

Dedicado a mi hermanita Rocio (1997-2016)

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y mis buenos amigos, por el apoyo, el cariño y la paciencia permanente. Muy en especial, a mi madre.



CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO PROPUESTA DE ARQUITECTURA PARA JARDINES TERAPÉUTICOS

LOS ÁNGELES, REGIÓN DEL BÍO BÍO

MEMORIA DE TÍTULO PROCESO 2018

ESTUDIANTE: RALLEN ADASME ORTIZ
PROFESOR GUÍA: FERNANDO MARÍN

PROFESIONALES CONSULTADOS

Ana María Ortiz
T. Ocupacional. Gestión y calidad servicio de Psiquiatría H. Barros Luco Trudeau

Dr. Rafael Sepúlveda
Jefe Servicio de Psiquiatra H. Barros Luco Trudeau. Ex jefe Unidad Salud Mental MINSAL.

Hernán Garcés
Enfermero. Director Hospital Sanatorio el Peral

Patricia Narváez
Enfermera y matrona. Directora COSAM Recoleta

Paulo Fabres
Trabajador Social. Director COSAM Hualpén

Cristóbal Valenzuela
Arquitecto. Director proyecto Plan Centro Los Ángeles.

ACADEMICOS CONSULTADOS

Paulina Fernández
Gabriel Bendersky

COMISIÓN PASE

Gabriela Manzi
Mario Terán

16

01. PRESENTACIÓN

- 1.1 Introducción
- 1.2 Motivaciones y objetivos
- 1.3 Tema y problema arquitectónico

22

02. CONTEXTUALIZACIÓN

- 2.1 Los Trastornos Mentales
 - 2.1.1 Contexto Histórico
 - 2.1.1.1 Contexto Histórico Nacional
- 2.2 Realidad Nacional
- 2.3 Centros de Salud Mental Comunitarios.
- 2.4 Jardines Terapéuticos

36

03. EMPLAZAMIENTO

- 3.1 Propuesta de localización
- 3.2 Los Ángeles. Región del Biobío.
- 3.3 El terreno
 - 3.3.1 Criterios de selección
 - 3.3.1.1 Plan Centro
 - 3.3.1.2 Inserto en la Comunidad y Red de Salud
 - 3.3.1.3 Conectividad
 - 3.3.1.4 Cercanía a Áreas Verdes
 - 3.3.2 Contexto Inmediato
 - 3.3.2.1 Usos
 - 3.3.2.2 Hitos verdes
 - 3.3.3 Situación actual
 - 3.3.4 Plan Regulador Comunal PRC

66

05. PROPUESTA

- 5.1 Propuesta Urbana
- 5.2 Idea Arquitectónica
- 5.3 Propuesta Programática
- 5.4 Estrategias de Diseño
- 5.5 Propuesta Paisajística
 - 5.5.1 Sustentabilidad
- 5.6 Criterios constructivos y estructurales
- 5.7 Financiamiento
- 5.8 Accesibilidad Universal

60

04. REFERENTES

- 4.1 New Moscow Medical Center
- 4.2 Kinderspital - Zurich Children's Hospital
- 4.3 Psychiatric Hospital Ballerup

78

06. BIBLIOGRAFÍA

07. ANEXOS

"Una piedra en la cabeza, una condena del alma, una posesión diabólica, un encantamiento, un delito, una conducta antisocial, un vicio... todas estas cosas han definido a la locura a lo largo de la historia y sorprendentemente, algunos de estos calificativos han perdurado hasta hace poco. De hecho, se puede asegurar que nos encontramos sólo en los albores de la consideración del deterioro mental como enfermedad. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores, cuya misión era librar a la sociedad del mal."

LAIN P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat; 1982.



EXTRACCIÓN DE LA PIEDRA DE LA LOCURA. EL BOSCO (1494)

Fuente: Página web

PRESENTACIÓN

01

“

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

”

I.1 INTRODUCCIÓN

La presente memoria de título forma parte del culmine del proceso de la carrera Arquitectura, y tiene como propósito exponer las razones, decisiones y criterios detrás de las decisiones urbanísticas y arquitectónicas tomadas en este año de trabajo, que llevaron a concretar el proyecto Centro de Salud Mental Comunitario Los Ángeles. Además, este proceso refleja la postura que fui formando durante mis años de estudio, siempre con el apoyo de académicos y compañeros.

Como país nos encontramos ante una realidad delicada y preocupante respecto a la Salud Mental, donde las enfermedades mentales están en aumento y son invisibilizadas debido al estigma social con el que viven las personas que padecen estos trastornos. Frente a esto, la arquitectura cumple un rol importante en el proceso de sanación de los pacientes, por ende la presente propuesta "Centro de Salud Mental Comunitario" es un gran desafío personal, que invita a reflexionar sobre el tema, y que como estudiante y futura arquitecta pretendo desarrollar de la mejor manera posible para dar una respuesta satisfactoria a los múltiples requerimientos del proyecto.

El documento aquí expuesto se compone de siete capítulos, exponiendo en primera instancia una presentación del proyecto junto a las motivaciones previas para desarrollarlo. El segundo capítulo se trabaja a modo de contextualizar el problema, se hablara de los trastornos mentales a lo largo de la historia, la realidad nacional y como se han abordado a través de los Centros de Salud Mental Comunitarios y los jardines terapéuticos, paralelo a esto sea realiza una reflexión de los problemas y deficiencias existentes, las cuales se buscará resolver mediante el proyecto propuesto. Luego conoceremos cuales fueron los criterios utilizador para llevar a cabo la elección de la ciudad de Los Ángeles para emplazar el proyecto, además de qué implicancias tiene el terreno como su contexto inmediato y la normativa existente. Tras presentar los antecedentes mencionados, se buscaron referentes de proyectos con relación a lo observado, que dieran soluciones que pudieran aportar a mejorar las condiciones actuales a través de la arquitectura, presentando diversas estrategias, espaciales, programáticas y/o formales. El quinto capítulo presenta las estrategias y criterios que se tomaron para la propuesta, incluyendo el programa y criterios significativos del proceso de diseño, abordándolo con una propuesta urbana y de arquitectura describiendo los criterios de partido general. Para finalizar, se cierra con comentarios y bibliografía correspondiente, más anexos.

I.2 MOTIVACIONES Y OBJETIVOS

Durante mis años de estudio de Arquitectura en la Universidad de Chile, he aprendido la importancia de proyectar arquitectura con un valor social, donde el proyecto va mucho más allá de ser un objeto arquitectónico correcto en aspectos formales y funcionales, sino que lo fundamental y lo que lo distingue como un buen proyecto es el hecho de generar un aporte en la calidad de vida de los habitantes. Fui realizando una búsqueda personal en diversas áreas de la arquitectura, y sin duda mi mayor interés surgió en el campo de la Arquitectura Hospitalaria, el cual considero un tema de contingencia nacional histórico que tiene mucho por desarrollar y entregar al país y las personas. Comencé a profundizar el tema al realizar mi seminario de investigación titulado "Modernización médico arquitectónica en Chile. Clínica Santa María como modelo de transición tipológica", el cual posteriormente presenté en el 'III Seminario Internacional de historia de arquitectura Hospitalaria 2018' y en los 'Ciclos de Medicina' de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En cuanto a mi práctica profesional, quise que fuese en el servicio público, y tuve la afortunada experiencia de realizarla en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, específicamente en el Proyecto normalización Hospital Barros Luco Trudeau, el cual fue un gran desafío donde me vi inmersa en la realidad de lo que es actualmente el diseño de hospitales en el país -especialidades, complejidades y demandas-, y el trabajo en un equipo interdisciplinario por un objetivo en común.

En lo personal, creo que una de las áreas más vulnerables dentro de la Salud en Chile es la Salud Mental, principalmente porque las personas que padecen esta enfermedad han sufrido a lo largo de la historia con un estigma social que perdura incluso hasta el día de hoy. Los requerimientos necesarios para el tratamiento de estos pacientes a nivel arquitectónico y espacial han ido cambiando con el tiempo, donde se entiende que ya no es necesario su encierro o aislamiento, y se está generando un fuerte cambio de enfoque donde la proyección de estos establecimientos apuntan actualmente a la desinstitucionalización, y otorgarle un carácter más familiar y comunitario, a través de una arquitectura más humanizada.

Entiendo claramente el inmenso aprendizaje que significa el proceso de título, y mi principal motivación y objetivo en esta etapa, de manera humilde pero siempre comprometida, es tener la oportunidad de crear una propuesta que aporte de manera integral a la sociedad en el ámbito de la Arquitectura en Salud Mental, entendiendo que si bien la arquitectura en sí no puede sanar a un paciente, puede mejorar las condiciones para que ello ocurra de la mejor manera.

I.3 TEMA Y PROBLEMA ARQUITECTÓNICO

Los trastornos mentales son una enfermedad que padece una de cada diez personas en el mundo y están en aumento, entre los años 1990 y 2013, el porcentaje de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones (OMS. 2016) . La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial: según la Organización Panamericana de Salud OPS, en América 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan, mientras que la Organización Mundial de la Salud OMS señala que a nivel global hay menos de un psiquiatra por cada 10.000 habitantes.¹

Estos trastornos imponen una enorme carga de morbilidad a las sociedades, y la importancia de su tratamiento se vincula a que es una enfermedad de tipo funcional, es decir, los costos de no contar con salud mental no solo producen pérdida en la calidad de vida de las personas, sino que también consecuencias económicas serias. La OMS realizó una estimación respecto a las ventajas económicas que tendrían los países que combaten los desórdenes mentales, donde asegura que por cada dólar invertido por un país en salud mental, se ahorra otros cuatro en trabajo (al generar mayor productividad laboral) y en salud (al evitar tratamientos contra estas patologías). El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, se han organizado con el objetivo de trasladar la salud mental de los márgenes al centro del programa de desarrollo mundial, enfatizando en las inversiones urgentes necesarias en los servicios de salud mental y los beneficios esperados en términos sociales, económicos y de salud.

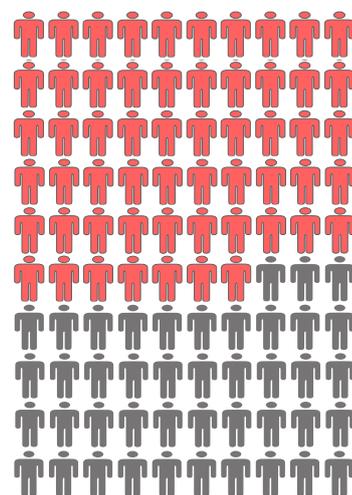
En Chile, los trastornos mentales afectan a gran parte de la población, ya que según la Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2010, uno de cada 5 chilenos tiene sintomatología depresiva significativa. Al parecer no estamos preparados para enfrentar esta enfermedad de manera óptima, ya sea por falta de servicios de apoyo social o médico, o porque estos no se encuentran al alcance de los afectados y sus familias, lo que se ve agravado por bajos niveles de inversión y de cobertura de los tratamientos. Por otro lado, estos trastornos son invisibilizados debido a los estigmas, los prejuicios y el temor a perder el empleo o la posición social, ya que las

¹ En países de ingresos bajos y medios disminuye a uno por cada 100.000, mientras que en países de altos ingresos la tasa se sitúa en uno por cada 2.000



LA MORTALIDAD POR SUICIDIO ES SUPERIOR A LA MORTALIDAD TOTAL CAUSADA POR GUERRA Y HOMICIDIOS.

57%



F.I: ESTADÍSTICAS A NIVEL MUNDIAL
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS.

personas con enfermedades mentales graves y persistentes sufren de exclusión y pocas posibilidades de incorporación a la vida social, teniendo dificultades en áreas tales como educación, vivienda y trabajo, entre otros. Por ejemplo, entre las personas con trastornos mentales severos, la cesantía es aproximadamente 6 a 7 veces mayor que entre las personas sin trastornos mentales (Modelo de gestión. 2017), teniendo pocas posibilidades de proveerse de sustento mediante el trabajo, lo cual constituye una violación del derecho a desarrollarse y vivir plenamente.

Para el tratamiento de la Salud Mental en Chile, el Estado ha implementado los Centros de Salud Mental Comunitaria, mayormente conocidos como COSAM (también denominados

CESAM, CECOSAM , CESAMCO, CODESAM, etc.), que son establecimientos públicos de salud, ambulatorios, especializados e integrados a la red, que atiende a personas -niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores- con trastornos mentales y a sus familias. En Salud Mental, el modelo Comunitario de Atención tiene como objetivo responder a las necesidades de las personas, familias y comunidades en el área de la salud mental, esto sin olvidar ni desconocer las realidades territoriales, ambientales, variables culturales, sociales, espirituales, económicas, epidemiológicas, étnicas y de género.

Existe una amplia variedad de trastornos mentales, donde cada uno se manifiesta de manera distinta, pero en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (MINSAL, 2018), entre ellos se incluyen la depresión, ansiedad, anorexia, bulimia, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, desórdenes por abusos de sustancias (alcohol y drogas), las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo, entre otras. Para condiciones más graves de salud mental² , las personas ya no pueden ser atendidas en un COSAM, estos casos se derivan asistidamente a otros puntos de atención en la red como el Hospital de día, Servicio de Urgencia, Red Forense, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos, otras unidades clínicas de Hospital General.

En coherencia con el Modelo de Salud Mental Comunitaria, resulta imprescindible fortalecer la atención ambulatoria especializada en el territorio de vida de las personas, con equipos que se articulen en forma eficiente con los centros de atención primaria en salud (APS) y con otros puntos de la red para mejorar y recuperar la salud mental de las personas. En este sentido los Centros de Salud Mental Comunitarios tienen un rol clave en la red temática de salud mental, ya que constituyen un nodo de especialidad ambulatoria, territorializado, articulador de toda la red en esta área.(Modelo de gestión. 2018)

2 Personas con agitación psicomotora aguda, catatonía aguda, patologías médicas descompensadas que requieran manejo hospitalario, psicosis secundaria a patología médica, intoxicación grave por consumo perjudicial de alcohol y otras drogas, alto riesgo suicida. (MINSAL 2017. Pág. 53)

Actualmente, la oferta de COSAM es insuficiente ante los requerimientos que presenta la población en cuanto a acceso, oportunidad y calidad de atención. Es urgente el aumento de la creación de estos Centros, debido a que actualmente un 74% de ellos se encuentra con sobredemanda al exceder el número de población asignada (el MINSAL establece cincuenta mil personas por centro), lo que en muchos casos significa que la población deba atenderse en otros centros no vinculados a la comunidad como Hospitales, CESFAM, CDT, CAR, CRS, y policlínicos de especialidades.

En conclusión, el tema de la Salud Mental en nuestro país no solo es una necesidad urgente, sino que también es una inversión importante, y debemos actuar pronto para terminar con la brecha que separa a las personas con trastornos mentales de los tratamientos y servicios de salud que necesitan, siendo necesaria tanto una inversión económica como la planificación estratégica de los centros de Salud Mental Comunitaria, para que las personas que sufren de estos trastornos logren dejar atrás el miedo y los estigmas, superar su enfermedad y vivir vidas saludables y productivas.

CONTEXTUALIZACIÓN

02

En este capítulo se aborda el contexto histórico de los trastornos mentales, tanto a nivel internacional como en Chile, para comprender de mejor manera como ha sido entendida y desarrollada la Salud Mental a lo largo del tiempo. Además, se presentará el trabajo que se está realizando con los jardines terapéuticos, concepto fundamental a utilizar en la futura propuesta del proyecto.

Se expondrá la realidad nacional de la Salud Mental en la actualidad, y se dará a conocer cómo funcionan los Centros de Salud Mental Comunitaria en la red general de Salud de nuestro país, su configuración, objetivos y a quienes están dirigidos, entre otros.

2.1 LOS TRASTORNOS MENTALES

2.1.1 Contexto Histórico

Las enfermedades mentales han sido entendidas y tratadas de diferentes maneras según cada época y cultura, a continuación se aborda de manera general como ha sido este proceso para comprender lo que estas enfermedades han significado a lo largo de la historia de la humanidad.

Los primeros en identificar las enfermedades mentales fueron los Sumerios (4000 a.C), las cuales consideraban como un castigo de los Dioses. El hombre primitivo atribuía los síntomas de la enfermedad mental a la presencia de espíritus buenos o malos en la persona que los padecía, y en el caso de ser espíritus malignos, buscaban expulsarlos del cuerpo del enfermo a través del exorcismo, el cual se convirtió en una práctica frecuente entre los hebreos, griegos, chinos y egipcios. Estas creencias se mantienen hasta Hipócrates (460-377 a.C), quien fue el primero en señalar un origen corporal de estos trastornos, señalando que giraba en torno a cuatro humores del cuerpo: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, donde la enfermedad mental se produciría por un desajuste en la cantidad de estos (Valdivieso, S. 2004). Aristóteles (384-322 a.C) sigue los conceptos hipocráticos acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que Platón (429-347 a.C) considera que los trastornos mentales son en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos poniendo énfasis en los aspectos más humanitarios del tratamiento de estos pacientes. (Bermejo, J. 2007)

Galeno (130-200 d.C) dividió las causas de enfermedades mentales en orgánicas (lesiones cerebrales, cambios menstruales y uso de alcohol) y mentales (temores, contratiempos, desengaños amorosos, etc), y planteó que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma. Asimismo, le otorga un tratamiento de carácter humanitario a los enfermos mentales. (Valdivieso, S. 2004)

En la edad media, los postulados de la cultura griega en relación a los enfermos mentales solo se mantienen en la cultura árabe y se funda en el año 792 el primer Hospital Mental en Bagdad, Arabia. En este mismo periodo en Europa, a las personas con enfermedad mental se las trataba como poseídas

por espíritus diabólicos, especialmente por parte de la iglesia Católica, razón por lo cual el tratamiento de estas personas era realizado por los monjes en los monasterios, en base a exorcismos. Lo anterior se agrava con el tiempo, las personas con enfermedad mental eran consideradas herejes o brujos, por lo tanto el tratamiento pasaba por la tortura o la hoguera para liberar el alma del demonio, lo que se mantiene hasta el siglo XVIII. Sin embargo, hay que destacar una excepción a estas prácticas que se produjo en Valencia (España) por iniciativa de Fray Juan Gilberto Jofré, quien fundó en el año 1409 una institución benéfica para acoger y atender a los enfermos mentales, experiencia que resultó muy positiva y se extendió en España, Italia y México, permitiendo la creación de más establecimientos con ese modelo médico benéfico. (Vallejo, J. 2011). El encierro a los mendigos, los desempleados y a las personas sin hogar en los hospicios, durante el siglo XVII en Europa, fue una respuesta a la desorganización social y crisis económica imperante en esa época. En la ciudad de Paris, que en ese entonces tenía aproximadamente 500.000 habitantes, el Hospital general llegó a tener 8000 personas hospitalizadas en el sector la Salpêtrière, reservado para mujeres mendigas, ciegas, lisiadas, dementes, sifilíticas, alcohólicas, entre otras, y a su vez los varones que tuvieran algunas de estas condiciones también sufrieron el encierro y la exclusión social. Situaciones similares hubo en otros países europeos en la misma época. (Cosentino, C. 1998)

A fines del siglo XVIII aparece el tratamiento moral del médico francés Pinel, donde se establecen las prácticas a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con estas enfermedades. Se implementó la incorporación a las actividades productivas (laborterapia o actividades ocupacionales), además de trabajos físicos y manuales, para que tuvieran un mayor desarrollo moral y una mejor disciplina, cambiando el medio hostil en el que estaban anteriormente (aun así, en muchas ocasiones hubo explotación de las actividades laborales de los pacientes). Sus reformas fueron ampliamente reconocidas y seguidas en Europa. Luego en Estados Unidos (1840-1860) Benjamín Rush, lleva esta idea del no aislamiento de las personas con enfermedades mentales para aplicarlas allá y creó la primera fundación anti esclavitud. (Bull, T. 2013)

En Francia se promulga la Ley sobre Alienados de 1838, legitimando la Psiquiatría y el manicomio e instaurando la



F2: HOSPITAL DE LA SALPETRIERE. PARÍS.

