



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

SSGO

Servicio de Salud Geriátrico Oriente
Arquitectura para la Salud Emocional

Alumna Johanna Zamorano Sepúlveda

Proyecto de Título Año 2010

Profesor Guía Alberto Montealegre



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

Alumna Johanna Zamorano Sepúlveda

Profesor Guía Alberto Montealegre

Memoria Título Año 2010

A Pablo y mis hermanos; los hombres de mi vida.
Gracias por su incondicional amor y apoyo.

Su felicidad me ha dado las fuerzas y energías
para siempre seguir adelante.

“La edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad.

El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aún a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente”.

La Teoría Psicosocial de Erikson

1. INDICE	02
INTRODUCCIÓN	06
MOTIVACIONES	07
2. ANTECEDENTES PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	08
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	08
DÉFICIT EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	12
ACTUALES POLÍTICAS DE SALUD	13
SENAMA	13
TERREMOTO 27/02	14
3. ATENCION ESPECIALIZADA E INTEGRAL PARA EL AM	15
CARACTERISTICAS DEL AM	15
ENVEJECIMIENTO	15
CALIDAD DE VIDA	16
TEMOR A ENFERMAR	16
PERCEPCIÓN DE SÍ MISMOS	18
PACIENTE GERIATRICO	19
ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO	20
CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN	20
EL ACOMPAÑANTE	21
ENTORNO SOCIAL	21
SALUD EMOCIONAL	22
GESTIÓN CLÍNICA	24
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA	24

4. PROYECTO	26
LOCALIZACIÓN	27
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	29
PROVIDENCIA	30
HOSPITAL DEL SALVADOR	32
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA	33
ANÁLISIS URBANO	35
CONTEXTO	35
ESPACIOS PÚBLICOS	35
CONEXIÓN	35
NORMATIVA Y EXPROPIACIÓN	38
PROYECTO DE REPOSICIÓN DEL HDS	40
REFERENTE INTERNACIONAL	42
5. PROPUESTA	44
CRITERIOS PRINCIPALES	44
PARTIDO GENERAL	45
GESTIÓN Y FINANCIAMIENTO	47
PROGRAMA ARQUITECTÓNICO	49
ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA	51
LISTADO DEL PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO	53
REQUERIMIENTOS DE DISEÑO	58
DISEÑO HOSPITALARIO	58
ACCESO UNIVERSAL	60
CRITERIO ESTRUCTURAL	63
EFICIENCIA ENERGÉTICA	65
6. PLANOS	68
7. BIBLIOGRAFÍA	78

Algunas abreviaciones de uso común en la Memoria de Título.

AM	Adulto Mayor
HDS	Hospital del Salvador
ING	Instituto Nacional de Geriátría
SSGO	Servicio de Salud Geriátrico Oriente
MINSAL	Ministerio de Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas.

INTRODUCCIÓN

La atención de salud en nuestro país, experimenta un proceso de renovación en cuanto a la implementación de nueva infraestructura y tecnología, impulsadas por nuevas políticas, que surgieron ya hace un par de años.

Sin embargo, existen sectores en los cuales aún prevalece una gran falencia en la calidad del servicio de atención, incluso en la manera de comprender cómo se debería entregar una mejor prestación.

Con lo dicho anteriormente, me quiero referir específicamente a la atención geriátrica, la del adulto mayor, y es en la cual voy a centrar mi tema de proyecto de título.

Tras el terremoto de Febrero pasado, el área de salud pública tiene el desafío y la oportunidad de realizar importantes cambios estructurales. Incorporar tecnología y políticas internacionales para entregar al fin, una atención especializada y de calidad a los usuarios.

Nuestro país, al igual que la tendencia mundial, sufre grandes cambios demográficos. Las personas mayores tomar protagonismo en nuestra sociedad y por tanto demandan más y mejores servicios.

En preciso responder a las necesidades de este grupo etéreo, sobretodo en el sector que tiene mayor influencia en su bienestar; la salud.

Nuestra tarea como arquitectos es proporcionar espacios para usuarios que “viven” con padecimientos, pero que son considerados normales en su etapa de la vida.

Para ello se pueden diseñar recintos que den las atenciones y seguridad que ellos requieren, pero que también sean lugares optimistas que ayuden a su salud psicológica y emocional.

MOTIVACIÓN

Mis motivaciones académicas surgen por el interés de conocer el funcionamiento del Sistema Público en la elaboración y ejecución de proyectos de arquitectura.

Este interés pude profundizarlo tras realizar el Diplomado de Arquitectura Pública en nuestra Facultad, hace más de un año y experimentarlo en mi práctica profesional como ayudante de oficina técnica en la Reposición del Servicio de Urgencias del Hospital de Carabineros.

Este ejercicio me introdujo al conocimiento de un área más bien desconocida para mí hasta entonces y que me llamó la atención por su complejidad técnica, la coordinación de múltiples especialidades y el manejo de factores de atención físicos y psicológicos del usuario.

En el ámbito personal me motiva mucho involucrar mi tema de título con el Adulto Mayor. Crecí sin tener abuelos o personas de mayor edad en mi núcleo familiar, por lo que ahora, siento la necesidad de compartir con ellos, entender de sus afecciones y procurar su bienestar.

Veo un gran despotismo en nuestra sociedad actual. La valoración y el respeto por las personas mayores se están perdiendo. La rapidez con que actualizamos las cosas, nos genera una desvaloración de los apegos y tendemos a categorizar de obsoleto aquello que no nos presta mayor utilidad.

Sin embargo tengo la esperanza que ocurran cambios sustanciales en el breve plazo. Que se promuevan mejores políticas y mayores iniciativas al respecto, pero por sobre todo espero cambios en nosotros los jóvenes, futuros Adultos Mayores.

2

ANTECEDENTES

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Nuestro país enfrenta cambios profundos en cuanto a la distribución de la población. No estando ajenos a la tendencia internacional, sobre todo en países más desarrollados, el grupo etáreo de hasta 15 años, disminuye en razón del aumento de personas de más de 60.

En el último cuarto del siglo XX se produjo en todo el planeta una importante baja de la mortalidad, la que se expresó en un aumento de la esperanza de vida al nacer, de 60 años en 1975 a 65 años en 2000, es decir, un incremento del 9%.

Lo que está ocurriendo en Chile es un movimiento hacia una **“transición demográfica”**, entendiendo que es un evento en donde las tasas de natalidad y mortalidad bajan, pero el crecimiento demográfico sigue siendo bajo.

ESPERANZA DE VIDA EN LATINOAMERICA

	1955-1960	2005-2010	2045-2050
Argentina	64,4	75,3	80,8
Bolivia	41,9	65,6	76,5
Brasil	53,4	72,4	79,4
Chile	56,2	78,6	82,1
Colombia	55,1	72,8	79,0
Ecuador	51,4	75,0	80,0
Paraguay	63,2	71,8	77,3
Perú	46,3	73,1	79,1
Uruguay	67,2	76,2	81,5
Venezuela	58,1	73,8	79,5

Fuente Celade

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDADES

Grupo de Edad	Distribución Porcentual (de un 100%)						
	1970	1982	1992	2000	2010	2020	2030
0-14	39	32	29	29	25	23	21
15-64	56	62	64	64	66	66	64
65 y más	5	6	7	7	9	11	15

Fuente: INE, Censo de Población INE-CELADE, Chile, Estimaciones y Proyecciones

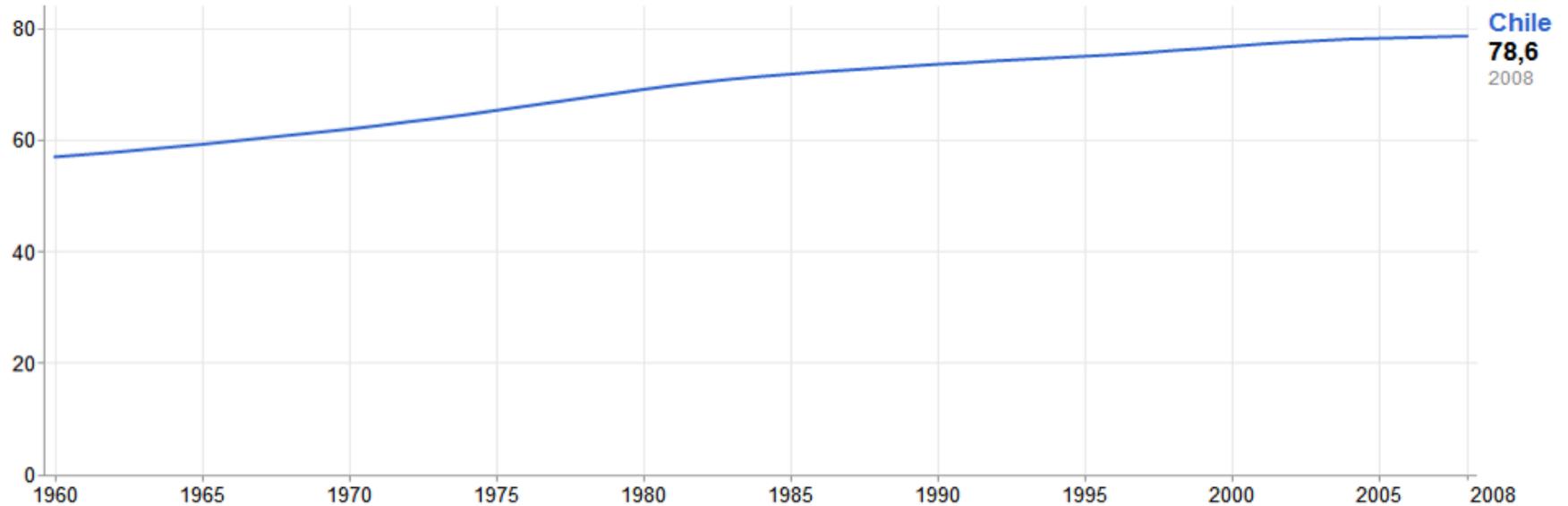


Gráfico Esperanza de Vida en Chile Fuente: INE

Este fenómeno se explica, según expertos, en el cambio de patrón reproductivo de la mujer. El posponer el inicio de la familia en pos del desarrollo personal.

El otro factor incidente en este cambio, es el mejoramiento y ampliación de los servicios de salud, la utilización de los recursos disponibles derivados de los adelantos tecnológicos y de los avances en medicina, así como en las condiciones sociales y culturales. Todo esto inserto en las transformaciones económicas ocurridas en Chile, que han contribuido al descenso de la mortalidad en forma sostenida en todas las regiones del país.

Vale la pena mencionar que la edad media de fallecimiento de la población, según los gráficos mostrados, es más alta en la mujer, ya que por razones físicas y de menor riesgo, son las que prolongan en más años su vida.

Esta tendencia se consolidará en la próxima década en Chile, por lo que es propicio indicar las dimensiones que esto conlleva.

Existen dos grandes instancias que marcan el envejecimiento. En primer lugar, el obvio cambio físico y morfológico que las personas experimentan durante esta etapa y que propicia al tratamiento del adulto mayor como un, mal llamado, “problema médico”, por lo que, por muchos años, se mantuvo una idea de atención centrada en la “medicación” del paciente, en desmedro de una perspectiva más integral.

En segundo lugar, está la dimensión social, en el sentido que son las condiciones propias de cada sociedad las que determinan en último término, cuántos años y con qué calidad va a vivir una persona mayor.

La evolución de las distintas etapas de la vida humana, están relacionadas con el papel más o menos activo que desempeña el individuo en la sociedad. En la tercera edad es frecuente que las personas suspendan sus obligaciones laborales y comiencen a depender cada vez más de sus familias, de su comunidad y por cierto de la sociedad.

EDAD MEDIA AL MORIR POR SEXO, SEGÚN REGIONES. 2002

Pais y Regiones	Total	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	67,2	63,8	70,9
I	63,8	61,0	67,7
II	63,7	60,6	67,8
III	66,4	64,4	69,1
IV	67,6	65,5	70,2
V	69,4	66,7	72,5
VI	66,3	64,1	69,3
VII	67,5	64,6	71,4
VIII	66,1	63,1	70,1
IX	67,0	63,9	71,1
X	65,5	63,6	69,4
XI	58,5	56,2	62,4
XII	66,6	63,3	71,4
RM	65,5	63,8	67,4

Fuente: INE

DEFICIT DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A pesar del positivo desarrollo que ha habido los últimos años en la atención de salud pública, existe un gran vacío en la calidad de los servicios que se le otorga al adulto mayor.

El sistema de salud actual no cuenta con un enfoque gerontológico, que se ocupe de las especificidades de la población mayor, que mejore los logros sanitarios alcanzados, así como previniendo nuevas prestaciones acordes a este rango etáreo.

Los adultos mayores poseen enfermedades crónicas que, en la mayoría de los casos, están relacionadas entre sí, por lo que una consulta a un especialista no es siempre lo más adecuado, ya que no se ve el cuadro en general del problema.

Es necesario avanzar en entregar prestaciones de calidad, que sean capaz de integrar elementos sanitarios tanto como sociales.

A lo anterior expuesto, hay que considerar una línea importante de trabajo, que significa el fomento del autocuidado, entendido como el involucramiento de las propias personas mayores en la generación de condiciones para lograr una mejor vejez a través, por ejemplo, del envejecimiento activo y saludable.

Este tipo de enfoque “preventivo” posibilita evitar o retrasar situaciones donde los mayores vean mermada su funcionalidad y condiciones de salud.

Urge implementar nuevas políticas de salud que promueven la construcción de espacios dedicados a la atención integral de los mayores y que refuerce las redes de salud existentes. Además, **fomentar el establecimiento de ambientes físicos y psicológicos centrados en la atención integral del adulto mayor.**

Políticas de Salud, como el de potenciar la protección a la infancia y el cuidado materno, han dado muy buenos resultados en la década del 90'. La atención integral en las etapas de embarazo y lactancia han generado, que hoy en día, tengamos cifras mínimas de muertes al nacer y en la infancia, sólo comparables a países europeos.

Si iniciativas como esta, pueden ahorrar recursos al Estado y a los mismos usuarios del servicio de salud pública, ¿por qué no implementar una red de protección temprana para nuestros adultos mayores?.

ACTUALES POLITICAS DE SALUD

Los mayores avances que han habido desde el Estado hacia la tercera edad, se materializaron en la década del noventa, traducidos en la elaboración de una Política Nacional, promulgada el año 1996 y confeccionada por un nuevo organismo asesor, la Comisión del Adulto Mayor. Algunos de sus lineamientos básicos son:

- Actúa en cumplimiento de su rol subsidiario en favor de esta población, produciendo los recursos que permitan realizar las acciones planificadas en la Política Nacional, lo que hará posible que se les otorguen subsidios directos e implementar planes y programas específicos.
- Se declara a sí mismo actor principal y promotor del cambio en cuanto a superar el enfoque predominantemente asistencial que se había llevado hasta entonces.

- Regulación de servicios. Se determinan los tipos de servicios a entregar a partir de diagnósticos multi -sectoriales.

- El Estado delimita responsabilidades frente al cuidado del adulto mayor, proponiendo a un papel activo por parte de la familia en primera instancia y también de la comunidad.

SENAMA

En el año 2002 se crea el Servicio Nacional del Adulto mayor, SENAMA. Este organismo está convocado a trabajar en la promoción de los derechos garantizables y exigibles de las personas mayores y la generación de un sistema de protección social.

En ese sentido, corresponde proponer políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y solucionar los problemas que lo afectan.

El SENAMA, ha sido una buena instancia para la elaboración de planes y programas que defienden los derechos de los adultos mayores y promueven la relación de éstos con el resto de la sociedad. Pero no ejerce mayor influencia en cuanto a la promoción de un verdadero cambio en la atención de salud pública para este rango etéreo.

TERREMOTO 27/02

El sector salud, aún no emprende grandes cambios relacionados a servicios de atención integral de salud. Mas bien su postura actual depende de los recursos económicos limitados que poseen y que han tenido que ser dispuestos para repactar deudas con el sector privado, para tratar de mantener antiguos recintos, ya prácticamente obsoletos y a la construcción de variados centros de salud de atención primaria.

Sin embargo, el terremoto del 27 de Febrero pasado profundizó los problemas financieros del sector salud y variados hospitales que atendían a un sector grande la población, incluidos los AM. La mayoría de los recintos quedaron con su capacidad mermada o definitivamente no quedaron aptos para atender público.

El caso más grave, en Santiago, es la del Instituto Nacional de Geriátrica, ING, el cual fue declarado inhabitable tras el terremoto y los 600 pacientes mensuales que atendían, tuvieron que ser trasladados a la atención geriátrica que brinda el Gustavo Fricke de Viña del Mar y los casos más graves son atendidos en el Hospital del Salvador.

A pesar de que se trató de concesionar la construcción de un hospital modular para volver a brindar atención geriátrica este año, los presupuestos fueron negados y hasta el día de hoy se encuentran sin atender público, perjudicando de gran manera a todos sus pacientes y empleados del Instituto.

3

ATENCIÓN ESPECIALIZADA E INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR

CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

ENVEJECIMIENTO

Envejecer es la creciente incapacidad de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que, con el paso del tiempo, aumenta la probabilidad de fallecimiento.

Comienza a los 60 a 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo. A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas.

A cualquier edad es posible morir. La diferencia radica en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. Según expertos, a medida que la calidad de vida de las personas mayores aumenta, éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo.

Hoy en día se puede contemplar a la tercera edad, como un período más productivo y creativo que en el pasado, por lo que encontrar artistas activos a la edad de 80 años no es tan excepcional.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

Por esta razón, una vejez plena de sentido, es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.

CALIDAD DE VIDA

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

La calidad de vida en la vejez, tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella aprender a envejecer.

Las personas mayores que no desarrollan alguna enfermedad debilitante están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen un aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos a su misma edad. Estos jóvenes – mayores (muchos ya han sobrepasado su ochenta cumpleaños) dicen sistemáticamente a los investigadores "soy mucho más joven que mi madre o mi padre a esta edad". En la mayoría de las personas, los problemas graves de salud no surgen hasta al menos los 75 años. Los que se encuentran entre los 65 y 74, por ejemplo, casi el 80% no tiene ninguna dificultad con las actividades del cuidado de la casa – incluyendo las tareas pesadas.(1)

TEMOR A ENFERMAR

La actual cultura occidental, consumista y elitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, entre otros, se pueden desarrollar a lo largo de toda la existencia.

