17	19	0	42	29	1	0	0	0	108
12	2.531	6	14	1	34	19	4	0	0	0	78
13	3.173	12	14	0	41	34	3	0	0	0	104
14	2.794	4	10	0	18	21	2	0	0	0	55
15	7.160	28	41	1	67	46	12	1	0	0	196
16	5.567	44	38	5	107	110	15	4	0	0	323
17	4.118	9	11	1	38	21	4	0	0	0	84
18	8.122	24	29	2	68	55	3	0	0	0	181
19	3.980	14	25	3	28	23	3	0	0	0	96
20	5.637	76	41	2	52	61	12	0	0	0	244
21	2.727	4	10	3	25	16	2	0	0	0	60
22	2.930	4	9	4	37	31	5	0	0	0	90
23	4.511	11	16	0	51	31	5	1	0	0	115
24	3.645	13	12	2	26	90	6	0	0	1	150
25	2.206	5	4	0	14	11	1	0	0	0	35
26 A	2.654	8	9	0	11	12	0	0	0	0	40
26 B	1.392	8	6	0	19	11	1	0	0	0	45
27	2.516	4	14	0	42	56	13	1	0	0	130
28	1.684	2	4	0	12	14	2	1	0	0	35
29	1.347	0	4	0	6	6	1	0	0	0	17
30	781	5	2	0	8	15	0	0	0	0	30
31	3.690	18	17	1	43	24	3	0	0	0	106
32	3.996	8	7	2	44	414	18	1	0	0	494
33	1.834	2	10	1	19	26	0	0	0	0	58
34	1.970	6	10	0	12	10	1	0	0	0	39
35	2.592	7	9	22	28	0	0	0	0	1	67
Total	140.815	518	561	62	1.333	1.563	167	15	2	2	4.223



Comuna de Recoleta- Unidades vecinales

## EL ENCARGO

Consiste en diseñar el Centro Comunitario para la Integración de las Personas con Discapacidad, población Quinta Bella, para la comuna de Recoleta.

### Objetivos

#### - Generales

. Generar un espacio de participación comunitaria, que le de cabida y promueva las instancias de autonomía personal e integración social de las PcD que propone el modelo de rehabilitación con base comunitaria.

#### - Específicos

. Proponer un espacio que acoja la potencial demanda de atención a PcD y la comunidad que existe en la comuna, integrando los conceptos de accesibilidad y diseño universal con el fin de promover la autonomía y la integración de las personas a su entorno social.

. Aplicando los conceptos que definen un centro comunitario de rehabilitación como espacio para el desarrollo de la rehabilitación con base comunitaria, generar un polo de atracción en el lugar de emplazamiento, estableciendo vínculos entre el programa existente en el entorno.

## PROPUESTA CONCEPTUAL

Con el objetivo de generar las instancias para la integración social, se propone un espacio de carácter público, abierto a la comunidad, con el fin de que ésta la adopte como el gran escenario donde se produzca la superposición de instancias donde se produzcan situaciones de encuentro y convivencia entre los miembros de la comunidad.

De esta manera, el edificio debe conformar este espacio según los siguientes conceptos:

### . Accesibilidad

El espacio propuesto debe permitir y promover la autonomía de los usuarios.

### . Flexibilidad

El espacio debe responder a los requerimientos de los usuarios y amoldarse a los cambios propios de la diversidad presente en la comunidad

### . Permeabilidad

El espacio propuesto debe ser abierto, conformando el vacío como elemento vinculador de instancias, y generador de redes entre la diversidad de situaciones e intereses presentes en la comunidad.



## PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

El programa básico se desarrolla según tres conceptos fundamentales: rehabilitación, educación y participación comunitaria. Los recintos surgen para responder a estos conceptos adquieren distintos grado de exposición según su destino, por lo que hay áreas de que requieren de mayor privacidad que otras. Dentro de este escenario, el concepto de comunidad participativa es fundamental, transformándose en un factor transversal presente en todas las áreas programáticas, ya que el objetivo es que en cada una de ellas se genere, en mayor o menor grado, participación de la comunidad.

En consecuencia, las áreas programáticas fundamentales son las siguientes:

- Áreas deportivas-recreativas

Sirve como apoyo al quehacer terapéutico y acoge actividades para la convivencia social, por lo que se traduce en un área de alta exposición hacia el resto de la comunidad, y, por lo tanto, una de las más públicas.

- Áreas educativas:

Tiene diversos aspectos, por un lado enseñar sobre cuidados básicos en rehabilitación, capacitación laboral e inclusión escolar, y la realización de actividades de talleres artísticos. Se consideran también actividades más participativas y complementarias, como biblioteca, sala multimedia, sala de exposiciones, etc.

- Áreas administrativas y de apoyo de desarrollo comunitario:

Incorpora oficinas de atención a PcD

- Áreas terapéuticas:

Actividades propias de las terapias, requieren de mayor control por las características propias del quehacer terapéutico. Dentro de estas se incluyen los siguientes recintos:



Gimnasio de psicomotricidad - CCR Montepatria, IV Region, Chile

- **Gimnasio Psicomotricidad**  
Recinto destinado al tratamiento de la funcionalidad de la persona con discapacidad, mediante la realización de ejercicios físicos y posicionamientos destinados a mejorar musculatura, rangos articulares y alineamiento corporal. Se pueden realizar actividades de carácter individual o grupal.
- **Sala de Fisioterapia**  
Recinto destinado al tratamiento kinésico a través de medios físicos, como por ejemplo la aplicación de calor, electricidad, etc.
- **Sala de Actividades de la vida diaria (AVD)**  
Recinto destinado al entrenamiento de las actividades cotidianas de la persona discapacitada, con el uso de ayudas técnicas (silla de ruedas, órtesis o aditamentos) cuando así lo requiera. Este recinto debe integrar elementos del hogar donde la persona en situación de discapacidad desarrollará actividades como vestuario, alimentación, higiene personal y algunas actividades domésticas como aseo del hogar, preparación de alimentos, etc.
- **Sala de integración sensorial**  
Recinto destinado al trabajo con niños para estimular el desarrollo psicomotriz y la percepción sensorial de niños con retraso en estas áreas, a través de actividades de carácter lúdico donde el niño esté sometido a estimulación del equilibrio, reacciones reflejas de protección y mejorar la percepción del medio. Esta actividad puede ser desarrollada con la intervención de varios profesionales tratantes (trabajo interdisciplinario)



Sala de integración sensorial, INRPAC, Santiago, Chile



## CUADRO SUPERFICIES ESTIMADAS

<b>ÁREA TERAPÉUTICA</b>		<b>367 m2</b>
Gimnasio psicomotricidad	100 m2	
Sala actividades de la vida diaria	75 m2	
Sala integración sensorial	75 m2	
Sala de fisioterapia	75 m2	
Baños	42 m2	
<b>ÁREA EDUCACIONAL</b>		<b>1056 m2</b>
Sala multiuso	116 m2	
Biblioteca / Mediateca	280 m2	
Casino / Taller multiuso	122 m2	
Talleres:		
Computación	97 m2	
Manualidades	51 m2	
Artes plasticas	51 m2	
Música	51 m2	
Danza / Teatro	51 m2	
Salas de Clase (x2)	102 m2	
Sala de trabajo	50 m2	
Sala profesores	85 m2	
<b>AREA ADMINISTRACIÓN</b>		<b>78 m2</b>
1 oficina coordinador CCR	9 m2	
1 oficina comunal FONADIS	9 m2	
1 oficina asistente social	9 m2	
1 secretaria	7 m2	
1 recepción y sala de espera	34 m2	
Baños y servicios	10 m2	
<b>AREA MANTENCIÓN Y SERVICIOS</b>		<b>246 m2</b>
Baños publicos	100 m2	
Bodega mantención	46 m2	
Zona servicios	100 m2	



EXTERIORES		1760,5 m2
Acceso norte	260 m2	
Acceso parque	102 m2	
Patio central	606 m2	
Anfiteatro	234 m2	
Terraza	285 m2	
Patio rehabilitación	116 m2	
Estacionamientos	157,5 m2	
SUBTOTAL AREAS TERAPÉUTICA + EDUCACIONAL + ADMINISTRACIÓN +SERVICIOS		1747 m2
30% CIRCULACIONES		524,1 m2
<b>TOTAL</b>		<b>4031,6 M2</b>

## ANÁLISIS DE LA COMUNA DE RECOLETA

La comuna de Recoleta, como división política y administrativa, tiene creación reciente (9 de marzo de 1981), conformada por parte de los territorios de las comunas de Santiago y Conchalí. sin embargo, solo en enero de 1992 comienza a hacerse efectiva su administración como municipio.

