



Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Departamento de Diseño
Memoria de Proyecto de Título



Reposición

Instituto Nacional de Geriátria

***Complejo Hospitalario Salvador-Infante
(SSMO) Providencia, RM.***



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE

Alumno:
Cristián Moraga G.

Profesor Guía:
Patricio Morelli U.

2007

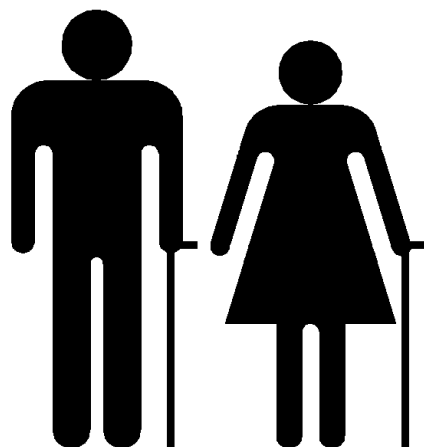
Listado de Acrónimos y Abreviaciones.

AM	Adulto Mayor
PAM	Población Adulto Mayor
PNAM	Política Nacional Adulto Mayor
SENAMA	Servicio Nacional Adulto Mayor
PNC	Plan Nacional Conjunto
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
MINSAL	Ministerio de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
SSMO	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
ING	Instituto Nacional de Geriátria
HDS	Hospital Del Salvador
INT	Instituto Nacional del Tórax
INCA	Instituto Nacional de Neurocirugía Dr. Asenjo
PMA	Programa Médico Arquitectónico
CAE	Consultorio Adosado de Especialidades
OIRS	Oficina de Información Reclamos y Sugerencias
PRCP	Plan Regulador Comunal de Providencia
PRMS	Plan Regulado Metropolitano de Santiago
ZEMoI	Zona de Equipamiento Metropolitano o Intercomunal
LO	Línea Oficial

Agradecimientos:

Álvaro Prieto, por su desinteresada y muy fundamental ayuda

Mabel Abarca, por su eterno apoyo.



Profesionales Consultados:

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

Ana María Volosky, Arquitecto Ministerio de Salud, Jefe Recursos Físicos
SSMO.

Carlos Altamirano, Doctor, Director Ejecutivo.
Proyecto Reposición H. Salvador y Geriátrico.

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

Cristián Plaza, Químico Farmacéutico, Asesor docencia, ING.

Oscar Gutierrez, Oficina OIRS, ING.

Mabel Abarca, Enfermera universitaria, INT.

Alejandro Estrada, Arquitecto, profesor Construcción, Universidad de
Chile.

Índice.

	Contenido	Página
1.	Motivación	pág. 7
2.	Descripción del problema.	
2.1.	Transición Demográfica.	pág. 8
2.2.	Observar vs. Planificar.	pág. 11
3.	Contexto del Problema.	
3.1.	Situación Política.	pág. 13
3.2.	Antecedentes generales sobre la Política Pública de Chile respecto al AM.	pág. 14
3.3.	La oferta de salud específica.	pág. 17
3.4.	El Instituto Nacional de Geriátría.	pág. 20
3.5.	Reposición Hospital Del Salvador e Instituto Nacional de Geriátría	pág. 22
3.5.1.	Análisis Funcional.	pág. 23
3.6.	Estado de Avance Proyecto Reposición.	pág. 25
4.	Contexto Operacional.	
4.1.	Contexto Servicio de Salud Metropolitano Oriente.	pág. 27
4.1.1.	Territorio.	pág. 27
4.1.2.	Población.	pág. 28
4.2.	Contexto Urbano.	pág. 29
4.3.	Contexto Inmediato.	pág. 30
4.4.	Vialidad y Espacios Públicos.	pág. 33
4.5.	Emplazamiento Proyectos.	pág. 35
4.5.1.	Superficie.	pág. 36
4.5.2.	Función.	pág. 37

5. Terreno

5.1.	Características del sitio (Zona 2).	pág. 39
5.2.	Infraestructura existente.	pág. 39
5.3.	Normativas.	pág. 41
5.3.1.	Usos de Suelo.	pág. 42
5.3.2.	Vialidad.	pág. 44
5.3.3.	Áreas Verdes.	pág. 45

6. Proyecto

6.1.	Definición del proyecto; Estructura de Requerimientos.	pág. 46
6.1.1.	Atención de Salud.	pág. 46
6.1.2.	Docencia.	pág. 46
6.1.3.	Sistema Integrado.	pág. 47
6.1.4.	Recuperación Patrimonial.	pág. 47
6.1.5.	Áreas Verdes.	pág. 48
6.1.6.	Esquema de Circulaciones y Recorridos Terapéuticos.	pág. 49
6.1.7.	Percepción.	pág. 50
6.2.	Modelo de Gestión y financiamiento	pág. 51
6.3.	Modelo Operativo.	pág. 52
6.4.	Programa Medico Arquitectónico (PMA).	pág. 53
6.5.	Criterios de diseño.	pág. 54
6.5.1.	Criterios Funcionales.	pág. 61
6.5.2.	Criterios Urbanísticos.	pág. 62
6.5.3.	Criterios Estructurales.	pág. 62
6.5.4.	Criterios Ambientales.	pág. 64
6.6.	Propuesta Arquitectónica	pág. 67

7.	Referencias Bibliográficas.	pág. 68
-----------	------------------------------------	---------

1. Motivación.

Desde el punto de vista formativo, académico y práctico, la Universidad de Chile siempre ha estado ligada a los procesos de cambio y evolución histórica de nuestra sociedad. Forma parte de su misión, como Universidad estatal y pública, por lo tanto esta debe adecuarse y por sobre todo anticiparse a estos con el fin de mantener el compromiso nacional de liderazgo y excelencia. Por otra parte, la inserción del País en un contexto globalizado propone nuevos desafíos de múltiples variantes, a lo cual se debe responder de manera creativa y eficaz, centrada en una contextualizada visión de futuro.

Las diversas áreas de estudio ofrecen opinión y respuesta a las múltiples áreas de desarrollo del país. La **arquitectura**, en nuestro caso, está particularmente inserta dentro los cambios sociales, económicos y culturales, por lo tanto es receptiva de sus variaciones históricas y atingente en la resolución. El período de titulación, a consecuencia de lo anterior, debiera ser reflejo de la misión institucional. Por lo tanto, es la oportunidad que se tiene como estudiante para intervenir en iniciativas sujetas al **desarrollo** del país y su proyección a futuro.

En base a lo anterior, el tema para desarrollar el proyecto de título se inscribe dentro de la iniciativa **pública**. Dada la diversidad de áreas de trabajo, se investigó sobre aquellas que tienen un carácter de urgencia en su aplicación, destacando entre otras el área de **Salud Pública** como una de las que proporciona un alto impacto en relación al beneficio directo para la población, además de su beneficio futuro entendido como inversión. Junto a esto, la **proyección** futura del país en términos de población y sociedad, hace prever el futuro usuario del Sistema de Salud; el **Adulto Mayor**¹ (AM).

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

2. Descripción del Problema.

2.1. Transición Demográfica.²

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

En América Latina el ritmo de crecimiento de la Población Adulta Mayor (PAM) se ha visto incrementado dramáticamente en los últimos años, en comparación con naciones desarrolladas. El nivel de envejecimiento que Europa logró en 200 años lo alcanzará América Latina en 50 años, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas y Políticas Públicas al nuevo escenario de una población con mayor vejez.

La modificación en la estructura por edades de la población, tiene como resultado el irrefrenable proceso del envejecimiento de las sociedades modernas. Si bien en 1975 la PAM en la región era de 21.000.000 de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo ascendió a 41.000.000 de personas (8,1%). En las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la PAM, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100.000.000 de personas (14,1%) y en 2050, cerca del doble (23,4%)⁴ representando la cuarta parte de la población total. Las proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2001), estiman que en el año

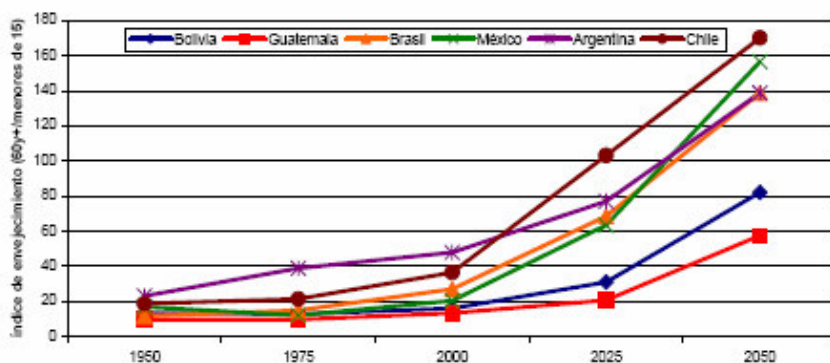
² Es el cambio que experimentan las poblaciones de altas tasas de natalidad y mortalidad a bajas tasas de las mismas. Su duración depende de las condiciones socioeconómicas y culturales relacionadas con dichas tasas.

³ La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes.

⁴ Según proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

2050, veinte países latinoamericanos contarán con una esperanza de vida superior a los 75 años y 5 de ellos habrán rebasado los 80 años de vida en promedio, situación que implica que habrá 113 personas de edad por cada 100 jóvenes y niños.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN PERÍODOS DE 25 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050



Fuente: CEPAL-CELADE

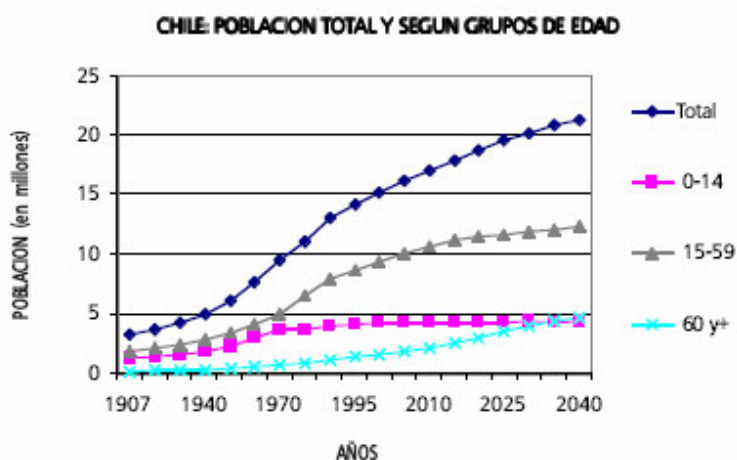
En base a lo anterior, se identifica el problema del envejecimiento como una realidad global, en la que su acelerado desarrollo marca la atingencia y urgencia de las Políticas Públicas y su coordinación multisectorial.

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

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

Actualmente en Chile 1.717.478 personas⁵ son AM, es decir el 11,5% de la población total; se espera que para el 2025 representen el 20%, con una PAM de 3.846.636 personas.⁶

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



Fuente: CEPAL-CELADE

Dentro del fenómeno del envejecimiento, se produce una agudización del problema con respecto a su dimensión social y sanitaria, en base al hecho del aumento sostenido de los AM mayores (> 75 años)⁷, ya que ellos concentran un mayor grado de dependencia de servicios, especialmente en el área de salud, así como altas tasas de discapacidad.

⁵ SENS0, 2002

⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999). Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000. Chile.

⁷ Los adultos de más de 80 años son el grupo de edad de más rápido crecimiento en todo el mundo.

2.3. Observar vs. Planificar.

El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico, sin embargo, se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los países en desarrollo. En otras palabras, las poblaciones de dichos países se volverán más viejas antes de que los países se vuelvan más ricos; en cambio, los países industrializados (Europa – América del Norte) se volvieron más ricos mientras sus poblaciones se volvían más viejas⁸, lo cual introduce un panorama distintivo acerca de cómo abordar el futuro problema socio-sanitario.

El lapso de tiempo definido por los años restantes para que la situación se torne crítica, si bien es reducido, ofrece a gestores y planificadores la oportunidad para implementar políticas encaminadas a prevenir el desarrollo de dependencia funcional en el envejecido, principal fuente de coste social y económico asociados al aumento de la edad de las poblaciones. De esta manera, Chile se enfrenta no sólo con el desafío de lograr estos objetivos para un número creciente de población, sino que en un plazo menor de años (20 a 25 años), que el que tuvieron los países más desarrollados (100 años)⁹, por lo tanto, es de suma importancia lograr un cambio cultural de la población respecto a la valoración y trato hacia los AM en la atención de salud (hospitales públicos, consultorios y servicios clínicos de apoyo).

El 81,7 % de la PAM se atiende en el Sistema Público de Salud.

⁸ Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad

⁹ Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

Los AM serán los nuevos clientes o usuarios de los Servicios de Salud y ellos concentran la mayor mortalidad y grados de dependencia. Esto es un hecho real, como también que es posible reducir las tasas de discapacidad y por lo tanto los gastos innecesarios. En los países más envejecidos se demostró que es más barato intervenir que sólo observar el proceso de envejecimiento ya que se transforma en patológico y discapacitante, por lo tanto, más caro.¹⁰

Invertir ahora en ésta área implica que a mediano y largo plazo se tenga una PAM con buenos niveles de salud, manteniendo por sobre todo su capacidad funcional, evitando así la dependencia de las instituciones y recursos asociados al área de salud, como también al área social, mejorando la calidad de vida de la población en general. El no hacer nada lleva aparejado muchos más costos a mediano y largo plazo que los que la intervención genera a corto plazo, por ende, estos deben ser considerados como inversión¹¹

10 Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

3. Contexto del Problema.

3.1. Situación Política.

La Política Pública se refiere a las filosofías y prioridades que sigue un gobierno (en forma de legislación o de programas) y representa el énfasis en la responsabilidad gubernamental. Hoy se observa claramente en los censos que hay menos población menor de 15 años y aumentan los mayores de 60 (transición demográfica). Por ello, el envejecimiento de las naciones es y será un tema relevante de la política pública de los próximos años, habiendo sido esto expuesto en la 1ª Asamblea Mundial del Envejecimiento, en 1982 (Viena), y reafirmado en la segunda celebrada en 2002 (Madrid), de las cuales Chile ha tenido una participación activa.

En ellas los gobiernos se comprometen a diseñar y ejecutar medidas para enfrentar los retos que plantea el envejecimiento, además, de proponer recomendaciones sobre tres temas prioritarios: 1) personas de edad y el desarrollo; 2) fomento de la salud y el bienestar en la vejez y, 3) la creación de un entorno propicio y favorable para ellos. Ligado a esto, se han adoptado nuevos parámetros para entender el proceso de envejecimiento, en los cuales participan diversos organismos internacionales, unificando criterios para un mismo problema a nivel global.

La Organización Mundial de Salud promueve el Envejecimiento Activo¹² el cual se basa en tres fundamentos: Participación (social), Seguridad (económica) y Salud. Tales áreas se reflejan en mayor o menor medida en las Políticas Públicas adoptadas por los distintos países, éstas posteriormente serán analizadas comparativamente con el contexto actual local, reflejando su estado de avance en esta materia.

12 El Envejecimiento Activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Fue definido por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones.

3.2. Antecedentes generales sobre la Política Pública de Chile respecto al AM.

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

La Política Nacional para el Adulto Mayor (PNAM), proporciona un marco referencial, que orienta las acciones, en función de una serie de principios, objetivos y bases conceptuales. Se plantea como objetivo principal “lograr un cambio cultural que dé un mejor trato a la población adulta mayor”, lo que implica una percepción distinta del envejecimiento con la consiguiente necesidad de crear medios para facilitar el desarrollo integral del adulto mayor y lograr el mantenimiento o recuperación de la funcionalidad de este grupo etéreo.

Desde el punto de vista conceptual, cabe resaltar que la Política se crea desde sus inicios reconociendo la transversalidad de criterios biológicos, psicológicos y sociales que deben ser considerados para implementar acciones específicas en beneficio de la PAM. Del mismo modo, se resalta el carácter universal y no excluyente de ésta (Equidad; y Solidaridad intergeneracional), además se incorporan los principios de Autovalencia y Envejecimiento Activo. En cuanto al Estado, la Política también deja claro lo que le compete a éste, a través de los principios de Flexibilidad en el diseño de políticas, Subsidiariedad del Estado y su rol regulador y Descentralización, tanto regional como al interior de esta.

Por su parte, el sector salud desarrolla la “Política de Salud del Adulto Mayor”, cuyos objetivos principales están dirigidos al mantenimiento de la funcionalidad y reducción de la mortalidad por causas evitables. Los programas que hoy aparecen como imprescindibles para el apoyo integral del anciano son en su mayoría aquellos orientados a la salud y los servicios sociales. En nuestro país el Ministerio de Salud (MINSAL) cuenta con el programa del adulto mayor donde se tratan, previenen y rehabilitan diversas

patologías, tanto de adultos mayores autovalentes, frágiles y postrados (Ministerio de Salud, 2002).

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

- En el área de los servicios sociales, se destacan los esfuerzos realizados por los municipios, varias ONGs y el Instituto de Normalización Provisional (INP), en materia de apoyo a la integración social por medio de talleres y programas de capacitación como son las casas de encuentro, los talleres de gimnasia, los programas de alfabetización digital e Internet y los programas de turismo interior.
- En el área de la protección social, se destacan los avances logrados en materia de previsión social, y de transferencia de recursos públicos para la protección de los adultos más desvalidos.
- La coordinación entre diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales esta cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), lo cual resulta en una serie de comisiones y grupos específicos de trabajo, los cuales se enmarcan dentro del Plan Nacional Conjunto (PNC)¹³. Las orientaciones del PNC están dentro del marco de definiciones de la PNAM para el período 2006 - 2010 y se sustentan en los principios, valores y objetivos que fueron establecidos en ésta, aprobada el año 2004.
- Con respecto al tema sanitario, el Ministerio de Salud materializa los objetivos propuestos ofreciendo prestaciones específicas para este

¹³ El Plan Nacional Conjunto es el principal instrumento de coordinación mediante el cual se operacionaliza la Política Nacional para el Adulto Mayor, para asegurar una gestión coordinada del sector público en procura del bienestar e integración familiar y social de los AM del país.

segmento de la población. El objetivo de la Atención de Salud del Adulto Mayor en el Sistema Público de Salud es mantener o mejorar su autonomía y calidad de vida, previniendo así la discapacidad y evitar muertes prevenibles.

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

Gran parte de la PAM se atiende en el Sistema Público de Salud, por ende la dimensión sanitaria de la PNAM tiene un efecto evidente sobre la calidad de vida, relacionada directamente con el bienestar físico-mental y, por lo tanto, con indicadores de salud.

Además del impacto del envejecimiento de la población, la incorporación de los problemas cubiertos por el GES (AUGE), se están asociando a un incremento en la demanda de prestaciones incluidas dentro de las garantías y de otras que se derivan de ellas, tales como las angioplastías perisfericas que no están cubiertas por el GES, pero que han experimentado un gran crecimiento como efecto derivado del mismo.

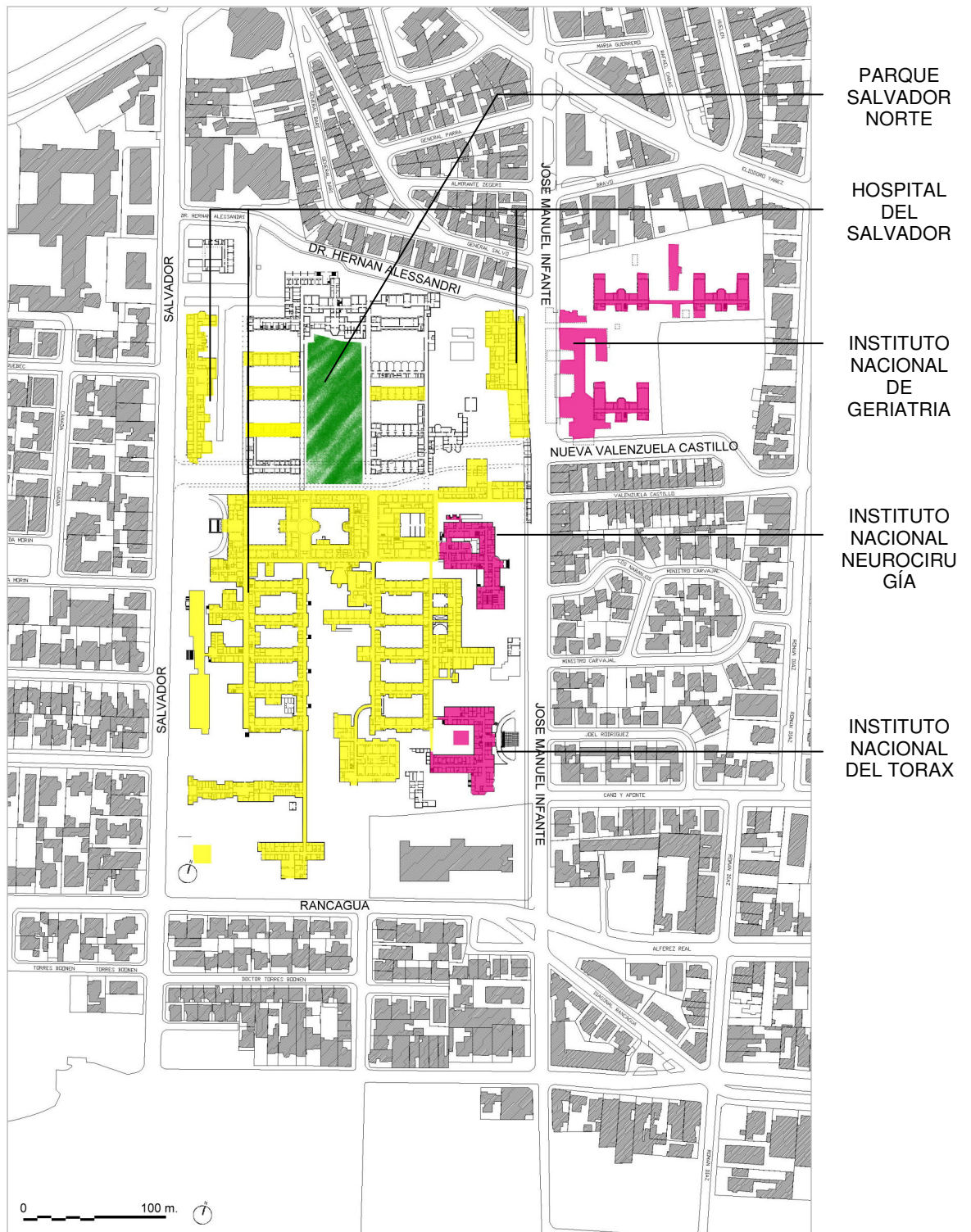
3.3. La oferta de salud específica.

