

*CENTRO DE SALUD FAMILIAR*  
PARA EL SECTOR NORTE DE RANCAGUA

ALUMNO: RODRIGO MARTÍNEZ -- PROFESOR GUÍA: YVES BESANÇON

## INDICE

I.- INTRODUCCION .....	1
II.- PRESENTACIÓN .....	3
1.-TRANSICION DEMOGRÁFICA	5
2.-TRANSICIÓN EPIDEMOLOGICA	6
3.-TRANSICION DE ENFOQUE, DE LO BIOMEDICO A LO BIOPSIKOSOCIAL	7
III.- ANTECEDENTES HISTORICOS .....	8
IV.-EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA EN CHILE .....	10
1.- LA REFORMA DE LA SALUD-PRINCIPIOS, FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS	11
2.-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SECTOR PÚBLICO	13
A.-VALORES Y PRINCIPIOS	13
B.-ANTECEDENTES	14
C.-DEFINICIÓN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	18
D.-OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCION	20
E.-CARACTERISTICAS DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION	21
3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED ASISTENCIAL ASISTENCIAL EN CHILE	22
4.-MODELO DE ATENCION CON ENFOQUE FAMILIAREN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	26
5.-DEFINICION CENTRO DE SALUD URBANO Y SU RELACION CON LA REFORMA DE LA SALUD	33

V.-RANCAGUA	34
1.-RANCAGUA EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	35
A.-Antecedentes demograficos	35
B.-Antecedentes de los CGU (Consultorio General Urbano) en la ciudad de Rancagua	37
C.-AREA DE INFLUENCIA RADIOS DE ACCION DE LOS CENTROS DE SALUD EN RANCAGUA	41
1.-Intro	41
2.-Area de ifluencia de radios de acción	42
3.-Identificación del Área de Estudio	43
2.-CONSULTORIO N4- RADIO DE ACCION	48
A.-Antecedentes CG4 versus los otros establecimientos de salud	48
B.-Radio de acción	49
C.-Antecedentes generales del cg4 y su territorio administrativo.	50
VI.- PROYECTO	55
1.-CRITERIOS DE ELECCION DEL TERRENO- EMPLAZAMIENTO	56
2.-CRITERIOS DE LA ELECCION DE LA UBICACIÓN DEL TERRENO	58
3.-CARACTERISTICAS PRECEPTUALES DEL TERRENO	59
4.-VENTAJAS DEL TERRENO RESPECTO DEL ROL DEL PROYECTO	60
5.-CARACTERISTICAS DE EQ. EXISTENTE	61
6.- CARACTERISITCAS NORMATIVA	62
7.-CONCEPTOS DEL PROYECTO (PROPUESTA+TERRENO)	63
A.-Propuesta Urbana	63
B.-Propuesta del Proyecto de Arquitectura	63
C.-ESQUEMA CONCEPTUAL-PUBLICO PRIVADO	64
D.-ESQUEMA DE LA IMPLANTACION DEL PROYECTO EN EL TERRENO	65
E.-ESQUEMA CONCEPTUAL DE RELACIONES DE LOS RECINTOS	66
F.-PROGRAMA MEDICO-ARQUITECTONICO	67
G.-FACTIBILIDAD	69
VII.- BIBLIOGRAFÍA- ENTREVISTAS	70

## VII .- BIBLIOGRAFÍA-ENTREVISTAS

“Guía de Planificación y Diseño de Centro de Atención Ambulatoria.”  
Ministerio de Salud

Seminario: “Arquitectura Hospitalaria. Planificación, Organización y Construcción de pabellones quirúrgicos”.  
Autor: Alejandro Elgueta.

“Health Care Architecture Designs for the future”  
Autor: Eleanor Lynn Nesmith

“Eficiencia Lumínica en Arquitectura”  
Autor: Rafael Villazon Godoy

Proyecto de Título  
“Centro de Salud de Atención Primaria”  
Profesor Guía: Humberto Eliash  
Autor: Andrea Rojas Castro

Seminario: “Arquitectura de grandes luces”  
Autor: Rodrigo Sabat

Seminario: “Unión y sistema estructural en madera laminada”  
Autor: Guillermo Hevia

“Psicología del Color”  
Autor: Eva Heller

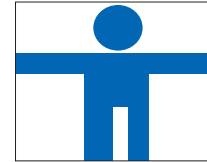
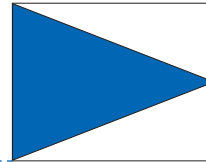
Seminario: "luminación y color para la Salud"  
Autor: Moises Vera Soto

El arbol Urbano en Chile  
Adriana Hoffman

### Entrevistas

Sra Orfilia Martínez, directora CGU N°4 "Doctora Matia Latiffe".  
Sra. Lucy Olivares, Auxiliar de enfermería CGU N°4  
Sr. Miguel Morales, subdirector CESFAM N°6 de Rancagua  
Sr Jaime Saez, Arquitecto del MINSAL  
Sr. Rodrigo Vargas, Paisajista

INTRODUCCION



La reforma Integral de la Salud pretende generar una red asistencial eficiente y eficaz en el que los distintos actores (nivel primario, secundario y terciario) logren brindar al público usuario oportunidad y accesibilidad para que la persona, familia y comunidad tengan acceso a una salud satisfactoria.

Dicha red tiene como fundamental actor la “Atención primaria de salud” (APS), en especial lo que se refiere a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Esto significa que “Los establecimientos que conforman la atención primaria de salud deberán constituirse en el elemento central de la ejecución del Modelo, y en ellos deberá resolverse sobre el 80% de las necesidades de atención de la población. Para ello deberán dotarse de la infraestructura, tecnologías diagnósticas y terapéuticas, insumos, medicamentos y sobre todo recursos humanos en cantidad, tipo y calidad suficientes y apropiados”.(1)

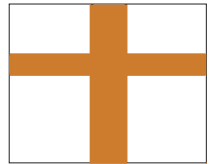
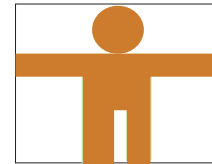
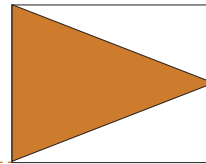
La importancia de la APS es que ésta es la puerta de entrada al sistema de salud lo que se traduce en “un primer contacto (atención); continuidad ( permanencia del vínculo entre el profesional y la persona); integralidad ( la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y coordinación entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad”(2).

En busca de esa integralidad se inicia en APS, en el año 1992, una modificación que pretende transformar los Consultorios a Centros de salud, que cómo su nombre lo indica pone como centro, la salud, y no la enfermedad y en ese marco, la prevención y promoción y no la curación. o dicho de otra manera: prevención primaria ( promoción y protección de la salud) , prevención secundaria ( curación) y prevención terciaria ( rehabilitación).Esto implica un cambio en el enfoque de lo biosico-medico a lo biosico social.

(1) LA REFORMA SOLIDARIA DE SALUD, PROPUESTA DE ACUERDO NACIONAL POR UNA MEJOR SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD PARA TODOS LOS HABITANTES DE CHILE, documento de [www.sociedadcivil.cl](http://www.sociedadcivil.cl)

(2) <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm>

PRESENTACIÓN



Desde el año 1952 en que se realiza la primera Reforma de Salud, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), se inicia una etapa de progreso creciente de la salud pública en nuestro país que la coloca entre las mejores de Latinoamérica, junto con Cuba. Esto ha llevado a un cambio epidemiológico, en que la mortalidad por patologías infecciosas y perinatales de los años 50 prácticamente ha desaparecido para dar inicio en forma creciente a la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles: en primer lugar las patologías cardiovasculares (Infarto del Miocardio, AVE: Accidente Vascular Encefálico), en segundo lugar los tumores malignos, en tercero los accidentes y en cuarto lugar las enfermedades respiratorias (EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) . Junto con el cambio epidemiológico, consecuentemente se observan cambios demográficos que han aumentado las expectativas de vida de la población en cifras significativas. En 1910 la expectativa de vida en Chile era de 29 años para el hombre y de 33 años para la mujer; en la actualidad esta ha aumentado a más de 73 años para el hombre y 79 años para la mujer.

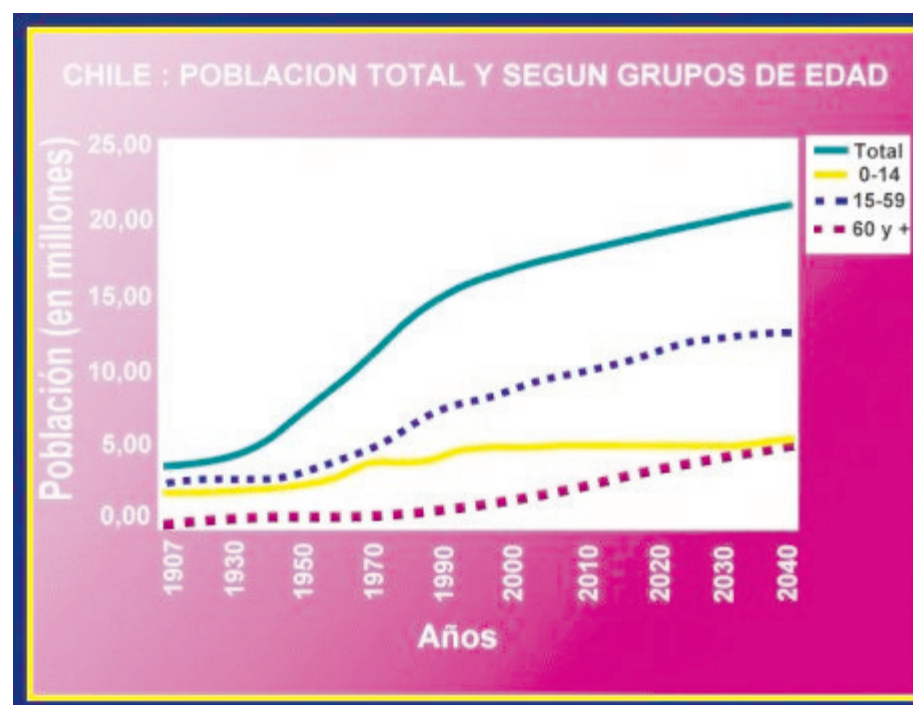
Por lo tanto, para ajustarse a este nuevo perfil epidemiológico, mejorar nuestros indicadores de salud, disminuir la inequidad y responder a las necesidades de los usuarios, nace la importancia de impulsar e implementar una *Reforma de Salud que responda a estos nuevos objetivos sanitarios*. Por un lado para dar respuesta a la gran carga de enfermedad que tiene la población actual, mucha de ellas desprotegida económicamente o con mal acceso a la salud. Por otro lado realizar un cambio cultural de la población para que mantenga una vida saludable a través de una alimentación equilibrada, aumento de la actividad física, disminución del alcohol y sin tabaco, factores de riesgo condicionantes de estas enfermedades crónicas



“La población chilena ha experimentado una rápida y profunda transformación en las últimas décadas, en un proceso en gran parte ineludible y que exhibe rasgos en cierto modo predecibles, que resulta de tres transiciones en constante interacción: la transición demográfica, la epidemiológica y la urbana.

La evolución demográfica que ha vivido el país en las últimas cinco décadas es la consecuencia de la baja fecundidad y del aumento de la esperanza de vida. Actualmente, Chile se sitúa en una etapa avanzada, y casi final, de su transición demográfica, con un número promedio de dos hijos por cada mujer, una esperanza de vida que se acerca a los 78 años, un crecimiento poblacional que ha disminuido a alrededor de 1% y un número relativamente estable de nacimientos anuales en las últimas tres décadas e incluso en disminución en los últimos tres lustros.

Estos cambios han tenido efectos positivos en la capacidad del país de enfrentar las necesidades de su población. De hecho, han permitido aumentar de manera significativa la inversión social por cada niño que nace en el país y con ello han mejorado las oportunidades para que Chile realice una inversión más intensa en la salud de la niñez y en la formación de su capital humano”.(3)



Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad en Chile. Total país 1950-2050.  
Fuente: INE Chile.

(3)“Los desafíos de la población en Chile”



Adicionalmente al cambio demográfico, "se ha observado en las últimas décadas un importante cambio epidemiológico, que se ha caracterizado por un descenso importante de la fecundidad y de la mortalidad en todas las edades. Chile se ha envejecido y las causas de muerte han evolucionado drásticamente. En nuestros días, las enfermedades de mayor impacto en la sobrevivencia y calidad de vida de las personas son las enfermedades crónicas como el cáncer; las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades degenerativas y las enfermedades mentales. Son también de muy alto impacto los traumatismos, accidentes y hechos de violencia" (4).

A partir de 1995 se intenciona con más fuerza el cambio, invitando a los equipos de profesionales del área a avanzar desde lo biomédico a lo biopsicosocial y de lo individual a lo familiar y comunitario. Como consecuencia de ambas cosas: lograr un mayor empoderamiento de familias y comunidad con su salud.

Cuando se implementa la Reforma el llamado es transformar el Sistema en su totalidad:

El Modelo de salud integral se conforma en 2 ámbitos:

- 1 Su relación con usuarios, familia y comunidad
- 2 Una forma participativa de gestión.

Dentro del Modelo se describen los siguientes elementos, que se retroalimenta a sí mismo.  
que sin:

Valores:

Salud como un derecho

Equidad

Solidaridad

Principios:

Accesibilidad

Oportunidad

Calidad

Uso eficiente de los recursos

Características:

Integral en su mirada al proceso salud enfermedad:  
biopsicosocial

Centrado en el usuario

Énfasis en lo promocional y preventivo

Con enfoque familiar

Centrado en la atención abierta

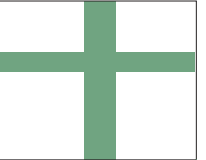
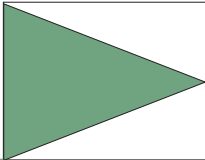
Con participación de la comunidad en salud

Con enfoque intersectorial

Al describir el enfoque biopsicosocial, con especial énfasis en la familia, damos cuenta de los otros elementos que lo caracterizan, en el fondo se transforma en un círculo



SISTEMA DE SALUD CHILENO-BREVE RESEÑA HISTORICA



El Ministerio de Salud fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N° 25 del año 1959. Sin embargo durante muchas décadas hubo distintos organismos a los que correspondía velar por la salud de los chilenos. En el último siglo podemos señalar los siguientes hitos:

*Año 1924*, se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social

*Año 1927*, se hace una reestructuración y se crea el Ministerio de Bienestar Social.

*Año 1932*, esta secretaría de Estado pasa a llamarse Ministerio de Salubridad Pública

*Año 1953*, se cambia el nombre por Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

*Año 1959* se divide esta cartera creándose el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

*Año 1979*, se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con la dictación del Decreto Ley N° 2763. Esta estructura dio inicio a un proceso de descentralización, separando las funciones normativas, de las operativas y de las financieras, que caracterizó al sector por más de 2 décadas.

*Año 2004*, se inicia un nuevo proceso de reforma en el sector, el que se enmarca en el contexto de una nueva realidad epidemiológica del país y en la necesidad de resolver las profundas inequidades en la atención de salud. Esto hace que el Gobierno impulse esta nueva Reforma para responder al requerimiento de adaptar el sistema público a los tiempos actuales. Esta Reforma se ejecuta a través de 2 leyes: La ley AUGE y la Ley de autoridad sanitaria.

La Ley AUGE o Acceso Universal de Garantías garantiza a todos los chilenos: Acceso, Oportunidad, protección financiera.

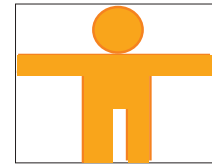
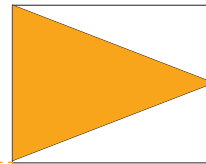
Acceso: Se garantiza el otorgamiento de las prestaciones de salud que están garantizadas por el AUGE

Calidad: A través de mecanismos legales, se avala que las distintas prestaciones de salud incluidas dentro del plan, sean realizadas por prestadores, tanto en lo referente a institución como a profesional de salud, esté acreditado ante el Ministerio de Salud para llevar a cabo los procedimientos.

Oportunidad: Define plazos máximos para entregar las prestaciones de salud necesarias para cada enfermedad, que deben ser respetados por los aseguradores de salud.

Protección financiera: el Plan AUGE garantiza un tope máximo de pago, para cada prestación y para todo el proceso médico, aunque éste es diferenciado para cada asegurador de salud. En el caso de Fonasa el pago es diferenciado según el grupo al cual pertenece el afiliado, mientras que para Isapres, se establece un copago del 20% de las prestaciones según el arancel de referencia.