Fuente: Ancient-Origins

tutela médica del enfermo mental en un periodo en que era considerado como una persona irresponsable, no sujeto de derechos y que podría causar daño a la sociedad. Esta legislación considera necesario atender medicamente a la locura y procurar su curación, por lo que encierra a los considerados enajenados en manicomios, los cuales comienzan a reemplazar a los asilos. Además, surge el movimiento alienista cuyos elementos terapéuticos eran el internamiento, el aislamiento y el tratamiento moral. (Desviat, M. 1994)

Tras la Segunda Guerra Mundial, por una necesidad ética y técnica, surge en Europa la reforma psiquiátrica, para acabar con la vulneración de los derechos humanos de las personas ingresadas en instituciones psiquiátricas, buscando alternativas de atención más eficaces para ellas. Sus objetivos eran la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos en la comunidad. Al inicio hubo dificultades en su implementación, tales como falta de herramientas y preparación del personal sanitario para hacer frente a la cronicidad (que no desaparecía al abrir las puertas de los manicomios), y comunidades no preparadas para acoger a los pacientes, pero con el paso del tiempo la reforma psiquiátrica impulsa el desarrollo de atención en salud mental en el territorio en que viven las personas, potencia la atención ambulatoria, para reducir al máximo posible la necesidad de hospitalización, considerara de modo especial los problemas referentes a la Psiquiatría infantil y la psicogeriatría, e incluye

además acciones de promoción y prevención, rehabilitación e inclusión social entre otros.

En América Latina, el proceso de reforma psiquiátrica se inicia formalmente en la Conferencia de Caracas en 1990, auspiciada por la Organización Panamericana de Salud y con la presencia de la mayoría de los ministros y líderes profesionales de la Región. En la conferencia se aprueban líneas para superar la situación de abandono y vulneración de derechos en la que se encuentra la atención a la salud mental en la América Latina y el Caribe. Los objetivos son promover medios asistenciales y cambios legislativos que garanticen el respeto a los derechos humanos de los pacientes y una atención psiquiátrica adecuada a las necesidades de los países, priorizando las poblaciones o grupos más frágiles: psicóticos crónicos, niños, mujeres, ancianos y pobres. La iniciativa plantea reformas asistenciales y legales para garantizar la asistencia y el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales; y, por tanto, la necesidad de superar el hospital psiquiátrico, estableciendo modalidades de atención alternativas en la propia comunidad, en sus redes sociales. (Desviat, M. & Montero A. 2012)

2.1.1.1 Contexto Histórico Nacional

La atención psiquiátrica para personas con enfermedades mentales en Chile ha evolucionado desde la vulneración de los derechos de los pacientes y la inexistencia o precariedad de servicios sanitarios, hasta el desarrollo de redes de atención de salud mental integradas a la salud general y con un enfoque de derechos. A continuación, se describen algunos aspectos relevantes para comprender mejor este proceso:

Hasta principios del siglo XIX, las personas con enfermedades mentales permanecían encerradas en sus casas, en cárceles, o vagaban de pueblo en pueblo, mientras que los pertenecientes a familias más pudientes eran enviados a Lima. En el año 1803 se funda el Hospicio de Santiago como refugio para pobres, dementes y marginados sociales, en una chacra de los Jesuitas ubicada entre La Cañada y el Zanjón de la Aguada (a la altura de la actual Avenida Portugal), este establecimiento era administrado por las Hermanas de la Caridad, y contaba con un departamento de mujeres, uno de hombres, un asilo de niñas y una escuela. Durante el gobierno de Manuel Montt, fue inaugurada en el barrio Yungay la Casa de Locos de Nuestra Señora de los Ángeles (1852), la cual comenzó dependiendo de la Intendencia de Santiago. Luego, se inauguró la Casa de Orates (1858), diseñada por el Arquitecto don Fermín Vivaceta y dirigida por un administrador civil que también dependía de la Intendencia de Santiago, se ubicó en el barrio Recoleta, sitio que actualmente continua ocupando la institución, ahora con el nombre de Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

En 1905 fue inaugurado el Manicomio Nacional, donde a algunos pacientes se les indicaba la terapia por trabajo y distracción, donde asistían a distintas secciones: jardinería, panadería, talleres (carpintería, eléctricos, herrería, gasfitería) y fábrica de distintos productos como colchones, almohadones, baldosas, mármol, ladrillos, plumeros, etc. Sin embargo, este también aplicaba a los pacientes contención mecánica y aislamiento, y disponía de tratamientos como electroshock, terapia aversiva, coma insulínico, reposos en cama con vigilancia continua y el uso de medicamentos como sedantes, hipnóticos y antisifilíticos, entre otros. Cabe señalar que dentro de las instituciones señaladas anteriormente, hubo condiciones de pobreza, hacinamiento e insalubridad.

En el año 1927 se establece el Reglamento General de Insanos, y para ponerlo en práctica se adquiere en 1928 el Fundo El Peral, con el fin de convertirlo en una granja de laborterapia para pacientes considerados irrecuperables del Manicomio Nacional. Se utilizó la denominación de Colonia "Open-Door" para afirmar que en su interior "no había cerrojos" y los pacientes podían circular libremente en su interior. En 1945 se autoriza su autonomía y pasa a llamarse Hospital Colonia "El Peral", el cual contaba con una importante infraestructura agropecuaria, incluyendo lechería y producción agrícola, y además tenía talleres de Laborterapia (mimbres, mueblería, alfombras, escobas, agropecuaria, maceteros, costuras, etc.), donde algunos de los enfermos que trabajaban recibían remuneraciones. Sin embargo, en la década del 60' y 70', el Hospital se transformó en un depósito sobre poblado de personas afectadas por una variedad de patologías psiquiátricas, discapacidad mental, enfermedades orgánico-cerebrales, somáticas y carencias sociales, en su mayor parte procedentes de provincias y con poco o ausente contacto con sus familias. Los testimonios existentes (orales y gráficos) sobre las condiciones de vida de la población residente son dramáticos, principalmente por la situación de abandono y vulneración a sus derechos. (Biblioteca Ministerio de Salud. 2011).

A comienzos de los años 60' surgen experiencias en Psiquiatría Comunitaria en nuestro país, las cuales prácticamente deben dejar de funcionar en 1973 con la dictadura militar. Durante la década de los 80', algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) retoman las intervenciones comunitarias centradas principalmente en problemas sociales. En los 90', con el retorno de la democracia se inicia un enfoque de derechos en la atención de personas con problemas de Salud Mental, y en el año 1993 se publica la Primera Política y Plan de Salud Mental Para Chile, el que propone mejorar el acceso a Salud Mental en nuestro país.

En el 2000, se crea el Plan Nacional de Salud Mental, el cual plantea el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad



F3: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL. 1982

Fuente: sitio web.



F4: HOSPITAL HORWITZ BARAK (S/F)

Fuente: Repositorio Digital.MINSAL.

F5: HOSPITAL HORWITZ BARAK. SITUACIÓN ACTUAL

Fuente: Elaboración propia

de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. (MINSAL.2008)

En los últimos años, la salud mental se ha convertido en un tema de discusión social, debido al aumento de atenciones por patologías psiquiátricas. Su contingencia e importancia es tal, que el Ministerio de Salud (MINSAL) ha actualizado y mejorado los principales documentos regulatorios de Salud Mental en nuestro país con el objetivo de mejorar la red asistencial en esta materia, los cuales son el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y el Modelo de Gestión de La Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud(2018),

cuyos principios y valores están alineados fundamentalmente para contribuir a mejorar la salud mental de la personas, en el marco de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Por otro lado, hay que señalar que Chile es parte del 40% de los países del mundo que aun no tiene una Ley de Salud Mental, lo que ha dificultado la asignación de recursos que permita un mayor desarrollo de la red a nivel país. La elaboración de un ley es una deuda pendiente, ya que es fundamental proteger a los pacientes y de que las personas puedan exigir la atención como derecho.

2.2 REALIDAD NACIONAL

Actualmente en nuestro país, la salud mental se presenta en una realidad paradójica y grave. Si bien en estas enfermedades se observa un aumento en la población que las padece, existe una invisibilización causada por diversos factores.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, el 23% de la carga de enfermedades del país está asociada a trastornos neuropsiquiátricos. Esto se traduce en que el 27% de los días autorizados de licencias médicas de FONASA y el 30% del gasto de ellas son por salud mental, siendo desde hace 10 años la primera causa de licencias en el país.

Chile, contrario al promedio de los países de la OCDE donde donde la tasa de suicidio ha bajado en un 20%, ha observado un aumento del 90% entre 1990 y 2011, quedando en segundo lugar después de Corea.

A pesar de los alarmantes datos anteriores, la realidad parece ser invisibilizada y reprimida.

La falta de conocimiento (tanto de los afectados como del resto), la incomprensión y el castigo social generan una estigmatización discriminatoria referida tanto a la salud mental, como a las personas que padecen de estos trastornos.

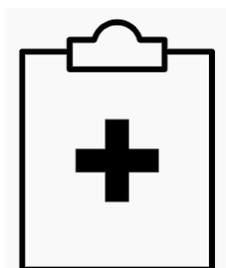
La cesantía, por ejemplo, afecta entre 6 y 7 veces más a una persona con enfermedades mentales severas que a alguien sin estos padecimientos. Cerca de un 75% de los empleadores tienen problemas con recibir en sus trabajos a personas con esquizofrenia. Por lo tanto, los sistemas de protección social son menores para estas personas, donde se les

margina incluso de la posibilidad de proveerse a sí mismas con trabajo.

Otro factor invisibilizador es la gran falta de evaluación médica, ya que el 80% de los chilenos con enfermedades mentales ni siquiera tiene un diagnóstico, esto se puede deber a concepciones erróneas del mismo afectado respecto de su salud mental; existe la percepción de que la ayuda profesional no es necesaria y que los tratamientos no son efectivos. (Vicente, Saldivia & Pihán. 2016)

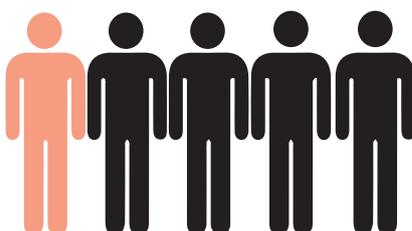
Si bien son cuatro las patologías neuropsiquiátricas (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo perjudicial o dependencia de drogas y alcohol) cubiertas por el AUGE/ GES, sólo un 20% de las personas afectadas tienen acceso a tratamiento médico. Sumado a esto se encuentran los problemas del sistema público de salud; financiamientos escuetos: 2,1% del presupuesto total de la salud (mientras el promedio de los países de la OCDE es tres veces más), largas listas de espera y el déficit de profesionales: 5 psiquiatras por cada 100 mil habitantes, 3 veces menos que el promedio de la OCDE, los que además se concentran en la zona central y en el sector privado de salud. Todo esto dificulta los procedimientos para realizar tratamientos como corresponde, con una atención integral y resultados efectivos en el paciente.

Identificados todos estos problemas, tanto sociales como institucionales, el MINSAL ha comenzado una serie de acciones que permitan alterar positivamente las cifras, poniendo la debida atención al problema de salud mental en Chile.



Desde hace una década, la Salud Mental es la primera causa de licencias médicas en Chile

20% de los chilenos tiene sintomatología depresiva significativa según la Encuesta Nacional de la Salud.



Chile, junto con Corea del Sur, son los países en que las tasas de suicidio infantil y adolescente aumenta cada año en vez de disminuir.

F6: ESTADÍSTICAS

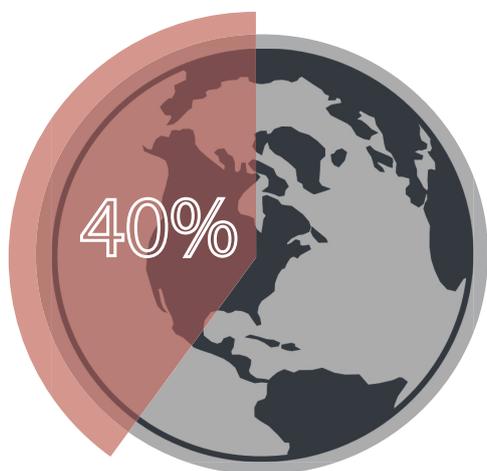
Fuente: Elaboración propia en base a datos MINSAL y OMS.

Para esto se presentó el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, se impulsa la creación de una Ley de Salud Mental y se adhirieron al Plan de Acción para la Salud Mental de la OMS. Todo con el fin de implementar mejoras en el área de la salud mental en el ámbito institucional, haciendo los tratamientos más accesibles, entrenar a la dotación profesional, mejor la investigación, etc.; y en ámbito social, con el fin de educar al respecto a la salud mental propia y para erradicar la estigmatización y la discriminación hacia los afectados con enfermedades mentales.

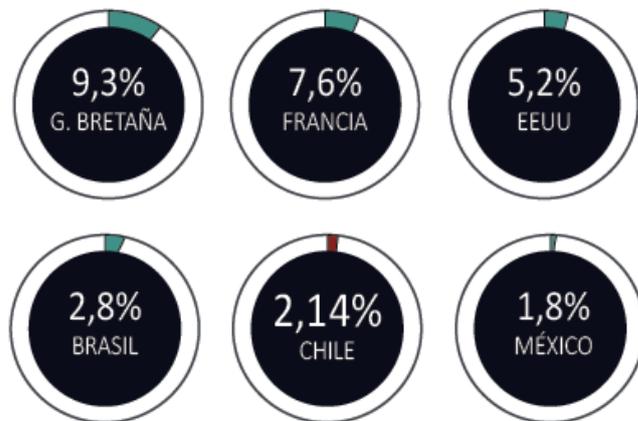
CHILE ES PARTE DEL

40% DE PAÍSES EN EL MUNDO QUE AÚN

NO TIENE LEY DE SALUD MENTAL



Entre las personas con trastornos mentales severos, la cesantía es aproximadamente 6 a 7 veces mayor que entre las personas sin trastornos mentales.



F8: Porcentaje del presupuesto Nacional de Salud, destinado a Salud Mental. (Jhonson, M. 2016)

F.7

Fuente: Elaboración propia en base a Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

2.3 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

Con la implementación de los Planes de Salud Mental de 1993 y 2000, se generaron avances significativos en el área pública en la salud mental, fortaleciendo la atención de las personas con enfermedades mentales en los hospitales generales del país, y la atención ambulatoria a través de la creación de los “Centros Comunitarios de Salud Mental” y “Hospitales de Día”. En la actualidad existe un número insuficiente de estos dispositivos a nivel nacional, con diferencias en su distribución territorial.(Modelo de Gestión.2018)

La red de salud general se organiza y articula con los puntos de atención de la Red temática de Salud Mental con el fin de promover el bienestar de la salud mental de la población desde la prevención a la Recuperación e inclusión sociocomunitaria. En esta red de Salud pública, el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) es una unidad que brinda atención ambulatoria de especialidad en salud mental y psiquiatría.



F.9: COSAM CONCÓN. INAUGURADO 2010.

Fuente: Concon.cl.



F.10: COSAM RELONCAVÍ. INAUGURADO 2016.

Fuente: MINSAL.

-Población Objetivo:

El Centro de Salud Mental Comunitario está destinado a niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores beneficiarios(FONASA o PRAIS) y sus familias, que requieren atención y cuidados de forma temporal y ambulatoria al presentar una condición de salud mental con características de gravedad, tales como:

- Depresión
- Esquizofrenia
- Autismo y el trastorno generalizado del desarrollo
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Trastornos alimentarios
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)
- Trastorno límite de la personalidad (TLP)
- Trastorno de estrés post-traumático
- Trastorno del comportamiento y las emociones.
- Consumo de Alcohol y drogas (abuso a sustancias y comportamiento adictivo)
- Violencia Intrafamiliar, Abuso Sexual y Maltrato Infantil.

En cuanto a la infraestructura que conforma la red de centros COSAM, la mayoría corresponde a casas que han sido adaptadas y modificadas espacial y estructuralmente para poder atender las necesidades que requiere, sin existir mayor planificación arquitectónica previa para su construcción. El desarrollo de estos centros a lo largo del país ha sido heterogéneo, existiendo grandes brechas en la implementación y oferta de estos servicios, debido a las posibilidades abiertas que dejó el anterior Plan Nacional de Salud Mental creado el 2010.

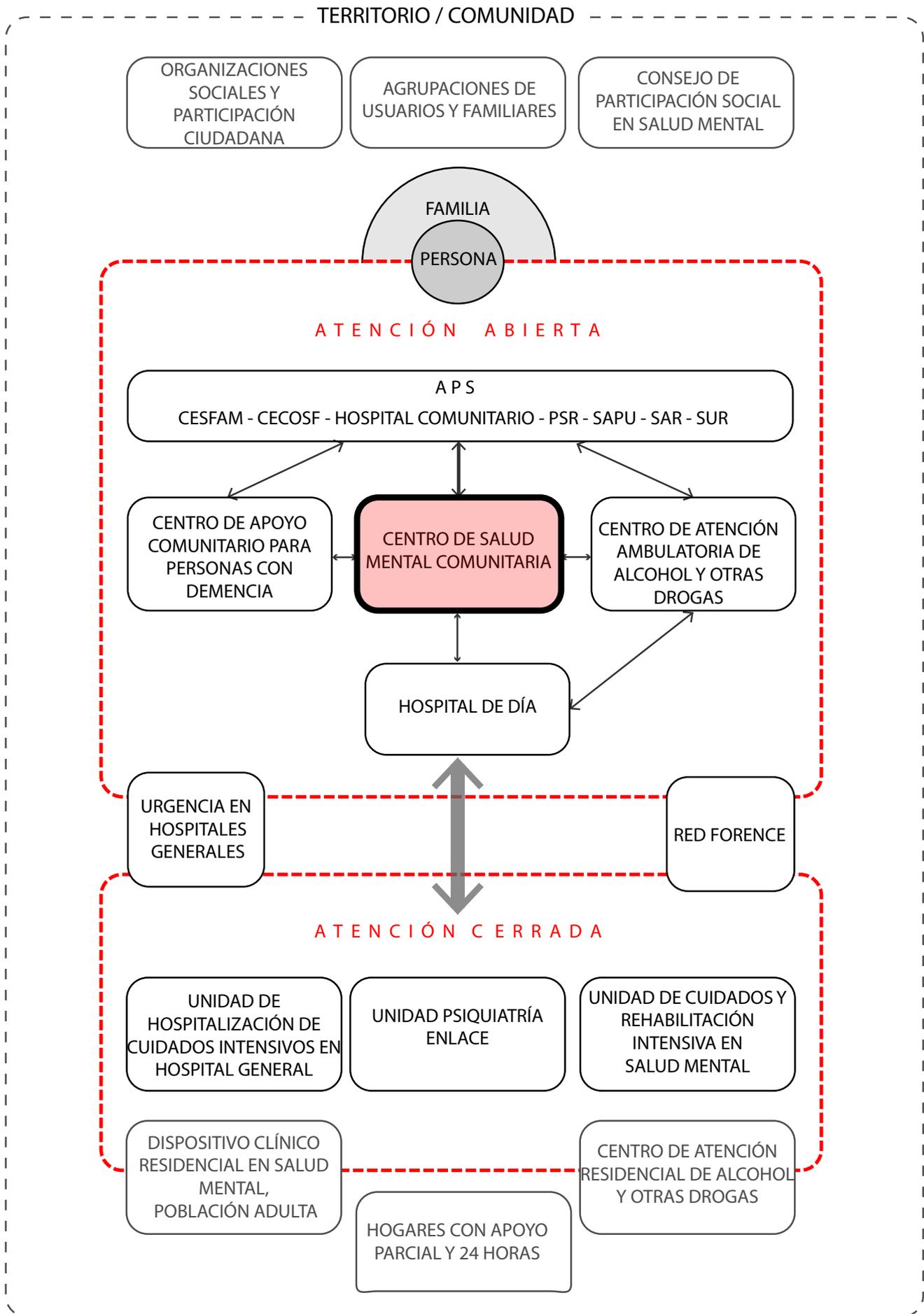


FIGURA 11. DIAGRAMA DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL
Fuente: Elaboración propia en base a Modelo de gestión centro de salud Mental Comunitaria 2018. MINSAL.

El nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del MINSAL y el Modelo de Gestión de Centro de Salud Mental Comunitaria (2018), contienen las especificaciones de los requerimientos mínimos que deben tener estos centros, pero al ser publicaciones tan recientes todavía no existe materialización de ningún centro que sirva como experiencia construida del funcionamiento óptimo de los centros.

Aun así, no se ha desarrollado un Programa Médico Arquitectónico (PMA) unificado que regule las condiciones estructurales para el funcionamiento de los COSAM, funcionando en base a arriendo de casas. Debido a esto, a nivel país no existe una tipología común, sino diversos tipos de edificación presentándose dificultades de cantidad y calidad de los espacios, ambigüedades en la diferenciación de los espacios de atención para diferentes sectores de la población (adulto/infante adolescente) y entorpecimiento del desempeño de los profesionales. Sólo se han presentado algunas experiencias de diseño particular de PMA, asociadas a proyectos específicos financiados por el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) en algunas regiones del país, sin que esto esté incorporado como norma a nivel nacional.

A nivel constructivo, se presenta una heterogeneidad en cuanto al tipo de edificación de estos recintos, con estructuras de fibrocemento, otras de material ligero como medagras de madera y otras soluciones como containers, que surgen según la necesidad de ampliar los espacios para la atención y actividades, sin un plan de regularización de obras.

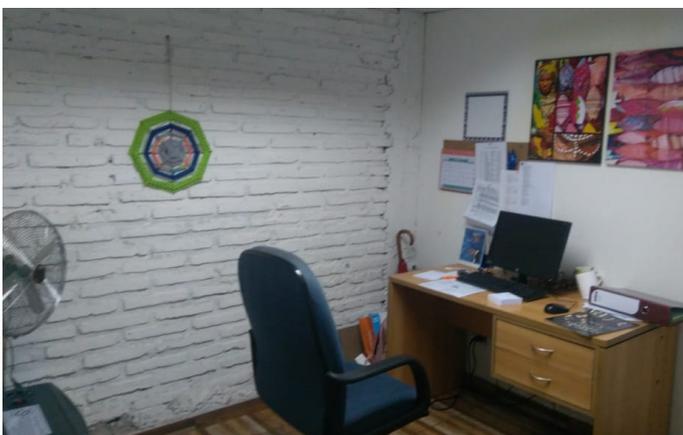
La informalidad de la construcción de los recintos trae consigo una serie de problemas de espacialidad y programa, como la poca privacidad, falta de espacios para una atención óptima tanto individual como grupalmente, problemas de aislación térmica, ventilación e iluminación, carencia de áreas verdes y espacios de esparcimiento al aire libre. Asimismo, existen problemas en el estado de conservación y de seguridad, debido al poco financiamiento para la mantención de los inmuebles y equipos de parte de los municipios y de los servicios de salud.

Por supuesto, medularmente los problemas radican en una dificultosa administración y la baja posibilidad de gestión directa de recursos de los COSAM, ya que dependen del

Servicio de Salud, un hospital, corporaciones de salud o departamentos municipales; donde entran a jugar además las dificultades de la administración interna de cada uno de esos estamentos y el criterio de las autoridades para la valoración de la salud mental.

Las condiciones de uso de las infraestructuras utilizadas por los centros también son una dificultad. Ya que una gran parte de estos funcionan en propiedades privadas arrendadas, las intervenciones que se pueden hacer en los inmuebles, así como las inversiones de recursos públicas en ellas, son bastante limitadas.

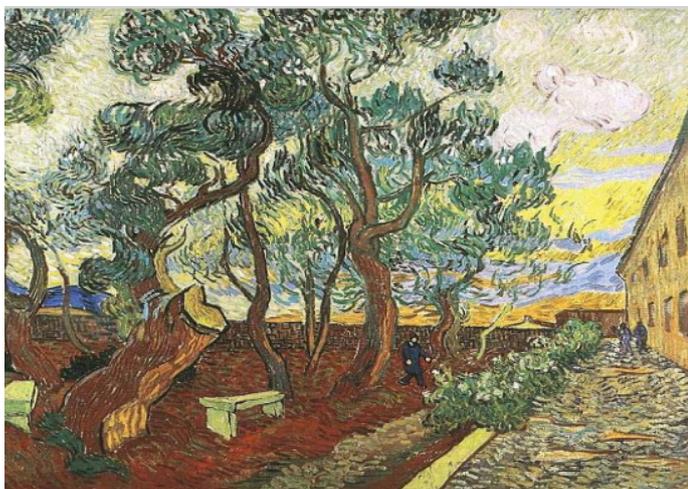
Otro punto importante es que en la actualidad no se consideran las necesidades específicas de cada territorio, sobre todo en regiones donde existe alta ruralidad y dispersión geográfica, lo que limita el acceso de la población a los servicios de la especialidad.



F. 12: COSAM RECOLETA. INAUGURADO 2017
Fuente: Elaboración propia.

F. 13: COSAM HUALPÉN. INAUGURADO 2016
Fuente: Elaboración propia.

2.4 JARDINES TERAPÉUTICOS



F.14: "GARDEN OF SAINT PAUL HOSPITAL". VICENT VAN GOGH
Jardín pintado por el artista mientras era paciente del lugar.

A lo largo de la historia, los recintos hospitalarios y sanatorios contaron con espacios destinados a áreas verdes diseñadas para aportar positivamente a la recuperación y bienestar de los pacientes. Los jardines se trabajaban con diferentes tipos de vegetación, manejo del agua y senderos, para estimular el ejercicio y los sentidos. Sin embargo, durante el siglo XX, la idea de sanear las áreas médicas tomó fuerza de la mano del movimiento moderno, en donde se comenzaron a trabajar otros materiales y geometrías, lo que trajo como consecuencia que las áreas verdes y todo aquello que no estuviera controlado por el hombre se desplazara hacia las afueras de los recintos. De esta forma, la idea de sanación a través de la naturaleza fue desapareciendo paulatinamente (Becerra, L. 2017).

Sin embargo, durante las últimas décadas se ha desarrollado una reivindicación de la importancia de la naturaleza en los centros de salud, gracias al interés de la ciencia por esta práctica. Así, por primera vez en la historia, los efectos positivos de la naturaleza en la sanación tienen un respaldo científico, a diferencia de las decisiones intuitivas que tomaron médicos y arquitectos en la antigüedad para conjugar sanación y jardines terapéuticos.

El Dr. Roger Ulrich comprobó en la década de los 80' que pacientes operados de la vesícula se recuperaban más rápido y tenían menos dolor si estaban en habitaciones con ventanas hacia un jardín, que si miraban hacia un muro de ladrillos. Así

mismo, la neuro inmunóloga Dra. Esther Sternberg determinó en sus investigaciones que solamente con tres a cinco minutos observando un jardín dominado por árboles, flores y agua, ayudaba a reducir el enojo, la ansiedad y el dolor; inducía a la relajación y provocaba cambios en la presión sanguínea, tensión muscular y actividad eléctrica del corazón y el cerebro. (In Vitro, 2017)

Los jardines terapéuticos, 'HealingGardens' o también conocidos como sanadores, buscan promover y mejorar la salud y bienestar de los pacientes, familiares y funcionarios del lugar, a través de elementos y formas que potencien el poder sanador de la naturaleza, y que estimulen los sentidos de los usuarios, evocando un ambiente totalmente distinto al hospitalario convencional. Estos deben contar con vistas a



F. 15: EL ANTES Y EL DESPUÉS DEL JARDIN "EL CEIBO" AL INTERIOR DEL HOSPITAL SALVADOR.
Fuente: Fundación Cosmos.



F. 16: JARDÍN TERAPÉUTICO DEL PEQUEÑO COTTOLENGO.
Fuente: Fundación Cosmos.

la naturaleza, accesibilidad universal, espacios para la congregación de las familias y amigos de los pacientes, buena iluminación, superficies de recorrido y apoyo, etc. La vegetación debe tener colores y aromas agradables, se debe facilitar la presencia de aves o algunos insectos, considerando siempre la condición médica de sus potenciales. La idea es generar una atmosfera confortable y familiar, donde usuarios, familiares y voluntarios aseguren su uso y cuidado. Este último punto es muy importante, ya que un jardín descuidado deja de ser sanador. (Fundación Cosmos, 2016).

En Chile, los jardines terapéuticos han sido desarrollados principalmente por la Fundación Cosmos en alianza con la Fundación Inspira, restaurando patios de instituciones como el Hospital del Salvador, el Pequeño Cottolengo, Hospital de

Niños Calvo Mackenna, Hospital del Salvador de Valparaíso, Hospital Barros Luco, entre otros. La incorporación de estos jardines en los centros de salud debería ser entendida como una necesidad para todas las personas, ya que actualmente en nuestro país es un beneficio con el que solo pocos centros pueden contar.

EMPLAZAMIENTO

03

“

La salud es un derecho fundamental, plasmado en la Constitución Política de Chile, en la cual se asume que el Estado provee una atención igualitaria y libre a la población.

”

3.1 PROPUESTA LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

Tras abordar la indiscutible problemática existente en el estado de la Salud Mental en Chile se evidencia la urgencia de aumentar la cobertura de los dispositivos de atención, y a su vez la necesidad de enriquecer la calidad de sus condiciones, donde nos beneficiamos como país al mejorar el bienestar general de la Salud Mental de la población.

En Chile se adopta un modelo de salud mental donde uno de sus principales elementos terapéuticos es lo “comunitario”, este paradigma se refiere a mantener a la persona afectada inserta en su medio social, accediendo a atención sin la necesidad de tener que separarse de su entorno. Este modelo comunitario es la contraposición a lo que era el antiguo modelo centrado de hospital psiquiátrico planteado apartado de la ciudad, ya que ahora la red de dispositivos busca estar más cercana a donde viven las personas, logrando una mayor conexión con las realidades y comunidades que acceden a él.

El primer aspecto para la localización del proyecto fue identificar la problemática en regiones para contribuir a la descentralización del país, debido a que Chile es el país más centralizado de América Latina y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico OCDE: mientras el mundo tiende a la descentralización, Chile sigue estancado en sólo un 15% del gasto público a nivel regional, versus el 30% en América Latina y 50% en países desarrollados (Mirosevic, V. 2013). Esta condición se ve reflejada en diversos ámbitos, uno de ellos es el caso de los establecimientos dedicados a la Salud Mental, donde de un total de 98 Centros de Salud Mental Comunitarios en el país, 45 se encuentran en la Región metropolitana, es decir, un 46% de ellos. Esto mientras siguen existiendo Servicios de Salud que aun no poseen ninguno, siendo el caso de Atacama, Biobío, Araucanía Norte y Chiloé (Tabla 1) donde la atención se realiza únicamente en los Hospitales, por lo que es necesario que el Estado contemple que a futuro las regiones deben adquirir mayor autonomía para que los habitantes puedan acceder a todos los servicios necesarios para vivir en plenitud.

Se hace evidente la carencia de dispositivos de Salud Mental en ciertas regiones del país que, paradójicamente, son aquellas que presentan mayores tasas y estadísticas referentes a trastornos psiquiátricos (Tabla 2). De los casos mencionados anteriormente, se considera que la situación de la Salud

Mental en el Servicio de Salud del Biobío es la más urgente a resolver debido a que la población a cargo es de 370.000 habitantes, cuando el MINSAL establece que cada Centro de Salud Mental Comunitario debe abarcar una población estimada de 50.000 personas, lo que significa que para poder subsanar el alta demanda y cumplir con dicho criterio, se necesitaría construir aproximadamente siete nuevos centros.

Dentro del área de influencia del Servicio de Salud del Biobío (Figura 18) se decide trabajar en Los Ángeles, ciudad capital de la provincia, principalmente por su mayor número de población, y además por encontrarse en una ubicación más central dentro de la provincia que le da mejor conectividad para los casos de atención que se brindan fuera del establecimiento, como por ejemplo la salud rural (rondas a las comunidades con barreras de acceso), la atención domiciliaria y las consultorías (con redes intersectoriales y con la comunidad).

Un punto que hay que mencionar, es que al visitar el Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz en Los Ángeles para entender cómo trabajan el tema de la Salud Mental, se nos señaló que actualmente tienen cuatro COSAM en sus dependencias: Alenmogueu, Antumapu, Newen e Infantil, más una unidad de adicciones, cada uno con un territorio asignado y los cuales atienden actualmente a 2.941 personas. Sin embargo, estos no fueron considerados por el Ministerio de Salud debido a que no cumplen con los requisitos del nuevo modelo de gestión, el cual señala como prioridad que estos deben estar insertos en la comunidad y no dentro de un Hospital. Esto ratificó la necesidad de un Centro de Salud Mental Comunitario tanto en Los Ángeles como en la provincia, siendo este el primero y que deberá encargarse de entregar las prestaciones de servicios al resto del territorio asignado mientras se construyen nuevos centros en otras comunidades para atender a la población del Biobío. Otra consecuencia positiva de la construcción de este Centro, es que las dependencias actualmente utilizadas por éstos en el Hospital quedaran habilitadas para ser utilizadas por otras especialidades y subsanar el alta demanda existente, la cual se ve evidenciada con el proyecto de construcción de un nuevo hospital de mediana complejidad que tiene el Servicio de Salud del Biobío desde el año 2017.

SERVICIO DE SALUD	Nº COSAM	NOMBRE	COMUNA	POBLACIÓN A CARGO APROX.
Arica	2	ESSMA Norte ESSMA Sur	Arica Arica	90.000 90.000
Iquique	3	COSAM Dr. Salvador Allende COSAM Dr. Jorge Seguel COSAM Dr. Enrique Paris Hospital de Iquique	Iquique Iquique Alto Hospicio Iquique	75.000 75.000 100.000 -
Antofagasta	4	COSAM Norte COSAM Sur COSAM Central COSAM Calama	Antofagasta Antofagasta Antofagasta Calama	70.000 70.000 70.000 110.000
Atacama	0	Hospital de Vallenar Hospital de Copiapó	Vallenar Copiapó	170.000 60.000
Coquimbo	5	CESAM Las Compañías CESAM Tierras Blancas CESAM Ovalle CESAM Punta Mira CESAM Illapel Hospital de Coquimbo Hospital de La Serena Hospital de Ovalle	La Serena Coquimbo Ovalle Coquimbo Illapel Coquimbo La Serena Ovalle	80.000 50.000 30.000 50.000 40.000 100.000 120.000 110.000
Viña del Mar Quillota	3	CESAM Con Con CESAM Limache CESAM La Calera Hospital de Viña del Mar Hospital de Quilpué Hospital de Quillota	Con Con Limache La Calera Viña del Mar Quilpué Quillota	70.000 50.000 70.000 240.000 210.000 140.000
Valparaíso San Antonio	3	COSAM Casa Azul COSAM 21 de Mayo COSAM Domingo Asún Hospital Psiq. del Salvador Hospital de Casablanca	San Antonio San Antonio Valparaíso Valparaíso Casablanca	50.000 90.000 - 270.000 20.000
Aconcagua	1	COSAM San Felipe Hospital Psiq. Phillipe Pinel	San Felipe Putendo	- 240.000
O'Higgins	5	COSAM Doñihue COSAM Graneros COSAM Rancagua 1 COSAM Rancagua 2 CESAM Santa Cruz Hospital de San Fernando Hospital de Santa Cruz Hospital de Rengo	Doñihue Graneros Rancagua Rancagua Santa Cruz San Fernando Santa Cruz Rengo	40.000 40.000 120.000 110.000 40.000 100.000 60.000 160.000
Maule	2	COSAM Linares COSAM Talca Hospital de Talca Hospital de Curicó Hospital de Linares Hospital de Cauquenes Hospital de Constitución	Linares Talca Talca Curicó Linares Cauquenes Constitución	80.000 100.000 220.000 240.000 180.000 50.000 40.000
Concepción	4	COSAM Concepción COSAM Coronel COSAM San Pedro de la Paz COSAM Lota Hospital de Concepción	Concepción Coronel San Pedro Lota Concepción	90.000 80.000 90.000 40.000 190.000
Talcahuano	1	COSAM Hualpén Hospital de Tomé Hospital de Penco Lirquén Hospital Las Higueras	Hualpén Tomé Penco Talcahuano	80.000 50.000 50.000 120.000
Arauco	4	COSAM Arauco COSAM Curanilahue COSAM Cañete COSAM Lebú	Arauco Curanilahue Cañete Lebú	30.000 30.000 40.000 40.000
Bío Bío	0	Hospital de Los Ángeles	Los Ángeles	370.000
Ñuble	2	COSAM Chillán COSAM San Carlos Hospital de Chillán	Chillán San Carlos Chillán	60.000 70.000 300.000
Araucanía Sur	6	CECOSAM Temuco CECOSAM Padre Las Casas CECOSAM Amanecer CECOSAM Imperial CECOSAM Lautaro CECOSAM Pitrufquén Hospital de Temuco Hospital de Villarica Hospital de Pitrufquén	Temuco Padre Las Casas Temuco Nueva Imperial Lautaro Pitrufquén Temuco Villarica Pitrufquén	60.000 100.000 70.000 80.000 - - 170.000 100.000 80.000
Araucanía Norte	0	Hospital de Angol Hospital de Victoria	Angol Victoria	90.000 90.000
Valdivia	2	CESAMCO Las Ánimas CESAMCO Schneider Hospital de Valdivia	Valdivia Valdivia Valdivia	50.000 60.000 220.000

SERVICIO DE SALUD	Nº COSAM	NOMBRE	COMUNA	POBLACIÓN A CARGO APROX.
Osorno	2	COSAM Oriente COSAM Rahue Hospital de Osorno	Osorno Osorno Osorno	70.000 70.000 80.000
Reloncaví	2	COSAM Puerto Montt COSAM Reloncaví Hospital de Puerto Montt	Puerto Montt Puerto Montt Puerto Montt	90.000 90.000 150.000
Chiloé	0	Hospital de Castro Hospital de Ancud	Castro Ancud	90.000 70.000
Aysén	1	COSAM Coyhaique Hospital de Coyhaique	- Coyhaique	- 80.000
Magallanes	1	COSAM Miraflores Hospital de Punta Arenas	Punta Arenas Punta Arenas	120.000 -
Metropolitano Central	4	COSAM Estación Central COSAM Maipú COSAM Santiago COSAM Cerrillos Hospital San Borja Arriarán	E. Central Maipú Santiago Cerrillos Santiago	60.000 290.000 190.000 50.000 -
Metropolitano Norte	8	COSAM Colina COSAM Conchalí COSAM Huechuraba COSAM Independencia COSAM Lampa COSAM Quilicura COSAM Recoleta COSAM Til Til H. Psiquiátrico Horwitz Hospital Roberto del Río	Colina Conchalí Huechuraba Independencia Lampa Quilicura Recoleta Til Til Recoleta Independencia	90.000 130.000 70.000 50.000 50.000 130.000 100.000 10.000 - -
Metro-politano Occidente	9	COSAM Melipilla COSAM Talagante COSAM Peñaflor COSAM Pudahuel CODESAM Pudahuel COSAM Renca COSAM Quinta Normal COSAM Cerro Navia COSAM Lo Prado Hospital Félix Bulnes CRS Salvador Allende H. San José de Melipilla Hospital San Juan de Dios	Melipilla Talagante Peñaflor Pudahuel Pudahuel Renca Quinta Normal Cerro Navia Lo Prado Providencia Pudahuel Melipilla Quinta Normal	70.000 55.000 75.000 100.000 100.000 120.000 80.000 100.000 130.000 110.000 50.000 70.000 -
Metro-politano Oriente	8	COSAM Las Condes COSAM Lo Barnechea COSAM Ñuñoa COSAM La Reina COSAM Vitacura PROVISAM COSAM Macul COSAM Peñalolén CRS Peñalolén Hospital del Salvador H. Luis Calvo Mackenna Instituto Geriátrico	Las Condes Lo Barnechea Ñuñoa La Reina Vitacura Providencia Macul Peñalolén Peñalolén Providencia Providencia Providencia	70.000 40.000 75.000 35.000 20.000 50.000 90.000 110.000 110.000 - - -
Metropolitano Sur Oriente	10	COSAM La Bandera COSAM Rinconada COSAM La Granja COSAM La Pintana COSAM La Florida COSAM Puente Alto COSAM CEIF P. Alto Centro COSAM CEIF P. Alto Norte COSAM S. José de Maipo COSAM Pirque Hospital Sótero del Río Hospital Padre Hurtado Hospital de La Florida	San Ramón San Ramón La Granja La Pintana La Florida Puente Alto Puente Alto Puente Alto San José de Maipo Pirque Puente Alto San Ramón La Florida	40.000 40.000 120.000 130.000 140.000 100.000 100.000 - - 20.000 200.000 100.000 140.000
Metropolitano Sur	6	COSAM San Bernardo COSAM Pedro Aguirre Cerda COSAM El Bosque CESAM San Joaquín CESAM Lo Espejo COSAM Paine Hospital Barros Luco Hospital El Pino Hospital de Buin	San Bernardo P. Aguirre Cerda El Bosque San Joaquín Lo Espejo Paine San Miguel San Bernardo Buin	170.000 100.000 70.000 90.000 100.000 60.000 230.000 100.000 80.000

T.1: Número de Centros de Salud Mental Comunitarios por Servicio de Salud. Fuente: Elaboración propia en base a datos del documento Modelo de gestión Centro de Salud Comunitaria 2018, MINSAL.