(1)"Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez". Catalina Zuleta.

El mito que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir que las personas mayores (y en el futuro nosotros mismos), podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a la madurez sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud.

En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchas personas mayores son saludables. El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se pueden conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

El envejecimiento afecta a las funciones perceptivas, sensoriales, y la memoria. Las funciones sensorio-perceptivas disminuyen con la edad: en el plano sensorial ante todo, se manifiestan alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva, también una disminución de la adaptación a la oscuridad, lenta desde los 30 a los 60 años, y luego acelerada a partir de los 60 años. El olfato se debilita. Por el contrario, el gusto, en lugar de disminuir con la edad, más bien aumenta y concretamente se hace más sensible a los alimentos azucarados. La pérdida del oído favorece la desconfianza, los celos, el egocentrismo; el presbita no puede ya leer y se aburre. Por lo que el cuadro de apatía, de inactividad y de desinterés general, que puede observarse en el anciano, se debe tanto a la disminución de la sensorio-receptividad como a la de la actividad cerebral: la vigilancia, la capacidad de atención, incluso el nivel de conciencia están efectivamente en razón directa con el número de estímulos recibidos.

Algunos puntos importantes a tener en mente cuando hablamos de enfermedad en un AM:

- La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocupan exclusivamente el espacio de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud y la mente misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal.
- La "salud" significa un estado del organismo que no está enfermo; "enfermedad" se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal.
- Para una buena salud mental y un comportamiento saludable es importante: La actividad física regular, prácticas nutricionales adecuadas, comportamientos de seguridad, reducir el consumo de drogas, prácticas adecuadas de higiene, desarrollo de un estilo de vida (minimizador del estrés), desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, desarrollo de comportamientos adecuados para el manejo de situaciones, cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud.

PERCEPCIÓN DE SÍ MISMOS

Para las personas mayores, según la encuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud, su problemas más importantes estaban relacionados con las exigencias económicas y de salud, representando lo económico la principal preocupación para los menores de 75, mientras la salud se manifestó como tema prioritario sólo en los grupos más altos, especialmente en mujeres.

Aquí surge un elemento clave para el rediseño de las políticas dirigidas a la vejez, y es que culturalmente existe un acondicionamiento para considerarlos como "enfermos". Este estudio revela que los mismos afectados declararon sentirse "sanos" en más del 65% de los casos.

Este estudio aportó un elemento innovador al manejo del adulto mayor, por cuanto demostró que contrariamente a la percepción cultural que se tenía de ellos en la sociedad chilena, las personas mayores entrevistadas tenían buena capacidad para cuidar de sí mismos.

PACIENTE GERIATRICO

Un adulto mayor comúnmente (a diferencia de uno más joven) puede presentar a la vez varias patologías (agudas o crónicas) que dificultan aún más el reconocimiento de una enfermedad. A esto se suma que muchas veces el paciente está consumiendo numerosos fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.

Lo explicado anteriormente dificulta la tarea del médico en determinar los síntomas más relevantes y cuáles son propios de cada patología.

No se debe dejar de lado el área emocional del paciente mayor, ya que el estrés emocional o depresión, se pueden manifestar como síntomas físicos. Sin embargo, no se puede atribuir síntomas a la esfera emocional sin descartar antes una causa orgánica.

Para que el médico pueda evaluar de manera óptima, debe lograr un diagnóstico certero y tratamiento oportuno, dirigido a la problemática particular del adulto mayor.

Es por esto que la figura del **GERIATRA**, toma cada vez mayor relevancia y valoración, coincidiendo así, que los geriatras son para el adulto mayor, lo que los pediatras son para los infantes. Solo con la especialización médica se puede lograr la atención integral que los mayores necesitan.

Un modelo de atención geriátrica se especializa en trabajar con el adulto mayor frágil, aquel que ha perdido parte de su autovalencia.

Para el tratamiento, se ocupan tres conceptos básicos en la atención del AM:

- Fragilidad
- Autovalencia
- Funcionalidad

Estos tres conceptos trabajan de manera conjunta; frente a la fragilidad de un AM, se generan actividades y tratamientos para conseguir su autovalencia, por ende recobrar su funcionalidad y se inserta de mejor forma a la sociedad.

ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable. Esta última etapa comienza mucho antes de los 60 años, y sólo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, como realizando prevención temprana de algunas enfermedades discapacitantes.

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en condiciones de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud.

Si bien la mayoría de las personas de edad pueden satisfacer sus necesidades con los servicios habituales de salud donde se atiende la población en general, un grupo de ellos, los frágiles y los que se encuentran en estado de necesidad, demandan la especialización geriátricas, por tener ellos demandas de salud únicas y especiales.

CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN

Ocurre con cierta frecuencia que el paciente posee patologías que impiden tomar una correcta historia clínica. Hipoacusia, ceguera, afasia y trastornos cognitivos frecuentemente interfieren con el proceso de la entrevista.

Es importante consultarle al paciente si usa accesorios como lentes, audífonos o placa dentaria ya que la falta de estos puede entorpecer gravemente la comunicación con el médico. Por esto se debe optimizar las condiciones ambientales, como disminuir el ruido o mejorar la iluminación de la sala, para lograr una comunicación más efectiva.

Es de gran importancia que tanto el médico como el paciente estén cómodos, ya que si no, es muy difícil tomar una buena historia clínica. Por ejemplo, es necesario chequear que el paciente no tenga deseos de ir al baño, cosa que puede dificultar la historia y muchas veces los pacientes mayores no reconocen o no se les pregunta.

Frente a estos requerimientos para mejorar la atención de salud, es que el proyecto de título brindará las comodidades necesarias para generar la confianza entre el geriatra y su paciente. Es importante, además, considerar el rol fundamental que cumple el "acompañante" en el dimensionamiento de los espacios y de los impedimentos físicos que pueda poseer el adulto mayor.

EL ACOMPAÑANTE

El acompañante, que suele ser un familiar directo o amigo del paciente, cumple la función de ser el soporte, tanto de apoyo físico como para poder desenvolverse de mejor manera fuera de su ambiente cotidiano.

Para esto, los espacios deben considerar una amplitud suficiente para la circulación conjunta de dos personas. Y tanto en los boxes de atención como en otros recintos de actividades, se debe contemplar mobiliario cómodo que permita la espera del acompañante y su interacción en el tratamiento o actividades que deba realizar el paciente.

En relación a las características de los espacios, también es importantísimo reflexionar en los impedimentos físicos y mentales que puedan poseer el paciente.

La silla de rueda, “la burrita” o el bastón” son elementos que usualmente las personas mayores ocupan para poder movilizarse mejor. Lo que exige que, además de considerar al acompañante, se considere el diámetro de estos elementos, tanto en su longitud como en su radio de giro, en pasillos y boxes.

Elementos de seguridad como apoya manos, pisos sin desniveles y antideslizantes, además de símbolos y colores que ayuden al desplazamiento y a la ubicación dentro de un edificio. También contemplar un óptimo acondicionamiento climático y la correcta iluminación interior.

ENTORNO SOCIAL

Los adultos mayores buscan ser partícipes de su entorno social urbano, complementarse e interactuar con el medio. Busca con su actividad y actitud reflexiva complementar el sistema en que esta inserto.

Socialmente es común la reclusión, sistemas que hacen más que albergar su quehacer, incluso en su propia vivienda. Su proceso de vida al verse limitado, hace necesario establecer sistemas de comunicación, que permita la evolución natural del ser humano. Por tanto es necesario promover su bienestar social, pues esta siempre en la disposición de compartir su opinión, su conocimiento.

Su carácter participativo y social, propone una constante alternancia con otras generaciones, con los cuales interactúa, sin perder su individualidad.

Este carácter participativo se ve fortalecido al estar en disposición grupal con sus pares, pues juntos se expresan en actividades o en el simple hecho de acompañarse en torno a algo común. Una plaza, un árbol, un jardín, un paisaje, una caminata.

Está médicamente comprobado que, los adultos mayores en contacto con personas jóvenes, logran un estado de bienestar mayor, reflejado en su estado de ánimo, en comparación con un anciano aislado de un entorno social más joven.

SALUD EMOCIONAL

La salud emocional va ligada fuertemente al bienestar psicológico. Esto es aplicable a cualquier persona, sobretodo a una persona mayor, que por el normal paso del tiempo, su salud física decae, sin embargo no esta necesariamente ligada a su mente.

Los principales factores que inciden en una buena salud psicológica y emocional corresponden a:

- Conectividad con su entorno. Los seres queridos y personas amigas son fundamentales para lograr una estabilidad emocional que los mantenga con la sensación de valoración que merecen.
- Salud Física . Mientras este factor sea aceptado como etapa natural de la vida y no como un impedimento para seguir viviéndola, no interfiere mayormente en su desarrollo.
- Limitaciones de su entorno. Los espacios en que habitan, se desplazan, pasean, se atiende deben ser amables y brindar las comodidades y plena accesibilidad. El AM, puede deprimirse si su rutina no involucra relacionarse en otras instancias que no sean las domésticas.



De izquierda a derecha: Acceso principal ING, corredores interiores y bloque de administración. Archivo Personal.

GESTIÓN CLÍNICA

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

El centro de salud promueve el Modelo de Atención Geriátrica Integral (MAGI) en la red Pública del SNSS e implementarlo con calidad.

Entre sus objetivos principales el Instituto busca:

- Otorgar atención de salud a la población usuaria, buscando alcanzar el máximo de autovalencia física, psíquica y social
- Realizar acciones de investigación de la problemática médico-social de la población adulta mayor.
- Realizar acciones de difusión y extensión de lo relacionado con la salud y envejecimiento sano a nivel nacional.
- Prestar apoyo, asesorar, colaborar e interrelacionarse con organismos nacionales e internacionales que tengan relación con la atención del adulto mayor.
- Fomentar y prestar apoyo a la comunidad anciana organizada en lo referente a acciones de salud.

Quisiera destacar el valor de la gestión clínica que se llevaba a cabo en el ING. Ésta representaba hasta hace poco un modelo integral de salud geriátrica en nuestro país. Con docentes y profesionales de la salud que se guiaban y preparaban según los estándares que la

Organización Panamericana de Salud propone. Con investigación a la vanguardia de lo que se ha planteado en países europeos.

A pesar de los grandes objetivos que tiene el ING, no ha sido posible cumplir con un proyecto exitoso de atención geriátrica integral.

Las instalaciones que funcionaban hasta hace poco, no otorgaban el mínimo de requisitos para la atención de personas, que en un gran porcentaje, presentan cierto tipo de discapacidad.

Las dependencias del ING, datan de finales del siglo antepasado, y fueron adaptadas para el propósito de atención que describía anteriormente.

Las comodidades eran prácticamente inexistentes y se encontraban en una situación de colapso de pacientes, frente a la gran demanda y la poca capacidad de recepcionarlos.

A toda la situación ocurrida tras el terremoto, se le suma las graves consecuencias que sufrieron su infraestructura. Las cuales en este momento se encuentran deshabilitadas para la atención al público por el peligro de derrumbe que presentan.



Vista desde el interior al acceso principal y área de recepción de Paciente, SOME. Archivo Personal.

Cualquier proyecto en el ING no es posible sin el respaldo de entidades públicas y el apoyo de los fondos necesarios para el efectivo desarrollo de las actividades y programas que se proponen.

La calidad del espacio de atención de salud es un punto también sumamente relevante.

Las condiciones que se requieren para el cumplimiento de cualquier programa de salud, debe ser asistido por una infraestructura diseñada para tales propósitos, siempre pensado en el tipo de usuario que habitara los recintos. No sólo eso, la OPS, también promueve la integración de áreas verdes en los recintos de salud. Una instancia natural para la contemplación y reflexión que caracteriza a las personas de mayor edad.

OPS: Organización Panamericana de Salud

4

PROYECTO

Originalmente, la localización del proyecto, se resolvería a través de la investigación de las zonas con altos índices de población mayor y que sufriera mayores necesidades en la atención de salud.

Pero en el transcurso de mi estudio, y mientras encontraba en el Instituto Nacional de Geriátrica un referente para la gestión de salud del AM, me sorprendió el profundo apremio que sufre tras el terremoto.

Las precariedades que antes, del pasado Febrero, eran obvias, se volvieron absolutamente desastrosas. Me sentí sobrecogida con la situación actual y muy decepcionada del abandono que, durante años, ha existido por parte de las autoridades de Salud.

Cabe mencionar que incluso el futuro proyecto *Reposición del Hospital del Salvador*, que incluiría nuevas dependencias del ING, fue pospuesto tras el terremoto.

La premura de este gobierno radica en levantar y reparar aquellos hospitales que lo necesitan de manera urgente, en zonas donde la catástrofe fue mas evidente. Por lo que la licitación de construcción, que era la etapa en la que se estaba trabajando el proyecto de Reposición, quedará suspendida para reevaluarla, talvez, en otro gobierno.

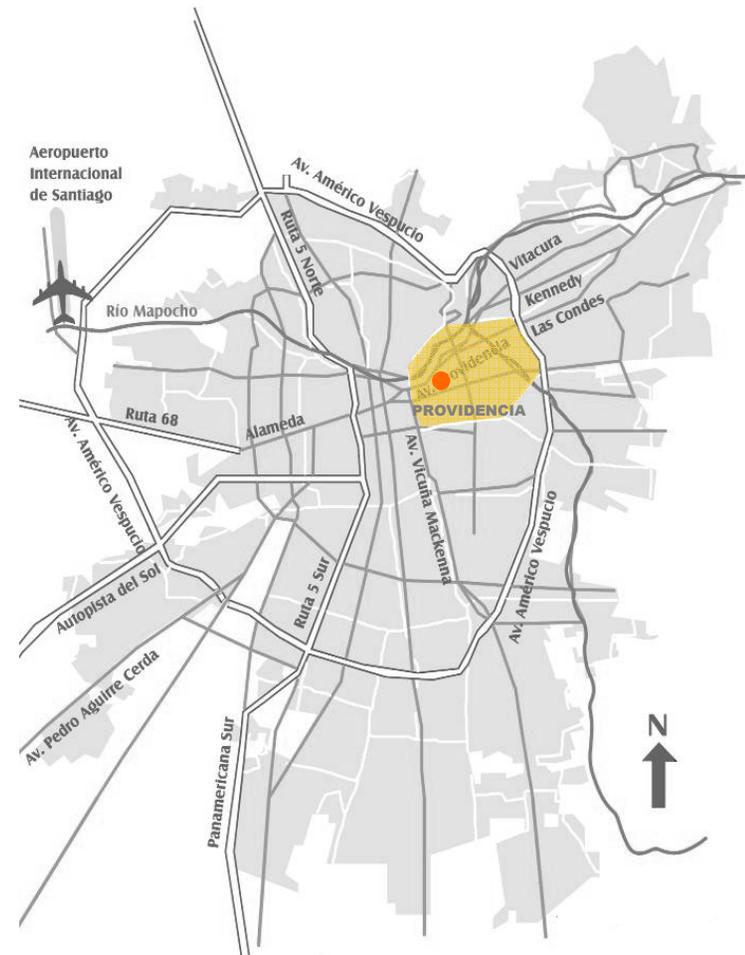
Después de conocer todos los antecedentes, es que tome la decisión de **proponer un nuevo y moderno centro de atención geriátrica para la zona oriente, en los terrenos que ocupaba el ING** y que de solución tanto a las necesidades de salud específicas, como a las inquietudes de una ideología de atención mas moderna.

Que la **arquitectura** este al servicio de la atención de salud y que sea **capaz de entregar espacios creativos para incentivar la salud emocional y psicológicas de los pacientes.**

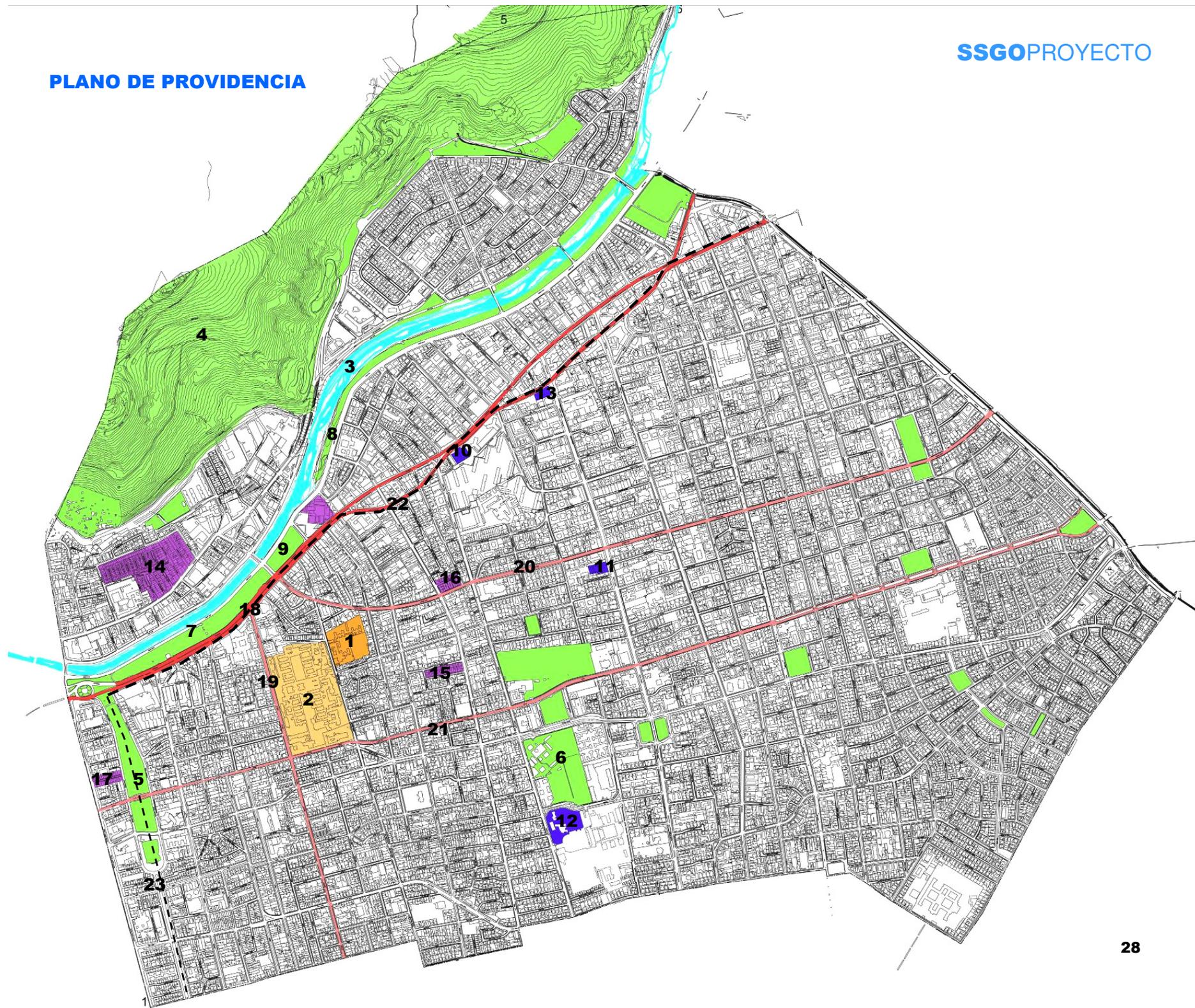
Conciente del desafío, es que tomo los terrenos que ocupa el ING y que son propiedad del Ministerio de Salud, para diseñar un centro medico de excelencia para los AM.

