

CENTRO INTEGRAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER INFANTIL

“MUNDO VIVO”

0 | **INDICE**

1 | **MOTIVACIONES**

2 | **ANDRES Y SU LUCHA CONTRA EL CANCER**

2.1 | **HISTORIA DE ANDRÉS Y SU LUCHA CONTRA EL CANCER.**

2.2 | **CONCLUSIONES LUEGO DE LA HISTORIA.**

3 | **EL MUNDO VIVO**

3.1 | **ESTRATEGIA GENERAL.**

3.2 | **CONSIDERACIONES GENERALES.**

3.3 | **ELECCIÓN DEL EMPLAZAMIENTO.**

- | EL TERRENO _ HOSPITAL DR. LUÍS CALVO MACKENNA.
- | LA COMUNA.
- | EL LUGAR.

3.4 | **EL PROYECTO**

- | PLAN MASTER.
- | PROPUESTA CONCEPTUAL.
- | PREMISAS ARQUITECTÓNICAS.
- | DESARROLLO PROGRAMÁTICO Y ZONIFICACIÓN.
- | GESTIÓN Y FACTIBILIDAD DEL PROYECTO.

4 | **BIBLIOGRAFÍA**

5 | **ANEXOS**

1 | MOTIVACIONES

Hoy en día el importante rol social que a veces olvida la arquitectura, nos delega una gran responsabilidad como futuros arquitectos de la Universidad de Chile, porque a través de nuestras soluciones espaciales, podemos contribuir a un desarrollo integral de las personas, favoreciendo el normal crecimiento de cada individuo en todas sus etapas, sin distinción de realidades sociales, económicas, políticas, religiosas, ni geográficas.

La importancia de un medio acogedor que estimule nuestro crecimiento en sus primeras etapas, se hace cada vez más necesario y a la vez más esquivo, en un mundo diseñado para el adulto, que amenaza el importante rol que juega el espacio en la percepción de un niño, le agrega aun mas importancia a nuestro papel como arquitecto. Velar por este período pleno de asimilación de conocimientos, en el cual, jugar, vivenciar, interactuar, moverse libremente, constituyen parte del normal aprendizaje y por lo tanto deben ser acogidas. Cada momento, cada actividad, cada experiencia es importante para el niño, lo cual implica que cualquier variable que altere este proceso, puede interferir y condicionar, no sólo de forma física sino también psicológica su desarrollo.

Quién no recuerda cuando tuvo que quedarse en cama mientras los demás salían a jugar... o el miedo que nos daba una simple visita al médico, y peor aun, visitar a algún pariente enfermo en alguna clínica u hospital, ni siquiera se nos pasaba por la cabeza que quizás podríamos ser nosotros quienes pasáramos por la experiencia de vivir en alguno de esos horribles lugares.

Sin duda, una infancia marcada por una enfermedad crónica, es decir, un mal que aqueja por más de 3 meses y que demanda de cuidados especiales más allá de los que requiere un niño en general, puede ser uno de los recuerdos más intensos que podemos albergar; constantes idas al hospital, incertidumbre sobre diagnósticos y resultados, rupturas familiares, y el constante estrés, modifican el proceso esperado en el desarrollo del niño, en la medida en que afecta sus relaciones con el ambiente físico y social, obligándolo a asumir tareas especiales y una serie de ajustes en su diario vivir.

En los casos cuando el niño debe dejar su medio conocido, para ingresar al temido mundo de los hospitales y clínicas, o incluso si tiene que ser trasladado de su ciudad a otra, donde el equipamiento pueda responder a las necesidades de su enfermedad, surgen interrogantes; ¿Qué pasa con el niño?,

¿Dónde se diagnostica?, ¿Dónde se trata?, ¿Qué ocurre con la familia?, ¿Dónde se quedan? ¿Qué sucede si tienen que andar recorriendo toda la ciudad de un lugar a otro para completar el tratamiento?...

Esta situación de desamparo, se ve aún más acentuada en el caso de las enfermedades catastróficas, tales como el cáncer infantil; debido a su alto costo, fuerte compromiso físico-emocional tanto para los pacientes, como para su entorno familiar cercano y la alta tasa de mortalidad que presenta, exige una gran ansia de vivir para sobrellevar diagnóstico y tratamiento, por lo que el entorno debe ser lo más acogedor posible.

Es de vital importancia, poder recoger las problemáticas expuestas, debido a que el actual sistema público de tratamiento del cáncer contempla escasos ámbitos orientados hacia el reforzamiento de aspectos emocionales y psicológicos, tanto de las familias como de los niños. La inexistencia de una infraestructura y de servicios pensados únicamente para las familias, su confort y comodidad, junto a lo inadecuado de los ambientes hospitalarios, por lo general gravemente deteriorados y orientados a resolver temas funcionales y constructivos, no colaboran en generar un entorno adecuado y grato para la recuperación del paciente.

Además de ayudar y apoyar a las familias y niños durante las distintas instancias del proceso de tratamiento, lograr disminuir los trastornos originados cuando las familias deben desintegrarse temporalmente debido a su traslado desde regiones, o simplemente cuando tienen que modificar sus rutinas diarias para centrarlas únicamente en la atención del niño enfermo, son algunas de las motivaciones que me llevaron a elegir este tema, pensando en los niños del mañana.

2 | ANDRES Y SU LUCHA CONTRA EL CANCER | PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 | HISTORIA DE ANDRÉS Y SU LUCHA CONTRA EL CANCER

A continuación, a modo de marco teórico, presentaré la historia de Andrés, lo que a mi juicio ilustrará, a grosso modo, la realidad del sistema de salud en Chile, ahondando en el método de atención del cáncer infantil en la salud pública, en los protocolos creados por el estado (Plan AUGE Y PINDA) y de una forma más cercana, entregará un enfoque integral de la infraestructura actual y los requerimientos programáticos para el tratamiento del cáncer infantil, esbozando como la arquitectura adquiere un rol de agente sanador y terapéutico en los espacios destinados para la salud. Todo esto, a través de la visión de un niño y de la realidad a la cual se ve enfrentada su familia, cuando este pequeño integrante es afectado por el cáncer.

- ¡Mamá, mamá! – gritó Andrés.
- ¿Qué pasa, porqué gritas? – se apuró en responder su madre, la Señora Rosa.
- Mira lo que tengo en el cuello- dijo mientras le mostraba con su dedo.
- ¡Andrés, deja de moverte de una buena vez para verte bien!- respondió lo más calmadamente posible la Sra. Rosa, pero claramente alarmada con lo que estaba viendo, continuó diciendo: - anda a buscar a tu hermana Florencia, porque vamos a ir a la posta para que revisen lo que tienes.-

La señora Rosa siempre había sido muy aplicada para seguir los consejos que le entregaban los médicos por lo que no dudó en partir de inmediato a la posta, una vez ahí, llamaría a Darío, su marido, para contarle lo sucedido.

La familia de Andrés es parte del 67% de la población que se atiende en el sistema de salud pública, el cual constituye el principal soporte sanitario de atención para la mayoría de la población imposibilitada de acceder al sistema de salud privado.

Luego de dos horas de espera en la posta central de Arica, la señora Rosa, no sabía que hacer para entretener a los niños, podía apreciar lo pálido que se veía Andrés y las pocas ganas de jugar que tenía, y la larga espera sólo empeoraba las cosas.

- Señora Rosa me gustaría hacerle un par de exámenes a Andrés, antes de poder entregarle un diagnóstico certero, por lo que mientras, le recomiendo a Andrés que descansa y duerma un poco - fue lo que le dijo el medico de turno mientras escribía el listado de exámenes que requería para dar su diagnóstico, el cual a su parecer no iba a ser muy alentador. Aunque no quiso alarmar a la señora Rosa, si dejó en claro que realizara los exámenes lo más rápido posible.

Aquella noche tanto la señora Rosa como don Darío casi no durmieron, ambos estaban preocupados, ya que hace unas semanas venían notando un comportamiento inusual en Andrés, ellos estaban acostumbrados a verlo jugar a la pelota, a hablar sin parar, atolondrándose, sólo para contarles sus aventuras diarias, en definitiva la actitud normal de un niño de 11 años en la primera semana de vacaciones de verano.

Al día siguiente la señora Rosa decidió llevar a su hijo a realizarse los exámenes, eso tomo toda la mañana, el calor era insoportable y el lugar donde se encontraban esperando, presentaba claras señas de deterioro, la posta estaba atestada de gente, y Andrés se encontraba muy asustado porque no entendía por qué estaba ahí, ni por qué le tenían que realizar exámenes, el sólo quería dormir... cerrar los ojos y volar lejos de ese lugar que le daba mucho miedo.

Tres días mas tarde se encontraban nuevamente esperando para que el doctor los atendiera, la incertidumbre, la espera, la desinformación, la angustia tenían presa a la señora Rosa. – ¿Por qué no harán estos lugares mas agradables?, los niños no tienen donde jugar, y aquí uno, no se puede ni sentar.- pensaba para si misma.

Finalmente el médico los atendió, y les dio el primer indicio de que algo andaba mal, les dijo que los exámenes le habían confirmado su sospecha; el creía que Andrés tenía **Leucemia**.

La señora Rosa había escuchado antes esa palabra y por la seriedad del médico, podía imaginarse que esto no era nada bueno.

El médico procedió a explicarles, que Andrés iba a ser referido al Hospital Dr. Juan Noé Crevanni de Arica, ya que éste forma parte del nivel secundario de atención. Ahí según el Protocolo AUGE, iban a realizarle una confirmación diagnóstica, si en definitiva, la sospecha se fundamentaba por medio de un hemograma, Andrés iba a ser derivado de acuerdo a la red de derivación al Centro para Tratamiento del

Cáncer Infantil, y posteriormente al centro PINDA (programa Infantil de drogas antineoplásicas), que le correspondiera.

Tomó el teléfono y le pidió a la secretaria que le llevara una solicitud de interconsulta, la cual debía ser presentada a la brevedad al Hospital.

Cuando la señora Rosa y Andrés habían salido de la consulta, el médico, se puso a pensar en el documento del Plan Auge, que había leído solo hacía unas horas atrás. Encontraba inverosímil que según datos del Ministerio de Salud, cada año se esperaran cerca de 540 nuevos casos, con una cifra de curación del 60%, resultado muy cercano al 65-70% de los países desarrollados. Esto, en términos más cercanos y a grandes rasgos, implicaba que si cada año 540 niños se les detectaba algún tipo de cáncer, sólo 324 serían curados completamente de la enfermedad luego de su tratamiento y aproximadamente un 35% fallecerían, es decir 189 niños. El resto de los casos se retirarían del tratamiento por diversas causas.

Estas cifras posicionaban al cáncer como la segunda causa de muerte en el grupo de 5 a 15 años de edad en Chile, después de muertes por accidentes, traumatismos y violencias¹.

Lo único que el médico podía hacer en ese minuto, era pedir que Andrés fuera parte de ese 60%...

La señora Rosa se sentía media atontada, aún no asimilaba lo que estaba pasando, algo no estaba bien con Andrés y ella no podía hacer nada por ahora. Estaba acostumbrada a aliviar las dolencias de sus hijos y ahora no sabía que hacer. Cuando llegaron a la casa, don Darío se encontraban jugando junto con la Florencia, la menor de la familia, de 8 años, ambos notaron el ingreso de Andrés y su madre. Don Darío rápidamente se acercó a Rosa y le preguntó como había salido todo, ella le contó lo que le había dicho el médico, destacando la palabra leucemia, todavía sin entender bien a que se refería.

- ¡Leucemia, eso es Cáncer!- Exclamó don Darío, - no lo puedo creer, ¿estás segura?- Preguntó incrédulo ante las miles de interrogantes que pasaban por su cabeza.

-No te adelantes a los hechos, mañana tenemos que ir al hospital Dr. Juan Noé, a hablar con el especialista, así que tranquilicémonos frente al niño.- respondió la señora Rosa lo mas calmadamente que pudo, pero con el corazón apretado de la angustia, y luego entre balbuceos añadió - mañana será otro día.-

¹ Ministerio de Salud 2004 (Cáncer infantil en Chile, PINDA)

Aquella noche fue eterna no podían esperar para saber en definitiva que estaba pasando con Andrés, ambos se encontraban desorientados, y en un estado de incertidumbre total, y lo peor de todo que por el momento no podían hacer nada.

Andrés estaba llorando cuando la señora Rosa entró para despertarlo, -¿Qué pasa Andrecito?- pregunto con voz suave, pero no hubo respuesta de parte de Andrés, lo único que atinó a hacer fue abrazar a su hijo, ella podía sentir que estaba sufriendo... -Mamá, no entiendo por qué hay que ir de nuevo al hospital, estoy de vacaciones, quiero quedarme en la casa, hoy no quiero ir a ese lugar, no me gusta para nada.- dijo entre sollozos Andrés. -Hijo, tenemos que ir al hospital porque el médico esta viendo por qué estás tan cansado, y a que se debe ese bultito que te salió en el cuello, es por eso que vamos, para que te curen.- dijo suavemente la mamá. Andrés solo asintió, se levanto de la cama y se empezó a preparar. Mientras antes volvieran, antes iba a poder salir a jugar con sus amigos, sólo esperaba tener ánimo para hacerlo.

El hospital era distinto, era mucho más grande, Andrés se imaginaba que estaba en un antiguo castillo abandonado como esos que se veían en los cuentos, el visible deterioro y la poca luz contribuían mucho a resaltar esa imagen, y Andrés estaba casi seguro de que en cualquier momento iba a salir a su encuentro el monstruo que vivía en el castillo, así que procuraba mirar hacia todos los lados del oscuro pasillo que recorría y que a su juicio no terminaba nunca, mientras agarraba con fuerza la mano de la señora Rosa y por el otro lado la de don Darío.

Para Andrés, era raro que su papá estuviese ahí con ellos, ya que normalmente trabajaba todo el día y nunca tenía tiempo para acompañarlos a ningún lado, - tal vez el también está enfermo – iba pensando mientras seguía caminando por el largo pasillo, mirando de reojo a su papá.

- El cáncer infantil, puede manifestarse al inicio con unos síntomas muy 'sutiles', por lo que su diagnóstico puede ser difícil, es por ello que siempre hay que estar atentos a cualquier signo de alarma que indique que su hijo está enfermo; por ejemplo, algunas de estas señales pueden ser falta de energía, dolores de cabeza frecuentes, pérdida de apetito, fiebre persistente, pérdida de peso, dolor de huesos, aparición de un bulto o inflamaciones inusuales...- Les explicaba el Doctor Fuentes, mientras le pedía a Andrés que abriera la boca y dijera “ahhhhhh”.

Junto con lo que iba diciendo el doctor, la señora Rosa iba llevando un conteo con sus dedos de los síntomas que mencionaba el médico y casi sin creer que hasta el momento eran las mismas señales que presentaba Andrés, -¿Qué va a pasar con mi niño? ¿Qué pasó? ¿Cuándo me descuidé?- pensaba para sus adentros mientras miraba de reojo a su marido Darío, ya esperando las próximas palabras del doctor.

- Señora Rosa, don Darío, cuando estamos ante la sospecha de un cáncer, como lo estamos en el caso de Andrés, los especialistas deben realizar una serie de pruebas para determinar de qué tipo de tumor se trata y ver hasta dónde se ha extendido la enfermedad. Eso es lo primero; para ello realizan pruebas analíticas, estudios radiológicos y otras más específicas. El diagnóstico final depende del microscopio; es decir, hay que estudiar el tejido enfermo mediante una biopsia, estudiar la médula ósea y esperar al resultado del estudio de anatomía patológica. Sólo entonces se puede confirmar el diagnóstico de un cáncer y seleccionar a partir de ese momento el mejor tratamiento para cada paciente.- Dijo muy lentamente el doctor, preocupándose de que sus palabras fueran lo más simple posible. Esta era siempre la parte más complicada, contarles a los padres de que su hijo estaba enfermo, y que no se trataba de un simple resfrío, sino como en el caso de Andrés, se trataba de tener **cáncer**.

-Doctor nos podría explicar un poco más que va a pasar con Andrés, ¿Qué hay que hacer ahora?- Preguntó Don Darío sin quitarle los ojos de encima al doctor. Necesitaba saber más, su hijo, su campeón estaba enfermo y él quería respuestas, quería sanarlo.

