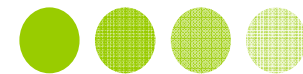




Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Proyecto de Título 2006-2007

Centro de Atención Paliativa Integral en pacientes terminales con Cáncer

“preparar y hacer mas llevadero el camino hacia una partida anunciada”...



INDICE

Capítulo I . Introducción

1.1 planteamiento del problema	0
1.2 Motivaciones personales	4
1.3 Justificación del tema	5
1.4 Propuesta General	17
1.5 Objetivos	23

Capítulo II . Marco Teórico

2.1 La muerte y el enfermo terminal	25
2.2 El enfermo terminal	30

Capítulo III .Proyecto

3.1 El Proyecto	36
3.2 El contexto	37
3.3 Analisis del contexto	43
3.4 Criterios de emplazamiento	49

INDICE

3.5 Factibilidad del proyecto 51

3.6 El terreno 53

3.7 Hospital Trudeau 57

3.8 Definición del usuario 59

Capítulo IV . Desarrollo del proyecto

4.1 El programa 61

4.2 Volumetría 65

4.3 Premisas de diseño 72

4.4 Partido general 73

Capítulo V . Anexo

5.1 Historia del Hospital Barros Luco Trudea 76

Capítulo 6 . Bibliografía

CAPITULO I : INTRODUCCIÒN



1.1 Planteamiento del Problema



Archivo digital

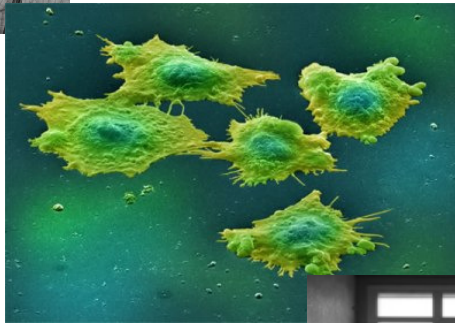
1. En Chile la distribución de los grandes grupos de edad tiene una clara tendencia al aumento de la proporción de la población de 65 años y más (7,3%) y una disminución de la proporción del grupo de menos de 15 años (28,5%). (DEIS, MINSAL).

El aumento de las expectativas de vida a nivel mundial es un claro indicador de los avances que ha tenido la medicina científica en el control y cura de enfermedades y epidemias que hace un siglo eran causas comunes de muerte.

En Chile la esperanza de vida para hombres es de 72,3 años mientras que para mujeres es de 78,26 años. A esto se suma la clara tendencia al envejecimiento de la población del país situándonos en un estadio de transición demográfica 4 (1).

Ambos factores (mayores expectativas de vida y envejecimiento de la población) generan un nuevo escenario en donde se moverá la salud en muy poco tiempo, puesto que el control de las enfermedades infecciosas está dando paso a enfermedades crónicas no transmisibles como el **cáncer** el cual aumenta sus posibilidades de aparición conforme aumentan las posibilidades de vida, el nivel de estrés, la contaminación global entre muchos factores, lo que trae el deterioro del cuerpo humano dando cabida a la generación de este mal..

1.1 Planteamiento del Problema



Esto plantea al sector salud la necesidad de asegurar la prestación de servicios tanto en la prevención, recuperación, rehabilitación y **Paliación** en salud, sobre todo en los adultos mayores.

Para el caso del cáncer la situación es aun mas delicada, ya que no existe cura para este mal una vez que se propaga masivamente, y su de_ tección en la mayoría de los casos es tardía, a causa de una falta de educación sobre el control periódico que debería efectuar la población para prevenir la propagación de este mal..

Al ser el diagnostico en la mayoría de los casos irreversible, el enfermo pasa de su condición de paciente a "paciente terminal", quedando tanto él como su familia abandonados por parte de médicos, servicios de salud e isapres, teniendo que improvisar sus últimos meses o días en casa mitigando sus dolencias y sintomas al no contar con el equipo y la ayuda medica o amarrado a una cama de hospital sin la compañía de sus seres queridos..

1.1 Planteamiento del Problema



Qué hacer una vez declarado este triste diagnóstico, a quién recurrir, cómo enfrentar la partida anunciada de un ser querido, como enfrentar la propia muerte cuando esta es inminente, donde pasar los últimos días o meses, sin los fuertes dolores, sin alterar el núcleo familiar que es el hogar, sin morir aislado y prisionero en un hospital..

Estas son algunas de las múltiples preguntas que se hace un enfermo terminal y su familia, sintiendo se abandonados por el sistema de salud y los médicos (quienes tienen como tarea curar), buscando la ayuda en instituciones dedicadas a la lucha contra el cáncer, instituciones de orden religioso, enfermaras particulares y hasta las recomendaciones de algún conocido que haya padecido una situación similar.

Es en este punto donde la medicina abre un nuevo campo de acción destinado a la atención de los enfermos terminales y sus familias, que se conoce como **Medicina Paliativa**, la cual tiene como objetivo mitigar las dolencias físicas en cuanto sea posible, ayudar, educar y asesorar al enfermo y sus familiares antes de la hora de la partida, haciéndola mas digna y llevadera.

1.1 Planteamiento del Problema



2. En abril del 2003, el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.

Respecto de los objetivos sanitarios para Chile 2000-2010, del Ministerio de Salud estos señalan: Disminuir la prevalencia de dolor en los enfermos de cáncer Terminal. (Deis, Minsal)



Esta nueva área de la medicina ya ha tomado fuerza en EE.UU., Inglaterra, España, y esta tomando importancia dentro de América Latina incluyendo nuestro país.

En Chile la Medicina Paliativa entra como especialidad reconocida a partir del año 2005, existiendo antes solo como una opción en la auto formación de médicos y personal de la salud.

Actualmente **El Alivio del Dolor y Los Cuidados Paliativos** en enfermos terminales están incluidos en el plan de salud AUGE(2), lo que asegura los plazos y garantías de atención a través del sistema de salud pública.

Sin embargo los servicios públicos de salud (hospitales, consultorios, policlínicos), no poseen las dependencias específicas para ejercer la especialidad y solo han adaptado sus espacios físicos disponibles deformando el verdadero sentido de esta rama de la medicina al no contar con el espacio físico que interprete la actividad desde el punto de vista **espacial y programático**.

1.2 Motivaciones personales

La inquietud por esta temática nace de una búsqueda por un tema distinto a las temáticas comunes y modas respecto a la arquitectura contemporánea, donde el avance de los materiales de construcción y las nuevas tecnologías permiten el desarrollo de objetos arquitectónicos ligados en su mayoría al transporte y otras actividades de carácter masivo de manera espectacular de gran tamaño y presencia urbana muchas veces distante de la realidad social chilena dejando empañadas carencias en otras áreas importantes para el desarrollo de un país como la salud ; que debe entenderse como un bien nacional, y con mayor importancia la **salud pública** que siempre estará por debajo de los estándares de la salud privada. Por otra parte la problemática derivada de una necesidad real, que necesita ser pensada y solucionada al corto plazo me parece un desafío abordable y con un trasfondo interesante y distinto.

En este caso el desafío va en interpretar una actividad reciente (tratamiento del dolor de pacientes con cáncer), poco explorada desde la arquitectura en nuestro país, buscándole una expresión espacial y un sentido a esta nueva especialidad, *“preparar y hacer mas llevadero el camino hacia una muerte anunciada”...*



Archivo digital

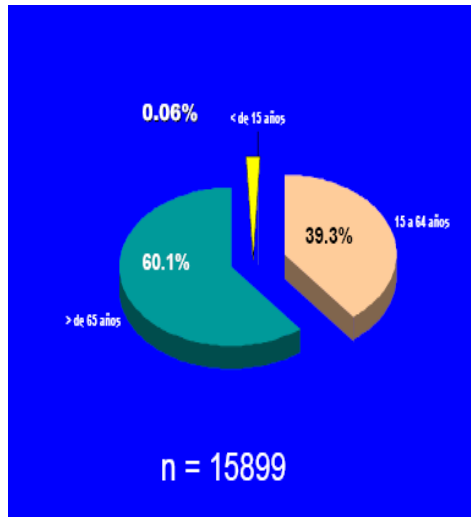
1.3 Justificación del Tema



El objetivo de la medicina paliativa es atender a los enfermos terminales en un contexto personalizado abarcando todas sus necesidades: paliando el dolor, la angustia y los síntomas provocados por la enfermedad; y **preparando, educando** y **asistiendo** a la familia del enfermo. Sus logros van más allá del bienestar físico, se busca que el paciente pueda hacer uso adecuado del tiempo, a partir del alivio del dolor y otros síntomas que le permita solucionar problemas pasados, disfrutar de las oportunidades presentes, establecer metas a corto plazo y diseñar planes hacia el futuro de su familia.

Para esto es necesario contar con espacios acordes a las necesidades de los pacientes terminales, donde el y su familia puedan ser tratados como una unidad haciéndolos participar de un proceso de formación y superación de La partida de un ser querido dignificando los últimos momentos de la vida del enfermo.

1.3 Justificación del Tema



4.DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE PERSONAS INGRESADAS
Programa Nacional de Alivio del Dolor Cáncer y Cuidados Paliativos CHILE 2005

En Chile el 54% de las personas con diagnóstico de cáncer requerirán de los cuidados paliativos.

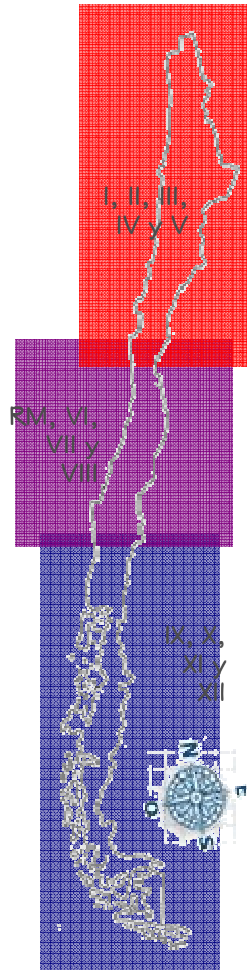
En el año 2006 se estima habrá 36.525 casos nuevos de cáncer.

29.219 enfermos (80%) requerirán de alivio del dolor en todas las etapas de la enfermedad.(3)

La mayor prevalencia se acumula en los adultos mayores de 65 años con 60.1%, el 39.3 % se ubica entre los 15 y los 64 años y el 0.06% son menores de 15 años.(4)

Es así como el programa nacional de **Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos** ha ido tomando cada vez más importancia dentro de nuestro país, entendiendo que los sistemas de salud y médicos no pueden abandonar a esta gran cantidad de enfermos, aun cuando ya no exista cura para ellos, y su deber es atender y cuidar de manera **integral**, a aquellas personas que por vejez o enfermedad se enfrentan a la etapa final de sus vidas.

1.3 Justificación del Tema

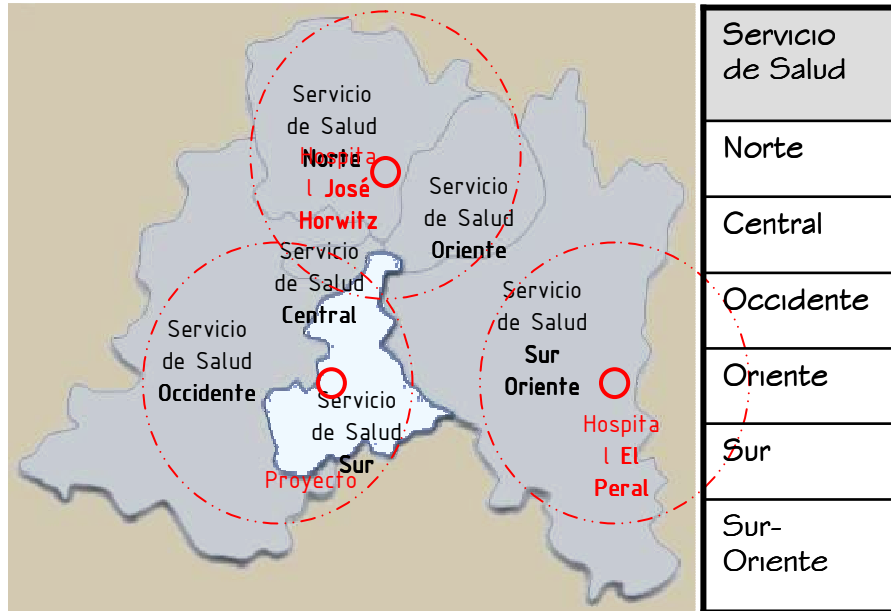


Esta nueva área de la medicina es parte de los servicios que componen la red asistencial de salud pública nacional .

La estructura Ministerial para disponer los planes nacionales de salud comprenden una división estratégica de los ingresos, las políticas, y las medidas que se adopten. Se determinó una subdivisión administrativa en tres áreas:

- I a la V región
- Región Metropolitana, VI a la VIII
- X a la XII región.

1.3 Justificación del Tema



Dentro de la Región Metropolitana se presenta una nueva sub división administrativa, con fines de optimizar recursos y esfuerzos en torno a al salud general de la población. Esta división cuenta con 6 departamentos administrativos organizados con alrededor de un millón de usuarios en la red publica cada uno.

Los servicios de salud Organizan su atencion en 3 niveles, según su grado de complejidad, su capacidad resolutive, su radio de accion o cobertura territorial y el volumen de prestaciones que puedan realizar(7)

1.3 Justificación del Tema

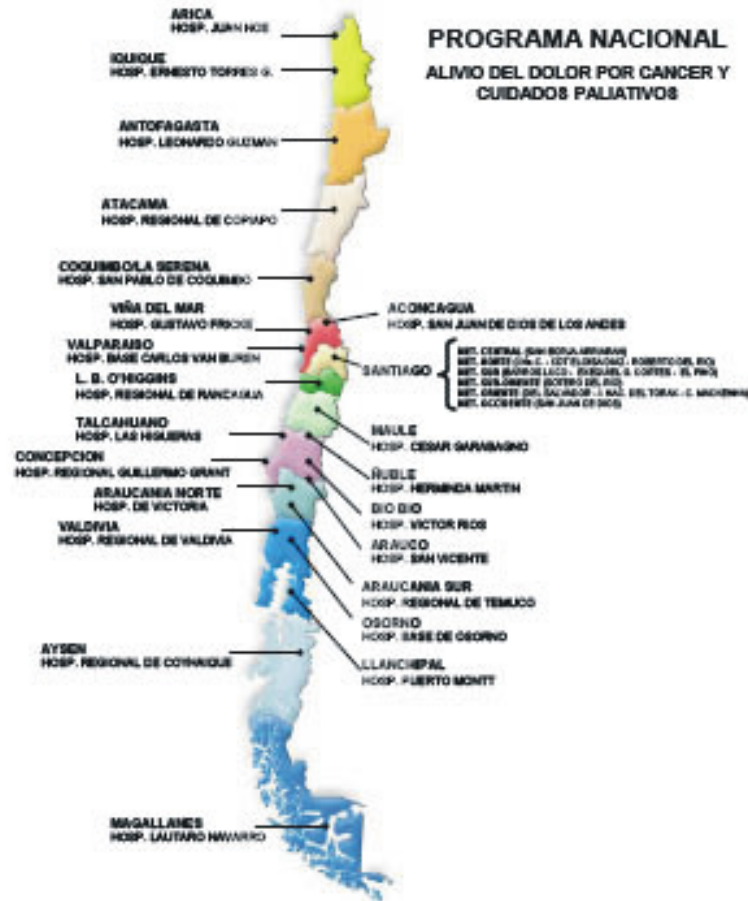
Nivel Primario	Mínima Complejidad Amplia cobertura Atención ambulatoria	Centros de Salud Familiar (ex consultorios) Consultorios y postas rurales
Nivel Secundario Consultas derivadas del nivel primario	Complejidad Intermedia Cobertura media y atención Ambulatoria	Centros de referencia de Salud Hospitales tipos 2-3
Nivel terciario Consultas derivadas del nivel secundario	Alta complejidad Atención abierta y /o cerrada	Hospitales tipo I y C.D.T Centros de Diagnostico Terapéuticos

7.Fuente: MINSAL; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

1.3 Justificación del Tema

Servicio Metropolitano de Salud	Hospitales que lo componen	Comunas que abarca
Central	Ministerio de salud Posta Central Hospital del Profesor Hospital San Borja Arriarán	Santiago
Norte	Hospital Psiquiátrico dr. José Horwitz Hospital José Joaquín Aguirre Instituto Medico Legal Hospital San José Hospital Roberto del Río	Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Colina, Lampa, Til-Til
Occidente	Hospital Felix Bulnes Hospital San Juan de Dios Hospital Traumatológico Hospital Curacaví Hospital San Jose de Melipilla Hospital de Talagante Hospital de Peñaflo	Quinta Normal, lo prado, Santiago, Cerro Navia, Renca, Pudahuel, Curacaví, Maria Pinto, Padre Hurtado, peñaflo, el Monte, Talagante, Isla de maipo, Melipilla, Alhue.
Sur Oriente	Hospital san José de Maipo Hospital Padre hurtado Hospital Dr. Sótero del Río	Puente Alta, La Florida, La Pintana, Pirque, La Granja, San Ramón
Oriente	Hospital El Salvador Hospital Luis Calvo Mackena Hospital Luis Tisné Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda Instituto Nacional del tórax Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente	Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea, Ñuñoa, macul, Peñalolen, La Reina
Sur	Complejo Barros Luco Hospital Exequiel gonzalez cortes Hospital san Luis de Buin Hospital Lucio Cordova Hospital Sanatorio El Peral Hospital El Pino Hospital San Bernardo	Buin, Paine, San Bernardo, La Cisterna, la Granja, San Miguel, San Joaquín, Lo Espejo, Pedro Aguirre Cerda

1.3 Justificación del Tema



Actualmente existen en Chile 41 unidades de Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos, presentes en los establecimientos de mayor complejidad ambulatoria (nivel secundario de atención) de la red asistencial de salud a lo largo del país.(8)

A éste nivel (atención secundaria) ocurre el ingreso de los enfermos con Cáncer avanzados derivados por los especialistas.

Hoy en día la unidad de Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos que presenta el mayor numero de consultas a nivel nacional y regional se encuentra en La Región Metropolitana en el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (9) perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur. En este complejo hospitalario se encuentra uno de los establecimiento de mayor complejidad ambulatoria del país, el Centro de Diagnostico Terapéutico CDT.