Se localiza en la zona norte de la Provincia de Santiago constituyendo un área de carácter mediterráneo entre el centro de Santiago y aquellas áreas de crecimiento posterior, emplazadas al norte de Avenida Américo Vespucio. Con una superficie de 16,2 km<sup>2</sup> (INE, 2002) y un área totalmente urbanizada, su población total es de 142.572 habitantes <sup>15</sup>.

Los límites de la comuna de Recoleta son:

.Norte: Av. Américo Vespucio, que la separa de la comuna de Huechuraba

.Oriente: la línea de altas cumbres del cerro San Cristóbal, continuado por el eje central de la calle Pío Nono.

.Poniente: av. Guanaco, el deslinde poniente del Cementerio General y el eje de la Av. La Paz.

.Sur: río Mapocho



<sup>15</sup> Municipalidad de Recoleta - Perfil Comunal - <http://www.recoleta.cl>

## RESEÑA HISTÓRICA DE LA COMUNA

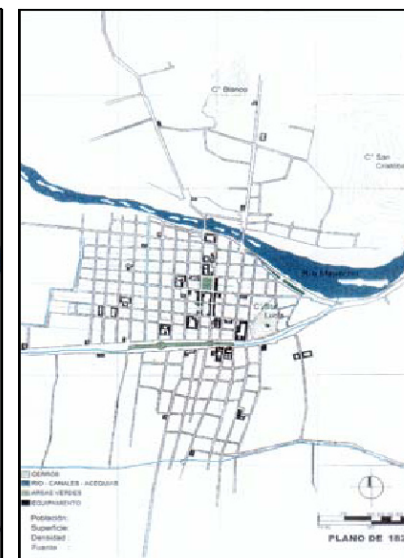
La división sectorial de Santiago corresponde a las diversas comunas que lo conforman, una de éstas es la denominada Área Norte, que abarca las comunas de Independencia, Recoleta y Conchalí, entre otras. Comunas que se definieron por ser lugares de poblaciones de obreros, de poseer fuertes demarcaciones sociales, ferias libres y lugar de parcelas de ventas y trabajos, como por ejemplo, vendedores de flores, puestos comerciales, ferias de diversos tipos, entre algunos, pero lo que más influyó en el lugar fue la construcción en 1821 d.C. del Cementerio General y entre 1872 y 1875 d.C. la construcción de la Avenida de Cementerio (actual Avenida La Paz), ya que favoreció la accesibilidad al sector.

Entre los años 1910 y 1960 d.C. la población de Santiago contaba con unos 332.727 habitantes, por lo que la distribución poblacional se ubicaba en variados sectores, entre los que se encontraba La Recoleta, lugar que sirvió para la instalación de pequeñas poblaciones de trabajadores que al estar separados por el río Mapocho, fueron vistos con una marcada estratificación física y social, ya que el lugar se planificó como un futuro sector de industrias. Trabajadores que se dedicaban a la construcción y ampliación de las calles, construcción de fabricas y otros establecimientos, de la ciudad de Santiago.

Al ser cada vez mayor la densidad urbana en el lugar y por esto, el creciente aumento en la densidad demográfica, el Área Norte comienza a expandirse mediante proyectos de viviendas populares, aunque sigue siendo un sector de carácter habitacional obrero, pero que ahora cuenta además con lugares típicos como, el Mercado de Flores, La Universidad de Chile, La Vega Chica y el Mercado de Abastos, emplazamientos que se determinaron como equipamiento intercomunal, entre las otras comunas, que se encuentran unidos por varios puentes metálicos, que fomentaron también la expansión urbana en torno a las avenidas Independencia y Recoleta.



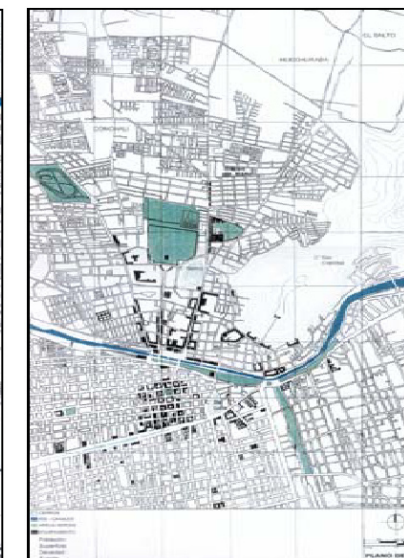
año 1550



año 1825



año 1935



año 1968



## ANÁLISIS URBANO COMUNAL.

### División Comunal

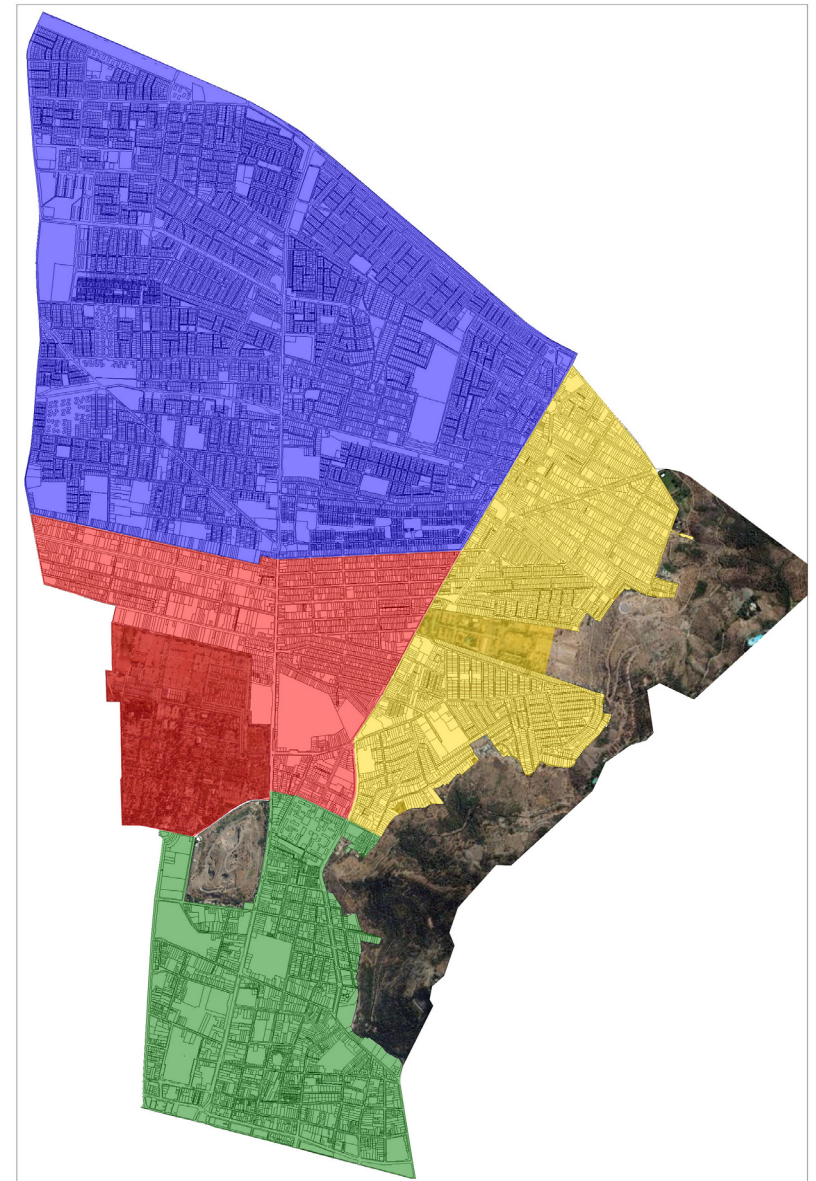
En el contexto del área Metropolitana de Santiago, la Comuna de Recoleta aparece hoy dividida en cuatro sectores desde el punto de vista funcional y morfológico:

**Zona Sur:** comprendida entre avenidas Santa María y Santos Dumont, en todo el ancho de la comuna. Se define como un sector donde predominan los usos no residenciales de funcionalidad metropolitana (patronato, Vega Central, etc.).

**Zona Centro:** que se extiende desde avenidas Santos Dumont, El Salto, Víctor Cuccuini, El Roble y el límite comunal poniente. Corresponde a una zona de carácter transicional entre el área norte netamente residencial y el área sur, de usos no residenciales metropolitanos. En este sector se mezclan todos los usos, concentrándose elementos de equipamiento especial y áreas en deterioro o bien en proceso de cambio de uso.

**Zona Norte:** entre calles el Roble, Víctor Cuccuini, Av. El Salto, Av. Américo Vespucio y El Guanaco. Corresponde a un área de gran extensión de carácter básicamente residencial, con puntos de equipamiento vecinal de localización dispersa.

