

Espacios saludables en el diseño de equipamientos de salud

Caso centro de salud Nueva Esperanza, Ciudadela Sucre, Soacha

Luisa Fernanda-Celis Ramírez¹

Universidad Católica de Colombia. Bogotá (Colombia)
Facultad de Diseño, Programa de Arquitectura

Asesor del documento:
Arq. Hernando Carvajalino
Revisor Metodológico:
Arq. Yenny Diaz

Asesores de Diseño
Diseño Arquitectónico: Arq. Hernando Carvajalino
Diseño Urbano: Natalia Medina
Diseño Constructivo: José Antonio



¹ Lfcelis39@ucatolica.edu.co



La presente obra está bajo una licencia:
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Resumen

La salud ha sido una prioridad en el hombre desde mucho antes de que la medicina se considerara una ciencia. El ser humano ha previsto espacios específicos para los enfermos y los procedimientos médicos que estos requieren. Sin embargo, las poblaciones más vulnerables suelen ser objeto de un déficit de estas infraestructuras, tanto por la inexistencia de estas, como la poca calidad que las actuales proveen.

Aunque se han generado objetos arquitectónicos específicos para los servicios médicos que logran proveer áreas y capacidades locativas, poco se ha explorado la importancia de la calidad espacial como factor de la satisfacción de los pacientes; por esta misma razón, es un tema que poco se ha tenido en cuenta en las políticas públicas que controlan la salud en nuestro país, a pesar de que el estudio de la calidad del espacio pueda ser un factor fundamental para mejorar la experiencia de los usuarios.

Palabras clave

Servicio de salud, Calidad de vida, Sensibilización ambiental, Centro de salud, Sociología urbana

healthy spaces for the health building design

Abstract

Health has been a priority since before medicine has been considered a science. Historically, specific spaces have been assigned for the ill and for the medical treatments that they required. However, the vulnerable populations have usually lacked access to these infrastructures, either due to nonexistence, or due to low quality services provided by existent medical facilities.

Architectural structures have been built with specific uses for medical services that have the ability to provide the intended services. However, limited consideration has been given to the importance of the quality of the space created and measured it in terms of patient satisfaction. Therefore, this topic has not been considered an political issue to be resolved by the regulatory agencies that manage health services in our country. It is important to create quality spaces for health services with a higher patient experience as a key factor.

Key words

Health Services, Quality of life, Environmental awariness, Medical Centres, Urban Sociology

Contenido

Introducción.....	5
Nuevas perspectivas de las edificaciones dedicadas a la salud	7
Problema.....	8
Hipótesis.....	8
Metodología.....	9
Estudio del lugar, recolección de datos	9
Visitas al lugar.....	10
Referentes centros de salud	11
Reconocimiento de la normativa.....	12
Generación de la idea proyecto	12
Procesos de diseño participativo	13
Resultados	14
Entorno saludable	14
Del concepto al objeto arquitectónico	16
Aplicación normativa	17
La respuesta formal	20
Espacios alternativos	21
Sistemas funcionales	22
Discusión	24
Conclusiones	27
Referencias	28

Introducción

El programa de arquitectura de la facultad de Diseño, de la Universidad Católica de Colombia, que en su plan de estudios contempla como proyecto de grado, la generación de proyectos reales en entornos reales, a su vez compromete la actividad del futuro profesional generando con compromiso social, por lo tanto, el desarrollo de estas propuestas se ubica en el municipio de Soacha, Comuna Cuatro, Ciudadela Sucre. Que alberga una población en estado de vulnerabilidad, sobre todo en los servicios fundamentales como la salud, la educación entre otros.

Este documento pretende reconocer los elementos para crear una nueva concepción para el diseño de los centros asistenciales de salud, que permita incorporar en todas sus fases los deseos y expectativas del paciente, proponiendo espacios que logren mejorar las experiencias de los usuarios mientras que estos deben ser atendidos en el centro médico. Para esto se relaciona el caso del Hospital Nueva Esperanza, ubicado en el barrio Buenos aires, en Ciudadela Sucre. Esta propuesta analiza nuevas metodologías y temáticas propuestas a lo largo de esta investigación.

A un nivel general se han realizado estudios y planeado estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud, clasificando los elementos cuantitativos y cualitativos medibles para comprender la favorabilidad de los pacientes frente al servicio ofrecido, pero las mediciones de la percepción del espacio se han limitado al análisis de áreas específicas, como salas de espera y recepciones, que los usuarios suelen relacionar a la calidad de la atención y no a cómo perciben el espacio. Los elementos que se integran a esta propuesta están clasificados en dos vertientes

En el caso colombiano, estos no han sido los únicos problemas. Desde hace algunos años se ha presentado un latente déficit asistencial, es decir, los centros que suplen este servicio no cubren en área el total de la población. A esto se han sumado aspectos negativos como la corrupción, las demoras, la poca calidad de la atención, y la no cobertura en los procedimientos; lamentablemente esta situación se encuentra contenida en objetos arquitectónicos alejados de ser lugares que aporten por sí mismos al confort de los usuarios, haciendo de esta forma menos llevadero el tiempo que cada paciente debe estar en el centro asistencial para ser atendido.

Las problemáticas en el campo de la salud tienen mayor presencia en comunidades ubicadas en las periferias o áreas vulnerables, ya que por lo general los servicios se encuentran centralizados, y es muy difícil acceder a estos por su lejanía, además las unidades de salud presentes en estas comunidades no están previstas para realizar intervenciones de mediana o alta complejidad.