8. Distribución de las unidades de Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos a nivel nacional
Fuente: Programa Nacional de Alivio del Dolor Cáncer y Cuidados Paliativos CHILE 2005

1.3 Justificación del Tema



Este Complejo Asistencial Atiende a una población total de 1.043.013 habitantes, pertenecientes a las comunas del área sur de Santiago, y también a la mayoría de las regiones sur del país.

La unidad de Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos perteneciente al Complejo Asistencial Barros Luco atiende a 800 pacientes terminales anuales con 50 casos nuevos mensuales, todos mayores de 15 años con un tiempo promedio de sobrevivida de 6 meses.

Aun siendo la unidad de Cuidados Paliativos más importante del país es casi impensable imaginar que esta unidad no cumple con la mayoría de los requisitos enunciados por el Ministerio de Salud Para el correcto funcionamiento y atención de los usuarios del sistema de salud pública.

9. Plano de ubicación del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau, fuente (Archivo digital).

1.3 Justificación del Tema

La pauta que establece el Ministerio de Salud respecto de la composición de cada unidad de Alivios del Dolor y Cuidados Paliativos es la siguiente:

Cada unidad debe disponer de un equipo interdisciplinario capacitado:

Médico general, anestesista, internista, de medicina familiar, oncólogo médico, cirujano, radioterapeuta enfermera, químico farmacéutico, técnico paramédico de enfermería, psicólogo, asistente social, nutricionista, entre otros..Con capacidad para acoger, evaluar, tratar, acompañar y consolar al enfermo y su familia.

La participación de farmacia, es fundamental para garantizar disponibilidad de analgésicos e insumos prioritarios en la oportunidad necesaria a toda la red asistencial.

Cada unidad debe disponer de un área de consultas para la atención ambulatoria, y evaluación de pacientes, ejecución de procedimientos y también para la actividad educativa.

Tiene la capacidad para realizar hospitalización en forma intermitente, o prolongada de observación.

Dispone de equipamiento para asistir en situaciones de emergencia como síndrome de vena cava superior, compresión medular, sangramiento profuso, crisis de disnea y otros.

La habilitación de la sala de espera, servicios higiénicos y pasillos que faciliten el tránsito de personas con discapacidad, sea con bastones, sillas de ruedas o camillas. Los medios de comunicación como teléfono, fax, y pc, facilitan la coordinación intra y extra establecimiento. El traslado de los enfermos entre niveles de atención debe ser expedita e informada.

1.3 Justificación del Tema

En la realidad la pauta que señala el Ministerio de Salud para asegurar el correcto funcionamiento de las unidades de alivios del dolor y cuidados paliativos está muy lejos de cumplirse, ya que la unidad de Cuidados Paliativos del complejo Asistencial Barros Luco no cuenta con los espacios físicos necesarios para atender de manera correcta la demanda actual de pacientes, La unidad de Cuidados Paliativos del hospital Barros Luco cuenta solo con 2 boxes de atención, uno del médico a cargo y otro destinado a enfermería, debiendo compartir paramédico, lugar de hospitalización ambulatoria y farmacia con otras especialidades, además de salas de espera servicios higiénicos y otros servicios. Tampoco cuenta con dependencias para la hospitalización cerrada, asistente social, nutricionista, psicólogos, ni para la educación del persona, el paciente y los familiares sobre la enfermedad.

Pero lo mas preocupante es que ni siquiera posee un espacio propio, subutilizando el área destinada a la especialidad de Oncología. La situación ya se vuelve irreal al comprobar que la sala de espera de los enfermos terminales de cáncer y sus familias es compartida con la unidad de Psiquiatría infantil, dos realidades diametralmente opuestas lo cual genera una preocupación inmensa sobre la falta de atención a los requerimientos de el enfermo, no es posible imaginar como las sociedad y la medicina son capaces de ofrecer un servicio de atención y ayuda a un ser humano que esta en quizás la mas delicada situación en la que se puede estar en la vida de manera tan adversa improvisada y poco responsable.

1.3 Justificación del Tema

Es insensato pensar que la atención a un enfermo terminal de cáncer que además de sus dolencias físicas agoniza emocionalmente, se le pueda atender en la planta sótano de un edificio, un lugar bastante inhóspito y frío con espacios reducidos y faltos de luz natural y además hacerlo participe de experiencias tan desagradables para él como compartir la sala de espera con niños con problemas síquicos en donde el ruido provocado por gritos y el incesante movimiento impredecible de los mismos generan condiciones de estancia altamente contraproducentes a la tranquilidad que necesita un enfermo terminal de cáncer.

La problemática más allá de tener su raíz en la falta de espacios físicos, recursos y personal de atención, algo muy probable en los sistemas de salud públicos de países en vías de desarrollo radica en que el Enfermo Terminal de Cáncer no tiene un lugar en la sociedad, ni en los hospitales ni está presente en la arquitectura de nuestro país.

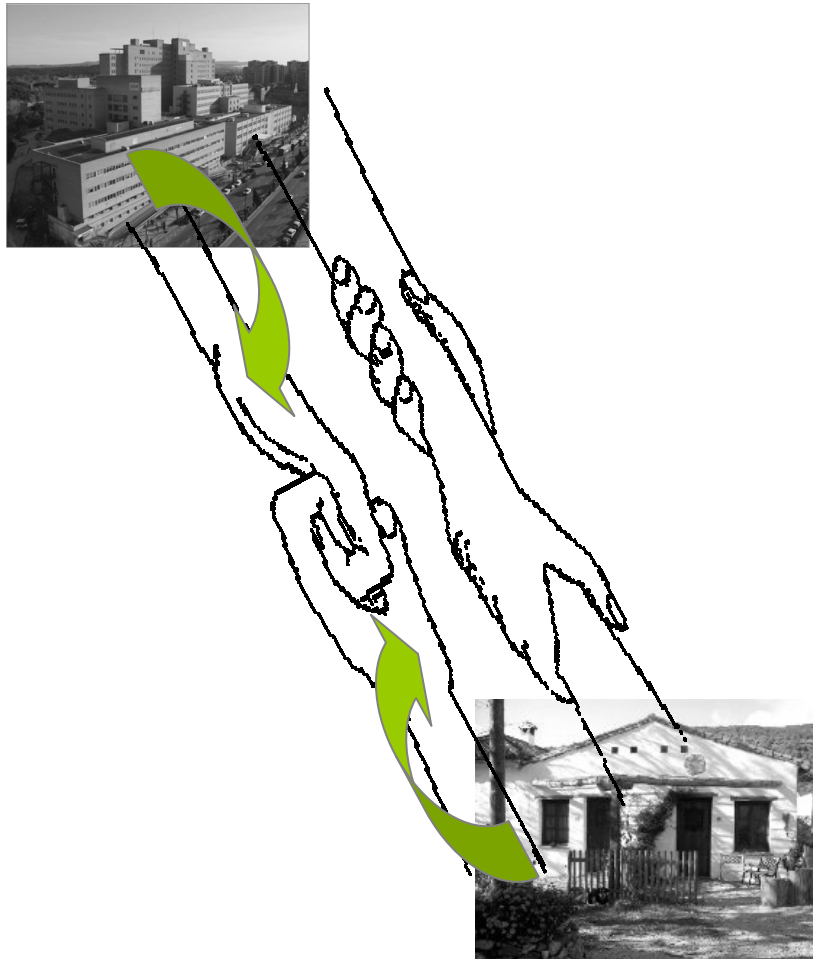
No se ha abordado su temática y se le ha enviado de vuelta a morir a su hogar quedando fuera de la ayuda médica que si está para todos los enfermos curables o bien prisionero de una cama de hospital alejado de su familia de su privacidad tratado de modo impersonal y muchas veces inmovilizado aunque físicamente no lo esté. Como futuro ejercedor de la profesión como arquitecto siento la necesidad de abordar esta problemática poco visible y explorada desde la arquitectura pero cada vez más común y creciente.

1.3 Justificación del Tema



Contrario de pensar un lugar para enfermos terminales de cáncer con la finalidad de aislarlos y marginarlos de la sociedad o señalarlos, la tarea esta en entender sus reales necesidades, un espacio en donde la **simbiosis** entre lo privado (hogar) y lo publico (hospital) le permitan al paciente relacionarse con sus familiares, con otros enfermos terminales, recibir el apoyo técnico que necesita de la medicina, el apoyo psicológico de los especialistas, compartir sus vivencias ,participar junto con su familia de un proceso educativo que le permita afrontar la hora de su partida de manera mas sana y digna en donde se sienta participe de su entorno y apoyado hasta sus últimos momentos siendo este lugar en la mayoría de los casos un lugar de trascendencia y partida donde pasar su momentos finales.

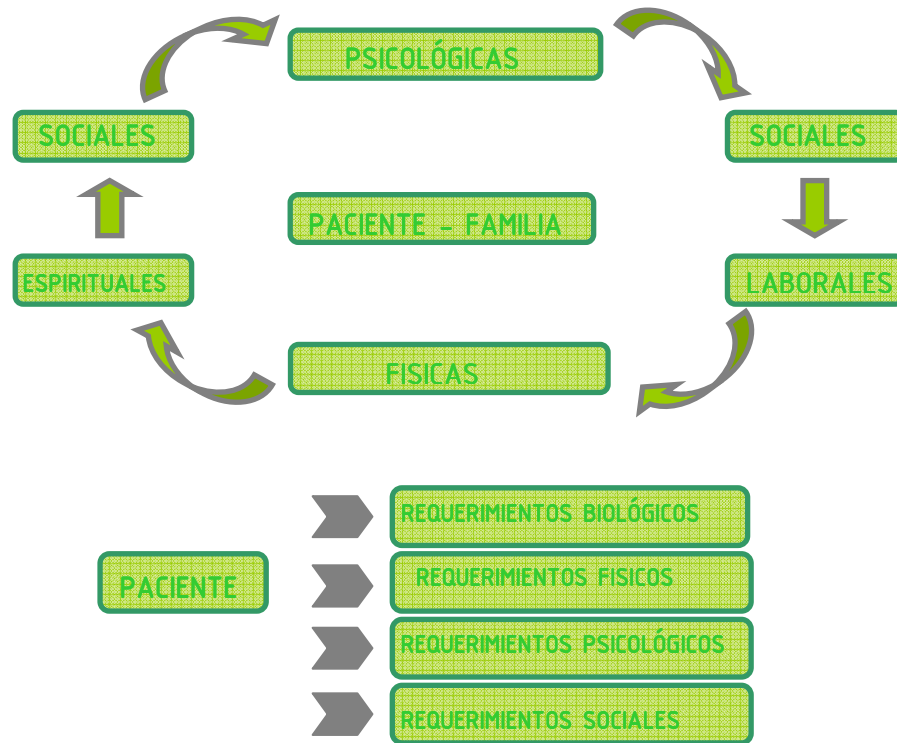
1.4 Propuesta General



El proyecto se define como un intermedio entre los polos hospital y casa, una **simbiosis** que sea capaz de brindar nuevas herramientas que le permitan al enfermo y la familia, conjugar los aspectos positivos de cada polo, asumir la partida de un ser querido de manera mas digna y mas sana viendo la muerte realmente como un proceso natural del ser humano.

Se busca la creación de un programa de espacios conexos que favorezcan la comunicación horizontal entre el paciente-familia, paciente-paciente y paciente -personal de salud dándole al usuario la posibilidad de libre interacción con el entorno, generando espacios que aporten a la privacidad y reflexión individual, la comunicación familiar, y la participación social de manera que el paciente se sienta protagonista activo del entorno en donde hace a otros participe de sus experiencias sintiéndose valorado hasta sus últimos momentos; un lugar apto para iniciar La despedida.

1.4 Propuesta General



Se plantea un hermetismo progresivo según las distintas instancias de atención al enfermo provocando filtros permeables que protejan pero no aislen aquellos recintos en donde se desarrolla la intimidad del paciente. Se busca un sistema horizontal de espacios que hagan posible el recorrido continuo y fluido desde y hacia cualquier parte del proyecto. La presencia de Elementos naturales ayuda a la separación de actividades de manera blanda y refresca los espacios interiores, su ubicación central refuerza la unión del programa al volcarse en el distintas actividades pertenecientes aun todo común. También la proyección de el núcleo natural al exterior genera una imagen positiva del proyecto El cual no busca destacarse ni aislarse de su entorno sino mas bien adecuarse con un apostura sencilla pero que transmite vida conviviendo con la imagen rígida y omnipotente de los clásicos edificios hospitalarios presentes dentro del complejo Asitencial Barros Luco

Ubicación del Complejo Asistencial Barros Luco



Gran avenida José Miguel Carrera

Avenida Santa Rosa

fuate(Digital Globe 2006).

Complejo Asistencial Barros Luco



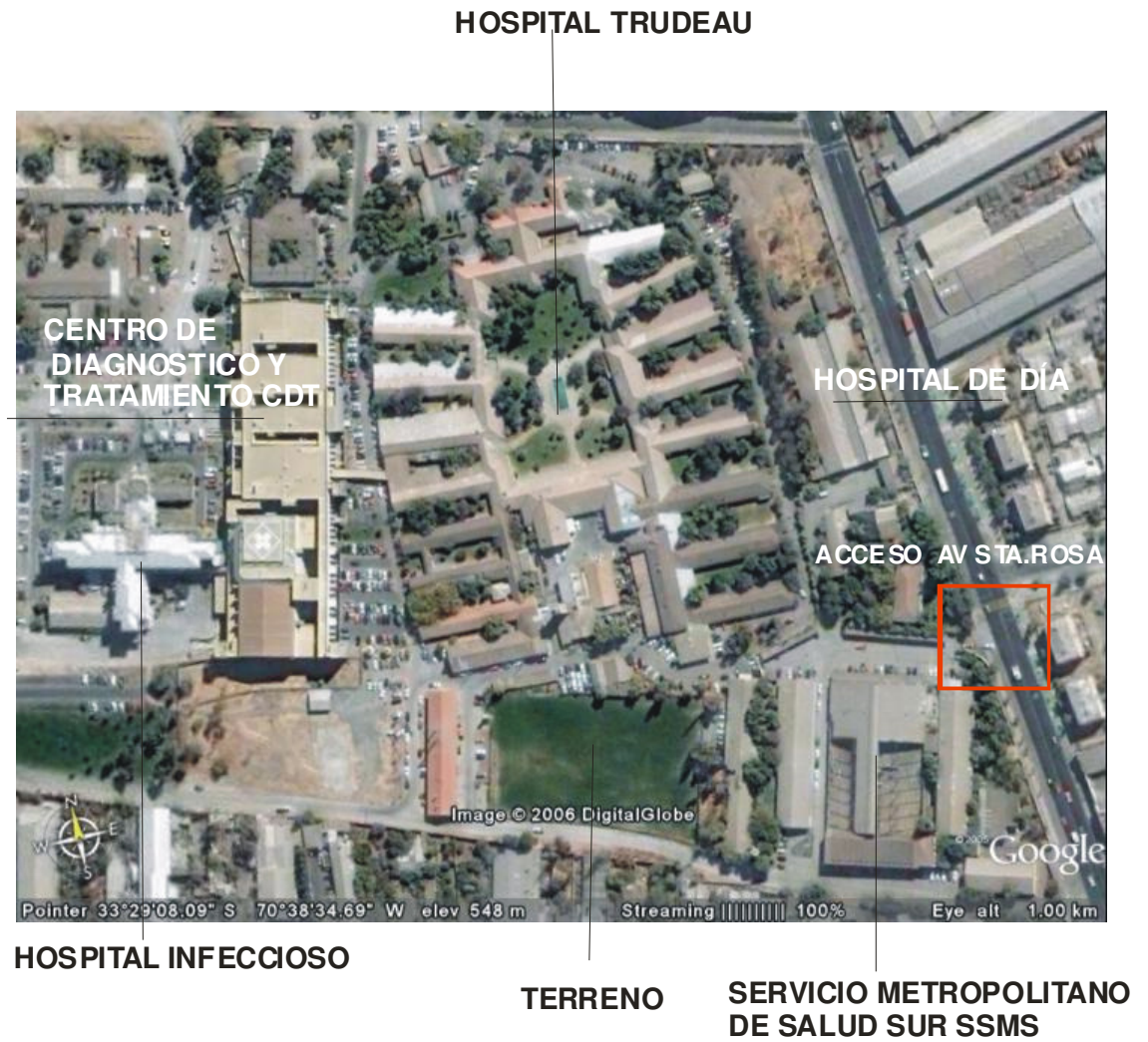
fuate(Digital Globe 2006).

Complejo Asistencial Barros Luco



fuate(Digital Globe 2006).

Complejo Asistencial Barros Luco



fuate(Digital Globe 2006).

1.5 Objetivos



-Crear un centro de atención integral para pacientes enfermos de cáncer declarados terminales, en donde puedan ser atendidas las necesidades físicas, psíquicas y espirituales de los pacientes y sus familiares mediante el tratamiento médico, psicológico y espiritual que satisfaga la demanda actual del Complejo Asistencial Barros Luco para la especialidad.

-Responder al programa de recintos recomendado por el Ministerio de Salud como requisito mínimo para asegurar el funcionamiento la unidad actual de Cuidados Paliativos existente en el complejo asistencial.

-Crear un centro de atención pionero del sistema público que atienda a usuarios de todo el país y que posea una real interpretación espacial del proceso que viven los enfermos terminales y su familia y no solo responder a mitigar el dolor desde el punto de vista médico.

-Aportar una solución arquitectónica funcional y especialmente una interpretación espacial al proceso que vive un enfermo terminal y su familia antes de su partida.



CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 La Muerte y el enfermo terminal



“La muerte es el acto más democrático de la existencia humana. Pero nos cuesta asumirla. La rodeamos con silencios, la ocultamos con engaños eludimos conversaciones complicadas con nuestros enfermos "porque podría asustarse" o incluso oímos o decimos en la puerta de su pieza frases tan absurdas como "que no entre el cura porque puede creer que se va a morir".

La muerte no es solo un hecho biológico. No lo es al menos para el hombre, que le ha querido buscar siempre un significado. La historia de la humanidad trata de la vida del ser humano, pero también de su postura ante la muerte.

A todos nos infunden temor la enfermedad y la muerte. Pero no hablamos acerca de ello. Ni con los demás ni con nosotros mismos eludiendo esta conversación, haciendo ver que la enfermedad y la muerte son algo muy distante casi irreal..

