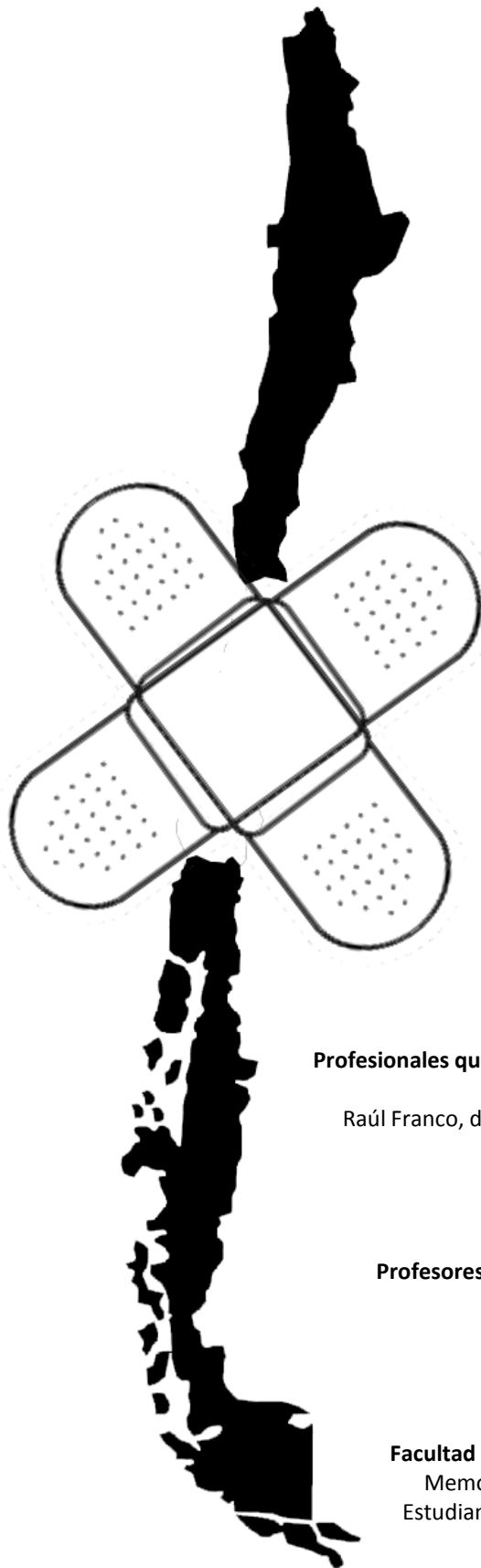


Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
Memoria de Título de Arquitectura
Estudiante: María Paz Aedo Sanhueza
Prof. Guía: Emilio Duhart



Memoria título ARQ;

Intervención en la red asistencial post terremoto
Consultorio Adosado Especialidades; C.A.E. Chillán, VIII Región



Profesionales que me facilitaron información:

Eduardo Aragonés, arqto.

Raúl Franco, dentista. Encargado PRONCAE.

David Márquez , arqto.

Juan Andrés Nuñez , arqto.

José Luis Gacitúa , arqto.

Profesores y/o Profesionales Asesores:

Luis Goldsack

Constantino Mawromatis

María Paz Valenzuela

Universidad de Chile

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Memoria de Título de Arquitectura

Estudiante: María Paz Aedo Sanhueza

Prof. Guía: Emilio Duhart



Memoria título ARQ;

Intervención en la red asistencial post terremoto

Consultorio Adosado Especialidades ; C.A.E. Chillán, VIII Región

0.0 Abstract	6
1.0 Motivaciones Personales	8
2.0 Objetivos	10
2.1 Objetivos Generales; del tema	10
2.2 Objetivos Específicos; del lugar y programa	10
Esquema relaciones entre objetivos	10
3.0 Tema	11
Esquema actores sistema de salud en Chile	12
3.1 El sistema de salud en Chile	13
3.2 Conceptos Claves	13
Sistema de atención	13
Nivel de complejidad resolutive	13
Tipos de establecimientos	14
Esquema red asistencial	15
4.0 Problemática	16
4.1 Situación país actual	17
Catastro de daños de la Red asistencial	18
Tipo de pacientes	19
Esquema diagnóstico y área de acción	19
Esquema derivaciones de alta complejidad	20
4.2 Fundamentos	21
4.3 Aproximación Red asistencial VIII región; del Bio Bío	24
4.4 Requerimientos Centros de Atención ambulatoria	26
4.5 Usuarios Centros de Atención ambulatoria	27
5.0 Lugar	28
Plano comuna y antecedentes generales	29
5.1 Análisis del Contexto; CHILLÁN	30
Cronología de Eventos	31

[*índice*]

Plano evolución morfología urbana	32
Vías e Hitos	33
Conclusiones parciales	37
5.2 Análisis del Emplazamiento; HOSPITAL	39
Evolución infraestructura existente	41
Identificación de tipologías constructivas presentes	43
Imagen	44
Análisis infraestructura existente; zonificación y circulaciones	47
Criterios de resistencia al cambio	48
Esquema Conclusión	49
Encargo v/s Propuesta	50
6.0 Proyecto	52
6.1 Requerimientos	53
Diagramas de relaciones funcionales generales; PROXIMIDAD NECESARIA	53
Diagramas de relaciones funcionales generales; DISTRIBUCIÓN	54
Diagramas de relaciones funcionales específico; PABELLÓN	55
PMA ; Programa Médico Arquitectónico	56
6.3 Partido General MaterpLan	57
6.2 Espacios de Sanación	60
Evidence based design	61
Healing Garden + Herboria médica	62
Color	62
Wayfinding	62
6.4 Partido General C.A.E.	64
Mix programático	65
Imagen objetivo	66

[*índice*]

7.0 Financiamiento	67
7.1 SNI; Sistema Nacional de Inversiones	68
Esquema resumen tipologías de inversión pública	70
8.0 Bibliografía y Referencias	71
Seminarios, Informes y Memorías	72
Páginas Web	72
Papers y Apuntes	72
9.0 Anexos	73
9.1 Referentes	74
9.2 Antecedentes Municipales	75
Certificado de Informaciones Previas	75
9.3 Antecedentes Financiamiento	79
Ficha de Postulación al Sistema de Inversión Pública; Prefactibilidad	79
Ficha de Postulación al Sistema de Inversión Pública; Diseño	82
9.4 Estudios Anteriores	85
Ficha evaluación HCHMCH post terremoto	85
Estudio eficiencia energética ELH y CIA	86
10. Agradecimientos	87

[*índice*]

0.0 | abstract

Con el espíritu de **“Arquitectos públicos para problemas de país”** me enfrento a un escenario donde, de una red asistencial con 183 hospitales, 130 de ellos presentan algún grado de daño, vale decir, **el 71% de la red hospitalaria del país afectada**. Por esto, es necesario **abordar el análisis desde el estudio de las condiciones actuales de la red hospitalaria, para ver dentro de la misma posibles líneas de acción**. En caso de emergencia la respuesta inmediata es pensando en “apagar el incendio”, vale decir, los pacientes agudos pre-existentes y/o producto de la catástrofe, lo que es lógico y necesario, pero eso **produce, a corto plazo un aumento en la lista de espera de los pacientes crónicos que requieren atención**. La arquitectura de emergencia apunta a la eficiencia y factibilidad (modulación, traslado, instalación), no a su calidad espacial, ni como eso puede afectar el proceso de sanación, es por estas razones que he decidido abordar la problemática desde esta otra arista detectada, centrada en la atención ambulatoria.

*“La resolución en forma **ambulatoria** de problemas que antes requerían hospitalización ha resultado en una mayor **satisfacción del usuario, mejor calidad y acceso más rápido a la atención de salud**. Por otro lado, **interfiere menos con la vida personal y familiar del usuario, disminuye las repercusiones labores y la tasa de infecciones intrahospitalarias.**”*

“Guía de Planificación y Diseño; Centros de Atención Ambulatoria” MINISTERIO DE SALUD, Chile

El **Consultorio Adosado Especialidades C.A.E. del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán** es una oportunidad, dentro del catastro realizado, de entender la arquitectura para la salud como un **espacios de sanación**, con valor comunicativo. Ocupando herramientas como el color y las formas para orientar.

*“Tradicionalmente, el diseño en salud se ha enfocado en la **funcionalidad**, la eficiencia y la tecnología en **desmedro de las necesidades psicológicas** de los pacientes”.*

American Society of Interior Designers A.S.I.D.

El estar **inserto en un complejo hospitalario existente**, es un **desafío de diálogo** en sí mismo, por las tipologías constructivas, los requerimientos funcionales y la propuesta de imagen que se quiere tenga el hospital, pero los **hospitales son, también, espacio públicos de la ciudad**, un hito en su contexto, puntos de referencia, de encuentro, no únicamente obligado. Hacerse cargo de este rol, permitiendo que este, se transforme en un espacio de la ciudad, abierto a ella, incorporando el **paisaje**, como un factor reductor de estrés, reconociendo las tendencias internacionales del Evidence Based Design (EBD) a través de **jardines terapéuticos** e incorporar en los mismos, nuestra **herboria médica** nacional. Con ello, ir en directo beneficio del **usuario**. Los recintos de atención ambulatorio, tienen dos tipos de usuarios con realidades distintas que conviven. Por un lado los **paciente crónicos**, para quienes el tratamiento es un estilo de vida y por lo mismo su lugar de atención debiese ser un **lugar estimulante de permanencia** que mejore su calidad de vida. Por otra parte, los **pacientes de paso, que requieren que el edificio sea un lugar fácil de entender y orientarse**, donde la propuesta espacial de wayfinding es esencial.

*“La **arquitectura** es para las **personas** y su **medio ambiente**,
no para los **arquitectos** y sus **revistas**”*

Jaime Sáez, arqto.

1.0

Motivaciones Personales

1.0 Motivaciones Personales

Proyecto de título es, en términos prácticos, la instancia para demostrar la capacidad de llevar a cabo el desarrollo de un proyecto, **aunque ficticio, con todas las condicionantes de la realidad**. Pero es, además, la instancia en que se plantea, consiente o inconscientemente una tesis ó postura al momento de entender la arquitectura, desde el cómo se aproxima al encargo, la postura urbana y constructiva, la consideraciones históricas hasta las decisiones de diseño de imagen final. Porque todas ellas obedecen a una intención mayor, de que es lo que se quiere conseguir con el producto, desde la eficiencia hasta la percepción.

En estos términos, la **elección del “tema”** tampoco es irrelevante como postura. Es, de alguna manera, mi **respuesta a la arquitectura como “objeto de lujo”**, dicha y entendida en la preocupación casi exclusiva en obras como; viviendas de autor, edificios empresariales o comerciales y uno que otro edificio de oficina con intenciones de marcar la diferencia.

El pertenecer a la Universidad de Chile y hacerse cargo del rol social que debiésemos tener como profesionales de la misma, significa, que en nuestros actos o decisiones, en nuestros proyectos, subyaga una **tesis comprometida con los problemas de nuestro país** y acorde a nuestra realidad.

Fue con este espíritu de; **“Arquitectos públicos para problemas de país”** que, en seminario y práctica abordé **“la salud” como tema y área de interés**, experiencias con las cuales, pude, no sólo adentrarme en el macro-tema, sino que también adquirir conocimientos técnicos, específicos de la disciplina.

Específicamente en seminario de investigación proyectual, planteé un proyecto que tenía como objetivo macro el disminuir el déficit en cobertura pública de la enfermedad más costosa para el plan GES (garantías explícitas de salud), esto a través de una unidad complementaria de especialidad. Proyecto que tenía intenciones de desarrollar en esta instancia, pero lo concreto es que, **el terremoto del pasado 27.02.2010, cambió el panorama del país, y dentro del mismo dramáticamente el estado de la red asistencial de**

salud. Por lo que el proyecto inicialmente planteado bajo la postura de que **“La ocurrencia del proyecto deviene de la existencia del problema” (Eduardo Lyon, 2009), pierde relevancia, frente a la urgencia y la prioridad de restablecer las condiciones pre-existentes, con la oportunidad latente de mejorarlas.**

Hoy, aunque el problema detectado continúa presente, me enfrento a un escenario completamente distinto, en donde, de una red asistencial con 183 hospitales, 130 de ellos presentan algún grado de daño, vale decir, **el 71% de la red hospitalaria del país esta afectada**. Como si hubiesen transcurrido décadas desde lo planteado.

Y reitero lo dicho anteriormente;

un proyecto **“aunque ficticio, con todas las condicionantes de la realidad”**

Por todo lo anterior, decidí **abordar el análisis desde el estudio de las condiciones actuales de la red hospitalaria, para ver dentro de la misma posibles líneas de acción.**

Sin embargo me parece muy importante **no sólo atacar el déficit de cuantitativo**, que es lo que en primera instancia se resuelve con Hospitales de campaña, **sino tomando en consideración la experiencia chilena en la vivienda social, donde por disminuir la brecha en demanda se dejó de lado la calidad de la respuesta**. Otro importante factor asociado, es que no comenzamos de cero. Existe; memoria, un trazado, edificaciones que pueden ser reparadas o en buenas condiciones. Siempre hay **«algo» tangible o intangible como punto de partida.**

“Chile país sísmico”; eso que escuchamos una y mil veces, especialmente en clases de Construcción y Estructura, hoy toma peso y nos hace conscientes de la responsabilidad que eso significa. **Se demostró una enorme debilidad en la respuesta sísmica de infraestructura Hospitalaria**, y es la oportunidad de mejorarla, pero con ella también las condiciones de habitabilidad, que no eran óptimas, muchas veces ni siquiera buenas, y **“No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo” (Albert Einstein)**, en palabras de un maestro de esta escuela; **“No ser sólo reactivo, sino también propositivo” (Luis Goldsack, 2010).**

2.0

Objetivos

2.0 Objetivos

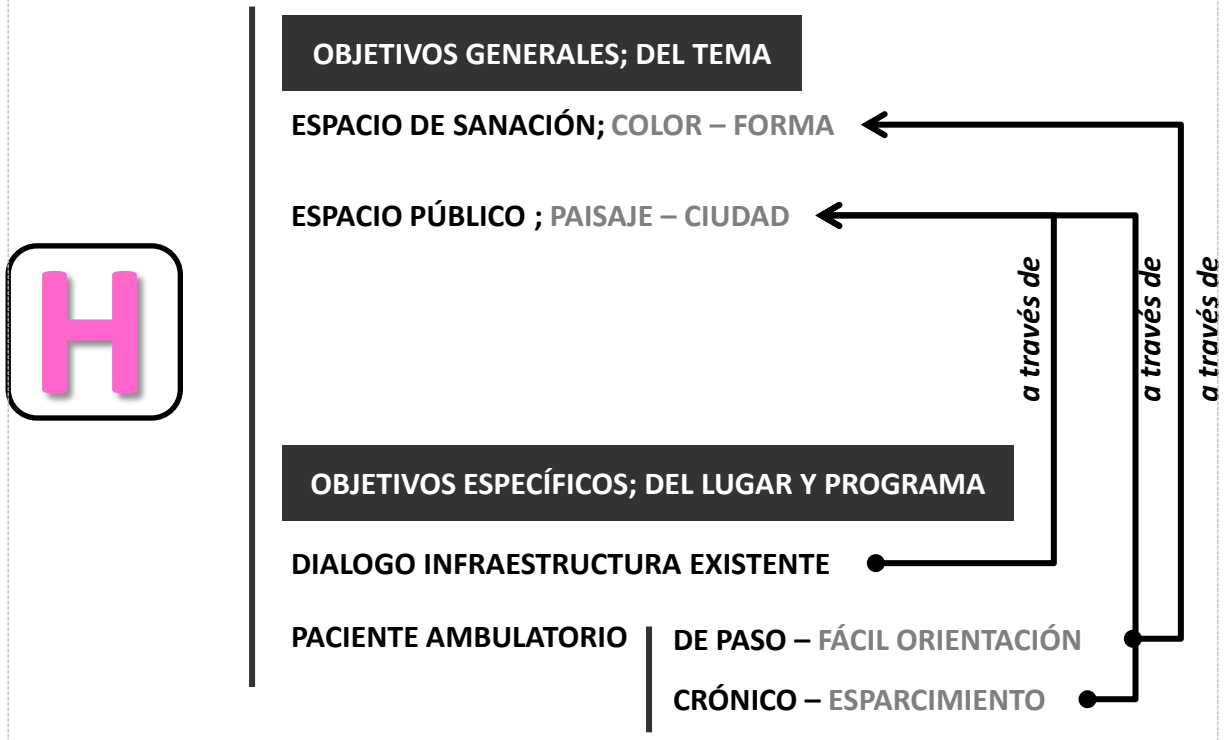
2.1 Objetivos Generales; del tema

- Entender la arquitectura para la salud como un **espacios de sanación**, con valor comunicativo. Ocupando herramientas como el color y las formas para orientar.
- **Espacio público.**; Los hospitales son espacio públicos de la ciudad, un hito en su contexto, punto de referencia, de encuentro, no únicamente obligado. Permitir que este se transforme en un espacio de la ciudad, abierto a ella.
- Como parte de lo anterior, incorporar el **paisaje**, como un factor reductor de estrés, reconociendo las tendencias internacionales del Evidence Based Design (EBD) a través de **jardines terapéuticos** e incorporar en los mismos, nuestra **herboria médica** nacional.

2.2 Objetivos Específicos; del lugar y programa

- **Dialogar con la infraestructura existente.** En el caso de un proyecto inmerso en un campus, parte de un complejo sistema de relaciones funcionales, cómo se conecta con el campus Hospitalario y como se diferencia como unidad independiente.
Una estrategia de diálogo mediante los espacios que conforman en conjunto, no una estética continuidad de fachada.
- **Usuario Ambulatorio;** los recintos de atención ambulatoria, tienen dos tipos de usuarios con realidades distintas que conviven. Por un lado, una gran movilidad en los **pacientes de paso** por consultas (ej. Odontología, oftalmología, etc.) pacientes, **que requieren que el edificio sea un lugar fácil de entender y orientarse**, ya que estarán en el por tiempos cortos, sin posibilidad de adaptación. Por otra parte están los **paciente crónicos**, para quienes el tratamiento es un estilo de vida y por lo mismo su lugar de atención debiese o tiene la posibilidad de ser un **lugar estimulante de permanencia** que permita que su calidad de vida se vea afectada lo menos posible.

2.3 Esquema de relaciones entre Objetivos – estrategias de proyecto

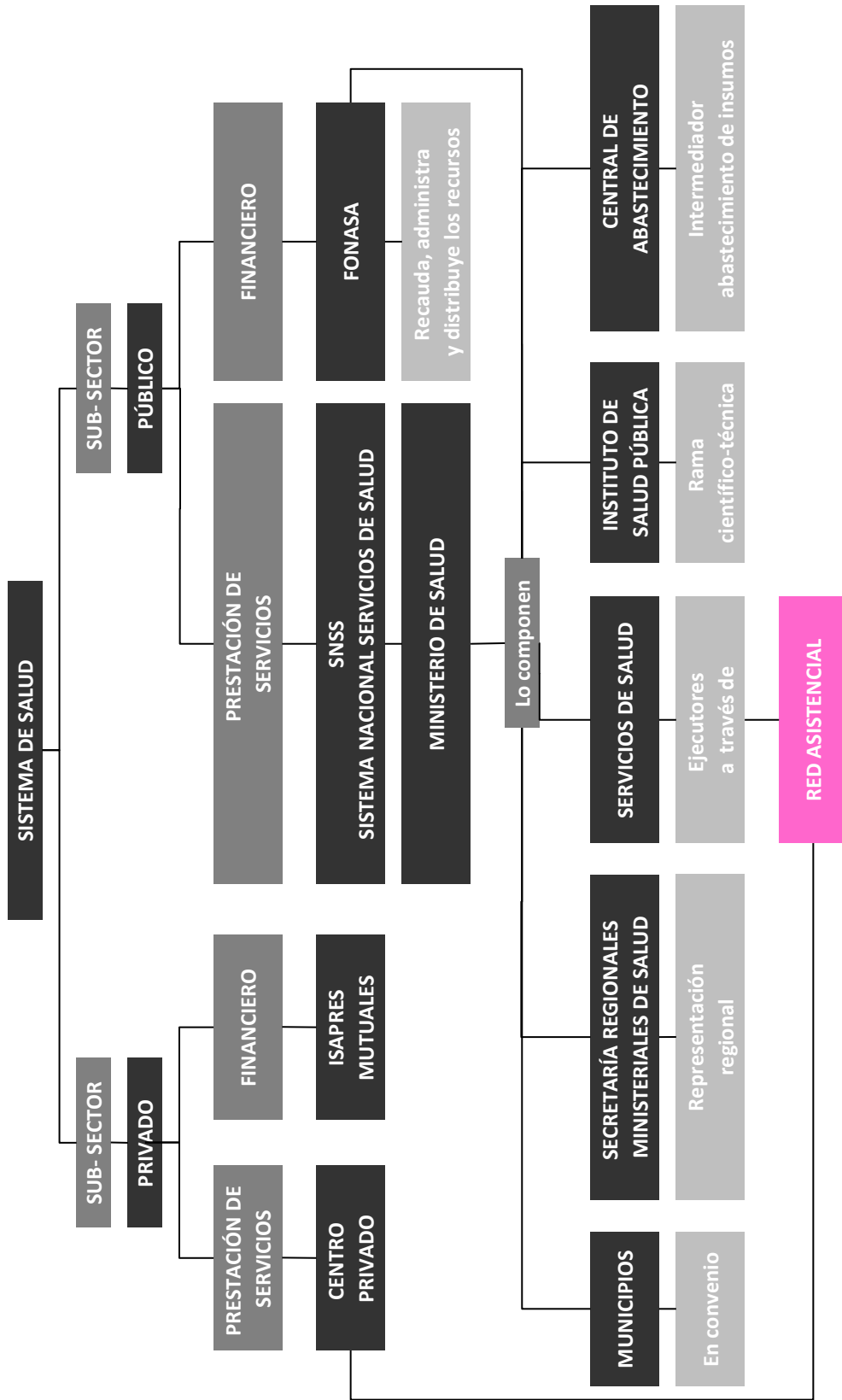


3.0



Tema

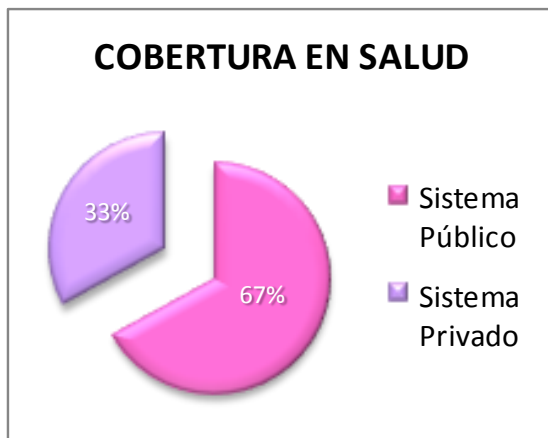
ESQUEMA RESUMEN ROL Y RELACIÓN DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE



Fuente: elaboración propia, (ESQUEMA ORIGINAL MODIFICADO) extraído de; SARQ "Arquitectura Hospitalaria; déficit de cobertura pública en servicios garantizados GES", María Paz Aedo Sanhueza Fuente información: "El sistema de Salud Chile", Colegio Médico de Chile

3.1 El Sistema de Salud en Chile

El Sistema de Salud chileno lo componen por el sub sector público y el sub sector privado. ¿Cuál es el grado de incidencia de los actores?;



Fuente; elaboración propia

Fuente info: "Dimensionamiento del sector privado en Chile", CLÍNICAS DE CHILE A.G. Junio 2007.

Dentro de cada uno de estos, existen organismos prestadores de servicios y de financiamiento de los mismo. En el sistema público además se diferencian labores de investigación y desarrollo científico, de las labores de administración de material clínico, los entes políticos-administrativos y por supuesto los ejecutores, cada uno de estos tienen presencia a través de un organismo. Relaciones que se grafican en el esquema de la página anterior.

En su conjunto, los prestadores de servicio de ambos subsistemas configuran la red asistencial de salud chilena. Sin embargo mi intervención estará inscrita en el sub sistema público que distribuye su cobertura según complejidad resolutive.

La lógica con la cual se distribuye la red asistencial es la misma que la red de áreas verdes, donde existe cierto equipamiento de **tamaño mínimo y dispersión máxima** (plaza de barrio v/s nivel de atención primaria), **un nivel de tamaño y dispersión intermedia** (parque comunal v/s nivel de atención secundaria) y un nivel de **tamaño máximo y dispersión mínima** (parque intercomunal o reserva nacional v/s nivel de atención terciaria).

Cada **nivel de complejidad resolutive** posee un **sistema de atención** (abierta /ambulatoria ó cerrada /hospitalización) que se imparte a través de los distintos **tipos de establecimientos** que se diferencian no sólo por el nivel de resolución y sistema de atención al que pertenecen, sino también por el número de personas a quienes tienen la capacidad de atender. (esquema página siguiente)

3.2 Conceptos claves

Sistemas de atención

Cerrada; de hospitalización

Abierta; ambulatoria

Integral; todos aquellos programas que tienen por objetivo la recuperación

Nivel de complejidad resolutive

Nivel Primario (mínima complejidad y alta cobertura)

Realiza **atenciones de carácter ambulatorio** en las que se ejecutan los **programas Básicos de Salud** con actividades como: Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria.

Nivel Secundario (complejidad intermedia y cobertura media)

Se realiza **hospitalización en establecimientos hospitalarios** y **atención ambulatoria en una unidad de apoyo** (consultorio adosado) de dicho establecimiento.

Nivel Terciario (alta complejidad y cobertura reducida)

*"Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo **ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades** de estos hospitales, como de **atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización**. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica."*

Al estar en dispersión mínima su área de influencia es mucho mayor y **recibe derivaciones** regionales, supra regionales hasta nacionales.

Tipos de establecimientos

Establecimientos de Atención Abierta (ambulatoria)

Fuente textual; MIDEPLAN

Posta Rural (PR): Establecimiento de atención ambulatoria para poblaciones dispersas y/o concentradas de 600 a 2.000 habitantes.

Consultorio Rural (C.R): Establecimiento de atención ambulatoria para localidades de 2.000 a 5.000 habitantes, con población asignada máxima de 20.000 habitantes. Depende técnicamente de un consultorio urbano y/o un Hospital Tipo 4.

Consultorio General Urbano (C.G.U.): Establecimiento de atención ambulatoria para poblaciones asignadas no superiores a 40.000 habitantes. En ciudades pequeñas (10.000 – 50.000 habitantes) pueden estar adosados a un hospital de baja complejidad (Hospital Tipo 4).

Centro de Referencia de Salud (C.R.S): Establecimiento de atención ambulatoria de mediana complejidad. Otorga atención de referencia para una red de 4 a 6 C.G.U. en ciudades grandes (150.000 a 200.000 habitantes). Administrativa y técnicamente depende del Servicio de Salud.

Establecimiento de **atención ambulatoria de alta complejidad**. Otorga atención de referencia a los establecimientos de menor complejidad antes descritos. Se ubica **adosado al**

hospital de mayor complejidad del Servicio de Salud, en las ciudades cabeceras, existiendo al menos uno por región. Depende administrativa y técnicamente del Servicio de Salud.

Establecimientos de Atención Cerrada

Hospital Tipo 4 : establecimiento de baja complejidad con menos de 100 camas de dotación, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes, puede tener adosado un C.G.U.

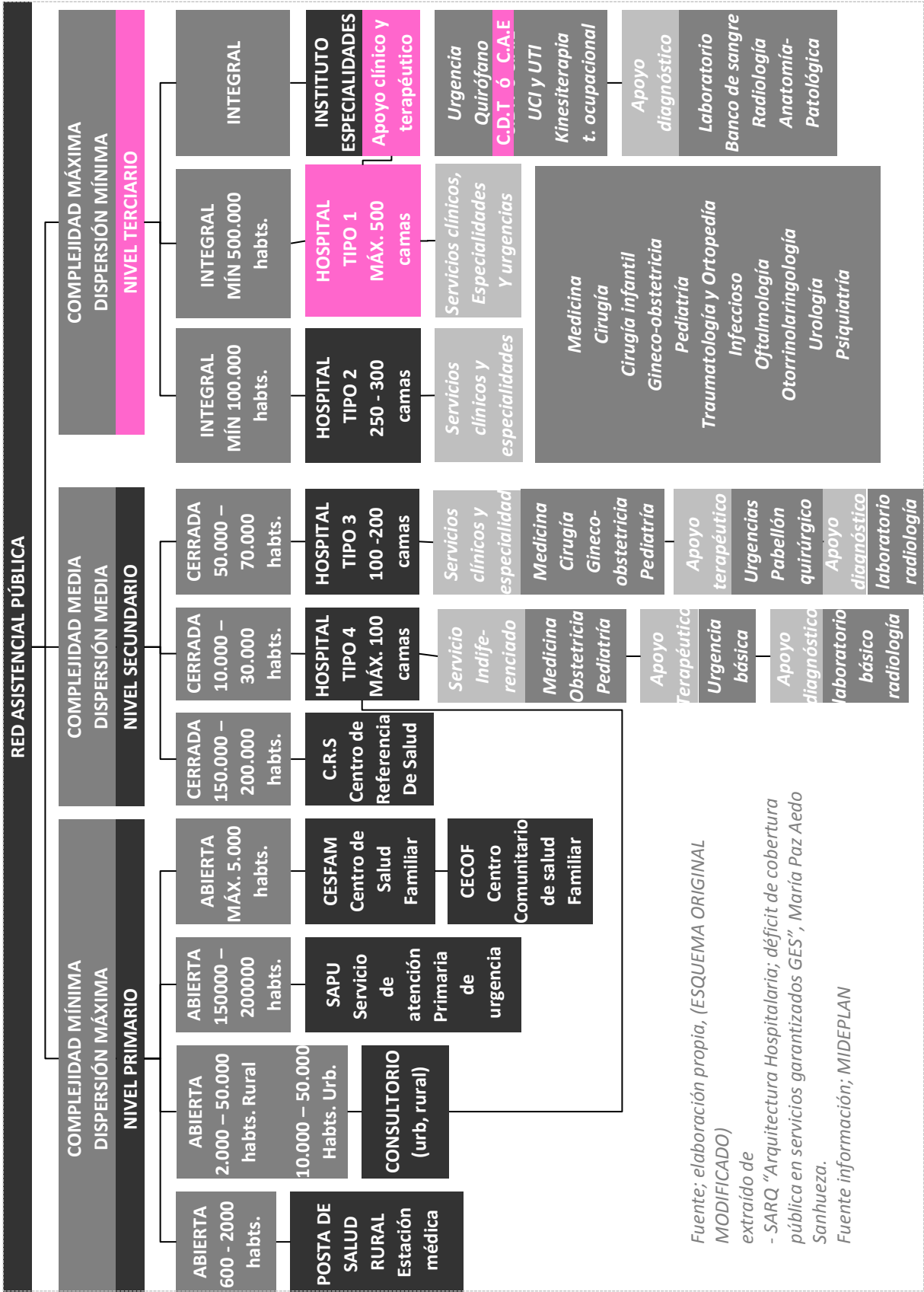
Hospital Tipo 3 : establecimiento de mediana complejidad con 100 a 200 camas de dotación, ubicado en localidades de hasta 50.000 habitantes y con un área de influencia no superior a 70.000 habitantes.