Es de gran relevancia iniciar procesos de relación entre el marco legal bajo el que se rigen las entidades de salud, y propuestas de diseño que logren ser un factor fundamental en el mejoramiento de la percepción del usuario del entorno en el cual recibe la atención médica; para esto es necesario preguntarse qué aspectos del diseño pueden fundamentar estrategias de diseño que aporten a este fin. A su vez se cuestiona la relación actual de los programas espaciales preestablecidos, y como complementarlos con espacios intermedios basados en nuevas estrategias terapéuticas.

Nuevas perspectivas de las edificaciones dedicadas a la salud

Desde que en 1401 (Arrizabalaga, 2006) se inaugurara el hospital Santa Creu I Sant Pau, (primer centro de medicina y salud de la historia, ubicado en la ciudad de Barcelona; se ha generado un proceso de desarrollo y evolución que desde el diseño se ha centrado en como suplir los espacios necesarios para todas las actividades requeridas para atender, diagnosticar, y tratar a cada paciente según su caso específico. Pero a su vez este proceso de desarrollo, ha complejizado el concepto de la salud, ya que, para suplir este derecho fundamental, más allá de generar el objeto arquitectónico, se han priorizado otros aspectos, como la metodología asistencial, políticas públicas, gestión y administración.

Hasta el momento los estudios sobre los espacios saludables se han enfocado en la calidad de higiene y estado físico de los entornos familiares sobre todo en temas de prevención, esta estrategia se ha registrado en estudios realizados por la Organización de la Salud desde principios de la década pasada (Cerqueira, 2003). Desde otro punto de vista y relacionado de forma más cercana al enfoque de este estudio, se ha hablado de la percepción de la salubridad desde el confort y las dinámicas sociales que pueden verse favorecidas desde un análisis y desarrollo de un entorno centrado en el usuario, todo esto desde el concepto de los espacios áulicos considerados como los espacios dedicados a la enseñanza y la educación (De la barra, 2014). Lamentablemente la inclusión de estos conceptos se ha llevado a ámbitos netamente académicos o a desarrollos de nuevas pedagogías. Por lo que la aplicación de los espacios saludables a un centro médico como el que se desarrolla en este caso, representa un nuevo campo de estudio.

Es importante entender que no existe una única visión de cómo suplir los servicios de salud, sin embargo, se ha generalizado la concepción de la calidad como metodología de medición, para esto es importante entender que ya sea en productos tangibles o servicios, "la calidad es lo que los clientes perciben" (Civera, Pag. 8), y claramente a la forma en la que juzgan estos elementos a sus intenciones o deseos. Desde este punto de vista es necesario preguntarse si los espacios hospitalarios y médicos que actualmente se proporcionan, están relacionados a lo que el usuario desea.

Problema

¿Cómo generar un centro médico para la comunidad de Ciudadela Sucre, que pueda por medio de su diseño mejorar la percepción de la experiencia del usuario?

Hipótesis

Es posible desde el diseño generar condiciones que mejoren la percepción y la condición médica de los pacientes a partir de nuevos planteamientos como el de los espacios saludables, reconociendo que el diseño no puede simplemente cumplir una función y los requerimientos de higiene y privacidad, sino que de tener en cuenta la materialidad, la iluminación y la generación de un entorno interior que genere en el paciente una reacción diferente a la que actualmente experimenta.

Metodología

Como lo explica Carlos Labarta “«el proyectar» como un nuevo instrumento que permite al arquitecto conocer y comprender el mundo circundante, algo que le facilitará adecuar mejor sus obras a los requerimientos sociales y culturales” (Labarta, 2012). Es por esto que la metodología para la elaboración de este proyecto pretende inicialmente un proceso de reconocimiento tanto del sector, como de sus problemáticas que sirva como un punto de partida objetivo, pero que no se convierta en el único factor relevante para la toma de decisiones en el planteamiento del diseño, manteniendo la flexibilidad que requiere el trabajo de diseño con la comunidad.

Estudio del lugar, recolección de datos

A inicios del año 2017 se inició por parte de todos los estudiantes un estudio y levantamiento de la información de ciudadela sucre, al ser este sector el foco de estudio para proyectos de mejoramiento desde hace varios años, se hizo necesario reconocer que información había sido tomada en cuenta en las propuestas de mejoramiento grupal, y proyectos individuales en los años anteriores. A su vez la inclusión de un nuevo barrio, no estudiado con anterioridad fue el foco de otro grupo de estudiantes.

Este levantamiento inicial de la información se clasificó en tres ramas fundamentales, la primera constituida por el estudio del diseño urbano y asentamiento general, con temáticas como la morfología, la densidad urbana, accesibilidad y estructuras de servicios entre otras. La segunda

rama estudió la temática habitacional, desde el acceso, la composición y la materialidad de la vivienda. Por último, la rama sociocultural se encargó de la información referente la comunidad y todos los temas que eran relevantes a su estilo de vida, costumbres, percepción del lugar y la conformación y proceso histórico del asentamiento entendiendo cuales actores se vieron implicados en este proceso.

Visitas al lugar

Luego de reconocer y analizar la información inicial, se organizó junto con la comunidad la visita de campo inicial, esta con el objetivo de conocer el sector y revisar la veracidad y la actualización de los datos obtenidos, el representante de la junta de acción comunal de cada uno de los barrios guio la visita de un grupo de estudiantes, esta visita dio como resultado un lazo entre los estudiantes y la comunidad, lo cual favoreció las visitas posteriores, cuyos objetivos estaban relacionados al levantamiento de viviendas, dimensionamiento de predios, verificación topográfica y encuestas.