SISTEMA DE SALUD PUBLICA EN CHILE



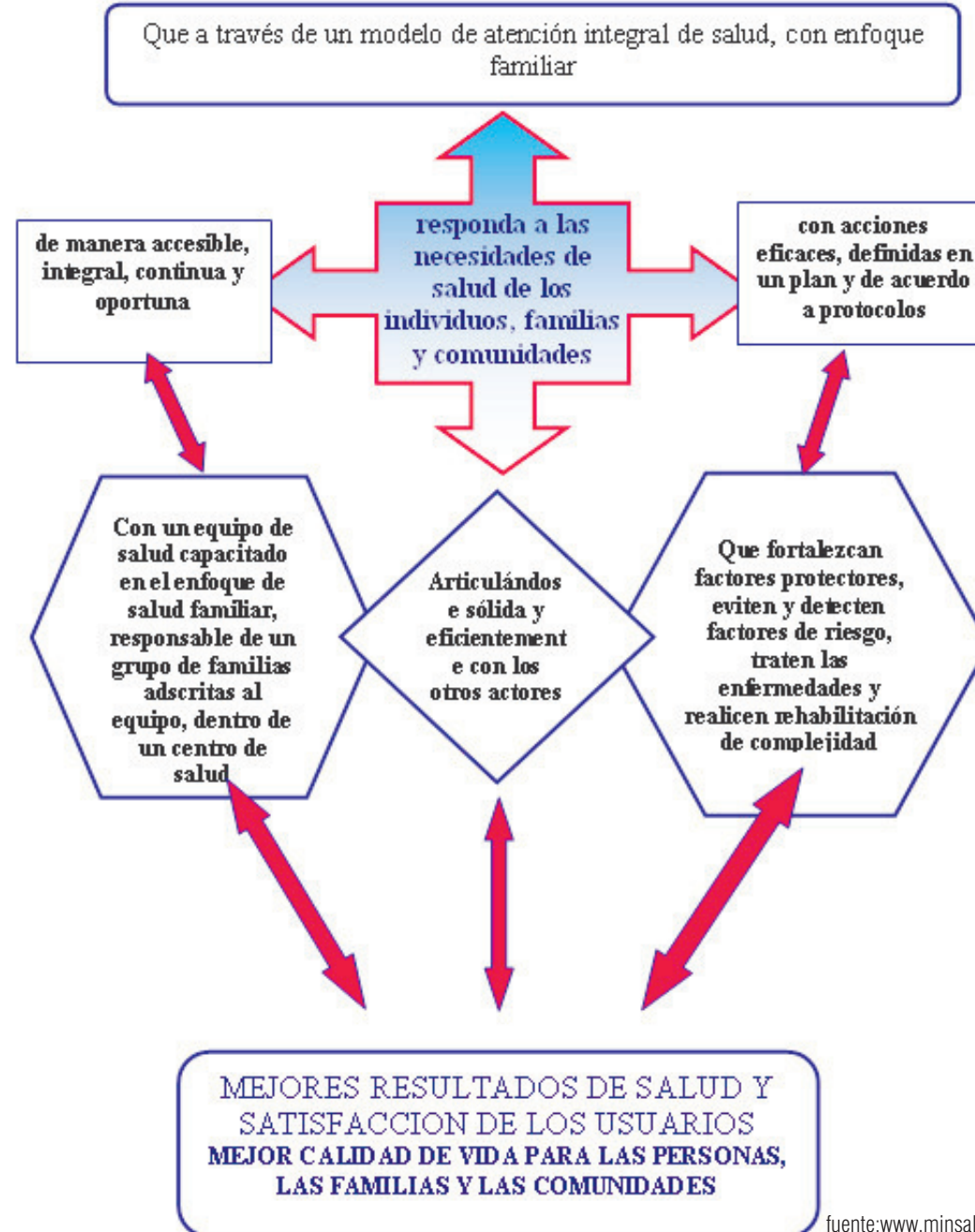
La Reforma de nuestro actual Sistema de Salud se inspira en un conjunto de valores de amplio consenso ciudadano: equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

### O B J E T V O S D E L A R E F O R M A A L A S A L U D

- Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común, que utilice como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de sus usuarios
- Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y menores (y que les significa planes más caros y/o menor protección en el sistema Isapre)
- Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población (más envejecida y afecta a enfermedades crónicas y degenerativas), las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
- Aumentar la seguridad y confianza de las personas con el sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.
- Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos: una autoridad sanitaria fuerte en sus potestades de conducción política y regulación; un FONASA responsable de garantizar a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

Para materializar estos objetivos, el Ejecutivo envió al Congreso un total de cinco proyectos de ley: Financiamiento, Autoridad Sanitaria y Gestión, Régimen de Garantías en Salud, Modificaciones a la Ley de Isapres y Derechos y Deberes

La reforma define un Atención primaria...



fuate:www.minsal.cl



### A LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN EL MODELO DE ATENCIÓN SON LOS DE LA REFORMA DE SALUD Y SON:

- La salud es un derecho. Para resguardar el derecho a la salud de las personas, no basta con su declaración, es necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.
- Una salud con equidad. Es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. Es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello hay que dedicar los mayores esfuerzos.
- Una salud solidaria. Entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.
- Uso eficiente de los Recursos. Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.



B

### ■ B-ANTECEDENTES

El desarrollo de un modelo de atención integral, se realiza sobre la base de un modelo implícito, que está arraigado en los equipos de salud y que en el contexto del proceso de Reforma del sector requiere de un cambio de paradigma que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. *El paradigma biopsicosocial de la salud* sobre el que se basa éste modelo, ofrece una *visión integral del proceso salud-enfermedad* que, sin desconocer sus aspectos biomédicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico, del avance tecnológico y del cambio hacia un usuario más proactivo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad.



Los principales fundamentos para la transformación del modelo de atención de salud son:

- Expectativas de la población.

La población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobretodo, que se le dé una respuesta adecuada a sus necesidades en materia de salud.

- Perfil epidemiológico y cambios demográficos.

El país vive un proceso de transformación del perfil demográfico (envejecimiento) y del perfil epidemiológico (de enfermedades infectocontagiosas a crónicas). Esta transición forma parte de los cambios sociales, económicos y culturales, insertos en un mundo globalizado.

- Obsolescencia del modelo de atención de salud.

El modelo institucional actual ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se expresa en: insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud del país, insuficiencias en coberturas, trato muchas veces inadecuado, fallas en la oportunidad de la atención, demanda por mayor respeto a sus derechos. Conjuntamente es necesario realizar cambios de gestión, que aseguren que los esfuerzos de inversión se traduzcan en más y mejores acciones sanitarias para la población.

Los objetivos nacionales de salud son esenciales para reorientar el Modelo de Atención de Salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población. Son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades más adecuadas para la población.

El Modelo de Atención de Salud durante la década que finaliza el 2010, se debe orientar hacia el logro de los siguientes objetivos nacionales de salud:

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.



Un rol importante para el cumplimiento de estos objetivos sanitarios lo tiene el Régimen General de Garantías en Salud, que define un conjunto de prestaciones y orienta recursos a las actividades de mayor impacto sanitario. Dentro de éste, mención especial debe hacerse a las Garantías Explícitas en Salud que norman igualitariamente las condiciones de acceso, oportunidad, calidad de las acciones en salud y protección financiera para los beneficiarios del sistema público y privado de salud.



fuelle: <http://www.grita.cl>

### *B.iii.-Transformación del actual modelo de atención.*

- La transformación del actual modelo de atención se orienta hacia la obtención del máximo impacto sanitario de sus acciones. Ello involucra:  
Énfasis en la promoción y prevención de la salud, control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable. Prevención de enfermedades mediante pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de éstas.
- Resolución integral de los problemas de salud, en red.
- Resolución ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud, incorporando mecanismos de financiamiento que incentiven la atención ambulatoria. Desarrollo racional de las especialidades clínicas orientadas al impacto sanitario, a la mayor resolutivez, al enfoque por procesos clínicos y a la mejoría de la equidad en salud.
- Uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.
- Desarrollo de hospitales públicos al servicio de los requerimientos de la red asistencial, sustentables, y enfocados al desafío que introduce la problemática de salud del adulto.



C  
 C.-DEFINICIÓN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: *El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.*

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público se expresa en un conjunto de

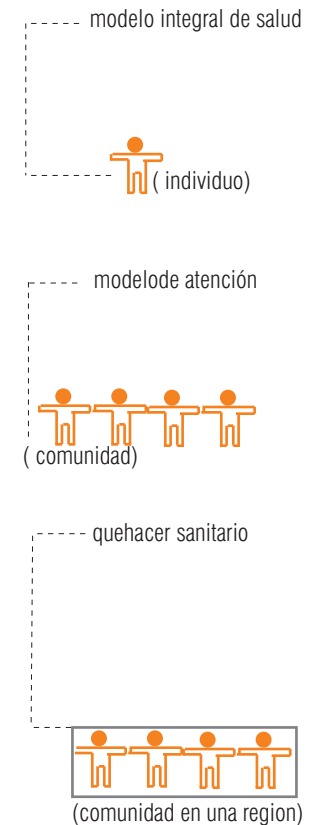
redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación-reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.

El modelo de atención se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas,

las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, es anticipatorio al daño.

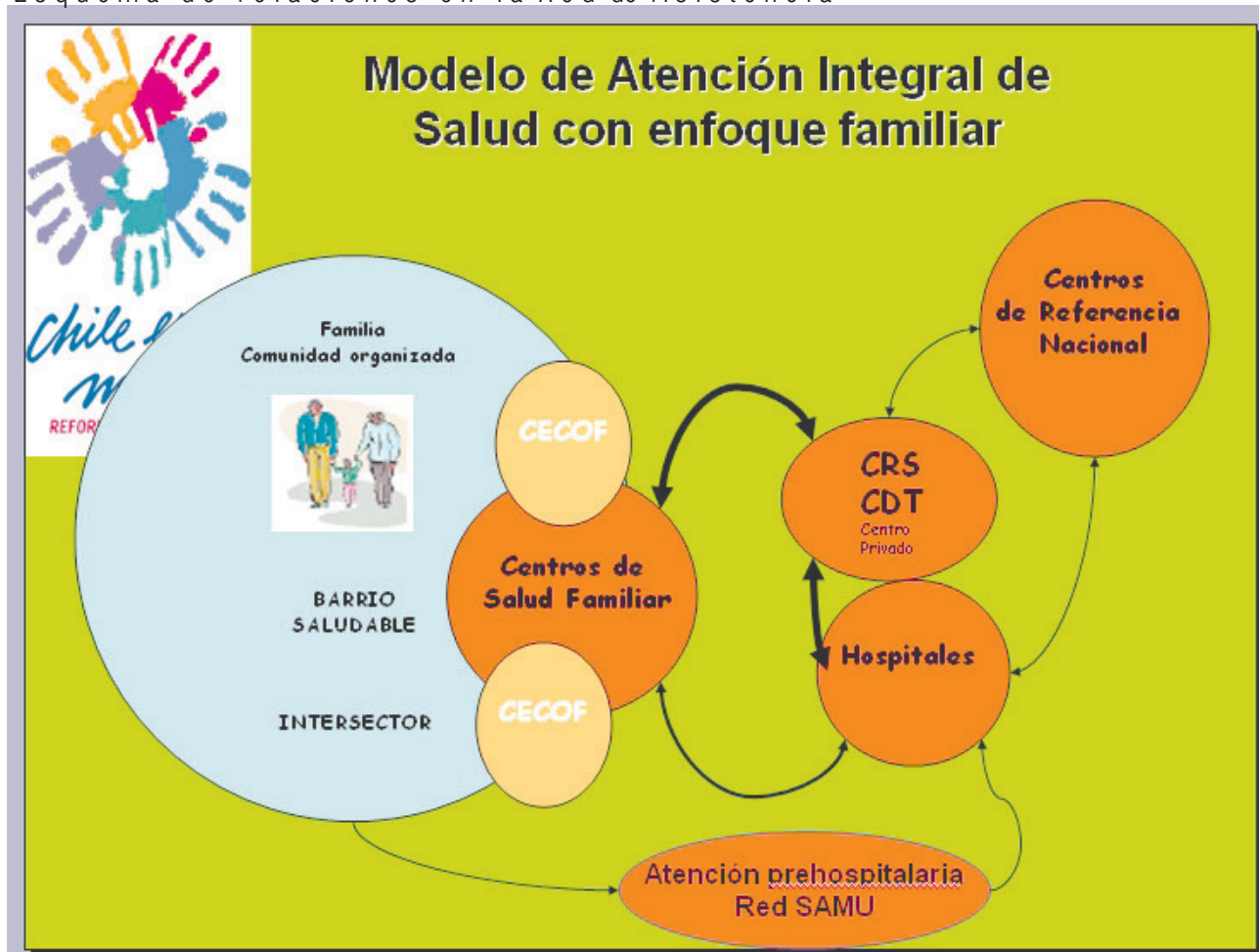
Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables son tareas definidas para el equipo de salud en forma transversal (en todos los establecimientos y en toda actividad). También deben ser tratados y desarrollados en forma intersectorial. El desafío epidemiológico con que se inicia el milenio obliga a relevar el protagonismo a los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado de su salud, reorientando el rol del equipo de salud a un rol asesor y acompañador del proceso salud-enfermedad.

El *quehacer sanitario* definido en el modelo, en el ámbito de la atención primaria, se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo



de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportunas en caso de patología aguda o crónica. La formación y competencias de éste equipo son acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

Esquema de relaciones en la Red de Asistencia



CRS: es un centro de Referencia de Salud de atención abierta, de mediana complejidad, sin hospitalización y que recibe sólo a pacientes derivados de otros establecimientos de salud, no en forma espontánea.

CDT: CENTRO DE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO C.D.T.(PROVADO)

CECOF: CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR

CESFAM: CENTRO DE SALUD FAMILIAR.

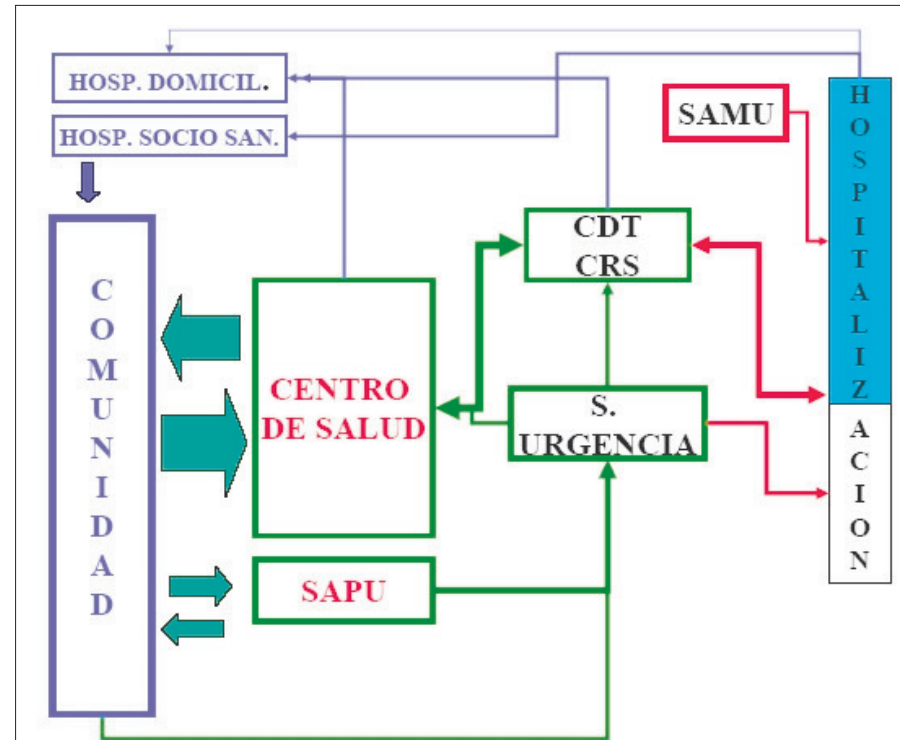
D  
 D. OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCIÓN:

Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.

Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones asistenciales.

Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.





E

### E.-CARACTERÍSTICAS DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN

A modo de síntesis, éstas son las características más importantes del Modelo de Atención Integral:

1. Centrado en el usuario
2. Énfasis en lo Promocional y Preventivo
3. Enfoque de salud Familiar
4. Integral
5. Centrado en la atención abierta o ambulatoria
6. Participación en salud.
7. Intersectorialidad
8. Calidad
9. Uso de Tecnología Apropriada.
10. Gestión de las Personas Trabajadores y Trabajadoras de Salud.



La Red Asistencial del Sistema Público de Salud está conformado por 28 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, en cada uno de ellos existe un número determinado de establecimientos hospitalarios de distinta complejidad, además de la Atención Primaria de Salud, es así como existe un total de 57 establecimientos tipo 1 y 2 que son aquellos que concentran la mayor complejidad, en orden decreciente en complejidad tenemos los establecimientos tipo 3 que en total son 25 y los tipo 4 que son 99 establecimientos constituyendo estos la más baja complejidad de toda la red hospitalaria.

#### NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN:

- Es el de mínima complejidad y amplia cobertura. Realiza atenciones de carácter ambulatorio y sus acciones corresponden a prevención a través de Programas de Salud.  
La Atención Primaria se obtiene en el Consultorio o Posta urbana y/o rural que corresponde al domicilio del interesado y consiste en:
  - Programa Infantil: Control del niño sano, Vacunas Consultas médicas generales, Consultas médicas, Consultas ginecológicas, Consultas sobre planificación familiar.
  - Programa dental: Atención Dental.
  - Nutrición: Consultas nutricionales, Exámenes de laboratorio y radiografías, Medicamentos, Alimentos para el lactante, embarazadas y mujeres amamantando, de acuerdo al Programa Nacional de Alimentación Complementaria, PNAC. Educación para la salud Entrevistas sociales
  - Programa de Salud del Adulto: Control de salud preventivo, Consulta médica, Control de pacientes con enfermedades crónicas, Vacunación anti-influenza.
  - Programa de Salud de la Mujer, Control pre-natal, Control paternidad responsable , Consultas morbilidad obstétrica y ginecológica.(6)



fuelle:www.temuko.cl

(6)<http://www.saludoccidente.cl/modules.php?name=organiza&file=index&func=secundaria>

En síntesis, las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyodiagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brinden.

#### NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN:

Corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica principal de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran una atención ambulatoria y posterior derivación a establecimientos hospitalarios.



“...Este nivel funciona en forma ambulatoria adosados a los establecimientos hospitalarios, de ahí su nombre de Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) o en forma independiente a un establecimiento Hospitalario recibiendo el nombre de Centro de Referencia en Salud (CRS) o Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT)”.(7)

“En ellos se hacen:

- Consultas médicas de especialidad
- Procedimientos médicos
- Procedimientos de Enfermería
- Procedimientos Kinésicos
- Exámenes de Laboratorios
- Radiografías
- Ecografías
- Scanner
- Intervenciones quirúrgicas, etc”(8)

(7 y 8) <http://www.saludoccidente.cl/modules.php?name=organiza&file=index&func=secundaria>

**NIVEL TERCIARIO DE ATENCIÓN:**

Se caracteriza por su alta complejidad. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional a nacional. Sus recursos humanos y tecnológicos son de la más alta especialización y cumplen una función ambulatoria y de hospitalización.

“Para hacer uso de este tipo de sistema habitualmente se hace por indicación médica, es decir será el médico quien defina si la patología del paciente requiere de una cama. Este sistema hospitalario se nutre de los pacientes de urgencia con mayor frecuencia que de las personas que consultan en el nivel primario o secundario.

En los hospitales, la mayor parte de las camas, las ocupan personas que ingresan por urgencias, el resto, son hospitalizaciones programadas” .(9)



“Se concibe el sistema como una red de servicios asistenciales que cuenta con los tres niveles antes descritos, constituyendo una gradiente de atención que comienza en nivel primario y que va ascendiendo hacia los siguientes, aumentando su capacidad resolutoria, grado de complejidad y especialización, al mismo tiempo que se va reduciendo el volumen de atención.