Hospital Tipo 2: establecimiento de mediana (labor general) - alta complejidad con 250 a 300 camas de dotación, ubicado en ciudades de hasta 100.000 habitantes como establecimiento único o en grandes urbes como hospital de apoyo al establecimiento tipo 1.

establecimiento de alta complejidad con no más de 500 camas de dotación, ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el hospital base de cada unidad del sistema. **Puede tener adosado un C.D.T. ó C.A.E**



Fuente; elaboración propia



4.0 | Problemática

4.0 Problemática

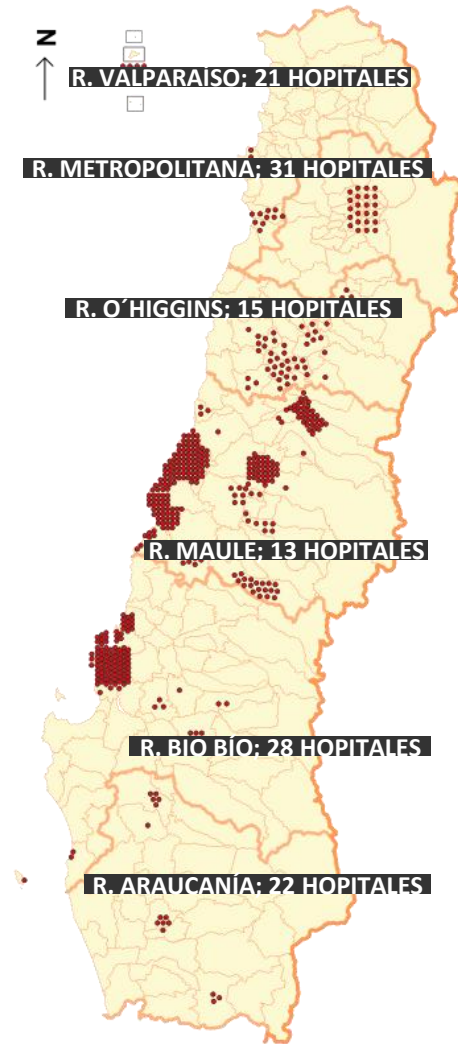
4.1 Situación país actual

En el contexto del terremoto del pasado 27.02.2010, Chile se vio afectado desde la quinta región de Valparaíso hasta la novena región de la Araucanía.

En este esquema se contraponen información sobre el número de víctimas por región (graficado con puntos según localización), versus la cantidad de hospitales damnificados, dos de los factores más importantes, en salud, para determinar las que serían las zonas más afectadas. A simple vista los indicadores simplemente son disidentes, pero podemos identificar zonas como Bio-Bío, que mantienen un alto grado de daño en ambos casos. Es importante recalcar sin embargo que este tipo de índices cuantitativos, dejan de lado que, por ejemplo, en la séptima región del Maule, el Hospital que se vio afectado fue el regional, que le da más peso cualitativo, sin importar el número de hospitales dañados. A pesar de lo anterior, la intención última es **graficar como para la red asistencial de salud, los 3 minutos del terremoto, se tradujeron en décadas de retroceso en cobertura.**

Y a partir de lo anterior cuál es la **línea crítica de acción** y las medidas que el Ministerio de Salud adoptaría basado en ella. Todo esto, con miras a identificar **donde debería estar la intervención, no sólo geográficamente sino apoyando cual de los niveles de atención.**

En la tabla de la página siguiente podemos ver cual es el nivel de daño por hospital, las medidas inmediatas (hospitales de campaña), las intenciones de proyecto (Licitaciones) y la etapa en que se encuentran. Por ejemplo; **para la totalidad de los hospitales de escala media y baja se licitaron hospitales modulares.** Esta licitación se hizo de forma conjunta en Abril de 2010.



**TOTAL;
130 HOSPITALES DAMNIFICADOS
71% DE LA RED NACIONAL**

RESUMEN ESCALA DE DAÑO

	REGIÓN	VÍCTIMAS FATALES	HOSPITALES DAÑADOS
1			
2			
3	VALPARAÍSO		
4	METROPOLITANA		
5	O'HIGGINS		
	MAULE		
6	BIOBIO		
	ARAUCANÍA		

Fuente imagen base; Víctimas del terremoto Chile 2010, <http://www.wikipedia.cl+información> «Estado de la Red Asistencial Lunes 22 de Marzo 2010» MINSAL.

4.0 | Problemática

Catastro de daños de la Red asistencial							
CATASTRO DE DAÑOS	COMPLEJIDAD	TIPO	Nº CAMAS	REGIÓN	H. DE CAMPAÑA	PROYECTO	LIC. MODULAR
INHABILITADOS							
Hospital Félix Bulnes	MAYOR			M	Brasil		SÍ
Hospital San Antonio (Putendo)	MENOR			5			SÍ
Instituto Geriátrico	MAYOR			M			SÍ
Hospital San José Parral	MEDIA	3	122	7	Japón		SÍ
Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	MAYOR			9	Estados Unidos		SÍ
75% DAÑADO							
Hospital Dr. Philippe Pinel (Putendo)	MEDIA			5			SÍ
El Peral	?			8	?		
Hospital San Juan de Dios (Curicó)	MAYOR	1	366	7	Argentina/Militar		SÍ
H. Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	MAYOR	1	544	7	Militar/Italia	lic. constru.	SÍ
Hospital San Juan de Dios (Cauquenes)	MEDIA	3	144	7	Militar		SÍ
Hospital Geriátrico de Linares		2	?	7			
Hospital de Constitución	MEDIA	3	91	7	Militar		SÍ
Hospital Penco Lirquén	MENOR	4	76	8	España	lic. constru.	
H. Provincial Dr. Rafael Avaría (Curanilahue)	MEDIA			8	FACH	X	
Torre Antigua	?			?	?		
CDT Hospital de Temuco	MAYOR			9	Noruega/Finlandia	X	
MENOS 75% DAÑADO							
Hospital Regional de Rancagua	MAYOR			6	Cuba	en constru.	
Hospital Mercedes (Chimbarongo)	MENOR			6			
H.C. R. Dr. G. Grant Benavente (Concepción)	MAYOR			8		X	
Hospital San José (Coronel)	MAYOR			8			
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	MAYOR	1	515	8	Cuba	CDT diseño	SÍ
Hospital de San Carlos	MEDIA		145	8			SÍ
OTROS							
Hospital de Hualañé	MENOR	4		7	España		SÍ
H. Traumatólogo de Concepción	MAYOR	1		8		lic. Adjud.	
Talcahuano				8	Militar	X	
CARS Barros Luco	MAYOR	1		M		lic. Obra	
Hualpén				8	Perú		
Florida		4		8			SÍ

Las demandas no cubiertas en la red asistencial producto de los daños, no radican principalmente, como se podría pensar en primera instancia, en los damnificados, sino en mantener la atención a los pacientes habituales; “...el **problema de los enfermos renales crónicos**. Hay un catastro preliminar que indica que en las zonas afectadas hay unos 2 mil pacientes que requieren de diálisis. **Definitivamente hay un cambio dramático de las prioridades**”

(Dr. Jaime Mañalich, Ministro de Salud) (artículo publicado en <http://www.redclinica.cl> , página de la Red Hospital Clínico Universidad de Chile)

Este **diagnóstico**, aunque muy cercano al hecho, permite entender el problema en su complejidad.

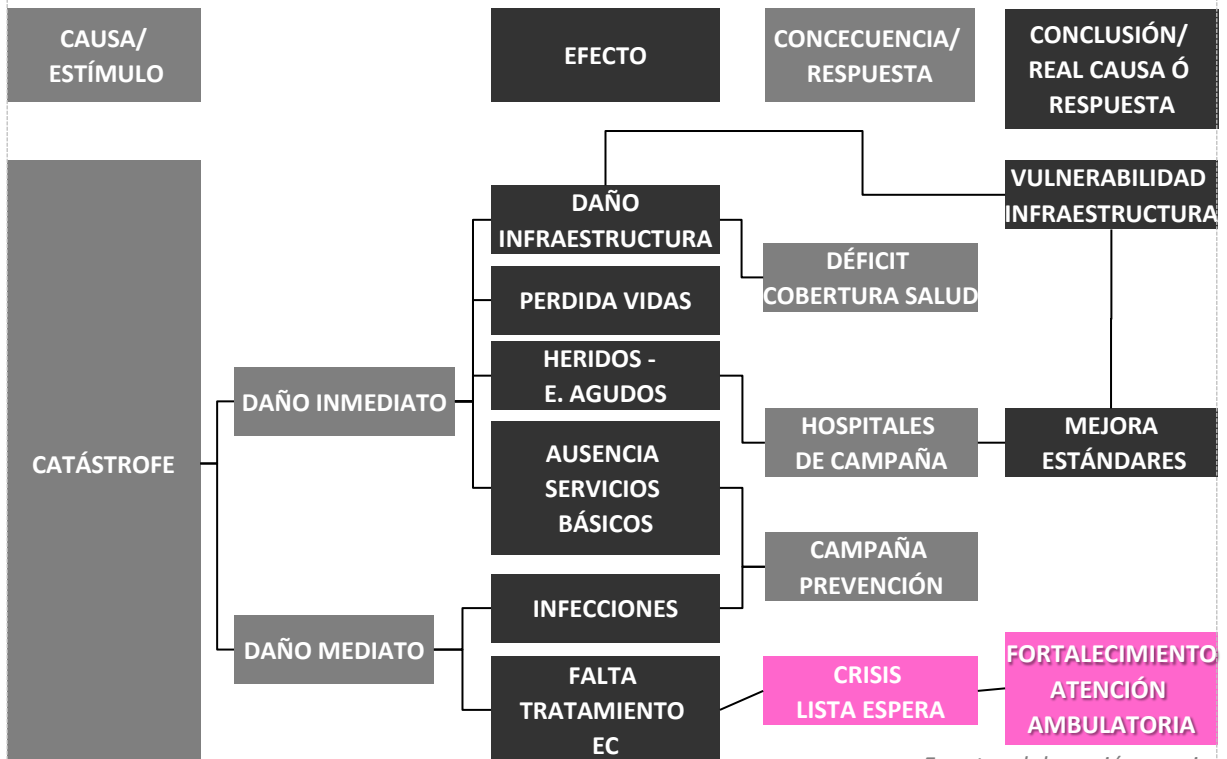
Tipo de pacientes

Los **pacientes** se pueden dividir muy básicamente en **dos tipos** agudos ó crónicos. Los **agudos** son prioridad puesto que en algunos casos corren riesgo vital y en otros, de no son tratados a su debido tiempo, pueden pasar a ser crónicos. Los **enfermos crónicos (EC)** son aquellos que poseen una enfermedad en su mayoría, **incurable**,

simplemente controlada, para quienes **el tratamiento es parte de un estilo de vida en función al cuidado de su condición**.

Aclarado lo anterior podemos decir que, en caso de emergencia la respuesta inmediata es pensando en “apagar el incendio”, vale decir, los pacientes agudos pre-existentes y/o producto de la catástrofe, lo que es lógico y necesario, pero eso **produce a corto plazo un aumento en la lista de espera de los pacientes crónicos que requieren atención. Pensando en atacar este problema, es que veo el fortalecimiento de la atención ambulatoria como la respuesta** , y dentro de la misma, **Chillán como un lugar donde se presenta la oportunidad** de desarrollarlo (página anterior). Por otro lado, **la arquitectura de emergencia apunta a la eficiencia y factibilidad (modulación, traslado, instalación), no a su calidad espacial, ni como eso puede afectar el proceso de sanación, es por estas razones que he decidido abordar la problemática desde esta otra arista, centrada en la atención ambulatoria y el enfermo crónico EC.**

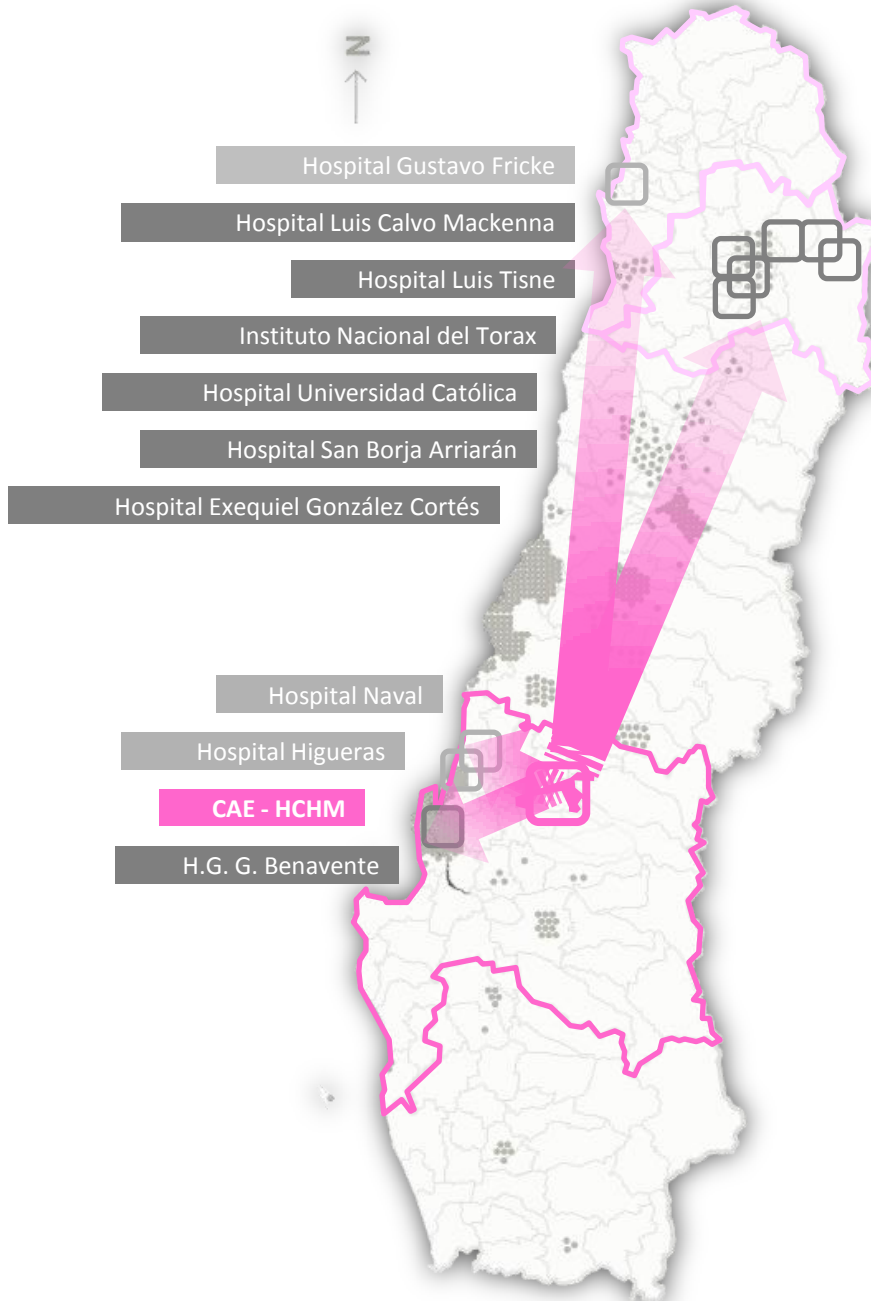
Esquema diagnóstico y área de acción



Fuente; elaboración propia

Esquema derivaciones de alta complejidad

Red de Derivaciones de Alta Complejidad



ELAVORACIÓN PROPIA

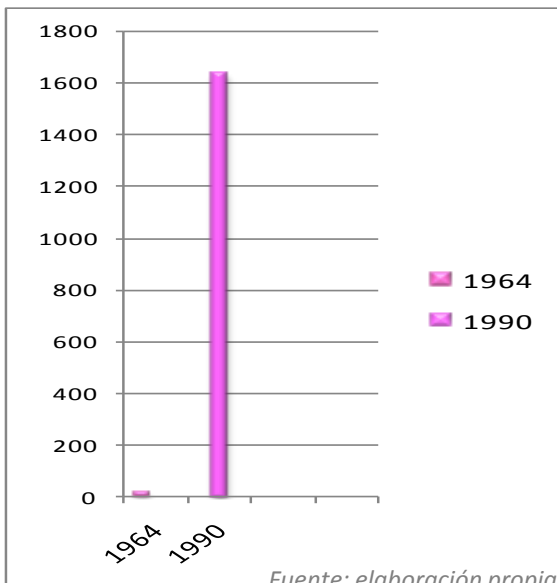
Fuente de información; presentación a MIDEPLAN 03.06.2010 por parte del equipo PRONCAE, encargados del "Proyecto de Normalización Consultorio adosado de especialidades" Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, Servicio de Salud Ñuble).

Las enfermedades crónicas se tratan a nivel ambulatorio. El EC convive con una condición de prolongada duración, en su mayoría incurable, posee una enorme carga social, ya que **implican un cambio en el estilo de vida**, limitado por el aspecto económico y por otro **dependiente de un tratamiento regular**. El lugar de atención se **transforma en un segundo hogar, donde se pasa tanto o más tiempo que en el trabajo, colegio o inclusive, en la casa**.

En este período de cambio de gobierno, no existe una postura clara que re-enfoque los programas de gobierno referidos a salud. La apuesta del Ministerio de Salud hasta la fecha a sido **potenciar la atención abierta ó ambulatoria**.

*“La resolución en forma **ambulatoria** de problemas que antes requerían hospitalización ha resultado en una mayor **satisfacción del usuario, mejor calidad y acceso más rápido a la atención de salud** . Por otro lado, **interfiere menos con la vida personal y familiar del usuario, disminuye las repercusiones labores y la tasa de infecciones intrahospitalarias.**”*

“ En 1964 existía no más de 20 consultorios de Atención primaria en el País. A fines de la década del 90 la Red Asistencial cuenta con 1641 establecimientos de Atención Primera (Postas de Salud Rural, Consultorios Generales Rurales, Consultorio Generales Urbanos, Centros de Salud y Consultorios de Especiales Adosados a Hospitales) y 13 Centros de Atención Ambulatoria de Especialidades de mediana y alta complejidad”



“La idea fuerza es que la atención de salud actualmente puede y debe ser entregada de manera ambulatoria, con la necesaria participación de la comunidad y organizaciones sociales para el desarrollo de modelos de auto-cuidado.”

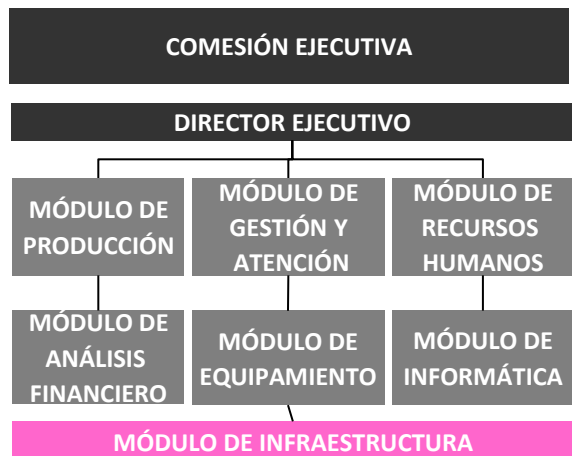
Fuente citas: “Guía de Planificación y Diseño; Centros de Atención Ambulatoria” MINISTERIO DE SALUD, 2000.

Coherente al diagnóstico de la situación actual y coincidente con las políticas públicas que se venían implementando en el área de la salud, el proyecto se hace cargo de la demanda, que, ya sea por número o por carencia de aquel tipo, actualmente se resuelve por medio de las derivaciones a otros Hospitales dentro de la región, hacia la región Metropolitana y/ó de Valparaíso. (véase grafico pagina anterior)

Esto en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM), con antecedentes mucho anteriores al terremoto, en la Ciudad de Chillán, capital de la provincia de Ñuble, región del Bio-Bío, **iniciativa de proyecto en el área afectada que contribuyen a esta visión.**

4.2 Fundamentos

“El Proyecto de Normalización del CAE nace oficialmente en Junio de 2006 ... sin embargo no fue hasta marzo de 2007 cuando se creó una comisión ejecutiva... encabezada por el Dr. Raúl Franco. En junio de 2007 se obtuvo la Recomendación Sin condiciones (RS) del proyecto preinversional, el cual aportará cerca de 134 mill. para estudios propios del proyecto...”



4.0 | Problemática

“Actualmente la comisión trabaja arduamente para cumplir con los plazos de entrega de los informes de cada módulo en las etapas de diagnóstico y proyección y así llegar a marzo de 2008 con la segunda etapa, el diseño”

(fuente cita e información de esquemas de elaboración propia; Página oficial Hospital Clínico Herminda Martín, 12.05.2010

<http://hospitaldechillan.cl/paginanormal.php?pagina=25>



Los tiempos inicialmente proyectados no fueron cumplidos como presupuestados y actualmente el proyecto se encuentra con **FI (falta información) en etapa de diseño, archivado en el BIP (Banco Integrado de Proyectos) de MIDEPLAN**, vale decir no ha sido aprobado el plan maestro para comenzar a financiar el diseño, oportunidad que aprovecharé para plantear una **alternativa (paralela) de proyecto**, ya que como conclusión del estudio preinversional se realizó el Programa Médico Arquitectónico (PMA), vale decir, se considera que el proyecto es pertinente y necesario para ser desarrollado.

Los datos que fundamentan esta resolución los expongo a continuación ;

El objetivo principal al que da respuesta el proyecto es **“la alta tasa de patologías que requieren atención especializada”, posicionando “la atención ambulatoria como la principal área de resolución de alta complejidad”** (Resumen Ejecutivo Estudio Preinversional “Proyecto de Normalización Consultorio adosado de especialidades” Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Servicio de Salud Ñuble).

Producto de, por una parte la **demanda no satisfecha**, y por otra parte las **prestaciones carentes** este caso son :

- Geriatría
- Hematología Adultos
- Oncología
- Quimioterapia
- Hematología Infantil
- Biología Molecular
- Implantología
- Peritoneo Diálisis
- ~~Resonancia Nuclear (*)~~
- ~~Psiquiatría Infantil~~
- ~~Hemodinamia~~
- ~~Cardiocirugía~~
- ~~Trasplantes~~
- ~~Medicina Nuclear~~
- ~~Radioterapia~~
- ~~Estereotáxia~~

De estas, las especialidades destacadas son incorporadas en el nuevo proyecto.

Fuente información; equipo PRONCAE, encargados del proyecto.

DEMANDA NO SATISFECHA CONSULTA DE ESPECIALIDADES		
CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	27%	37.689
UROLOGÍA	108%	3.655
GASTROENTERO-LOGÍA	85%	2.268
ENDOCRINOLOGÍA	78%	2.180
OTORRINO	54%	3.716
OFTALMOLOGÍA	44%	5.586

A pesar de oficializarse el 2006, en el **Plan de desarrollo comuna (PLADECO) de Chillán**, establece que la «unión comunal de juntas de vecinos, que reúne a la todas las juntas de vecinos, urbanas y rurales de la comuna.

JUNTA DE VECINOS	N°	SOCIOS
URBANAS	83	20.975
RURALES	30	3.120
TOTALES	113	24.095

(fuente; elaboración propia. Fuente de información; PLADECOS)

«a través de su 3° congreso comunal de agosto 1999, donde participaron 184 personas, presentaron un análisis de la situación comunal respecto de: **Salud**

Vivienda y urbanismo

Educación y cultura,

Seguridad ciudadana, Participación ciudadana

Emergencia

Servicios básicos

Medio ambiente y ecología Deporte y recreación

Agricultura»

Respecto de salud, las demandas comunitarias fueron;

1. Mayor información sobre el SAMU
2. Atención preferencial para la tercera edad
3. Atención preferencial para los discapacitados
4. Trato personalizado para los funcionarios que entregan los servicios
5. Mejorar los servicios de urgencia
6. **Mejorar el consultorio de especialidad CAE**
7. Mayor capacitación del personal (especialmente de los médicos mayores)
8. Adquirir un mamógrafo y un ecógrafo para la Ciudad de Chillán
9. Mejoramiento de los baños de los establecimientos
10. Mejorar el servicio dental en la Comuna de Chillán
11. Mejoramiento de la Atención kinésica infantil en los consultorios
12. Riguroso control de horarios médicos y funcionarios
13. Tener un especialista en geriatría para la Comuna
14. Orientar la práctica de los alumnos de la carrera de Medicina en los servicios de urgencia
15. Letra más clara de los médicos en las recetas
16. Mejorar las explicaciones que se le entregan a los pacientes

Vale decir, el proyecto, no es sólo visto como necesario desde la evaluación posterior realizada por el Ministerio de salud, sino que **existe este antecedente, seis años anterior a la oficialización del proyecto, en donde este es percibido como una necesidad desde la comunidad, recogida posteriormente en el PLADECOS.**

La participación social en torno al proyecto ha dado un paso más allá, y por lo mismo fue destacada en la presentación de las «Cuentas Públicas del Servicio de Salud Ñuble – Ministerio de Salud, febrero de 2008)» de la que se extrae:

«A través de la metodología de grupos focales, ... se ha recabado información de los grupos organizados y usuarios/as en aspectos relevantes como infraestructura, organización de la atención y funcionamiento general del futuro establecimiento. De este modo, se han pronunciado sobre horarios de atención que compatibilicen las necesidades de organización interna y de los usuarios, las particularidades de las personas provenientes de zonas rurales, la **necesidad de mejorar la señalética**, y disponer de **espacios más cómodos** mejorar los mecanismos de **información al público**, tanto para la realización de trámites administrativos como en el momento de la atención.»

Recalco estos antecedentes de manera preliminar, pues aunque puedan parecer generalidades, la postura frente a estos temas configuran parte de la propuesta arquitectónica.

Es importante mencionar que el proyecto no se plantea como una contrapropuesta a la existente, pues la “propuesta oficial” está siendo realizada de manera paralela, y por lo mismo no hago referencia a ella.

El proyecto implica lidiar con la reposición de infraestructura dentro de un complejo construido mayor, lo que lo obliga a tomar una postura en términos de lectura de conjunto. Ya que actualmente se “desentiende” y asume como un crecimiento espontáneo no planificado, que ha ido en perjuicio del conjunto. Por lo tanto la aproximación tendría un objetivo específico ó “pie forzado” arquitectónico de; dialogar con lo existente. Ya que se considera la reposición, en el mismo terreno del edificio existente, aumentando su capacidad y mejorando su estándar.