La región del Biobío es la segunda región más poblada de Chile después de la región Metropolitana de Santiago, y solo posee diez Centros de Salud mental es sus Servicios de Salud, cuatro en Concepción, cuatro en Arauco, dos en Ñuble y ninguno en el Biobío.

Nota: Por falta de actualizaciones estadísticas, se considera que el Ñuble aún pertenece a la región del Biobío .

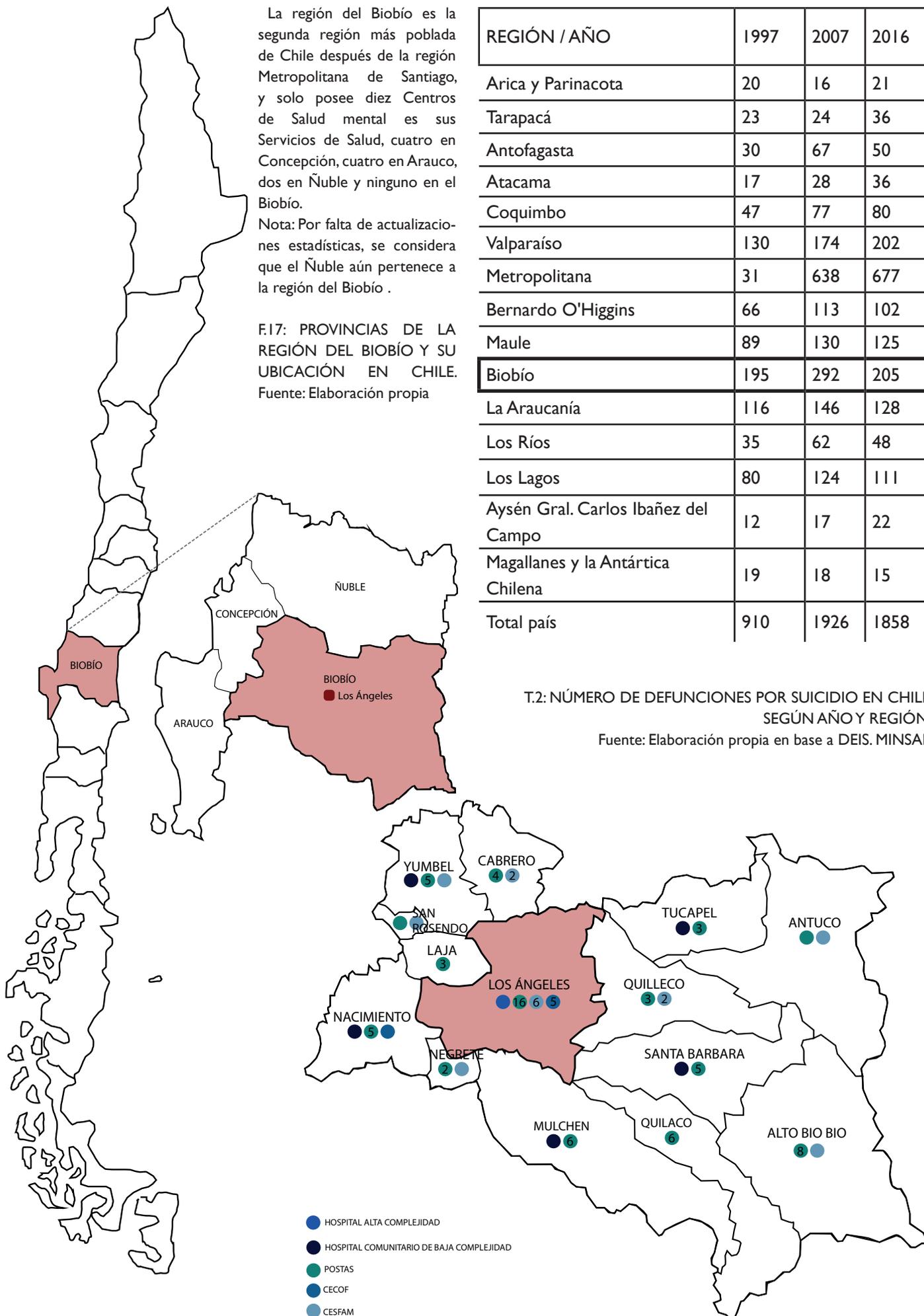
F.17: PROVINCIAS DE LA REGIÓN DEL BIOBÍO Y SU UBICACIÓN EN CHILE.

Fuente: Elaboración propia

REGIÓN / AÑO	1997	2007	2016
Arica y Parinacota	20	16	21
Tarapacá	23	24	36
Antofagasta	30	67	50
Atacama	17	28	36
Coquimbo	47	77	80
Valparaíso	130	174	202
Metropolitana	31	638	677
Bernardo O'Higgins	66	113	102
Maule	89	130	125
Biobío	195	292	205
La Araucanía	116	146	128
Los Ríos	35	62	48
Los Lagos	80	124	111
Aysén Gral. Carlos Ibañez del Campo	12	17	22
Magallanes y la Antártica Chilena	19	18	15
Total país	910	1926	1858

T.2: NÚMERO DE DEFUNCIONES POR SUICIDIO EN CHILE SEGÚN AÑO Y REGIÓN.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. MINSAL



F.18: DISPOSITIVOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DEL BIOBÍO.

Fuente: Elaboración propia

3.2 LOS ÁNGELES, REGIÓN DEL BIO BIO.

Los Ángeles es la capital de la Provincia de Biobío ubicada en la región del mismo nombre. La comuna se ubica entre los ríos de La Laja y Biobío, a 133 metros sobre el nivel del mar.

La población comunal es de 202.331 habitantes según el Censo del 2017, de los cuales el 74,7% corresponde a habitantes de área urbana y 25,3% de área rural; en una superficie de 1748,2 km² y con una densidad de 115,46 há/km².

RESEÑA HISTÓRICA

El 20 de marzo de 1739 por orden del gobernador de Chile, José Manso de Velasco, se funda la Villa de Nuestra Señora de Los Ángeles y el 26 de mayo de ese mismo año comenzó el trazado de las calles (actual día de aniversario de la comuna). La zona tuvo un alto carácter militar, religioso, de encuentro social y de mixtura cultural.

En 1852, se crea la Provincia de Arauco, con capital Los Ángeles hasta el 13 de octubre de 1875, cuando se crea la nueva Provincia de Arauco, con capital Lebu, y la Provincia de Biobío, con capital Los Ángeles. Durante décadas, la localidad se debatió entre la pobreza y el abandono, pero el posterior auge agrícola y ganadero de la zona dio paso a su consolidación, a partir de fines del siglo XIX.

Fue durante el siglo XX cuando la localidad comenzó a transformarse en una ciudad, cuya influencia alcanza a toda la provincia. El auge comunal se vio acrecentado desde la década del 1920, con la construcción de una serie de canales de regadío. Se produjo así un auge productivo en el ámbito agropecuario. A fines del siglo XX se inició una nueva fase de desarrollo, con el auge de la agroindustria, la agricultura de exportación y el empuje del rubro forestal. En la actualidad, Los Ángeles sigue consolidándose como una pujante capital provincial agrícola y forestal y como ciudad de servicios de todo tipo.

Con la construcción del Ramal Santa Fe - Los Ángeles, en 1877, llega el ferrocarril a la ciudad, con estación a pocas cuadras de la Plaza de Armas. En el año 1921, este ramal se prolonga hacia Santa Bárbara, en la precordillera, recibiendo así, la estación de Los Ángeles, un gran tráfico de trenes de pasajeros y de carga. (PLADECO 2011).

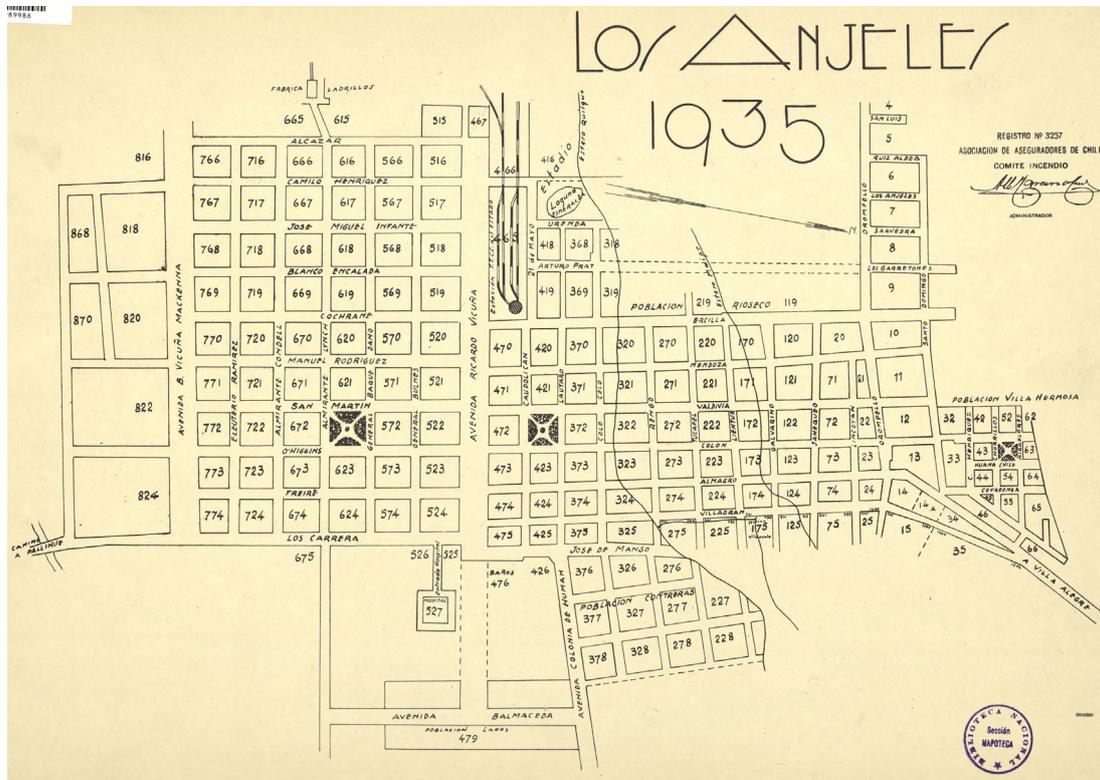
CLIMA

La ciudad de Los Ángeles tiene un clima templado cálido con estaciones marcadas y de períodos secos y de lluvias similares.

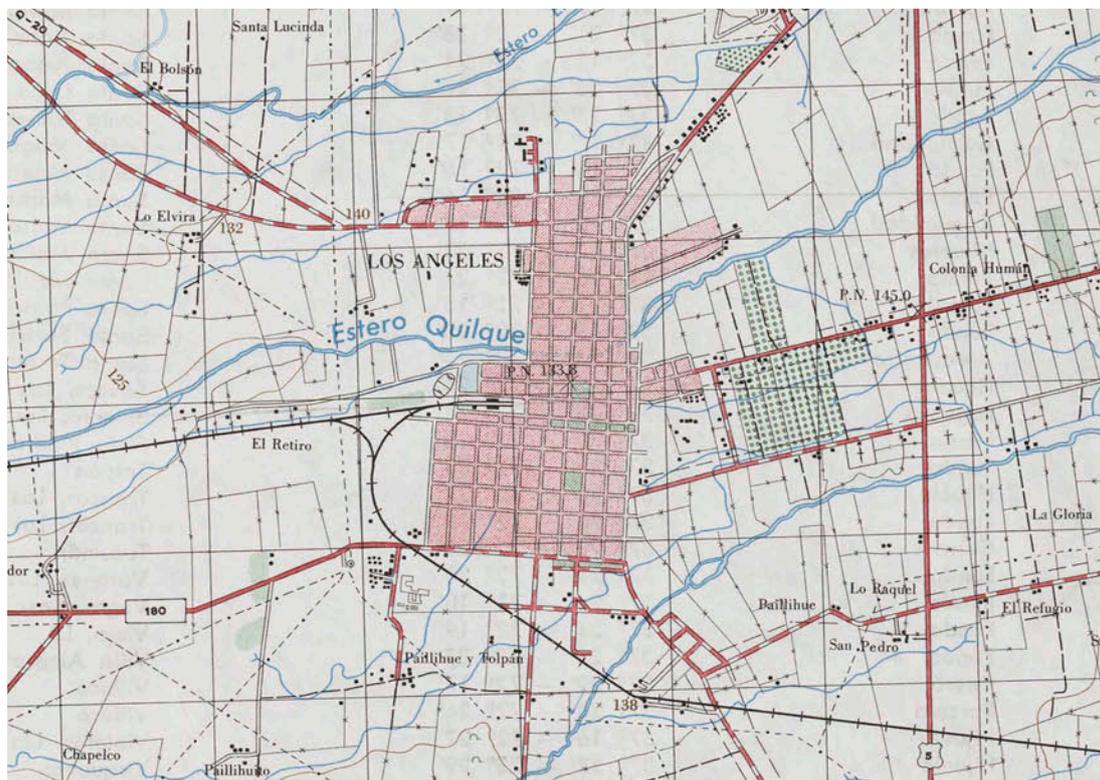
El verano es una estación principalmente seca con temperaturas máximas que oscilan entre 32° y 37° y precipitaciones de 23 mm en enero, el mes más seco. El invierno, por otra parte, se caracteriza por ser una estación lluviosa con un 85% de las precipitaciones anuales, siendo junio el mes más lluvioso con 228mm en promedio.

Otra característica climática de Los Ángeles es el viento Puelche. Viento cálido y seco que viene desde la cordillera de Los Andes y que, debido a la situación geográfica de la ciudad en un extenso valle y con la Cordillera de Nahuelbuta impidiendo la entrada de aires húmedos, se estanca e influye en las altas temperaturas de sensación térmica del verano.

La época de más viento va desde mediados de noviembre a inicios de marzo, con velocidades promedio de más de 7,5 km/h. El resto del año se registra una velocidad promedio de 6,7 km/h. (Worldmeteo. 2018)



F.19: LOS ANJELES 1935. ASOCIACIÓN DE ASEGURADORES DE CHILE, COMITE INCENDIO. MAPOTECA
 Fuente: Biblioteca Nacional



F.20. LOS ANJELES 1969. EXTRACCIÓN DE LEVANTAMIENTO AEROFOTOGRAMÉTRICO.
 Fuente: Biblioteca Nacional



F21 LOS ANGELES: SITUACIÓN ACTUAL

3.2 EL TERRENO

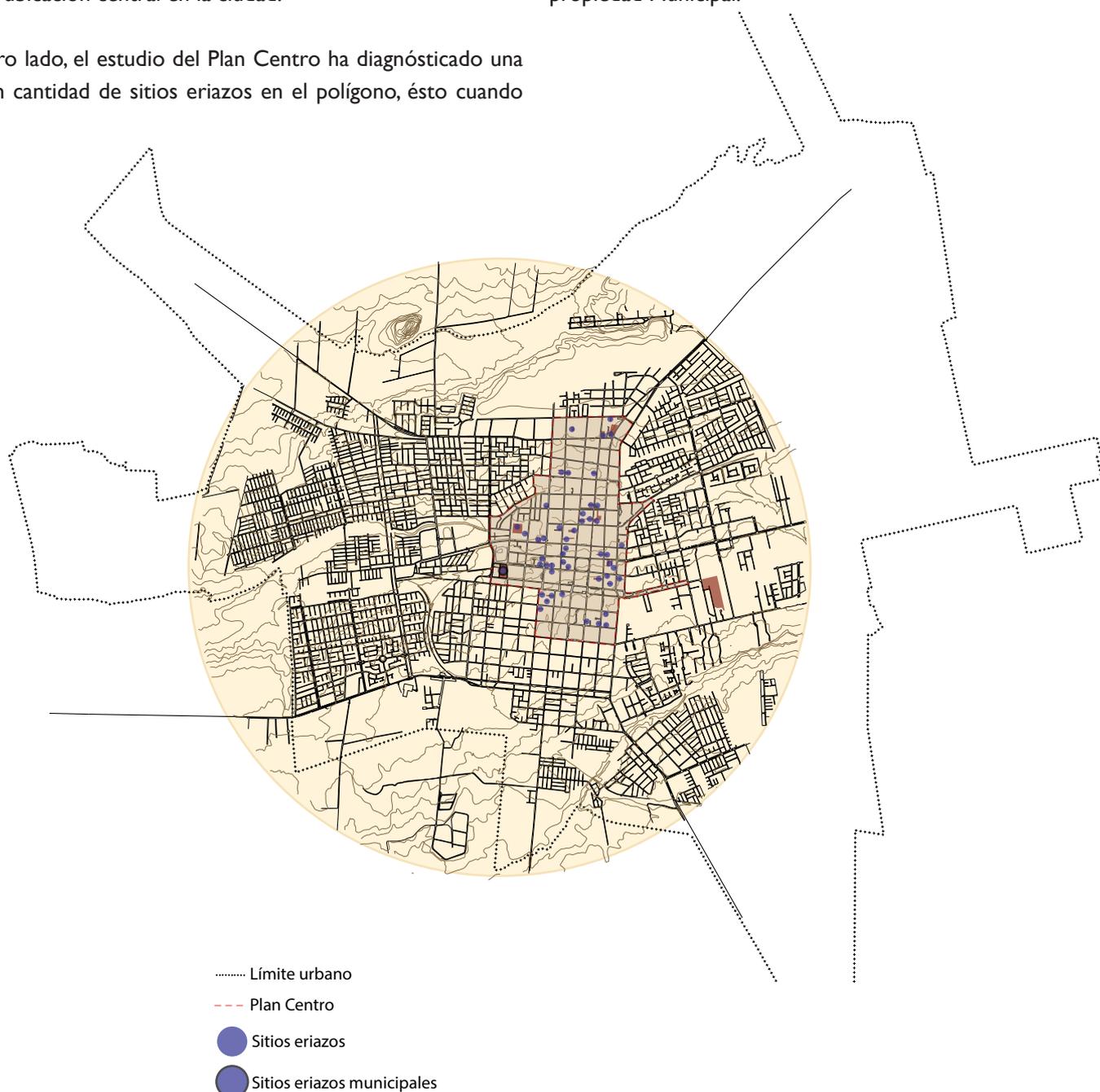
3.2.1 Criterios de selección

PLAN CENTRO

La Ilustre Municipalidad de Los Ángeles ha encargado este año (2018) un estudio para el diseño de espacio público y urbano en el área central de la ciudad, con el objeto de mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es por ello, que el terreno se encuentra inmerso en esta área, ya que es un tema contingente para el Municipio, además de las ventajas que conlleva una ubicación central en la ciudad.

