

ASIGNACION DE TEMAS

Tema 1:

Hotel de ruta.

Hotel Camberland

Hospital alta complejidad

Hospital Pediátrico Avelino Castelan. Resistencia. Provincia de Chaco

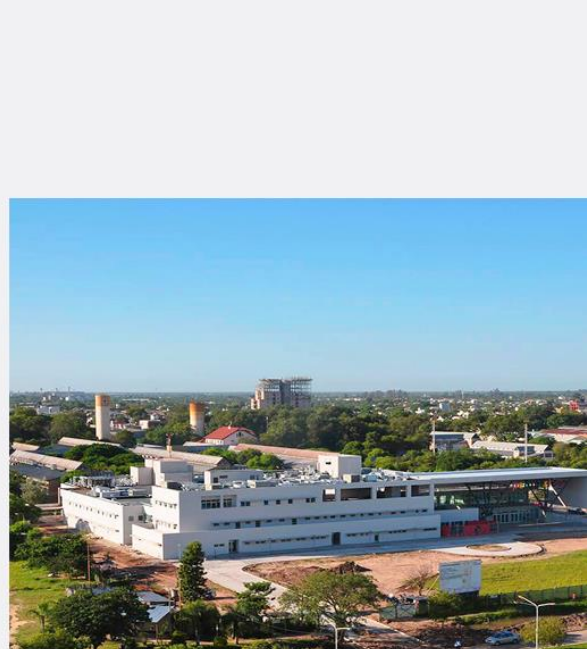
Superficie cubierta: 12.000 m²

Cantidad de camas: 130

Construcción/inauguración: 2013 Autor/es: Arq. Jorge Bello y Asociados

Comitente: CRIBA S.A. - Gobierno de la Provincia de Chaco

Hospital pediátrico de alta complejidad con internación por cuidados progresivos. Cuenta con una Unidad para quemados con quirófano exclusivo, guardia permanente y emergentología, centro oncológico, y centro quirúrgico. Dispone de terapias intensivas pediátricas y una Unidad para pacientes con un exigido grado de aislamiento y acondicionamiento térmico. Se resolvió como estructura modular o sistémica, previéndose un crecimiento posterior para las Unidades de Atención, Internación y servicios



monografía

Hotel de ruta

Por Marcelo Rizzo

INFRECUENTE CASO EN UN CONTEXTO DE ARQUITECTURAS PSEUDOCAMPESTRES, EL HOTEL CAMBERLAND SE APROPIA DE LA TOPOGRAFÍA DEL LUGAR E INTRODUCE EN EL SU DISEÑO DE CUÑO INTERNACIONAL, DESTACANDO SU VOLUMEN QUEBRADO SOBRE LA LLANURA.

La aceptación de las arquitecturas innovadoras para los programas de gran escala es general. Sin embargo, resulta aún infrecuente que los proyectos situados fuera de los centros urbanos -cuya escala se aproxima más a la doméstica- adopten lenguajes contemporáneos y es así como los nuevos suburbios presentan su curiosa mezcla de arquitecturas vernáculos, rasgos neocoloniales y formas que remiten a las antiguas campañas de Inglaterra o Normandía. El explosivo crecimiento de la localidad de Pilar parece hoy ofrecer un campo fértil para las nuevas propuestas.

Merced a un gran parque industrial en el que han construido sus nuevas sedes varias firmas nacionales y extranjeras, dicha ciudad es el sitio elegido para el emplazamiento de los primeros ejemplos de hoteles "de ruta", que ofrecen comodidades comparables a las de los grandes edificios céntricos a quienes por negocios o por turismo pasan por el lugar. Casi la totalidad de estos conjuntos repiten la arquitectura más frecuente en las viviendas de los clubes de campo y barrios cerrados de la zona, pero el proyecto de Zarr arquitectura -Roberto y Ramiro Zubeldía- para el Hotel Camberland demuestra que es posible llevar el diseño fuera de la ciudad y a la vez respetar el paisaje natural, que es protagonista en cada uno de los espacios a pesar de la rigurosa abstracción geométrica de la composición. Hace algunos años era usual entre los arquitectos la discusión acerca de la "modernidad apropiada", a propósito de la adecuación de las ideas del Movimiento Moderno a las características geográficas, sociales y culturales de cada región. Tras algunos años de postmodernismo, el tema parece haberse disipado en un nuevo contexto de arquitecturas que han recuperado las ideas-fuerza del MM e intentan el aporte de nuevas poéticas, que muchas veces asumen las condiciones de dispersión y sobreinformación de las sociedades urbanas en la era de las comunicaciones y la alta tecnología. Nuevamente, no resultaría arriesgado hablar de un "estilo internacional", que al menos emparenta en lo formal la producción de varios autores.

Con el Hotel Camberland, los arquitectos Zubeldía proponen una obra de neta contemporaneidad e inspiración internacionalista, en la que sin embargo el punto de partida no ha sido una intención formal, sino una correcta apropiación del terreno, con sus condiciones y su paisaje circundante.

De modo opuesto a la estrategia usual en los clásicos moteles estadounidenses, el patio central esta vez no se abre a la calle ni fue planteado como lugar de estacionamiento. Para lograr un clima aislado de la ruta, el edificio se compone de dos alas de habitaciones y un gran volumen que contiene los espacios públicos, situado en el punto de giro. Desde el exterior, la compleja articulación de planos verticales, paños transparentes y un gran alero de paneles de aluminio anuncia la vocación de hito que el hotel plantea en la llanura. Los vehículos circulan por el borde exterior del hotel y los huéspedes pueden acceder a las habitaciones desde allí o atravesar el lobby y recorrer la circulación perimetral interior, esta vez peatonal y protegida por una leve cubierta metálica sobre su deck de madera. Entre el interior de las habitaciones y el gran parque, pequeños jardines se asemejan a terrazas privadas con vista a la piscina central, cuya forma acompaña a las líneas de las alas del edificio. En ambas alas, las habitaciones fueron agrupadas en módulos que contienen cuatro unidades. Los espacios entre dichos módulos contienen áreas de servicio pero son, en realidad, los "fueles" que permiten una ligera rotación en la planta de una de las alas, hasta así adquirir la forma curva que transforma a la L inicial del partido en una C con su parque central abrazado por la construcción.

Casi todos los problemas a resolver en un proyecto de arquitectura pueden ser enunciados a partir de pares antagónicos, que ayudan a acotar cada tema y plantean posibles (a pág. 92) ▶

ROBERTO ZUBELDÍA Y RAMIRO
ZUBELDÍA, ARIOS.
Hotel Camberland

EMPRESA CONSTRUCTORA: Fernando

Mancuso, Construcciones Civiles

UBICACIÓN: Ruta 8, Km 64.5, Fátima,

Pilar, Buenos Aires

SUPERFICIE DEL TERRENO: 15000 m²

SUPERFICIE CUBIERTA: 982 m²

SUPERFICIE SEMICUBIERTA: 315 m²

AÑO DE PROYECTO: 1998

AÑO DE CONSTRUCCIÓN: 1999 / 2000

(CONTINUA EN SECCIÓN AGENDA)



Planta general

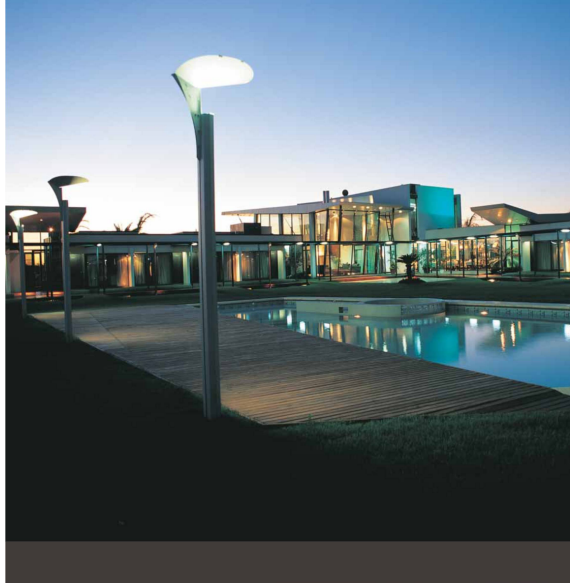
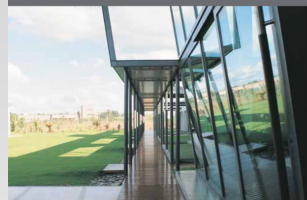


Foto: Gerardo Sosa Puella



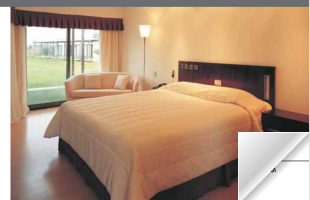
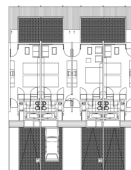


Vista de las habitaciones



94 | *Ferreo: Guaraní San Pío*

*Planta de
habitaciones*





ejes de ataque para resolver la totalidad. En este sentido, el Camberland es una obra en la que el par forma/función juega junto a la dupla público/privado una partida en la que los proyectistas no ignoraron el contexto del campo de juego, pero fueron firmes en la convicción de no dejarse dominar por él. Así, un tercer par aparece en escena y es el conformado por la naturaleza y el carácter artificial de la arquitectura; un dislogo que en el hotel se resuelve con franqueza, sin disimular la oposición ni el protagonismo del objeto, que sin embargo en cada punto de su recorrido refiere e invita al paisaje a jugar junto a él.

Marcelo Rizzo es arquitecto y periodista

Foto: Gustavo Sosa Pinilla

98 546

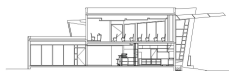




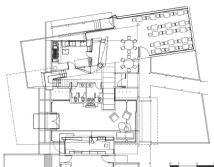
Ferrari - Gustavo Sosa Pinella



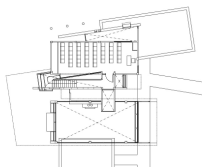
Corte por lobby



Corte por auditorio



Planta baja del sector público



Planta alta



CURSO DE POSGRADO PLANIFICACIÓN DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD

Organizan:
Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (A.A.D.A.I.H.)

TRABAJO MONOGRAFICO

Análisis de un Anteproyecto de Hospital Pediátrico Nivel VI en Resistencia Chaco



Mariana Pisani - María Dolores Richieri - Romina Vega

Marzo – 2013

ÍNDICE

Índice	2
Introducción	4
Desarrollo	6
Capítulo 1: Conceptualizaciones para el análisis de un Hospital	6
1.1. Demanda poblacional sanitaria	6
1.2. La salud en la niñez en América Latina	8
1.2.1. La Situación de la salud de la niñez a inicios del Siglo XXI	9
1.3. Epidemiología	11
1.4. Redes sanitarias	13
1.5. Culturas originarias de las regiones	16
1.6. Sustentabilidad de los edificios hospitalarios	17
1.7. Hospitales Seguros	18
1.8. Accesibilidad en Hospitales	21
1.9. Tipologías Partido Arquitectónico	24
1.10. Programa Médico-Arquitectónico	29
1.11. Aspectos Circulatorios	30
1.12. Aspectos Funcionales	32
1.13. Aspectos Espaciales	34
Capítulo 2: Análisis de un Anteproyecto para un Nuevo Hospital Pediátrico en Resistencia Chaco	
2.1. Introducción	38
2.2. Anteproyecto para un Nuevo Hospital Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán	39
2.3. Análisis del Anteproyecto	48
2.3.1. Demanda poblacional sanitaria	48
2.3.1.1. La salud en la niñez en Argentina y Chaco	48
2.3.1.2. Respuesta a la Demanda	51
2.3.2. Perfil del nuevo hospital pediátrico	52
2.3.3. Epidemiología en Chaco	52
2.3.4. Red sanitaria del Chaco	55
2.3.5. Culturas originarias del Chaco	56
2.3.6. Sustentabilidad del Anteproyecto	59
2.3.7. Hospitales Seguros	59
2.3.8. Accesibilidad:	60
2.3.8.1. Terreno-Implantación	61

2.3.8.2. Medios de Transporte	62
2.3.8.3 Infraestructura	62
2.3.9. Tipologías Partido Arquitectónico	62
2.3.10. Programa Médico-Arquitectónico	65
2.3.11. Aspectos Circulatorios	68
2.3.12. Aspectos Funcionales	71
2.3.13. Aspectos Espaciales	74
Conclusiones	76
Recomendaciones	77
Bibliografía	79
Otras fuentes consultadas	80
Anexo I Requerimientos de las áreas de Internación del Hospital Pediátrico según criterios de riesgo.	82
Anexo II Planos de Anteproyecto Planta Baja y Planta Alta	84
Anexo III Imágenes en 3D del Anteproyecto.	86

CAPÍTULO 2

Análisis de un anteproyecto para un Nuevo Hospital Pediátrico de Resistencia, Chaco

2.1.- Introducción

El Hospital Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán está ubicado en la localidad de Resistencia, provincia de Chaco y es un hospital de pediatría de referencia en dicha provincia.

Este es un Hospital Especializado de Nivel de Atención III y Nivel de Complejidad VI, según el Anexo 2 del decreto 315/2010 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Chaco.

Desde los años 1996 en adelante se venía pensando y debatiendo, desde el Gobierno de la provincia y en conjunto con las autoridades del Ministerio de Salud Pública, la manera de mejorar el recurso físico del Hospital Pediátrico.

El edificio ya se encontraba físicamente obsoleto para albergar la totalidad de sus funciones, instalaciones deficientes, mala disposición de los servicios, falta de capacidad en los locales ambulatorios (consultorios externos) e internación (UCI, UCIN, HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO), cantidad insuficiente de Quirófanos y condiciones edilicias en mal estado.

Además de los inconvenientes funcionales, debido a múltiples cruces entre circulaciones restringidas y públicas, y ambientes desconectados y de escasas dimensiones para las funciones de cada área, el Hospital actual presenta muy malas condiciones espaciales.

Los locales de espera de consulta externa no poseen ventilación ni iluminación natural, los pasillos de espera han sido saturados por otros locales improvisados debido a la falta de espacio.

El Acceso principal es estrecho y se comparte entre el paciente ambulatorio que va a Consulta Externa y el paciente que llega por una Emergencia.

Los patios se encuentran invadidos por elementos de rezago, y se han adosado pequeñas construcciones como baños y depósitos que obstaculizan las ventilaciones de locales de uso como consultorios y habitaciones.

Las visuales hacia el patio no son aprovechadas debido a la saturación de locales sin apertura hacia el sector de esparcimiento.

Los quirófanos no poseen circulación diferenciada, y se entrecruzan lo limpio y lo sucio.

Los espacios se han tornado húmedos y poco saludables debido a esta falta de iluminación y ventilación.

Las instalaciones se encuentran colapsadas debido a los años que poseen las cañerías y la instalación eléctrica es obsoleta.

Los motivos arriba expuestos han llevado a las autoridades sanitarias de la Provincia de Chaco a plantearse la necesidad de remodelar-refuncionalizar el edificio actual o proyectar un nuevo edificio más moderno donde se valoren y prioricen las necesidades de la población infantil, inclinándose por la última opción.

A partir del año 2004, se tomó la decisión política de construir un edificio nuevo y se encargó a la Dirección de Arquitectura Hospitalaria, a cargo de la Arq. María Estela Machado de Le Vraux, la realización del proyecto. En el año 2008, las arquitectas Margarita Machado Sigaud de Merz, y María Dolores Richieri, de la Dirección de Arquitectura Hospitalaria del Ministerio de Salud Pública de Chaco realizan el Anteproyecto del Nuevo Hospital Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán, que se pretende analizar en este trabajo.

2.2. Anteproyecto para un Nuevo Hospital Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán

Ubicación de la provincia del Chaco dentro de la República Argentina

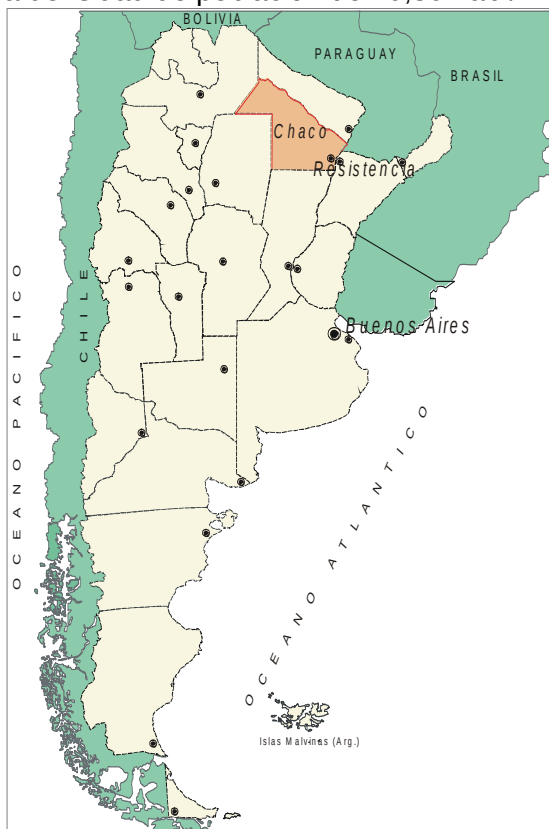
El Chaco se ubica en la región N.E.A. (Noreste), es una provincia con una superficie de 99.633 km², población de 1.024.934 habitantes, distribuidas un 21,3% en áreas urbanas y 78,7% en áreas rurales, con una densidad de población de 10,30 hab./km².