LOCALIZACIÓN

- 1 Instituto Nacional de Geriátria
- 2 Hospital del Salvador (Edificio Monumento Histórico)
- 3 Río Mapocho
- 4 Parque Metropolitano
- 5 Parque Bustamante
- 6 Parque Inés de Suárez
- 7 Parque Balmaceda
- 8 Parque de las Esculturas
- 9 Plaza de la Aviación
- 10 Nuestra Sra. De la Divina Providencia
- 11 Palacio Falabella /I. Municipalidad de Providencia
- 12 Escuela de Carabineros de Chile
- 13 Instituto Cultural de Providencia
- 14 Población León XIII (1916)
- 15 Población William Noon (1928)
- 16 Calle Keller (1925)
- 17 Calle Viña del Mar (1929)
- 18 Avenida Providencia / 11 Septiembre
- 19 Avenida Salvador
- 20 Avenida Eleodoro Yañez
- 21 Avenida Francisco Bilbao
- 22 Metro Línea 1
- 23 Metro Línea 5



PLANO DE PROVIDENCIA





Iglesia de la Providencia 1920. Fuente I. Municipalidad de Providencia

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

PROVIDENCIA

La comuna de Providencia nace tras la división de la comuna de Ñuñoa, en 1897.

La existencia del Convento de las Monjas de la Providencia, dio nombre a la comuna y a la principal avenida, llamada en ese tiempo “Callejón de la Providencia”

Sus comienzos fueron precarios: no existía luz eléctrica, escuelas ni edificio municipal.

El año 1910 trajo consigo importantes adelantos: abre sus puertas el liceo José Victorino Lastarria, se decreta como obligación el pago de patente a vehículos y se dictan además, las primeras ordenanzas de tránsito.

Con los ingresos provenientes de estos impuestos y de los nuevos avalúos de la época, comienza una era de gran progreso: se empiedran las calles, se construyen veredas y se colocan lámparas a gas.

Ocho años después se instala luz eléctrica, se dividen los fundos y chacras, formándose pequeñas quintas con huertos frutales en el barrio Manuel Montt y Salvador, donde llegan las primeras familias de Santiago.

En 1925 se urbaniza el fundo Los Leones, que comprendía todo el sector entre Pedro de Valdivia y el canal San Carlos. También en esos años se efectúan los trabajos de relleno del río Mapocho, lo que permite formar la Avenida Costanera y el Parque Balmaceda.



Frontis del Servicio de Oftalmología en 1940. Archivo Dr. R. Charlín



Sala del Carmen de Maternidad, cerca del 1950. Colección Museo Nacional de Medicina U. de Chile.



Frontis del Hospital del Salvador (1965). Colección Museo Nacional de Medicina U. de Chile.



Frontis del Hospital del Salvador después del terremoto de 1985. Archivo Dr. A. Uribe.

HOSPITAL DEL SALVADOR

El Hospital del Salvador fue fundado el 7 de Diciembre de 1871. Incluso su construcción fue anterior a la conformación de la comuna de Providencia.

El hospital se proyectó tras la preocupación del Estado, por la excesiva mortalidad infantil y las epidemias de viruela que afectaban periódicamente al país.

La superficie elegida fue un Solar de propiedad del Convento de la Merced, adquirido en 1870. El dinero empleado provino principalmente de la donación de los habitantes de Santiago.

Problemas económicos que enfrentaba el país postergaron su concreción y fue sólo en 1888 que se pudo diseñar un nuevo proyecto y cuatro años más tarde se autorizó la construcción, la cual fue dirigida por el Arquitecto Carlos Barroilet.

En su construcción se destaca la Cúpula de la Capilla, la cual sobresale majestuosamente, dándole un sello muy particular.

El Terremoto del año 1985, destruyó el frontis del Hospital. La restauración, en esa oportunidad, estuvo a cargo de la Municipalidad. Se conservó la fachada del proyecto original y se proclamó Monumento Nacional en 1986.

A partir del 22 de Agosto del 2002, el Servicio de Maternidad fue trasladado al Hospital Dr. Luis Tisné, ubicado en Peñalolén.



Patio interior ING. Archivo Personal

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

El ING es la evolución de lo que en los años '60 era el Hospicio de Santiago.

El Hospicio de Santiago, fue fundado en 1759, pero reconocido como tal a comienzos del siglo XIX. Anteriormente se le denominaba "Casa de Recogida".

Este Hospicio, como muchos otros que hubieron en nuestro país, funcionaban bajo la administración y cuidados de las ordenes religiosas. Se ubicaba originalmente en lo que es ahora, la calle Portugal y era atendido por las Hermanas de la Caridad.

La idea de tener estos "hospitales caritativos" era poder ocuparse de un segmento de la población que el Estado, ya sea por recursos o por desinterés, no se hacía cargo.

Las ancianos de esa época, sobre todo aquellos sin una condición social que asegurara cuidados personales en su hogar, quedaba a la deriva esperando a morir.



Vista del Hospital y terrenos del Geriátrico hacia el surponiente, con la antigua cúpula de fondo.
Archivo Dr. A. Uribe

Es allí cuando las instituciones de caridad acogían a estas personas.

Desgraciadamente se les reconocía un gran déficit en la capacidad. Los recursos nunca eran suficientes y el hacinamiento y malas condiciones de sanidad eran habituales.

Ya en 1803, Manuel de Salas, impulsa la creación del Hospicio de Santiago como tal, que *“recibiría a quienes no pudieran vivir de su trabajo por ancianidad o enfermedad y darles educación para que sean capaces de mantenerse”*. Este se mantuvo durante años con aportes privados y estatales)

Los terrenos e infraestructura que ocupara antes de 1968, el Hospital del Salvador, fueron cedidos para la atención médica del Hospicio de Santiago y ocho años más tarde, se le dio la nominación de Centro Geriátrico.

Fue en 1997, cuando se le reconoce y recibe el nombre de Instituto Nacional de Geriátria y cambia su clasificación de establecimiento tipo 3 a 2, según el SNSS

EN 1999, el ING, establecimiento único en su especialidad y de cobertura nacional, pasa a llamarse "Instituto Nacional de Geriátria, Presidente Eduardo Frei Montalva".

ANÁLISIS URBANO

CONTEXTO

El sector donde se situará el proyecto responde a la composición que deja la huella de los grandes solares pertenecientes a las congregaciones religiosas que se instalaron en Chile durante la colonia.

Estos extensos terrenos, con una expansión aproximada de 16 hectáreas (entre el HDS y el ING), permanecieron inmóviles desde el asentamiento de la comuna, ocupados en su totalidad por dependencias del HDS.

Lo que se percibe en el contexto urbano, hoy en día, es una especie de isla, conformada por estos terrenos, que se niegan a participar de la trama urbana y no se relacionan con su entorno más próximo. Esto se da con mayor énfasis en los deslindes del HDS por calle José Manuel Infante, la cual posee un carácter habitacional predominante, con comercio de menor escala.

Los límites del hospital y el geriátrico no dialogan con el barrio instaurado allí, y los cambios de escala son abrumantes.

El modelo, tipo claustro de las instalaciones del Hospital y su crecimiento poco ordenado hacia el exterior (calle José Manuel Infante con calle Dr. Hernán Alessandri), crearon una fachada residual hacia este sector, sin espacios de transición, de permanencia o de contemplación.

Sólo por Avenida Salvador y Avenida Rancagua, se entiende una buena proporción, dada en mayor parte por el generoso ancho de la vía, que permite cierta distancia y de la normativa que admite construcciones con una altura acorde a la del hospital.

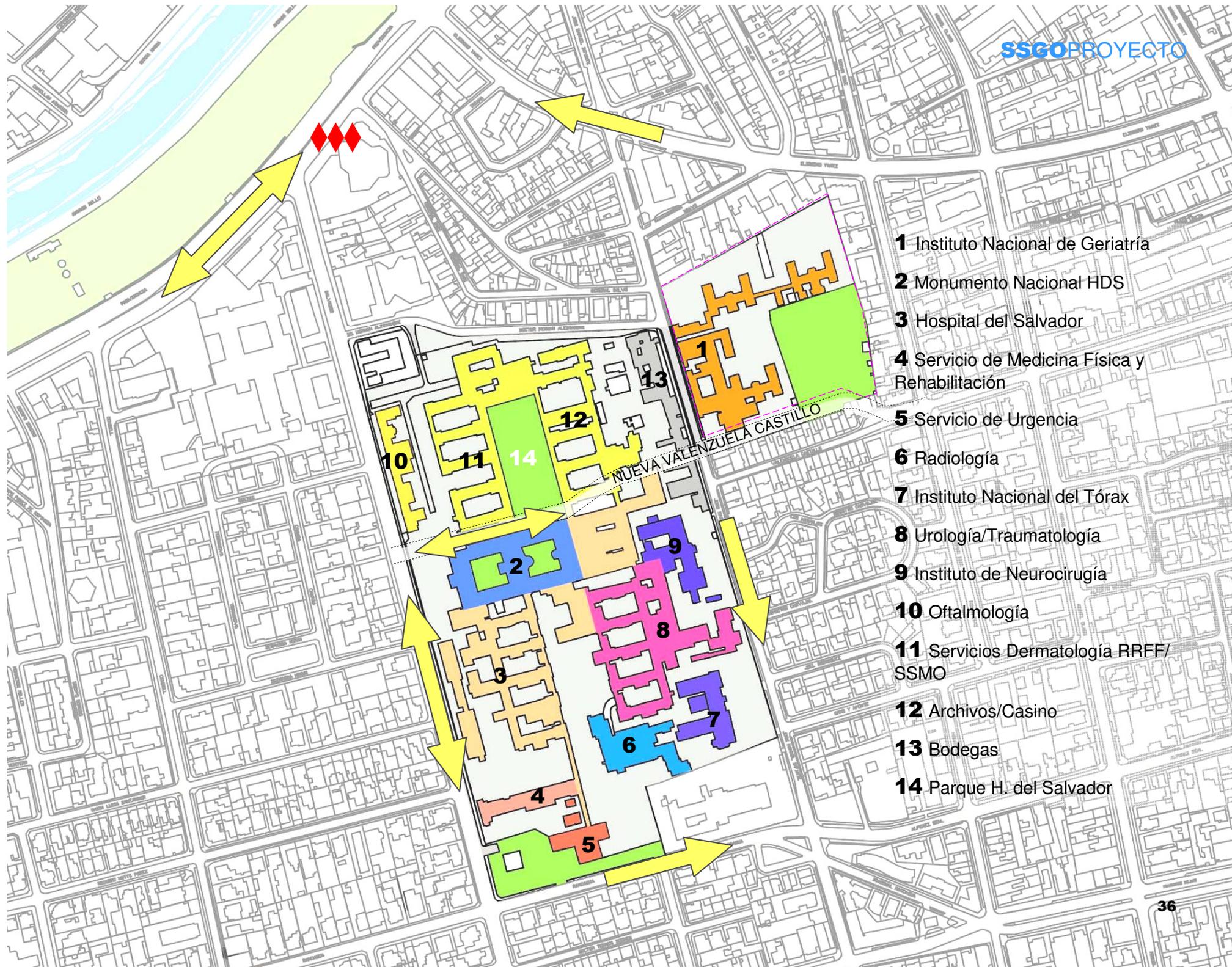
ESPACIOS PÚBLICOS

Los espacios públicos dentro de estos terrenos, son poco claros e indeterminados. Únicamente el Parque dentro del HDS, demuestra un carácter más definido de “plaza” pero, que a pesar de su gran valor patrimonial dado por la antigüedad de sus especies, no es aprovechado por la población aledaña. Los variados límites que produce esta sucesión de cuerpos edificados, hace dificultosa la percepción de esta área verde desde la visión del peatón.

CONEXIÓN

En el contexto más macro, la accesibilidad, tanto al HDS, como al Geriátrico, es substancial.

La Estación El Salvador, perteneciente a la línea 1 del metro de Santiago, brinda una conectividad con el resto de la ciudad. Además, Avenida Providencia, arteria principal de las conexiones del centro de la capital, se encuentra a sólo dos cuadras del sector en cuestión.



- 1** Instituto Nacional de Geriatria
- 2** Monumento Nacional HDS
- 3** Hospital del Salvador
- 4** Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
- 5** Servicio de Urgencia
- 6** Radiología
- 7** Instituto Nacional del Tórax
- 8** Urología/Traumatología
- 9** Instituto de Neurocirugía
- 10** Oftalmología
- 11** Servicios Dermatología RRF/SSMO
- 12** Archivos/Casino
- 13** Bodegas
- 14** Parque H. del Salvador



De izquierda a derecha: Vereda Oriente calle José Manuel Infante y terreno del ING arrendado para estacionamientos. En segunda foto se muestra el actual perfil de la calle. Archivo personal



Casas ubicadas en calle Valenzuela Castillo al costado sur del ING. Archivo Personal

Avenida Salvador proporciona una conectividad norte – sur, mientras que Rancagua y calle José Miguel Infante proporciona una alternativa vial al transporte particular.

Sin embargo, es evidente el corte a la trama urbana que generan estos terrenos. Aparte de no permitir la continuidad de las calles, sobretodo de oriente-poniente, no concede senderos peatonales que faciliten el traslado. Está constituido en un murallón deslucido e impenetrable.

NORMATIVA Y EXPROPIACIÓN

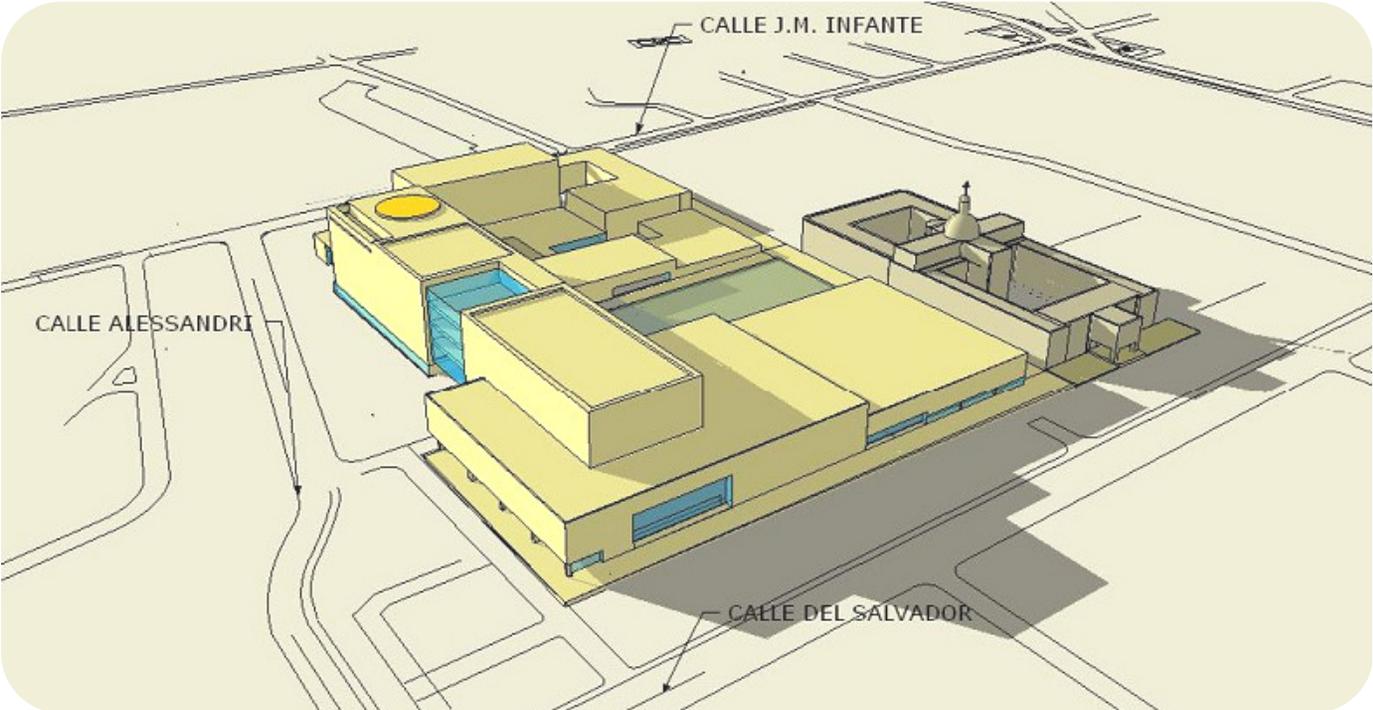
El Plan Regulador de Providencia establece futuras modificaciones a los terrenos del HDS. Principalmente expropiaciones de las líneas oficiales que generen mayor ancho de calle y mejores veredas, cambiando los perfiles de calle.

Norte: Calle Dr. Hernán Alessandri
Ancho 10 mts. (calle de servicio)
Oriente Calle José Manuel Infante
Ancho 20 mts. (troncal intercomunal)
Sur: Calle Rancagua
Ancho 25 mts. (troncal intercomunal)
Poniente: Calle Salvador
ancho 25 mts (colectora intercomunal)

De la normativa existente el el PRC de Providencia, del año 2007, es posible extraer puntos importantes a considerar para la regulación de este sector y en para el diseño de mi propuesta.

