

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE INGENIERÍA Y CIENCIAS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA**



**“DISEÑO DE CLÍNICA POPULAR EN PUERTO LA CRUZ, MUNICIPIO
SOTILLO, ESTADO ANZOÁTEGUI, BAJO LA CLASIFICACIÓN DE
HOSPITAL TIPO I”**

**Autor:
HECYARYS MILAGROS MARTÍNEZ GARCÍA.**

**Trabajo de grado presentado ante la universidad de oriente como requisito
parcial para optar por el título de:**

ARQUITECTO

Puerto La Cruz, Julio de 2010.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE INGENIERÍA Y CIENCIAS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA



**“DISEÑO DE CLÍNICA POPULAR EN PUERTO LA CRUZ, MUNICIPIO
SOTILLO, ESTADO ANZOÁTEGUI, BAJO LA CLASIFICACIÓN DE
HOSPITAL TIPO I”**

Asesor

Arq. Luis Rodríguez
Asesor Académico

Puerto La Cruz, Julio de 2010.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE INGENIERÍA Y CIENCIAS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA



**“DISEÑO DE CLÍNICA POPULAR EN PUERTO LA CRUZ, MUNICIPIO
SOTILLO, ESTADO ANZOÁTEGUI, BAJO LA CLASIFICACIÓN DE
HOSPITAL TIPO I”**

Jurado:

El jurado hace constar que asignó a esta Tesis la calificación de:

Arq. Luis Rodríguez

Asesor Académico

Arq. Evelin Alfaro

Jurado Principal

Arq. Yesmin Morales

Jurado Principal

Puerto La Cruz, Julio De 2010.

RESOLUCIÓN

De acuerdo con el artículo 41 del reglamento de Trabajos de Grado: “Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Núcleo respectivo, quien lo participará al consejo universitario”.

RESUMEN

Se diseña una Clínica Popular para el Municipio Juan Antonio Sotillo, estado Anzoátegui, partiendo de la necesidad planteada por la Alcaldía del Municipio Sotillo con respecto al déficit de camas hospitalarias y especialidades médicas, presentes en la zona. Iniciando con la investigación en los entes gubernamentales competentes en materia de salud, en el Estado Anzoátegui como: Alcaldía del Municipio, Saludanz, Instituto Nacional de Estadísticas, MINFRA, entre otros, dando respuesta a la interrogante del déficit planteado, a través de estadísticas y normativas suministradas por estos organismos, así como, la visita a los principales centros de salud pública en Municipio Sotillo como lo son: El Hospital César Rodríguez de Guaraguao y la Clínica Popular de Nazaret. Una vez establecida la situación se llevo a cabo la segunda fase de investigación referente a la normativa a nivel nacional que regula los centros de salud pública en el país, así como la zonificación y ordenanza correspondiente al área de estudio, posteriormente con la aplicación de las bases conceptuales del diseño arquitectónico, se analizan las variables urbanas y ambientales que influirán en la propuesta. Obteniendo como planteamiento una edificación bajo el nombre de Clínica Popular, correspondiente a la clasificación de Hospital Tipo I, regida por la normativa correspondiente al entorno urbano donde se encontrará ubicada, así como cumpliendo los estatutos y normativas establecidas para edificaciones de salud a nivel nacional, con una capacidad de 20 camas hospitalarias, dando respuesta al déficit de camas planteado en el Municipio Sotillo.

DEDICATORIA

A mi Dios todopoderoso, por escucharme y cuidarme durante todo este tiempo, gracias señor por estar siempre conmigo.

A mis Padres, Yaritza García y Héctor Martínez, por brindarme su incondicional apoyo y sabiduría durante la carrera, para impulsar el cumplimiento de mis objetivos.

A la luz de mis ojos, mi sobrino José Vicente Guevara Martínez.

A mis Hermanas, Prismarys Martínez y Yaryhecdel Martínez, por apoyarme y acompañarme en los momentos difíciles de la carrera.

A mi Abuela, Prisca García, por su cariño y palabras de aliento brindados.

A mi Novio, Jorfrank Mena, por estar presente y apoyarme cuando más lo necesité.

Finalmente se lo dedico a mis abuelos, tíos, tías, primos y amigos, por estar siempre pendiente de mí.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme y darme la oportunidad de ver realizado este gran sueño, gracias por ayudarme Señor.

A mis padres y familiares, por apoyarme y brindarme el cariño y amor para alcanzar este sueño.

A la Universidad de Oriente y en especial al Departamento de Arquitectura, por brindarme la oportunidad de pertenecer al grupo de profesionales formados en esta institución.

A mis amigas Iraima Martínez, Marianny Velásquez, Dayana Velasquez, Marlin Malavé, Beatriz Reyes, Carmen Reyes, Julia López y Marisol Fernández, por el apoyo y amistad incondicional brindado durante la carrera.

A las personas que en el camino me apoyaron para concretar este sueño, Victoria de Yivirin, Luis Yivirin y Nubraska Mata, por el apoyo brindado al final de la carrera.

A los profesores, Luis Rodríguez, Evelin Alfaro, Yesmin Morales; Flor Pereira, Manaure Romero, Sorocaima Romero, Hernán Canela, Charlie Ramos y en especial al profesor Reinoso, Q:E:P:D, por haberme apoyado y darme la oportunidad de aprender de ustedes.

A todos mil gracias!

ÍNDICE GENERAL

RESOLUCIÓN.....	iv
RESUMEN.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLA.....	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xvi
CAPÍTULO I.....	19
EL PROBLEMA.....	19
1.1 Reforma del sistema nacional de salud pública.....	19
1.2 Perfil de salud nacional.....	21
1.2.1 Salud en el desarrollo humano.....	21
1.2.2. Sistemas y Servicios de Salud.....	22
1.2.3 Promoción de la salud y salud familiar.....	23
1.3. Planteamiento del problema.....	24
1.4. Objetivos de la investigación.....	25
1.4.1. Objetivo general.....	25
1.4.1 Objetivos específicos.....	25
CAPÍTULO II.....	26
MARCO TEÓRICO.....	26
2.1. Antecedentes de la investigación.....	26
2.2. Fundamentos teóricos.....	27
2.2.1 Clínica.....	27
2.2.2 Hospital.....	28
2.2.3 Antecedentes históricos.....	28
2.2.3.1 Pensamiento empírico.....	29

2.2.3.2 Pensamiento mágico	29
2.2.3.3 Pensamiento científico	30
2.2.3.4 Siglo XVII.....	31
2.2.3.5 Siglo XIX	32
2.2.3.6 Siglo XX	32
2.2.3.7 Período moderno	33
2.2.3.8 Período contemporáneo.....	36
2.2.4 Referentes arquitectónicos	36
2.2.4.1 Hospital de Clínicas Caracas.....	36
2.2.4.2 Hospital materno infantil Gregorio Marañón.....	42
2.2.4.3 Centro de Salud en Domaio	46
2.2.4.4. SaludSura industriales - IPS nivel 1. Medellín- Colombia	48
2.2.4.5. Hospital de Suba Nivel II. Colombia.	49
2.2.4.6. Instituto municipal de rehabilitación (IMRVL). Argentina.	49
2.2.4.7. Hospitales la Florida y Maipú. Santiago - Chile:.....	51
2.2.4.8. Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.....	52
2.2.5 Características Generales de la Prestación de Servicios de Salud en Venezuela.....	54
2.2.6 Sistema Nacional de Salud en Venezuela	56
2.2.6.1 Subsector Público.....	57
2.2.6.2 Subsector Privado	57
2.2.7 Clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector público de salud	57
2.2.7.1 Ambulatorios rurales y urbanos:	58
2.2.7.2 Hospitales.....	58
2.2.8 Niveles de atención	59
2.2.8.1 Primer nivel:.....	60
2.2.8.2 Segundo nivel.....	61

2.2.8.3 Tercer nivel:	61
2.2.9 Sistema de referencia	62
2.2.10 Estructura organizativa:	63
2.2.11 Instituciones	64
2.2.11.2 Instituto Venezolano de los Seguros Sociales IVSS	66
2.2.11.3 Instituto de Prevención Social del Ministerio de Educación IPASME:	67
2.2.11.4 Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional IPSA	68
2.2.11.5 Gobernaciones	68
2.2.11.6 Alcaldías	69
2.2.12 Sistema público nacional de salud	69
2.2.12.1 Características del sistema público nacional de salud	69
2.2.12.2 Funciones y atribuciones	70
2.2.13 Misión Barrio Adentro	71
2.2.14 Red de servicios de atención de salud	72
2.2.14.1 Red de atención primaria de salud	72
2.2.14.2 Red de atención secundaria de salud	73
2.2.14.3 Red de atención terciaria de salud	74
2.2.15 Redes de establecimientos del sistema público nacional de salud	75
2.2.15.1 La red municipal de salud	75
2.2.16 Acceso al sistema público nacional de salud:	75
2.2.17 Síntesis del Marco Jurídico en referencia al Sistema Nacional de Salud ..	76
2.2.17.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. ...	76
2.2.17.2 Ley orgánica de protección del niño y del adolescente	76
2.2.17.3 Ley que regula el sub sistema de salud	77
2.2.17.4 Ley orgánica de descentralización y transferencia de competencias del poder público (gaceta oficial n° 4.153 extraordinario de fecha 28 de diciembre de 1989).	77

2.2.17.5 Ley orgánica del sistema de seguridad social (losss), enero, 2003...	77
2.2.17.6 Ley orgánica de seguridad social integral.....	78
2.2.17.7 Ley orgánica de descentralización y transferencia de competencias del poder público.....	78
2.2.16.8 Decreto con rango y fuerza de ley que regula el subsistema de salud de la ley orgánica de seguridad social integral.....	78
2.2.17.9 Ley de medicamentos.....	78
2.2.17.10 Ley del ejercicio de la medicina, de 1982 y el código de deontología médica, de 1985:.....	79
2.2.17.11 Decreto presidencial que establece las normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub sector público.....	79
2.2.18 Elementos que integran un hospital.....	79
2.2.18.1 Departamento de servicios generales.....	80
2.2.18.2 Departamento de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	80
2.2.18.3 Departamento de servicios ambulatorios.....	80
2.2.18.4 Departamento de servicios de hospitalización.....	81
CAPÍTULO III.....	82
MARCO METODOLÓGICO.....	82
3.1. Consideraciones generales.....	82
3.2 Tipo de investigación.....	83
3.3 Diseño de la investigación.....	83
3.4 Población y Muestra.....	85
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	85
3.5.1 Técnicas de Recolección de Datos Secundarios.....	85
3.5.1.1 Investigación en organismos involucrados.....	85
3.5.1.2 Revisión bibliográfica.....	86
3.5.2 Técnicas de Recolección de Datos Primarios.....	86
3.5.2.1 Observación directa.....	86

CAPÍTULO IV	87
ANÁLISIS DE DATOS	87
CAPÍTULO V	93
FASE DESCRIPTIVA	93
5.1 Localización	93
5.1.1 Ubicación	93
5.2 Análisis de variables	94
5.2.1 Variables Físico-Ambientales	94
5.2.1.1 Clima	95
5.2.1.2 Temperatura	95
5.2.1.3 Precipitación.....	95
5.2.1.4 Vientos	97
5.2.1.5 Humedad	97
5.2.1.6 Insolación	98
5.2.1.7 Vegetación	99
5.2.2 Variables Urbanas	99
5.2.2.1 Zonificación	99
5.2.2.2 Vialidad Y Transporte.....	100
5.2.2.3Transporte	100
5.2.2.4 Análisis De Flujos	101
CAPÍTULO VI.....	102
DESARROLLO.....	102
6.1 Programación clínica popular del Municipio Sotillo	102
6.2 Esquema funcional	103
6.2.3 Servicios clínicos ambulatorios	109
6.2.3.1 Consulta externa.....	109
6.2.3.2 Servicios de apoyo	110
6.2.3.3 Servicios Quirúrgicos.....	116
6.2.3.4 Servicios de Hospitalización.....	125

6.2.3.5 Emergencia.....	127
6.2.3.6 Servicios de Área Docente	130
6.3 Programación arquitectónica.....	131
CAPÍTULO VII.....	143
MEMORIA DESCRIPTIVA.....	143
7.1 Nombre del proyecto.....	143
7.2 Ubicación	143
7.3 Lineamientos y criterios de diseño.....	143
7.3.1 Funcionales	143
7.3.2 Volumétricos	145
7.3.3 Espaciales.....	145
7.4 Descripción del proyecto.....	146
7.5 Distribución.....	147
7.5.1 Nivel PB.....	147
7.5.2 Nivel 1	148
7.5.3 Nivel 2.....	149
7.5.4 Nivel 3.....	149
7.5.5 Nivel 4.....	150
7.5.6 Nivel 5.....	150
7.5.7 Nivel 6.....	151
7.5.8 Nivel 7 y 8.....	152
7.6 Descripción de áreas	154
7.6.1 Área de servicios administrativos	154
7.6.2 Áreas de servicios generales:	155
7.6.3 Área de servicios de apoyo	157
7.6.4 Área de hospitalización.....	158
7.6.5 Área de consulta externa	158
7.6.6 Área de emergencia.....	158
7.6.7 Área de cirugía.....	158

7.7 Terreno	159
7.8 Accesos	159
7.9 Estructura	160
7.10 Cerramientos	160
7.11 Acabados y revestimientos.....	160
RECOMENDACIONES	161
BIBLIOGRAFÍA	162
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Planos de conjunto	¡Error! Marcador no definido.
Planos de arquitectura	¡Error! Marcador no definido.
Plano fachadas/corte.....	¡Error! Marcador no definido.
Fotos de la volumetría.....	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 4.1. Establecimientos de salud del Municipio Juan Antonio Sotillo	90
Tabla 4.2. I.V.S.S del municipio Juan Antonio Sotillo	91
José Antonio Sotillo	91
Tabla 5.1. Resumen de las condiciones de precipitación del año 2007	96
Tabla 6.1. Programación arquitectónica servicios administrativos, 1/2.....	131
Tabla 6.2. Programación arquitectónica servicios generales. 1/3.....	133
Tabla 6.3. Programación arquitectónica servicios de apoyo.....	137
Tabla 6.4. Programación arquitectónica servicios de hospitalización	140
Tabla 6.5. Programación Arquitectónica Emergencia	141
Tabla 6.6. Programación Arquitectónica Cirugía	142
Tabla 7.1. Nivel Planta Baja.	148
Tabla 7.2. Nivel 1.	149
Tabla 7.3. Nivel 2.	149
Tabla 7.4. Nivel 3.	150
Tabla 7.5. Nivel 4.	150
Tabla 7.6. Nivel 5.	151
Tabla 7.7. Nivel 6.	152
Tabla 7.8. Nivel 7.	152
Tabla 7.9. Nivel 8.	152
Tabla 7.10. Áreas Totales por Niveles.....	153
Tabla 7.11. Variables Urbanas.....	154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura, 2.1 Clínica Popular de Caricuao	26
Figura 2.2 Clínica Popular Nueva Esparta.....	27
Figura 2.3. Planta Esquemática Sótano 3, Hospital de Clínicas Caracas.....	38
Figura 2.4. Planta Esquemática Sótano 2, Hospital de Clínicas Caracas.....	38
Figura 2.5. Planta Esquemática Sótano 1, Hospital de Clínicas Caracas.....	38
Figura 2.6. Planta Esquemática Piso PB, Hospital de Clínicas Caracas	39
Figura 2.7. Planta Esquemática Piso 1, Hospital de Clínicas Caracas.....	39
Figura 2.8. Planta Esquemática Piso 2, Hospital de Clínicas Caracas.....	39
Figura 2.9. Planta Esquemática Piso 3,4 y 5, Hospital de Clínicas Caracas.....	40
Figura 2.10. Planta Esquemática Piso 6, Hospital de Clínicas Caracas.....	40
Figura 2.11. Planta Esquemática Piso 7, Hospital de Clínicas Caracas.....	40
Figura 2.12. Planta Esquemática Piso 8, Hospital de Clínicas Caracas.....	41
Figura 2.13. Planta Esquemática Piso 9, Hospital de Clínicas Caracas.....	41
Figura 2.14. Planta Esquemática Piso 10, Hospital de Clínicas Caracas.....	41
Figura 2.15. Hospital de Clínicas Caracas.	42
Figura 2.16. Hospital materno infantil Gregorio Marañón.	43
Figura 2.17. Localización hospital materno infantil	44
Figura 2.18. Edificio del hospital materno infantil	44
Figura 2.19. Plantas Compartidas entre el hospital infantil y la maternidad.	45
Figura 2.20. Plantas específicas de maternidad.	45
Figura 2.21. Plantas específicas del hospital infantil.	46
Figura 2.22. Centro de salud en Domaio.....	46
Figura 2.23. Fachadas del edificio, centro de salud en Domaio.	47
Figura 2.24. Centro de salud en Domaio.....	47
Figura 2.25. Material de fachada, centro de salud en Domaio.....	48
Figura 2.26. SaludSura Industriales	49

Figura 2.27. Hospital de Suba Nivel II	49
Figura 2.28. Instituto Municipal de Rehabilitación (IMRVL)	50
Figura 2.29. Hospital La Florida.	52
Figura 2.30. Hospital Maipú.	52
Figura 2.31. Hospital cardiológico infantil latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa	54
Figura 2.32. Pirámide de atención médica.	55
Figura 2.33. Representación de los niveles de atención médica	62
Figura 2.34. Sistema de referencia entre establecimientos de salud.	63
Figura 4.1. Fachadas clínica popular Jesús de Nazaret	87
Figura 4.2. Clínica popular Jesús de Nazaret	88
Figura 4.3. Fachadas hospital César Rodríguez de Guaraguao.....	88
Figura 5.1. Ubicación del área de estudio	93
Figura 5.2. Referencias Ubicación Terreno	94
Figura 5.3 Precipitaciones año 2007.	96
Figura 5.4. Humedad Relativa 2003	98
Figura 6.1 Esquema funcional clínica popular del Municipio Sotillo	103
Figura 6.2. Esquema de relaciones funcionales servicios	104
Figura 6.3. Esquema de relaciones funcionales dirección general.....	104
Figura 6.4. Esquema de relaciones funcionales administración.	105
Figura 6.5. Esquema de relaciones funcionales historias médicas.....	105
Figura 6.6. Esquema de relaciones funcionales (admisión y altas, estadísticas, epidemiología, sala de espera general.....	106
Figura 6.7. Esquema de relaciones funcionales servicios generales.	106
Figura 6.8. Esquema de relaciones funcionales área de esterilización.	107
Figura 6.9. Esquema de relaciones funcionales área de lavado.	107
Figura 6.10. Esquema de relaciones funcionales área de cocina	108
Figura 6.11. Esquema de relaciones funcionales comedor y área de descanso.	108
Figura 6.12. Esquema de relaciones funcionales taller de mantenimiento.	109

Figura 6.13. Modelo de consultorio.....	110
Figura 6.14. Esquema de relaciones funcionales laboratorio.....	111
Figura 6.15. Estudios de radiología	112
Figura 6.16. Modelo Consultorio Imaginología.....	113
Figura 6.17. Modelo de Consultorio Imaginología.....	113
Figura 6.18. Esquema de relaciones funcionales anatomía patológica.....	114
Figura 6.19. Esquema de relaciones funcionales fisioterapia y rehabilitación.	114
Figura 6.20. Esquema de relaciones funcionales banco de sangre.	115
Figura 6.21. Esquema de relaciones funcionales farmacia.	115
Figura 6.22. Esquema de relaciones funcionales área de diálisis.	116
Figura 6.23. Área de Quirófano.	117
Figura 6.24. Esquema de ingreso y egreso del paciente al área quirúrgica	119
Figura 6.25. Ingreso del personal a quirófano.....	120
Figura 6.26. Ingreso del paciente a quirófano.....	120
Figura 6.27. Sala Gineco- Obstétrica.	121
Figura 6.28. Ciclo del paciente en obstetricia.....	122
Figura 6.29. Ingreso del Paciente a la Sala de Parto.	123
Figura 6.30. Cirugía Maxilo- Facial.....	1
Figura 6.31. Esquema de movimiento de pacientes en el servicio de emergencia. ..	127
Figura 6.32. Relaciones funcionales del Área Docente con otras Áreas	130

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Reforma del sistema nacional de salud pública

A partir de la aprobación del marco constitucional en el año 1999, Venezuela empieza a experimentar una serie de cambios y transformaciones en diferentes sectores, entre ellos el sector salud, lo que plantea una reorientación de la política sanitaria a nivel nacional, a raíz de la nueva definición de salud como “derecho social fundamental” y como parte del “derecho a la vida”, lo que impone una garantía del derecho que debe ser asumida por el Estado venezolano, a través de la construcción y consolidación de un Sistema Público Nacional de Salud, que se caracteriza por un modelo de gestión y de atención de carácter participativo, descentralizado e intersectorial, teniendo como plataforma la atención primaria de salud.

El Estado, al convertirse en garante de la salud pública, desarrolla conjuntamente con la sociedad una serie de acciones colectivas para proteger y mejorar la salud de los individuos, trascendiendo las intervenciones comunitarias o de base poblacional, que influye “la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad”, abarcando otras acciones que van más allá de las propias tareas del Estado. Sin embargo, éste cumple una función indelegable en la entrega directa de elevar el nivel de salud y calidad de vida de la población en un territorio específico, respondiendo a sus necesidades sociales fundamentales, lo que constituye un rol esencial en materia de salud, y crea un nuevo orden del papel del Estado en el campo de la salud pública.