Es un sistema escalonado en que se ubica al paciente de acuerdo a la naturaleza de la atención requerida, por ejemplo:

Las Postas Rurales, los Consultorios Rurales y Urbanos y los Centros de Salud son la puerta de entrada al sistema, el primer acercamiento de las personas a un equipamiento de salud, especialmente los más pobres.

Cuando la atención requerida es de mayor complejidad, son derivadas desde la Posta o el Consultorio a un Consultorio Centro de Referencia de Salud (CRS) o a un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), según la complejidad.

(9)<http://www.saludoccidente.cl/modules.php?name=organiza&file=index&func=cerrada>

En los casos de mayor complejidad se deriva al paciente a un establecimiento de la atención terciaria, como un Hospital tipo 1 o 2.

Esta red asistencial de establecimientos productores de servicios es, por lo tanto, un sistema ordenado y normado en función de las actividades que en ellos se desarrollan. La vinculación entre los establecimientos depende de la organización asistencial e influye en el diseño arquitectónico de éstos”.(10)

#### NIVEL DE COMPLEJIDAD

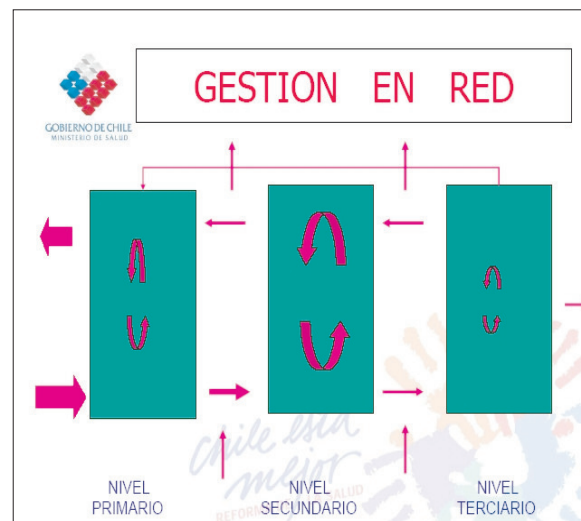
Los diferentes establecimientos de salud que conforman la estructura asistencial territorial, tienen diferentes niveles de complejidad según sean los requerimientos médicos que debencubrir. Se entiende como complejidad, el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

El modelo creado para cada tipo de establecimiento asistencial se puede representar gráficamente a través de un perfil de complejidad, constituyéndose éste en un método para determinar niveles de atención en establecimientos asistenciales.

**Complejidad baja:** su labor es esencialmente en el área obstétrica, con atención del parto patológico. Prestaciones: Medicina, Pediatría Gíneco-Obstetricia, Cirugía.

**Complejidad media:** además de lo anterior, constituye centro de referencia de los hospitales de baja complejidad. Prestaciones: Medicina, Pediatría Gíneco – Obstetricia, Cirugía, Psiquiatría. En el ámbito quirúrgico efectúa las intervenciones generales de mayor importancia.

**Complejidad alta:** resuelve prácticamente toda la patología quirúrgica.



(10)[http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/Enfermeria\\_y\\_la\\_reforma\\_salud\\_chilena2005.pdf](http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/Enfermeria_y_la_reforma_salud_chilena2005.pdf)

### i.- INTRODUCCION

La Reforma del Sector Salud busca consolidar un sistema de salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad, que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios. Este desafío sectorial obliga a dar relevancia a la Atención Primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo de atención de salud que se requiere.

El Modelo de Salud Integral, que se plasma en la Atención Primaria en el Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar, al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud.

La atención integral (biopsicosocial) centrada en la familia necesita ser complementada con el enfoque multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de la manera más efectiva a las necesidades de los

individuos, ya que toma en consideración su historia vital y sus entornos familiar y ambiental, y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados domiciliarios.

Este Modelo contempla entre sus objetivos generar una nueva forma de articulación entre prestadores; orientar las acciones de acuerdo a las prioridades de salud del país, de la región y de la comuna, y asegurar a las personas el acceso oportuno a los cuidados de salud que necesite. Para ello, enfatiza en las intervenciones promocionales y preventivas, más que en las recuperativas.

La Reforma de Salud refuerza la necesidad de *transformación de los Consultorios y Centros de Salud a Centros de Salud Familiar como un paso necesario*, al poner en los equipos de cabecera la responsabilidad del cuidado continuo de la población.

El Proceso de transformación de la APS, contempla el reconocimiento como Centros de Salud Familiar (CESFAM) a aquellos Centros de Salud que cumplen con una serie de requisitos de motivación, capacitación, mejora de calidad progresiva, e incorporación de la familia como unidad de atención.

Cada CESFAM es responsable del cuidado continuo de su población adscrita, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las prestaciones tradicionales incorpora otras en el ámbito de la salud de las familias.

#### ii.-OBJETIVOS GENERALES

1. Proporcionar cuidados continuos de salud, a individuos, familias y comunidad, de una manera integral, resolutive, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados, que basan su acción en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar para satisfacer las necesidades de los usuarios.
2. Asegurar, a la población beneficiaria del CESFAM, el derecho a recibir y demandar una atención personalizada, digna, de calidad y con base en los principios de la bioética, para el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías en él explicitadas.
3. Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población con una adecuada relación oferta-demanda.
4. Lograr articulación adecuada con la red de salud, optimizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia.



iii.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

El objetivo primordial es asegurar a la población beneficiaria del CESFAM el derecho a recibir y demandar el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud con Garantías. Estas prestaciones están incorporadas en el decreto anual, que determina el aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal.

Además, para el cumplimiento de los objetivos específicos orientados a satisfacer las necesidades de la población en lo asistencial, preventivo y promocional, se desarrollan las estrategias contempladas en el programa de Promoción de la Salud.

Objetivos específicos:

1. Otorgar respuesta ambulatoria continua, integral e integrada, a las necesidades de salud de las personas y familias, cubriendo, por lo tanto, los ámbitos de fomento, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados domiciliarios.
2. Aumentar progresivamente la resolutivez y oportunidad en la respuesta a las demandas de atención de salud, enmarcado en la estrategia de APS.
3. Incorporar la familia como unidad de atención, dando cuenta del enfoque integral tanto en el análisis de los problemas como en la búsqueda de intervenciones acordes.
4. Mantener sistema de educación en salud, información y orientación al usuario, que permita aumentar su empoderamiento en las decisiones en materia de su propia salud, la de sus familias y su comunidad.



5. Contribuir al desarrollo comunitario y a la incorporación progresiva de la comunidad como sujeto participante y co-responsable en las acciones del establecimiento.
6. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación intersectorial, apoyando las acciones de promoción de la salud que se establezcan, dejándose, además, convocar para las acciones que se organicen.
7. Mantener políticas y programas de desarrollo continuo del recurso humano, que permita fortalecer la implementación del Modelo Integral de Atención, dando respuesta de alta calidad a las necesidades de las personas.
8. Evaluar y mejorar de manera continua la calidad de atención, incorporando la mirada del usuario y mediante programas de investigación operativa u otras estrategias locales.
9. Evaluar periódicamente la capacidad de respuesta a las necesidades, identificando brechas y generando estrategias de ajuste, en estrecha coordinación con la red comunitaria y asistencial.
10. Mantener registro actualizado sobre aspectos de producción, contable - financieros y presupuestarios, para favorecer el uso eficiente de los recursos.
11. Estar disponible para incorporar la actividad docente en el quehacer del Centro, como una forma de actualización y mejora de calidad, contribuyendo a la formación de pre y pos grado de las carreras de la salud, de acuerdo a los convenios existentes en la red.
12. Otorgar prestaciones ambulatorias de especialidades médicas, de acuerdo a las definiciones que efectúe la red.



iv.- ELEMENTOS CENTRALES DEL MODELO

a) Enfoque biopsicosocial y familiar

Este enfoque tendrá su expresión concreta en la incorporación de intervenciones integrales que consideren como unidad la familia, completando de esta manera un proceso de cambio de paradigma en el enfrentamiento promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación, del proceso salud enfermedad.

El cambio en la forma de comprender el proceso salud enfermedad se verá facilitado por los elementos que siguen:

b) Población a Cargo.

Si bien es cierto que cada CESFAM tiene una población a cargo determinada por su población adscrita, este concepto apunta a una identificación cercana y personalizada entre un equipo de cabecera y una población acotada de familias. Esto se logra a través de la sectorización, explicada en acápite posteriores.

c) Continuidad de la atención o de los cuidados:

El cuidado continuo puede ser mirado desde varias perspectivas: a través de la red, a través de las distintas etapas del ciclo vital individual y familiar, en salud y enfermedad, en los distintos contextos de la vida de las personas y en el contacto con un mismo equipo de cabecera que asume su cuidado, en la mayor parte de sus necesidades de atención continuas o episódicas.

d) Énfasis en la prevención y promoción

La cartera de servicios integrará las acciones curativas, preventivas, de rehabilitación, de re-inserción social, de promoción, y cuidados domiciliarios de manera de aprovechar cada contacto como una oportunidad para la prevención y promoción.

d) Mirada transdisciplinaria

La mirada transdisciplinaria se reflejará en el análisis de los problemas de salud y en la variedad de las intervenciones, destacando la importancia de todos los miembros, por su complementariedad

d) Comunidad como sujeto:

Se buscará una participación progresiva de la comunidad en los distintos ámbitos de la atención de salud, así como en su autocuidado y el del entorno. El empoderamiento de la comunidad se logrará a través de procesos de interacción continua, privilegiando la entrega de información útil, que otorgue a los individuos y organizaciones un poder creciente para tomar decisiones.



DIFERENCIAS	BIOMEDICO	→ BIOSICOSOCIAL
Conceptos de enfermedad	Causa-efecto mejora con elementos externos paciente específico. Corresponde a una clasificación biológica.	redes causales. mejora con elementos internos y externos. Paciente es fundamental. Diagnóstico contextualizado. Toma concepto de "malestar"
Relación equipo paciente.	Amable/indiferente/conflictivo Jerárquico: decisiones las toma el equipo Opiniones del paciente son irrelevantes.	respeto empatía. Revela aspectos comunicacionales. Decisiones compartidas. Opiniones, expectativas, conocimientos y sugerencias del paciente son relevantes- Consentimiento informado
Enfasis de la acción.	Está puesto en la enfermedad y por lo tanto en la curación. Funciona organizando en disciplinas especializadas.	Salud-persona prevención-Promoción Disciplina "generalista"

Diferencias.	Biomédico	→ Biosicosocial
Conocimiento.	En el equipo de salud	Conocimientos complementarios (del equipo y del paciente y comunidad), por lo tanto ambos útiles.
Forma de trabajo	trabajo en equipo jerarquizado. Muchas veces aislado	T. en equipo no jerarquizado. En equipos y mirada transdisciplinaria.
Elementos diagnósticos	"objetivos": test, pruebas biológicas, bioquímicas, Px, biopsias, etc.	"objetivos y subjetivos"

En resumen la importancia del cambio radica en situar al usuario en un rol protagónico, proactivo, con un empoderamiento progresivo, a través de una interacción más horizontal con el equipo de salud.

Por su parte el equipo de salud aumenta su capacidad para comprender lo que le pasa a individuos y familias, desde una perspectiva holística, buscando en conjunto con ellos, formas más integrales de abordar las demandas en cualquiera de los niveles de prevención y promoción de la salud, así como en los aspectos curativos.

Este cambio, por la profundidad que tiene, es progresivo en el tiempo, con un crecimiento conjunto de usuarios y equipo

Anteriormente se hizo mención de los distintos actores de la Red Asistencial, uno de ellos es el Centro de Salud Urbano , puntal en la atención primaria.

Éste se encuentra se encuentran incorporado en la normativa vigente y conceptualmente se define como la estructura de atención ambulatoria de nivel primario que tiene como objetivo extender la cobertura de salud en las poblaciones, otorgando a esta población máxima accesibilidad y capacidad resolutive en sus acciones de salud de menor complejidad y mayor demanda.

Por otra parte, la implementación del Plan Auge demanda un nuevo modelo de atención primaria, el cual pretende poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto del proceso salud-enfermedad, orientado a la familia y la comunidad, centrado especialmente en la prevención y promoción. De esta manera el Centro de Salud es una organización que entrega un continuo de servicios a su población a cargo, con un enfoque anticipatorio al daño y de manera costo - efectividad.

Entre sus características están el ser integral, promocional, participativo, socio-territorial y estar

orientado al cuidado de la salud.

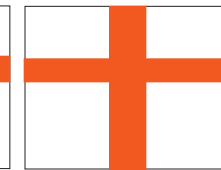
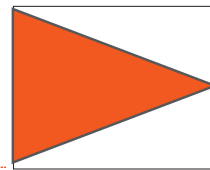
Estamos además en el centro de la Reforma de Salud, en que el rol de la atención primaria es esencial y, en lugar de hablar de atención primaria, secundaria o terciaria, trataremos de atención ambulatoria y hospitalaria, en donde la mayor cantidad de problemas de salud son resueltos en el nivel ambulatorio, cercano al usuario, contando con su participación y en que el aspecto de satisfacción usuaria es una obligación por parte del prestador. En el nuevo modelo entonces, los hospitales serán usados con menor frecuencia pero con mayor complejidad. Esto requiere una red asistencial coordinada y de centros de salud dotados de capacidad resolutive, en donde los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables con competencias definidas para el equipo de salud en forma transversal y que unidos al trabajo intersectorial impulsado por la autoridad local, comprometen a la comunidad toda en esta nueva visión.

El proceso progresivo de sectorización de la población beneficiaria de cada consultorio, ha hecho avanzar a cada centro en el cambio de modelo, lo que unido a la motivación y capacitación de los equipos de salud,

debe llevarnos a consolidar legal y en la práctica los centros de salud que prestan atención de salud de acuerdo a un Plan integral de atención de Salud Familiar.



CHILE/VI REGION/RANCAGUA





A.-Antecedentes demográficos

La comuna de Rancagua se ubica administrativamente en la Provincia de Cachapoal y es la capital regional de la Sexta Región Libertador Bernardo O´ Higgins; tiene una superficie de 258,7 Km<sup>2</sup> y cuenta con 214.342 al año 2004; su tasa de crecimiento es del 1,36 anual; su población urbana es de 206.969 hbtes. y su población rural es de 7.373.

El sector urbano de Rancagua, se divide en seis áreas, que se encuentran delimitados principalmente por la línea del ferrocarril y la ruta 5 sur; los sectores, de norte a sur, son sector nororiente, sector centro y sector sur; de oriente a poniente los sectores son: sector nororiente, sector sur oriente y sector poniente.

El crecimiento poblacional de la ciudad de Rancagua se ha localizado principalmente en el sector norte y el sector nororiente, dado por la redistribución poblacional al interior de la comuna y, también por la aplicación de políticas sociales habitacionales, en ese sentido la población que de allegados, con la aplicación de estas políticas han logrado contar con su vivienda propia y se han trasladado a sus nuevas residencias construidas principalmente a través de subsidios de vivienda social básica y del programa especial para trabajadores.

Entre las razones de por qué este crecimiento se ha concentrado en estos sectores ha sido en función del valor de los terrenos y su disponibilidad, en ese sentido los terrenos ubicados al norte y nororiente que se caracterizaban por ser suelos agrícolas, al contar con un valor m<sup>2</sup> más barato que los ubicados en las áreas urbanas consolidadas y al no contar con una planificación urbana más estricta que la actual, permitió su desarrollo habitacional.

Se presenta entonces en la comuna de Rancagua una asimetría en sus áreas territoriales, ya que ha concentrado su crecimiento poblacional hacia el norte y el oriente de la ciudad.





B.-Antecedentes de los CGU (Consultorio General Urbano) en la ciudad de Rancagua

En Rancagua se cuenta con seis servicios de salud de carácter primario: 5 consultorios y 1 cesfam (este ultimo empezó a operar en Enero del 2007), los que prestan atención a la población; estos establecimientos de salud, a excepción del CESFAM N°6, han sido sucesivamente intervenidos arquitectónicamente con financiamiento municipal y del FNDR, para dar cabida a una mayor cobertura (actualmente su capacidad es para 30.000 personas en cada uno de ellos).

- Consultorio Enrique Dinstrans(CGU1)
- Consultorio Eduardo Geyter(CGU2)
- Consultorio Abel Zapata (CGU3)
- Consultorio Maria Latiffe(CGU4)
- Consultorio Juan Chiomini (CGU5)
- Consultorio de Salud Familiar(CESFAM6)



Algunos de los establecimientos, atienden a población ubicada en dos o más sectores de la comuna: el Centro de Salud N° 4, Dra. María Latiffe, ubicado en el sector norte, atiende a la población de dicho sector y parte de la población ubicada en el sector central, además, se atiende en este consultorio parte de la población ubicada al nororiente, pero que administrativamente no se encuentra asignada a él.

El Centro de Salud N°2, Dr. Eduardo de Geyter, atiende a la población del sector sur, parte de la población del sector central y de la población del sector sur-oriente; mientras que el Centro de Salud N°3, Dr. Abel Zapata, ubicado entre el sector suroriente y nororiente, atiende a parte de la población de ambos sectores.

El Centro de Salud N°5, Dr. Juan Chiorrini, atiende a parte de la población del sector nororiente, y el Centro de Salud N°1, atiende sólo a la población del sector poniente.

Existe por ello con una localización física excéntrica de estos establecimientos.

La comuna de Rancagua, licitó el año 2004 el sistema de transporte público; éste responde al sistema periferia – centro, ello quiere decir que tiende hacia el centro - damero central - de la ciudad, con salidas-llegadas desde cuatro sectores (norte, sur, oriente y poniente).

Este sistema de transporte facilita cuellos de botella, especialmente en uno de los establecimientos. Es el caso del Consultorio General Urbano N° 4, ubicado en el sector norte, que cuenta con una población validada de 44.060 habitantes a Octubre de 2004, dado que parte de la población del sector nororiente se encuentra inscrita y validada y, además, se atiende en éste.

Es decir, se da una asimetría respecto de la población per cápita validada e inscrita en cada establecimiento y se condiciona por factores de accesibilidad de la población a éstos.