**ZEMol; Zona de Equipamiento Metropolitano o Intercomunal
Corresponde a HDS, Av. Salvador 364
Hospital Geriátrico, José Manuel Infante 368-472**

- Art. 3.3.4. Estas Zonas tendrán un **coeficiente de ocupación del suelo de 0,40 y hasta 5 pisos de altura.**
- El **coeficiente de Constructibilidad Normado es de 1.20** en edificaciones aisladas.
- Art. 4.2.09 y 4.2.22. **Los espacios libres a nivel de terreno** (antejardines, distanciamientos, etc.) **deberán tener el carácter y tratamiento de jardines.**
En construcciones de hasta 3 pisos **se podrá pavimentar hasta un 30% del espacio no edificado.**
Se respetara un área de 1.50 mts. de ancho que bordea los medianeros, libre de pavimentos y destinada a jardines
- Art.2.2.03.La calle José Manuel Infante, entre Dr. Alessandri y Nueva Valenzuela Castillo tendrá un ensanche de 6,70 mt. en el frente poniente y 7,00 mt. en frente oriente
- Art. 2.6.3. de la OGUC. **Dos estacionamientos cada consulta.**



Vista Volumétrica del Partido general propuesto por el SSMO. Gentileza Arq. Pedro Martínez SSMO

PROYECTO DE REPOSICION DEL HDS

La reposición y mejoramiento de las antiguas instalaciones del HDS, han sido evaluadas en numerosas ocasiones.

El ultimo proyecto de Reposición del Hospital y Geriátrico se propuso en el año 2008, bajo la intención del pasado gobierno, de integrar iniciativas y desafíos que enfrentaba el sector público de salud antes del terremoto.

La idea era contar con nuevas y modernas instalaciones y equipamiento de ultima generación, abandonando así, las antiguas dependencias y ocupar la zona norte del actual terreno (entre calles Dr. Alessandri y Nueva Valenzuela castillo).

Como había expuesto anteriormente, el proyecto fue pospuesto en su etapa de licitación de construcción . El diseño había sido adjudicado a la oficina de arquitectura Hildebrandt y Asociados, y tenia fecha de funcionamiento para inicios del año 2014.

Cabe mencionar además, que el proyecto modificaba el PRC, provocando la generación de un seccional para la zona. Esto se debe principalmente, a la gran ocupación que tendría la construcción en el terreno y altura. Además de desvincular la calle nueva Valenzuela Castillo, desplazándola al sur del edificio Monumento.

A modo personal creo que el nuevo edificio hubiera brindado una mejora sustentable en los servicios de atención publica de salud, que ha sido postergada por tantos años.

Sin embargo, la integración del ING al complejo de salud interferiría con la independencia de conformar un proyecto integral y ejemplificador de atención geriátrica.

Un nuevo edificio geriátrico debería ser tomado como un proyecto en si, con un carácter diferenciador del resto de las atenciones del Hospital. Dando énfasis no sólo a las instalaciones interiores sino que armar todo una conexión con el resto de la comunidad, sin perder, obviamente, un buen enlace con el HDS.

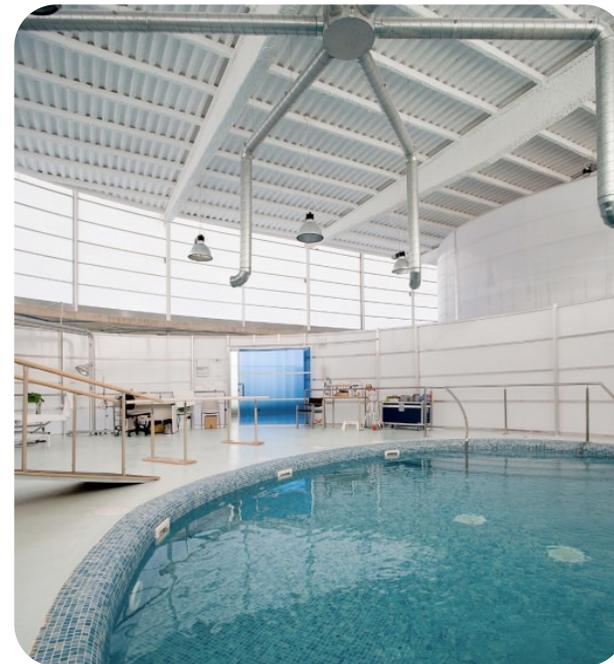
Si bien, se deben mejorar la prestación de los servicios, optimizando los recursos, también se deben aprovechar ciertas condiciones que el terreno brinda.

Me parece que la idea de concentrar todas las reparticiones de salud en un solo “mega” edificio”, a pesar de la validez que me merece, dista mucho del carácter mas disperso que siempre ha caracterizado al Hospital.

La ubicación privilegiada del terreno, su accesibilidad y la condición de comuna “jardín” de Providencia, dan las condiciones para un proyecto de “Campus de Salud” o sea, que el Hospital funcione en un entorno saludable y natural., que en vez de concentrarse, sea fiel a su desarrollo disperso, pero con instalaciones modernas, se localice dentro del terreno generando verdaderas áreas verdes de carácter publico y que se abra en conexiones a la ciudad y al barrio.



Geriátrico Santa Rita, Manuel Ocaña, España



REFERENTE INTERNACIONAL

GERIATRICO SANTA RITA, MANUEL OCAÑA, ESPAÑA

El proyecto del arquitecto Manuel Ocaña, representa una arquitectura con visión moderna y renovadora de cómo se debería entregar atención a los usuarios de la tercera edad.

En un terreno de 6000 m² se planteó un edificio de una sola planta destinado a atender y ser residencia de adultos mayores. El programa cuenta con habitaciones, comedor, atención clínica y terapéutica, pero, por sobre todo, se dedica a entregar áreas de descanso y reunión, ya sea entre los mismos usuarios, como con sus visitas.

La idea principal era construir un centro geriátrico que no parezca un hospital, sin pasillos, sin barreras arquitectónicas, en una sola planta. En el que todas las habitaciones tengan acceso directo desde, y hacia, un gran jardín-lobby. Además de acceso directo hacia, y desde, las zonas comunes.

Es un espacio abierto, interconectado, fluido, plano y poco habitual, que alberga usos de programa y circulación a la vez.

Recorrer el edificio significa atravesar el mismo espacio, no pasar de un espacio a otro por puertas o corredores. Es un espacio único, donde se puede ir de A a B sin hacer necesariamente el mismo recorrido. Pero, además, el espacio-circulación es poli-atmosférico y se proyecta como un espacio de sucesos que pueda excitar los sentidos y paliar la desorientación y el tedio espacial que se puede tener en un Centro Geriátrico.

Pero lo más destacable es que se consigue mejorar el ambiente de los usuarios desde un sentido centrífugo de la arquitectura. Es decir una arquitectura donde el usuario es actor y no mero espectador.

5

PROPUESTA

CRITERIOS PRINCIPALES

Para mi proyecto de título propongo un Servicio de Salud Geriátrico que entregue atención especializada e integral de salud a la población mayor, basado en el modelo de atención geriátrica que brindaba el ING.

Los lineamientos básicos de su desarrollo y diseño los individualizo en los siguientes puntos:

1. Su diseño buscará entregar estímulos cognitivos, espacios lúdicos, que generen bienestar emocional y psicológico para el mejoramiento de enfermedades físicas.

Reconociendo a la vejez y el consiguiente deterioro del cuerpo como una etapa normal de la vida y que no se transforme en una larga enfermedad invalidante física y mentalmente.

Darle al AM un ambiente que demuestre la valoración que se merece.

2. El proyecto como “articulador de las relaciones entre el AM y la comunidad”.

Aprovechando las dimensiones del terreno del ING, de la expropiación que lo localiza en un perfil de esquina y de la normativa

municipal que favorece la instalación de áreas naturales, es que la propuesta se abrirá a la comunidad, entregándole espacios públicos de calidad, acercándolos al conocimiento de las actividades del AM.

3. Vinculación con el HDS y futuros proyectos de Reposición.

Se propone la construcción de otros edificios dentro del terreno que satisfagan la demanda de servicios clínicos del Hospital y del futuro proyecto de Reposición.

Estos sólo serán planteados y su gestión se basaría en el modelo de concesión de hospitales para las etapas de construcción, servicios y administración de equipos e instalaciones. Ayudando así, al autofinanciamiento del proyecto.

4. La consideración de los requerimientos de un recinto de salud. Sobre todo porque atiende a paciente con habilidades reducidas.

Conforme a la necesidad de entregar espacios seguros, accesibles y amigables al usuario, el diseño brindará la flexibilidad a los cambios programáticos, propios de un recinto de este tipo.

PARTIDO GENERAL

El partido General surge de la idea de que sea un “**articulador de las relaciones entre el adulto mayor y la comunidad**”. De acuerdo a las actuales Políticas Nacionales para la Inserción y Valoración del AM en la Comunidad, es necesario entregar un proyecto que ampare estos preceptos.

Las ideas básicas para la ocupación del terreno y su conexión con el HDS y el barrio son:

- Vincular Actividades recíprocas entre el SSGO y el HDS

Mi proyecto a desarrollar es el SSGO, pero quiero dejar planteada la inclusión de 2 edificios destinados a optimizar la relación con el Hospital.

Un edificio de Laboratorio y uno de Imagenología, son requeridos por el Complejo de Salud, ya que su infraestructura y equipamiento se encuentra en deficiente estado o son inexistentes.

Con esto se aprovecha al máximo las dimensiones que otorga el terreno y la constructibilidad en él.

-Relacionar el proyecto con el entorno a través de áreas verdes

Los espacios naturales logran “amortiguar” las distintas escalas que se presentan entre el sector habitacional, el proyecto y el HDS. Además se minorizan los ruidos producidos en las calles colindantes, tomando distancia de éstas y asegurando un confort al interior del edificio.

-Conexión con el peatón y realce del carácter público

Propongo conectar el terreno con otras áreas del HDS y el barrio en general, con senderos peatonales que lo crucen y faciliten el tránsito.

Acercar a la comunidad abriendo los espacios, dándoles carácter público, procurando áreas de estancia y de encuentro, que acerquen la comunidad con el AM. Que las actividades que ocurran en su interior no sean escondidas, como lo eran hasta ahora y que se muestre a la vejez como algo que hay que vivir y no ocultar.

GESTIÓN Y FINANCIAMIENTO

El SSGO entregará atención médica a los usuarios del sistema público y privado del sector oriente. Sin embargo y como ha ocurrido hasta ahora, los pacientes de otros sectores pueden ser atendidos a través de una interconsulta.

Los presupuestos con que cuenta el proyecto son sectoriales, correspondientes al Ministerio de Salud. Por lo general, para Centros de Salud de Mediana Complejidad, (como en este caso) se dispone alrededor de 40 UF/m².

Desafortunadamente, como ya se ha visto, los presupuestos para este sector se han visto drásticamente redireccionados a mitigar los efectos del terremoto pasado en la zona centro-sur del país.

Para enfrentar este tipo de situaciones es necesario avanzar en soluciones rápidas y concretas, sobre todo en salud, que es un sector neurálgico en el funcionamiento y desarrollo de una nación.

Por esto y para lograr la realización del proyecto es que planteo la **concesión de la construcción, operación y mantención del proyecto**, poniendo en claro que los **servicios clínicos continuarán siendo entregados por el sistema público**. Todo esto bajo la norma actual que rige a las concesiones hospitalarias.

Los equipos, sistemas y materiales que se utilizan, sobretodo en los edificios de Laboratorio e Imagenología, son de una complejidad y costo muy altos y que además tienen que ser renovados rápidamente según la tecnología.

Asegurando que este tipo prestaciones médicas, se eviten problemas como la del endeudamiento del sistema publico con el privado por el no pago de la asistencias que se hicieron en esta área, bajo la llamado “garantía de oportunidad” establecido por el AUGE y que garantiza la prestación de servicios derivando paciente que no pueden ser atendidos por falta de equipamiento, al sector privado.

Solo por este ítem, el Estado debe a las clínicas y hospitales privados más de \$10 mil millones de pesos hasta Junio de este año.

Quiero dejar en claro que la gestión clínica, ósea, los trabajadores de la salud, seguirán siendo parte del sistema publico, tras la figura del Ministerio de Salud, pero los servicios como de alimentación a pacientes y trabajares, vigilancia, aseo, materiales clínicos, equipos y otros se financiaran con este modelo económico.

Esta gestión de concesiones ha sido muy exitosa en España e Inglaterra, disminuyendo los costos de las prestaciones de servicios y del endeudamiento del sistema público de salud.

Los profesionales, en nuestro país, sobretodo los ligados a la docencia y al servicio de atención pública, ven con malos ojos la privatización de la atención profesional médica, por tanto no se ha podido lograr una política de concesiones respecto a este tema.

La concesión no es solo una fuente de recursos, sino un nuevo modelo para asignar la gestión de activos a largo plazo, con eficiencia y calidad garantizada. Sin embargo, la interpretación de la atención médica humana, cuantificada como un simple recurso económico, es uno de los grandes reparos que comparto con los profesionales de la salud.

La clave en una concesión de servicios, es contar con contratos que se basen en la adecuada asignación de los riesgos en cada una de las etapas del proyecto.

Además de esto me gustaría plantear la inclusión de locales de apoyo, como farmacias, ópticas, cafeterías, etc., de manera de entregar una gama de prestaciones que potencien la relación con el HDS y con la comunidad en general.

Éstas , a través de licitación, servirían además para financiar la mantención de las áreas verdes y necesidades del proyecto en el tiempo.



ESQUEMA PROGRAMATICO DEL SSGO

PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

El programa esta basado en el modelo de atención que intentaba entregar el Instituto Nacional de Geriátria.

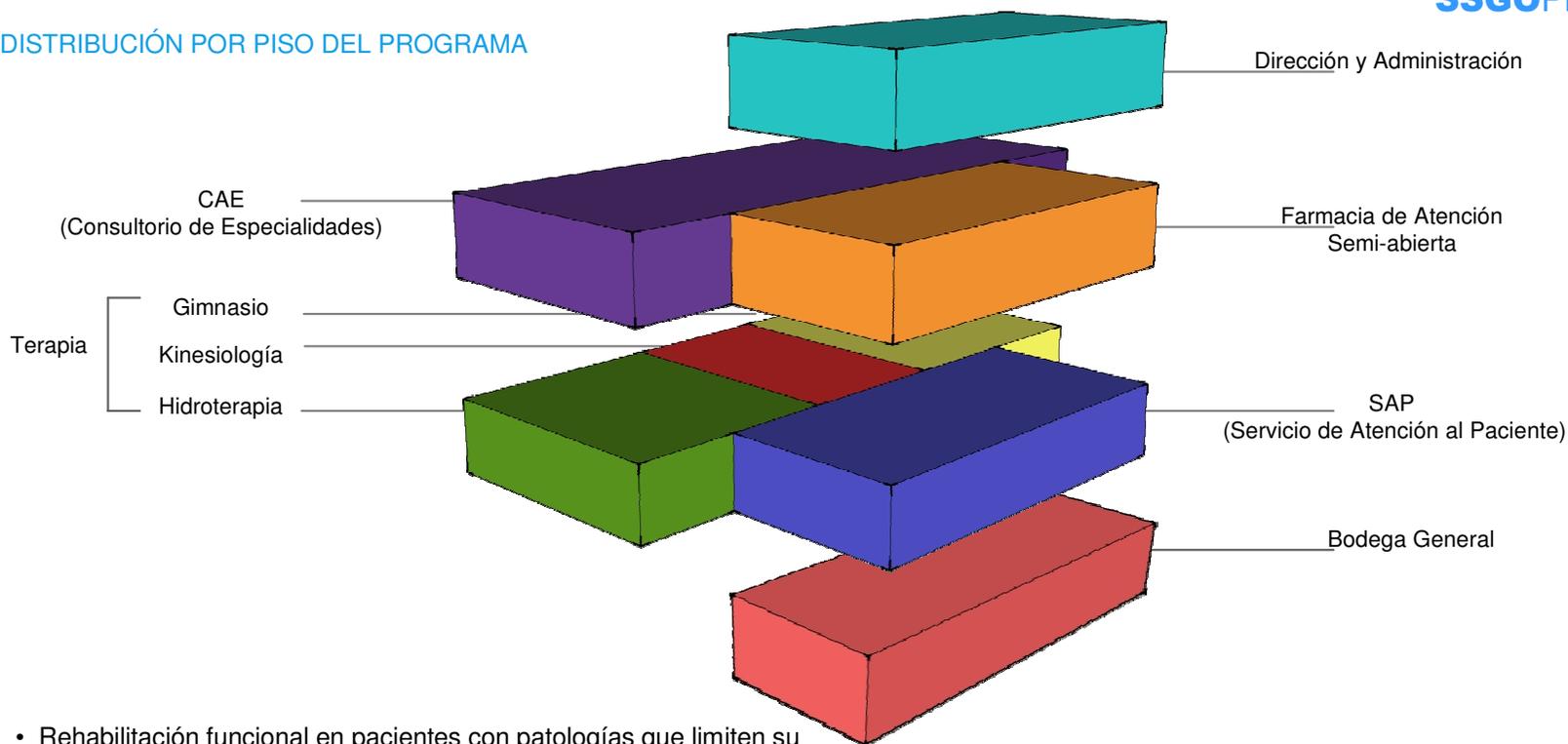
Principalmente está basado en tres grandes áreas de atención

CAE, Consultorio Adosado de Especialidades. Está destinado a la atención de pacientes adultos mayores de 60 años ambulatorios, con pérdida de funcionalidad o en riesgo de perderla, de forma que la atención oportuna permita recuperar las capacidades perdidas en un corto período de tiempo.

El Consultorio Adosado de Especialidades consta de una unidad de evaluación geriátrica integral; la cual es la primera consulta que se debe tener al ingresar al SSGO. Tras la derivación, si correspondiese, se encuentran las otras unidades de atención medica más especializada en patología geriátricas, tales como Trastorno de la Marcha, Geroincoteinencia, Alivio de Dolor, Psicogeriatría, Parkinson, etc.