Las características climáticas se definen por inundaciones y sequías prolongadas, montes atrayentes, deforestación preocupante, con ríos y lagunas cambiantes y ciudades y pueblos contrastantes.

La constitución de la provincia consagra el derecho a la salud y dice en Capítulo III: Derechos Sociales Artículo 36.1994:

“La Provincia tiene a su cargo la promoción, protección, y reparación de la salud de sus habitantes, con el fin de asegurarles un completo estado de bienestar físico, mental y social”.

“Al efecto dictará la legislación que establezca los derechos y deberes de la comunidad y de los individuos y creará la organización técnica adecuada”.

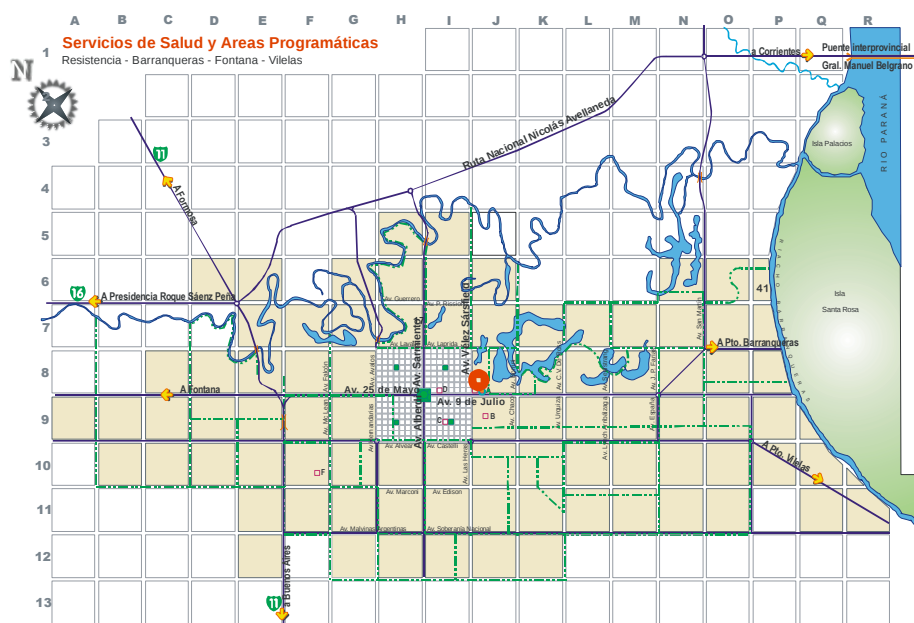


Ubicación de Resistencia en la Provincia del Chaco:

Políticamente se divide en 25 departamentos, con su capital Resistencia, que con las Ciudades colindantes de Barranqueras, Vilelas, y Fontana conforma un conglomerado denominado GRAN RESISTENCIA, con una población de 359.590 habitantes.

Ciudad de Resistencia: localización

Nuevo emplazamiento Hospital Pediátrico



REFERENCIAS

- LIMITES DE AREAS PROGRAMATICAS
- PRINCIPALES AVENIDAS Y RUTAS
- FUTURO HOSPITAL PEDIÁTRICO
- HOSPITAL PERRANDO
-)) PUENTE
- 11 RUTA NACIONAL

El Área Metropolitana está conformada por cuatro municipios formando una red de servicios que cuenta con 40 Centros de Salud de los cuales 4 son Centros Regionales de Referencia (C.R.R) de atención durante las 24 horas con dotación de recursos humanos, servicios de radiología, ecografía, laboratorio y especialidades, y Hospitales de gran complejidad como el Hospital Perrando, el hospital Odontológico y el Hospital Pediátrico.

HOSPITAL PEDIATRICO “DR AVELINO CASTELAN”

ANTECEDENTES

Es un hospital pediátrico de referencia único en la provincia, que actualmente ocupa un edificio con patologías diversas y además con serias dificultades de funcionalidad en los servicios, por lo que para optimizar los servicios en condiciones adecuadas, con espacios que respondan a un ambiente que contribuya a la recuperación integral del paciente, se hace necesario una intervención que

contemple no solo la corrección de los problemas edilicios sino también la ampliación que tenga en cuenta la demanda que aumenta día a día.

La reorganización y la puesta en condiciones edilicias y ambientales de las distintas unidades del servicio, la adaptación para incorporar camas a la capacidad existente, la reubicación de unidades que contemplen la libertad y seguridad de circulación de pacientes ambulatorios e internados, es un trabajo imprescindible para lograr un adecuado funcionamiento.

La ubicación conflictiva dentro del casco urbano no permite una adecuada distribución de vías de acceso, jerarquizadas según las necesidades.

Reorganizar, jerarquizar, y refuncionalizar los espacios del edificio existente y la ampliación del servicio para dar una respuesta adecuada a la demanda existente, requiere no solo una gran inversión, sino una operatividad en la ejecución que facilite el funcionamiento sin interrupción de los servicios.

Contemplando los puntos acotados anteriormente, se considera la mejor estrategia para dar respuesta coherente a los reclamos no solo edilicios sino funcionales del hospital, la construcción de uno nuevo que se constituya en centro de atención de relevancia de la zona.

MEMORIA DESCRIPTIVA

Introducción

Es un hospital de referencia provincial de complejidad VI, que abarca funciones de alto, moderado y bajo riesgo, por lo cual se proyecta teniendo en cuenta las necesidades de la población y el crecimiento futuro para dar respuesta a las necesidades sanitarias del área de influencia con efectividad y eficacia en la atención del paciente.

Se contempla no solo funciones de prevención de las enfermedades, diagnosticar, tratar y rehabilitar sino además de estas funciones directas con respecto a los beneficiarios se incorpora la formación continua del personal y las expansiones necesarias para una salud integral.

Localización

El lote donde se implanta el complejo hospitalario es el conformado por la avenida Vélez Sarsfield, calle Hipólito Irigoyen, hospital Perrando, y límite con laguna Argüello.

La avenida generosa y de amplia accesibilidad permite una rápida visualización del centro asistencial y rápida evacuación vehicular.

PARTIDO

Dada las dimensiones del terreno el partido adoptado es cerrado con posibilidades de crecimiento en vertical por lo que se ha considerado importante desarrollarlo en dos niveles, lo que resulta un factor de ocupación de suelo muy alto.

Las características del terreno se definirán mediante estudio de suelo correspondiente a partir del cual se determinará la mejor fundación del edificio y a través de informes del organismo correspondiente se definirá la cota de nivel más conveniente.

El edificio en sí es un sistema que organiza subsistemas o servicios. Lo público, lo médico y lo técnico se jerarquizan y se conectan mediante circulaciones que forman una secuencia que va definiendo restricciones a las posibilidades de acceso.

En volumen se resuelve con un cuerpo de servicios externos independiente formalmente y conectado al resto por la circulación troncal que va de abierta a restringida y que sirve de enlace con el volumen de unidades complejas del servicio

que se distribuyen en las dos plantas:

La totalidad de las canalizaciones principales de los distintos flujos (agua, electricidad, aire acondicionado, vacío, oxígeno, gas, etc.) van tendidas en el espacio del entrepiso técnico sobre las circulaciones generales, con exclusión de los desagües pluviales y cloacales que lo hacen perimetralmente a las áreas servidas. El planteo se formula en una situación mixta, diseñando sus líneas según las troncales que definen la estructura o integrándose a cielorrasos paneles, etc., lo cual permite las transformaciones que necesariamente requerirán las diferentes áreas funcionales con un entrepiso técnico para los polductos, cableado, etc., que permita el fácil acceso, cambios, reparaciones y mantenimiento sin afectar el funcionamiento del Hospital ni romper estructuras fijas.

Circulaciones

Circulación peatonal

La espina dorsal del complejo lo constituye la circulación central que atraviesa todo el edificio, iniciando su recorrido desde un acceso abierto a todo público pasando al restringido. A esta vía se incorporan los pasillos restringidos y técnicos de cada unidad funcional.

Esta troncal va desde el acceso por Av. Vélez Sarsfield hasta el final del edificio hacia el hospital Perrando.

La circulación Técnica lo constituyen las circulaciones de los profesionales y técnicos de cada unidad de acuerdo a la complejidad de los servicios y se conecta a la troncal y/o sirve de enlace con otras unidades.

La unión en vertical lo constituyen sendas escaleras ubicadas a los costados de la circulación central para el desplazamiento vertical de conexión a las distintas unidades.

Circulación vehicular

La circulación vehicular se diferencia según condicionantes del servicio y la rápida evacuación.

La circulación de emergencia se realiza por la calle Hipólito Irigoyen con acceso directo desde calle lateral hasta el ingreso de ambulancias y la salida por la misma vía.

El movimiento técnico y de abastecimiento ha sido ubicado sobre una calle vehicular interna con acceso desde Av. Vélez Sarsfield con la posibilidad de promover intercambios con independencia, ésta a su vez evita las interferencias con el funcionamiento interno.

Esta calle es la que vincula todo lo que son provisiones: oxígeno, catering, lavandería, morgue, medicamentos, residuos, etc. y se conecta con salida de emergencia del Hospital Perrando creando un ensanchamiento de dicha salida. Esta alternativa da la posibilidad al Perrando de crear una vía de evacuación de ambulancias y vehículos en general más ancha y con mejores posibilidades de maniobras.

La calle en cuestión de una sola mano, favorece no solo el ingreso a zona de mantenimiento, y servicios del hospital. Sino que sirve además para incorporar acceso directo al Hospital de día Polivalente y Hospital Oncológico.

Distribución de unidades funcionales

La complejidad del efector se resuelve en dos plantas, a través de unidades funcionales diferenciadas. Trazada la trama circulatoria los grupos funcionales se resuelven en unidades materializadas por blocks que se van ubicando entre un eje trocal que va de público a restringido y otro técnico. Se ha considerado para la localización de estos sectores al tipo de circulaciones que los sirven y califican; la lógica de distribución con respecto al caudal de público a atender; la proximidad necesaria entre sectores relacionados y el mayor grado de

libertad entre todos estos factores. Para satisfacer los requerimientos de asoleamiento y aireación de cada uno de los sectores que se disponen en forma de blocks, se ha incorporado el ordenamiento modular alternado de los patios interiores.

Espacios verdes

Contenidos entre los bloques funcionales, posibilitan la iluminación, el asoleamiento la ventilación y la expansión espiritual de los enfermos. En algunos casos se diseñarán pérgolas para constituir auténticos microclimas, el mismo criterio de microclima se pretende imprimirle a los espacios que separan a los bloques de la línea de edificación interna.

Con relación a los espacios verdes de los pabellones, se crea un paisaje interior brindado por las circulaciones y los espacios parqueizados circundantes

En este contexto se incorporara además un plan de señalética y el equipamiento urbano necesario.

RESUMEN DE CAMAS: (CAMAS Y CUNAS)

HOSPITAL DE DIA POLIVALENTE INTERNACIÓN	12
INTERNACIÓN ONCOLOGÍA	8
AISLADOS ONCOLOGÍA	4
OBSERVACION EMERGENCIAS (camas y cunas)	6
INTERNACION EMERGENCIA	8
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	8
INTERNACION AISLADOS	2
AREA DE INTERNACION CUIDADOS INTERMEDIOS	10
AREA DE INTERNACION MODERADO RIESGO	16
AREA INTERNACION POST QUIRURGICA	24
AREA DE INTERNACION AISLADOS – INFECCIOSOS	12
INTERNACION BAJO RIESGO	24
INTERNACION QUEMADOS	10
INTERNACION TERAPIA INTENSIVA QUEMADOS	4
AISLADOS QUEMADOS	2

TOTAL DE CAMAS.....150

ANALISIS DE SUPERFICIE:

PLANTA BAJA:.....10.014,00 m2

PLANTA ALTA:..... 8.086,00 m2

TOTAL SUPERFICIE APROXIMADA.....18.100,00 m2

COSTO APROXIMADO:

\$ 80.000.000,00 (Ochenta millones/00)

	PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO		
Nº	LOCALES	CANT.	Sup.
1	AREA DE ADMISION	5	70 m ²
2	AREA DE ADMINISTRACION	9	115m ²
3	AREA CONSULTA EXTERNA		667m ²
	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL NIÑO SANO		
	FARMACIA	1	
	DACION DE LECHE	1	
	ENFERMERÍA	1	
	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA Y PRE QUIRÚRGICO	2	
	DEPARTAMENTO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA		
	CONSULTORIOS DE CLÍNICA	4	
	COMITÉ INTERDISCIPLINARIO	1	
	CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES	44	
	SERVICIOS		
4	AREA DIAGNOSTICO POR IMÁGENES		540m ²
	RADIOLOGÍA		
	sala de rayos x para estudios contrastados	2	25
	sala de rayos x para estudios simples	1	20
	ECOGRAFÍA		
	sala de ecografía	1	9
5	LABORATORIO		
	Admisión		58
	LABORATORIO CLÍNICO:		114m ²
	unidad técnica de hematología	1	
	unidad técnica química y enzimas	1	
	u. t. parasitología – urinálisis	1	
	Hemostasia	1	
	Serología	1	
	box de extracciones	3	
	LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA		104m ²
	unidad técnica de micología	1	
	unidad técnica de bacteriología	1	
	sala de toma de muestras	1	
	cámara de cultivo	1	
	preparación de medios de cultivo	1	
	unidad técnica de micobacterias	1	

6	BANCO DE SANGRE		60m ²
	Administración	1	9
	sala de espera	1	15
	oficina jefe del servicio	1	9
	consultorio evaluación pre-donantes	1	9
	sala de encuestas	1	9
	box de extracciones	2	6
	unidad técnica de compatibilidad e inmunohematología	1	24
	unidad técnica de hemoderivados y serología	1	18
7	HOSPITAL DE DIA POLIVALENTE		129m ²
	Consultorio	1	9
	oficina jefe	1	9
	Enfermería	1	15
	Admisión	1	15
	internación 12 camas	12	72
8	HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO		230m ²
	Consultorios	3	9
	sala de procedimientos	1	15
	sala de espera y juegos	1	25
	sala de infusiones	1	37
	Jefe	1	9
	Enfermería	1	12
	sala de reuniones c/biblioteca	1	12
9	INTERNACIÓN ONCOLOGÍA		169m ²
	internación 8 camas	8	54
	internación aislados (4 camas)	4	48
10	GUARDIA Y EMERGENCIAS		371m ²
	consultorio de traumatología (yesos, reducciones, vendajes)	1	12
	consultorio clínico	1	9
	sala de procedimientos (punciones, drenajes, etc.)	1	20
	Enfermería	1	20
	sala de observación (6 unidades: camas y cunas)	6	36
	sala de oxigenoterapia (8 sillas)	1	16
	sala de reanimación	1	25
	quirófano sucio	1	25
	sala de internación (4 boxes de 2 camas camillas)	8	24
	habitación medico de guardia (c/ baño)	1	12
	jefe de servicio	1	9
	depósito de equipos	1	12
11	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		373m ²
	central de enfermería	1	12
	enfermería limpio	1	6
	enfermería sucio	1	6
	deposito de equipos	1	15
12	AREA DE INTERNACION CUIDADOS INTERMEDIOS		280m ²
	internación camas	10	180
13	AREA DE INTERNACION MODERADO RIESGO		180m ²

	internación 8 boxes	16	72
14	CENTRO QUIRURGICO		313m ²
	Quirófanos	5	30
	lavabo cirujanos	3	9
	vestidor y descanso médicos y enfermeras	2	24
	sector transferencia de camillas	1	6
	oficina y taller de anestesia	1	9
	cuarto séptico	1	4
	jefe quirófano	1	9
	sala recuperación post anestesia	1	36
	sala anestesia	1	12
	cuarto instrumental	1	6
	local para equipo de rx rodante	1	9
	cuarto de revelado	1	6
	laboratorio de cortes congelados	1	9
	deposito ropas limpias	1	6
	deposito ropas sucias	1	6
15	AREA INTERNACION POST QUIRURGICA		175m ²
	estación de enfermería	1	12
	deposito de ropa y descartables	1	6
	deposito de ropa sucia y materiales de desecho	1	6
	jefe sala	1	9
	sala de reuniones	1	12
	vestuario y sanitarios de personal	1	9
	internación camas	24	120
16	AREA DE INTERNACION AISLADOS - INFECCIOSOS		213m ²
	central de enfermería	1	12
	cuarto séptico	1	4
	cuarto de aseo	1	4
	recepción y transferencia de pacientes (c/ sanitario)	1	6
	recepción de alimentos	1	6
	jefe medico	1	9
	sala de reuniones	1	12
	vestuario y sanitario para personal	1	6
	internación camas (c/ sanitario)	12	144
17	INTERNACION COMUN BAJO RIESGO		198m ²
	SALA 1		
	internación camas	24	12
	estar de padres	1	20
	baños de familiares	1	6
18	INTERNACION QUEMADOS		201m ²
	Internación camas	10	60
	baño paciente	1	12
	habitación aislado c/ sanitario	2	18
	estar de padres	1	20
	baños de familiares	1	6
	uti camas	4	9
19	COCINA		500m ²
	COMEDOR		84
	comedor de personal		42
	comedor de madres		42
20	RESIDENCIAS		400m ²

	Biblioteca	1	60
	Oficinas	2	18
	deposito material docente	1	25
	Auditorio	1	90
	Sanitarios	2	24
21	GUARDIA POLICIAL		
	control de accesos	3	9
22	ESTACIONAMIENTO	1	320m ²
23	MEDIO AMBIENTE HOSPITARIO	1	280m ²
24	MANTENIMIENTO		626m ²
	SALAS DE MAQUINAS		160
	CENTRAL DE GASES MEDICOS		150
	ALMACENAMIENTO DE GAS PROPANO		6
25	LAVANDERIA		250
26	CENTRAL DE ESTERILIZACION		250
27	FARMACIA		150
28	MORGUE		50
29	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
	oratorio ecuménico		50
30	AREA DE USO COMUN SECTOR AMBULATORIO		
	Esparcimiento		60
	snack bar		24
	baños p/ público		24

2.3.- ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO NUEVO HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELÁN – RESISTENCIA CHACO

2.3.1.- Demanda poblacional sanitaria.