La población per cápita validada de la comuna de Rancagua, asciende a 143.299 personas a Octubre de 2004, que por cada establecimiento es la siguiente:

Establecimiento PObl.Per Cápita Valida	
Consultorio N 1 ,dr.Enrique Dinstrans	23.512
Consultorio N2,Dr Eduardo Geyter	22.119
Consultorio N3, Dr Abel Zapata	21.923
Consultorio N4,Dra Maria Latiffe	44.060
Consultorio N45,Dr Juan Chorrini	31.687
Total Comuna	143.299
FUENTE:resultado Población y Vivienda Censo 2002 (INE-proyección 2004)	

Como se observa, se cuenta con una capacidad instalada superior a 30.000 personas inscritas validadas en dos de los cinco establecimientos de salud de la comuna.

Los consultorios de salud N°1 y N°2, cuentan en conjunto con una población per cápita validada total al año 2004 de 45.629 personas, un 31,84% del total; los restantes tres establecimientos, N°3, N° 4 y N° 5, cuentan con una población per cápita validada de 97.670 personas que es el 68,16% del total.

## 1.-RANCAGUA EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El total de atenciones prestadas en cada establecimiento (suma de las atenciones de los programa infantil, materno, adulto, salud mental individual y salud mental grupal) y el total de las atenciones esperadas otorgar para los mismos programas, es la siguiente:

atenciones esperadas	atenciones esperadas	atenciones prestadas	diferencia en	
			número	%
consultorio n 1, enrique donstrans	76.530	65.555	-6.975	-9.11
consultorio n 2, eduardo de geyter	72.226	66.051	-6.175	-8.11
consultorio n 3, abel zapata	721.733	62.213	-6.975	-13.27
consultorio n 4, Maria Latife	145.473	105.077	-40.396	-27.77
consultorio n 5, juan chorrini	103.366	80.481	22.885	-22.13
total comuna	469.328	393.377	-85.951	-18.31

Existe un déficit de 85.951 atenciones esperadas (programadas) y que corresponde al 18,31% del total; el 15,3% (13.150 atenciones) no se otorgan en dos establecimientos ubicados al sur y al poniente (Consultorios N°1 y N° 2) y el 84,7% (72.801 atenciones) no se otorgan en los tres establecimientos que atienden a la población del resto de los sectores (consultorios N°3, N° 4 y N° 5).

Hay una falta de cumplimiento de atenciones programadas de acuerdo a las normas técnicas y que se concentran en el sector norte y nororiente de la comuna.

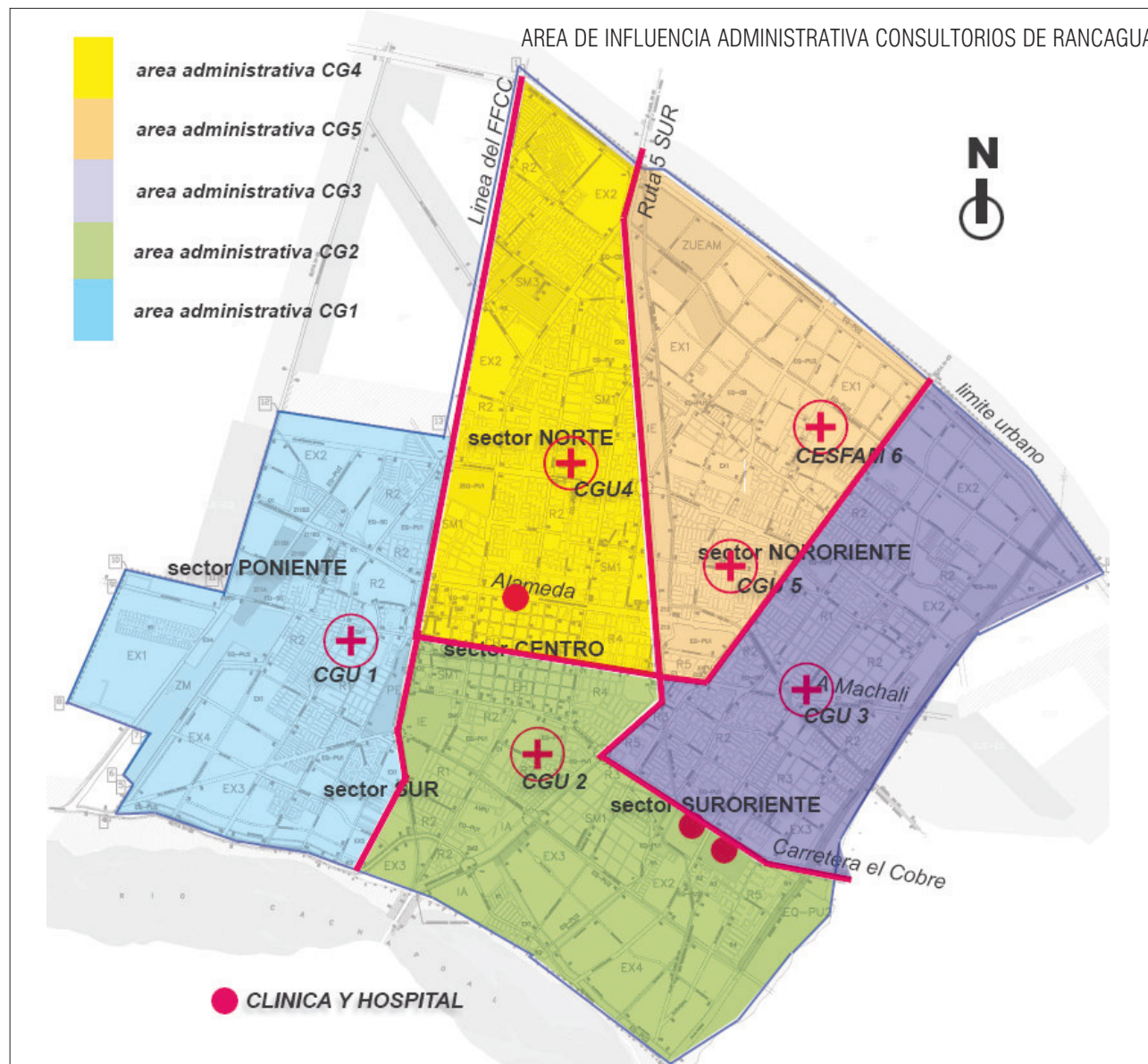
C.-AREA DE INFLUENCIA RADIOS DE ACCION DE LOS CENTROS DE SALUD EN RANCAGUA

C.1.-INTRO

El fenómeno de los radios de acción de atención en los centros de Salud se puede analizar a través de 2 escenarios. Uno de ellos, es aquel escenario que muestra el area de influencia administrativa y el otros que muestra el area de influencia real(personas inscritas y validadas).

La siguientes grafica muestran estos 2 escenarios:

- El radio de influencia administrativa de los consultorios en la ciudad de Rancagua
- El radio de influencia real de los consultorios en la ciudad de Rancagua

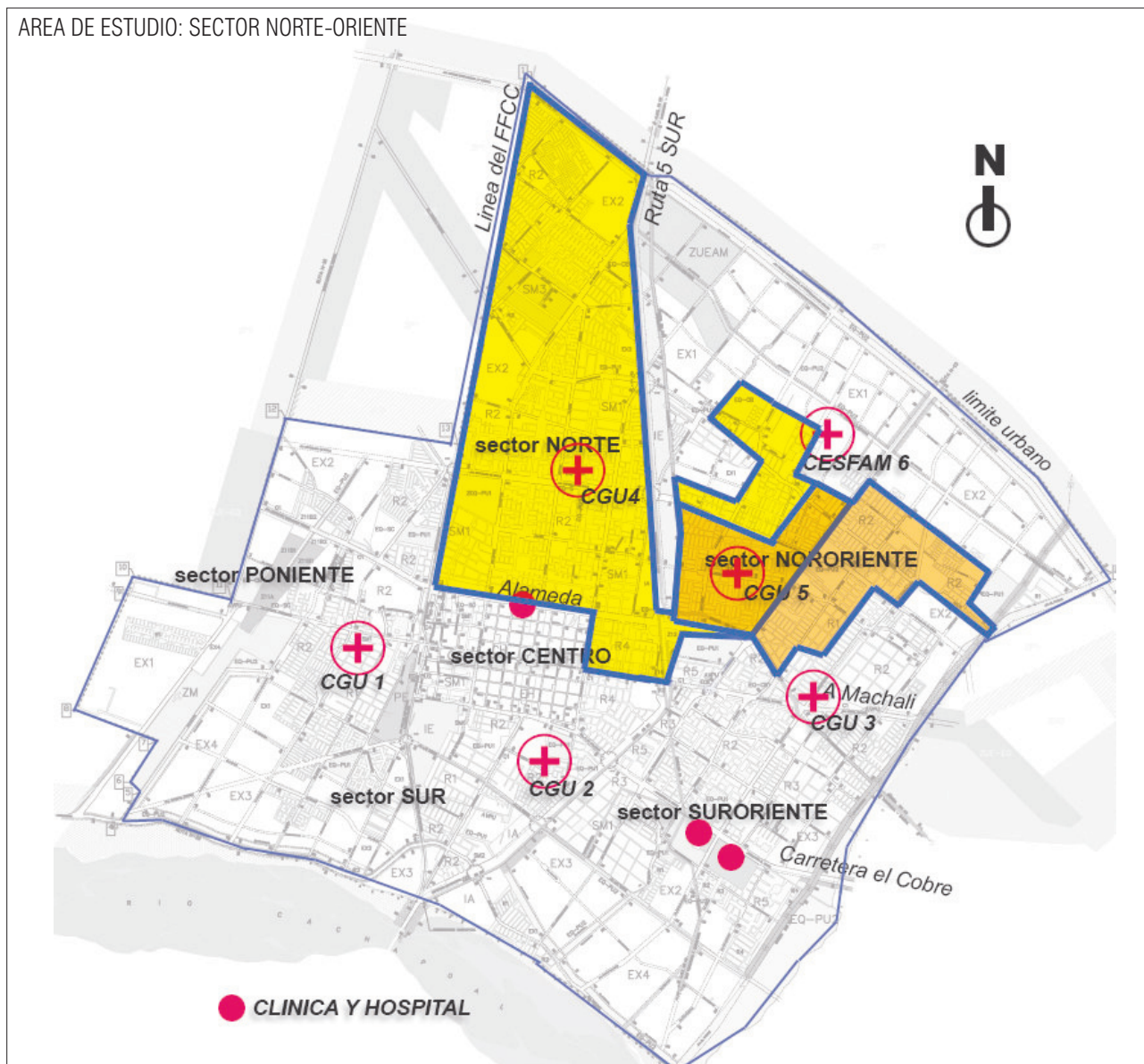




C.3.- IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El problema se encuentra acotado territorialmente hacia los sectores norte y sector nororiente de la comuna de Rancagua.

El esquema contiguo representa de manera gráfica Es una interpretación, traslazo de los datos en tregados por el Dpto Catastro de la Municipalidad y la información propocionada por Miguel Morales, subdirector del Cesfam N6., como el área de atención prestada por ambos CGU cubre casi un 50% de la extensión total de la ciudad.



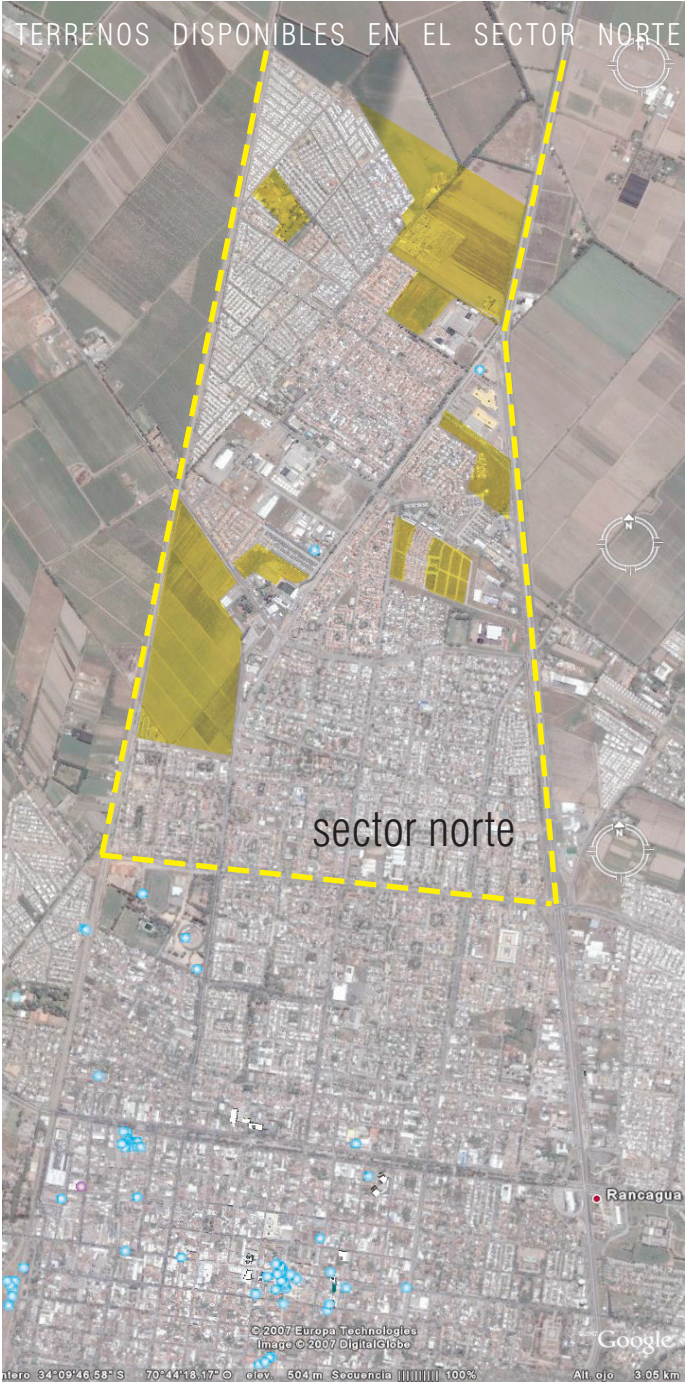
Es una interpretación, traslazo de los datos en tregados por el Dpto Catastro de la Municipalidad y la información propocionada por Miguel Morales, subdirector del Cesfam N6.

En ambos casos se produce una asimetría en el crecimiento (poblacional y de población per cápita) en la medida que éstos aumentan más hacia el sector norte y nororiente de la ciudad de Rancagua, que respecto a los otros sectores.

Entre las causas de esta asimetría se encuentran:

- i. Aumento poblacional del sector norte y nororiente:
  - - El parque de viviendas de la comuna crece hacia la periferia de la ciudad, debido a la disponibilidad de suelos, en una suerte de crecimiento excéntrico.
  - - Hacia el sector norte y nororiente este crecimiento ha estado condicionado a la disponibilidad de suelo y su menor valor, respecto a otros sectores de la comuna.
  - - Las viviendas que se han construido en esos sectores principalmente corresponden a aquellas onstruidas a través de subsidios habitacionales, en aplicación de las políticas sociales (subsidio PET - programa especial para trabajadores -, vivienda social básica y vivienda social privada), de menor costo y dirigida principalmente hacia los sectores de menores ingresos.





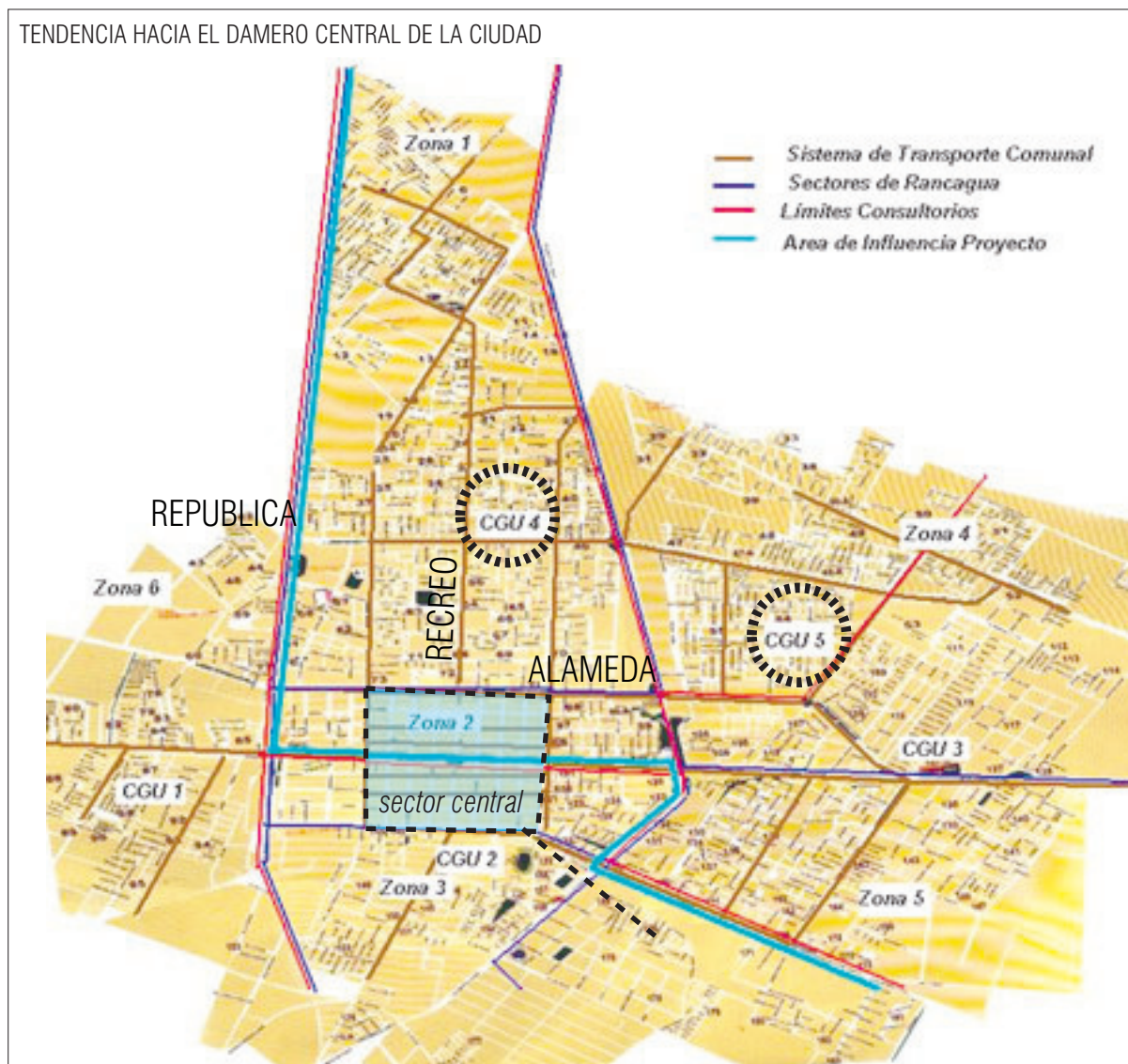


### ii. Sistema de Transporte:

- El sistema de transporte público mayor de la comuna de Rancagua se licitó en el año 2004, lo que provocó, cambios en el uso de las vías troncales, que en todos los casos ha significado una mejor conectividad de toda la ciudad y que, de todas maneras, se concentra hacia el sector central.
- Como se indica, este sistema de transporte tiende a acceder hacia los sectores centrales, teniendo como ejes articuladores las calles Bernardo O´Higgins, República, Recreo y La Compañía por el norte; Rubio – Brasil – San Martín – Santa María – Mujica y Cuevas por el centro; Millán – Carretera Presidente Eduardo Frei – Cachapoal por el sur; Avenida Einstein – Membrillar – Miguel Ramírez por el oriente y Baquedano por el poniente.