El Doctor se sentó detrás de su escritorio, movió el cuello buscando liberar un poco la tensión que sentía en ese momento y empezó a decir; - bueno en el caso de Andrés lo que vamos a hacer, es lo siguiente; Nuestro Hospital es parte de una red muy organizada para el tratamiento del cáncer infantil, denominada PINDA, lo que quiere decir Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas, este programa se encarga a nivel nacional, de la detección, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento del cáncer infantil, y además se desprende del programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud, el cual se encuentra en funcionamiento desde el año 1988, atendiendo al 85 % de los niños con cáncer de la población general y casi al 100% de los niños beneficiarios. Está formado por 13 centros de atención integral y 5 centros de apoyo a lo largo del país, y nosotros, somos uno de esos centros de apoyo a esta red, lo que significa, que nosotros aquí podemos realizar la etapa de confirmación diagnóstica, donde detectaremos que es lo que tiene Andrés y luego veremos si podemos seguir con el tratamiento aquí o

si tiene que ser derivado a Santiago.- el doctor Fuentes, hizo una pausa en lo que estaba diciendo, respiró profundo, y continuó de inmediato explicando; - Lo que vamos a hacer es dejar a Andrés aquí en el hospital, donde realizaremos unos exámenes que nos faltan, para poder contar con un diagnóstico definitivo mañana. Si quisieran, uno de ustedes puede quedarse esta noche con el niño, le haría bien. No deben preocuparse por los costos ya que como les explicaba están dentro del programa PINDA y este cubre la etapa de detección.

Mientras los padres de Andrés Hablaban con el doctor, una señorita muy simpática, que tenía puesto un delantal con robots de colores, había llevado a Andrés a comprar una coca-cola, para que no estuviera presente mientras les explicaban a ellos lo que harían con su hijo-. Ella lo llevó por el mismo pasillo que habían entrado y Andrés le preguntó; - ¿No te dan miedo estos pasillos tan oscuros?- La voluntaria lo miró y le dijo: - Sabes, a mí también siempre me han cargado estos pasillos, son eternos, solitarios, y poco amigables, la verdad dan un poco miedo, pero créeme que aquí no hay nada a que temer – Sabes lo que yo pienso, dijo Andrés- pienso que pasan cosas feas adentro, que hacen doler... Ambos siguieron caminado en búsqueda de la coca-cola, mientras la voluntaria pensaba;- si estos lugares fueran más agradables para los niños, no tendrían tanto miedo de venir y entenderían que aquí sólo velamos por su bien...

- ¡Hola campeón!, dijo el doctor animosamente cuando entro Andrés. Te cuento, te vamos a tener que hacer unos pocos exámenes para saber bien que tienes, tu sabes que todo buen futbolista tiene que estar sano, cierto, y para que no tengas que ir y venir, vamos a dejar que te quedes a dormir aquí en el hospital, y si quieres tu mamá o tu papa se pueden quedar contigo, ¿qué te parece? Andrés asintió con la cabeza y a pesar de que no estaba seguro por qué lo hacía, entre el malestar y la fiebre, le pareció lo correcto.

Cuando ya iban saliendo de la consulta rumbo a la pieza del hospital, Andrés paró en seco y se puso a llorar como nunca antes. Había recordado el oscuro pasillo, volvió a sentir el miedo que le daba entrar en esa especie de túnel y pensar sobre lo que pasaba detrás de los altos muros que lo conformaban; sabía que a pesar de su conversación con la voluntaria, definitivamente, no quería quedarse allí... después de un rato, entre taimado y asustado, se secó las lágrimas, y durante el resto del camino no pronunció ni una sola palabra...

La primera noche en el hospital fue un desastre ni madre ni hijo pudieron dormir mucho, ambos tenían sus preocupaciones, por un lado Andrés, se miraba ya sin curiosidad el extraño aparato (catéter) que tenía instalado en un costado de su guata, del cual, le sacaba sangre una enfermera cada cierto rato. Si bien no le dolía mucho, parecía una eternidad el tiempo que llevaba ahí en ese lugar, tanto así que incluso había perdido la cuenta de las veces que la enfermera había ido, y hasta le había dejado de parecer gracioso su peinado como al principio, por lo que ahora miraba las paredes buscando algo en que entretenerse, pero el color y la inexistente decoración de la habitación coartaban aun mas su imaginación, dando paso al único deseo que se le venía a la cabeza –tengo que estar bien, para poder irme pronto, odio este lugar-.

Por su lado la señora Rosa pensaba en que esto estaba recién empezando, ella sabía que todo iba a cambiar de ahora en adelante. Las constantes idas y venidas al hospital que se iban a producir a partir de ese momento alterarían la rutina y los hábitos de vida de la familia entera, tendrían que prepararse para la nueva situación. Ella ya sabía que se convertiría en el acompañante de Andrés mientras Darío seguiría trabajando, luego pensó en Florencia, su pequeña, no podía dejarla de lado, pensó en que le pediría a su madre que se quedara con la niña, aunque tarde o temprano iba a preguntar por su hermano.

-Señora Rosa, Don Darío- dijo el doctor Fuentes, mientras los invitaba a entrar a una salita que se encontraba a unos metros de la pieza de Andrés. Me temo que ya tenemos los resultados de los exámenes, no es necesario realizarle ninguno más, ya que los que hicimos fueron concluyentes. El doctor respiró profundo, porque lo que diría cambiaría drásticamente la vida de esta familia y por sobre todo la de Andrés.- Lo primero: el hemograma y mielograma realizados, demostraron la presencia de anemia, leucopenia o leucocitosis y lo más importante, la presencia de más de 30% de blastos. Esto en palabras más simples significa que Andrés tiene Leucemia linfoblástica, en un estado bastante crítico, por lo que a mi juicio debemos enviar con urgencia a Andrés a Santiago, ya que lo más probable es que empiecen las hemorragias, y el síndrome febril puede complicarse.- El doctor Fuentes esperaba haber sido lo más claro posible, pero él sabía que era probable que los padres de Andrés aún no entendieran la gravedad del asunto, por lo que decidió seguir explicándoles más respecto a la enfermedad de Andrés, abrió un libro que tenía enfrente de él y les leyó lo siguiente:

“Leucemia. Es el tipo de cáncer infantil más frecuente y supone alrededor del 60% de todos los casos. La leucemia linfoblástica aguda (LLA según sus siglas) es la más común en niños y constituye el 70% de las leucemias infantiles. Es una enfermedad que se origina a partir de una célula linfóide (Los linfomas se definen como la Infiltración por células neoplásicas del tejido linfóide (sistema linfático) de la médula ósea que pierde sus características y su función para convertirse en una célula tumoral (linfoblasto). Existen distintos tipos de LLA según el tipo de célula linfóide a partir de la que se haya originado el tumor. Las leucemias se definen esencialmente como una “proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas (células formadoras de sangre) en la médula ósea”.²

Casi sin respiro, el doctor siguió leyendo; - Cada tipo de cáncer tiene un tratamiento predeterminado por un “*protocolo médico*”, los cuales establecen claramente el procedimiento a seguir según la evaluación previa del paciente. Con la entrada en vigencia del plan AUGE se confeccionaron dos protocolos básicos según estos dos tipos de cáncer, el protocolo de leucemias y el protocolo de tumores sólidos y linfomas. Lo que les acabo leer es del protocolo de Leucemia.-

-Doctor, lo que yo entiendo es que Andrecito, tiene una enfermedad llamada **leucemia**, que al parecer es bien grave, como un tipo de cáncer, la verdad es que esa palabra me suena como sinónimo de muerte, eso es lo que yo sabía, ¿Andrés se va a morir?, ¿qué tratamiento va a necesitar?, ¿cuánto durará?, ¿dónde puedo informarme con más profundidad?, ¿podrá seguir yendo al colegio?... - pregunto casi con desesperación Don Darío.

-Don Darío, primero que nada, nadie puede garantizar la vida, lo que si podemos hacer, es poner todos nuestros medios y conocimientos para curarlo, es natural, que ante el diagnóstico de cáncer en el niño, surjan en ustedes muchas preguntas sobre sus causas, el pronóstico y tratamiento y vamos a tratar de ir dando respuestas a cada una de ellas. Conocer la enfermedad en profundidad ayuda a afrontarla con realismo y de forma positiva. Por ello, es importante que exista una buena comunicación entre el equipo que tratará a Andrés y ustedes sus padres. Concluyó el Doctor Fuentes.

² Según definición de los protocolos AUGE 2004, “CANCER INFANTIL LEUCEMIAS”

Los dos días siguientes, fueron caóticos debido a los preparativos para el viaje a Santiago. El médico les había permitido llevarse a Andrés a la casa, pero sólo para que lo prepararan para el viaje. Don Darío que trabajaba hace unos años en el aeropuerto de Arica, había conseguido que se llevaran en avión a Andrés y a la señora Rosa a Santiago, a pesar de que el hospital les proporcionaba el transporte, a Don Darío le pareció más sensato trasladarlo en avión, así llegarían antes y podría cumplir uno de los sueños de Andrés, subirse a un avión. Esto le recordaba algunas frases muy trascendentes que les había dicho el doctor; “es muy importante que los padres sean conscientes de que el niño debe ser tratado de la forma más normal como sea posible, intentando no sobreprotegerle ni mimarle demasiado.” Iba a ser difícil y él lo sabía, lo que más le pesaba, era el no poder estar con su hijo todos los días, aunque había pedido vacaciones para poder acompañarlo, como se encontraban en el período peak del verano, por el momento no iba a ser posible, tendría que esperar hasta principios de Marzo, esa fue la respuesta que obtuvo... un mes más se decía, espero que no sea demasiado tarde, pensaba aterrado Don Darío.

La despedida fue muy emotiva todos lloraban y se abrazaban con fuerza, Andrés algo asumía de que toda esta parafernalia era por él, aunque aún no entendía bien por qué. Cuando vio al avión no podía creer que se iba a subir a uno de esos, por un minuto todo pareció quedar en silencio, la angustia experimentada, esas últimas semanas, todo desaparecía milagrosamente, nuevamente se sentía normal con ganas de vivir... lo embargaba la emoción.

Su padre lo abrazó y le dijo al oído, - recuerda que te quiero muchísimo hijo mío, y estaré contigo lo antes posible, no olvides que debes hacerle caso a tu mamá en todo lo que te diga y por supuesto como el campeón que eres vas a cooperar en lo que te digan los médicos. En la noche hablamos y me cuentas como estuvo el viaje.

-Oye Florencia ven rápido para que te despidas de tu hermano- dijo el padre, mientras la pequeña se acercaba temerosamente a despedirse de su hermano mayor, -¡joye chica!, voy a andar en avión. Dijo Andrés a su hermana, la pequeña lo miró con sus grandes ojos y le dijo -vuelve pronto. Y le tendió su manito para pasarle su muñeco preferido.- no te preocupes, el te va a cuidar. Le dijo con seguridad la pequeña Flo.

Andrés se había quedado dormido tras una hora de vuelo, estaba emocionadísimo, no paraba de hablar, era como escuchar al Andrés de antes, pensaba la señora Rosa, mientras retomaba la lectura de unos documentos destinados a orientar a los padres para sobrellevar la enfermedad del cáncer -

léalo, le aseguro que le van a ayudar.- le había dicho con cariño la enfermera que había cuidado de Andrés. “El tratamiento médico del niño implica cargas emocionales y prácticas para los padres; los cuales deben aceptar los efectos del tratamiento sin ninguna garantía de que curará la enfermedad, dar consentimiento a estos tratamientos con el sufrimiento del niño, las hospitalizaciones, las continuas visitas al médico, gastos económicos considerables, ruptura de las rutinas familiares.” La señora Rosa secó sus lágrimas y siguió leyendo, “Cuando se les anuncia el diagnóstico es el momento más doloroso y las reacciones emocionales más habituales en los padres se encuentran: culpabilidad, soledad, fracaso, desesperación, temor en cuanto a la reacción del niño y a la perspectiva de afrontar la muerte, cólera y hostilidad contra la enfermedad y el mundo en general. A pesar de los enormes avances en la clínica oncológica, la mayoría de los padres asocian inevitablemente la palabra cáncer con muerte. Los padres tienen que ser reeducados en el cáncer y su tratamiento para darles una esperanza real de futuro... Era como estar contando su historia, pensaba, se sentía muy identificada con lo que leía pero bastante desorientada porque aún no se imaginaba lo que venía...

La llegada al Hospital fue bastante caótica, una hermana de don Darío, los había ido a buscar al aeropuerto, la misma que los iba a recibir en su casa por unos días, hasta que se consiguieran donde vivir. Era la primera vez que Andrés estaba en Santiago por lo que estaba muy emocionado, él quería conocer el estadio Nacional, el cerro Santa Lucía, ver la cordillera, ir a fantasilandia y por supuesto visitar el MIM, soñaba con ese lugar, porque un primo le había contado que no se parecía a un museo normal, porque se podían tocar todos los juegos y era increíble, así que esperaba que su mamá lo llevara lo antes posible. Pero tras un viaje de una hora por las atestadas y ruidosas calles de Santiago, esa emoción inicial, rápidamente se esfumó cuando vio el letrero; “Hospital Dr. Luís **Calvo** Mackenna”, aunque una tímida sonrisa se dibujo en su rostro al imaginarse a un señor pelado y barrigón dándole la bienvenida.

La tía Isabela se despidió dándole un par de instrucciones a Rosa, de cómo llegar a la casa.-Espero que salga todo bien.- dijo mientras abrazaba a su cuñada.

La confusión que se le originó tanto a Andrés como a la señora Rosa al ingresar a un hospital tan grande como el Calvo Mackenna fue Horrible; no sabían a donde ir, se perdieron por los miles de pasillos, no entendían las instrucciones para dirigirse de un lugar a otro, y para colmo andaban con las maletas a cuesta. Ella, sólo quería gritar, nadie se acercaba a ayudarlo, hasta que decidió sacar el

informe de proceso diagnóstico que les había entregado el Dr. Fuentes; -Muestre esto cuando llegue.- le había dicho el médico. Pero a quién pensaba Rosa...

-¡Andrés!- exclamó la señora Rosa, Mientras veía como le salía sangre de narices y cada vez estaba más pálido.

-¡Señorita enfermera, me puede ayudar por favor, mi hijo se va a desmayar!- Le dijo desesperada a una enfermera que pasaba por el lugar.

-No se muevan voy a buscar a alguien.- contesto rápidamente la enfermera.

Cuando Andrés abrió sus ojos, no sabía donde estaba, ni que sucedía, ni tampoco cuanto tiempo había transcurrido desde su llegada al hospital. Se encontraba en una pieza desconocida, trató de moverse pero un dolor punzante en la espalda se lo impedía, se miró los brazos, y los tenía llenos de mangueras extrañas, miro hacia su derecha y se encontró con que no estaba solo, un chico se encontraba en una cama igual a la de él, a un par de metros de distancia, había algo raro en ese niño, no tenía pelo en su cabeza, estaba pelado, eso asustó de primera a Andrés, luego pensó para tranquilizarse, quizás por eso se llama Calvo este hospital, pero sólo se le quitó el temor cuando escuchó un amigable -hola- proveniente de aquel chico. Andrés se sintió un poco reacio a contestar, pero finalmente, lo saludo de vuelta.

-Me llamo Matías, ¿y tú?- pregunto el compañero de cuarto. -Yo soy Andrés, oye ¿cuánto tiempo llevo aquí? le preguntó, esperando ansioso la respuesta, - Llegaste hace como 6 horas, y has dormido desde entonces, por lo que escuché, te desmayaste al llegar y te llevaron "ADENTRO" para hacerte unos exámenes, eso fue ayer-, le respondió Matías. -Adentro, ¿Dónde es eso?- preguntó Andrés, - Has sentido alguna vez, que los hospitales tienen como lugares secretos, que sólo pueden entrar personas vestidas de verde, y que ahí hacen experimentos- contestó Matías mientras abría mucho los ojos y decía -¡muahhhhjajajaja!, Andrés sonrió ampliamente, ya que él también pensaba lo mismo que su compañero. Pero aún, no podía dejar de mirar a Matías y su pelada, por lo que le preguntó; -Oye, ¿por qué te pelaste?- preguntó. -No me pelé, lo que pasa es que con la quimio, se te cae el pelo y uno queda pelado.- respondió Matías como la cosa más normal del mundo. - ¿Qué es la quimio?- preguntó Andrés, - es el tratamiento para el cáncer, de hecho mira.- dijo mientras le mostraba su catéter, -por ahí me pasan el remedio durante 3 días cada tres semanas y a todo este proceso se le llama quimioterapia, explicaba Matías a su nuevo amigo, recordando que hace tres años atrás el hacía las mismas preguntas.

-Andrecito, te despertaste mi amor, ¿cómo estás?, ¿cómo te sientes?- pregunto la señora Rosa a su hijo.

-Tengo un poco de sueño y me duele mucho la espalda.-respondió quejumbroso Andrés.