Salud en la niñez en Argentina y Chaco

Según UNICEF durante 2006 disminuyó la mortalidad infantil en Argentina, pero detrás de Formosa, Chaco presentó el indicador más alto de mortalidad de niños de 0 a 5 años. Datos provisorios del Ministerio de Salud Pública chaqueño confirman que entre enero y octubre de 2007 fallecieron 333 niños menores de un año, 316 murieron en 2006.

La provincia registra los picos más altos de pobreza (47%) e indigencia (23%) del país y presenta los peores indicadores sociales, económicos, sanitarios y educativos después de Formosa. En El Impenetrable más del 40% de la población sobrevive por debajo de la línea de pobreza.

Durante el año 2003 fallecieron 500 niños antes de cumplir el primer año de vida; 450 murieron a lo largo de 2004; 379 en el 2005 y 316 en el 2006.

Según datos provisorios entregados por la Dirección de Estadística Sanitaria del Ministerio de Salud Pública del Chaco en el período enero a octubre de 2007 fallecieron 333 niños antes de cumplir el primer año de edad.

Tasa de mortalidad infantil del año 2006
18,9 ‰

Durante el año 2006 nacieron 17.290 niños vivos. Al 31 de diciembre del 2006 se produjeron 316 fallecimientos antes de que cumplieran el primer año de vida. La disminución de las muertes fue significativa, lo que posibilitaba mejores perspectivas para el año 2007. Todo parecía indicar que disminuirían las defunciones durante al año pasado, con lo cual se apostaba desde el Ministerio de Salud del Chaco a que continuaría la tendencia de descenso de la tasa de mortalidad infantil, lo cual no se produjo.

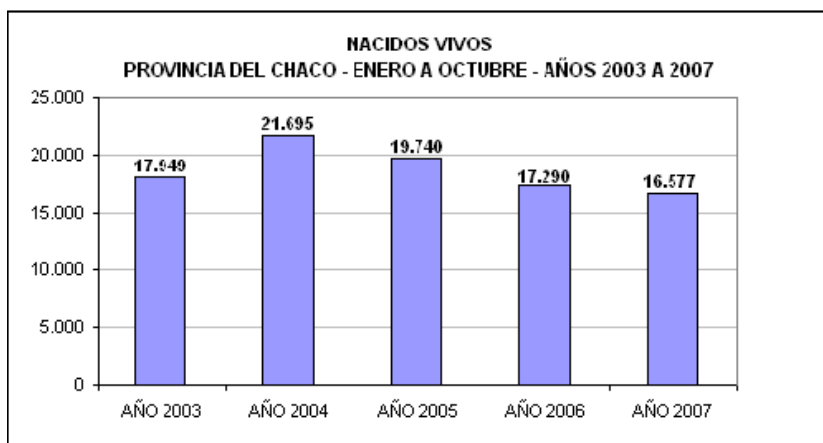
Tasa parcial de mortalidad infantil
Período enero/octubre de 2007
20,08 ‰

Durante los diez primeros meses del año 2007 nacieron 16.575 niños vivos, produciéndose 333 defunciones antes de que cumplieran el primer año de vida, según datos provisorios que por áreas programáticas registró mensualmente la Dirección de Estadística Sanitaria.

La tendencia señala que durante el 2007 fallecieron no menos de 60 niños más que durante el 2006, antes de cumplir el primer año de edad. Además, y este es otro dato revelador, más del 60 % del total de fallecimientos se produjeron por causas evitables, o sea que fueron fallecimientos que no se debieron haber producido.

Más del 40 % de la población chaqueña sobrevive en precarias condiciones por debajo de la línea de pobreza.

Figura 25: Nacidos vivos Chaco 2003 - 2007



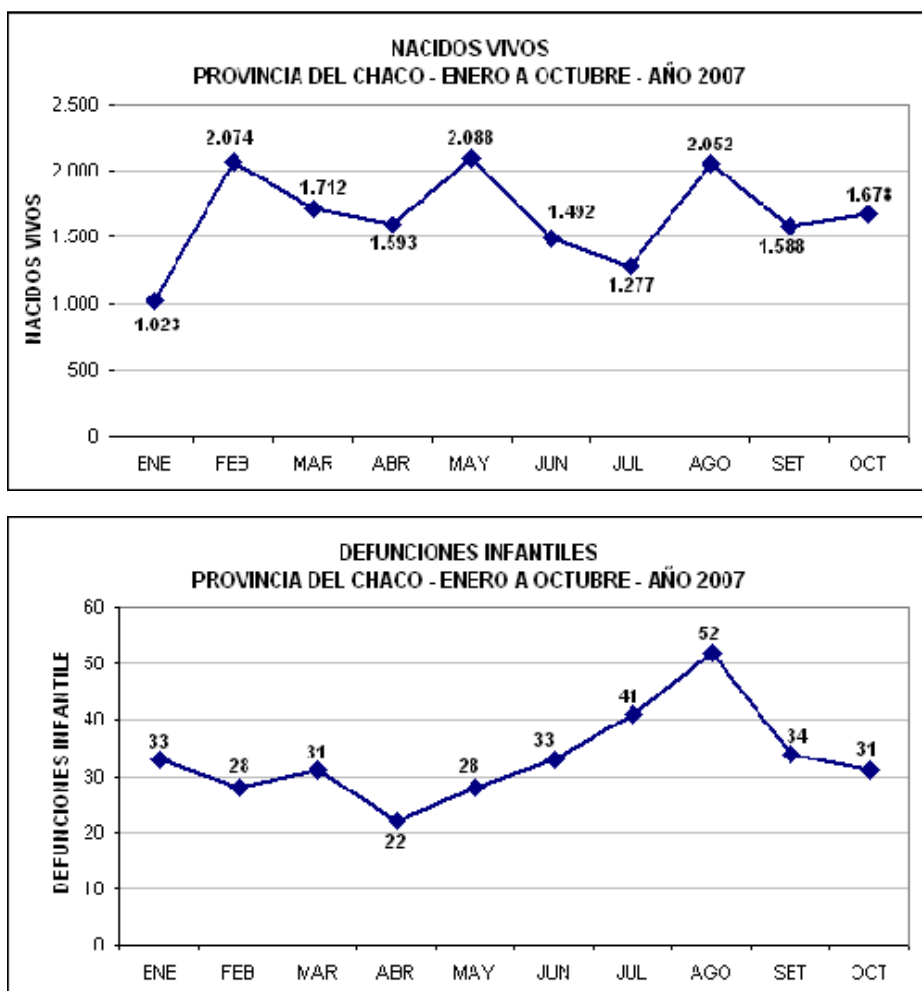
Fuente: Dirección de Estadística Sanitaria M.S.P. del Chaco

Figura 26: Evolución Nacidos vivos y Defunciones Infantiles Chaco 2007

EVOLUCION MENSUAL DE LOS NACIDOS VIVOS Y LAS DEFUNCIONES INFANTILES PROVINCIA DEL CHACO - ENERO A OCTUBRE - AÑO 2007			
	MESES	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES
	TOTAL	16.577	333
	ENE	1.023	33
	FEB	2.074	28
	MAR	1.712	31
	ABR	1.593	22
	MAY	2.088	28
	JUN	1.492	33
	JUL	1.277	41
	AGO	2.052	52
	SET	1.588	34
	OCT	1.678	31

Fuente: Dirección de Estadística Sanitaria M.S.P. del Chaco

Figura 27: Evolución Nacidos vivos Chaco y Defunciones Infantiles 2007



Fuente: Dirección de Estadística Sanitaria M.S.P. del Chaco

2.3.1.2. Respuesta a la Demanda

Desde el año 2004, en el Ministerio de Salud del Chaco se comenzaba a planificar un nuevo hospital pediátrico. Para ello se convocaron a diversos actores que se fueron reuniendo a analizar, calcular en base a las estadísticas, debatir y definir los alcances de la demanda de atención y el perfil del servicio y su complejidad.

La Dirección de Arquitectura Hospitalaria organizó reuniones con la Directora del Hospital, el Director de Planificación del Ministerio de Salud, la Directora de Arquitectura Hospitalaria, y su equipo de trabajo, a fin de trazar los lineamientos del Programa Médico Arquitectónico, en una primera instancia, teniendo en cuenta el perfil del hospital, el lugar que ocupa el servicio en la Red Sanitaria del Chaco, los aspectos demográficos, socioeconómicos, distribución de la población, aspectos epidemiológicos, nutrición, vivienda y saneamiento, etc.

Y luego en una segunda instancia se realizaron reuniones con los Jefes de cada Área del Hospital Pediátrico.

Según Yáñez, E. (1986), “la demanda de servicios médicos derivada de la morbilidad normal, no epidémica sólo puede determinarse con aproximación suficiente con base en la experiencia vertida en estadísticas veraces. Además de la morbilidad general se deducirían las variantes de morbilidad local. De estas estadísticas se obtendrán coeficientes, generalmente al millar, aplicables para calcular la demanda de servicios médicos.” (Yáñez, E. 1986, p. 7)

En Resistencia, Chaco, sobre una población total de casi un millón de Habitantes, en el año 2004, el porcentaje de niños menores de 15 años era de un 35%, es decir que había casi 350.000 niños.

En ese entonces se proyectaba un servicio de salud que aún abasteciera la demanda hasta dentro de 11 años, o sea con una proyección hacia el año 2015, tomando como referencia las estadísticas del INDEC se estimaba que la proyección de la población infantil sería en ese año de 525.000 niños menores de quince años aproximadamente. Por ese motivo se resolvió proponer un hospital de 150 camas. En ese año el hospital contaba, al igual que hoy, con 88 camas en total.

Se relevaron el total de especialidades médicas, sus necesidades de internación y consultas ambulatorias, las horas de trabajo de los pediatras especialistas en cada área y la necesidad de locales de apoyo para los tratamientos y el diagnóstico de las enfermedades.

En nuestra interpretación, se considera el estudio de la demanda sanitaria uno de los principales elementos a tener en cuenta en el proceso de planificación hospitalaria, vinculando la misma a la Red Sanitaria del país y de la Región a la cual pertenece.

Además, coincidiendo con Yáñez, E. (1986), se deberá tener presente que los indicadores de esta demanda son dinámicos, cambian permanentemente a lo largo del tiempo y conviene revisarlos dentro de ese proceso de planificación.

El dinamismo deberá entonces ser una pauta en la programación y el diseño, ya que la variabilidad de situaciones exige un resultado flexible al cambio.

2.3.2. Perfil del nuevo hospital pediátrico

Es un hospital de especialidades pediátricas, que forma parte de la Red Sanitaria de salud del Chaco, constituyéndose en un Hospital de Referencia que atiende las derivaciones de los Centros de salud periféricos y de hospitales de menor complejidad de la Provincia. (M.S.P. Chaco Decreto N°315/10)

Es un hospital pediátrico de referencia único en la provincia.

La demanda aumenta día a día. Atiende las ocho regiones sanitarias de la Red Sanitaria Provincial, además de la demanda de provincias limítrofes como Santa Fé y Formosa.

Como ya se mencionó, este Hospital definido como de Especialidades Pediátricas, fue planificado con los Consultorios Externos divididos en las siguientes especialidades:

TRAUMATOLOGÍA	NEUROLOGÍA
CARDIOLOGÍA	O.R.L. (OTORRINOLARINGOLOGÍA)
FONOAUDIOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
NEUMOTISIOLOGÍA	ODONTOLOGÍA
ONCOLOGÍA	GASTROENTEROLOGÍA
NUTRICIÓN	ENDOCRINOLOGÍA
NEFROLOGÍA	REUMATOLOGÍA
DERMATOLOGÍA	QUEMADOS
INFECTOLOGÍA	ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL
ASISTENCIA SOCIAL	PSIQUIATRÍA
GINECOLOGÍA	KINESIOLOGÍA

Se planificaron los Sectores de Internación diferenciados según criterio de riesgos: alto, mediano y bajo riesgo.³

Esta propuesta de diseñar salas e internación o cuidado de acuerdo al nivel de riesgo que puede presentar el paciente, permite que se distribuyan las áreas de menor riesgo más accesibles al público, y las que deben albergar a pacientes críticos, en sectores más restringidos.

2.3.3.- Epidemiología en Chaco.

Figura 28: Indicadores de Mortalidad Región Nordeste Año 2006

Tabla 4.1: Tasas de mortalidad bruta y ajustada, por 1000 habitantes. APVP y tasas ajustadas de APVP (0-75) por 10.000 hab. Argentina y NEA. Año 2006

Jurisdicción	Mortalidad 2006 (‰)		APVP	Tasa ajustada de APVP (0-75) por 10.000 hab.
	Tasa Bruta	Tasa Ajustada		
Chaco	6,2	8,6	103845	1101,162
Corrientes	5,9	7,1	85897	930,552
Formosa	5,5	7,8	57067	1125,953
Misiones	5,5	7,9	97770	990,879
NEA	5,8	7,8	344579	1023,560
País	7,5	6,9	4006735	1076,7

Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos de la DEIS

Fuente: Tabla extraída de Ministerio de Salud de la Nación. Año 2008.

³ Se amplía este concepto en el Anexo III, Notas de requerimientos de Internación de Mediano y Bajo riesgo, por los jefes de cada servicio.

Figura 29: Indicadores de Mortalidad Año 2011

	TBM			TMAPE		
	T	V	M	T	V	M
Región Noreste	5,97	6,71	5,16	7,69	9,46	6,12
Corrientes	6,24	6,87	5,53	7,21	8,98	5,71
Chaco	6,27	7,07	5,46	8,29	10,28	6,61
Formosa	6,01	6,90	5,11	8,34	10,02	6,76
Misiones	5,39	6,13	4,54	7,40	8,92	5,83

	TBM			TMAPE		
	T	V	M	T	V	M
Total país	7,59	8,14	7,04	6,76	8,75	5,25
Región Centro	8,38	8,88	7,89	6,63	8,74	5,11
CABA	10,31	10,28	10,34	5,65	7,61	4,42
Buenos Aires	8,18	8,75	7,60	6,94	9,01	5,36
Córdoba	7,83	8,38	7,31	6,42	8,41	4,97
Entre Ríos	7,35	8,20	6,51	6,62	9,02	4,86
Santa Fe	8,48	9,04	7,93	6,74	8,98	5,11

Fuente: Tabla extraída de la Publicación Indicadores Básicos del MSN y OPS

Acá se puede observar cómo la Ciudad de Bs As tiene una Tasa Bruta de mortalidad infantil (10,31) mayor que el Chaco (6,27), mientras que la Tasa de Mortalidad Ajustada por edad es de mayor porcentaje en Chaco (8,29) que en Ciudad de Bs As (5,65).

Figura 30: Indicadores demográficos Año 2011

Indicadores demográficos												
	1	2(*)	3	4	5	6a	6b	6c	7	8	9	10
Total país	40.134.425	745.336	10.161.558	4.121.680	2,30	89,4	88,5	90,3	10,1	73,77	70,04	77,54
CABA	3.050.728	44.615	574.389	504.749	1,39	100,0	100,0	100,0	-6,3	75,91	71,80	79,39
Buenos Aires	15.185.336	279.941	3.652.859	1.653.030	2,17	96,4	96,0	96,7	8,9	73,99	70,02	79,03
Catamarca	396.303	6.876	122.202	28.669	2,82	74,0	72,6	75,5	22,7	73,38	70,44	76,45
Córdoba	3.368.609	58.595	781.660	387.130	2,16	88,7	87,8	89,6	15,3	74,90	71,08	78,71
Corrientes	1.024.575	20.373	303.279	76.803	2,83	79,4	77,9	80,8	14,0	72,03	68,44	75,82
Chaco	1.061.638	21.703	322.067	70.132	2,97	79,7	77,9	81,5	9,8	69,97	66,95	73,26
Chubut	465.750	9.921	123.726	35.199	2,57	89,5	88,3	90,7	15,1	72,16	68,85	75,88
Entre Ríos	1.268.979	22.228	334.242	130.231	2,52	82,5	81,1	83,8	12,1	74,08	69,96	78,36
Formosa	547.726	11.969	173.775	33.502	3,11	77,7	75,8	79,7	19,2	70,80	68,47	73,45

Figura 31: Indicadores de Salud Materno Infantil Región Noreste Año 2011

Indicadores de salud materno infantil												
Año 2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Total país	18,6	99,4	1,1	7,1	0,5	15,8	5,5	12,1	8,0	4,1	0,5	12,5
Región Noreste	21,4	97,5	1,0	7,3	1,2	22,5	9,1	16,0	10,3	5,7	0,7	16,1
Corrientes	19,9	99,0	1,0	7,7	0,8	20,4	4,9	15,3	11,1	4,2	0,4	17,4
Chaco	20,4	97,5	0,9	7,4	1,5	24,7	9,7	17,8	10,8	7,0	0,9	15,9
Formosa	21,9	94,7	1,0	7,3	1,4	22,6	15,0	20,5	11,6	8,9	1,1	17,9
Misiones	23,7	97,6	0,9	6,8	1,1	22,3	9,3	13,0	8,5	4,5	0,7	14,2

1. Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes), 2009. MS Serie 5 N° 53/10.	9. Tasa de mortalidad neonatal expresada por mil nacidos vivos, 2009. MS Serie 5 N° 53/10.
2. Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales con relación al total de nacidos vivos (de lugar de ocurrencia conocido), 2009. MS Serie 5 N° 53/10.	10. Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos, 2009. MS Serie 5 N° 53/10.
3. Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (< 1.500 grs.) (de peso conocido), 2009. Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 53/10.	11. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años, 2009. MS Serie 5 N° 53/10.
4. Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (< 2.500 grs.) (de peso conocido), 2009. MS Serie 5 N° 53/10.	12. Tasa de mortalidad perinatal (expresada por mil nacidos vivos y defunciones fetales tardías), 2009. MS Serie 5 N° 53/10.
5. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años (de edad conocida), 2009. Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 53/10.	
6. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (de edad conocida), 2009. Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 53/10.	
7. Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos, 2009. MS Serie 5 N° 53/10.	
8. Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos, 2009. MS Serie 5 N° 53/10.	