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

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

El ING, ubicado en José Manuel Infante # 370, se conforma como la expresión de la Salud Pública y la específica PNAM hacia el segmento, siendo el único que ofrece atención especializada en Geriátría a nivel nacional. Su rol principal es formar recursos humanos y desarrollar modelos de atención específicos¹⁴.

14 Uno de los aspectos más relegados ha sido la formación de recursos humanos especializados (geriatras) a pesar que estos se encuentran entre los objetivos específicos de la PNAM y guardan estrecha relación con las acciones de prevención, atención y prestación de salud para este grupo.



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

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

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

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

de inmovilidad y otras que llevaran a un compromiso del estado de salud funcional¹⁵ que debe ser la prioridad en este grupo de pacientes.

3.4. El Instituto Nacional de Geriátria.

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

El ING es un establecimiento de especialidad Tipo 2¹⁶, es uno de los siete establecimientos dependientes del Servicio de Salud Metropolitano

¹⁵ La salud de un adulto mayor se mide en términos de función mejor que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. Si es social e intelectualmente activa, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos.

¹⁶ De acuerdo a su cobertura y complejidad los Hospitales Tipo 1 y Tipo 2 se definen de la siguiente manera:

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

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

Oriente (S.S.M.O.), de referencia nacional para la atención de salud de la población de 60 años y más, focalizado en el ámbito territorial de beneficiarios del sistema público de salud, un 45% de sus atenciones son entregadas a de las comunas pertenecientes al S.S.M.O. y un 50% a beneficiarios de otras comunas de la Región Metropolitana y 5% de otras Regiones.

Actualmente es un establecimiento único en el país en su especialidad. La totalidad de sus recursos están destinado a la atención y cuidados de salud de los pacientes geriátricos, a través de la mantención y recuperación de la autonomía física, mental y social con la aplicación de un modelo específico de atención de salud, que comprende cuidados preventivos, progresivos integrales y continuados entregado a través de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral incorporando los criterios de riesgo vital y funcional. Es también pionero en el campo de la investigación, de la docencia de pre grado y post grado, así como de la extensión, difusión. Participa en la desarrollo, propuesta, implementación y ejecución de programa pilotos de salud para los Adultos Mayores. Es un órgano asesor de MINSAL y SENAMA en relación a temas que tienen relación con el estado de salud de los AM.

Con relación a la atención de salud esta destinado en forma específica a atender a aquellos AM que reúnen criterios establecidos por expertos internacionales de “pacientes geriátricos”, o sea portadores de enfermedades agudas o crónicas descompensadas instaladas en un adulto mayor que tiene además uno o mas síndromes geriátricos o la condición clínica específica de este grupo etareo conocida como “Síndrome de Fragilidad”.

3.5. Reposición Hospital Del Salvador e Instituto Nacional de Geriatria.

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

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

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

La idea de contar con nuevas instalaciones físicas tanto para el HDS como para el ING ha estado dentro de la cartera de potenciales proyectos de inversión los últimos 30 años. Las actuales dependencias datan del Siglo XIX. y presentan problemas críticos de conservación y funcionalidad. El deterioro de su infraestructura, instalaciones y terminaciones es evidente, a pesar de los esfuerzos que se han hecho a partir del terremoto de 1985.

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

3.5.1. Análisis Funcional.

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

Es importante destacar la dispersión en la extensión del hospital de toda la zona ambulatoria, lo que hace dificultoso y lento el traslado de pacientes y de insumos, con el consiguiente mal uso de recursos y tiempo. Además debe destacarse las insuficiencias de los servicios más complejos, por ejemplo Pabellones Quirúrgicos, y las unidades de cuidados de pacientes críticos, en los cuales sus recintos principales tienen un diseño inadecuado y recintos con superficies netas menores a las recomendadas e insuficiencia de recintos de apoyo.

Instituto Nacional de Geriátría: El divorcio geográfico y funcional del ING, con respecto del resto de las instituciones lo ha alejado críticamente de los requerimientos de atención de Especialidades Médicas, por lo tanto se mantiene al margen de formar parte de un sistema de atención de salud mayor.

En este caso especial no pareciera justificarse un análisis profundo de un establecimiento asistencial absolutamente caduco, física y funcionalmente. La disgregación de sus volúmenes, en principio es adecuada en hospitales para pacientes de larga estancia (geriátricos y crónicos), con el objeto de lograr ambientes exteriores gratos, pero siempre dentro de un contexto orgánico funcional. Esto último no se logra en este establecimiento, siendo su disgregación caótica.

Se carecen de parámetros para calificar asertivamente la obsolescencia de este hospital, pero el sentido común, de profesionales especializados en establecimientos de salud, estima que no califica, sin que

siquiera sea necesario entrar a analizar su divorcio físico respecto de todas las especialidades medicas que requieren generalmente los usuarios, las que se encuentran en el resto de los hospitales del centro hospitalario.

Además de la evidente obsolencia de las estructuras físicas, y su compleja remodelación, el uso del terreno¹⁷ y la distribución de los pabellones no es eficaz. Cabe mencionar que el terreno, de 3,1 Ha. localizado en un área céntrica de la comuna de Providencia, se convierte en un activo importante para una alternativa a la generación de recursos que financien los proyectos futuros del sector.



Fuente: SSMO

17 De los 31.030 m2 de terreno, sólo un 17.3 % está edificada en 1º piso.

3.6. Estado de Avance Proyecto Reposición.

Como se explicaba anteriormente, el proyecto de reponer las infraestructuras físicas de estos establecimientos lleva un largo tiempo de análisis e investigación a consecuencia de las múltiples variables que afectan a un proyecto de estas dimensiones, además del complejo ejercicio multidisciplinario que involucra.

Actualmente el proyecto se encuentra en etapa de estudio pre-inversional, el cual da como resultado la elaboración de un Diagnóstico (Oferta), para prever una Demanda (Propuesta) y a partir de ello un Programa Medico Arquitectónico (PMA) que cuantifica el espacio físico requerido y determina la capacidad de camas de los nuevos recintos.

El Diseño de Anteproyecto se estipula para el año 2008 y la licitación del Proyecto de Arquitectura para el segundo semestre. La ejecución se contempla con el inicio de obras para el 2009, según estimaciones hechas por la oficina de Recursos Físicos del SSMO, encargada de la elaboración de las bases proyectuales y términos de referencia dentro de los cuales se desarrollan cada una de las etapas.

Como se explico a partir de los análisis anteriores hechos a las actuales infraestructuras hospitalarias, se contempla la total reposición de ambas y el traslado físico de las dependencias del ING para funcionar anexo al nuevo HDS, separado del volumen central, conservando así un grado de independencia, que permita la generación de ambientes apropiados para este tipo de establecimiento.

De esta manera se forma parte de un sistema coordinado de atención de salud y especialidades medicas conformados por el HDS, INT, INCA e ING, los cuales se complementan en la atención. Esto permite una optimización del recurso, específicamente camas, ya que el traslado y derivaciones de pacientes a los correspondientes recintos según la afección se coordinaría fácilmente tanto administrativa como físicamente.

En general, el desarrollo del Proyecto de Título a estado muy ligado al actual estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud y la oficina de Recursos Físicos del SSMO. Las distintas entrevistas al equipo multidisciplinario encargado del proyecto en sus etapas iniciales

(Arquitectos, Ingenieros Comerciales, Doctores, Enfermeras, Docentes, etc.) además de los documentos aportados por el desarrollo de la investigación a la fecha, han servido como una base consistente que sitúa al Proyecto de Título en un escenario real de requerimientos, tanto programáticos como físico-urbanísticos.

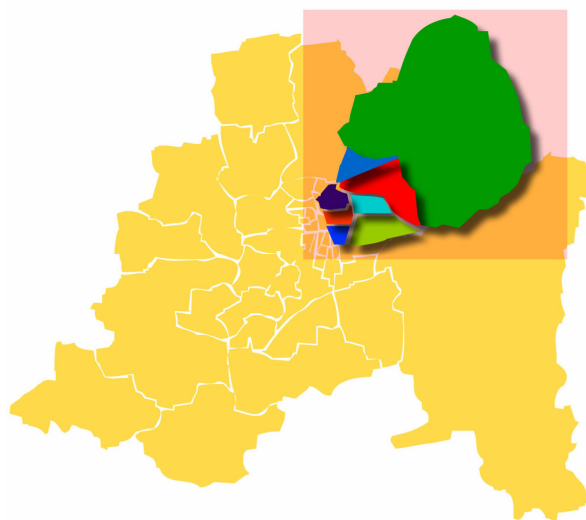
4. Contexto Operacional.

4.1. Contexto Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

La Red Asistencial del Sistema Público de Salud está conformado por 28 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, en cada uno de ellos existe un número determinado de establecimientos hospitalarios de distinta complejidad, además de la Atención Primaria de Salud. La región Metropolitana esta sub dividida en 6 Servicios de Salud Metropolitanos. El Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) cuenta con 7 hospitales y un centro de especialidades ambulatorio. En total a diciembre de 2006, se suman 1440 camas, distribuidas en medicina, cirugía, pediatría y críticas, según cada hospital.

4.1.1. Territorio.

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



4.1.2. Población.

La población total de la Región Metropolitana, para el Censo 2002 fue de 6.061.185, lo que representa un 40,1% de la población del país.

La Región Metropolitana presentó una tasa de crecimiento de 1,97% entre los censos de 1982 y de 1992, la cual fue mayor al crecimiento nacional (1,64%). El crecimiento intercensal 1992-2002 de acuerdo a los datos censales fue de 803.252 personas (5.257.933 a 6.061.185) con tasa 15,27% para el decenio.

La población del SSMO alcanzó a 1.115.883, que a su vez representa el 18,4% de la población de la Región Metropolitana. El crecimiento intercensal alcanzó 9% para el decenio: de 1.023.738 a 1.115.883, neto de 92.145 personas.

En la jurisdicción asignada al SSMO existe, proyectada al año 2006, una población total que asciende a 1.169.449 personas, lo que representa el 17,7% de la población de la Región Metropolitana y el 7,2% de la población total proyectada del país.

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

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

La comuna de Providencia se destaca por poseer una infraestructura pública de salud de alta complejidad, la cual es utilizada por población no solo perteneciente al SSMO correspondiente a la zona territorial, sino que también, y debido a la calidad de referencia nacional de sus institutos, se nutre de población extra Servicio de Salud¹⁸.

¹⁸ Mientras que para el HDS el 83,9% de la demanda proviene de población del SSMO, para el INCA, este valor solo llega al 22,8%, lo que da cuenta del grado de inserción de los establecimientos dentro de la red de alta complejidad. INT e ING presentan valores intermedios de uso.

4.2. Contexto Urbano.

La comuna de Providencia se ubica en el sector oriente del área urbana metropolitana de Santiago. Ocupa una extensión aproximada de 1.420 Ha. (14,2 km²). De éstas, 1.250 Ha. corresponden a áreas urbanas y 170 Ha. como parte del cerro San Cristóbal. A su vez, el área urbana (1.250 Ha.) se compone de 860 Ha. constituidas por predios particulares; 301 Ha. de calles y 89 Ha. de áreas verdes.¹⁹

La mayor concentración de infraestructura pública de salud de alta complejidad se da en el área del Hospital del Salvador²⁰, reuniendo los institutos INT, INCA, ING y el propio HDS, además la comuna cuenta con 3 Centros de Salud Municipal además de la red de salud privada.



¹⁹ PLADECO

²⁰ Delimitada al norte por calle Doctor Hernán Alessandri, al oriente por calle José Manuel Infante, al sur por calle Rancagua y al poniente por avenida Salvador.

4.3. Contexto Inmediato.

El sector que alberga el HDS e institutos tiene una extensión aproximada de 13,02 Ha. mas 3,1 Ha. conformadas por los terrenos donde se ubica actualmente el ING.



Es una zona rodeada en su mayoría por un uno mixto, preferentemente habitacional y de equipamiento a escala menor.

Su relación con el entorno urbano se limita específicamente a los puntos de acceso a los edificios de atención de salud, provocando extensos cierros en el resto del borde del predio limitando tanto la relación física como visual. En general el crecimiento orgánico y poco programado de los recintos que componen todo el complejo lo ha aislado de su relación con su contexto urbano, el cual ha crecido con distintos patrones de ordenación y escalas morfológicas. El caso de la vialidad pone de manifiesto esta aseveración ya que no existen vías públicas o no restringidas que conecten distintos sectores del paño con la trama urbana, esto debido a la condición de isla en que quedó el predio luego de la expansión de la ciudad.

En cuanto a la relación interna entre los distintas instituciones que se hayan en el predio, como vimos en el análisis funcional en el capítulo anterior, estas se producen de forma confusa y no organizada, generando recorridos disfuncionales y semi desprotegidos del ambiente exterior.

Como elemento rescatable de la conexión interna de los establecimientos es el hecho de que funcionan como un sistema mayor en el que el HDS ofrece una amplia gama de especialidades medicas además de una posta de urgencia, lo cual se complementan con las especialidades del corazón y pulmón (INT) y neurocirugía (INCA). Fuera de este sistema queda el ING ya que su divorcio geográfico del resto de las infraestructuras lo aleja de la función complementaria que poseen los otros establecimientos, a través de la rápida derivación y referencia de pacientes.

Otra de las particularidades de la infraestructura es su antigüedad, especialmente la conformada por la retícula original del HDS. Esta corresponde al modelo tipo claustro de construcción de hospitales caracterizada por configurarse a partir de una capilla central en el acceso y una distribución de pabellones laterales unidos por pasillos perimetrales que conformaban patios interiores en sus espacios de separación. Data de fines del S. XIX y se constituyó como un hito social importante, ya que se construyó con financiamiento en base a donaciones de la gente adinerada y altruista de la época y a raíz de los pobrísimos índices de salud que se registraban en la población. El 1 de Enero de 1872, con la asistencia del Presidente Errázuriz, el Intendente Vicuña Mackenna y uno de los mayores impulsores del proyecto, Ministro Abdón Cifuentes se colocó la primera piedra demorando 33 años en construirse. Desde su fundación, el HDS ha sido centro de desarrollo de la medicina chilena en actividades sanitarias y docentes, formador de generaciones de profesionales de la salud que se desempeñan en los hospitales públicos y privados del país.

En 1986 el edificio es declarado Monumento Nacional, abarcando la fachada principal original, capilla, su cúpula y su edificio perimertral.

El espacio intermedio entre el ala oriente de pabellones y el ala poniente se constituyó como un parque interno, el cual desahoga las circulaciones de los pasillos perimetrales y contacta el establecimiento de salud con áreas verdes y naturaleza.

Actualmente el parque se encuentra en estado de abandono, no así de deterioro, con especies notables que superan los 100 años de edad y que configuran un area verde muy preciada tanto para los recintos hospitalarios como para la comuna.

Este Jardín tiene características del “ Jardín Paisajista del siglo XIX”, donde los árboles se disponen en grupos, el terreno tiene trazados orgánicos, toda intervención esta hecha en base a líneas curvas. Las especies vegetales son características de la época, en su mayoría, estas fueron traídas a Chile durante el siglo XIX para jardines y patios interiores tanto públicos como privados. El jardín posee un gran valor patrimonial vegetal, dada por los magníficos ejemplares y la gran altura que data la antigüedad de estos.²¹



²¹ Magdalena Pérez de Arce, Ecóloga Paisajista.

4.4. Vialidad y Espacios Públicos.

El Plan Regulador Comunal de Providencia (PRCP) establece a futuro modificaciones de carácter importante en la estructura de los terrenos del HDS, los cuales proponen una nueva manera de estructurar los recintos hospitalarios existentes y aquellos que se repondrán por medio del proyecto descrito en capítulos anteriores.

A modo de introducción, las vías que conforman la accesibilidad al terreno en la actualidad son principalmente cuatro:

Norte: Calle: Doctor Hernán Alessandri
Ancho LO²²: 10 mts.
Clasificación: Calle de servicio

Oriente: Calle: José Manuel Infante
Ancho LO 13 mts.
Clasificación: Troncal Intercomunal

Sur: Calle: Rancagua
Ancho LO 15 mts.
Clasificación: Troncal Intercomunal

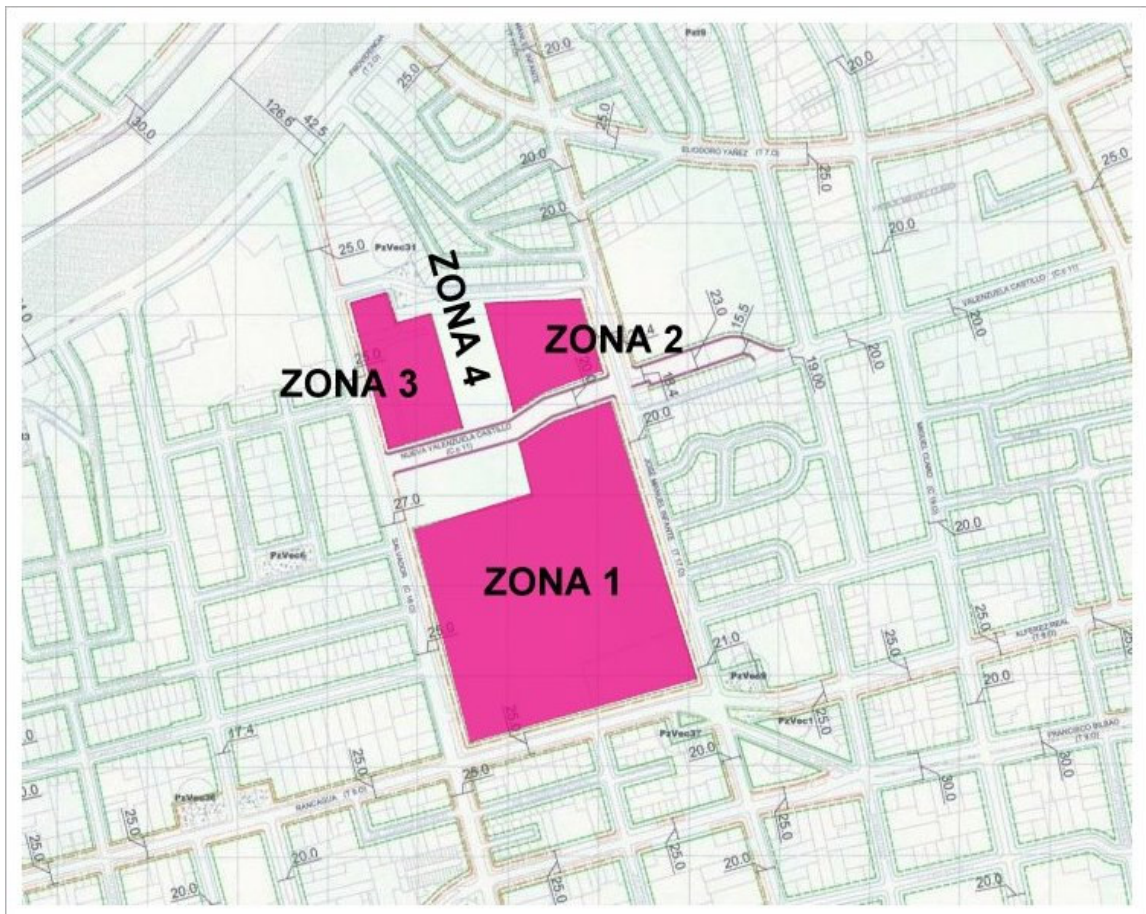
Poniente Calle: Salvador
Ancho LO 20 mts.
Clasificación: Colectora Intercomunal

Según los lineamientos que plantea el PRCP para prever la demanda futura de recorridos y conexiones viales, estas calles, entre muchas otras, sufren ensanches importantes de sus Líneas Oficiales, para así lograr los objetivos propuestos por el instrumento de planificación, que básicamente se pueden

²² Línea Oficial: la indicada en el plano del instrumento de planificación territorial, como deslinde entre propiedades particulares y bienes de uso público o entre bienes de uso público.

resumir en el facilitar la conexión y desplazamiento entre la comuna y hacia otras comunas.

A ello se agrega la apertura de una nueva calle la cual dividirá el paño general del HDS en dos, cruzando de oriente a poniente, generando dos paños importantes de terreno en la zona norte y sur. Esta nueva calle viene a ser la prolongación de Valenzuela Castillo, llamándose Nueva Valenzuela Castillo, conectando principalmente el lado oriente (José Manuel Infante) con el lado Poniente (Salvador). Esto agrega un escenario nuevo para el proyecto de reposición del HDS e ING definiendo de manera prematura el emplazamiento y terrenos disponibles para ambas estructuras, dato fundamental para el desarrollo del Proyecto. Las nuevas superficies, áreas y límites resultantes son:



Zona 1 Área 71.073 m ²	Límites:	Norte:	Nueva Valenzuela Castillo
		Oriente:	José Manuel Infante
		Sur:	Rancagua
		Poniente:	Salvador

Obs.: Se descuenta área de Monumento Nacional.

Zona 2 Área 10.638 m ²	Límites:	Norte:	Doctor Hernan Alessandri
		Oriente:	José Manuel Infante
		Sur:	Nueva Valenzuela Castillo
		Poniente:	Parque Salvador N.

Zona 3 Área 12.409 m ²	Límites:	Norte:	Doctor Hernán Alessandri
		Oriente:	Parque Salvador N.
		Sur:	Nueva Valenzuela Castillo
		Poniente:	Salvador

Zona 4 Área 8.059 m ²	Parque Hospital Salvador Norte + Extensión área verde hacia Doctor Hernán Alessandri
--	---

4.5. Emplazamiento Proyectos.

Dadas las condicionantes urbanas que afectan al terreno principal del HDS es posible establecer el emplazamiento para ambos proyectos. Existen dos motivaciones principales que inciden en esta decisión, estas tienen relación por una parte con la superficie construida y el volumen que implican y por otro lado las características propias de los tipos de edificios que se reponen y su función.