Potro lado, el estudio del Plan Centro ha diagnosticado una gran cantidad de sitios eriazos en el polígono, ésto cuando

la ciudad se encuentra en constante expansión, es decir, está creciendo en los perímetros pero está dejando espacios vacíos en su interior. Se considera estos sitios eriazos como una oportunidad para reactivar el centro de la ciudad con equipamiento, en este caso se propone uno de Salud. Dentro de todos los sitios eriazos identificados, se elige el único de propiedad Municipal.

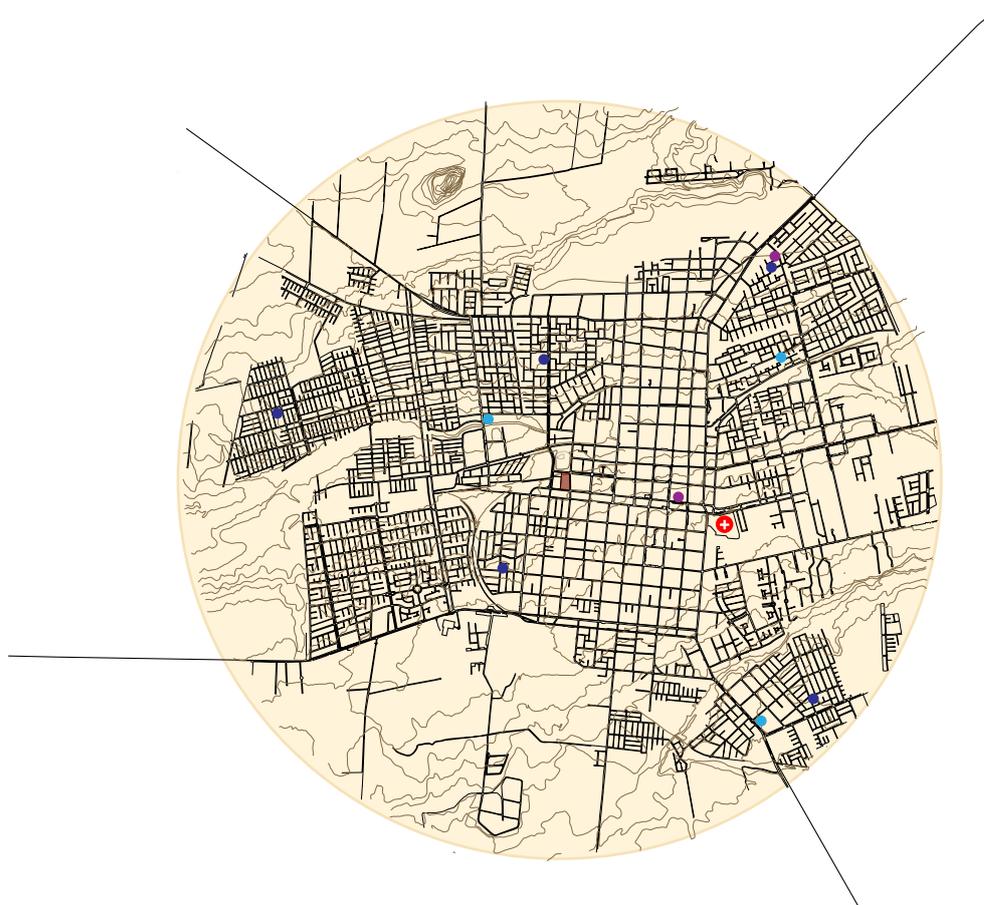


F.22: PLAN CENTRO Y SITIOS ERIAZOS.
Fuente: Elaboración propia.

INSERTO EN LA COMUNIDAD Y RED DE SALUD

El Centro de Salud Mental Comunitario debe incorporarse a la red de Salud, pero no al interior de un Hospital o contiguo a él, ya que en los criterios establecidos por el Ministerio de Salud, se considera que el establecimiento debe estar inserto en la comunidad, siendo la estrecha relación con la comunidad un elemento central a considerar en la definición de los criterios espaciales, funcionales y de seguridad, a fin de resguardar el ejercicio de los derechos de las personas (MINSAL, 2018).

El sitio eriazzo municipal escogido cumple con los requisitos, al ubicarse central, se encuentra cerca de los dispositivos de atención primaria de la red de Salud, y a su vez, se encuentra en la misma avenida que el Hospital para poder transferir a los pacientes críticos en caso de ser necesario.



RED DE SALUD

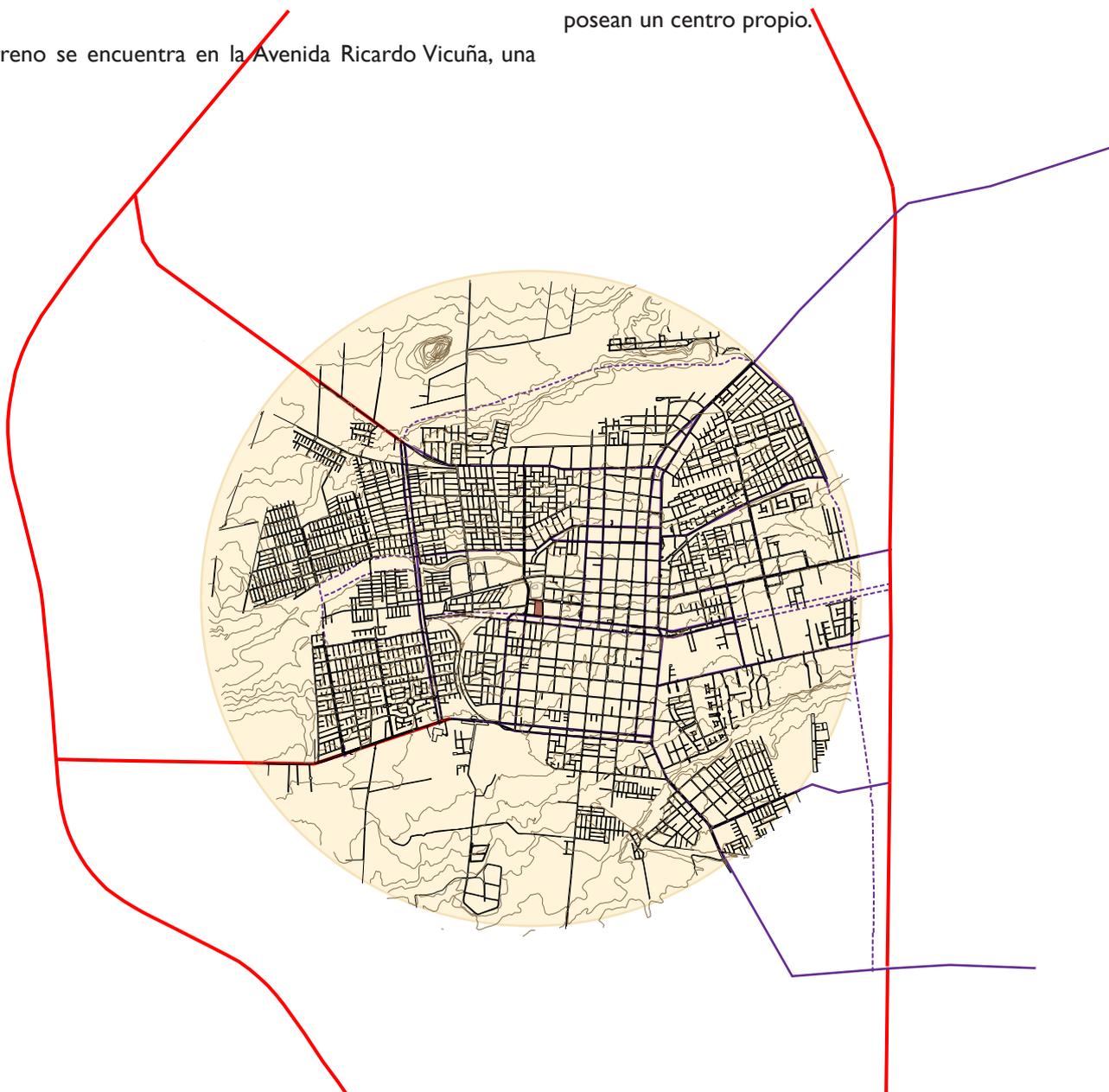
- ⊕ Hospital
- CESFAM
- CECOSF
- SAPU

CONECTIVIDAD

Los establecimientos de Salud requieren de una ubicación con buena conectividad, de preferencia junto a vías principales y con acceso al transporte público. La idea en este caso, es facilitar la llegada de los pacientes al centro y promover la compañía de sus amigos y/o familiares.

El terreno se encuentra en la Avenida Ricardo Vicuña, una

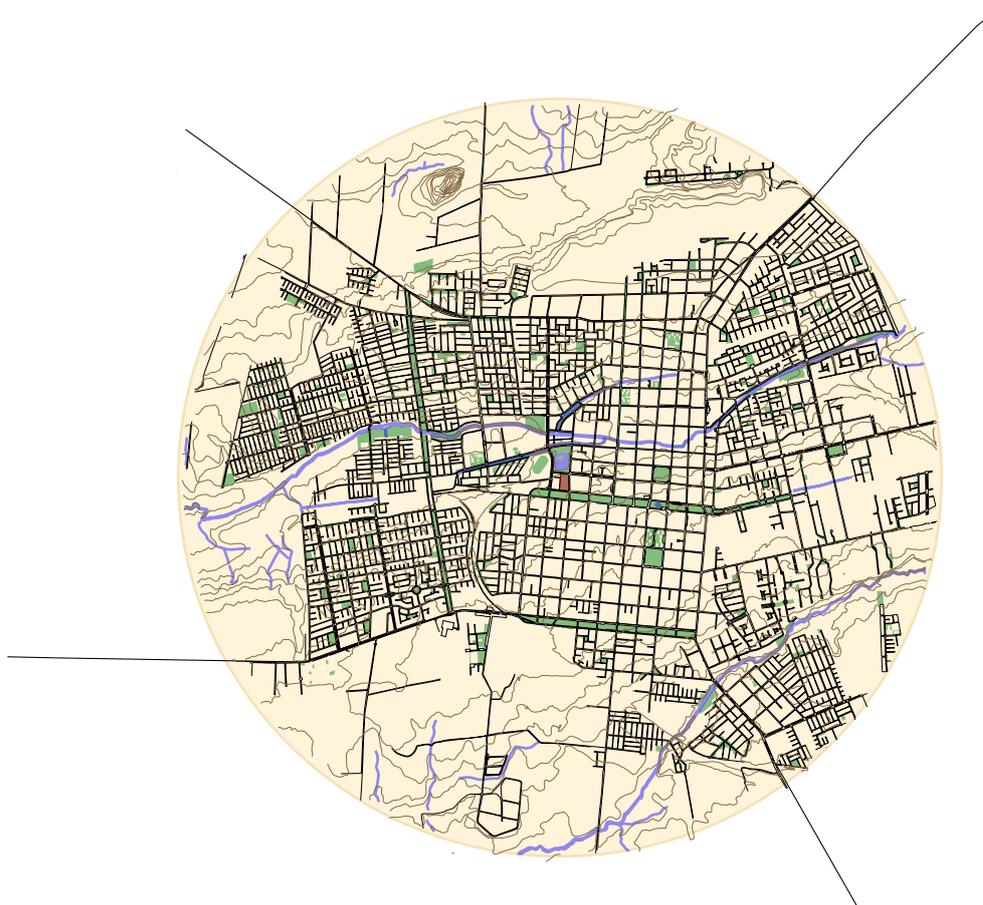
vía colectora, que conecta con varias vías principales de la ciudad, y que tiene proyectos de expansión a futuro tanto al oriente como al poniente, facilitando aún mas la llegada a las vías troncales o interregionales, a utilizar en caso de traslados del personal a los pueblos contiguos mientras aún no posean un centro propio.



- VIALIDAD
- Vía Troncal
 - Vía Colectora
 - Vía Colectora proyectada

CERCANÍA A ÁREAS VERDES

El terreno se ubica cerca de las áreas verdes para potenciar la idea de los jardines terapéuticos que se va a tratar más adelante. Está entre el bandejón central verde de la Av. Ricardo Vicuña, y contiguo al Parque Esmeralda, dos de las áreas verdes más valoradas dentro de la ciudad.



■ Áreas verdes según PRC

— Esteros y laguna

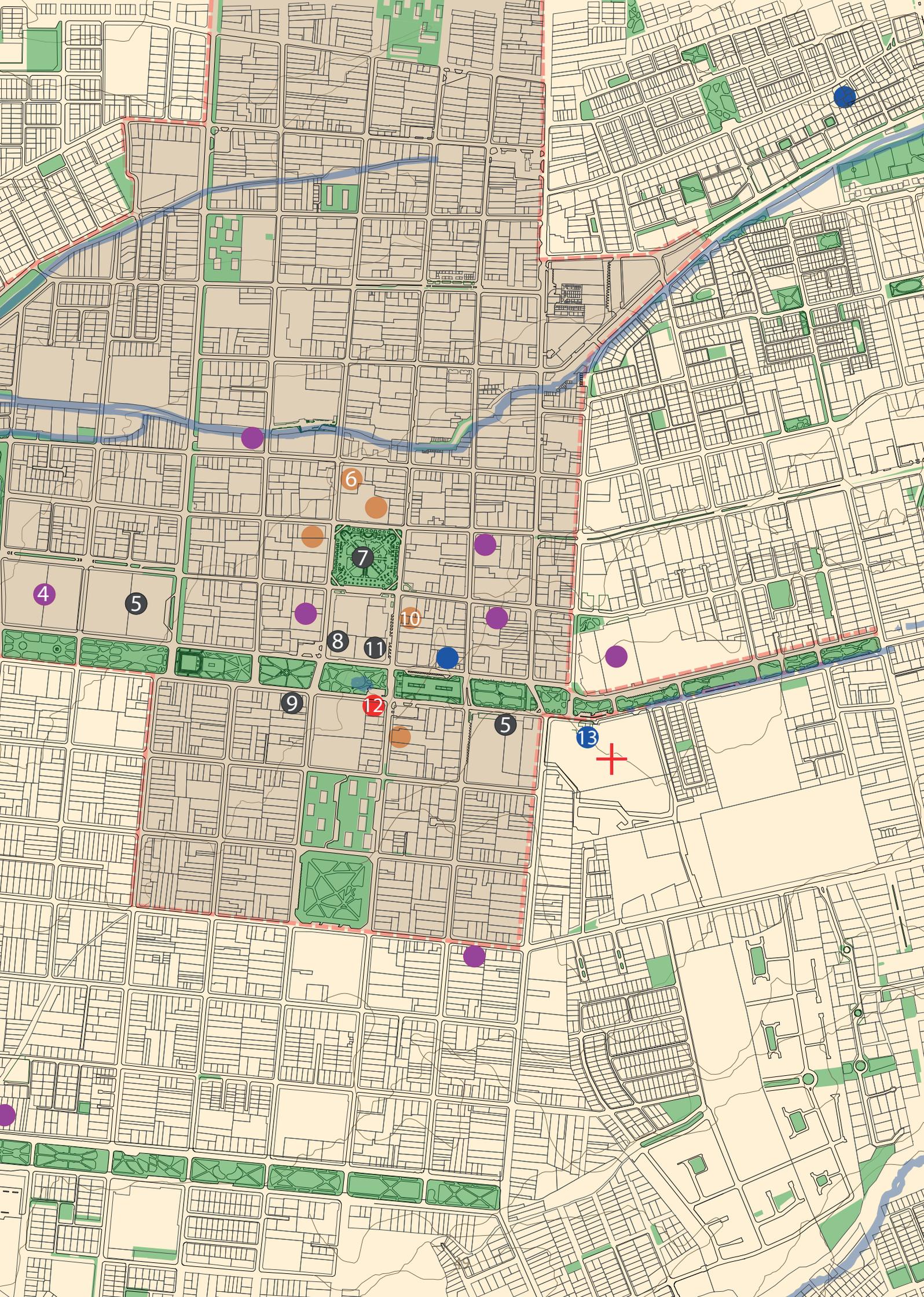


SIMBOLOGÍA

- 1- Estadio Municipal
- 2- Laguna Esmeralda
- 3- Estero Quilque
- 4- INACAP
- 5- Supermercado
- 6- Teatro Municipal
- 7- Plaza de Armas
- 8- Municipalidad
- 9- Carabineros
- 10- Biblioteca Pública
- 11- Primera comisaria
- 12- Bomberos
- 13- Hospital Los Angeles - Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz
- 14- Parque Estero Quilque

- Equipamiento Deportivo
- Equipamiento Educacional
- Equipamiento cultural
- Equipamiento Salud
- Bomberos





3.3.2.2 HITOS VERDES

El terreno se encuentra entre dos importantes hitos verdes de la Ciudad de Los Ángeles, que son la Laguna Esmeralda y el bandejón verde de la Avenida Ricardo Vicuña.

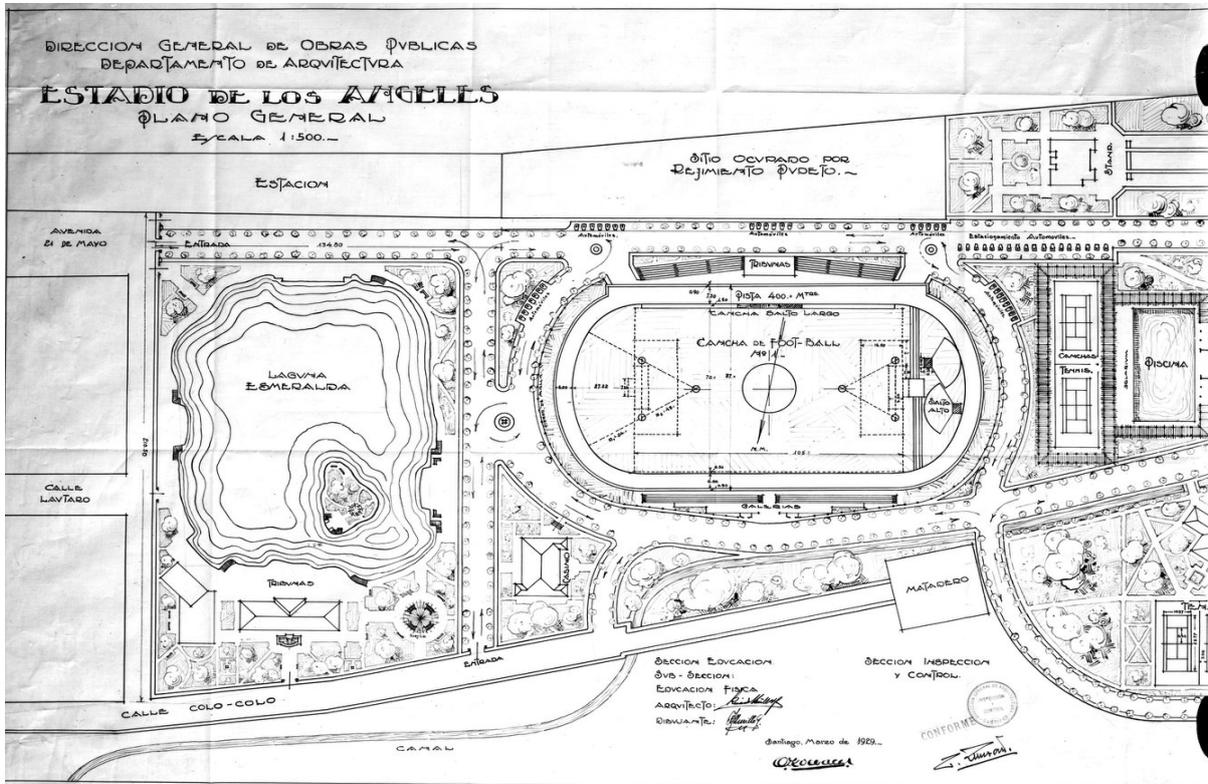
Los jardines de la Avenida Ricardo Vicuña se presentan en este bandejón de gran extensión, y fueron diseñados y ejecutados en su mayoría por Osvaldo órdenes Vidal (1926-2013), paisajista, escultor y poeta angelino. Éstos se pueden recorrer a través de senderos, acompañados siempre de vegetación abundante y buena iluminación, y va sorprendiendo en el camino con varias instancias como fuentes de agua, piletas y esculturas. También posee espacio de recreación para niños y adolescentes como multicanchas, skatepark y parque de juegos infantiles, o para visitar en familia como plaza para ferias y feria artesanal, y además un anfiteatro donde se pueden llevar a cabo eventos a mayor escala. Uno de los últimos espacios incorporados fue la plaza inclusiva el 2016, la cual está destinada para el deporte y la recreación para personas en situación de discapacidad, lo cual refleja la importancia de que estos espacios públicos sean realmente para toda la comunidad.