Los aspectos mencionados, configuran la visión de un nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en un contexto de gestión que precise las funciones,

atribuciones y responsabilidades de los diferentes niveles, estableciendo para los mismos las competencias orgánicas y funcionales y propiciando el establecimiento de mecanismos de relación entre los diferentes gestores, de igual manera, se requiere profundizar la descentralización de la gestión, incorporando a todos los actores relevantes responsables de la gestión en salud, canalizando de esta manera el potencial de participación interna y del personal de salud, de la comunidad organizada, en los procesos decisorios y comprometiéndolos directamente con el cumplimiento de la política y los planes sectoriales y territoriales; asegurando de esta manera la gestión compartida con las organizaciones sociales y las comunidades organizadas, en sus diferentes niveles.

Para ello, se hace necesario la redefinición de la estructura de las redes de establecimientos, tomando en consideración criterios territoriales, funcionales, epidemiológicos, que fortalezcan la racionalidad en el uso de los recursos, la interacción clara y efectiva de sus entidades gestoras en las Direcciones Regionales del Sistema Público Nacional de Salud (DRSPNS) y las Direcciones Municipales del Sistema Público Nacional de Salud (DMSPNS), generando un modelo de atención que utilice la capacidad resolutiva diferenciada de los establecimientos de salud.

Esto implica priorizar la salud como un derecho, profundizar la participación protagónica, vinculante y responsable de los ciudadanos y de la comunidad organizada, el control social en la administración de los bienes públicos en salud, en los procesos de toma de decisiones, propiciando un contacto más estrecho y fluido en las actividades de promoción y prevención en salud y de apoyo a la ejecución de los planes nacionales, regionales, municipales y locales de salud.

1.2 Perfil de salud nacional

1.2.1 Salud en el desarrollo humano.

La promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela - CRBV- en 1999, plantea al país la necesidad de adelantar un proceso de adecuación legislativa, institucional y de establecer nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios.

La CRBV, establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará. Con este propósito, en el Artículo 84 se ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratificación, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad. En el Artículo 85 se dice que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado. Finalmente el Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias. El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización.

En 1999 se fusiona el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el cual es el órgano rector del sector salud. Tiene a su cargo la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de

salud y desarrollo social; la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud; la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos; y la promoción de la participación ciudadana. El MSDS se ha planteado como prioridad la reestructuración del nivel central, la aplicación de un modelo de atención integral a la población y la creación de un sistema público nacional de salud. Al mismo tiempo, se busca trascender la parte médica de la salud orientando las acciones en el ámbito nacional hacia el desarrollo social.

El Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (2000-2006) pretende garantizar la atención integral a la población, en particular a los grupos vulnerables en situación de riesgo, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad prevalente, y garantizar el funcionamiento eficiente, efectivo, eficaz, equitativo y solidario del sistema de servicios de salud y desarrollo social.

1.2.2. Sistemas y Servicios de Salud

En 1990 se inicia el proceso de descentralización de los servicios de salud del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a los estados. Hasta la fecha se han descentralizado 17 entidades federales, restando los estados: Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Amazonas, Delta Amacuro y Vargas. El sistema de servicios de salud se caracteriza por una organización fragmentada y de funcionamiento muy complejo, integrado por los subsectores públicos y privados y conformado por múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), gobernaciones de estado, alcaldías y sector privado asegurador y prestador con y sin fines de lucro. La CRBV y la Ley Orgánica

de Salud establecen instancias de coordinación intergubernamental que facilitaran la construcción del sistema político de salud.

1.2.3 Promoción de la salud y salud familiar

Por primera vez en el país la Constitución Nacional establece las bases jurídicas para la Promoción de la Salud. Esto ha permitido la formulación de una serie de instrumentos legales, como el Proyecto de Ley sobre Participación Comunitaria y la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente. En la nueva estructura del MSDS, la promoción de la salud y el desarrollo social constituyen un eje prioritario que atraviesa todas las acciones y su operación se realiza en la ejecución del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización, desconcentración y la participación social, la cual es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones, gobierno y sociedad mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad. La participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado tiene como centro de acción al individuo, y se oriente a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible con un ejercicio democrático amplio y profundo y una sociedad civil organizada y participativa. Para hacer efectiva la promoción de la salud se requiere integrarla a los componentes de la atención en este marco conceptual y metodológico definido por el MSDS, asegurando una estructura operativa que contemple, entre otros elementos la formación del capital humano, coordinación intrasectorial e intergubernamental, así como la definición de indicadores de proceso, de resultados e impacto que permitan monitorear y evaluar la gestión.

1.3. Planteamiento del problema

Actualmente el Estado Anzoátegui, específicamente el Municipio Sotillo presenta una población de 206.957 habitantes, para la cual cuenta como establecimientos del subsector público de salud con once (11) Ambulatorios Urbanos, ocho (8) Ambulatorios Rurales, el Hospital César Rodríguez de Guaraguao y la Clínica Jesús de Nazaret, según Gaceta Oficial N° 32.650, del 21 de Enero de 1983, para un área de influencia hasta de cuatrocientos mil habitantes debe existir una capacidad de trescientas (300) camas hospitalarias.

La red de servicios de atención de salud pública de la zona solo cuenta con ciento noventa (190) camas hospitalarias que ofrece el Hospital César Rodríguez de Guaraguao las cuales no cubren la demanda que presenta el sector. Asimismo la Clínica Jesús de Nazaret solo presta el servicio de camas de observación y maternidad al no contar con la capacidad para albergar pacientes que requieran hospitalización prolongada según sea el caso o enfermedad que presenten. Debido a la respuesta deficiente en cuanto a hospitalización que presenta el Municipio Sotillo se hace necesario complementar el segundo nivel de atención de salud pública en el mismo a través de la figura de clínica popular, bajo la clasificación de Hospital Tipo I.

Para llevar a cabo este proyecto la Alcaldía del Municipio Juan Antonio Sotillo en el Departamento de Ingeniería Municipal, conjuntamente con el Consejo Local de Planificación de este Municipio, contempla su desarrollo en un terreno ubicado entre las calles Guamache y Guaraguao de dicho Municipio con un área de 3300 m² asignado bajo la zonificación R6-CC.

La investigación se registrará por los datos obtenidos del estudio aplicado a la zona de Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, suministrados por las autoridades competentes como: Alcaldía del Municipio, Saludanz, Instituto Nacional

de Estadísticas, MINFRA, entre otros. Con la finalidad de delimitar el área de influencia en la zona, contemplando la normativa correspondiente al sector establecida por la ordenanza de zonificación del Municipio Sotillo y establecer los lineamientos de diseño correspondiente al uso asistencial. El alcance de esta investigación será de tipo comunitario por presentarse como una propuesta en mejora de la situación actual de la comunidad existente en Puerto La Cruz.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Diseñar una Clínica Popular en la ciudad de Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, bajo la clasificación de Hospital Tipo I, correspondiente al segundo nivel de atención de salud.

1.4.1 Objetivos específicos

1. Considerar los lineamientos de diseño de acuerdo a la situación actual del Municipio Sotillo con respecto al área asistencial.
2. Establecer la fusión entre tradición e innovación con respecto al diseño de instalaciones asistenciales en la zona.
3. Reforzar la red de atención de salud pública del Municipio Sotillo con respecto al segundo nivel de atención.
4. Disminuir el déficit de camas hospitalarias en el sector de salud pública del Municipio Sotillo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En el año 2004, en la Parroquia de Caricuao fue inaugurada la primera de las Clínicas Populares. La Clínica Popular de Caricuao, conforma la red secundaria de atención de salud, ubicada en la UD 5, posee 30 camas de las cuales están 5 en pediatría, 11 en el área de medicina interna y 14 camas en el área de cirugía. (Figura, n° 1)



Figura, 2.1 Clínica Popular de Caricuao

En el año 2004 la Alcaldía del Municipio Sotillo inauguró la Clínica Popular Jesús de Nazaret ubicada en el sector Guanire de Puerto la Cruz, Estado Anzoátegui. Comprende maternidad, cirugía, odontología y medicina general, además de emergencia permanente. La clínica ofrece quirófanos, dos salas de partos, camas de observación y maternidad.

Por último, en el año 2004 en el Estado atención especializada a una población estimada de de 70 mil habitantes. Tiene una capacidad de cuatro Nueva Esparta, la Gobernación de esa entidad, inauguró la Clínica Popular Nueva Esparta, la segunda de este tipo en el Estado y la primera en la Ciudad de Porlamar. Estas instalaciones funcionaban en el pasado como centro de salud privado desde 1984. Esta clínica refuerza el sistema secundario de la red de salud y al mismo tiempo ofrece sesenta (60) camas hospitalarias, tres (3) quirófanos y un área de emergencia.



Figura 2.2 Clínica Popular Nueva Esparta

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1 Clínica

Una clínica es todo establecimiento diseñado, organizado y dotado para prestar atención médica, sanitaria integral e ininterrumpida; actividades paramédicas, a través

de profesionales afines a la medicina, a pacientes internados y ambulatorios por medio de consultorios (Norma COVENIN 2339)

2.2.2 Hospital

Proviene del latín hospes, huésped. Un hospital es todo establecimiento público o privado donde se efectúan los cuidados médicos y quirúrgicos, así como los alumbramientos.

Los hospitales se sitúan dentro de las edificaciones más complejas en cuanto a diseño y construcción, debido a los avances de la tecnología médica. El problema principal del diseño es la organización funcional de la estructura y los espacios horizontales y verticales llamados service bays, destinado a las instalaciones y las redes de telecomunicaciones y cómputo.

La edificación requiere un grupo de especialistas de la arquitectura, ingeniería, medicina, telecomunicaciones, quienes realizaran el estudio del programa, el espacio, las instalaciones, equipo médico, de cómputo y mobiliario. El equipamiento sanitario de un país moderno es complejo y comprende funciones y establecimientos diferentes determinados por el tipo de medicina (pública o privada) que ofrece (Plazola 1997)

2.2.3 Antecedentes históricos

Los primeros hospitales eran un simple refugio de viajeros. El factor principal para la fundación y mantenimiento de los hospitales en las diferentes épocas históricas fue la veneración de los antiguos a sus dioses. La medicina ha pasado por tres fases hasta su término arquitectónico que son: pensamiento empírico, mágico y científico. (Plazola 1997)

2.2.3.1 Pensamiento empírico

En un principio, los grupos humanos ya evolucionados, aún en su papel de nómadas, iniciaron una primera fase de medicina tipo empírica, determinando cuales elementos vegetales, animales o minerales le proporcionan beneficio para recuperar las funciones vitales diarias que requerían para sus actividades primarias, como cazar, desplazarse, reproducirse y comer, En este período no se contó con una zona específica en la cual se proporcionaran dichos elementos, sino que los adquirían según se cruzaban por sus vías de tránsito. De esos grupos humanos surgieron aquellos que por su capacidad percepción y raciocinio iniciaron la recolección de esos elementos que proporcionaban beneficios a la colectividad con lo que nació el prototipo del médico actual, desempeñando su función en áreas establecida por él en el medio natural, y obteniendo ciertos beneficios de un trueque, en el cual proporcionaría los elementos curativos a cambio de productos alimenticios. (Plazola 1997)

2.2.3.2 Pensamiento mágico

En esta etapa se aprecia un beneficio para aquel que tenía un mayor número de resultados acertados en la comunidad en la que se desarrollaba, por lo que es posible considerar que la medicina fue una de las primeras actividades, actualmente catalogadas como profesionales, que surgió dado que hasta tiempos remotos los conocimientos se transmitían de padres a hijos, actuando como profesores. La construcción de sus viviendas las realizaban en conjunto, actuando como arquitectos, todos los pertenecientes a un grupo sedentario. Fue en esta etapa en la cual se considera que nacieron los primeros locales específicos para encontrar la guía que permitiría recuperar la salud, pues es posible que en ocasiones las actividades desarrolladas por éste se realizaban fuera de su zona habitacional.

Conforme evolucionó el pensamiento humano se fueron creando nuevos elementos naturales y ficticios que darían explicación a todas las actividades diarias del hombre. Crearon un grupo de dioses a los cuales demostrar agradecimiento por los favores o por no haberlos dañado. Es en este momento en el cual se fusionan dos áreas importantes de las profesiones actuales que serían la arquitectura y la medicina, por lo que no es extraño que aquellos que desempeñaron las funciones de guía impusieran la edificación de zonas específicas para el culto de sus dioses a donde acudirían los que padecían algún tipo de inconformidad en cuanto a los pensamientos culturales y religiosos que imperarían en esa época, región y estado de gobierno. (Plazola 1997)

2.2.3.3 Pensamiento científico

Dentro de las actividades médicas se puede decir que esta etapa comienza a partir del surgimiento de los primeros inventos que permitieron al hombre observar los microorganismos causantes de las enfermedades que diezmaron a los grupos humanos épocas de guerra y hacinamientos. Esta época se inicia en el siglo XVII con Antonio Van Leeuwenhoek (inventor del microscopio 1632-1723), no obstante el desarrollo de los primeros “centros de salud” y precursores de hospitales van de la mano con el avance médico. Es factible considerar los centros naturales donde agrupaban a los leprosos como los cimientos de los “pabellones de especialidades”, en este caso “infectología”, o los lugares donde encerraban a los “poseídos por demonios” quienes presentaban cuadros clínicos ahora clasificados como epilépticos (los prototipos de neurología).

La clasificación en tres etapas del desarrollo médico no esta establecida en realidad por épocas dado que el inicio de una de ellas no condicionó la desaparición de la precedente, por lo que aún en la actualidad se puede observar el

desenvolvimiento de personas y centros para tratar problemas desde el punto de vista empírico, mágico y científico. (Plazola 1997)

2.2.3.4 Siglo XVII

En el siglo XVII se construyeron grandes establecimientos como la Salpetre, Bicetre, Los Inválidos y Chelsea, debido al problema de la pobreza y la mendicidad, por lo que los gobiernos confirieron un carácter político a la Asistencia.

Al final del siglo XVII, el tipo arquitectónico de los hospitales se especializó, los hospitales no se siguieron construyendo como templos, sino que se reconocían por su forma especial, en cruz, en T, L o U y demás combinaciones que surgieran de estos esquemas.

El urbanismo sanitario dependió además de las condiciones técnicas, de la estructura administrativa y esto se pudo observar entre Londres y París. La mayoría de los hospitales en Londres, son fundaciones privadas que se establecieron en la orilla del Río Támesis. En París, ciudad que surgió al norte del río antes del siglo XIX, se construyeron se construyeron nuevos establecimientos y el resultado fue una gran concentración de hospitales. La diferencia entre la estructura administrativas de los hospitales londinenses y los parisinos acarrió soluciones urbanísticas radicalmente opuestas. Esta cruzada continuó en el siglo XIX pero con la población en aumento y la mendicidad en disminución, los hospitales para enfermos siguieron la funcionalidad de los hospicios para asociados donde éstos últimos se convirtieron en instituciones para enfermos. (Plazola 1997)

2.2.3.5 Siglo XIX

En el siglo XIX se construyeron grandes hospitales psiquiátricos de 250 y hasta de 400 camas como máximo. A partir de esta tendencia se formó una ciudad hospitalaria, es decir, la unión de todo en un solo lugar. Los arquitectos influyeron e impulsaron su evolución. El hospital, durante el siglo, fue el primer edificio en utilizar la luz eléctrica, el ascensor y los sistemas mecánicos de ventilación. (Plazola 1997)

2.2.3.6 Siglo XX

Al comenzar el siglo XX, fue necesaria la ampliación de hospitales en Francia y se resolvió con la construcción de conjuntos importantes fuera de la ciudad como el Hospital Eduard Herriot en Lyon y el Purgan en Toulouse.

Durante la época racionalista se perfeccionó la construcción de los hospitales. En 1910 se abandonó el sistema de pabellones y se optó por concentrar los edificios hospitalarios en bloques para disminuir recorridos, ahorrar en calefacción, alumbrado y servicios de limpieza.

Los edificios con terrazas en Europa Central se convirtieron en la opción que mejor aprovechaba el sol para los afectados de tuberculosis. Este concepto de pabellones en terraza inicialmente fue ideado por Tony Garnier en su Cité Industrielle (1901-1917) y el hospital de la Grange Blanche de Lyon (1910-1923). El primer ejemplo de sanatorio basado en esa idea lo construyó Richard Döcker en Waiblingen (1926), por otro lado, Marcel Breuer proyectó un modelo gigantesco en 1929. (Plazola 1997)

2.2.3.7 Período moderno

Con el mito de la helioterapia culminaron épocas obsesionadas por la higiene y por la erradicación de los males de la ciudad industrial. En 1910 debido al avance de la ciencia ya se había conferido a los médicos la hegemonía en la sanidad. El primer ejemplo de la materialización racionalista fue el sanatorio Zonnestraal de Johannes Duiker y Bernard Bijvoet en Hilversum (1926-1928); fue promovido por el movimiento obrero Holandés. Estaba destinado a curar la tuberculosis e intentaba concentrar en su interior el máximo de rayos de sol, luz y aire. El conjunto consta de un edificio principal con las instalaciones colectivas, dos pabellones para enfermos, articulando todo ello con una sala de conversaciones. La estructura es de concreto armado, voladizos, fachadas totalmente de vidrio con manguetería metálica delgada y de aspecto ligero. Su forma geométrica se integra al bosque que lo rodea.

El sanatorio Palmo Alvar Aalto en Paimo, Finlandia (1928-1933) es el manifiesto de un nuevo humanismo en la arquitectura. El diseño se mantiene desde la articulación general de los bosques altos hasta los menores detalles de diseño. Considera que el hombre descansa en posición horizontal. El edificio cuida la iluminación y sobresalen las terrazas balcón y las fachadas están orientadas al sol. Ambos ejemplos son importantes por la nueva tendencia de trasladar los hospitales hacia las zonas rurales en desarrollo.

Otros ejemplos son los pequeños hospitales urbanos como el Dispensario Antituberculoso de Barcelona de Joseph Lluís Sert, Joseph Torres Clavé y Joan Baptista Subirana (1933-1937) y del Centro de Salud Finsbury de Berthold Lubetkin y el grupo Tecton, Londres (1938).

El proyecto de Paúl Nelson para el concurso de la ciudad hospitalaria de Cille, Francia (1931), marca el momento piensa de la medicina en términos completamente

modernos. Aparece el hospital como una parte sustancial de la ciudad unido a sus transportes con una articulación exacta y vertical cuyas partes están diseñadas de acuerdo a su función. Consta de planta de servicios, edificio de enfermería, alas para clínicas de diagnóstico y docencia universitario con los quirófanos.

La medicina se encarga de solicitar la tipología de los hospitales a los arquitectos, quienes tratan de aplicar a sus edificios utilitarios o suntuosos, neogóticos o eclécticos las novedades de la ingeniería. A mediados de los años sesenta, la tipología hospitalaria estaba dominada por el hospital vertical. Su desarrollo se debió a la tendencia de la centralización y mejor aprovechamiento de los servicios centrales de diagnóstico y de tratamiento producido sobre todo por el desarrollo de la radiología, de las técnicas de análisis clínicos y de la cirugía.

El hospital vertical tendía a concentra la zona de encamados en la torre mas alta y aprovechaba los edificios horizontales para los servicios centrales y generales. Es el llamado edificio torre-basamento. Al final de la década de los sesenta se transformaron los parámetros que definían la situación de los hospitales. La demanda de estos se generalizó debido al avance de la tecnología médica que rebasada las instalaciones de las construcciones existentes. Se realizaron adaptaciones y ampliaciones que no siguieron un modelo integral.

Lo que había sido una estructura sencilla se transformó en un complejo de áreas especializadas. Apareció el usuario externo, el paciente ambulatorio que creció continuamente hasta acabar con la bipolaridad exclusiva entre hospitalización y las áreas asistenciales. El predominio del hospital vertical se transformó en una nueva estructura que se concibió para cumplir con demandas de crecimiento y movilidad interna. Los diseños hospitalarios de esta época se agrupan en dos líneas fundamentales: una es la que mantiene el tipo de basamento y torre. Se dispone una estructura primaria baja extensa que responda tanto a las exigencias concretas del

programa, también esquemas y previsiones generales de crecimiento y movilidad para agregar torres de hospitalización en el punto más conveniente.

La segunda propuesta no establece diferencias entre la posición de las áreas de hospitalización y el resto de las áreas del conjunto, las cuales se consideran como elementos por separado para ser manejables. Siguiendo este concepto, se han producido interesantes ejemplos como la organización funcional del edificio sobre un eje principal, el cual ordena al conjunto formado por bloques diferenciados que se unen a la circulación general.

El segundo tipo propone organización aún más radical, como el edificio rompecabezas. Tal es el caso del hospital de Huddinge en Estocolmo de los años sesenta en la socialdemócrata Suecia, el cual sería el nuevo modelo de hospital. El hospital contenedor encontró su primera y más clara proposición en un ejemplo inglés: el Saint Thomas Hospital de Londres. La segunda fase fue desarrollada por Yorke Rosenberg Maradi (1976). Está formado por dos bloques contenedores prismáticos, uno de ellos alberga las áreas de hospitalización y los servicios generales y administrativos y la parte hotelera. El otro contiene los dispositivos médicos.