**Zona Oriente:** que comprende el área desde el eje Av. El Salto-Av. Perú y el borde del Parque Metropolitano (área especial de equipamiento de escala metropolitana). Es un sector predominantemente residencial en el que aparecen sub-sectores, en los cuales la vivienda se mezcla con otros usos con localización preferencial de los servicios en torno a Av. El Salto<sup>16</sup>.



Comuna de Recoleta- Áreas homogéneas morfológicas

<sup>16</sup> Municipalidad de Recoleta - Perfil Comunal - <http://www.recoleta.cl>

Los límites entre estas grandes zonas fueron definidos a partir de la vialidad estructural de la comuna. Al interior de ellas no siempre la vialidad se constituye en límite sino a veces se reconoce como centro de las áreas. En otras ocasiones, los límites entre zonas no son sólo vialidad, sino que alrededor de la vía se genera un área limítrofe que a su vez se constituye en un centro que abastece a las grandes zonas vecinas (p. ej. Av. Recoleta o Av. El Salto en el norte de la comuna). Esta división en cuatro grandes zonas se puede circunscribir dentro de una clasificación mucho más general, la que podemos explicar a través de la conformación de vacíos dentro de ella, entre los cuales podemos mencionar :

- 1- Cementerio General.
- 2- Cementerio Católico.
- 3- Cementerio Israelita.
- 4- Cerro Blanco.
- 5- Regimiento Buín.

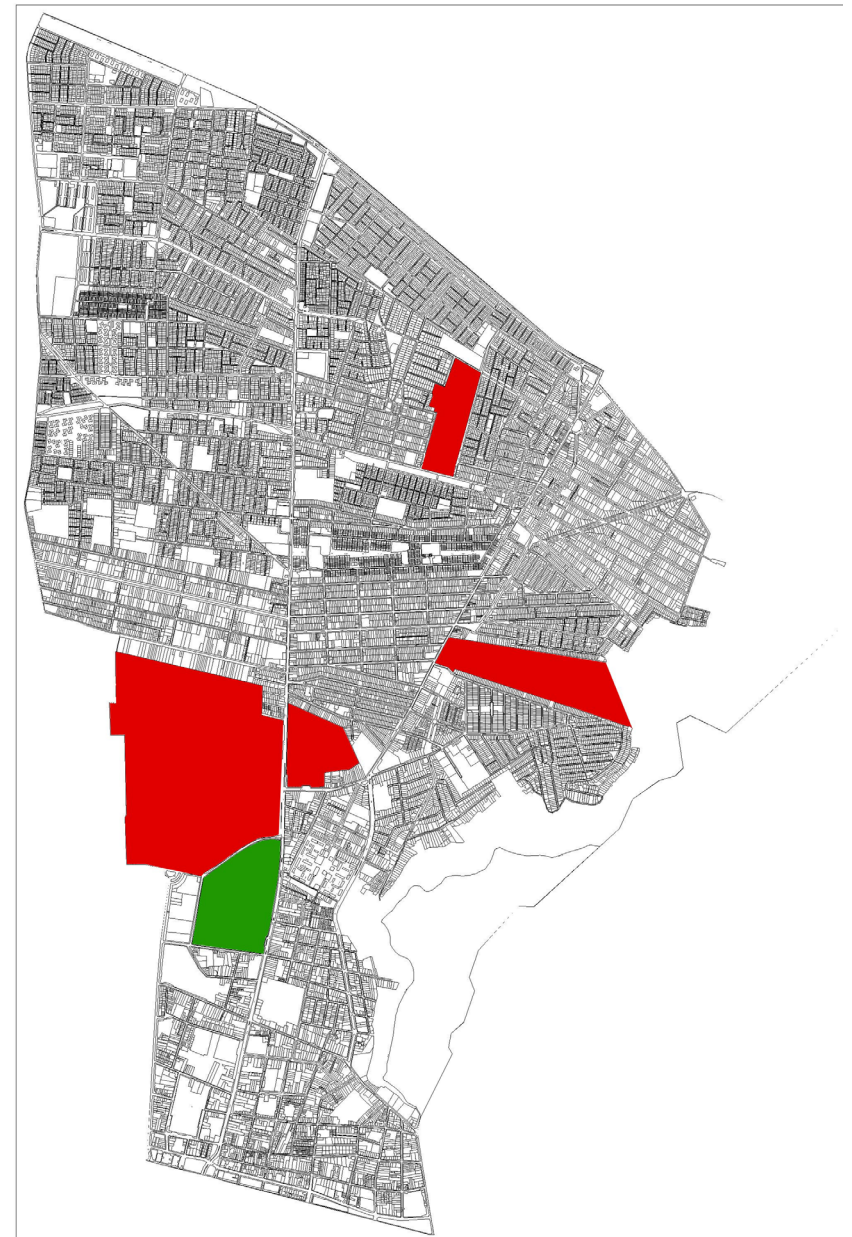
Es a través de estos elementos que se apoderan importantemente de la trama de Recoleta, por lo cual la comuna quedó estructurada con una división norte – sur.

Los Cementerios General y Católico son los elementos que marcan más fuertemente la división comunal norte- sur, donde hacia el norte la comuna presenta un carácter netamente residencial, sin carácter Metropolitano, quedando hacia el sur la zona especializada y diversificada que cumple el rol metropolitano dentro de la comuna.

El Cerro Blanco se constituye como el elemento que define la división Sur / Centro de la comuna, mientras que los cementerios General y Católico pasan a ser elementos dominantes del sector centro.

Por otra parte, el sector Nororiente pasa a estar definido principalmente por la presencia del cerro San Cristóbal, destacándose el vacío conformado por el Regimiento Buín.

Por último, hacia el sector Norte se destaca, en menor medida que los otros vacíos mencionados, el cementerio Israelita.



Comuna de Recoleta- Ubicación de áreas



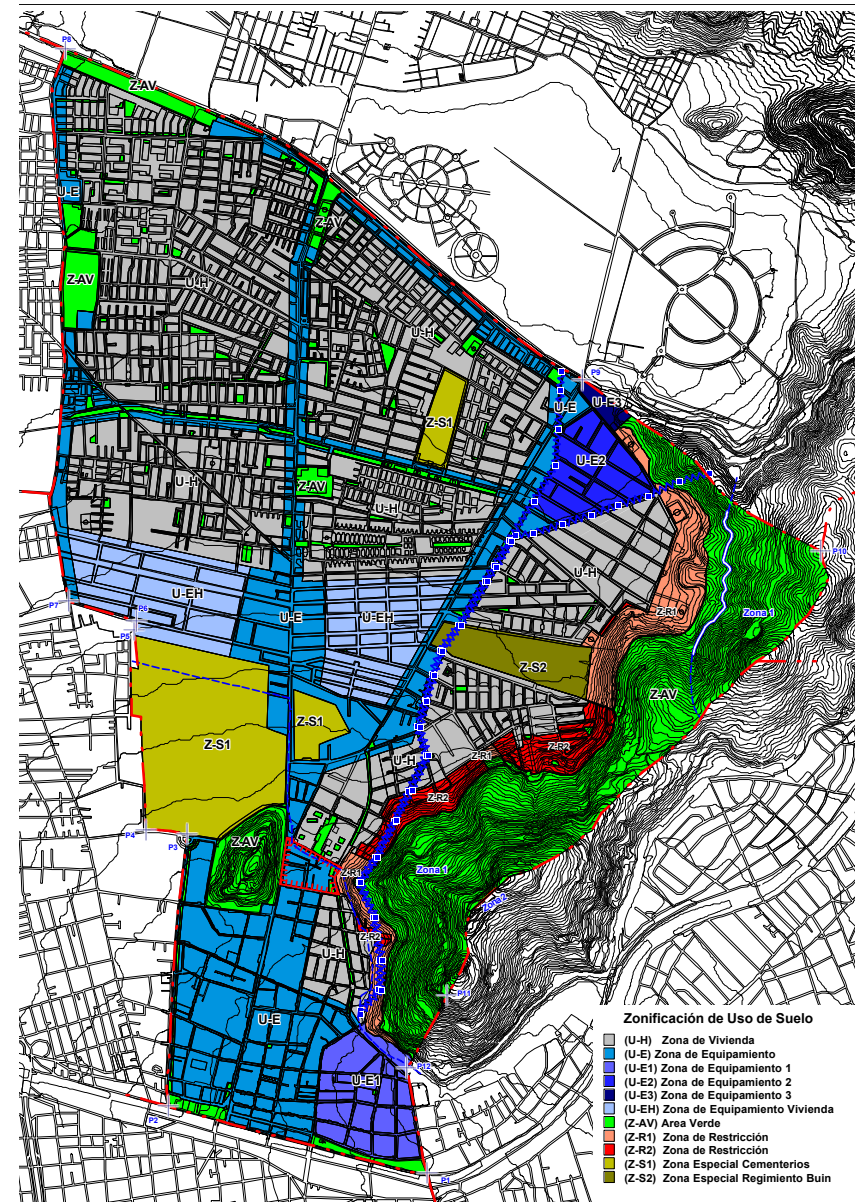
## Usos de Suelo

La comuna de Recoleta presenta una gran variedad de usos de suelo, donde las características principales son la diversidad de actividades que presenta el sector sur, que se consolida como una gran zona de equipamiento, mientras que la zona norte y oriente se consolidan como sectores preferentemente residenciales. Otro aspecto importante son sectores focalizadores de actividad, determinados por las zonas de equipamiento en general y los denominados equipamientos especiales, de los que destacan: Cementerios General y Católico, de gran intensidad de uso; Cementerio Israelita y regimiento Buín, de carácter más privado; y los cerros Blanco y San Cristóbal, de gran potencial recreacional y deportivo.