4.5.1. Superficie.

La reposición del HDS involucra la reconstrucción total de todos los recintos e infraestructuras actuales deficientes, dentro de los cuales se encuentran los servicios clínicos de Cirugía General, Medicina, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Gastroenterología, Dermatología, Neurología, Dental, entre otros, además de las Unidades de Apoyo Terapéutico, Apoyo Diagnóstico y servicios generales. Actualmente ocupa una superficie construida de 77.076 m². El proyecto de reposición, tendrá una superficie total²³ aproximada de 100.000 m², por lo tanto un requerimiento de superficie considerable.

La reposición del ING también es total, incluyendo su traslado hacia un emplazamiento que ofrezca mayor relación con los Institutos y el nuevo HDS para formar parte de un sistema integrado. Actualmente ocupa una superficie construida de 10.804 m². El proyecto de reposición, tendrá una superficie total²⁴ aproximada de 6.000 m², y, a diferencia del HDS un requerimiento de superficie menor, pero con distintas calidades según su función.

²³ Según Programa Medico Arquitectónico elaborado por la comisión de trabajo del SSMO y Ministerio de Salud a Agosto del 2007

²⁴ Según Programa Medico Arquitectónico elaborado por la comisión de trabajo del SSMO y Ministerio de Salud a Agosto del 2007

4.5.2. Función.

El HDS es un hospital tipo 1, de alta complejidad para atención secundaria y terciaria de adultos, siendo un importante centro de referencia de la Región Metropolitana y nacional, y como hospital base de otros hospitales del SSMO. Un alto porcentaje de sus pacientes ingresa vía urgencia a la atención de hospitalización, y desde ahí derivados al resto de los institutos si se hace un traslado médico. Se relaciona estrechamente con el INT e INCA debido a la complejidad que presentan sus pacientes, por lo tanto es óptimo que se ubique próximo a ellos para evitar recorridos largos de pacientes delicados. Pacientes derivados hacia el ING presentan diferentes características, estos ya superaron el trauma agudo o afección específica y son trasladados principalmente para rehabilitación física y evaluación geriátrica específica.

El ING es un hospital tipo 2 el cual posee dentro de su programa (como veremos mas adelante) un Consultorio de Atención de Especialidades (CAE), no atiende urgencias ni realiza cirugías (función delegada al resto de las instituciones) por lo tanto el perfil de su paciente es diferente, predominantemente estable dentro de su condición de fragilidad geriátrica. Los requerimientos de espacio también son distintos, si bien son considerablemente menores a los de HDS, estos deben acoger las particularidades que necesitan sus pacientes para la recuperación, ya sean espacios de circulación, contacto con áreas verdes, programas y volumetrías tendientes a la horizontalidad más que a la verticalidad, etc. Por consiguiente, la estructura del ING y su localización dentro del predio debe necesariamente estar vinculada a las demás infraestructuras pero sin necesidad de adosarse físicamente a ellas, bastará para este caso, una conexión directa que comunique recorridos y flujos inter-hospitalarios.

En resumen, para el HDS el predio que reúne las características idóneas para su emplazamiento, que se definieron en el análisis anterior, lo conforma el área sur del predio, resultante de la división que genera la apertura de la calle Nueva Valenzuela Castillo (Zona 1). Sus 71.073 m² y proximidad a los centros de especialidades con atención de paciente crítico (INT – INCA) lo convierten en el terreno por defecto para la reposición del

HDS, el cual necesariamente debe desarrollarse en una altura media a alta dado el limitado terreno disponible.

Para el emplazamiento del ING, el área definida por la Zona 2 (10.638 m²) resulta idónea, ya que proporciona las condiciones necesarias para que el proyecto se desarrolle de acuerdo a un modelo específico para el paciente geriátrico, más adelante se detallará sobre estos requerimientos. Si bien esta zona se encuentra dividida físicamente del resto del complejo por la apertura de la nueva calle, bastará con una conexión en altura para que pueda formar parte del sistema integrado de atención, aprovechando de esta manera la independencia del HDS tanto para diferenciarse como institución complementaria, como para ofrecer las condiciones adecuadas de tranquilidad y bienestar. En este sentido, el situarse contiguo a la Zona 4 conformada por el Parque Salvador Norte aporta de manera notable a ofrecer condiciones adecuadas para la recuperación geriátrica.

5. Terreno.

5.1. Características del sitio (Zona 2).

Superficie del Terreno 10.638 m². En general el terreno presenta una pendiente baja inferior al 1%, en apariencia plano, sin accidentes topográficos relevantes. No se aprecian depresiones importantes que involucren grandes rellenos en construcciones futuras. No existen canales de regadío y túneles. El terreno se presenta en cotas superiores, al nivel de las calles que lo circundan, lo que facilita el escurrimiento de aguas lluvias gravitacionalmente.

Los deslindes útiles del predio total, contenidos dentro de la LO, son aproximadamente los siguientes:

Al **Norte** 106.09 m.

Al **Oriente** 85.06 m.

Al **Sur** 107.92 m.

Al **Poniente** 125.06 m.

5.2. Infraestructura existente.

Si bien la propuesta del PRCP desarticula críticamente el modelo original de organización del HDS, se generan estructuras remanentes sobrevivientes al proceso natural de desarrollo de la ciudad. En la actualidad la zona protegida por la declaratoria de Monumento Nacional comprende sólo el acceso, la capilla y las estructuras perimetrales a ella, sin embargo, las estructuras remanentes en el terreno Zona 2 también forman parte de la concepción original del proyecto, por lo tanto también han sido parte de la historia del desarrollo de la medicina moderna en Chile y su importante aporte a la sociedad. Estos Pabellones se constituyen en sí como un patrimonio cultural, por consiguiente, y a pesar de su obsolescencia como

recinto médico, se considerará su puesta en valor y su integración al proyecto nuevo.

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



5.3. Normativas.

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

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

Artículo 3.3.4. Cuando en las zonas ZIM o ZEMoI, se requiera subdividir el predio o efectuar construcciones para destinarlo, en todo o parte, a usos diferentes a los actuales, el permiso municipal estará condicionado a la aprobación de un Plan Seccional. En estas zonas se permitirá el desarrollo de proyectos habitacionales siempre que no superen el 30% del predio y se establezca el uso exclusivo de equipamiento al resto predial. Mientras no se formulen normas específicas en los Planes Reguladores Comunales, en estas zonas se podrán desarrollar proyectos de equipamiento de educación, salud, cultura, recreación y áreas verdes.

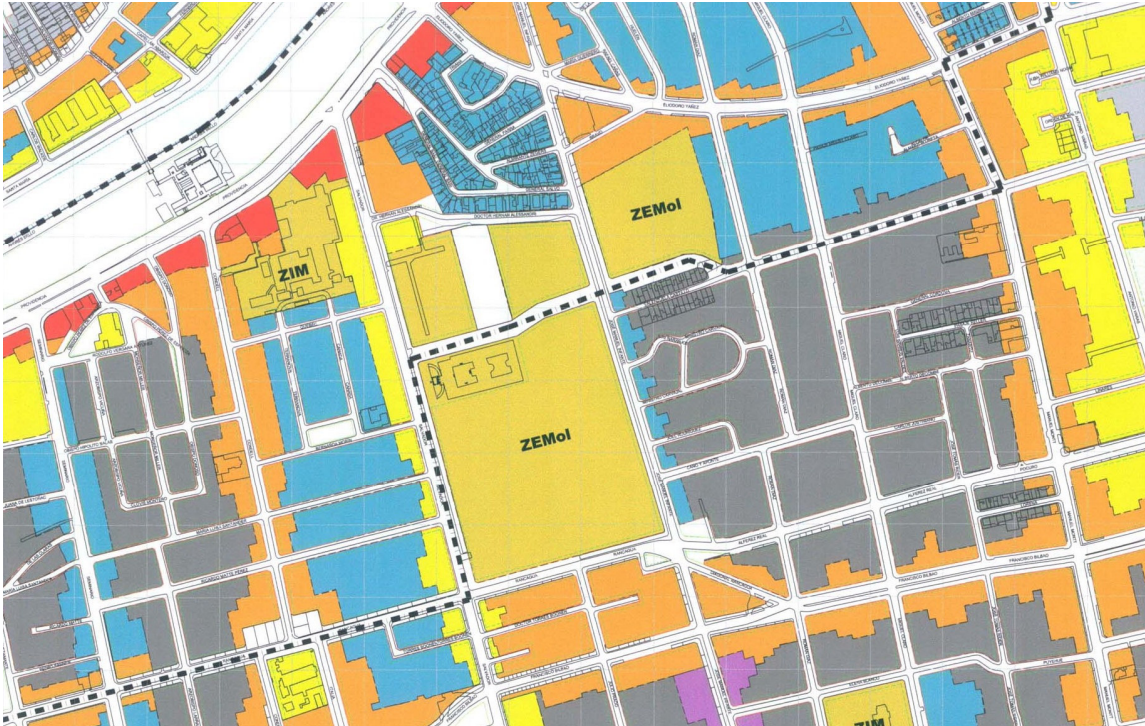
El proyecto de reposición se hará basándose en un seccional específico, como propone la normativa, el cual será adjudicado a una oficina privada por le Ministerio de Obras Públicas (2008) y bajo las condiciones que determina el PRMS.

Dada estas circunstancias, y debido a lo complejo y prolongado que puede tardar un Plan Seccional multidisciplinario en desarrollarse, se especificarán de manera general las condicionantes que regirán los proyectos de reposición.

5.3.1. Usos de Suelo.

Se mantendrán los usos de suelo de Equipamiento de Salud a escala Metropolitana para la Zona 1 y 2, los cuales tienen una superficie mayor a 1 Ha., con lo cual se atienen a la normativa que especifica un porcentaje de ocupación del suelo de un 40% en todos sus pisos y hasta 5 pisos de altura. En el caso de que el futuro proyecto de reposición del HDS supere esta altura, constituyéndose morfológicamente como torre, o requiere de un coeficiente de ocupación de suelo mayor, se tramitará una modificación específica para la Zona 1. La Zona 2, en tanto, mantiene las condicionantes urbanas ya que estas dimensionan un volumen teórico de ocupación mayor al necesario, por lo tanto se puede prever una ampliación del edificio sin un necesario cambio de normativa.

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



ZONAS DE USOS DE SUELO:

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

ZONAS PRMS :

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

5.3.2. Vialidad.

Además de la apertura de la calle Nueva Valenzuela Castillo, seccionando el paño original del HDS, el PRCP modifica los anchos de calle de las vías circundantes, por consiguiente, se expropian parte de los terrenos de las zonas 1, 2 y 3 como a los terrenos frente a ellas.

Nombre	Vía Tramo	Perfil		Observaciones
		ancho entre L.O. existente	propuesto	
José Manuel Infante	Providencia / Eliodoro Yáñez	14	20	Ensanche 6,00 mt en frente oriente
	Eliodoro Yáñez / Bravo	15,5	20	Ensanche 4,50 mt en frente oriente
	Bravo / Doctor Hernán Alessandri	13	20	Ensanche 7,00 mt en frente oriente
	Doctor Hernán Alessandri / Nueva Valenzuela Castillo	13,7	27,4	Ensanche 6,70 mt enfrente poniente y 7,00 mt en frente oriente
	Nueva Valenzuela Castillo / Caupolicán	15	20	Ensanche 5,00 mt en frente poniente
Nueva Valenzuela Castillo	Salvador / José Manuel Infante	0	20	Apertura
	José Manuel Infante / Valenzuela Castillo	0	15,5 / 23	Apertura
Rancagua (*)	General Bustamante / Seminario	19	25	Ensanche 3,00 mt en ambos frentes
	Seminario / Salvador	15	25	Ensanche 5,00 mt en ambos frentes
	Salvador / José Manuel Infante	15	25	Ensanche 7,00 mt frente norte y 3,00 frente sur
(*) : se contempla ensanche puntual de 48 ms en la intersección Rancagua-Condell, frente a los n°0350, 0382, 0392, 0396, 0398, 406 y 422				
Salvador	Providencia / Nueva Valenzuela Castillo	20	25	Ensanche 5,00 mt en frente oriente
	Nueva Valenzuela Castillo / María Luisa Santander	20	27	Ensanche 7,00 mt en frente oriente
	María Luisa Santander / Rancagua	20	25	Ensanche 5,00 mt en frente oriente
	Rancagua / Caupolicán	20	25	Ensanche 2,50 mt en ambos frentes

5.3.3. Áreas Verdes.

La Zona 4, compuesta por el Parque Salvador Norte, originario de la estructura antigua del HDS, contempla su apertura al público para así formar parte del Circuito Integrado de Parques y Plazas de la comuna de Providencia. Además éste se prolonga hasta llegar al borde norte (calle Doctor Hernán Alessandri) conformando así un generoso parque de 8.059 m². Si bien este no tendrá uso directo relacionado con la Zona 2, donde se emplazará el ING, si tendrá un contacto directo visual y perceptivo por parte de los usuarios y personal, por lo que incide directamente su proximidad.

Dada la modificación a la estructura vial, los múltiples ensanches, expropiaciones de terreno y nuevas Líneas Oficiales que se generan a partir de aplicar las normativas urbanísticas el perfil de calle cambia, así como también la relación de borde de predio con la vereda, con el peatón y con la ciudad. Se tiene así, una oportunidad única de intervención de borde, la cual busca, mediante la incorporación de áreas verdes y plazoletas, dar una respuesta diferente al cierre perimetral clásico y rupturista, generando nuevas situaciones urbanas de pausa y estar, las cuales contienen la intensa actividad peatonal relacionada con las actividades hospitalarias.

6. Proyecto

6.1. Definición del proyecto; Estructura de Requerimientos.

El proyecto se define como una institución perteneciente a La Red Asistencial del Sistema Público de Salud, que entrega en su Servicio Clínico atención geriátrica especializada, a través de un equipo interdisciplinario, de acuerdo a un modelo de atención basado fundamentalmente en el mantenimiento de la funcionalidad física, psíquica y social del AM. El modelo se caracteriza por contemplar los aspectos preventivos, progresivos, continuados e integrales.

6.1.1. Atención de Salud.

La atención es entregada en niveles asistenciales que se encuentran estrechamente vinculados entre sí: Atención Abierta (Consultorio Adosado de Especialidades y Hospital de Día) y Atención Cerrada u Hospitalización (Unidades Geriátricas de Hospitalización). Se pueden resumir en tres:

Consultas médicas a través de Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) en Geriátria, Fisiatría, Psiquiatría Geriátrica.

Evaluación por equipo multiprofesional en: Nutrición, Enfermería y Servicio Social.

Hospitalización para diagnóstico, tratamiento médico y rehabilitación.

6.1.2. Docencia.

Por otra parte, el proyecto se define como una instancia educativa tanto a nivel profesional como comunitario. Dada la condición de Instituto, el ING se convierte en un referente (sino el único) para la docencia y pasantías de profesionales de la salud en el área de Geriátria, aportando el recurso

humano especializado, tan fundamental y escaso en la actualidad, y que se convierte en pieza clave de un sistema de atención específico para la PAM.

Las actividades en el área educativa orientadas a la comunidad, tanto médica como pública, fortalecen la idea de exteriorizar y dar a conocer la problemática del AM en sus dimensiones sociales, políticas, económicas y sanitarias. Respecto a ello, las actividades comprenden acciones de promoción, educación grupal a adultos mayores y sus familiares, formación de asistentes de enfermos AM, entrenamiento individual en cuidado específico de pérdida de funcionalidad, actividades de investigación geriátrica y gerontológica, etc.

6.1.3. Sistema Integrado.

En otro aspecto, el proyecto también plantea la integración del ING a la red de recintos asistenciales conformados por le nuevo HDS, INT e INCA, con la finalidad de hacer mas eficiente y coordinada la derivación de pacientes e interconsultas, optimizando el recurso humano, físico y administrativo. Esto mediante la integración de unidades que prestan servicio a los hospitales, que aprovecha las economías de escala del mayor volumen de producción. Además del desarrollo de un único sistema de información para los hospitales, que permite generar un aprendizaje colectivo del proceso. Para que esto suceda son necesarios cambios en el modelo de organización y gestión hospitalaria de manera de alinear objetivos sanitarios y de calidad de atención; con aquellos productivos, financieros y de gestión del personal.

6.1.4. Recuperación Patrimonial.

El proyecto comprende además un proceso de recuperación de parte de la infraestructura original del HDS con el fin de reconocer y poner en valor aquellas construcciones que en su tiempo fueron fundamentales para el desarrollo de la sociedad actual, mediante el avance de los conocimientos en el área médica y sanitaria. Si bien estos pabellones ya no son aptos para albergar programa médico, es posible su habilitación para actividades

específicas de docencia o administrativas. La recuperación y rehabilitación de estos pabellones se da solo en los que conforman el límite perimetral del predio, en su lado norte y sur, lo cual obedece a generar una mixtura complementaria entre tipologías de fachadas, vanos y llenos, alturas, transparencias, etc. de los edificios nuevos y antiguos. Se conforma además como una respuesta urbana. Una que pone énfasis en la recuperación, la rehabilitación, la puesta en valor y reintegración a la ciudad, o en el sentido conceptual, a la sociedad, si hacemos un parangón con en el caso del tratamiento de rehabilitación del AM.

Mediante esta acción, se cuenta además con elementos pre-fundacionales, los cuales aportan una lectura de uso y recorridos al terreno y que establecen un marco organizacional base para la adición de elementos y axialidades del nuevo edificio. De esta manera, también se reconocen modos de conexión con el resto de las infraestructuras hospitalarias, siguiendo los patrones anteriores de unión, actualizados al escenario presente definido por el hecho de salvar la desconexión que genera la calle Nueva Valenzuela Castillo.

6.1.5. Áreas Verdes.

Se plantea además incluir en relación directa, visual y perceptivamente, el área verde conformada por el Parque Salvador Norte, elemento remanente de la estructura originaria del HDS y que presenta un gran potencial de uso y relación con el Proyecto. Si bien este pasó a ser parte del espacio público y áreas verdes de la comuna de Providencia, la conexión visual y perceptiva predomina en importancia sobre la del uso directo. Esto en gran parte, debido al gran tamaño de sus especies vegetales, las que logran establecer una comunicación con todos sub espacios generados por el Proyecto. Con el objeto de aprovechar la beneficiosa relación Área Verde (Naturaleza) con Salud (Recuperación-Rehabilitación) se incorporan al Proyecto distintos tipos de áreas verdes, espacios libres, plazas y terrazas a nivel con distintas calidades de superficie y masa vegetal, las cuales se encuentran directamente relacionadas con los espacios terapéuticos ya sean estos estacionarios (salas de hospitalización, sala rehabilitación actividades

físicas o terapia ocupacional) o móviles (pasillos y circuito terapéutico de recuperación de marcha y movilidad). Estos espacios verdes internos se configuran como patios interiores, los cuales emulan el parque mayor con el que se relaciona el terreno, pero con la ventaja de estar controlados física y visualmente por los edificios circundantes a estas áreas.

6.1.6. Esquema de Circulaciones y Recorridos Terapéuticos.

La nueva concepción del tratamiento asistencial para el AM, la cual fija su accionar en base a normas y recomendaciones emanados de organismos internacionales, como la Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud (OPS), y Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento, establecen los requerimientos y concepciones espaciales que adopta el Proyecto.

Actualmente se deja atrás la concepción del modelo médico tradicional, donde la actitud frente al AM se ve desfavorecida, presentándolo como sinónimo de decadencia, déficit e involución, contrario a lo que define la OPS la cual mide el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Las políticas internacionales también van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual e inserción social. Es más, el indicador de salud más representativo para este grupo etáreo es el estado de independencia funcional²⁵.

En base a esto, el Proyecto confiere una nueva importancia respecto de los espacios donde se recupera la movilidad, ya sean estacionarios (salas de hospitalización, sala rehabilitación actividades físicas o terapia ocupacional) o móviles (pasillos y circuito terapéutico de recuperación de marcha y movilidad), con especial énfasis en la recuperación y rehabilitación de movimiento y marcha del paciente geriátrico. El denominado Circuito

²⁵ La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003).

Terapéutico de Recuperación de Marcha y Movilidad se extiende, a distintas escalas, a través de todo el edificio. Los recintos del PMA se yuxtaponen a él, lo cual confiere de forma al edificio, la cual esta en directa expresión de su función. Las zonas de áreas verdes, terrazas y plazas descritas en el punto anterior son resultantes del espacio generado entre recorridos, por lo tanto todos éstos se encuentran en contacto con la masa vegetal.

6.1.7. Percepción.

Como se clarificó en el punto anterior, la rehabilitación de la capacidad funcional en el paciente geriátrico, ya sea psíquica, social o física es uno de los principales elementos que explican la nueva visión de los indicadores de salud. Con ello se asocia el movimiento con la actividad rehabilitadora y los espacios destinados a ello. Este movimiento, o dinámica cinética busca ser expuesta y manifestada a los espacios exteriores, tanto internos como externos al Proyecto. Por un lado es percibida por los mismos pacientes, con el fin de incentivar el movimiento y evitar el enclaustramiento o postración, y por otra, es expuesta hacia el exterior (con distintos grados de privacidad definidos por la opacidad de sus vanos), con el objetivo de dar a conocer la nueva postura con respecto a los temas de salud en el AM. Estos se muestran concretamente expresados en la dinámica cinética de las fachadas, exposición, integración y relación con el entorno, la ciudad y la sociedad.