4.3 Aproximación Red asistencial VIII región; del Bio Bío

ESCALA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

REGIONAL: 8° REGIÓN DEL BIO BÍO



PROVINCIAL: PROVINCIA DE ÑUBLE



COMUNAL: COMUNA DE CHILLÁN

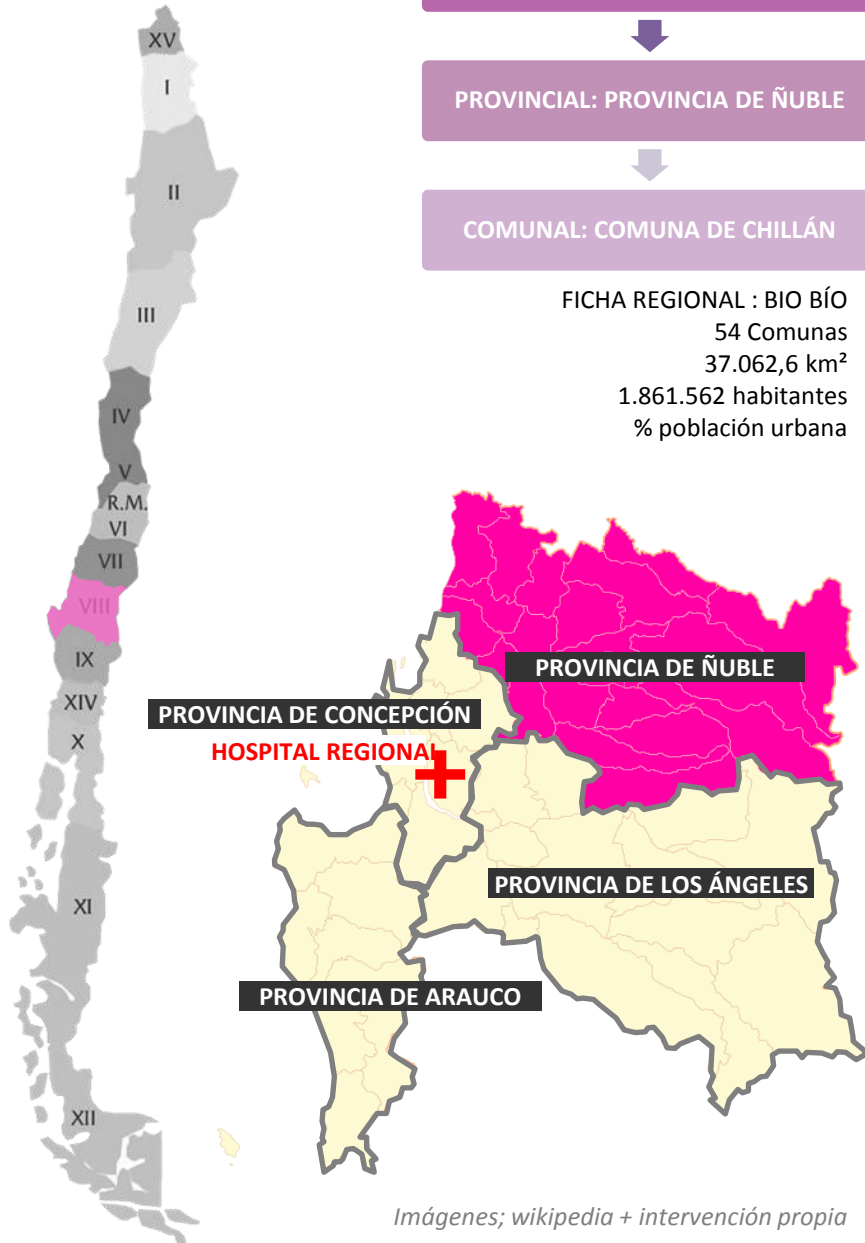
FICHA REGIONAL : BIO BÍO

54 Comunas

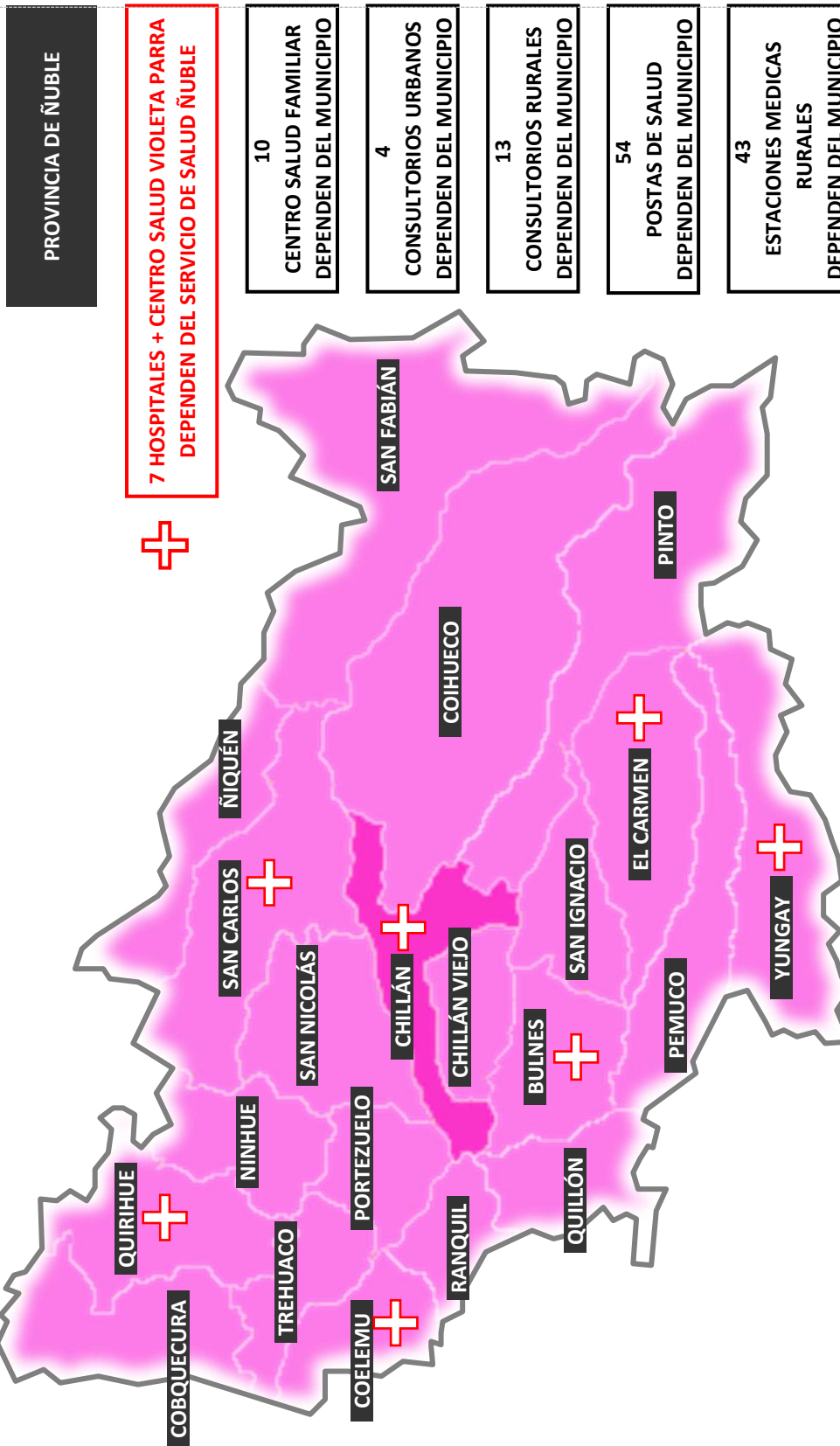
37.062,6 km²

1.861.562 habitantes

% población urbana



Imágenes; wikipedia + intervención propia



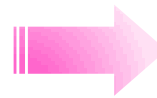
4.4 Requerimientos Centros de Atención ambulatoria

ATENCIÓN AMBULATORIA		
BAJA COMPLEJIDAD	MEDIACOMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
CONSULTAS	CONSULTAS	CONSULTAS
	SUBESPECIALIDADES	SUBESPECIALIDADES
PROCEDIMIENTOS	PROCEDIMIENTOS	PROCEDIMIENTOS
CIRUGÍA MENOR	CIRUGÍA MENOR	C. AMBULATORIA
		HOSPITAL DE DÍA
LABORATORIO	LABORATORIO	LABORATORIO
IMAGENOLOGÍA	IMAGENOLOGÍA	IMAGENOLOGÍA
		MEDICINA NUCLEAR
	MED. FÍSICA Y REHAB.	MED.FÍSICA Y REHAB.
SALUD MENTAL	SALUD MENTAL	SALUD MENTAL
DENTAL	DENTAL	DENTAL
FOMENTO SALUD	FOMENTO SALUD	FOMENTO SALUD
PROTECCIÓN SALUD	PROTECCIÓN SALUD	PROTECCIÓN SALUD
	C.A.E. ACTUAL	C.D.T. PROYECTADO

El nivel de especificidad de la atención ambulatoria que se lleva a cabo en el Consultorio Adosado de especialidades (CAE) es de mediana o alta complejidad dependerá de las prestaciones de las que disponga, ¿Cuáles son estas?, el esquema resume las prestaciones que definen el nivel de complejidad en cada caso . El HCHM actualmente posee una atención ambulatoria de especialidad de complejidad media y el proyecto para cubrir la demanda la proyecta convertirla en atención de alta complejidad, eso en termino prácticos se traduce en el incremento del nivel de resolutiveidad y autonomía que posee el centro.

El rol protagónico del usuario que se desea en el diseño se ha dejado declarado en las **Guías de Planificación y Diseño del Ministerio de Salud**, específicamente de la referida a **“Centros de Atención Ambulatoria”** se extrae;

“La satisfacción del usuario ha pasado a ser una meta prioritaria para el sector público de salud, centrada en lograr que los pacientes y sus familias sientan satisfechas sus expectativas respecto a la solución adecuada y oportuna de sus problemas de salud en establecimientos acogedores, con espacios dignos y confortables para la espera y



atención médica.

La salud orientada al servicio de las personas plantea la necesidad de humanizar los espacios de atención en salud, ...”

“Al eliminar la apariencia tradicional de hospital, se proponen establecimientos más atractivos y amigables, disminuyendo así su entorno clínico intimidatorio. Su apariencia atractiva no se contraponen con la calidad técnica de las prestaciones y contribuye por sí misma a la mejoría de las personas”

En los establecimientos ambulatorios de especialidades, las cualidades espaciales debiesen ser tema prioritario, ya que influyen directamente en la calidad de vida del perfil del usuario; paciente crónico, que, como veíamos anteriormente, carga un peso físico y psicológico. En base a este último aspecto , en busca de parámetros que ayuden a definir el **“perfil del usuario”** se recoge esta definición del blog psiquiátrico:

<http://visionpsicologica.blogspot.com;>

4.5 Usuarios Centros de Atención ambulatoria

“Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten **sobrepasados** e impotentes ante su situación; su **autoestima es habitualmente baja**, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto **dependientes de otras personas en mayor o menor medida**.

Se sienten frustrados porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están **angustiado y ansioso** por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece una cura. Pueden albergar sentimientos de **culpa**, autoimpuestos o inculcados por otro.”

Este es sin duda el peor de los casos porque todo EC aspira a, lo que algunos llaman, un **estado de salud diferente, que requiere cuidados especiales y limitaciones particulares**, como podría ser el caso de un diabético, **donde su enfermedad no es más que un condicionante a un estilo de vida diferente para ser “saludable”**.

Dentro de las **enfermedades crónicas** existe una enorme diversidad, pero ¿qué características en común poseen?;

Fuente;

Blog de medicina dedicado al aspecto psicológico del paciente
(<http://visionpsicologica.blogspot.com/2009/06/calidad-de-vida-en-pacientes-cronicos.html>)

. **Padecimiento Incurable:** permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.

. **Multicausalidad o plurietiología:** están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.

. **Multiefectividad:** un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular.

. **No Contagiosas:** no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.

. **Incapacidad Residual:** dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.

Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.

. **Importancia Social:** determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.

. **Prevenibles:** tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.

. **Sentimientos de pérdida:** se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

El concepto de “**Calidad de vida en enfermos crónicos**” a sido definido por varios autores, pero destaque entre ellas la de Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), que definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el **nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, Tratamiento y efectos colaterales**. ¿Cómo puede el recinto asistencial contribuir en la calidad de vida del paciente?, ¿cómo puede la arquitectura plantearse frente al bienestar psicológico y/o emocional del paciente?, estas serán las preguntas que se abordaran en la propuesta.

5.0 | Lugar

5.0 Lugar

Plano comuna y antecedentes generales



FICHA COMUNAL : CIUDAD CHILLÁN
Fundación 26 de junio de 1580
Superficie 511 km²
Población 161.953 hab. •
Densidad 317 hab./km²
Fuente: Wikipedia

Plano Regulador municipalidad de Chillán, Zonificación
Fuente: <http://www.municipalidaddechillan.cl/>

5.1 Análisis del Contexto; CHILLÁN

"Silla del Sol" en lengua Mapuche.

Chillán es una ciudad marcada por eventos que le han obligado a reconstruirse y reinventarse más de una vez. En un comienzo trasladándose de ubicación, y más tarde simplemente con una **regeneración interna**, siempre recordando una manera muy propia de hacer ciudad (esquemas adjuntos);

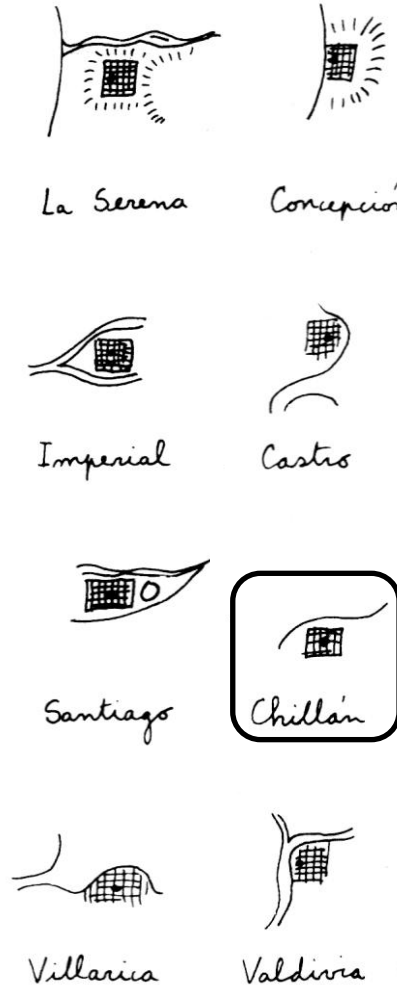
"... un trazado original firme y claro, que permite una construcción gradual partiendo de la plaza de armas ..."

Las ciudades están ubicadas al lado de un río o estero, ..." (*"Arquitectura Chilena; la búsqueda de un orden espacial"* Raúl Irarrázaval.)

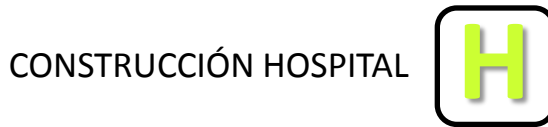
En este caso el estero las Toscas proveniente del Río Ñuble, que marca la ubicación inicial de la ciudad, y más tarde, queda incorporado en ella, tras su crecimiento.

Para un **"Chillán ciudad de movimiento"**, el análisis se enfoca en los eventos que propiciaron la evolución urbana y como se desarrolló la misma.

Cuales son los puntos de acceso a la ciudad, las vías principales, los hitos ó puntos notables, para **comprender la ubicación estratégica en la que el hospital se encuentra actualmente**, y al mismo tiempo tener conciencia de la **significación histórica con la que carga al ser uno de los hitos que reconfigura la ciudad tras el terremoto del 1939 con su construcción en 1945.**















FUENTE: "Arquitectura Chilena; la búsqueda de un orden espacial" Raúl Irarrázaval.

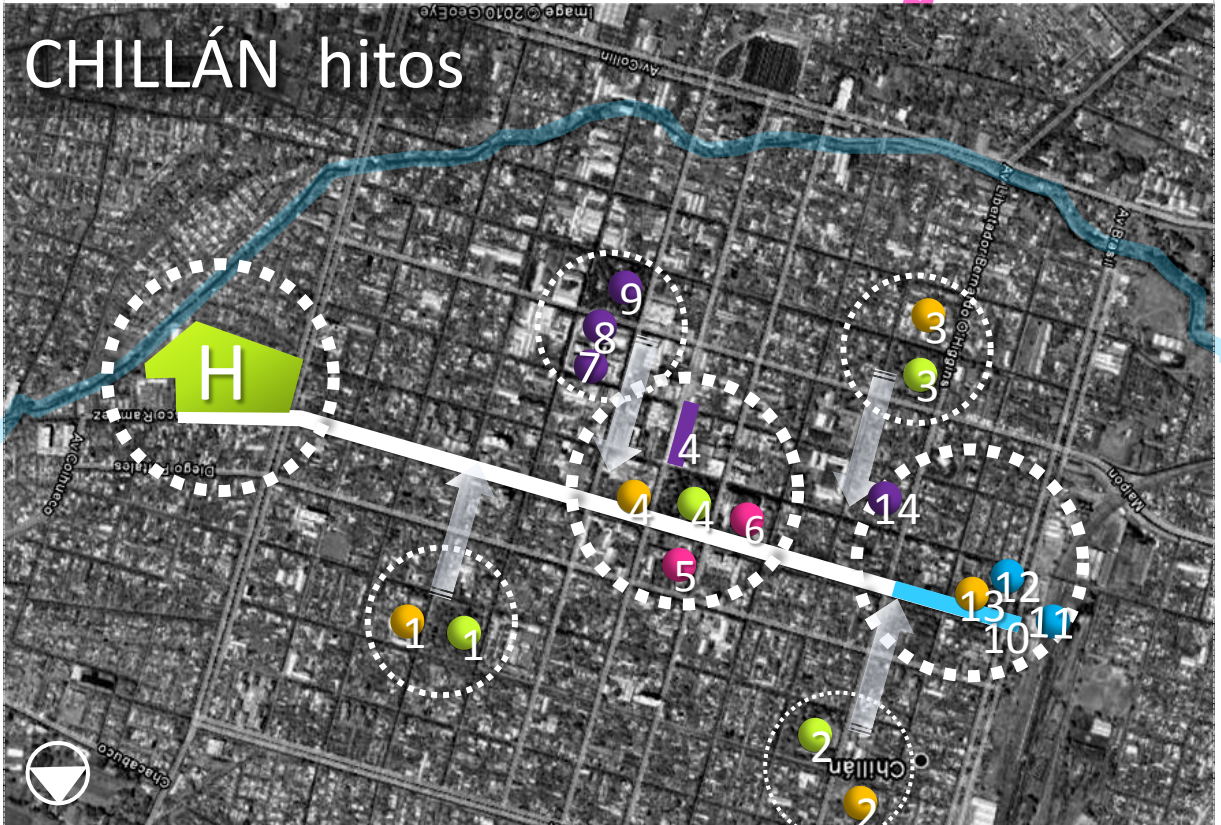
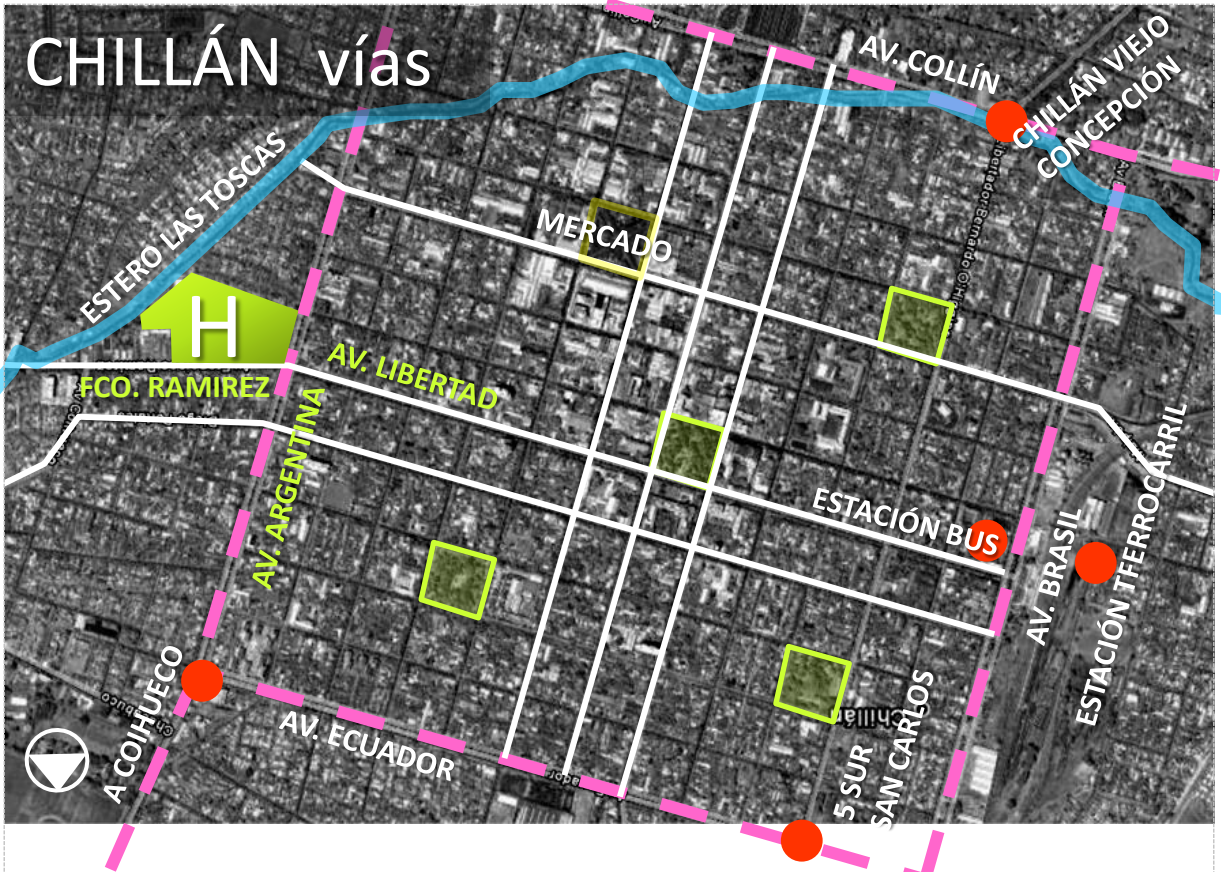


FUENTE: ELAVORACIÓN PROPIA

Cronología de Eventos

1580		
1655		
1664	 	
1657		CONCEPCIÓN 8,0
1737		VALDIVIA 7,7
1751	  	CONCEPCIÓN 8,5
1791		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
1835		CONCEPCIÓN 8,5
1837		VALDIVIA 8,0
1939	  	CHILLÁN 8,3
1945		HOSPITAL HERMINDA MARTÍN
1949		ANGOL 7,3
1953		SAN CARLOS 8,3
1960		VALDIVIA 9,5
2010		COBQUECURA 8,8











INFLUENCIA RACIONALISTA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Conclusiones parciales

Los hitos en la ciudad refuerzan las vías principales y plazas proyectadas por el damero tradicional., al interior de las 4 avenidas que lo conforman, **la Av. Libertad, destaca por conectar las principales puertas de la ciudad, terminal de buses y de ferrocarriles, la plaza de armas y con ella todo el barrio cívico, y el Hospital como remate. Además desembocan a ella flujos de los demás puntos notables en la ciudad, tal como se grafica en el esquema.**

El damero sufre un quiebre justo al llegar al Hospital, al adaptarse a la geografía del Estero Las Toscas. Al quebrarse la avenida Av. Libertad toma el nombre de Francisco Ramírez, calle corta que desaparece en un nudo vial. Conjunto al cambio de nombre la calle disminuye su perfil, en un lugar crítico para la circulación vehicular hacia el hospital.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

He aquí una primera escala de propuesta a nivel urbano, por una parte reconocer el acceso desde la esquina, que en este momento le da la espalda, y por otro lado, modificar el perfil de la calle, para hacerlo apto para el flujo que se encuentra recibiendo en vez de estrangularlo. Para ello se consulta el **plan regulador local** y el **informe de antecedentes previos del terreno** (ver anexos).

Existe un ensanche programado, y por lo mismo, los edificios que enfrentan el predio han tomado la

acorde con el nivel de flujo del programa que enfrenta, pero también permitir exista perspectiva para enfrentarse a los volúmenes de infraestructura.

El perfil propuesto considera la continuidad de la escala de la Av. Libertad.



5.0 | Lugar

La mayoría de los **hitos** se destacan por su **función programática**, el resto por su **altura**.

La **masas arbóreas**, forman parte importante del paisaje de Chillán, recalco esto, porque **el predio del hospital es un potencial quinto polo verde**, apoyando la zona nor-oriente donde la plaza se ausenta para dar pie al mercado central.

En las edificaciones se puede reconocer la influencia racionalista a través de la tipología arquitectónica presente fundamentalmente en las viviendas, construidas tras el terremoto de 1939. De este estilo destaco la presencia **de balcones como elemento arquitectónico**, recurrente y reconocible dentro de la ciudad. Elemento que rescato como **concepto espacial**, “**abalconarse hacia el espacio público**”, no como elemento formal a ser repetido.

En resumen, de la **lectura macro del lugar**, podemos obtener las siguientes **conclusiones parciales**, como **puntos de partida de proyecto**;

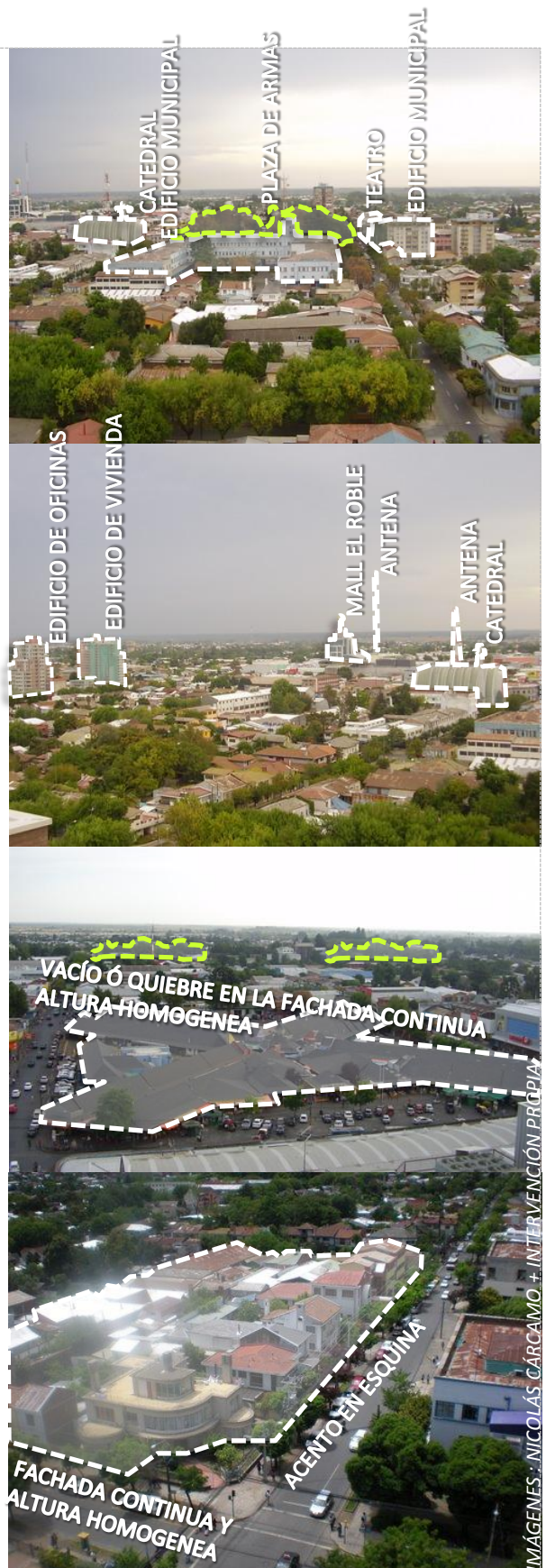
- Punto estratégico**; La ubicación como remate de una de las avenidas interiores principales, le da la oportunidad de consolidarse como un **espacio público** abierto a la ciudad. Donde este pase a **formar parte del circuito de áreas verdes de la ciudad**.

Donde además las edificaciones se realzan asociadas al espacio libre exterior como lo vimos dupla iglesia- plaza.

- Perfil de la calle**; Para apoyar la idea anterior, es necesario que las vías estén a la escala adecuada al programa y la envergadura del impacto que el proyecto genera, tanto vehicular como peatonalmente. Como anteriormente se mencionaba.

- Hito**; El hospital programáticamente es un hito, entendido como punto de referencia. ¿Cuál sería su imagen?, ¿Cómo se presenta?, ¿Cómo invita?

- Elemento arquitectónico**; rescatar como **concepto espacial** de “abalconarse hacia el espacio público”. Guardando la esencia de lo que es hoy por hoy propio y reconocible en la ciudad, pero sin caer en formalismos ni lenguajes autoimpuestos.



5.2 Análisis del Emplazamiento; HOSPITAL

El complejo Hospitalario es una pequeña ciudad, un campus en donde si bien los distintos edificios funcionan de manera independiente, la relación entre los mismos es primordial.

El Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, posee 515 camas y está categorizado en el nivel terciario de atención como establecimiento tipo 1, máxima capacidad resolutive y por ello posee atención integral, vale decir, cerrada o de hospitalización, abierta o ambulatoria y todos los soportes clínicos y de diagnóstico necesarios para lo anterior, como se graficaba anteriormente en la descripción del tema. Por lo mismo el complejo cuenta con una gran cantidad de recintos, que se fueron implementando en el tiempo, con un crecimiento caótico, no planificado, que le ha significado al complejo la;

- **pérdida de los espacios de extensión;** los primeros espacios disponibles en utilizarse fueron los “propuestos” ó configurados como patios por el edificio antiguo, lentamente los únicos espacios de extensión terminaron siendo intersticiales.

- **ineficiencia de circulaciones;** es evidente que no existe un layout claro en el como recorrer el complejo, y menos en como se conectan funcionalmente los recintos. Inclusive en los puntos más críticos, es necesario atravesar un edificios para poder llegar a otro.

- **repetición ó duplicidad de recintos;** la mala distribución obliga a tener que repetir infraestructuras que se requieren próximas.

- **falta de estacionamientos ;** para los vehículos se destinó el espacio libre “resultante” ó sobrante consecuencia de las sucesivas ampliaciones, sin ninguna protección más allá de el acceso restringido. Actualmente los estacionamientos son sólo para los funcionarios y aún así la capacidad no es optima.

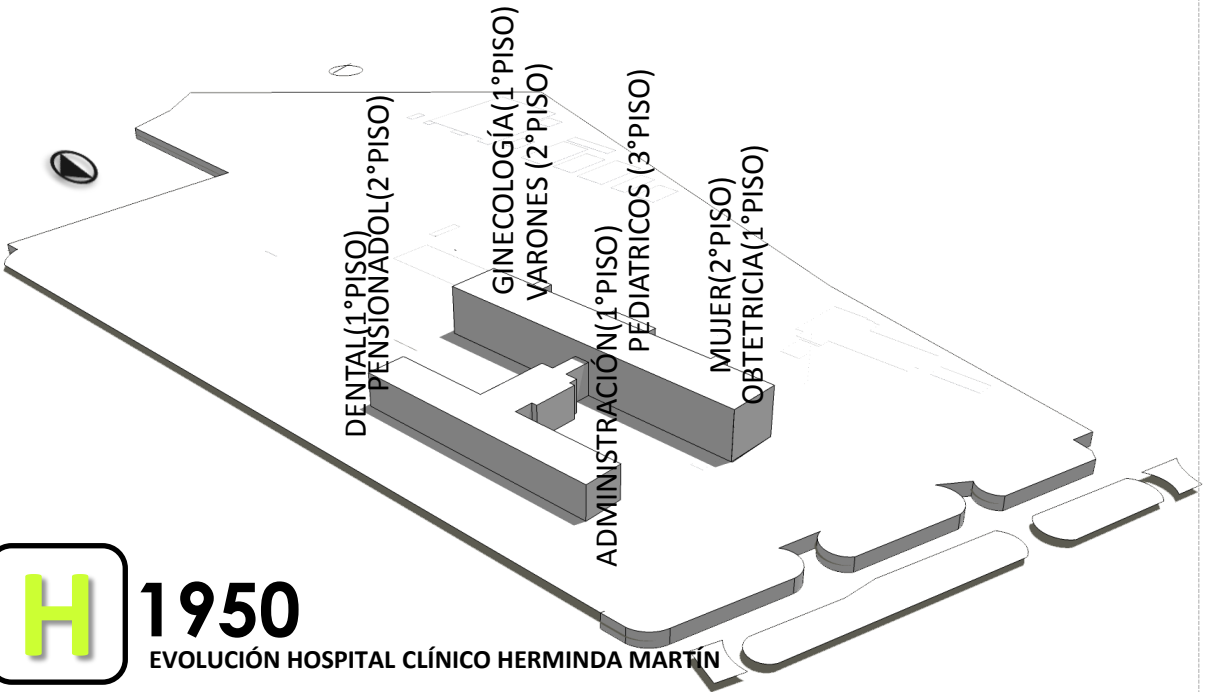
- **imagen de conjunto no reconocible;** La apariencia fragmentada del conjunto, hace que sea difícil de entender las jerarquías, sin embargo dentro del mismo, se destacan algunas edificaciones por sobre otras.