- Como se aprecia en la imagen de la página siguiente, la trama del transporte tiene una clara tendencia hacia el damero central de la ciudad y su cercanía a los establecimientos de salud, especialmente al Consultorio Dra. María Latiffe (Nº4) determina que gran parte de la población del poniente del Consultorio Dr. Juan Chiorrini (Nº 5) accede a este establecimiento.

Es decir el acceso a los establecimientos de salud tiene una condicionante especial y uno de sus factores es la accesibilidad de la población dado por el sistema de transporte, situación que afecta principalmente a los consultorios Nº 4 y Nº 5.



## 2.-CONSULTORIO N4- RADIO DE ACCION

A.-Antecedentes CG4 versus los otros establecimientos de salud

La población total al año 2004 y la población per cápita de los establecimientos de salud de Rancagua es la siguiente.

Población Censo / población validada Centros de salud.

ESTABLECIMIENTO	POBLACION TOTAL	POBLACION PER-CAPITA (validada)	%DE COBERTURA PER-CAPITA SOBRE POBLACION INE
Consultorio N° 1, Dr. Enrique Dinstrans	34.422	23.510	68,30
Consultorio N° 2, Dr. Eduardo de Geyter	29.634	22.119	74,64
Consultorio N° 3: Dr. Abel Zapata	50.465	21.923	43,44
<b>Consultorio N° 4: Dra. María Latiffe</b>	<b>54.602</b>	<b>44.060</b>	<b>80,69</b>
Consultorio N° 5: Dr. Juan Chiorrini	51.153	31.687	61,95
<b>Total General. Comuna</b>	<b>220276</b>	<b>143 299</b>	<b>65.05</b>

La población per cápita validada por grupos etáreos por cada establecimiento de salud, es la siguiente:

FUENTE: INE, Censo Población y Vivienda 2002, proyectado a 2004; Fonasa, Población validada a Octubre 2004

se aprecia claramente que quien cuenta con más población inscrita es el Consultorio N° 4 y en segundo lugar el Consultorio N° 5, entre ambos concentran 73.029 personas per cápita validadas y dado el dimensionamiento ideal del nuevo modelo de gestión (máximo 30.000 personas por centro de salud), en ambos casos ya se encuentran sobrepasados respecto a este ideal.

Población per cápita validada por tramos etáreos de acuerdo a Programas de Salud.

PROGRAMA	CGU 1	CGU 2	CGU 3	CGU 4	CGU 5	Total
Infantil (0-9 años)	4233	3385	3846	7728	5987	25179
Adolescente (10-19 años)	4148	3736	3739	8278	6018	25919
Materno Adolescente	2019	1853	1791	4169	2974	12806
De la Mujer 10 y 64	7180	6452	6616	13660	9693	43601
Adulto (20 - 64 años)	15129	14998	14338	28054	19682	92201
<b>Pop. Total (S. Bucal)</b>	<b>23510</b>	<b>22119</b>	<b>21923</b>	<b>44060</b>	<b>31687</b>	<b>143299</b>

## 2.-CONSULTORIO N4- RADIO DE ACCION

### B.-radio de acción



El consultorio N°4, actualmente tiene un radio de acción de atención a público tanto de la zona norte, desde la Alameda hacia el norte, como de la zona oriente(ver esquema), lo que provoca una saturación atención de público de este centro de salud.

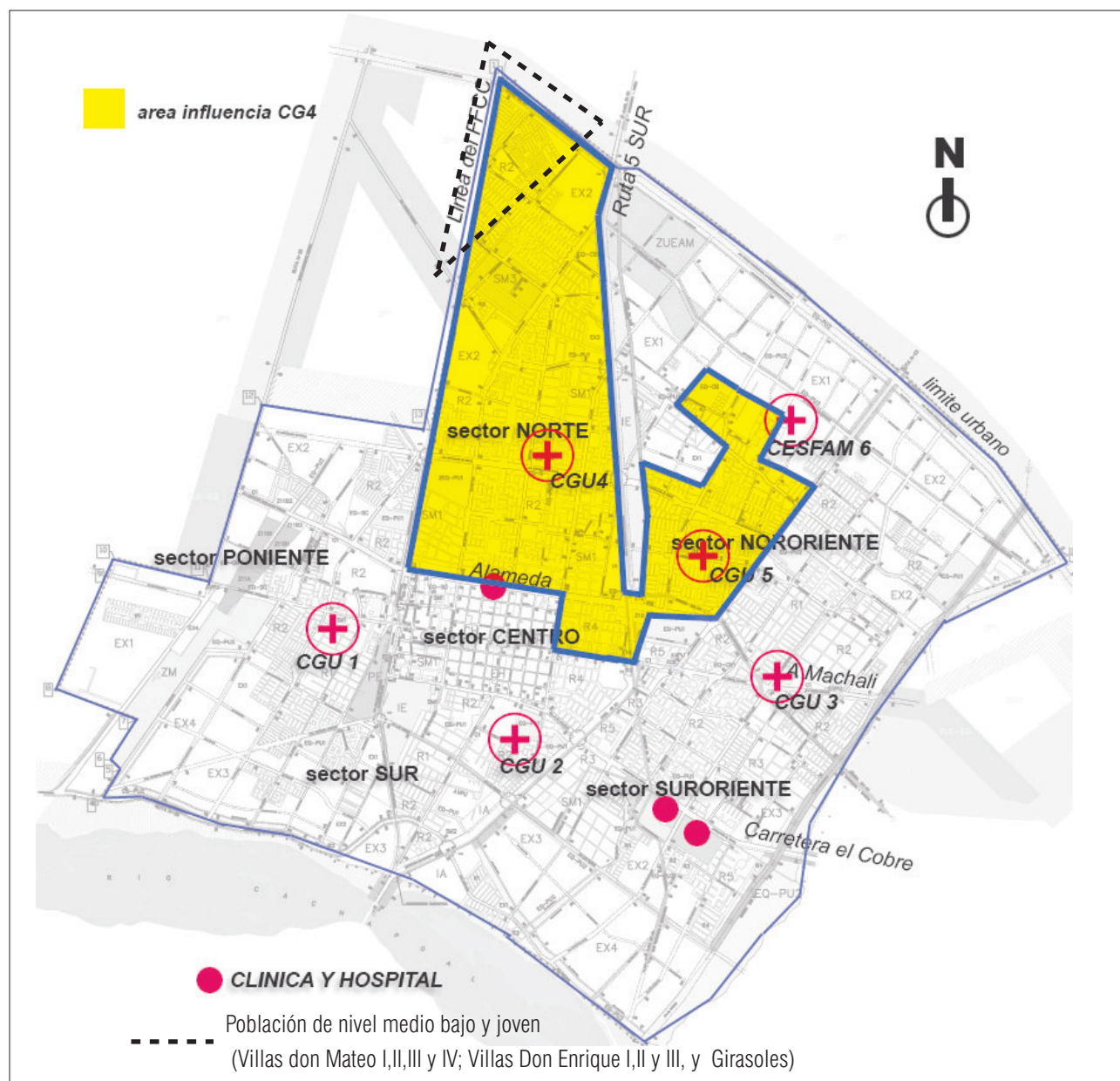
A ello se suma que también existen usuarios incluso, que provienen de comunas cercanas como Machali, graneros y doñihue.

En el mes de abril del año 2007 , El consultorio N°4 registra una cantidad de 60.737 inscritos(11), un mes mas tarde esa cifra aumento a 61.018(12) banco de datos del Consultorio N°4, a traves de la Sra Orfila Martínez, Directora de dicho establecimiento, pese a que el Centro de Salud numero 6 ya había entrado en funcionamiento.

## C.-ANTECEDENTES GENERALES DEL CG4 Y SU TERRITORIO ADMINISTRATIVO.

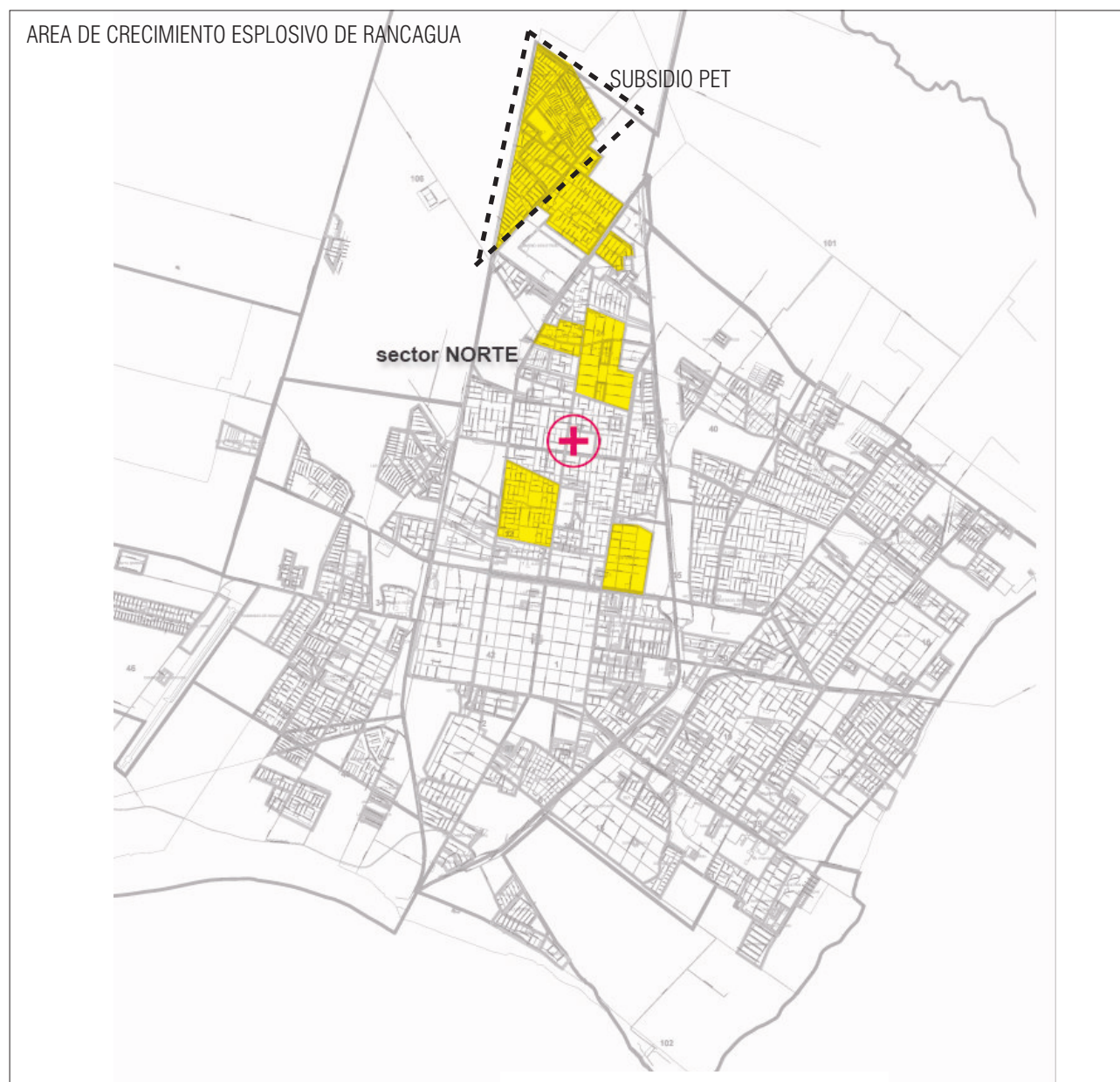
La Población Atendida (población validada al año 2004) es de 44.060 personas en el Consultorio 4 Dra. María Latiffe pertenece al sector coloreado de amarillo. A este establecimiento accede parte de la población que se encuentra en el área de influencia del Consultorio N° 5

Es importante señalar que especialmente el norte de la ciudad tuvo un crecimiento, con población de nivel medio bajo y joven (Villas don Mateo I,II,III y IV; Villas Don Enrique I,II y III, y Girasoles), las poblaciones Marco Schiaponni, Rancagua Norte, Los Alpes, Centenario y Ramón Torres, La Capilla, entre otras.



Este establecimiento de salud, el Consultorio 4, esta inserto en el territorio que ha tenido el mayor crecimiento del parque de viviendas del último decenio; preferentemente con población que ha accedido al subsidio PET (al norte de la ciudad); territorialmente está definido por la trama ferroviaria y la ruta 5 Sur, aunque estos límites han ido desapareciendo por el mejoramiento de la red vial comunal. Asimismo concentra a parte de la población del casco antiguo de la ciudad. Su población es de nivel medio y medio bajo, aunque concentra la característica “pobreza de cuello y corbata”, jerga utilizada para definir a aquella población que cuenta con un adecuado nivel educacional pero obtiene bajos ingresos.

Hacia el norte del establecimiento, se ubica además parte de la población erradicada de los campamentos mineros de Sewell, Colón y Caletones, trasladados hacia este territorio en las décadas de 1970 y 1980.



Fuente: Departamento Catastro I. Municipalidad de Rancagua

· Topografía del Lugar: El territorio que cubre este establecimiento se ubica en un sector de planicie, que no presenta obstáculos, desde el punto de vista de la geografía física, para el acceso de la población.

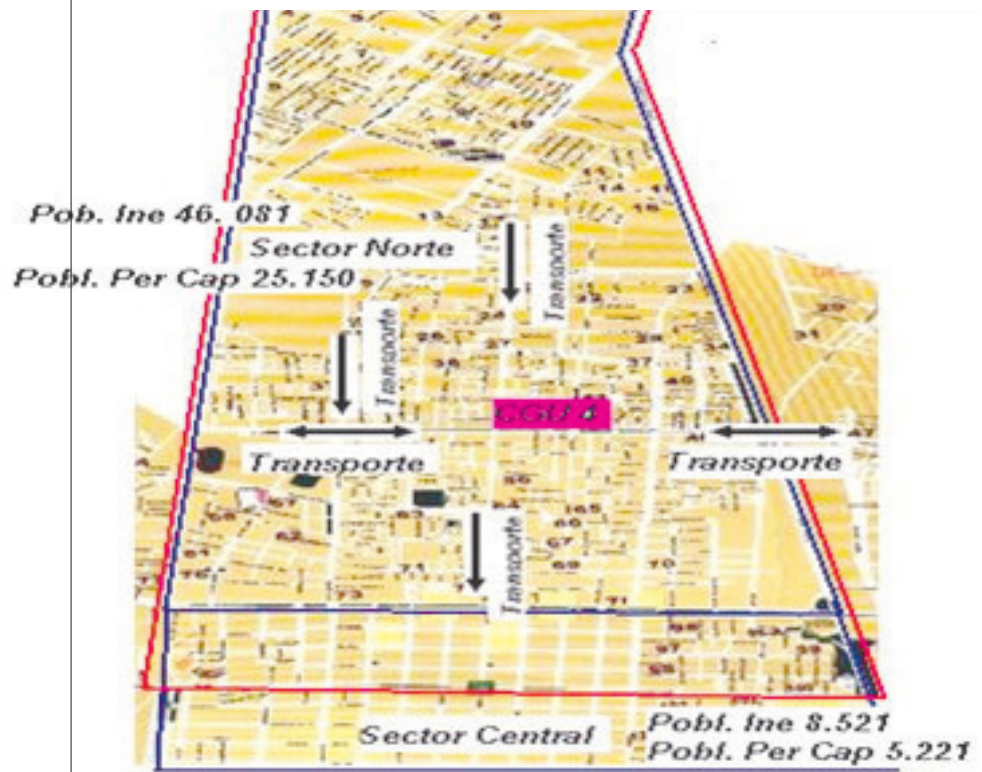
· Tipo de Red Vial: La Red Vial ubicada en el área de influencia, presenta tres grandes vértices o vías troncales, que comprenden de norte a sur el eje Avenida España – las Coloradas; el eje Recreo, el eje Freire - Illanes y en sentido oriente poniente, las Avenidas Circunvalación; Avenida Recreo y Avenida Bernardo O´ Higgins, éste último eje articulador de la ciudad. Parte de la población del sector oriente y que territorialmente corresponde al CGU N° 5, tiende a acceder a este establecimiento, especialmente por la cercanía al mismo o por su óptima red de transporte público.

· Medios de Transporte: Hacia esta área de influencia converge la totalidad del transporte comunal e intercomunal; especialmente donde está ubicado el establecimiento cuenta con una red vial de norte a sur que la cruza y de oriente a poniente que también se acerca al establecimiento; por ello es que cuenta con presión poblacional de personas FADI (Fuera del área de influencia) que tienden a atenderse en éste consultorio.





AREA DE INFLUENCIA VIAL EN EL CGU 4



Estado de la red vial: La red vial del área de influencia es óptima y especialmente hacia el establecimiento presenta mejoras sustantivas, prácticamente el 100% de la red vial cuenta con calzada pavimentada y en buenas condiciones.