Cada uno de ellos define su forma, modulación, disposición, disposición de estructura sustentable, su organización de instalaciones, para la cual utiliza un progresivo complejo para sus sistemas. En la actualidad, los hospitales se han ubicado en un complicado escalafón de complejidad edificatoria debido a la estructura médica actual. (Plazola 1997)

2.2.3.8 Período contemporáneo

A fines de este siglo XX, el hospital francés George Pompidou abrirá sus puertas, sustituirá a cuatro hospitales antiguos: Laennec, Boucicaut, Broussais y Saint Lazare. Estará dotado con equipos de intervención y comunicación avanzados, como el telediagnóstico, lo que proporcionará acercamiento a la Agrupación Europea de Interés Económico y con la Sociedad Europea de Telemedicina. En la estructura de funcionamiento el uso de archivos sobre disco óptico digital se usará para almacenar información. Será el primer hospital que integre el sistema voz-datos-imágenes en su red. Contará con 791 camas para hospitalización, de las cuales 687 serán para larga estancia (hospitalización). (Plazola 1997)

2.2.4 Referentes arquitectónicos

Con respecto a la tipología de los centros asistenciales, se debe respetar la imagen institucional característica de los mismos, sin dejar a un lado la búsqueda de arquitectura y diseño innovador tanto a nivel funcional como formal y espacial. A continuación algunos referentes de arquitectura en centros asistenciales tanto Nacional como Internacionalmente.

2.2.4.1 Hospital de Clínicas Caracas

El HCC, emblema y símbolo de prestación de salud en nuestro país, es una Institución compleja debido a las características del servicio que presta a la comunidad.

- 38.542 metros cuadrados de construcción.
- 10 pisos y 4 sótanos.
- 147 consultorios.

- Capacidad para más de 180 camas, con una configuración actual de 166.
- Biblioteca médica.
- Auditórium para 250 personas.
- Templo multiconfesional.
- Cafetería y Fuente de Soda para atender a 1.400 personas diariamente.
- Estacionamiento para 1.500 vehículos.
- Locales comerciales.

Departamentos Médicos

- Medicina Interna.
- Cirugía.
- Gineco-obstetricia.
- Pediatría.
- Servicios Institucionales.
- Anatomía Patológica.
- Anestesiología.
- Banco de Sangre.
- Cardiología.
- Enfermedades Respiratorias.
- Exploraciones Digestivas.
- Fertilidad y Reproducción Humana.
- Hemodiálisis.
- Laboratorio General.
- Laboratorio de Bacteriología.
- Medicina Física y de Rehabilitación.
- Área Quirúrgica.
- Área Oncológica.
- Unidades de Apoyo Hospitalario.

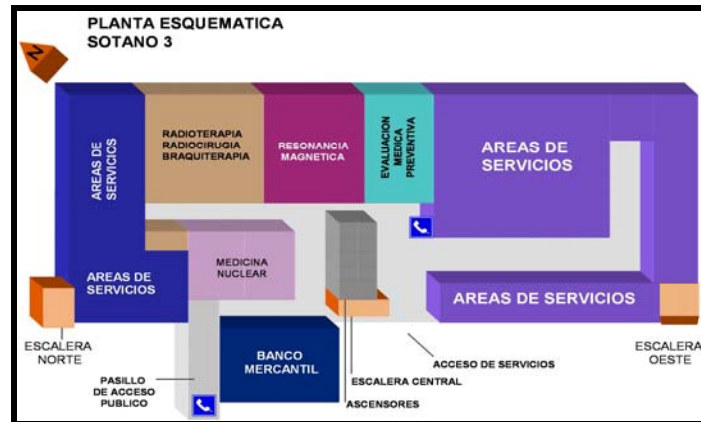


Figura 2.3. Planta Esquemática Sótano 3, Hospital de Clínicas Caracas

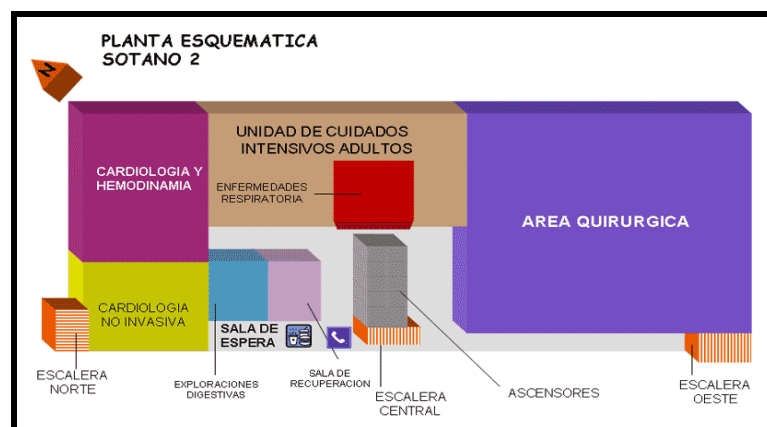


Figura 2.4. Planta Esquemática Sótano 2, Hospital de Clínicas Caracas

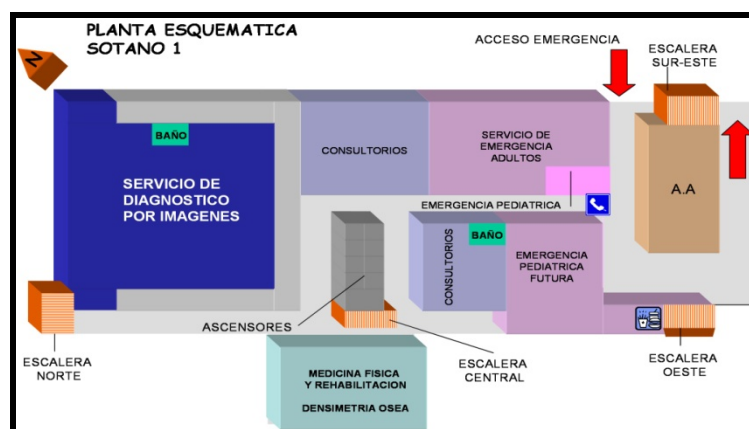


Figura 2.5. Planta Esquemática Sótano 1, Hospital de Clínicas Caracas

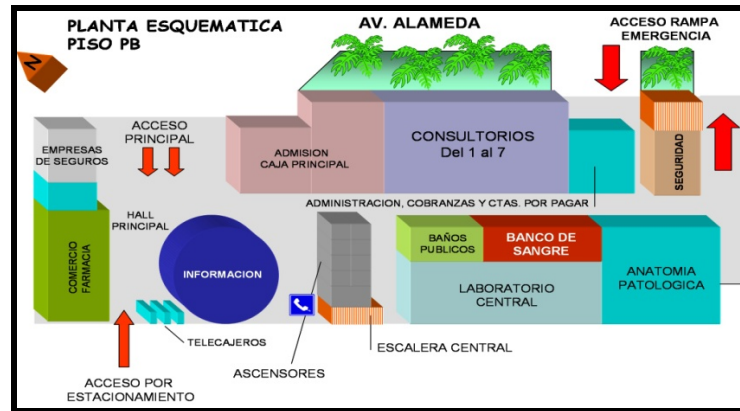


Figura 2.6. Planta Esquemática Piso PB, Hospital de Clínicas Caracas

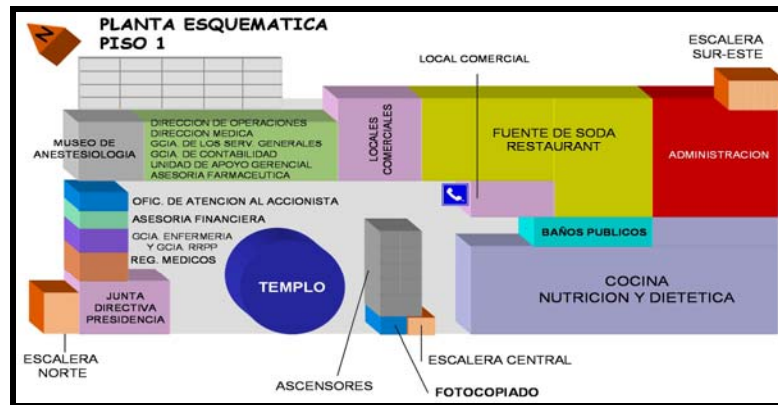


Figura 2.7. Planta Esquemática Piso 1, Hospital de Clínicas Caracas

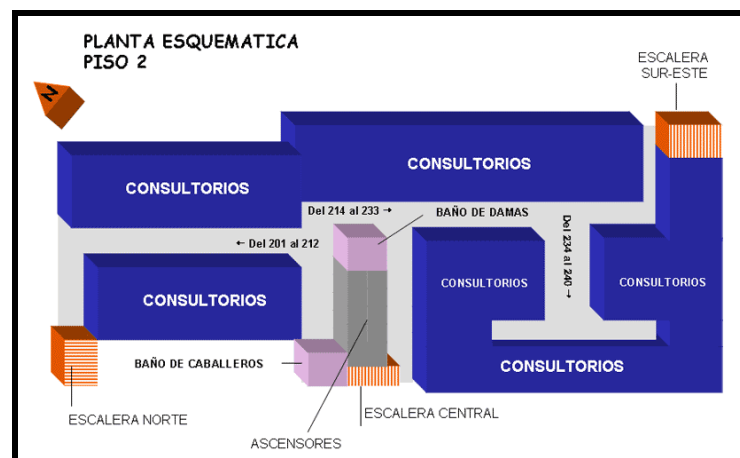


Figura 2.8. Planta Esquemática Piso 2, Hospital de Clínicas Caracas

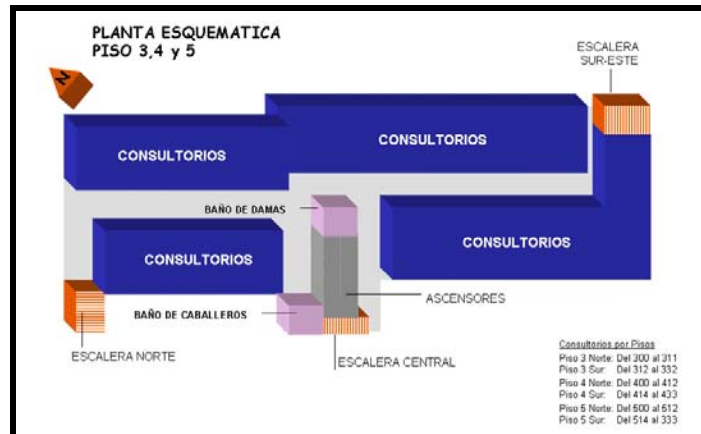


Figura 2.9. Planta Esquemática Piso 3,4 y 5, Hospital de Clínicas Caracas

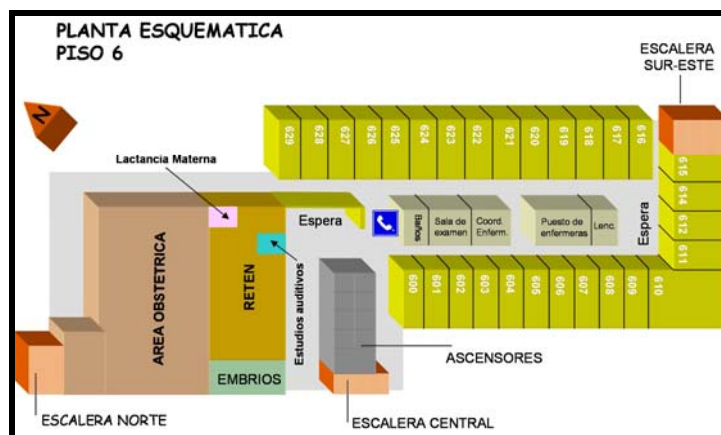


Figura 2.10. Planta Esquemática Piso 6, Hospital de Clínicas Caracas



Figura 2.11. Planta Esquemática Piso 7, Hospital de Clínicas Caracas

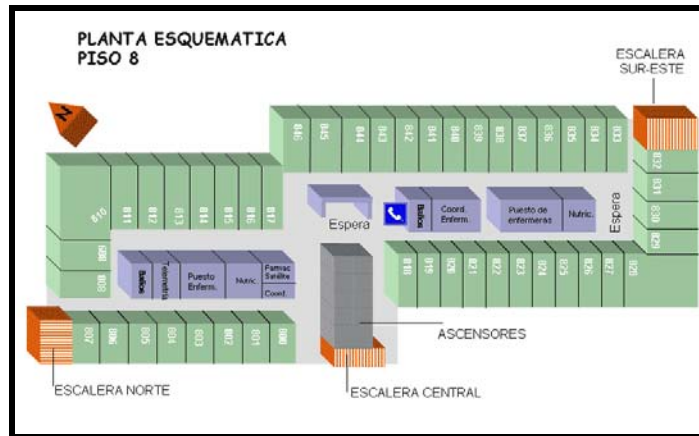


Figura 2.12. Planta Esquemática Piso 8, Hospital de Clínicas Caracas

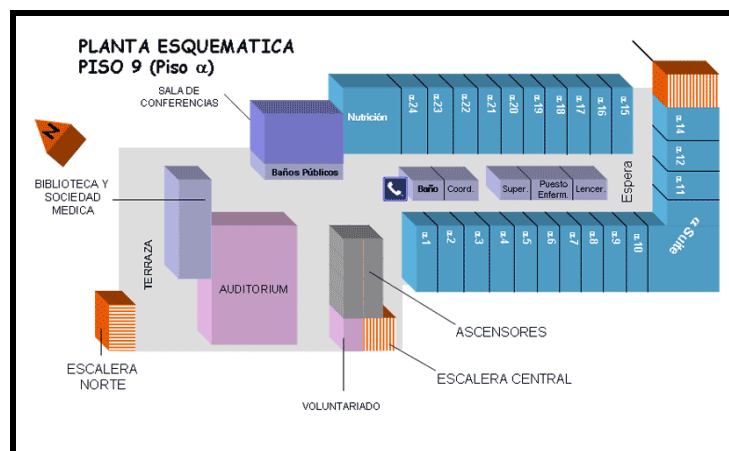


Figura 2.13. Planta Esquemática Piso 9, Hospital de Clínicas Caracas

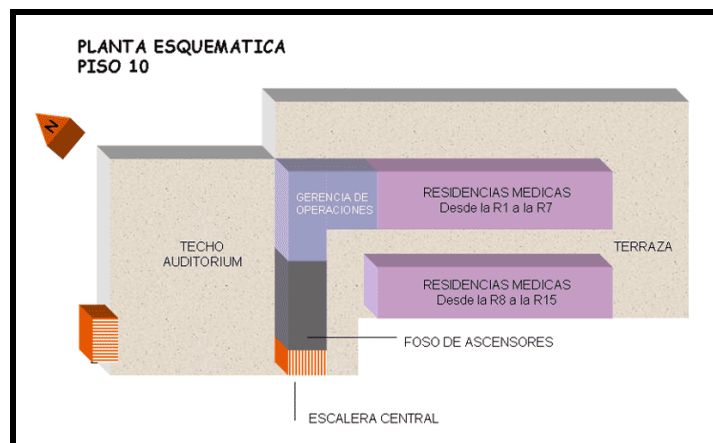


Figura 2.14. Planta Esquemática Piso 10, Hospital de Clínicas Caracas

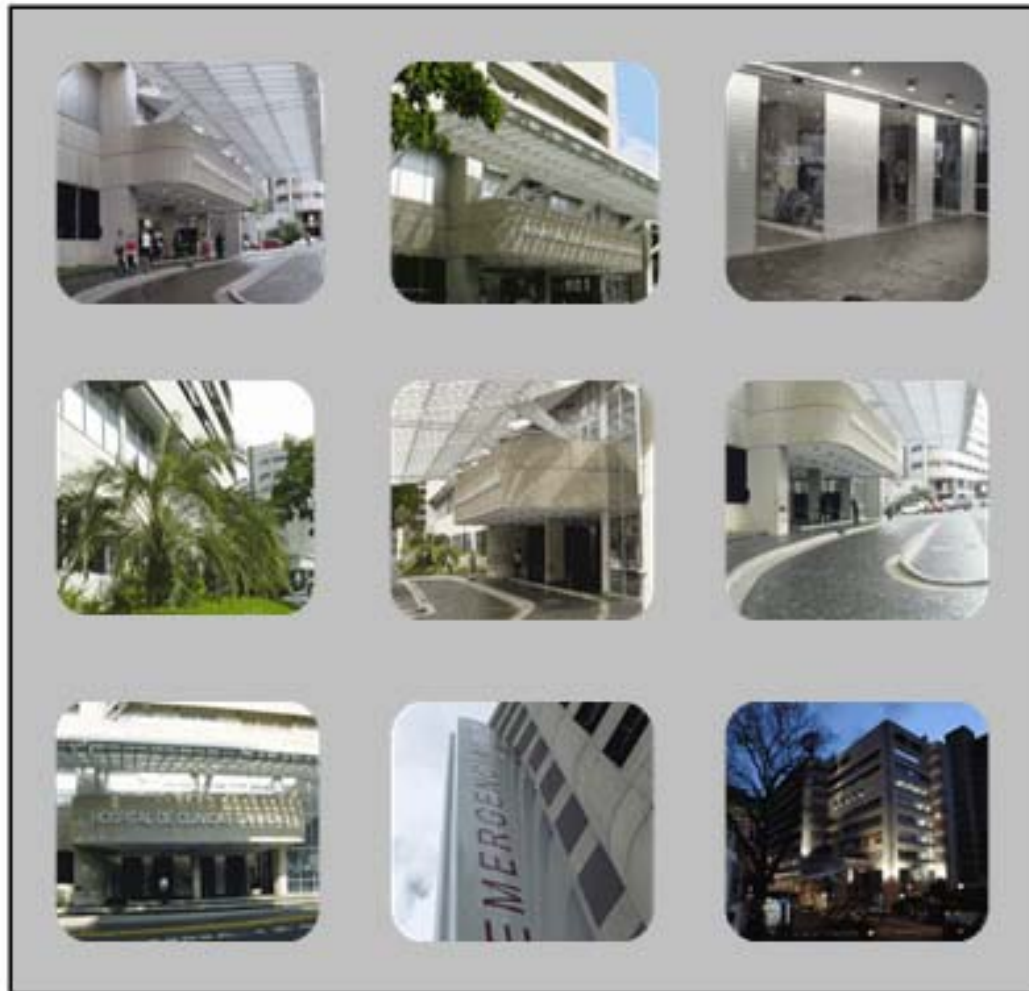


Figura 2.15. Hospital de Clínicas Caracas.

2.2.4.2 Hospital materno infantil Gregorio Marañón.

Este nuevo hospital, obra de los reconocidos arquitectos españoles, Rafael Moneo y José María de la Mata, integra en un edificio único dos hospitales, la Maternidad y el Hospital Infantil, conservando las peculiaridades de cada uno de ellos. La edificación ha sido concebida para conferir la mayor funcionalidad posible al centro, manteniendo la separación de circulaciones internas a la vez que comparte áreas

asistenciales. Aprovecha el desnivel existente entre las dos esquinas opuestas de la construcción, y dotándose de accesos independientes en cada hospital. La segunda planta compartida, engloba los servicios centrales y actúa como enlace entre el área de consultas y el de hospitalización, comprendiendo esta última los tres niveles superiores. Las urgencias materno infantiles, compartiendo acceso rodado, quedan situadas en el primer sótano. Los dos hospitales, cuentan con plantas independientes para los servicios que le son específicos. Todas las plantas del nuevo hospital son iluminadas desde los patios interiores, ofreciéndose una cálida atmósfera de reposo y privacidad a los pacientes y familiares que convierten a la luz en protagonista. La elección del material vítreo tanto en los patios como en el exterior confiere al edificio una sofisticada e higiénica imagen de la sanidad.

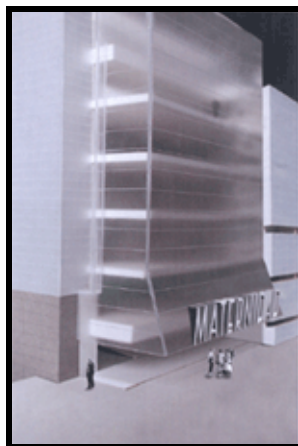


Figura 2.16. Hospital materno infantil Gregorio Marañón.

Localización

El Hospital Materno Infantil, forma parte del Complejo Hospitalario Gregorio Marañón, uno de los mayores de Europa y está ubicado en el distrito de Retiro de Madrid (Figura 2.17). El centro dispone de entradas específicas para el Hospital Infantil (acceso calle Dr. Castelo) y la Maternidad (acceso calle O'Donnell), además de una entrada común al servicio de urgencias (acceso esquina calles Maiquez y O'Donnell).