En resumen un “edificio enfermo”, el síndrome de edificio enfermo ó su sigla en inglés S.B.S. hace alusión a edificios que enferman a sus ocupantes, provocándoles dolores de cabeza, estrés o cualquier tipo de malestar cuya causa no sea identificada. Las soluciones propuestas son, la renovación de aire, la necesidad de iluminación natural en los recintos comunes y cualquier otro mecanismo reductor de estrés, según sea el caso.

A continuación presento de manera esquemática cómo a sido la evolución del complejo hospitalario, cuáles han sido los recintos que se han ampliado para entender el proceso que tiene como resultado su imagen actual, e identificar cuales son las tipologías arquitectónicas hospitalarias presentes, en búsqueda de comprender el orden propio de la época. Luego de estos antecedentes básicos, en la comprensión evolutiva de la volumetría y la imagen del los distintos edificios, comienza el análisis para tomar las decisiones de proyecto;

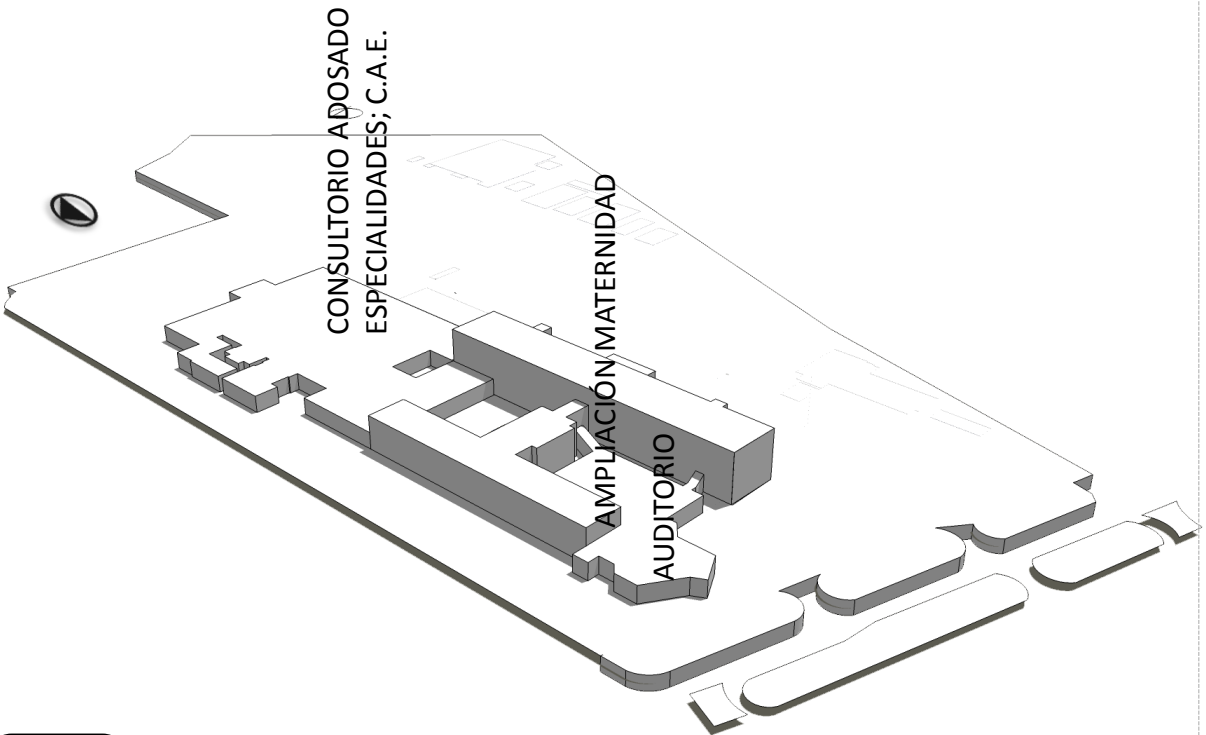


Evolución Infraestructura existente ;



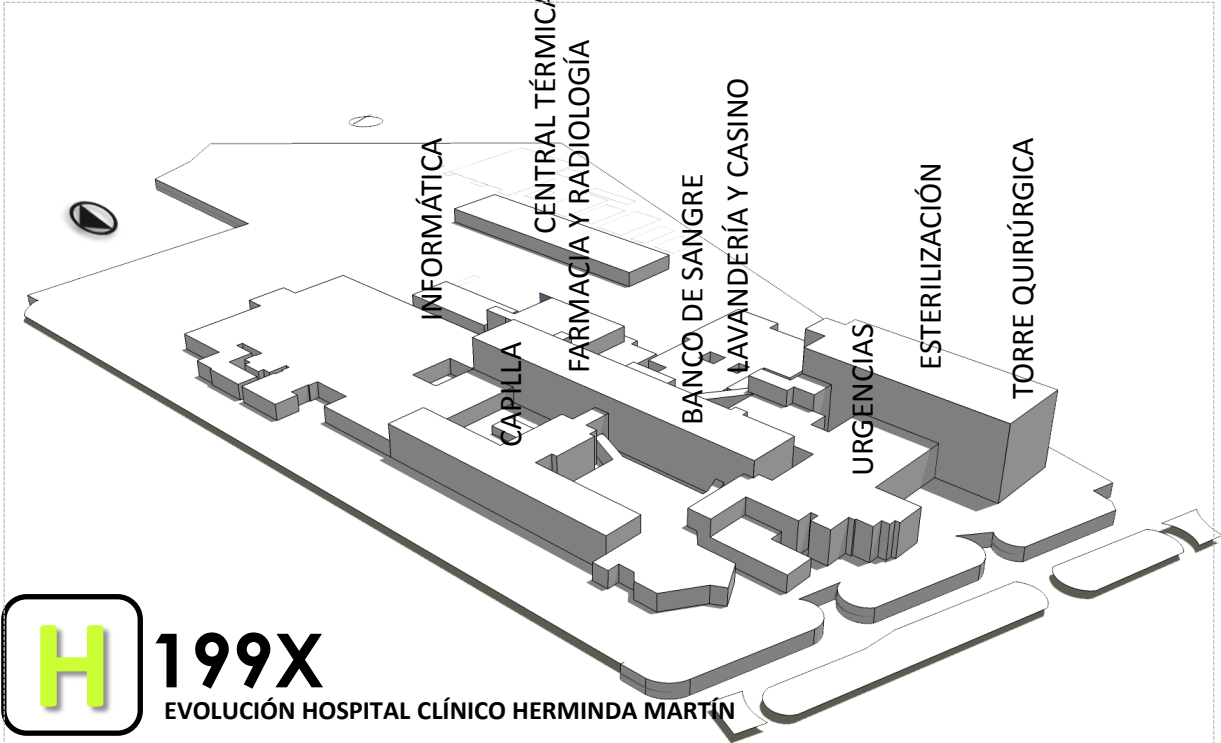
1950

EVOLUCIÓN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN



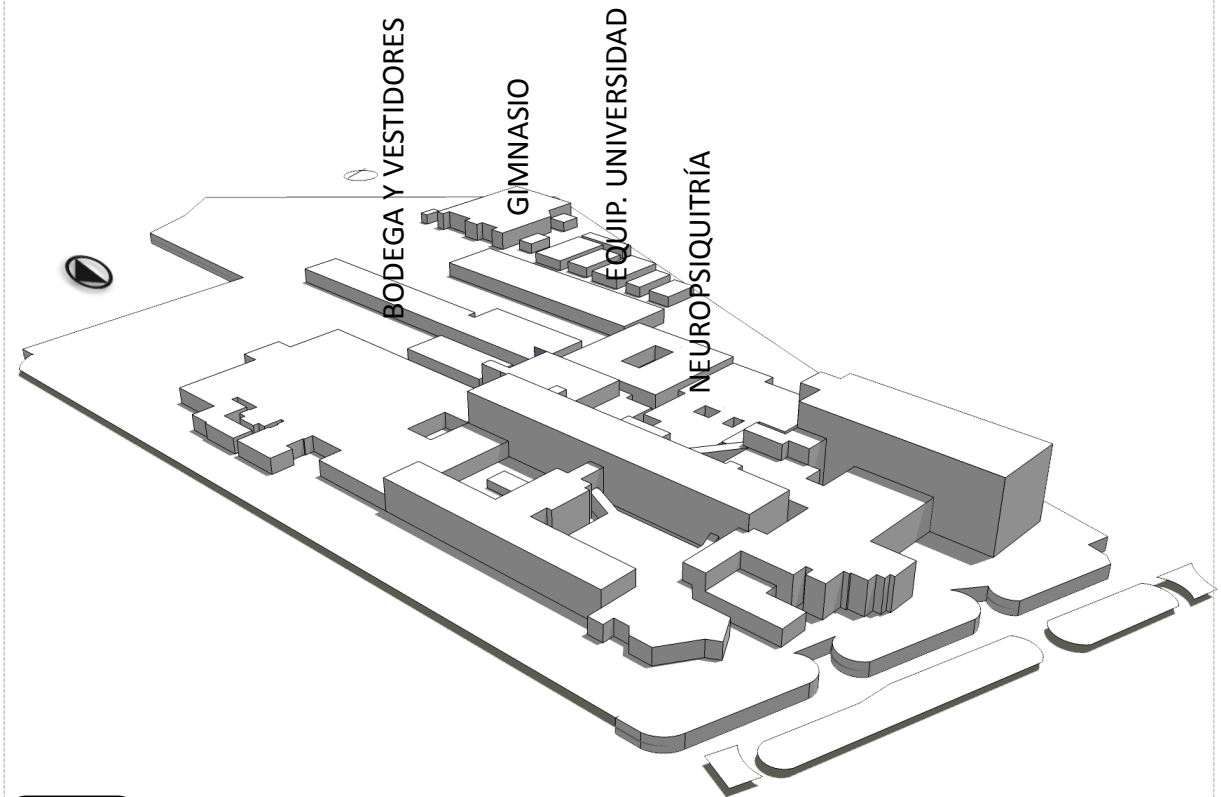
1970

EVOLUCIÓN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN



199X

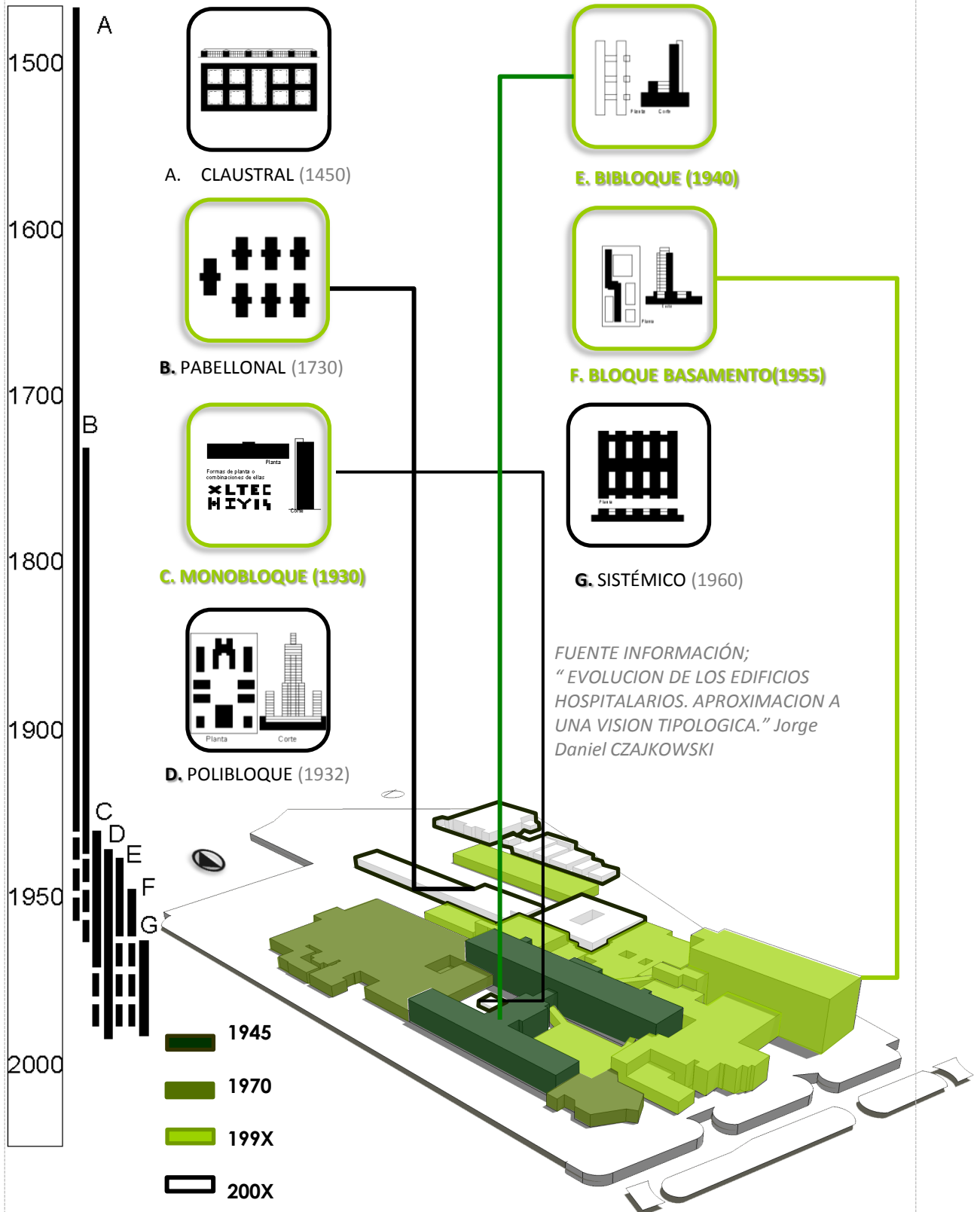
EVOLUCIÓN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN



200X

EVOLUCIÓN HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN

Identificación de tipologías constructivas presentes;



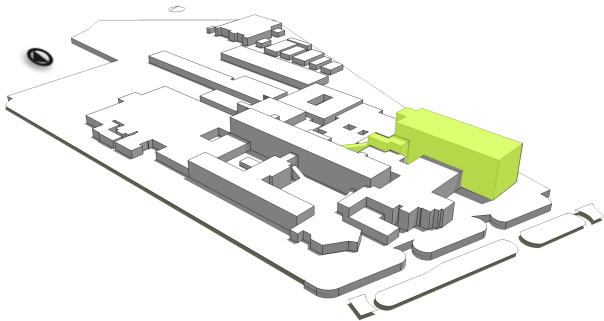


IMAGEN
TORRE QUIRÚRGICA

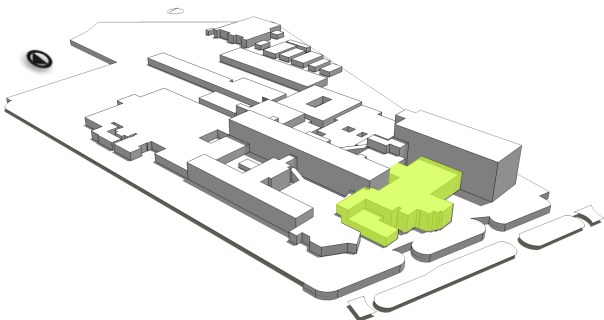


IMAGEN
URGENCIA



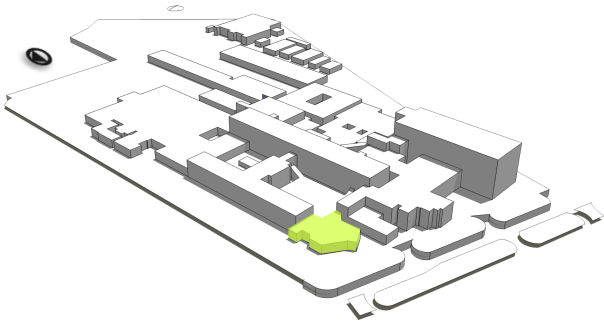


IMAGEN
AUDITORIO

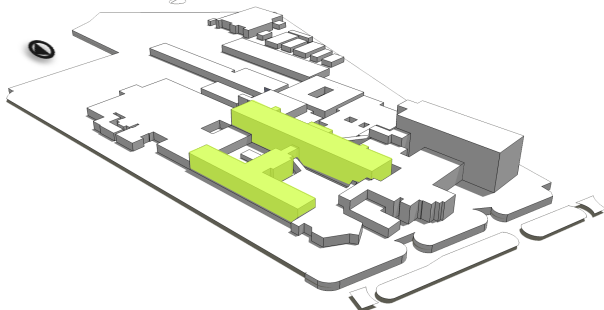


IMAGEN
EDIFICIO ANTIGUO



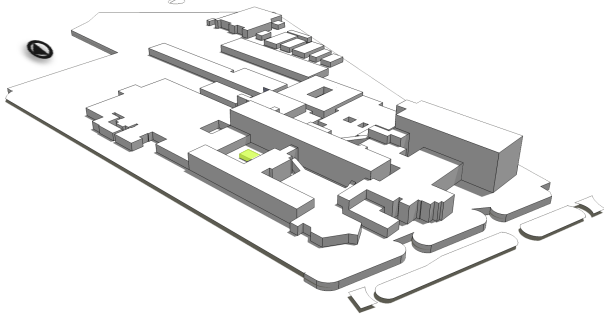


IMAGEN 
CAPILLA

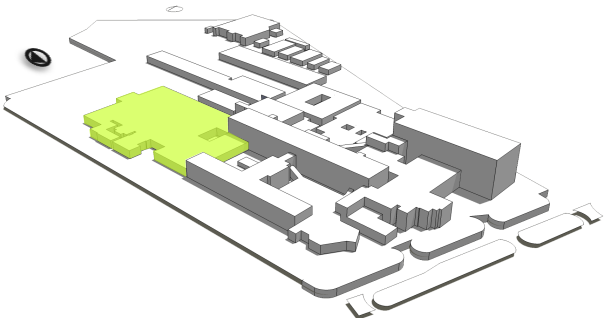


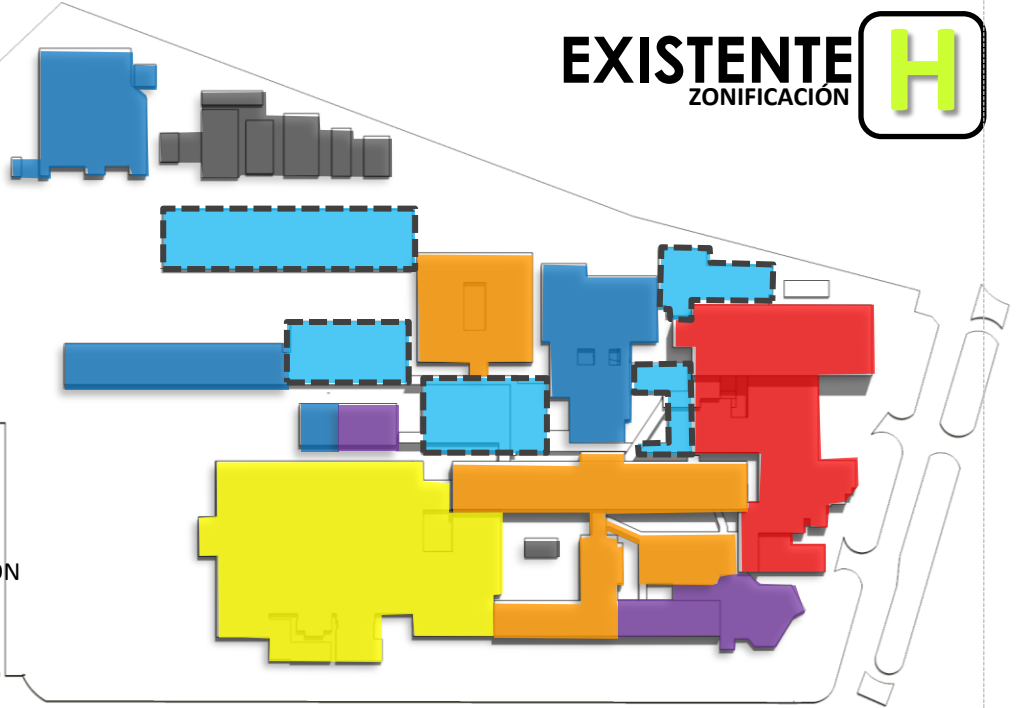
IMAGEN 
C.A.E. ACTUAL

Análisis de la Infraestructura existente ;

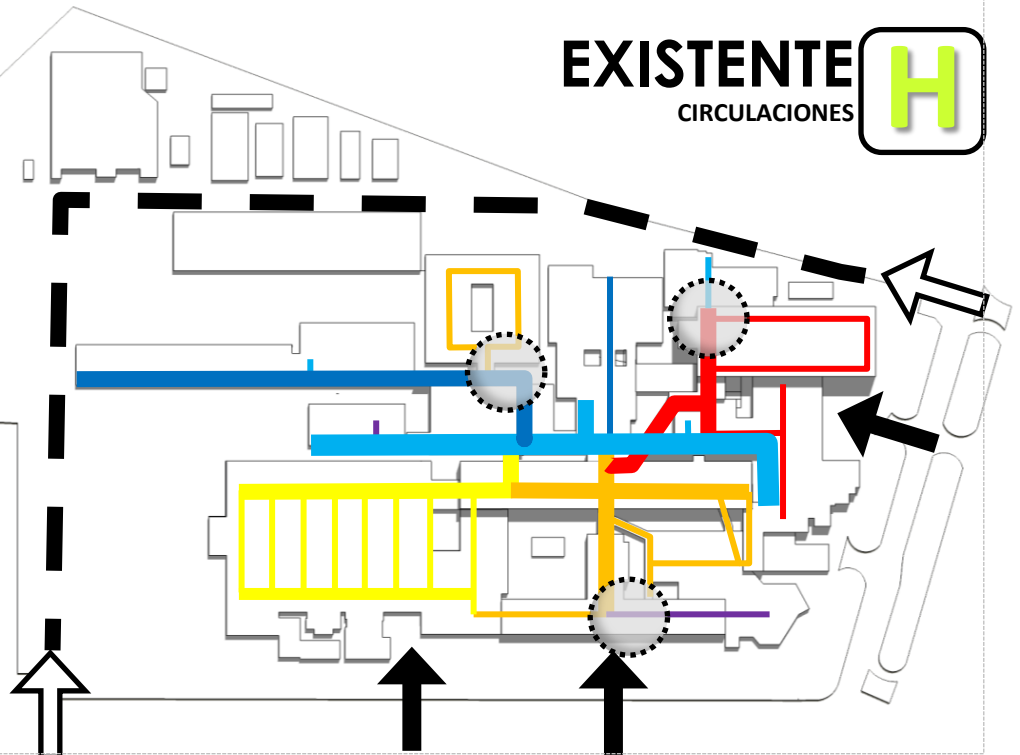
EXISTENTE
ZONIFICACIÓN



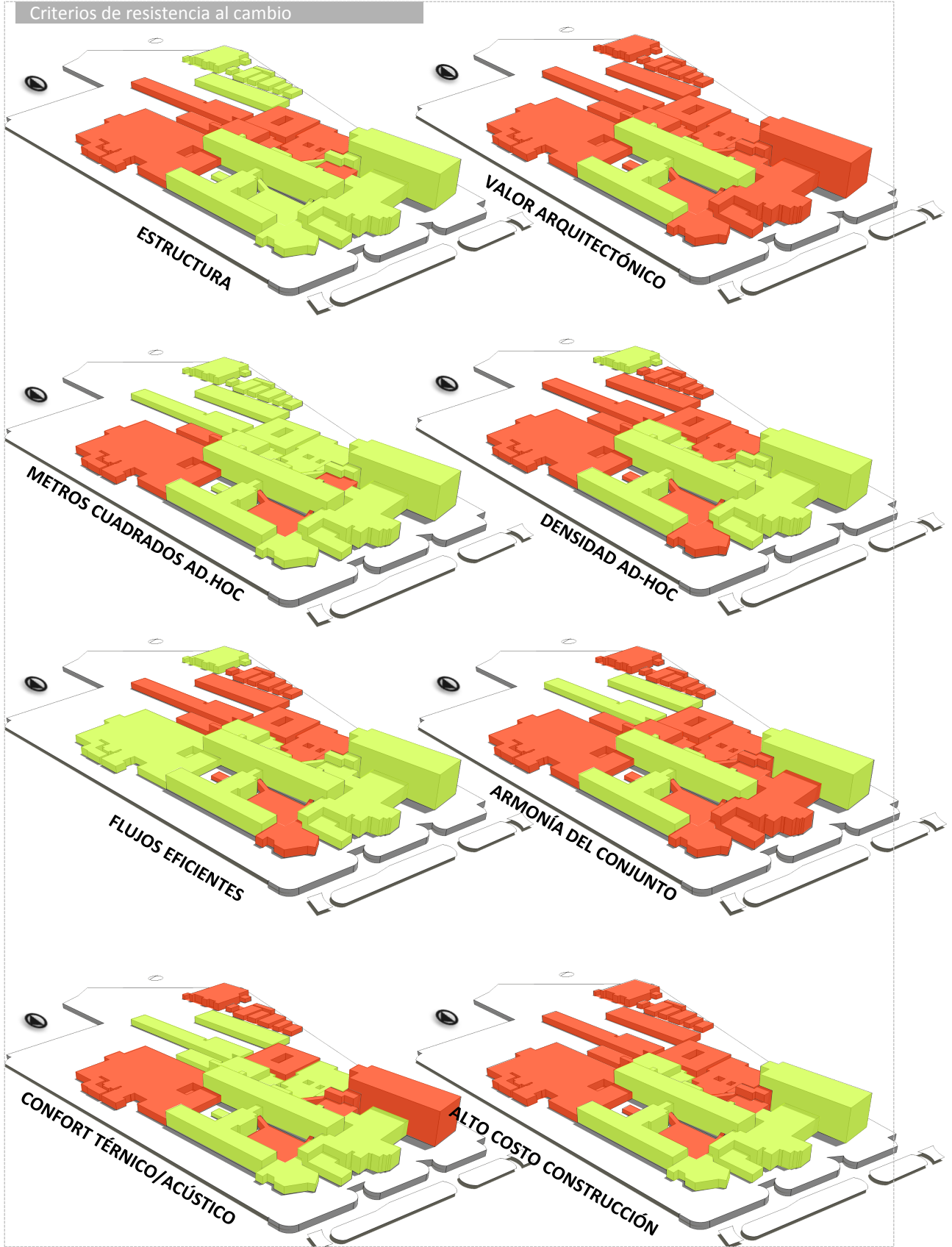
- URGENCIA
- HOSPITALIZACIÓN
- AMBULATORIO
- APOYO CLÍNICO
- APOYO PERSONAL
- ADMINISTRATIVO
- UNIVERSIDADES Y CAPILLA

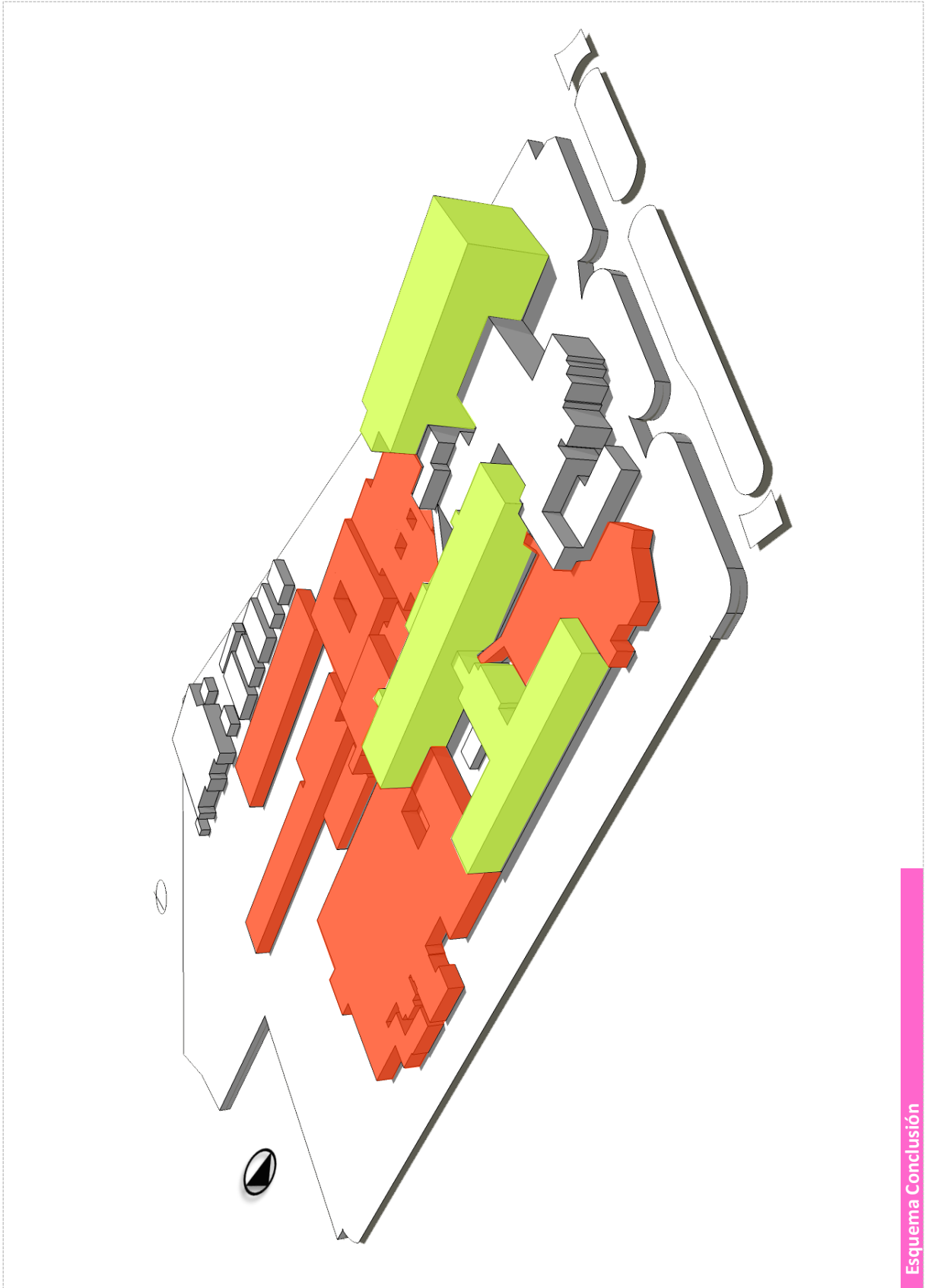


EXISTENTE
CIRCULACIONES



Criterios de resistencia al cambio





Encargo v/s Propuesta

En los esquemas de zonificación y circulaciones se destacan los principales problemas detectados en el conjunto, producto de la mala distribución de los servicios de apoyo clínico. Su crecimiento espontáneo derivó en problemas en las circulaciones, cuyos puntos críticos grafican los nudos en los cuales existe mayor conflicto por la existencia de un volumen como paso obligado.