Figura 1. Imagen de la zona de intervención

Elaboración propia (2017) ©

La cuarta y última visita al lugar se enfocó al barrio Buenos Aires, junto con los estudiantes encargados de las propuestas de este Barrio, el objetivo era verificar la conexión entre las propuestas en relación al estado real y topográfico del lugar en sus estado actual, a esta visita se sumaron otros actores de la comunidad como los representantes de fundaciones y acciones sociales que se veían favorecidos de las propuestas generadas, sobre todo en temas de accesibilidad a los servicios y el mejoramiento del espacio público en el entorno natural.

Referentes centros de salud

Luego de analizar la información teórica y física que permitió reconocer las necesidades de la comunidad, se establece que la propuesta a generar es un centro de prestación de salud, por lo tanto por medio del Dossier propuesto en el plan de estudios del programa de arquitectura de la Universidad Católica de Colombia, se realizó el estudio de centros de salud a nivel nacional e internacional, cuyo diseño fuera referente a la percepción y mejora que pueden tener los pacientes, este proceso permitió la profundización del estudio del centro Hospitalario se Sieff en Israel. Este referente se escogió a partir de la similitud del caso de este frente a Ciudadela Sucre, tales como la topografía, el tipo de comunidad, la localización, y la inclusión de metodologías de diseño participativo. A su vez se hizo un estudio menos profundo de los proyectos: Nuevo pabellón de la Fundación Santa Fe en Bogotá (Equipo Mazzanti), Centro Médico Social de la asociación de sindicatos de transportadores en Argentina (oficina Barq), el centro de salud Urban en España (José Luis López y Francisco Moreno) y por último el Hospital Andgong en China (Rural Urban Framework).

Reconocimiento de la normativa

Para la generación de una propuesta real en un entorno real, se hace un estudio de la normativa actual que hace referencia a la generación de equipamiento de salud. A pesar de que el proyecto se encuentra localizado en Soacha, este municipio no cuenta con una documentación netamente referenciada a la prestación de salud desde la infraestructura sus cualidades, por lo tanto del marco normativo de Soacha solo se tiene en cuenta el POT de Soacha, a su vez se toma como referente el marco normativo de la ciudad de Bogotá encabezado por el plan maestro de equipamientos de salud (Decreto 318 del 2006), y manuales anexos: Manual para el diseño de los servicios generales, Manual para el diseño del servicio administrativo, Manual para el diseño de sala de cirugía, manual para el diseño del servicio de consulta externa y Manual para el diseño del servicio de medicina externa, todos estos ultimo elaborados por Francisco Bernal Quitian.

Generación de la idea proyecto

Teniendo en cuenta que el tiempo es trascendental en la constitución de la propuesta de forma integral: pasado (historia), presente (estado actual) y futuro (ideas proyectuales), como se menciona en el texto: Temas de composición Arquitectónica memoria y tiempo. “En primer lugar, lo que llamamos futuro sería la continuación imperturbable de lo actual, de lo ya dado”. esto establece la necesidad de crear una ruta de diseño basada en la conceptualización del proyecto, de su entorno y sus objetivos.

Al inicio del proceso de diseño un documento mayormente gráfico, que representa la evolución de la idea general y los objetivos futuros, la primera parte contiene la planimetría del sector y del

predio específico, la segunda parte contiene diagramas de conceptos en los cuales se establecen sus conexiones y la hipótesis de cómo estos pueden ser parte de elementos tangibles en el diseño de la propuesta. La tercera parte es la actualización continua del avance del diseño desatacando los elementos perdurables de los conceptos inicialmente preestablecidos.

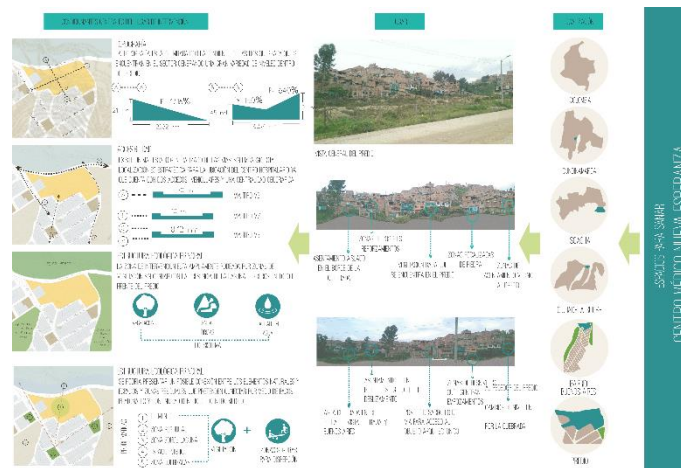


Figura 2. Idea proyecto

Elaboración propia (2017) ©

Procesos de diseño participativo

Viendo la necesidad de reafirmar el valor de la comunidad en la propuesta de diseño, se generó un entorno en la academia en la cual la comunidad realizaba la visita al aula, de esta forma todos los actores podían expresar sus deseos y manifestaban sus ideales, (Hernández A., 2016). En la visita se elaboró un mapa social (Martí, 2017) siendo este método una forma de representar la realidad percibida en la seguridad, los lugares de confort, los lugares de inseguridad, la red de comercio y de servicios, estado de las vías entre otros. Otro de los métodos implementados fue la

generación de un mapa de constitución familiar (Hernández G., 2016), por medio de la colocación de iconos que representaban las personas que componen la familia incluyendo a sus mascotas.