Notas: Los totales por regiones han sido calculados en base a datos existentes en la publicación MS Serie 5 N° 53/10. Se consideran nacidos vivos registrados a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior.

Fuente: Tabla extraída de la Publicación Indicadores Básicos del MSN y OPS

Como se puede observar en las tablas de indicadores de mortalidad infantil, si bien ha bajado en los últimos años, todavía la Provincia del Chaco es la segunda de la región con mayor índice, junto a Formosa.

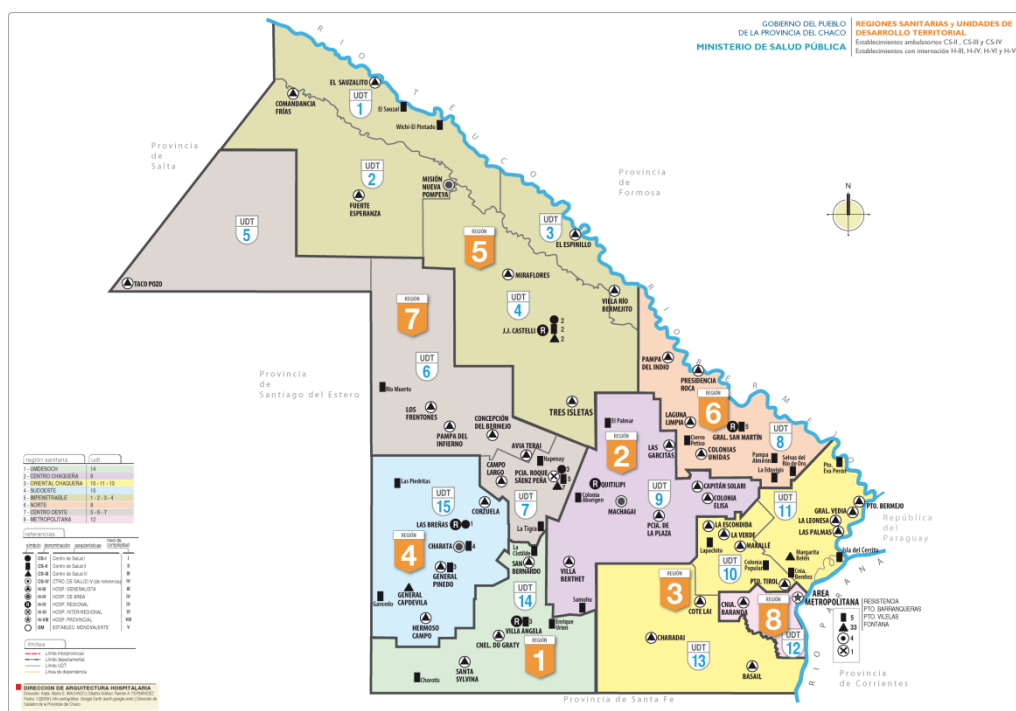
También se observa que la tasa bruta de Mortalidad a nivel país es más alta.

Esto hace suponer que se debería reforzar todo el sistema de salud, las redes de atención y además la calidad y eficiencia en la prevención de las distintas causas que pueden provocar esas enfermedades o la muerte.

Sería conveniente seguir fortaleciendo el sistema de atención primaria, llevando a las familias la educación en temáticas de vida saludable, diagnósticos, prevención y promoción de salud. Sobre todo atendiendo a las poblaciones con menores recursos y los que se encuentran más alejados de los centros de atención y por lo tanto desprotegidos y más vulnerables que el resto de los habitantes. Un sector con estas características es el de los pobladores originarios de diferentes etnias que muchas veces se resisten a acercarse a los centros de salud, por tener diferentes visiones de la protección de la vida y tratamiento de las enfermedades. Generalmente tienen en cada tribu o comunidad un representante sabio o chamán, que es el que decide qué tipo de tratamiento tendrá la persona de acuerdo al diagnóstico que se le detecta. O bien, cuando observa que el malestar es bastante grave, y no encuentran manera de resolverlo, finalmente aceptan llevarlo a algún hospital o Centro Sanitario.

2.3.4.- Red Sanitaria del Chaco.

Figura 32: Mapa de Regiones Sanitarias del Chaco



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Chaco

En este mapa se observa la Provincia del Chaco dividida en ocho Regiones Sanitarias:

- 1: UMDESOCH.
- 2: Región Centro.
- 3: Región Oriental.
- 4: Región Sur Oeste.
- 5: Impenetrable.
- 6: Región Norte.
- 7: Región Norte Oriental.
- 8: Región Metropolitana.

El Anexo 3 del decreto 315/2010 define a este Hospital en el punto 1 como una Unidad de atención de Salud que presta servicios en la Especialidad Pediatría y se constituye en el establecimiento de referencia terciaria para la Provincia y de referencia secundaria para los establecimientos sanitarios ubicados en la Región Sanitaria donde se localiza y de otras, cuando la complejidad de la patología que padece una persona así lo requiere. Presenta un alto grado de complejidad, dándole autosuficiencia casi completa con respecto a las actividades finales e intermedias.

Presta atención médica y odontológica en Pediatría, en especialidades y subespecialidades mediante visita, consultorio externo e internación. Cuenta con atención permanente en guardia y servicio de emergencias durante las 24 horas. Dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento complejos y adecuadamente equipados con recursos materiales y humanos capacitados. Decreto N°315/10.

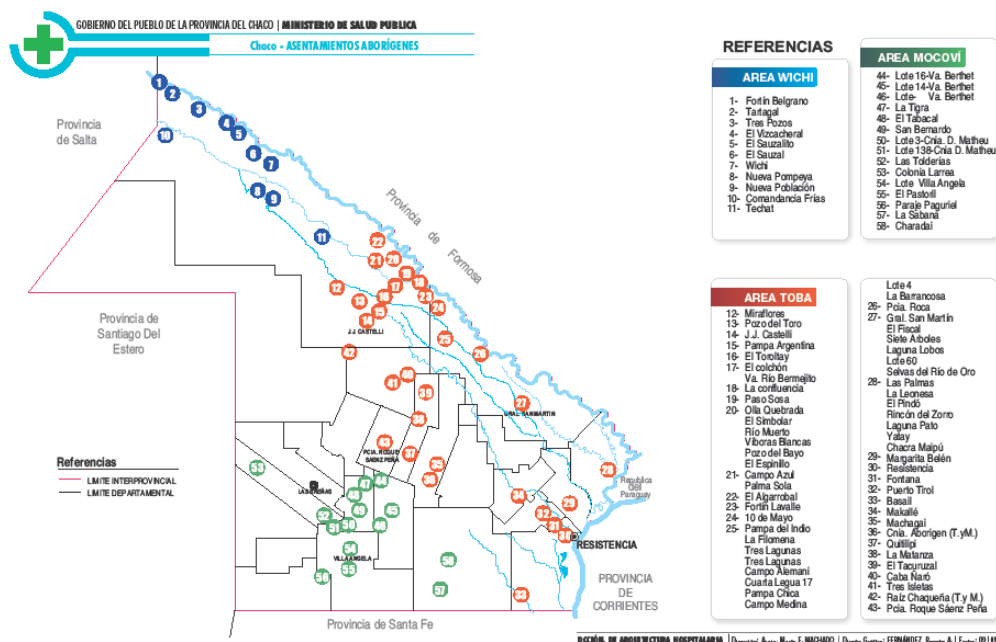
Se observa una distribución bastante completa de servicios en todo el territorio, cada uno con sus áreas programáticas y sus Hospitales cabecera de región. De esta manera se van derivando los casos de menor a mayor nivel de complejidad de los servicios, descentralizando y evitando la saturación de camas ocupadas en los grandes hospitales.

2.3.5.- Culturas originarias del Chaco

La población chaqueña posee una diversidad étnica conformada por un importante número de pobladores autóctonos pertenecientes a las etnias Toba, Wichí y Guaraní, además de criollos y descendientes de inmigrantes de diversos países europeos.

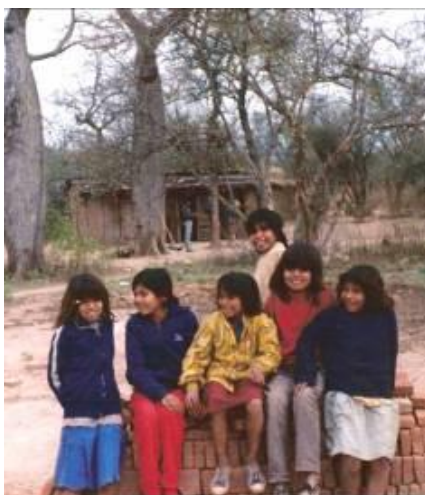
En la Figura 33 se observa la distribución de las diferentes etnias en todo el territorio provincial.

Figura 33: Mapa de la distribución de los pueblos originarios del Chaco



Fuente: Dirección de Arquitectura del Ministerio de Salud Pública del Chaco

Figura 34: Niños Tobas del Chaco



Etnia Toba: Del guaraní: "frente"; esta denominación se asocia a la de los "frentones" conferida por los españoles por la costumbre de los guaykurúes de raparse la frente ante la muerte de un familiar, o Kom'lek, ocupaban principalmente la provincia del Chaco y en mucho menor medida Formosa y Salta.

Constituyen comunidades rurales o urbanas con sus líderes tradicionales o comisiones vecinales, asociaciones comunitarias, cuyos miembros son elegidos por la comunidad.

Fuente: Ministerio de Gobierno - Chaco

Figura 35: Adultos Mayores Tobas del Chaco



Fuente: Ministerio de Gobierno - Chaco

Son alrededor de 50.000 asentados sobre tierras fiscales, pertenecientes a algunas misiones religiosas y barrios en la periferia de los centros urbanos (ejemplo: barrio toba de Resistencia).

Participan, junto a los campesinos, en la Unión de Pequeños Productores Chaqueños, y mediante ésta también se tiene presencia en una organización a nivel regional.

Se registra una alta tasa de tuberculosis y enfermedades gastrointestinales.

El Chamanismo toba, a cargo de los llamados "piogonak", sigue vigente, y es tan fuerte su presencia como pocos son los médicos y/o enfermeros que llegan hasta las comunidades.

En cuanto a la educación escolar, el porcentaje de ausentismo y deserción es elevado, pudiendo mencionarse entre las causas principales las migraciones estacionales, la falta de escuelas bilingües y los programas no adaptados a la realidad aborígen.

Etnia Mocoví:

Los mocovíes pertenecen al grupo Guaycurú, junto con los tobas y pilagá. Son aproximadamente 7.300 personas.

Viven en la provincia de Santa Fe y sur de Chaco. No poseen tierras. Viven en caminos abandonados, en campos trabajando como peones, y en los barrios periféricos de las ciudades.

La pérdida de la tierra trajo aparejado la destrucción de su antigua organización. Muchos viven dispersos y otros conforman comunidades con identidad propia en la periferia de las ciudades o en las zonas rurales. Actualmente se están organizando en ambas provincias junto con otras etnias.



Figura 35: Casa Mocoví

La economía es de subsistencia. Trabajan de peones rurales, hacheros, cosecheros, empleados en aserraderos o municipios.

A pesar de la aculturación se identifican como mocovíes con sus formas de ser, pensar y hacer. Muchos hablan su idioma aún, y actualmente hay un fuerte movimiento de

recuperación cultural.

Fuente: Ministerio de Gobierno - Chaco

Etnia Wichi:

Los wichi (llamados en forma despectiva maticos son aproximadamente unas 80.000 personas. Junto con los chulupíes (unas 1.200 personas) y los chorotes (unos 900) forman la familia de los Mataco-Mataguayo.

Viven en Salta, Formosa y Chaco, en Argentina. También en Bolivia y Paraguay.

Es pueblo del monte aunque ocupan las periferias de los pueblos como Ingeniero Juárez y Las Lomitas en Formosa, o Los Blancos y Embarcación, en Salta.

Figura 36: Telar Wichi



Hoy ocupan tierras marginales, montes deteriorados debido a la tala indiscriminada de árboles y a la instalación de petroleras que ocasionan la pérdida de la fauna autóctona.

Viven en comunidades situadas en las cercanías de poblados blancos, en medio del monte o sobre la ribera del Pilcomayo y Bermejo, con líderes tradicionales y elegidos por la comunidad.

Fuente: Ministerio de Gobierno - Chaco

Comparten con otras etnias el resurgimiento de la organización de la lucha por la tierra. Participan con sus representantes en el espacio reconocido por las leyes del aborigen.

Las enfermedades que diezman a las comunidades, como al resto de sus hermanos son la tuberculosis, desnutrición, Chagas, venéreas, brucelosis, se ven incrementadas por la descompensada dieta alimenticia basada en maíz, zapallo, carne de cabríos y pescado, fruta y casi nada de verdura. Algunos fueron víctimas del cólera.

Se estima que sobre el total de 17.800 habitantes de origen matak-mataguayo el analfabetismo asciende al 40% señalándose como causas de deserción escolar la carencia de establecimientos escolares, traslados de grupos familiares por razones laborales, situaciones conflictivas con los docentes, etc.

La mayoría tiene arraigadas costumbres de vida con dependencia plena de la naturaleza y aún conservan elementos de su rica cosmovisión, su lengua y curaciones naturales, entre otras cosas. Ministerio de Gobierno, Justicia y Trabajo – Provincia del Chaco (2004).

Con respecto a este tema se considera poco viable económicamente la construcción de un hospital de estas características adaptado totalmente a una sola etnia o cultura determinada, ya que debería responder a la demanda de la totalidad de la población beneficiaria.

Sí se sugiere la adaptación de espacios comunes a todos los grupos humanos.

Se percibe como óptimo recurso desarrollar y fortalecer los edificios de atención primaria de salud como los Centros de Salud urbanos y periféricos, a fin de dar un espacio adecuado a las necesidades y costumbres de los pueblos originarios, respetando sus tradiciones y brindándoles confort y apertura de los locales para que se acerquen con confianza a ser atendidos por los médicos y agentes sanitarios en compañía de sus chamanes y familias.

2.3.6 Sustentabilidad del Anteproyecto

En este punto, con respecto a los criterios de sustentabilidad del anteproyecto, se considera que este tema se podría evaluar en una instancia más profunda del trabajo, ya en el nivel de Proyecto, cuando se definen más las tecnologías, materiales, etc., que posibilitan la construcción de la obra.

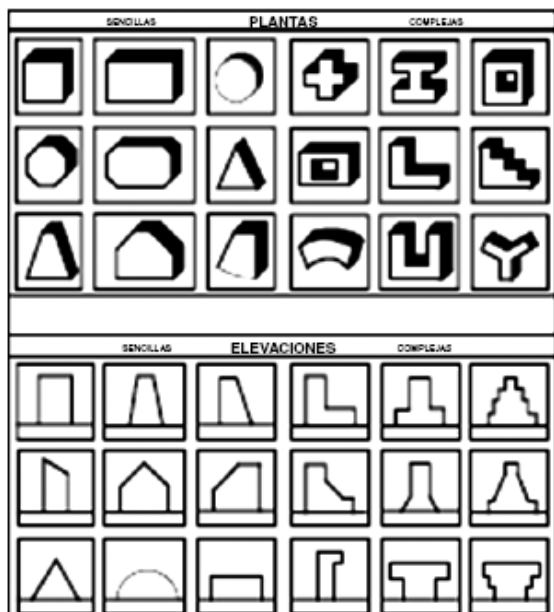
2.3.7. Hospitales Seguros:

Es el anteproyecto un modelo de Hospital seguro?

Teniendo en cuenta la teoría con respecto a este tema no estaríamos en condiciones de afirmar que el anteproyecto sea un modelo de hospital seguro.

La fundamentación de esta afirmación radica en que la morfología (o forma) más segura para la construcción de este tipo de edificios “seguros” ante desastres, son las formas más simples y compactas. Ej.: rectángulos, cuadrados, triángulos. Ver figura 37 imágenes.

Figura 37: Tipos de Figuras de edificios sencillas y complejas.



Este Hospital posee una morfología compleja, que lo torna más vulnerable ante cualquier eventual tipo de desastre, como incendios, sismos, etc.