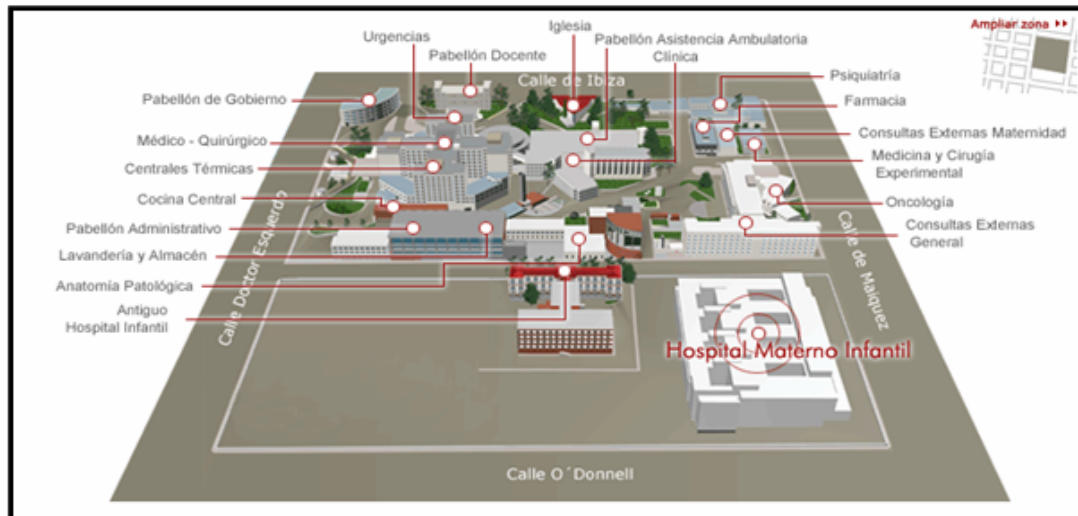


Figura 2.17. Localización hospital materno infantil

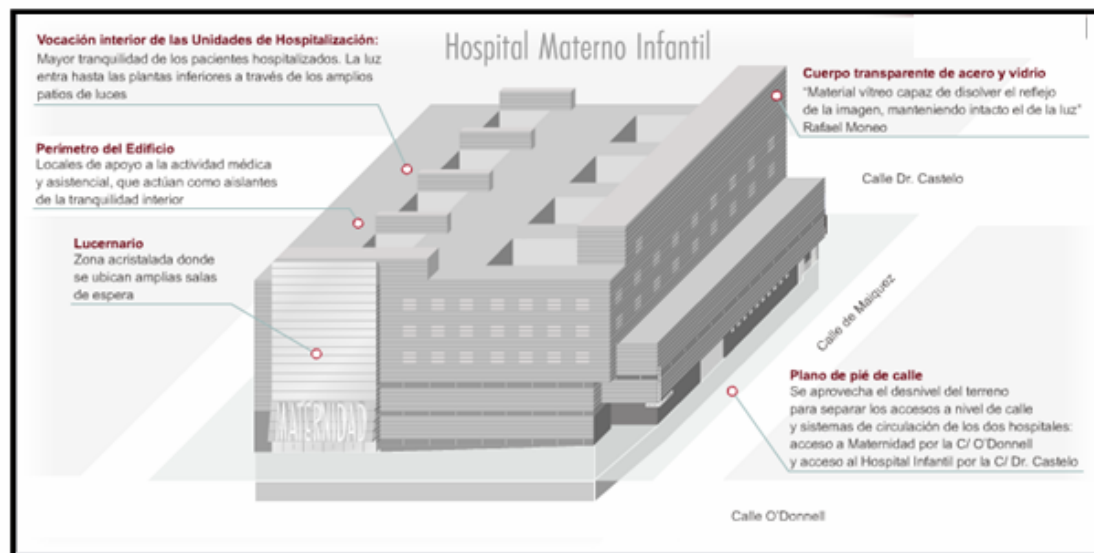


Figura 2.18. Edificio del hospital materno infantil

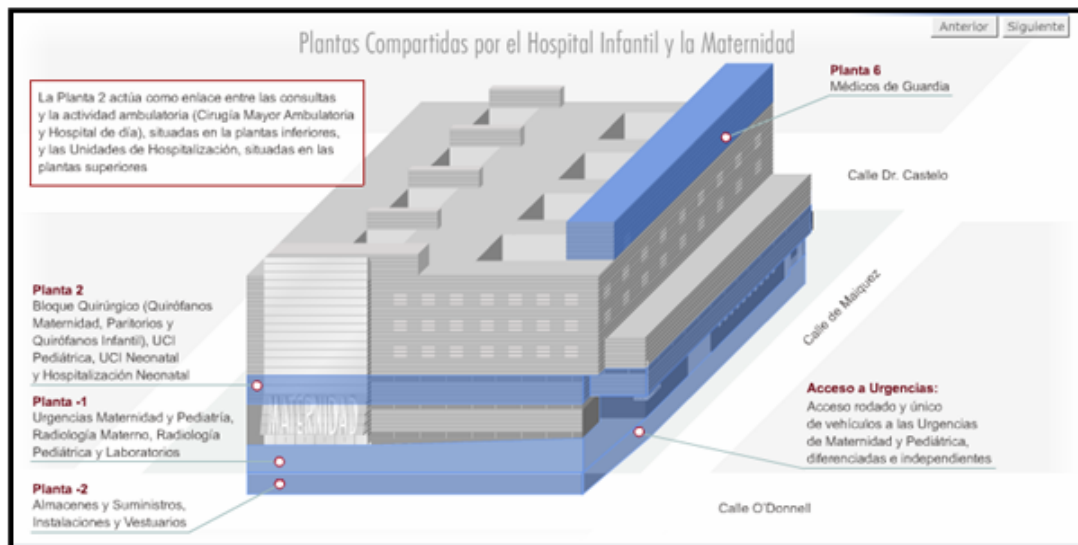


Figura 2.19. Plantas Compartidas entre el hospital infantil y la maternidad.

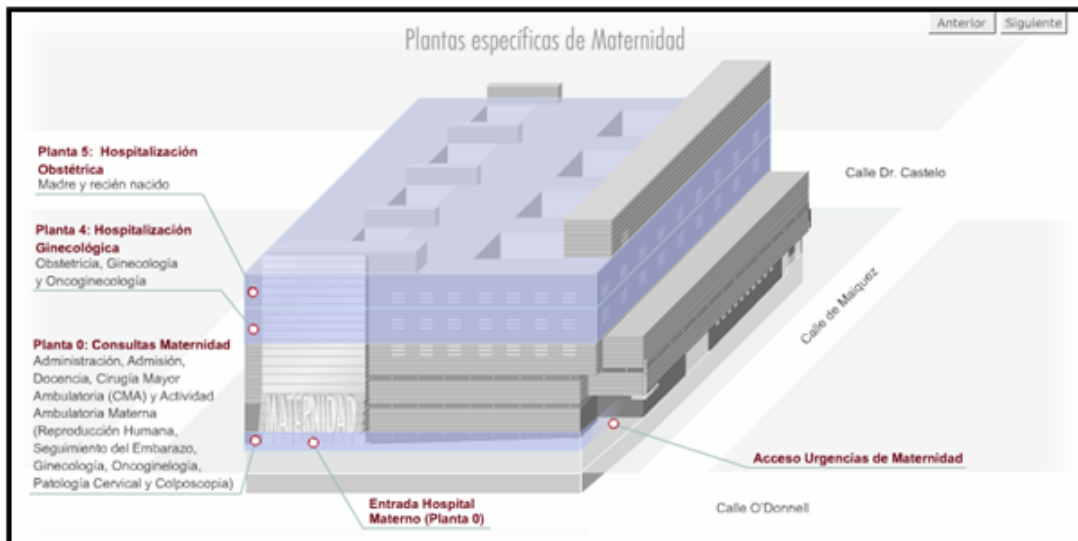


Figura 2.20. Plantas específicas de maternidad.

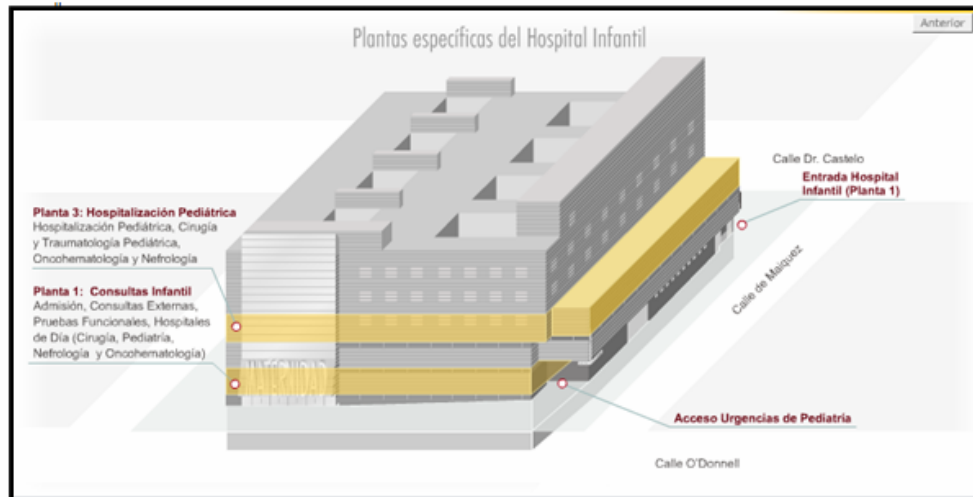


Figura 2.21. Plantas específicas del hospital infantil.

2.2.4.3 Centro de Salud en Domaio

Este centro de salud del estudio de vigués Irisarri+Piñera, situado en el muelle de Domaio (Moaña-Pontevedra), culminó su obra en el año 2000 (figura 2.22). El edificio es organizado en dos niveles, el primero refleja la topografía mediante el uso de distintas rampas de acceso y pilotes dejando libre la zona inferior para aparcamiento del personal; el segundo nivel es de centro de salud propiamente dicho, que se divide en dos cuerpos (figura 2.23)



Figura 2.22. Centro de salud en Domaio.

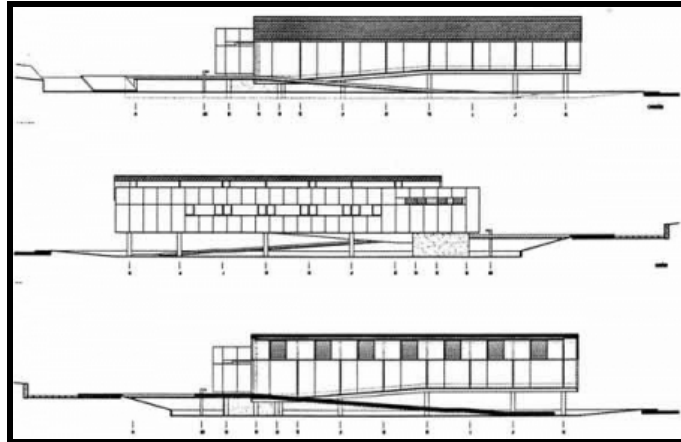


Figura 2.23. Fachadas del edificio, centro de salud en Domaio.

Los dos volúmenes, aunque compartiendo la solución estructural, se diferencian en su cáscara externa. El volumen de consultas médicas tiene una fachada de madera, mientras que la del área de espera es de vidrio. La capa externa de madera, opaca en las consultas, gradualmente se hace enrejado (típica solución de las carpinterías de ribera de la zona) y finalmente desaparece en la sala de espera (figura 2.24 y 2.25). El edificio fue preseleccionado al Premio Europeo Mies van der Rohe 2001.



Figura 2.24. Centro de salud en Domaio.



Figura 2.25. Material de fachada, centro de salud en Domaio.

2.2.4.4. SaludSura industriales - IPS nivel 1. Medellín- Colombia.

Medellín vive actualmente un proceso de transformación y renovación urbana que tiene como uno de sus principales focos de actuación la Avenida de los Industriales y sus frentes aledaños. Esta vía es considerada uno de los más importantes ejes de la ciudad como vía arteria de alto tráfico de acceso y salida del centro de la ciudad. El sector de Industriales tiene la particularidad de haber albergado por mucho tiempo algunas de las grandes industrias de la ciudad, las cuales marcaron de forma muy singular el carácter y la memoria de sus espacios y habitantes. Esta memoria urbana es un punto de partida muy importante para el planteamiento del proyecto, tomando referencias y alusiones que se materializan en lo que puede denominarse una memoria industrial hecha arquitectura.



Figura 2.26. SaludSura Industriales

2.2.4.5. Hospital de Suba Nivel II. Colombia.

Este equipamiento público, de Nivel de Atención II, ocupa un lote en el cruce de las avenidas Ciudad de Cali y las Mercedes y muy cercano al portal Suba del sistema Transmilenio. Esta localización garantiza el fácil acceso a los usuarios y una importante presencia urbana en la localidad de Suba, aunque implicó el manejo del potencial impacto ambiental ruido, contaminación del aire y tráfico sobre el hospital.



Figura 2.27. Hospital de Suba Nivel II

2.2.4.6. Instituto municipal de rehabilitación (IMRVL). Argentina.

El proyecto para la nueva sede del “Instituto Municipal de Rehabilitación de Vicente López” surgió de la necesidad de crear un lugar apropiado para acoger el notable incremento de pacientes con discapacidades. Considerando que este Instituto ha estado históricamente abierto a toda la población y es gratuito, se quiso revertir las condiciones de precariedad y aislamiento del viejo Instituto respecto de su relación con la comunidad en general.



Figura 2.28. Instituto Municipal de Rehabilitación (IMRVL)

En cuanto a lo material se opta claramente por el hormigón armado expuesto como predominante debido a la simplicidad constructiva, la factibilidad económica, la alta durabilidad y fortaleza a escala Institucional, retomando una tradición local de vanguardia perdida prácticamente al haber desaparecido la inversión pública. Las losas son postensadas lo que permitió evitar luces intermedias y darle una espacialidad totalizadora a pesar de lo particular de cada situación programática, dándole también una gran flexibilidad y capacidad de repetición fácilmente adaptable a futuros cambios según lo requieran las nuevas terapias que constantemente se van incorporando.

La imagen exterior pretende un claro reconocimiento del edificio a través de sus elementos componentes, de fuerte carácter y cierta crudeza, de reconocimiento a

escala institucional, pero desmembrados a la vez que rearticulados en pequeños movimientos de desplazamiento sobre la línea municipal que van encontrando el acceso descentrado, sumándole así una cierta complejidad sutil que no hace más que favorecer el reconocimiento de lo particular y cualificar espacialmente la zona de acceso.

2.2.4.7. Hospitales la Florida y Maipú. Santiago - Chile:

La Florida y Maipú son las dos comunas más populosas de la Región Metropolitana. En el sector sur-oriente y sur-poniente de Santiago, constituyen dos importantes enclaves de desarrollo, tanto en términos de equipamiento y subcentros, como desde un punto de vista inmobiliario o de infraestructura de transporte (metro). En este contexto es que Maipú y La Florida recibirán los primeros hospitales públicos concesionados del país, que al igual como se ha hecho con cárceles y autopistas, se espera que sean construidos y mantenidos por privados.

Memoria de los proyectos (Murtinho+Raby)

El proceso de concesiones de infraestructura hospitalaria que ha impulsado el estado chileno, es completamente nuevo para nuestra realidad sudamericana, y sólo se había contado con experiencias en la región específicamente en México. El desafío, consistía en proyectar dos hospitales de 65.000 m² cada uno, en dos de La Florida, y que contaba con una serie de exigentes requerimientos de parte del estado. Todo ello conformó un problema de alta complejidad, pero que permitía una gran oportunidad para otorgar un alto nivel en el diseño integral de cada uno de estos edificios en beneficio de la comunidad. Inferir en la importancia que cada hospital tendría en cada comuna, nos hizo trazar un diseño que comprendiese la complejidad del programa de la forma más elemental y clara posible, y que otorgara al contexto que le rodeara una relación altamente empática con sus realidades y particularidades.



Figura 2.29. Hospital La Florida.



Figura 2.30. Hospital Maipú.

2.2.4.8. Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.

Premio Ministerio del Poder Popular para la Cultura para el Hospital Cardiológico Infantil. El premio Ministerio del Poder Popular para la Cultura, en el renglón de obra de arquitectura, recayó en el Hospital Cardiológico Infantil Gilberto Rodríguez Ochoa, concebido por los destacados arquitectos Carlos Pou y Lucas Pou. Este hospital es el tercer centro de salud en su tipo en Latinoamérica, y se encuentra ubicado en la urbanización Juan Pablo II, Parroquia La Vega, Montalbán, Caracas.

La edificación se materializa en la construcción de un gran contenedor definido con nitidez y precisión volumétrica. Se trata de una arquitectura respetuosa del lugar y el clima, que asume la idea de patio como el origen formal de la edificación, donde el rigor geométrico es la herramienta que organiza y ordena las decisiones de proyecto. Consta de tres pisos, que concentra la mayor cantidad de tecnología médica en la planta baja, donde se ubican los 4 Quirófanos, las 2 salas de Hemodinamia y las 30 camas de Terapia Intensiva. En la planta intermedia, que es donde se encuentran los accesos principales a la edificación, se disponen los consultorios, las zonas administrativas, el comedor y la cocina. En la planta superior se alojan las habitaciones donde se ubican 160 camas que se benefician de las mejores vistas y la iluminación cenital.

La disposición funcional de la edificación en anillos concéntricos permite disponer de un borde de servicios que rodea a la edificación y determina el contacto con el espacio público a través de un pasillo cubierto. En ese borde de servicios se ubican las expectativas de crecimiento y de actualización tecnológica del Hospital a lo largo del tiempo.



Figura 2.31. Hospital cardiológico infantil latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa

2.2.5 Características Generales de la Prestación de Servicios de Salud en Venezuela.

La atención médica pública es de carácter curativo dedicado al tratamiento de enfermedades propias de la “civilización”, entre las que se destacan crónicas y degenerativas, y muy especialmente entre ellas, las que ocupan además las principales causas de muerte como son las cardiovasculares, respiratorias, cancerígenas, etc., asociadas además, a las llamadas especialidades médicas, medicina interna, cardiología, obstetricia y ginecología, cirugía, las cuales se ajustan plenamente a la concepción prevaleciente en los principales países del mundo, sin embargo, esta concepción médica ha hecho ver el problema de la salud básicamente como el de atención a la enfermedad o al hombre enfermo. Por lo que ha incidido en la falta de consideración, no sólo del hombre sano sino de la prevención. Este renglón vinculado especialmente a problemas de orden socio-sanitario, más propio de las realidades de los países conocidos como “en vías de desarrollo” o dependientes, ha sido prácticamente inabordado en mucho tiempo.

En el caso venezolano se puede decir que desde los comienzos de la explotación petrolera, hasta aproximadamente la década de los cincuenta fue incluida en los

planes de salud, sin embargo, el mejoramiento de las condiciones de vida como resultado de los incrementos productivos y de ingresos económicos alcanzados, influyó para que la prevención y el saneamiento ambiental pasaran a ocupar un reglón secundario. En los últimos tiempos con la reaparición y recrudecimiento de algunas enfermedades infecto-contagiosas como la gastroenteritis, el paludismo, y la tuberculosis, éstas dos últimas, en un pasado reciente se encontraban prácticamente controladas, ha hecho que los Organismos Internacionales de Salud, se preocupen por restablecer algunos mecanismos de prevención y control en las zonas mayormente afectadas y especialmente que tal preocupación se contemple en lo que se ha conocido como estrategias de salud para América Latina y el Caribe con el slogan de Salud para todos en el año 2000.

A su vez ha surgido la preocupación por desconcentrar y descongestionar los principales centros de atención curativa, en especial, los hospitales, de allí que se haya concebido la prestación de servicios a través de tres instancias (figura 2.26); a) atención médica primaria, la cual básicamente atiende problemas menores que no requieren de hospitalización, b) atención médica especializada: como su nombre lo indica está vinculada a la atención por especialidad médica y c) hospitalización. Con lo cual se logra la inversión de la pirámide de atención:

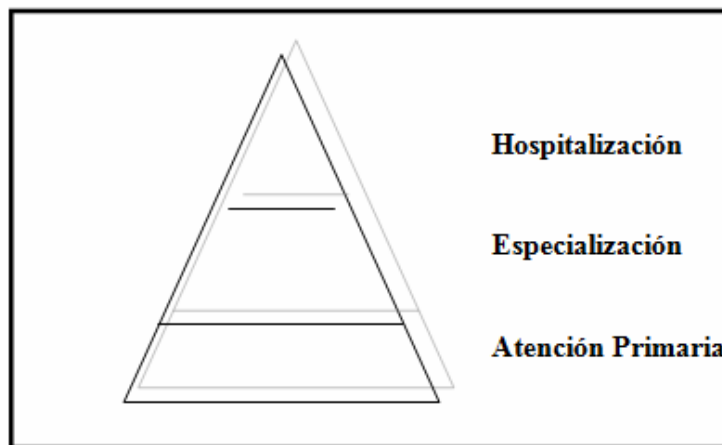


Figura 2.32. Pirámide de atención médica.