2.1 La Muerte y el enfermo terminal

Al miedo a la muerte se agrega hoy un estilo de vida que pone el placer como "la" meta de vida y que no quiere aguarlo con complicaciones como el dolor ni con esta realidad "tan absurda". Es así como se la ha desterrado de la vida cotidiana desplazándola a los hospitales y asilos; y en la gran mayoría de los países desarrollados el ochenta por ciento de las personas muere en estas instituciones. A esto se añade una medicina cada vez más deshumanizada en la que con frecuencia se separa radicalmente el momento de la asistencia del de la terapia.

la asistencia se ha delegado cada vez más a las profesiones paramédicas y tiende a aumentar la brecha entre terapia y asistencia. El médico, en el proceso que amenaza con convertirlo en un ingeniero del cuerpo humano, se concentra en una terapia que no nace de una acogida." Por esto una vez que el médico hace el diagnóstico y ya no hay posibilidades desde el punto de vista curativo, la familia y el enfermo suelen sentirse abandonados.

En Occidente, desde comienzos de siglo se comenzó a excluir la agonía y la muerte de la vida diaria y se la convirtió en un acto privado, reservado a los parientes más cercanos. Con el tiempo, el ingreso de los enfermos graves en los hospitales se convirtió en práctica corriente. Las personas ya no mueren rodeadas de sus seres queridos, sino aisladas y muchas veces conectadas a máquinas. Al mismo tiempo la muerte es más angustiada e incomprensible, porque falta la familiaridad tradicional con sus formas de manifestación.

2.1 La Muerte y el enfermo terminal

Aspectos psicológicos de la muerte y el morir

La vivencia de la muerte y el morir desde un punto de vista psicológico se relaciona estrechamente a dos dimensiones antropológicas que conforman el mundo interior de los individuos: los binomios existenciales básicos y las significaciones fundamentales que el hombre puede tener respecto a la muerte.

Tres binomios existenciales básicos:

A-Binomio existencial optimismo vs. pesimismo.

B-Binomio existencial comunidad vs. soledad.

C-Binomio existencial significación vs. absurdidad.

A-Binomio existencial optimismo vs. pesimismo.

La forma de experimentar este binomio, por parte de cada individuo, es decisiva a la hora de enfrentar el momento de la muerte.

Tal afrontamiento depende de la vivencia que él tenga de su propio cuerpo y de sus dolores tanto físicos como afectivo-emocionales. Hay personas que por su personalidad están predispuestas a enfocar las experiencias vitales desde el "padecer" sufrimiento, mientras que otras tienden a ver las cosas de la vida desde sus potencialidades positivas o de gozo. Esta estructura básica de la personalidad, cuyo origen puede ser muy variado, influye enormemente a la hora de asumir la frustración que implica la muerte cercana.



2.1 La Muerte y el enfermo terminal

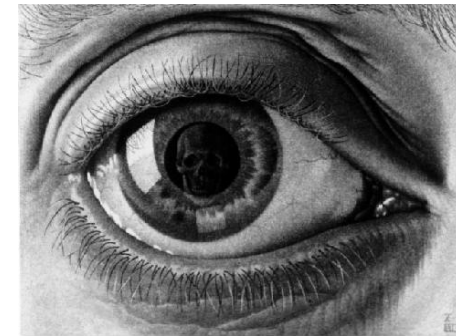
B-Binomio existencial comunidad vs. soledad.

Este binomio se refiere a la predisposición de los individuos a interactuar con los demás o, por el contrario, de aislarse de ellos. Hay personas que fácilmente comparten con los demás sus sentimientos y anhelos, gozos y dolores, mientras que otras, por el contrario, difícilmente se dejan ayudar en los aspectos más profundos de su vida.



C-Binomio existencial significación vs. absurdidad.

Este binomio se refiere a la relevancia que dan los individuos a lo cognitivo/metafísico, es decir, a disponer, o no, de una "concepción" ideológica coherente respecto a todo lo que existe. Las personas se dividen -de hecho- entre quienes tienden a interpretar los acontecimientos de la vida como parte de un "plan" existencial coherente y quienes tienden a vivir dichos acontecimientos "tal como vienen" sin buscarle ninguna significación particular. Esta predisposición actitudinal básica no depende de la fe religiosa que se tenga, aunque, a veces, pueda coincidir.



2.1 La Muerte y el enfermo terminal

Junto a los tres binomios existenciales básicos encontramos que los individuos suelen ubicarse cognitivamente en alguno de los cuatro significados tanáticos siguientes:

- **La muerte como una liberación trascendente.**

Esta interpretación se ubica ante la muerte como paso a la inmortalidad, reencarnación, recompensa, descanso, retribución o reactivación cósmica. Es el caso de la mayoría de los creyentes religiosos.

- **La muerte como autoexpresión.** Estos individuos la viven como acto de heroísmo y ratificación final de los valores morales o ideológicos; o como protesta y reclamo afectivo-ideológico. Es el caso de las muertes por causas políticas.

- **La muerte como necesidad inevitable e inexorable** del ciclo vital a la que se acepta con serenidad, teniendo como única expectativa la de continuar en el recuerdo de los seres queridos, etc. Es el caso de las muertes de algunos no creyentes en Dios.

- **La muerte como derrota.** El individuo la experimenta como aniquilación, calamidad, venganza del destino, expiación de la culpa. Es el caso de las muertes de algunos suicidas.

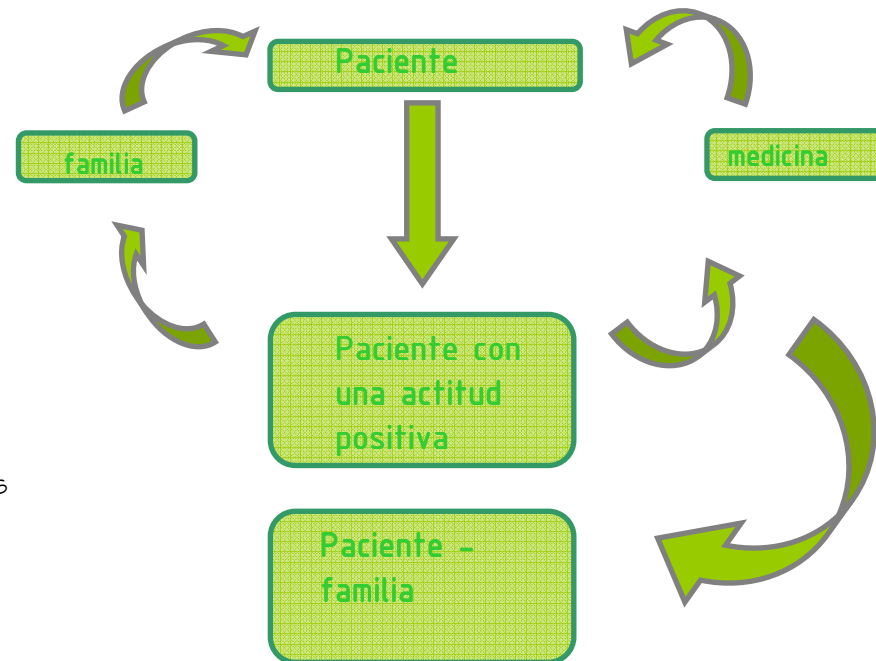


2.2 El enfermo terminal

La denominación de un enfermo con cáncer avanzado como **enfermo terminal**, en muchos casos acaba con sus ganas de vivir, lo margina del mundo cotidiano y muchas veces lo genera temores y actitudes extrañas en sus familiares, siendo que la persona es la misma y su única falta es saber que morirá, lo que deberíamos aprender a ver como una ventaja y no como un castigo de la vida.

Sin embargo su deterioro progresivo es una vivencia ineludible para él y su familia generando cambios en todos los aspectos de la vida cotidiana llevada anteriormente. Si este inminente partir de un ser querido no se toma con la planificación y dedicación adecuada, puede generar trastornos permanentes y un último recuerdo que se querrá olvidar por vida. Por lo tanto más allá de el requerimiento más básico del enfermo, que es morir con el menor dolor físico, hay otras necesidades a satisfacer. Tanto para él como su familia, que si son atendidos de manera correcta, serán la base de la superación de la muerte como algo aterrador y permitirá tener un recuerdo siempre vibrante del ser querido que ya no está.

Para ayudar al enfermo a enfrentar su anunciada partida no solo basta el apoyo médico, tampoco solo el apoyo de del núcleo familiar, es por eso que debe existir una **simbiosis** entre la medicina El enfermo y la familia.



2.2 El enfermo terminal

Se generan basicamente 3 tipos de relaciones:

Relación **paciente- familia**.

Relación **paciente-medicina**.

Relación **medicina-familia**.

La correcta comunicación de cada una de las relaciones, favorece a las otras , por lo tanto son Interdependientes.

La comunicación entre estos 3 actores debe darse en un espacio especial , distinto que conserve las cualidades positivas de los polos Hospital-casa entre los cuales se mueve el Paciente quien es el centro y nexo entre estos polos beneficiándose en parte de ambos.

Es primordial que el proyecto asegure mediante el programa la posibilidad de relacionar a los actores involucrados. Sin embargo la sola presencia de espacios que representen actividades de ambos polos (hospital-casa) no asegura la correcta comunicación, solo la manera de relacionar espacialmente los programas de ambos polos dara La imagen final y permitira la comunicación idónea que se busca .

2.2 El enfermo terminal

Si bien lo más natural para un enfermo es morir en casa rodeado de sus seres queridos, existen un número de factores psicológicos, sociales, económicos que afectan a enfermos y su familia optando por que el enfermo sea hospitalizado en algún centro asistencial y no este en casa, o no por lo menos la mayoría del tiempo.

Razones psicológicas

Muchas familias se declaran demasiado afectadas en su sensibilidad para soportar el ver como se va degradando corporalmente uno de los suyos y más aun, para tener ánimo de atenderle de la manera correcta.

Otras familias piden la hospitalización en último momento para no tener que vivir la experiencia de ver morir a un familiar en casa.

Razones sociológicas

La necesidad de una presencia permanente de alguien que cuide al enfermo en casa choca con la realidad de la estructura familiar moderna.

En los estratos económicos más bajos todos los miembros de una familia deben trabajar, cumpliendo horarios que no permitirían realizar una atención adecuada.

En parejas de adultos mayores será muy dificultoso que uno de los miembros pueda hacerse cargo de otro individuo enfermo.

2.2 El enfermo terminal

En casas con presencia de niños pequeños es difícil adecuar las necesidades de un enfermo.

Familia muy reducida o no tener familiares

Familiares viviendo en otras localidades o países

Razones económicas

No tener los recursos para pagar una enfermera que se haga cargo del enfermo las 24 hrs.

La hospitalización en el sistema público es gratuita.

Razones medicas

El no poder seguir un control riguroso de la evolución y los síntomas del paciente en casa por desconocimiento en la materia.

La rápida descompensación que pueda sufrir el enfermo, tanto en el día como de noche, en la semana o fin de semana teniendo que ser trasladado rápidamente a un servicio de urgencia donde deberá esperar por la atención.

2.2 El enfermo terminal

Habiendo nombrado las razones por las que muchos pacientes y sobre todo sus familias se vean en la necesidad que el enfermo muera en el hospital, este tal cual lo conocemos presenta graves carencias en cuanto al adecuado tratamiento del paciente terminal y sus familias, existiendo contraste total con el ambiente familiar e íntimo que pudiese existir en casa, generando un impacto negativo en la salud psicológica del paciente.

Factores negativos de la hospitalización

Perdida de privacidad del enfermo y su familia.

En enfermo es un número más en el hospital.

Tener que compartir habitación con otros enfermos no terminales.

El sentirse prisionero dentro del hospital.

La restricción en los horarios de visita.

La restricción del número y la edad de las visitas.

El trato impersonal de auxiliares y médicos.

El no contar con espacios naturales donde pasar el tiempo.

El no poder salir de la habitación.

El no poder compartir actividades con otros enfermos terminales ni con familiares.

“Debemos recordar que un enfermo terminal no siempre es una persona en un estado agónico, y que puede seguir realizando ciertas actividades que contribuyen a su bienestar psicológico y espiritual” .



CAPITULO 3: PROYECTO

3.1 El Proyecto

Que debe tener:

El proyecto debe permitir la permanencia del paciente y su familia tanto en día como en la noche

Permitir la adecuada labor médica en cuanto a supervisión, manejo y procedimientos que mejoren las dolencias físicas del enfermo Terminal

Debe facilitar espacios para compartir con otros enfermos

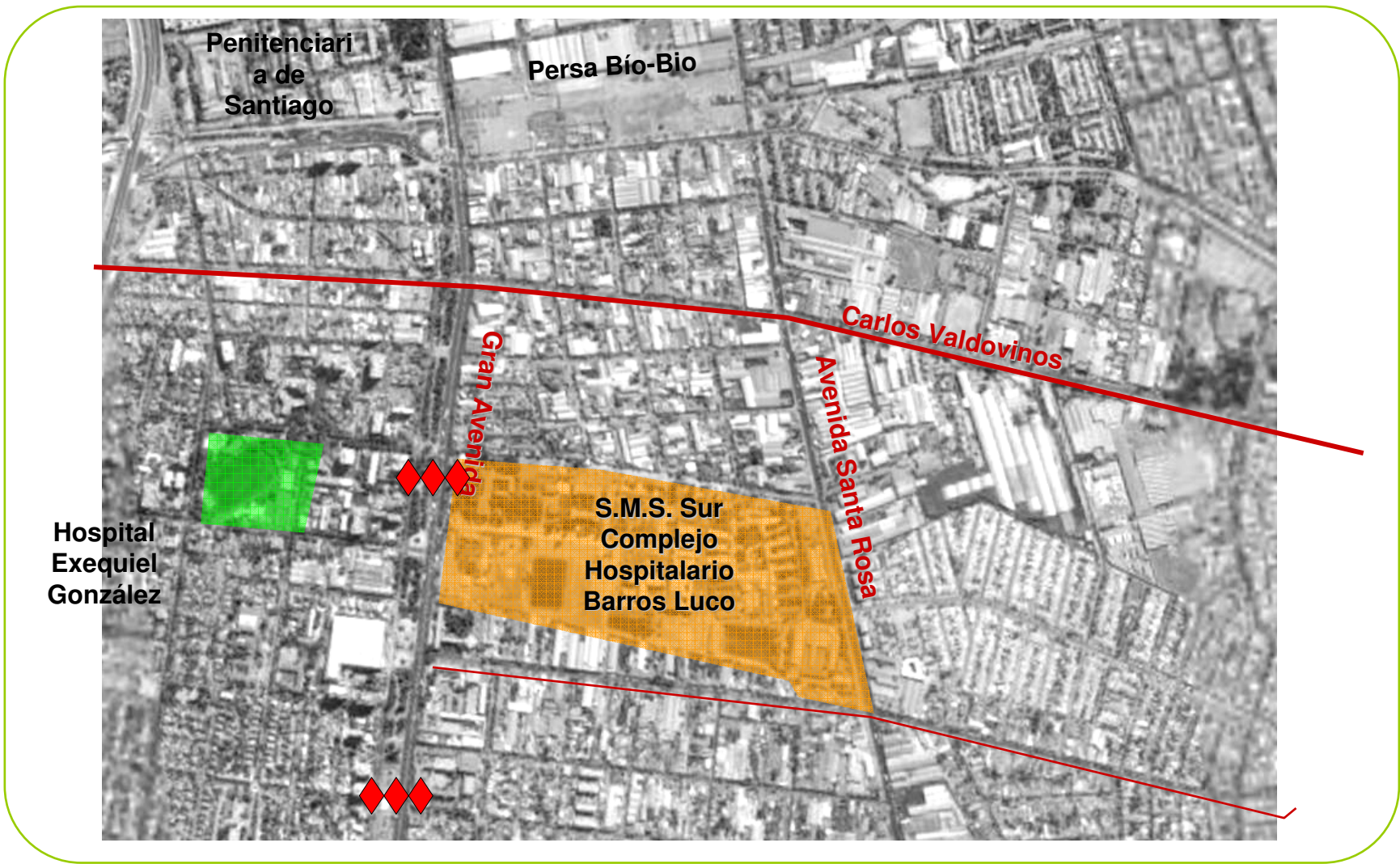
Permitir al paciente y su familia disfrutar del tiempo y desarrollar actividades fuera de las habitaciones

Contar con espacios naturales abiertos que favorezcan la movilidad y el confort perceptual del usuario

Contar con recintos destinados a la educación, información y orientación del personal de salud, los enfermos, sus familias, y el resto de la comunidad acerca de cuidados paliativos y el cáncer.

Combinar la atención de pacientes ambulatorios con aquellos que requieren hospitalización transitoria o por un tiempo prolongado

3.2 El contexto



3.2 El contexto



Complejo Hospitalario Barros Luco

El complejo está compuesto por el Hospital Barros Luco (Centro de Diagnóstico y Tratamiento), Hospital Enfermedades Infecciosas, El hospital Trudeau, y una serie de hospitales y postas menores. Cuenta además con la Facultad de Medicina Sur de la Universidad de Chile y departamentos de medicina de otras universidades que también prestan servicios también existe un Hospital de Día, para servicios de psiquiatría general..

El predio total del complejo queda determinado al oriente por Avenida Santa Rosa, al norte por la calle doctor Koch y la fachada norte de la facultad de medicina de la Universidad, al poniente por la Avenida José Miguel Carrera, y al sur por una serie de galpones que conforman la fachada a calle Alcalde Pedro Alarcón.

3.2 El Contexto



El complejo Asistencial Barros Iluco Trudeau es el centro de salud pública más complejo del área sur de Santiago, ya que maneja la mayor cantidad de especialidades médicas a tratar. Sus usuarios son toda la población del área sur incluidos Buin, y también las regiones sur del país.