Desde sus orígenes el sector sur de Recoleta ha tenido un fuerte vínculo con el centro de Santiago, donde existe una importante concentración de equipamiento de escala metropolitana, dentro de los cuales destacan los barrios Patronato y Bellavista como importantes focos de actividad comercial y de recreación, la Vega Central como un gran centro de venta, distribución y almacenamiento, y el sector sur del eje Recoleta.

En cuanto al equipamiento de escala comunal, se constituye como el principal foco de concentración es el eje Recoleta, como extensión norte del equipamiento metropolitano existente en el extremo sur, siendo éste de carácter lineal. Otro foco de equipamiento comunal importante, también de carácter lineal, es la Av. El Salto, de menor importancia, que se constituye como centro de servicios para el área residencial oriente.

El equipamiento de escala vecinal se concentra principalmente en la zona norte de la comuna, debido a que es en éste sector donde existen mayores necesidades de servicios básicos dado su carácter residencial. Este se conforma por pequeños centros disgregados, frecuentemente asociados a elementos focalizadores como plazas, iglesias y colegios, a los cuales también se vinculan sedes sociales, juntas de vecinos, juegos infantiles, etc.



Plan Regulador Comunal Recoleta  
Zonificación de uso de suelo según

Haciendo énfasis en las áreas donde se concentran las zonas residenciales, el sector norte de la comuna de Recoleta corresponde a un área de gran extensión, básicamente residencial, con pequeños puntos de equipamiento vecinal localizados de manera dispersa.

Funcionalmente corresponde a una zona homogénea en la cual se destaca la existencia de un centro lineal - Av. Recoleta como columna vertebral - y dos elementos puntuales especiales diferentes entre sí, el cementerio Israelita, con carácter de restricción, y el parque Santa Mónica. De esta sector se pueden destacar las siguientes áreas funcionales:

#### Sector residencial norte.

Se caracteriza principalmente por su homogeneidad de usos, donde no se distinguen mayores diferencias funcionales entre el sector oriente y poniente de Av. Recoleta, las que corresponden a áreas netamente residenciales, con pequeños puntos de equipamiento vecinal, principalmente colegios, juntas vecinales, sedes sociales y pequeñas plazas.

#### Cementerio Israelita

Se destaca principalmente por su extensión y por constituirse como una barrera que separa áreas funcionalmente homogéneas en sus costados.

#### Parque Santa Mónica

Corresponde a un núcleo de equipamiento de escala comunal de buen estado de implementación y conservación, que sirve a la intercomuna norte por su localización en el borde comunal.

#### Eje Recoleta Norte

Este sector destaca por la escala y concentración de los usos no residenciales, principalmente comercio y equipamiento, la cual va disminuyendo hacia el norte de la comuna.

Respecto a la zona oriente, comprendida entre el eje El Salto - Av. Perú y el borde poniente del parque Metropolitano (área especial de equipamiento de escala metropolitana), se trata de un sector predominantemente residencial en el que aparecen sub - sectores, en los cuales la vivienda se mezcla con otros usos. En este sector destacan el Eje El Salto como centro de equipamiento; el regimiento Buín, que destaca por su gran extensión; y el cerro San Cristóbal como una gran área que acoge equipamiento de distintas escalas.

## Estructura Predial

Con respecto a la granulometría que Recoleta presenta en la conformación de sus manzanas, podemos decir que esta va relacionada muy directamente con los “sectores” en los que ha sido dividida la comuna y al uso de suelo que presenta cada uno de estos sectores así como también la situación histórica que los enmarca.

De esta manera vemos como la trama histórica de Santiago avanzó y le dio forma al sector sur de Recoleta, que en conjunto con el uso de suelo con carácter metropolitano que posee generó la conformación de una manzana con fachada continua y con una granulometría muy compacta.

Hacia el centro de la comuna se puede apreciar como los cementerios ya no sólo dividen la comuna a nivel funcional de su suelo, sino que también, lo hacen en cuanto a la estructura y densificación de las edificaciones la cual va disminuyendo fuertemente a medida que se avanza hacia el sector norte de la comuna, en donde la edificación continua y compacta del área sur pasa a ser discontinua y dispersa hacia Américo Vespucio.

La densificación en la estructura construida en donde predomina el lleno sobre el vacío y la carencia de espacios libres de desahogo como plazas que presenta el sector sur de Recoleta al sur del Cerro Blanco, en conjunto con los polígonos especiales de la Vega Central, el Hospital Psiquiátrico y la Clínica Dávila, hacen de este, un sector que desde el punto de vista de su forma construida, sea un área de gran rigidez espacial contraponiéndose con el sector de los barrios Patronato y Bellavista, este último aprovechando la morfología del Cerro San Cristóbal como elemento ordenador, cosa que no ocurre con el Cerro Blanco y su área sur, generándose hacia él la misma rigidez del sector.



Configuración de la Forma construida



## Estructura vial

La trama vial de la comuna de Recoleta se estructura en base a dos tipos de vías según dirección, dentro de las cuales destacan las siguientes:

### Dirección Norte - Sur

Av. Recoleta, como su eje institucional y fundacional el cual cumple el rol metropolitano a nivel conector hacia el centro de Santiago por el sur y Huechuraba por el norte.

Eje El Salto, compuesto por los tramos Av. Loreto - Purísima por el sur, Av. Perú y Av. El Salto - Las Torres hacia el norte.