Los procesos de muestra de avances a la comunidad se dieron de dos formas, inicialmente cuando se planteó el problema, el uso, y la localización, se realizó la exposición a la comunidad, en la que ellos podían opinar y generar nuevas ideas o conceptos. Tras este momento en las visitas a campo individuales se presentaban los avances a los integrantes de la comunidad que acompañaban la visita y así poder incluir sus deseos en todas las etapas de diseño, de esta forma se realizó un procedimiento sistemático que permitía analizar los resultados e incluir constantemente el imaginario de los habitantes del lugar de intervención y a su vez generar estrategias y dinámicas de inclusión en el diseño (Aguilera, 2015). Por último, la comunidad estuvo presente el día de la sustentación del resultado final de la propuesta.

Resultados

Entorno saludable

Es incoherente hablar de una edificación enfocada en la salud, sin que primero su entorno haga parte de el mismo concepto, para que así, el edificio no se convierta en un elemento aislado de la realidad, sino que por el contrario sea una sola unidad con el objetivo de mejorar integralmente la calidad de vida de usuarios recurrentes y demás habitantes. Esta forma “relacional” corresponde a las necesidades actuales de los actores urbanos por participar y reconocer las posibles conexiones que se establecen entre todos sus elementos (Ramírez, 2013)

Se plantea una conexión con los proyectos propuestos en el barrio Buenos Aires y las cuencas naturales que lo rodean. Esta propuesta de barrio está compuesta por tres equipamientos, tres proyectos de espacio público en entornos naturales y un proyecto de mejoramiento de vivienda. Este tipo de conexiones genera a su vez en el usuario el concepto de desarrollo integral del barrio teniendo en cuenta los ideales de la comunidad y la visión de los estudiantes.

La conectividad relacional se convierte en el concepto principal de esta propuesta que busca generar una doble escala, la primera que establece la relación de los elementos urbanos que componen el barrio Buenos Aires; la siguiente escala tiene en cuenta la conexión de este con los barrios aledaños, para así generar una visión y alcance de toda el área de Ciudadela Sucre. Esta estrategia de diseño, responde a su vez a los comportamientos de la comunidad, ya que fue visible la poca relación de los habitantes de diferentes barrios, lo que limitaba las posibles propuestas netamente a las áreas establecidas del barrio. Para potencializar el concepto de la propuesta fue necesario crear puentes de paso en los proyectos de las cuencas, viendo estos espacios no como límites sino como articuladores.

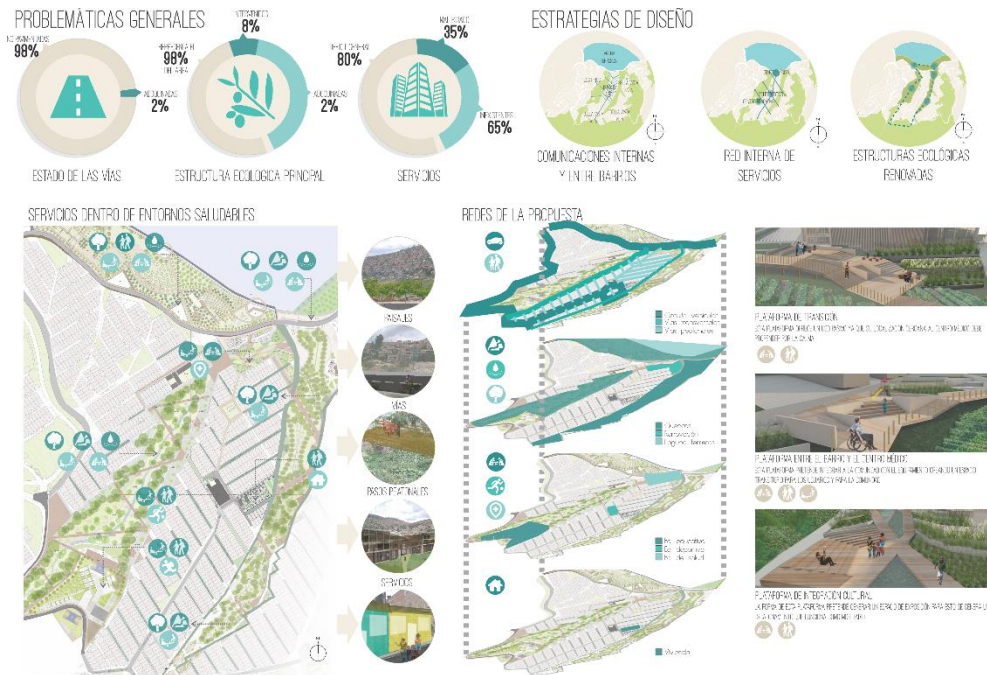


Figura 3. Propuesta de conectividad y entorno

Elaboración propia (2017) ©

Del concepto al objeto arquitectónico

Sin lugar a dudas un centro especializado en la salud, es uno de los elementos con mayor complejidad técnica en el ámbito del diseño y planteamiento arquitectónico, por lo cual fue necesario dividir este proceso en dos fases, la primera es la verificación de la norma y componentes urbanos y arquitectónicos requeridos. El segundo consistió en el desarrollo del concepto en un objeto con forma y función claros. La primera fase justificó temas primordiales como la ubicación, y algunos elementos obligatorios, por otro lado, la segunda fase dio como resultado la forma final y la relación de los elementos conceptuales con los elementos tangibles y técnicos de la edificación.