3.2 El Contexto



Hospital de Infecciosos



U. De Chile



**Portal acceso al
Complejo**



Hospital Trudeau

3.2 El Contexto



Hospitales y postas menores



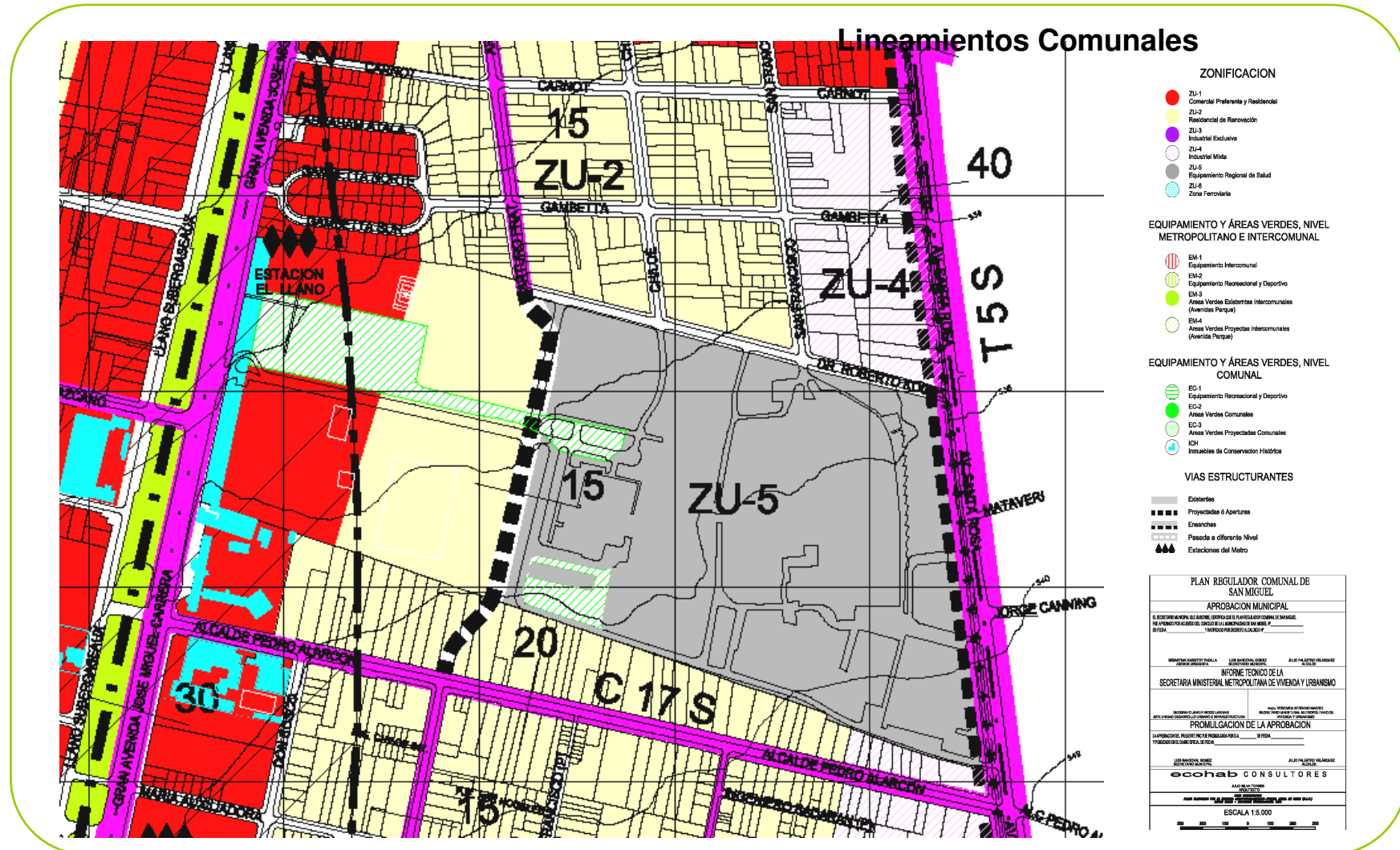
3.2 El Contexto



Estilos arquitectónicos

El complejo hospitalario posee variados estilos arquitectónicos producto de la consolidación por etapas que ha tenido desde sus inicios, resultando el total en una mezcla de estilos, entre ellos el neoclásico, el racionalista y el contemporáneo o posmodernista.

3.3 Analisis del contexto



3.3 Analisis del contexto

El complejo Hospitalario esta situado en un sector de carácter residencial , que combina con algunas actividades comerciales y productivas menores , dicho sector se encuentra en un proceso de renovacion .la presecencia de la linea 2 del metro y su ubicación proximo aa i mportantes avenidas expresas y troncales Asegura una rapida accesibilidad atraves de los distintos medios de transporte desde cualquier punto de la ciudad.

Según el plan regulador de san Miguel , el complejo pertenece ala zona ZU-5 Zona de equipamiento regional de salud, la cual permite la factibilidad del proyecto al interior del complejo.

Por otra parte el complejo asistencial en su mayoria esta rodeado por una zona residencial de renovacion ZU-2 que por el Momento no contempla vivienda en altura en los inmuebles medianeros al recinto hospitalario.

3.3 Analisis del contexto

El complejo Hospitalario se ha ido elaborando a través del tiempo(1), por lo tanto existió un constante acomodo a lo ya existente, existiendo un eclecticismo tanto formal , como espacial, sin embargo se pueden extraer patrones que han sido recurrentes en todos los casos pero que tienen que ver con la manera de emplazarse mas que con un diseño arquitectónico.

Es así como se pueden extraer patrones principales;

- 1_ todas las edificaciones son aisladas
- 2_ las circulaciones son perimetrales y rodean todos los edificios
Existentes
3. Hay una clara intencion de Arborizar todos los espacios libres
Entre los distintos edificios .

1 .Ver anexo Historia del Hospital Barros Luco Trudeau

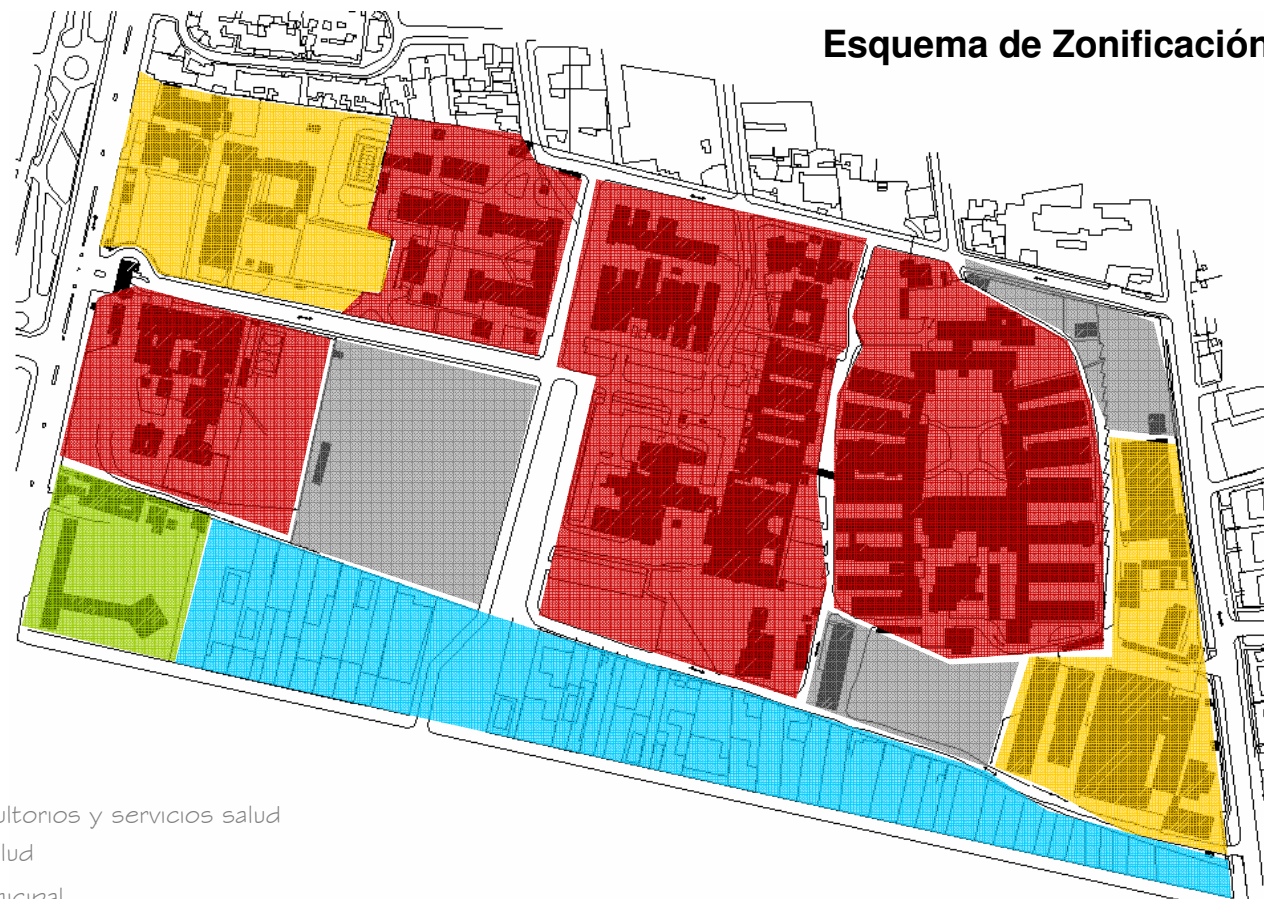
3.3 Analisis del contexto






Esquema de Circulaciones.



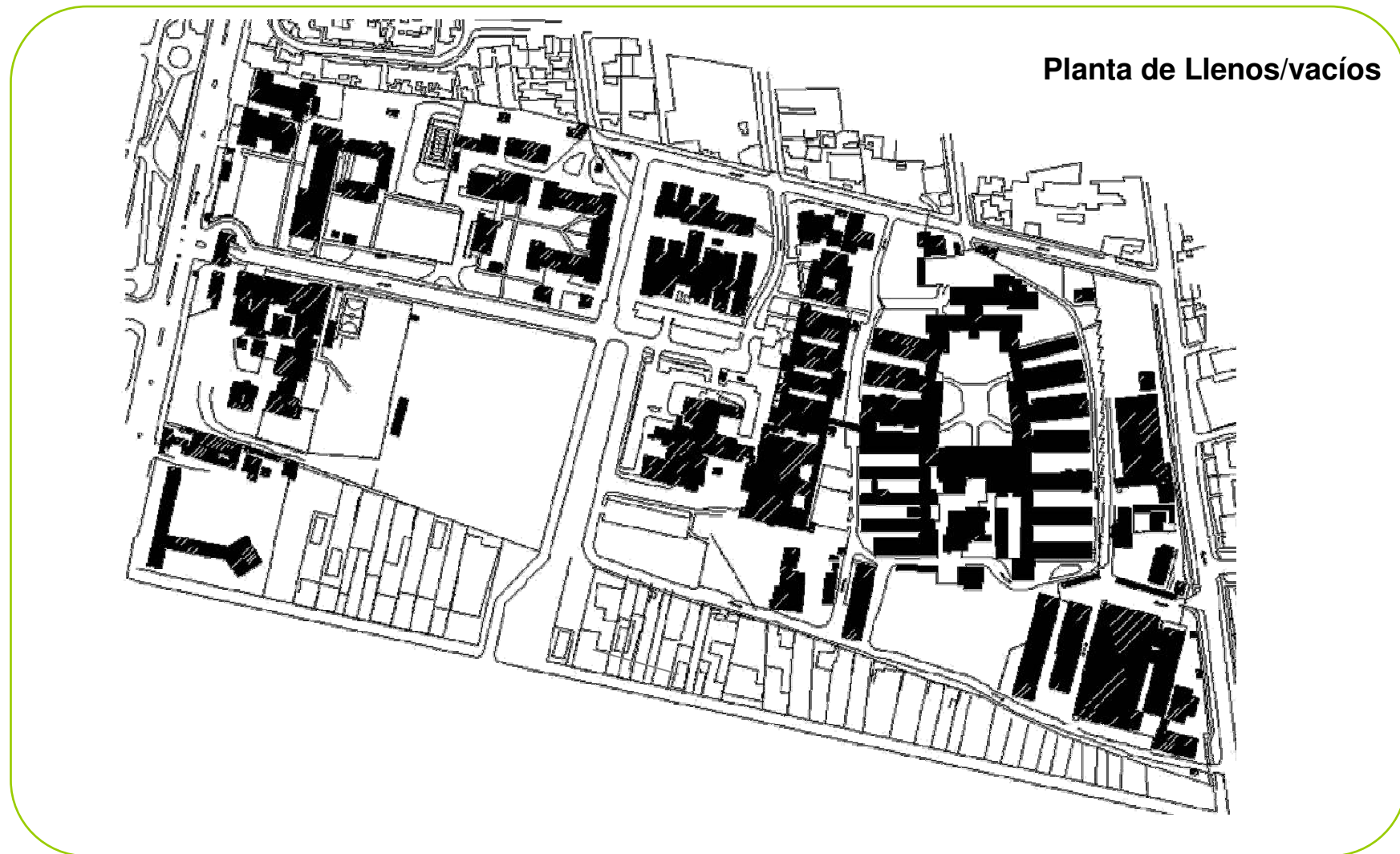
3.3 Analisis del contexto

Esquema de Zonificación



-  Hospitales, consultorios y servicios salud
-  Administración salud
-  Equipamiento Municipal
-  Zona residencial mixta
-  Terrenos sin construir

3.3 Analisis del contexto



3.3 Analisis del contexto



3.4 Criterios de Emplazamiento

CRITERIOS DE EMPLAZAMIENTO

Dado que la unidad de AD y CP debe funcionar de manera coordinada con otras actividades relacionadas con la medicina, esta deberá ubicarse preferentemente al interior un conjunto hospitalario, sin embargo al ser una instancia posterior al diagnóstico final y tratamientos efectuados por la unidad de oncología, deberá ubicarse físicamente independiente de esta última a una distancia que permita al paciente ser trasladado en un corto tiempo.

La conveniencia de pertenecer a un complejo hospitalario no solo genera ahorros en traslado; las ventajas son múltiples ya que se prescinde de equipos de alta tecnología para los exámenes que pueda requerir el enfermo durante su estadía, es más fácil la derivación de un paciente desde cualquier especialidad médica hacia el centro de atención paliativa, e incluso la presencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile hace factible la ayuda voluntaria de los internistas y su capacitación de manera más directa.

También por un tema de imagen es más confiable para el enfermo y su familia que el centro de atención paliativa pertenezca a una entidad mayor, en este caso el complejo hospitalario Barros Luco.

Es conveniente que el centro cuente con una buena accesibilidad dentro del recinto hospitalario ya que el enfermo viene muchas veces a consulta desde su hogar junto a sus familiares teniendo que desplazarse desde su casa hasta el recinto a veces por un corto periodo de tiempo (tiempo que dura la consulta) por lo que deberá situarse

3.4 Criterios de Emplazamiento

Se elige el emplazamiento ubicado en la parte sur oriente del hospital enfrentado al hospital Trudeau, por las siguientes razones:

- a.- Ser un lugar alejado del área de mayor circulación de personas y vehículos al interior del conjunto, cumpliendo con las necesidades ambientales de privacidad y tranquilidad y silencio.
- b.- por ser un terreno aislado sin presencia de otras construcciones.
- c.- por ser un terreno acotado adecuado para el proyecto
- d.- por situarse próximo al acceso oriente al hospital por Avenida Santa Rosa.



3.5 Factibilidad del Proyecto

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

Los proyectos de inversión del área Salud son financiados por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública el cual dispone del “Fondo Nacional de Desarrollo Regional” para su desarrollo.

Dado las características del proyecto también se buscara financiamiento en entidades privadas a través de Fundaciones ligadas al Hospital Barros Luco y fundaciones contra el cáncer con la idea de que el fisco a través del servicio metropolitano de salud sur **ssms** donde el terreno para la construcción del centro.

El financiamiento se refiere a los costos de Inversión que consisten en:

Terreno, Construcción y Equipamiento.

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

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

Aportes también del Ministerio de Salud que implementa programas de atención integral para el paciente y su familia en patologías señaladas por el Plan Auge fuera del recinto hospitalario.
Ayuda de Corporaciones y Fundaciones de Beneficencia nacionales e internacionales dedicados a la lucha contra el cáncer y los cuidados paliativos
pidiendo aportes de dinero de entidades privadas además de la ayuda del voluntariado de las redes sociales ligadas al Hospital.

3.5 Factibilidad del Proyecto

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

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

También médicos, auxiliares, enfermeros, profesionales y alumnos destinarán horas de servicio público no remuneradas para colaborar con el funcionamiento del centro a través del canje de horas trabajadas para acceder a cursos o becas de especialidades relacionadas con el cáncer y los cuidados paliativos.

3.6 El terreno



El terreno elegido enfrenta:

1. Una construcción destinada a maquinaria (Poniente)

2. Viviendas de 2 pisos de altura y algunos galpones abandonados (Sur)

3. Edificio abandonado (Oriente)

4. Área destinada a la carga y des carga de materiales e insumos del Hospital Trudeau (Norte)

3.6 El terreno



Vista hacia el sur oriente



Vista hacia el sur poniente

3.6 El terreno



Vista hacia el oriente



Vista hacia el poniente por calle perimetral del complejo

El terreno Pertenece a la sociedad Barros Luco la que En conjunto con el Servicio Metropolitano de Salud Sur conforman el complejo Aasistencial. Actualmente el terreno se encuentra en desuso y no hay todavia proyectos concretos que puedan aprovecharlo, su uso esporadico es como cancha de futbol, la que se suma ala ya existente en la parte poniente del complejo cerca del acceso por Gran Avenida.

3.7 Hospital Trudeau



El Hospital Trudeau (1), inicialmente diseñado para atender a enfermos de tuberculosis, es la relación más cercana que tendrá el proyecto con otro edificio asistencial en uso.

Su planta consta de pabellones distanciados entre sí por áreas verdes unidos en uno de sus extremos por una circulación central que los une en torno a un gran patio central, todo en un solo piso. Esta configuración espacial es un referente importante del cual extraer elementos de diseño que aporten a la conformación del proyecto y que a su vez lo hagan participar y relacionarse con el entorno inmediato haciéndolo parte de un todo.