- Lo que pasa es que te sacaron una muestra de médula ósea de tu espalda para saber con exactitud lo que tienes... le dijo su madre mientras recordaba las palabras del psicólogo del hospital con el que había hablado en la mañana: “Los padres son quienes mejor pueden decidir cuál es el momento más apropiado para hablar con su hijo, generalmente al poco tiempo de conocer el diagnóstico, pero también qué grado de información que quieren transmitirle, ¿cómo hacerlo?, ¿acompañado de quién...?” al parecer ese momento había llegado.

En ese minuto entró el médico que había atendido a Andrés, y se presentó porque sabía que el niño, no lo conocía, -Hola Andrés, soy el Doctor Ricardo González, voy a ser tu médico de ahora en adelante.- Le explico, mientras le dirigía una mirada paternal a Andrés.

-Hola.- Respondió él, -alguien me podría explicar que esta pasando preguntó- ansiosamente Andrés.

-Por supuesto que si,- dijo el médico, -junto con tu mamá te vamos a explicar lo que tienes y lo que va a pasar de ahora en adelante-

- Andrés, hijo mío, pon mucha atención.- dijo armándose de valor la señora Rosa, ella sabía la afición que tenía su hijo por los cuentos, siempre le había gustado que le explicaran las cosas por medio de relatos inventados en el minuto, por lo que la señora Rosa, que previamente había hablado con el médico, habían decidido acudir a esa modalidad para explicarle a Andrés la enfermedad que tenía y en que consistía su tratamiento.

-¿Sabes lo que es una célula?- Preguntó el médico levantando las cejas. –la verdad que no.- respondió Andrés tímidamente. – Entonces, lo primero que haré es explicarte lo que es una célula.- Respondió el doctor sonriente.

-“Imagínate que tu cuerpo es como una casa, y al igual como los muros de una casa que se construyen con ladrillos, tu piel está formada por muchas células pequeñas. Todo en tu cuerpo esta compuesto de pequeñas células: la piel, de células de piel, el pelo, de células de pelo, la sangre, de células de sangre. Las células son tan pequeñas que no las puedes ver, ¿Puedes descubrir una célula de pelo? Es difícil entender lo que es una célula, porque tú no las puedes ver. Imagínate que las células de tu piel están

tan juntas como los ladrillos, pero en los vasos sanguíneos las células nadan como peces en un río ¿has tenido alguna herida que te haya sangrado? – Si muchas veces- respondió Andrés, concentrado en lo que estaba escuchando.

- Todas las células son amigas, se divierten y lo pasan bien porque tienen suficiente espacio para vivir. Siempre nacen nuevas células y crecen en forma continua, lo que te permite ir creciendo a medida que se están formando nuevas células. Por ejemplo: tu pelo crece todo el tiempo porque las células de tu pelo están siempre reproduciéndose. –Intervino la Señora Rosa.

-Algunas veces puede suceder que una célula se vuelva loca; tan loca y tan mala que no quiere convivir con las demás células de tu cuerpo. A éstas, las llamamos células cancerosas. Esta célula tan desconsiderada, además de que atropella, empuja, no deja en paz a nadie, ni respeta nada, enoja por sobre todo a las demás células, debido a lo rápido que se reproduce, dando origen a células tan locas y malas como ella. Pronto llegan a ser muy numerosas. Ellas se juntan, amontonándose y no dejan entrar a las demás células. Las células buenas, indignadas con estas células cancerosas tan locas, llega un punto en que ya no saben qué hacer con ellas, necesitando la ayuda de alguien más.- Continuó el Dr. Gonzáles, impresionado con la atención que había logrado captar por parte de Andrés, por lo que decidió proceder rápidamente, y pasar a explicar en qué consistía la quimioterapia.

- Afortunadamente, tenemos algunas células de la sangre con herramientas especiales para derrotar y destruir estas células cancerosas; pero no siempre las células de la sangre, logran destruir a todas las células cancerosas, por eso necesitan ayuda. ¿Pero quién te puede ayudar?, te preguntarás... bueno, “es por eso que estás aquí, en el Hospital”, porque en este lugar, podemos encontrar a los ayudantes, y uno de ellos es, “Gasparín Súper Quimio”. El vive en un frasco donde nada en un líquido y se encuentra con sus amigos: Carlos Quimio, Juan Quimio, Karen Quimio, y muchos otros. Entonces cuando llega alguien como tu Andrés, yo voy y hablo con Gasparín Súper Quimio y le pido su ayuda: “Hoy tenemos que trabajar,” hay un niño que necesita de nuestra ayuda, ya que tiene muchas células cancerosas en su cuerpo y sus células buenas de la sangre trabajan sin descanso para destruir esas células malas; En este trabajo tan difícil necesitamos de tu ayuda y la de tus amigos. -¡Bien, estamos listos!- Responden de inmediato Gasparin Súper Quimio y sus amigos-¡Déjanos comenzar!- grita a coro. Entonces yo tomo una jeringa y la cargo con los pequeños Quimios. Cada uno de ellos empuja y se apura par a ser el primero en ayudar al niño. Obviamente tú estás muy preocupado y tapado hasta la nariz dentro de tu cama, porque estás un poco asustado al no saber que va a suceder. Nadie puede ver a los pequeños

Quimios porque son tan chiquititos como las células. El primero de los Quimios en llegar es Gasparin el Súper Quimio y dice a sus amigos, ¡Sígueme!"... Todos corren tan rápido como pueden ya que sus piernas son muy cortitas. De todos lados las buenas células los llaman y los saludan diciendo ¡Qué bien que llegaron, ayúdenos a destruir estas células malas! Las células cancerosas se enojan, se esconden y tratan de huir. Las otras células les cortan el paso para que las células cancerosas no se escapen. Gasparin Súper Quimio y sus amigos devoran una célula tras otra. Las otras células ríen y se alegran mientras los pequeños Quimios siguen luchando. Pero hay un problema: los pequeños Quimios tienen mala vista; ellos usan lentes para ver mejor a estas Células Cancerosas. Algunas veces los pequeños Quimios corren tan rápido que se tropiezan y pierden sus lentes; por eso a veces se comen también algunas células buenas.

-Matías, asómate un poco, le dijo el médico al compañero de pieza de Andrés, -¡Mira lo que sucedió a Matías!; Los pequeños Quimios han destruido sus células del pelo, al principio fue muy extraño para él, ver cómo perdía su pelo, pero felizmente, las células del pelo se reproducen muy rápidamente y el cabello de Matías volverá a crecer. También sucede que los pequeños Quimios se pierden en el estómago y destruyen las células del estómago. Explicó el médico mientras tocaba la calva cabeza de Matías.

-También pasa, que las células del estómago son atacadas, supongo que podrás imaginarte lo desagradable que es, tanto que te hacen vomitar. Pero estos efectos son nada, en comparación con la importante labor que llevan a cabo los SÚPER QUIMIOS, comiéndose a las células malas.- les explicó el médico. Ya no era solo Andrés el que escuchaba con atención, sino que la señora Rosa y Matías estaban muy interesados en la historia también. Así que decidió continuar; - Cuando ya no hay células cancerosas los pequeños Quimios, muy cansados, pero satisfechos, salen del cuerpo. Nadie sabe adonde van, talvez regresan a su país, donde se hacen nuevos pequeños QUIMIOS. Algunas veces hay algunas células cancerosas que se han escondido tan bien que Gasparín SUPER QUIMIO no las puede encontrar, por este motivo, hay que seguir visitando el Hospital varias veces, hasta que ya no queden células cancerosas.”³ –terminó de decir el Doctor Gonzáles, expectante ante las reacciones de sus escuchas ahí presentes.

³ Extracto del libro danés para niños; "Kemomanden Kasper" de la sociedad danesa contra el cáncer (Kraeftens Bekaempele), Copenhague, Dinamarca. Autora; Helle Motzfeldt

- Doctor, pero que pasa si usted no llama a Gasparín Súper Quimio, ¿me puedo morir?- preguntó asustado Andrés, El doctor que esperaba aquella pregunta, le respondió; - Andrés todos nos vamos a morir algún día, unos antes y otros después, en tu caso es importante que ocupemos la súper quimio, para que no adelantemos algo que no te corresponde todavía, porque puedo apostar de que te quedan muchas cosas por vivir y por aprender, así que espero que seas un niño fuerte y entiendas de que todo lo que vamos a hacer aquí en el hospital, es para sanarte y ayudarte a superar el cáncer. ¿Estás de acuerdo?- Le preguntó el médico. - Si, pero ojala que pase pronto, porque mis amigos allá en Arica me están esperando y al igual que yo, quieren que vuelva pronto.- respondió con tono de preocupación Andrés.

- No te preocupes, vamos a tratar de que vuelvas pronto a tu casa mi amigo.- respondió amablemente el médico, que a su vez pensaba en lo que estaba diciendo, él sabía que por unos meses Andrés no iba a poder volver a su casa, y eso era si tenía suerte de no tener una recaída, que significaría otros meses más aquí en Santiago, a Andrés le esperaban unas largas jornadas de quimioterapias con todos sus efectos secundarios, toneladas de exámenes médicos, y todo esto, separado de sus familiares y amigos, iba a estar prácticamente obligado a vivir en el hospital debido a las constantes idas y venidas. También experimentaría algo tan fuerte como la discriminación por parte de otros niños y lo más importante, sentiría de por vida el miedo de tener una recaída y tener que volver a pasar por todo este proceso de nuevo... proceso del cual, recién mañana, daría el primer paso, la primera quimio...

Luego de las primeras semanas de tratamiento, aquella “enorme” palabra cáncer, estaba produciendo una catástrofe en el mundo de Andrés, que lo tenía sumido en un estado de estrés interno muy fuerte, debido a que la enfermedad, había alterado violenta e intrometidamente su relación con su medio ambiente natural; su familia, sus amigos, su ciudad.

Lo que hoy le tocaba vivir, era una vida impuesta, un castigo injusto, una prueba casi insuperable, que más encima, tenía una duración indefinida, le proporcionaba dolor, y una separación obligada por miles de kilómetros de distancia con su padre y hermana.

Andrés se encontraba recibiendo la segunda tanda de su tratamiento de Quimioterapia, Aquél era uno de esos malos días, no había dormido casi nada, había vomitado toda la noche y se le estaba empezado a caer el pelo de a poco, odiaba la estúpida “súper quimio”, según él, en vez de mejorarlo, hacía que se sintiera peor, además aborrecía la idea de estar más días en el hospital, contemplando un

cuadro de “Bambi” en la pared del dormitorio, más que gustarle o producirle alegría, lo enfermaba, acaso no entendían que él no tenía 5 años, que quería “Aviones”, un póster del “Matador Salas”, cosas que lo inspiraran, que lo ayudaran a sobrellevar el día a día. Andrés estaba conciente de las implicancias de su enfermedad, sabía que debía obedecer al médico y entendía que su curación estaba relacionada con la quimioterapia que le daban en el hospital, era su actitud la que no lograba dominar, a pesar de que tanto los médicos, el psiquiatra, su mamá e inclusive Matías su amigo, le habían dicho que una actitud positiva ayudaba muchísimo a la recuperación, pero Andrés no encontraba inspiración alguna, para lograr aquella actitud.

Los días buenos eran aquellos en los cuales Andrés se mostraba más animoso y positivo, coincidiendo con los días en que efectuaba actividades extra hospitalarias, que lo sacaban del entorno clínico. Lo que al parecer producía el estado de depresión, era más que nada el ambiente lúgubre y sombrío del Hospital, ya que a pesar de su corta edad, él era capaz de entender y aceptar el tratamiento, no así el espacio físico en que estaba.

Marzo se acercaba a pasos agigantados y con ello dos eventos importantes; la llegada de don Darío a Santiago y la primera “semi- dada de alta” de Andrés, ya que dejaría el hospital por un período de tres semanas hasta la próxima quimioterapia, tanto la señora Rosa como Andrés, esperaban ansiosos ambos momentos. El pequeño quería abrazar a su papá, contarle muchas cosas; entre ellas, que ya se sentía un poco mejor y que pronto se iría para la casa. Por otro lado, la señora Rosa, necesitaba desesperadamente a su marido, hablar en persona con él, abrazarlo, compartir su preocupación por los pocos avances que presentaba el niño, además, explicarle que las cosas con Isabela no se estaban dando, por lo cual requería buscar otro lugar, mas adecuado, donde pudiese quedarse con Andrés y atender sus cuidados.

No fue un período fácil, ya que Andrés se vio obligado a volver antes de las tres semanas al Hospital, debido a que sus defensas estaban tan bajas, tuvo que ser internado de emergencia por una bronquitis aguda. El médico les había anticipado a los padres, que una cosa así podría ocurrir, ya que Andrés era inmuno-deprimido, o en otras palabras, que su sistema inmunológico estaba muy débil a causa de la quimioterapia, lo que implicaba que debían evitar ambientes contaminados o potenciales contagios de cualquier tipo.

Tanto la señora Rosa como don Darío, comenzaban a sentir el peso de la enfermedad, no sólo por el fuerte deterioro físico que presentaba su hijo, sino también por la incertidumbre que acompaña los resultados de los tratamientos y el largo periodo de estadía en los centros de atención. El cáncer, les implicaba un alto desgaste emocional y psicológico tanto a la familia entera, como a Andrés. En adicción a lo anterior, la desintegración temporal que experimentaban, por el hecho de vivir en regiones, y las grandes modificaciones que esto había significado en las rutinas diarias, centradas ahora únicamente en la atención de Andrés, los golpeaba aún más.

Lo expuesto hasta ahora, ha sido un relato de la primera batalla emprendida por Andrés y su familia contra el cáncer, la cual comprendió, la detección de la enfermedad, su confirmación diagnóstica, y el inicio del tratamiento Médico. Es una guerra que no da tregua, involucrando a grandes y chicos, sin importar las huellas que deja a su paso, ansiedad, miedo, desesperanza, incertidumbre, temor a la muerte, disminución de la autoestima, desajustes familiares, desconfianzas, inseguridades....etc. La guerra para Andrés recién comienza, ahora debe superar toda la etapa de su tratamiento y el posterior seguimiento, aprendiendo a vivir con el miedo de sufrir una recaída, pero su valor, la determinación por luchar contra su enfermedad y su sonrisa, serán quienes lo mantendrán vivo, siendo por siempre sus mejores aliados, con la convicción de que lograría vencer al cáncer “cueste lo que cueste”... ese era su lema.

EPÍLOGO

-Andrés recibió el tratamiento de quimioterapia en Santiago durante tres años, abandonamos nuestra vida en Arica, y nos trasladamos a Santiago, para acompañar a Andrés en la lucha por el cáncer. Durante ese período, Andrés tuvo varias recaídas, las cuales representaron momentos terribles donde todo se nos desmoronaba, convirtiéndose en momentos casi tan intensos como el diagnóstico inicial-Recordaba don Darío.-

-Recuerdo cuando Andrés entraba al hospital, él se daba cuenta de que todos lo miraban mucho, percibía ese sentimiento de lástima, él no se sentía enfermo, pero esas miradas no lo dejaban olvidar su enfermedad, pero todo cambiaba cuando entraba al área oncológica, donde los niños compartían un vínculo especial, invisible y muy fuerte. En ese minuto, volvía a sonreír y a sentirse como un niño normal.- Señaló emocionada la señora Rosa.

Actualmente Andrés tiene 15 años, han pasado 4 años desde su diagnóstico, hoy se encuentra viviendo el proceso de seguimiento de su enfermedad, con estrictos controles cada tres meses para lograr el ansiado “estado de Alta”, aunque Andrés sabe que el cáncer siempre va a estar presente en su vida como una constante amenaza, se propuso luchar para ser él quien venza a la enfermedad, y no ella a él...⁴

El cáncer es una enfermedad con un desarrollo variable, de alta incertidumbre, y que conlleva una gran angustia por parte de los pacientes y familiares. En general los procedimientos del tratamiento son flexibles dentro de las posibilidades de cada protocolo y se van adecuando al paciente y su evolución, pero son frecuentes las recaídas o cambios inesperados en el diagnóstico producto de alguna complicación lateral, producto del particular estado de fragilidad y vulnerabilidad en la que se encuentran los pacientes sometidos a tratamiento.

Cualquier desarrollo de una infraestructura adecuada al tratamiento de esta enfermedad, debe reconocer esta condición de *no* linealidad del tratamiento, y entenderlo más bien como un proceso variable, de etapas bien definidas, que comienzan con el diagnóstico y culminan (en un

⁴ Esta historia, es ficción y ha sido elaborada en base a un compendio de conversaciones, historias, comentarios, lecturas, etc.

principio, al menos para el Estado) con el alta, luego de cinco años de un controlado seguimiento.

2.2 | CONCLUSIONES LUEGO DE LA HISTORIA...