De lo anterior se desprende que en el sector norte de Rancagua se hace imperiosa la necesidad de generar un nuevo equipamiento de salud, que cubra las necesidades de ese sector y que desahogue al CGU N°4, que se encuentra colapsado en sus atenciones, provocando con ello efectos negativos tanto para los pacientes como para los profesionales: Dentro de los primeros se encunetran las largas esperas, congestión de usuarios que esperan un diagnostico y una solución a sus enfermedades, intranquilidad e insatisfaccion, al fin y al cabo, una experiencia desagradable y veces nefasta. Dentro de los segundos se encuentran efectos como la ineficiencia e ineficacia en la entrega de resultados a la población, tensión en la relación laboral que causan un desagste en los profesionales, lo que conlleva una seria de efectos negativos, etc.

Este nuevo equipamiento se proyectara en el marco de la nueva reforma de manera de darde un empoderamiento progresivo a la poblacion, en especial en el sentido del autocuidado, haciendo al paciente participe del proceso de curacion de la enfermedad.

Dicho equipamiento tendrá, una escala adecuada a la cantidad de población beneficiaria, por ello se requiere la construcción de un CESFAM.

De esta necesidad, surge el desafío de generar *un proyecto arquitectonico* que tenga un rol dentro de la red asistencial capaz de por un lado solucionar el problema a las personas, "educar-sanar", y por otro lado que tenga una postura arquitectónica configurada por los aspectos espaciales del funcionamiento programatico y de los aspectos espaciales del lugar, donde se proyectará dicho CESFAM.

PROYECTO  
*CESFAM PARA EL SECTOR NORTE DE LA CIUDAD DE RANGAGUA*



La relacion del terreno con el contexto ciudad, desde un punto de vista territorial-espacial se puede analizar en distintas aristas:

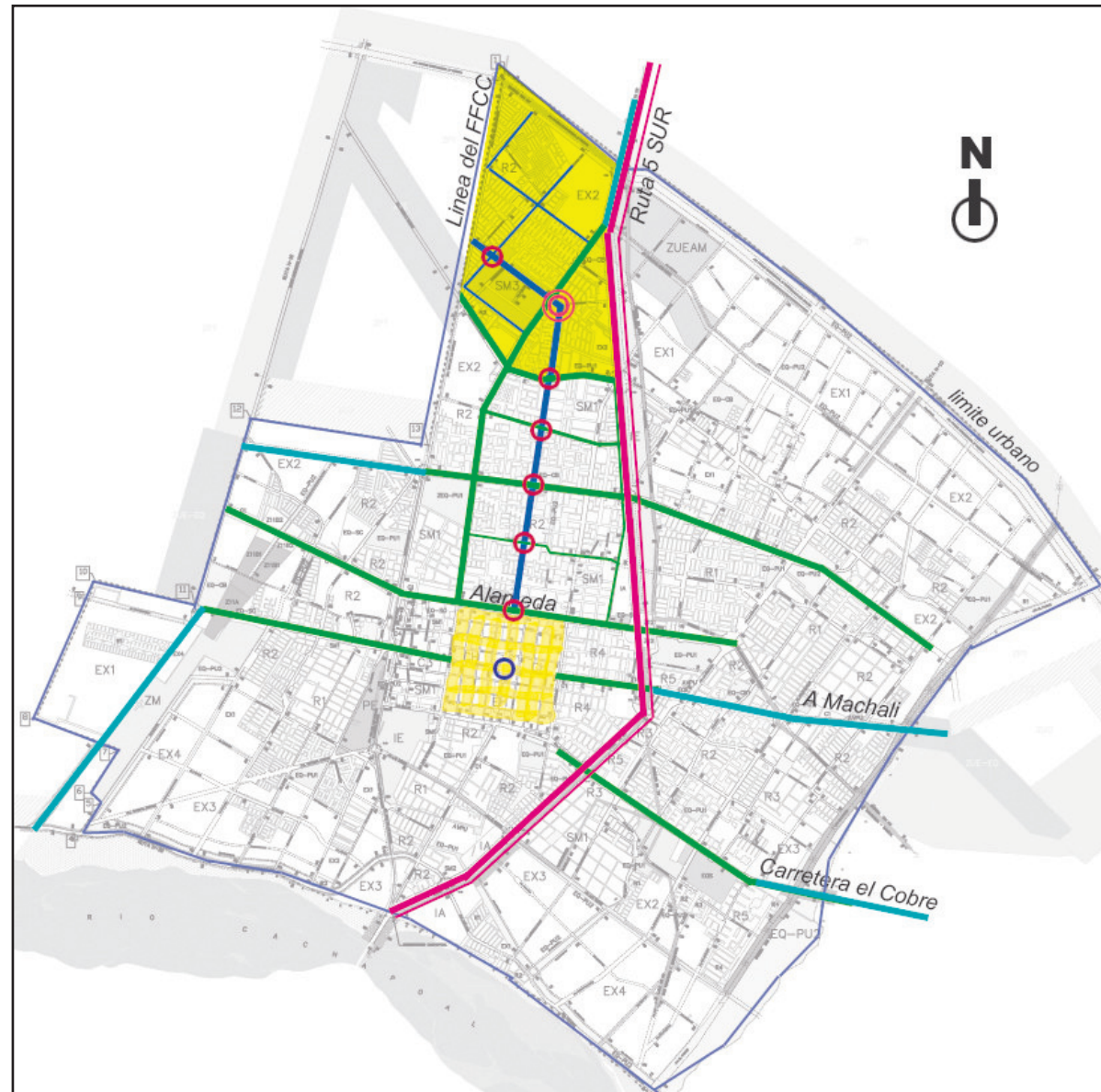
EJE VIAL

NODO DEL TERRENO-PROYECTO

TENSION NODOS

EJE VIAL

La ciudad de Rancagua a partir de su damero fundacional genera un eje hacia el norte en el cual se distinguen nodos equidistantes entre si, lo que genera un ritmo en la trama urbana, de tal manera que el terreno escogido para el proyecto es un elemento que pertenece a este ritmo, siendo incluso un remate en el eje SUR-NORTE, y también un punto de partida en el eje Oeste- Este, es decir el terreno genera un punto de inflexión. Estos nodos se generan por la intersección de la Avenida Recreo(color azul) y las calles transversales( color verde).Mientras la primera tiene una vocación principalmente hacia el sector norte, las segundas tiene una vocacion de un extremo al otro de la ciudad



### NODO DEL TERRENO-PROYECTO

Anteriormente nombré el terreno como un “nodo de inflexión”, esto define un HITO en la trama, lo que genera una relación espacial en la escala de barrio y en la escala de la ciudad.

Este HITO en la escala de ciudad se hace presente como vacío que se contrasta con la densidad de las viviendas adyacentes. Esta característica denota una vocación que tiene dicho terreno, la de ser un elemento (vacío) reconocible en la trama del sector norte.

En la escala de barrio, pierde el protagonismo de ubicuidad, porque ya estando dentro de él, el vacío da paso a generar otro referente como lo es la proyección que en él ejercen la cordillera de los andes y de la costa.

### TENSION NODOS

Reinterpretando la generación de Nodos, podemos extrapolar en el terreno propuesto, la esquina, la existencia del Proyecto de arquitectura. Lo que conformaría un tensión entre el Proyecto Propuesto y el Equipamiento ya construido, en el nodo siguiente del eje. Esta tensión de uso, es beneficiosa en la generación de actividades y genera una nueva manera de dialogo entre el proyecto de arquitectura y la zona de equipamientos. Lo que genera un Polo de descentralización de la ciudad, hacia el norte de la misma



## 2.-CRITERIOS DE LA ELECCION DE LA UBICACION DEL TERRENO

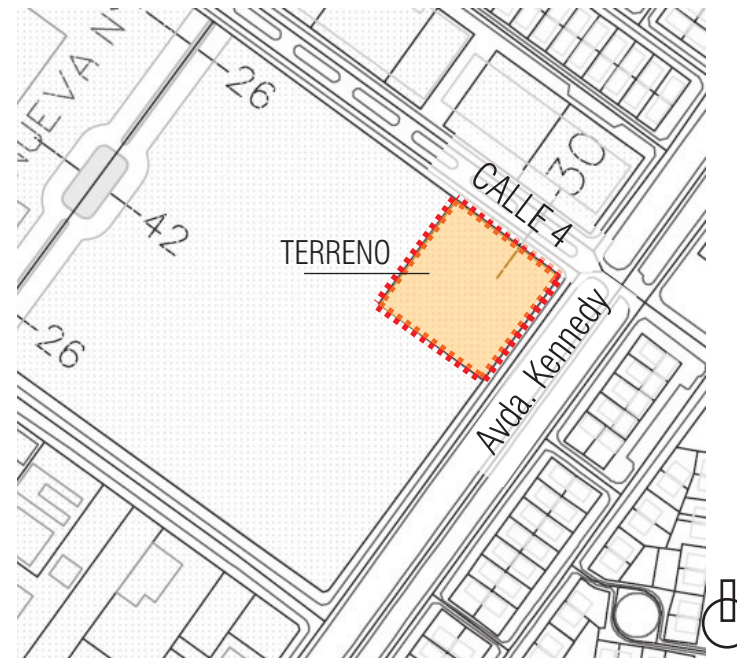
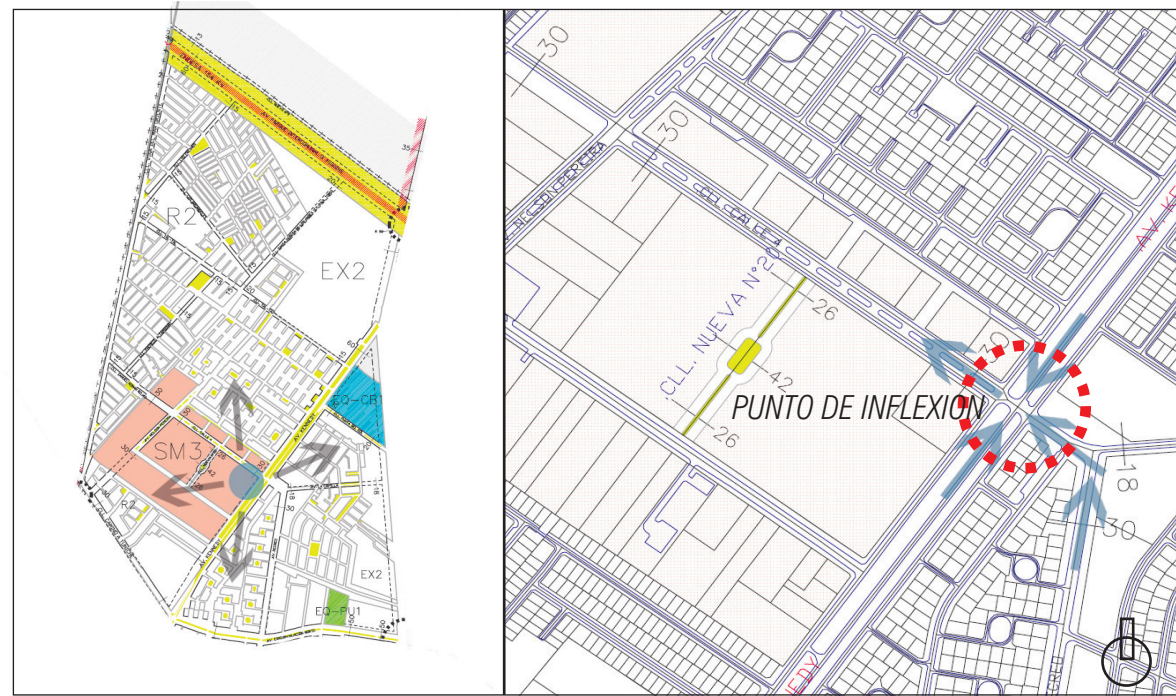
*El primer criterio* de ubicación, expuesto anteriormente, en síntesis se refiere a que el terreno marca un ritmo, punto de inflexión, en la trama urbana de la ciudad

*El segundo criterio* de ubicación responde principalmente a uno de los valores y principios de la Reforma de Salud: La accesibilidad.

Dicho terreno presenta una accesibilidad peatonal y vehicular privilegiada en el cuadrante estudiado.

*El tercer criterio* responde a que el proyecto se sitúe en un terreno cuyo radio de acción sea equidistante territorialmente del público usuario( validado) perteneciente al cuadrante estudiado (esquema)

El cuarto criterio responde a que es un terreno que es visible y reconocible ante la comunidad, es decir el terreno se presta para desarrollar un proyecto que se identifique con ella.



El terreno se presenta, por lo anteriormente mencionado, como un HITO, por lo que es un espacio privilegiado desde un punto de vista estratégico-imagen urbana-

Esto permite situar un proyecto de arquitectura que pueda mostrarse a la comunidad , de manera de reafirmar la condición de hito del lugar, a escala de barrio, de ciudad, comunal y regional.

La ciudad de Rancagua posee un escala de edificación baja, lo que junto a una imponente presencia de la cordillera de Los Andes, genera una cualidad de “entre-cordilleras”, que permite una escala ajustada a los habitantes.

Dicha cualidad también es parte del terreno escogido, lo que hace propicio de reconocer dicha escala en el proyecto de arquitectura.

Ambas cordilleras generan un vacío que se acrecienta en este sector que se encuentra actualmente sin edificación en este paño.

El terreno , siendo parte de un paño de ( 5 ha.) es un gran vacío dentro de la trama urbana por lo que constituye un espacio que no tiene un rol urbano en la comunidad.

La particularidad del terreno escogido es su relación a través de la esquina. Dicha relación se presenta en dos situaciones distintas, una situación hacia la calle norte( calle 4) y otra hacia la calle oriente(Avda. Kennedy). Mientras en la primera existe una relación de escala de barrio, en la segunda existe una relación de escala –ciudad, estas escalas están dadas por el flujo peatonal-vehicular y por el perfil de ambas calles.

El terreno se escogió porque tiene ventajas que van de la mano con el rol del proyecto, tales como:

- Tiene alta condiciones de accesibilidad, tanto de transporte publico( micros y colectivos) como de vehiculos privados. Esto lo hace ser “accesible”, este concepto es parte fundamentales de los valores de la atención de salud.
- Es un terreno que esta inserto en un eje de viviendas, comercio y de servicios, lo que hace propicio condiciones optimas para generar usos mixtos.(poner esquema)Esta condición de que el terreno este contextualizado en una zona de equipamientos, se complementa con el rol de “equipamiento de salud” del proyecto, lo que permite generar una variedad y complejidad en las relaciones del equipamiento de salud con el euipamiento ya existente.
- Es un terreno que es reconocible, por su condicion de vacío en la ciudad. Esta condición y cualidad de “HITO”, va de la mano con el grado de pregnancia institucional del proyecto.Esto significa que el proyecto arquitectonico tambien es un hito que se traduce en que la Salud es una institución seria, confiable y transparente, y que es reconocible por el publico como tal.
- Es un terreno que esta disponible para su adquisición





El sector estudiado cuenta con 3 zonas: R2, SM3, EX2.

La zona R2 es un área consolidada, Áreas Consolidadas: Son las áreas urbanas que cuentan efectivamente con urbanización completa, entendiéndose por tal la que ha capacitado al suelo para ser dividido y para recibir edificación debidamente conectada a las redes de los servicios de utilidad pública o que cuenten con otro sistema autorizado por la reglamentación vigente. Capítulo IV Ordenanza PRC de Rancagua 2006 tiene una vocación de vivienda y equipamiento vecinal, en donde la superficie predial mínima es de 160m<sup>2</sup>, con un coeficiente de constructibilidad de 1,2 lo que permite generar construcciones de 192m<sup>2</sup>. En la trama actual, esta zona esta consolidada como una zona residencial y de equipamientos vecinales.

La zona EX2 es un área de extensión urbana Áreas de Extensión Urbana: Son las áreas planificadas externas a las áreas consolidadas, capaces de recibir el crecimiento de extensión previsto para un horizonte de 30 años a partir de la puesta en vigencia del presente Plan Regulador. Capítulo IV Ordenanza PRC de Rancagua 2006, también tiene una vocación de vivienda, ya que tiene una superficie predial mínima, mayor que la zona anterior (250 m<sup>2</sup>) sin embargo tiene un bajo coeficiente de constructibilidad, lo que permite generar construcciones de 175m<sup>2</sup>, lo que constituye una cifra similar. Esta zona, también tiene una vocación de vivienda y quitamiento vecinal.

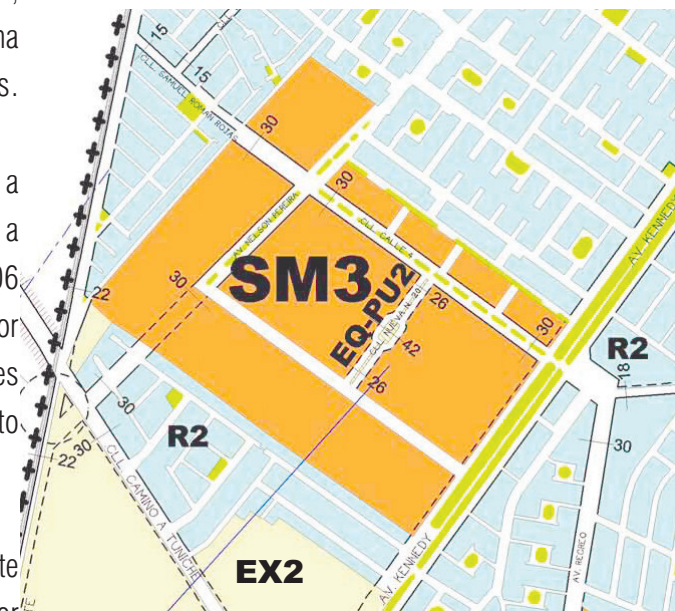
La zona Sm3, es una zona de carácter residencial cuya superficie predial mínima es de 200 m<sup>2</sup>, con un coeficiente de constructibilidad de 1,0. Lo que da como resultado una cifra total de metros cuadrados construidos superior a la zona anterior.

Esta zona corresponde al terreno donde se emplazará el proyecto.

Respecto de usos de “equipamientos de salud” en esta zona, la Ordenanza Local del PRC de Rancagua señala que se permite construir este tipo de edificaciones a excepción de hospitales, crematorios y cementerios. Por lo tanto, está permitido emplazar el CESFAM en dicho terreno.