En cuanto a la Laguna Esmeralda, fue inaugurada en noviembre de 1922, antes de su creación, el terreno era una cantera donde se sacaban piedras y arenas, y el entonces encargado de aguas de Los Ángeles, don Alberto Urenda, tuvo la idea de trasladar el canal que atraviesa la avenida Ricardo Vicuña de oriente a poniente, para que estas fueran a dar a este hoyo que se había formado, formando la Laguna. En aquella época, Los Ángeles carecía de espacios públicos, y para que la gente pudiera pasear y conversar sólo existía la plaza de armas, pero después de su inauguración, fue durante mucho tiempo uno de los paseos más importantes de la ciudad donde se realizaban las actividades sociales en la década de los 30'. (Ahumada, B. 2017). Actualmente continua siendo un espacio verde importante para la ciudad, se encuentra bien cuidada y conservada, y es recorrida por muchas personas por sus características naturales y su ubicación céntrica. Posee un sector de juegos para niños, y en verano se arriendan botes a remo o a pedal para poder recorrerla.



F.26 :VISTA AÉREA DEL TERRENO E HITOS VERDES.

Fuente: Elaboración propia en base a imagen web.



F27 : PLANO CONJUNTO LAGUNA ESMERALDA ESTADIO MUNICIPAL, 1929.

Fuente: Sitio web



F28 : ANTIGUA VISTA AÉREA DEL TERRENO Y CONTEXTO INMEDIATO.

Fuente: Historiador Tulio Gonzalez



PUENTE LAGUNA ESMERALDA



LAGUNA ESMERALDA



ANFITEATRO



PLAZA FERIA



MULTICANCHA



PLAZA INCLUSIVA





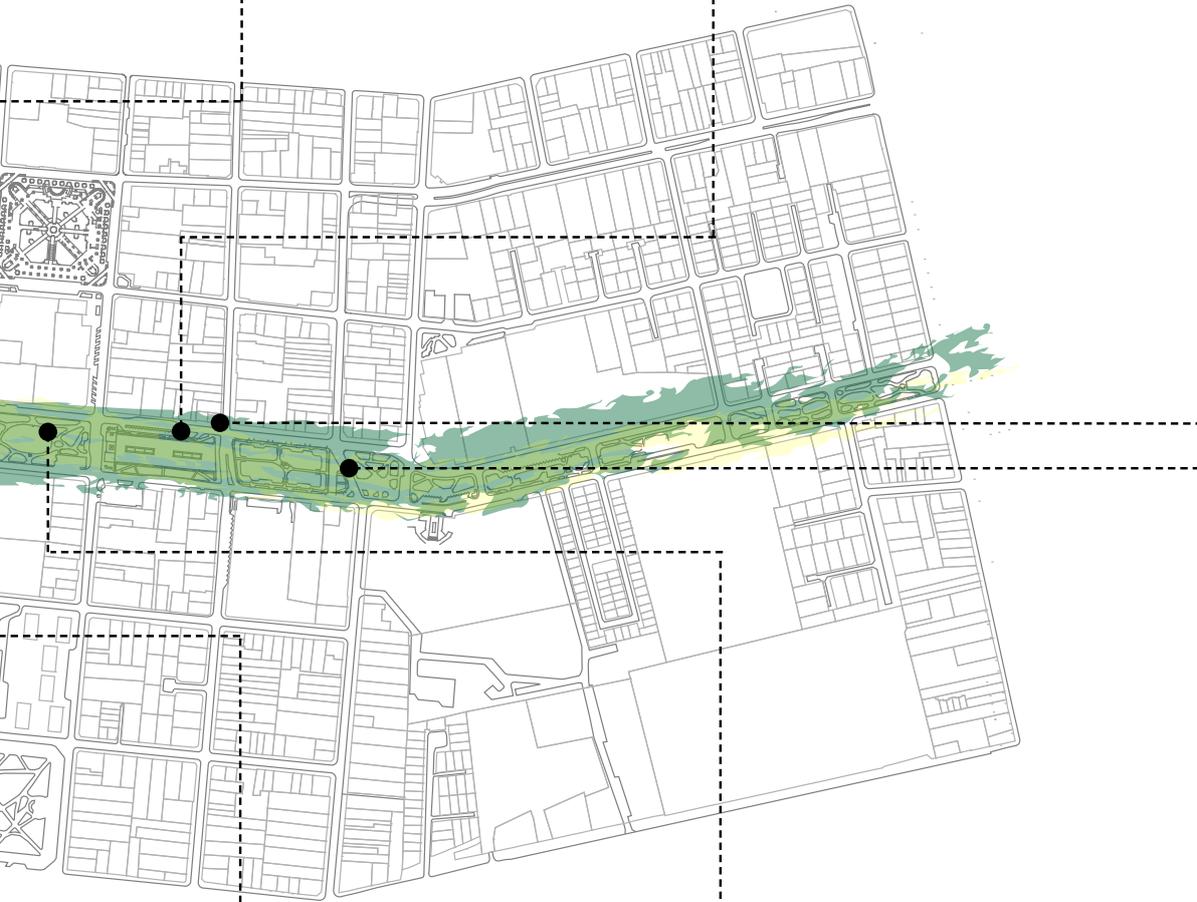
PILETA Y ESCULTURAS



FERIA ARTESANAL



ILUMINACIÓN



SKATE PARK



FUENTE DE AGUA



PARQUE JUEGOS INFANTILES GABRIELA MISTRAL



F29: HITOS VERDES: LAGUNA ESMERALDA Y BANDEJÓN AVENIDA RICARDO VICUÑA.

Fuente: Elaboración propa.

3.3.3 IMAGENES DEL TERRENO: SITUACIÓN ACTUAL



F.30 VISTA DEL TERRENO DESDE BANDEJÓN AVENIDA RICARDO VICUÑA.

Fuente: Elaboración Propia



F.31: RELACIÓN ENTRE EL TERRENO (DERECHA) Y LA LAGUNA POR CALLE 21 DE MAYO

Fuente: Elaboración propia.



F. 32: EL TERRENO
Fuente: Elaboración propia.



F. 33 VISTA DEL TERRENO(IZQUIERDA) POR CALLE URENDA HACIA EL NORTE
Fuente: Elaboración propia.



F.34:VISTA AL TERRENO (CIRCO) DESDE LA LAGUNA.
Fuente: Elaboración propia.



F.35:VISTA AL TERRENO DESDE LAGUNA ESMERALDA.
Fuente: Elaboración Propia



E36: ORTOFOTO 2018:

Fuente: PLAN CENTRO, MAZO ARQUITECTOS

REFERENTES

04

En el mundo existen múltiples proyectos de arquitectura destinados a la Salud Mental, y como se mencionó en un comienzo, su diseño y planteamiento se ha ido modificando constantemente a lo largo de la historia. Los referentes arquitectónicos utilizados en el desarrollo del proyecto Centro de Salud Mental Comunitario de Los Ángeles, pretenden destacar cómo a través de la arquitectura (forma, materialidad, iluminación, distribución de espacios, mobiliario, etc.) y con distintas estrategias de diseño, se han logrado generar espacios óptimos para lugares destinados a la salud, y cuyo objetivo en común es velar por entregar la mejor calidad espacial a los pacientes, proyectando arquitectura más humana, con espacios propicios para llevar a cabo sus terapias y actividades. Es por ello que, también se pretende ir más allá de la eficiencia del funcionalismo, abarcando la arquitectura desde el punto de vista de la humanización y la sanación, y del aporte que genera ésta en el tratamiento de un paciente, condiciones que tienen que ver principalmente con las vistas, las formas, los colores y la relación con la naturaleza.

4.1 NEW MOSCOW MEDICAL CENTER

CREO ARKITEKTER A/S, SWECO ENGIENIERES

Ubicación: Moscú, Rusia.

Tamaño: 10.000 m²

Año: 2014

El mayor valor de este proyecto, es cómo utiliza la naturaleza existente en el sitio como parte activa de su expresión arquitectónica.

Este centro se encuentra inmerso en el bosque y busca ajustarse a su entorno trabajando en una escala menos imponente y más humana, a través de varios volúmenes entrelazados que dan la impresión de un edificio compacto, y a su vez espacioso. Estos volúmenes se organizan mediante una serie de patios y vacios verdes que proporcionan buenas condiciones de luz natural, y que otorgan una fuerte conexión visual con el exterior, generando un ambiente interior más saludable y acogedor, y reforzando la conexión de los pacientes con la naturaleza.



F38: Emplazamiento

F39: Patio interior de doble altura.

Fuente: Archdaily.



4.2 KINDERSPITAL ZURICH CHILDREN'S HOSPITAL

HERZOG & DE MEURON

Ubicación: Suiza

Superficie total: 84.579 m²

Año: Proyecto 2012, construcción para 2022

Este hospital infantil contempla dos edificios, un centro de enseñanza e investigación, y el edificio principal que funciona para exámenes y tratamientos de niños y adolescentes. Este último es un edificio de 3 pisos que se posiciona en el terreno de manera horizontal, generando una mayor conexión física y visual entre el interior y el exterior.

Uno de los elementos más interesantes del edificio son los patios interiores, donde el círculo rompe el orden del ángulo recto, y sirve para marcar áreas específicas dentro del edificio, transformándose a su vez en puntos de orientación o de encuentro. También, se destaca que la superficie de la fachada está constituida por variados cerramientos, lo que le permite responder adecuadamente a los requerimientos de privacidad y luz natural de cada recinto.

F40: Patio Interior.

F41: Fachada principal, llegada al edificio.

Fuente: Archdaily.



4.3 PSYCHIATRIC HOSPITAL BALLERUP

CREO ARKITEKTER S/A

Ubicación: Ballerup, Dinamarca.

Tamaño: 6000 m²

Año Proyecto:2014

Esta propuesta deja atrás la tipología institucional de hospital, y a través de una expresión arquitectónica contemporánea, trabaja con varios volúmenes programáticos conectados por jardines terapéuticos y espacios verdes que son constantes en todo el recorrido, generando una relación de simbiosis entre ellos, enriqueciéndose mutuamente.

El uso de una escala más humana permite un espacio óptimo y acogedor para sus pacientes, familiares y el personal que trabaja en él. A su vez, el techo a dos aguas es un elemento reconocible por el usuario, con reminiscencia al hogar, asociando el centro con armonía y tranquilidad. Por último, se destaca el alto nivel de detalle trabajado evidenciado en el mobiliario.



F.42: Vista interior

F.43: Vista general del edificio.

Fuente: Archdaily.



PROPUESTA

05

Como se constato anteriormente, resulta necesaria la construcción de nuevos Centros de Salud Mental en el país. Es por ello que el presente proyecto de título corresponde a la reformulación de cómo debería ser un Centro Comunitario de Salud Mental en Chile, con una arquitectura integral que cumpla con los objetivos planteados por el nuevo Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, elaborados tras un profundo proceso de refundación y renovación de su visión.

El objetivo principal del proyecto es mejorar las condiciones en el proceso de sanación de los pacientes a través de la arquitectura, y generar un vínculo con la comunidad para terminar con el estigma social de la Salud Mental, siendo un modelo replicable para los futuros centros del Servicio de Salud del Biobío.

A continuación, se describirá el proyecto desde la estrategia de inserción urbana hasta las estrategias formales, conceptuales y programáticas que han llevado a concretar el Centro de Salud Mental Comunitario de Los Ángeles.

5.1 PROPUESTA URBANA

Las áreas verdes son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los habitantes de una ciudad. De acuerdo al Ministerio del Medio Ambiente (MMA), los parques entregan beneficios ambientales, tales como captura de dióxido de carbono, protección de la biodiversidad y mejoramiento de la calidad del aire. De la misma manera, mejoran la calidad de vida de la población, controlan la temperatura urbana, establecen corredores biológicos, ofrecen espacios que facilitan la integración social y actividad física y son parte de las herramientas esenciales del diseño urbano.

El informe Infraestructura Crítica para el Desarrollo 2018-2027 (ICD) elaborado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC), concluye que en la región del Biobío existe un déficit de áreas verdes, con una cifra de 4,3 m² de espacio público por habitante (la cifra de la ciudad de Los Ángeles se encuentra incluso por debajo de esta media regional llegando a 2,1 m²/hab.), mientras que la Organización

Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países que las ciudades deben tener al menos 9 m²/hab., y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomienda 16 m²/hab. Por otro lado, la expansión de la ciudad de Los Ángeles y su crecimiento demográfico no ha ido de la mano con la generación de nuevas áreas verdes que mejoren las cifras mencionadas, a excepción del Parque Urbano Estero Quilque(2018) parte del Plan de Regeneración Urbana del Ministerio de Vivienda y Urbanismo MINVU.

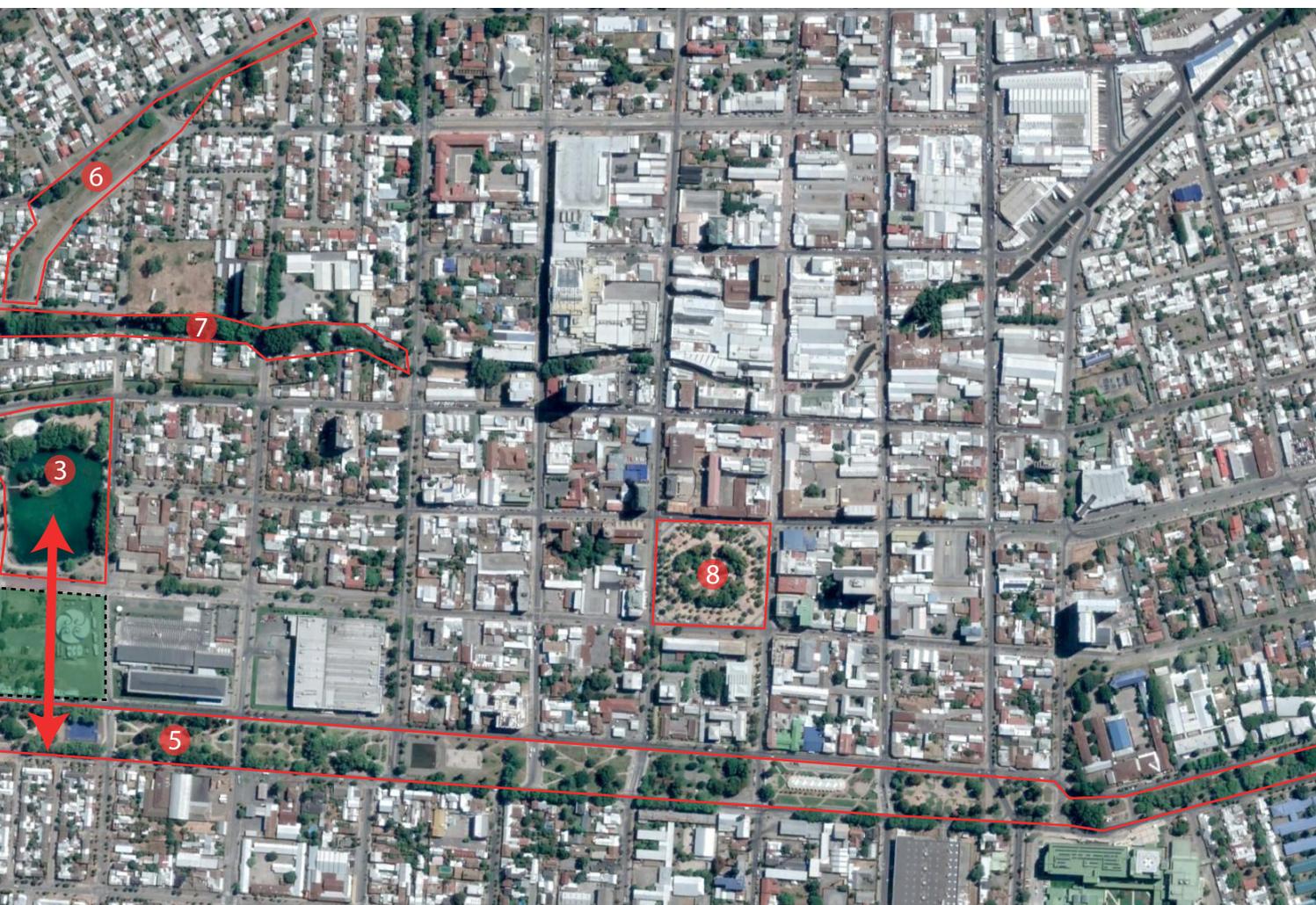
El terreno definido para el emplazamiento del proyecto, se encuentra en una zona urbana consolidada, y una ubicación privilegiada entre dos de los espacios verdes más importantes de la ciudad como son la Laguna Esmeralda y el bandejón de la Avenida Ricardo Vicuña. Sin embargo, y a pesar de que tiene una gran cantidad de equipamiento y su consecuente flujo (estadio municipal, incap, supermercado, laguna, viviendas, jardines infantiles, etc.), existe una desconexión entre



estos espacios ya que al ser un sitio eriazos, su condición de descuido y abandono representa actualmente una barrera para las personas más que una opción de tránsito, lo cual según testimonios, se ve intensificado al anochecer al considerarse un lugar sin iluminación y propicio para la delincuencia. Lo anterior, genera entonces, una oportunidad para el terreno y la estrategia de inserción urbana que ahí se plantea. En tal sentido, la propuesta para el Centro de Salud Mental Comunitario de Los Ángeles es dar continuidad espacial entre estos dos hitos de la ciudad, activándolos, mediante la entrega de espacio privado al uso público, que a su vez se integra a la red de áreas verdes terminando por conformar un sistema, consolidando una gran estructura verde en la ciudad. El principal atributo urbano del proyecto es su carácter comunitario, para lo cual se potencian y utilizan estos espacios públicos verdes, que constituyen uno de los principales espacios públicos de la ciudad, convirtiéndose en lugares de encuentro, integración e intercambio: promoviendo la

diversidad cultural y generacional de una sociedad. En atención a ello el proyecto invita a las personas que transitan por el lugar a disfrutar el parque, contemplar el paisaje y enterarse de las actividades que se realizan en el Centro, generando un acercamiento de la población al programa psiquiátrico, y buscando revertir el estigma social que tiene.

Por último, se considera la incorporación de áreas verdes como un aporte al plan de descontaminación existente en la ciudad tras ser calificada como 'saturada' el año 2015 por el MMA. El trabajo de áreas verdes se utiliza entonces como una herramienta para mejorar la calidad del aire, ya que la vegetación actúa como un filtro que absorbe y retiene la contaminación particulada que flota en el aire. Un árbol urbano de grandes dimensiones, por ejemplo, puede retener diariamente la contaminación producida por unos 100 autos, al mismo tiempo que purifica el aire, liberando oxígeno (Mi Parque. 2014).



5.2 IDEA ARQUITECTÓNICA

JARDINES TERAPÉUTICOS

El espacio arquitectónico posee especial relevancia para las personas con enfermedad mental cuando se potencia un ambiente terapéutico enfocado en la recuperación de cada persona (MINSAL 2018).

Arquitectónicamente se propone trabajar la idea de **jardines terapéuticos**, por considerarse un espacio acogedor y tranquilizador propicio para realizar las terapias, además de los beneficios a la salud ya señalados anteriormente.