Con la atención primaria de salud se establece y fortalece la creación de los servicios ambulatorios a partir del llamado Plan decenal para las Américas conocido bajo el nombre de las ya citadas Estrategias de Salud o reunión de Alma Ata. En nuestro país estos programas se han introducido a través del MSAS que es la entidad que rige la salud en el país y por lo tanto es el organismo que se encarga oficialmente de ejecutar las políticas y llevar las estadísticas de salud. El programa de Atención Primaria completo hace marcado énfasis en las acciones de tipo preventivo y a las actividades de asistencia ambulatoria y de saneamiento ambiental, y prioridad a los grupos humanos de mayor riesgo. Esta política está enmarcada dentro del VIII Plan de la Nación, en la Reforma del Estado, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en la Declaración de Alma-Ata sobre atención Primaria y la Ley Orgánica de Transferencia de Poderes. (Cedrés, S. 1996)

2.2.6 Sistema Nacional de Salud en Venezuela

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, está constituido por un subsector público y un subsector privado.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud es el órgano rector del sector y tiene a su cargo la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, la regulación del sector, así como la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud. (Organización Panamericana de la Salud 2001)

2.2.6.1 Subsector Público

El subsector público se encuentra constituido por una serie de Servicios de Salud que se han creado a la luz de diversas ordenanzas legales y cuya cobertura poblacional permite la existencia de varios servicios a los cuales concurrir indistintamente la población en general, está integrado por:

- El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)
- El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)
- El Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME)
- El Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA)
- Las Alcaldías y Gobernaciones. (OPS 2001)

2.2.6.2 Subsector Privado

El subsector privado está conformado por: clínicas, policlínicas, hospitales privados, institutos asistenciales y consultorios médicos, que de acuerdo a los servicios médicos y número de especialidades que ofrecen, se pueden clasificar en: Tipo A, Tipo B y Tipo C. (COVENIN 2339)

2.2.7 Clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector público de salud

Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica fueron clasificados según las “Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del sub-Sector público”, Decreto Presidencial N° 1798 el cual rige para todos los establecimientos del sub-sector público. Este decreto fue publicado en

Gaceta Oficial de fecha 20-01-83, de donde tomamos lo referente a las características de los ambulatorios y hospitales. (Cedrés, S. 1996)

Los establecimientos de salud, según la clasificación del MPPS, se agrupan en dos tipos fundamentales:

2.2.7.1 Ambulatorios rurales y urbanos:

Solo atienden pacientes ambulatorios, tal como su nombre lo indica, carecen de camas de hospitalización. Su clasificación depende de la cobertura poblacional y de los servicios que presta. Los ambulatorios rurales se clasifican en dos tipos: rural I y rural II y los urbanos en tres: urbano I, II, y III. (Cedrés, S. 1996)

Ambulatorios rurales tipo I y II

Estos ambulatorios prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones menores de 10.000 habitantes. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

Ambulatorios urbanos tipo I, II y III

Estos prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no disponen de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

2.2.7.2 Hospitales

Atienden tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados. Oficialmente se clasifican en cuatro tipos y su clasificación obedece al número de camas, a los servicios que presta y su nivel de especialización. (Cedrés, S. 1996)

Hospital tipo I

Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen entre 20 y 50 camas y están organizados para prestar los servicios de medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

Hospital tipo II

Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen entre 50 y 150 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

Hospital tipo III

Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

Hospital tipo IV

Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes, con un área de influencia demográfica superior a los 1.000.000 habitantes. Tienen más de 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo. (Gaceta Oficial 32.650, Venezuela 1983)

2.2.8 Niveles de atención

La atención médica se imparte según niveles de complejidad que van desde la atención general, básica, a los servicios especializados, de acuerdo con esto, cada establecimiento tiene demarcada su comunidad para prestarle atención de primer

nivel. Cada ambulatorio de especialidades tiene demarcado su sector, contiene un conjunto de comunidades con establecimiento de primer nivel, que refieren a él los casos. El área hospitalaria estará constituida por un conjunto de sectores de ambulatorios que refieren al hospital. (Cedrés, S. 1996). (Figura 2.27)

2.2.8.1 Primer nivel:

El primer nivel corresponde a la atención médica general, básica, para lo cual la población es dividida en comunidades de veinte mil habitantes, quienes son atendidos por un establecimiento asistencial ubicado en su zona geográfica, sea éste un ambulatorio de cualquier tipo o un hospital. A nivel primario la atención es de tipo general y comprende un enfoque integral de salud, con la aplicación de sus procedimientos de conservación, promoción y restitución de la salud.

El control de grupos sanos, las inmunizaciones y la educación para la salud se destacan desde el punto de vista de la prevención. Se estima que este nivel es capaz de resolver en una consulta la mayoría de los casos, comúnmente de naturaleza sencilla y por tanto de fácil solución, estimándose entre un 80% y un 85%, el resto de los casos, o sea alrededor del 15%, son referidos al siguiente nivel. Estos se resuelven en otro ambulatorio, en un hospital o en el mismo establecimiento si disponen de la capacidad para hacerlo, por un sistema de referencias de los servicios médicos que atienden este nivel de atención, son los ambulatorios tanto urbanos como rurales y los hospitales a través de su consulta externa. (Cedrés, S. 1996)

Actualmente los establecimientos de salud pertenecientes al primer nivel de atención médica son denominados: Consultorios Populares (Ambulatorios Rurales Tipo I, Ambulatorios Rurales Tipo II y Ambulatorios Urbanos Tipo I). (MSDS 2004)

2.2.8.2 Segundo nivel

El segundo nivel es la atención ambulatoria especializada, recibe los casos que le son enviados por referencia desde el primer nivel, por no haber a su altura los medios para diagnosticarlos y tratarlos, y de acuerdo a la estructura piramidal de los servicios, la cual obedece a la desconcentración y descentralización de los mismos. Se estima que un 15% de los casos atendidos en el primer nivel son referidos a este nivel.

Las especialidades comprendidas en el segundo nivel son: Medicina Interna, Dermatología, Urología, Ginecología, Cardiología, Traumatología y Ortopedia, Otorrino, Oftalmología, Psiquiatría, Radiología, Obstetricia especial, Pediatría especial, Odontología y Laboratorio. (Cedrés, S. 1996)

Actualmente los establecimientos de salud pertenecientes al segundo nivel de atención médica son denominados: Clínicas Populares (Ambulatorios Urbanos Tipo II, Ambulatorios Urbanos Tipo III y Hospitales Tipo I). (MSDS 2004)

2.2.8.3 Tercer nivel:

El tercer nivel es una atención especializada que se realiza en los Hospitales tipo III y IV, y parcialmente en los tipos II. A este nivel se ingresa por referencia de los niveles anteriores y se estima que se reduce al 5% de los casos atendidos en el primer nivel. (Cedrés, S. 1996)

Actualmente los establecimientos de salud pertenecientes al tercer nivel de atención médica son denominados: Hospitales del pueblo (Hospitales en toda su tipología). (MSDS 2004).

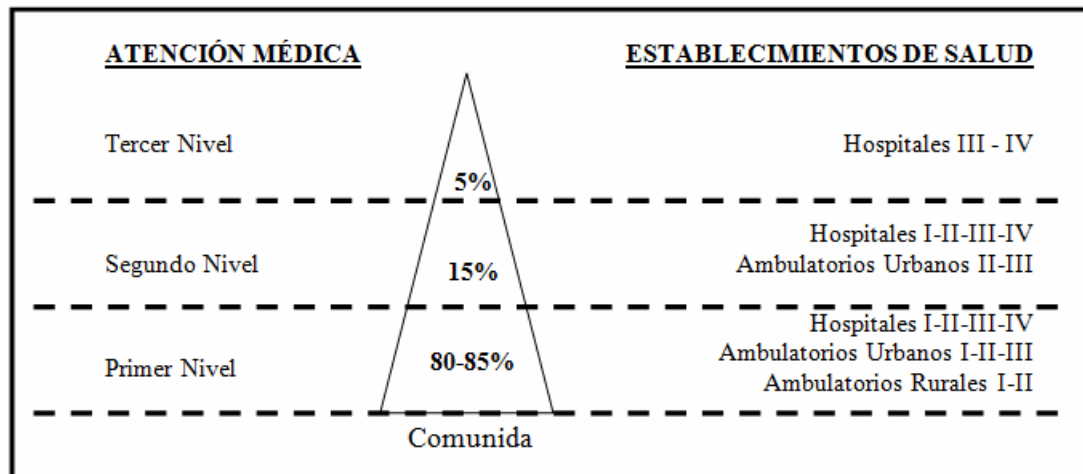


Figura 2.33. Representación de los niveles de atención médica

2.2.9 Sistema de referencia

Dentro de la organización establecida por el MPPS, se puede destacar la importancia de la referencia de pacientes entre establecimientos. Esta referencia se plantea en forma gradual desde un establecimiento de menor complejidad al siguiente; es decir, por ejemplo, de un ambulatorio tipo I a un tipo II. Lo mismo entre hospitales o entre ambulatorios y hospitales. Es de suponer que hay excepciones que son referidas de un ambulatorio tipo II, por ejemplo a un hospital tipo IV, de acuerdo con su complejidad.

A través de este sistema de referencias se forman redes de servicios con establecimientos de distintos niveles de atención, para dar cobertura a toda la población de una zona delimitada (área de influencia) con los servicios requeridos, que bien pueden estar en uno u otro establecimiento, teniendo un hospital como cabecera de la red. (Figura 2.28)

En general, se puede resumir que:

- Hay una clasificación de la Atención Médica por niveles.
- Hay una clasificación de los establecimientos por tipos, la cual no corresponde exactamente a los distintos niveles de atención, sino que van creciendo en complejidad.
- El tipo de establecimiento corresponde a un lugar en la red y a la población asignada para servir. (Cedrés, S. 1996)

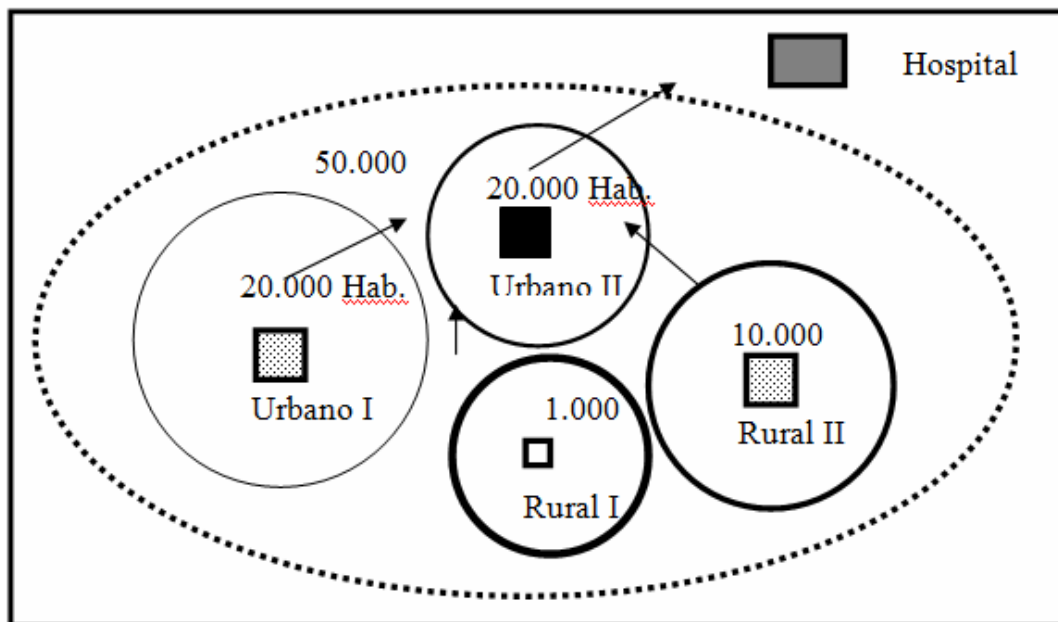


Figura 2.34. Sistema de referencia entre establecimientos de salud.

2.2.10 Estructura organizativa:

El MPPS, tiene a lo largo y ancho del país una estructura de direcciones sub-regionales: esta estructura actualmente opera a través de los diferentes estados del país; en cada uno de los cuales existen una dirección sub-regional de salud. Estas a su vez operan a través de los Distritos Sanitarios cuya jurisdicción territorial ha sido

fijada por razones geográficas y socio-económicas. Cada distrito engloba varios municipios y tiene una capital que es la sede de la oficina que planifica y controla los servicios médicos públicos, existentes en su área de jurisdicción. Cada Distrito Sanitario comprende al menos una unidad completa de registro civil, y tiene como cabecera la sede de un establecimiento de salud de tipo hospitalario el cual tiene adscritos todos los establecimientos de salud del área correspondiente.

Según esta estructura organizativa, la programación de un Servicio Médico depende de sus relaciones con: el nivel de atención, tamaño de la población a servir, y los otros servicios existentes en el área de influencia (sistema de referencia).

La demanda de salud de la población, cuantificada a través del número de personas a atender, debe estar cubierta con los diferentes establecimientos en la modalidad de Atención Directa, es decir, la atención que es prestada a la población cercana al establecimiento de salud, cada establecimiento tiene la responsabilidad de atender de forma directa a un grupo poblacional de acuerdo con su capacidad de oferta y su ubicación geográfica. Igualmente la población debe estar cubierta con servicios médicos especializados en la modalidad de Atención Indirecta o Referida, prestada por establecimientos con capacidad de ofrecer este tipo de servicios, y conectados a la red de referencias de los servicios primarios. (Cedrés, S. 1996)

2.2.11 Instituciones

Las instituciones de salud que podemos encontrar son las siguientes:

2.2.11.1 Ministerio del poder popular para la salud

Es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular las estrategias, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Público Nacional de Salud.

Las principales finalidades políticas apuntan hacia el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental, así como la búsqueda de la equidad en las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos y todas. (MPPS 2007)

Marco Legal Ministerio del Poder Popular para la Salud

- Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana De Venezuela N° 5.836 Extraordinario del 08-01-2007 Decreto N° 5.103, mediante el cual se dicta el «Decreto Sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional». Según el artículo 17 del Poder Popular para la Salud.

- Reglamento Interno del MPPS

Artículo 2 del Reglamento Orgánico del Ministerio por disposición del Ciudadano Presidente de la República se dicta el siguiente:

Reglamento Interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 2°.- El Ministerio de Salud y Desarrollo Social estará integrado por el Despacho del Ministro, los Despachos de los Viceministros de Salud y de Desarrollo Social, las Direcciones Generales del Despacho, de Salud Poblacional, de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, de Políticas y Planes, de Evaluación y Control y las demás dependencias que no estén expresamente reglamentadas, así como las que sean de rango inferior a las aquí mencionadas, serán organizadas mediante resoluciones internas dictadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (MPPS 2007)

2.2.11.2 Instituto Venezolano de los Seguros Sociales IVSS

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es una institución de carácter público, cuya razón de ser es brindar protección de la Seguridad Social a todos sus beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso, de manera oportuna y con calidad de excelencia en el servicio prestado, en atención al marco legal.

El instituto ofrece atención médica completa sin costo alguno a sus asegurados y familiares. La atención es, casi en su totalidad, curativa y muy inclinada, como es de esperarse, por la condición de sus asegurados, al tratamiento de enfermedades características de la población trabajadora. Existen algunos componentes de prevención, los cuales forman parte de la modalidad de atención en los servicios de Odontología, Rehabilitación y Cardiología. (IVSS 2002)

Marco Jurídico

- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre de 2002.

Título I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto crear el Sistema de Seguridad Social, establecer y regular su rectoría, organización, funcionamiento y efectivo el derecho a la seguridad social por parte de las personas sujetas a su ámbito de aplicación, como servicio público de carácter no lucrativo, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por Venezuela. (IVSS 2002)

2.2.11.3 Instituto de Prevención Social del Ministerio de Educación IPASME:

Dentro del sub.-sector público ocupa la cuarta posición en el País, de acuerdo con el número de usuarios y solo atiende a pacientes ambulatorios, es un autónomo adscrito al Ministerio de Educación. Ofrece servicios de salud solo para atención ambulatoria y de urgencias, sus establecimientos son denominados Unidades Médico-Odontológicas (UMO). Las UMO están distribuidas en la mayoría de las capitales de las entidades federales, y por lo general en número de una a dos por estado. Estas unidades dependen administrativamente del nivel central. Como la red de servicios del IPASME es solo ambulatoria, ésta se apoya en los hospitales del MPPS, IVSS y clínicas privadas (Servicios Mixtos); cuando sus afiliados requieren un nivel de atención médica más compleja u hospitalización. La prestación del servicio se caracteriza por ser netamente curativo; por lo tanto, no están previstas consultas preventivas, sin embargo, le asigna importancia a servicios tales como odontología y rehabilitación física, que tienen componentes de prevención en un caso y de tratamientos de larga duración en el otro. (IPASME 1959)

Marco Jurídico

- DECRETO No 513 Gaceta Oficial N° 25.861 9 de Enero de 1959.

Estatuto Orgánico del Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación.

CAPITULO I. DEL INSTITUTO Y SUS FUNCIONES

Artículo 1°.- Se crea el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación, el cual tendrá como función la protección social y el mejoramiento de las condiciones de vida de sus miembros, de los parientes inmediatos de éstos y de sus herederos. El mencionado organismo tendrá

personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente del Fisco Nacional, estará adscrito al Ministerio de Educación y se registrará por las disposiciones del presente Estatuto y de los Reglamentos respectivos. (IPASME 1959)

2.2.11.4 Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional IPSFA

Mediante decreto No. 300.21 de Octubre de 1949 se crea el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional, adscrito al Ministerio de la Defensa, con carácter de instituto autónomo, personalidad jurídica y patrimonio propio, independiente del Fisco Nacional, asumiendo las funciones de Caja de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional, así como sus bienes, derechos, acciones y obligaciones. Su función es gerenciar eficientemente los recursos con el fin de prestar y garantizar bienestar y seguridad social a los afiliados en los términos que establece la ley. Tiene como objetivo ser un modelo corporativo de seguridad social a nivel nacional e internacional. (IPSFA 1949)

2.2.11.5 Gobernaciones

Principales prestadores de atención médico asistencial, a través de la Dirección Regional de Salud de cada Estado, que administra la red hospitalaria y ambulatoria estatal. Algunos Estados están descentralizados, mediante los convenios de transferencia de Servicios Públicos de Salud, entre ellos Anzoátegui. A través de su dirección de Salud inspeccionan los centros Asistenciales a nivel estatal generalmente con tipología II, III Y IV. Otros aun se mantienen adscritos al Ministerio del Poder Popular de la Salud. (MPPS 2007)

2.2.11.6 Alcaldías

Las alcaldías de los municipios cuentan con coordinaciones de Salud, que administran recursos para proyectos especiales o específicos, así como los distintos centros asistenciales de tipología I-II en su perímetro, y en ellos abundan las actuaciones tipo “operativos” sociales a través de la Dirección de salud de cada una de las poblaciones según su competencia. (MPPS 2007)

2.2.12 Sistema público nacional de salud

Es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (Gaceta Oficial 37.865. 2004)

2.2.12.1 Características del sistema público nacional de salud

Ámbitos de gestión:

- **Nacional:** correspondiente al Ministerio del Poder Popular para la Salud MPPS.
- **Regional:** correspondiente a la Dirección Regional del Sistema Público Nacional de Salud – DRSPNS, dependiente de la respectiva Gobernación en los estados descentralizados y del MPPS en los estados aún centralizados.
- **Municipal:** correspondiente a la Dirección Municipal del Sistema Público Nacional de Salud – DMSPNS.
- **Local:** correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y unidades operativas de apoyo al primer nivel de atención. (OPS 2001)

2.2.12.2 Funciones y atribuciones

- **Ministerio del poder popular para la salud:** Es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular las estrategias, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Público Nacional de Salud.
- **Dirección regional del sistema público nacional de salud:** Es el máximo nivel de gestión técnica en salud de cada entidad federal. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el estado, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo y abriendo los espacios para la participación comunitaria y del sector privado.

Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público, el Seguro Social, privados con y sin fines de lucro, iglesias y la medicina tradicional.

- **Dirección municipal del sistema público nacional de salud:** Es responsable de la gestión municipal de salud en el ámbito de sus competencias y obligaciones establecidas en el marco legal vigente. Se encarga de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público, el Seguro Social, privados con y sin fines de lucro, iglesias y medicina tradicional.

Es responsable de la gestión compartida con la comunidad organizada a través del establecimiento de los Comités de Salud y es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud.

- **Conformación del directorio municipal de salud:** Está conformado por el Alcalde Municipal o su representante, quien lo preside, el Director Técnico del Directorio Municipal del Sistema Público Nacional de Salud o su representante y el representante de los Comités de Salud. Funcionará en ambiente cedido por el Gobierno municipal y tiene bajo su dependencia al Director Municipal del Sistema Público Nacional de Salud.
- **Comité de Salud:** Constituye la estructura social de base comunitaria, encargada de asumir la gestión compartida de participación ciudadana en salud, en el marco de sus competencias y de acuerdo con el marco legal vigente. Dentro de sus funciones están las de apoyar la organización y desarrollo de las redes sociales, basada en la cultura organizativa de las comunidades con énfasis en las poblaciones campesinas, indígenas y originarias, para lograr una activa participación en la planificación de salud, así como el control social de la gestión de los programas de salud, del suministro y administración de los medicamentos e insumos, los equipamientos y todo lo que compete a la gestión pública en salud en los niveles local, municipal, regional y nacional. (IPS 2001)

2.2.13 Misión Barrio Adentro

A partir de la designación de la Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro” se le otorga a esta comisión la transformación social e institucional que apunta a la

configuración del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, para establecer la nueva red de servicios de atención de salud. (Gaceta Oficial 37.865. 2004)

2.2.14 Red de servicios de atención de salud

Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social son responsables de la gestión de los servicios de salud. La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo de todo el país.