3.7 Hospital Trudeau



Vista del patio entre pabellones



Vista acceso principal



Vista de fachadas menores ciegas



Vista calle posterior

3.8 Definición del usuario

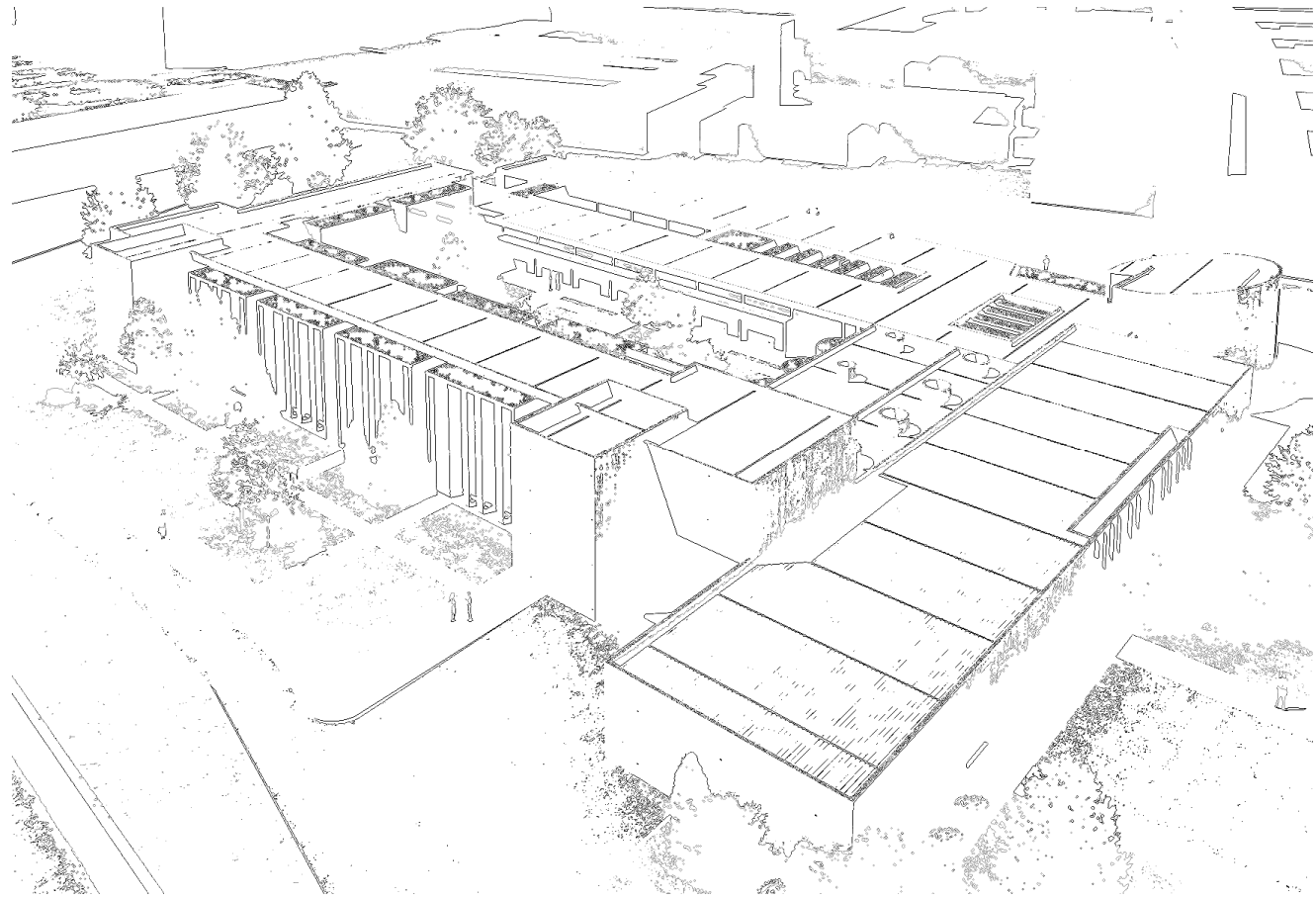
El usuario principal del programa propuesto es el enfermo terminal, pero en su condición de residente de un centro hospitalario de esta característica podemos encontrar diversas variantes para definir al tipo de usuario, clasificados a continuación en tres grupos:

1. Pacientes de cáncer declarados terminales, los cuales pueden ser autovalentes o presentar una incapacidad física para desplazarse. Este tipo de usuario representa el núcleo y razón de ser del proyecto y es de acuerdo a este tipo de usuario que se despliegan los diferentes programas y se desarrollan las diversas actividades inherentes a el recinto hospitalario.

2. Familiares de los pacientes quienes lo acompañan en sus controles periódicos a la vez que participan de un proceso educativo referido a charlas y talleres orientados a sobrellevar la adversidad de la enfermedad.

Este tipo de usuario corresponde a una importante porción de la población flotante del recinto hospitalario, que se moviliza constantemente y para los cuales es necesario implementar espacios acordes a su condición.

3. personal médico profesional y técnicos a cargo del centro, estos usuarios pasan la mayor parte del tiempo al interior del centro prestando atención a los pacientes y su familia, y que también participan de un proceso de formación al interior del centro.



CAPITULO 4: DESARROLLO DEL PROYECTO

4.1 El programa

El programa de recintos propuestos, fue elaborado basándose en la pauta de recintos recomendados por el Ministerio de Salud. El estudio de las condiciones actuales de la Unidad de Cuidados Paliativos existente, de las entrevistas realizadas al personal médico, paramédico, auxiliar y a los propios pacientes y sus familias y profesionales a cargo del servicio de Salud Metro politano Sur.

Se divide el centro en 4 áreas programáticas

A-ÁREA DE CONSULTAS AMBULATORIAS E INGRESOS:

Consiste en el nivel 1 y 2 de atención del sistema de salud, la atención ambulatoria comprende consultas periódicas, controles mensuales y evaluación de pacientes para ingresarlos en forma transitoria (por control de síntomas específicos) o de forma permanente (hospitalización cerrada).

B-ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:

Consiste en la permanencia del paciente al interior del centro por más de 24 hrs. Combinando la estancia de pacientes esporádicos con pacientes que se quedan de manera definitiva. El centro contará con habitaciones individuales con sillón cama para acoger a un familiar, y con una habitación común de cuidados intensivos para pacientes críticos.

C - ÁREA DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO:

Comprende dos zonas al interior del centro, una de carácter público con un auditorio y dos salas de capacitación para el entrenamiento de personal y seminarios o charlas sobre temas relacionados con la enfermedad.

La segunda zona de carácter mas reservado es la sala taller de los enfermos, en la cual se imparten y posibilita el desarrollo de actividades artísticas, pintura música artesanía etc., como también puede ser usada para charlas de enfermos y familia como los "talleres de duelo".

D- ÁREA DE SERVICIOS:

Comprende los servicios de apoyo a las actividades del centro.

4.1 El programa

Área de acceso	m2
1-HALL	90
2- CAPILLA	60
3- SS. HH HOMBRES	12
4- SS. HH MUJERES	12
5- FARMACIA	45
Área administrativa	
1- RECEPCION	15
2- OF. JEFE ADMINISTRATIVO	15
3- AREA DESCANSO MEDICO	30
4- OF. MEDICO JEFE	15
5- SALA REUNIONES	30
6- ARCHIVO	15
7-ECONOMATO	20
8-SS. HH HOMBRES	6.5
9-SS. HH MUJERES	6.5
Área de consultas pacientes:	
1-RECEPCION	16
2-SALA DE ESPERA	40
3-SS. HH HOMBRES	6.5
4-SS.HH MUJERES	6.5
5-OF. ASISTENTE SOCIAL	12
6-OF.NUTRICIONISTA	12
7-OF.PSICOLOGO	12
8-BOX MEDICO	15
9-BOX MEDICO	15
10-BOX MEDICO	15
11-BOX ENFERMERA/PARAMEDICO	15
12-BOX PROCEDIMIENTOS	15
13-SALA OBSERVACION/CAMILLAS	15

4.1 El programa

Área de educación y desarrollo	m2
1-SALA DE CLASES	30
2-SALA DE CLASES	30
3-TALLER	28
3-SALA REUNION FAMILIA/MEDICOS	25
Área de recreación	
1-ESTAR FAMILAR	150
2-CASINO	150
Área de hospitalización	
1-CONTROL ENFERMERAS	30
9-HAB. PACIENTS (24)	16
3-BODEGA INSUMOS	10
4-PREPARACION MEDICAMENTOS	5
5-ASEO	5
6-HAB. MEDICO RESIDENTE	12
7-HAB. ENFERMERA RESIDENTE	12
8-ESTAR MEDICO/ENFERMERAS	15
Área servicios	
1-COCINA	130
2-LAVANDERIA	20
3-ESTERILIZACION	25
4-CAMARINES HOMBRES	20
5-CAMARINES MUJERES	20
7-SALA TECNICA	50
8-BODEGA	30
SUB TOTAL	15