El Hospital de Día, esta orientado a la atención ambulatoria de pacientes adultos mayores, derivados por un médico del CAE, cuyos criterios de inclusión son:

DISTRIBUCIÓN POR PISO DEL PROGRAMA



- Rehabilitación funcional en pacientes con patologías que limiten su funcionalidad, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, o que presenten trastorno de la marcha o caídas frecuentes.
- Riesgo de complicación de síndromes geriátricos en pacientes con accidente vascular antiguo o reciente.
- Mantenimiento de las capacidades remanentes: síndromes neurológicos, ACV secueledos, patología osteoarticular secueleda.

Con este fin se realiza terapia y rehabilitación personal o grupal, en talleres o a través de gimnasia, de acuerdo a las necesidades y capacidades del paciente.

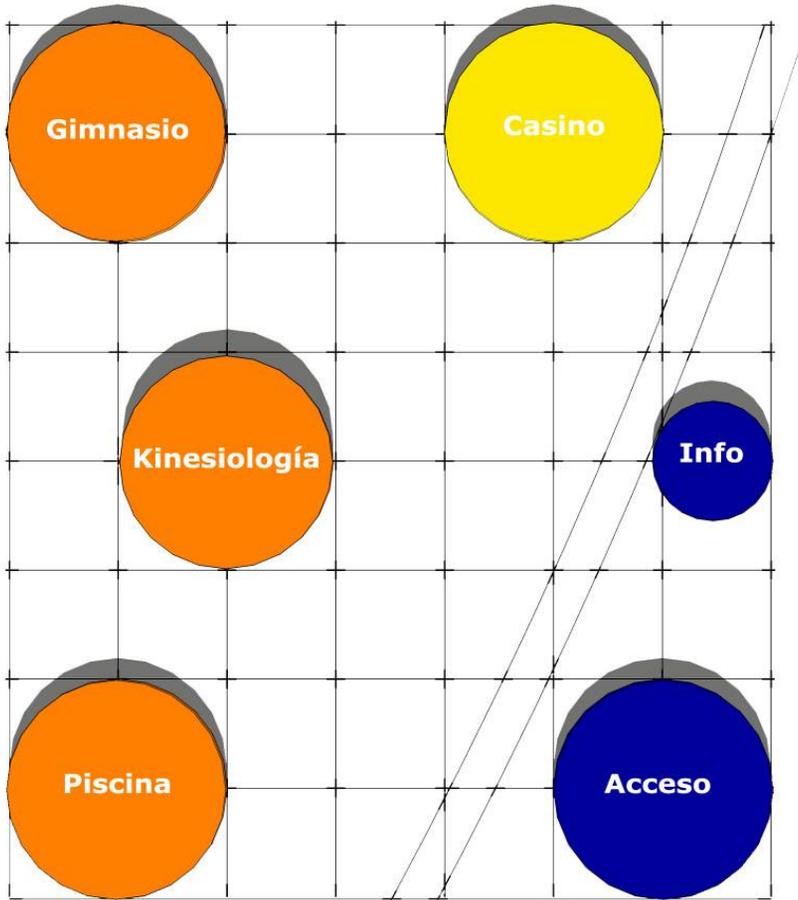
El Servicio de Salud se enfocará en entregar una evaluación geriátrica integral, dando énfasis al tratamiento de enfermedades físicas y mentales para lograr la capacidad que el paciente tiene mermada o ha perdido y conseguir reinsertarlo así, a sus actividades cotidianas.

Sin embargo, no integro un área de hospitalización en el proyecto por las siguientes razones:

- El Servicio de Salud Nacional dispone de cierta categorización para los servicios de salud, dependiendo de su atención y complejidad. El proyecto se basa en un Sistema de Atención Abierta Tipo 2, Ambulatoria.
- La hospitalización del área geriátrica se encuentra en estos momentos en el Hospital El Salvador y probablemente, con la conclusión del proyecto de Reposición del Hospital, permanecerá allá.
- La última pero la que personalmente considero la mas importante, es la idea de consolidar el proyecto como espacio de revitalización, en la que todos los esfuerzos están enfocados en otorgar espacios confortables y lúdicos para promover el bienestar de los pacientes.

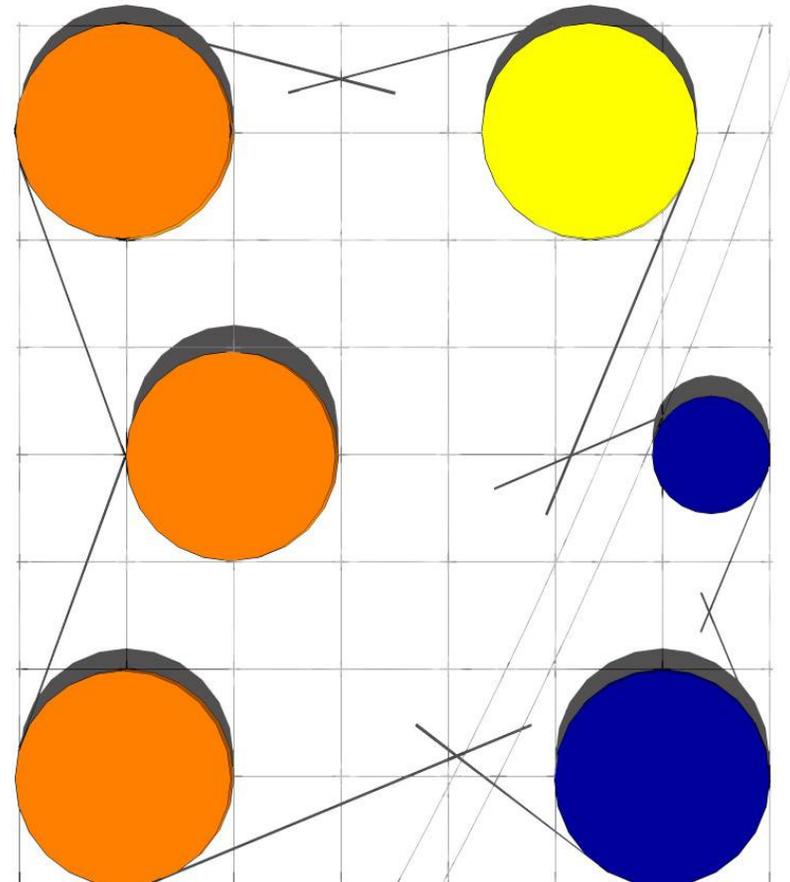
A continuación adjunto el Programa Arquitectónico del Servicio de Salud Geriátrico Oriente:

ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA

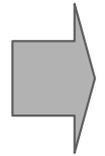


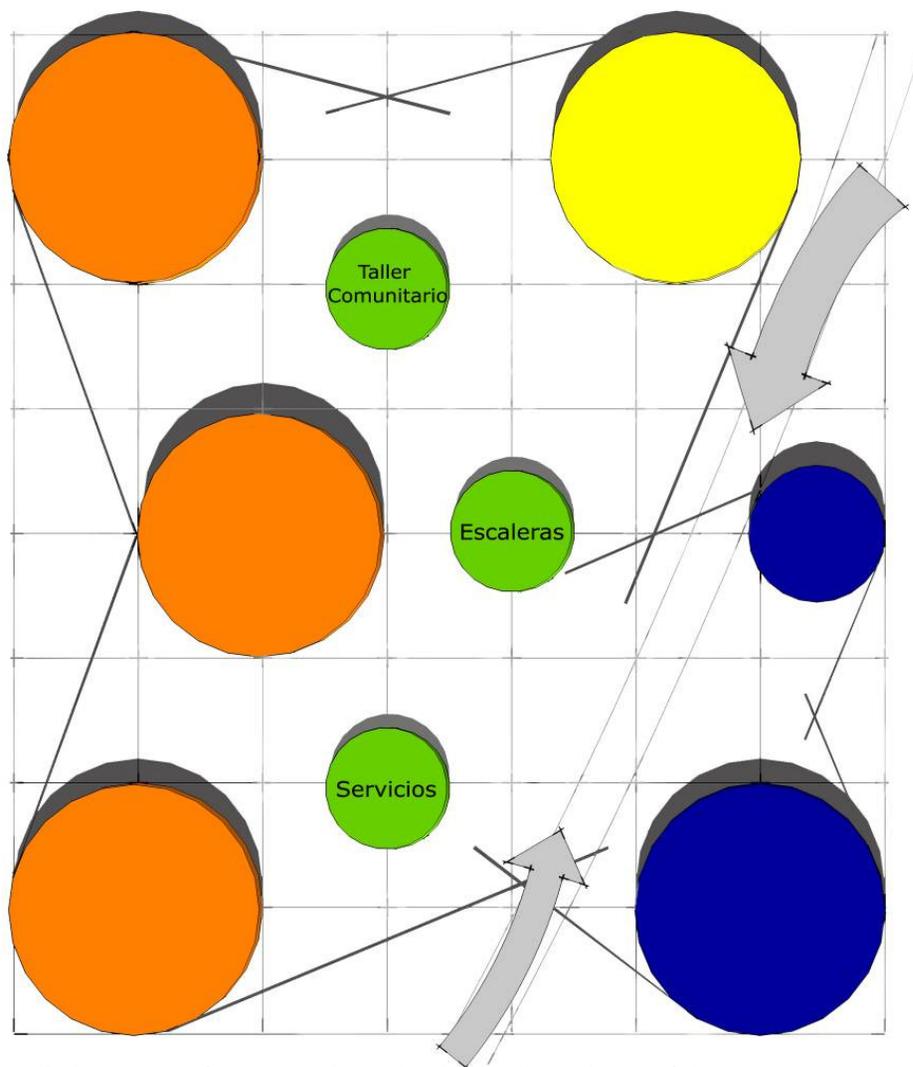
1. Compongo una trama de dimensiones adecuadas en la que el edificio contenga el programa antes mostrado e integre la calle peatonal que traspasa el proyecto.

Ubico y distribuyo las principales áreas de atención del primer nivel, antes identificadas, según los requerimientos de los usuarios y el funcionamiento médico interno.



2. Tras la disposición de las áreas en el primer nivel, configuro el perímetro resultante de la distribución del programa. La resultante configurará una arquitectura más sinuosa en los extremos, que lo relaciona con el entorno más orgánico de las áreas verdes y que da flexibilidad a la composición del recinto.





3. Integro un área central, en donde distribuyo los 3 núcleos centrales: servicios, escaleras y taller comunitario.

Propongo un acceso doble que permita tanto la aproximación desde el metro (Calle Providencia) y por calle Nueva Valenzuela Castillo, para la aproximación en vehículo particular, colectivo o taxis.

El edificio nace de la necesidad de relacionar de mejor forma el programa con las solicitudes especiales que tiene un recinto de esta naturaleza y de la propuesta personal de enfocar la atención médica en conseguir el bienestar emocional y psicológico del AM.

La posibilidad de trabajar con curvas me evocan dos conceptos. En primer lugar, la idea de continuidad, conceptualizado en la prolongación de la vida que no se pierde en la vejez. En segundo lugar las curvas, poseen formas seductoras, atractivas que inducen a la generación de espacios lúdicos y de estímulos para el AM.

Este tipo de configuración espacial, reflejada en el interior del edificio permite un mejor reconocimiento del espacio inmediato por parte del usuario. La amabilidad de las formas, admite prescindir de aristas o dimensiones que dificulten el desplazamiento, sobretodo de personas en sillas de ruedas.

A continuación detallo el programa médico arquitectónico del SSGO

PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO Y DE RECINTOS TÉCNICOS

SSGO Servicio de Salud Geriátrico Oriente

Unidad	Área	Cantidad de Recintos	m2 por Recinto	Subtotal m2
A	ATENCIÓN ABIERTA			
A1	Servicio de Atención al Paciente en Acceso (SAP)			
	Sala de Espera General	1	60	60
	Módulo Recepción/ Orientación	2	8	16
	Módulo de Venta de Bonos y Caja	3	4	12
	Módulo General SOME	1	12	12
	Oficina Jefatura SAP	1	12	12
	Módulo OIRS	1	8	8
	Oficina Asistente Social	1	12	12
	Baños Públicos Femeninos	5	4	20
	Baños Públicos Femeninos Discapacitados	1	3	3
	Baños Públicos Masculinos	5	4	20
	Baños Públicos Masculinos Discapacitados	1	4	4
	Baños Personal	2	3	6
	Área de sillas de Ruedas, bastones y Andadores	1	16	16
	Bodega Carro y Artículos de Aseo	1	4	4
	Kitchenne	1	5	5
				210
B	APOYO TERAPÉUTICO			
B1	Medicina Física, Rehabilitación y Terapia Ocupacional			
	Sala de Recepción y Espera	1	60	60
	Estación de Sillas de Ruedas	1	16	16
	ÁREA MEDICA			
	Modulo de Atención SOME	1	10	10
	Sala de Espera	1	20	20
	Boxes de Kinesioterapia	8	12	96
	ÁREA GIMNASIO			
	Modulo de Atención SOME	1	10	10
	Sala de Espera	1	20	20
	Gimnasio con Máquinas	1	60	60
	Gimnasio con Colchonetas	1	60	60
	Gimnasio de área libre	1	50	50
	Taller de Ejercicios Terapéuticos	1	30	30
	Taller de trabajo exterior (sector parque)	1	60	60

ÁREA HIDROTERAPIA				
	Modulo de Atención SOME	1	10	10
	Sala de Espera	1	20	20
	Hidroterapia Grupal	1	40	40
	Piscina de Hidroterapia en Altura	1	15	15
	Piscina de Hidroterapia Menor	1	20	20
	Sala de baños de Parafina	1	12	12
ÁREA TALLERES				
	Taller de Charlas Comunitarias	1	40	40
	Taller Múltiple de Terapia Ocupacional	1	30	30
	Taller Múltiple de Terapia Familiar	1	30	30
ÁREA de APOYO				
	Oficina Médico jefe	1	12	12
	Oficina Instructor Jefe de Actividades	2	10	20
	Vestuario Pacientes Femenino Gimnasio	1	40	40
	Vestuario Pacientes Masculino Gimnasio	1	40	40
	Baños Pacientes Femenino Gimnasio	3	2	6
	Baños Pacientes Masculino Gimnasio	3	2	6
	Vestuario Personal Médico c/baño Gimnasio	2	8	16
	Vestuario Pacientes Femenino Hidroterapia	1	40	40
	Vestuario Pacientes Masculino Hidroterapia	1	40	40
	Baños Pacientes Femenino Hidroterapia	3	2	6
	Baños Pacientes Masculino Hidroterapia	3	2	6
	Vestuario Personal Médico c/baño Hidroterapia	2	3	6
	Bodegas de Equipos	1	20	20
	Bodega de Carros de Aseo	1	3	3
				970
C	Consultorio Adosado de Especialidad (CAE)			
C1	Evaluación Multiprofesional			
	Sala de Recepción y Espera	1	40	40
	Modulo de Atención SOME	1	10	10
ÁREA MEDICA				
	Box Consulta Médica	8	12	96
	Sala de Estabilización (en caso de Urgencias)	1	20	20
ÁREA de APOYO				
	Baños Pacientes Varones	1	4	4
	Baños Pacientes Mujeres	1	4	4
	Bodega Carros de Aseo	1	2	2
	Bodega Insumos Médicos	1	3	3
				179

C2	Unidades de Tratamiento			
	Sala de Recepción y Espera	2	80	160
	Modulo de Atención SOME	2	10	20
	Baños Pacientes Mujeres	6	5	30
	Baños Pacientes Varones	6	5	30
	ÁREA MEDICA			
	Sala de Entrevistas Familiares	1	16	16
C2.1	UN. DE TRATAMIENTO AVANZADO DE HERIDAS			
	Box de Consultas Médicas y Procedimiento (baño y ducha)	2	24	48
	Box Consulta Enfermería	1	12	12
C2.2	UN. DE TRASTORNO DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA			
	Box Consulta Médica	3	12	36
	Sala de Rehabilitación Especializada Multipropósito	1	25	25
C2.3	UN. DE GEROINCONTINENCIA			
	Box Consulta Médica Y Matrona (c/baño)	1	18	18
	Box Procedimiento Coloproctológico (c/baño)	2	18	36
	Box Procedimiento Ginecológico (c/baño)	1	18	18
C2.4	UN. DE PSICOGERIATRÍA			
	Box Consulta Multiprofesional	1	12	12
	Box Consulta Neuropsicólogo	1	12	12
	Box Psicológico Clínico	2	12	24
	Sala de Estimulación Cognitiva	1	24	24
	Sala de Estímulos Ambientales	1	18	18
	Sala de Terapia Grupal	1	40	40
C2.5	UN. DE NUTRICIÓN			
	Box Consulta Multiprofesional	2	12	24
	Box Consulta Trastorno de la Deglución	1	12	12
	Sala de Rehabilitación Especializada en deglución (c/baño)	1	18	18
C2.6	UN. DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL PESO			
	Box Consulta Nutricionista	2	12	24
	Sala de Rehabilitación Especializada en Trastorno (c/baño)	1	18	18
C2.7	UN. DE REHABILITACIÓN DEL PARKINSON			
	Box Consulta Médica	2	12	24
	Sala de Rehabilitación Especializada en Parkinson	2	12	24
C2.8	UN. DE PSICOGERIATRÍA			
	Box Consulta Multiprofesional	1	12	12
	Box Consulta Neuropsicólogo	1	12	12
	Box Psicológico Clínico	2	12	24
	Sala de Estimulación Cognitiva	1	24	24
	Sala de Estímulos Ambientales	1	18	18
	Sala de Terapia Grupal	1	40	40

