

Informe solicitado por el Colegio de Arquitectos de la Provincia de Santa fe.

Curso de Posgrado: **“EL PROYECTO COMPLEJO DE ARQUITECTURA PARA LA SALUD”**.

Arquitecta Alicia Sividini

El curso se desarrolló en la FADU, durante los meses de Agosto a Diciembre de 2011, con una dedicación horaria de 60 horas; en el mismo la cátedra presentó una apropiada selección de obras significativas de la evolución histórica de los edificios hospitalarios, reconociendo primordialmente distintas tipologías edilicias y brindando conceptos generales sobre funciones, contenidos y criterios básicos de diseño de las distintas áreas hospitalarias.

Se profundizó asimismo en algunos tipos en particular, como la obra del arquitecto brasileño Joao Filgueiras Lima. Arquitectura que se caracteriza por el extenso desarrollo de componentes prefabricados de concreto armado logrando formas ligeras de bajo costo de producción muy utilizadas en proyectos de carácter asistencial como escuelas, centros de salud e infraestructura urbana. En forma específica se mostró su obra más reciente con predominio de los proyectos de equipamiento hospitalario, siendo notable su contribución a este tipo de arquitectura los hospitales de la red Sarah Kubitschek.

Otro aspecto de relevancia fue la oportunidad que nos ofreció el curso de acceder de forma precisa a la planificación estratégica de los servicios de salud, que desde una estructura geoterritorial desarrolló el gobierno provincial del Doctor Hermes Binner, permitiéndonos reconocer la red hospitalaria de la provincia y como se insertan en la misma los distintos efectores proyectados y en ejecución.

Ha sido una excelente oportunidad, que ha posibilitado una mirada general del tema; abriendo un espacio de reflexión; y al respecto creo conveniente realizar algunas consideraciones, dado que ha mi entender: la temática específica de salud, su programa organizativo, y el resultado alcanzado, tiene una relevancia fundamental en cuanto al espacio físico, tanto por su impacto en el entorno como en la eficiencia funcional que debe guardar. Al respecto considero que este aspecto en un curso de especialización universitaria, debería ser abordado con mayor profundidad.

No estoy hablando de retrotraérmnos al funcionalismo de la década de los cincuenta, los sesenta e incluso los setenta; donde la función era lo más importante y reducir peligrosamente ésta a una mera concepción mecanicista. Entiendo que la sustancia, la esencia, lo que hace que el edificio sea lo que es y no otra cosa: es su organización interna – funcional, y que cuando digo Hospital de alta complejidad, indico y nombro su actividad distintiva. Que en definitiva ha de responder a la demanda que justifica su existencia.

En estos edificios, una de sus características específicas es la necesidad ineludible de desarrollar un Programa médico-arquitectónico que sirve como punto de partida para el desarrollo del diseño de cada nuevo hospital.

Podemos entender que el programa como instrumento técnico determina la dimensión, características, relaciones funcionales de los ambientes y espacios físicos, las características de las instalaciones sanitarias, eléctricas y especiales que son requeridas para el funcionamiento de los equipos y mobiliario, así como otras condiciones que son indispensables para que el personal desarrolle las actividades propias de cada unidad funcional.

Para los hospitales en construcción en la provincia de Santa fe, se partió de un modelo de salud, desarrollando luego la programación de las diferentes áreas, en base a demanda, frecuencias de patologías y flujos de todos los actores intervinientes. Este estudio definió la Cartera de Servicios (o prestaciones) de cada hospital. Finalmente, a partir de la Cartera de Servicios se definió el Programa de Superficies, que es el listado de espacios y dimensionado de cada una de las unidades funcionales. En este listado se contemplan las reglamentaciones sanitarias vigentes tanto a escala provincial como nacional y se evalúan, a nivel comparativo, los estándares internacionales existentes para cada área médica.

La complejidad de aspectos compendiados en estos programas delimita el margen de discrecionalidad de los arquitectos pero a la vez debería potenciar la imaginación posibilitando innovar acorde a la circunstancia histórico- social al momento de intervenir como proyectistas.

Partiendo de la relevancia que en salud implica un buen programa organizativo y de la relación ineludible en este y el espacio físico resultante pueden resultar ilustrativas algunas conclusiones del Trabajo Práctico Integrador realizado sobre el Nuevo Hospital Iturraspe. Luego de la visita realizada a la obra durante la ejecución de la estructura de hormigón y de conocer la decisión oficial de no proyectar totalmente el edificio antes de empezar a ejecutarlo se eligió el NHI para realizar el trabajo. Además del contenido teórico del curso tuvimos la posibilidad de acceder a material oficial que nos brindó la arquitecta Silvana Codina, en su doble rol de docente y funcionaria:

- Sistema de Salud Actual; Estadísticas hospitalarias; Descripción del modelo y de los efectores de salud existentes; Programación Funcional por áreas; Nuevo modelo hospitalario: Atención por cuidados Progresivos; Caracterización del Nuevo Hospital Iturraspe (NHI) Cartera de Servicios; Listado de Locales y Superficies, Plan funcional-espacial del Nuevo Hospital Iturraspe.
- Planos del NHI

Esencialmente para elaborar el trabajo nos limitamos a comparar la planimetría entregada con la documentación que se puso a nuestra disposición, la que complementamos con la Ley Provincial 9847 y el Programa Nacional de Garantía de calidad en atención médica. En el proceso realizamos una mirada general y profundizamos solo en algunos servicios.

#### Algunas conclusiones del trabajo:

1. A partir advertir que se previó un solo local de soporte para limpieza para abastecer todo el hospital, observamos las plantas en general y encontramos :
  - La falta de previsión respecto de la existencia de locales que proporcionen la apoyatura al trabajo del personal de servicio y/o enfermería y que permitan implementar normas de bioseguridad.
  - La falta de locales destinados a limpieza, lavado y desinfección de chatas, depósitos de ropa limpia y sucia y locales sépticos.
  - La faltan de locales para estancia de camilleros y mucamas.
  - La falta de locales de resorte para distribución de comidas
2. Luego se decidió particularizar en un servicio particular CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, comparándolo con los REQUERIMIENTOS MÍNIMOS SEGÚN:ART. 30.3 Y 28.7 DEL DECRETO 6030/91, la RESOL. 209/96 DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA el programa oficial.

La superficie proyecta total del servicio es de 105,0 m<sup>2</sup> y resulta menor a los 130 m<sup>2</sup> requeridos por ley, pero la diferencia es aún mayor respecto al programa oficial que prevé 300 m<sup>2</sup> aproximadamente.

Como conclusión del ítem podemos decir que para incorporar los 30m<sup>2</sup>, según normas, o los 195 m<sup>2</sup> más previstos en el programa oficial, supuesto netamente superador, se deberá ubicar el servicio en otro sector del Hospital. Ya que la modulación de la estructura portante, y los límites fijos determinados por los dos núcleos circulatorios verticales y el pasillo de circulación horizontal no permiten incorporar mayor superficie al servicio.

3. Para realizar una comparación entre lo Programado oficialmente y el proyecto resultante, se eligió un servicio en particular el SERVICIO DE ENDOSCOPIA, en el mismo se llegó a establecer que algunos ambientes no cubren los requerimientos programáticos, por ej. en superficie requerida, así también algunas áreas específicas previstas en la programación no se proyectaron.

Aquí en este ítem podemos concluir que en el servicio analizado no se reconoce la muy buena Cartera de Servicios planeada oficialmente para el mismo, así como tampoco se respetan las dimensiones Programadas para los distintos espacios.

Para el caso que se desee ampliar lo expuesto adjunto el trabajo de grupo al presente informe.