En paralelo a la identificación de las necesidades funcionales de proximidad y los conflictos que se producen en la actual organización. **Evalué los distintos edificios según 8 criterios** que consideré fundamentales, desde lo funcional hasta lo estético, en términos de armonía del total. Cruzando todos estos criterios, fue que saqué una conclusión de cuales son los edificios que tendrían resistencia al cambio (verde) y cuales serían blandos a ser modificados (rojos). Para evaluar algunos de estos criterios me basé en un “*Estudio de Diagnóstico Energético del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán*”, realizado por ELH y CIA. *Arquitectura e Ingeniería*, el año 2009 del que cito un fragmento en los anexos.

El encargo es la reposición del Consultorio Adosado de Especialidades C.A.E. por un Centro de Diagnóstico Terapéutico C.D.T, pero esto implica duplicar ciertos servicios, ¿Por qué?, cuál es la diferencia entre un C.A.E. y un C.D.T?;

La diferencia fundamental entre ambos servicios de especialidad ambulatoria, es que el C.D.T. es independiente administrativamente del hospital, lo que significa en términos programáticos que debe tener una administración independiente (programa extra) y además, que no puede compartir los servicios de apoyo clínico del Hospital. Este punto es de especial relevancia, pues si bien en este momento las condiciones no son óptimas para que los servicios sean compartidos por todo el hospital, también es la oportunidad para revertir esta situación, y no solucionarla parcialmente repitiendo infraestructura con menor capacidad solo para la parte ambulatoria, mientras que el problema persiste en el conjunto. Existen casos en los que se hace necesario duplicar los servicios, por ejemplo en la zona sur de Santiago, el Hospital Barros Luco, posee un CDT, pertinente, pues las dimensiones del predio son otras, y entre un servicio y otro hay cuerdas de distancia, este, por cierto, no es el caso.

PROGRAMA HOSPITAL C.H.M.CHILLÁN	
1 ° PISO	
CAE	4.550,00
AUDITORIO	275,00
DIRECCIÓN- ADMINISTRACIÓN	364,20
UNIDAD DE PROYECTOS Y ESTUDIOS	97,48
DENTAL	330,00
POLIPERSONAL	290,00
OBSTETRICIA	665,00
GINECOLOGÍA	633,00
CASINO	961,50
LAVANDERÍA	461,88
UNIDAD DE EMERGENCIA	1021,70
DIALISIS	255,00
BANCO DE SANGRE	176,00
TORRE QUIRÚRGICA	1.186,00
UNIDAD DE CUIDADOS DE ALTA	218,30
ANATOMÍA PATOLÓGICA	192,00
ESTERILIZACIÓN	280,30
FARMACIA	200,00
RADIOLOGÍA	507,00
NEUROPSIQUIATRÍA	1235,00
CENTRAL TÉRMICA	1175,00
VESTIDORES	300,00
KINESIOTERAPIA	290,00
BODEGA FARMACIA	615,00
OFICINA ESTADÍSTICA	395,00
SUBESTACIÓN ELÉCTRICA	73,00
GIMNASIO	1.178,75
UNIVERSIDADES	851,40
	18.777,51
2° PISO	
PENSIONADO	730,00
OFICINAS ADMIN PERSONAL	260,00
ATENCIÓN MED. MUJER	660,00
ATENCIÓN MED. VARONES	650,00
CONTROL VISITA Y RES. MED.	350,00
LAB. CLÍNICO CENTRAL	550,00
PISO MECÁNICO	930,00
	4130,00
3° PISO	
PEDIATRÍA	690,00
ADMINISTRACIÓN	610,00
BIBLIOTECA	290,00
UTI PEDIÁTRICA Y ADULTO	1.220,00
	2810,00
TOTAL	25.717,51

Centro ambulatorio general **adosado**; “tiene como uno de sus propósitos fundamentales **compartir los servicios de apoyo**” ...

“La estructura de **campus** tiene un ordenamiento integrador que se logra a través de **grandes espacios unificadores**, ... **en contraposición**, los ordenamientos concebidos en **diásporas (módulos aislados)** obligan a cada una de las unidades a establecer sistemas de auto abastecimiento en una serie de ámbitos (apoyo clínico, administrativos, etc), **duplicando estructuras o determinando relaciones funcionales inapropiadas...**” Guía de Planificación y Diseño; Centros de atención ambulatoria, Ministerio de Salud.

Por eso, y en base a las debilidades funcionales detectadas en la actual distribución de los servicios de soporte, se presenta la oportunidad para intervenir el complejo proponiendo un materplan que solucione esto, con una inversión más eficiente, pensando a largo plazo.

¿Cuáles son los servicios de soporte que pueden ser compartidos?

¿Cuál es la actual zonificación del Hospital?

ZONIFICACIÓN HOSPITAL	
ADMINISTRACIÓN	2.016,68
AUDITORIO	275,00
SOPORTE PERSONAL	1.901,50
GIMNASIO	1.178,75
SOPORTE CLÍNICO	2.982,18
SOPORTE EDIFICIO	2.178,00
SOPORTE USUARIO	
UNIVERSIDADES	851,40
URGENCIA	3.646,00
6 PISOS TORRE CIRUGÍA	
HOSPITALIZACIÓN	5.263,00
AMBULATORIO	5.425,00
TOTAL	25.717,51



- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> PEDIATRÍA GINECOLOGÍA CIRUGÍA MEDICINA PSIQUIATRÍA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS UNIDAD DE EMERGENCIA ADMINISTRACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> BLOQUE QUIRÚRGICO PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO HEMODIÁLISIS MED. FÍSICA Y REHABILITACIÓN BANCO DE SANGRE ESTERILIZACIÓN LABORATORIO FARMACIA IMAGENOLÓGÍA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS SERVICIOS GENERALES ADMINISTRACIONES GENERALES | <ul style="list-style-type: none"> CONSULTAS AMBULATORIAS ADMINISTRACIÓN |
|--|---|---|

FUENTE INFORMACIÓN; "GUÍA DE PLANIFICACIÓN Y DISEÑO: CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA", MINISTERIO DE SALUD

6.0 | Proyecto

6.1 Requerimientos

Por los motivos que se planteaban en el capítulo anterior, decido compartir los servicios de soporte clínico, **por lo que el proyecto debería planearse en distintas etapas de construcción, considerando que el Hospital no puede dejar de funcionar.**

Pero para tomar las decisiones en la distribuciones del programa, es importante conocer cuales serían los requerimientos en término de proximidad a los distintos servicios, la tabla adjunta es muy clarificadora en término de distancias deseadas. Conjunto a esto los diagramas de funcionamiento a distintas escalas, del total y en detalle de la zona de quirófano, a modo de ejemplo, pero escogido por la complejidad en las relaciones entre sus recintos. Asumiendo estos requerimiento funcionales a distintas escalas a través de los diagramas para ser recogidos a nivel de proyecto.

El programa médico arquitectónico PMA para el C.A.E., **antecedente con el que se comienza a diseñar** en la unidad de arquitectura, se presenta de manera resumida y dividido por áreas, de tal manera de poder establecer las relaciones con las áreas a compartir con todo el hospital, y también tener una lectura coherente con la zonificación del total anteriormente mostrada (mismos colores).

- 4 DÉBIL; SEPARADOS**
- 3 MODERADA; DISTINTO PISO**
- 2 FUERTE; MISMO PISO**
- 1 MUY FUERTE; ADYACENTE**
- X SEPARACIÓN DESEABLE**

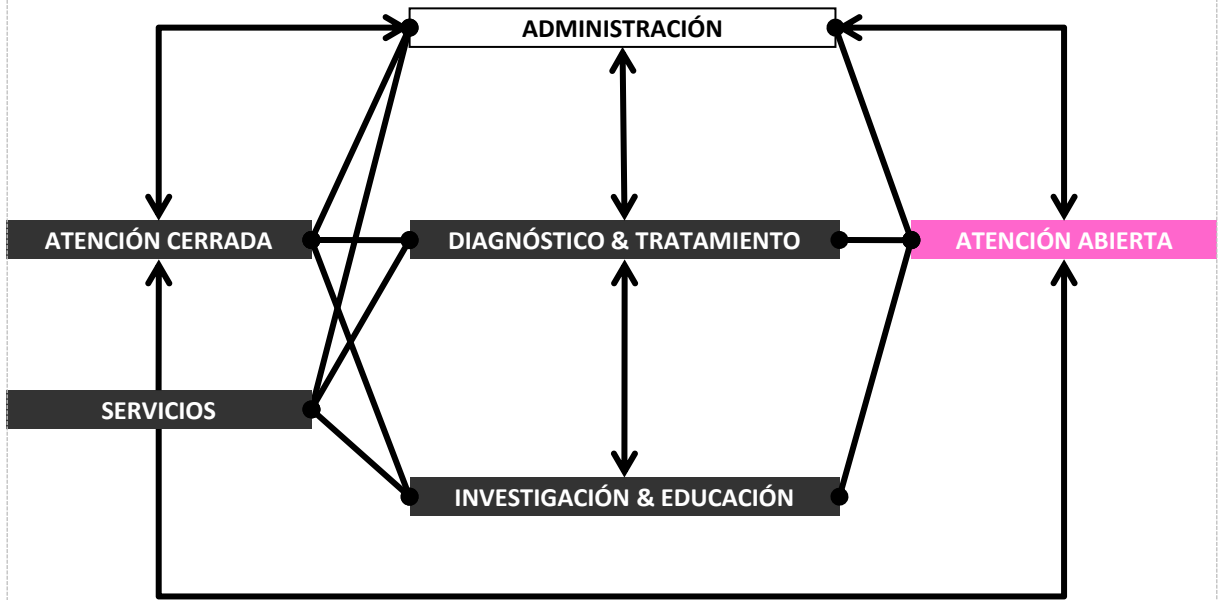
RELACIÓN DE PROXIMIDAD

Diagramas de relaciones funcionales generales; PROXIMIDAD NECESARIA

Audiology and Speech Pathology	
Canteen	
Cardiovascular Laboratories / Cardiology Clinic	
Childcare / Development Center	
Clinical Services Administration	
Day Hospital--Day Treatment Center	
Dental Service	
Dialysis Center	
Digestive Diseases Program - Endoscopy Suite	
Domiciliary	
EEG Laboratory	
Environmental Management Service	
Eye Clinic	
Lobby	
Magnetic Resource Imaging	
Medical Administration Service	
Mental Health Clinic: Outpatient Psychiatric Clinics	
Nuclear Medicine	
Nursing Units (ICU, MH&B, MSN, NHCU, SCI)	
Nutrition and Food Service	
Pathology and Laboratory Medicine	
Pharmacy Service	
Physical Medicine and Rehabilitation Service	
Police and Security Service	
Prosthetic and Sensory Aids Service	
Pulmonary Medicine	
Radiation Therapy Service	
Radiology Service	
Service Organizations	
Substance Abuse Clinic	
Supply, Processing and Distribution	
Surgery Service	
Voluntary Service	

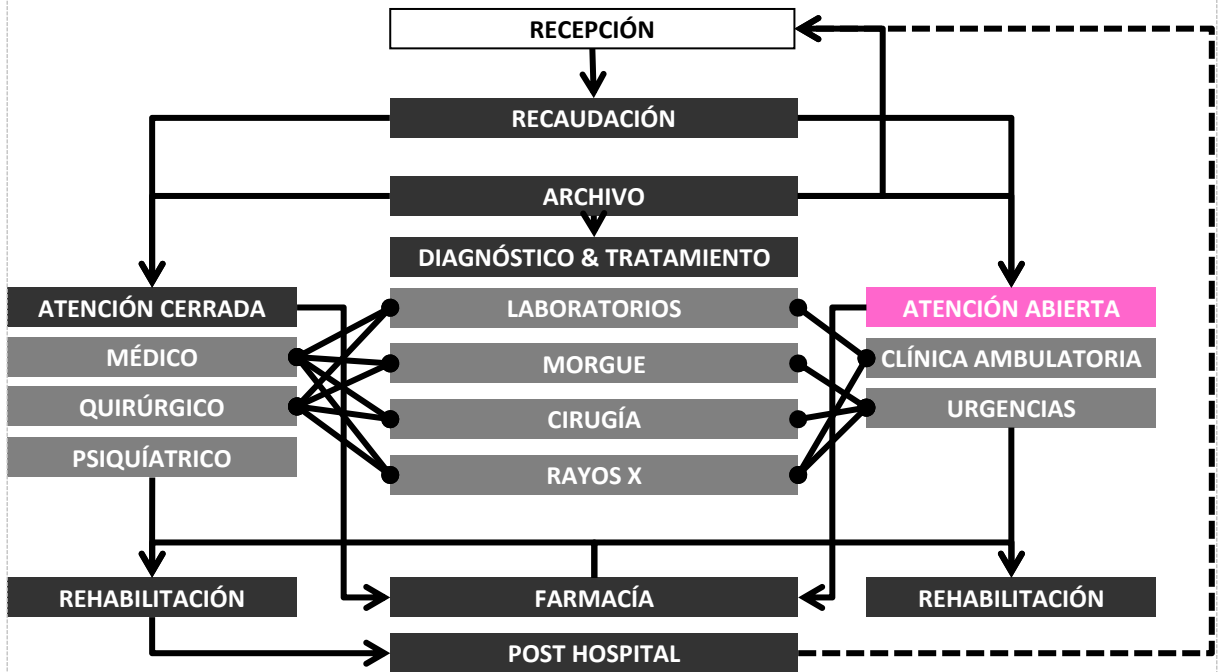
Fuente: "Design Guide Ambulatory Care (Hospital-Based)", January 2009, Department of Veterans Affairs office of Construction & Facilities Management + Intervención

Diagramas de relaciones funcionales generales; DISTRIBUCIÓN

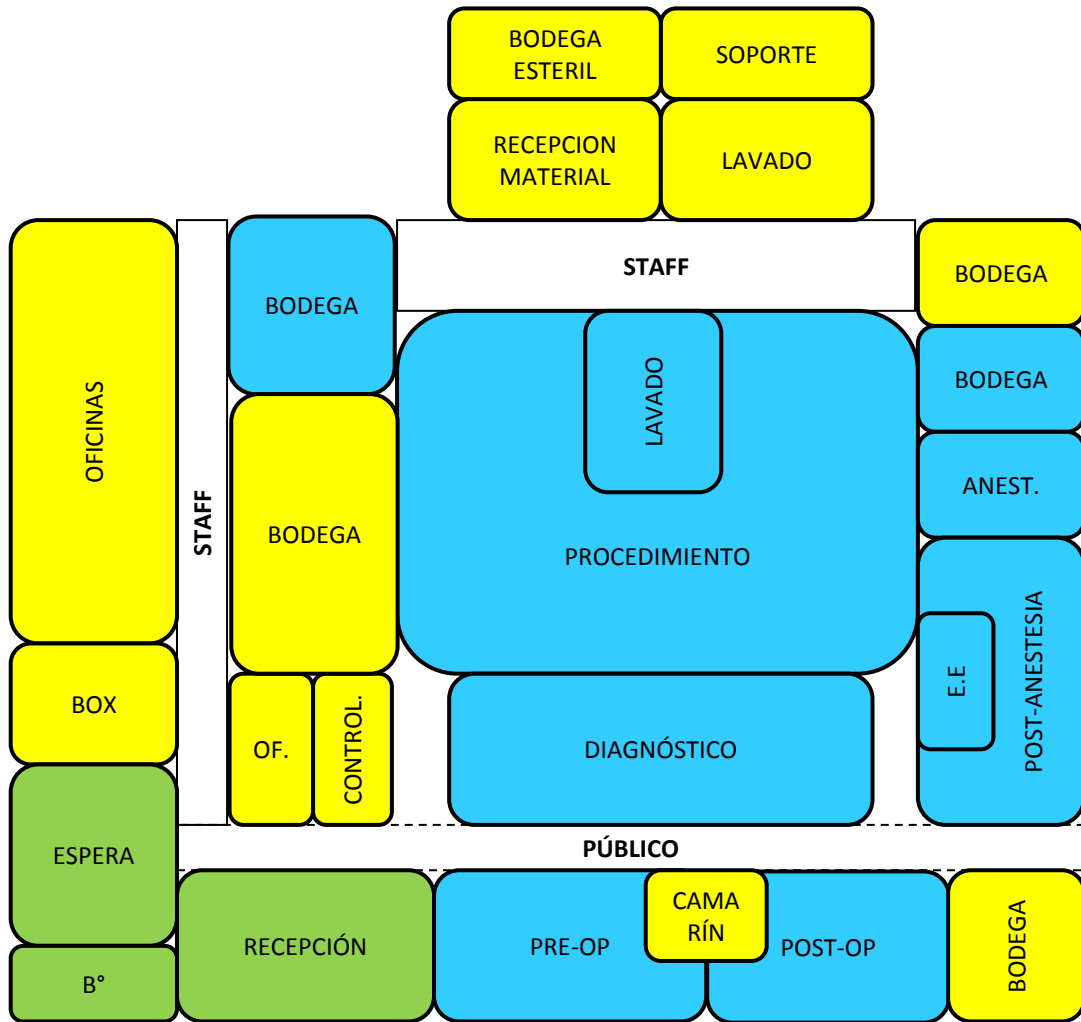


Fuente; elaboración propia.

Fuente de información; "Design Guide Ambulatory Care (Hospital- Based)", January 2009, Department of Veterans Affairs office of Construction & Facilities Management



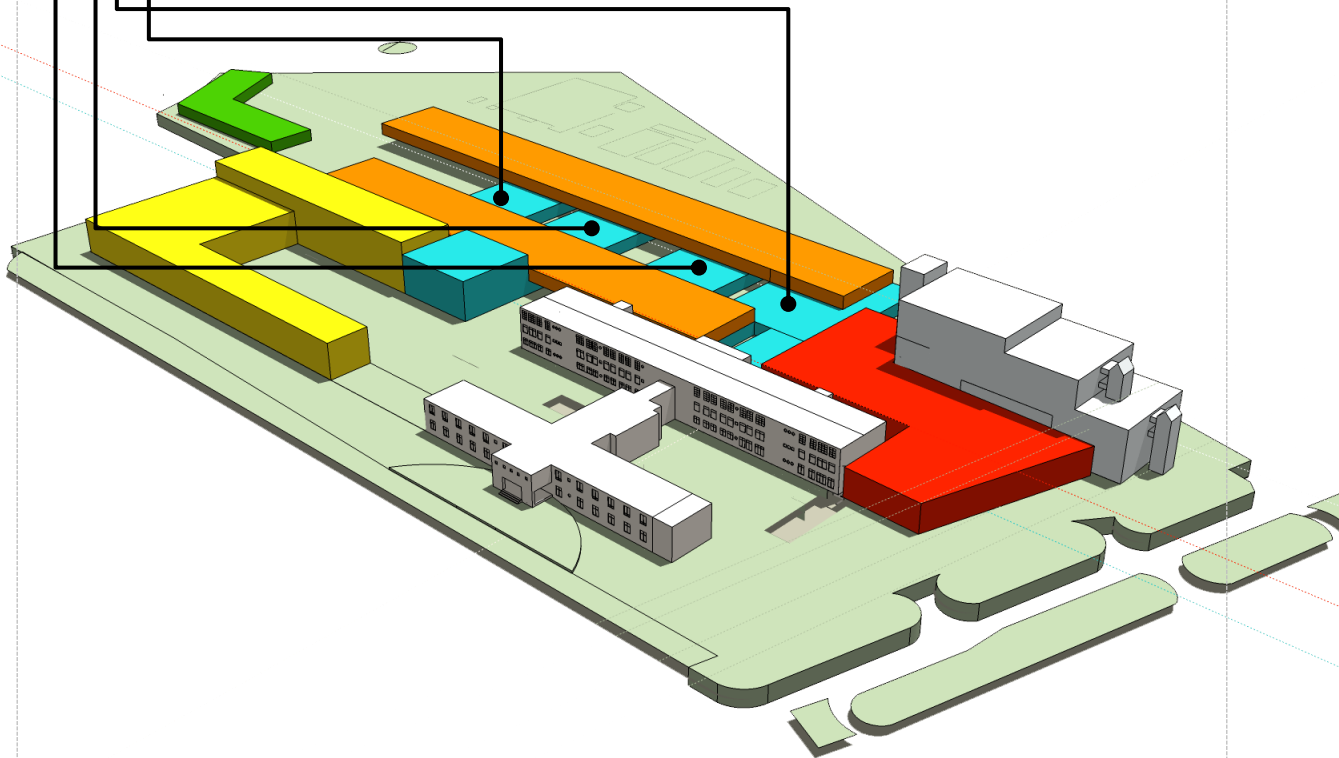
Diagramas de relaciones funcionales específico; PABELLÓN



FUENTE; "DESIGN GUIDE AMBULATORY CARE (HOSPITAL-BASED)", JANUARY 2009, DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS

PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO C.A.E		m2	REQUERIMIENTOS
ADMINISTRATIVO			OFICINAS
ADMINISTRACIÓN		99,00	
SAICE		403,00	6 MÓDULOS SATÉLITE, 1 ARCH. DE HISTORIAL
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO		150,00	GESTIÓN DE ENFERMERÍA, CAMAS, SOCIAL
DIRECCIÓN DEL COMPLEJO		253,00	DIRE., SUBDIRE., SOPORTE PROFESIONAL
UNIDAD DE APOYO USUARIO		m2	REQUERIMIENTOS
CENTRO CIVICO		285,00	FONASA, REGISTRO CIVIL, INFANTIL, CAFETERIA, SALÓN
OIRS/ VOLUNTARIADO		79,00	SOLICITUDES, VOLUNTARIADO
PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS; CONSULTAS		m2	REQUERIMIENTOS
ADULTOS		634,00	19 BOX INDIFERENCIADOS
INFANTIL		174,00	6 BOX INDIFERENCIADOS
MUJER		231,00	6 BOX, 4 SALAS DE PROCEDIMIENTOS
ITS		75,00	3 BOX C., 1 SALA DE EDUCACIÓN
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		851,00	2 GIMNASIOS, 7 BOX, 1PISCINA, 1 T. O.
PROCEDIMIENTOS ESPECIALIDADES ; CONSULTAS		m2	REQUERIMIENTOS
OF TALMOLOGÍA/OTORRINO		353,00	12 SALAS PROCEDIMIENTO, 5 BOXES C.
PROCEDIMIENTOS DE DIAG. ESPECIALIDADES		389,00	13 SALAS DE PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTOS TERAP. DE ESPECIALIDADES		34,00	(ANTERIOR)
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		473,00	17 BOXES E, 3 BOX RADIOLOGIA, LAB.
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS; HOSPITAL DIA		m2	REQUERIMIENTOS
CUIDADOS PALEATIVOS		173,00	4 BOX C, 1 SALA PROCEDIMIENTO, 1 SALA ED.
DIALISIS		618,00	24 SILLONES
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA		645,00	6 PABELLONES
QUIMIOTERAPIA		93,00	3 PUESTOS, 1 SALA DE EDUCACIÓN
MEDICINA TRANSFUNCIONAL		89,00	4 PUESTOS EXTRAC., 1 PUESTO DE TRANS.
UNIDAD DE APOYO CLÍNICO		m2	REQUERIMIENTOS
FARMACIA CDT		182,00	DISPENSADOR AUTOMÁTICO CON 6 PUESTOS DE ATENCIÓN
LABORATORIO CLÍNICO		517,00	MICROBIOLOGÍA, BIOQUÍMICA, HEMATOLOGÍA M.
TOMA DE MUESTRAS		118,00	8 MÓDULOS
LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA		207,00	ÁREA DE BIOPSIA
IMAGENOLOGÍA		517,00	4 SALA RAYOS, 1 SERIOGRAFÍA, 3 ECO, 1 MAMO, 1 TAC, 1RNM
UNIDAD DE APOYO TÉCNICO		m2	REQUERIMIENTOS
RECINTOS TÉCNICOS GENERALES		1455,00	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO
SUB TOTAL		9.097,00	
HALL		1.154,00	
CIRCULACIONES Y MUROS		5.184,00	57%
ESTACIONAMIENTOS		5.800,00	150 CUPOS
TOTAL			

SOPORTE CLÍNICO HOSPITAL		m2	SOPORTE CLÍNICO CAE		m2	ASOCIADOS VOLÚMEN	
BANCO DE SANGRE	176,00		TOMA DE MUESTRAS	118,00		294,00	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	192,00		LAB. ANATOMÍA PATOLÓGICA	207,00		399,00	
ESTERILIZACIÓN	280,30					280,30	
LAVANDERÍA	461,88					461,88	1435,18
FARMACIA	200,00		FARMACIA CDT	182,00		382,00	
BODEGA FARMACIA	615,00			0,00		615,00	997,00
RADIOLOGÍA	507,00		IMAGENOLOGÍA	517,00		1024,00	1024,00
LAB. CLÍNICO CENTRAL	550,00		LAB. CLÍNICO	517,00		1067,00	1067,00
TOTAL		2.982,18		1541,00		4.523,18	4.523,18

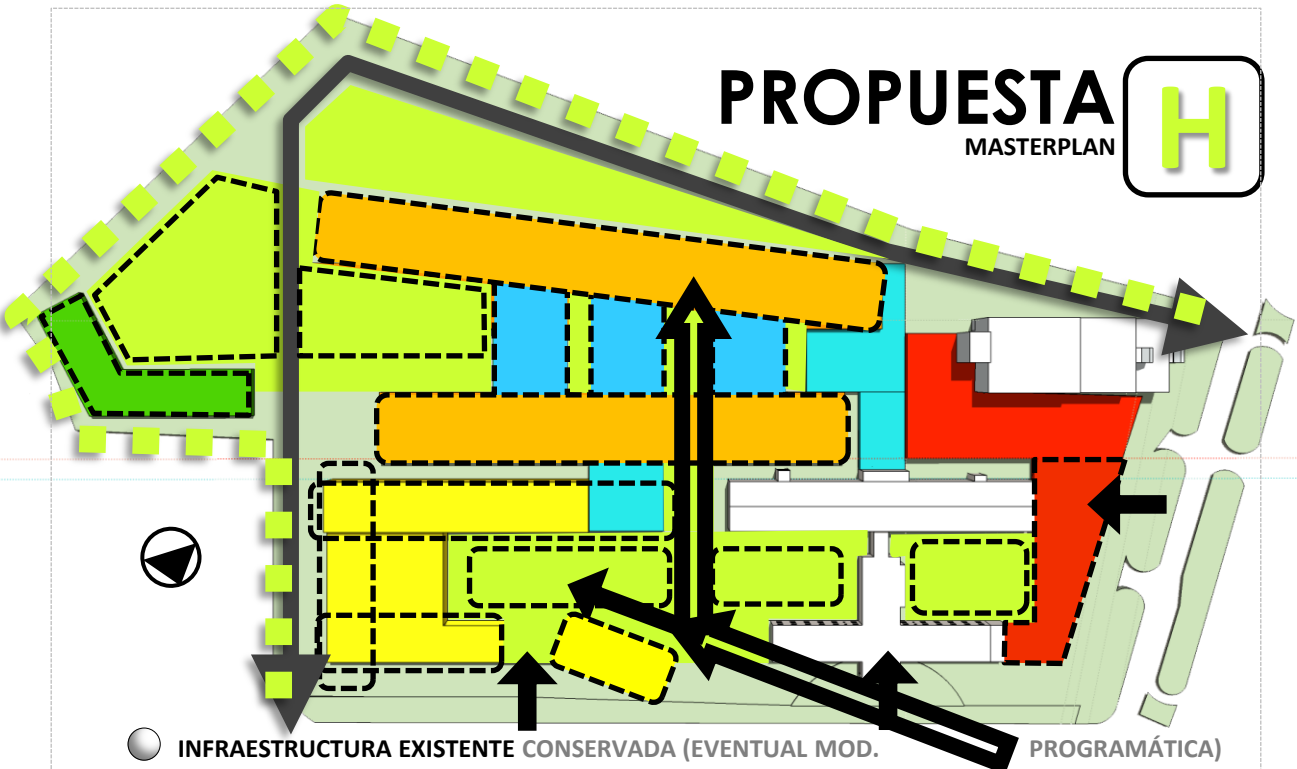





Los servicios de soporte requeridos para el hospital y los del consultorio se combinan para proponer los volúmenes, aunque teóricos, que darán cabida al programa requerido. Así mismo se proyectan los servicios de urgencia (rojo), hospitalización (naranja) y ambulatorio (amarillo), el edificio antiguo acogería la parte administrativa y de educación y residencia, ya que, como Hospital clínico, está habilitado para capacitar estudiantes, que no dispone espacio para recibir y

producto de lo cual fueron las últimas ampliaciones como se vio graficado en esquemas anteriores. Para la torre quirúrgica no proyecto cambio de uso, ya que, al encontrarse la estructura en buenas condiciones tras el terremoto, se invirtió para su reparación.