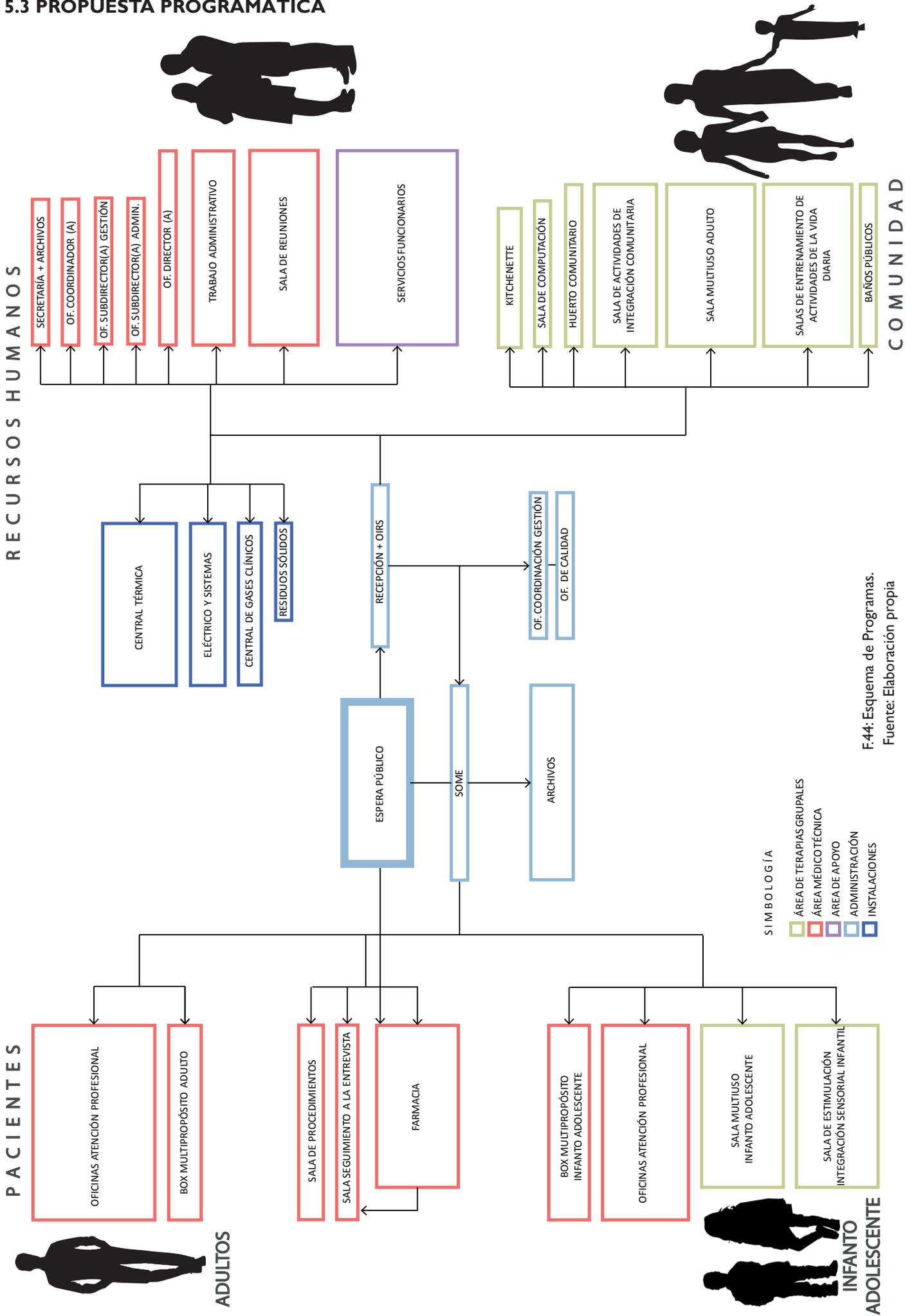
Una dualidad interesante que se trabaja es la relación entre **el aislamiento y la integración** como características complementarias. Para generar un entorno más confortable, el centro debe tener un grado considerable de **aislamiento con el exterior** con el fin de evitar ruidos molestos que puedan interrumpir con el ambiente terapéutico y generar un entorno de recogimiento tranquilidad. Además, el aislamiento otorga una condición de privacidad, necesaria para realizar las terapias individuales. Sin embargo, esto no significa una negación del espacio externo ni la construcción de un espacio cerrado en sí mismo, ya que igualmente debe existir una **relación adentro-afuera**, que desde adentro invite haciendo partícipe a la comunidad en general; y que hacia afuera conecte a los pacientes con el mundo exterior.

En función de los puntos anteriores, es importante el uso de la vegetación como elemento arquitecturizador, tanto en relación al programa y uso (contacto con la naturaleza) como a las ideas de proyecto (aislamiento, privacidad, vistas, etc.)

Los pacientes con enfermedades mentales necesitan de lugares con una **legibilidad espacial** clara, es decir, lo suficientemente simple como para que el paciente lo pueda “leer” y explorar. Esto se debe aplicar en todos los sentidos, ya sea en el acceso, lugares de atención, corredores, etc. Al mismo tiempo, en función del uso y de la situación de los usuarios como pacientes con trastornos mentales, la distribución debe generar **espacios controlados**, separando espacios comunes de público general con las áreas de tratamiento como los jardines, cuidando la tranquilidad, la privacidad y la seguridad de los pacientes.

RECINTO	Nº	SUPERF.	TOTAL M ²
ADMINISTRACIÓN			122
Espera público	2	20	40
Baños públicos	1	10	10
Recepción + OIRS	1	10	10
Oficina coordinación Gestión	1	9	9
SOME	1	12	12
Archivos	1	32	32
Oficina de calidad, seguridad del usuario, y gestión del cuidado	1	9	9
ÁREA MÉDICO-TÉCNICA			456
Oficina Director(a)	1	12	12
Secretaría + archivos del año	1	9	9
OE. Subdirector(a) administrativo	1	9	9
OE. Subdirector(a) Gestión clínica comunitaria	1	9	9
OE. Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y recursos humanos	1	9	9
Box multipropósito Adulto	2	12	24
Box multipropósito Infante Adolescente	2	15	30
Oficinas atención Profesional	17	9	153
Módulo oficina para trabajo administrativo	10	6	60
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15
Sala de reuniones	1	50	50
Farmacia	1	50	50
Sala de Procedimientos	1	18	18
Rack	1	6	6
Estacionamiento silla de ruedas	1	2	2
ÁREA DE TERAPIAS GRUPALES			179
Sala de computación	1	9	9
Sala de estimulación Integración Infantil	1	50	50
Sala multiuso Infante Adolescente	1	50	50
Sala multiuso adulto	1	54	54
Huerto comunitario	1	20	20
Kitchenette	1	12	12
Área casilleros usuarios(as)	1	4	4
ÁREA APOYO			68
Estar Comedor. Funcionarios	1	20	20
Baños funcionarios Mujeres / Hombres	2	10	20
Duchas y vestidor funcionarios Mujeres / Hombres	4	4	16
Casilleros funcionarios	1	4	4
Bodega: Insumos Generales / Insumos Clínicos	2	4	8
INSTALACIONES			86
ELECTRICO Y SISTEMAS			21
Grupo Electrógeno	1	15	15
Tablero General	1	6	6
CENTRAL TÉRMICA			45
Sala de Calderas	1	15	15
Área de Manifold	1	2	2
Estanques de Agua y Bombas	1	20	20
Estación de trabajo	1	6	6
Closet Eléctricos	1	2	2
CENTRAL DE GASES CLÍNICOS			14
Estanque Criogénico de Oxígeno	1	6	6
Banco de gases de respaldo (cilindros)	1	4	4
Almacenaje de cilindros vacíos	1	4	4
RESIDUOS SÓLIDOS			6
Área residuos comunes - Área corto punzantes-Área tachos y carros transporte- Área lavado tachos- Área envases y reciclaje	5	1	5
Closet Insumos aseó	1	1	1
SUPERFICIE NETA			931
CIRCULACIONES Y MUROS (45%)			410
SUPERFICIE TOTAL			1341
ÁREAS EXTERIORES			X
Estacionamientos	22	15	330
Estacionamientos ambulancias	2	24	48
Jardines Terapéuticos	3	300	900

5.3 PROPUESTA PROGRAMÁTICA



F:44: Esquema de Programación.
Fuente: Elaboración propia

USUARIOS

Dados los grados de acción que el proyecto propone, este será destinado a los siguientes usuarios, contando cada uno en su zona correspondiente, ya sean áreas compartidas o exclusivas.

1. Pacientes: El centro está destinado tanto al sector adulto como infanto adolescente de la población, sin embargo, cada grupo de usuario tiene requerimientos distintos y particulares.

2. Funcionarios: Encargados del funcionamiento del centro tanto del área clínica como de gestión (T.?)

3. Familiares y amigos: Los pacientes pueden asistir acompañados de sus familiares y amigos, los cuales son parte fundamental en el proceso de sanación.

4. Comunidad vecina: Como se mencionó en un comienzo, la comunidad cumple un rol fundamental en la integración sociocomunitaria de los pacientes, por lo que el proyecto propone una instancia de acercamiento de la comunidad a la Salud Mental.

PROGRAMA

Para el desarrollo del Centro de Salud Mental de los Ángeles se trabaja con base en los requerimientos planteados en el nuevo modelo de gestión del MINSAL. Para ello, los programas se dividen en cuatro sectores según los usuarios mencionados anteriormente. Cabe destacar, que cada programa está asociado a un patio para generar una constante relación con la naturaleza de los usuarios.

1. ADULTOS: Dedicado al tratamiento terapéutico de los pacientes mayores de edad.

2. INFANTO-ADOLESCENTE: Dedicado al tratamiento terapéutico de los menores de edad. El espacio físico de terapia adquiere especial importancia en la población infantil y adolescente, tanto por las condiciones espaciales como por el uso de colores y equipamiento, los cuales deben otorgar una sensación tanto acogedora como lúdica.

3. COMUNITARIO: Este espacio constituye como la instancia

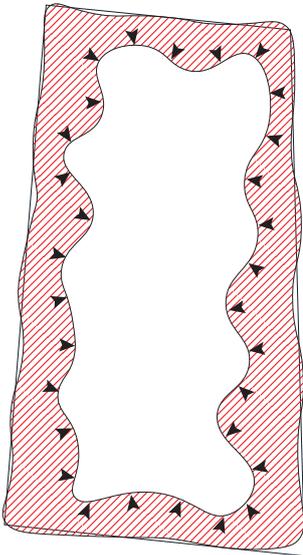
de encuentro entre los usuarios. Se portencian los espacios comunes y incorporan programas que invitan a la comunidad como cafetería y kitchenette, entendiendo que son de suma importancia, ya que potencian la interacción de los pacientes y permiten la compañía de familiares y amigos, donde su apoyo y participación en el cuidado y tratamiento del paciente pueden mejorar su experiencia hospitalaria y los resultados de su recuperación.

4. ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS: Equipamiento necesario para el funcionamiento adecuado del centro.

Recurso Humano Clínico		
Estamento	Detalle Equipo del Centro	N° Cargos
Horas Médicas	Psiquiatra Adulto (22 hrs.)	6
	Psiquiatra Infanto Adolescente(22 hrs.)	3
	Químico Farmacéutico (44 hrs.)	1
Profesionales	Psicólogo(a)	10
	Trabajador(a) Social	9
	Terapeuta Ocupacional	7
	Enfermera (o)	5
	Psicopedagogo (a)	1
Técnicos	Técnico en Rehabilitación	6
	Técnico Social	5
	Técnico Enfermería	2
	Técnico en Farmacia	1
Recurso Humano de Gestión		
Profesionales	Director(a)	1
	Subdirector(a) de Gestión Clínica Comunitaria	1
	Subdirector(a) de Gestión Organizacional y Administrativa	1
	Referente de Finanzas y Recursos Humanos	1
Administrativos	Secretaría	1
	Admisión y Atención al usuario	2
	Oficina Información, Reclamos y Sugerencias	1
	Sistema de Orientación Médica y Estadística	1
Auxiliares	De Aseo	3
	De Estafeta	1

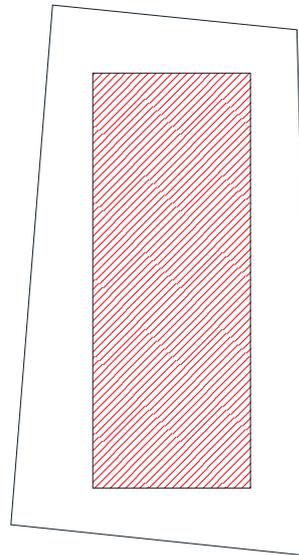
T.3: Estimación de Recursos Humanos para la atención del Centro.
Fuente: Elaboración Propia.

5.4 ESTRATEGIAS DE DISEÑO



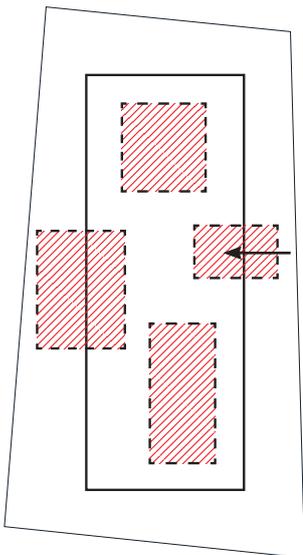
1. BUFFER

Se crea un borde verde con la finalidad de crear continuidad entre los corredores verdes a escala urbana. Además, sirve para contener el proyecto, amortiguándolo de las calles y del terreno colindante.



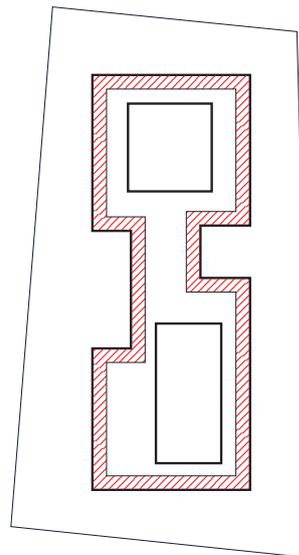
2. VOLÚMEN PRIMITIVO

Se crea el volumen máximo con un paralelepípedo simple de fácil legibilidad espacial, con el fin de que el usuario lo pueda reconocer y entender sin problemas. Se orienta en sentido norte-sur para mejor asolamiento, y que a su vez direcciona y potencia la conexión física y visual entre los hitos verdes colindantes.



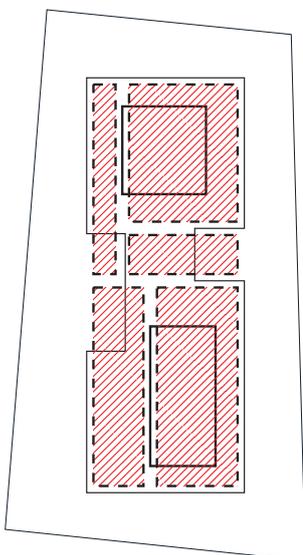
3. EXTRACCIÓN

Se generan vacíos en el interior del volumen con el fin de crear el acceso y patios destinados a los espacios comunes y jardines terapéuticos, siendo estos últimos los espacios más relevantes del proyecto. Cada patio está destinado a un usuario específico (Adulto, infantil, comunidad).



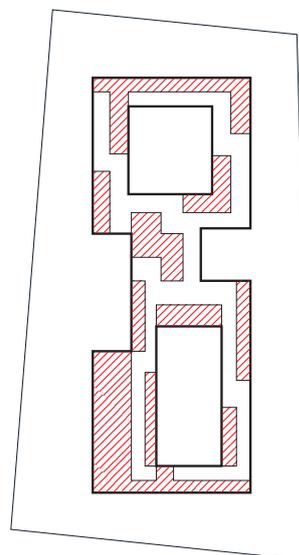
4. PROGRAMAS

Se organiza el proyecto bajo un esquema de circulación/ programa en torno a los patios.



5. SECTORIZACIÓN

Se crea una diferenciación de los programas según cada usuario y se vinculan a sus patios respectivos.



6. REORDENAMIENTO

Se crea un reordenamiento interior con la finalidad de tener mayor control espacial, potenciando los espacios comunitarios y privilegiando la privacidad de los pacientes en los casos necesarios.

5.5 PROPUESTA PAISAJÍSTICA

Actualmente, el terreno no posee vegetación, por lo que debe realizarse una propuesta paisajística en su totalidad. Para ello se proponen tres espacios de las áreas verdes en el proyecto: público, semi público y privado.

Debido a que el terreno no posee vegetación preexistente, se plantea una propuesta paisajística la cual contará de tres partes, caracterizándose cada una de ellas según su escala y nivel de privacidad. Es decir, áreas verdes públicas, ubicadas en el exterior del proyecto y que se configuran como un corredor verde que conecta la Laguna Esmeralda con los jardines de la Avenida Ricardo Vicuña; áreas semi públicas, las cuales se encontrarán colindantes al edificio y participarán en el aislamiento visual de las terapias y consultas orientadas al exterior; y áreas verdes privadas, correspondientes a los jardines terapéuticos.

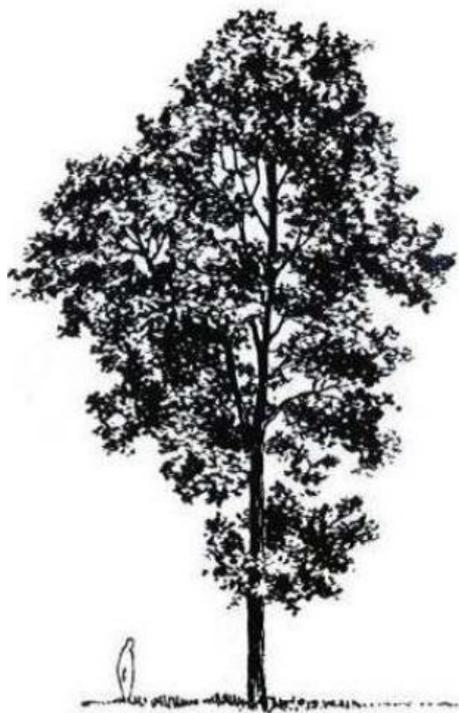
Con respecto a la propuesta vegetal en el corredor verde, se proponen árboles de gran altura como el Fresno y Liquidambar, ambas especies propias de esta zona (CONAF, 2013), y que su objetivo será generar un límite visual principalmente con el edificio orientado al exterior. Además, se propone potenciar este corredor con especies existentes en el entorno



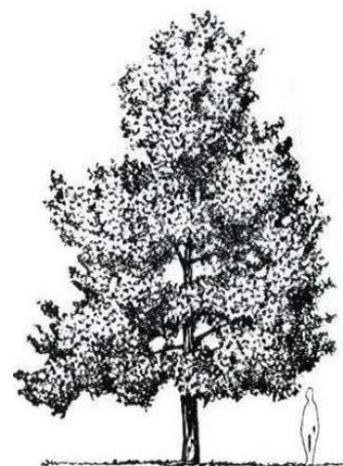
F.47: FRESNO. FRAXINUS EXCELSIOR
Fuente: Web CONAF



F.48: LIQUIDAMBAR STYRACIFLUA.
Fuente: Web CONAF



F.45: FRESNO FRAXINUS EXCELSIOR
(altura: 20-30m | diámetro: 6-10m). Fuente: Deodendron



F.46: LIQUIDAMBAR STYRACIFLUA
(altura: 15-20m | diámetro: 5-7m) Fuente: Deodendron

para generar una continuidad verde y una conexión de lenguaje clara entre los elementos naturales propios del contexto y el proyecto. Se plantea la posibilidad de que el corredor eventualmente funcione como biombo acústico, una vez que las especies alcancen una altura y frondosidad necesaria para esto. La importancia de potenciar los espacios verdes públicos no solo radica en su efecto positivo en el medio ambiente, sino que también tendrán impactos benéficos en la vida diaria de las personas y su salud mental. (Assael, D. 2014)



Los espacios semi públicos corresponden a dos patios destinados a la interacción entre los pacientes usuarios del proyecto con la comunidad. Es por esto que se plantea introducir dos ejemplares de fresnos con la intención de decantar las áreas verdes públicas hacia espacios semi públicos en donde se dejará espacio habilitado para actividades como talleres y actividades comunitarias. Estos espacios reflejarán el primer paso de reincidencia del paciente a la comunidad en un lugar seguro para ellos y de fácil acceso para el público externo.