Además, no están previstas por ejemplo las rampas en ninguno de los niveles.

Fuente: Figura 4 del Libro Programa Médico Arquitectónico para Diseño de Hospitales Seguros. (p. 46)

Por otra parte, cabe destacar que en cuanto a las tres clasificaciones de vulnerabilidad en hospitales, las características que se definen en la teoría solo pueden cotejarse cuando el hospital esté construido o en la etapa de proyecto ejecutivo, ya que determinan niveles de equipamiento, plan de evacuación ante desastres, cantidad y tipo de extintores de fuego, etc. Todos elementos que son definidos en proyecto y colocados en obra.

2.3.8. Accesibilidad:

La ubicación del Nuevo Hospital Pediátrico dentro del terreno es estratégica, pues está en una zona accesible a toda la población además de formar parte del Complejo Hospital Perrando.

Como se menciona en el Anteproyecto (Machado, Richieri, 2008), "La avenida generosa y de amplia accesibilidad permite una rápida visualización del centro asistencial y rápida evacuación vehicular."

Con respecto a los accesos del Hospital se verifican tres bien diferenciados:

- El **Principal**, de público y pacientes en general, sobre Avenida Vélez Sársfield, se ubica al frente del edificio y constituye una entrada amplia, cómoda que cuenta además con estacionamiento.
- El de **Emergencias**, totalmente separado del principal, con acceso de ambulancias a través de una calle de entrada y salida rápida para descenso de pacientes.
- El de **Servicios**, proveedores y personal, por otra calle diferente a la del acceso de emergencias, que se conecta con una salida rápida por la vía Hipólito Irigoyen.

Se verifica que cumple con la Normativa Resolución N°573/2000 del Ministerio de Salud de la Nación, en cuanto a accesibilidad física, tipo y posibilidad de traslado.

El Nuevo Hospital Pediátrico Castelán se proyecta ubicado en un terreno propiedad del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco, rodeado por dos avenidas importantes, la Av. 9 de Julio que conecta la plaza central de la ciudad con las localidades de Barranqueras y Vilelas, y la Av. Vélez Sarsfield que atraviesa la ciudad de Sur a Norte, pasando por el paseo de la Laguna Argüello, parque recuperado a principios del 2004, cuya laguna lleva su nombre.

Este lote se encuentra conectado y es parte del actual Hospital Perrando. La superficie disponible para el nuevo edificio es de 20.400m², por lo que se adoptó el criterio de proyectar el edificio en dos niveles para resolver la totalidad del programa de necesidades previsto.

El predio pertenece a un sector ubicado en el centro de la Ciudad de Resistencia, y cuenta con todos los servicios de infraestructura básica necesarios.

Planimetría del Terreno destinado al Hospital Pediátrico



Referencias: 14.- Anteproyecto del Hosp. Pediátrico (se observa en color celeste).

- 1.- Acceso Hospital de Agudos "Dr. Julio C. Perrando"
- 2.- Acceso Vehicular Hospital Perrando.
- 3.- Guardia Emergencias Hospital Perrando.
- 4.- Laboratorio Central de Salud Pública.
- 5.- Laboratorios Chaqueños.
- 6.- Ubicación actual del Laboratorio del Hospital Perrando.
- 7.- Terreno destinado al futuro Laboratorio Hospital Perrando.
- 8.- Morgue del Hospital Perrando.
- 9.- Estacionamiento del Hospital Perrando.
- 10.- Horno Pirolítico.
- 11.- Cocina.
- 12.- Lavadero.
- 13.- Ubicación del actual Hospital Pediátrico.
- 14.- Nueva Ubicación del Hospital Pediátrico.
- 15.- U.C.C.E.M. (Servicio de Emergencias).
- 16.- S.E.T.A. (Subestación Transformadora).

Se considera que la propuesta de implantación en este terreno, tuvo en cuenta las ventajas que aporta la proximidad con el Hospital Perrando, permitiendo que toda la familia que viene del interior a atender a alguno de sus hijos, también pueda aprovechar el mismo traslado para que algún adulto se atienda en el hospital de agudos más complejo de la Provincia.

Además se percibe como un factor positivo en el anteproyecto, la conformación de un conjunto de servicios hospitalarios que se complementan, en cuanto a las prestaciones de complejidad creciente, ya que en el caso de requerirse estudios de alta complejidad para los niños, el Hospital Perrando cuenta con servicio de Hemodinamia, Cámara Gamma, Tomografía, etc., de manera que puede ser útil estar en contacto directo con esos servicios.

Se advierte una buena comunicación del Hospital con el resto de la ciudad y las regiones a través de las avenidas que lo rodean, lo cual le brinda rápida accesibilidad.

2.3.8.2 Medios de transporte.

El terreno cuenta con accesibilidad de todos los medios de transporte de la ciudad, colectivos urbanos, taxis y remises, además del tren que conecta las localidades del área metropolitana, y hasta tiene reservado un Helipunto para la eventual llegada del helicóptero sanitario o de emergencias.

2.3.8.3 Infraestructura.

El predio cuenta también con todos los servicios de Infraestructura básica, red de agua potable, sistema de desagües cloacales, alumbrado público, energía eléctrica, telefonía, cable, redes de internet, etc.

2.3.9. Tipología Arquitectónica en Anteproyecto

De acuerdo a las tipologías descriptas en el capítulo uno, se considera que este anteproyecto corresponde a un Partido Sistémico, con forma de espina de pescado con posibilidades de crecimiento en vertical.

(Machado, Richieri, 2008) "En volumen se resuelve con un cuerpo de servicios

externos independiente formalmente y conectado al resto por la circulación troncal que va de abierta a restringida y que sirve de enlace con el volumen de unidades complejas del servicio que se distribuyen en las dos plantas.” Figura 39

**Figura 39: Esquema N°1 de Partido Anteproyecto Hospital Dr. Avelino Castelán
Planta Baja**

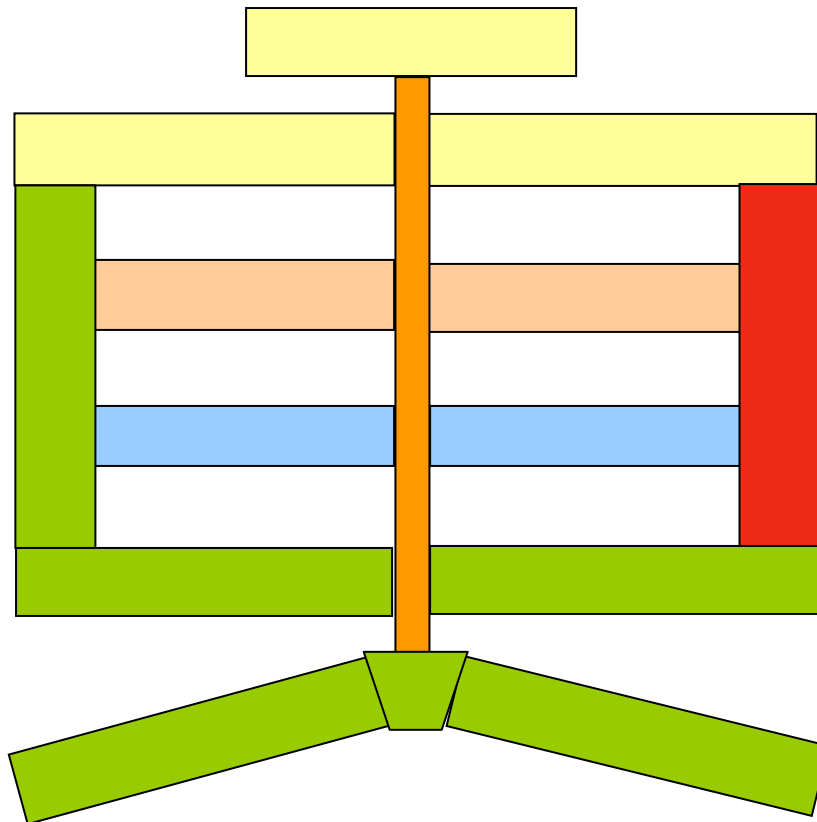


Gráfico: Elaboración del equipo

Referencias:

- Bloques de servicio-Central de abastecimiento y Procesamiento (C.A.P.)
- Bloques de Internación Mediano Riesgo.
- Bloques de Internación Bajo Riesgo.
- Bloques de Consulta Externa y Diagnóstico y Tratamiento.(Sector público)
- Circulación Troncal
- Bloque Restringido de Emergencias.

Entre las características de esta tipología Sistémica cabe destacar la modulación de los bloques, la flexibilidad de uso de los espacios, la distribución de sectores u áreas diferenciados por cuidados progresivos, la priorización de las circulaciones diferenciadas (Técnica, Pública, Semirrestringida, de Servicios, y la elección de un modelo de edificio prioritariamente “horizontal”, de manera de no complicar las relaciones funcionales entre sectores.

En cuanto a la flexibilidad de crecimiento, se encuentra un tanto restringida por las medidas del terreno.

**Figura 40: Esquema N°2 de Partido Anteproyecto Hospital “Dr. Avelino Castellán”
Planta Alta**

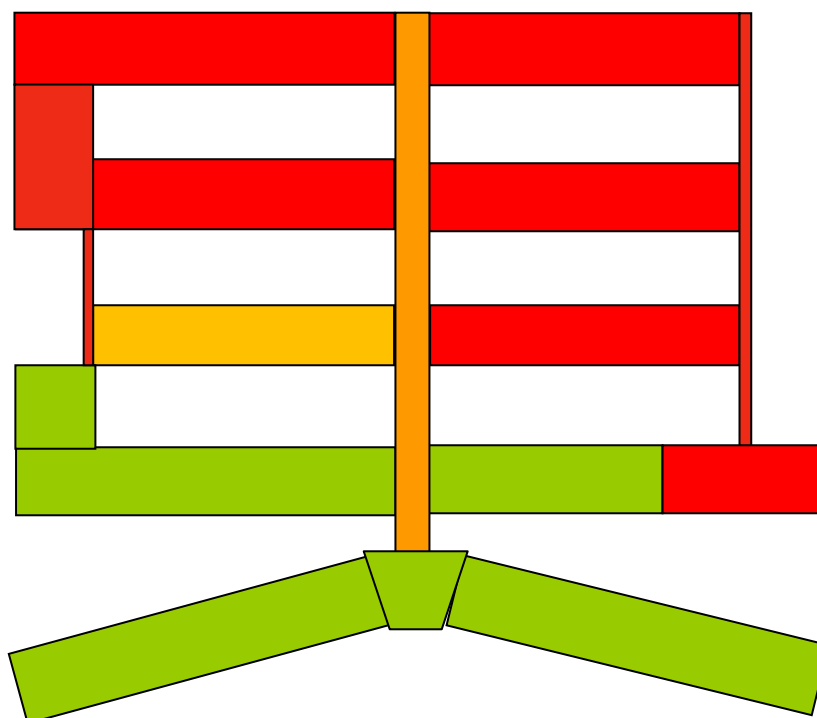


Gráfico: Elaboración del equipo.

Referencias:

- Bloque de Internación Post Quirúrgica.
- Bloques de Consulta Externa y Administración.(Sector público)
- Circulación Troncal
- Bloque Restringido de Quemados, Quirófanos, Aislados y U.T.I y U.C.IN., Laboratorios especiales y Laboratorio de soluciones parenterales.

Se considera una buena elección la tipología empleada, ya que relaciona todas las unidades del sistema hospitalario, y permite la flexibilidad de su uso. Se conforma de tramas y módulos que se vinculan entre sí, brindando superficies modulares con posibilidades de combinaciones diferentes de acuerdo a necesidades.

Se proyectan sectores de internación diferenciados por cuidados progresivos.

Se priorizan las circulaciones diferenciadas (Técnica, Pública, Semirrestringida, de Servicios, etc).

Se observa un planteo de un partido conformado por una trama de dos plantas, donde se busca priorizar la horizontalidad del edificio, para no tener desarrollo en vertical que complique las relaciones funcionales.

Se diferencian bien las circulaciones, pública y técnica, sin cruces.

Como equipo se apuesta a proponer hospitales de este tipo de partido como también de los nuevos partidos orgánicos, focalizados en el paciente, la atención ambulatoria,

optimización de recursos, la adaptabilidad al cambio y el respeto por el medio ambiente. así como la humanización de los espacios, sobre todo en un hospital de niños, en el que se considera de gran importancia la utilización de la luz natural en los locales, el trabajo con el color en muros, pisos y cielorrasos y la posibilidad de generar espacios con expansiones al exterior, donde se pueda interactuar con la naturaleza.

2.3.10. Programa Médico Arquitectónico:

El programa se define en base a las definiciones que surgen de la planificación del equipo del Ministerio de Salud, las estadísticas sanitarias, las especialidades médicas, los nuevos requerimientos de locales, equipamiento con nuevas tecnologías y áreas de atención específicas, como Hospital de día Oncológico, Hospital de Día Polivalente, Laboratorio de Preparación de Soluciones Parenterales, todo según las proyecciones hacia el año 2015.

Se tomaron en cuenta los coeficientes correspondientes para determinar la demanda de los servicios médicos.

El Anexo 3 Decreto N°315 del año 2010 del Ministerio de Salud Pública del Chaco en el punto 2 define los siguientes objetivos del Hospital Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán:

Elaborar el programa local de salud de conformidad con las políticas provinciales de salud, ejecutando las actividades que le corresponden según su nivel (de atención primaria, secundaria y terciaria), supervisando y evaluando las actividades de los efectores dependientes.

Atender en forma permanente la demanda de atención médica en la Especialidad Pediatría de la población de su área de influencia con acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y actividades de saneamiento básico, en el establecimiento y en terreno, dentro del área programática asignada.

Realizar el control de gestión.

Intervenir en la educación permanente del recurso humano en salud.

Realizar actividades de investigación en el campo de la especialidad y de la Salud Pública.

Asegurar el traslado de los habitantes que requieran acciones de recuperación de la salud que deberán realizarse en establecimientos de mayor complejidad, según normas preestablecidas.

En el punto 3 el Anexo menciona las actividades finales (Programadas para su nivel de complejidad) del Hospital Pediátrico Castelán, ellas son:

- a) Realizar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante “visita”, “consulta” y en “régimen de internación”.
- b) Realizar acciones de atención médica pediátrica en forma permanente e integrada de las siguientes especialidades: Clínica Pediátrica y

subespecialidades (Cardiología, Neurología, Gastroenterología, Endocrinología, Neumonología, Hematología, Infectología, Nefrología, Nutrición y Diabetes, Oncología, Reumatología), Terapia Intensiva, Salud Mental, Cirugía Pediátrica y subespecialidades, Neurocirugía, Anestesiología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Urología.

- c) Realizar prestaciones permanentes de odontopediatría.
- d) Atender mediante visitas periódicas la demanda de especialidades críticas de los servicios de menor complejidad de su área.
- e) Participar en la formulación de normas técnicas y administrativas de atención médica pediátrica.
- f) Supervisar y evaluar las actividades de los servicios de su dependencia.
- g) Realizar y supervisar prestaciones de saneamiento ambiental.
- h) Realizar estudios epidemiológicos de su área.
- i) Asegurar el traslado adecuado de los pacientes que deban ser derivados a otro nivel.

En el punto 4 el Anexo expone las actividades intermedias (Programadas para su nivel de complejidad), ellas son:

- Realizar prestaciones de diagnóstico por imágenes.
- Realizar prestaciones de anestesiología.
- Realizar prestaciones de anatomía patológica.
- Realizar prestaciones de bioquímica.
- Realizar prestaciones de medicina física y terapia ocupacional.
- Realizar prestaciones de kinesiología.
- Realizar prestaciones de farmacia.
- Realizar la esterilización de los elementos que requieran de este procedimiento.
- Brindar alimentación adecuada a los pacientes internados.
- Realizar registros estadísticos de prestaciones.
- Y educación Realizar prestaciones de servicio social.

En el punto 5 el Anexo contempla las actividades generales a las que está llamado el Hospital Pediátrico Castelán, ellas son:

- a) Cumplir las funciones de Dirección y administración que requiera el establecimiento.
- b) Intervenir en la programación, ejecución y evaluación de los programas de formación y educación permanente de los recursos humanos en salud.
- c) Entender en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de investigación.
- d) Mantener comunicación permanente con los niveles de referencia.
- e) Realizar los registros correspondientes a las normas administrativas y contables.
- f) Realizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo del establecimiento.

- g) Realizar la limpieza general de las instalaciones y equipamiento del establecimiento.
- h) Realizar el lavado y demás procedimientos de conservación de la ropa del establecimiento.
- i) Realizar las prestaciones de comunicación, seguridad, movilidad y almacenamiento que requiera el establecimiento.

En el punto 6 el Anexo hace referencia a la Estructura organizativa del Hospital Pediátrico Castelán, donde se detallan los departamentos, Divisiones, Unidades y Sectores en los que se organiza el Hospital. En el punto 7 el Anexo hace referencia al tipo básico de recursos humanos con que debe contar el Hospital, desde el Director, Codirector, Jefes de Departamentos, Jefes de divisiones, Jefes de Unidades, Jefes de sectores, Médicos Especialistas, etc. En este punto se aclara que el Ministerio de Salud Pública establecerá por Resolución la cantidad, tipo y distribución del recurso humano en salud necesario para el establecimiento, debiendo aplicarse para ello una metodología basada en las necesidades de atención de salud de la población del área programática y el análisis de la situación de la dotación actual del recurso humano en salud en relación a la actividad realizada. Asimismo expresa que podrán incorporarse otras categorías laborales no contempladas en el presente Anexo que conforme a la evolución de la ciencia y la tecnología justifiquen su incorporación.