Figura 04. Imagen del proyecto y su entorno

Elaboración propia (2017) ©

Aplicación normativa

El estudio de la norma fue basado principalmente en el Decreto 318 del 2006 que determina el Plan maestro de Salud para la ciudad de Bogotá, se determinó el uso de este documento debido al poco alcance que los documentos referentes a la infraestructura de la salud del municipio de Soacha ya que estos son muy limitados. El decreto aportó las herramientas para el planteamiento inicial, como por ejemplo la selección del predio, este cuenta con el título de cesión para equipamiento de escala zonal, además cumple con los siguientes requerimientos: se encuentra sobre dos vías de acceso, cuenta con una vía de acceso categoría V6, permite aislamientos con todos sus vecinos con un mínimo de tres metros frente al paramento, está localizado en una zona estratégica para facilitar el acceso de sus usuarios, y tiene un área superior a los 3000 m².

En una segunda etapa de la aplicación normativa del predio, la propuesta establece su programa, su estructura y forma a partir de los manuales de diseño anexos al plan maestro, en esta etapa se establece la generación de dos volúmenes principales para cada uno de los servicios del centro

médico, el primero con la atención de urgencias y el segundo de medicina externa, cada uno cuenta con sus accesos independientes, en el caso específico del servicio de urgencias este posee con un acceso para ambulancias y vehículos que transporten pacientes que no pueden acceder por sus propios medios. También se establece por medio de los manuales las áreas mínimas y el establecimiento de la ubicación de los implementos médicos en cada uno de los espacios según su función.

El objeto arquitectónico cuenta con tres plantas, y su programa está basado en los elementos normativos y a su vez en el estudio del Plan de Saneamiento y manejo de vertimientos del municipio de Soacha 2007, el cual establece un cuadro de las enfermedades que se presentan más frecuentemente en la comunidad lo cual permitió responder a las necesidades puntuales de la comunidad de Ciudadela Sucre, sobre todo en los rango de edad de infancia y de adultos mayores los cuales se encuentran en un mayor grado de vulnerabilidad.

El volumen correspondiente al servicio de urgencias cuenta en su primera planta con una zona de recepción de pacientes, salas de espera, una zona de servicio sanitario, consultorios de triage, recepción de pacientes en ambulancia o vehículo, salas de procedimiento séptico y no séptico y sala de reanimaciones, a su vez cuenta con la unidad administrativa que se compone de una oficina general, una sala de reuniones y una sala de estar para los trabajadores. A partir de esta planta se generan dos puntos fijos, el primero compuesto por la salida de emergencia que se conecta a una zona abierta y el segundo conecta de forma vertical todas las plantas del servicio de urgencias. El segundo nivel está compuesto por la unidad de medicina prioritaria, también se encuentra la zona

de servicios compuesto por la cocina, la zona de empleados y la lavandería. El tercer nivel está compuesto por la unidad de procedimientos ambulatorios.

El volumen que contiene el servicio de medicina externa, cuenta con un sótano de parqueo para

los visitantes del centro médico, en este nivel se encuentran los cuatros técnicos y almacenamiento temporal de desechos. Este volumen cuenta con un punto fijo provisto de escaleras y un ascensor camillero. El nivel de acceso está compuesto por el recibidor, una farmacia, y la unidad de fisiatría y odontología. En el segundo nivel se encuentran las unidades de medicina familiar y medicina pediátrica contiene una sala de relajación para pacientes y visitantes que conecta los segundos niveles de ambos volúmenes. El tercer nivel está compuesto

por una unidad de diagnóstico, en el que se encuentran las salas de toma de muestras y laboratorio clínico ubicado en el volumen de conexión entre los dos servicios principales;

también se encuentra una terraza con cafetería.

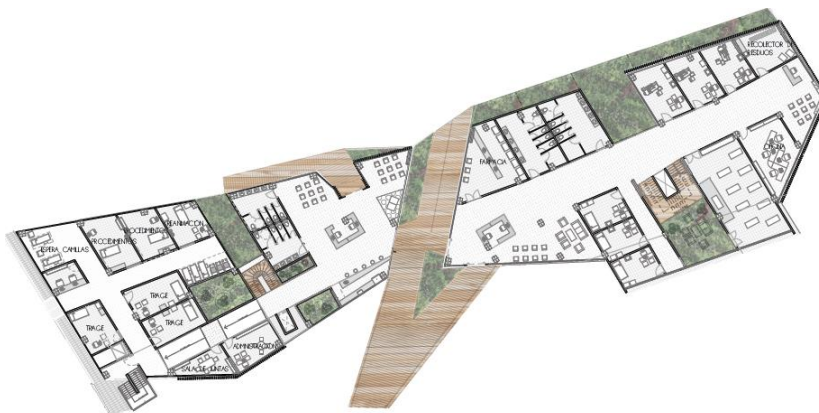


Figura 05. Distribución en planta en el primer piso

Elaboración propia (2017) ©

La respuesta formal

Ahora bien, tras realizar el planteamiento inicial basado en el margen normativo, para cumplir con el objetivo de este proyecto, se es necesario aplicar los conceptos teóricos a un elemento tangible. Debido a que “la arquitectura puede, no obstante, entenderse meramente como “ejercicio” o “servicio profesional” ... Cuando todos estos extremos de la practica arquitectónica se hacen patentes, la arquitectura conduce, bien a pura instrumentación tecnocrática” (Rueda, 2014). Teniendo en cuenta que en este caso el proyecto propuesto por la facultad permite la flexibilidad de la investigación y un campo experimental que rompa los paradigmas establecidos para el diseño de los equipamientos de salud (Martínez, 2013), es posible determinar que nuevos factores, más allá de los establecidos en la norma, pueden ser trascendentales en el desarrollo de proyectos con enfoque a la salud, que a partir de su diseño espacial favorezcan la percepción de los pacientes frente al entorno en el que son atendidos.