Y finalmente, los jardines terapéuticos son de exclusivo uso de los pacientes. Los jardines son dos, uno en cada ala del edificio, ubicándose en la zona sur el jardín infante adolescente, y en la zona norte el jardín para adultos. En ellos se plantea un trabajo de la vegetación a partir de los sentidos, generando una selección con variados aroma y colore para estimular a los pacientes con fines terapéuticos. Cada patio contará con especies, cantidad y forma, además de distribución y mobiliario diferente entre sí, ya que responderán directamente a sus usuarios.



F.49: Institute for Child and Adolescent Development.
Fuente: Reed Hilderbrand.

Se propone, además, un recorrido a través de los jardines terapéuticos por senderos de geometría orgánica, con espacios para la permanencia y la contemplación y que contraste con el volumen del edificio, el cual se caracteriza por su arquitectura de ángulos limpios y espacialidad de fácil lectura. Se dejarán espacios disponibles para la incorporación de obras de expresión artística que realicen los pacientes en sus talleres, y se trabajará con el agua, la cual ha sido considerada desde la antigüedad como un elemento sanador y purificador. (Mulé, C. 2015)



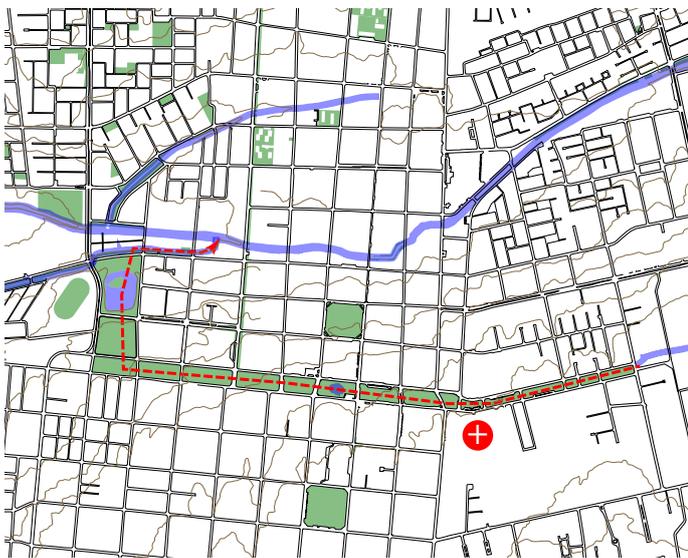
F.50: ESCULTURA INSITUTO PSIQUIATRICO HORWITZ BARAK
Fuente: Elaboración Propia

5.6 CRITERIOS CONSTRUCTIVOS Y ESTRUCTURALES

5.5.1 SUSTENTABILIDAD

Uno de los principales problemas al incluir el trabajo de paisaje en un proyecto de arquitectura, es su alto costo económico tanto en su ejecución como en su constante mantenimiento. Es por ello que para poder mantener las áreas verdes planteadas en este proyecto, se propone como criterio de sustentabilidad que su riego sea mediante el canal municipal, el cual fue desviado por debajo del terreno del proyecto cuando fue canalizado para crear la Laguna Esmeralda. Actualmente, este canal es el encargado del riego de los jardines de la Avenida Ricardo Vicuña y de abastecer de agua a la Laguna.

"Este canal, uno de los cauces artificiales más antiguos de la zona, fue construido a fines del siglo pasado para captar aguas del Estero Cholguahue(...). La Municipalidad lo utilizó durante décadas para llevar agua hacia el Hospital, riegos de áreas verdes de la ciudad y finalmente entregando caudal a la Laguna Esmeralda que fue y aún es gran atracción de la ciudad." (Canalistas del Laja. 1993. p.42)



F.51: CANAL MUNICIPAL. ESQUEMA DE RIEGO DE ÁREAS VERDES. Fuente: Elaboración Propia.

La materialidad propuesta para el Centro de Salud Mental Comunitario busca potenciar el uso de la madera nativa del sur de Chile, la cual, en comparación a otros materiales utilizados en la arquitectura, posee como principales ventajas la resistencia al fuego, la ligereza de sus estructuras y su respectivo desempeño antisísmico, su bajo impacto ambiental y los criterios de sustentabilidad que supone su uso. También se consideran las condiciones espaciales y perceptuales que genera la madera, al proyectar una imagen acogedora y cálida, que complementará con los jardines terapéuticos en su interior, otorgando a los usuarios una sensación de bienestar, confort y tranquilidad, condiciones propicias para espacios de la salud.

Además, las propiedades de este material otorgan la posibilidad de prefabricar módulos, haciendo el proceso de edificación bastante rápido y de menor costo en comparación con otros materiales, lo que permitiría facilitar la construcción y replica del modelo del proyecto en otros lugares de la provincia y la región del Biobío.

Se propone una estructura de marco rígido de madera maciza natural y de entramado ligero, dejando los elementos interiores del proyecto a la vista, dándole importancia a la sensación de continuidad tanto de la espacialidad como de la materialidad que otorga la estructura del edificio. También, considerando el clima del lugar, se trabaja una cubierta a dos aguas con una inclinación de 35° para evitar problemas de acumulación de agua.

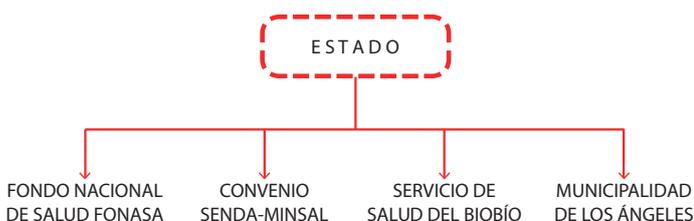
Por último, es importante mencionar el alto nivel de producción de esta materia prima en el país (Chile es uno de los diez mayores productores de madera en el mundo) y su bajo consumo (sólo una quinta parte de lo que se cosecha), lo cual indica que es propicio incentivar más la construcción en este material a nivel nacional. Por otro lado, recientemente la ciudad de Los Ángeles ha sido reconocida como la "capital nacional de la madera" en el marco de la primera jornada empresarial de la industria organizada por PymeMad (Vera, D. 2016). Por ello es pertinente que Los Ángeles sea potenciada como tal, donde las personas lleguen y se den cuenta de inmediato de esta condición gracias a su arquitectura, de manera que se convierta en un valor de identidad para la ciudad.

5.7 FINANCIAMIENTO

Los Centros Comunitarios de Salud Mental son una entidad estatal, por lo que cuenta con fondos públicos para la construcción y mantención de sus dependencias. Actualmente, las principales fuentes de financiamiento son:

- El Pago de Prestaciones Valoradas (PPV) entregados por FONASA, relacionadas al tratamiento de problemáticas de salud mental.
- Fondos provenientes del convenio SENDA-MINSAL, enfocado a la atención de personas con consumo problemático de alcohol y drogas.¹
- Aportes municipales en el caso de dispositivos que tiene este tipo de dependencia
- Aporte en montos de Pago de Prestaciones Institucionales (PPI) desde los Servicios de Salud.

El proyecto también propone una zona de equipamiento público, de libre acceso y disponible para la comunidad, y para su mantención se propone financiamiento mixto entre la Municipalidad de Los Ángeles y el Centro Comunitario de Salud Mental.



¹ Este punto también se acoge a la ley N° 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, la cual establece que del total de las sumas que ingresen por concepto de multas aplicadas por infracción a esta ley, el 40% se destinará a los Servicios de Salud para el financiamiento y desarrollo de los programas de rehabilitación de personas alcohólicas, y el 60%, a las municipalidades, para la fiscalización de dichas infracciones y para el desarrollo de los programas de prevención y rehabilitación de personas alcohólicas.

5.8 ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

En base a la Ley N° 20.422, el proyecto incorpora accesibilidad universal: normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y que dice relación con el conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad y autonomía por todas las personas, incluso para quienes tengan capacidades motrices o sensoriales diferentes, considerando como requisito fundamental de diseño la seguridad. (MINSAL 2018).

BIBLIOGRAFÍA

06

LIBROS Y ARTICULOS

Canalistas del Laja (1993). La Ciudad de Los Ángeles y el canal del laja.

CONAF. (2013). Árboles urbanos de Chile. Santiago.

Desviat, M. (1994). La Reforma Psiquiátrica, capítulo I. "La Institucionalización de la Locura". España: Ediciones DOR

Desviat, M. & Montero, A. (2012). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Hugues, T., Steiger, L. & Weber, J. (2007). Construcción en madera: detalles, productor y ejemplos. Alemania: Gustavo Gili.

Porter, R. (2002). Breve historia de la locura. Estados Unidos: Fondo de cultura económica.

Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: el pariente pobre del Sistema de Salud. Instituto de Políticas Públicas: Universidad Diego Portales.

Valdivieso, S. (2004). Fundamentos de psiquiatría clínica. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Vallejo, J. (2011). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. España: Editorial Elsevier Masson

TESIS Y TRABAJOS ACADÉMICOS

Ávalos, E. (2004). Centro de Integración Social para pacientes psíquicos en la ciudad de Talca. Santiago: Memoria Proyecto de Título, Universidad de Chile.

Becerra, L. (2017). Arquitectura como herramienta terapéutica en el campo de la Salud Mental. Nuevas configuraciones arquitectónicas para el paradigma actual de integración en psiquiatría. Santiago: Tesis, Universidad de Chile.

Cedrés de Bello, S. (s/f). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. Santiago: Magíster en programación y diseño de establecimientos de salud.

Jhonson, M. (2016). Centro terapéutico de Salud Mental. Castro, Chiloé. Santiago: Memoria proyecto de título, Universidad de Chile.

DOCUMENTOS

LOS ANGELES, I.M. PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO) 2011-2018.

Los Ángeles, I.M. Plan de desarrollo comunal (PLADECO) 2011-2018

MINSAL.(2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile.

MINSAL.(2018). Modelo de gestión centro de salud Mental Comunitaria. Unidad de Salud Mental. Santiago, Chile

Ordenanza.(2015). Plan Regulador Ilustre Municipalidad de Los Ángeles.

PÁGINAS WEB

Ahumada, B (marzo de 2017). Laguna Esmeralda. Obtenido de: <http://www.latribuna.cl/noticia.php?id=MTU5MzU=>

Assael, D. (2014). Obtenido de: <http://www.plataformaurbana.cl/archive/2014/03/06/%C2%BFpor-que-son-tan-importantes-las-areas-verdes/>

Banco Mundial. (octubre de 2017). Obtenido de: <http://www.bancomundial.org/es/topic/health/brief/mental-health>

Bermejo, J. (2007). SCIELO, Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000300004

Biblioteca MINSAL. (2011). Obtenido de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Psiquiatrico-El-Peral.pdf>

Bull, T. (2013). Obtenido de: <http://origenesdeto.blogspot.com/2013/05/tratamiento-moral.html>

Carmona, A. (2017). El Mostrador. Obtenido de: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/10/20/ninos-suicidas-las-razones-detras-del-triste-record-de-chile/>

Cosentino, C. (1998). Obtenido de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neurologia/v04_n1-3/la_salpetriere.htm

DEIS. (2016). MINSAL. Obtenido de: <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM05SECCIONN/REM05SECCIONN.aspx>

Fundacion Cosmos. (2016) Obtenido de: http://fundacion-cosmos.cl/sitio2016/wp-content/uploads/2017/05/1610-PortafolioSalud_ElFinanciero_Art%C3%ADculo_JardinesSanadores.pdf

In Vitro (2017). Revista In Vitro. Obtenido de: <http://revistainvitro.cl/ambiente/jardines-terapeuticos-terapia-natural-sanadora/>

Mejías, C. (2018). Obtenido de: <https://www.eldefinido.cl/actualidad/pais/9647/El-23-de-las-enfermedades-en-Chile-son-mentales-Que-estamos-haciendo-al-respecto-/>

Mulé, C. (2015) Jardines terapéuticos. Obtenido de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/consensus/volumen20/Consensus%2020_2/Cap%209.pdf

LIGNUM. (2016). Obtenido de: <http://www.lignum.cl/2016/01/22/los-angeles-capital-maderera-de-chile/>

Mi parque. (2014). Obtenido de: <https://www.miparque.cl/la-importancia-de-las-areas-verdes-dentro-de-las-ciudades/>

Mirosevic, V. (marzo de 2013). Cooperativa. Obtenido de: <http://blogs.cooperativa.cl/opinion/politica/20130330091512/chile-el-mas-centralizado-de-america-latina-y-la-ocde/>

OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: http://www.who.int/topics/mental_health/es/

OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-four-fold-return>

Valenzuela, M. (Abril de 2016). Biobío Chile. Obtenido de: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2016/04/14/chile-lidera-ranking-de-depresion-oms-llamo-al-gobierno-a-instaurar-ley-de-salud-mental.shtml>

Vera, D. (Septiembre 2016). Biobío Chile. Obtenido en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-del-bio-bio/2016/09/30/reconocen-a-los-angeles-como-la-capital-nacional-de-la-madera.shtml>

ANEXOS

07

ZM – 2

(Barrios: Centro, Sor Vicenta, Alemania, Hurtado , Orompello, Las Industrias, Oriente, El Retiro, Extensión Longitudinal Norte)

USOS DE SUELO	
TIPO DE USO	Permitidos – Condicionados – Prohibidos
Residencial	Todo permitido. Prohibido locales de hospedaje tipo motel.
Equipamiento	
Científico	Prohibido.
Comercio	Todo permitido. Prohibido plantas de revisión técnica tipo A o B, discotecas.
Culto y Cultura	Todo permitido.
Deporte	Todo permitido.
Educación	Todo permitido. Prohibido centro de orientación o de rehabilitación conductual.
Esparcimiento	Juegos electrónicos o mecánicos, y similares.
Salud	Todo permitido. Prohibido cementerios, crematorios
Seguridad	Todo permitido. Prohibido cárceles, centros de detención.
Servicios	Todo permitido.
Social	Todo permitido.
Actividades Productivas	Prohibido.
Infraestructura	
Transporte	Todo permitido con *9 ¹ .
Sanitaria	Plantas de captación, distribución o tratamiento de agua potable o de aguas servidas, de aguas lluvias, como solución particular.
Energética	Todo permitido con *9 ² .

*9 Solo enfrentando vía con ancho entre líneas oficiales igual o superior a 25 m.³

CONDICIONES DE EDIFICACION, SUBDIVISION Y URBANIZACION	
Superficie predial mínima	1000 m ² .
Coefficiente máximo de ocupación*	0,6.
Altura máxima de edificación	Respetando rasante.
Sistema agrupamiento	Aislado.
Adosamiento	Sólo en uso habitacional.
Profundidad mínima de adosamiento	No se exige.
Distancia mínima a medianeros	Según lo estipulado en la O.G.U.C.
Antejardín mínimo	5.00 m frente a vías con un ancho superior a 20 m; 3.00 m resto de las vías.
Densidad Máxima*	50 Hab/há para vivienda unifamiliar; 400 Hab/há para Edificios colectivos.

* Condiciones de edificación, subdivisión y urbanización con incentivo según tabla.

INCENTIVOS			
Se autorizará el aumento de las condiciones de edificación, subdivisión y urbanización en los siguientes casos:			
CONDICION	a, b y d	a y b	a, b y c
Coefficiente máximo de ocupación*	0,8	-	-
Densidad Máxima*	-	800 Hab/há edificio	1200 Hab/há edificio
a:	Si construye dentro los primeros 8 años.		
b:	Si mejora el espacio público en cuanto a reposición o construcción de veredas y/o plantación o reposición de arborización, y concentrar áreas verdes y equipamientos en caso de loteos. ⁴		
c:	Si cumple con artículo 28 de la presente Ordenanza (plazoleta exterior).		
d:	Si contempla una altura mínima de 7.00 metros de superficie habitable.		

¹ Modificado por Res. N° 117 - D.O. 18.11.11, reemplaza expresión.

² Modificado por Res. N° 117 - D.O. 18.11.11, reemplaza expresión.

³ Modificado por Res. N° 117 - D.O. 18.11.11, agrega expresión.

⁴ Modificado por Res. N° 117 - D.O. 18.11.11, agrega expresión.

ZONA ZM-2: ZONAS MIXTAS

Fuente: Ordenanza Local. Plan Regulador Comunal de Los Ángeles (2015). Ilustre Municipalidad de Los Ángeles.

Criterios para la estructura física en Centros Comunitarios de Salud Mental sugeridos por MINSAL.

Luminosidad

Dice relación con la luz natural o artificial apropiada para las actividades terapéuticas y recreativas. Se debe cuidar el no generar exceso de brillos, reflejos y resplandores en los materiales. Esto evita el estrés ocular y sensorial de cualquier tipo. No se deben utilizar lámparas colgantes.

Climatización

Dice relación con los recambios aire/hora necesarios para que las actividades se puedan generar de manera normal, sin grandes fluctuaciones de temperatura por apertura de ventanas o puertas que impidan la saturación del aire al interior de los recintos y la condensación de ventanales y muros. Una adecuada climatización contribuye a un ambiente terapéutico adecuado.

Revestimientos de piso

Los materiales por aplicar en esta área dicen relación con su capacidad de resistencia a cargas (que soporten la instalación de equipos pesados o móviles) para permitir el trabajo en colchoneta, bailes, ejercicios de relajación, entre otros; deben ser seguros (absolutamente antideslizantes, incluso con agua en su superficie, e incombustibles). Con relación a los revestimientos, es importante que cuando exista más de un revestimiento de piso no existan diferencias de nivel superior a 5mm.

Puertas

Las puertas deberán facilitar la accesibilidad y el aislamiento, acústico y visual de los diferentes espacios. Se recomienda la utilización de puertas de abatir con acabados resistentes al roce y al impacto, fácilmente lavables. Estas pueden ser de correderas, abatibles o de vaivén. La instalación de alguna de ellas dependerá del nivel de seguridad y comodidad, de acuerdo a la actividad que se desarrolle en el recinto. Todas las puertas deben abrir hacia fuera, es decir, hacia los pasillos. Además, deben contar con un ancho libre de 90 cm.

Ventanas

Los espacios interiores deberán contar con elementos de protección solar y visual. Los vidrios que se coloquen en las puertas de entrada y de acceso de las personas, deben ser laminados o templados. Las ventanas de recintos ubicados en segundo piso o superiores deberán disponer de elementos

de protección que eviten caídas (barandas, antepechos, etc.) con sistema de bloqueos parciales de ventanas. Se debe utilizar material irrompible e inastillable que remplace al vidrio en todas las ventanas y ventanillas de las puertas.

Artefactos sanitarios

Los WC, lavamanos y todo lo que tenga que ver con artefactos sanitarios, tanto para funcionarios/as como para las personas usuarias y acompañantes, deberán cumplir estándar anti accidentes de auto y/o heteroagresión.

Circulaciones

Se refiere al tipo de circulación más pertinente para un Centro de este tipo. Estas deben ser simples, lo más directa y racionales posibles.

Privacidad

Dice relación con las actividades o terapias que se realizan con cada persona que resguarden y respeten su dignidad.

Concepto de Mobiliario Interior

Debe ser adecuado para el uso de cualquier persona, en todos los espacios, tanto terapéuticos como administrativos. Debe acoger las diferentes discapacidades y tipos de personas usuarias. Debe ser ergonómico: silla de ruedas, bastón, muletas, etc., y debe cumplir conceptos de seguridad como: afianzado a piso, muro y cielo.

Mobiliario

En áreas exteriores, como patios o jardines, es importante considerar implementos para la contemplación.

Estacionamientos

Aparte de lo que se indica en la Ordenanza General de Urbanismo y Construcción, es importante considerar que, el trayecto entre el estacionamiento para personas con discapacidad y el acceso principal al centro deben estar libres de obstáculos. Las rampas y el pavimento deben ser lo más lisas y antideslizantes posibles. Se debe considerar tope para vehículos, señalización en piso, etc.