Se ratifica la estrategia Atención Primaria de Salud en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, incorporándose a la red de atención de salud nacional las denominaciones: Consultorios Populares, Clínicas Populares y Hospitales del Pueblo.

Los Consultorios Populares, las Clínicas Populares y los Hospitales del Pueblo destinados a la prestación de servicios de atención del Sistema Público Nacional de Salud, deberán ajustarse a las características que les correspondan en su respectivo nivel de complejidad. El personal del equipo de salud regirá su actuación laboral mediante normas y protocolos establecidos por el ente rector de la salud y mejorará las competencias a través de un proceso de educación profesional y técnica permanente de acuerdo con las necesidades de los servicios. (MSDS 2004)

2.2.14.1 Red de atención primaria de salud

El primer nivel corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicio se enmarca en la promoción de calidad de vida y salud y prevención de la enfermedad, la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad. Este nivel de atención está conformado por los Consultorios

Populares y las brigadas móviles de salud, constituyéndose en la puesta de entrada al Sistema Público Nacional de Salud. (MSDS 2004)

Consultorios Populares

Son los servicios de atención de salud de menor complejidad, basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud, dotados de capacidad resolutoria para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales en interacción con las redes sociales, mediante acciones de protección de la vida, educación para la salud, prevención, manejo de enfermedades, restitución y rehabilitación de la salud, actuando sobre los determinantes de la salud de las personas con las comunidades según sus territorios sociales. (Gaceta Oficial 37.865. 2004)

Unidades Operativas

Son unidades con acciones específicas que pueden tener características asistenciales, o de diagnóstico general o especializado, de acción preventiva, de respuesta en salud pública, docentes, o cualesquiera otras, de acuerdo al perfil socio demográfico y epidemiológico del territorio-población correspondiente, que dan respuesta a los problemas de salud de las comunidades en su entorno social, facilitando el acceso del usuario al Sistema Público Nacional de Salud, y contribuyendo a mejorar su calidad de vida. (Gaceta Oficial 37.865. 2004)

2.2.14.2 Red de atención secundaria de salud

El segundo nivel corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y a la hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, anestesiología y opcionalmente traumatología. Las unidades operativas de este nivel son las Clínicas Populares. (MSDS 2004)

Clínicas Populares

Son organizaciones operativas de atención integral de salud, que definen sus servicios en base al perfil epidemiológico del territorio social de responsabilidad y se complementan en red entre los Consultorios Populares y los Hospitales del Pueblo, adecuando las respuestas institucionales a las necesidades sociales y de salud del territorio – población correspondiente, establecidos como espacios para la formación de recursos humanos de salud profesionales, técnicos y comunitarios. Se conciben como una de las puertas de entrada del sistema. (MSDS 2004)

Las clínicas populares son establecimientos públicos cuyo objetivo es fomentar, proteger y restituir la salud con atención médica especializada ambulatoria. Disponen de capacidad tecnológica para resolver casos médico- quirúrgicos que no hayan podido ser solucionados en los establecimientos correspondientes al primer nivel de la red. Las clínicas populares funcionan con un modelo nuevo de gestión caracterizado por una atención de calidad oportuna y gratuita, en el que se promueve el cooperativismo. Su área de influencia se planifica para una población aproximada de 75.000 habitantes de domicilio cercano a la clínica, excepto en las zonas consideradas especiales (áreas o comunidades y pueblos indígenas). (OPS 2006)

2.2.14.3 Red de atención terciaria de salud

El tercer nivel corresponde a la consulta ambulatoria de especialidades y especialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los Hospitales del Pueblo. Las actividades de promoción, prevención, información, comunicación y educación para la salud se realizan en todos los niveles de atención. (MSDS 2004)

Hospitales del pueblo

Son organizaciones de servicios de salud, docentes y de investigación, destinadas a dar respuesta oportuna y de calidad a las necesidades complejas de salud de la población, con calidez, orientada por los fundamentos científicos, sociales, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana, bajo la modalidad ambulatoria, urgencias y hospitalización. (MSDS 2004)

2.2.15 Redes de establecimientos del sistema público nacional de salud

Se reconocen dos tipos:

2.2.15.1 La red municipal de salud

Conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de municipios. El responsable operativo de la red es el Gerente de Red. (MSDS 2004)

2.2.15.2 La red regional de salud

Conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales del Estado. Es responsable de su organización el Director de la Dirección Regional del Sistema Público Nacional de Salud. (MSDS 2004)

2.2.16 Acceso al sistema público nacional de salud:

Se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención y brigadas móviles, que otorgarán la atención según su capacidad de resolución y, en caso necesario,

referirán al segundo o al tercer nivel de atención que corresponda, de acuerdo con la estructura de la red y con las normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio.

El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia. El sistema de referencia constituye el conjunto de normas, procesos e instrumentos que garantizan el acceso a los diferentes niveles de atención en forma ordenada, sucesiva y complementaria. Este sistema será normado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud. (MSDS 2004)

2.2.17 Síntesis del Marco Jurídico en referencia al Sistema Nacional de Salud

2.2.17.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999.

CAPITULO V. DE LOS DERECHOS SOCIALES Y DE LA FAMILIA.

Artículo 83. La salud como derecho social fundamental.

Artículo 84. La creación de un sistema público nacional de salud, regido por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integración social y solidaridad.

Artículo 85. La obligación del Estado de procurar el financiamiento del sistema público nacional de salud. (MSDS 2006)

2.2.17.2 Ley orgánica de protección del niño y del adolescente.

Artículo 41. Derecho a la salud y al servicio de salud

Artículo 48. Derecho a la atención médica de emergencia.

Artículo 52. Derecho a la seguridad social. (MSDS 2006)

2.2.17.3 Ley que regula el sub sistema de salud

"Inicialmente, bajo el imperio de una Ley Habilitante, se promulgó un Decreto con fuerza de Ley que regulaba este subsistema; apareció en Gaceta Oficial a partir del 01 de Enero de 2000. Sin embargo, bajo una nueva facultada habilitante, en fecha 26 de Octubre de 1999, se publica en Gaceta Oficial Extraordinaria 5.398 la Ley que Regula el Subsistema de Salud, la cual entró en vigencia el 01 de Enero de 2001" (Rafael Aguiar Guevara "Tratado de Derecho Médico". 1era Edición. LEGISLEc Editores, C.A., Caracas 2001). Esta Ley deberá ser derogada por la "Ley que cree el Sistema Público Nacional de Salud", de acuerdo a lo que establece el art. 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (MSDS 2006)

2.2.17.4 Ley orgánica de descentralización y transferencia de competencias del poder público (gaceta oficial nº 4.153 extraordinario de fecha 28 de diciembre de 1989).

Esta Ley es de suma importancia, porque sobre ella se sustentan los Convenios de Transferencia de Servicios de Salud, que rigen la actual (des)estructura del Sistema de Salud. A ella se hace referencia en la opinión jurídica defensorial cuando se evalúa la estructura del Sistema de Salud. (MSDS 2006)

2.2.17.5 Ley orgánica del sistema de seguridad social (losss), enero, 2003.

El Estado, se debe dar respuesta, progresivamente, a través del nuevo sistema, que debe crearse, de acuerdo a la CRBV, a prestaciones dinerarias, por vejez, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar (El ABC de la Seguridad Social y de su reforma.

Coordinadora de Redes por una Seguridad Social Pública y Solidaria. Ediciones conmemorativas del 58° Aniversario del IVSS, Caracas, 2002). (MSDS 2006)

2.2.17.6 Ley orgánica de seguridad social integral

(Gaceta Oficial N° 5.199 Extraordinario de fecha 30 de diciembre de 1997)

2.2.17.7 Ley orgánica de descentralización y transferencia de competencias del poder público

(Gaceta Oficial N° 4.153 Extraordinario de fecha 28 de diciembre de 1989)

2.2.16.8 Decreto con rango y fuerza de ley que regula el subsistema de salud de la ley orgánica de seguridad social integral

(N° 2.944) de fecha 14 de octubre de 1998, publicado en la Gaceta Oficial N° 36.568, de fecha 27 de octubre de 1998.

2.2.17.9 Ley de medicamentos

(Gaceta Oficial N° 37.006 de fecha 3 de agosto de 2000).

Tiene por objeto regular todo lo relacionado con la política farmacéutica a los fines de asegurar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, así como su accesibilidad y uso racional a todos los sectores de la población en el marco de una política nacional de salud. (MSDS 2006)

2.2.17.10 Ley del ejercicio de la medicina, de 1982 y el código de deontología médica, de 1985:

Para el Dr. Rafael Aguiar Guevara, Presidente de la Asociación de Derecho Médico y Miembro de la Asociación Mundial de Derecho Médico, en estos instrumentos "se establecen todas aquellas normas sustantivas y adjetivas que regulan la actividad profesional del médico, la relación médico paciente, los derechos y obligaciones de cada uno de los integrantes de esta relación , y las consecuencias jurídicas derivadas de dicha relación" (Rafael Aguiar Guevara "Tratado de Derecho Médico". 1era Edición. LEGISLEc Editores, C.A., Caracas 2001). A esta ley nos hemos referido en el caso del Plan "Barrio Adentro" y el cuestionamiento por parte de la Federación Médica Venezolana. (MSDS 2006

2.2.17.11 Decreto presidencial que establece las normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub sector público

(Gaceta Oficial N° 32.650, del 21 de Enero de 1983).

De conformidad a la Ley de Administración Central y la Ley de Sanidad Nacional, unifica las clasificación de los establecimientos, según la capacidad de los servicios que presta y la población servida, en ambulatorios urbanos y rurales tipo I, II y III y los hospitales I, II, III y IV. (MSDS 2006)

2.2.18 Elementos que integran un hospital

Los elementos que integran un Hospital se pueden dividir en cuatro grupos, constituidos cada uno por servicios. Cada grupo recibe generalmente el nombre de Departamento, a saber: Departamento de Servicios Generales, Departamento de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Servicios Ambulatorios, Departamento de Servicios de Hospitalización. (Salas, G. 1970)

2.2.18.1 Departamento de servicios generales

Este Departamento comprende todos aquellos servicios que tienen como finalidad cubrir las actividades de carácter general para la operación y mantenimiento de la Institución. Son servicios no médicos y comprenden: administración, mantenimiento, lavandería, cocina, centrales de vapor y electricidad muy bien definidos por su equipo y operación del mismo y por razones prácticas generalmente se ubican en planta baja, sobre para aquellos que emplean equipos pesados, lo cual aumentaría los costos al instalarlos en pisos superiores. La medida para la proyección de estos servicios debe ser además del equipo, el personal encargado de su operación. (Salas, G. 1970)

2.2.18.2 Departamento de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Como su nombre lo expresa son aquellos servicios destinados a ayudar, complementar o verificar el diagnóstico de un paciente, o bien aplicar un tratamiento con fines terapéuticos. Está constituido por los servicios de radiaciones, laboratorios, anatomía patológica, farmacia, etc. Son servicios destinados a los pacientes externos e internos, por lo tanto debe estar en buena relación con el Departamento de Servicios Ambulatorios y aunque no estrictamente de fácil circulación hacia los servicios de hospitalización. (Salas, G. 1970)

2.2.18.3 Departamento de servicios ambulatorios

Son aquellos servicios destinados a prestar atención médica a los pacientes, sin que éste sea internado, es decir sin ingresar a los servicios de hospitalización. Las actividades de este departamento son: el examen del paciente con fines de diagnóstico y como actividades de prevención. Está integrado por los servicios de consulta externa, de medicina curativa y medicina preventiva, servicios de medicina social. La

medicina para proyectar estos servicios es el consultorio médico que determina su característica principal y los servicios auxiliares a estos consultorios. Su ubicación debe ser de fácil acceso al público preferiblemente en planta baja y en buena relación con los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. (Salas, G. 1970)

2.2.18.4 Departamento de servicios de hospitalización

Son aquellos destinados a prestar asistencia médica a los pacientes previa condición de su internamiento en el hospital. Su característica principal esta determinada por la unidad de hospitalización completa de sus servicios auxiliares de enfermería. Como medida para la proyección de estos servicios se tiene la cama del paciente, con todas las características que ésta tiene dentro de un hospital. Definiendo como cama hospitalaria, “la cama propiamente dicha mas los recursos necesarios para dar una atención médica suficiente y oportuna al paciente por períodos no menores de 24 horas”. (Salas, G. 1970)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Consideraciones generales

En toda investigación científica, se hace necesario, que los hechos estudiados, los resultados obtenidos y las evidencias significativas encontradas en relación al problema investigado, reúnan las condiciones de confiabilidad, objetividad y validez; para lo cual, se requiere definir los métodos, técnicas y procedimientos metodológicos, a través de los cuales se intenta dar respuestas a las interrogantes objeto de investigación.

El Marco Metodológico, de la presente investigación donde se propone el Diseño de una Clínica Popular en la Ciudad de Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, bajo la clasificación de Hospital Tipo I; indica el conjunto de métodos, técnicas y protocolos instrumentales que se emplearán en el proceso de recolección de los datos requeridos en la investigación propuesta.

Para la cual fue seleccionada la modalidad de Proyecto Factible. En tal sentido, se desarrollaran importantes aspectos relativos al tipo de estudio, diseño de investigación, incorporados en relación a los objetivos establecidos como:

- Tipo de Investigación.
- Diseño de la Investigación.
- Población y Muestra.
- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.2 Tipo de investigación

De acuerdo al problema planteado referido al Diseño de una Clínica Popular en la Ciudad de Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, bajo la clasificación de Hospital Tipo I; y en función de sus objetivos, se incorpora el tipo de investigación denominado Proyecto Factible. Sin embargo, es importante destacar que un trabajo de grado basado en la modalidad de proyecto factible, según Balestrini “esta orientado a proporcionar respuestas o soluciones a problemas planteados en una determinada realidad: organizacional, social, económica, educativa, etc. En este sentido, la delimitación de la propuesta final, pasa inicialmente por la realización de un diagnóstico de la situación existente y la determinación de las necesidades del hecho estudiado, para formular el modelo operativo en función de las demandas de la realidad abordada”.

El propósito de esta investigación está orientado a la solución de un problema existente en el Municipio Sotillo como lo es la falta de instalaciones asistenciales que cubran la demanda en el área de hospitalización de este Municipio (camas hospitalarias). Este proceso de investigación parte de un “problema”, no como pregunta formulada desde una actitud de ignorancia, sino definiendo el problema desde una situación práctica formulada a partir de una expectativa de posible solución.

3.3 Diseño de la investigación

Una vez que se ha definido el tipo de estudio a realizar y establecido los lineamientos para la investigación, se procede a concebir la manera práctica y concreta de responder a las preguntas de investigación. Esto implica seleccionar o desarrollar un diseño de investigación y aplicarlo al contexto particular de estudio.

Según Balestrini, “los diseños de investigación de los estudios exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales o experimentales y los proyectos factibles, siempre serán de campo. Para el caso de la presente investigación será de tipo proyecto factible, con un diseño básico de campo combinado en el proceso investigativo con el diseño bibliográfico.

El diseño de la investigación de campo, está representado en esta investigación por la descripción de las características y servicios de los principales centros de salud pública presentes en el Municipio Sotillo, así como el déficit que presenta la población del mismo con respecto a camas hospitalarias en estos centros.

Por su parte, el diseño bibliográfico corresponde con los datos de origen secundario, en donde se pretende recopilar la mayor información bibliográfica posible, necesaria para ayudar a alcanzar los objetivos propuestos. En ese sentido, se utilizarán fuentes derivadas de la revisión de libros de texto, publicaciones, revistas, información digital, normas, reglamentos, leyes o cualquier otro que sea necesario y brinde información relacionada con el estudio.

El esquema a seguir en esta investigación, esta basado en la presentación y formulación de un problema, formulación de objetivos, revisión de la documentación referente al problema, recolección y análisis de la información, análisis de datos y aplicación de un plan de proyecto que defina el Diseño de una Clínica Popular en el Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, bajo la clasificación de Hospital Tipo I, a través de un análisis de las variables que influyen en el diseño de tipo geográficas, físico- ambientales y urbanas, así como la determinación de los espacios y áreas que requiere el mismo.

3.4 Población y Muestra

Tamayo (1988); define Población como: "La totalidad de fenómenos a estudiar en donde las unidades poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación". Sampier (1999); define Población como: "un conjunto de cosas y objetos que tienen características iguales"

En resumen, la población representa la totalidad de la investigación, cuyos componentes presentan características comunes que permiten realizar una investigación. De esta manera, para esta investigación se planteó como población a los habitantes del Municipio Juan Antonio Sotillo específicamente los usuarios de los principales centros asistenciales públicos del mismo.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas de Recolección de Datos Secundarios

Están relacionadas con las fuentes de origen secundarias, aquellas que derivan de investigaciones previas.

3.5.1.1 Investigación en organismos involucrados

A través de esta técnica se permitió la recopilación de los datos suministrados por los organismos relacionados con el sector salud en el Estado, como SALUDANZ, centros de salud existentes y entes gubernamentales como la Alcaldía del Municipio Sotillo, el Consejo Local de Planificaciones y demás organismos.

3.5.1.2 Revisión bibliográfica

Permite el acercamiento del investigador al hecho investigado a través de fuentes secundarias. Incluye la revisión y análisis de los antecedentes, textos y otros documentos. A lo largo del proceso investigativo, se irán definiendo las técnicas a través de las cuales se depurará la información derivada de la revisión bibliográfica.

Esta técnica permitió recolectar toda la información de origen bibliográfico con la finalidad de adquirir, reforzar y ampliar los conocimientos sobre el tema del diseño de clínicas u hospitales a través de referentes arquitectónicos, revistas, publicaciones científicas, Páginas Web, entre otras.

3.5.2 Técnicas de Recolección de Datos Primarios

Son aquellas que el investigador obtiene directamente de la realidad, recolectándolos con sus propios instrumentos a partir de la observación directa, aplicación de encuestas, entrevistas, consulta a expertos, entre otras.

3.5.2.1 Observación directa

Con esta técnica se visualizó directamente el estado de las instalaciones de los principales centros asistenciales del Estado Anzoátegui específicamente los ubicados en el Municipio Sotillo, recabando información necesaria para determinar el funcionamiento y la consolidación de los mismos. Mediante la observación se pretende acopiar un registro fotográfico y datos resaltantes de las instalaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos de esta investigación está referido a determinar el estado actual de los principales centros de salud pública presentes en el Municipio Sotillo en cuanto a instalaciones, capacidad y calidad del servicio que prestan a la comunidad, a través de la técnica de observación directa, la cual permitió visualizar directamente el estado de las instalaciones de los mismos como lo son la Clínica Popular Jesús de Nazaret y el Hospital César Rodríguez de Guaraguao, recabando la información necesaria para acopiar un registro fotográfico y datos resaltantes de las instalaciones.



Figura 4.1. Fachadas clínica popular Jesús de Nazaret



Figura 4.2. Clínica popular Jesús de Nazaret



Figura 4.3. Fachadas hospital César Rodríguez de Guaraguao



Figura 4.4. Hospital César Rodríguez de Guaraguao

Tabla 4.1. Establecimientos de salud del Municipio Juan Antonio Sotillo

MUNICIPIO JUAN ANTONIO SOTILLO			
Ambulatorios	Nombre	Tipo	Ubicación
Urbanos	Guanire (Actual Clínica Nazaret)	II	Puerto La Cruz
	Chuparín Arriba	I	Puerto La Cruz
	Las Charas	I	Puerto La Cruz
	Las Delicias	I	Puerto La Cruz
	Molorca	I	Puerto La Cruz
	Oropeza Castillo	I	Puerto La Cruz
	Cuevas de Guanire	I	Puerto La Cruz
	Tierra Adentro	I	Puerto La Cruz
	Paraíso	I	Puerto La Cruz
	Pozuelos	I	Pozuelos
	Sierra Maestra	I	Puerto La Cruz
Rurales	El Rincón	II	El Rincón
	Boquerón	II	El Rincón
	San Diego	II	El Rincón
	Putucual	II	El Rincón
	Pekín	II	Pekín
	Provisor	II	El Rincón
	Carraspozo	I	El Rincón
	Carrizales	I	El Rincón

FUENTE: MSDS. Establecimientos De Salud Especificados Por Organismos, Entidad Federal Y Municipios. Venezuela 2000

Tabla 4.2. I.V.S.S del municipio Juan Antonio Sotillo

MUNICIPIO JUAN ANTONIO SOTILLO I. V. S. S					
Clasificación	Nombre	Tipo	Ubicación	Nº de Camas Arquitectónicas	Nº de Camas Funcionales
Hospital	César Rodríguez de Guaraguao	III	Puerto La Cruz	200	192
A. Urbano	José Antonio Sotillo	II	Puerto La Cruz	0	0

FUENTE: MSDS. Establecimientos De Salud Especificados Por Organismos, Entidad Federal Y Municipios. Venezuela 2000

Los resultados obtenidos de la aplicación de las técnicas de observación directa, así como investigación bibliográfica permitieron una mejor percepción de los requerimientos que presenta la población del Municipio Sotillo con respecto a los Centros Asistenciales Públicos, debido a que de acuerdo con los datos obtenidos, los principales centros que cumplen con esta función carecen de algunos servicios como por ejemplo hospitalización ya sea por no contar con las instalaciones para prestar este servicio o por el deterioro de las mismas.