En el punto 8 hace mención a Normas generales de funcionamiento del Hospital Pediátrico:

- a) El Ministerio de Salud Pública establecerá por Resolución las normas generales de funcionamiento teniendo en cuenta las actividades finales, intermedias y generales que este establecimiento realiza.
- b) El Ministerio de Salud Pública establecerá por Resolución las normas y procedimientos de supervisión y evaluación que este establecimiento realiza.

Finalmente, el punto 9 habla de la Dependencia y Relación con otros niveles, aclarando que el Hospital tiene dependencia funcional de la Subsecretaría de Salud Pública a la que deberá mantener informada según normas establecidas y del que recibirá supervisión periódica.

Se verifica que el programa corresponde a las necesidades de la población beneficiaria, y a la definición de las políticas sanitarias del Ministerio. No obstante ello, como se expone en el Capítulo 1, la demanda es tan dinámica, que conviene actualizarla para encarar nuevos programas y proyectos.

Además se acepta como válida la postura de los autores Bambarén C. y Alatrística, S. (2008) de la importancia de incorporar cada vez más a quienes trabajan en el servicio y quienes lo demandan, es decir los pacientes, de manera directa o indirecta en el proceso de planeamiento. Que esto sea una práctica que se vaya fortaleciendo, generando participación comunitaria y consensos en la búsqueda de concretar edificios saludables, cómodos y sustentables. Bambarén C. y Alatrística, S.

2.3.11. Aspectos Circulatorios

Se plantea una circulación vehicular perimetral que permite resolver los ingresos del público (pacientes y visitas), técnicos, de personal y de servicio.

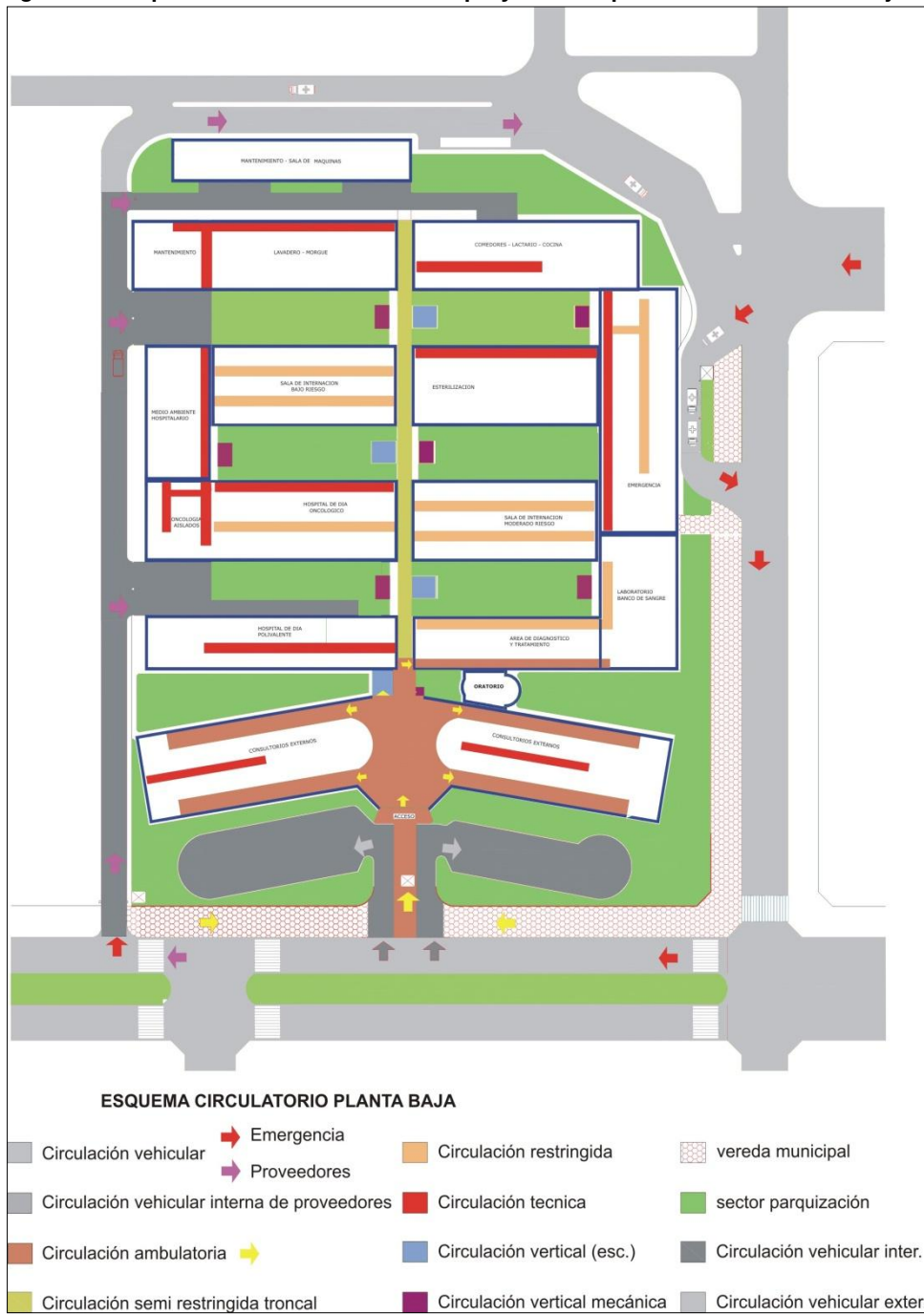
El esquema de organización propone una gradual transición entre espacios de acceso público, semipúblico, técnico y restringido en relación al ingreso principal.

Circulación Pública: se establece en la parte anterior del edificio, está compuesta por las diferentes recepciones y salas de espera que derivan a cada uno de los servicios de acceso semipúblico. Comprende el sector de Consultorios Externos, Diagnóstico y Tratamiento y algunas áreas de Docencia, Auditorio, Farmacia, etc.

Circulación Semipública: se establece en distintos servicios tales como internación, pasillo troncal de conexión con distintas áreas de internación y servicios, etc. Esta circulación vincula por lo general las áreas de uso y sus áreas de apoyo, combinando en ciertos horarios de visita la circulación técnica con la pública.

Circulación Técnica: es la circulación diferenciada utilizada por personal técnico y médico que se desempeña en la institución y comunica internamente diferentes áreas del edificio.

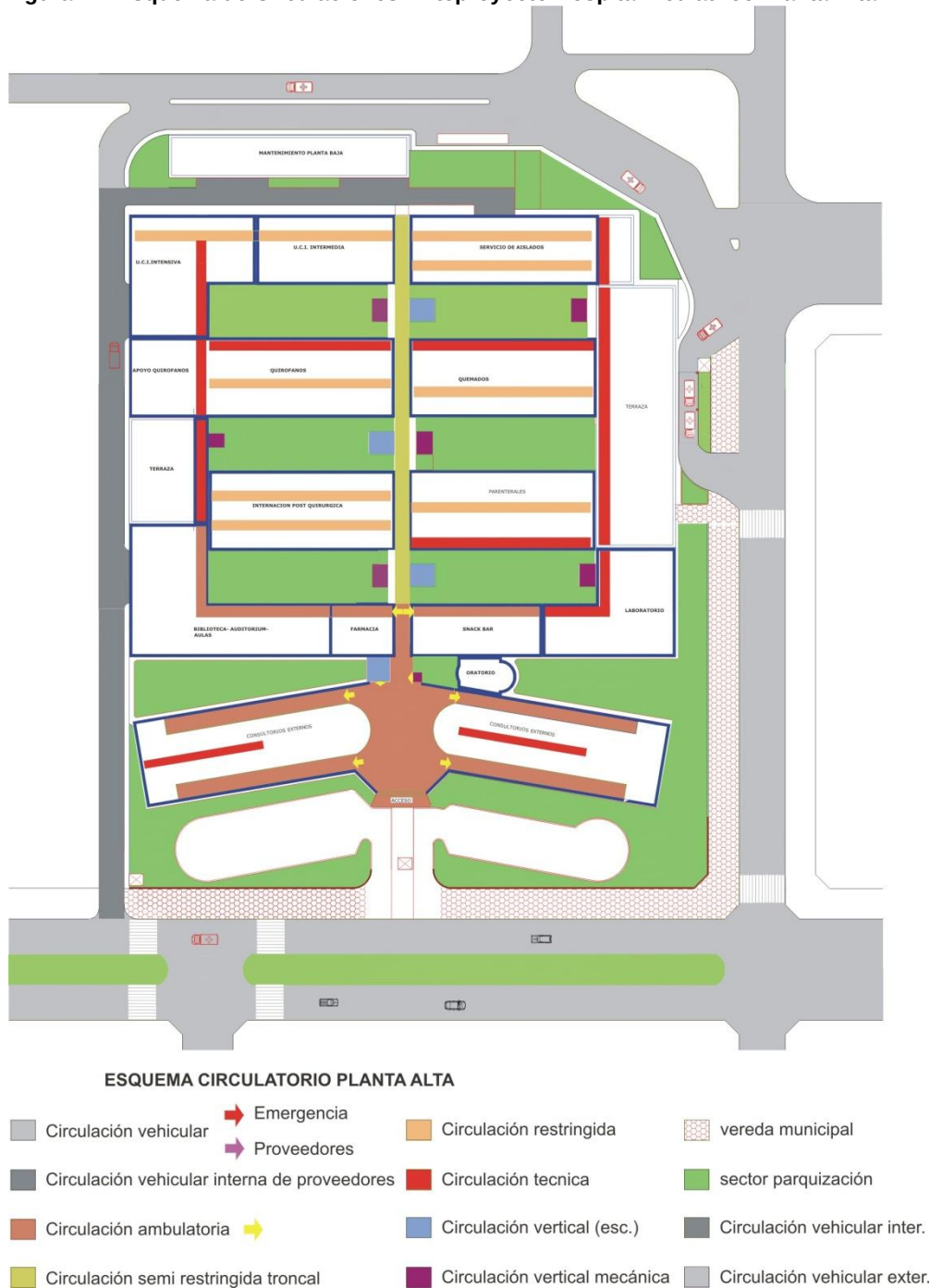
Figura 41: Esquema de Circulaciones Anteproyecto Hospital Pediátrico Planta Baja



Fuente: Anteproyecto Hospital Pediátrico M.S.P. (Machado, Richieri 2008)

Circulación Restringida: se establece en servicios puntuales, que requieren aislamiento o asepsia por lo general, tales como sector quirúrgico, U.T.I., Quemados, etc.

Figura 42: Esquema de Circulaciones Anteproyecto Hospital Pediátrico Planta Alta



Fuente: Anteproyecto Hospital Pediátrico M.S.P. (Machado, Richieri 2008)

Puede decirse que el diseño de circulaciones del Nuevo Hospital Dr. Avelino L. Castelán obedece al tipo “espina de pescado” constituyendo el pasillo central desde el ingreso principal la espina dorsal del pez, donde van aumentando progresivamente las restricciones en cuanto al acceso y a su vez se van distribuyendo los diferentes servicios a los laterales de este eje central constituyendo éstos cada espina del pez donde la circulación es semipública, técnica o restringida dependiendo del caso.

Las circulaciones del hospital se plantean tratando de evitar interferencias entre los diferentes actores, diferenciándose claramente circulación pública/semipública, circulación técnica y circulación restringida.

El calibre de las circulaciones se ajusta a los requerimientos funcionales, generando espacios públicos de escala institucional en el sector de ingreso y espera y espacios en relación a cada función en las áreas técnicas.

2.3.12. Aspectos Funcionales

En planta baja, se proyectan dos bloques de Consultorios externos unidos por el Hall Central de Acceso principal del hospital.

Los locales de los consultorios se comunican con la Estadística a través de una circulación técnica interna, que los comunica a todos entre sí, de uso médico y de personal administrativo.

La circulación del público se plantea a lo largo de ambos bloques, generando sectores de espera dado el ancho generoso que poseen, y con posibilidades de iluminación y ventilación natural.

Estos sectores son las alas más accesibles al público en general y puertas de acceso al hospital. Es a criterio de este grupo positivo que se genere una adecuada comunicación entre consultorios y Admisión y Estadística, ya que se relacionan permanentemente con los archivos de historias clínicas y selección de turnos.

Conectados a la circulación troncal, que se ubica en el centro entre todos los bloques, se desarrollan los bloques de Diagnóstico y Tratamiento y Hospital de Día Polivalente, ambos sectores con circulaciones públicas ya que son áreas ambulatorias.

El Hospital de día tiene atención de pacientes durante la jornada, en la cual se le practican estudios, análisis, etc. de manera que es adecuado tener cercano el bloque de Diagnóstico.

Luego se encuentran el bloque de Esterilización y al otro lado el Hospital de Día Oncológico, ya de mayor restricción en cuanto a la circulación de personas y al grado de asepsia que deben tener los locales, por ser pacientes inmunodeprimidos generalmente los oncológicos. Debido a esto es que se conectan con el resto de los servicios a través de circulaciones técnicas.

Más atrás se ubican las internaciones de bajo y moderado riesgo, que se comunican con el área de Emergencias a través de circulación técnica.

En el ala derecha se ubica el área crítica de Emergencias, con acceso independiente del sector público y conectado a las internaciones a través de

circulaciones técnicas. Además se relaciona con Quirófanos, UCI, Quemados e Internaciones de alto riesgo y Aislados por medio de las circulaciones verticales técnicas como ser ascensores camilleros.

Por último se encuentran los bloques de servicios (también llamados C.A.P.: Centro de Abastecimiento y Procesamiento) como Cocina, Lavadero, Morgue, Mantenimiento, etc. Todos estos también comunicados por circulaciones técnicas de acceso solo para el personal autorizado por el hospital. Estos sectores se ubican al final conectados para abastecer al resto de los bloques.

Figura 43: Esquema Relaciones Funcionales Anteproyecto Hospital Pediátrico Planta Baja