La historia de Andrés, pretende graficar el modo en que se maneja una enfermedad catastrófica como el “cáncer Infantil” en la realidad hospitalaria actual chilena, y lo que esto significa tanto para la el paciente como para la familia, donde muchas veces esta “experiencia” de ser atendido en el sistema público se transforma en una situación más bien traumática, angustiada y con mucha incertidumbre, en que los pacientes y sus familiares sufren de una sensación de desamparo, inseguridad, desconfianza, etc., lo cual puede traducirse en una demora en la detección de una enfermedad catastrófica en un niño, empeorando su diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento.

Ante este panorama poco feliz, desde el gobierno se ha impulsado durante los últimos años, una reforma integral del sistema de salud, con el objetivo de reposicionar el sistema ante la nueva situación económica-social del país. La entrada en vigencia del Plan AUGE⁵ pretende enfrentar esta realidad, entregando una atención rápida, oportuna, dedicada, cercana y que no discrimine por los recursos económicos de los pacientes. Esto es indispensable cuando se habla de un niño con cáncer debido a que él, tiene que aprender a vivir con una enfermedad que involucra lugares que tal vez no son los más adecuados para lograr una curación o un pasar mas grato en los últimos días. No olvidemos que salud es igual a mente y cuerpo sano, y que para no minar un desarrollo en pleno proceso, es en estas edades cuando muchas veces dejamos de lado lo que pasa por la mente de un niño o adolescente junto a sus necesidades, que debemos fomentar su desarrollo y formación de la personalidad.

Aunque, se ponga en práctica planes de mejoramiento del tratamiento, no existe una fórmula mágica que solucione y cure al los niños afectados por el cáncer, diversas publicaciones médicas realizadas durante el último tiempo, han puesto énfasis en la importancia del tratamiento integral de las enfermedades, aminorando así, el impacto que éstas producen en la niñez...

⁵ El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que considera **Acceso Universal para prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades** (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas.

En términos sintéticos, “tratamiento integral”, significa no sólo encargarse del tema de la curación física –característica permanente en el sistema público de salud en Chile- sino que también, preocuparse de la totalidad de las dimensiones a las que se ve sujeta una persona enferma, en especial cuando se trata de un niño: ***el ambiente hospitalario, aspectos psicológicos, la importancia de la familia en el tratamiento, la afectividad, etc.***

Esta situación, se ve mucho más acentuada en el caso de las enfermedades catastróficas y en particular el caso del cáncer infantil, puesto que:

- El estado emocional de un niño hospitalizado condiciona su calidad de vida.
- El niño hospitalizado presenta necesidades relacionadas con su nueva rutina diaria, apoyo psicológico, educativo y social, puesto que tanto las condiciones objetivas como las subjetivas de la salud inciden su disposición al tratamiento.
- El constante estrés que provoca el dolor y las incomodidades derivadas del cáncer sensibilizan aún más el estado de los niños, haciéndolos mucho más vulnerables a factores externos o ajenos a la enfermedad en si.
- El tratamiento integral se logra, en términos médicos, abordando la realidad bio-psico-social de los niños además de la física.

Uno de los factores que paradójicamente ha sido relegado a un plano secundario en las propuestas de diseño hospitalario en Chile, y que influye directamente en la calidad de vida de los niños hospitalizados, corresponde a ***la configuración espacial del ambiente de tratamiento hospitalario.***

El potencial que representa el entorno físico, para lograr metas terapéuticas ha sido poco enfatizado, pero las investigaciones siguen adelante con el fin de proveer evidencia de que existe una fuerte correlación entre el estrés y la enfermedad, y que una actitud positiva puede facilitar el proceso de mejoría. Consecuentemente, el énfasis debe ser aplicado tanto a la calidad del entorno clínico impuesto a un niño durante su estadía en el hospital, como al cuidado y tratamiento médico.

Diversos estudios experimentales elaborados recientemente, que relacionan las características arquitectónicas con el estado de salud de los pacientes hospitalarios, han revelado que la calidad de los espacios, en relación a la disponibilidad de vistas e independencia de los recintos, produce, entre otros fenómenos positivos, tiempos más reducidos de hospitalización. *“Sugiriendo que las condiciones físicas*

de los establecimientos contribuyen no sólo a aspectos estéticos y funcionales, sino que también al bienestar sanitario”⁶

Es más, algunas autoridades europeas del sector salud, han afirmado que las mejoras de atención poseen tal impacto económico a largo plazo, que justifican la totalidad de los costos de construcción de un hospital que considere estos factores.

De esta manera, queda en evidencia la importancia de considerar la configuración espacial hospitalaria como un factor que influye en la mejoría y bienestar de los pacientes.

En el mundo, esta perspectiva de la arquitectura hospitalaria, recién se está comenzando a desarrollar. En Estados Unidos y algunos países de Europa, existen experiencias que apuntan en este sentido, que ya arrojan resultados positivos, al incorporar aspectos artísticos, humanos, y las características terapéuticas en su diseño. Los hospitales actuales, tienen que adaptarse a los nuevos cambios tecnológicos y a los nuevos requisitos de bienestar de la población. Perdiéndose las grandes dimensiones de antaño, **“convirtiéndose en hospitales abiertos, flexibles, con una conexión estrecha y bi direccional con el ámbito extra-hospitalario”⁷**

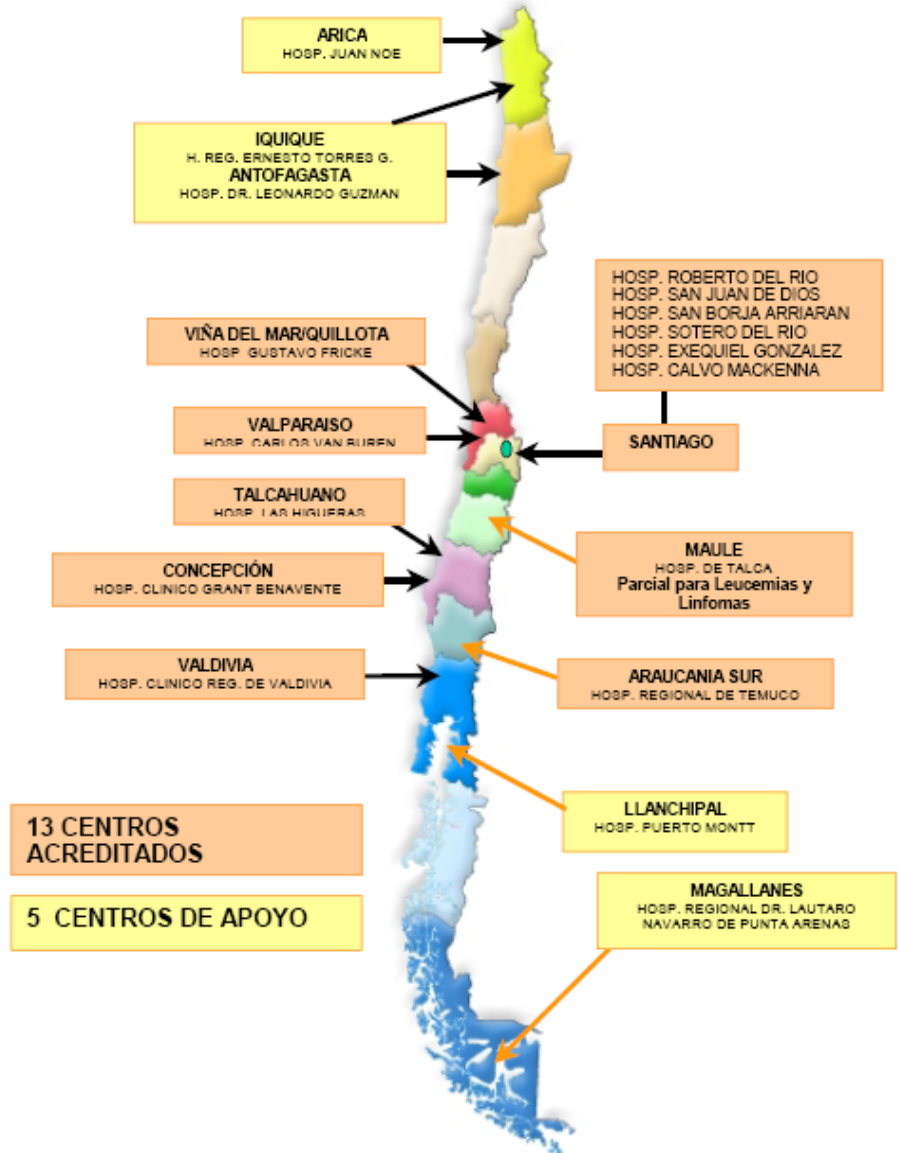
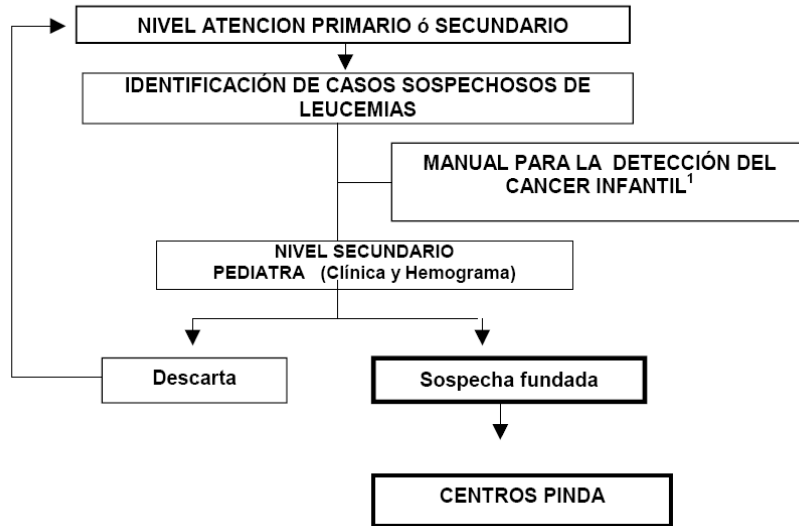
Sin embargo, dada la inercia del sistema público chileno, aún no se ha logrado desarrollar una infraestructura adecuada y específica para estos casos. Si bien es cierto, en las unidades de oncología infantil se hace un gran esfuerzo por realizar una atención más cercana y personalizada, aún se rigen por el modelo de atención propio del sistema público, que no incluye activamente a pacientes y familiares en el mejoramiento de la salud. Esta situación, unida a la precariedad de las instalaciones físicas, las que en su mayoría son adaptaciones de viejas estructuras, no logran cumplir con los niveles de confort y estándares adecuados para una atención integral del cáncer infantil.

⁶ Universidad del Bío Bío (2004), “Urgencias Hospitalarias: análisis del diseño y gestión de servicios de emergencia hospitalaria en Chile”.

⁷ Vázquez (2004), “El futuro de la hospitalización pediátrica. Estructura y función de los Hospitales”

**RED ASISTENCIAL
CENTROS ACREDITADOS Y DE APOYO
PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER INFANTIL - PINDA**

ALGORITMO DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA



3 | EL MUNDO VIVO

3.1 | ESTRATEGIA GENERAL

“Los niños son el futuro del mundo y trabajar en su bienestar es una responsabilidad de quienes toman decisiones a todas las escalas.”

Dentro de la problemática reconocida anteriormente en el actual sistema de atención de salud pública, este proyecto apunta a desarrollar una nueva instancia de atención y tratamiento para el paciente oncológico infantil, concebida a partir de una visión integral de la salud. Es decir, dar un enfoque que considere fundamental, no sólo el aspecto físico-biológico del paciente, sino que también recoja la importancia de factores sociales, psicológicos, afectivos y ambientales en el cuidado de esta enfermedad; caracterizada por su largo tratamiento, resultados inciertos, y alta tasa de mortalidad, especialmente en pacientes tan sensibles como los niños.

Como usuarios, los niños representan a un usuario único, especialmente si entendemos de que los espacios diseñados para ellos, deben responder a sus necesidades básicas; jugar, crecer, aprender, desarrollarse, etc. Estos espacios deben vivenciarse también dentro de un recinto destinado a la curación, por lo que debemos pensar, en crear instalaciones para el cuidado de la salud, que permitan una atmósfera de apoyo, curación y entretención para los niños, y que a su vez, permanezcan técnicamente y funcionalmente precisos. Esta filosofía además debiese incorporar las necesidades de las familias, el personal, de la comunidad y de cualquier otro elemento que influya en la formación de los adultos del mañana.

La estrategia de desarrollo del proyecto se sustenta en la tesis de que a través de la arquitectura, es posible generar ambientes que faciliten, y hagan más llevadero el tratamiento del cáncer infantil.

No tan solo en el sentido funcional o estructural de los espacios, sino que además y en un sentido más amplio, considerando la configuración espacio-arquitectónica como una herramienta activa en el proceso de tratamiento de los enfermos. En otras palabras, considerar la capacidad del espacio arquitectónico para constituirse en un agente sanador y terapéutico de los pacientes durante su tratamiento.

De esta manera, la propuesta arquitectónica no sólo se entiende como un soporte de la infraestructura, del equipamiento y del programa médico-funcional, como lo ha sido hasta ahora en Chile, sino que reconsidera la importancia y el aporte directo que un adecuado diseño, tanto espacial, formal y programático, puede entregar al tratamiento y mejora de los niños con cáncer. Es por ello, y dada la especial condición de estos niños y de sus familias, que se hace necesario repensar la forma en cómo, hasta ahora, se ha planteado el desarrollo de la arquitectura de la salud en el ámbito público infantil en Chile; y debemos reflexionar a través de experiencias en otros lugares del mundo con problemáticas similares, cómo se ha iniciado un nuevo camino para dar una mejor solución a éstas necesidades.

3.2 | CONSIDERACIONES GENERALES.

En la actualidad, existen 13 centros de atención acreditados para la confirmación del diagnóstico y para el tratamiento del cáncer infantil y 5 centros acreditados de apoyo para el mismo. En la Región metropolitana, cada Hospital perteneciente al programa PINDA corresponde a un área del Servicio de Salud. Los pacientes de las diferentes regiones del país que quedan sin cobertura directa deben consultar, referidos por los pediatras o médicos generales que sospechan un cáncer, a los centros de referencia que les corresponda de la siguiente manera:

Centros Acreditados para la confirmación del diagnóstico y para el tratamiento del cáncer infantil:

Región Metropolitana

Servicio de salud metropolitano sur :	Hospital Ezequiel González Cortés
Servicio de salud metropolitano norte :	Hospital Roberto del Río
Servicio de salud metropolitano oriente :	Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna
Servicio de salud metropolitano occidente :	Hospital San Juan de Dios
Servicio de salud metropolitano sur oriente :	Hospital Sótero del Río
Servicio de salud metropolitano central :	Hospital San Borja Arriagán

Regiones:

I/II Región , deriva a Santiago	Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna
III/IV Región , deriva a Santiago,	Hospital Roberto del Río
V Región , Deriva a;	Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso
VI Región , deriva a Santiago,	Hospital Ezequiel González Cortés
VII Región , deriva a Santiago,	Hospital de Talca Hospital Luís Calvo Mackenna
VIII Región , Deriva a Concepción;	Hospital Gran Benavente (Concepción) Hospital Las Higueras (Talcahuano)
IX Región , Deriva a Temuco	Hospital Regional de Temuco
X/XI/XII Región , deriva a Valdivia,	Hospital Regional de Valdivia

Centros de Apoyo para el tratamiento del cáncer infantil:

I/Región, recibe apoyo del;
I/II Región, recibe apoyo del;
II/Región, recibe apoyo del;
X/Región, recibe apoyo del;
XII/Región, recibe apoyo del;
Magallanes.

Hospital Dr. Juan Noé de Arica,
Hospital Regional Ernesto Torres de Iquique,
Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta,
Hospital Llanchi-pal de Puerto Montt
Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro de Pta. Arenas de

*** El único Centro de Referencia Nacional para estudio y realización de transplante de médula ósea y ósteo-sarcomas; es el Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna.**

En consideración a lo anterior, un Proyecto, que pretenda especializarse en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad como el Cáncer Infantil, debe suponer como **requerimiento principal, ser parte de esta red asistencial nacional del Programa Infantil de Drogas Antineopásicas (PINDA)**, por lo cual;

- Si se planteara la creación de un nuevo **HOSPITAL PEDIATRICO, de atención a nivel terciario**, (con todos los requerimientos que este nivel exige) éste podría incorporarse a la red asistencial como entidad autónoma, sin necesidad de adherirse a un Hospital existente, debido a que contaría con todos los requerimientos para el tratamiento del cáncer y de las enfermedad paralelas que se presenten durante este tratamiento, y por ende consolidarse como un centro de referencia más para el Cáncer infantil. Su emplazamiento debiese responder a las actuales demandas de servicio.
- Si en cambio, se plantea un **CDT, (Centro de Diagnóstico y Tratamiento)**, como apoyo a los servicios del Hospital, éste debe ser parte de la estructura del mismo, esto, a pesar de que puede mantener un funcionamiento bastante autónomo. Sin embargo, dada las características del cáncer infantil, un paciente oncológico, requiere no sólo del tratamiento para su enfermedad, ya que por su condición de inmuno-deprimido, puede presentar enfermedades paralelas al tratamiento del cáncer que requieran atención especializada, dependiendo así funcionalmente de los servicios clínicos de un Hospital de nivel terciario. En el caso del emplazamiento del centro de apoyo, éste debiese estar situado dentro del complejo Hospitalario que albergue a la mayor demanda y cobertura a nivel nacional, donde sus instalaciones actuales no den abasto, y exista el espacio físico para su construcción.