4.1 El programa

CIRCULACIONES 20%

ESTRUCTURA 10%

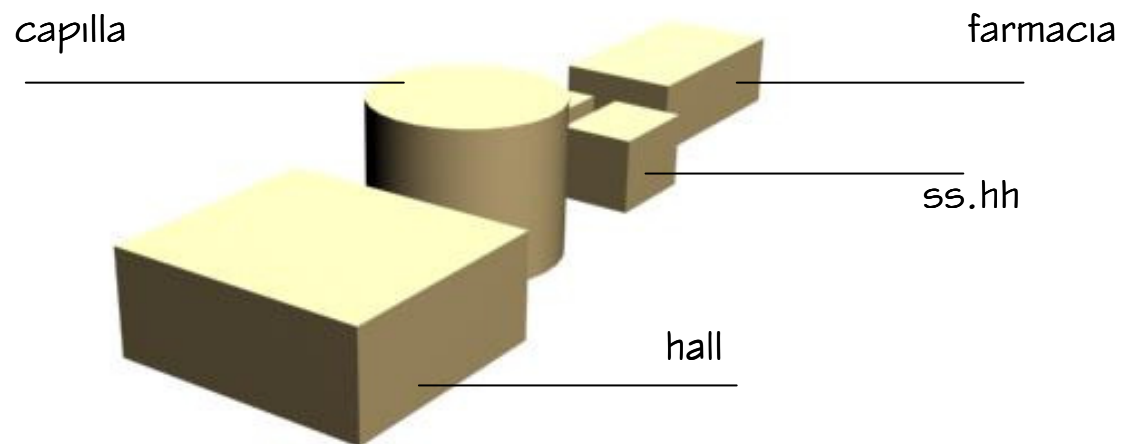
AREA VERDE INTERIOR

700

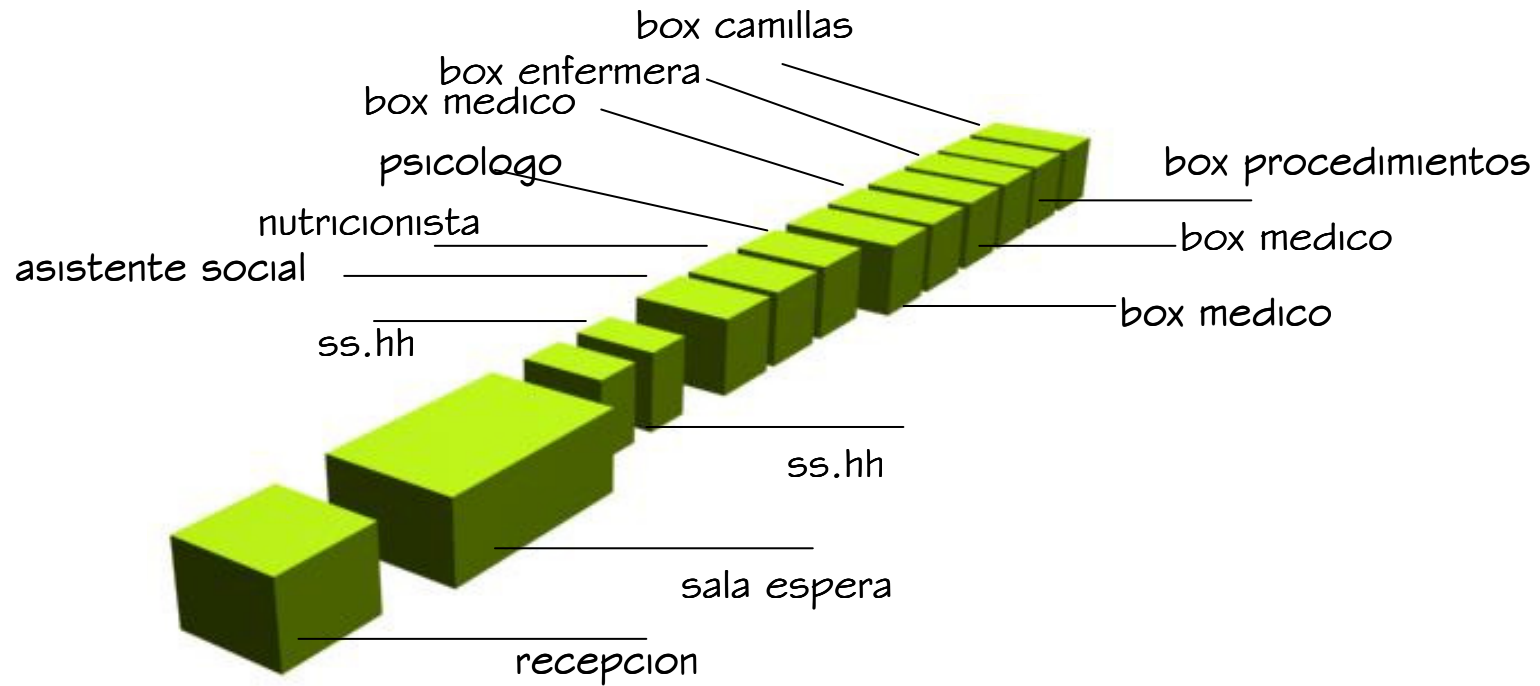
TOTAL

3020

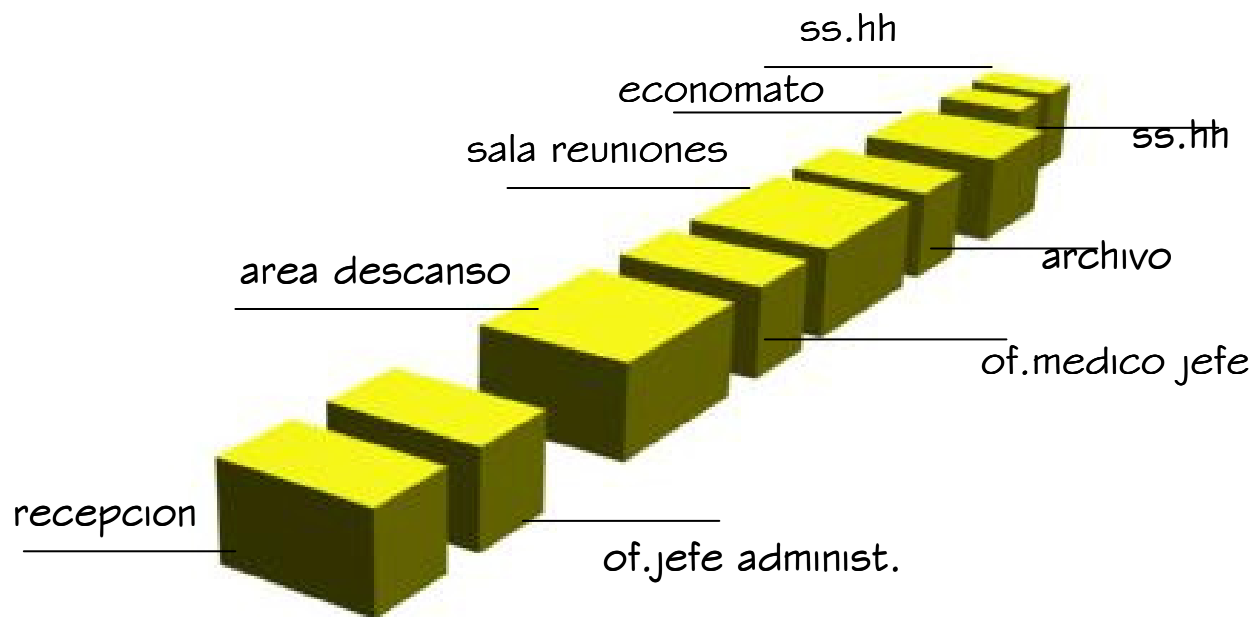
Área de acceso



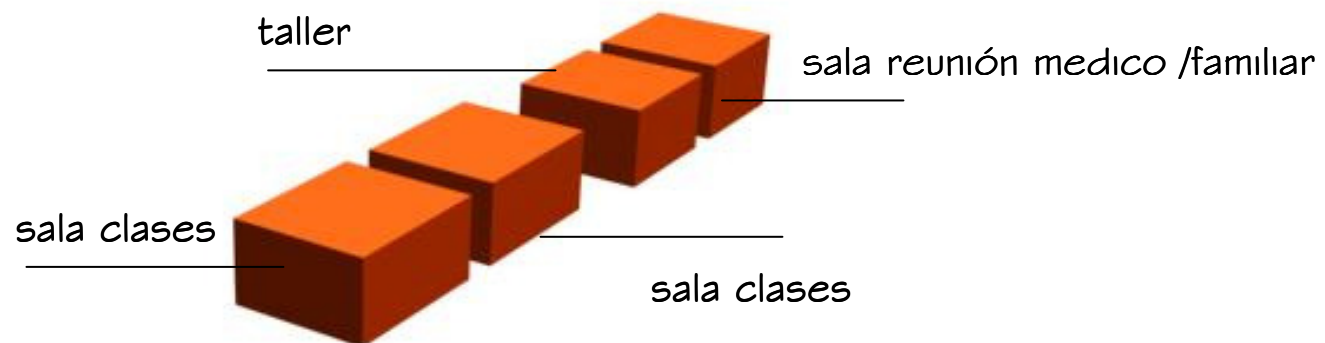
Área de consultas pacientes



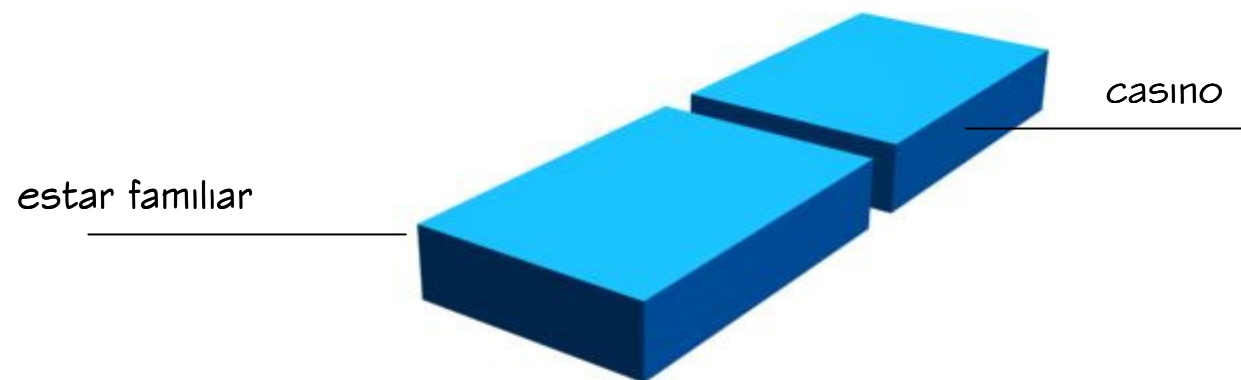
Área administrativa



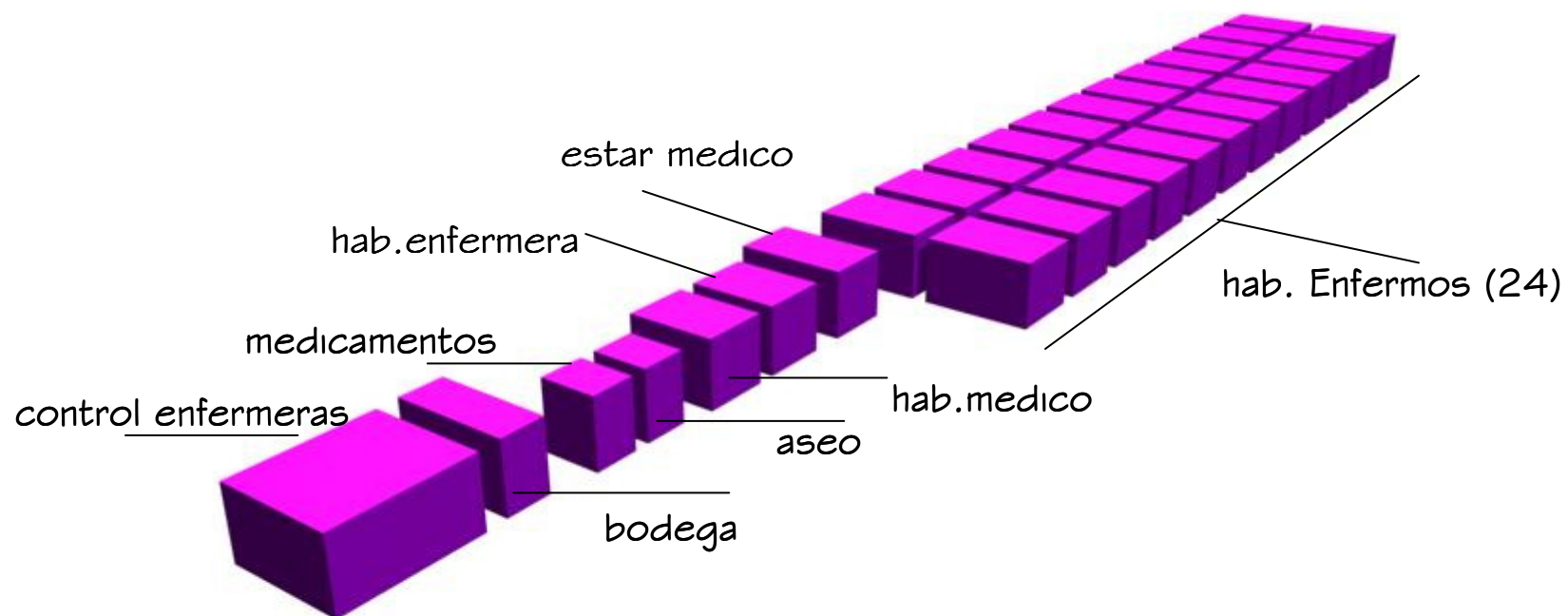
Área de educación y desarrollo



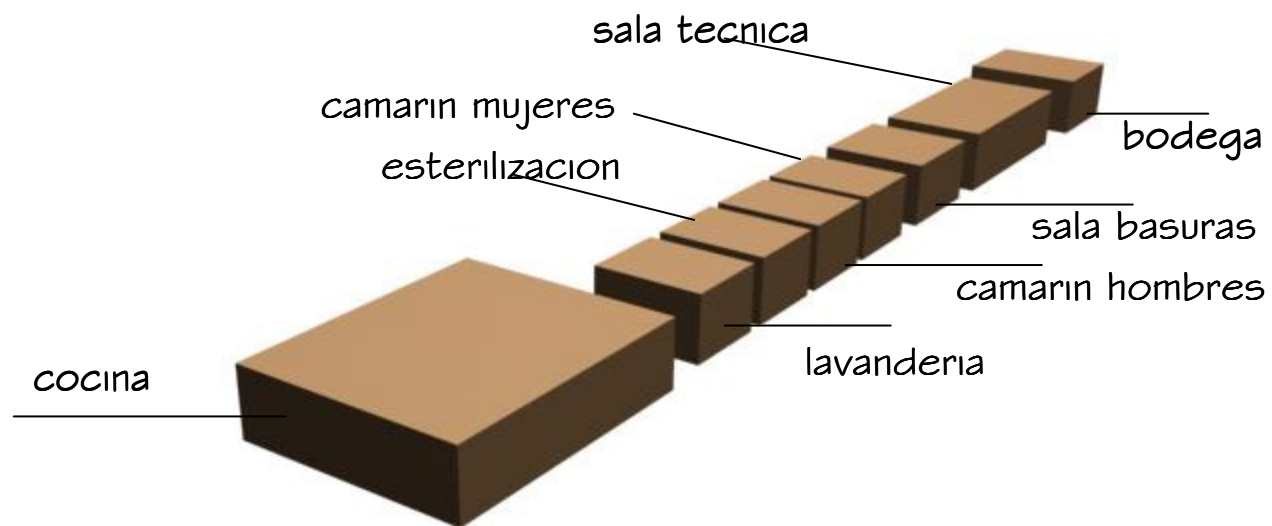
Área de recreación



Área de hospitalización



Área de servicios



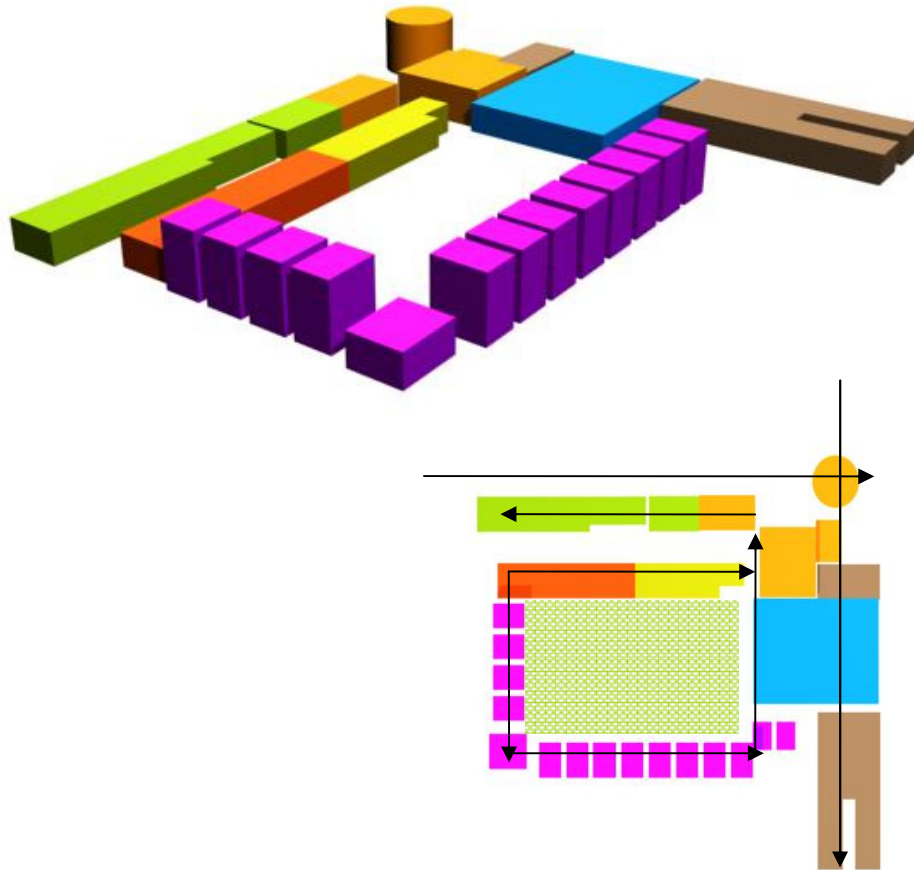
4.3 Prermisas de diseño



Los patrones de diseño utilizados responden Por un lado a la configuración espacial del Complejo Asistencial Barros Luco del se extraen patrones generales tales como la edificación aislada, la configuración de recorridos perimetrales a los edificios, y el uso de la vegetación como conformador de especialidades cercanas e interiores a cada edificio presente en el complejo, de manera que se toma el complejo asistencial como un micro urbanismo con el cual se debe armonizar buscando la pertenencia de proyecto a un todo.

Por otra parte se toman referencias espaciales del Hospital Trudeau que es el contexto mas cercano al proyecto como alturas, proporción del volúmenes y el uso preponderante de espacios abiertos naturales que aportan a los requerimientos espaciales de la temática del proyecto.

4.4 Partido general

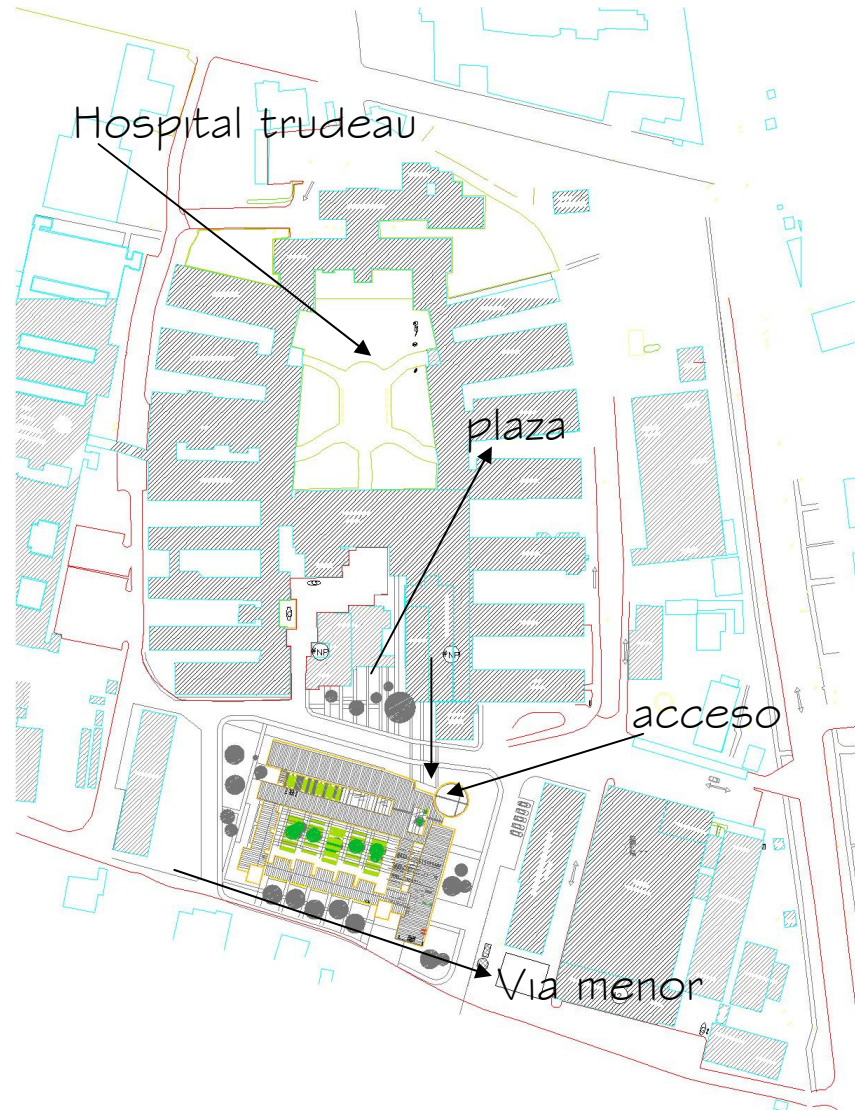


El partido general se basa en la conformación de volúmenes rectangulares (tipo pabellones) ordenados en torno a un patio central, el cual es el nexo de las actividades más importantes que se desarrollan al interior del proyecto.

El orden horizontal del proyecto genera una circulación interior continua que favorece la participación de todos los usuarios a un mismo nivel evitando el aislamiento y segmentación de actividades por piso como se lograría al tener un esquema vertical. Los volúmenes más duros como el área de consultas ambulatorias y los servicios Cobijan el interior blando del proyecto ya alejándolo de las circulaciones exteriores más con flujos más altos.

El área de dormitorios se vuelca al patio central. Para dar al enfermo la privacidad necesaria a través de este filtro permeable y le permite una participación física y visual directa ya que muchos de los enfermos permanecen gran parte del día al interior de las habitaciones por lo cual necesitan una distracción y un entorno visual de respiro y pausa además que actúe positivamente en la condición de salud del enfermo a su vez le permite observar el movimiento y recorrido de los demás usuarios evitando perceptualmente la aislamiento.

4.4 Partido general



El proyecto se enfrenta a la parte trasera del Hospital trudeau interviniendo el área existente entre ambos renovando la mediante una plaza publica. vinculando ambos recintos.

El acceso recoge el flujo de usuarios que vienen desde la entrada al recinto por Avenida Santa rosa y tb. a los que vienen del interior del hospital Trudea el cual posee una salida en su Parte posterior que se vincula ala nueva plaza y Al acceso del proyecto fomentando el transito entre recintos.

La orientación del proyecto responde a los lineamientos del terreno y las vías que lo circundan. Al interior se privilegia la ubicación de Las habitaciones orientándolas al nor poniente ya que la luz es requisito fundamental para los pacientes .el volumen de consultas ambulatorias Se enfrenta paralelo ala calle sirviendo de filtro Al los volúmenes que lo siguen aprovechando su condición mas publica. Las áreas verdes existentes al interior del proyecto buscan diferenciar las áreas programáticas y aportan ala ganancia luminica de las mismas.

Historia del Hospital Barros Luco

En la segunda mitad del siglo XIX, la situación de la salud en Chile era bastante compleja. Las epidemias y la falta de higiene provocaban cientos de muertes: peste bubónica, cólera y tífus, eran sólo algunas de las enfermedades que padecía la población. Para 1872 la tasa de mortalidad infantil se había elevado a un 80 por ciento, a raíz de un fuerte brote de viruela afectó a la ciudad de Santiago.

A todo ello se sumaba un panorama hospitalario desolador, pues sólo existían diez recintos, modestos y de origen colonial donde, más que tratar a los pacientes, se mantenía aislados a los enfermos graves hasta su muerte.

A partir de este escenario, algunos médicos jóvenes especializados en Europa comenzaron a generar conciencia sobre la necesidad de aumentar la infraestructura sanitaria, idea que lograron traspasar a los círculos gubernamentales de la época. De este modo, se formó un equipo de trabajo integrado por respetables y prestigiosas personalidades, entre quienes se encontraban José Joaquín Aguirre, director de la facultad de medicina; Benjamín Vicuña Mackenna, intendente de Santiago; el entonces diputado Ramón Barros Luco y el banquero Domingo Matte.



La misión de este grupo fue conseguir las donaciones que construyeron un gran hospital para enfermos comunes, el del Salvador en Providencia, y un lazareto para variolosos en las afueras de la ciudad, el San Vicente de Paul en la Avenida Independencia, donde hoy se encuentra el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. A estos recintos se sumaban los hospitales San Juan de Dios y San José, con lo que se vislumbraba un panorama algo más esperanzador en las postrimerías del Siglo XIX.

En 1888, durante el gobierno de José Manuel Balmaceda, se propuso a la autoridad la edificación de un hospital en el sector sur o sur poniente de la ciudad, idea que se discutió en el seno de la Junta de Beneficencia por más de una década, hasta que se transformó en Ley el 16 de enero de 1901.

Para construir el establecimiento, la Junta de Beneficencia adquirió primero los terrenos de una chacra conocida como "El Mirador del Gallo", que comprendía parte de lo que hoy es el Club Hípico de Santiago, pero más adelante consideró que se trataba de un espacio insuficiente, motivo por el cual en 1908 se decidió que el centro de salud se emplazaría en otra chacra llamada "La Cuadra", en el sector de El Llano Subercaseaux, terreno legado por doña Silvana Hurtado.

Un año más tarde los doctores Alejandro y Roberto del Río viajaron a Europa para recibir instrucción médica especializada y aprovecharon su estadía para contratar la confección de los planos del hospital con el arquitecto Frederick Ruppel.

La propuesta que articuló el profesional contemplaba un establecimiento con una dotación de 796 camas para los diversos servicios, así como edificios especiales para la casa del médico director, posta de primeros auxilios, desinfectorio, caballerizas y cochera, entre otros recintos.

Siguiendo los planos confeccionados por Ruppel, la colocación de la primera piedra se realizó el 24 de septiembre de 1911 en una ceremonia encabezada por el Presidente de la República, Don Ramón Barros Luco, oportunidad en la que las obras recibieron la bendición del Arzobispo de Santiago, Monseñor Juan Ignacio González Eyzaguirre.

5 Anexo

Recién a comienzos de 1917 quedó terminado el Policlínico en el edificio donde hoy funciona el Servicio de Urgencia. A partir de 1918 allí también se establecieron los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología, y en septiembre de 1919 en las viejas casas de la chacra “La Cuadra” se organizó una pequeña maternidad que contaba con 10 camas.

Ese mismo mes falleció el ex Presidente Ramón Barros Luco, quien legó al establecimiento la suma de trescientos mil pesos. Posteriormente, su viuda, la señora Mercedes Valdés, dio cabal cumplimiento a la disposición testamentaria de su marido y la Junta de Beneficencia acordó darle el nombre de Ramón Barros Luco al nuevo hospital.

Siguiendo los lineamientos marcados por la principal benefactora, no sólo se concluyó la construcción de buena parte del establecimiento, sino que además se implementaron espacios religiosos como una Comunidad y una Capilla, tras lo cual, en 1934 se contrató en Argentina a un grupo de religiosas pertenecientes a la congregación Siervas del Espíritu Santo, quienes revalidaron sus títulos de Enfermeras ante la Universidad de Chile.

Desde esa época se construyeron variados recintos tales como el Servicio de Maternidad (1925), la Farmacia del Policlínico (1935), la Unidad de Urgencia (1936), el Hospital Trudeau para tuberculosos (1947), el Servicio de Kinesiología (1950), el Banco de Sangre (1965), el Policlínico Adosado de Especialidades (1966), el Policlínico Maternal (1968), el Servicio de Anatomía Patológica (1969) y de Psiquiatría (1970).

Así quedó conformado finalmente el Hospital Barros Luco Trudeau, el cual es uno de los establecimientos más grandes del país y el de mayor complejidad dentro de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Atiende una población cercana a los 1.500.000 millones de habitantes y es centro de referencia para patología compleja para todo el sur de Chile.