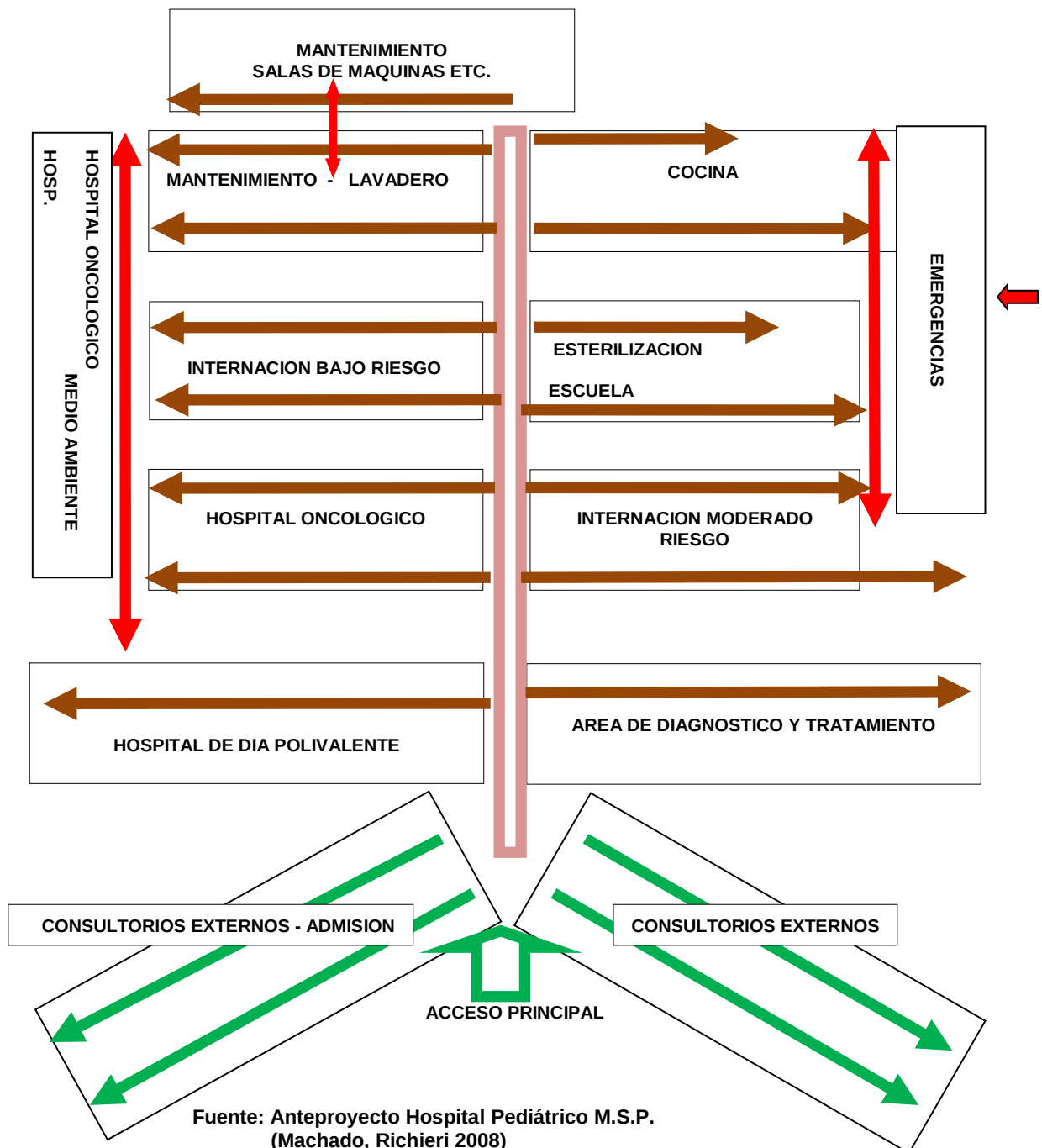
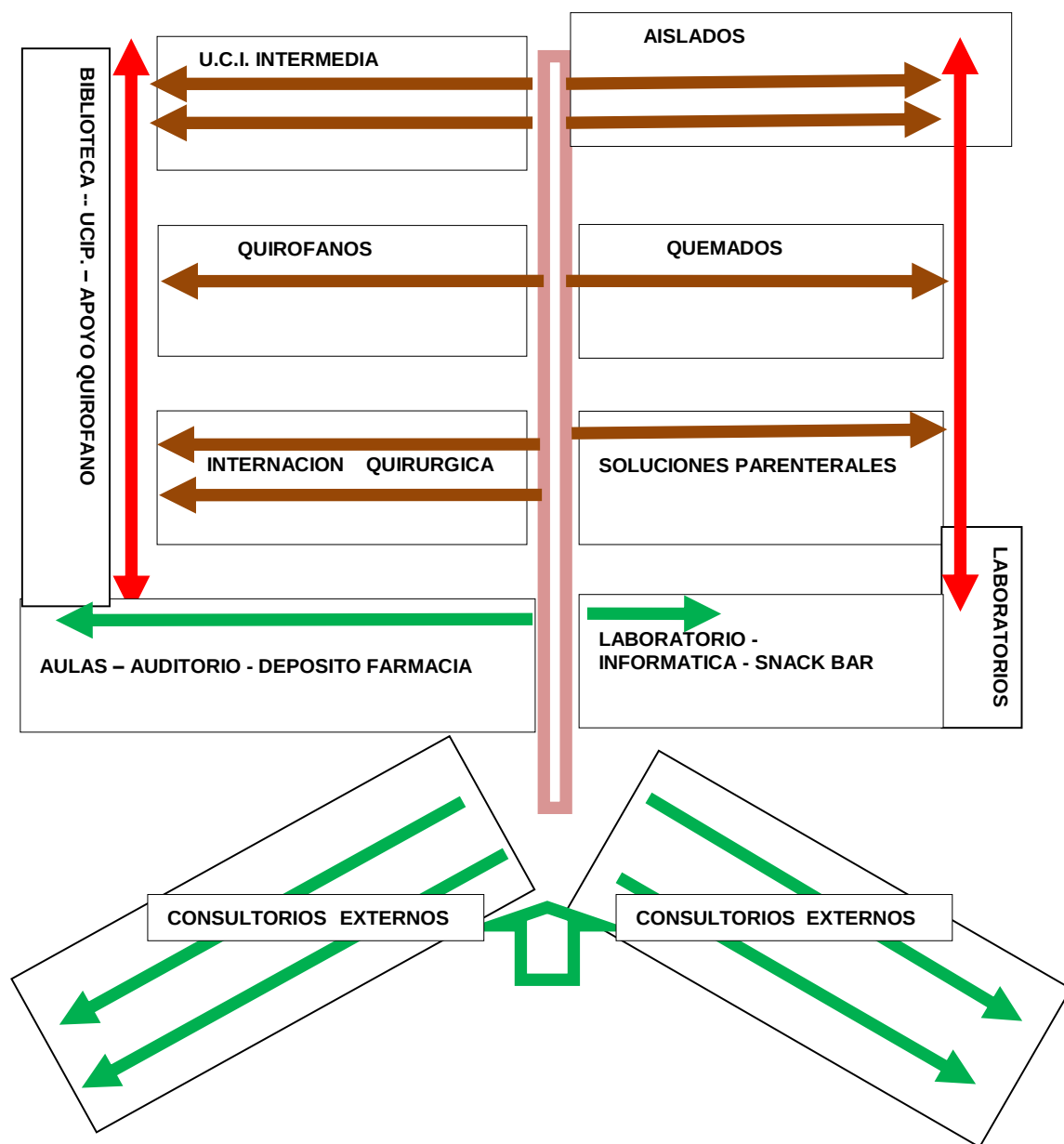


Figura 44: Esquema Relaciones Funcionales Anteproyecto Hospital Pediátrico Planta Alta

ESQUEMAS FUNCIONALES PLANTA ALTA



Fuente: Anteproyecto Hospital Pediátrico M.S.P. (Machado, Richieri 2008)

Con respecto a las relaciones funcionales del anteproyecto del hospital, se considera que tienen una adecuada organización y distribución, tanto de los paquetes funcionales en sí, como los locales de uso y sus locales de apoyo y circulaciones que los conectan.

2.3.13. Aspectos Espaciales

En cuanto al espacio, se observa una preocupación por la incorporación de las visuales desde el edificio hacia el exterior, favoreciendo el contacto de los pacientes con la naturaleza.

En el anteproyecto se previeron salas de estar y espera vidriadas, de manera que la persona que se encuentra dentro del edificio, sobre todo en los sectores de consulta externa, y salas de juegos de Hospitales de día, pueda visualizar el exterior, a través de muros vidriados.

En relación a las dimensiones del edificio, y la escala humana en los diferentes sectores, se previeron elementos de protección como el alero del acceso semicubierto, los pasillos espera, de un ancho considerable, para que se utilicen como sectores de estar y de circulación de pacientes y familiares. Además de incorporó una circulación técnica de manera de que los profesionales y técnicos, personal del Hospital, así como los administrativos, circulen por estas vías y no por las zonas de espera de los pacientes.

Se percibe una búsqueda por generar sensaciones de bienestar en el personal y en los pacientes, dándole color a los muros, y volúmenes interesantes, como la cúpula vidriada de forma piramidal del Hall de acceso principal.

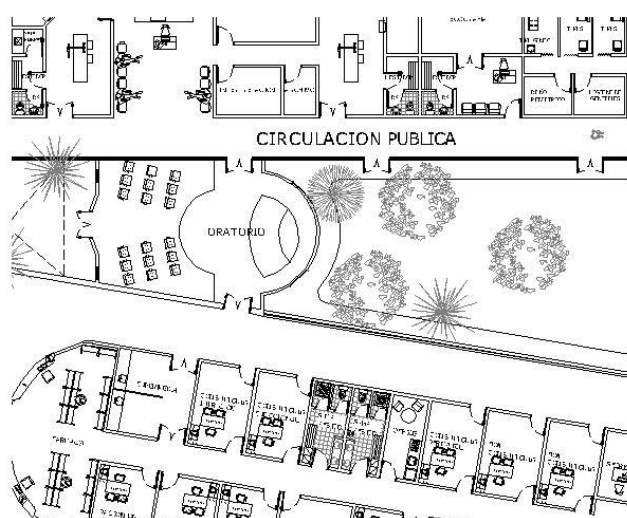
Figura 45: Perspectiva del acceso al Nuevo Hospital Pediátrico.



Fuente: Dirección de Arquitectura Hospitalaria. Ministerio de Salud Pública Chaco

Se prevé un espacio de retiro y meditación (Oratorio multiculto) que se integra también al espacio exterior, y se propone con formas curvas desestructurando un poco la sensación espacial.

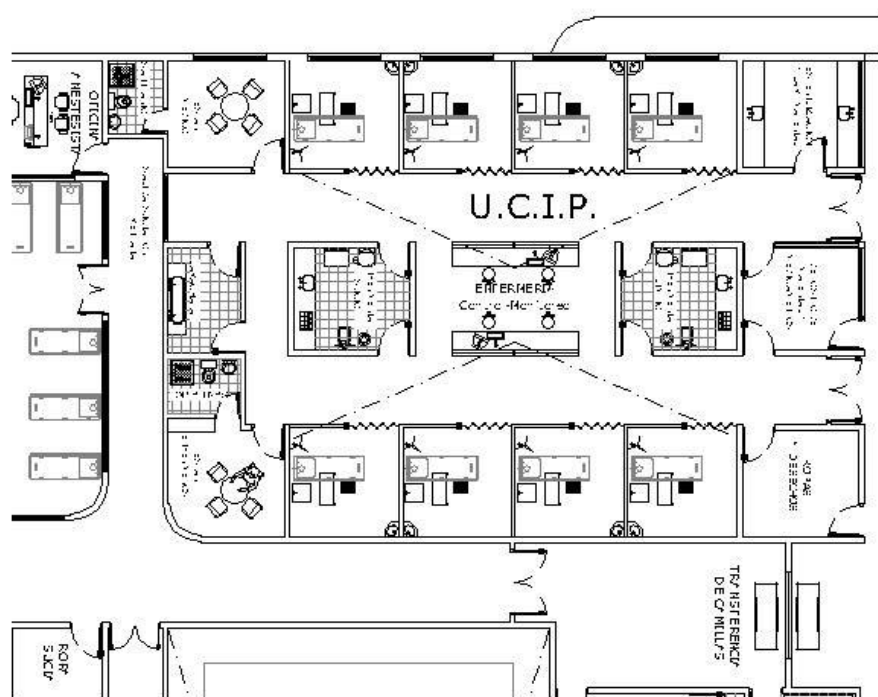
Figura 46: Planta del Oratorio Nuevo Hospital Pediátrico.



Fuente: Dirección de Arquitectura Hospitalaria. Ministerio de Salud Pública Chaco

Se busca en las salas de terapia, así como en el Hospital Oncológico y de Día que los niños puedan ver el paso de las horas del día a través de ventanales y que tengan posibilidad de disfrutar del espacio en el transcurso de las distintas estaciones del año.

Figura 47: Planta de la Unidad de Cuidados Intensivos Nuevo Hospital Pediátrico



Fuente: Dirección de Arquitectura Hospitalaria. Ministerio de Salud Pública Chaco

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el análisis de las estadísticas sanitarias se detecta que a partir del 2004, los índices de la mortalidad infantil en Chaco han descendido en un pequeño porcentaje con respecto a la actualidad, no obstante ello se observa en las tablas del Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de Salud, que en el año 2011 sigue siendo una de las provincias con indicadores más altos de muertes de niños menores de 5 años, junto a Formosa.

Estos datos, unidos a los factores socioeconómicos y epidemiológicos dan cuenta de una situación crítica que requiere de acciones en los diversos ámbitos de la comunidad para llegar a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Como una herramienta importante para poner en práctica dichas acciones, emerge la Planificación Estratégica, que involucra a todos los actores participantes, como decisores políticos, los usuarios, tanto personal profesional como paramédico, a fin que aporten a la construcción de consensos, debates y planes concretos para la concreción de los objetivos planteados.

Pero para lograrlos se considera que es necesario trabajar en forma integrada, desde los diferentes Ministerios de gobierno, Desarrollo Social, Vivienda, Salud, Educación, Trabajo, etc., para que las propuestas no sean paliativas de una situación deficitaria, sino que se implementen políticas y programas de prevención y de impulso del desarrollo de la comunidad.

Se coincide con Bambarén, C. Alatriza, S. (2008) en que además del Plan Maestro para planificar un Hospital se debe incluir un Programa de Inversiones y fomentar las prácticas para que dichos programas se cumplan.

Como aporte para que esta meta se materialice se sugiere que se continúe con los programas nacionales, federales donde se intercambian experiencias de las regiones y de todo el país, así como también las iniciativas desde los Grandes Hospitales, por ejemplo el Pediátrico Juan P. Garrahan, que implementa ateneos interactivos los que son de importancia ya que enriquecen las prácticas profesionales. Se percibe como demanda importante y a tener en cuenta para desarrollar nuevos y mejores proyectos de los recursos físicos, la capacitación profesional en planificación estratégica, a encarar por los gobiernos de las provincias, sectores de salud, gobiernos municipales, y hasta en el ámbito privado.

De acuerdo al análisis y teniendo en cuenta los conceptos desarrollados en el Curso PRFS, podemos decir que las diferentes áreas planificadas para el nuevo Hospital Pediátrico Nivel VI de Resistencia, a criterio del equipo, cumplirían satisfactoriamente con las normativas vigentes y con los requerimientos y Programa

de Necesidades diseñado por los médicos sanitaristas, arquitectos, funcionarios y directivos del hospital y de las distintas especialidades médicas que han trabajado en la planificación del edificio.

Pensando en el objetivo de la Planificación Estratégica y sus alcances, se puede observar que si bien en este anteproyecto se cumple con lo requerido y se plantea una propuesta para dar inicio a un proyecto, pareciera que se podría haber profundizado en las etapas de programación y planificación, elaborando un Plan Director o Plan Maestro que sentara las bases de los objetivos, metas y actividades a realizar durante el proceso, con definición clara de tiempos y responsables a cargo de manera de optimizar los recursos y acotar cada vez más el proyecto.

RECOMENDACIONES

En relación con el proyecto de arquitectura resultante podemos realizar algunas consideraciones:

- Es conveniente contar con accesos diferenciados y suficientes (en este caso 3) que permiten ordenar el sistema circulatorio evitando cruces de los diferentes sistemas: público, técnico y de urgencias.
- En relación a la elección del terreno y la trama urbana el terreno, se piensa que las dimensiones del lote son escasas para un hospital de esta envergadura, pero de todas maneras se optó por una solución de dos niveles que permite ubicar las áreas de menos tránsito de público en la planta alta, dejando el área ambulatoria en la planta baja, ordenando el conjunto por nivel de complejidad y concurrencia de público.
- En cuanto a la Tipología adoptada se detecta que se estructura a través de módulos que faciliten la distribución de locales y superficies, dándole flexibilidad de uso al conjunto. Si bien es un partido que se sigue utilizando mucho en Argentina, surge el interrogante acerca de qué resultados hubieran alcanzado de haber optado por un partido orgánico.
- En relación a las relaciones funcionales se considera que es óptima la ubicación de los bloques de menor a mayor riesgo en cuanto a servicios de bajo, moderado y alto riesgo.
- Asimismo se valora la diferenciación de circulaciones en las categorías de pública, técnica y de servicio, factor sumamente importante a tener en cuenta en servicios de salud de la máxima complejidad.

- Espacialmente se percibe una búsqueda por generar sensaciones de bienestar en el personal y en los pacientes, dándole color a los muros, y volúmenes interesantes, como la cúpula vidriada de forma piramidal del Hall de acceso principal, esto se ve muy positivo en relación a la recuperación de los pacientes, ya que la calidad y calidez de los espacios colaboran con el proceso de recuperación de la salud.
- Con respecto a la cobertura de servicios a los pueblos originarios, se sugiere pensar los edificios adaptados a sus costumbres, respetar sus tradiciones y brindar confort y apertura de los locales para contribuir a fortalecer la confianza en los médicos y agentes sanitarios.

A modo de reflexión última, dado el tiempo transcurrido desde el inicio de anteproyecto, se entiende que el programa corresponde a las necesidades de la población beneficiaria, y a la definición de las políticas sanitarias del Ministerio de ese momento en que fuera proyectado. Sin embargo se advierte que al ser la demanda tan dinámica, conviene actualizarla para encarar nuevos programas y proyectos.

Quedan pendientes preguntas a futuro como:

Podemos los profesionales argentinos soñar con una arquitectura para la salud más sustentable?

Qué estrategias podemos aplicar para humanizar los establecimientos de salud y a la vez cumplir con los requerimientos de normativas, tecnología y función de los espacios?

Cómo se puede encarar la Planificación Estratégica desde nuestras realidades coyunturales?

Los paradigmas están planteados, el camino abierto y la posibilidad de transitarlo es una decisión personal, primero y colectiva al fin...

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Vigil, P., Arias, T., Utia, H. F. (2005) *Análisis Formal del Espacio Urbano- Aspectos Teóricos* Publicación del Instituto de Investigación de la Facultad de Arquitectura Urbanismo y Artes. Lima Perú
- Bambarén, C. Alatriza, S. (2008). *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros*. **Perú:** SINCO. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/65448237/PROGRAMA-MEDICO-ARQUITECTONICO-PARA-DISENO-DE-HOSPITALES-doc17232-contenido>
- Benguigui, Y. (2003). Conferencia. En Benguigui-Bissot Eds, *Desafíos en la Atención Pediátrica en el Siglo XXI*, p.19-34. Panamá: OPS-Alape. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desafio.pdf>
- Bissot, A. (2003). Prólogo. En Benguigui-Bissot Eds, *Desafíos en la Atención Pediátrica en el Siglo XXI*, p.9. Panamá: OPS-Alape. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desafio.pdf>
- Boudeguez, A. (2011). *Conclusiones del III Encuentro Nacional de Edificación Hospitalaria*. España. Recuperado de: <http://www.hospitecnia.com/Edificacion/Noticias/Conclusiones-III-Encuentro-Edificacion/id-Lbiihdfhbbhgjhe.xsql>
- Contreras, E. (2012) *Propuesta de Atención Primaria en Redes para GBA*. Buenos Aires: AADAIH-UNLa.
- Czajkowski, J., Rosenfeld, E. (1993). Evolución de los edificios Hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica. Actas 4º Congreso Latinoamericano - 7º Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires.
- Defensoría del Pueblo de la Nación. (2009). *Atlas del Riesgo Ambiental de la Niñez de Argentina*. Programa Conjunto del Sistema de Naciones Unidas -PNUD, UNICEF, OPS, OIT. Recuperado de: <http://defensoresymedios.org.ar/wp-content/uploads/2010/04/Atlas.pdf>
- De Schiller, Silvia (2012). *UIA Arquitectura para un futuro sustentable en espacios para la salud*. Buenos Aires AADAIH-UNLa
- Font, L. (2012). *Evolución de Tipologías Hospitalarias*. Buenos Aires: AADAIH-U.N.La.
- González García, G., Tobar, F. (2004) *Salud para los Argentinos. Economía, Política y Reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: ISALUD.
- Machado, M. B., Richieri, M. D. (2008) *Anteproyecto Hospital Pediátrico “Dr. Avelino Castelán”* presentado al Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Resistencia, Provincia del Chaco: Autor.