Dicho esto, se considera la segunda opción como la más viable, debido al alto costo que involucraría la construcción de un nuevo Hospital pediátrico de la envergadura necesaria para responder a las múltiples necesidades de la Oncología pediátrica, junto a la falta de terrenos disponibles para tal encargo.

La opción de realizar un “Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Infantil”, se presenta como la mejor opción debido a que en la actualidad, los Hospitales pediátricos, no han podido dar una respuesta física concreta, a la condición especial de inmuno deprimidos de sus pacientes oncológicos, que los hace vulnerables a cualquier tipo de infección, motivo por el cual, debiesen permanecer aislados de focos infecciosos de los hospitales, y evitar el contacto con flujos intensos de personas. Es por ello, que contar con un recinto independiente al Hospital para el cuidado y tratamiento de estos niños es indispensable, pero manteniendo la posibilidad de un rápido acceso al centro asistencial si esto fuese necesario.

Ésta elección constituye un importante reto al involucrar la incorporación física de un nuevo edificio dentro de un recinto pre-establecido, ya que estas anexiones no siempre se realizan con criterios arquitectónicos integrales, sino que más bien, las intervenciones sólo se enfocan en resolver problemas funcionales y de espacio, por lo que muchas veces como resultado sólo se obtienen agregados parasitarios de los edificios. En una abierta desmejoría y deterioro del soporte arquitectónico.

Por ello, el crecimiento de edificios existentes es una oportunidad para su rehabilitación y nuevas perspectivas de funcionamiento. Cualquier tipo de intervención pasa por el reconocimiento de las leyes arquitectónicas preexistentes, como una herramienta para la comprensión de la estructura original y como base proyectual para nuevas intervenciones.

Otra consideración general, no menor, es respetar las complejas características que presenta el cáncer infantil, tanto en el esquema de tratamiento como en su respectivo programa clínico, es de vital importancia que el proyecto disponga de la infraestructura médica necesaria, referida directamente de las modalidades de tratamiento establecidas por el PINDA para cada tipo de cáncer infantil; detección,

confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, las cuales pueden ser agrupadas en 3 grandes áreas a nivel de programa arquitectónico:

HOSPITALIZACIÓN; cuando el tratamiento requiere de cierta frecuencia intensiva. Sobretudo en la etapa de diagnóstico, recaídas y enfermos terminales.

TRATAMIENTO AMBULATORIO; cuando se inicia el procedimiento de mayor intensidad y duración de quimioterapia. (80% de los niños).

SEGUIMIENTO Y CONTROL; durante todo el proceso hasta un máximo de 5 años desde iniciado el tratamiento.

Todas estas áreas deben contar con el programa médico arquitectónico establecido por el PINDA, y referido en los documentos impartidos por el Ministerio de Salud, destacando que:

El área de **Hospitalización**, entre otros, debe contar con una estación de enfermería, un área de hospitalización con un máximo de 3 pacientes por habitación, una sala de preparación de drogas antineoplásicas;

El área de **Tratamiento Ambulatorio**, también debe considerar una estación de enfermería, una sala de preparación de drogas antineoplásicas, y una sala de infusión de drogas;

Por último el área destinada a **Seguimiento y Control**, consta básicamente de boxes de consulta multipropósito, (Policlínico).

ESQUEMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DETECCIÓN, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO... Y COMO ESTO SE TRADUCE EN PROGRAMA DENTRO DEL HOSPITAL.

ESQUEMA DE FLUJO DE UN NIÑO EN EL HOSPITAL

3.3 | ELECCIÓN DEL EMPLAZAMIENTO

Hoy en día en Chile existen sólo tres hospitales pertenecientes al servicio público, de un total de 13 que están acreditados para el tratamiento del cáncer infantil, avocados únicamente a la atención de niños. Estos tres están ubicados en Santiago y constituyen los principales referentes para el tratamiento infantil del cáncer a nivel nacional:



Hospital Roberto del Río, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte. SSMN. Recibe también a niños de la iii y iv Región.

Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente. SSMO. Recibe también a niños de la i, ii y vii Región.

Hospital Exequiel González Cortés, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur. SSMS. Recibe también a niños de la vi Región.

Se establecieron 4 criterios para seleccionar el hospital a intervenir con un Centro de Diagnóstico y Tratamiento:

- Recursos Físicos y Equipamientos complementarios dedicados al tratamiento integral del cáncer.
- Demanda y cobertura a nivel nacional.
- Reconocimiento del medio Urbano en que se inserta; Accesibilidad, Programa, condición de Hito.
- Condición Actual del Inmueble y existencia de Espacio Físico para la construcción.

- Instalaciones Actuales y complementarias dedicadas al tratamiento integral del cáncer⁸
- Condición Actual del Inmueble y existencia de Espacio Físico para la construcción.

Hospital	Hospital Luís Calvo Mackenna	Hospital Roberto del Río	Hospital Exequiel González Cortes
Recursos Físico Actuales	<ul style="list-style-type: none"> - 16 camas de Hospitalización (las cuales pueden convertirse en aislamiento) - 12 cupos en Quimioterapia Ambulatoria y 2 para TMO. - 3 box en Policlínico y 2 para consulta de TMO. 	<ul style="list-style-type: none"> - 11 camas de Hospitalización (de las cuales 2 pueden convertirse en aislamiento) - 5 cupos en Quimioterapia Ambulatoria. - 3 box de atención 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 camas de Hospitalización - 6 en aislamiento - 5 cupos para quimioterapia ambulatoria - 3 boxes de consultas
Equipamientos Complementarias	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de Juegos - Taller - Biblioteca - Sala Cuna - Escuela Intra-hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Mini escuela Intra-hospitalaria - Casa de acogida para niños del Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuela Intra-hospitalaria - Sala de atención dental - Sala de juegos - Casa de acogida para enfermos con cáncer
Condición Actual del Inmueble	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos recintos en estado de deterioro. - Mal uso de los espacios. - Crecimiento desmedido y sin precedentes (adiciones) 	<ul style="list-style-type: none"> - Edificio Antiguo y en partes deteriorado. - Mal uso de los espacios por continuas remodelaciones - Creciente deterioro en el sector aledaño 	<ul style="list-style-type: none"> - Condición de hacinamiento, al no quedar nada de espacio libre. - Algunos recintos en notable estado de deterioro.
Espacio físico para la construcción	SI	SI	NO

⁸ Datos obtenidos de "Cáncer infantil en Chile. PINDA". Ministerio de Salud 2004

- Demanda y cobertura a nivel nacional⁹

Hospital	Hospital Luís Calvo Mackenna	Hospital Roberto del Río	Hospital Exequiel González Cortes
Estadística: (2004)			
- Egresos Hospitalarios	- 3.053 Egresos	- 160 Egresos	- 440 Egresos
- N° pacientes nuevos por año	- 143 Pacientes Nuevos	- 44 Pacientes Nuevos	- 58 Pacientes Nuevos
- N° Quimioterapia Ambulatorias	- 5250 Quimioterapias	- 1185 Quimioterapias	- 2091 Quimioterapias
- N° Consultas Oncológicas	- 6756 consultas anuales	- 5870 Consultas anuales	- 5727 consultas anuales
Distribución de los Pacientes en la Red PINDA			
- N° pacientes sobre el total anual de 550 caso nuevos	- 143 Pacientes nuevos	- 44 Pacientes nuevos	- 58 Pacientes nuevos
- % sobre el total de Pacientes atendidos.	- 26% del total nacional	- 8% del total nacional	- 11% del total nacional

⁹ Datos obtenidos de "Cáncer infantil en Chile. PINDA". Ministerio de Salud 2004 y de la memoria de actividades de la Unidad de Oncología del Hospital Calvo mackenna del año 2004.

- Reconocimiento del medio Urbano en que se inserta; Accesibilidad, Programa, condición de Hito.

Hospital	Hospital Luís Calvo Mackenna	Hospital Roberto del Río	Hospital Exequiel González Cortes
- Significación Del Entorno	- Eminentemente Comercial - Residencial-Mixto	- Eminentemente de Salud Pública a nivel metropolitano	- Residencial-Mixto
Accesibilidad:	- Av. Providencia, Antonio Varas Pedro de Valdivia (oriente)	- Av. Independencia	- Av. José Miguel Carrera (oriente)
- Vías principales	- Estación Pedro de Valdivia	- Av. La Paz	- Av. Presidente Jorge Alessandri (ponente)
- Metro	- Av. Providencia (Norte) y Pedro de Valdivia (oriente) y desde la Av. Antonio Varas (poniente)	- Calle Bezanilla	- Calle San Ignacio
- Locomoción colectiva			

Dado al carácter simbólico inherente en este proyecto, sus posibles aportes al tema de la salud y arquitectura en Chile, se reconoce el Hospital Luís Calvo Mackenna, como el lugar más adecuado para realizar la intervención, debido principalmente a que:

- Es el Hospital Infantil más importante de Chile, absorbe la mayor demanda de pacientes oncológicos pequeños, proporciona cobertura tanto a nivel local como nacional, posicionándose de este modo, como un referente en el cuidado de esta enfermedad, reconocido en la memoria colectiva y que marca un precedente de acción para otras instituciones hospitalarias.

- Cuenta con instalaciones complementarias al tratamiento del Cáncer infantil, que junto al nuevo Centro de tratamiento y Diagnóstico, se acercaría al modelo deseado que pueda entregar el cuidado integral que se busca alcanzar.

- Cuenta con una gran accesibilidad a nivel metropolitano y nacional, ya que a pesar de su carácter introvertido dentro de la comuna, se sitúa en el corazón de un barrio consolidado, como lo es Providencia.

- El actual deterioro dentro del área hospitalaria, el uso supletorio de los espacios públicos y la adición descontrolada de volúmenes a la edificación inicial, han generado espacios residuales carentes de programa, por lo que se hace necesario intervenir de manera de ordenar no sólo las áreas residuales; sino la totalidad del complejo, es decir, la relación entre los edificios que lo componen, recomponiendo así, relaciones con su entorno inmediato y restituyendo parte del tejido urbano interior del conjunto.

| EL TERRENO _ HOSPITAL DR. LUÍS CALVO MACKENNA

| LA COMUNA...

El Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna, se encuentra situado dentro del sector oriente del área urbana metropolitana de Santiago, específicamente en la comuna de Providencia.

Ésta comuna es considerada como parte de la columna vertebral de Santiago, debido principalmente a su estratégico emplazamiento físico y a las importantes vías estructurantes metropolitanas que la conforman. Entre las que se destacan Las avenidas Providencia; como principal eje estructurante oriente – poniente de la ciudad, Eliodoro Yáñez, Pedro de Valdivia, entre otras. Recalcándose así la fácil accesibilidad al sector.

Desde sus inicios, Providencia perfiló su condición como hito urbano dentro de la ciudad, al haber albergado a importantes y acaudaladas familias, una imponente presencia religiosa y a un prometedor comercio.

Con la llegada de la modernidad y la necesidad de expansión de la ciudad, estas familias fueron cedieron y parcelando sus grandes solares, ante el explosivo crecimiento residencial. Algunas edificaciones significativas permanecieron intactas dentro de sus grandes predios, mientras otras, quedaron circundadas por esta nueva modernidad.

Un claro ejemplo de lo anterior, es lo que ocurrió en el área compuesta por las Avenidas Carlos Antúnez, Providencia, Pedro de Valdivia y Eliodoro Yáñez. Dentro de este sector, específicamente en el cuadrante compuesto por Av. Antonio Varas, Dr. Luís Middelton, Av. Carlos Antúnez y Av. Galvarino Gallardo, donde se emplaza el Hospital Luís Calvo Mackenna, y el cual presenta ésta peculiaridad, al encontrarse circundado principalmente en tres de sus límites prediales por la Unidad Vecinal Providencia construida durante el período moderno en Chile.

La distribución de los volúmenes que conforman la Unidad Vecinal dentro de los predios aledaños al Hospital, generaron una condición única de resguardo al ocultar la presencia del hospital, dando como resultado un ambiente más privado; un pequeño mundo interior.

Esta condición de resguardo se potencia aún más, gracias a que las distintas áreas de la Unidad vecinal, son eminentemente peatonales, cada edificio funciona como isla que se relaciona con el resto a través de las áreas verdes y circulaciones de tramas orgánicas y dinámicas. De los 120.700 m² de terreno de la unidad vecinal, más del 44%, son destinados a áreas verdes. Éstas, dotadas de un gran follaje, sólo permiten percibir en forma gradual la relación contrastante con las áreas de grandes volúmenes edificados. Estos elementos actúan como un colchón que resguarda al Hospital de agentes tan nocivos como el ruido de la ciudad, aportando una condición muy adecuada para la sanación.

En conjunto a la situación de resguardo, la buena accesibilidad del recinto hospitalario, tanto particular como mediante el transporte público, proveniente de Av. Providencia (Norte), Pedro de Valdivia (oriente) y desde Av. Antonio Varas (Poniente), se complementa con la presencia del metro Pedro de Valdivia, lo que hace posible mantener una conexión rápida y expedita con los distintos terminales de buses de la ciudad, tanto a nivel metropolitano como nacional, complementan la variedad de servicios y equipamientos de diversas índoles, tales como comercio, bancos, tiendas comerciales, restaurantes, colegios, entre otros ubicados en la comuna. En los sectores aledaños al hospital se pueden encontrar varios de estos, la mayoría emplazados en la Av. Antonio Varas, principalmente relacionados con la medicina, la población infantil, pacientes y visitantes al hospital, todo lo hasta ahora mencionado corresponde a condiciones ventajosas para un hospital a nivel nacional y metropolitano.

EL LUGAR... (Historia y Arquitectura)

En el año 1943 se inauguró en Santiago el tercer hospital para niños, llamado "Dr. Luís Calvo Mackenna" en honor al gran pediatra chileno.

La propuesta de diseño inicial del hospital, reflejó fielmente el espíritu incipiente del racionalismo en Chile, respondiendo más bien a la primera etapa de éste, la de "adoptar" patrones propios del racionalismo y aplicarlos al desarrollo de la arquitectura criolla, basados principalmente en la experiencia de la Bauhaus alemana y en algunos referentes locales. El Edificio del Hospital Roberto del Río es un ejemplo de la arquitectura de la salud de la época.

Al poco andar, el hospital Calvo Mackenna, se destacó entre sus pares por la gran importancia a nivel nacional que adquirió su centro de cirugía cardiovascular, debido al empuje que su creador, el Dr. Helmuth Jäger supo imprimirle al sector y por la capacidad del hospital en general, de dar respuesta a las distintas problemáticas de la salud que demandaba la época.

El edificio en ese entonces, aún lucía su configuración original, compuesto formalmente por líneas simples y una rigurosidad geométrica. Planteado como una sólida construcción de hormigón, de volumetría compuesta por dos cuerpos simétricos y perpendiculares entre sí, exhibía ejes funcionales claramente definidos y rígidos, en base a un orden ortogonal en las distintas plantas, potenciando la funcionalidad por sobre la forma.

La capacidad de adaptación a las nuevas necesidades epidemiológicas de la sociedad, y "entregar el mejor y más completo tratamiento a las enfermedades pediátricas", fueron desde un principio, las premisas adoptadas por el Hospital según el ideal del Dr. Calvo Mackenna y sus seguidores. Fue así, como hacia el año 1992, ya se habían incluido tres nuevas edificaciones al conjunto original, para responder a las crecientes necesidades de la población pediátrica y a las nuevas tecnologías, presentando la siguiente distribución: al poniente del edificio principal, dispuesto de forma paralela a Av. Antonio Varas, se construyó un volumen aislado de distintas características formales, para dar abasto a las urgentes necesidades para el cuidado neo-natal y para acoger a la casa nacional del niño SENAME. Al segundo volumen jerárquico, dispuesto de forma perpendicular al desarrollo del volumen principal, se le adosó un edificio de menor altura dispuesto paralelamente al volumen longitudinal, **como se aprecia en el esquema**. Este ampliaría el área de atención de urgencias y proporcionaría un soporte para las atenciones médicas de distintos ámbitos.

