



Desde siempre el hombre ha tenido primordial preocupación por su salud, pero es muy recientemente cuando la medicina occidental logra imponerse sobre la enfermedad y la muerte. Debido al valor social asignado por nuestros diferentes gobiernos a la salud de la población, desde hace ya varias décadas que este sector se ha desarrollado fundamentalmente bajo la tutela del Estado. La incidencia de la acción e inversión privada en obras de salud es nada significativa en cuanto a volumen y complejidad, ya que más del 90% de la arquitectura hospitalaria ha sido realizada hasta nuestros días por el sector público, particularmente en las últimas tres décadas por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S.A. Grande ha sido la evolución de las soluciones arquitectónicas, debido a la acción de varios factores: 1) Un desarrollo acelerado del conocimiento y tecnología médicas. 2) Una política de incorporación progresiva de la masa poblacional a los beneficios de la salud. 3) Un costo creciente de los recursos humanos, tecnológicos y físicos necesarios. 4) Una rápida evolución, en las concepciones de la medicina y la salud pública.

Es a través del Servicio Nacional de Salud que se pone en marcha un sistema de servicios de salud públicos concebido según niveles de complejidad de las atenciones médicas y enfermedades, estructurado en un sistema de derivación de pacientes que significa ofrecer una escala que va, desde centros de salud menores o simples a los establecimientos más complejos y especializados en recursos humanos y de equipo. La magnitud de los recursos económicos comprometidos, ha impulsado al Estado a ir buscando soluciones que propendan a una mayor eficiencia en las inversiones de operación, mantenimiento y físicas del Sistema Hospitalario Nacional. Tras esta meta propende no sólo el sistema de derivación, sino también la evolución desde el concepto de medicina curativa al de medicina preventiva, más humana, eficiente y por tanto más económica. Desde el punto de vista arquitectónico, el énfasis se desplaza del Hospital, que ofrece en esencia una medicina de reparación de daños (camas), con un período de recuperación prolongado, al desarrollo de postas y consultorios que ofrece una atención ambulatoria y más breve, acentuando las acciones de salud preventivas sobre el hombre y su ambiente.

EVOLUCION HISTORICO CONCEPTUAL DE LA ARQUITECTURA DE LA SALUD

Por mucho tiempo fueron las hospederías verdaderos lugares de

bien morir, mantenidos por caridad, donde se atendían los enfermos en simples pabellones de grandes salas, con camas en largas filas, lejos del contacto urbano. Muchos de ellos mantienen aún su emplazamiento original apareciendo hoy insertos en nuestras ciudades, debido a su expansión.

Gracias a la contribución de generosos benefactores aumentan las atenciones médicas, creándose hospitales en extensión por pabellones organizados en peineta. Junto a la institucionalización de la beneficencia pública la medicina progresa enfatizando la clasificación de las enfermedades por su transmisibilidad. Surgen así los establecimientos a base de edificios aislados por especialidades para evitar contagios.

Más tarde, con la complejidad tecnológica de la medicina y administración, el advenimiento de la asepsia y esterilización, una mayor escasez del suelo urbano y una mejor tecnología constructiva y de instalaciones se promovió el desarrollo de hospitales compactos y en altura. Paralelamente se acentúan los conceptos de la medicina especializada, creándose una serie de establecimientos destinados a concentrar una sola especialidad, (tórax, traumatología, neurocirugía, etc.).

Por otra parte, las políticas de sustitución de importaciones, centralización y estatización, impulsó al Estado a crear una compleja infraestructura propia, que significó la implantación de importantes industrias propias de fármacos, algodones, etc. y grandes centrales de lavanderías, abastecimiento y mantenimiento de equipos, insumos, etc.

Todas estas soluciones subsisten actualmente. En el decenio, sin embargo, las concepciones de una medicina integral han propendido a desarrollar hospitales no concebidos como entes especializados en una enfermedad, sino abarcando una amplia gama de servicios médicos a un nivel de especialización determinado, apoyado por un sistema de consultorios y postas.

ASPECTOS URBANOS

Es un hecho que los establecimientos hospitalarios, han adquirido una gravitación importante en la vida urbana en los últimos decenios y en la estima que el pueblo tiene de éstos, dado su carácter de servicio esencial. Espacialmente se desplazan con frecuencia, próxi-

mos a la vía principal o frente a la plaza, y en todo caso en abierta presencia y fácil accesibilidad, constituyendo uno de los símbolos representativos de la vivienda urbana. Junto a otros edificios públicos, su impronta ha marcado un sello de calidad, magnificencia y seguridad en nuestras ciudades y pueblos, que supera muchas veces la arquitectura urbana del hombre a quien sirve.

LOCALIZACION

En la distribución y localización territorial de los centros de salud del sistema hospitalario, se han producido desequilibrios por la falta de un criterio racional de eficiencia en las inversiones físicas, generadas por las presiones de intereses políticos.

Sin embargo, en la última década se empieza a consolidar la necesidad de planificar y programar no sólo las atenciones de salud sino, la creciente escasez de recursos humanos, físicos y de equipos necesarios, por ser los centros de salud las bases operativas del sistema.

Para definir las alternativas de localización y tamaño, analizaremos someramente los criterios y factores generales que la determinan, teniendo presente los conceptos de productividad de los recursos humanos, tecnológicos y físicos, para la asignación de los escasos recursos económicos.