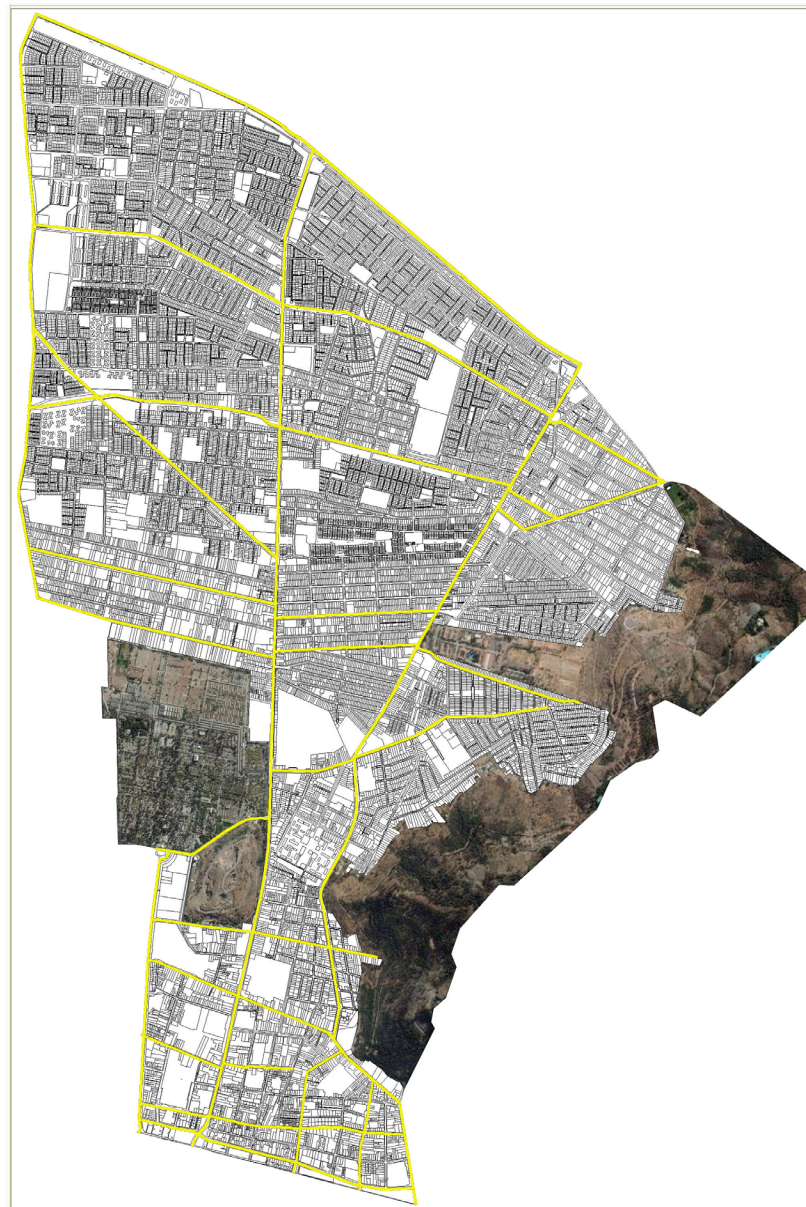
### Dirección Oriente - Poniente

Avenidas Santa María - Bellavista y Américo Vespucio, que corresponden a las principales vías de escala metropolitana y constituyen los límites administrativos que separan a Recoleta de la comuna de Santiago y de Huechuraba respectivamente, comunicándola a la vez con el resto de la ciudad.

Avenidas Santos Dumont y Domínica, también de escala intercomunal comunicando por el poniente por la prolongación Olivos, y hacia el oriente por Purísima - Santa María.

Avenidas Dorsal Zapadores, ejes estructurales de escala intercomunal que conectan a Recoleta hacia el poniente con las comunas del sector norte de Santiago.

Av. Diagonal Cardenal José María Caro, eje estructural de escala intercomunal que conecta a Recoleta hacia el norponiente de la comuna de Conchalí



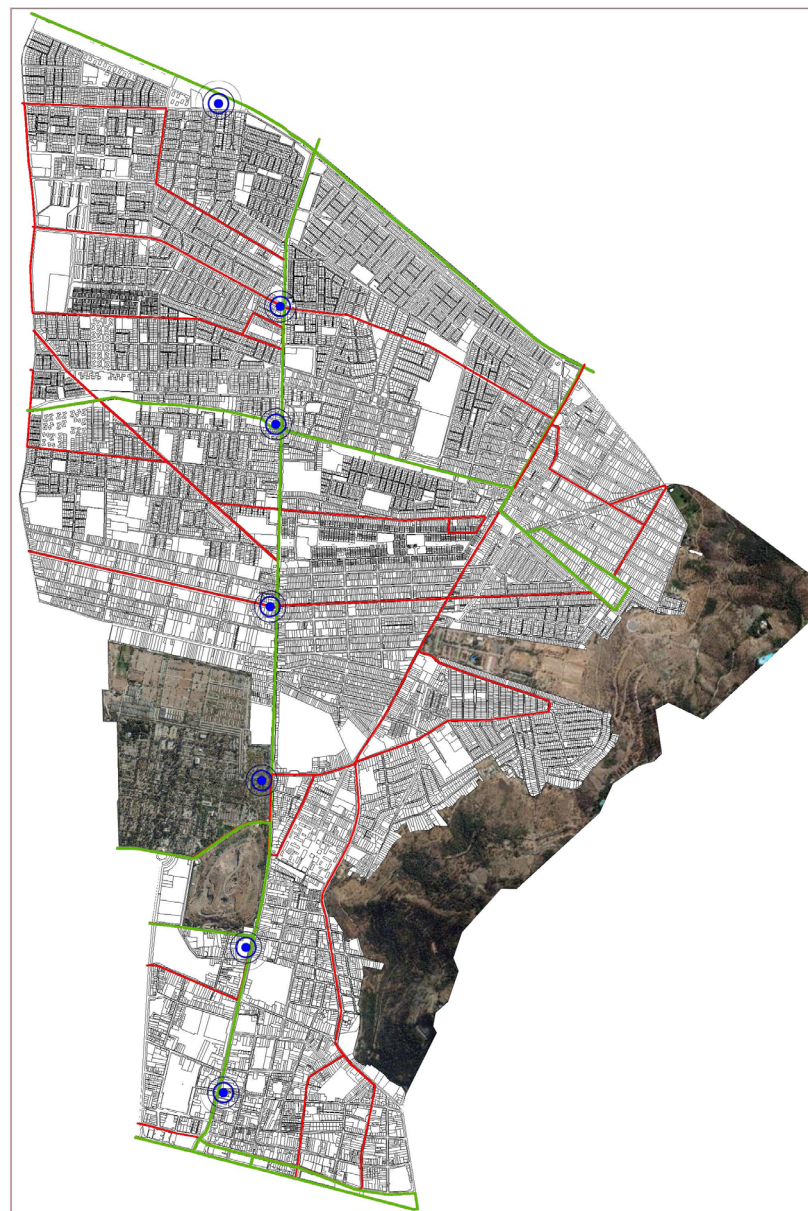
Red Vial Estructurante

## Transporte

El sistema de transporte público en la comuna de Recoleta se estructura mediante un recorrido troncal en el sentido norte - sur por la Av. Recoleta, y cuatro recorridos troncales transversales al anterior: Av. Américo Vespucio, Av. Dorsal, Profesor Zañartu - Santos Dumont, y Av. Bellavista - Av. Santa María.

Los recorridos alimentadores se disponen principalmente en el sentido oriente - poniente, a excepción del que cubre la Av. El Salto, que aparece por el oriente como alternativa al eje troncal de Av. Recoleta, y el de Cardenal Caro y Av. Guanaco que refuerzan el sector norte de la comuna por el poniente <sup>17</sup>.

Por otro lado, la línea 2 del Metro de Santiago se constituye como un factor fundamental en el sistema de transporte público, que dispone de manera homogénea 7 estaciones de metro a lo largo del eje de Av. Recoleta abarcándolo prácticamente en su totalidad dentro de la comuna, beneficiando no solo a los habitantes de Recoleta, sino en general a las comunas del área Norte de Santiago, como Independencia, Conchalí y Huechuraba, conectándolas con el centro de la ciudad.



Recorridos transporte público y estaciones de metro

<sup>17</sup> Fuente: <http://www.transantiago.cl>



## ANÁLISIS DEL TERRENO

El terreno escogido para el emplazamiento del Centro Comunitario de Integración se encuentra en la población Quinta Bella, ubicada en el sector Norte definido anteriormente, entre las calles Muñoz Gamero por el norte, El Salto por el oriente, Víctor Cuccuini por el sur y Recoleta por el poniente. Antiguamente el terreno correspondía al fundo Quinta Bella, de propiedad del empresario minero José Tomás Urmeneta. Hacia el año 1950 el terreno fue adquirido con el fin de destinarlo vivienda. La Población Quinta Bella fue inaugurada en el año 1952 como una población de emergencia y actualmente viven aproximadamente entre diez a doce mil personas en mil quinientas casas <sup>18</sup>.

El sector es principalmente residencial, contando además con diverso equipamiento de tipo comunitario, como escuelas, equipamiento deportivo, de salud y religioso, tanto como en la misma población como en su entorno más cercano.

El terreno se ubica hacia el centro de la población, junto al gimnasio Quinta Bella y cercano a la escuela Víctor Cuccuini, la capilla Cristo Vive y el CESFAM Quinta Bella, además de diversas sedes comunitarias. El terreno tiene una superficie aproximada de 4690,4 m<sup>2</sup>, y está localizado entre las calles Norte por el norte, pasaje Collipulli por el oriente, Parque Central por el sur y pasaje Bondad por el poniente.

En la actualidad el terreno cuenta con un edificio en mal estado, que se encuentra en proceso de desmantelamiento, lo que causa en el predio y sus alrededores cierto grado de abandono y degradación.