En ese período también se proyectó y construyó la Unidad Vecinal de Providencia, lo que aportó no sólo la condición de resguardo ya comentada, sino que demarcó los bordes y definió los límites del predio del Hospital. Consecuentemente esto llevó a que las construcciones que se proyectaron al interior del complejo, asumieran una posición ya no sólo de carácter funcional con respecto al complejo original, sino que ahora debían responder también al terreno y sus condicionantes.

Bajo estas premisas, se construyó el policlínico de cardiología, emplazándose a la espalda del volumen original principal, uniéndose por medio de una pasarela al volumen longitudinal, presentando ya una solución de arquitectura más contemporánea para desahogar al hospital ante la alta demanda de la especialidad.

Fue así también como se consolidaron los 3 accesos al Hospital; la principal vía de ingreso de público y vehículos, se estableció en Av. Antonio Varas, la cual se asoma entre los edificios de la unidad vecinal, asumiendo las características de una calle con aproximadamente 100 m. de extensión, antes de encontrarse con el complejo asistencial. De una forma muy similar, se consolidó el acceso de urgencia del hospital, a través de una vía interna; Dr. Sotís de O., la cual nace en Antonio Varas extendiéndose hacia el oriente entre los edificios de vivienda, rematando en el Hospital. Por último, se habilitó una salida en el límite sur del conjunto, que desemboca hacia una calle secundaria paralela a Antonio Varas; Matilde Salamanca.

Cabe destacar que a partir de las últimas 2 décadas, por ser centro de referencia nacional PINDA del cáncer infantil, al Hospital le corresponde atender la demanda pediátrica de toda el área que abarca el Servicio de Salud Metropolitano Oriente SSMO, compuesto por las siguientes comunas de la Región Metropolitana: Las Condes, La Reina, Lo Barnechea, Macúl, Peñalolén, Providencia, Vitacura, Ñunoa, además de la población de la I, II y VII región.

Este hospital de atención pediátrica de mediana y alta complejidad, fue asumiendo cada vez más responsabilidades, debido a la alta demanda existente y a los buenos resultados que presentaba en infraestructura y avances médicos en Chile. Fue así que en el año 1999 se convirtió en el único centro asistencial del sector público capaz de realizar transplantes de médula ósea, como respuesta a la urgente necesidad creada a partir del posicionamiento del cáncer como segunda causa de muerte de infantes en Chile. Esto sin restar importancia al gran desarrollo que adquirirían otras áreas tan relevantes

como la cirugía cardíaca infantil, cirugía neonatal, cirugía de escoliosis, diálisis, trasplante renal, cirugía de fisurados y quemados.

Actualmente, todo este avance debido a las innovaciones tecnológicas propias del desarrollo científico-médico, ha dejado su huella en el conjunto hospitalario, debido a la constante readecuación de la infraestructura a las nuevas necesidades de salud de la población, el esquema inicial del hospital ha ido sufriendo una serie de modificaciones y de anexiones, bajo lo que se podría denominar como un *crecimiento espontáneo*, con la aparición de nuevas construcciones, de manera dispersa, que no respetan el orden inicial.

La disposición que hoy día podemos encontrar al interior del recinto Hospitalario Dr. Luís Calvo Mackenna; consta de un edificio jerárquico, el cual es la cara del complejo, desarrollado en 3 plantas más zócalo, albergando principalmente al área administrativa del hospital, junto a servicios tales como imagenología. A su izquierda se levanta un edificio aislado, que también se desarrolla en 3 pisos. Con características más funcionales que formales, su programa abarca principalmente la atención neo-natal y a la antes mencionada casa del niño. Su estado actual manifiesta un alto grado de deterioro.

El segundo volumen, dispuesto perpendicularmente al desarrollo del volumen principal, se organiza axialmente, a partir de una disposición tipo *peineta*, reflejo de la idea de sanidad de la época moderna. Se desarrolla en 4 plantas más zócalo, siendo el más pregnante por dimensiones y altura. Éste alberga los servicios principales del Hospital, tales como pabellones quirúrgicos, distintas unidades de hospitalización y tratamiento especializado. Es importante mencionar que el área actual de hospitalización oncológica se encuentra en el 4 piso de este volumen.

Un tercer volumen conocido como el “policlínico”, dispuesto de forma paralela al norte del segundo, contempla sólo 3 pisos, en los cuales se sitúan servicios complementarios tales como laboratorios, toma de exámenes, farmacia, además de consultas de especialidades.

También se distingue el edificio de cardiología, (antes mencionado) el cual ostenta una arquitectura de carácter más contemporáneo y una preocupación por mantener ciertas directrices del terreno.

En el sector oriente del conjunto, se habilitó un edificio para el tratamiento neurológico y psiquiátrico, ésta es una construcción de 2 pisos que presenta características completamente distintas a la del resto de complejo. Además bloquea la posibilidad de lograr un recorrido perimetral, separando el conjunto en dos. La mayoría de estas construcciones están interconectadas por medio de puentes, pasarelas o simples cierres, ajustándose a los volúmenes del conjunto.

En adición a los edificios antes mencionados, encontramos múltiples edificaciones livianas de carácter menor, que han ganado terreno dentro del predio del hospital, al presentarse como soluciones transitorias a necesidades que nacen de la contingencia del día a día, emplazándose en espacios concebidos para otros usos, agravando aún más la situación de “aglomeración de elementos”, produciendo serios problemas funcionales al conjunto, tales como la falta de estacionamientos, tanto para empleados como para pacientes, ahogando el espacio público, haciendo de las áreas verdes y la plaza principal del hospital un contexto inhóspito. El uso por ende de espacios destinados a otros propósitos (como vemos en la imagen), es habitual para poder solventar la necesidad de estacionamientos.

No sólo las áreas verdes se han visto marginadas por este mal uso de los espacios, sino también las mismas circulaciones, tanto vehiculares como peatonales, no encuentran cabida en este contexto, recalcando la actual dispersión de los elementos que componen el conjunto.

Todas estas alteraciones, en algún modo han ido menguando y transfigurando la potencia de la propuesta arquitectónica inicial, generando desorden, espacios supletorios, residuales e intersticiales, y como resultante a todo esto, poca claridad en la forma cómo se presenta el hospital a la comunidad; rasgo primordial en el caso de los centros de salud, debido al rol protector y de asistencia que estos servicios públicos ofrecen.

Se hace necesario plantear una respuesta arquitectónica a la actual condición de caos del conjunto, la cual se traduzca en un orden mayor, donde la versatilidad de los espacios y la relación entre ellos, estén supeditados a entregar una lectura total de conjunto.

3.4 | EL PROYECTO

PLAN GENERAL

El desarrollo del Plan General, destaca como idea fuerza; **recomponer y agrupar** el complejo hospitalario Dr. Luís Calvo Mackenna en base a una visión integral de conjunto, situando al **Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Infantil “Mundo Vivo”** como parte de este orden mayor, que incorpore soluciones a los problemas actuales del complejo hospitalario, tales como: el crecimiento disperso y desmedido de nuevas construcciones, la falta de estacionamientos y áreas verdes, el ahogo de las circulaciones peatonales y vehiculares debido al mal uso de los espacios y la falta de soporte físico para la demanda en la atención de ciertas enfermedades. Estos problemas y falencias, presentan hoy en día al complejo asistencial, como un espacio inhóspito e inadecuado según las consideraciones y teorías que se han manifestado a lo largo de ésta memoria, en materia de lograr entregar un servicio que involucre el tratamiento integral de la salud.

- ***Como planteamiento general se busca consolidar el concepto de conjunto, entendiéndose “no” como la sumatoria de las partes, sino como una simbiosis formal- funcional entre elementos, conformando una agrupación que se retro-alimente entre si y se entienda como parte de un total.***
- ***Por ello se plantea la creación de un circuito general que recorra y abrace a la totalidad del complejo Hospitalario. Este circuito, estaría conformado por distintas calidades y realidades espaciales, siempre fomentando el respeto y la comunión entre los elementos existentes y las nuevas intervenciones, ya que cada uno cuenta con su propia identidad e historia. El circuito pretende resaltar tanto el valor individual como la participación armoniosa de los elementos dentro de un conjunto.***
- ***Este circuito sólo se sustentaría, en la medida que se rescaten aquellos espacios en desuso y se reutilicen, subordinándose a un fin mayor.***

Como vemos en la imagen, en el complejo hospitalario existen potenciales áreas renovables, que han sido por años espacios residuales, o alterados por usos supletorios, esto nos entrega una pauta para armar el planteamiento urbano-arquitectónico general de integración del conjunto.

Con las medidas aquí descritas, se pretende configurar una lectura unitaria de complejo, eliminando los elementos que actualmente interfieren con este propósito y agregando aquellos que son necesarios para reafirmar y consolidar esta comunión. Para ello se plantea:

- Eliminar la presencia de automóviles de la actual y congestionada área de estacionamientos, por medio de la construcción de 2 niveles de estacionamientos subterráneos, convirtiendo la superficie en una gran área verde.
- Se mantendrá el actual acceso de vehículos de emergencia, y la creación de una vía destinada sólo para ellos, que recorra todo el conjunto de forma rápida y expedita.
- Generar un paseo peatonal que recorra la totalidad del conjunto del hospital, enfatizando la fluidez entre las áreas verdes presentes en este recorrido.
- Dejar planteadas las posibles áreas a renovar a futuro como por ejemplo: el sector de los volúmenes dispuestos paralelamente al volumen del actual policlínico.
- **Y en materia de intervención arquitectónica, mi mayor aporte dentro del plan general, consistirá en desarrollar un proyecto destinado al diagnóstico y tratamiento integral del cáncer infantil, utilizando un terreno designado por sus características de “área renovable”, para la locación de la nueva intervención, de manera tal, que logre posicionarse como elemento de remate, acompañe y guíe el recorrido del cual participa.**

Estas medidas, entre otras, refuerzan la idea de que debe existir una relación visual- formal y funcional entre los elementos que conforman el conjunto Hospitalario, transmitiendo así, una mayor claridad en la lectura global de éste ante la comunidad.

A mi juicio esto se lograría, mediante la conformación de este circuito elaborado en base al manejo y liberación de espacios, a la creación de áreas verdes que generen un vínculo visual en todo el conjunto,

y como punto fuerte, a la integración de un nuevo edificio al medio existente como elemento estructurante en este circuito, el cual no sólo toma posesión de un área hasta ahora olvidada, sino que asume el rol de comunicar un carácter protagónico como contenedor y articulador del conjunto en su totalidad.

El área de terreno elegido para emplazar el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Infantil dentro del complejo hospitalario, posee una superficie estimada de 5.100 m² lo que aproximadamente corresponde a un 20% del predio del Hospital (25.315 m²) y presenta las siguientes características: está ubicado en el sector sur-oriente del complejo, delimitado al poniente con el Policlínico de cardiología, al norte con parte del edificio original que alberga los pabellones quirúrgicos, al oriente con la Unidad vecinal de providencia y al Sur colinda con 2 predios residenciales. Este sitio al igual que el resto del hospital, debe obedecer a la normativa vigente especial para recintos hospitalarios estipulada en el Plan Regulador de la comuna de Providencia.

| PROPUESTA CONCEPTUAL _ despertar a un mundo vivo...

La niñez es un periodo de la vida muy especial y si permitimos que los niños sean niños, con todas sus fantasías y temores, vivir con la enfermedad y enfrentarse a ella será mucho más fácil.

Hoy en día los hospitales para niños deben ser pensados para albergar tanto a los pequeños como a sus familias. Los espacios deben ser diseñados para ajustarse a la mente activa de los niños y distraerlos eficientemente del estrés relacionado con las visitas o estadías en el hospital. Cuando los niños se sienten cómodos durante su estadía en el centro hospitalario, la familia alcanza un estado de relax mayor lo que contribuye enormemente al proceso de curación.

Al diseñar un hospital para niños, debemos recordar que lo primordial para ellos es jugar, por lo que uno de los mayores desafíos al desarrollar el entorno clínico de sanación, es lograr proveerles espacios para dicho propósito, algo que como adultos damos por sentado (niño = jugar), pero que no forma parte de la realidad de un pequeño con cáncer que ve coartada su oportunidad de sentirse como un niño normal al tener que residir o pasar considerable parte de su tiempo en un hospital.

El niño sano representa vida, juego, dinamismo entre otras cosas, los cuales plasma en un medio propio, en que la imaginación y la realidad logran traspasar sus límites para fusionarse en pos de un desarrollo activo y normal.

Es por todo lo hasta ahora expuesto, que el *proyecto se plantea como la idea de generar un pequeño mundo vivo, protegido y propio de los niños con cáncer y sus familias.*

Entendiendo un **MUNDO VIVO**, como un mundo que despierta a la vida, lleno de imaginación, un mundo de calma, de sanación, de reflexión y de alimento al espíritu, una experiencia de los sentidos, una experimentación de vida, donde los habitantes de este mundo, son niños extremadamente despiertos, ávidos por información y conocimiento. Niños a los cuales, les ha tocado vivir y enfrentarse a una enfermedad que ha trastocado y perturbado de manera agresiva su normal crecimiento y desarrollo.

En este mundo, la medicina no es sólo el medio para curar el cuerpo, sino que también es la herramienta que se preocupa por el espíritu. Donde el rol de la arquitectura es más que funcionalidad y

eficiencia, ya que además motiva a la sanación y ayuda a la recuperación de la enfermedad, sin olvidar nunca que sus principales habitantes son los niños.

Por lo tanto, el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Infantil, o “Mundo Vivo”, debe ser un edificio amigable, un lugar de energía y de acogida, en el cual, su carácter Integral o de soporte físico, médico y espiritual, adquiera un rol protagónico para las familias y niños que algún día tengan que llegar allá.

Este Mundo Vivo, que acoge a la vida, donde nuestro cuerpo y mente están vivos, estimulados y en constante desarrollo, donde el juego, los espacios terapéuticos, simbólicos y de integración son el centro del tratamiento; se convierte en un espacio de acogida, que nos protege de un entorno bullicioso, agresivo, y excluyente, ayudando a sobrellevar el sufrimiento de tener que cargar con el cáncer, pero a su vez estimulando una mas completa recuperación.

| PREMISAS ARQUITECTÓNICAS _ aplicadas al diseño del proyecto.

Como hemos mencionado con anterioridad, el Centro Integral para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Infantil, pretende transportar a los niños y sus familias a un mundo de curación, cuidado y educación, donde exista una atmósfera entretenida y positiva, que permita que los niños relacionen los espacios del hospital con cosas agradables o llenas de vida con el fin de predisponerlos de mejor manera a ellos y a sus familias en el tratamiento del cáncer.

Para lograr este **MUNDO VIVO**, se ponen en marcha ciertas premisas arquitectónicas, aplicables formalmente al diseño integral del edificio:

La premisa de “**Edificio Amigable**”, recae principalmente en el nivel de aproximación que consiga experimentar el niño con el edificio.

El 1er nivel de aproximación con el edificio es desde la distancia, el niño debe tener un dominio visual de la totalidad del volumen, sintiéndose atraído a el, en la medida que la imagen que proyecte el edificio, le resulte atrayente y motivante, nunca amenazante.

El uso de elementos y geometrías reconocibles por el niño, hará que éste, se sienta motivado y atraído al objeto, al ser capaz de entenderlo y dominarlo en su totalidad, informándole en definitiva que se trata de un lugar interesante y cercano. Esto se materializa mediante el uso de **la curva** como geometría principal, lo que permite que la fachada se proyecte, y el niño pueda dominar y distinguir fácilmente con la vista que el edificio es fluido, recorrible y que no representa ningún misterio, ya que entiende lo que se presenta ante sus ojos, generándole curiosidad y cambiando el concepto de hospital de lúgubre a lúdico.

El gesto natural del terreno se recoge a través del uso de esta curva en el edificio, planteándose así, un cierre visual que contiene, abraza y ordena al resto de las edificaciones actualmente disgregadas en el predio, poniendo fin al caos que ellas presentan, posicionándose además como remate visual del conjunto hospitalario.

Existe una segunda aproximación del niño con el edificio, que se vivencia ya en su interior. Lo principal en este acercamiento, es mantener una adecuada escala espacial para el niño, pero apropiada también para el adulto.

Es decir, el espacio interior del edificio debe desplegarse ante el niño, entregándole así, distintas opciones para su actuar. Esto le comunicará, que a pesar de encontrarse al interior de un recinto hospitalario, tiene control sobre su entorno, motivándolo positivamente a descubrir lo que el lugar le puede entregar; en cuanto, la percepción que el adulto obtenga del edificio, va a depender principalmente, de la relación que él mismo pueda establecer, entre la imagen que le entrega el edificio y el beneficio que obtiene de esta, en términos de eficiencia, seguridad y claridad en el servicio.