C2.9	UN. DE ALZAHIMER			
	Box Consulta Psicólogo	3	12	36
	Box Consulta Médica	1	12	12
	Sala de Estimulación Cognitiva	1	24	24
	ÁREA de APOYO			
	Oficina Coordinadores de Áreas	5	12	60
	Sala de Reuniones Clínicas	1	24	24
	Estar Personal	1	48	48
	Kitchenne	1	6	6
	Baños Personal Mujeres	5	3	15
	Baños Personal Varones	5	3	15
	Bodega Carros de Aseo	2	3	6
				1099
D	ABASTECIMIENTO E INSUMOS			
D1	Administración Centralizada			
	Sala de Recepción	1	18	18
	Modulo Secretaria Recepción	1	8	8
	Bodega de Archivos	1	3	3
	Oficina Jefe Administrativo c/baño	1	16	16
	Sala de Reuniones	1	20	20
D2	Farmacia de Atención Semi-abierta			
	Área de Entrega de Medicamentos a Pacientes	1	20	20
	Modulo Secretaria Recepción	1	8	8
	Oficina Jefe Farmacéutico	1	12	12
	Sala Preparación y Dispensación de Dosis c/lavamanos	1	25	25
	Sala de Refrigeración	1	3	3
	Bodega Transitoria	1	18	18
	Área de Carros de Transporte	1	6	6
	Baño Personal Femenino	1	3	3
	Baño Personal Masculino	1	3	3
	Kitchenne	1	6	6
D3	Bodega Centralizada			
	Oficina Jefe de Bodega	1	12	12
	Secretaria y Recepción	1	10	10
	Bodega de Medicamentos	1	25	25
	Bodega de Insumos Clínicos	1	20	20
	Bodega de Insumos No Clínicos (Materiales de Escritorio y otros)	1	35	35
	Despacho y Reposición	1	12	12
	Baño Personal	2	3	6
	Área de Carros de Transporte	1	6	6
				295

E	ADMINISTRACIÓN Y SOPORTE			
E1	Dirección			
	Sala de Espera	1	20	20
	Modulo Secretaria Recepción	1	8	8
	Oficina de Partes (Despacho y Archivo)	1	18	18
	Oficina Director c/baño	1	24	24
	Sala de Reuniones Generales	1	30	30
	Oficina Subdirector de Administración	1	16	16
	Oficina Subdirector Médico	1	16	16
	Oficina Subdirector de Enfermería	1	16	16
	Oficina Subdirector de Investigación y Docencia	1	16	16
	Sala de Impresión y Fotocopiado	1	8	8
	Oficina Jefe de Contabilidad	1	12	12
	Oficina Jefe de Recursos Humanos	1	12	12
	Oficina Jefe de Calidad y Epidemiología	1	12	12
	Estaciones de Trabajo	6	3	18
	Bodega de Archivos	1	4	4
	Baño Personal Femenino	3	3	9
	Baño Personal Masculino	3	3	9
	Kitchenne	1	4	4
	Cafetería	1	25	25
E2	Investigación y Docencia			
	Modulo Secretaria Recepción	1	8	8
	Oficina Subdirector de Investigación y Docencia	1	16	16
	Biblioteca	1	20	20
E3	Soporte			
	Sala Ropa Sucia (para retirar)	1	10	10
	Sala Ropa limpia (Uniformes)	1	24	24
	Baños Personal Femenino c/ducha	4	3	12
	Baños Personal Masculino c/ducha	4	3	12
	Vestidores Femeninos	6	2	12
	Vestidores Masculinos	6	2	12
	Área de Casilleros	60	0,2	12
	Sala de Basuras	1	10	10
				425
E4	Equipos y Maquinas			
	Sala de Bombas	1	20	20
	Grupo Electrógeno	1	16	16
	Sistema de Climatización Central	1	40	40
				76
	SUBTOTAL			3254
	SUBTOTAL + 40% muros y circulaciones			4556
	Estacionamientos 74 * 12.5 m2			925
	TOTAL			5481

REQUERIMIENTOS DE DISEÑO

De acuerdo a lo planteado en el ítem anterior, es preciso exponer brevemente algunas consideraciones al momento de diseñar un recinto de estas condiciones.

DISEÑO HOSPITALARIO

El funcionamiento de un centro hospitalario, sus particulares dinámicas internas y sus específicos requerimientos sanitarios, nos colocan como arquitectos, ante el reto de encontrar las soluciones más adecuadas a dichos problemas. Un hospital, centro de Salud, Servicio de Urgencia, etc., no es una estructura arquitectónica cualquiera, y necesita ser pensada desde la consideración de las necesidades de la actividad médica.

Profundizo en los aspectos que todo arquitecto debe tener en cuenta a la hora de diseñar un centro hospitalario. Así, de manera de generar conciencia de la planificación integral de un hospital desde todas sus perspectivas: entidad arquitectónica y técnica, espacio de la práctica médica y centro de gestión.

Por las razones antes expuestas, es ineludible incluir dentro de las determinantes del diseño arquitectónico aspectos de mitigación para reducir los efectos que pueden generar fenómenos naturales, como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc., situaciones que en nuestro país pueden ocurrir con mayor frecuencia y que pueden condicionar el funcionamiento del servicio de salud.

En mi experiencia de practica profesional, participando en la construcción del la Reposición del Servicio de Urgencias del Hospital de carabineros, pude apreciar, por ejemplo, la importancia de un diseño antisísmico o que sea capaz de absorber las sollicitaciones frente a estos movimientos, asegura el servicio de atención hospitalario luego del siniestro.

- La **climatización** en un recito de salud, además de brindar confort interior, debe ventilar de manera eficiente para evitar la dispersión de patógenos al interior del recinto. Entre los sistemas a contemplar están:
 - Sistema de Aire Acondicionado y Calefacción
 - Sistema de Ventilación.
 - Generación de Agua Caliente Sanitaria.
 - Sistema de Extracción.
 - Sistema de Aire Acondicionado para Antesala y Salas de Procedimientos Avanzados diferenciados del resto (en el caso de existir en un proyecto hospitalario)

Como arquitectos debemos procurar generar un diseño que contemple el espacio necesario para incluir las instalaciones y equipos para este fin.

Las **Circulaciones** son un sistema fundamental, una malla tridimensional que ordena y cualifica la organización funcional de todo el Recinto de Salud.

Cada una de ellas son de uso exclusivo, evitando la relación y el cruce entre pacientes hospitalizados y personal médico o de enfermería con el público, visitantes o pacientes ambulatorios

El proyecto de título considerará las circulaciones diferenciadas, permitiendo a los profesionales médicos realizar las actividades medicas pertinentes, como a los usuarios circular en áreas destinadas a ellos, considerando las dimensiones necesarias para sus acompañantes y posibles discapacidades.

Otro aspecto importante a considerar en la planificación de un recinto de salud es la manipulación de desechos patológicos (restos humanos) y de material quirúrgico (gasas, cuchillos, tijeras, etc.)

Los **Residuos Hospitalarios** pueden ser clasificados en dos grupos: Residuos Peligrosos; es la combinación o no de los desechos biológicos y médico-quirúrgicos, y Residuos No-Peligrosos, que son el conjunto formado por los residuos de alimentos, incombustibles y comunes.

El manejo de los residuos hospitalarios o Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), aunque no son muy significativos en volumen frente a los demás residuos sólidos, revisten un importante grado de peligrosidad, ya que pueden contener una serie de sustancias que comprometen la salud de las personas.

A pesar de que el proyecto no poseerá servicios de urgencia o atención quirúrgica, es clave considerar las salas con equipamiento para este fin, con acceso al exterior próximos, para no contaminar el recinto.

Otro aspecto importante es el de la prevención y extinción de incendios. Estas instalaciones se rigen por una serie de normas y se consideran 2 fases en el sistema, la detección del fuego (detectores de humo) y la extinción del mismo (rociadores, sirenas, parlantes, etc.)

Otras instalaciones a contemplar son:

Iluminación; indicar el tipo de luminarias a utilizar en cada recinto con los criterios de temperatura de color, vida media, grado de protección, etc. Además de estimar los materiales y equipos.

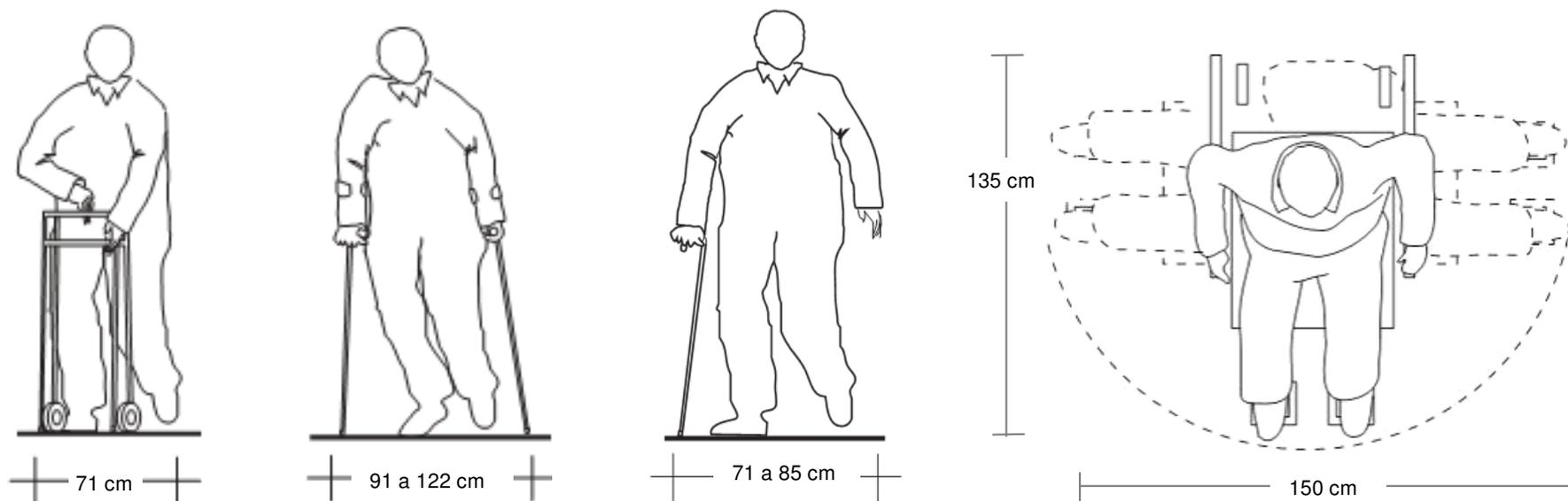
Corrientes Débiles; describe el sistema general de los circuitos de alumbrado exterior e interior, interruptores, enchufes, sistemas de llamado a paciente, etc.

Sistema de Control Centralizado y Circuito cerrado de TV; que comanda el control y/o supervisión de las especialidades de climatización, iluminación de áreas comunes, administración de energía y control de demanda eléctrica, instalaciones sanitarias (nivel del agua potable y sanitaria). Integra además el sistema de video digital, detección de incendio, alarmas de transporte vertical, de gases clínicos, correo neumático y UPS, entre otros.

Ascensores; En un edificio de baja altura, como el presente, los ascensores ayudan al traslado vertical de los pacientes, sobre todo de aquellos que necesitan hacerlo en sillas de ruedas. Asimismo pueden trasladar camillas, carros, etc., a los distintos pisos.

Gases Clínicos; De ser necesarios en el recinto. Corresponde a la especificación de materiales y equipos importados relacionados a las instalaciones de gases clínicos: oxígeno, óxido nitroso, aire medicinal, aire dental, nitrógeno y vacío.

Además de instalaciones de Agua Potable, Alcantarillado, Aguas Lluvias y Gas, entre las más importantes.



ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

El entorno físico que diseñamos pareciera estar destinado a un ser humano ficticio e inmutable, que no crece, no enferma y no envejece.

El Proyecto de Título busca crear un medio físico construido destinado a la salud de las personas mayores, más humanizado, que integre las necesidades de accesibilidad de ellas y que considere a la vez, valores estéticos que acrecienten su bienestar y equilibrio emocional.

La buena accesibilidad es aquella que existe, pero pasa desapercibida para la mayoría de los usuarios, excepto evidentemente, para las personas con movilidad reducida.

Los usuarios del servicio de salud pueden requerir ayuda para transportarse, subir, caminar, sentarse, pararse, vestirse y desvestirse, para ir al baño, manipular objetos, seguir instrucciones, etc.

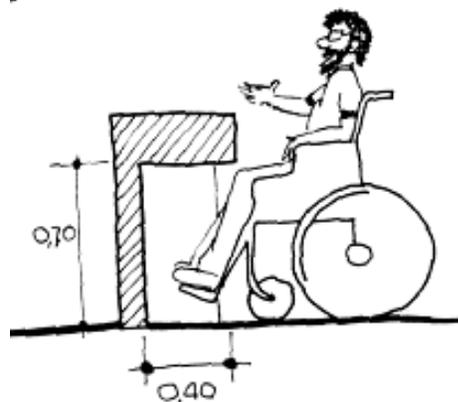
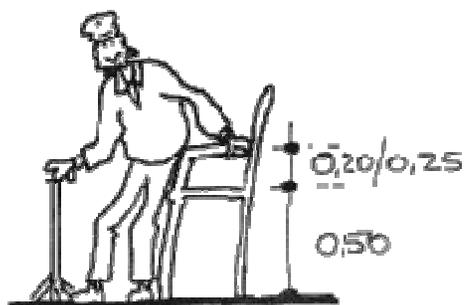
Por tanto, los requerimientos esenciales en el proyecto estarán en:

Los Accesos: En todo edificio público, la entrada debería permitir la entrada de personas discapacitadas, por tanto sus dimensiones como características deben garantizar la seguridad de ellos mismos.

En el proyecto se evitarán los cambios de niveles para permitir el mejor acceso y al mismo tiempo se protegerá de la caída de aguas lluvias.

TIPO DE POBLACIÓN	
POBLACIÓN TOTAL	13.348.401
POBLACIÓN CON ALGUNA DISCAPACIDAD (Representa el 2,1% de Pobl. Total)	283.888
POBLACION DE 60 AÑOS O MAS	1.305.557
POBLACION DE 60 AÑOS Y MÁS CON ALGUNA DISCAPACIDAD (Representa el 8,1% de los Adultos Mayores y el 37,4% de la Pobl. con alguna discapacidad)	106.061

POBLACIÓN DISCAPACITADA DE 60 AÑOS O MAS POR SEXO SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD			
TIPO DE DISCAPACIDAD	SEXO		
	HOMBRE	MUJERES	AMBOS SEXOS
CEGUERA TOTAL	9.372	12.448	21.820
SORDERA TOTAL	17.783	16.919	34.702
MUDEZ	1.261	1.223	2.484
PARALISIS-LISIADO	22.741	21.747	44.488
DECIENTE MENTAL	4.440	6.147	10.587



Hall de entrada: Se deben implementar mesas de información y mesones de atención al público. Pero además estos deberán estar presentes en todos los niveles y en las distintas áreas del recinto

Se debe dejar libre la parte inferior de estos mesones para el mejor acercamiento en sillas de ruedas y no sobrepasar los 90 cm de altura. Además, desde el hall, se debería tener una vista general del complejo y permitir una clara e inmediata orientación de este.

Ascensores: Se deberá contar como mínimo con un ascensor adaptado para personas con discapacidad. Esto quiere decir un rango mínimo de 1.40 mts. Tendrá pasamanos y botoneras al alcance del usuario.

Además contemplar el traslados de camillas desde los diferentes pisos, si fuese requerido.

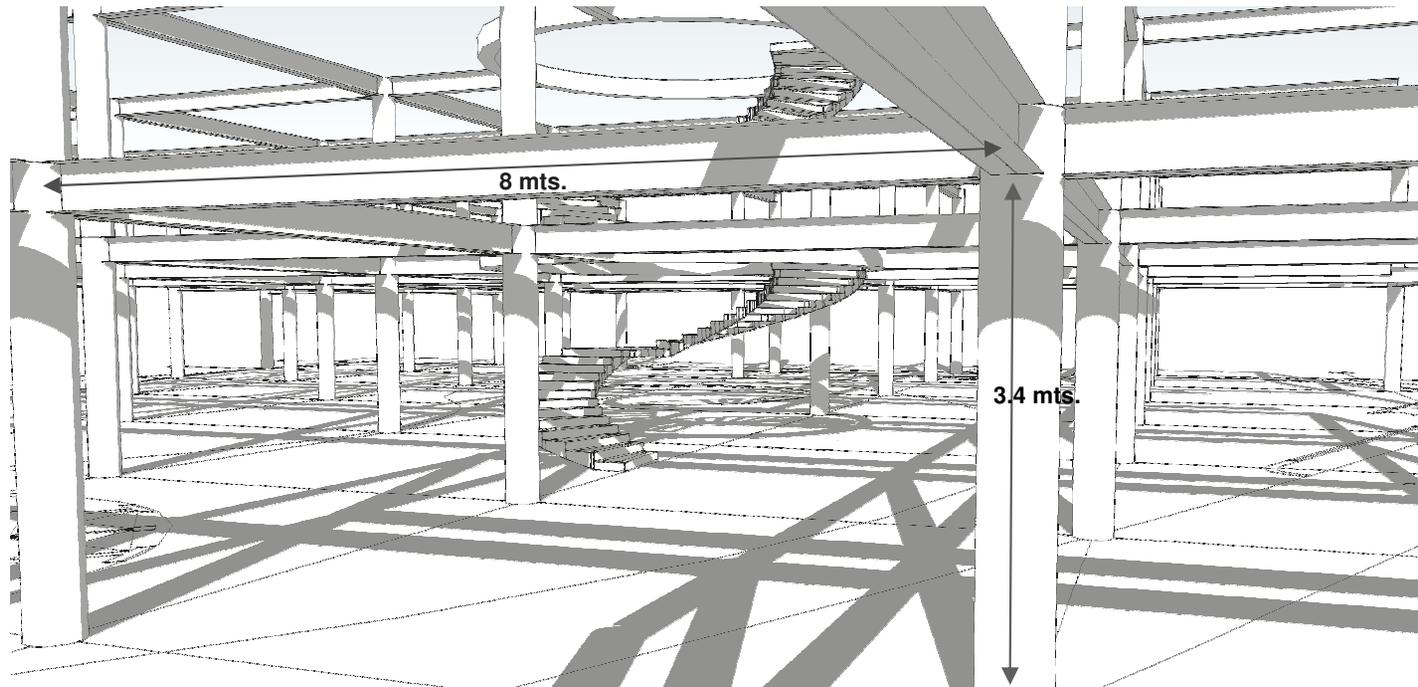
Escaleras: El acceso a escaleras deberá ser fácil y franco. Con escalones antideslizantes y pasamanos. Además de tener una relación huella y contrahuella adecuada para la seguridad de las personas mayores.

Las escaleras destinadas en casos de emergencia pueden contar con variados aparatos al alcance para trasladar a una persona en caso de emergencias, con o sin silla de ruedas, desde un piso a otro (ver foto).