Asimismo se logró determinar el estado actual que presentan los principales centros de salud pública de la zona, como lo son el Hospital César Rodríguez de Guaraguao, el cual se encuentra actualmente en una situación de deterioro y deficiencia en la prestación de los servicios y el estado de las instalaciones y la Clínica Popular Jesús de Nazaret que a pesar de contar con las instalaciones adecuadas carece de algunos servicios que generan gran demanda en la población que no pueden acceder al sistema de salud privada como se menciono es el caso del servicio de hospitalización.

En el caso específico de los lineamientos de diseño de la clínica popular del Municipio Sotillo van a ser tomado en cuenta los datos obtenidos en los entes competentes del Municipio Sotillo, como lo son el Consejo de Planificación Local, el Departamento de Ingeniería Municipal de la Alcaldía del Municipio Sotillo, SALUDANZ, entre otros quienes aportan el análisis de los requerimientos de la población actualmente. Así como la ubicación del proyecto en este Municipio.

CAPÍTULO V

FASE DESCRIPTIVA

5.1 Localización

5.1.1 Ubicación

Dentro de los límites territoriales de la Republica Bolivariana de Venezuela, el área de estudio se localiza en la jurisdicción de la Alcaldía del Municipio Juan Antonio Sotillo, Ciudad de Puerto La Cruz, Estado Anzoátegui; específicamente entre las Calles Guamache y Guaraguao de este Municipio.

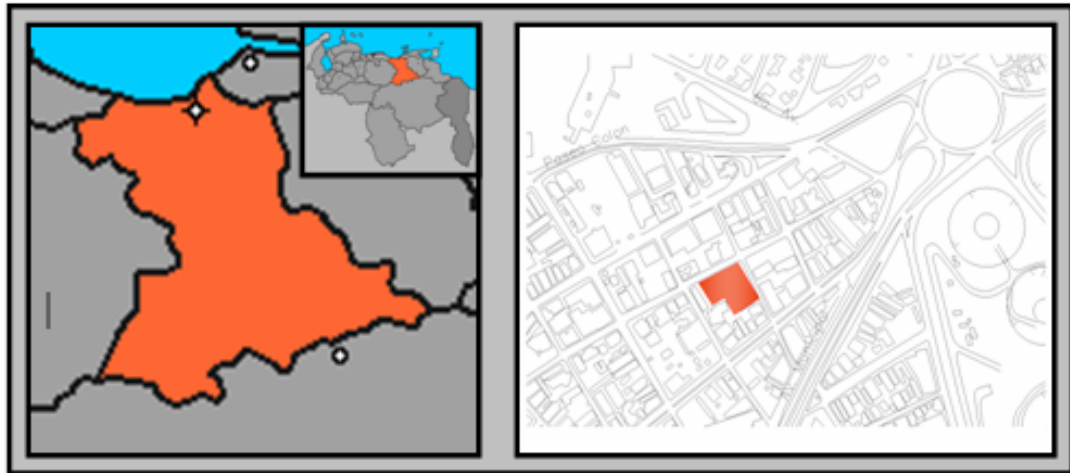


Figura 5.1. Ubicación del área de estudio



Figura 5.2. Referencias Ubicación Terreno

5.2 Análisis de variables

5.2.1 Variables Físico-Ambientales

Los datos obtenidos para el desarrollo de estas variables fueron recopilados en el Ministerio de Ambiente y el Ministerio de Infraestructura. Los registros recopilados corresponde a la data histórica de temperatura, precipitación, humedad absoluta, velocidad del viento y dirección prevaleciente, en el lapso comprendido entre el año 1991 y al 2004 de la Estación Barcelona.

5.2.1.1 Clima

Según la clasificación climática de Koeppen, el clima del área pertenece al tipo BS, caracterizado por ser un clima seco, semidesértico, muy cálido e isotérmico, con una precipitación media anual de 521,6 mm. El clima del área se encuentra influenciado por las condiciones típicas de las zonas costeras como lo son: los vientos alisios de NE, la topografía plana y la vegetación de baja densidad.

Diagnóstico: Por el tipo de clima se debe prestar especial atención a la vegetación manejada en el proyecto, ya que el mismo presenta temperaturas elevadas que dificultan la existencia de algunas especies en la zona.

5.2.1.2 Temperatura

Se reporta una temperatura media anual de 26,5 °C con una oscilación entre el mes más fresco (Enero 24,5°C) y el más cálido (Mayo 27,6°C) de 2,2 °C. Las diferencias máximas y las mínimas mensuales están en el orden de 10 y 11°C, lo cual no es tan alto para una zona semiárida, pero se explica por su proximidad a la costa.

Diagnóstico: Por los resultados obtenidos del análisis se determina el tipo de material que se debe emplear en la edificación, a fin de no alterar la temperatura en el interior de la misma, así como el uso de elementos en la fachada que ayuden a contrarrestarla.

5.2.1.3 Precipitación

La distribución de las lluvias en la zona está condicionada por la orientación de la costa y el relieve. Se observa una precipitación media anual de 593,89 mm. En el área predominan dos tipos de precipitación, la conectiva y la orográfica. La zona presenta dos períodos contrastantes: uno lluvioso desde finales de Mayo a principios de Septiembre, concentrando el 80% de las lluvias en los meses de Junio a Agosto y un

período seco que se extiende desde Octubre a Abril, siendo el mes más seco Marzo con un valor de 3 mm medio mensual.

Tabla 5.1. Resumen de las condiciones de precipitación del año 2007

Año	Pluviosidad (mm/año)
1991	567
1992	554
1993	533
1994	591
1995	582
1996	589
1998	515
1999	811
2007	603
Promedio	593,89

Resumen de las condiciones de precipitación del año 2007 hasta el mes de noviembre y pronóstico para el mes de diciembre, reportado por la Estación Meteorológica de Barcelona.

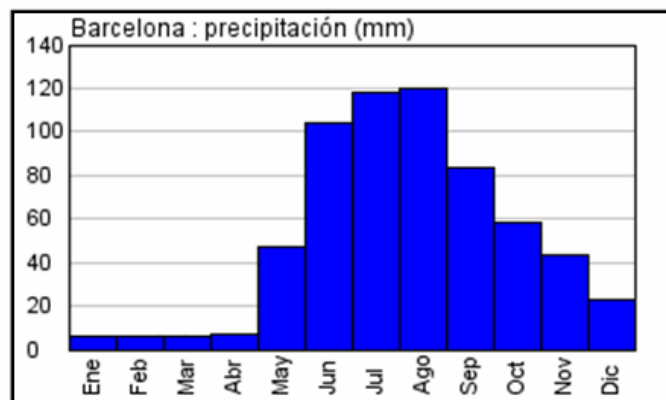


Figura 5.3 Precipitaciones año 2007.

Diagnóstico: Se debe preveer de acuerdo al análisis las posibilidades de inundación en la zona, por lo que se recomienda el mantenimiento de drenajes, así como la utilización de desniveles en el diseño para elevar la edificación con respecto al nivel de la calle.

5.2.1.4 Vientos

Al igual que en el resto del territorio nacional la acción de los vientos alisios se hace presente, siendo estos más intensos en los meses de Diciembre, Enero, Febrero y Marzo. El viento tiene una dirección del NE, mientras que en los meses de Agosto a Diciembre es de E- SE. La velocidad media anual es de 9,2 km/h.

Diagnóstico: Se recomienda la disposición de la edificación de tal manera que las áreas externas e internas se beneficien con la ventilación natural, según sea el caso.

5.2.1.5 Humedad

Se considera alta durante todo el año, pero aumenta en la época de lluvias, influyendo la proximidad al mar o a las masas de aguas.

- Mínima: 58%
- Media: 79%
- Máxima: 93%.

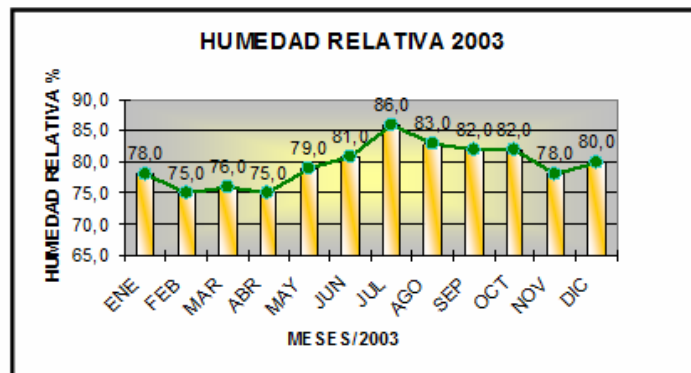


Figura 5.4. Humedad Relativa 2003

Diagnóstico: Por el porcentaje de humedad presente en la zona se hace necesario disponer de elementos que disminuyan las concentraciones de vapores en la edificación. Así como el uso de materiales que cumplan con el este propósito.

5.2.1.6 Insolación

La insolación es alta, dada las características de exposición a los vientos. Es así como para un periodo de insolación de doce horas como base, el área recibe un promedio anual de 7.8 horas. Los meses más soleados son los de sequía, destacándose Enero, Marzo y Mayo respectivamente.

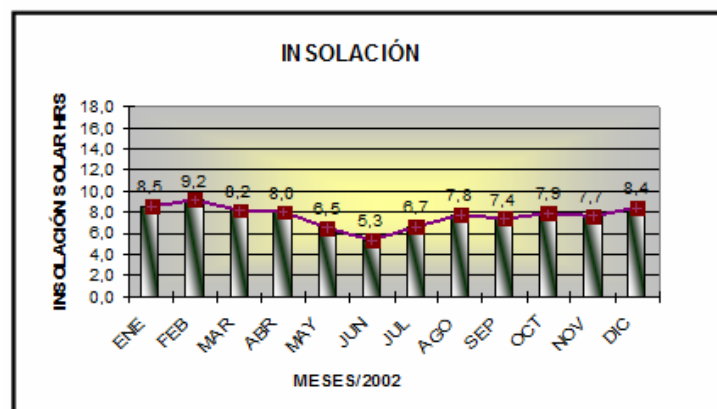


Figura 5.5. Insolación año 2002

Diagnóstico: Debido a la incidencia solar, se recomienda la disposición de elementos de protección solar en las fachadas afectadas.

5.2.1.7 Vegetación

Bosque Seco Tropical: Cubre la mayor parte del área se extiende a todo lo largo y ancho. Los bosques de esta formación están conformados por árboles xerofíticos litorales (cactáceas) El cuji yaque, dividive, espino, palo de brea, yacure, tuna, guamacho, jabillo, Apamate, Cardón, etc.

Diagnóstico: Se deben tomar en cuenta las especies propias, para el tipo de clima presente en la zona, ya que estas serán las que soporten las altas temperaturas mencionadas anteriormente.

5.2.2 Variables Urbanas

5.2.2.1 Zonificación

De acuerdo a la Ordenanza de Zonificación del Municipio Sotillo, la parcela posee una Zonificación, R6-CC. Permitiendo la construcción de usos como: Vivienda Multifamiliar, oficina, comercial y asistencial.



Figura 5.6. Zona de Estudio.

Diagnóstico: Se tomarán en cuenta las normas que estipula esta zonificación para el diseño del edificio.

5.2.2.2 Vialidad Y Transporte

Accesibilidad

La principal vía de acceso al terreno deriva de la Avenida 5 de Julio, incorporándose la Calle Guamache y el cruce de esta con la Calle Guaraguao.

Diagnóstico: Con el acceso de estas vías a la edificación se diseñará la circulación vehicular interna de la parcela, en función al sentido de estas calles.

5.2.2.3 Transporte

En cuanto al transporte se caracteriza por ser de tipo urbano. El tipo de servicio de transporte observado son los autobuses y carritos por puesto que transitan por la Avenida 5 de julio.

Diagnóstico: Se tomará en cuenta la ruta del transporte urbano que transita por la zona para la disposición de los accesos peatonales a la edificación.



Figura 5.7. Calles Guamache y Guaraguao

5.2.2.4 Análisis De Flujos

La zona en estudio presenta un flujo, tanto vehicular como peatonal medio.

Diagnóstico: Se tomará en consideración el flujo vehicular en la zona para el diseño de los accesos y circulación a la edificación.

CAPÍTULO VI

DESARROLLO

6.1 Programación clínica popular del Municipio Sotillo

- Servicios Administrativos
 - Área administrativa
 - Servicios Generales

- Servicios Clínicos Ambulatorios
 - Consulta Externa
 - Servicios de Apoyo

- Cirugía

- Hospitalización (para 20 camas)

- Emergencia

- Servicio de Área Docente

- Estacionamiento

6.2 Esquema funcional

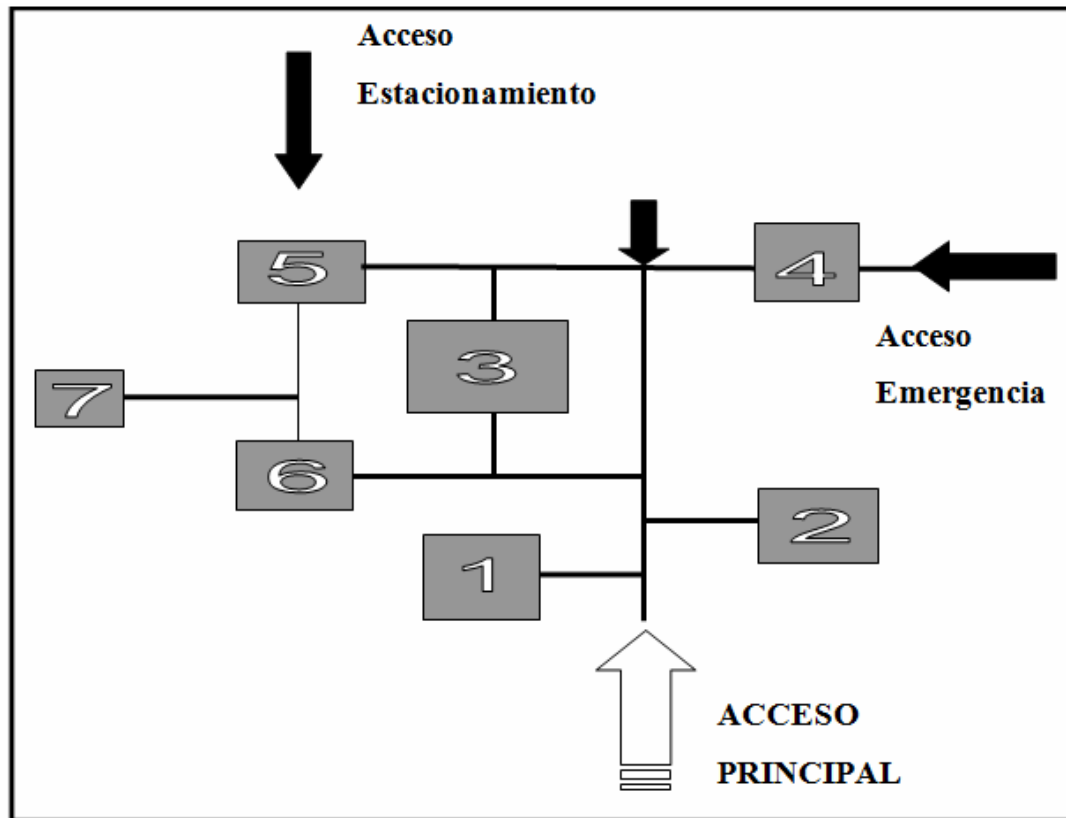


Figura 6.1 Esquema funcional clínica popular del Municipio Sotillo

1. Administración
2. Consulta externa
3. Servicios intermedios
4. Emergencia
5. Servicios generales
6. Hospitalización (Para 20 Camas)
7. Servicios de Área Docente

6.2.1 Servicios administrativos

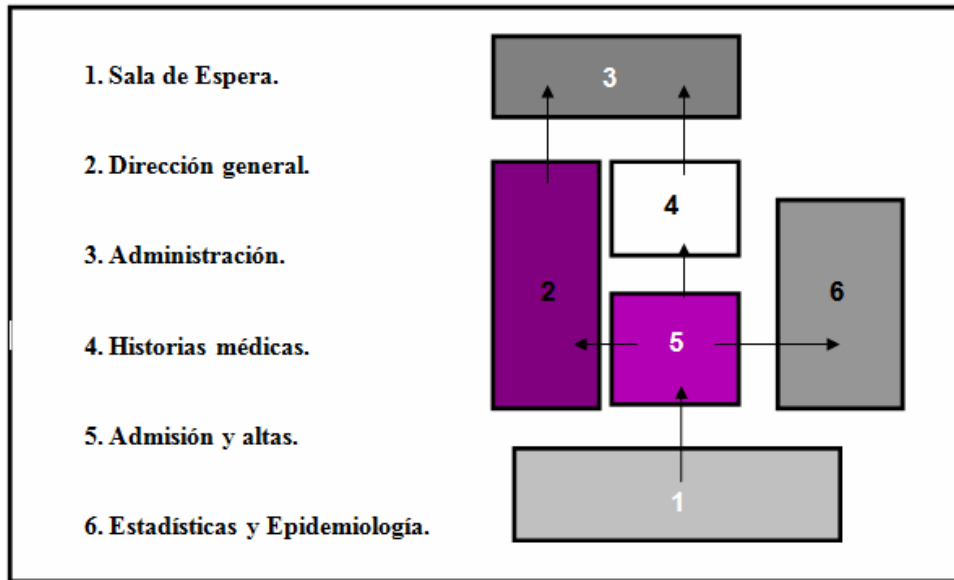


Figura 6.2. Esquema de relaciones funcionales servicios

- Dirección General

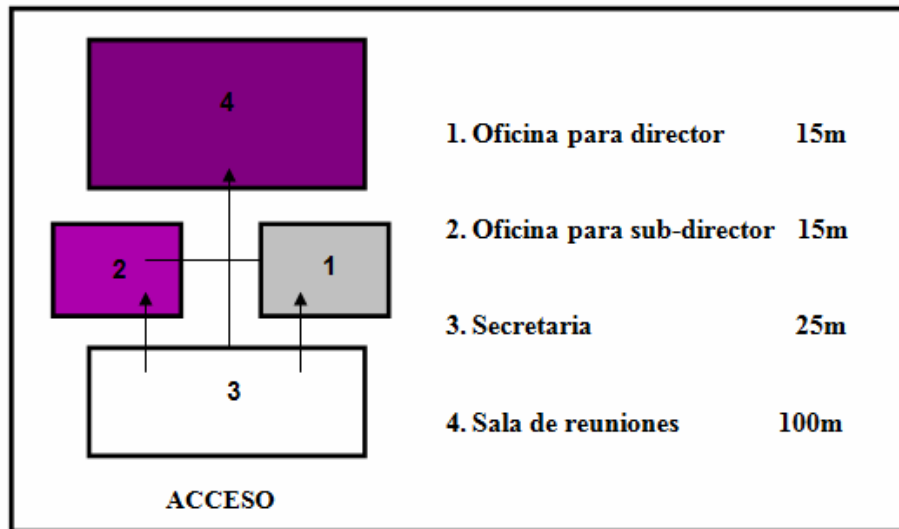


Figura 6.3. Esquema de relaciones funcionales dirección general

- **Administración**

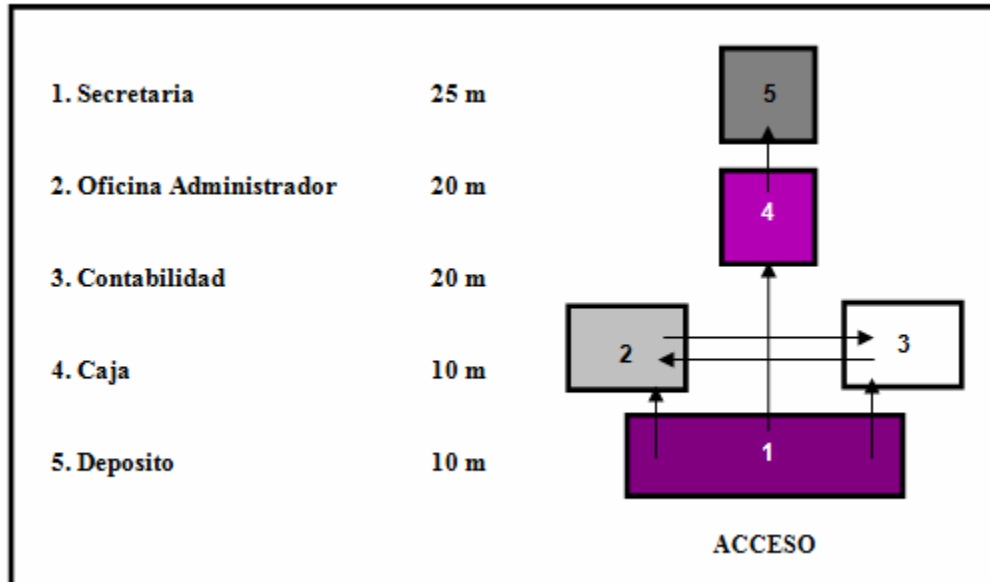


Figura 6.4. Esquema de relaciones funcionales administración.