Áreas de Extensión Urbana: Son las áreas planificadas externas a las áreas consolidadas, capaces de recibir el crecimiento de extensión previsto para un horizonte de 30 años a partir de la puesta en vigencia del presente Plan Regulador. Capítulo IV Ordenanza PRC de Rancagua 2006

Áreas Consolidadas: Son las áreas urbanas que cuentan efectivamente con urbanización completa, entendiéndose por tal la que ha capacitado al suelo para ser dividido y para recibir edificación debidamente conectada a las redes de los servicios de utilidad pública o que cuenten con otro sistema autorizado por la reglamentación vigente. Capítulo IV Ordenanza PRC de Rancagua 2006



#### A.-Propuesta Urbana

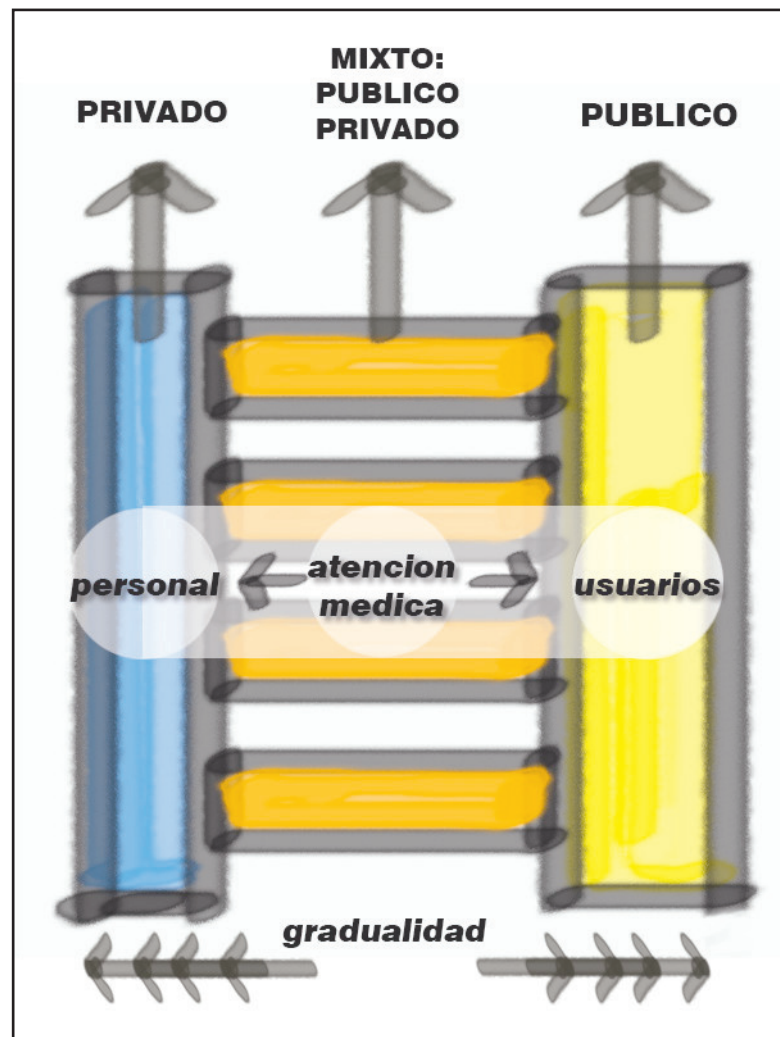
Anteriormente se ha hecho un análisis de la importancia del terreno como un espacio reconocible en el contexto de la trama urbana de la ciudad, el proyecto pretende reafirmar esta cualidad del terreno, por lo que pretende reafirmar esta cualidad, de este modo el proyecto tiene un carácter de ser un HITO a escala vecinal, de ciudad y comunal, reconociendo la esquina de ambas calles, dándole una identidad a la zona, estableciendo relaciones con los equipamientos existentes, de manera de revitalizar

#### B.-Propuesta del Proyecto de Arquitectura

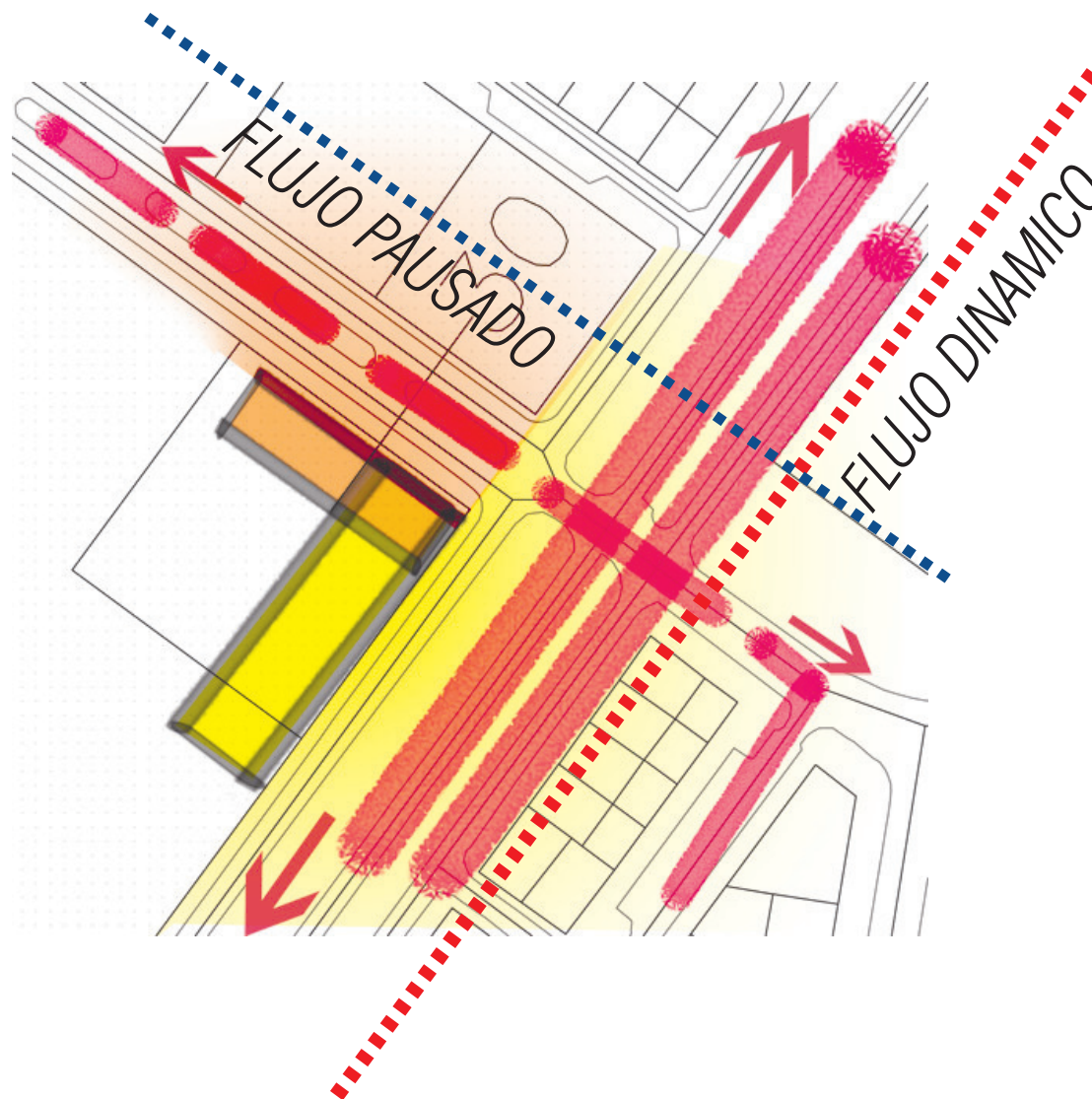
El proyecto de Arquitectura pretende plasmar la idea de la nueva salud como un ente transparente, esta idea tiene que ver con que la salud deja de ser una caja hermetica en donde los medicos informan las resoluciones a los usuarios, muy por el contrario, los usuarios tiene un grado de participación progresiva en la toma de las decisiones principalmente las que se refieren al autocuidado. Esto se traduce en que la institucionalidad la hacen principalmente las personas. Dicha transparencia se plasma en el espacio público interior del proyecto que se muestra hacia la calle, sin dejar de responder al carácter funcional que demanda el proyecto.

C.-ESQUEMA CONCEPTUAL-PUBLICO PRIVADO

La relación funcional-espacial, del proyecto se explica en el siguiente esquema, éste tiene una gradualidad de lo publico a lo privado:



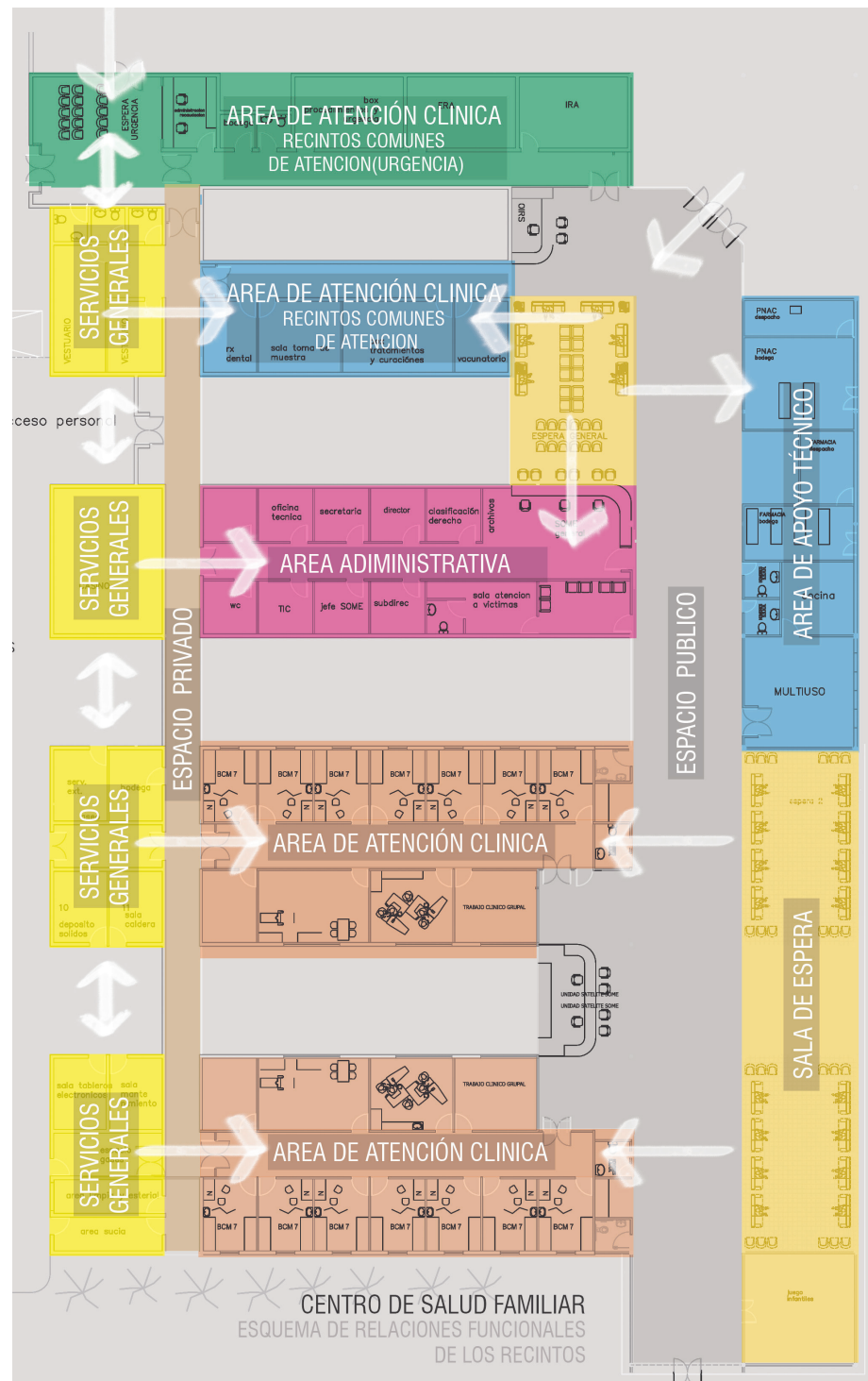
D.-ESQUEMA DE LA IMPLANTACION DEL PROYECTO EN EL TERRENO



E.-Esquema conceptual de relaciones de las áreas del CESFAM

El CESFAM cuenta con 5 áreas definidas por su rol y función:

- Area de Atención Clínica-Recintos privados de atención
- Area de Atención Clínica-Recintos comunes de atención
- Area de Apoyo Técnico
- Area Administrativa
- Area de Servicios Generales



AREA	20.000 Beneficiarios	
	N° Recintos	Total M2
<b>ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA</b>		
Box Clínico Multipropósito	14	168
Box Ginecológico con baño	2	38
Box Dental 2 SILLONES	2	36
Unidad Satélite SOME con archivo fichas (full space)	2	32
Sala espera c/cuidado niños	1	0
Sala trabajo Clínico Grupal	2	32
Mudador	2	8
<b>Subtotal</b>		<b>314</b>
<b>Recintos comunes de atención</b>		
Box IRA - ERA	2	46
Sala Toma Muestra y baño	1	15
Box Ecografías (Multipropósito)	1	9
Box Vacunatorio	1	12
Sala Multiuso (Educación grupal, trab comunitario y auditorio)	1	42
Box Curación y Tratamiento	1	24
Box Urgencia	1	24
Sala Atención de Victimas c/ baño	1	19
Sala Espera General	1	0
Baños Acceso Universal	6	24
Baños personal	8	12
RX dental y revelado	1	8
<b>Subtotal</b>		<b>244</b>
Sala de Rehabilitación c/baño	variable	89
Laboratorio	variable	70
<b>Subtotal con laboratorio y u. rehabilitación</b>		<b>403</b>

<b>ÁREA DE APOYO TECNICO</b>		
<i>Unidad de Farmacia</i>		
Sala Espera	0	
Despacho Farmacia	1	13
Bodega Farmacia	1	16
<i>Unidad de Programas de Alimentación</i>		
Despacho P.N.A.C	1	6
Bodega P.N.A.C	1	35
<i>Unidad de Esterilización</i>		
Área Sucia	variable	10
Área Limpia y Estéril	variable	12
<b>Subtotal</b>		<b>92</b>
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>		

<i>Unidad de Dirección y Gestión</i>		
Oficina Dirección	1	9
Secretaria Dirección	1	8
Oficina Subdirector Administrativo	1	9
Oficina Técnica (informes)	1	9
Bodega General	1	9
<i>Unidad del Personal</i>		
Casino con cocinilla	1	30
Vestuarios c/baño	1	40
<i>Unidad de SOME</i>		
Some general (horas, inscripción y recaudación)	1	16
Archivo, espacios fullspace	1	14
Oficina Jefe SOME	1	9
Oficinas de Calificación de Derecho	1	9
O.I.R.S.	1	8
Sala equipos Tecnologías de Información y Comunicación	1	9
		<b>179</b>

<b>ÁREA SERVICIO GENERALES</b>		
Recinto de Aseo (Interior del CES)	2	8
Depósito de Residuos Sólidos (al exterior del CES)	1	10
Sala de Tableros Eléctricos y Grupo Electrógeno	1	14
Sala de Mantenimiento	1	9
Sala Caldera y Equipos Térmicos	1	11
Sala Servicios externos	1	8
Espacio de gases clínicos	1	12
Gabinete Incendios	3	1.5
Estacionamiento ambulancia (cobertizo media sup.)	1	8
<b>Subtotal</b>		<b>80</b>
Sala Bomba, estanque de agua	1	
Estacionamiento personal		
Estacionamiento público		
Patio carga		
<b>TOTAL RECINTOS sin anexos</b>		<b>909</b>
<b>CIRCULACIONES Y MUROS (57%)</b>		<b>518,13</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1427,13</b>
<b>TOTAL RECINTOS con Rehabilitación y Laboratorio</b>		<b>1068</b>
<b>CIRCULACIONES Y MUROS (57%)</b>		<b>608,76</b>
<b>TOTAL</b>		<b>1697,86</b>



El financiamiento del proyecto de este equipamiento de salud esta compuesto por dos tipos de fondos estatales: el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) que cuenta con recursos provenientes del BID y Los Fondos Sectoriales del Ministerio de Salud.

El FNDR es el principal instrumento financiero, mediante el cual el Gobierno Central transfiere recursos fiscales a cada una de las regiones, para la materialización de proyectos y obras de desarrollo e impacto regional, provincial y local. Su administración corresponde principalmente a los Gobiernos Regionales y a la Subsecretaría de Desarrollo regional y Administrativo. Dos son las fuentes de recursos de este instrumento. Por una parte, recursos fiscales o propios, que dan origen al FNDR - Tradicional y, por otra, el préstamo 853/OC-CH del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o FNDR - BID.

Fondos Sectoriales, corresponde a los recursos propios, aporte fiscal directo y recursos provenientes de **e n d e u d a m i e n t o e x t e r n o** . Están destinados a financiar iniciativas de inversión que presentan los ministerios y sus servicios, cuyo ámbito de influencia puede ser regional, interregional o nacional. Los proyectos regionales ocurren cuando su envergadura no es posible financiarla con fondos

regionales, o representan proyectos prioritarios para el desarrollo de una región en particular.

En este caso los recursos obtenidos a través del FNDR se apoyan por los fondos sectoriales del MINSAL de manera de en conjunto generar los recursos necesarios para la evaluación e implementación del proyecto.

El proyecto sería financiado por ambos fondos a través de la postulación al Servicio Nacional de Inversiones(SNI) organismo perteneciente al Ministerio de Planificación.

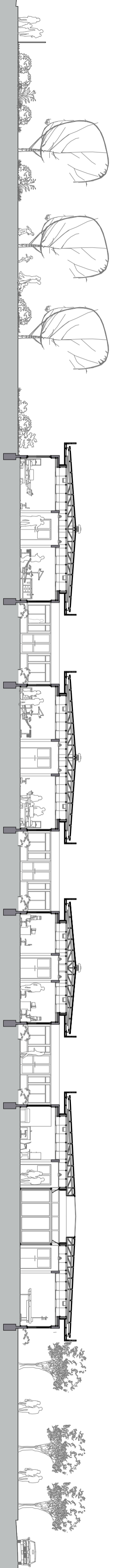
El SNI es el marco técnico-institucional-legal dentro del cual se lleva a cabo el proceso de inversión pública. Está conformado por la política de inversión pública, las instituciones que participan en el proceso, los canales administrativos internos e interinstitucionales, las leyes, reglamentos, decretos, etc., vigentes que lo norman, las herramientas metodológicas para identificar, formular, evaluar, ejecutar, administrar, seguir y operar proyectos; el personal técnico y el proceso de toma de decisiones sobre inversión pública.