5 Anexo

La gestación del CTD Barros Luco, data de principios de los años noventa en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la salud pública que buscaba mejorar la deteriorada condición en la que se encontraba el sector. Los estudios realizados en ese período orientaron la inversión hacia el desarrollo de la medicina ambulatoria.

El CDT inició sus actividades el 10 de octubre del año 2000, poniendo fin al Policlínico Adosado de Especialidades, (PAE) que por más de 30 años desarrolló el área de atención ambulatoria.

El Servicio de Salud Sur se optó por el desarrollo del CDT en sociedad con el Hospital Barros Luco, constituyendo el Complejo Asistencial, pues de este modo se privilegia la continuidad en la atención del paciente y la colaboración entre ambas instituciones, que comparten los médicos y otros recursos. Este modelo ha permitido enfrentar desafíos como las listas de espera y el aumento de las enfermedades crónicas del adultos.



Foto aérea Hospital Barros Luco antes de la construcción del CDT (fuente SSMS)



Foto aérea Hospital Barros Luco después de la construcción del CDT (fuente Digital Globe 2006)

6 Bibliografía

Libros:

EL MANUAL DE AVANCE EN CUIDADOS PALIATIVOS

Del Gabinete de Asesoramiento y Formación Sanitaria

GAFOS. Tomo I y II

Las Palmas Gran Canarias .España

Version 2005

GUÍA CLÍNICA

Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos

Garantías explícitas en salud

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile 2005

ALGUNOS RESULTADOS “Programa Nacional de Alivios

Del Dolor Por Cáncer Avanzado y cuidados Paliativos “

(PAD Y CP) 2005

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

DE CONSULTORIO A CENTRO DE SALUD. MARCO CONCEPTUAL.

Ministerio de Salud. 1997.

GUÍA DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA

División de inversiones y desarrollo de la red asistencial

Depto.de normas y regulación, unidad de normas

Gobierno de Chile.

URBANISMO Y PARTICIPACION

Arquitectura en la facultad de Oregon

Christopher Alexander

1976

6 Bibliografía

Frampton, Kenneth. *Historia crítica de la arquitectura moderna*.
Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1993

Venturi, Robert: *Complejidad y Contradicción en la
arquitectura*: Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1990

Boesiger, Willy. *Le Corbusier*. Barcelona: Editorial Gustavo
Gili, 1976

Le Corbusier. El Modulor. Barcelona: Poseidon, 1976

Le Corbusier. Hacia una arquitectura: Barcelona: Poseidon; 2ª
edición, 1978

Koolhaas Rem; *Delirio de Nueva York*; 1995

6 Bibliografía

Publicaciones:

LA AYUDA MÉDICA AL (BIEN) MORIR
ARS MEDICA .Revista de Estudios
Médico Humanísticos.

P. Universidad Católica de Chile.

REPRESENTACIONES DE LA MUERTE EN
LA EDAD MEDIA Y EL RENACIMIENTO
ARS MEDICA .Revista de Estudios
Médico Humanísticos.

P. Universidad Católica de Chile.

ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN MEXICO
Museo nacional de Arquitectura
Instituto nacional de bellas artes

Consejo Nacional Para la Cultura y la Artes.

COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Servicio de Salud Metropolitano Sur

Ministerio de Salud

Sitios en internet:

www.minsal.cl

www.saval.cl

www.cnart.mx

<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art11.html>

www.ssms.cl

6 Bibliografía

Architectural Design No. 3/4 (1991), p.
14-31

Comprehensive Cancer Center.

MORPHOSIS ARCHITECTS

[arquitectura hospitalaria](#) ; [hospitales oncologicos](#)

[ESTADOS UNIDOS](#) ; [CALIFORNIA](#)

Architectural Design No. 1/2 (1989), p. 88-91

Martinez Lapeña-Torres Tur

[ARQUITECTURA HOSPITALARIA](#) ; [HOSPITALES](#)

[ESPAÑA](#) ; [TARRAGONA](#)

Casabella No. 560 (setiembre 1989), p. 24-25

6 Bibliografía

Profesionales Consultados

Francisco Traverso Giannini . Arquitecto Universidad de Chile

Dr. Andres Sepulveda S. Medico Unidad del dolor y Cuidados Paliativos Hospital Barros Luco.

Dra. Moyra López: Jefa de la Unidad del dolor y Cuidados Paliativos Hospital Barros Luco.

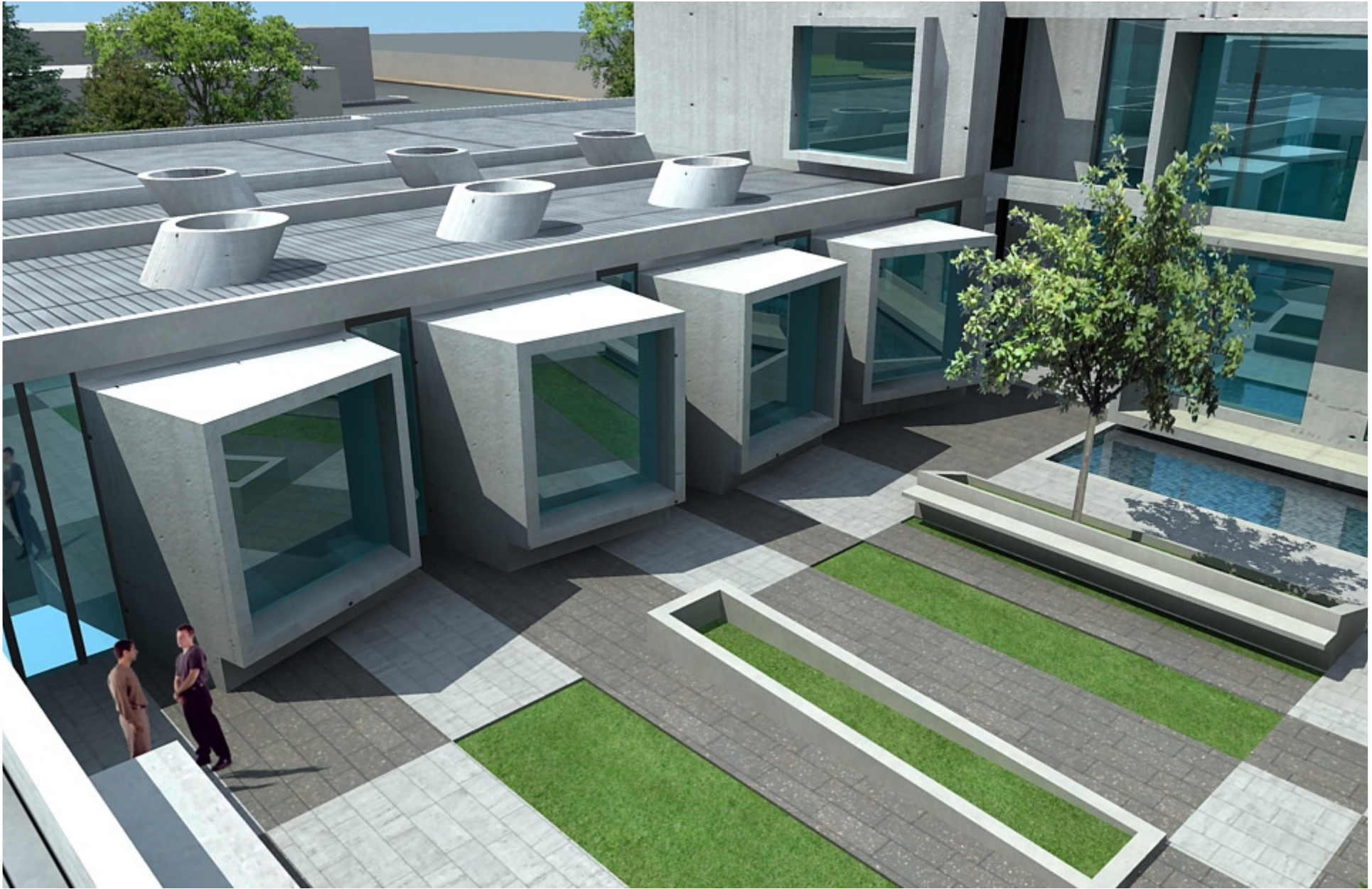
Srta. Carmen Luz Letelier; Psicóloga Clínica, Instituto Nacional del Cáncer.

Sr. Eduardo Melakis, jefe de recursos físicos del Servicio Metropolitano de Salud Sur.

Sr. Luis Sanhueza, Asistente de proyectos del Servicio Metropolitano de Salud Sur















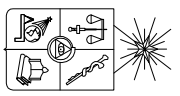






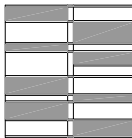


 <p>2</p>	<p>Escuela de Arquitectura Universidad Nacional de Colombia</p>	<p>1:2500</p>	<p>PROYECTO DE MAQUETA</p>			



CAPI

**CENTRO
DE ATENCION
PALLIATIVA
INTEGRAL**



PROYECTO DE TITULO 2006

CONTIENE

PLANTA EMPALMAMIENTO

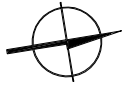
NIVEL 0,00

ESCALA

1 : 500

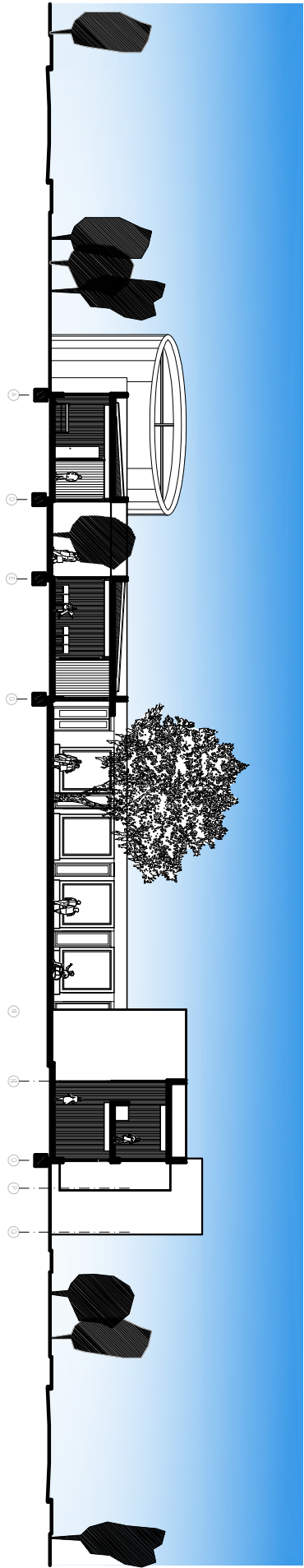
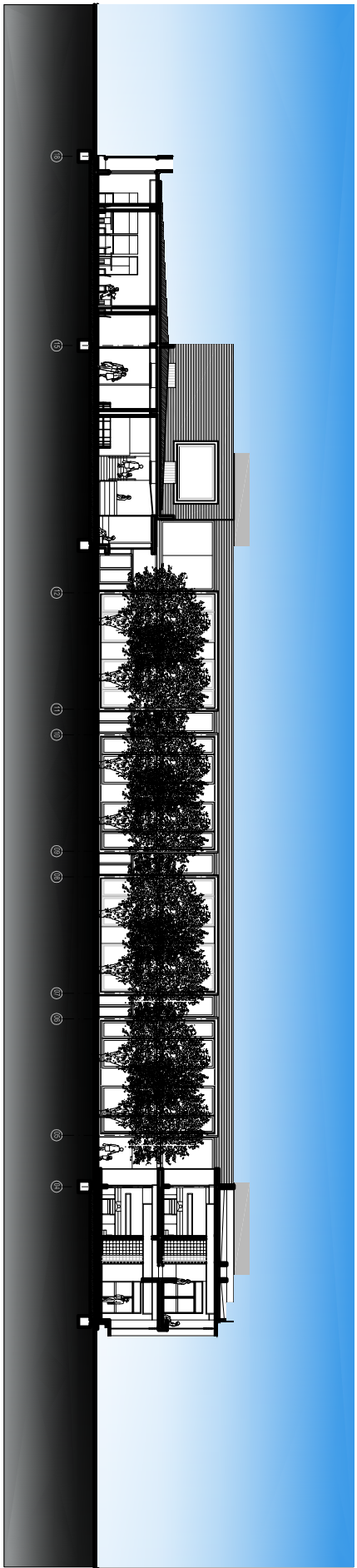
Sebastian Lopez Ramirez
Arquitecto