6.2 Modelo de Gestión y financiamiento.

El tema de la obtención de los recursos necesarios para la construcción de los proyectos del HDS e ING ha tenido muchas variables a lo largo de los años de investigación y prefactibilidad previos a la investigación actual. Hace algunos años la discusión se centraba en la idea de concecionar la construcción de éstos para que la inversión privada pudiera participar de la reposición de la infraestructura hospitalaria, aportando capitales que no se encontraban en las arcas fiscales en ese entonces. El problema para adoptar esta medida surge cuando no se disponen claramente los alcances de la concesión y cual es su traducción hacia la rentabilidad económica, muy preciada por inversores privados, tampoco se tuvo claridad en su momento para definir si la concesión involucraba también administración, con lo cual el asunto se transformaba en un problema político de alta sensibilidad, al traducirse este modelo de negocio en un esquema parecido al de la salud privada.

A la fecha, y mediante conversaciones sostenidas con los profesionales encargados del proyecto de reposición, los hospitales se financiarían enteramente con fondos sectoriales, es decir, con capitales del Estado, aprovechando la bonanza económica del último tiempo relacionada con el precio del cobre, y con los impulsos que ha promovido el Ministerio y el Gobierno en el tema del mejoramiento de la Salud Pública a través de la reposición de infraestructura.

El bien activo que representan los terrenos que queden remanentes a los planeamientos de reposición también constituyen un capital interesante a la hora de buscar formas de financiamiento. Se hacen especialmente atractivos dadas sus condiciones contextuales y de localización y de tipo de uso de suelo. Por el momento el discurso oficial no considera la idea de poner a la venta estos bienes, pero si se presenta una gestión adecuada en este aspecto podría considerarse dentro del plan de inversión.

6.3. Modelo Operativo.

Básicamente la secuencia espacial que propone el Proyecto se resume en una organización por niveles y por tipos de atención. El primer piso, en contacto directo con lo urbano, el contexto inmediato y la comunidad, se destina principalmente a la Atención Abierta dada por el Consultorio Adosado de Especialidades y el Hospital de Día. Además en este nivel se localizan los programas relacionados con las organizaciones de voluntariado y docencia externa los cuales están en estrecha relación con la comunidad y el acceso de público norte. Este nivel se considera el de mayor uso público por lo cual esta relacionado principalmente con el paciente diurno o de Atención Abierta.

El segundo nivel se compone del nivel asistencial de Atención Cerrada u Hospitalización y está en función principalmente de la conexión con el resto de las instituciones. Esta se da mediante un vínculo directo formado por una vía elevada, la cual salva la separación que genera la calle de apertura Nueva Valenzuela Castillo y permite llegar directamente a la zona de hospitalización del ING, previo control de acceso. En este nivel se sitúa el paciente geriátrico sin compromiso mayor de su estado funcional, el cual puede hacer uso de los Circuitos Terapéuticos de Recuperación de Marcha y Movilidad. También se localizan los recintos administrativos y recintos de apoyo, en contacto mas o menos directo con la zona de Hospitalización.

El tercer nivel corresponde a la Unidad de Hospitalización Geriátrica para pacientes que presentan mayor compromiso de su movilidad, por lo que los recintos de terapia se ubican próximos a ellos.

A medida que se asciende en el Proyecto aumentan las superficies de terrazas generadas por las cubiertas de los pisos inferiores, las cuales se consideran zonas fundamentales en el proceso de rehabilitación, siendo totalmente accesibles desde los niveles 2 y 3 de hospitalización y forman parte de los circuitos de los Circuitos Terapéuticos.

La conjunción entre los elementos característicos del Proyecto, es decir, los recorridos y sus remates en zonas de terapia, la visualidad de éstos traducida en movimiento y percepción cinética y las áreas verdes se da en el

patio interior central. En este sector el Circuito Terapéutico de Recuperación de Marcha y Movilidad se inicia desde las zonas de hospitalización del segundo nivel, baja mediante una rampa hacia el primer nivel, haciéndose parte en su recorrido del área verde central del patio interior y luego continua bajando a una zona del sub suelo apta para la rehabilitación funcional integral, conformándose el recorrido mismo en un pre-ejercicio para pasar a otro tipo de actividad física.

6.4. Programa Medico Arquitectónico (PMA).

El PMA definido para el proyecto de reposición del ING se consideró en base al estudio previo de preinversión y demanda elaborado por la oficina de Recursos Físicos del SSMO y el Ministerio de Salud. De esta forma se facilita una programa base preciso el cual es complementado mediante los requerimientos particulares del proyecto.

6.4.1.

UNIDADES DE
HOSPITALIZACION GERIATRIA
Unidad doble de 16 + 17 camas

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 Unidad	por	Subtotal m2	Total m2 del Área
AREA DE PÚBLICO						
Sala de Espera	16	1	1,50		24,00	
Cafetería		1	8,64		8,64	
Baños públicos de damas		1	6,48		6,48	
Baños públicos de varones		1	6,48		6,48	
AREA DEL PERSONAL						
Secretaría-Recepción-Infornática		2	8,64		17,28	
Oficina Médico Jefe de Unidad		2	10,80		21,60	
Sala de Trabajo Médico (20)		6	4,32		25,92	
Sala de Reunión Médico-Parientes		1	6,48		6,48	
Oficina Enfermera Supervisora		2	10,80		21,60	
Baño Enfermera		2	2,16		4,32	
Estar de Enfermeras		1	10,80		10,80	
Baño de Enfermeras		2	2,16		4,32	
Estar de Auxiliares		1	10,80		10,80	
Baño de Auxiliares		2	2,16		4,32	
Sala de Reuniones (12 personas)		1	19,44		19,44	
ÁREA DE ENFERMERÍA						
Estación de Enfermería		2	19,44		38,88	
Sala de Trabajo Limpio		1	8,64		8,64	
Sala de Trabajo Sucio		1	8,64		8,64	
Carros Ropa Limpia		1	4,32		4,32	
Depósito de Ropa Sucia		1	2,16		2,16	
Sala de Degradador chatas con lavamanos		1	3,24		3,24	
Sala de Aseo		1	3,24		3,24	
Repostero		1	4,32		4,32	
Medicamentos Pyxis		1	2,16		2,16	
Bodega de Equipos		1	12,96		12,96	

AREA DE PACIENTES

Hall de Acceso de Pacientes e insumos		1	19,44	19,44
Estacionamiento de camillas/sillas de ruedas		1	4,32	4,32
Sala de Estar y Uso Múltiple		1	43,20	43,20
Habitación de 4 camas	8	4	7,47	239,04
Baño de pacientes en habitación	8	1	3,55	28,40
Acceso habitación con lavamanos y closets	8	1	11,70	93,60
Habitación de 1 cama (Aislado)	1	1	7,75	7,75
Baño de pacientes en habitación	1	1	4,60	4,60
Acceso habitación con lavamanos y closets	1	1	8,64	8,64

AREA TÉCNICA

Sala Tableros Eléctricos	1	2	2,16	4,32
Closet de Red Húmeda/Seca	2		0,54	1,08
Sala Tableros Corrientes Débiles	1	2	1,08	2,16
Shaft Climatización	4		0,80	3,20
Shaft descargas y matrices sanitarias	4		0,28	1,12
				761,35
SUBTOTAL				
Pasillos internos 36%				274,09
Tabiques y Estructura 16%				121,82
TOTAL				1.157,25
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN				X2
				2314,5

6.4.2.

CONSULTORIO ATENCION ESPECIALIDADES (CAE) MODULOS BOXES

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
AREA ADMINISTRATIVA					
Sala de Espera de Pacientes	66	1	2,00	132,00	
Secretaría-Some-Digitación		1	6,48	6,48	
Estación de Enfermería-Trabajo Limpio-Trabajo Sucio		1	15,12	15,12	
Bodega de Insumos Clínicos		1	2,16	2,16	
Sala de educación 20 personas		1	40,00	40,00	
AREA CLÍNICA					
Box de Preparación: ECG de rutina		1	12,96	12,96	
Boxes Médicos		5	12,96	64,80	

Box Terapeuta Ocupacional	1	10,80	10,80
Enfermera	1	10,80	10,80
Kinesiólogo	1	10,80	10,80
Asistente Social	1	10,80	10,80
Psicólogo	1	10,80	10,80
Area de Preparación de Pacientes (Control Peso, Presión, etc)	2	4,32	8,64
AREAS DE APOYO			
Baño de Pacientes	1	3,24	3,24
Baño del Personal	2	2,16	4,32
Sala de Aseo	1	2,16	2,16
Closet Tableros Eléctricos	1	0,54	0,54
SUBTOTAL			346,42
Pasillo interno 31,5%			109,12
Tabiques y estructura 11%			38,11
TOTAL CAE			493,65

6.4.3.

AREA SERVICIO ATENCION AL PACIENTE S.A.P.

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICO ESTADÍSTICO (SOME)					
Admisión y Recaudación					
Sala de Espera de Público	15	1	1,50	22,50	
Área de Atención Público		1	15,12	15,12	
Cubículos de Atención		3	6,48	19,44	
Venta de Bonos		1	6,48	6,48	
Baño de personal femenino SOME		1	2,16	2,16	
Baño de personal masculino SOME		1	2,16	2,16	
Baño Minusválidos Femenino		1	3,24	3,24	
Baño Minusválidos Masculino		1	3,24	3,24	
Entrega de Exámenes:					
Espera de Público		6	1,50	9,00	
FARMACIA ATENCION ABIERTA (Pacientes Ambulatorios)		1	60	60	
OFICINA DE INFORMACIÓN, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS)					
Módulos de Información, Reclamos y Sugerencias		1	6,48	6,48	
Oficina Jefatura OIRS		0	10,80	0,00	

Espera de Público	6	1,50	9,00	
SERVICIO SOCIAL				
Módulo de Asistente Social	1	6,48	6,48	
Módulo Técnico Social (o Secretaria o Alumna)	1	6,48	6,48	
Espera de Público	1	1,50	1,50	
Organizaciones Sociales (Voluntariado):				
Sala de trabajo compartido 20 personas	1	16,20	16,20	
Sala casilleros y bodega materiales	1	4,32	4,32	
Módulo de difusión informativa	1	4,32	4,32	
ÁREAS COMUNES				
Baño público (mujeres)	1	4,32	4,32	
Baño público (hombres)	1	4,32	4,32	
Closet Eléctrico	1	1,08	1,08	
Sala de Aseo	1	2,16	2,16	
Teléfonos Públicos	1	8,64	8,64	
Closet Red Húmeda y Seca	1	1,08	1,08	
SUBTOTAL			159,72	
Pasillo interno 9%			14,37	
Tabiques y Estructura 11%			17,57	
TOTAL SAP				191,66

6.4.4.

DIRECCION ADMINISTRATIVA

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
DIRECCIÓN					
Recepción de Público y Sala de Espera		1	28,08	28,08	
Secretaría-Recepción		1	10,80	10,80	
Oficina Director		1	15,12	15,12	
Baño del Director		1	2,16	2,16	
Sala de Reuniones (12 personas)		1	19,44	19,44	
Kitchenette-Area Auxiliar de Servicio		1	4,32	4,32	
SUBDIRECCIONES					
Subdirector Médico		1	12,96	12,96	
Baño		1	2,16	2,16	
Subdirector Administrativo		1	12,96	12,96	
Baño		1	2,16	2,16	
Subdirección de Enfermería		1	12,96	12,96	

Baño	1	2,16	2,16
Recepción de Público y Sala de Espera	1	28,08	28,08
Secretaría (4 personas)	3	8,64	25,92
Archivos (4)	3	4,32	12,96
Impresora-Fotocopiado	1	2,16	2,16
Sala de Aseo	1	2,16	2,16
Kitchenette-Area Auxiliar de Servicio	1	4,32	4,32
JEFATURAS DE DEPARTAMENTOS			
Recepción de Público y Sala de Espera	1	12,96	12,96
Secretaría (3 personas)	3	8,64	25,92
Archivos (3)	3	4,32	12,96
Impresora-Fotocopiado	1	2,16	2,16
Sala de Aseo	1	2,16	2,16
Kitchenette-Area Auxiliar de Servicio	1	2,16	2,16
Jefe de Finanzas	1	10,80	10,80
Baño	1	2,16	2,16
Jefe de Abastecimiento	1	10,80	10,80
Baño	1	2,16	2,16
Jefe de Recursos Humanos	1	10,80	10,80
Baño	1	2,16	2,16
Auditoría Médica-Administrativa (2 puestos)	1	21,60	21,60
Secretaría	1	8,64	8,64
SUBTOTAL			328,32
Pasillo interno 9%			29,55
Tabiques y Estructura 11%			36,12
TOTAL ADMINISTRACION			393,98

6.4.4.

AREA ADMINISTRATIVA SOPORTE

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
Áreas Generales					
Recepción de Público y Sala de Espera	1	1	8,64	8,64	
Secretaría-Recepción	1	1	8,64	8,64	
Impresora-Fotocopiado	1	1	4,32	4,32	
Baño Personal Femenino	1	1	6,48	6,48	
Baño Personal Masculino	1	1	6,48	6,48	
Sala de Reuniones (12 personas)	1	1	6,48	6,48	

Departamentos:

Contabilidad y Presupuesto

Puestos de Trabajo (6 personas) 6 4,32 25,92

Abastecimiento

Area de Trabajo - 3 personas 3 6,48 19,44

Recursos Humanos

Area de trabajo - 2 personas 2 4,32 8,64

Unidades:

Unidad de Gestión e Informática 0,00

Unidad de Infecciones
Intrahospitalaria IIH, Calidad y
Epidemiología 1 8,64 8,64

Áreas de Apoyo

Area carro de aseo 1 2,16 2,16

Closet Eléctrico 1 2,16 2,16

Subtotal 108,00

Pasillo interno 9% 9,72

Tabiques y Estructura 11% 11,88

Total Unidad 129,60

6.4.5.

CAPACITACION DOCENTE

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
Secretaría -Recepción	1	1	8,64	8,64	
Oficinas de Coordinación	1	1	10,80	10,80	
Baño Público Mujeres	1	1	10,80	10,80	
Baño Público Hombres	1	1	10,80	10,80	
Auditorium 60 personas	1	1	90,00	90,00	
Bodega de equipos	1	1	8,64	8,64	
Sala de Reuniones Clínicas 20 personas	1	1	30,00	30,00	
Cafetería/Repostero	1	1	4,32	4,32	
SUBTOTAL				186,96	
Pasillos Internos 13,5%				25,24	
Tabiques y Estructura 11%				20,57	
Total CAPACITACION DOCENTE					232,77

6.4.6.

CASINO Y AUTOSERVICIO

AREA SERVICIO O UNIDAD DE ATENCION	Cantidad de Unidades	Cantidad de Recintos	m2 por Unidad	Subtotal m2	Total m2 del Área
Area de mesas	30	1	1,40	42,00	
Area de Autoservicio - Caja	13	1	0,2	2,60	
Lavado de vajilla		1	4,32	4,32	
Cocción, preparación		1	4,32	4,32	
Bodega insumos		1	4,32	4,32	
Area de basura - aseo		1	2,16	2,16	
Terraza con sombreadero (20% de mesas)	6	1	1,40	8,40	
SUBTOTAL				68,12	
Pasillo Interno 18%				12,26	
Tabiques y Estructura 7%				4,77	
TOTAL UNIDAD					85,15
SUBTOTAL GENERAL				3.961,20	
Circulaciones Generales 19%				752,62	
Estructura Circulaciones Generales 6%				237,67	
Central Térmica y Pisos Mecánicos - Túnel Instalaciones					396,12
TOTAL GENERALES					5.347,62

Las áreas adicionadas al programa base se constituyen por las zonas de Tratamiento Terapéutico, las que complementan y rematan las circulaciones insertas dentro del plan de recuperación de movimiento que propone el Proyecto. Estas zonas se dedican específicamente a áreas de Rehabilitación Física y áreas de Terapia Ocupacional, tanto para pacientes ambulatorios como para los internos, lo cual aumenta la superficie en metros cuadrados, al igual que el programa complementario y de servicios localizado en el subsuelo.

6.5. Criterios de diseño.

6.5.1. Criterios Funcionales.

La funcionalidad en cualquier recinto médico se torna un componente fundamental para éste pueda satisfacer los requerimientos específicos dados por el programa. Consideración especial merecen las circulaciones. Haciendo una homologación con el cuerpo humano, encontramos en él variados sistemas circulatorios independientes unos de otros, los cuales tienen un contacto e intercambio en puntos específicos o con funciones puntuales. Para el caso de este recinto médico también, hay distintos esquemas de circulación los cuales deben mantenerse diferenciados unos de otros y unirse en zonas específicas, con lo cual se optimiza el sistema y se garantiza un ordenamiento lógico de las funciones. Existen 6 sistemas de circulación.

1. Circulación Pacientes Atención Abierta
2. Ciculación Pacientes Atención Cerrada
3. Público acompañante o visitas.
4. Profesionales.
5. Circuitos vehiculares de ingreso y egreso de suministros o pacientes referidos de otros recintos.
6. Circuitos de servicios de aseo y residuos.

6.5.2. Criterios Urbanísticos.

La relación urbana del edificio con el contexto inmediato y la comunidad está dada por los elementos que explicábamos con anterioridad referidos al movimiento y la percepción. La “exteriorización” de los circuitos define una percepción nueva respecto de un centro asistencial para el AM. La percepción cinética integra la actividad interior con el exterior, evitando de esta manera el enclaustramiento de la actividad asistencial, su ocultamiento y por consiguiente la negación del borde.

El espacio de anejardín (5 m.) fue ampliado en sus márgenes para enmarcar el Proyecto en una situación de jardín y plazas públicas, siguiendo la idea de insertar el edificio en la continuación del Parque Salvador Norte. A través de la modificación de las Líneas Oficiales debido a los ensanches de calle, esta misma situación se puede repetir frente a los institutos ubicados hacia el sur. De esta manera se incorpora un circuito de plazas y áreas verdes en la vereda poniente de calle José Manuel Infante que se integra perfectamente a la actividad pública que se da en los Institutos.

6.5.3. Criterios Estructurales.

Debido a las condición de recinto de salud del Proyecto la estructura debe satisfacer requerimientos de flexibilidad de uso y futuras ampliaciones.

El modelo estructural del edificio corresponde a marcos rígidos de hormigón armado en ambos sentidos con 6 m. de luz máxima como promedio que responden a todas las sollicitaciones, sin mediar necesidad de otro arriostramiento. Los pilares son de hormigón armado de 40 cm. de diámetro y las vigas tienen una sección de 40 x 60 cm. La altura máxima libre de los pilares es 350 cms. evitando así su pandeo. Las losas son de 15 cms. de espesor y no requieren de vigas secundarias para su soporte.

El edificio está compuesto por una serie de secciones menores de marcos rígidos los cuales se juntan en los puntos de juntas de dilatación. Con ello se evitan estructuras demasiado largas o poco eficientes en la resistencia ante un sismo.

Se incorpora la tecnología del aislamiento sísmico en el Proyecto, mediante la incorporación de Aisladores Elastomérico^{26s}. El aislamiento sísmico permite construir estructuras con altos niveles de seguridad durante sismos severos tanto para la estructura como para su equipamiento y usuarios, separa mediante una interfaz flexible la estructura del suelo.

La aislación sísmica modifica las propiedades dinámicas de rigidez y amortiguamiento del sistema estructural de modo que los esfuerzos provocados por el sismo son considerablemente menores. Sus ventajas fundamentales son:

La seguridad estructural es entre 6 a 8 veces mayor que un edificio convencional.

Se protegen los contenidos, ya sean equipos médicos de alto costo, revestimientos exteriores e interiores, y lo mas imortante, la vida de los usuarios y pacientes del hospital.

Se evita la paralización post-sismo, factor de indiscutible importancia para la consideración de aplicación de estas tecnologías en recintos de atención de salud.



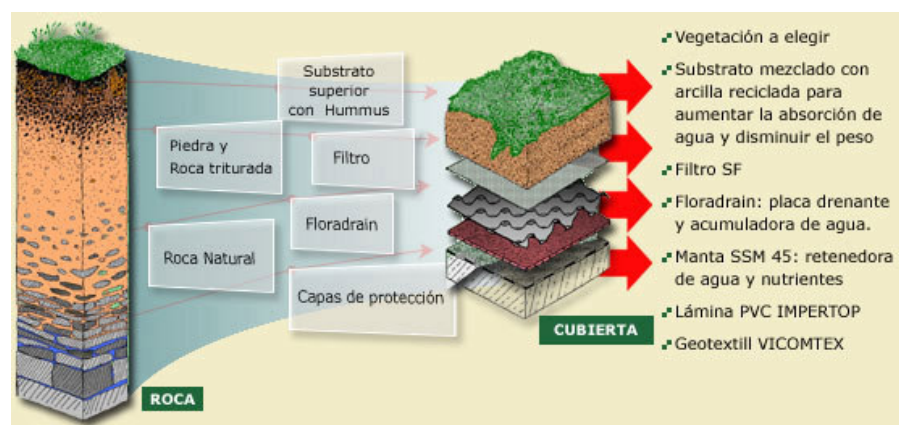
²⁶ Está formado por un conjunto de láminas planas de goma intercaladas por placas planas de acero adheridas a la goma y cubierto en sus extremos superior e inferior por dos placas de acero en las cuales se conecta con la superestructura en su parte superior y la fundación en su parte inferior.

6.5.4. Criterios Ambientales.

La optimización del recurso energético específicamente climático debiera ser un componente importante en todo edificio de carácter público. El Proyecto se plantea entonces como un modelo referencial de aplicación de tecnologías pasivas las cuales ayudan a reducir el consumo de energías activas y por consiguiente reducir el costo de operación. En este punto, como en el anterior, las inversiones en este tipo de sistemas y tecnologías presentan un evidente beneficio a largo plazo con lo cual se justifica su aplicación.

Techos Verdes. Aparte de las ventajas analizadas anteriormente, de aportar zonas de área verde a nivel de los pacientes del segundo y tercer piso las cubiertas vegetales significan un ahorro energético sustancial en términos de aislamiento el cual es adecuado para la zona del valle de Santiago, con oscilación térmicas marcadas entre temperaturas mínimas y máximas. La cubierta vegetal aporta aislamiento térmico hacia el interior del edificio, esto debido a que la temperatura sobre la superficie de la cubierta no supera a la temperatura ambiental. El aislamiento está dado por la capa de tierra, la vegetación y la capa de aire existente entre la tierra y las hojas. Lo que significan ahorros en la calefacción y aire acondicionado. También aportan aislamiento acústico, por ejemplo con una capa de tierra de 8 cms se aíslan 40db.