PROPUESTA

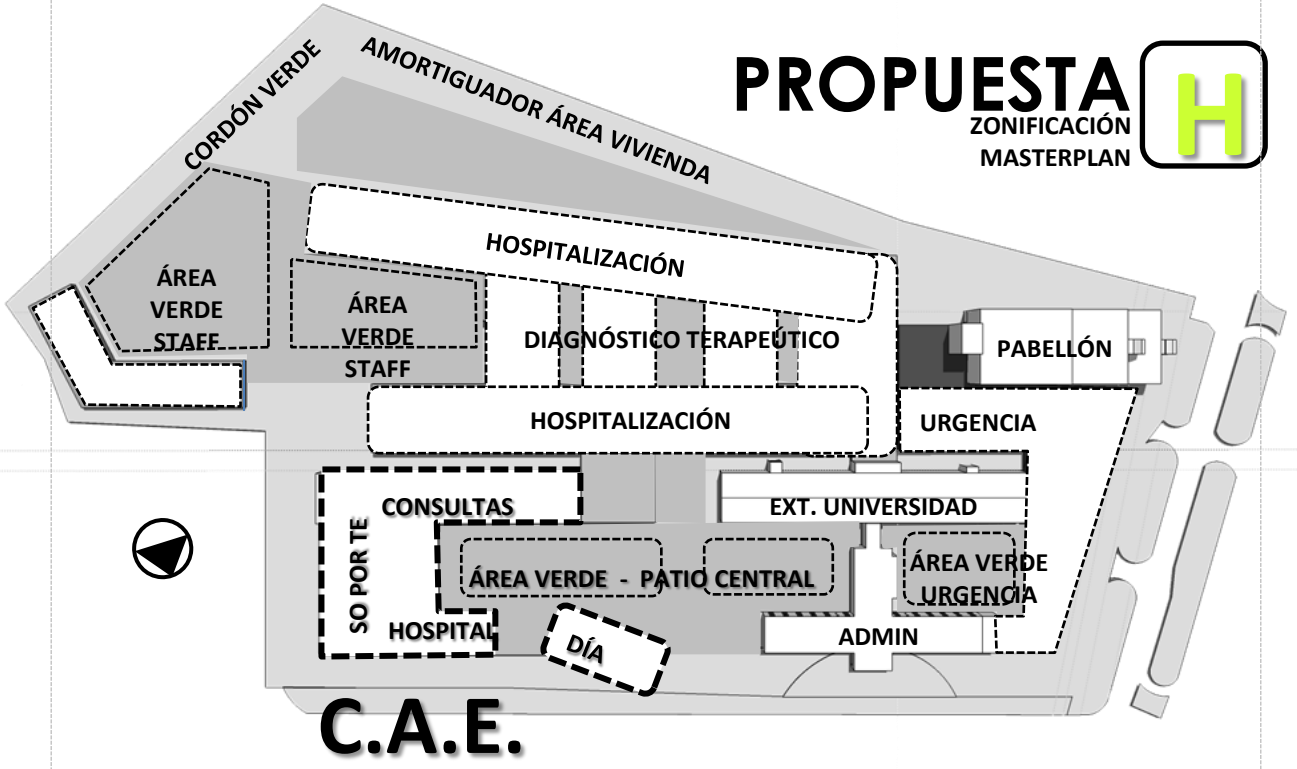
MASTERPLAN



-  INFRAESTRUCTURA EXISTENTE CONSERVADA (EVENTUAL MOD. PROGRAMÁTICA)
-  INFRAESTRUCTURA PROPUESTA A NIVEL LAYOUT DE FUNCIONAMIENTO
-  INFRAESTRUCTURA PROPUESTA A DESARROLLAR EN DETALLE

PROPUESTA

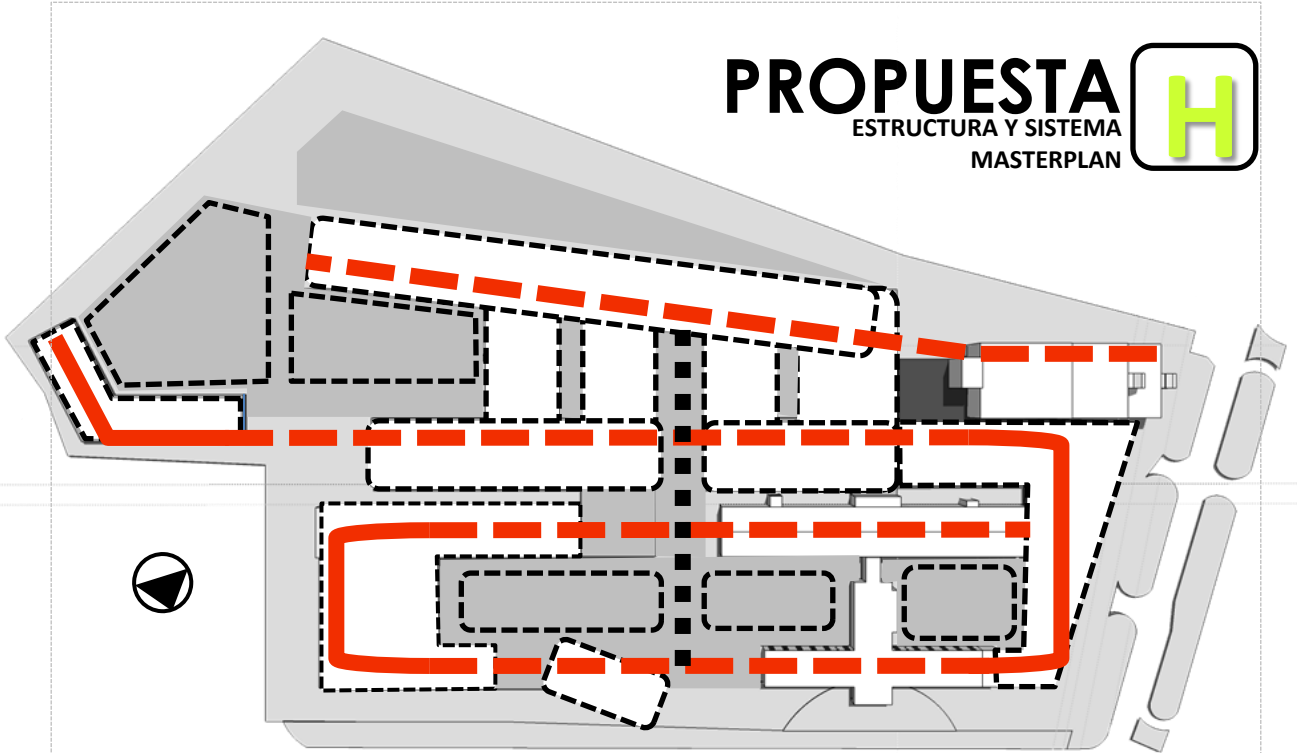
ZONIFICACIÓN MASTERPLAN



C.A.E.

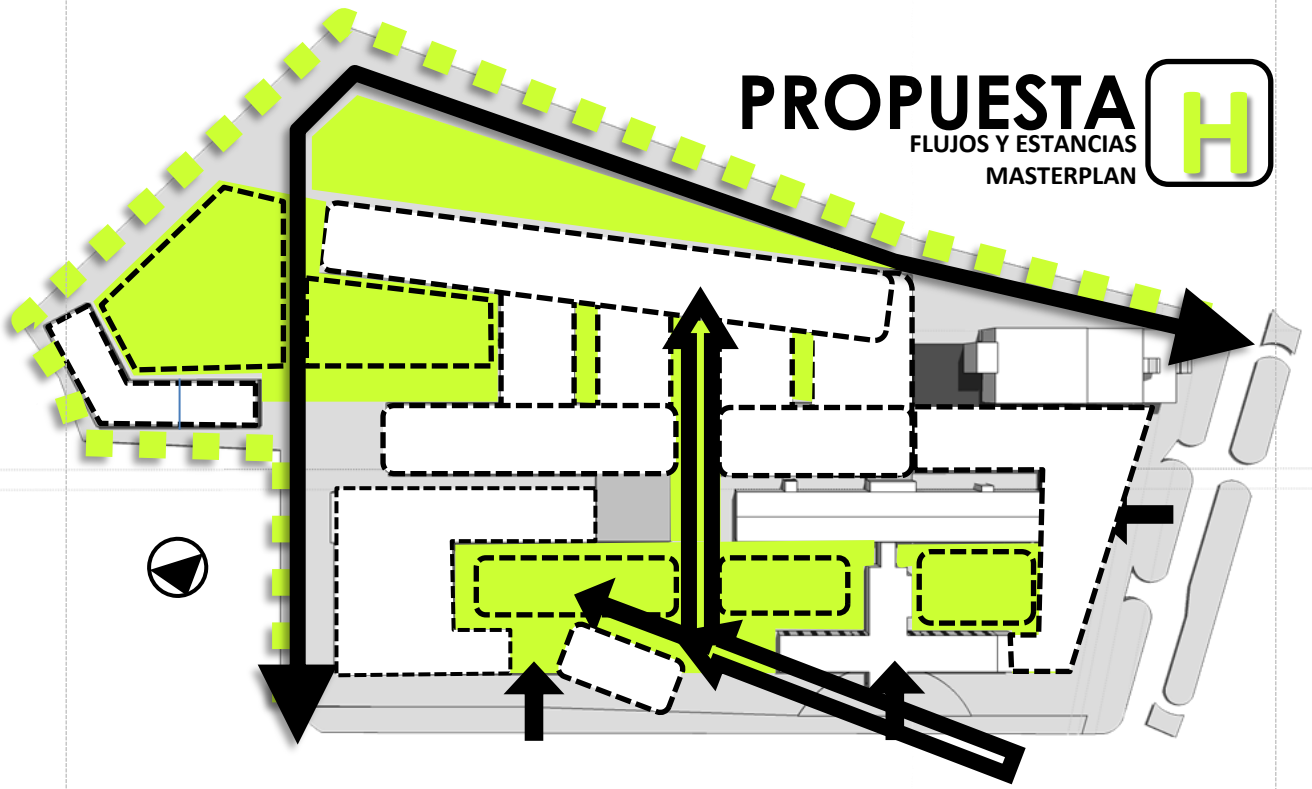
PROPUESTA

ESTRUCTURA Y SISTEMA
MASTERPLAN



PROPUESTA

FLUJOS Y ESTANCIAS
MASTERPLAN



El masterplan pretende acoger observaciones que se han venido formado desde el análisis urbano:

- Configurarse como el **remate** del eje de la avenida Libertad, y acoger ese **flujo principal**

- Independiente a los **accesos** específicos que cada, servicios debe tener. Establecer un acceso macro a escala del hospital. Considerando el centro del predio, como punto equidistante a todos los servicios disponibles. Diferenciar además los accesos vehiculares de los peatonales.

- La **orientación** de los volúmenes tiene como criterio que los habitables estén con su cara mayor hacia el **norte** para poder aprovechar el sol, mientras que los volúmenes de **soporte** se encuentran de manera **transversal** como amarre de los anteriores. Y se cuida en ellos la distancia para que puedan tener ventilación cruzada mediante patios interiores.

- En términos de geometría se busca tener un **diálogo con los edificios existentes**, ya que se reconoce en ella una disposición estratégica en términos de orientación como se planteaba en el punto anterior. Manejando un lenguaje similar y proponiendo una manera de amarrar los espacios de extensión.

- Los **espacios de “respiro”, naturales o de extensión**, son parte importante de la propuesta, no solo como articuladores, sino desde la concepción del Hospital como **espacio público**, abierto a la ciudad.

- Se considera además de los patios de **extensión del personal** ó de acceso restringido, las circulaciones vehiculares interiores necesarias. Los **estacionamientos** serán subterráneos, resueltos en el edificios a desarrollar.

6.2 Espacios de Sanación

Para la propuesta espacial de arquitectura quise ahondar en la influencia de los espacios naturales, la imagen y todos aquellos factores en el proceso de sanación;

hospitalario, ria. (De hospital). Fuente: RAE

2. adj. Que acoge con agrado o agasaja a quienes recibe en su casa.

3. adj. Se dice de la casa misma.

4. adj. Perteneciente o relativo al hospital para enfermos.

Cuando pensamos en Hospital, difícilmente alguna de estas acepciones vengan nuestra mente. Esta imagen acústica ó mental de Hospital, contraria a su definición primera, a sido cultivada, desde que recuerdo, por noticias de negligencia e incumplimiento de los estándares de sanidad.

¿Y tiene algo que ver en ello la arquitectura?, ó ¿es sólo un problema de gestión administrativa y calidad del personal?, ¿influye en algo el medio en el que nos desenvolvemos?, ó ¿es un receptáculo inerte, con el que no tenemos diálogo?, ¿a qué nivel nos influye?, y más importante ¿cómo eso puede hacer la diferencia?, todas estas interrogantes fueron planteadas anteriormente, y del estudio de sus respuesta derivó lo que hoy se conoce como el;

Evidence Based Design (EBD); estos criterios configuran el diseño de **healing environment** ó **therapeutic environment**, porque los medicamentos “curan”, pero la luz solar permite la mejor absorción de los mismos, los estímulos visuales y percepciones espaciales permiten un estado de tranquilidad, etc. y todo esto es, en su conjunto, el proceso de sanación, más allá de un antojadizo deseo “hippie” de incorporar a la “pachamama” en la arquitectura. **La influencia directa de estos factores en la sanación ha sido estudiada y se han incorporando paulatinamente en la arquitectura porque resulta ser, inclusive, un buen negocio**, ya que la movilidad de los pacientes es mayor y se puedan vender mayor cantidad de servicios en el mismo tiempo, ó, desde nuestra realidad, un sistema público que atiende a la mayor cantidad de la población, se traduce en mantener un sistema que presta un mejor servicio y a un número mayor de personas en el mismo tiempo.

Lo que podría entenderse como “condiciones económicas razonables” ó mejor dicho rentabilidad a la que se apela el nuevo gobierno; **“Nuestro objetivo es entregar a los chilenos una atención de salud oportuna, eficaz, con trato digno y condiciones económicas razonables”.**

Fuente; (<http://pinera2010.cl/programa-de-gobierno/salud/>)

Pero; ¿Qué es exactamente lo que plantea el evidence based design?, ¿según quien?, ¿con cuál fundamento?, ¿cuáles serían por tanto las variables influyentes?, ¿Cómo contribuye cada una de ellas?; Estas son las preguntas que a continuación responderé citando distintos extractos de parte de los *papers* disponibles;

“...la evidencia a mostrado que los **factores de diseño** pueden reducir las tasas de infecciones y errores en el cuidado de pacientes y conducir a periodos de hospitalización menores”

...

“La **ansiedad** es reducida hasta en un 65%, y a sido demostrada reducir el dolor y llevar a una persona a un estado de **tranquilidad** y cuestión de minutos”

...

Tradicionalmente, “el **diseño** en salud se ha enfocado en la funcionalidad, la eficiencia y la tecnología en desmedro de las necesidades psicológicas de los pacientes”.

...

Existen, sin embargo, a cuerpo creciente de evidencia científica indicando que las características del **entorno** influyen en la salud del paciente, y a la larga al balance económico”

...

Un artículo titulado “10 Myths of Healing Environments: A Healthy Space Doesn’t Have to be a Huge Headache” (Health Facilities Magazine, AHA, February 1998) establece que “**crear ambientes de sanación, deberían ser considerado como parte integrada del sistema de salud, es un arte y ciencia en desarrollo. El creciente numero de estudios apuntan al vínculo entre entornos de apoyo y pacientes más sanos, que sucesivamente se traduce en mejores resultados... “heal faster in low stress conditions.”**”

...

(fuente; Implications VOL.05 issue 04, www.informedesign.umn.edu, idioma original ingles, traducción propia)

“La **dimensión estética** de la ciencia médica es cada vez más reconocida” (Rolf Verres,

Universitätsklinikum Heidelberg).

“COLOR Communication in Architectural Space” Meerwein, Rodeck, Mahnke

“Indican el grado en que los **jardines** en los centros sanitarios son médicamente beneficioso y rentable en relación con otras alternativas como no tener **jardines**” (Ulrich 1999).

“El uso apropiado de **elementos naturales** reduce el estrés (Tyson, Lambert & Beattie, 2002); disminuye el tiempo de hospitalización” (Parsons and Hartig, 2001; Ulrich, 1999)

Cabe destacar que con los pacientes donde se ha observado especial **reducción de la depresión**, es cuando el acceso a la **naturaleza** fomenta el **ejercicio físico** (Lewy, 1998).

Los pacientes que están en **contacto directo con la naturaleza** han demostrado unos **umbrales más elevados de resistencia al dolor** (Ulrich, 1992).

Una **interacción con la naturaleza** en recintos de **pacientes crónicos y terminales** aumenta la **calidad de vida**. Mientras que cuando la **señalización** y los puntos de referencia están asociados con la naturaleza y se identifican con claridad, el estrés se reduce. (Carpman 1984)

“Lugares de **“respiro”** son asunto de **calidad de vida** que ha demostrado **beneficios económicos a sus usuarios, incluidas las estancias más cortas paciente, menor rotación del personal, y la longevidad del personal**” (Waxman et. al., 1984).

“Ver el **cielo** o sentir el **sol** en tu piel puede, literalmente, hacerte sentir mejor... nuestro **alrededor afecta nuestro bienestar**” (Mack, 2001)

“Lo más importante, en el **diseño** de buena **señalización** es que promueve la curación porque el ser capaz de entender su **entorno** ofrece al visitante una sensación de **control y autonomía**, los factores clave para reducir el estrés, la ansiedad y sentimientos de miedo que socavan la capacidad del cuerpo para sanar” (Passini y Arthur, 1992)

“... considerando el costo indirecto de la pérdida de productividad de los miembros del personal en cuestión tomar tiempo lejos de la atención al paciente para dar instrucciones o encaminar a los visitantes que perdieron su destino.

Un estudio en un hospital de tercer nivel estimó el **costo derivado de la mala señalización en 220.000 dólares por año**” (Zimring 1990).



ESTÍMULO ;	HEALING GARDENS	ENFOQUE INTEGRAL	Áreas de ejercicio, de silencio y distractores positivos
JARDINES TERAPÉUTICOS	ENABLING GARDENS	ENFOQUE PSICOLÓGICO	Actividad física guiada para el determinado estado mental
	MEDITATIVE GARDENS	ENFOQUE ESPIRITUAL	Silencioso para meditar
	REHABILITATIVE GARDENS	ENFOQUE FÍSICO	actividad física para recobrar la movilidad
	RESTORATIVE GARDENS	ENFOQUE PSICO- ESPIRITUAL	Distracciones positivas y calma

ESTÍMULO ;	SOMÁTICO	ACCIÓN	Reacciones biológicas ante la estimulación del color
COLOR	MENTAL	IMPRESIÓN	Intelectual, instinto y hábito
	ESPIRITUAL	SIGNIFICADO	Sensorial y cognitiva (efecto sinestésico)

ESTÍMULO ;	Reducción de estrés y frustración al visitante		
WAYFINDING	Eficiencia funcional		
	Accesibilidad visitas		
	Seguridad		
	Empoderamiento del paciente, mejora en habilidades cognitivas de comprensión espacial		
	Mejora de los ingresos netos		

Beneficios según Passini y Arthur, 1992

“... camino de la recuperación de la **herboria médica nacional** entre los **recursos terapéuticos oficiales**”
publicación MHT Medicamentos Herbarios Tradicionales, Noviembre 2009,

Ministerio de Salud.

103 especies vegetales de uso tradicional rústico

Resolución n° 548 exenta de 27 de Julio 2009, diario oficial 08.09.09

		PLANTAS MEDICINALES
ESPECIE	ALTURA (MT)	COLOR
ABEDUL	20	VERDE
ARRAYÁN	25	VERDE
BOLDO	20	VERDE
CANELO	20	VERDE
CEDRÓN	3 a 3.5	VERDE
CHILCO/FUCSIA	1 a 4	VERDE-ROSADO
CULÉN	2 a 5	VERDE-MORADO
EUCALIPTO	60	VERDE
PALO SANTO	3	CAFÉ-NARANJO
LINAZA	0.7	VERDE-MORADO
MAITÉN	15	VERDE
MATICO	1.5 a 3	VERDE-AMARILLO
NARANJO AMARGO	8 a 10	VERDE-NARANJO
NATRE	1 a 2	VERDE-MORADO
NOGAL	20	VERDE
OLIVO	4 a 8	VERDE
PATA DE VACA	4 a 8	VERDE-BLANCO-ROSADO
QUILLAY	2 a 10	VERDE
ROMAZA	1	VERDE-ROSADO
SAUCE	8 a 10	VERDE
TILO	18	VERDE

		HUERTO MEDICINALES
ESPECIE	ALTURA (MT)	COLOR
BAILAHUEN	0.25 a 0.4	VERDE-AMARILLO
LAVANDA	0.5 a 0.8	VERDE-MORADO
LINAZA	0.7	VERDE-MORADO
LLANTÉN	0.1 a 0.5	VERDE-BLANCO
MATICO	1.5 a 3	VERDE-AMARILLO
MENTA	0.2 a 1	VERDE
MILENRAMA	0.2 a 0.8	VERDE-BLANCO-AMARILLO-ROSADO
PAICO	0.5 a 0.8	VERDE
POLEO	0.2 a 0.5	VERDE-ROSADO
ROMERO		VERDE-MORADO
RUDA	0.3 a 0.6	VERDE
SALVIA	0.5	VERDE-MORADO
TOMILLO	0.15 A 0.3	VERDE-MORADO
TORONJIL/MELISA	0.15 a 0.7	VERDE

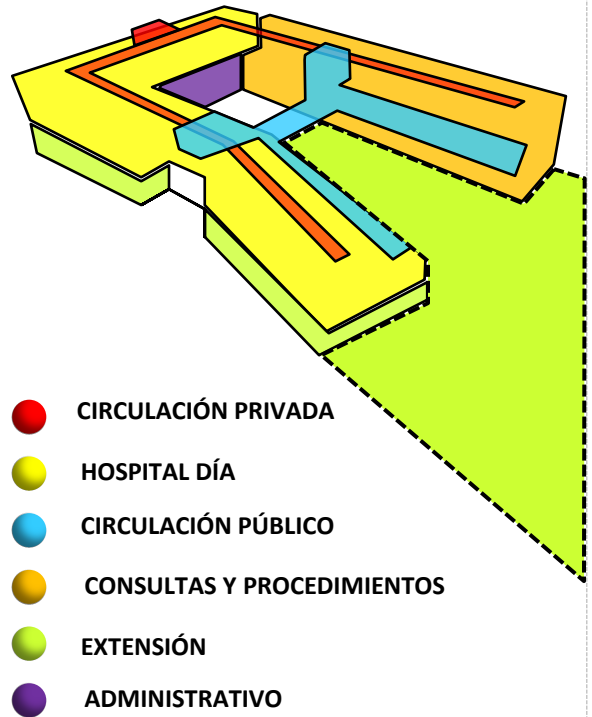
En las citas seleccionadas anteriormente se destacan algunos factores repetitivos en, la reducción del estrés y la mejora de los ambientes de sanación. De los cuales profundice a través de esquemas, para puntualizar cuales son los estímulos y que beneficio producen, de modo de poder utilizar estos antecedentes como plataforma para una propuesta espacial de arquitectura. Además de ver el paralelo con las políticas nacionales donde encontré información, cuyos antecedentes relevantes tabulé para ser utilizados.

En la propuesta espacial tomé de estos factores, el **wayfinding como elemento principal**. Este concepto va mucho más allá de la señalética del edificio, es la **sensación de control**, **“empoderamiento”**, todo lo contrario a la inseguridad de sentirse perdido, en estado de alerta. Esta definido como: la **“habilidad básica de llevar a una persona de un punto A a un punto B”** Cuando la arquitectura intenta resolver esto *a posteriori* con ayuda de una cartel, lo resuelve el cartel y no la arquitectura, mi intención es concebir el edificio pensando que su principal objetivo es ser legible y entendido, en un escenario complejo por la diversidad de programa que alberga.

En los aeropuertos, como un ejemplo dentro de los esquemas de gran complejidad, en donde el tiempo apremia y también existen muchas alternativas disponibles, se rescata *“the airport model”*, que consiste en la divulgación progresiva de la información, vale decir, entregar sólo la información necesaria para llevar al visitante hasta el próximo punto de decisión, y no obligar por lo tanto, a tomar más de una decisión a la vez.

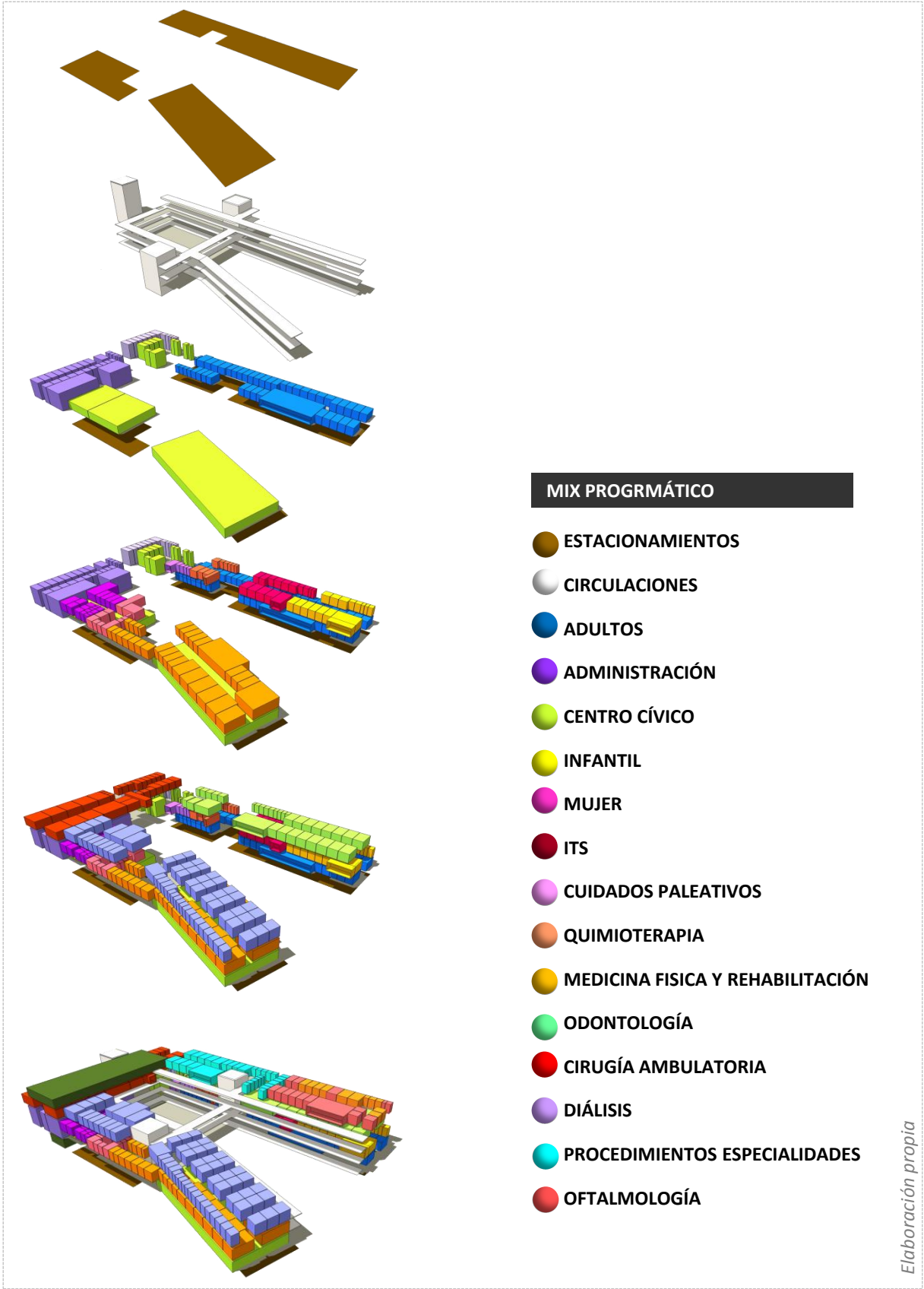
Por ello planteo un **esquema en el cual el visitante pueda tener control visual por sobre el edificio, estando al centro del mismo**. Dividí el extenso programa en dos áreas principales, hacia el lado norte, el **Hospital día**, que son los recintos que atienden pacientes crónicos, **habituales**, que vienen regularmente, y para quienes los espacios de extensión o **jardines terapéuticos** darán una mejor calidad de vida en sus rutinas de atención. Hacia el lado sur, las **consultas y procedimientos**, cuyo público son pacientes **temporales**, para quienes probablemente sea la primera visita. Por lo tanto la primera decisión de ruta es entre el

volumen de Hospital día y el de Consultas y procedimientos, con sus correspondientes circulaciones verticales. Dentro de esta zonificación general



La estrategia para subdividir el programa de manera interna, fue aislar los volúmenes de recepción para mostrarlos, acentuando mediante marcos o vitrinas que permitan orientar, mostrando los distintos programas.

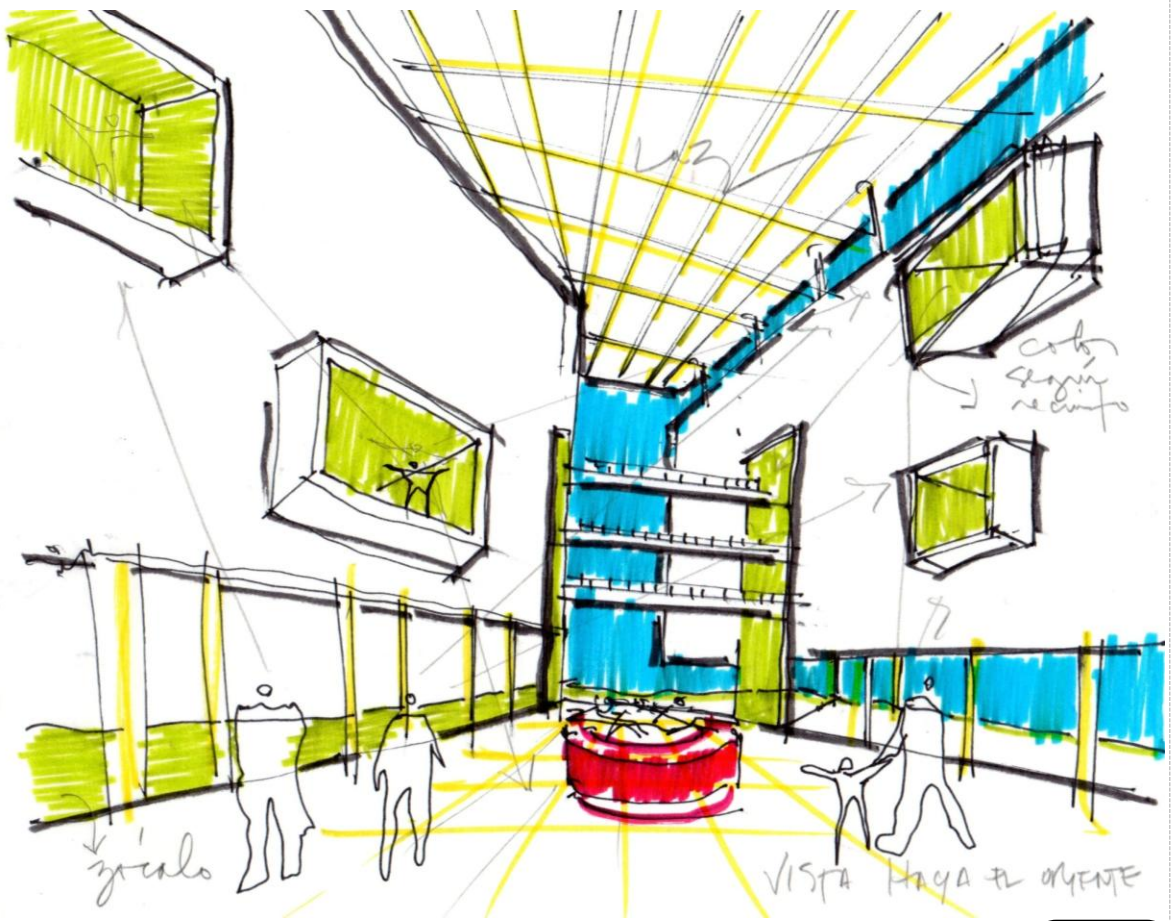
Como la experiencia anterior a demostrados que los espacios libre son los primeros en ocuparse ante una posible ampliación, para preservar la idea de patio que se considera necesaria, el proyecto utiliza un zócalo, que además permite tener dos primeros niveles y mantener la altura que hoy posee, respetando la presencia del edificio existente.