El primer objeto de estudio para la aplicación de nuevos modelos es la forma de la edificación, existen diferentes variables formales, por lo cual este proyecto se desarrolla como un elemento poli volumétrico que permite la conexión entre servicios y a su vez la dilatación de algunas áreas cuando la norma o el desarrollo conceptual lo requieren. La selección de esta forma permite que el elemento pierda peso en la primera planta para generar pasos y así la comunidad pueda generar un acercamiento y proximidad al edificio así no requieran la prestación del servicio de salud.

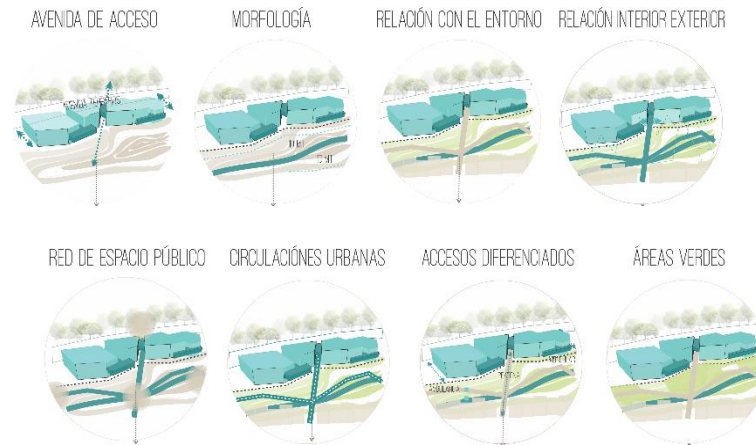


Figura 06. Esquema de implantación conceptual

Elaboración propia (2017) ©

Espacios alternativos

En cumplimiento al concepto de los espacios saludables la propuesta genera la inclusión de nuevos espacios alternativos al programa preestablecido por norma en los centros médicos convencionales. En primer lugar y continuando con los elementos urbanísticos el proyecto incluye dos jardines internos que se convierten en la centralidad de la distribución espacial en todas las plantas. Estos jardines a su vez permiten la iluminación natural y la conexión de los pacientes con la percepción de tranquilidad y pasividad que otorga la inclusión de la naturaleza en el objeto arquitectónico.

Como complemento de las espacialidades netamente funcionales, se desarrollan en el Centro Médico Nueva Esperanza una sala de relajación para los pacientes y sus acompañantes permitiendo actividades alternas en torno al silencio y la contemplación del paisaje, se organiza esta sala en núcleos individuales o de grupos pequeños que puedan ser fácilmente modificables

según el número de usuarios que quieran participar del espacio. A su vez el centro médico cuenta con dos salas de tratamiento alternativo, la primera localizada en el primer nivel en esta sala se pueden desarrollar terapias y actividades físicas que complementen el área de fisioterapia de centro, la segunda sala se encuentra localizada en la segunda planta, en esta se llevan a cabo terapias de primera infancia, es decir infantes desde los cero a cinco años con sus madres, esta se plantea como complemento al servicio de pediatría.

Sistemas funcionales

Uno de los grandes retos de esta propuesta es la de responder a las dinámicas de funcionamiento que se establecen en las normas a pesar la forma de la edificación, ya que como se establece anteriormente la norma está planteada para espacios netamente ortogonales, y el centro médico resuelto posee espacios irregulares en respuesta al concepto y la hipótesis general del proyecto. Por esta razón en el ámbito funcional se tomaron en cuenta los diagramas preestablecidos, para esto en primer lugar se genera un sistema de circulaciones fácilmente legibles por el usuario, que cuenten con las dimensiones reglamentarias establecidas entre los 2.0 y 4.0 metros según el uso y la cantidad de usuarios recurrentes de la zona en la que se encuentra ubicada, el sistema de circulaciones se replica en todas las plantas exceptuando las modificaciones que se requieren por la presencia de espacios o elementos variables en cada nivel.

El sistema de circulaciones verticales se conecta el anteriormente mencionado por medio de tres puntos fijos, uno localizado en el servicio de medicina externa y los otros dos en el servicio de urgencias, siendo uno de estos la salida de emergencia que conecta en el nivel inferior con la Avenida Terreros ya que esta es la de acceso principal. En cuanto a los dos puntos fijos internos

cada no cuenta con escaleras y un ascensor camillero que permita el fácil transporte de los pacientes que requieran de estos elementos.

En cuanto a la conformación de los sistemas y unidades, el Centro Médico Nueva Esperanza dilata en el primer nivel los servicios de urgencias y medicina externa ya que estos deben funcionar de forma independiente, cada uno posee sus accesos individuales y un paso central en caso de que los pacientes deban ser trasladados de un servicio a otro. Los niveles superiores se conectan por medio de volúmenes los cuales cumplen funciones de sub servicios intermedios que sean requeridos en ambos servicios generales (Urgencias – Medicina externa).