Para poder lograr que esta segunda aproximación al centro integral responda a lo anterior, el edificio presenta una composición volumétrica en la cual los dos volúmenes principales contrastan su dureza con un corredor de luz central, todos desfasados pero dispuestos paralelamente entre si, y relacionados a través del programa en los distintos niveles. Dichos cuerpos deben lograr transmitir claramente cual es su uso.

Es importante mencionar que parte de la propuesta principal del proyecto, se basa en buscar la versatilidad y la animación del espacio por medio de un collage programático, el cual despierte el interés en el niño, le entregue distracciones positivas que estimulen su imaginación, fomente el juego y llamen al niño a ser participe activo de un diseño basado en el movimiento.

Es decir, que el espacio invite tanto al niño como al adulto a ser parte de esta sinergia, ya que sin importar su edad, cada persona que entre en el edificio, se transformará en un elemento dinámico para otro individuo.

Esto se sustenta gracias a la existencia de un elemento estructurante que se posiciona como espacio articulador del edificio. Este elemento, se lee como una calle programática, debido a que no sólo alberga las principales circulaciones del edificio y permite el traspaso entre los distintos programas, sino que desde este espacio se puede dominar visualmente las actividades que se desarrollan en gran parte del edificio.

Ésta calle o banda central, se consolida como una grieta de luz, al estar contenida entre los volúmenes duros, lo que proporciona al espacio central: Luz diurna, vistas a la naturaleza y el uso del espectro total de colores con sus efectos psicológicos positivos, componentes fundamentales de un entorno de

curación. Ésta gran Fuente de luz anima al espacio y provee una tranquila y dinámica experiencia, permitiendo también, la presencia de luz natural en los espacios interiores, lo que provee a los pacientes y familias una sensación de vida.

Como podemos ver, la capacidad terapéutica de los espacios es un aspecto primordial del Mundo Vivo. Por lo que como complemento de cada uno de los programas médicos del proyecto, se van situando distintos tipo de espacios terapéuticos en los cuales lo que más se enfatiza es el juego, de manera de que todo el proyecto esté de alguna forma supeditado a lo espacios que permitan expandir el horizonte de los niños que son tratados acá.

No hay que olvidar, que en adición a lo anterior y como se expone en el cuento de Andrés, es muy importante hacer evidente en el programa arquitectónico todas las etapas destinadas al tratamiento del cáncer (diagnóstico, tratamiento, seguimiento), de manera que el niño no se predisponga negativamente por no saber a que se enfrenta. Es por medio del desarrollo de una infraestructura consecuente al tratamiento de esta enfermedad, que la arquitectura del edificio debe reconocer la condición de no linealidad del tratamiento, y entenderlo más bien como un proceso variable, recogiendo la idea de fluidez, juego y recorrido antes mencionadas, desplegadas a través de la **pantalla programática**, exhibiendo una combinación de distintos cuadros de acción simultáneos, donde los protagonistas y dueños del lugar sean principalmente los niños.

Esta idea se sustenta mediante el trabajo de una fachada que se vivencia al interior de la galería vidriada, la cual se desarrolla en los tres niveles superiores, y está compuesta por volúmenes dispuestos de forma radial a la curva principal; los cuales al no ser parte de un mismo eje componen un ritmo entre ellos, dando cuenta de una curva virtual al interior de la banda central la cual al mismo tiempo exhibe una combinación programática presente en los distintos cuadros de acción, potenciando esta realidad lúdica y llena de vida en todos los niveles del edificio.

Otra premisa de hace presente por medio de la incorporación de la naturaleza a la intervención, resaltando la idea de generar un mundo interior propio, el cual busca distanciarse de sus bordes generando espacios de *amortiguación* en su alrededor, lo que le permite al proyecto gozar de cierta independencia virtual de lo que sucede en el conjunto, pudiendo apropiarse de un espacio protegido y aislado, pero a la vez conviviendo con su entorno.

El contacto entre ambos volúmenes, lo nuevo y lo antiguo, potencia y destaca la presencia de este circuito mayor que entrelaza a todo el conjunto. Dando pie a que la combinación entre programa médico y espacio recorrible, genere una tipología de arquitectura de salud más amable con el usuario, cercana y moderna.

El mundo vivo al ser parte de un circuito mayor es también entendido como un soporte que acompaña al niño tanto en el recorrido como en el proceso del tratamiento, simbólicamente, el edificio se convierte en un paso dentro del conjunto, reafirmando la idea que la enfermedad debe ser sólo un fragmente de algo mayor...

Por último, en términos de intervención, el Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Infantil se plantea como un servicio de apoyo necesario entre un programa existente (Hospital) y un nuevo programa (CDT). La conexión formal de los dos programas se sustenta en el reconocimiento de ciertas leyes inherentes a los edificios existentes y a la forma del terreno, destacándose el orden axial que presentan los volúmenes. De esta manera, la inserción se realiza de manera respetuosa y simbólica a través de un volumen transparente (pasarela) que acompaña al gesto de la curva presente en la dimensión longitudinal del centro integral, modificando su tamaño a medida que se acerca al edificio del hospital. Generándose un sutil punto de unión, y un filtro de las distintas realidades.

| DESARROLLO PROGRAMÁTICO DEL PROYECTO y ZONIFICACIÓN del proyecto

Para definir el programa arquitectónico de este proyecto, fue necesario recurrir a diferentes textos elaborados en torno al desarrollo de infraestructura de Salud en Chile, en los cuales se expone una serie de normativas, para asegurar un adecuado nivel técnico de las instalaciones y de los distintos requerimientos de cada servicio. Dado lo complejo y específico de la problemática de la salud, el ministerio durante el último tiempo ha desarrollado una serie de guías de apoyo, las que se han generado a partir de lo dispuesto en las distintas normas respectivas al tratamiento de cada enfermedad. En el caso del cáncer infantil, la **“Guía de planificación y diseño de del servicio de oncología de alta complejidad”** constituye el principal referente de las normas que se aplican a este tipo de servicios en el país.

Sin embargo, el desarrollo arquitectónico-programático del proyecto no se basó solamente en la referencia de los aspectos incluidos en la norma chilena, los que dado su carácter legal, padecen de cierta rigidez e inadaptabilidad a la situación contemporánea de salud, respondiendo más bien a un enfoque que en estos momentos se encuentra en revisión. Es así como lo plantea el estudio de la Universidad del Bío-Bío, financiado por el Fondecyt, **“Representación virtual de actividades para el diseño arquitectónico de establecimientos de Salud”**¹⁰ en el cual se cuestionan tanto aspectos de fondo dispuestos en la normativa, como la ubicación en el territorio de los servicios de salud, aspectos funcionales y esquemáticos de los distintos servicios, la falta de preocupación, la ausencia en la normativa de consideraciones ambientales en relación al confort psicológico y afectivos de los pacientes, entre otros.

De esta manera, fue necesario recurrir también a recomendaciones internacionales en este campo, especialmente de la King's Fund de Inglaterra y la conferencia CABE del 2002 *“Primary Care – Making a Better Environment for Patients and Staff”* y los artículos publicados por su directora la doctora Julia Neuberger, entre otros.

¹⁰ <http://www.facd.ubiobio.cl/emergencia> y en el documento “Urgencias Hospitalarias” Análisis del Diseño y gestión de Servicios de Emergencia Hospitalaria en Chile. En Revista Theoria N°12, Universidad del Bío-Bío, Concepción.

A continuación se describirá la zonificación del programa arquitectónico con su metraje aproximado y su respectiva distribución en el edificio según los criterios anteriormente planteados. Para el correcto funcionamiento del edificio, fue necesario agrupar el programa en 3 grandes áreas:

PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS: referido específicamente a complementar el tratamiento del cáncer, en la dimensión social y familiar del paciente. Éste se desarrolla en la totalidad del volumen más oriental del edificio y contempla:

– **Residencia Familiar**

20 dormitorios dobles con baño privado (40 camas)

Áreas comunes (salas de estar), Áreas de Servicios, Comedores, Cocina, Sala de lectura e Internet

Total parcial: 1650 m² incluye circulaciones.

PROGRAMAS _ MUNDO VIVO _TERAPÉUTICO-SIMBÓLICO; referidos a programas orientados a complementar la sanación del cuerpo a través del tratamiento del espíritu y del ser. Enfatizando la estimulación de los sentidos, por medio de talleres y terapias. Este espacio considera la galería central y los volúmenes que componen la pantalla programática que en ella se exhiben.

- **Mundo Vivo**

Espacio del juego y la recreación, Talleres lúdicos, Terrazas terapéuticas, Terapia del agua, Terapia de la vegetación, Terapia del juego, Área de espera del hospital, Áreas de descanso. Este programa abarca la siguiente superficie del CDT:

1er piso 735 m²

2do piso 418 m²

3er piso 409 m²

4to piso 421 m²

Total parcial: 1983 m² incluye circulaciones

PROGRAMAS MÉDICO-ARQUITECTÓNICO; se estructura en base a los tres ámbitos principales que deben estar presentes en el proyecto: **Hospitalización, Tratamiento ambulatorio, Atención y Seguimiento;** y se desarrolla en el resto del edificio.

Unidad de Hospitalización (4º nivel)

- 4 salas de Hospitalización triples (12 camas),
- 3 salas de Hospitalización dobles. (6 camas)
- 5 piezas en Aislamiento (5 cupos)
- Estación de Enfermería
- Sala de Preparación de Drogas Neoplásicas,
- Estaciones de Trabajo médico,
- Área de descanso médicos, Área residencia para 2 médicos,
- Sala Enfermeras (Baño Privado),
- Recepción, Secretaria, Archivos, Registro Pacientes,
- Sala de Reuniones,
- Área de espera padres.
- Sala Damas de Café,
- Área Aseo,
- Lavachatas,
- Ropa limpia, Ropa sucia,
- Bodega,
- Baños Públicos.

Total parcial: 500 m² considera circulaciones

Tratamiento Quimioterapia Ambulatoria (3º nivel)

- 4 Box Aislamiento (camilla)
- 4 Sillones Semi – Aislados
- 10 Sillones en área común
- Estación de Enfermería (6 enfermeras)
- Sala de Enfermeras (Baño Privado)
- Vestidores Pacientes
- Recepción, Secretaria, Archivos, Registro Pacientes
- Sala Psicólogo
- Baños Pacientes + Mudador

- Bodega Insumos
- Guardarropía Pacientes
- Lavachatas

Total parcial: 353 m² considera circulaciones

Tratamiento Ambulatorio Transplantados (3^{er} nivel)

- 4 Box para Tratamiento punción lumbar
- 4 Box de atención Médica
- Sala de Espera y Reposo,
- Unidad de Enfermería,
- Baños Pacientes + Mudador
- Bodega Insumos.
- Sala de Preparación de Drogas Neoplásicas

Total parcial: 142 m² considera circulaciones

Policlínico (2^o nivel)

- 6 Box de atención Médica (5 personas c/u)
- 2 Box para medición de peso y talla
- Sala de Auxiliares (Niño y Cáncer)
- Guardería, Infantil y Sala Cuna
- Sala de Espera Padres
- Mesón de Atención y Recepción
- Archivos, Registro
- Sala Psicólogo atención y guía a padres,
- Sala Reuniones (enseñanza padres)
- Guardarropía.

Total parcial: 200 m² considera circulaciones

Unidad de Exámenes (2^o nivel)

- 2 box Imagenología (RX)
- 1 box Resonancia Magnética
- 1 box TAC

- 1 box Cintigrafía
- 1 box Ecotomografía
- 1 box Scanner
- Área de revisión de exámenes
- Mesón de Atención
- Recepción entrega de exámenes y Archivo
- Área de Espera
- Sala Médicos
- Sala Auxiliares
- Baños Públicos
- Vestidores.

Total parcial: 357 m² considera circulaciones

Áreas Comunes

- Cafetería (en 3 y 4 nivel, 120 m²)

Total parcial: 120 m²

Zona de Administración

- Oficinas Administrativas
- Oficina Gerencia
- Oficina Dirección
- Oficinas Fundaciones
- Secretaria, Archivos,
- Atención a Público
- Sala de Reuniones
- Baños Públicos
- Bodegas de Insumos
- Sala de Espera

Total parcial: 560 m² considera circulaciones

Zona de Servicios

- Cocinas (alimentación)

- Sala Eléctrica
- Grupo Electrónico
- Estanques de Agua
- Bombas Eyectores
- Lavandería
- Desechos
- Central de Agua Caliente
- Climatización
- Bodega de Insumos
- Bodegaje General
- Transformadores.

Total parcial: 300 m² considera circulaciones

TOTAL PARCIAL DEL ÁREA A PROYECTAR: 5765 M²

| GESTIÓN Y FACTIBILIDAD DEL PROYECTO

En el tema de la Salud Pública en Chile, El proyecto se contextualiza en un escenario actualmente enfrentado un a incipiente proceso de modificaciones y cambios con la puesta en marcha de la Reforma en Salud, lo que para el Gobierno y el MINSAL constituye un gran desafío, ya que se plantea mejorar de manera importante la equidad en el acceso y en la oportunidad de atención para los más necesitados, elevando los estándares de calidad y resolutivez del sistema de salud actual. Hoy en día, luego de 2 años como plan piloto, entró en vigencia el primero de julio de este año, el plan AUGE (Acceso Universal para prestaciones integrales y garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades), en el cual se establece priorizar las enfermedades de acuerdo a criterios sanitarios e impacto financiero. En otras palabras, el propósito y compromiso del gobierno con este nuevo plan, es hacer realidad el derecho a la salud, estableciendo garantías en el acceso a acciones prioritarias, otorgando oportunidad, calidad y protección financiera.

Debido a que los recursos con los cuales cuenta el país para cuidar la salud de la población, son limitados y escasos, es necesario orientar estos recursos para asegurar que las enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles a la población, sean adecuadamente tratadas.

Bajo esta premisa, el cáncer infantil ha sido altamente priorizado y clasificado como enfermedad compleja, por ser la segunda causa de muerte infantil en Chile y por el alto costo que constituye su detección, tratamiento y seguimiento.

Con la condición propuesta por el gobierno, de mejorar la calidad de vida y sobre vida de los pacientes pediátricos con tumores sólidos o linfomas mediante un proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, consensuados con los especialistas y definido en protocolos PINDA dentro del contexto de la reforma, se plantea la posibilidad de generar alianzas entre el sector público y privado en el tema de la salud, a nivel de establecimientos hospitalarios, que permitirían mejorar la calidad, el rendimiento, la cobertura, y los índices asociados al desempeño de un hospital. Bajo este esquema, conocido como el reglamento de *Establecimientos de Autogestión*, sería posible realizar este tipo de inversión en un corto plazo y sin ningún costo directo para el Estado. La motivación para alcanzar este objetivo estaría implícita en los beneficios –específicamente la posibilidad de ser parte de la Red asistencial de Alta Especialidad- que podrían alcanzar algunos establecimientos, como el hospital Calvo Mackenna, en la medida que cumplan con una serie de requisitos tales como: poseer una resolución preferente en algún

tipo de especialidad; tener alta complejidad técnica, y entregar cobertura nacional; Lo que permitiría resolver parte importante de la demanda nacional de la especialidad¹¹.

Estas exigencias entre otras, de alguna manera, obligarían a los hospitales a realizar una serie de inversiones, como incluir un CDT entre sus instalaciones, para poder postular a dicha condición dentro de la nueva estructura del Sistema de salud, planteado por las reformas del Plan AUGE.

Otro factor importante a considerar son las diversas instituciones benéficas vinculadas al cáncer infantil, como Fundación Nuestros Hijos, Corporación Cordillera, Damas de Café, Corporación Coayuda, entre otras, las cuales se han encargado de complementar la labor realizada por las instituciones públicas de salud, y mediante una alianza estratégica establecida entre ellas y el Hospital podrían hacer factible la ejecución de este proyecto, como ya lo han sido otras iniciativas de alto costo que han surgido de dicha colaboración, por ejemplo, la renovación total de la unidad de oncología del Hospital Exequiel González Cortés en el año 2000 y la Unidad de hemato-oncología pediátrica del Hospital Sótero del Río.

Cabe mencionar que estas instituciones han sido cada día más reconocidas en su labor, por parte de los organismos del Estado, hecho que les ha posicionado de buena manera, permitiéndoles plantear nuevos puntos de vista con respecto a la enfermedad, aportar fondos, equipamientos y asistencia a familiares. Este rol aporta al tratamiento integral ya que se encargan de solventar todas las carencias que el sistema público presenta, y debido a su persistente despliegue, han logrado convertirse en agentes activos tanto dentro del sistema de atención pública como en el tratamiento del niño.