Alberto Sartori Hevia
Proyector Grafico



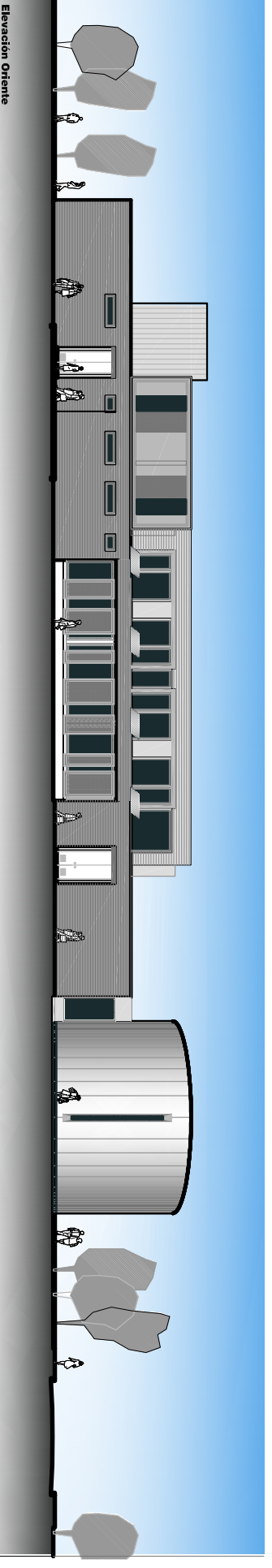
LAMINA

5

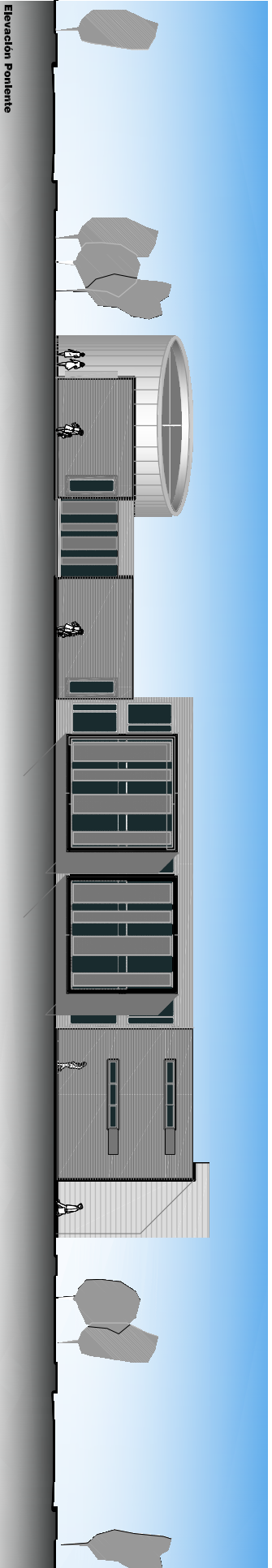




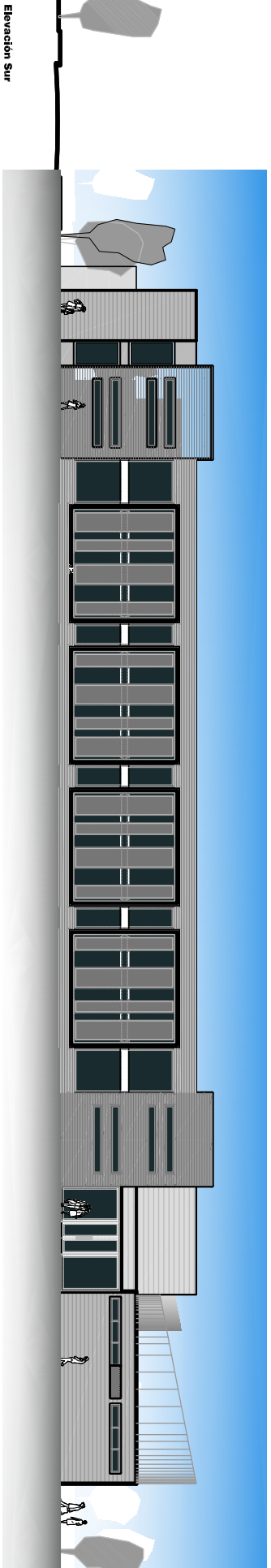
Elevación Norte



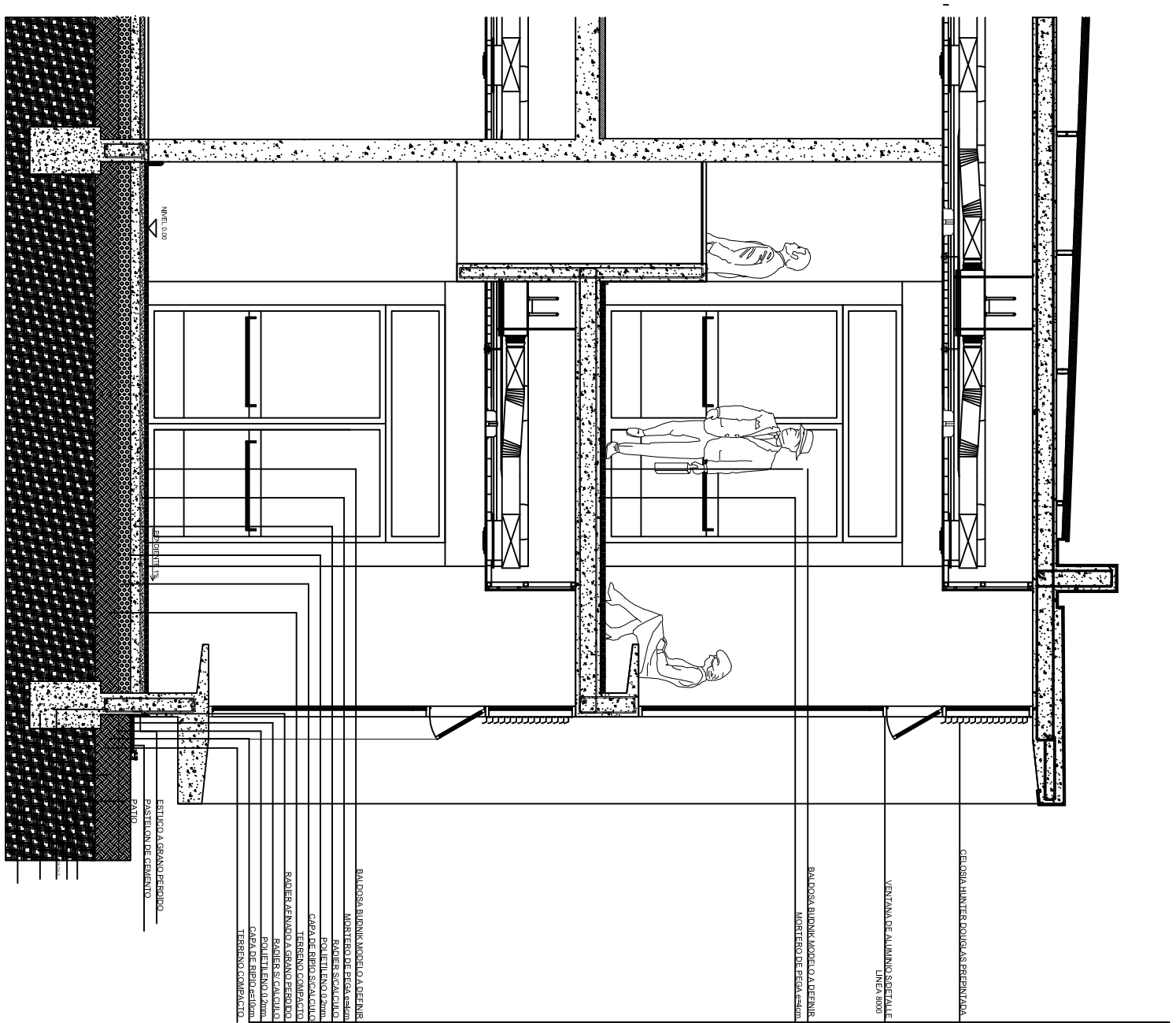
Elevación Oriente



Elevación Poniente



Elevación Sur



NIVEL 0.00

INTERFLEX

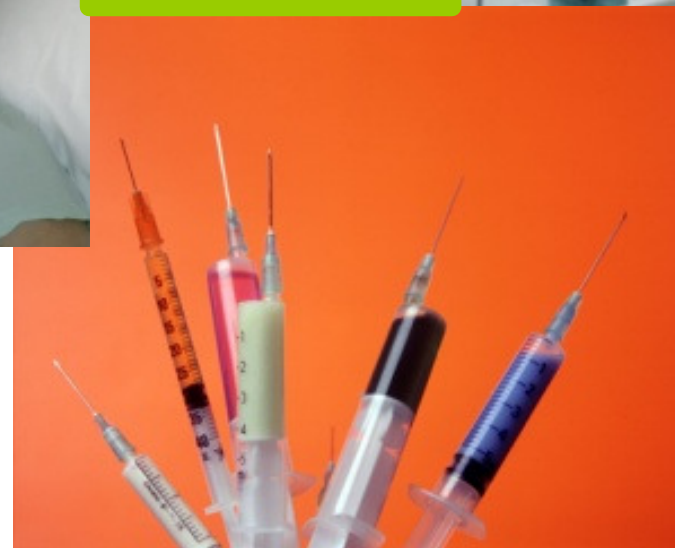
ESTUDIO A GRANO PERDIDO
PASTELON DE CEMENTO
PATIO

BALDOSA BUDNIK MODELO A DRENER
MORTERO DE PEGAMENTO
RADIER AFINADO A GRANO PERDIDO
POLILETILENO 0.2mm
CAPA DE REBO S/CALCULO
TERRENO COMPACTO
RADIER AFINADO A GRANO PERDIDO
SAQUER S/CALCULO
CAPA DE REBO AFINADO
TERRENO COMPACTO

BALDOSA BUDNIK MODELO A DRENER
MORTERO DE PEGAMENTO

VENTANA DE ALUMINIO SDETALLE
LINEA 8000

CELUSIA UNITER POLIUSAS PERGENTAZA

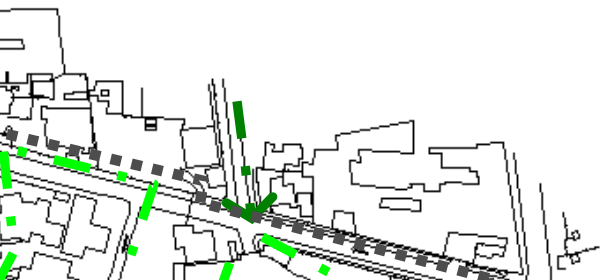


terminales
hospital, sujetos
s cuales
hospitalarios

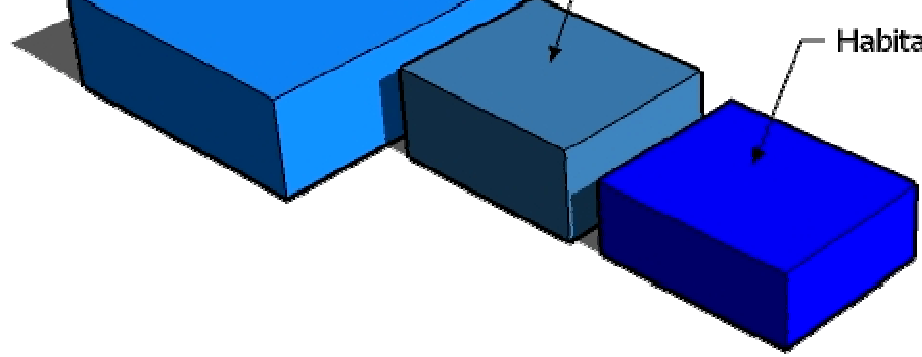


era coordinada con otras
a deberá ubicarse
hospitalario, sin embargo al ser
y tratamientos efectuados por
amente independiente de esta
e ser trasladado en un corto

a de Circulaciones.



Prisionista 15 m2

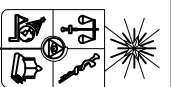
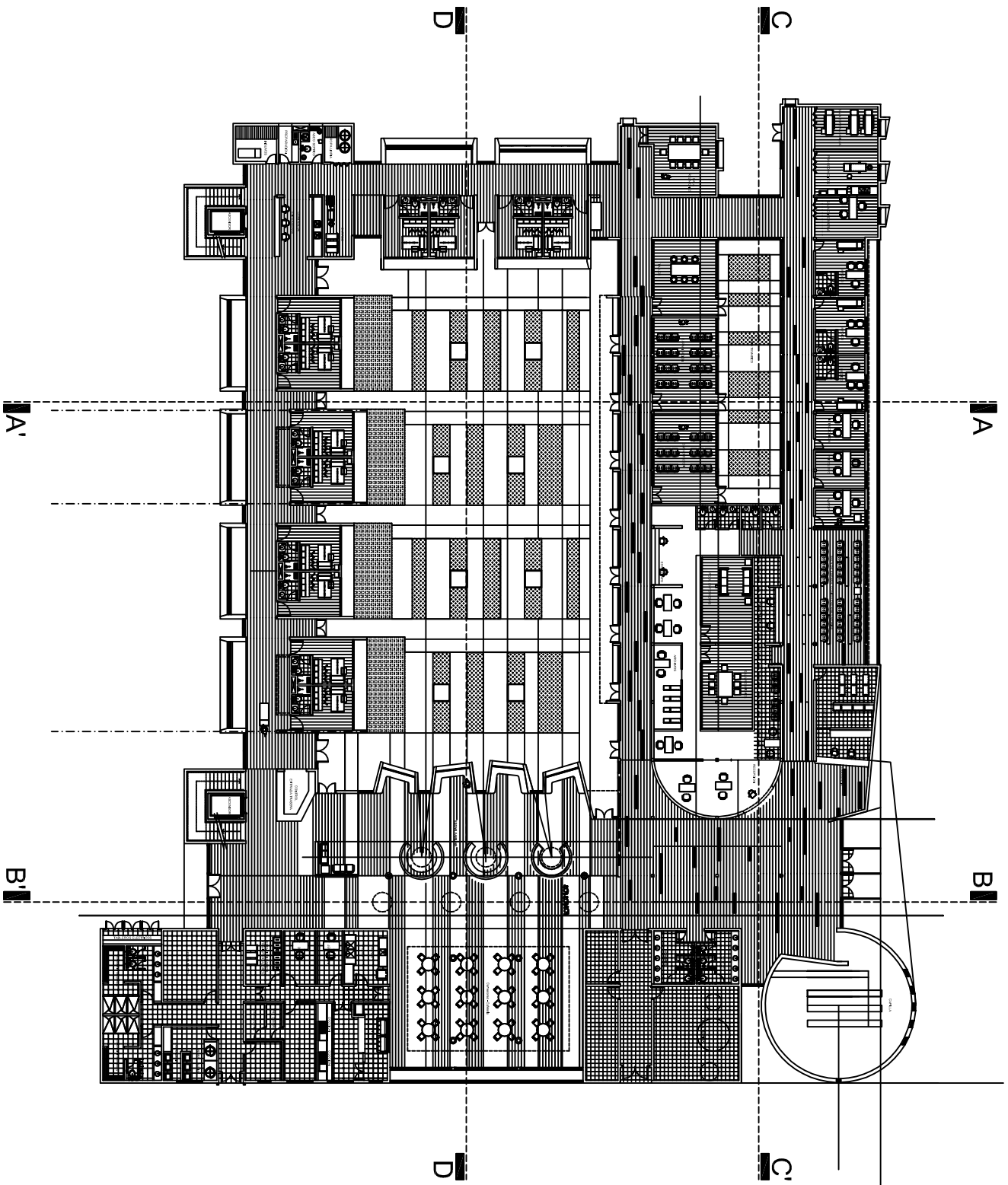


Habitación enfermera c/baño 15 m2

olo
ea
de
y

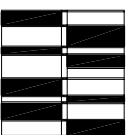


El
enf
res
car
var



CAPI

**CENTRO
DE ATENCION
PALIATIVA
INTEGRAL**



PROYECTO DE TITULO 2006

CONTIENE:

PLANTA NIVEL I

NIVEL 0.00

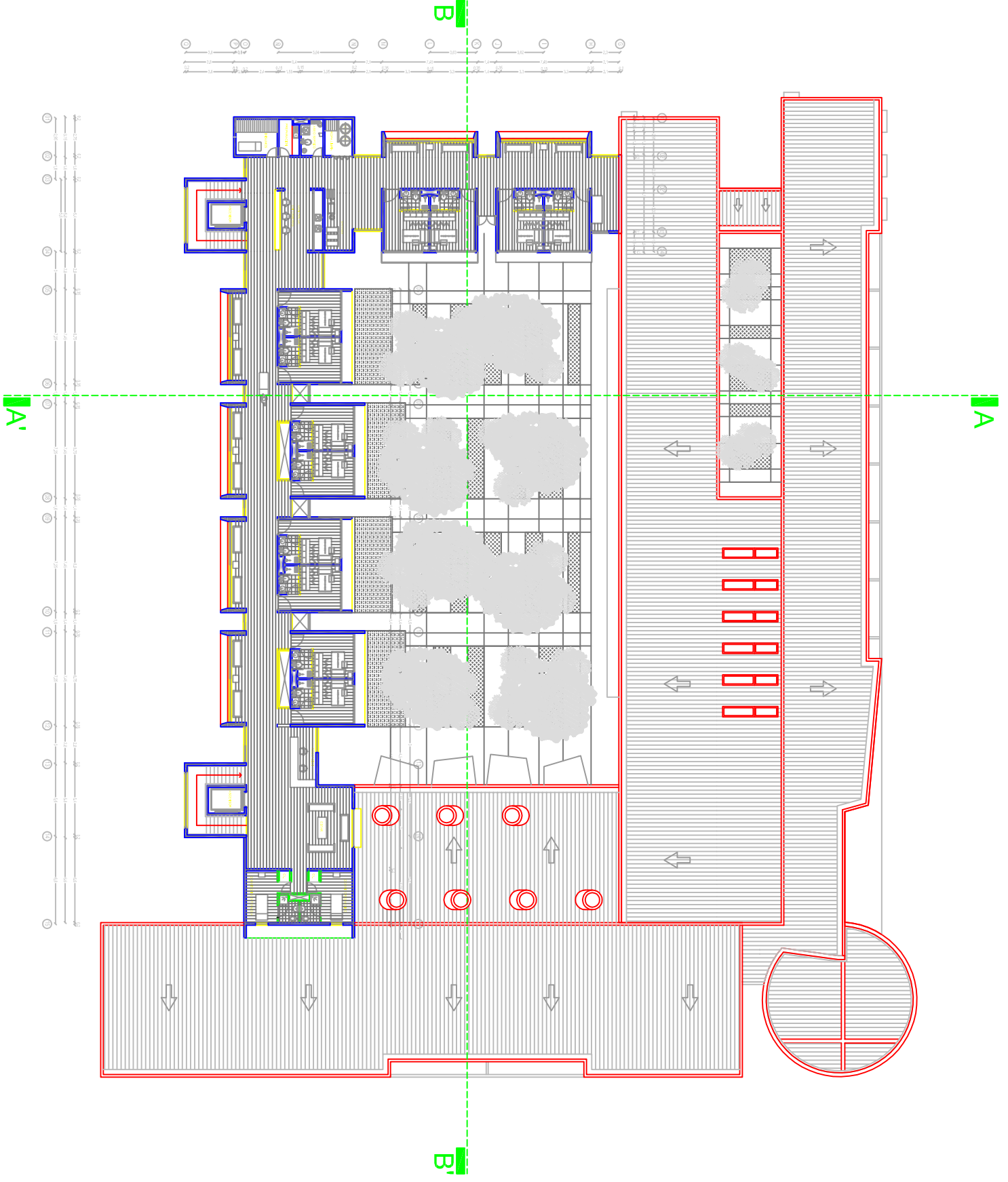
ESCALA
1 : 100

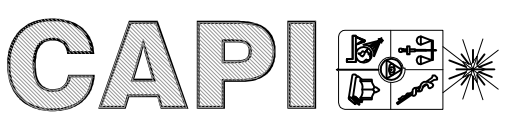
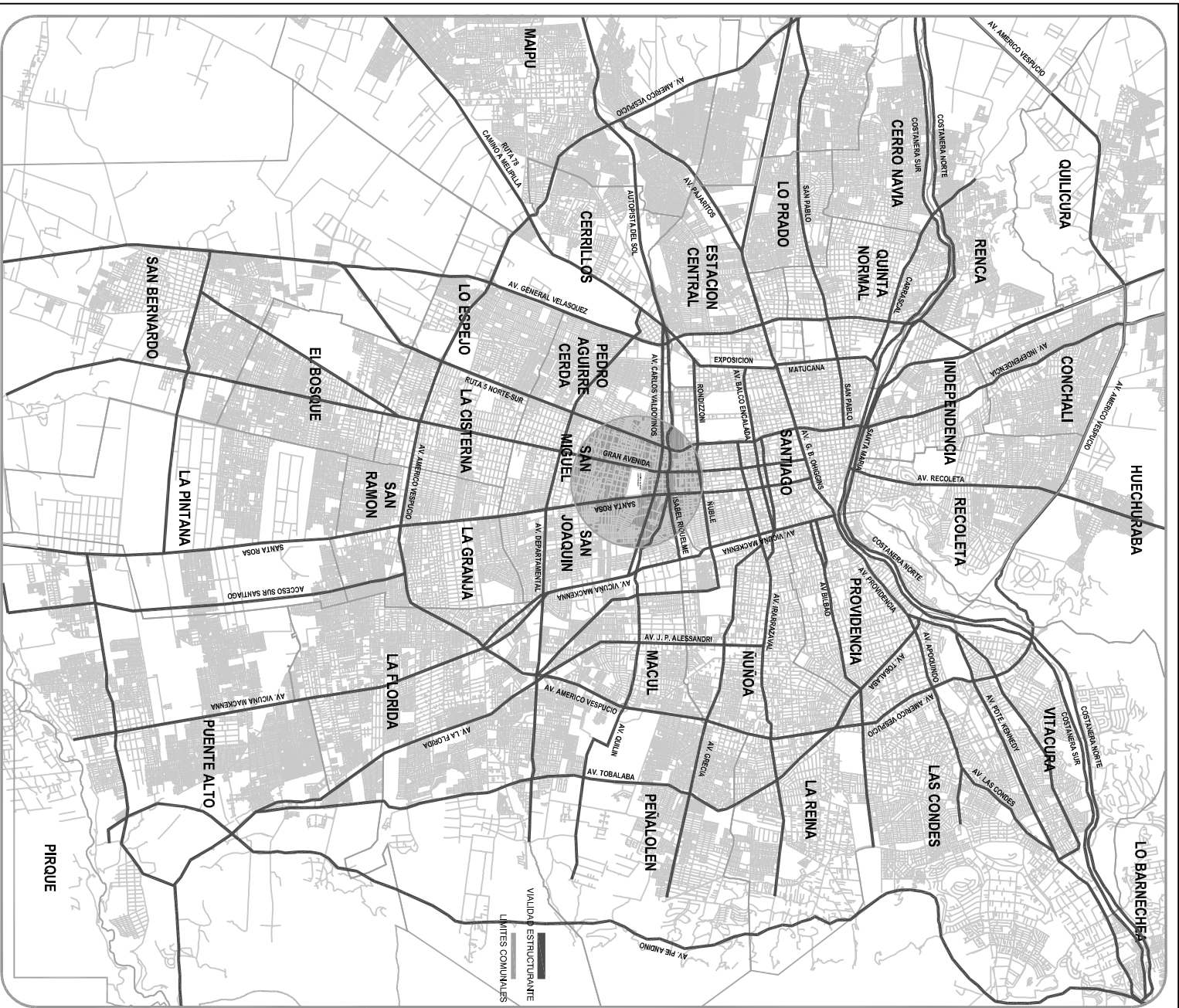
Sebastián López Ramírez
Arquitecto
Alberto Santoni Houli
Paisajista



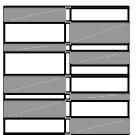
LAMINA

5





CENTRO DE ATENCION PALLATIVA INTEGRAL



PROYECTO DE TITULO 2006

CONTIENE

CONTENIDO METROPOLITANO

NIVEL 010

ESCALA
1 : 40.000

Sebastián López Ramírez
Autor

Alberto Sarruti Henza
Revisor



LAMINA

1