Estacionamientos: El recinto debe contar con una cierta cantidad de estacionamientos para personas discapacitadas, asegurando la seguridad de estas al bajar o subir del vehículo. Deberá contar con una demarcación y localizarse cerca de los accesos al edificio.

Ayuda: Señalización clara con símbolos, dibujos o colores y no depender exclusivamente de letras y números.

Se tiene que contar con un servicio personalizado de orientación, fundamentalmente porque que no se puede prescindir de la entrega de información en forma personalizada y de manera confidencial, sobretodo cuando hablamos de personas mayores.



CRITERIO ESTRUCTURAL

La estructura de un edificio de salud debe estar pensada frente a dos temas fundamentales.

El primero y mas importante, debe resistir de manera óptima movimientos sísmicos que puedan acontecer. Debe estar preparado para atender pacientes luego una catástrofe.

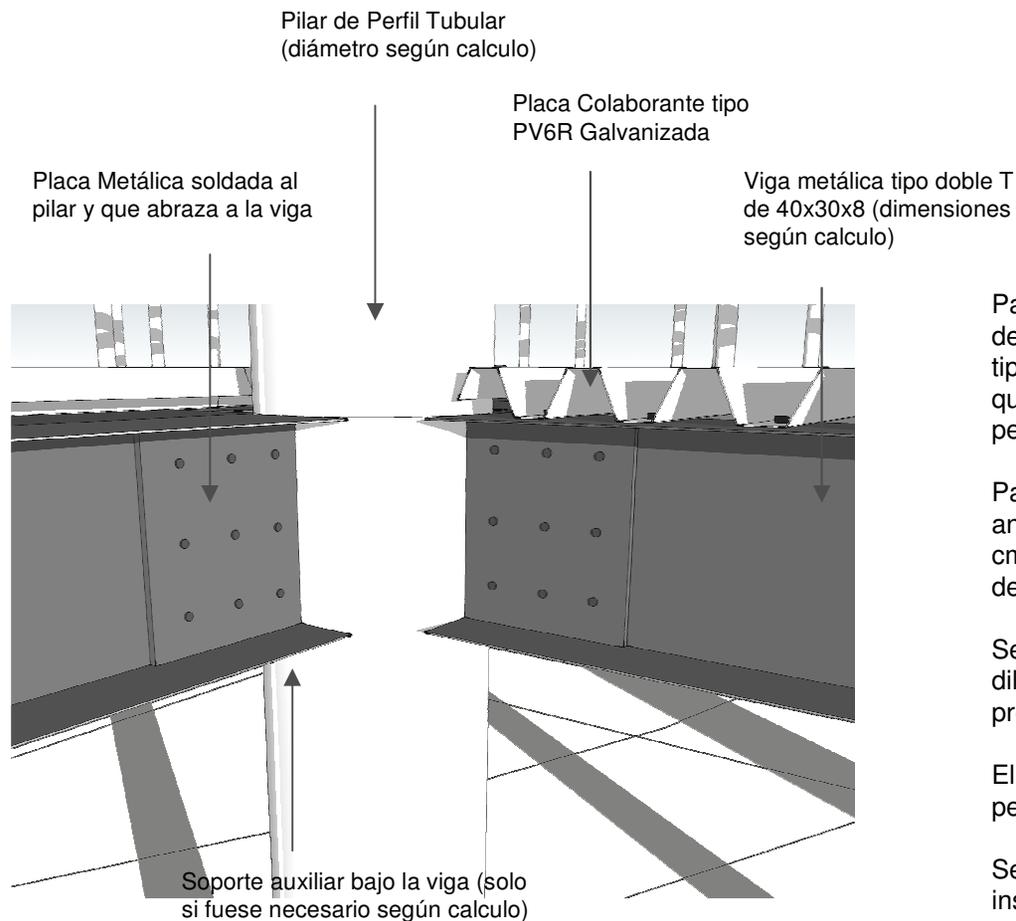
Un segundo tema es la de entregar flexibilidad frente a los cambios programáticos, de capacidad, de equipamiento que, inminentemente, pueden aparecer en un recinto de salud.

Para los dos asuntos antes mencionados la estructura de marco rígido o pórtico es la más adecuada. Se trata de un edificio de no mas de 3 pisos, por lo que el sistema es apto y adecuado.

La estructura salvará luces de 8 metros por 8 metro, pensadas así, por la indispensable construcción de un estacionamiento subterráneo, lo que permite la cómoda ubicación de los vehículos. En los pisos superiores permite una amplitud visual, la posible instalación de grandes equipos y la cómoda circulación de los usuarios.

Los pórticos se realizan en acero. De esta forma, usando perfiles metálicos, tanto en viga como en pilares, se puede considerar una dimensión menor de los elementos, en relación a que si fueran en hormigón armado.

Esto me permite disminuir el diámetro de los pilares y de la altura de las vigas, pudiendo sin problemas, contar con espacios suficientes para la disposición de instalaciones y equipos sobre el cielo falso.



Para los pilares se usaran perfiles tubulares, con espesor adecuado, de un diámetro no menor a 40 cms. (según el calculo necesario). Este tipo de perfil permite ser revestido de manera simple y logra un pilar que no tenga aristas y que pueda ser inseguro para la circulación de personas, sillas de ruedas y camillas.

Para las vigas se utilizaran perfiles doble T, IPB, de mayor relación ancho – altura (según cálculos), pero no menor a 40 cm de altura y 15 cms de ala. Se dispondrá, además, de alvéolos que permitan el paso de instalaciones, según se requiera.

Según las longitudes del edificio, también se debe considerar una dilatación de la estructura para responder de mejor forma en presencia de un sismo.

El sistema de losas será con placa colaborante. Su rápida instalación permite ahorros en mano de obra, tiempo y arriendo de moldajes.

Será distribuida en anchos de hasta 3 metros superpuestos e instalados sobre vigas auxiliares que ayudan a la estructura principal a los esfuerzos de compresión que generan las losas.

EFICIENCIA ENERGÉTICA

CLIMATIZACIÓN Y ARQUITECTURA PASIVA

En un recinto de salud es primordial la conservación del acondicionamiento climático interior y que además renueve el aire, de manera de sanitizar todas la áreas del edificio.

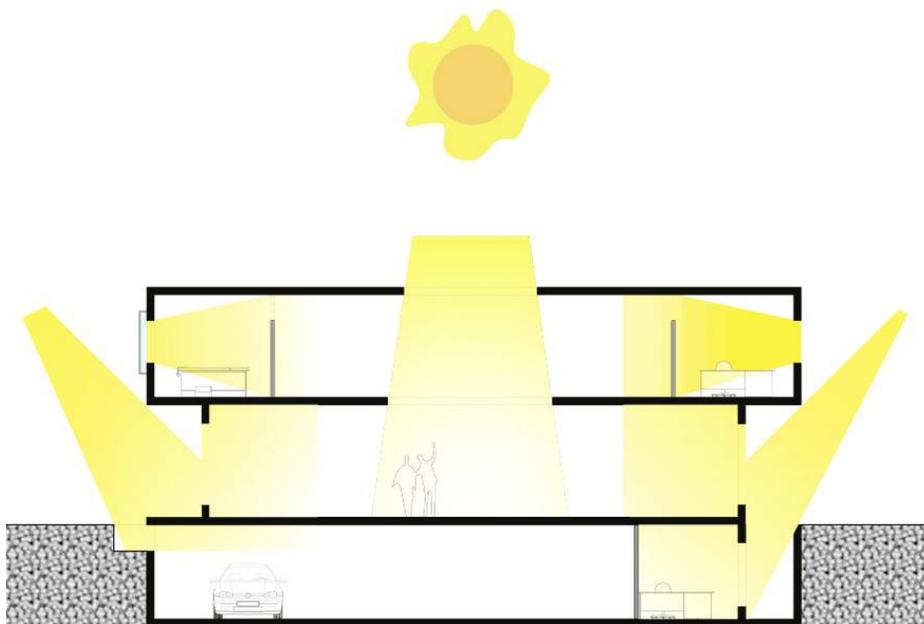
Para esto, además de contar con un sistema de climatización y ventilación moderno, para su óptimo funcionamiento, es necesario contar con un diseño arquitectónico que permita la conservación de temperatura interior y que ahorre en gastos de energía.

Para el Sistema de Aire Acondicionado y Calefacción del edificio contemplo unidades generadoras de agua helada y de calefacción simultánea (chiller con recuperación de calor), los cuales alimentarán a las unidades fan coils y manejadoras de aire proyectadas, todas dispuestas sobre los cielos falsos y en cubierta.

El agua helada y de calefacción a los equipos será transportada mediante bombas recirculadoras y por redes de cañerías debidamente aisladas las cuales avanzaran por los shafts y sobre el cielo falso de cada piso.

Mientras que el aire de los fan coils y manejadoras de aire será canalizado a través de redes de ductos debidamente aislados, inyectando mediante difusores y rejillas.

El aire exterior de ventilación para los fan coils estará a cargo de sistemas de inyección que atenderán a cada piso en forma independiente. Estarán compuestos por ventiladores centrífugos, redes de ductos y rejillas de captación. El avance de los ductos de estos sistemas se hará por sobre el cielo falso hasta llegar a cada fan coil.



Para mantener adecuados los niveles de ventilación en baños, bodegas, vestidores y boxes de atención, se proyectaran diversos sistemas de aire compuestos por extractores, redes de ductos metálicos y rejillas de captación. Los ductos de los distintos sistemas tendrán avances pos shafts y por sobre el cielo falso. Las rejillas de captación serán instaladas a nivel de cielo. La descarga de los extractores será directa a la intemperie

Los requerimientos de agua caliente sanitaria para el recinto de salud, serán atendidos por un estanque que acumulará el agua caliente generada por dos intercambiadores de calor de placas (uno principal y uno de respaldo).

Como una forma de crear un recubrimiento exterior y generar una menor incidencia de la temperatura exterior hacia el interior del edificio, es que se dispondrán de celosías, que tendrán la función, además de ser terminación de fachada, de proteger las áreas mayormente expuestas al sol en verano (norponiente)

Los muros perimetrales de hormigón armado contarán con un ancho no menor a los 15 o 20 cms. (según cálculo), lo que genera una menor transmitancia térmica de las temperaturas exteriores hacia el interior.

En ventanas y fachadas vidriadas se considerará utilizar termopanel, La cámara hermética de aire seco y quieto producida entre ambos cristales que posee, es la que otorga la gran capacidad aislante.

ILUMINACIÓN Y AHORRO ENERGÉTICO

La iluminación en hospitales, salas de consulta, etc., debe servir a dos objetivos fundamentales: garantizar las óptimas condiciones para desarrollar las tareas correspondientes, y contribuir a una atmósfera en la que el paciente se sienta confortable. Todo esto garantizando la máxima eficiencia energética posible.

La adecuada iluminación puede influenciar el estado de ánimo, y por tanto, combinada con otros elementos, contribuir significativamente al proceso de recuperación del enfermo.

El ahorro de energía es una prioridad, tanto por la necesidad de reducir costos en la explotación de los centros de salud, como por la aportación que esta reducción de la carga energética hace a la conservación del medio ambiente. Los hospitales son espacios de uso público, de difícil control de los hábitos de los usuarios, y de uso muy continuado. Estas características hacen que en este tipo de edificios, la utilización de tecnologías, (que por su propia implantación, y hasta cierto punto, independientemente del tipo de uso), que garanticen un control de las cargas energéticas, y por tanto de sus costos, sea más importante que en otro tipo de sectores

Desde el punto de vista energético y medioambiental, podemos destacar que aunque el peso específico de la iluminación respecto al consumo total de energía de un Hospital o centro de asistencia primaria, varía entre un 20% y un 30%.

Por tanto, es muy importante la utilización de iluminación eficiente, mediante luminarias de alto rendimiento, que incorporen equipos de bajo consumo y lámparas de alta relación lumen/ watts, unidas al uso de sistemas de regulación y control adecuados a las necesidades del local a iluminar, lo que permitirá tener unos buenos niveles de confort sin sacrificar la eficiencia energética.

Además de estas consideraciones existen métodos en el diseño del edificio que pueden favorecer la entrada de luz natural a espacios de uso común o no médicos, como también y de manera más controlada a boxes y unidades que lo soliciten.

Es por esto, que para mi proyecto planeo ubicar vanos de luz cenital que permitan la entrada de luz natural a espacios centrales y núcleo de escalera. De esta forma, además de entregar más calidad al espacio, hago control de la luz que necesito al interior.

A esto se le suma el trabajo que se puede hacer en fachada, Entregar vanos más controlados en sectores de oficinas y boxes, y de mayor dimensión en áreas de ejercicio común (como piscina y gimnasio), con un control en la incidencia de luz directa.

Se puede además, manejar la altura de los tabiques, permitiendo la entrada de luz natural al espacios que no se encuentran directamente en contacto con la fachada.