Por ultimo, su integración al entorno natural es evidente, siguiendo la idea de integrar el edificio al Parque y de situarlo en una zona verde, lo que aumenta el atractivo del edificio.



Tabiques Aislantes. Sabemos que la transmitancia térmica del hormigón armado es pobre respecto de la aislamiento a las temperaturas del medio exterior y mantención de las temperaturas interiores, es por esto que este material solo se presenta en la estructura de soporte, conformando losas, pilares y vigas. La totalidad de la envolvente esta compuesta por diferentes tipos de paneles aislantes, ya sean opacos o traslúcidos, los cuales resuelven el tema del aislamiento térmico de manera apropiada, haciendo eficiente energéticamente al edificio.

En los muros, se utiliza un tabique compuesto por un sándwich entre una placa OSB, poliestireno expandido y otra placa OSB el cual se reviste según el espacio al que enfrente, típicamente yeso-cartón para espacios interiores y fibrocemento para exteriores. Con esto se logra un tabique unitario para todo el proyecto el cual logra aislar térmica y acústicamente espacios del exterior y entre ellos.

Los vanos traslúcidos se componen de vidrios opacos tipo Pilkington PROFILIT ® el cual utilizado en modo doble muro ofrece aislamientos térmicos y acústicos notables, así como también un buen aprovechamiento de la luz natural. Su opacidad difumina las siluetas, confiriendo propiedades de privacidad respecto de las áreas que separa.

Los vanos transparentes se componen de vidrio termopanel de alta resistencia el cual cuenta con un tratamiento de protección solar, lo cual baja la radiación UV y calórica que ingresa al edificio y permite un aislamiento mayor que el vidrio normal tanto a las temperaturas como al ruido.



6.6. Propuesta Arquitectónica

En base a lo expuesto anteriormente a modo de resumen la propuesta arquitectónica se traduce fundamentalmente en:

- Evidenciar el nuevo concepto de salud para el AM, incorporando la relación movimiento - funcionalidad – salud en aspectos relevantes del edificio, ya sean externos (fachadas y vanos) o internos, recorridos de Tratamiento Terapéutico.
- Extender el edificio de manera horizontal, lo cual garantiza un acceso expedito de los usuarios a los distintos recintos, generando circuitos de recorridos que determinan áreas de lleno y vacío.
- Incorporar el elemento Parque al interior de estos circuitos, conformando los patios interiores y plazas también considerados como espacios de Tratamiento Terapéutico.
- Acercar el tema de la problemática del AM hacia la comunidad, proponiendo un edificio conectado de manera expedita con el contexto urbano, sin limitaciones que rechacen el borde.
- Proponer la reutilización y puesta en valor de parte de las antiguas infraestructuras del HDS, tanto como recuperación patrimonial, como idea conceptual de complementar e insertar dentro de nuevos esquemas lo antiguo con lo nuevo.

7. Referencias Bibliográficas.

CEPAL-CELADE, Estrategia Regional de la implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. 2003

CEPAL-CELADE, Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. 2001

CEPAL-CELADE, Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. 2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, OPS-OMS, Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 2002.

CEPAL-CELADE, Manual Sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez, 2006.

CEPAL-CELADE, Población, Envejecimiento y Desarrollo. 2004.

CEPAL-CELADE, Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión, 2002.

FACULTAD DE MEDICINA UC, CIEDES, Los desafíos actuales del adulto mayor: cambiando la visión negativa de la tercera edad. 2005

MARÍN PP, La situación del adulto mayor en Chile-Artículo Especial. *Rev Méd Chile* 1997.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN (MIDEPLAN), GOBIERNO DE CHILE. *Situación de los adultos mayores en Chile. Resultados de la Encuesta de Caracterización Económica (CASEN) 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000.*

SANHUEZA PARRA, MARCELA, CASTRO SALAS, MANUEL y MERINO ESCOBAR, JOSÉ M. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. Cienc. enferm., dic. 2005, vol.11, no.2, p.17-21. ISSN 0717-9553.

MERCADO R, Cristián. DILEMAS BIOÉTICOS EN GERIATRÍA: TOMA DE DECISIONES MÉDICAS. Acta bioeth., 2001, vol.7, no.1, p.129-141. ISSN 1726-569X.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN (MIDEPLAN), Gobierno de Chile. Guía de Derechos Sociales 2007, 2007.

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL, PLADE. Diagnóstico de Salud 2006 SSMO. 2006

SSMO. Resumen Oferta – Diagnóstico Reposición Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Geriátria, 2007.

CORPORACIÓN CIUDAD ACCESIBLE. Diseño accesible - construir para todos. 2002

Normativas:

LEY GENERAL DE URBANISMO Y CONSTRUCCIONES.

Actualizada al 2005.

ORDENANZA GENERAL DE URBANISMO Y CONSTRUCCIONES.

Actualizada al 2007.

PLAN REGULADOR METROPOLITANO DE SANTIAGO.

Actualizado al 2006.

PLAN REGULADOR COMUNAL DE PROVIDENCIA.

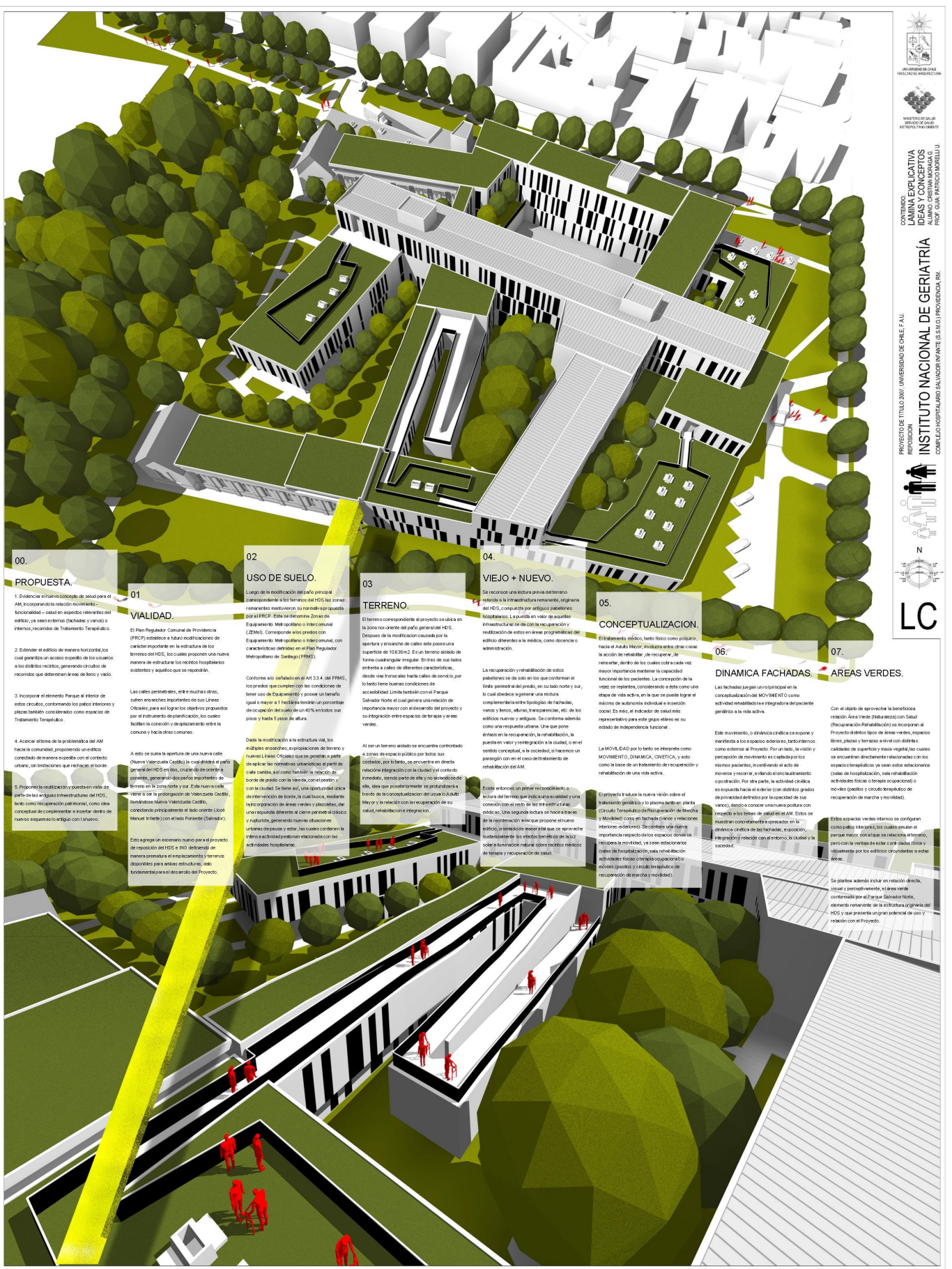
2007.

ORDENANZA LOCAL PRCP.

2007

ENTREGA PLANOS

30 / 11 / 2007



00.

PROPUESTA.

1. Evolucionar el concepto de salud para el AM, incorporando la relación movimiento-funcionalidad-salud en aspectos relevantes del edificio, ya sea en estancias (fachadas) y/o interiores, mediante el Tratamiento Terapéutico.
2. Estender el edificio de manera horizontal, lo cual generará un espacio especial de los cuartos a los distintos niveles, generando circuitos de recorrido que determinan áreas de uso y vacío.
3. Incorporar el elemento Parque al interior de estos circuitos, contemplando los patios interiores y patios también concebidos como espacios de Tratamiento Terapéutico.
4. Adecuar estera de la problemática del AM hacia la comunidad, proponiendo un edificio concebido de manera especial con un contexto urbano, así instalaciones que raciocinan el borde urbano.
5. Proponer la modificación y puesta en vacío de parte de las antiguas infraestructuras del HCS, las cuales se reutilizarán para nuevos usos, como una planta de rehabilitación y asistencia, para dar nuevos espacios al antiguo con el nuevo.

01.

VIALIDAD.

El Plan Regulador General de Provincia (PRGP) establece a futuro modificaciones de carácter permanente en la estructura de los terrenos del HCS, los cuales proponen una nueva manera de estructurar los sectores hospitalarios existentes y aquellos que se proponen.

Los calles perimetrales, en el sector central, tienen anchuras importantes de los Límites Oficiales, para así lograr los objetivos propuestos por el instrumento de planificación, los cuales también lo conciben y desarrollan de manera común y hacia áreas comunes.

A esto se suma la apertura de una nueva calle (Nueva Vía de Acceso) que dará el perfil general del HCS y del complejo de servicios, el cual, generará un espacio importante de terreno en la zona norte y sur. Esta nueva calle viene a ser la prolongación de Vía de Acceso Oeste, la cual se reutilizará para nuevos usos, como una planta de rehabilitación y asistencia, para dar nuevos espacios al antiguo con el nuevo.

Esto genera un espacio nuevo para el proyecto de reposición del HCS y HCS del desarrollo de manera permanente y el mantenimiento y terreno disponibles para áreas estructurales, dadas fundamentalmente por el desarrollo del Proyecto.

02.

USO DE SUELO.

Luego de la modificación del plan principal correspondiente a los terrenos del HCS, los cuales reorientan sus actividades, su normativa y propuestas para el PRGP. Esta se determina Zona de Equipamiento, Mixta Urbana o Intercomunal (ZMU). Corresponde a usos mixtos con Equipamiento, Mixto Urbana o Intercomunal, con características definidas en el Plan Regulador Metropolitano de Santiago (PRMS).

Conforme al artículo 33 del PRMS, los usos que cumplen con las condiciones de tener uso de Equipamiento y poseer un tamaño igual o mayor a 1 hectárea, tendrán un porcentaje de ocupación del suelo de 40% en edificios de seis pisos y hasta 6 pisos de altura.

Desde la modificación a la estructura vial, los múltiples usos, en proporciones de terreno y nuevas Lineas Oficiales que se genera y perfil de calle cambia, así como también la reorganización de usos con la nueva, como centro y con la ciudad. Si tiene así, una oportunidad única de intervención de borde, la cual busca, mediante la incorporación de áreas verdes y plantaciones, dar una respuesta diferente al centro por medio del diseño y reutilización, generando nuevas situaciones urbanas de plaza y estar, las cuales conforman la respuesta del borde urbano cercano con las actividades hospitalarias.

03.

TERRENO.

El terreno correspondiente al proyecto se ubica en la zona nor-oeste del plan general del HCS. Dicha zona de modificación causada por la apertura y ensanche de calles, se plantea una forma cuadrangular irregular. En el centro de sus lados existen la calles de diferentes orientaciones, desde que bronceadas hasta calles de servicio, por lo tanto tiene buenas condiciones de accesibilidad. Limita también con el Parque Salvador Norte el cual genera una relación de importancia mayor con el desarrollo del proyecto y su integración entre espacios de trabajo y áreas verdes.

Al ser un terreno aislado se encuentra rodeado por zonas de espacio público por todos sus costados, por lo tanto, se encuentra en directa relación integración con la ciudad y el contexto inmediato, siendo parte de ella y no dependiente de ella, idea que posteriormente se profundizará a través de la conceptualización del uso del espacio interior y la relación con la recuperación de su salud, rehabilitación e integración.

04.

VIEJO + NUEVO.

Se reconoce una lectura previa del terreno respecto a la infraestructura existente, programa del HCS, compuesto por edificios patológicos hospitalarios. La planta en valor de aquellos edificios que se reutilizarán para la recuperación y realización de estos en línea programática del edificio diferentes a la médica, como oficina o administración.

La recuperación y rehabilitación de estos patológicos se da así en los que conforman el límite general del predio, en su lado norte y sur, lo cual debe generar una muestra complementaria a la historia del edificio, vicios y bienes, valores, transparencia, etc. de los edificios nuevos y antiguos. Se conforma además como una respuesta urbana. Una que pone énfasis en la recuperación, rehabilitación, la puesta en valor y reintegración a la ciudad, o el sentido conceptual, a la sociedad, se hace un diálogo con el sitio del deterioro de rehabilitación del AM.

Existe entonces un primer reconocimiento a la lectura del terreno que indica una unidad y una conexión con el resto de la infraestructura médica. Una segunda lectura se hace en la forma de la recuperación vial que propone el nuevo espacio, o integración material que se propone dentro del terreno, lo cual indica la relación con el sol y la iluminación natural sobre ciertos módulos de terapia y recuperación de salud.

05.

CONCEPTUALIZACIÓN.

El tratamiento médico, tanto físico como psicológico, hacia el Adulto Mayor involucra entre otros cosas la acción de rehabilitar, de recuperar, de reiniciar, dentro de los cuales cobra cada vez mayor importancia mantener la capacidad funcional de los pacientes. La recuperación de la vida se repleta, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual e integración social. El uso, el indicador de salud más representativo para este grupo etario es su estado de independencia funcional.

La MOVILIDAD por lo tanto se interpreta como MOVIMIENTO, DINAMICA, CINETICA, y está como la base de un tratamiento de recuperación y rehabilitación de una vida activa.

El Proyecto indica la nueva visión sobre el patrimonio arquitectónico, lo plasma también en planta (Circuito Terapéutico de Recuperación de Marcha y Movilidad) como un espacio urbano y relaciones interiores-exteriores. Se define un tipo de integración respecto al uso espacio, donde se recupera la movilidad, ya sea en estancias o en la recuperación de salud, sea rehabilitación, actividades físicas o terapia ocupacional o incluso (guías) y circuitos terapéuticos de recuperación de marcha y movilidad.

06.

DINAMICA FACHADAS.

Las fachadas juegan un rol principal en la conceptualización del MOVIMIENTO como actividad rehabilitadora e integradora del paciente geriatrico a la vida activa.

Este movimiento, o dinámica cinética se expresa y manifiesta a los espacios interiores, tanto internos como externos al Proyecto. Por un lado, la visión y percepción de movimiento se captan por los mismos pacientes, recordando el acto de moverse y recorrer, o variando el desplazamiento o posición. Por otra parte, la actividad cinética se expresa hacia el exterior con distintos grados de privacidad de los espacios por la capacidad de sus ventanas, dando a conocer una nueva postura con respecto al borde de salvadura del AM. Estas se muestran con detalles e integradas en la dinámica cinética de las fachadas, exposición, integración y relación con el entorno la ciudad y la sociedad.

07.

ÁREAS VERDES.

Con el objeto de aprovechar la beneficiosa relación Área Verde (Relación) con Salud (Recuperación/Rehabilitación) se incorpora al Proyecto distintos tipos de áreas verdes, espacios libres, plazas y terrazas a nivel con distintas alturas de superficie y masa vegetal, las cuales se encuentran directamente relacionadas con los espacios terapéuticos ya sean en estancias (calle de hospitalización, sala rehabilitación, actividades físicas o terapia ocupacional) o módulos (guías) y circuitos terapéuticos de recuperación de marcha y movilidad.

Estos espacios verdes internos se configuran como patios interiores, los cuales están en un primer plano de la relación, elemento, pero con la ventaja de estar a una altura física y visualmente por los edificios circundantes a este nivel.

Se plantea además incluir en relación directa, visual y perceptiva, el área verde y perceptiva, el área verde contemplada por el Parque Salvador Norte, elemento integrante de la estructura original del HCS, y que presenta un gran potencial de uso y relación con el Proyecto.

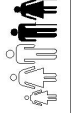


LC

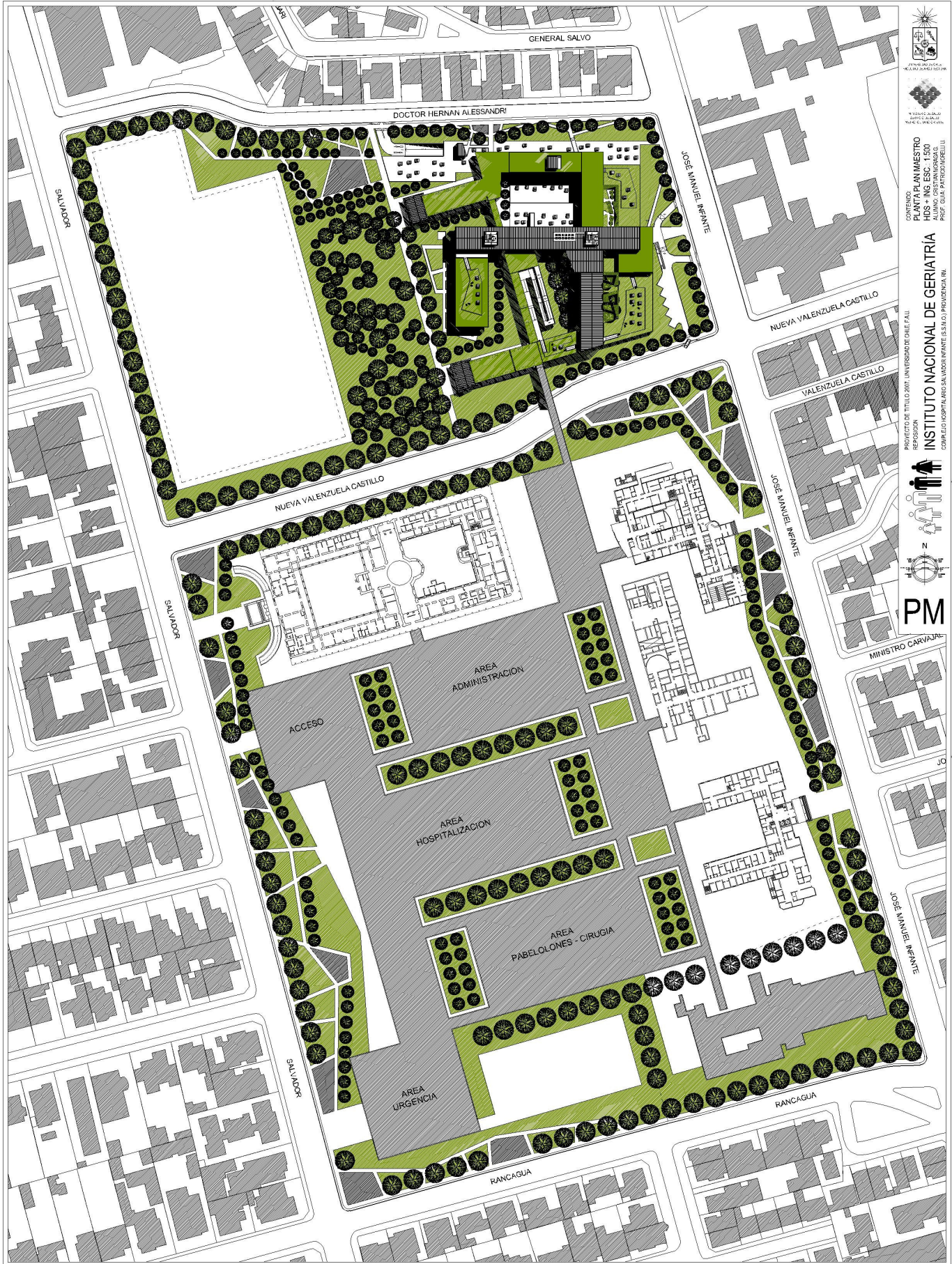


CONTENIDO:
PLANTA CONTEXTO
PROVIDENCIA ESC. 1:2500
ALVARO CRISTIAN URIBARRAGA
PROF. GUSTAVO PATRICIO VIELLA

PROYECTO DE TITULO PROF. UNIVERSIDAD DE CHILE FAU
REPOSICION
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
CORRECTORIO HOSPITALARIO SALVADORINANTE (S.S.010) PROVIDENCIA, R.I.