MIX PROGRAMÁTICO

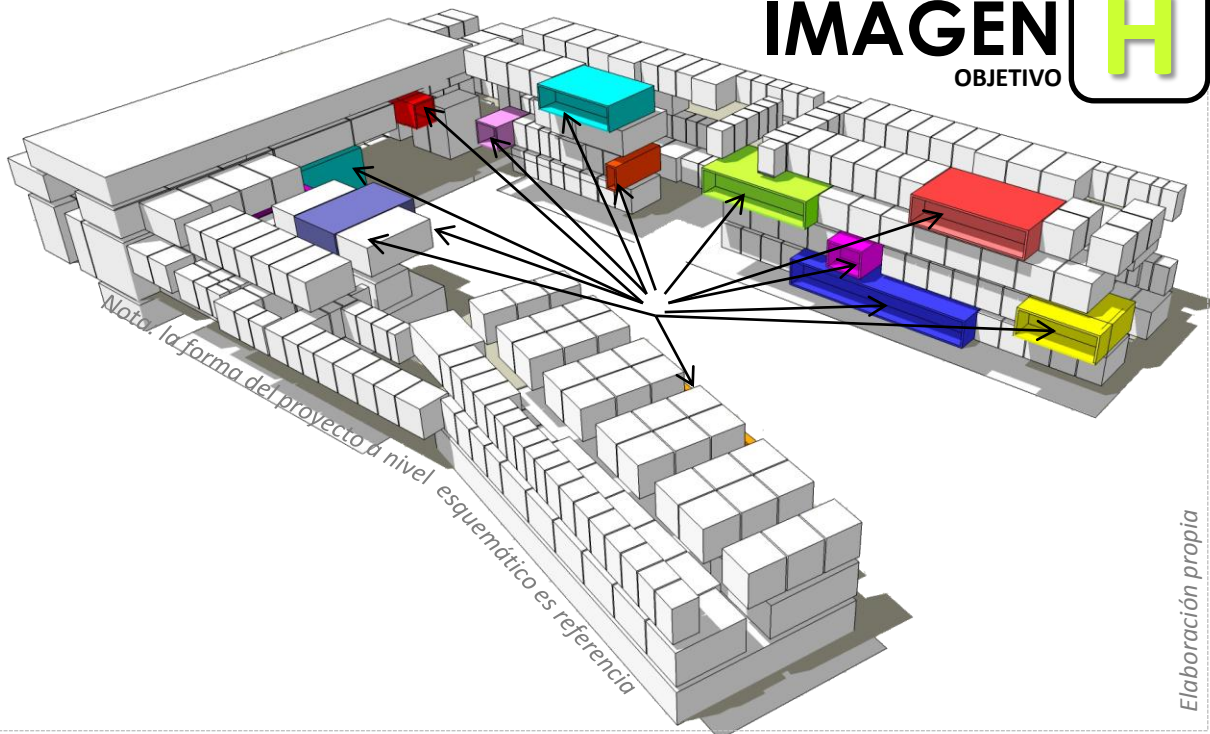
- ESTACIONAMIENTOS
- CIRCULACIONES
- ADULTOS
- ADMINISTRACIÓN
- CENTRO CÍVICO
- INFANTIL
- MUJER
- ITS
- CUIDADOS PALEATIVOS
- QUIMIOTERAPIA
- MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
- ODONTOLOGÍA
- CIRUGÍA AMBULATORIA
- DIÁLISIS
- PROCEDIMIENTOS ESPECIALIDADES
- OFTALMOLOGÍA

Elaboración propia



IMAGEN

OBJETIVO



Nota: la forma del proyecto a nivel esquemático es referencia

Elaboración propia

7.0

Financiamiento

7.1 SNI; Sistema Nacional de Inversiones

Aunque han existido experiencias de proyectos concesionados, como en caso de los hospitales de La Florida y Maipú, donde la oficina de arquitectura que lo desarrolló era independiente al servicio de salud, y se licitó su diseño, lo normal es que estos se desarrollen al interior de las distintas unidades de arquitectura de los hospitales ó dependiendo de su envergadura, del mismo ministerio de Salud, por lo tanto se asume que estamos postulando a los fondos desde dentro del sistema. Haciendo esta aclaración, la tipología del Sistema Nacional de Inversión (SNI) pública que corresponde en este caso es la de proyecto , donde el diseño es su penúltima sub-etapa, por lo que el proyecto ya pertenece al sistema de inversión pública, con un código y una ficha (ver anexos), que alberga su historial de antecedentes como los recursos que se han asignado a él. El proyecto se presenta a través del Ministerio de Salud, por lo que profesionales del mismo asesoran a los equipos de cada Hospital, ya que los proyectos son piezas un macro puzle que coordina la subsecretaria de redes asistenciales. Una vez coordinado internamente se presenta la iniciativa de proyecto a MIDEPLAN, con los plazos y protocolos correspondientes, por ejemplo el proyecto debe ingresar en septiembre de este año para recibir recursos de septiembre del año siguiente.

Cito un extracto de mi *“Informe de Práctica Profesional; Ministerio de Salud, Normalización Hospital Regional de Talca”* para explicar el proceso mediante el cual un proyecto postula a los fondos y es calificado

Todos las postulaciones de estudios o proyectos ingresan al Banco integrado de proyectos BIP, que es de libre acceso para hacer transparente el proceso de inversión. El medio “físico” de postilación es la FICHA IDI Identificación de inversiones (ex EBI), y para generar el material del proyecto que la ficha representa existen una serie de documentos de “Procedimientos y Formularios para el sistema de estadísticas básicas de inversión”.

Las calificaciones o RATE que el proyecto puede recibir tras su evaluación son:

RS (recomendación favorable), este es un “sí” para el proyecto

FI (falta información), significa que no se a podido hacer la evaluación por falta de antecedentes

IN (incumplimiento normativa), es una negativa y puede inclusive implicar contraloría

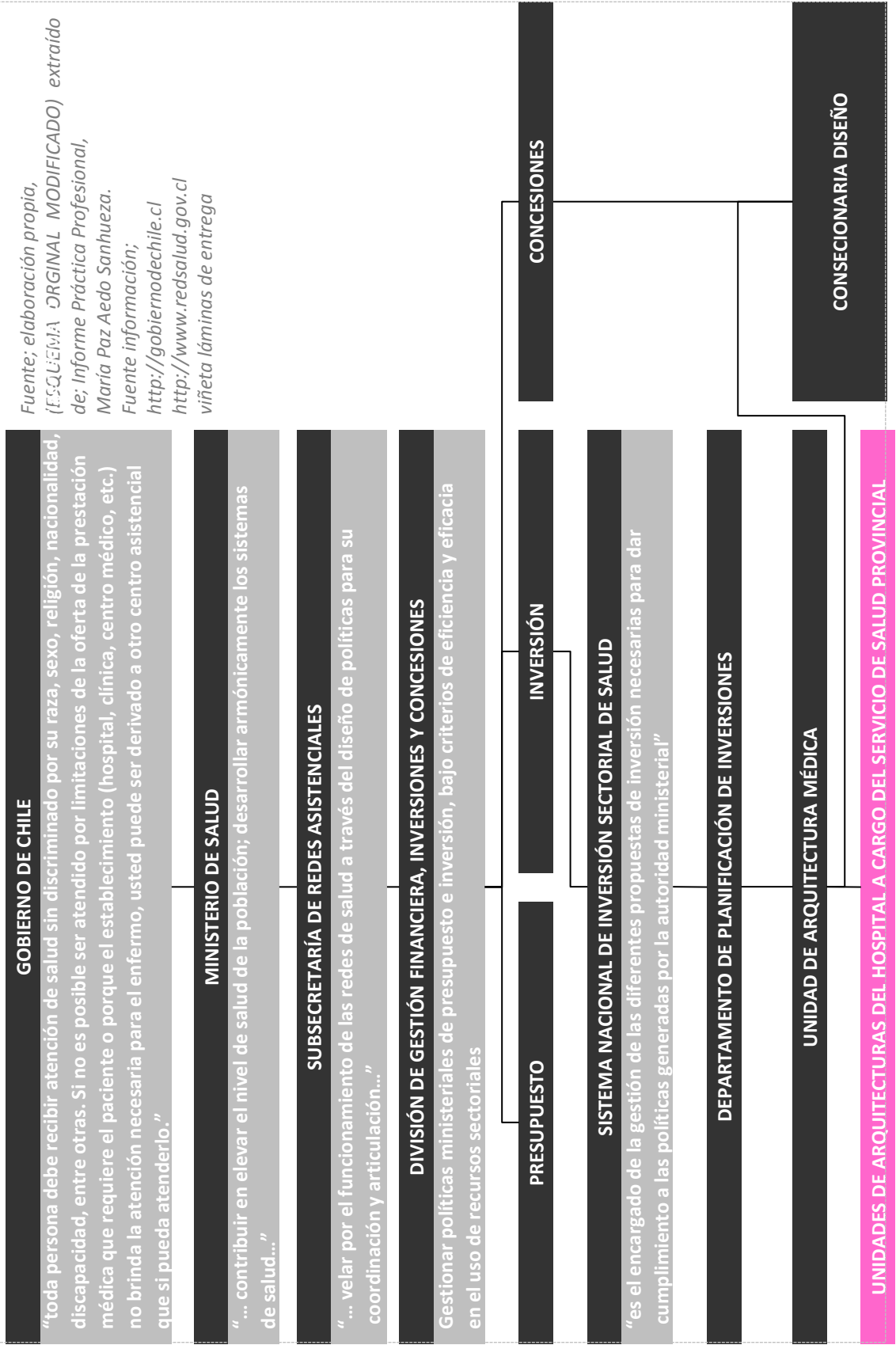
OT (objetado técnicamente) , está mal formulada y requiere replantearse.

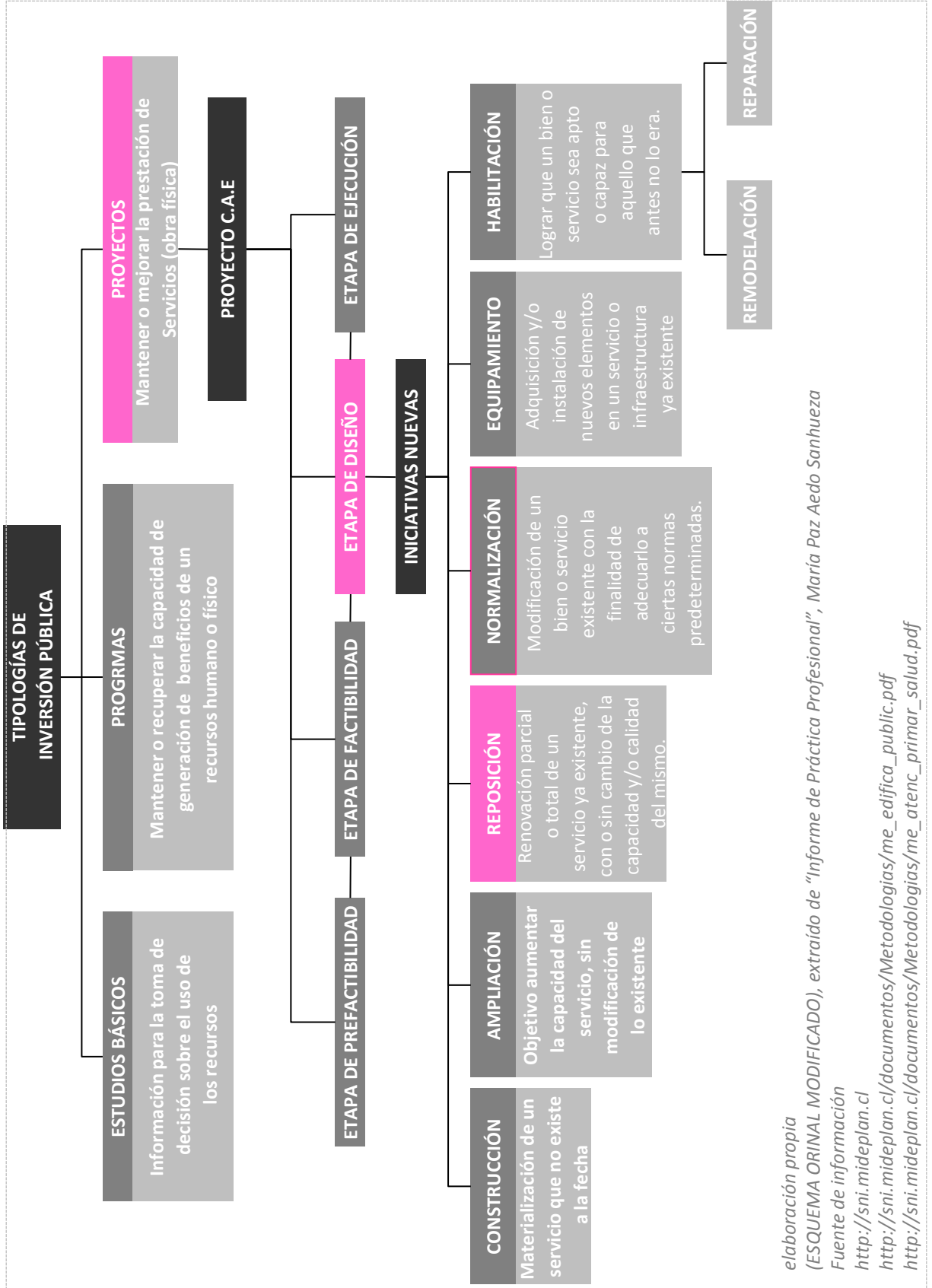
RE (reevaluación) para un proceso que anteriormente había obtenido OT y vuelve a ingresar al sistema, tras reformulación.

Estas fichas nos entregan antecedentes que nos ayudan a entender el proceso que ha atravesado el proyecto pero también con qué condiciones y bajo cuáles fondos.

Es importante destacar que será necesario para la postulación a los fondos en la etapa de ejecución, hacerse por etapas considerando las que se plantean en el diseño, ya que el Hospital en su conjunto, no puede dejar de funcionar, lo que obliga a general una estrategia sucesivos, traslados, demolición, construcción, re-traslado, que constituye un proyecto en si misma.

Actualmente el proyecto posee rate **FI en diseño** (ver anexos), por lo que aún se encuentra el proceso, la intención en términos académicos es que el proyecto pueda ser una contribución a modo de propuesta para lo que se esta planteando en paralelo por el equipo ejecutor.

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA GENERAL EN SALUD; ORGANISMOS Y ACTORES




elaboración propia
 (ESQUEMA ORINAL MODIFICADO), extraído de "Informe de Práctica Profesional", María Paz Aedo Sanhueza
 Fuente de información
<http://sni.mideplan.cl>
http://sni.mideplan.cl/documentos/Metodologias/me_edifica_public.pdf
http://sni.mideplan.cl/documentos/Metodologias/me_atenc_primar_salud.pdf

8.0

Bibliografía y Referencias

PAPERS

- “Healing Through Evidence-Based Design by Myra Fouts, RN, MSN, OCN, CNAA, and Diane Gabay, RN, MN”
- Implications VOL.05 issue 04*, www.informedesign.umn.edu
- A white paper for the Center for Health Design titled “Color is More than a Whim” (August 2002)*
- “*COLOR Communication in Architectural Space” Meerwein, Rodeck, Mahnke*
- “*Wayfinding: Design for understanding”*, Barbara J. Huelat, AAHID, ASID, IIDA.

SEMINARIO UNIVERSIDAD DE CHILE

“Arquitectura Hospitalaria; déficit de cobertura pública en servicios garantizados GES (garantía explícita de salud), en el caso Insuficiencia Renal Crónica Terminal IRCT” , María Paz Aedo Sanhueza, profesor guía Eduardo Lyon.

INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL

“Informe de práctica profesional; MINSAL- Unidad de Arquitectura Médica – nuevo Hospital Regional de Talca” , María Paz Aedo Sanhueza, profesor guía Jorge Parraguez, tutor, Alvaro Prieto Lindholm

MEMORIAS DE TÍTULO UNIVERSIDAD DE CHILE

“Instituto nacional del cáncer” , Celso Puchi Arriaza, profesor guía Alberto Montealegre, 2007

“ Centro de Referencia de Salud Vespucio” , Cristian Rodrigo Adrover Wohllk , profesor guía: Leopoldo Prat , 2007

“CEDERI Centro Enfermedades Respiratorias Infantiles Hospital Clínico Universidad de Chile” , Moisés Vera Soto, profesor guía Jorge Iglesias, 2008

“Salud pública, atención ambulatoria, CDT. Centro de Diagnóstico y tratamiento Maipú” , Manuel Antonio Sacasa Ares, profesor guía Humberto Eliash, 2007

“Ampliación liceo n°1 de niñas Javiera Carrera” , Carla Uribe Sandoval, profesor guía Humberto Eliash, 2008.

PÁGINAS WEB

<http://www.minsal.cl>
<http://www.mideplan.cl>
<http://sni.mideplan.cl>
<http://bip.mideplan.cl>
<http://www.municipalidadchillan.cl/>
<http://hospitaldechillan.cl/>

IMAGEN;

portada;

<http://www.wikipedia.com> +<http://parcheparacorazon.es.blogspot.com>
Ambas imágenes originales están intervenidas para composición propia.

Otros:

<http://www.wikipedia.com>

9.0



Anexos

9.1 Referentes

Arquitectos: Clive Wilkinson Architects
Ubicación: Sydney, Australia
Año: 2009

Fotografía: Shannon McGrath

Destaco en términos de imagen y constructivos, este ejemplo donde esta idea de volúmenes que se abalcanan fue ejecutada, acentuando los recintos y generando una textura.

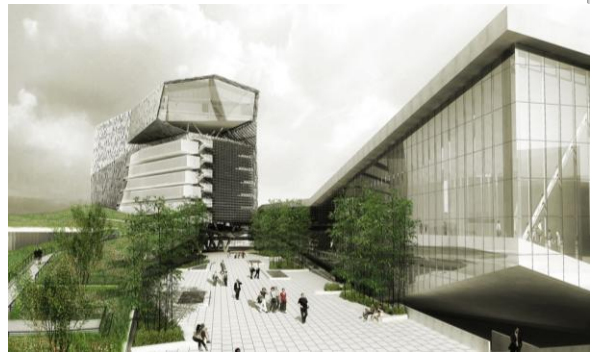


Taiwan Center for Disease Control Complex

Arquitectos: Studio Shift
Ubicación: Taiwan

Fotografía: Jeffrey Cheng Taipei

Destaco en este proyecto el trabajo del patio, que se genera entre los volúmenes, con fachadas muy permeables y un espacio muy limpio.



Arquitectos: Hassell
Ubicación: Hangzhou, China
Ciente: Alibaba Group
Año: 2009

Fotografía: Peter Bennetts

Aunque las imagenes son escasas, la imagen de fachada que propone con los marcos en fachada, es como imagino el proyecto y además presenta una alternativa de cubierta.



Arquitecto: Víctor Lobos y Asociados Arquitectos Ltda / Sebastián Lobos Valderrama

Ubicación: Santiago, Chile

Mandante: Universidad del Desarrollo

Año: 2007-2009

Fotografías: Sebastián Lobos

Este proyecto lo destaco por su distribución espacial y por el programa odontológico que alberga, ambas cosas que me sirvieron de referencia.



9.2 Antecedentes Municipales; Certificado de Informaciones Previas



FORMULARIO 5.2.

(C.I.P.-1.4.4.)
1/3

CERTIFICADO DE INFORMACIONES PREVIAS

DIRECCION DE OBRAS – I. MUNICIPALIDAD DE : CHILLAN
REGION: VIII

URBANO RURAL

CERTIFICADO N°
584
FECHA
28 MAY 2010
SOLICITUD N°
54778
FECHA
04/05/2010

1. IDENTIFICACION DE LA PROPIEDAD (CERTIFICADO DE NÚMERO)

A LA PROPIEDAD UBICADA EN CALLE		AVENIDA FRANCISCO RAMIREZ	
LOTEO	HOSPITAL HERMINDA MARTIN	MANZANA	LOTE
ROL S.I.I.	497-10	LE HA ASIGNADO EL N°	10

2. INSTRUMENTO(S) DE PLANIFICACION TERRITORIAL APLICABLE(S)

PLAN REGULADOR INTERCOMUNAL	SI	FECHA	30/06/2007
PLAN REGULADOR COMUNAL	SI	FECHA	27/06/1989
PLAN SECCIONAL	---	FECHA	---
PLANO SECCIONAL	---	FECHA	---
AREA DONDE SE UBICA EL TERRENO			
<input checked="" type="checkbox"/> URBANA	<input type="checkbox"/> EXTENSION URBANA	<input type="checkbox"/> RURAL	

3. DECLARATORIA DE POSTERGACION DE PERMISO (Art. 117 LGUC)

PLAZO DE VIGENCIA	-----
DECRETO O RESOLUCION N°	-----
FECHA	-----

4. Deberá acompañar informe sobre calidad de subsuelo (Art. 5.1.15 O.G.U.C.) SI NO

5. NORMAS URBANISTICAS (En caso necesario se adjunta hoja anexa)

5.1. USOS DE SUELO

ZONA O SUBZONA EN QUE SE EMPLAZA EL TERRENO	ZU-1 Y ZU-4 (SE ADJUNTA ZU-4)		
USOS DE SUELOS PERMITIDOS:			
ZU-1			
* VIVIENDA			
* INFRAESTRUCTURA			
* EQ. TALLER Y ALMAC. INOF.			
* VIALIDAD Y TRANSPORTE			
SUPERFICIE PREDIAL MINIMA	DENSIDAD MINIMA-MAXIMA	ALTURA MAXIMA EDIF.	SISTEMA DE AGRUPAMIENTO
300/300/300/1000	O.G.U.C.	AISLADO: RASANTE CONTINUO: 14 M.	AISLADO O CONTINUO 100 % PROF. MAXIMA
COEF. DE CONSTRUCTIBILIDAD	COEF. DE OCUPACION DE SUELO	OCUPACION PISOS SUPERIORES	RASANTE NIVEL DE APLICACION
-----	100/100/100/100	-----	O.G.U.C. O.G.U.C.
ADOSAMIENTOS	DISTANCIAMIENTOS	CIERROS OCHAVOS	
O.G.U.C.	O.G.U.C.	ALTURA	%TRANSPARENCIA
		2,0	---

FORMULARIO 5.2.

(C.I.P.-1.4.4.)
2/3

CESIONES proporción frente y fondo superficies a ceder para áreas verdes (Art.. 2.2.5 O.G.U.C.)			
ESTACIONAMIENTOS REQUERIDOS SEGÚN USOS PERMITIDOS			
1) Debe considerar el cuadro N° 2.1. condiciones normativas vigente que establezca la necesidad de un EISTU.			
2) Debe considerar el capítulo 4 del título VIII de la Ordenanza Local del PRICH y el ART. 11 de la Ordenanza del Plan Regulador Comunal.			
AREA DE RIESGO	AREA DE PROTECCION	ZONA O INMUEBLE DE CONSERVACIÓN HISTÓRICA	ZONA TIPICA O MONUMENTO NACIONAL
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (ESPECIFICAR)

5.2 LINEAS OFICIALES

POR CALLE		TIPO DE VIA		
AVENIDA ARGENTINA		TRONCAL Y ESTRUCTURANTE		
LINEA OFICIAL	DISTANCIA ENTRE L.O.	40.00 M.	ANTEJARDIN	2,50 M. OBLIGATORIO
	DISTANCIA L.O. A EJE CALZADA	13.80 M.	CALZADA	8,00 M.

POR CALLE		TIPO DE VIA		
AVENIDA FRANCISCO RAMIREZ		SERVICIO Y ESTRUCTURANTE		
LINEA OFICIAL	DISTANCIA ENTRE L.O.	24.00 M.	ANTEJARDIN	2,50 M. OBLIGATORIO
	DISTANCIA L.O. A EJE CALZADA	10.95 M.	CALZADA	7.90 M.

POR CALLE		TIPO DE VIA		
LINEA OFICIAL	DISTANCIA ENTRE L.O.		ANTEJARDIN	
	DISTANCIA L.O. A EJE CALZADA		CALZADA	

POR CALLE		TIPO DE VIA		
LINEA OFICIAL	DISTANCIA ENTRE L.O.		ANTEJARDIN	
	DISTANCIA L.O. A EJE CALZADA		CALZADA	

5.3. AFECTACION A UTILIDAD PUBLICA

LA PROPIEDAD SE ENCUENTRA AFECTA A DECLARATORIA DE UTILIDAD PUBLICA (Art.,59)				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PARQUE	<input type="checkbox"/>	VIALIDAD	<input type="checkbox"/>	ENSANCHE	<input type="checkbox"/>
DE LAS SIGUIENTES VIAS				APERTURA	<input type="checkbox"/>
GRAFICACION DEL AREA AFECTA A UTILIDAD PUBLICA CON INDICACION DE SUPERFICIE Y DIMENSIONES (Parque /Vialidad)					

FORMULARIO 5.2.

(C.I.P.-1.4.4.)
3/3

PERFIL DEL AREA AFECTA A OBLIGACION DE URBANIZACION (Art. 2.2.4.)

OBRAS DE URBANIZACION DE LAS AREAS AFECTAS A DECLARATORIA (Art. 134° LGUC)

PLANOS O PROYECTOS	
<input type="checkbox"/>	Pavimentación
<input type="checkbox"/>	Agua Potable
<input type="checkbox"/>	Alcantarillados de Aguas Servidas
<input type="checkbox"/>	Evacuación de Aguas Lluvias
<input type="checkbox"/>	Electricidad y/o Alumbrado Público
<input type="checkbox"/>	Gas
<input type="checkbox"/>	Telecomunicaciones
<input type="checkbox"/>	Plantaciones y obras de ornato
<input type="checkbox"/>	Obras de defensa del terreno
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)

6.- CARACTERÍSTICAS DE URBANIZACION

ESTADO DE LA URBANIZACIÓN	EJECTUADA	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	RECIBIDA	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	GARANTIZADA	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
---------------------------	-----------	--	-----------------------------	----------	--	-----------------------------	-------------	-----------------------------	--

7.- DOCUMENTOS ADJUNTOS

<input type="checkbox"/> PLANO DE CATASTRO	<input type="checkbox"/> PERFILES DE CALLES	<input checked="" type="checkbox"/> ANEXO NORMAS URBANISTICAS DEL I.P.T. Y O.G.U.C.
--	---	---

OBSERVACIONES:

- 2) Se respetarán todas las exigencias o aspectos pertinentes que establezca la Ordenanza Local y el plano del Plan Regulator Comunal de Chillán y la Ordenanza Local y el plano del PRICH, de la Ley General de Urbanismo y Construcciones, su Ordenanza General y las otras disposiciones legales vigentes, aunque se omitan en el presente certificado, los Instrumentos de planificación se encuentran publicados en la pagina WEB de la Municipalidad).
- 3) Considerando que no se cuenta con información catastral completa de la comuna de Chillán, el emplazamiento de la Propiedad solicitada recae en el solicitante.
- 4) Debe considerar el cuadro N° 2.1. condiciones normativas vigente que establezca la necesidad de un EISTU.
- 5) Debe considerar el Decreto Supremo N° 83 del año 1985, promulgado por el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, sobre redes viales básicas, en caso que corresponda.
- 6) Debe considerar el ART. 8.4.2 del PRICH y el ART. 11 del Plan Regulator Comunal, en caso que corresponda.
- 7) Debe realizar informe de riesgo según ART. 8.6.1 y 8.6.3 del PRICH, en caso que corresponda.
- 8) Debe considerar ochavo de 4,00 M.
- 9) Debe considerar Zona ZU-4

8.- PAGO DE DERECHOS				\$ 3.765.-
TOTAL DERECHOS MUNICIPALES (Art. 130 N°9 L.G.U.C.)	N°	\$ 3.765.-	FECHA	
GIRO DE INGRESO MUNICIPAL	N°		FECHA	04/05/2010

PSR/RCM.

DIRECTOR DE OBRAS MUNICIPALES (S)
 FIRMA Y TIMBRE

2. PRESENTACION Y PROCEDIMIENTO DE LOS EISTU

2.1. Procedimiento de los Estudios

Se solicitara un Estudio de Impacto sobre el Sistema de Transporte Urbano, cuando el proyecto contemple alguna de las exigencias que figura en el Cuadro N° 2.1.

**Cuadro N° 2.1.
Condiciones que determinan la necesidad de un EISTU**

N°	Instrumento Legal	Artículo	Proyectos	Unidad	Requiere EISTU
1		Art. 2.4.3.	Uso Residencial Uso No Residencial	Estacionamiento Estacionamiento	> 250 Estac. > 150 Estac.
2	Ordenanza General De Urbanismo y Construcciones	Art. 4.5.4. (*)	Locales Escolares	Capacidad Alumno	> 720 Alumnos
3		Art. 4.8.3. (*)	Establecimientos Deportivos y Recreativos	Ocupación Máxima	Todas las Categorías Excepto la A
4		Art. 4.1.3.7.(*)	Terminales	Vehículos Usuarios	Todas las Categorías Excepto la A
5	DFL 850/97 del MOP	Art. 40	Colindantes con Caminos Públicos (C. P.)	No hay	Según criterios anteriores
6	DS 83/85 de Mintratel	Art. 3	Colindantes con Red Vial Básica (RVB)	No hay	Según criterios anteriores

(*) En lo que corresponde al estudio de transito y/o accesibilidad deberán ceñirse a esta metodología.

Todos los proyectos que requieran de un Estudio de Impacto sobre el Sistema de Transporte Urbano deberán ser presentados a la Ventanilla Unica que será representada por la Secretaria Regional Ministerial de Transporte y Telecomunicaciones.

La Ventanilla Unica se pronunciará en un plazo no mayor a 60 días corridos a contar de la fecha de recepción en la Seremitt. Dentro de este plazo, la Seremitt solicitará el pronunciamiento a otros organismos.