¹¹ Según el artículo 18 del “Reglamento orgánico de los establecimientos de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red”, Documento de Trabajo 2004. Ministerio de Salud.

4 | BIBLIOGRAFÍA y AGRADECIMIENTOS

Documentos

- MINISTERIO DE SALUD (abril 2004). “**Protocolo AUGE: Cáncer infantil. Linfomas y tumores sólidos**”. Documento de trabajo.
- MINISTERIO DE SALUD (abril 2004). “**Protocolo AUGE: Cáncer infantil. Leucemias**”. Documento de trabajo.
- MINISTERIO DE SALUD (2000). “**Guía de Planificación y Diseño del Servicio de Oncología en Alta Complejidad**”
- MINISTERIO DE SALUD (2000). “**Guía de Planificación y Diseño Unidades de cuidados Intensivos de paciente pediátrico**”
- MINISTERIO DE SALUD (Octubre 2001). “**Cáncer infantil en Chile. PINDA**”
- **CEPAL (Septiembre 2000). “Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes”**

Entrevistas

- **Dra. Milena Villarroel**; Doctora; encargada de la Unidad Oncológica del Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna.
- **Dra. Julia Palma B.**, Doctora encargada de la Unidad de transplantes de Médula Ósea, Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna.
- **Pedro Martínez C.**, Arquitecto, Servicio de Salud Metropolitano oriente (SSMO), Dpto. de recursos físicos.
- **Sra. María S. Fernández V.**, Enfermera de la unidad de quimioterapia ambulatoria del Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna.
- **Claudia Diddic**, Relacionadora Pública, Fundación Nuestros Hijos.
- **Jazmín Fernández**, Enfermera, Fundación Nuestros Hijos.
- **Pedro Durán**, Director de Obras I. Municipalidad de Chile Chico, ex arquitecto del Colegio Médico de Antofagasta.
- **Patricio Duarte**, Arquitecto, profesor Cátedra de Historia FAU

- **Carlos Vial**, Arquitecto, Director Fundación Nuestros Hijos
- *A todas las personas que amablemente me relataron sus historias.*

Libros y Revistas

- **“Designing the world’s best: Children’s Hospitals“**, Bruce King Komiske, Edición FACHE, Australia 1999.
- **“Memoria de Título: Plataforma integral de tratamiento para niños con cáncer.”**, Pablo Moraga Sario, FAU, Universidad de Chile, 2004. Santiago, Chile.
- **“Memoria de Título: Hospital Clínico Infantil en el Nuevo Centro Cívico de la Pintana”**, Beryk Wisnia Contreras. FAU, Universidad de Chile. 2004. Santiago Chile
- **“Revista CA” n°26**, mayo 1980, Santiago, Chile.
- **“Kemomanden Kasper”**, Helle Motzfeldt de la sociedad danesa contra el cáncer (Kraeftens Bekaempele), Copenhague, Dinamarca.
- **“Neufert, Arte de proyectar en Arquitectura”** Ernst Neufert. Ediciones G. Gili, SA de CV, 14ª edición, 1999, México.
- **“Neufert · Neff, Casa · Vivienda · Jardín”** Peter Neufert, Ludwig Neff. Ediciones G. Gili, SA de CV, 2ª edición, 2000, México.
- **“Diccionario Metápolis de Arquitectura Avanzada”**, Varios Autores, Ediciones ACTAR. 2001. Barcelona. España.
- **“Imágenes de Arquitectura Contemporánea”** Francisco Asensio Cerver, Arco Editorial. 1998. Barcelona. España.
- **“Arquitectura: Temas de Composición”** Roger H. Clark 2ª Edición. Ediciones G. Gili, SA de CV, 2ª edición, 2000, México.
- **“arquitectura en Cristal”**

Documentos Internet

- **Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo** (Marzo 2003), “Adecuación de la Red de Atención con Énfasis en la Atención Primaria para la implementación de la Reforma de Salud en Chile”. En www.puc.cl/equidadchile/
- **Universidad del Bío Bío** (2004), “Urgencias Hospitalarias: análisis del diseño y gestión de servicios de emergencia hospitalaria en Chile”. En www.facd.ubiobio.cl/emergencia
- **Vásquez, Juan** (2004) “El futuro de la hospitalización pediátrica. Estructura y función de los hospitales”. En: www.comtf.es/pediatria.
- **Yuvual, Jorge (2005)**, Primer Congreso de Infraestructura Hospitalaria, “Espacios terapéuticos: Hospitales que están hechos a la medida de los niños”. En www.hospitalaria.cl
- **Sarah's Story** <http://www.seattlecca.org/patientsandfamilies/pediatricCare/pediatricCancer/sarah.htm>
- **Sitio Internet**, www.fundacionuestrshijos.cl
- **Sitio Internet**, www.niñoycancer.cl
- **Sitio Internet**, www.luchacontraelcancer.cl
- **Sitio internet**, www.minsal.cl
- Sitio Internet,

5 | ANEXOS

Anexo 1

Definiciones Técnicas Problemas AUGE 2004 - Cáncer Infantil que incluye Leucemias, Linfomas y Tumores Sólidos

Definición del Problema de Salud: Los cánceres infantiles incluyen leucemias, linfomas y tumores sólidos. Las Leucemias corresponden a la proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas en la médula ósea. En el niño es la neoplasia más frecuente. No existe una etiología definida y se reconocen varios tipos, entre ellos Leucemia Linfoblástica, Leucemia Mieloide y Leucemia Mieloide Crónica. Los Tumores Sólidos corresponden a la presencia de una masa sólida formada por células neoplásicas, ubicada en cualquier sitio anatómico. Linfoma es la infiltración de células neoplásicas del tejido linfoide, que según histología se clasifican en Linfoma de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin B y Linfoma No Hodgkin linfoblástico.

Patologías Nominadas y Clasificación según códigos CIE 10

Los códigos más frecuentes identificados por el Programa PINDA se presentan en el cuadro.

DIAGNOSTICO	CIE 10
Linfoma Hodgkin	C 81.9
Linfoma B y LLA B	C 83.7
Linfoma linfoblástico	C 83.5
Leucemia linfoblástica	C 91.0
Leucemia mieloide aguda	C 92.0
Neuroblastoma	C 47.9
Osteosarcoma	C 40.9
Sarcoma	C 49.9
Ewing	C 40.9
Tumor ovario	C 56
Tumor testículo	C 62.9
Wilms	C 64
Retinoblastoma	C 69.2
Histiocitosis	C 96.0
Recaída Tu. Sólida	Código del Inicio
Hepatoblastoma	C 22.2
Leuc. Mielo Crónica	C 92.1
Recaída Leucemia	Código del inicio
Meduloblastoma	C 71.6
Tu SNC<3años	C 72.9

	Astrocitoma	C 72.9
	Tumor Germinal SNC	C 72.9
Población Objetivo	Población infantil menor de 15 años, con sospecha de cáncer infantil o con cáncer infantil.	
Epidemiología y Casos estimados	La incidencia esperada de leucemia en la población menor de 15 años es 4 - 5 caso por 100.000 niños, lo que corresponde a 146 - 182 casos nuevos año en el país. Según estimación de PINDA se esperan 140 casos nuevos en el sector público. La incidencia de linfoma y tumores sólidos es 8 a 10 por 100.000 niños, lo que corresponde a 292 - 365 casos nuevos. Para el año 2004 en el sector público se estiman 551 casos totales confirmados y en tratamiento, incluyendo recaídas y trasplantes.	
Objetivo sanitario	Mejorar la sobre vida y la calidad de vida de los pacientes pediátricos con tumores sólidos, leucemias o linfomas mediante un proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, definido en protocolos PINDA, consensuados con los especialistas.	
Atención con Garantías: Confirmación diagnóstica: La persona menor de 15 años con sospecha clínica de leucemia, linfoma o tumor sólido será evaluada por especialista y si se fundamenta la sospecha será derivada a un centro de cáncer infantil (PINDA) para hospitalización y confirmación diagnóstica. Los casos confirmados recibirán el tratamiento que corresponde según etapificación, incluyendo el tratamiento para la recaída y en los casos indicados, trasplante de médula ósea. Seguimiento durante 5 años.		
Garantía de Acceso	Todo niño con criterios de sospecha clínica de leucemia, linfoma o tumor sólido tiene acceso a evaluación por especialista. Según la evaluación se derivará al centro de cáncer infantil para hospitalización para confirmación diagnóstica. Los casos confirmados recibirán el tratamiento que corresponde según etapificación. Incluye, según protocolo, tratamiento de recaídas y trasplante de médula ósea, y seguimiento durante 5 años.	
Garantía de Oportunidad	Todo niño con sospecha fundada de leucemia, linfoma o tumor sólido ingresa al centro de cáncer infantil (PIN-DA) para confirmación diagnóstica en un plazo máximo de 7 días desde la derivación por sospecha.	
Plazos de Atención a Cumplir: El niño con diagnóstico fundado de Leucemia, en 7 días desde el ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico e iniciará tratamiento de quimioterapia (indicador de calidad). El niño con diagnóstico fundado de Linfoma o Tumor Sólido, en 30 días desde su ingreso al centro PINDA, confirmará su diagnóstico (incluye en promedio 7 días para informe de anatomía patológica y otros 7 días para inmunohistoquímica), se etapificará e iniciará tratamiento según protocolo (indicador de calidad). Finalizado el tratamiento en todos los casos mencionados se iniciará su seguimiento por 5 años.		
Garantía de Protección Financiera	En la modalidad institucional, 100% de cobertura financiera para beneficiarios de FONASA de grupos de ingreso A, B, C y D para el tratamiento de quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea (tanto para el receptor como el donante), drogas inmunosupresoras y resonancia nuclear magnética. La hospitalización y otras prestaciones de diagnóstico, etapificación, evaluación y controles tienen cobertura financiera en función del grupo de ingreso y cargas familiares (A-100%, B-100%, C-90% y D- 80%). linfomas y tumores sólidos	
Indicador de Calidad	100% de los niños con leucemias inician tratamiento con quimioterapia en un plazo máximo de 7 días desde su ingreso al Centro PINDA. 100% de niños con tumores sólidos y linfomas inician tratamiento en un plazo máximo de 30 días desde su ingreso al Centro PINDA.	

Protocolos	- Protocolo AUGE 2004 “Cáncer Infantil: Leucemias”. Minsal. Marzo 2004 - Protocolo AUGE 2004 “Cáncer Infantil: Linfomas y Tumores Sólidos”. Minsal Marzo 2004 - Protocolos PINDA: Leucemia Linfoblástica 2002, Leucemia Mieloide 1998, Leucemia Mieloide Crónica 1999, Recaída Leucemia Mieloide 2003, Leucemia B madura 1996, Leucemia Lactante 1999, Recaída Leucemia Linfoblástica 2003, Sarcoma partes blandas 1998, Sarcoma no Rabdomyosarcoma 2001, Sarcoma Ewing PRET 1998, Osteosarcoma 2002, Wilms 1999, Neuroblastoma 1998, Histiocitosis 2003, Hepatoblastoma 1997, Retinoblastoma 1999, Meduloblastoma 1997, Ependimoma 1997, Glioma 1997, Tu Germinal SNC 1997, Tu Germinal No SNC 1999, Tu SNC < 3 años 1997, Recaída Tu Sólido 1998, Linfoma Hodgkin 1999, Linfoma Lin-foblástico 1996, Linfoma Burkitt 1996, Linfoma Células Grandes 1996, Linfoma Anaplástico a Células Grandes 2003.
Modelo de Atención y Red Pública	
Modelo de Atención	Sospecha en todos los establecimientos de la red, incluida la Atención Primaria. El pediatra del nivel especializa-do evalúa y, si fundamenta su sospecha, deriva al Centro PINDA para confirmación diagnóstica y tratamiento.
Red Pública	Los centros acreditados de apoyo para el tratamiento del cáncer infantil son cinco: Hospital Juan Noé de Arica, H. Regional Ernesto Torres de Iquique, H. Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, H. Puerto Montt de Llanchipal, y H. Regional Dr. Lautaro Navarro de Punta Arenas de Magallanes. Los centros acreditados para la confirmación del diagnóstico y para el tratamiento del cáncer infantil son 13: H. Gustavo Fricke de Viña del Mar/Quillota, H. Carlos Van Buren de Valparaíso, Región Metropolitana; H. Roberto del Río, San Juan de Díos, San Borja Arriarán, Sótero del Río, Exequiel González, Luís Calvo MacKenna de Santiago, H. Talca (leucemias y linfomas) de Maule, H. Las Higueras de Talcahuano, H. Grant Benavente de Concepción, H. Regional de Temuco de Araucanía Sur, H. Regional de Valdivia. El Centro de Referencia Nacional en Hospital Luís Calvo Mackenna para estudio y realización de transplante de médula ósea y osteosarcomas. Anexo 2.
Calidad de Prestadores	
Mejoría y Evaluación	Se pondrá en marcha un programa de evaluación y mejoría de la calidad de atención en hospitales, dirigida por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud.
Acreditación de prestadores institucionales	Se pondrá en marcha el Sistema de Acreditación del Régimen AUGE (SARA) propuesto por el Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud. ¹²

¹² extracto del documento de Trabajo del ministerio de salud Abril 2004, “Documento para la Aplicación del Sistema AUGE en las Redes de Atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud”,

EN AGRADECIMIENTO:

A mi arquitecto y futuro marido, Cristian Clerc, tu amor, apoyo, comprensión, sonrisa, han sido y serán por siempre mi aliciente para seguir adelante.... gracias por todo.

A las personas que trabajan en el área de oncología infantil del Hospital Calvo Mackenna, por su increíble labor con los niños, y por aquella sonrisa que no se apaga nunca.

A todas las personas que desinteresadamente me escucharon y me brindaron su apoyo.

A mi familia por todo el apoyo y amor durante estos largos y duros años de estudio, soportando a un arquitecto en potencia. ¡Muchas gracias! Los quiero mucho.

DEDICADO:

A todos aquellos niños que luchan diariamente contra el cáncer, para que no les falte nunca la fuerza para seguir adelante.

Anexo 2: Red Pública Cáncer Infantil

Servicio Salud	Establecimiento	Sospecha	Especialista que funda o descarta sospecha	Confirmación	Tratamiento Seguimiento		
					Cirugía	Qt	Rt
Arica	Hosp. Juan Noé(1)	Sospecha en todos los establecimientos de la red, incluidos los Consultorios de Atención Primaria Municipal	X	LUIS CALVO MACKENNA			ANTOFAGASTA
Iquique	Hosp. Iquique (1)		X				
Antofagasta	Hosp. Antofagasta (1)		X				
Atacama	Hosp. Copiapó		X	ROBERTO DEL RIO			INC
Coquimbo	H. La Serena		X				
	H. Coquimbo		X				
	H. Ovalle		X				
Aconcagua	H. San Felipe		X				
	H. San Camilo		X				
	H. Llay Llay		X				
Valparaíso	H. Van Buren		X	X	X	X	VAN BUREN
	H. G. Fricke		X	X	X	X	
Viña - Quillota	H. Quillota		X	GUSTAVO FRICKE			INC
O'Higgins	H. Rancagua		X				
	H. San Fernando		X				
Maule	H. Curicó		X	TALCA, OTROS A CALVO MACKENNA			INC
	H. Linares		X				
	H. Talca		X				
Ñuble	H. Chillán		X	GRANT BENAVENTE			
	H. San Carlos		X				
Concepción	H. G. Grant B.		X	X	X	X	X
	H. Coronel			GRANT BENAVENTE			
	H. Lota						
Talcahuano	Las Higueras		X	X	X	X	X
Bío Bío	H. Los Angeles		X	GRANT BENAVENTE			
Arauco	H. Curanilahue			TEMUCO			VALDIVIA
Ar. Norte	H. Angol						
	H. Victoria						
Ar. Sur	H. Temuco	X	X	X	X		
Valdivia	H. Valdivia	X	X	X	X		
Osorno	H. Osorno	X	VALDIVIA				
Llanchipal	H. Pto. Montt (1)	X					
	H. Castro						
	H. Ancud						
Aysén	H. Coyhaique	X					
Magallanes	H. Pta. Arenas (1)	X					
Met. Norte	I.N. Cáncer		X	X	X	X	
	H. Roberto del Río						
Met. Sur	H. Exequiel González Cortés	X	X	X	X	INC	
Met. Sur Oriente	H. Sótero del Río	X	X	X	X		
Met. Oriente	H. Calvo Mackenna	X	X	X	X		
Met. Central	H. San Borja	X	X	X	X		
Met. Occidente	H. San Juan Dios	X	X	X	X		

Nota (1): Centros de apoyo, quimioterapia de mantención.

X: Indica que el establecimiento realiza la prestación o etapa del proceso de atención.