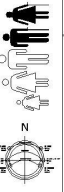


N
1:4
PC

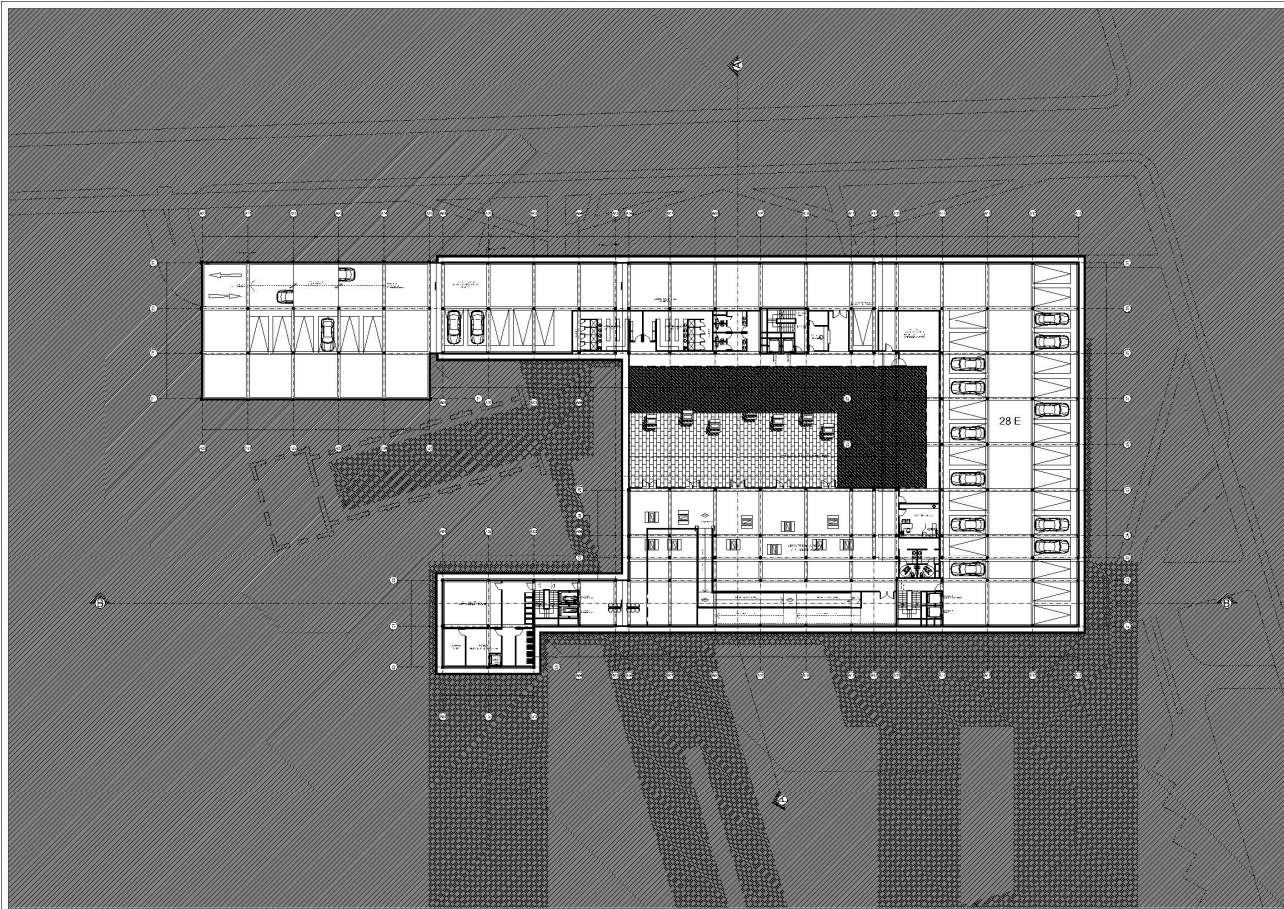


CONTENIDO:
 PLANTA PLAN MAESTRO
 HDS + ING. ESC. 1:500
 PROF. OLGA PATRICIA MORELLI

PROYECTO DE TITULO 2007, UNIVERSIDAD DE CHILE FAL
 REPOSICION
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
 COMPLEJO HOSPITALARIO SALVADOR INFANTE (S.S.M.O.C.) PROVINCIA RA.



PM



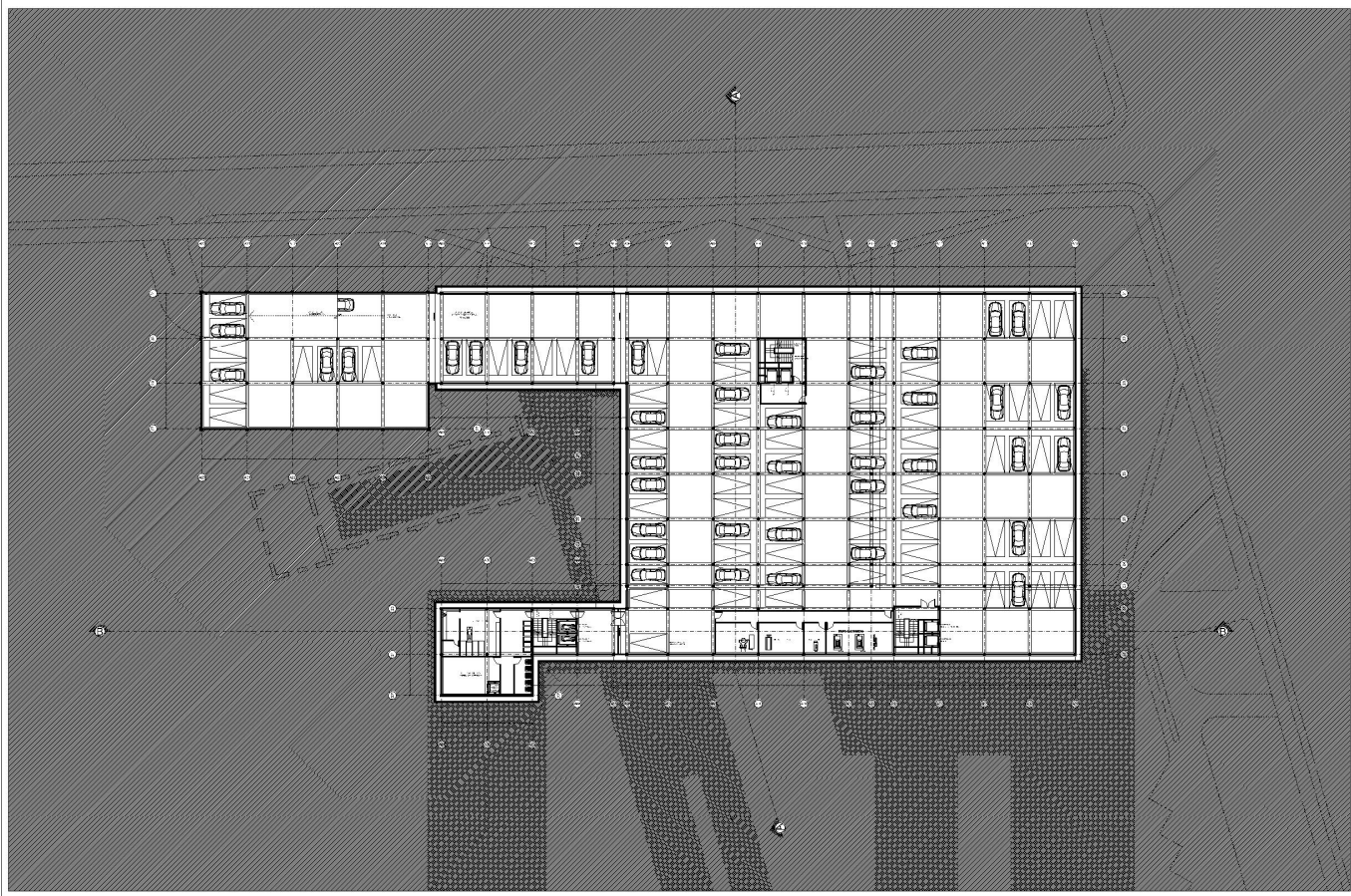
UNIVERSIDAD DE CHILE
 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA

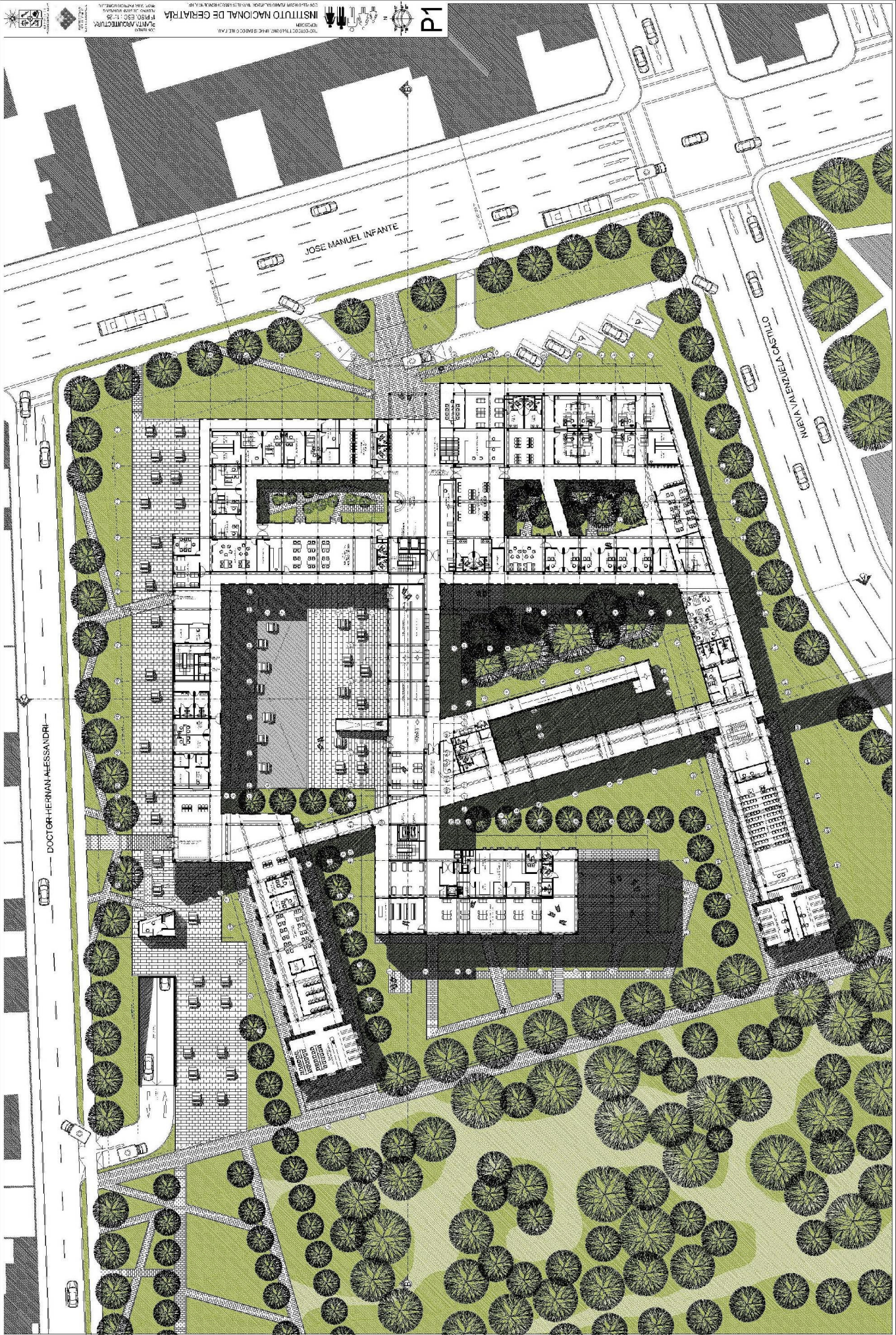
CONTRATO: PLANTA ARQUITECTURA
 1° Y 3° SUELO ESC.: 1:125
 ALVARO CRISTINA MORALES G.
 PROFESOR(A) TITULAR DE LA FACULTAD DE ARQUITECTURA

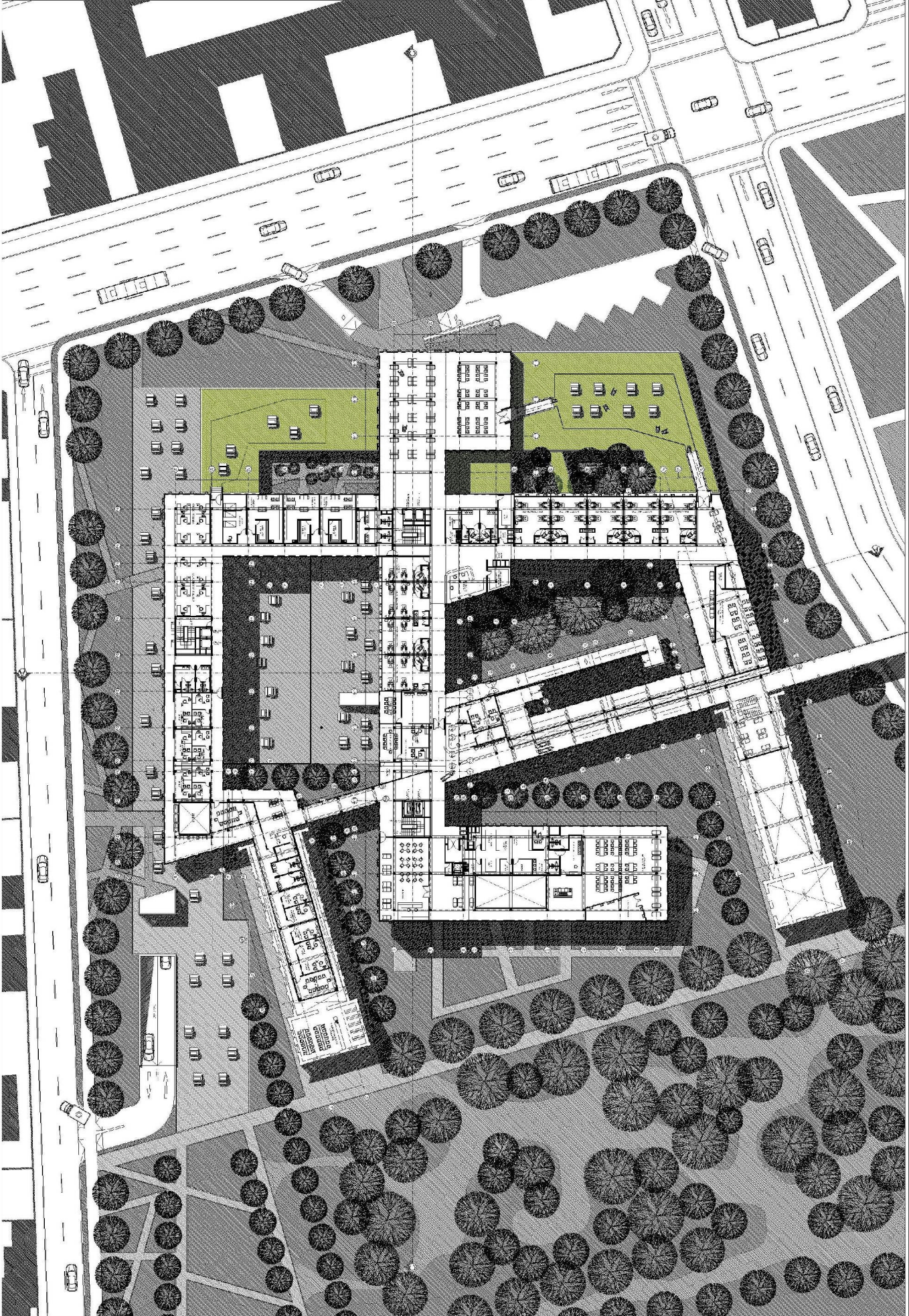
PROYECTO DE TITULO 2001, UNIVERSIDAD DE CHILE, S.A.U.
 REPARACION
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
 COMPLEJO HOSPITALARIO SALVADOR INFANTE 65000 PROVIDENCIA, RM

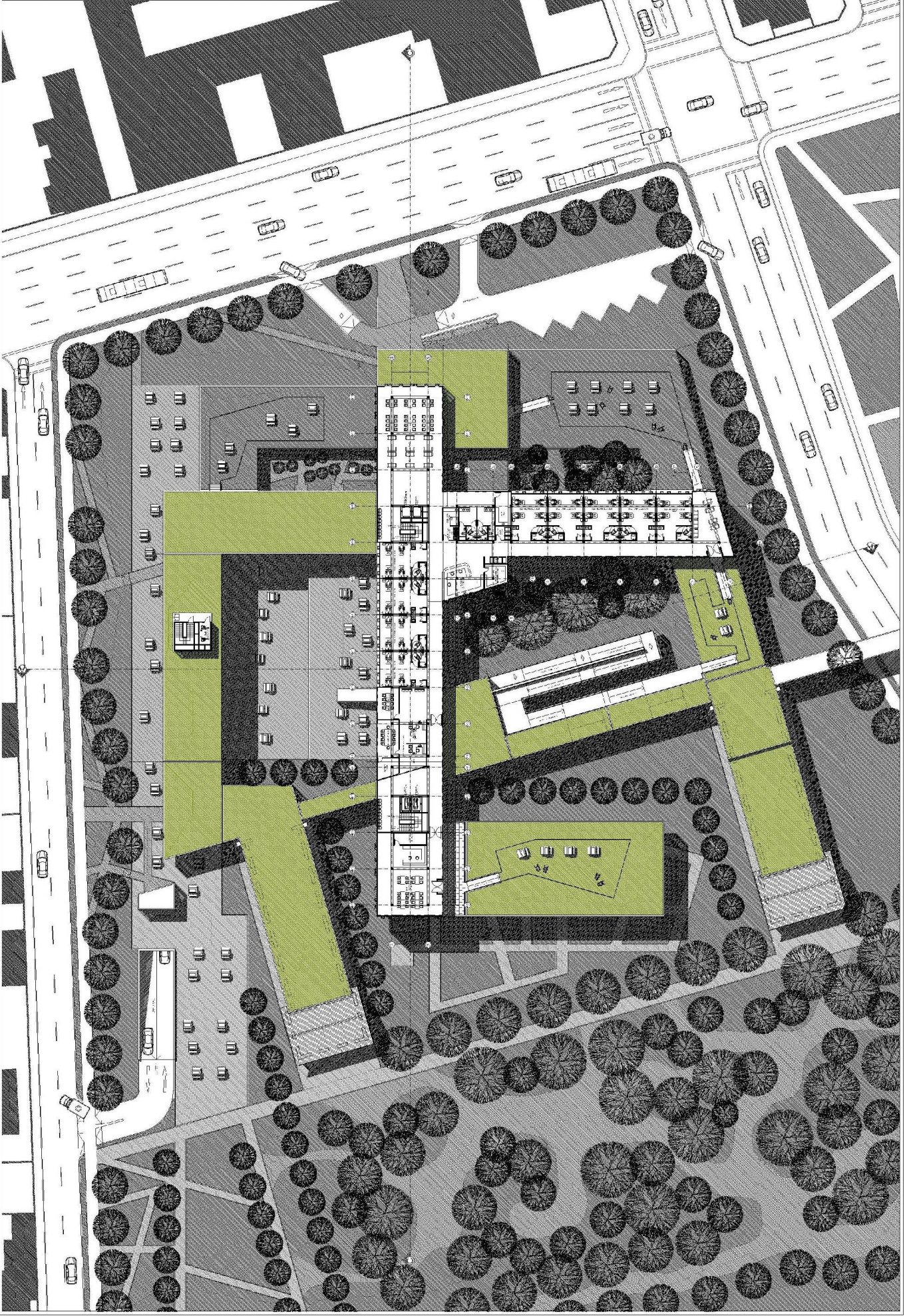


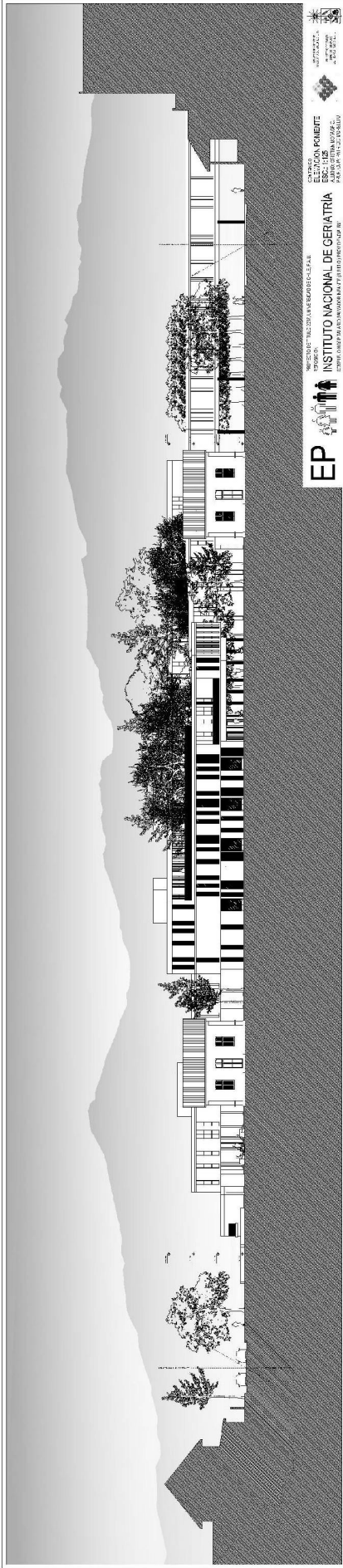
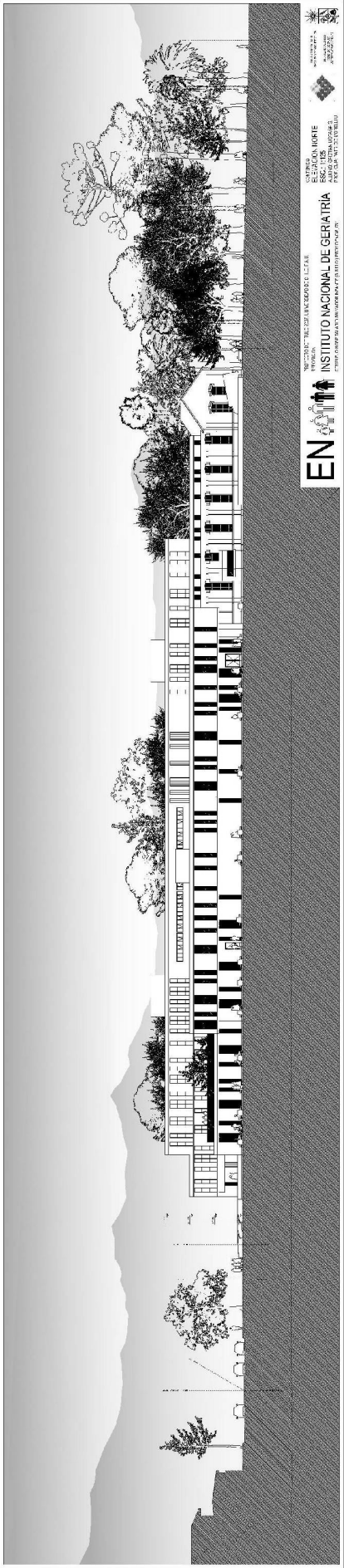
PS