6

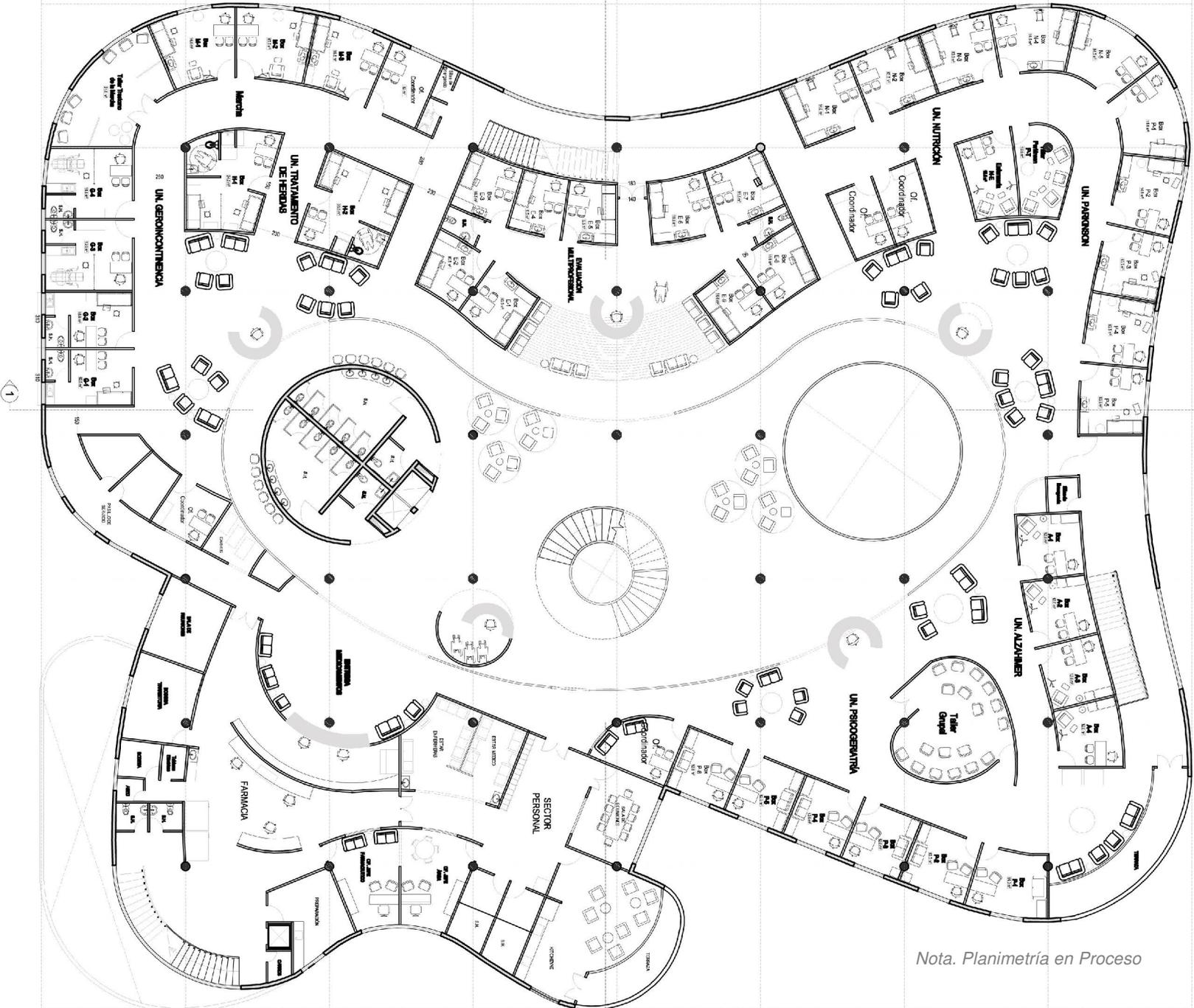
PLANIMETRÍA



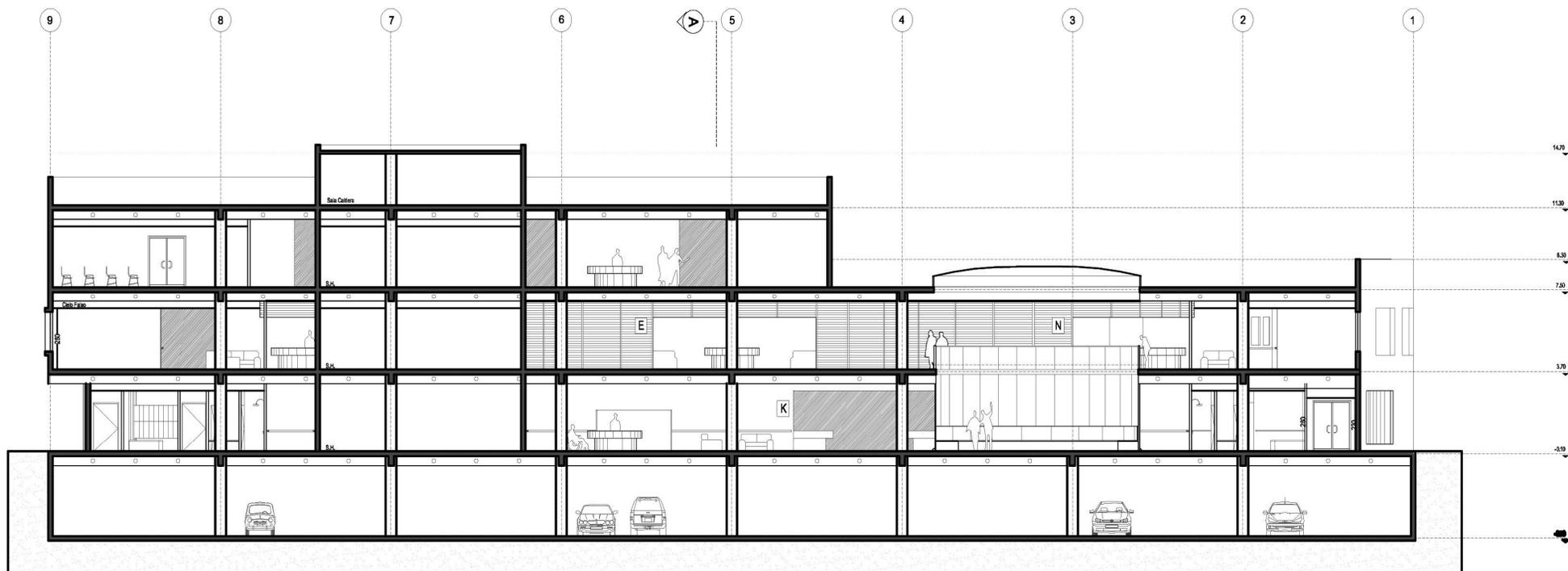
Nota. Planimetría en Proceso

PLANTA 1º NIVEL TERAPIA Y REHABILITACIÓN
ESC 1:300

PLANTA 2º NIVEL UNIDADES DE EVALUACIÓN
ESC 1:300



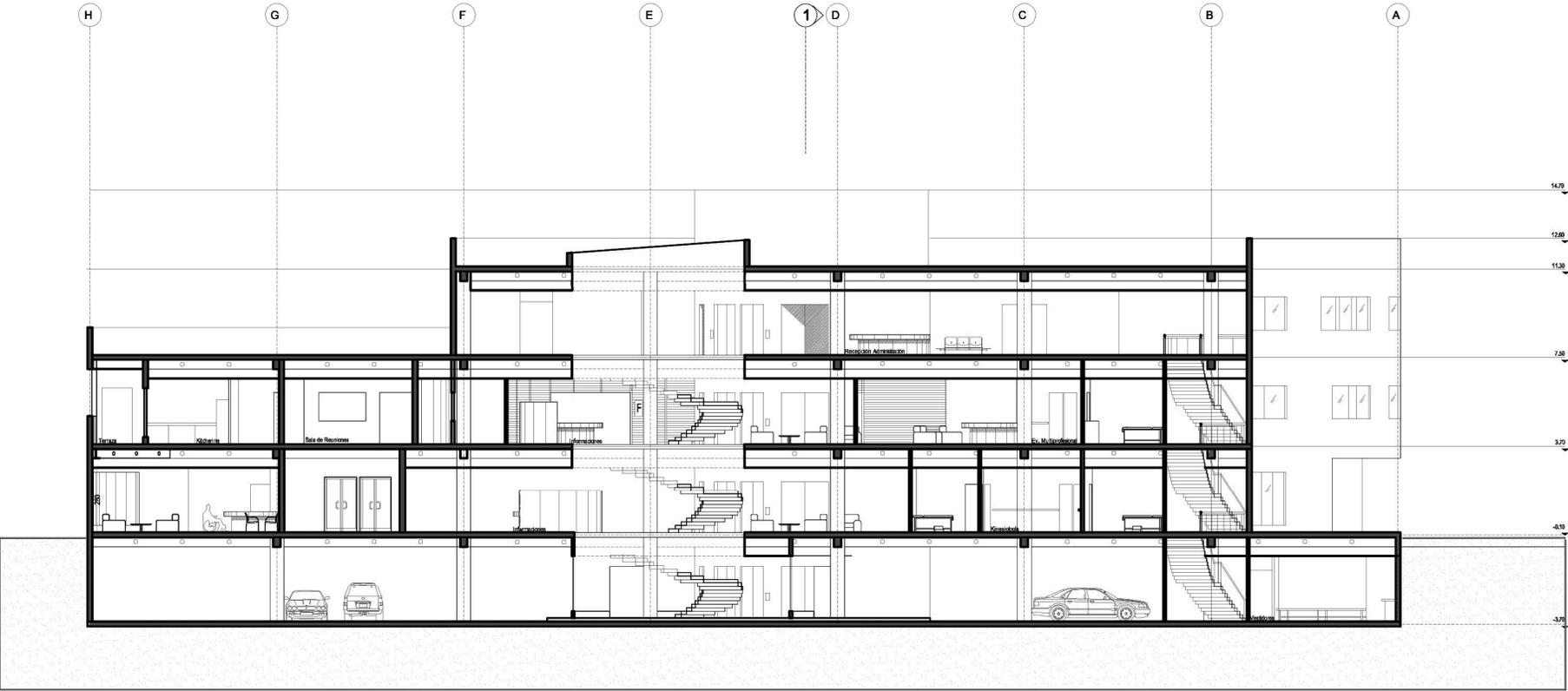
Nota. Planimetría en Proceso



CORTE 1-1'

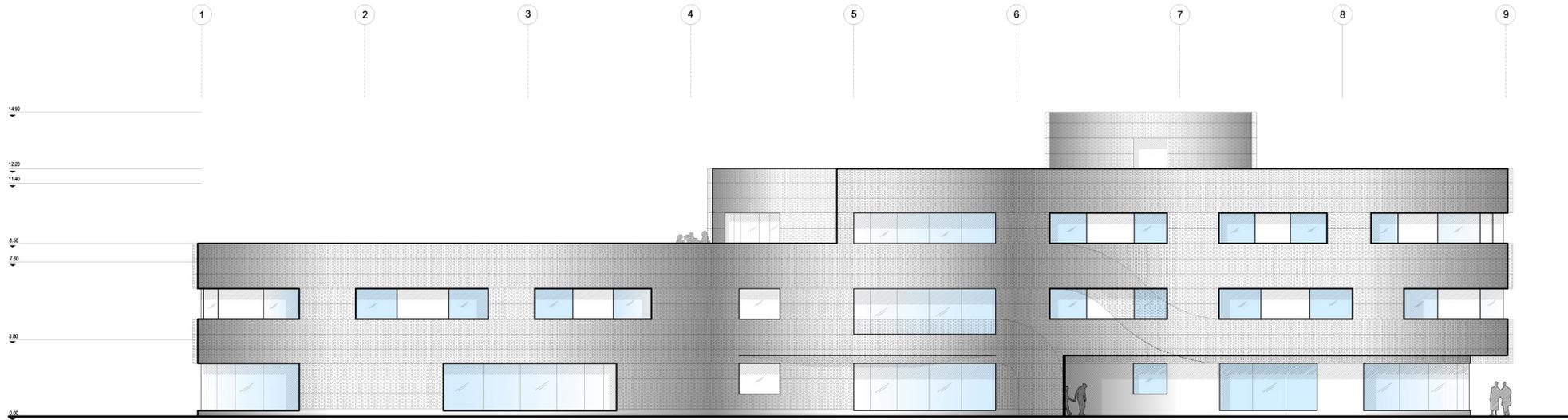
ESC 1:300

Nota. Planimetría en Proceso

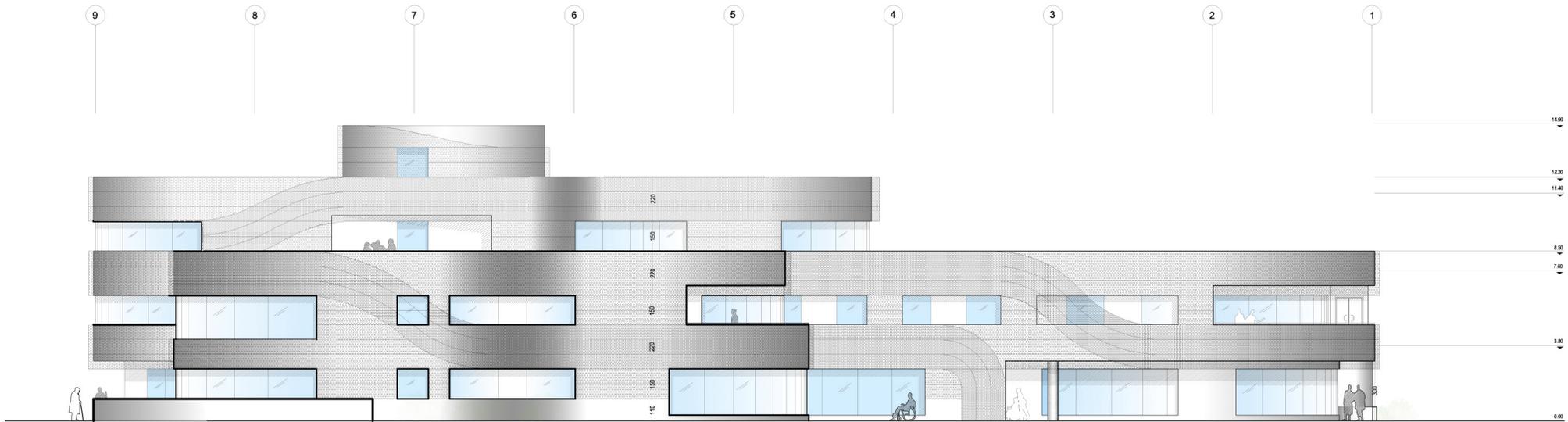


CORTE A-A'

Nota. Planimetría en Proceso

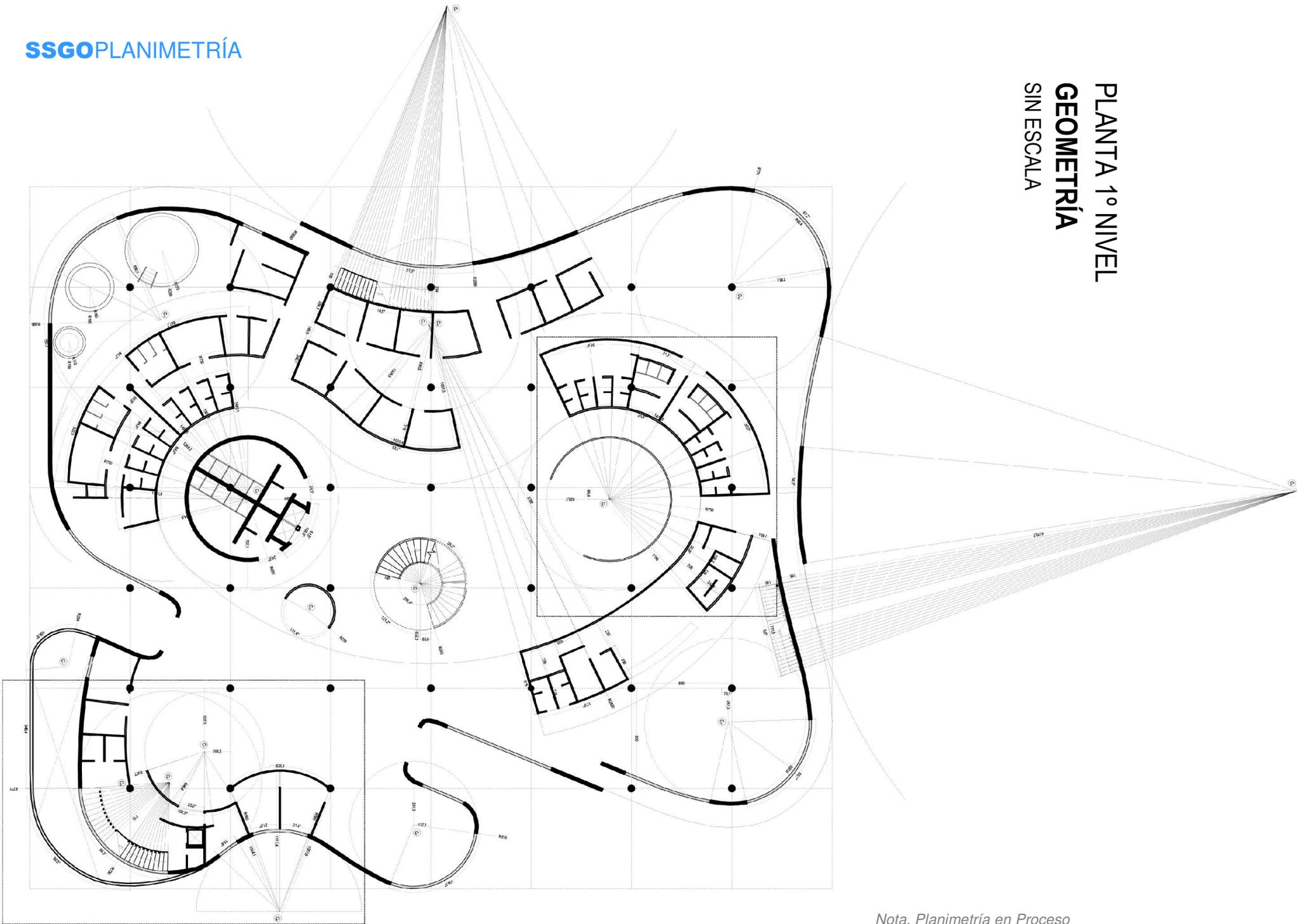


ELEVACIÓN SUR
ESC 1:300



ELEVACIÓN NORTE
ESC 1:300

PLANTA 1º NIVEL
GEOMETRÍA
SIN ESCALA



Nota. Planimetría en Proceso

7

BIBLIOGRAFÍA

DOCUMENTOS

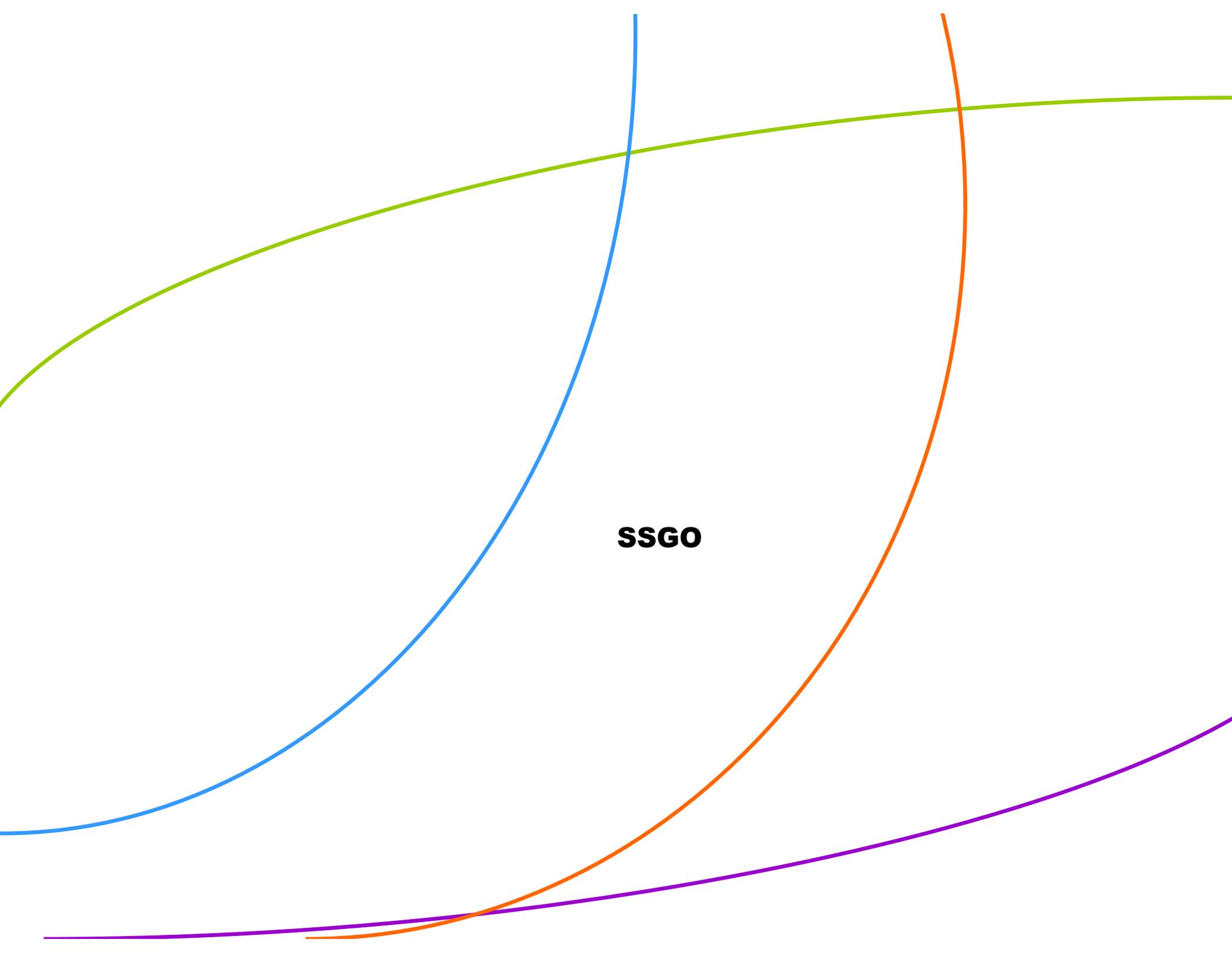
- Ciencia y Enfermería
Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto de Salud
Artículo en SCielo Diciembre 2005
- Presentación de las Enfermedades en el Adulto Mayor
Característica de la Anamnesis y el Examen Físico.
Escuela Medicina PUC 2008
- Las Personas Mayores en Chile;
Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez
SENAMA Julio 2009
- Guía de Planificación y Diseño
Centros de Atención Ambulatoria
MINSAL año 2000
- Biografía de un Hospital
Hospital del Salvador 1872-2002
Dr. Alonso Uribe Barreto año 2002
- Guía de Planificación y Diseño de Espacios Asistenciales para el
Adulto Mayor / Aspectos de Accesibilidad al Medio Físico y Diseño
Universal
MINSAL año 2000

PAGINAS WEB

www.ingerchile.cl
www.minsal.cl
www.senama.cl
www.providencia.cl
www.hsalvador.cl
www.ine.cl
www.ssmo.cl

ENTREVISTAS

- Iván Gallo, Subdirector Administrativo ING.
- Arquitecto Pedro Martínez, SSMO
- Arquitecto Álvaro Prieto, MINSAL



SSGO