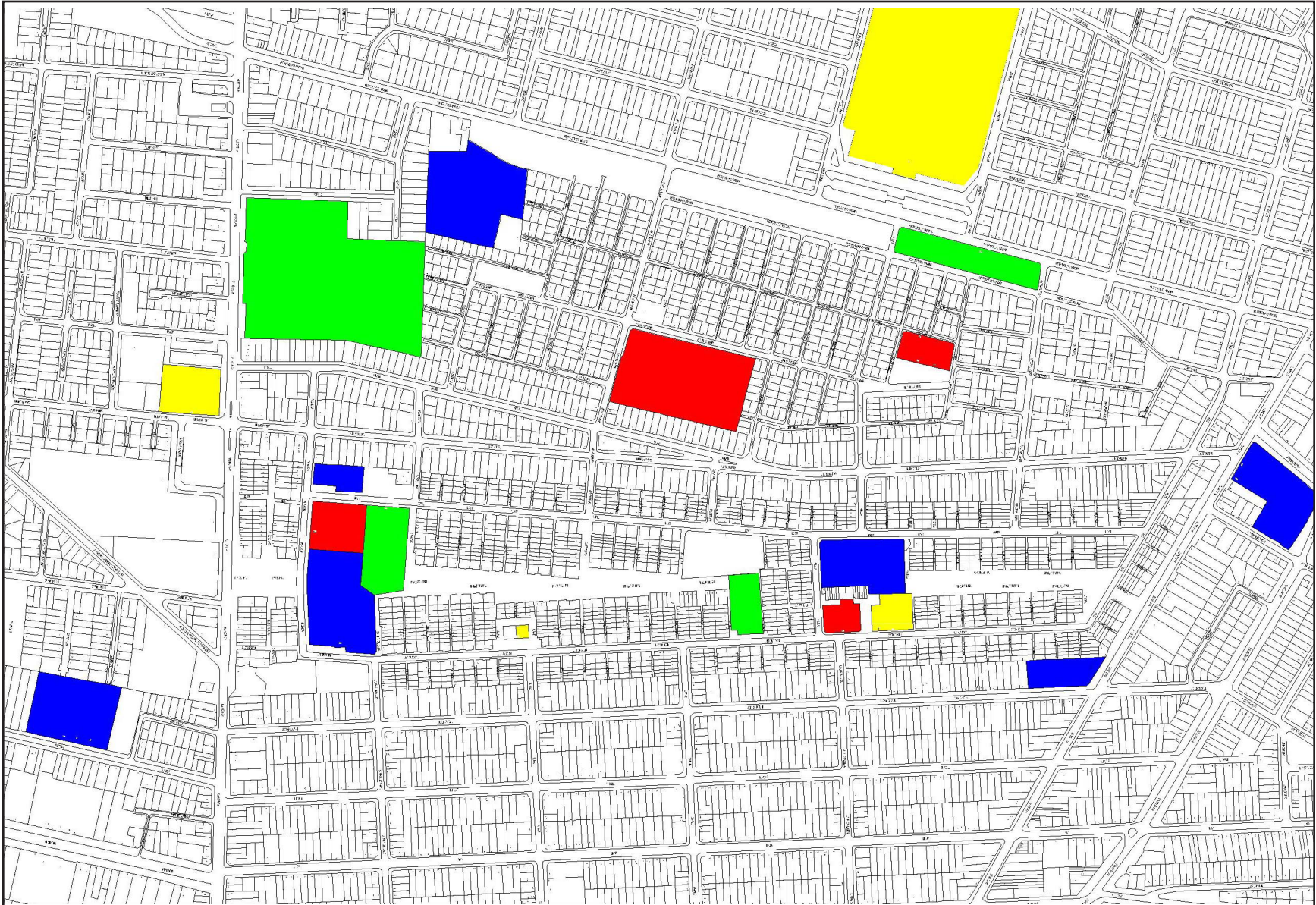


<sup>18</sup> Boletín La Esquina, [www.biblioredes.cl/colectivolaesquina.cl](http://www.biblioredes.cl/colectivolaesquina.cl)

POBLACIÓN QUINTA BELLA







Educativo



Salud



Deportivo



Culto

## ESTRUCTURA ESPACIAL

La volumetría de la población Quinta Bella está conformada esencialmente por viviendas de baja altura, de 1 o dos pisos, las que se ordenan en torno a pasajes peatonales. Dentro de esta volumetría se distinguen 3 tipos:

Volumetría periférica, que conforma un límite respecto a las unidades vecinales aledañas.

Volumetría interior, que se presenta como elemento de gran homogeneidad.

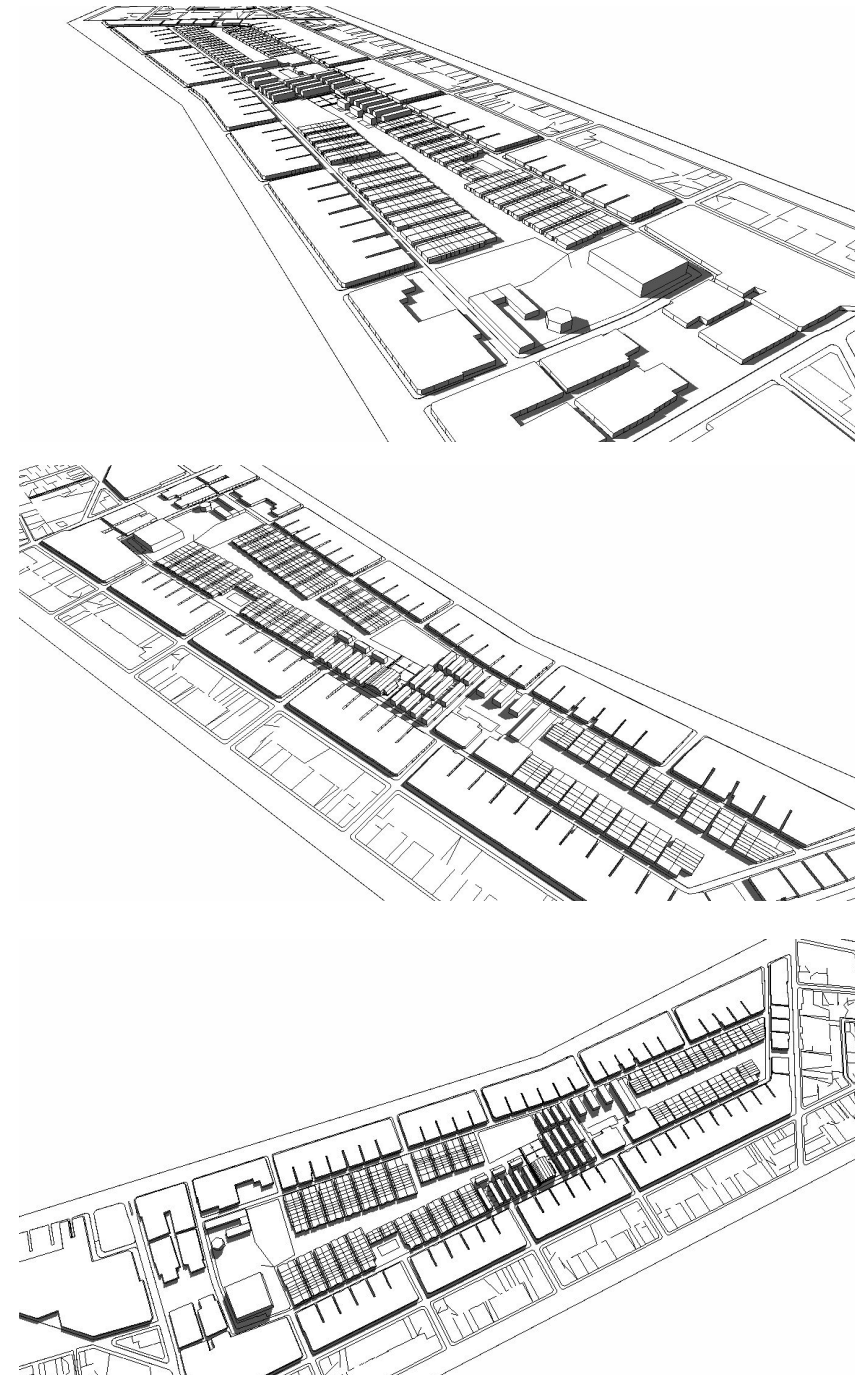
Volumetría de interés, que aparecen a modo de hitos dentro del sector, distinguiéndose de las otras ya sea por su uso, valor estético, histórico, etc.

Por otro lado se destacan elementos vacíos de gran importancia:

En el sentido Oriente - Poniente, las calles Norte por el norte, Justicia Social por el sur y el gran vacío central de circulación peatonal Parque Central.

En el sentido Norte - Sur, las calles Inocencia por el poniente, Violeta por el centro, y Sofía por el oriente.

La calle Violeta adquiere mayor importancia ya que aparece como un elemento divisor, que en conjunto con un grupo de viviendas y edificios de equipamiento cortan la continuidad del vacío central, conformando en el interior dos grandes sectores.











Uno de los aspectos más característicos de la población es la estrechez de los pasajes que dan acceso hacia las viviendas, esto debido a que, en la mayoría de los casos, las viviendas se apropiaron de parte del pasaje, ya sea a modo de antejardín o como ampliaciones de las viviendas. De esta manera los pasajes se configuran como espacios muy estrechos, muchos de ellos con control de entrada mediante un portón, lo que hace que el acceso hacia el parque central sea de carácter restringido, transformándolo en un espacio de carácter semipúblico.