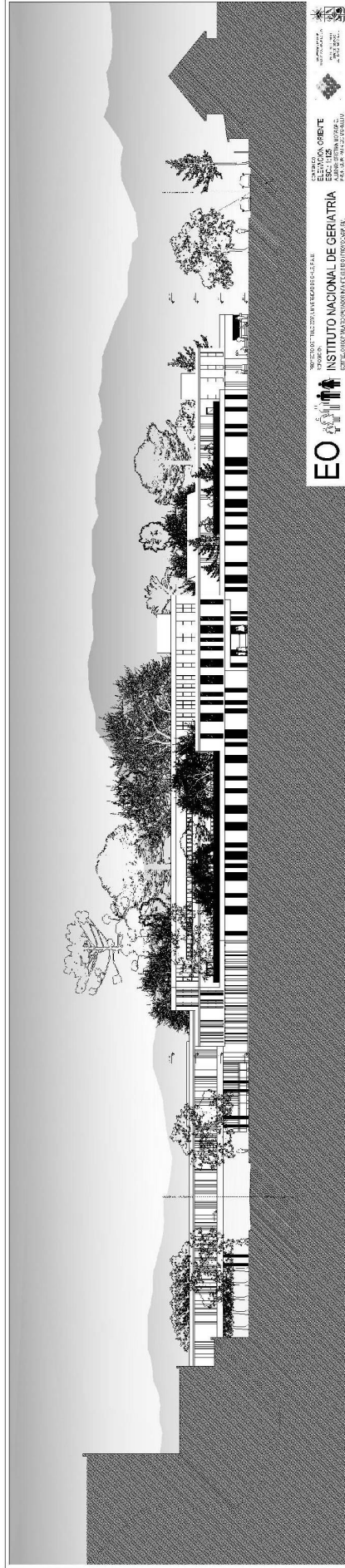
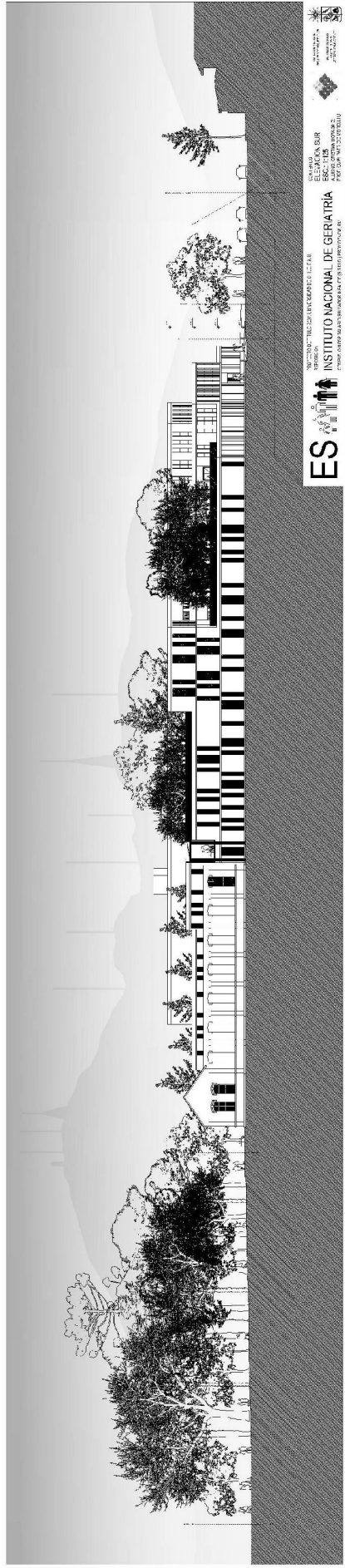


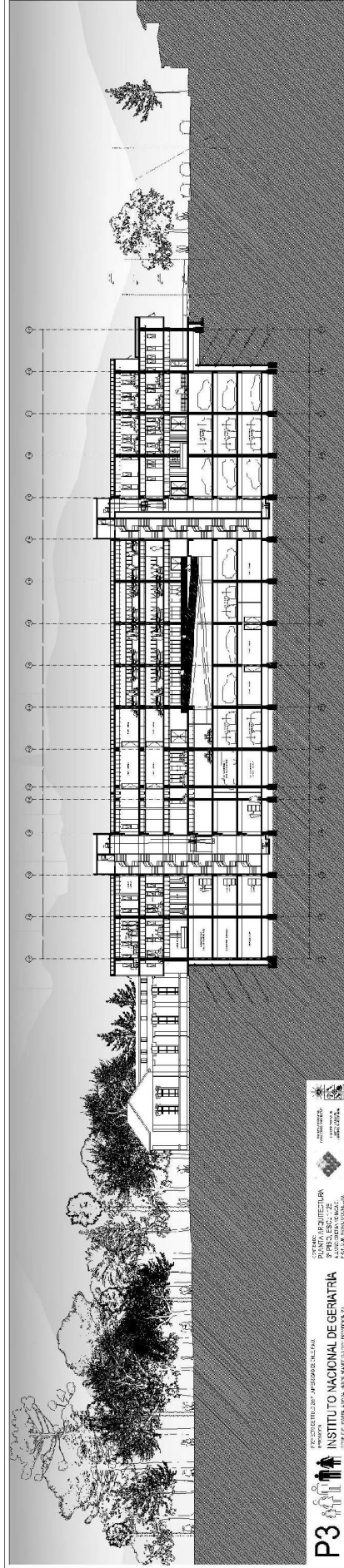
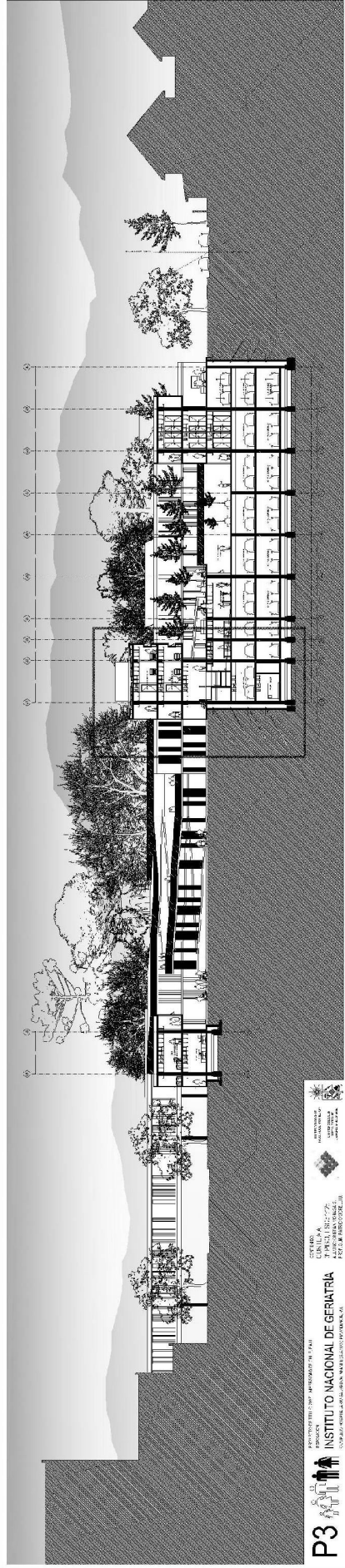


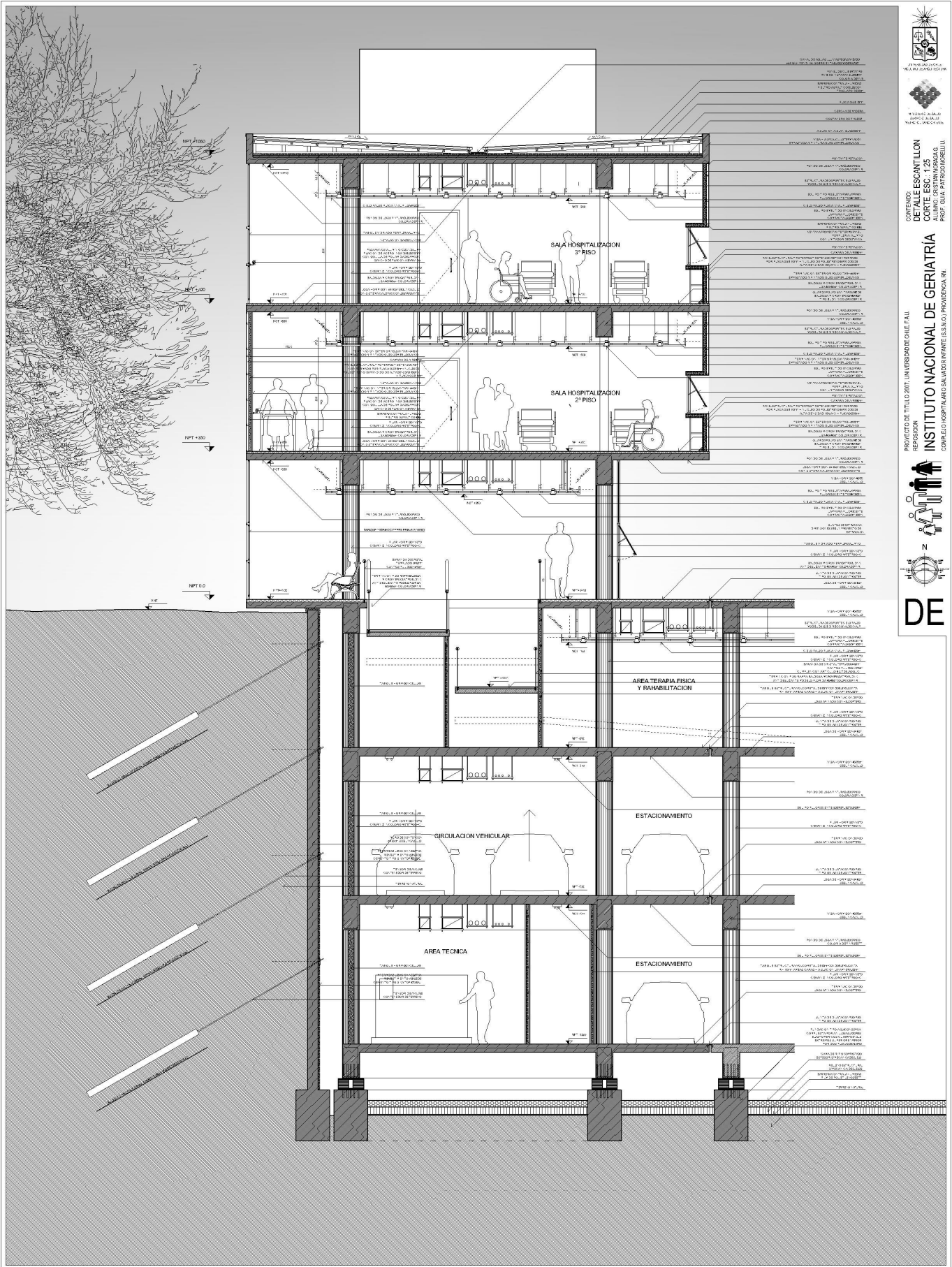








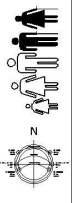




UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE INGENIERÍA

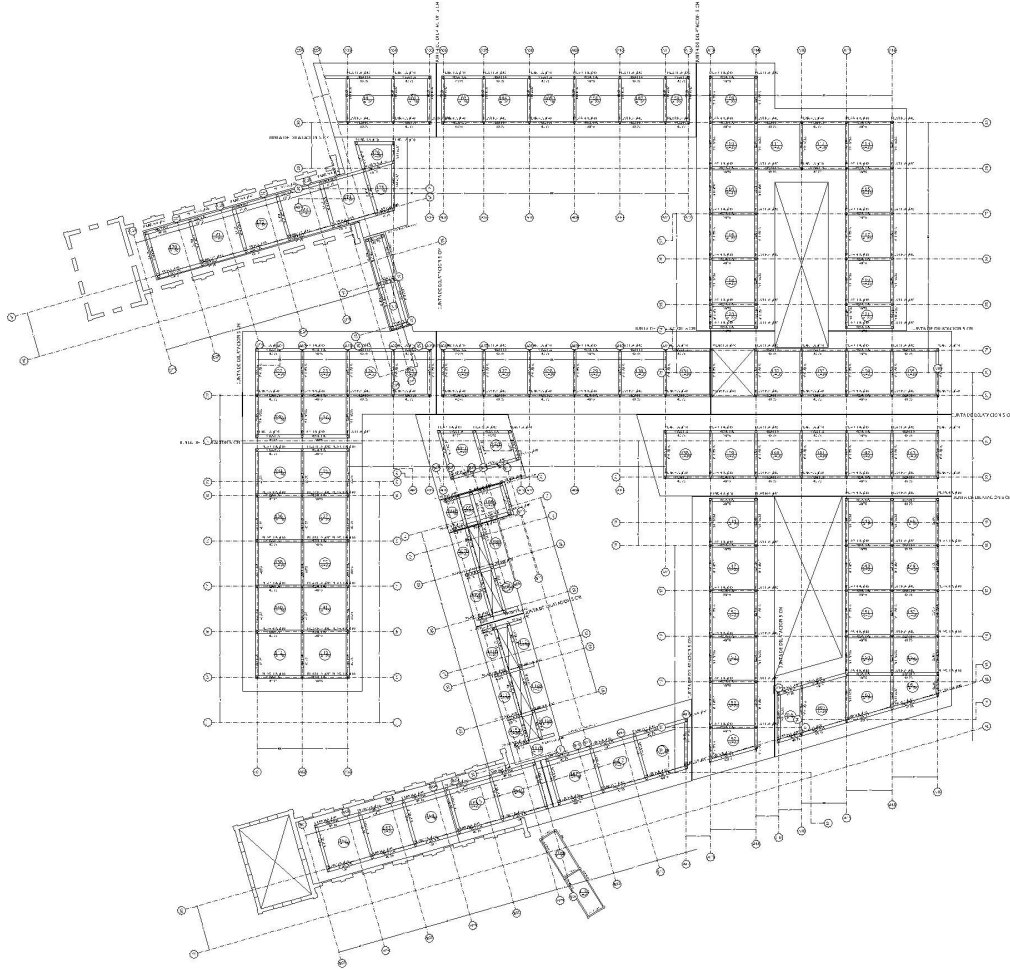
PROYECTO DE TÍTULO 2007, UNIVERSIDAD DEL CAUCA
REPOSICIÓN
DETALLE ESCANTILLÓN
CORTE ESC. 1.25

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
ALUMNO CRISTIAN FORRERO
PROF. GOR. PATRICIA RIVERA
COMPLEJO HOSPITALARIO SALVADOR NINHO (SISAL) - PROVIDENCIA, RN

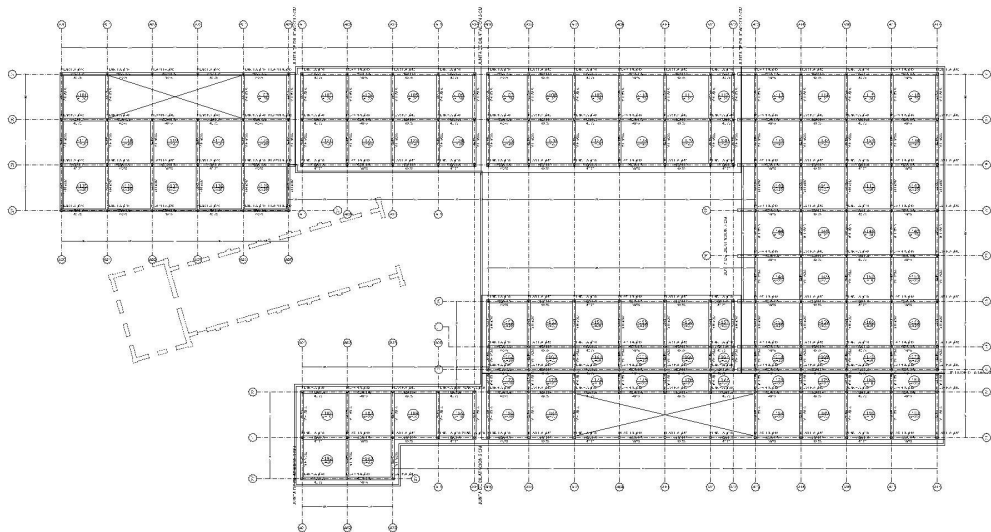


DE

PLANTA ESTRUCTURAS
PRIMER PISO



PLANTA ESTRUCTURAS
PRIMER SUBTERRANEO



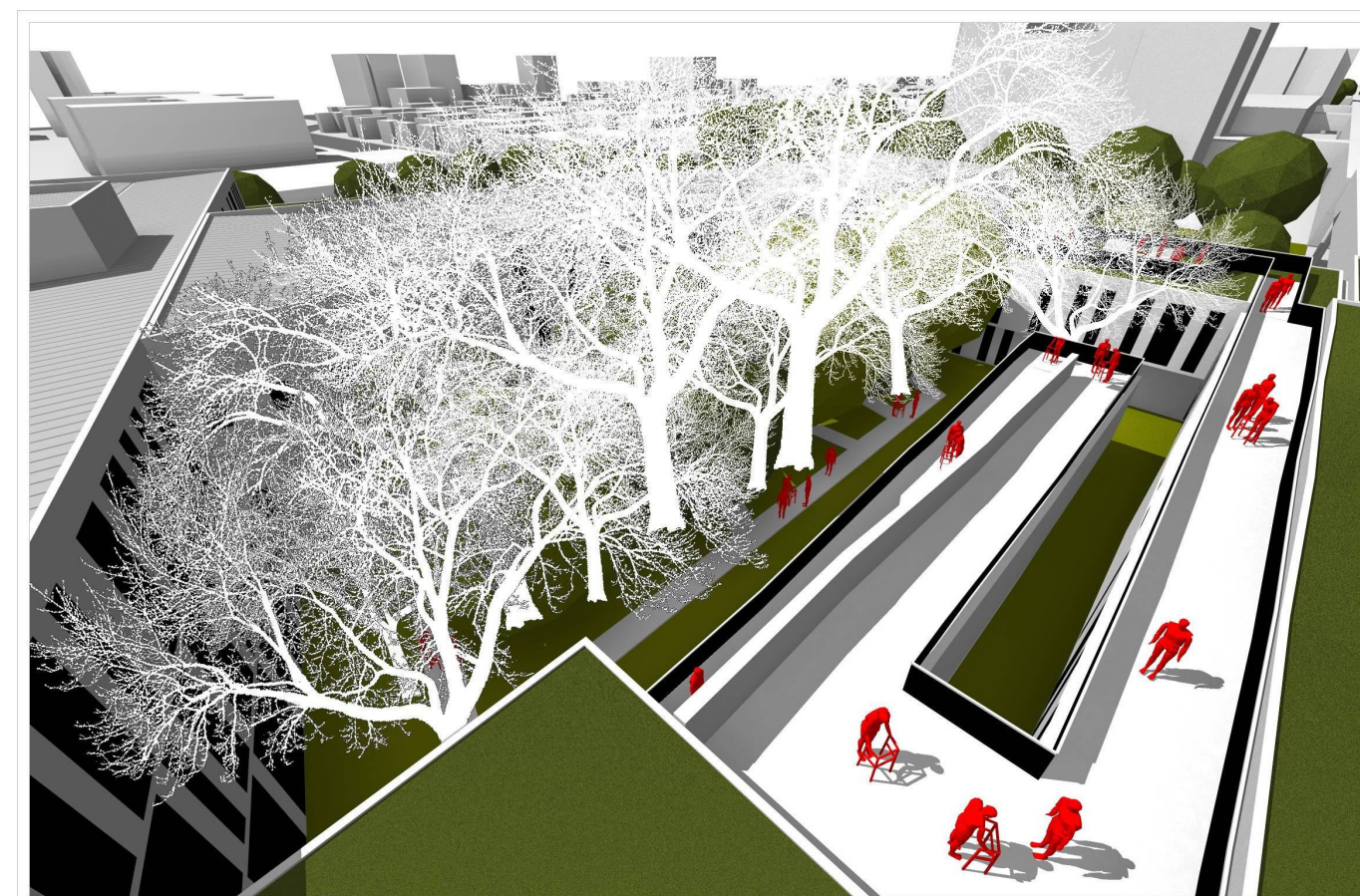
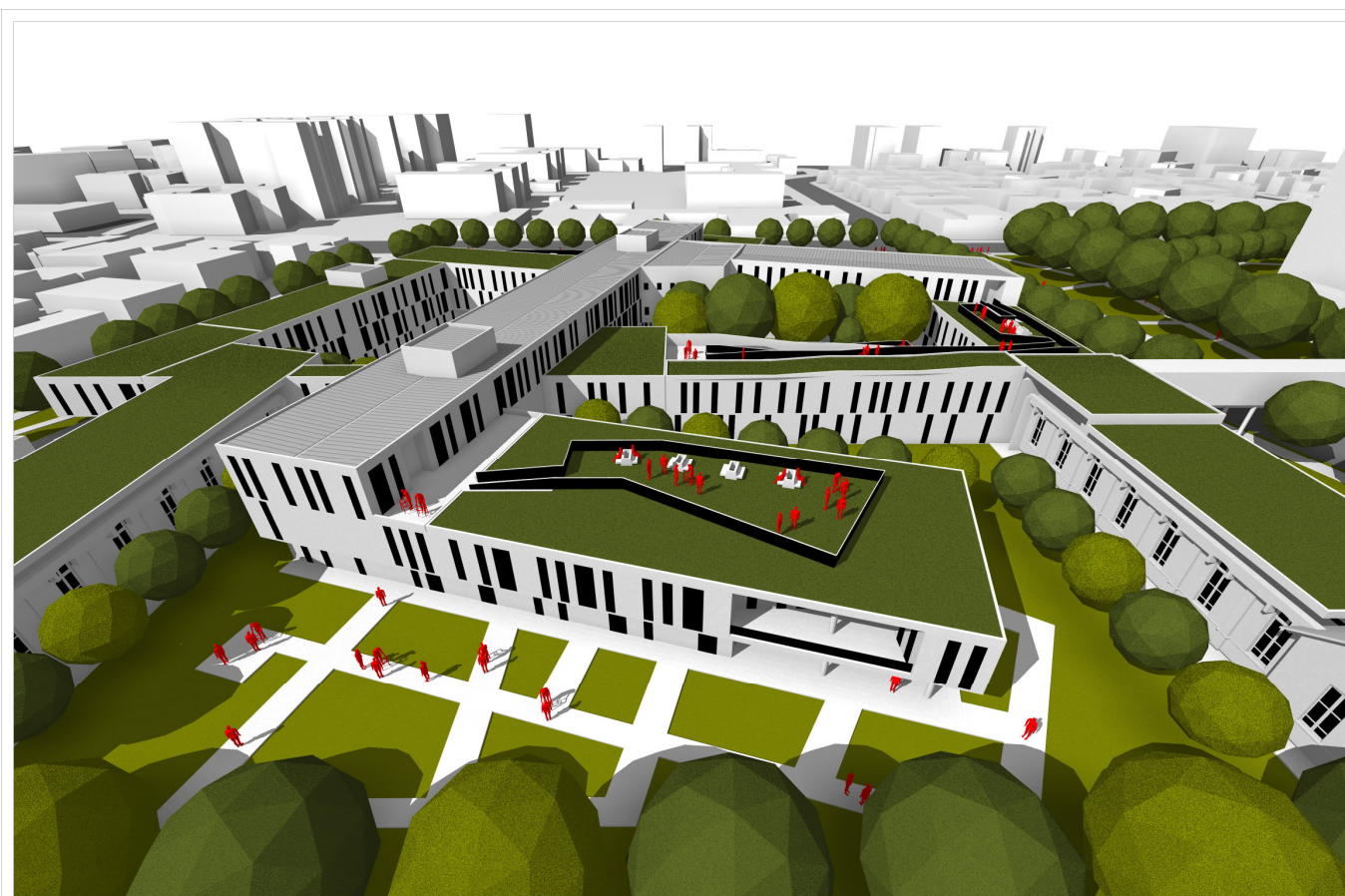
CONSEJO CHILENO DE INGENIEROS Y ARQUITECTOS
COPCON
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
PRIMER PISO. ESC. 1:200
PROF. GUA. PATERNO MORELLI