- Mariño, H. (1993) *Planeación estratégica de la calidad total*. Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud. (2011). *Indicadores Básicos XV*. Buenos Aires: MsaI-OPS. Recuperado de:
http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2011.pdf
- Ministerio de Salud Pública de la Nación. (2000). *Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales. Resolución Nº 573. Normativa para Móviles de Traslado Sanitario.*(p.46) Buenos Aires. Recuperado de:
http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres573_2000.pdf
- ONU (2005). *Publicación de la O.P.S./ O.M.S. para la Conferencia Mundial de Reducción de Desastres*. Recuperado de:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/SS_Hospitales_Seguros.pdf
- Yáñez, E. (1986) *Hospitales de Seguridad Social*. México, D.F.: Limusa-Noriega.

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

- AGi, Architects, (2009). *Imagen del Proyecto del hospital Infantil de Kuwait*. Ganador del Premio World Architecture Festival Awards. Sección: Futuros Proyectos. Categoría: Salud. Recuperado de: <http://arqa.com/arquitectura/premios/el-hospital-infantil-de-kuwait-ganador-de-los-world-architecture-festival-awards.html>
- Alvarado, Font, Sartorio. Imágenes varias. Estudio de Arquitectura AFS. Recuperado de: <http://www.afs-arg.com.ar/ar/proyectos/salud/>
- Contreras, E. (2006) *Ponencia para Curso PRFS Propuesta de Atención Primaria en Redes para GBA. Gráfico del Prototipo Módulo 3 para CeSacs en CABA*. Buenos Aires: AADAIH-UNLa.
- Contreras, E. (2006) *Ponencia para Curso PRFS Propuesta de Atención Primaria en Redes para GBA. Gráfico de la Red Sanitaria en CABA*. Buenos Aires: AADAIH-UNLa.
- Contreras, E. Funhof, G. (2006) *Programa Médico Arquitectónico para el Hospital del Este. Tucumán*. Recuperado de:
https://www.google.com.ar/#hl=es&sclient=psy-medico+arquitectonico+hospital+de+tucuman&gs_l=serp.12...0.0.1.4336.0.0.0.0.0.0.0.0...0.0...1c..5.psy-ab.xY6J_wKaNmQ&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=be75f74b4d4b579c&biw=1024&bih=667

- Font, L. (2012). *Ponencia para Curso PRFS Evolución de Tipologías Hospitalarias*. Imágenes varias. Buenos Aires: AADAIH-U.N.La.
- Freschi Gariboglio, L. M. (2008). *Imagen renderizada de perspectiva del Anteproyecto Hospital Pediátrico Avelino Castelán*. Chaco: Dirección de Arquitectura. Ministerio de Salud Pública.
- Gonzáles, C. (2008). *Sector del Oratorio. Imagen del Plano de planta baja del Anteproyecto Hospital Pediátrico Avelino Castelán.[jpg]* Chaco: Dirección de Arquitectura. Ministerio de Salud Pública.
- Gonzáles, C. (2008). *Sector de la Unidad de cuidados Intensivos Pediátricos. Imagen del Plano de planta alta del Anteproyecto Hospital Pediátrico Avelino Castelán.[jpg]* Chaco: Dirección de Arquitectura. Ministerio de Salud Pública.
- Hospital Pedro de Elizalde. Imágenes varias. Recuperadas de: http://www.elizalde.gov.ar/hospital/hosp_pres.asp
- Le Corbusier (1929). *La Ville Savoye*. Imágenes varias. Recuperado de: <http://www.legenningsarchitecture.blogspot.com.ar/>
- Ministerio de Salud de la Nación. Anuarios del Programa Nacional de Estadística de Salud, Estadísticas Vitales e Información Básica y cotejo de datos de INDEC, UNICEF, OPS/OMS.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Anuarios de la Dirección de Estadística Sanitaria.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. (2010). *Decreto N° 315/10*.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. (1995). *Resolución N°626 y 445 de Fiscalización Sanitaria del M.S.P. del Chaco*.
- OPS. (2004). Resumen del análisis de situación y tendencias de salud en Argentina. Recuperado de: www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_032.htm
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2011). *Declaración por la Infancia. Centenario S.A.P. Argentina*. Recuperado de: http://www.alape.org/docs/documentos/Declaracion_Centenario_SAP.pdf
- Wright, F. L. (1939). *La casa de la Cascada*. Imágenes varias. Recuperado de: <http://quhist.com/fallingwater-obra-maestra-frank-lloyd-wright-arquitectura-organica/>
- Wright, F. L. (1943). *Museo Guggenheim*. Imágenes varias. Recuperado de: https://www.google.com.ar/search?hl=es&gs_rn=5&gs_ri=psy-ab&tok=HD4Alim5UKv_MTB3YAmILq&cp=4&gs_id=e&xhr=t&q=guggenheim&s_afe=off&biw=1024&bih=667&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.43148975.d.eWU&um=1&ie=UTF-8&tbm=isch&source=og&sa=N&tab=wi&ei=rfAzUavxCYb48gT05IBw

ANEXO I

Requerimientos de las áreas de Internación del Hospital Pediátrico según criterios de riesgo.

Elevado a la Dirección de Arquitectura Hospitalaria del Ministerio por la Directora del Hospital Pediátrico “Dr. Avelino Castelán” Dra. Analía Scaraffia. Año 2004.

INTERNACIÓN DE BAJO RIESGO

Este tipo de internación se basa en brindar cuidados mínimos a pacientes clínicamente estables, sin riesgo potencial de descompensación. También se atiende a pacientes con patologías crónicas, con requerimiento de oxígeno a bajo flujo, estabilizado.

Las actividades que se realizan en este sector son:

- Observación y control de la alimentación, higiene.
- Control de signos vitales por turno.
- Medicación enteral y parenteral.
- Apoyo emocional. Información al paciente.
- Arreglo de la unidad una vez por día.
- Horas de atención de Enfermería: 1-2 Horas diarias.

INTERNACIÓN DE MODERADO RIESGO

Esta otra modalidad de atención se caracteriza por brindar cuidados a pacientes clínicamente estables, con riesgo potencial de descompensación: requerimiento de oxígeno por patologías agudas, escaras, complicaciones, infecciones.

Las actividades que se realizan en este sector son:

- Ayuda en la higiene y movilización (baño en cama e higiene parcial por turno).
- Observación, control y/o ayuda en la alimentación
- Control de signos vitales más de una vez por turno (aproximadamente tres veces por turno).
- Control de ingresos y egresos.
- Uso de VCL – Medicación por diferentes vías.
- Sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- Apoyo emocional al paciente y familia. Información al paciente y familia.
- Arreglo de la unidad una vez por día.
- Horas de atención de Enfermería: 4-5 Horas diarias.

INTERNACIÓN DE ALTO RIESGO (cuidados Intensivos)

En esta área se brindan cuidados a pacientes clínicamente inestables o con riesgo potencial de descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca, infección generalizada.

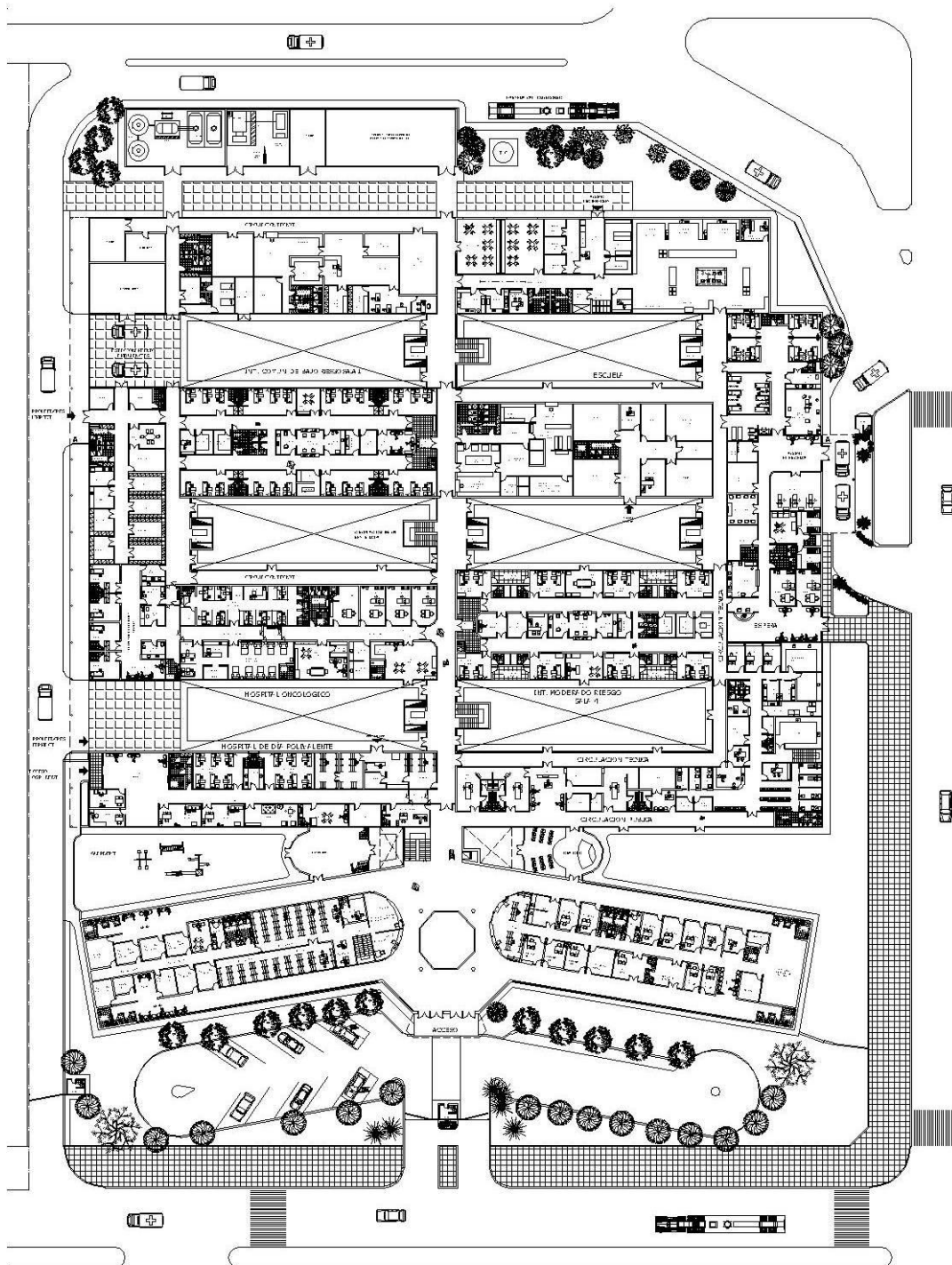
Tiene la particularidad de que la persona que se atiende es considerado “Paciente no colaborador”, comatoso, con requerimiento de altas concentraciones de oxígeno o A.R.M.

Las actividades que se realizan en este sector son:

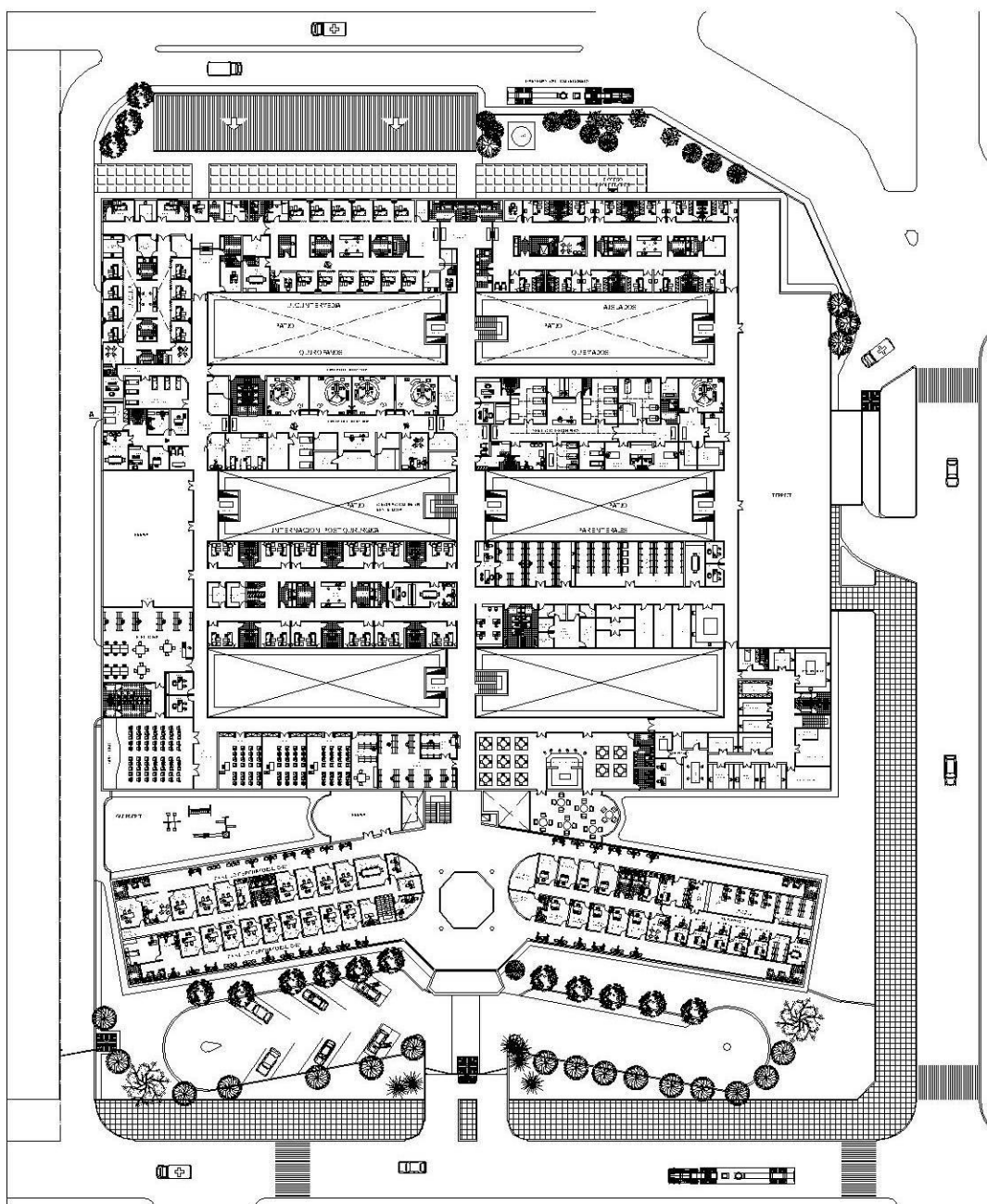
- Ayuda en la higiene y movilización (frecuente, cada 2 horas, masajes en zonas de apoyo).
- Observación, alimentación asistida (parenteral o por sonda).
- Baño en cama.
- Control de signos vitales-saturometría-P.V.C: cada 2 horas o con más frecuencia.
- Uso de chata, orinal o sonda vesical conectada a bolsa colectora.
- Control de ingresos y egresos-Control de drenajes.
- Uso V.C.L.-Medicación por diferentes vías-Fluidoterapia continua por más de un acceso venoso. Vía arterial.
- Sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- Procedimientos invasivos (traqueotomía-diálisis-etc.).
- Horas de atención de Enfermería:10 Horas diarias.

ANEXO II

Planos de Anteproyecto de Planta Baja y Planta Alta



Plano de Planta Baja-Anteproyecto Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán-M.S.P. Chaco
(Machado, M. B., Richieri, M. D., 2008)



Plano de Planta Alta-Anteproyecto Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán-M.S.P. Chaco

ANEXO III

Imágenes en 3D del Anteproyecto del Hospital Pediátrico Nivel VI

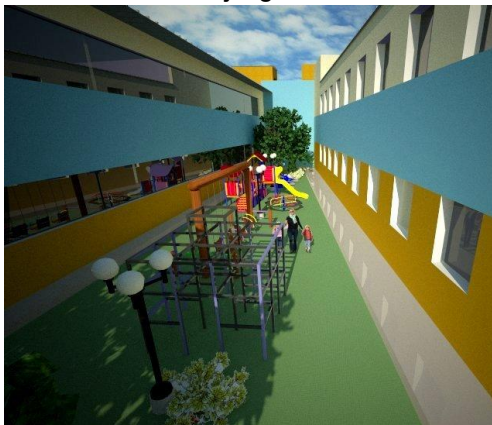
Render Axonométrica-Anteproyecto Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán-M.S.P.Chaco



Render Acceso Principal-



Render Sector de juegos



Render axonométrica del conjunto



Anteproyecto Hospital Pediátrico Dr. A.
Castelán-M.S.P. Chaco
(Machado, M. B., Richieri, M. D., 2008)