Esta situación tiene como consecuencia que la calle adquiere mayor importancia como espacio público, estableciéndose como lugar de encuentro de importancia la calle Violeta. Esto se ve reforzado por la presencia de diverso tipo de equipamiento en ese sector de la población, extendiendo la actividad propia de cada edificio hacia el exterior.







## USO DE SUELO DEL SECTOR SEGÚN PRC RECOLETA

### U-H AREA NORTE Y ORIENTE

Condiciones de Uso del Suelo.

a. Usos Permitidos:

- Vivienda.
- Equipamiento de escala vecinal.

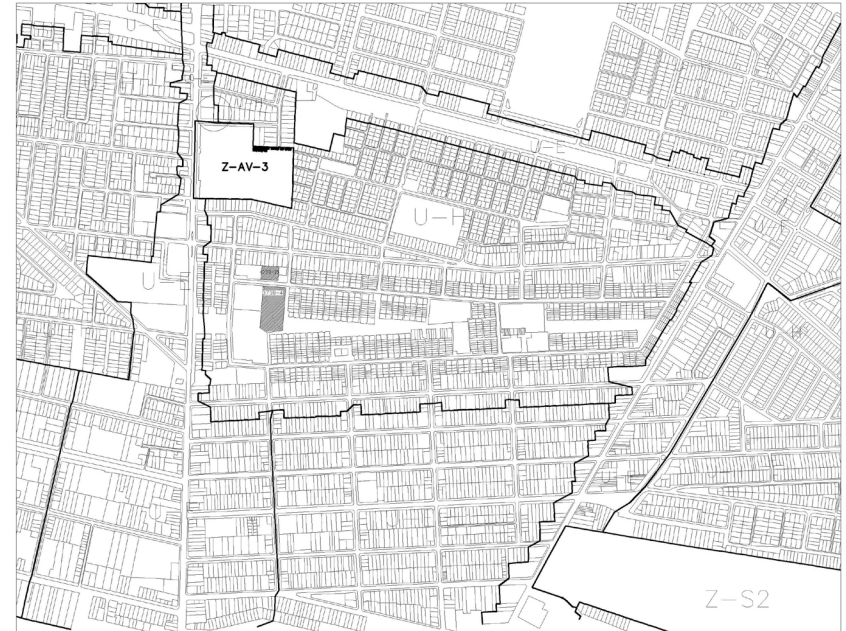
b. Usos Restringidos:

- Equipamiento de escala comunal se restringe a calles de ancho mínimo 20m
- Transporte Tipo B y C, con las condiciones detalladas en el Cuadro N°10.

c. Usos Prohibidos:

- Equipamiento de escala intercomunal.
- Actividades Productivas de cualquier tipo.
- Almacenamiento de cualquier tipo.
- Transporte: Tipo A y garages completos.

Se prohíben además todos los usos de suelo que no están expresamente permitidos, los restringidos que no cumplen con las condiciones de esta Ordenanza y los usos de suelo mencionados en el Artículo 3.2.4 de la presente Ordenanza.



ZONA	PERMITIDO	RESTRINGIDO	PROHIBIDO
U-H PREFERENTE VIVIENDA Area Norte y Oriente	Vivienda Equipamiento: - Vecinal	Equipamiento: - Comunal, calle min. 20 m Transporte Tipo B y C.	Equipamiento: - Intercomunal Actividades Productivas Almacenamiento Transporte Tipo A y Garages completos.

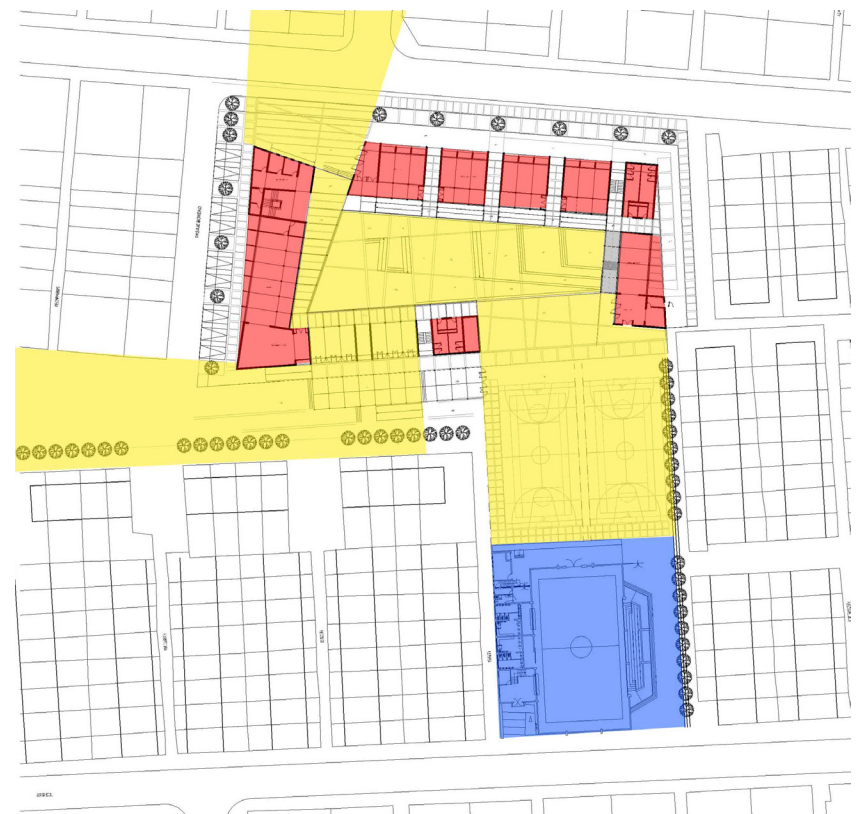


## PARTIDO GENERAL

En términos urbanos, el proyecto, en complemento con el programa existente, se constituye como un polo de atracción hacia el centro de la población Quinta Bella, conformando en conjunto con el gimnasio existente un gran centro de equipamiento comunitario. De esta manera se busca potenciar el área verde central, generando un remate para el parque.

Al mismo tiempo, el proyecto se emplaza como un elemento articulador entre la parte mas privada de la población (Parque Central) y el exterior (calle Norte), que busca generar un punto donde se rompa la hermeticidad del área verde central, planteándose como un gran acceso hacia el parque. Los vacíos se conforman de tal manera que el proyecto busca abrirse hacia las distintas instancias espaciales existentes en el sector:

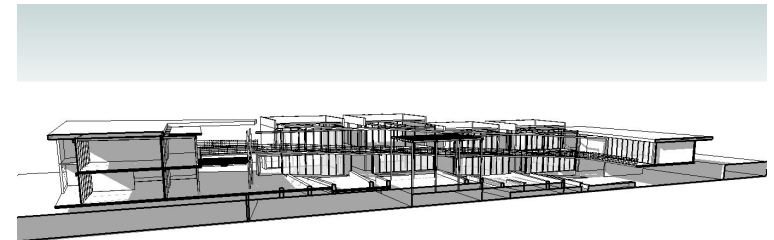
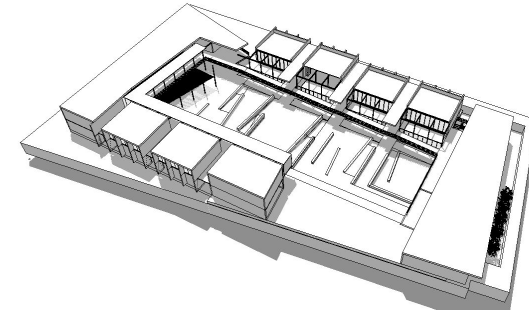
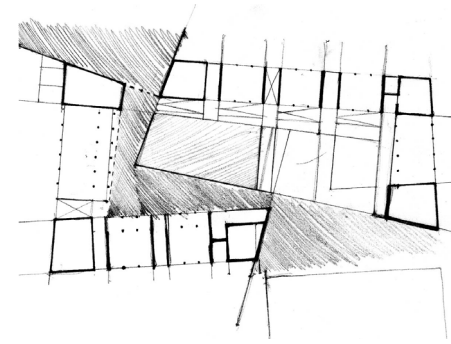
- Hacia el norte, conformando un borde que reconoce la volumetría del lugar rematando con una plaza de acceso que se abre hacia el resto de la comuna.
- Hacia el parque central, conformando el proyecto como un gran acceso hacia el parque central.
- Hacia el sector de las canchas y el gimnasio Quinta Bella, generando un vacío entre el proyecto y el gimnasio que conforma el remate oriente de ese tramo del parque.