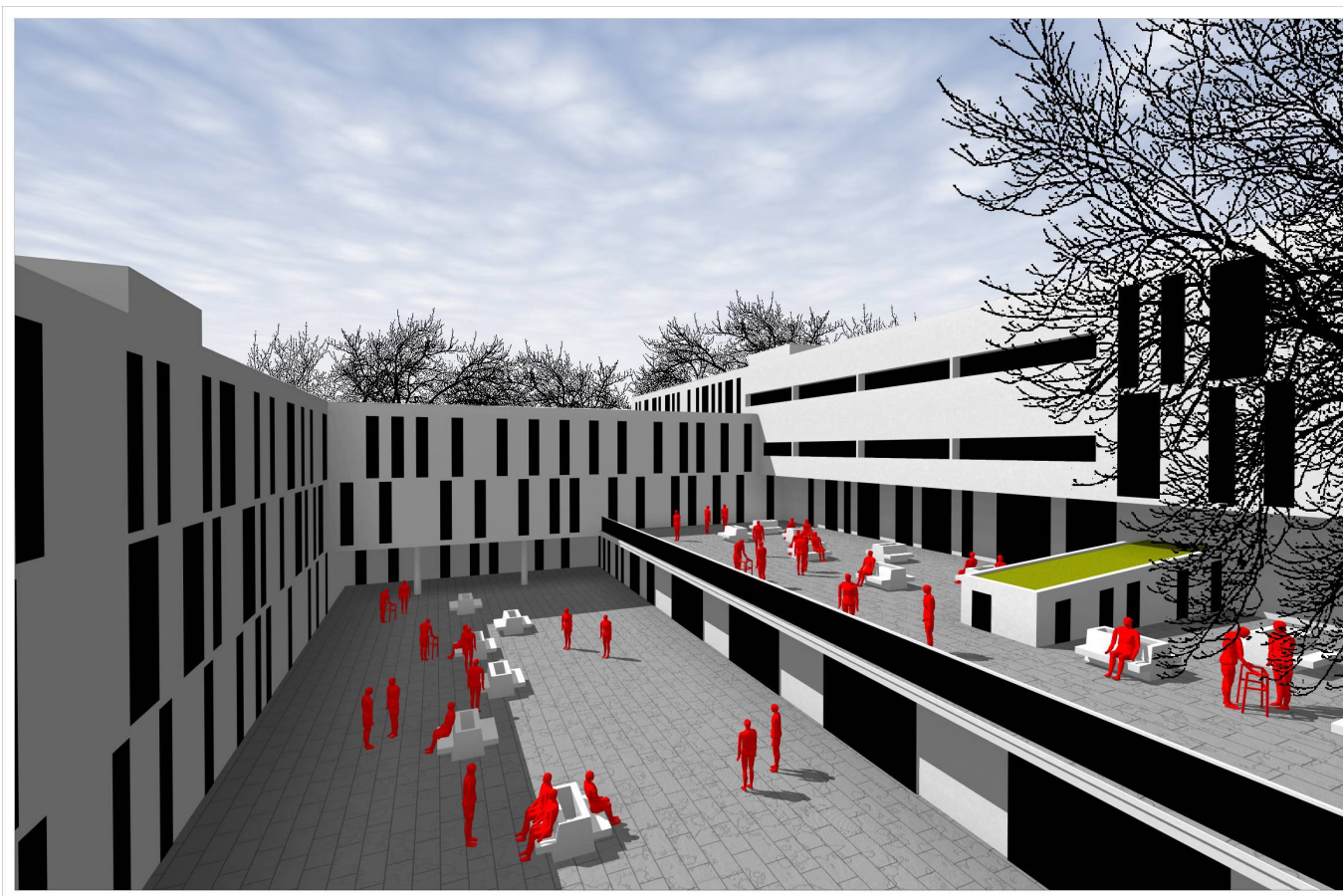
PROYECTO DE TITULO 2007, UNIVERSIDAD DE CHILE - FAU
REPOSICION
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN VITOR INFANTES (S.V.I.) PROVIDENCIA, RM.

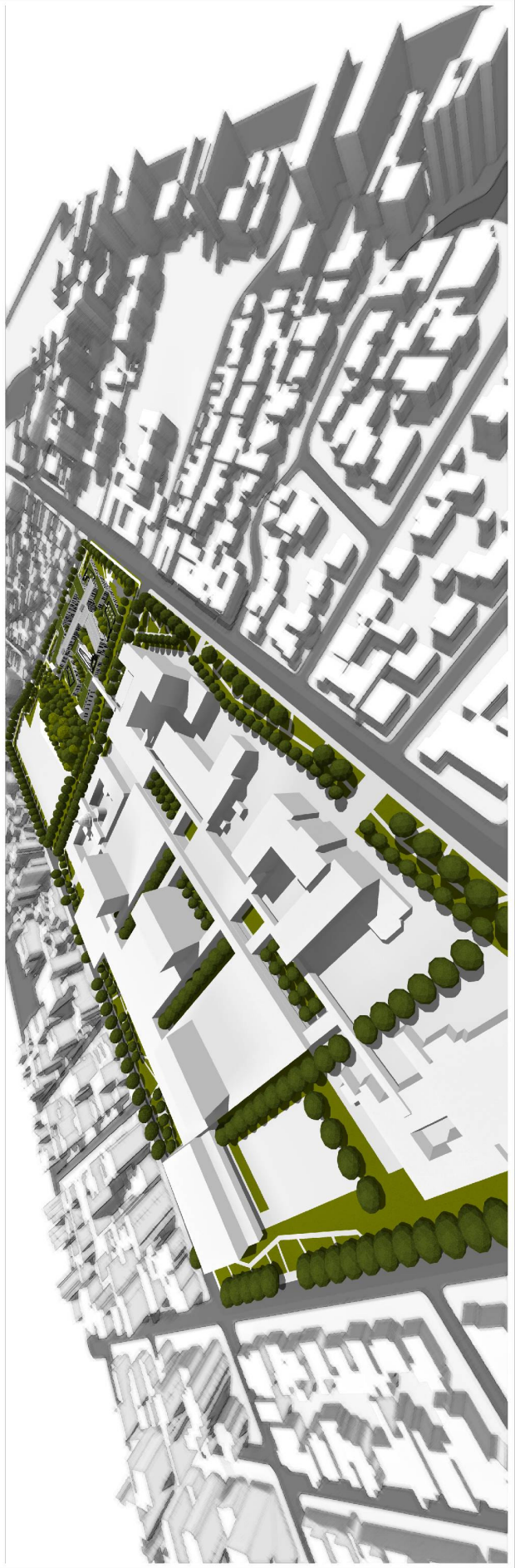


PE











Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Proyecto de Título 2007

Entrega

TEMA Y TERRENO

Proyecto

REPOSICION INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Alumno: Cristian Moraga G.
Prof. Guía: Patricio Morelli U.

Desde el punto de vista formativo, académico y práctico, la Universidad de Chile siempre ha estado ligada a los procesos de cambio y evolución histórica de nuestra sociedad. Forma parte de su misión, como Universidad estatal y pública, por lo tanto esta debe adecuarse y por sobre todo anticiparse a estos con el fin de mantener el compromiso nacional de liderazgo y excelencia. Por otra parte, la inserción del País en un contexto globalizado propone nuevos desafíos de múltiples variantes, a lo cual se debe responder de manera creativa y eficaz, centrada en una contextualizada visión de futuro.

Las diversas áreas de estudio ofrecen opinión y respuesta a las múltiples áreas de desarrollo del país. La Arquitectura, en nuestro caso, está particularmente inserta dentro los cambios sociales, económicos y culturales, por lo tanto es receptiva de sus variaciones históricas y atingente en la resolución.

El período de titulación, a consecuencia de lo anterior, debiera ser reflejo de la misión institucional. Por lo tanto, es la oportunidad que se tiene como estudiante para intervenir en iniciativas sujetas al desarrollo del país y su proyección a futuro.

En base a lo anterior, el tema para desarrollar el proyecto de título se inscribe dentro de la iniciativa pública. Dada la diversidad de áreas de trabajo, se investigó sobre aquellas que tienen un carácter de urgencia en su aplicación, destacando entre otras el área de Salud Pública como una de las que proporciona un alto impacto en relación al beneficio directo para la población, además de su beneficio futuro entendido como inversión. Junto a esto, la proyección futura del país en términos de población, hace prever el futuro usuario del Sistema de Salud; el Adulto Mayor¹ (AM).

La tendencia al envejecimiento no solo es una realidad local, sino mundial. En América Latina el ritmo de crecimiento de la Población Adulta Mayor (PAM) se ha visto incrementado dramáticamente en los últimos años, en comparación con naciones desarrolladas². El problema adaptativo por consiguiente debe considerar políticas públicas sociales, económicas y sanitarias.

Esta transición demográfica³ modifica la estructura por edades de la población, teniendo como resultado el irrefrenable proceso de envejecimiento de las sociedades modernas. Si bien en 1975 la población mayor de 60 años en la Región era de 21 millones de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo de población ascendió a 41 millones de personas (8,1% de la población).⁴

¹ Toda Persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres, según Ley 19.828 (Chile)

² El nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en cincuenta años, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez.

³ Es el cambio que experimentan las poblaciones de altas tasas de natalidad y mortalidad a bajas tasas de las mismas. Su duración depende de las condiciones socioeconómicas y culturales relacionadas con dichas tasas.

⁴ Según proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

En las próximas décadas aumentarán aun más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones.

En consecuencia, los adultos mayores de 60 años que representaban el 8,1% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser el 14,1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23,4%) en 2050. En base a esto se identifica el problema del envejecimiento como una realidad global, en la que su acelerado desarrollo marca la atingencia y urgencia de tema.

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

La velocidad en la transición demográfica el acelerada y creciente; la PAM sólo demoró 50 años en duplicarse (1900-1950); 50 años más en cuadruplicarse, y se espera que en tan sólo 21 años más, se vuelvan a duplicar.

Como hecho ilustrativo de la situación, el paulatino descenso de la población juvenil, añadido al aumento de la minoría creciente (PAM) resultarán en que el año 2010 habrá 50 AM por cada 100 menores de 15 años, y en el 2034 estos montos se igualarán; es decir, desde esa fecha, los jóvenes comenzarán a ser superados en nº por los AM.

Actualmente una de cada diez personas son AM, es decir el 11,5 % de la población. Para el año 2025 esta relación se duplicará, contando con una PAM de 3.570.436 personas.

Si bien el cambio demográfico ha sido rápido, las políticas públicas hacia este segmento han demostrado que se identifica tal fenómeno como una nueva necesidad. Organismos como SENAMA proponen y coordinan los esfuerzos de la oferta pública de bienes y servicios dirigidos a este grupo etáreo, mediante políticas, planes y programas del estado. De acuerdo a la Política Nacional de Adulto Mayor (PNAM) se tiene como meta lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los AM en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida.

Al respecto, el Área de Fomento de la Salud Integral de la PAM establece como objetivo general *"Fomentar el acceso de las personas adultas mayores a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez, la preservación de su funcionalidad y autonomía, y para las personas de edad en instituciones de larga estadía una atención y cuidados eficaces."*

Si bien la dimensión social y psicológica de la política ha avanzado sustancialmente, alcanzando grandes logros en cuanto a la percepción sobre una PAM activa, se reconoce una falencia crítica en el ámbito sanitario, reflejado en la escasez de recursos humanos específicos e infraestructura donde estos se desarrollan y aplican. Tales problemas forman parte de los objetivos sectoriales pendientes y constituyen un elemento fundamental para el diseño e implementación de la PAM.

El 81,7 % de la PAM se atiende en el Sistema Público de Salud, por ende la dimensión sanitaria de la PAM tiene un efecto evidente sobre la calidad de vida, relacionada directamente con el bienestar físico-mental y, por lo tanto, con indicadores de salud.

En el aspecto geográfico, la Región Metropolitana (RM) concentra la mayor cantidad de PAM, con 669.543 personas, repartidas entre los 6 Servicios de Salud Metropolitanos. Por consiguiente, los ajustes a la PAM tendrán impacto directo en un gran porcentaje del segmento.

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

En su programa de gobierno, Michelle Bachelet sostiene: *“Deberemos aplicar todas nuestras experiencias y capacidades para crear nuevas formas de atención y de cuidados, en centros de salud adecuados a las necesidades”*. Es reconocido por la comunidad médico-social, que el cuidado y atención que requiere la PAM son específicos, por consiguiente el modelo clásico de atención médica traspasado automáticamente al AM, fracasa.

El Instituto Nacional de Geriátrica (ING), ubicado en José Manuel Infante # 370, se conforma como la expresión de la salud pública y la específica PNAM hacia el segmento, siendo el único que ofrece atención especializada en Geriátrica a nivel nacional. Su rol principal es formar recursos humanos y desarrollar modelos de atención específicos⁵. Como visión, en ING pretende *“Obtener reconocimiento nacional e internacional por ser una institución de salud integral, gestionado con un modelo de atención hospitalaria de excelencia, que contribuya a la autonomía del adulto mayor y sus familias”*. Sin embargo, actualmente el Instituto presta sus servicios sobre una base de infraestructura completamente obsoleta, la cual no responde eficazmente ni a su misión, ni a su visión y rol hacia la PAM, tal como la PNAM proyecta.

⁵ Uno de los aspectos más relegados ha sido la formación de recursos humanos especializados (geriatras) a pesar que estos se encuentran entre los objetivos específicos de la PNAM y guardan estrecha relación con las acciones de prevención, atención y prestación de salud para este grupo.

Su divorcio geográfico del resto del complejo hospitalario de Salvador e institutos anexos lo ha alejado críticamente de los requerimientos de atención de Especialidades Médicas, el establecimiento cuenta solamente con la unidad de Medicina Física y rehabilitación.

Es evidente que se hace necesaria una intervención sobre las estructuras físicas del ING para adecuarlo a las nuevas políticas públicas en el área de salud y para dar una clara señal del sector público hacia la priorización del problema a consecuencia del cambio demográfico. Es bien sabido que la forma de dar un tratamiento efectivo hacia la PAM requiere de un espacio adecuado en donde un equipo multidisciplinario⁶ se desenvuelva, lo cual posibilita además impartir enseñanza Geriátrica al equipo de salud.

Para ello se esgriman dos opciones: Remodelación o Reposición.

La primera opción trabaja sobre las estructuras físicas actuales del ING, remodelando las instalaciones y adecuándolas a un proceso de modernización de la visión política y social de la PAM. Se mantendría en los terrenos actuales, por lo tanto, se mantendría la desconexión física con el hospital de mayor complejidad, con el cual se mantiene una relación de interconsulta y derivaciones constante. Además de la evidente obsolescencia de las estructuras físicas, y su compleja remodelación, el uso del terreno⁷ y la distribución de los pabellones no es eficaz. Cabe mencionar que el terreno, de 3,1 Ha. localizado en un área céntrica de la comuna de Providencia, se convierte en un activo importante para una alternativa a la generación de recursos que financien los proyectos futuros del sector.

La segunda opción se refiere al traslado de la totalidad de la infraestructura hacia el paño principal del Hospital Salvador (HS), por consiguiente, conectarse a la red de Institutos y servicios comunes que pueda compartir con el hospital, como pabellones, imagenología, servicios post operatorios, etc. Esta opción adquiere un especial interés ya que a corto plazo se llevará a cabo la

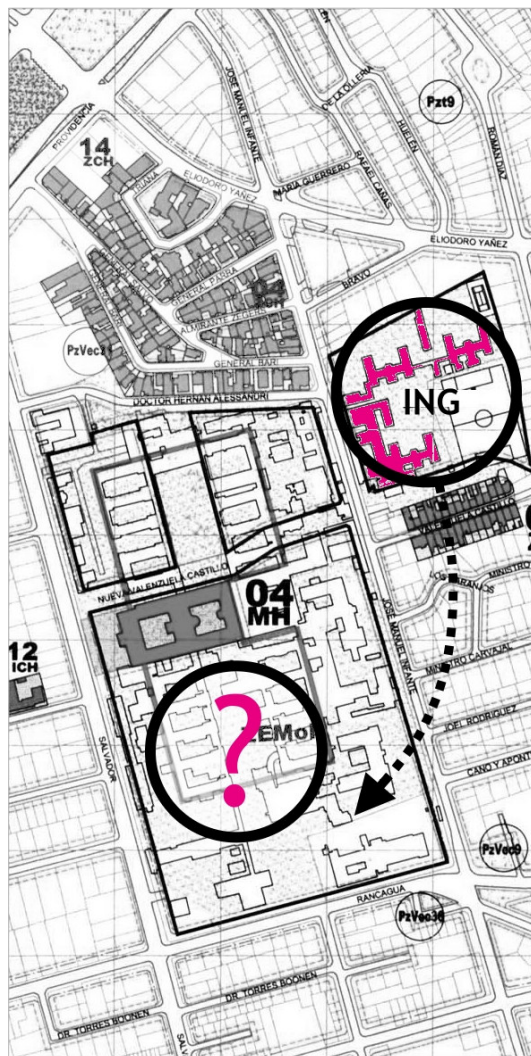
⁶ Médicos geriatras, enfermeras, kinesiólogos, asistente social, paramédicos, etc.

⁷ De los 31.030 m² de terreno, sólo un 17.3 % está edificada en 1º piso.

reposición total del HS, la cual se convierte en una iniciativa pública de inversión en el sector de salud sin precedentes, que dotará de los más altos estándares de calidad al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) confeccionando una Red de Atención idónea para la ejecución de manera correcta de la PNAM. Actualmente el proyecto se encuentra en etapa de preinversión y estudio de demanda, pasando a un proceso de diseño en el año 2008. Se contempla, anexado a las dependencias del nuevo HS la reposición del ING, el cual funcionará físicamente separado del volumen hospitalario central, conservando un grado de independencia, que permita la generación de ambientes apropiados para este tipo de establecimiento.

Ya que ambos proyectos están ligados desde su concepción inicial, se hace perentorio el planteamiento de un esquema general para el volumen hospitalario central y como a éste se adosa el volumen de la reposición del ING, por lo tanto, a modo de partido general se trabajará sobre las dos estructuras, para luego especificar sobre la que direcciona esta investigación.

Es necesario aprovechar la relativa ventaja de años que se tiene para que la situación demográfica de la PAM no se convierta a futuro en un problema. Invertir ahora en ésta área implica que a mediano y largo plazo se tenga una PAM con buenos niveles de salud, manteniendo por sobre todo su capacidad funcional, evitando así la dependencia de las instituciones y recursos asociados al área de salud, como también al área social, mejorando la calidad de vida de la población en general. El no hacer nada lleva aparejado muchos más costos a medio largo plazo que los que la intervención genera a corto plazo⁸. Los AM son, hoy en día, los nuevos clientes o usuarios de los servicios de salud y ellos concentran la mayor mortalidad y grados de dependencia. Esto es un hecho real, como también que es posible reducir las tasas de discapacidad y por lo tanto los gastos innecesarios.



⁸ En los países más envejecidos se demostró que es más barato intervenir que sólo observar el proceso de envejecimiento ya que se transforma en patológico y discapacitante = más caro.