9.3 Antecedentes Financiamiento; Ficha Postulación Sistema nacional de Inversiones



REPORTE FICHA IDI
PROCESO PRESUPUESTARIO 2009
POSTULA: PREFACTIBILIDAD
(Moneda IDI)



FECHA POSTULACIÓN SNI : 16-01-2009

1. PROYECTO: 30067577-0 **NORMALIZACIÓN CONS. ESPECIALIDADES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN**

2. ETAPA ACTUAL : PREFACTIBILIDAD 3. SECTOR/SUBSECTOR : SALUD / ALTA COMPLEJIDAD

4. DESCRIPTOR (S) : HOSPITAL TIPO 1

5. LOC. GEOGRÁFICA : PROVINCIA DE ÑUBLE 6. Competencia de Análisis : NACIONAL

7. DISTRITO :

8. CIRCUNSCRIPCION :

9. PROYECTO RELACIONADO :

10. PRIORIDAD (FUENTE) : GENERAL 11. SEIA : NO CORRESPONDE

12. JUSTIFICACION DEL PROYECTO :

13. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR

LAS NECESIDADES Y NUEVOS DESAFIOS QUE NOS PLANTEAN NUESTRAS METAS SANITARIAS APAREJADOS CON EL INCREMENTO DE LA POBLACION Y LOS CAMBIOS EPIDEMIOLOGICOS DE ÉSTA, HACEN QUE NUESTROS ESTABLECIMIENTOS DEBAN CONTINUAR CON SU PROCESO NORMALIZACIÓN, ES POR ELLO QUE CONTAR CON EL ESTUDIO PREINVERSION DEL CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL HERMINDA MARTÍN, ES DE PRINCIPAL RELEVANCIA PARA POSTERIORMENTE DEFINIR SUS ETAPAS DE INVERSION EN DISEÑO Y POSTERIOR EJECUCIÓN.

14. CORRESPONDE A UNA ADI : NO

NOMBRE ADI	TIPO
------------	------

15. SITUACIÓN : ARRASTRE

16. CALENDARIO DE FINANCIAMIENTO DE LA INVERSIÓN

FUENTE	ITEM	MONEDA	PAGADO AL 31-12-2008	SOLICITADO PARA 2009	SALDO POR INVERTIR	COSTO TOTAL M\$
SECTORIAL	CONSULTORÍAS	M\$	81.664	12.595	0	94.259
TOTAL		M\$	81.664	12.595	0	94.259

Moneda IDI: 31-12-2007

Tipo de Cambio: 547,31 \$/US\$

FECHA CREACIÓN SOLICITUD: 16-01-2009

FECHA ÚLTIMA MODIFICACIÓN: 16-01-2009

17. RECEPCIÓN OFICIAL AL SNI:

RECEPCIÓN	FECHA	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
RESPONSABLE FECHA DE POSTULACIÓN	16-01-2009	DEPARTAMENTO INVERSIONES - MIDEPLAN

18. RESULTADO DEL ANÁLISIS TÉCNICO ECONÓMICO:

RESULTADO DEL ANÁLISIS	FECHA DEL RESULTADO	INSTITUCIÓN QUE ANALIZÓ
RS RECOMENDADO FAVORABLEMENTE	16-01-2009	MINISTERIO DE PLANIFICACION

19. OBSERVACIONES AL RESULTADO:

EL SNI APRUEBA LA CONTINUIDAD DE ESTA INICIATIVA DE INVERSIÓN.

20. INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Institución Responsable de la Etapa	SERVICIO SALUD ÑUBLE
Instituciones Financieras	MINISTERIO DE SALUD
Instituciones Técnicas	SERVICIO SALUD ÑUBLE

21. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO EN LA ETAPA DE PREFACTIBILIDAD

Fecha de la información: 16-09-2008

Magnitud del Proyecto: 17000 METROS CUADRADOS

Duración: 7 meses

Vida útil: 20 años

Beneficiarios directos: Hombres: 235.935, Mujeres: 237.589, Ambos sexos: 0

Fecha de inicio del proyecto: 11-09-2007

Costo total inicial Proyecto: M\$ 134.000

Costo total modificado Proyecto: M\$ 94.259

Costo total licitación Proyecto: M\$ 91.577

INDICADORES DE RESULTADO	
NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR
COSTO ANUAL EQUIVALENTE	50000.0

22. POLÍTICA SECTORIAL:

POLÍTICA SECTORIAL:	-
----------------------------	---

23. CALENDARIO DE INVERSIONES:

NORMALIZACION CONS. ESPECIALIDADES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN

ITEM	APORTE DIRECTO M\$	1											
		J	J	A	S	O	N	D					
CONSULTORÍAS	148.192												
TOTAL APORTES DIRECTOS	148.192												

Montos en moneda IDI al 31-12-2007

OTROS APORTES

FUENTE	APORTE INDIRECTO
TOTAL	M\$ 0

Montos en moneda IDI al 31-12-2007

COSTO ETAPA PROGRAMADA

TOTAL	M\$ 148.192
-------	-------------

Montos en moneda IDI al 31-12-2007

24. HISTORIAL PRESUPUESTARIO DEL PROYECTO PARA ETAPA PREFACTIBILIDAD:

A. SOLICITUDES DE FINANCIAMIENTO

AÑO IDI	RATE	PAGADO AÑOS ANTERIORES M\$	SOLICITADO AÑO		SALDO POR INVERTIR		COSTO TOTAL	
			(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)
2008			247.993		0		247.993	
2008	RS	51.793	92.690		0		144.483	
2007	RS*		148.193		0		148.193	

Montos expresados en moneda del 31-12-2007

B. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

AÑO ASIGNACIÓN	FUENTE	RATE	ASIGNADO		PAGADO	
			(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)
2008	SEC TORIAL	RS	85.955	157.07	29.871	54.58
2007	SEC TORIAL	RS*	51.792	94.63	51.792	94.63

Montos expresados en moneda del año de la asignación

25. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INFORMACION:

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO	FONDO	CORREO ELECTRÓNICO
MAURICIO ARRIAGADA	MINISTERIO DE SALUD	PROFESIONAL	6300513	marriagada@minsa.cl

9.3 Antecedentes Financiamiento; Ficha Postulación Sistema nacional de Inversiones



REPORTE FICHA IDI
PROCESO PRESUPUESTARIO 2010
POSTULA: DISEÑO
(Moneda IDI)



FECHA POSTULACIÓN SNI : 30-10-2009 **FECHA INGRESO SNI** : 06-11-2009

1. PROYECTO: 30067577-0 **NORMALIZACION CONS. ESPECIALIDADES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN**

2. ETAPA ACTUAL : PREFACTIBILIDAD 3. SECTOR/SUBSECTOR : SALUD / ALTA COMPLEJIDAD
 4. DESCRIPTOR (S) : HOSPITAL TIPO 1
 5. LOC. GEOGRÁFICA : PROVINCIA DE ÑUBLE 6. Competencia de Análisis : NACIONAL
 7. DISTRITO : 8. CIRCUNSCRIPCION :
 9. PROYECTO RELACIONADO :
 10. PRIORIDAD (FUENTE) : GENERAL 11. SEIA : NO CORRESPONDE
 12. JUSTIFICACION DEL PROYECTO :
 13. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR

LA PRESENTE POSTULACIÓN CONSISTE EN LA ELABORACIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICA (PLANIMETRÍA, ESPECIALIDADES, PRESUPUESTOS, ETC.) PARA LA EJECUCIÓN DEL NUEVO CENTRO DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN, EL CUAL COMPRENDERÁ UNA SUPERFICIE DE 17.000 M2.

ESTE EDIFICIO ESTA PREVIAMENTE CONCEBIDO EN SU ANTEPROYECTO BAJO LOS TÉRMINOS DE ARQUITECTURA SUSTENTABLE. ENTONCES SE PRECISAN TODOS LOS ESTUDIOS TENDIENTES A DETERMINAR UNA CONSTRUCCIÓN EFICIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA ENERGÉTICO, COORDINANDO DICHAS ASESORIAS CON TODAS LAS ESPECIALIDADES DE INSTALACIONES.

14. CORRESPONDE A UNA ADI : NO

NOMBRE ADI	TIPO
------------	------

15. SITUACIÓN : NUEVA

16. CALENDARIO DE FINANCIAMIENTO DE LA INVERSIÓN

FUENTE	ITEM	MONEDA	PAGADO AL 31-12-2009	SOLICITADO PARA 2010	SALDO POR INVERTIR	COSTO TOTAL M\$
SECTORIAL	CONSULTORÍAS	M\$	0	103.201	290.083	393.284
SECTORIAL	GASTOS ADMINISTRATIVOS	M\$	0	2.500	5.365	7.865
TOTAL		M\$	0	105.701	295.448	401.149

Moneda IDI: 31-12-2008

Tipo de Cambio: 547.31 \$/US\$

FECHA CREACIÓN SOLICITUD: 07-07-2009

FECHA ÚLTIMA MODIFICACIÓN: 02-06-2010

17. RECEPCIÓN OFICIAL AL SNI:

RECEPCIÓN	FECHA	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
RESPONSABLE FECHA DE POSTULACIÓN	30-10-2009	DEPARTAMENTO INVERSIONES - MIDEPLAN
FECHA INGRESO SNI	06-11-2009	DEPARTAMENTO INVERSIONES - MIDEPLAN

18. RESULTADO DEL ANÁLISIS TÉCNICO ECONÓMICO:

	RESULTADO DEL ANÁLISIS	FECHA DEL RESULTADO	INSTITUCIÓN QUE ANALIZÓ
FI	FALTA DE INFORMACION	20-11-2009	DEPARTAMENTO INVERSIONES - MIDEPLAN

19. OBSERVACIONES AL RESULTADO:

ANALIZADOS LOS ANTECEDENTES ENVIADOS POR EL SERVICIO DE SALUD, SE SOLICITA:

- 1.- COMPLETAR Y CERRAR EL ANALISIS DEL PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO.
- 2.- ACLARAR LOS FLUJOS DE INGRESOS Y GASTOS EN EL MÓDULO DE GESTIÓN FINANCIERA
- 3.- CALENDARIZAR PRESENTACION DEL PROYECTO
- 4.- PRESENTAR UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 5.- REMITIR LOS CERTIFICADOS DE NO OBJECCIÓN, EMITIDO POR EL SUBSECRETARIO DE REDEES, DE CADA MODULO.
- 6.- ACTUALIZAR LA FICHA DE DISEÑO CARGANDO TODOS LOS GASTOS.

20. INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Institución Responsable de la Etapa	SERVICIO SALUD ÑUBLE
Instituciones Financieras	MINISTERIO DE SALUD
Instituciones Técnicas	SERVICIO SALUD ÑUBLE

21. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO EN LA ETAPA DE PREFACTIBILIDAD

Fecha de la información: 16-09-2008

Magnitud del Proyecto: 17000 METROS CUADRADOS

Duración: 12 meses

Vida útil: 20 años

Beneficiarios directos: Hombres: 235.935, Mujeres: 237.589, Ambos sexos: 0

Fecha de inicio del proyecto: 01-07-2010

Costo total inicial Proyecto: M\$ 374.582

Costo total modificado Proyecto:

Costo total licitación Proyecto:

INDICADORES DE RESULTADO	
NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR
COSTO ANUAL EQUIVALENTE	50000.0

22. POLÍTICA SECTORIAL:

POLÍTICA SECTORIAL:	-
----------------------------	---

23. CALENDARIO DE INVERSIONES:

NORMALIZACION CONS. ESPECIALIDADES HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN

ITEM	APORTE DIRECTO M\$	1					2						
		J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
CONSULTORÍAS	393.284												
GASTOS ADMINISTRATIVOS	7.865												
TOTAL APORTES DIRECTOS	401.149												

Montos en moneda IDI al 31-12-2008

OTROS APORTES

FUENTE	APORTE INDIRECTO
TOTAL	M\$ 0

Montos en moneda IDI al 31-12-2008

COSTO ETAPA PROGRAMADA

TOTAL	M\$ 401.149
-------	-------------

Montos en moneda IDI al 31-12-2008

24. HISTORIAL PRESUPUESTARIO DEL PROYECTO PARA ETAPA DISEÑO:

A. SOLICITUDES DE FINANCIAMIENTO

AÑO IDI	RATE	PAGADO AÑOS ANTERIORES M\$	SOLICITADO AÑO		SALDO POR INVERTIR		COSTO TOTAL	
			(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)
2009			1.070.928		36.679.288		37.750.195	
2009			485.559		0		485.559	
2009	RS	87.456	13.488		0		100.945	
2008			265.583		0		265.583	
2008	RS	55.466	99.264		0		154.731	
2007	RS*		158.704		0		158.704	

Montos expresados en moneda del 31-12-2008

B. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

AÑO ASIGNACIÓN	FUENTE	RATE	ASIGNADO		PAGADO	
			(M\$)	(MUS\$)	(M\$)	(MUS\$)
2008	SEC TORIAL	RS	92.062	168.21	31.989	58.45
2007	SEC TORIAL	RS*	55.466	101.34	55.466	101.34

Montos expresados en moneda del año de la asignación

25. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INFORMACION:

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO	FONO	CORREO ELECTRÓNICO
RAUL MOLINA BARRERA	SERVICIO SALUD ÑUBLE	PROFESIONAL UNID. ESTUD. E INV	42-206205	rmolina@ssnuble.cl



División Ingeniería Estructural y Geotécnica
Área Ingeniería Estructural
 Informe Provisorio de Inspección Ocular de la Edificación.
 Rev. D

INFORME PROVISORIO DE INSPECCIÓN OCULAR DE LA EDIFICACIÓN.

FORMULARIO NÚMERO : 882068 FECHA : 12/04/2010
 ATENCIÓN : Jorge Conejeros RUT : 8.833.791-8
 RAZÓN SOCIAL : _____ RUT : _____
 NOMBRE EDIFICACIÓN : Hospital Clínico Herminda Martín
 DIRECCIÓN : Francisco Porrino S/N
 USO DEL EDIFICIO : Salud.

CLASIFICACIÓN GLOBAL DE DAÑOS		MEDIDAS DE SEGURIDAD SUGERIDAS	
INSPECCIÓN DE LA EDIFICACIÓN:			
Exteriores e interiores	<input checked="" type="radio"/>	Restringir paso de Peatones	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Sólo exterior	<input type="radio"/>	Restringir tráfico Vehicular	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Sólo interior	<input type="radio"/>	Apuntalar	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
CLASIFICACIÓN DE HABITABILIDAD		Evacuar parcialmente la edificación	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Verde (Habitable)	<input type="radio"/>	Evacuar totalmente la edificación	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Amarillo (Uso Restringido)	<input type="radio"/>	Evacuar edificaciones Vecinas	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Naranja (No habitable)	<input checked="" type="radio"/>	Demoler elementos en peligro de caída	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Rojo (Peligro de colapso)	<input type="radio"/>	Desconectar Energía Eléctrica	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Desconectar Gas	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Desconectar Agua	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
		Manejo de sustancias Peligrosas	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO

Nota: No se aceptan enmiendas. En Inspección de la Edificación y Clasificación de Habitabilidad se marca sólo una opción.

Mediante el presente documento se señala que DICTUC S.A. realizó una inspección ocular de daños estructurales de la edificación en cuestión. Los resultados y conclusiones definitivas de esta inspección serán entregados en forma posterior en un informe final.

Las recomendaciones señaladas y clasificación de habitabilidad son limitadas temporalmente y basadas en la inspección visual realizada por un especialista, con la intención de detectar si el edificio estudiado puede ser usado, salvaguardando de manera razonable la vida humana. Se aclara que pueden ocurrir más daños en caso de una réplica, y que las medidas sugeridas buscan evitar la exposición de los ocupantes a riesgos innecesarios.

Con la presente se autoriza a DICTUC a informar a la autoridad competente la clasificación de habitabilidad de la estructura. El presente documento no exime de responsabilidad al ingeniero calculista, empresa constructora, inmobiliaria y profesionales involucrados en el proyecto original.

Comentarios adicionales:

La inspección se realizó fundamentalmente en el edificio de 6 pisos inaugurado en 1955, en el se sugiere: 1- Apuntalar y restringir el paso en: escalas dañadas; vigas de revelación en zonas de junta de dilatación entre edificio central y capis escalar; ductos en piso mecánico y zona exterior del edificio; vigas y bases de conexión con caja escalar de Av. Argentina. 2- Demoler antepechos, tabiques y muros de albañilería perimetrales (no estructurales) en riesgo de caer. 3- Desconectar suministros básicos hasta que cada instalación sea analizada por un especialista de cada área. El resto de los edificios no presenta daños significativos.

Nombre y Firma Cliente

Nombre y Firma Profesional DICTUC S.A.



"Estudio de Diagnóstico Energético del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán"
Informe de Diagnóstico

- **Doble piel:** Instalar revestimiento en los muros exteriormente para generar fachadas ventiladas que colaboren en la inercia térmica interior. Esto es especialmente importante en algunas fachadas que están más expuestas.

Edificio Hospitalización (Z16.1 a Z16.6) más Laboratorios Anexos (Z4):

- Incorporar aislación térmica en los muros exteriores como mínimo para cumplir la normativa técnica de la zona, especialmente muros poniente y sur.
- Mejorar aislación térmica en los techos (cielo y espacio cielo/techo) para que sea al menos 50% mejor de lo que la norma exige.
- Incluir ventilación forzada e intercambiadores de calor aire/aire en recintos con ocupancia mayor a 1 persona por cada 3 m² de superficie, especialmente en los pisos de hospitalización.
- En el caso de la sala de espera ubicada bajo los tragaluces, se recomienda instalar vidrio reflectante con una transparencia de solo el 5% de la radiación incidente.
- Mejorar la calidad térmica de ventanas y contemplar quiebrasoles sobre las ventanas poniente.

Z 19 / Neuropsiquiatría

Edificio Psiquiátrico:

- Incorporar aislación térmica en los muros exteriores para cumplir la normativa técnica de la zona, especialmente muros poniente y sur.
- Mejorar aislación térmica en los techos (cielo y espacio cielo/techo) para que sea al menos 50% mejor de lo que la norma exige.
- Incluir ventilación forzada e intercambiadores de calor aire/aire en recintos con ocupancia mayor a 1 persona por cada 3 m² de superficie.
- Mejorar la calidad térmica de ventanas y contemplar quiebrasoles sobre las ventanas poniente.
- Adicionalmente la zona de laboratorios debe ser mejorada en cuanto a la calidad térmica del techo y de la ventilación.

PLANIMETRIA GENERAL

Elaboración propia



IMAGEN EXTERIOR OBJETIVO

Render; elaboración propia

05 / IMÁGENES DE PROYECTO

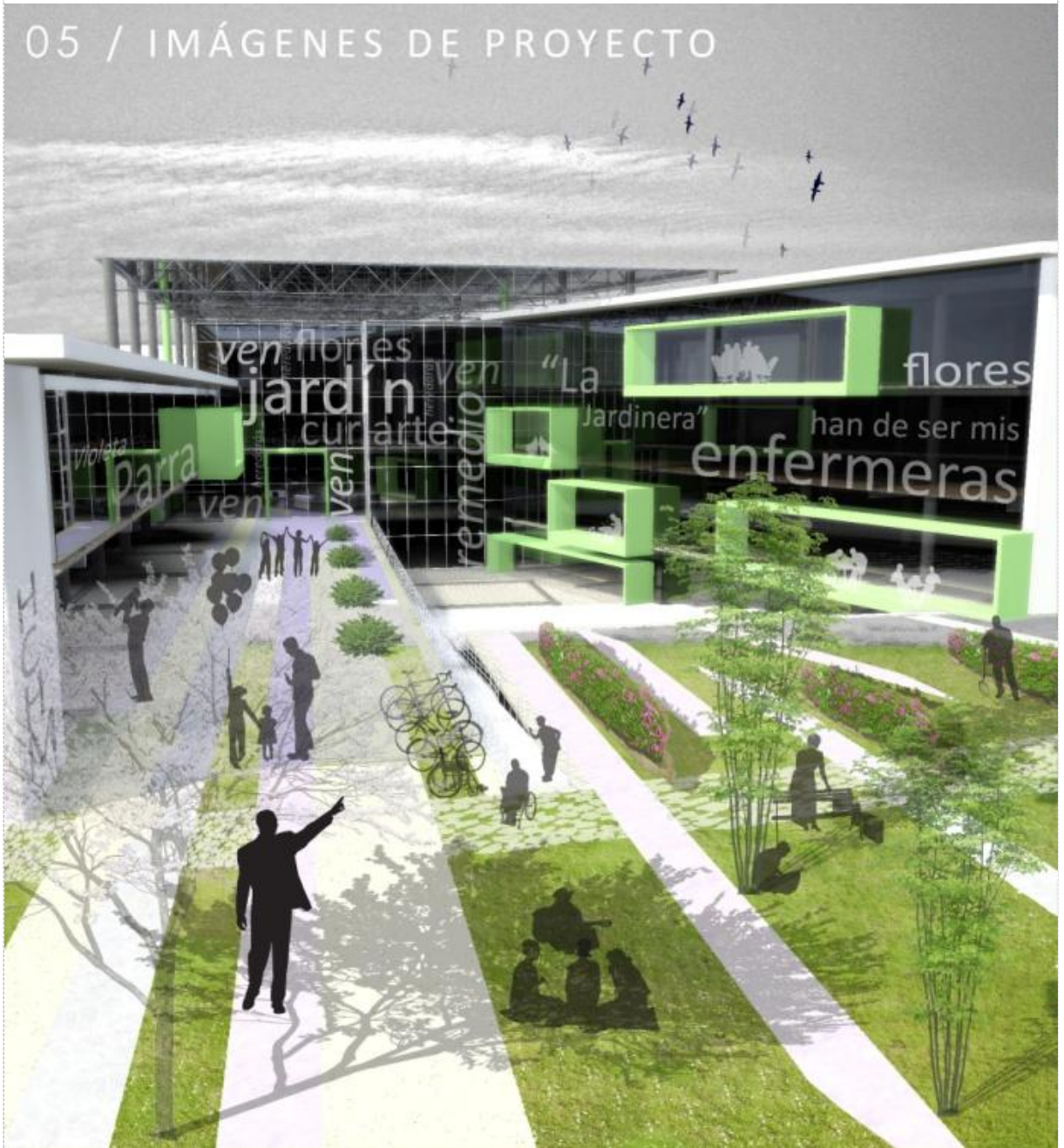


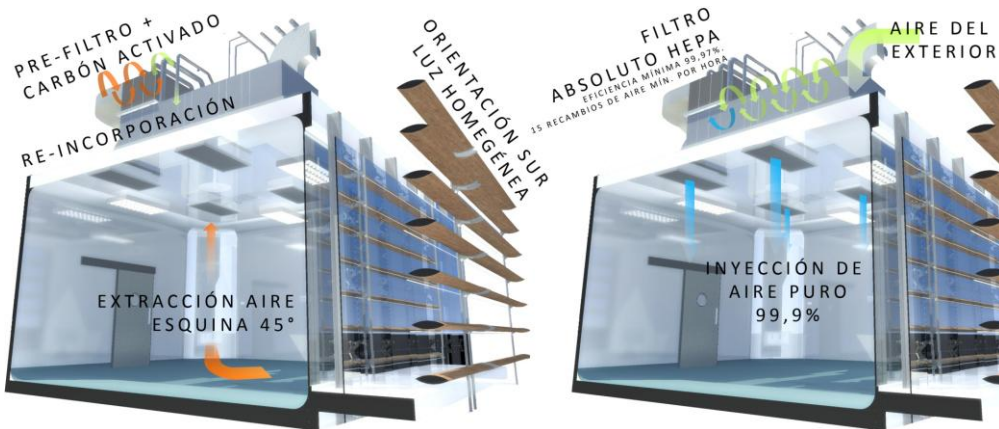
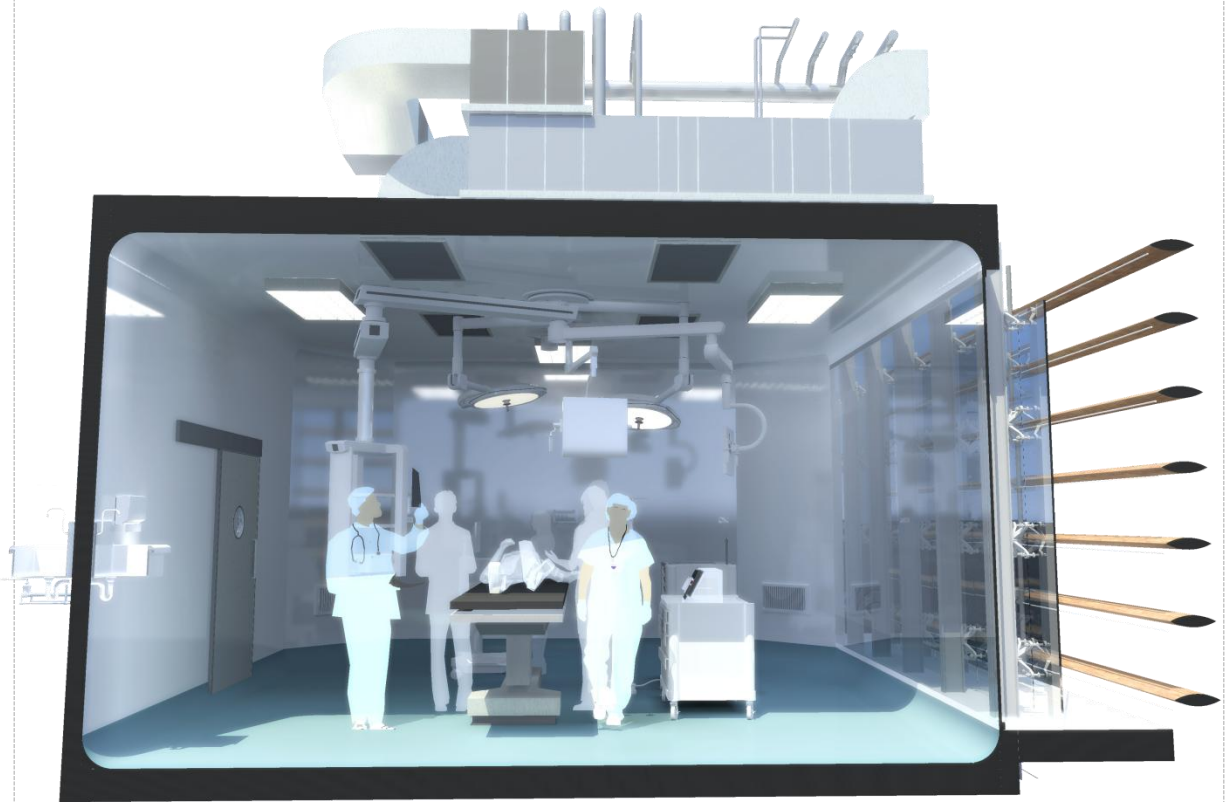
IMAGEN INTERIOR OBJETIVO

Render; elaboración propia



IMAGEN INTERIOR TÉCNICA

Render; elaboración propia



LAMINAS ENTREGA FINAL



10.

Agradecimientos

Agradecimientos:

A mi familia y amigos por ... **todo!**
“pushing like a father and pulling like a friend” BlondeRedhead

aedomariapaz@gmail.com

Con el espíritu de **“Arquitectos públicos para problemas de país”** me enfrento a un escenario donde, de una red asistencial con 183 hospitales, 130 de ellos presentan algún grado de daño, vale decir, **el 71% de la red hospitalaria del país afectada**. Por esto, es necesario **abordar el análisis desde el estudio de las condiciones actuales de la red hospitalaria, para ver dentro de la misma posibles líneas de acción**. En caso de emergencia la respuesta inmediata es pensando en “apagar el incendio”, vale decir, los pacientes agudos pre-existentes y/o producto de la catástrofe, lo que es lógico y necesario, pero eso **produce, a corto plazo un aumento en la lista de espera de los pacientes crónicos que requieren atención**. La arquitectura de emergencia apunta a la **eficiencia y factibilidad (modulación, traslado, instalación)**, no a su calidad espacial, ni como eso puede afectar el proceso de sanación, es por estas razones que he decidido abordar la problemática desde esta otra arista detectada, centrada en la **atención ambulatoria**.

*“La resolución en forma **ambulatoria** de problemas que antes requerían hospitalización ha resultado en una mayor **satisfacción del usuario, mejor calidad y acceso más rápido a la atención de salud**. Por otro lado, **interfiere menos con la vida personal y familiar del usuario, disminuye las repercusiones labores y la tasa de infecciones intrahospitalarias.**”*

“Guía de Planificación y Diseño; Centros de Atención Ambulatoria” MINISTERIO DE SALUD, Chile

El **Consultorio Adosado Especialidades C.A.E. del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán** es una oportunidad, dentro del catastro realizado, de entender la arquitectura para la salud como un **espacios de sanación**, con valor comunicativo. Ocupando herramientas como el color y las formas para orientar.

*“Tradicionalmente, el diseño en salud se ha enfocado en la **funcionalidad, la eficiencia y la tecnología en desmedro de las necesidades psicológicas de los pacientes**”.*

American Society of Interior Designers A.S.I.D.

El estar **inserto en un complejo hospitalario existente**, es un **desafío de diálogo** en sí mismo, por las tipologías constructivas, los requerimientos funcionales y la propuesta de imagen que se quiere tenga el hospital, pero los **hospitales son, también, espacio públicos de la ciudad**, un hito en su contexto, puntos de referencia, de encuentro, no únicamente obligado. Hacerse cargo de este rol, permitiendo que este, se transforme en un espacio de la ciudad, abierto a ella, incorporando el **paisaje**, como un factor reductor de estrés, reconociendo las tendencias internacionales del Evidence Based Design (EBD) a través de **jardines terapéuticos** e incorporar en los mismos, nuestra **herboria médica nacional**. Con ello, ir en directo beneficio del **usuario**. Los recintos de atención ambulatorio, tienen dos tipos de usuarios con realidades distintas que conviven. Por un lado los **paciente crónicos**, para quienes el tratamiento es un estilo de vida y por lo mismo su lugar de atención debiese ser un **lugar estimulante de permanencia** que mejore su calidad de vida. Por otra parte, los **pacientes de paso, que requieren que el edificio sea un lugar fácil de entender y orientarse**, donde la propuesta espacial de wayfinding es esencial.

*“La **arquitectura** es para las **personas** y su **medio ambiente**,
no para los **arquitectos** y sus **revistas**”*

Jaime Sáez, arqto.

abstract