El proyecto, como plataforma para la integración comunitaria, se concibe como un recorrido accesible, dispuesto volumétricamente en forma perimetral al predio, conformando un gran patio central que se ordena mediante terrazas que van descendiendo según los niveles que el edificio va generando.

En términos de expresión, el proyecto, en su afán de conformarse como un edificio destinado para la comunidad, busca integrarse en el entorno de forma no agresiva, reconociendo la escala del barrio y la diversidad de texturas existentes, adoptando la glanimetría del sector en forma de volúmenes modulares que se ordenan creando un juego de lleno - vacío en las fachadas norte y sur. Perpendicular a estos se conforman 2 bloques, de mayor jerarquía, que completan la volumetría perimetral.

Si bien los volúmenes del edificio cuentan con dos niveles, el gesto de ascender del edificio hace que se distingan tres niveles. El programa se ordena de acuerdo al recorrido ascendente del edificio y patio central, partiendo por el nivel más bajo que alberga las áreas terapéuticas que requieren de mayor grado de privacidad (gimnasio psicomotricidad, sala de fisioterapia, sala AVD). El nivel central acoge al programa más abierto a la comunidad (bibliotecas, salas multiuso, cafetería) en conjunto con la zona administrativa y de atención a público. En el nivel superior se localiza el programa educacional, concentrando los talleres, salas de clase y la sala de profesores.



Croquis y modelos de estudio



- Área terapéutica
- Área educacional
- Área administrativa
- Área mantención
- Exteriores



**Área terapéutica** **Área educacional** **Área administrativa** **Área mantención** **Exteriores**





- Área terapéutica
- Área educacional
- Área administrativa
- Área mantención
- Exteriores



## GESTIÓN Y FACTIBILIDAD

Como ha sido recalcado el proyecto no se justifica sino existe una iniciativa que emane desde la comunidad, ya que es ésta el factor fundamental que da vida a un centro de este tipo. De esta manera se plantea el Centro Comunitario para la Integración como una institución pública, dependiente de la municipalidad, y administrada en conjunto con las organizaciones comunitarias del sector donde se emplaza. Para efectos administrativos y para aprovechar el alcance de los organismos de salud se plantea como estrategia establecer un centro por comuna, dependiendo de los centros primarios de salud, los gobiernos locales (municipalidades) y de vinculación asistencial con los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

El centro comunitario se convierte en el nexo entre las entidades públicas de salud, las educacionales y las organizaciones vecinales. Las redes de apoyo para considerar pueden ser: las organizaciones vecinales, las escuelas, los consultorios, los municipios y sus departamentos de desarrollo comunitario, las corporaciones deportivas, etc. En vista del rol social del centro comunitario, éste se debe concebir un edificio o infraestructura de envergadura vecinal, con un ámbito de influencia intermedio dentro de un territorio <sup>19</sup>.

La factibilidad económica del proyecto se sustenta principalmente en aportes fiscales directos (fondos concursables), a través de las siguientes alternativas:

### Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR):

Financia iniciativas en todos los sectores de la economía, con exclusión de gastos en personal y en bienes y servicios de consumo de los servicios públicos nacionales o regionales, de las municipalidades y de las instituciones de educación superior; constituir o efectuar aportes a sociedades o empresas.

### Fondos Sectoriales:

Están destinados a financiar iniciativas de inversión que presentan los ministerios y sus servicios, cuyo ámbito de influencia puede ser regional, interregional o nacional. Los proyectos regionales ocurren cuando su envergadura no es posible financiarla con fondos regionales, o representan proyectos prioritarios para el desarrollo de una región en particular.

### Fondos municipales:

Corresponde a fondos propios o recursos del Fondo Común Municipal que se complementan con el financiamiento regional y Sectorial para cofinanciar determinadas iniciativas de inversión. En este caso se pueden utilizar los fondos destinados a equipamiento de salud.

También existe la posibilidad de contar con donaciones de privados y cooperaciones internacionales. Las primeras experiencias en Chile respecto a la aplicación de RBC se han hecho fundamentalmente mediante el aporte del gobierno de Japón a través del acuerdo de cooperación internacional entre la JICA (Agencia Japonesa de Cooperación Internacional) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), el cual durante un período de 5 años (2000 - 2005) realizó una serie de inversiones en infraestructura, equipamiento, tecnología y capacitación de personal.

Para el financiamiento de las actividades comunitarias se puede postular a fondos concursables del Fondo Nacional para la Discapacidad, mediante dos líneas de acción definidas por la institución:

1. Línea de RBC: mediante un concurso nacional de proyectos.
2. Concursos para organizaciones comunitarias, que contempla los ítems de: iniciativas comunitarias y habilitación e implementación de sedes comunitarias.

---

<sup>19</sup> Según documento "Bases conceptuales y estrategia de diseño para Centros Comunitarios de Rehabilitación"; María Jesus Bravo, Carmen García, María Inés Bravo, Alberto Vargas; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

---

BIBLIOGRAFÍA

## LIBROS

- Rusk, Howard A, 1901- . “Medicina de rehabilitación”. México : Interamericana, [c1962]. xv
- Corporación Ciudad accesible; “Diseño accesible Construir para todos”, Santiago, Chile, 2002.
- Gobierno de Chile; “Ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad”, Santiago, Chile, Enero 1994.
- Gobierno de Chile, FONADIS “Primer Estudio Nacional Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile”; Santiago, Chile, 2005
- Equipo RBC; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda; “Experiencias en Rehabilitación con Base Comunitaria”, 2005
- María Jesús Bravo, Carmen García, María Inés Bravo, Alberto Vargas; Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda; “Bases conceptuales y estrategia de diseño para Centros Comunitarios de Rehabilitación”
- SECPLAC - I. Municipalidad de Recoleta; “Plan de desarrollo Comunal”
- Dirección de Proyectos de Investigaciones (D.P.I.) de la Facultad de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Título : Estudio plan regulador comuna de Recoleta : etapa I análisis y diagnóstico v.3 Observaciones, síntesis y conclusiones; Santiago, Chile : Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Arquitectura, 1999

## MEMORIAS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN

- María Jesús Bravo Castillo; “ Centro comunitario de rehabilitación población La Faena, comuna de Peñalolén”; Memoria de Titulo, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile; Santiago, Chile, 2004
- Christopher Karamanoff Olguín; “Centro cívico y municipalidad de Recoleta”; Memoria de Titulo, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile; Santiago, Chile, 2004
- Burgos, Lorena; Carvallo, Claudia; “Discapacidad física: soluciones de accesibilidad a monumentos nacionales”, Seminario de Investigación, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile; Santiago, Chile, 2002.

## DOCUMENTOS Y REVISTAS

- OIT, UNESCO, OMS; “Documento de posición conjunta sobre RBC. Agencias de las Naciones Unidas”. 1994
- INE; Resultados Censo Nacional de Población 2002, Santiago, Chile, 2002.
- Revista Médica de Chile, Vol. 122, Nº 2, 1994. “Atención primaria y participación comunitaria en salud: orientaciones estratégicas”; Roberto Beldar y Judith Salinas.

## ENTREVISTAS

- Carmen García; Kinesióloga, Equipo RBC Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
- Rebeca Martínez; Enfermera, Equipo RBC Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
- Dr. Francisco Barrera; Pediatra, Jefe Servicio de Pediatría Hospital San Borja - Arriarán
- Iván Espinoza, SECPLAC, I. Municipalidad de Recoleta
- Rosa Muñoz, organización “Las Palomitas”, Población Quinta Bella, Recoleta.

## PÁGINAS WEB

- Colectivo La Esquina  
<http://www.biblioredes.cl/BiblioRed/Nosotros+en+Internet/Colectivo+la+Esquina/numero+uno>
- Design for All Foundation  
<http://www.designforall.org/es/index.php>
- Corporación Ciudad Accesible  
<http://www.ciudadaccesible.cl/>
- Primer congreso sobre personas con discapacidad física, Federación coordinadora de personas con discapacidad física de Bizkaia  
<http://www.congresofekoor.org/areas.php>
- Fondo nacional de la discapacidad. Santiago de Chile : Ministerio de Planificación.  
<http://www.fonadis.cl/>
- RED Iberoamericana de Solidaridad. (Santiago, Chile).  
[http://www.risolitaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home\\_Discapacidad.asp?id=1700&dir=Editorial\\_DC](http://www.risolitaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Discapacidad.asp?id=1700&dir=Editorial_DC)
- European Concept for Accessibility ECA  
<http://www.eca.lu/>
- Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas INE  
<http://www.ine.cl/cd2002/index.php>
- Ilustre Municipalidad de Recoleta  
<http://www.recoleta.cl>