Por medio de ambas alternativas de fondos, sectoriales y FNDR, la I. Municipalidad de Rancagua en su rol de

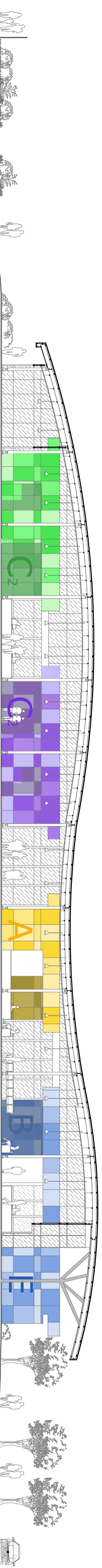
mandante gestionará un Convenio con la Unidad de Planificación de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas (MOP).

El convenio consiste en que la unidad de planificación MOP, incorporará el proyecto de arquitectura del “centro de salud familiar N° 7 de Rancagua”, gestionando la licitación para la ejecución de la obra.


Siendo el municipio quien financiará la obra gracias a la asignación de fondos obtenidos por los dos canales antes mencionados.



CORTE A-A



CORTE B-B

  
**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
 FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO  
 ESCUELA DE ARQUITECTURA  
 AV. BARRIO 1500

**CONTENIDO**  
 CORTES  
 CORTE A-A  
 CORTE B-B

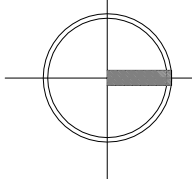
**PROYECTO**  
**CEFAM**  
 PARA EL SECTOR NOROCCIDENTAL DE RAMOJOLLA

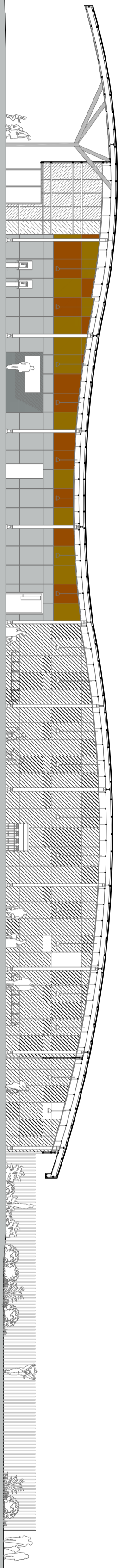
**ALUMNO**  
 RODRIGO MARTINEZ O

**PROFESOR**  
 YVES BESANCON

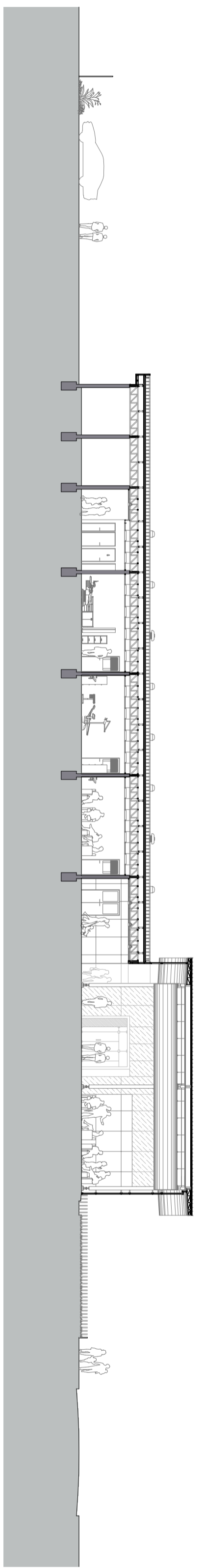
**ESCALA**  
 1:50

**FECHA**  
 29 NOVIEMBRE 2007

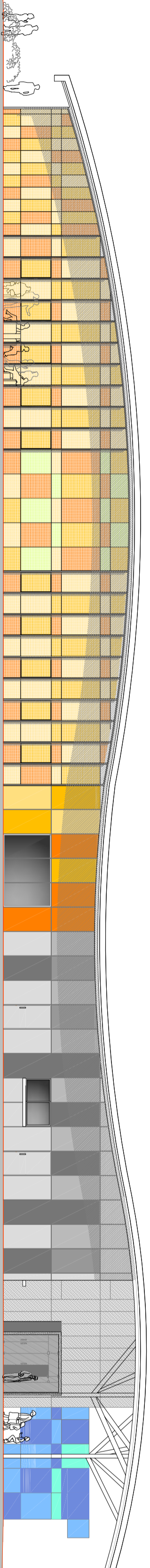
  
**LAMINA Nº**  
 7



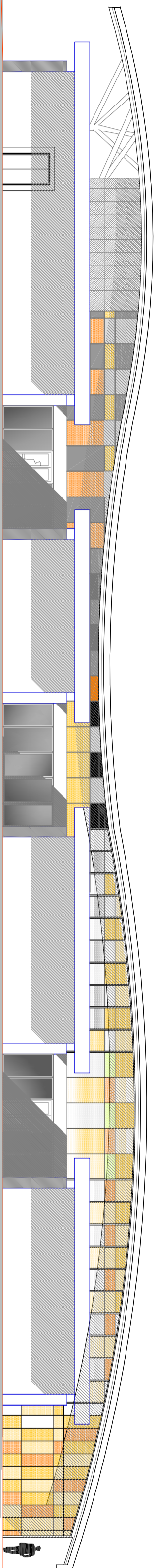
CORTE C-C



CORTE D-D



ELEVACIÓN ORIENTE



ELEVACIÓN PONIENTE



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO  
ESCUELA DE ARQUITECTURA  
PROYECTO DE TÍTULO

CONTENIDO

ELEVACIÓN ORIENTE  
ELEVACIÓN PONIENTE

PROYECTO

**CESFAMI**

PARA EL SECTOR NOROCCIDENTAL DE BANCAJUA

ALUMNO

RODRIGO MARTÍNEZ O

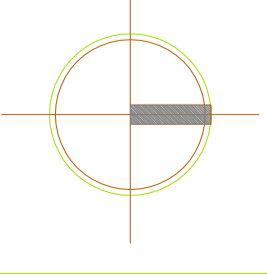
PROFESOR

YVES BESANÇON

ESCALA

1:50

FECHA  
29 NOVIEMBRE 2007



LAMINA Nº  
**6**



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE ARQUITECTURA  
PROYECTO DE TITULO

**CONTENIDO**

ELEVACIÓN NORTE  
ELEVACIÓN SUR

**PROYECTO**

**CESFAM**

PARA EL SECTOR NORTE DE FARMACIA

**ALUMNO**

**RODRIGO MARTINEZ O**

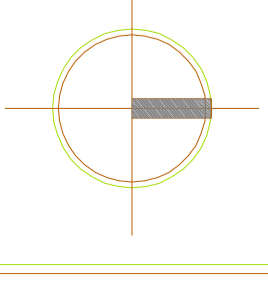
**PROFESOR**

**YES BESANCON**

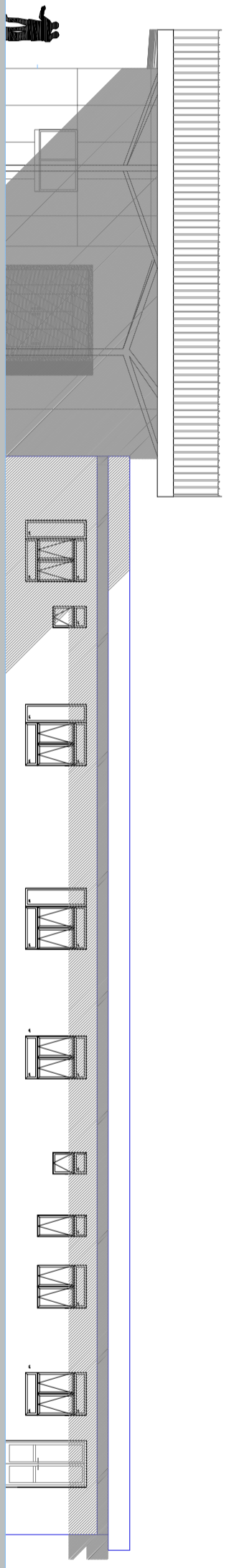
**ESCALA**

1:50

**FECHA**  
29 NOVIEMBRE 2007

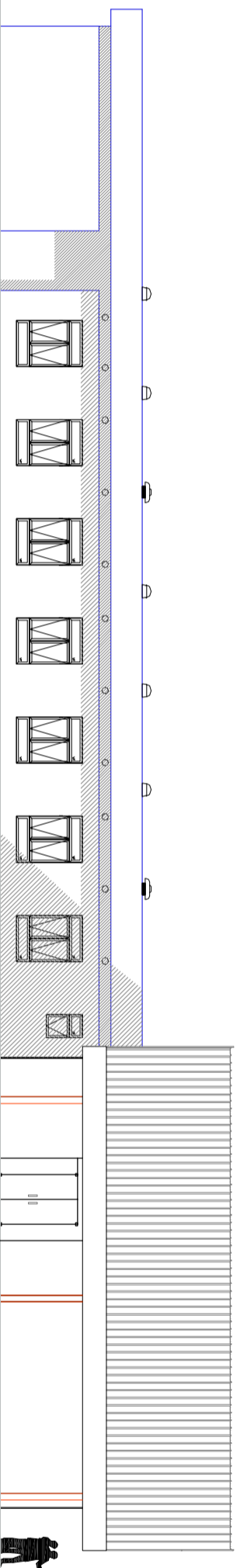


**LAMINA Nº**  
**5**



ELEVACIÓN NORTE

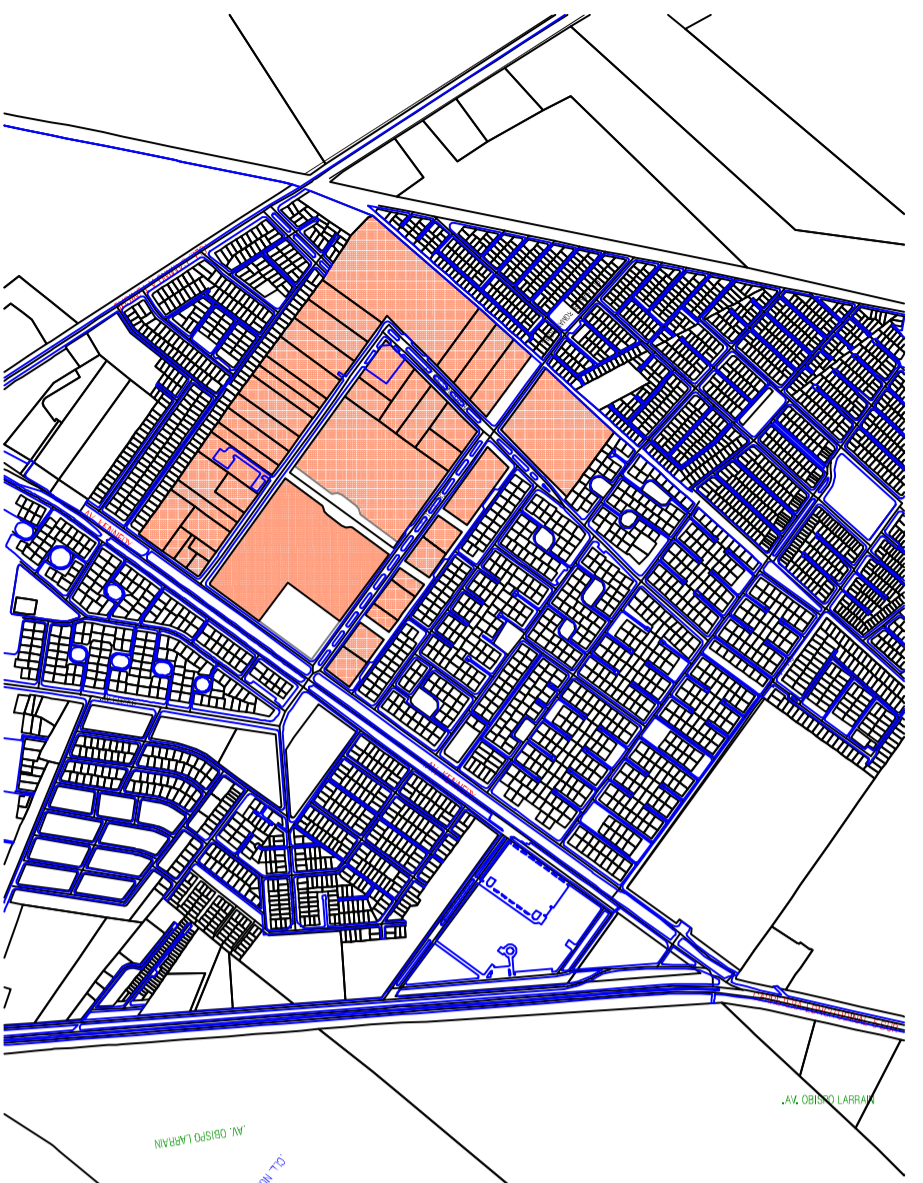
NPT 0,0 ↓



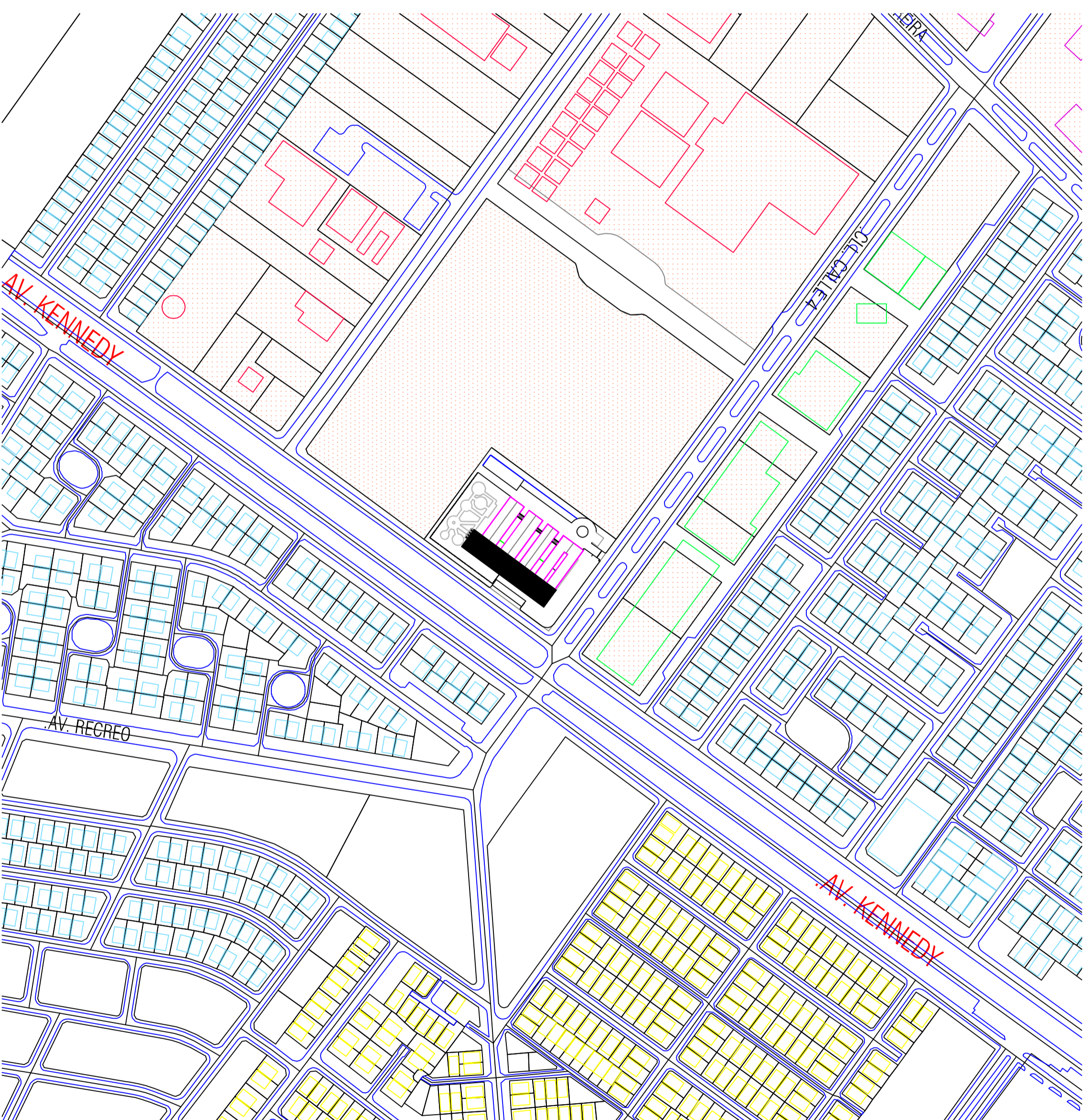
ELEVACIÓN SUR



CIUDAD DE RANCAGUA



SECTOR NORTE  
ESCALA 1:5000



PLANO UBICACION  
ESCALA 1:1000



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO  
ESCUELA DE ARQUITECTURA  
PROYECTO DE TITULO

CONTENIDO

PLANTA UBICACION

PROYECTO

**CESFAM**

PARA EL SECTOR NORTE DE RANCAGUA

ALUMNO

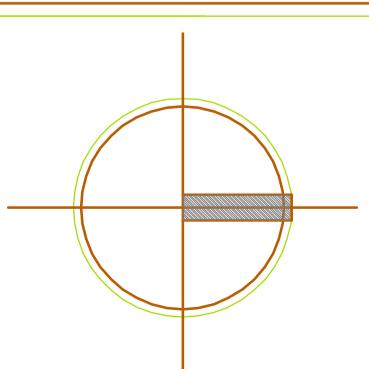
RODRIGO MARTINEZ O

PROFESOR

YVES BESANÇON

ESCALA  
INDICADAS

FECHA  
29 NOVIEMBRE 2007



LAMINA Nº  
**1**