Alrededor del sistema de circulación se localizan las unidades de una forma axial por lo cual siguiendo los recorridos cada paciente puede encontrar fácilmente las unidades y servicios en los que debe ser atendido. Los elementos sanitarios se encuentran en lugares céntricos en cada servicio y facilitan el uso por pacientes con limitaciones físicas. A su vez se tiene en cuenta un sistema de recolección de residuos sólidos, líquidos, peligrosos, químicos y biológicos, que son recogidos en cada uno de los espacios requeridos de forma lineal llegando a un cuarto de basuras por piso en el cual se encuentran los ductos que llegan al nivel de sótanos en el cual se encuentra el punto de recaudo de basuras temporal en el que son recogidos por la entidad encargada.



Figura 07. Corte general del edificio

Elaboración propia (2017) ©

Por último, el sistema de carga y descarga se encuentra organizado en dos puntos según los elementos a manejar. El primer punto de carga y descarga se encuentra en el interior del sótano (unidad de medicina externa) en el cual se dejan elementos como papelería, ropa médica para personal, camas y camillas, y utensilios médicos en otro cuarto se almacenan los productos de aseo, estos se almacenan y son entregados a cada punto según los requerimientos. Por otro lado, se encuentra el ingreso de alimentos, estos llegan al volumen de urgencias en el cual en el segundo nivel se encuentra el área de servicios del Centro Médico, los alimentos se ingresan a un ascensor de servicios que conecta directamente con el ingreso de alimentos y alacena de la cocina así no deben ser transportado por las circulaciones interiores de la edificación.

Discusión

El desarrollo del Centro Médico Nueva Esperanza no solo busca generar un objeto arquitectónico que cumpla con los servicios requeridos por la comunidad y que este dentro de los parámetros establecidos por las normas, sino que a su vez pretende generar una discusión entre los equipamientos ofrecidos por los arquitectos y los que la comunidad requiere para mejorar el estado de salud de los pacientes. Es decir que los planteamientos tenidos en cuenta por los arquitectos no pueden ser simplemente determinados por la función, sino que el diseño de la espacialidad se debe pretender la mejora de los pacientes por medio de la implementación de elementos arquitectónicos como la materialidad, iluminación, relación con el entorno, relación

con la naturaleza interior y exteriormente, y a su vez salas en las que se desarrollen actividades complementarias.

Como se analizaba en el capítulo introductorio de este documento, es necesario tener en cuenta una nueva perspectiva en la generación de las normas y manuales por los cuales se establece el desarrollo de proyectos arquitectónicos con funciones referentes a la prestación de la salud, para esto es pertinente tener en cuenta la visión que tiene la organización mundial de salud sobre este concepto, ya que desde el año 2002 la OMS ha tenido en cuenta la relevancia de la medicina y tratamientos alternativos y complementarios, los cuales son comprendidos como todos los métodos que no son abordados desde la práctica tradicional de la medicina, sino que por el contrario tienen un enfoque cultural y social de cada población. De hecho, ya se han iniciado estudios de la implementación de este tipo de servicios en Colombia, estos han arrojado como resultados el poco alcance que ha tenido este tipo de medicina en los centros médicos de prestación obligatoria (Pinto, 2012), ya que estos están diseñados para suplir únicamente los servicios de medicina regular o tradicional, exceptuando los centros de medicina alternativa que en su mayoría son de carácter privado.

Si tenemos en cuenta los estudios anteriormente nombrados, es justificable la necesidad de generar un espacio para estas nuevas alternativas en la asistencia médica, tal y como se expone en los resultados del Centro Médico Nueva esperanza, en el cual se lograron establecer varios de los elementos que como se mencionan anteriormente permiten establecer métodos alternativos dentro de un centro de medicina de uso comunitario con prestación de salud tradicional. Como respuesta a este planteamiento el proyecto es una respuesta completamente diferente a lo que podemos

encontrar en la actualidad en nuestro país, no solo por la implementación de nuevos métodos, sino por la concepción de los espacios saludables como una respuesta metodológica en la que se valoran los aspectos físicos de la edificación como un factor de mejoría en los pacientes.

A lo largo del desarrollo de este proyecto se generó la intención de transformar la concepción que el arquitecto tiene a la hora de diseñar objetos arquitectónicos dedicados a la salud, a pesar de que en algunos proyectos en Colombia como el mencionado Fundación Santafé en el que el Arquitecto Giancarlo Mazzanti logra incorporar elementos de vegetación, iluminación y la inclusión de una materialidad clara y amigable, este tipo de proyectos no deben ser simplemente el resultado de las intenciones personales de cada arquitecto, por el contrario deberían convertirse en el interés común de los profesionales que se involucran en el diseño de centros asistenciales de salud, teniendo como fin la inclusión de estos conceptos en las políticas públicas e incluso en los manuales de diseño que soportan estas normas.

Teniendo en cuenta el punto anterior es notable la deficiencia del proyecto Centro Médico Nueva Esperanza, para sustentar por sí mismo la validez de la hipótesis inicial, a pesar de contar e incorporar las herramientas que el marco conceptual y el estado del arte aportaron para el desarrollo del diseño y que se dieran resultados favorables en la concepción de la comunidad y la validación de los evaluadores, es necesario generar procesos de investigación a partir de uso tangible del objeto arquitectónico, y así poder demostrar que un diseño basado en el concepto de los espacios saludables puede potencialmente mejorar la percepción de mejora que puedan tener los pacientes y usuarios del centro médico.