1) Por economía y efectividad los requerimientos de salud de la población y de su medio, deben ser atendidos allí donde se generan, es decir, donde la población se ubica. Sin embargo, las necesidades más frecuentes se caracterizan por ser poco complejas y por tanto se satisfacen con recursos de salud poco especializados. Otras necesidades hay de escasa frecuencia y/o complicada naturaleza, que demandan equipo humano y físico más especializado, tecnología más sofisticada y mayor infraestructura. El nivel y cuantía de recursos requeridos depende por tanto, de la magnitud y naturaleza de la demanda de salud, estableciendo éste el primer factor de análisis.

2) Dado que las enfermedades más complejas son de menor frecuencia se requiere un cierto número de población, para justificar la existencia y un buen aprovechamiento de recursos de salud de alto nivel. Del mismo modo una baja concentración urbana y rural, sólo puede justificar, salvo mucho aislamiento o inaccesibilidad, centros de salud poco complejos requiriendo la población desplazarse o derivarse a otros centros para una atención de mayor nivel. La dependencia de los centros menores de los mayores es lo que estructura la atención de salud en un sistema.

3) Por otra parte, existe una relación entre la gravedad o urgencia por atención médica y el esfuerzo o tiempo que una población está dispuesta a invertir para satisfacer su necesidad de salud. A mayor necesidad mayor tiempo o esfuerzo tenderá a invertir en su desplazamiento hacia un centro. Este principio de atracción polar de cada centro de salud, es un factor importante de análisis, existiendo un alcance o radio de acción para cada nivel de complejidad. Tanto más complejo es el centro, mayor es su radio de acción. Esta "accesibilidad" a un establecimiento se determina por la distancia—tiempo fijado por el o los medios de transporte disponibles. La condición de ruralidad admite un rango de tiempo—distancia mayor que las situaciones urbanas.

Podemos resumir que la localización como el tamaño y complejidad de un establecimiento debe visualizarse en el contexto territorial del "sistema" a nivel local, regional y nacional y se determina sobre la base del volumen de población y características de sus necesidades de salud, accesibilidad a cada centro urbano o rural y distancia entre centros de salud.

En Chile el Sistema de Salud ha definido básicamente cuatro niveles en la atención hospitalaria. Cada tipo se caracteriza por el número de camas y en general le corresponde un cierto equipamiento humano y físico. En la presente edición se han expuesto obras que

caracterizan esta tipología con excepción de los hospitales tipo C, dado que en el decenio no se han construido nuevos, sólo se han remodelado y ampliado existentes.

ASPECTOS PROGRAMATICOS Y FUNCIONALES

Es preciso recalcar que la arquitectura hospitalaria en sus niveles más altos, es particularmente compleja debido a su gama programática de recintos y funciones. Además de los múltiples servicios finales que ofrece (ginecología, pediatría, oftalmología, etc.) y los de colaboración y apoyo — banco de sangre, rayos, laboratorios, pabellones quirúrgicos, esterilización central, anatomía patológica, contabilidad, centrales de calor, mantenimiento de equipo, servicios de personal, de abastecimiento, cocinas, etc. — debe contar con una infraestructura de instalaciones y desplazamientos horizontales y verticales complejo. Además de los convencionales aparecen sistemas independientes de redes de oxígeno y vacío, aire acondicionado, desplazamiento de personal, enfermos y público, aprovisionamiento de ropa limpia, de instrumental, de comidas, evacuación de basuras, ropa sucia, cadáveres, etc., que se establecen vinculando y sirviendo a cada servicio.

CONSTRUCCIONES HOSPITALARIAS DECENIO 1967 - 1976

Año	Hospitales			Consultorios		Ampliaciones - Remodelación			Tot. m ²
	Nº	Nº cam.	m ²	Nº	m ²	Nº	Nº cam.	m ²	
67	8	492	23.546	14	8.311	8	293	24.352	56.209
68	2	192	8.849	2	1.427	5	291	5.520	15.796
69	6	708	27.119	4	3.199	10	---	4.569	34.887
70	5	276	13.406	3 +75	5.977 5.325+	6	152	3.229	27.932
71	6	829	42.053	4	5.642	9	190	3.963	51.658
72	2	184	2.597	7	11.884	14	208	11.661	26.142
73	3	976	43.087	3	4.411	3	356	3.880	51.378
74	2	356	12.530	4 +15	4.445 1.200+	5	80	4.268	21.243
75	9	1.141	36.763	4	32.814	5	160	5.968	75.545
76	3	334	15.961	8	19.638	8	414	7.844	43.443
Tot.	46	5.488	226.911	63 +90	97.743 6.525+	73	2.144	75.254	406.443

+ POSTAS

TOTAL CAMAS NUEVAS = 7.632

En la década se empiezan a aplicar los conceptos planimétricos de los modernos hospitales. Flexibilidad para adaptarse no sólo a los cambios de la medicina y organización durante la vida útil de éstos sino, para soportar modificaciones programáticas durante el largo período que media entre el estudio del proyecto y su puesta en marcha.

Flexibilidad que se expresa tanto en la adopción de una pilarización de la estructura y división de las áreas a base de paneles secos, como en el funcionamiento parcial del establecimiento, permitiendo una adición progresiva de áreas o cuerpos en el tiempo.

Se adopta la triplecrujía en hospitalización para aumentar la concentración de camas y servicios de apoyo por nivel.

Aparece también el piso mecánico allí donde se concentran las instalaciones y actividades más críticas: pabellones quirúrgicos, cuidados intensivos, servicios de quemados, etc. Este piso es recorrible, con acceso independiente para la mantención y reparación sin interferencias de las instalaciones y equipos allí estacionados. Permite asimismo fundar la estructura a esa altura para cambiar la modulación hacia los primeros pisos, pudiéndose recoger y desplazar la dirección de aguas y alcantarillado.