Conclusiones

La salud y su prestación, ha sido uno de los temas que ha generado mayor polémica en los últimos años en el país, no solo por la generación de nuevas políticas y las amplias solicitudes de reformas nacionales a este servicio primordial, esto ha ampliado la perspectiva de las problemáticas tanto de la prestación del servicio como de los centros en los que se desenvuelve esta actividad. Es latente una transformación del concepto de la salud para de esta forma integrar componentes poco tradicionales. Es notable que la organización mundial de la salud (OMS) máxima autoridad en el tema, ha solicitado tener en cuenta en la generación de nuevas estrategias y políticas que incluyan aspectos culturales y alternativas que puedan generar mejoras en la prestación del servicio de la salud en las políticas nacionales de cada país.

No es una utopía generar proyectos arquitectónicos que presten servicios de salud completamente diferentes a los que solemos imaginar e idealizar, de hecho, es necesario reconocer la perspectiva de la comunidad frente a un objeto que va a servirle, García (2012), afirma “el poder de la arquitectura participativa no reside en la capacidad de transformar lugares y espacios, sino un poder aun mayor; el de actuar e influir en el imaginario colectivo de las personas y comunidades” (11). El Centro de Salud Nueva Esperanza responde a este poder, ya que no solo es una respuesta formal a una necesidad; pretende demostrar que a la par de una función se pueden incorporar nuevos elementos que puedan mejorar la condición de los pacientes, y proporcionar un entorno del cual todos los habitantes así no sean usuarios pueden participar.

La formación del arquitecto centrado en la persona que ofrece la facultad de diseño, permite la concepción de proyectos que respondan a las necesidades y deseos de las comunidades que como

en este caso ofrecen sus espacios para ser intervenidos, a su vez el método de enseñanza de la facultad por medio de generación y resolución de problemas aporta al arquitecto un método sistemático que le permite generar las respuestas del proyecto en todas sus escalas y de hecho se logra incorporar este sistema al trabajo con la comunidad ya que por medio de preguntas y respuestas se pueden conocer las intenciones iniciales de los habitantes del sector, de una forma similar a lo que se presenta en el aula de clases. Al final esta formación resulta ser trascendental para el arquitecto de la Universidad Católica de Colombia ya que le permite reconocer la relevancia que la comunidad tiene en su labor generando una eficiente relación entre el diseñador y las necesidades del usuario (Ospina, 2014).

Referencias

Libro

Arrizabalaga, J. (2006) Hospitals, Historia i medicina: Ijhospital de la Santa Creu de Barcelona.

Actes de la viii trobada d'història de la ciència I de la tècnica

Cervera, J. C. (2000). Temas de composición arquitectónica. 11. Memoria y tiempo. *Editorial*

Club Universitario.

Cerqueira, M., Conti, C., De La Torre, A., & Ippolito-Shepherd, J. (2003). La promoción de la

salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. *Food Nutrition and Agriculture*, 33, 36-44.

Labarta, C. (2012). Proyecto arquitectónico y docencia: una cuestión de orden. *Universidad de Zaragoza*.

Martí, J. (2017). La investigación-acción participativa: estructura y fases.

Ramírez Kuri, P. (2013). Las disputas por la ciudad. Espacio social y espacio público en contextos urbanos de Latinoamérica y Europa. *Universidad Autónoma de México instituto de estudios sociales*

Revistas

Aguilera-Martínez, F. A., Vargas-Niño, P. A., Serrano-Cruz, N. I., & Castellanos-Escobar, M. C. (2015). Estudio de los imaginarios sociales urbanos desde las prácticas pedagógicas. *Revista de arquitectura, 17(1)*.

Civera, S.M. (2008). Análisis de la relación entre la calidad y la satisfacción en el ámbito Hospitalario en función del modelo de Gestión establecido. Castellón de la Plan, Es: *Universitat Jaume I. Servei de comunicació i publicació*.

De la Barra, X. (2014). Por un urbanismo incluyente que contribuya a garantizar la ciudadanía. *Boletín CF+ S, (8)*.

García Ramírez, W. (2012). Arquitectura participativa: las formas de lo esencial. *Revista de Arquitectura, 14*.

Hernandez-Araque, M. J. (2016). Urbanismo participativo. Construcción social del espacio urbano. *Revista de arquitectura*, 18(1), 6-17.

Hernández, G., & Visotsky, J. (2016). Una mirada diacrónica a las concepciones de familia en sectores populares urbanos Desde fines de la década del 50 hasta el presente, en la ciudad de Bahía Blanca. *Temas de Mujeres*, 1(1).

Martínez Osorio, P. A. (2013). El proyecto arquitectónico como un problema de investigación. *Revista de arquitectura*, 15.

Ospina Hernández, C. A. (2014). Ciudad y compromiso ciudadano en la historia de occidente. *Revista de arquitectura*, 16

Pinto-Barrero, M. I., & Ruiz-Díaz, P. (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. *Aquichan*, 12(2).

Plata, C. I. R. (2014). Cuestiones de método creativo: metamorfosis y conciencia material en los procesos creativos en arquitectura. *Revista de arquitectura*, 16, 58-67.

Leyes decretos, resoluciones etc

Decreto 318 de 2006 [Alcalde Mayor de Bogotá]. Por el cual se adopta el Plan maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito capital. 15 de agosto del 2006

Plan de saneamiento y manejo de vertimientos del Municipio de Soacha. [Acueducto. Agua y alcantarillado de Bogotá]. 2007