- **Historias Médicas**

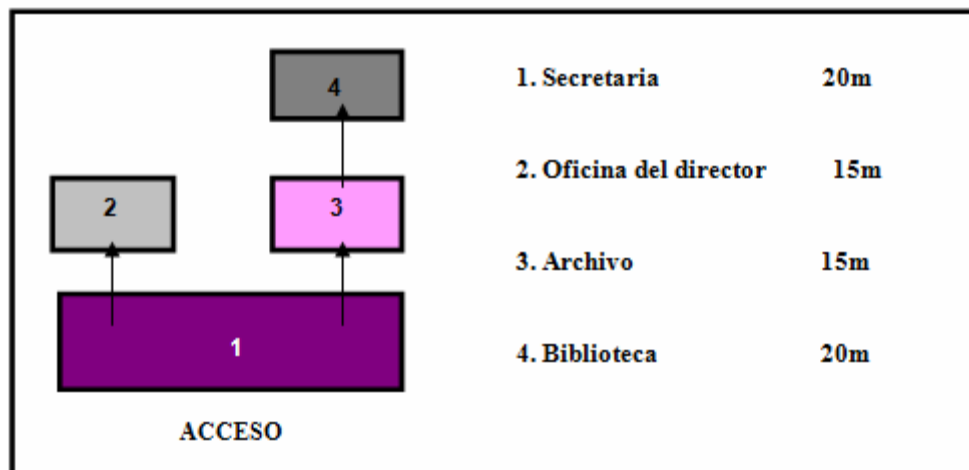


Figura 6.5. Esquema de relaciones funcionales historias médicas

- Admisión y altas, estadísticas, epidemiología, sala de espera general.

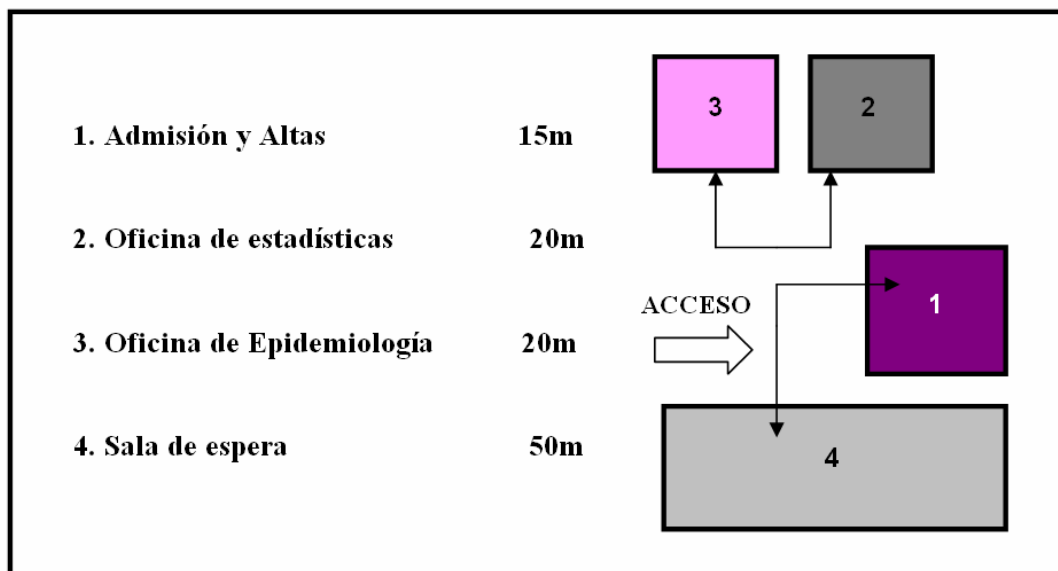


Figura 6.6. Esquema de relaciones funcionales (admisión y altas, estadísticas, epidemiología, sala de espera general).

6.2.2 Servicios Generales

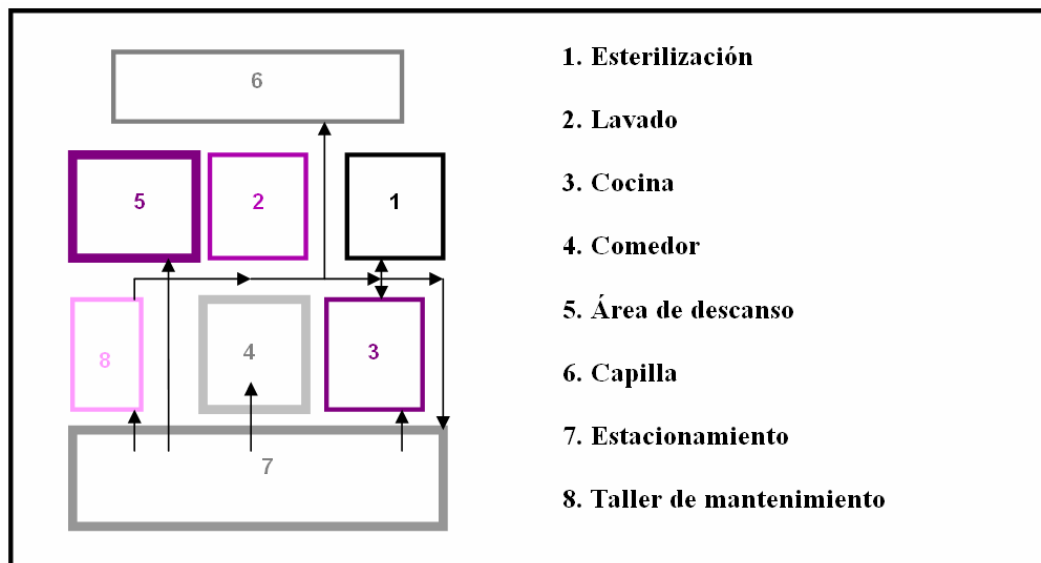


Figura 6.7. Esquema de relaciones funcionales servicios generales.

- Esterilización

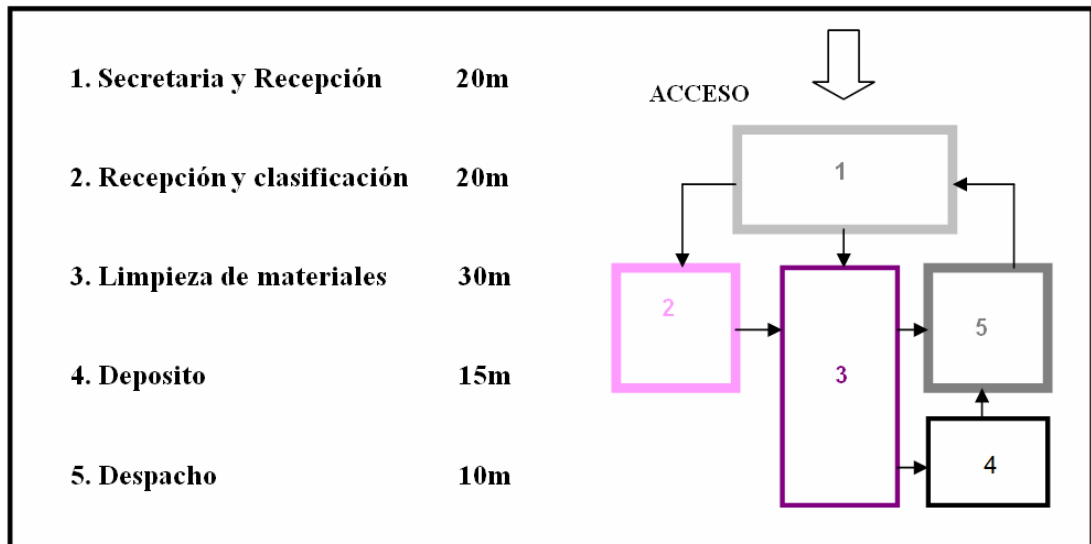


Figura 6.8. Esquema de relaciones funcionales área de esterilización.

- Lavado

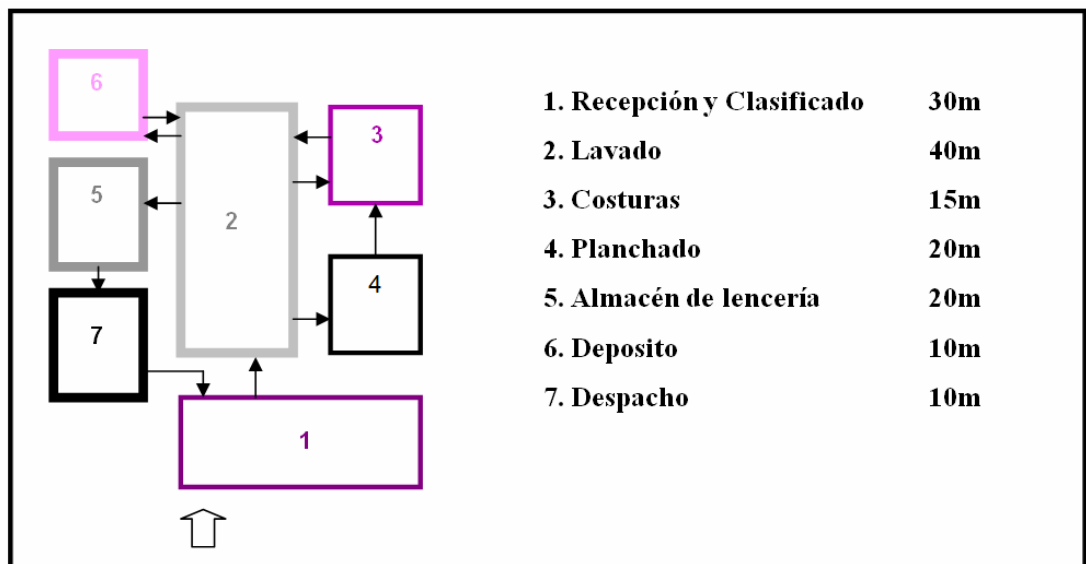


Figura 6.9. Esquema de relaciones funcionales área de lavado.

• **Cocina**

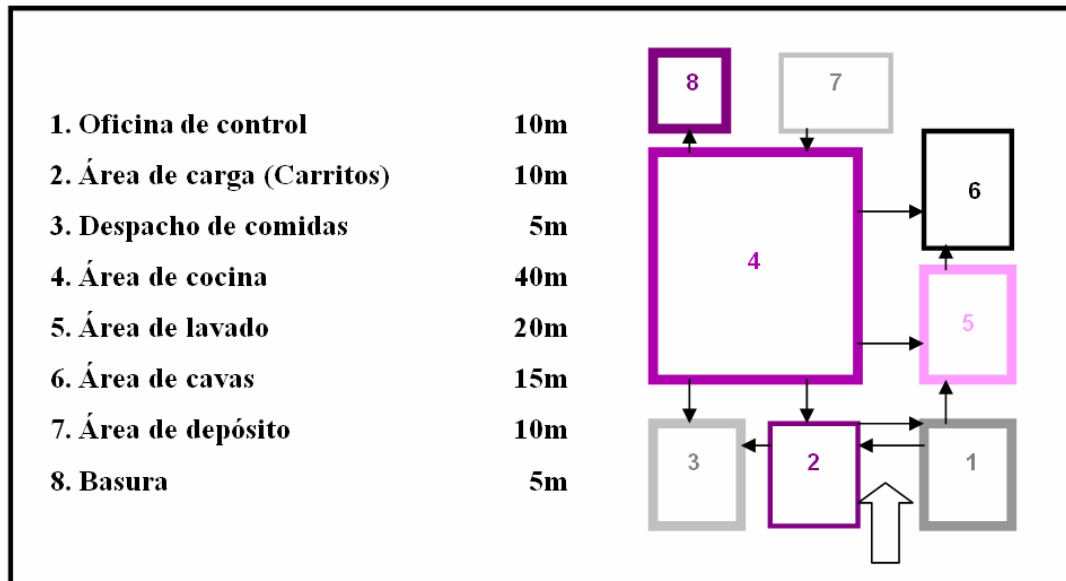


Figura 6.10. Esquema de relaciones funcionales área de cocina

• **Comedor y Área de Descanso**

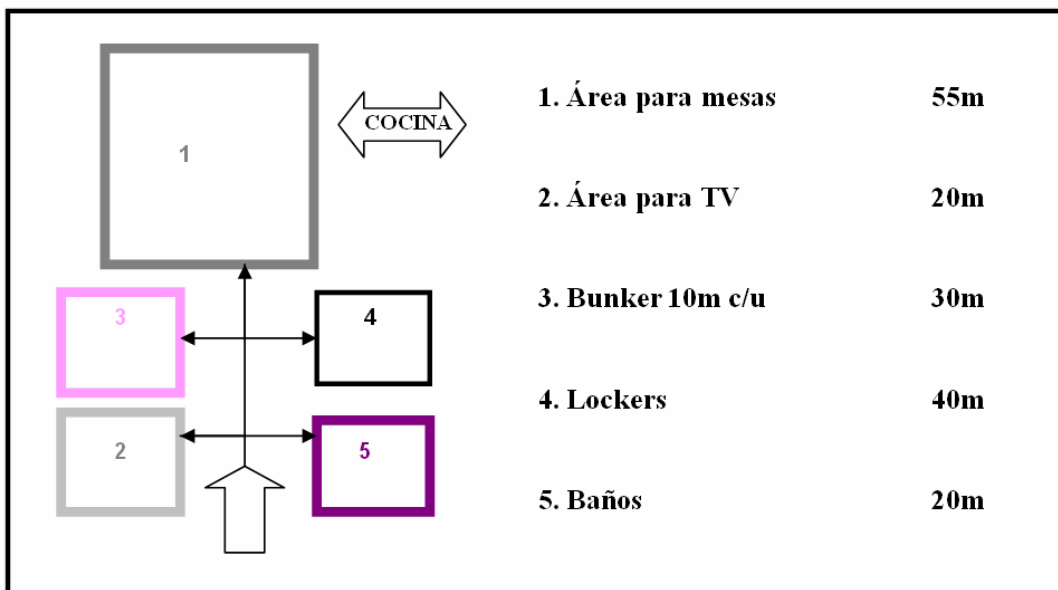


Figura 6.11. Esquema de relaciones funcionales comedor y área de descanso.

- Taller de Mantenimiento

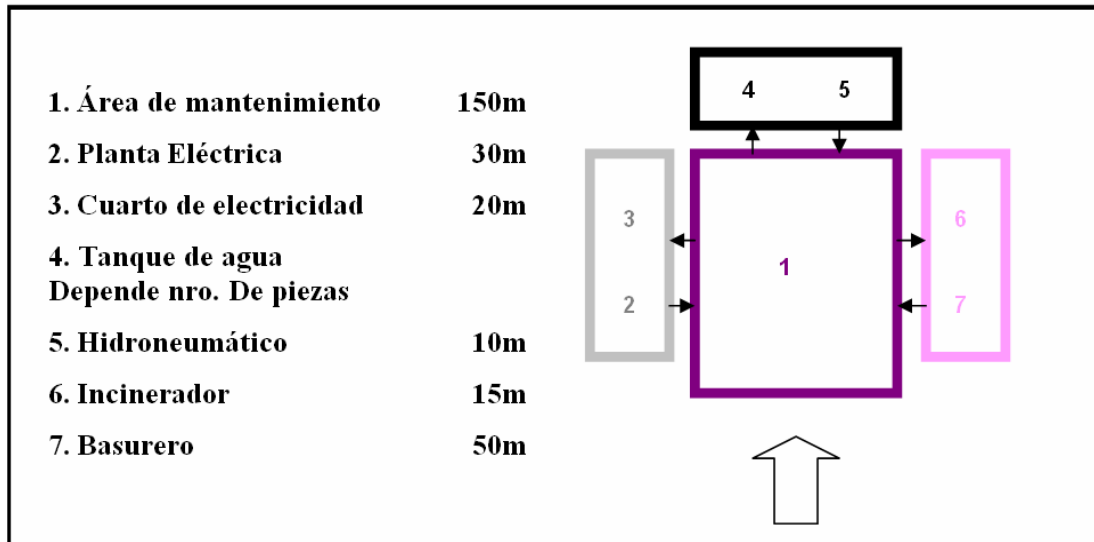


Figura 6.12. Esquema de relaciones funcionales taller de mantenimiento.

6.2.3 Servicios clínicos ambulatorios

6.2.3.1 Consulta externa

- Medicina Familiar
- Medicina Interna
- Pediatría
- Gastroenterología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cardiología
- Neurología
- Psiquiatría
- Oncología
- Cirugía

- Neurología
- Urología
- Endocrinología
- Medicina del Trabajo
- Reumatología
- Toxicología
- Nefrología
- Nutricionista
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia
- Dermatología

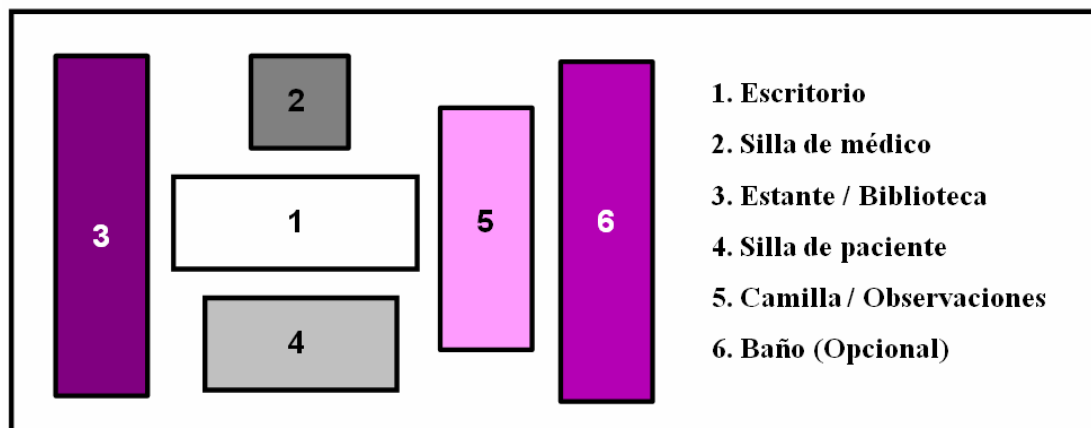


Figura 6.13. Modelo de consultorio.

6.2.3.2 Servicios de apoyo

- Diagnostico y Tratamiento
 - Laboratorio
 - Radiología
 - Imaginología

- Patología
- Foniatría
- Fisioterapia
- Banco de Sangre
- Farmacia
- Anestesiología
- Odontología
- Diálisis
- Laboratorio

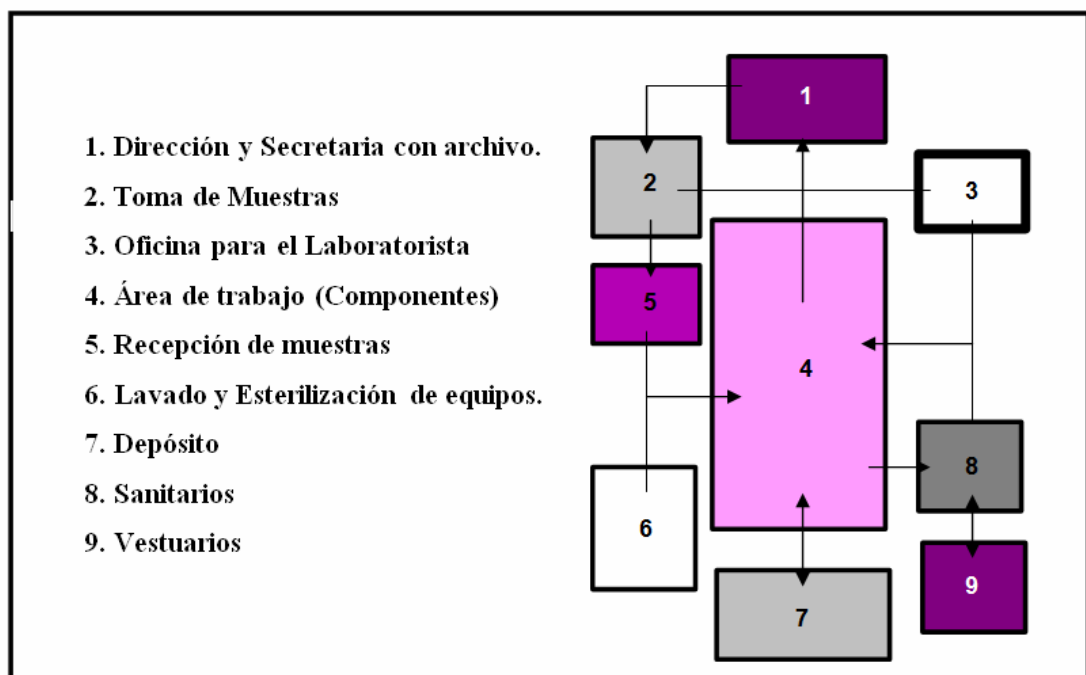


Figura 6.14. Esquema de relaciones funcionales laboratorio.

- Estudios de Radiología

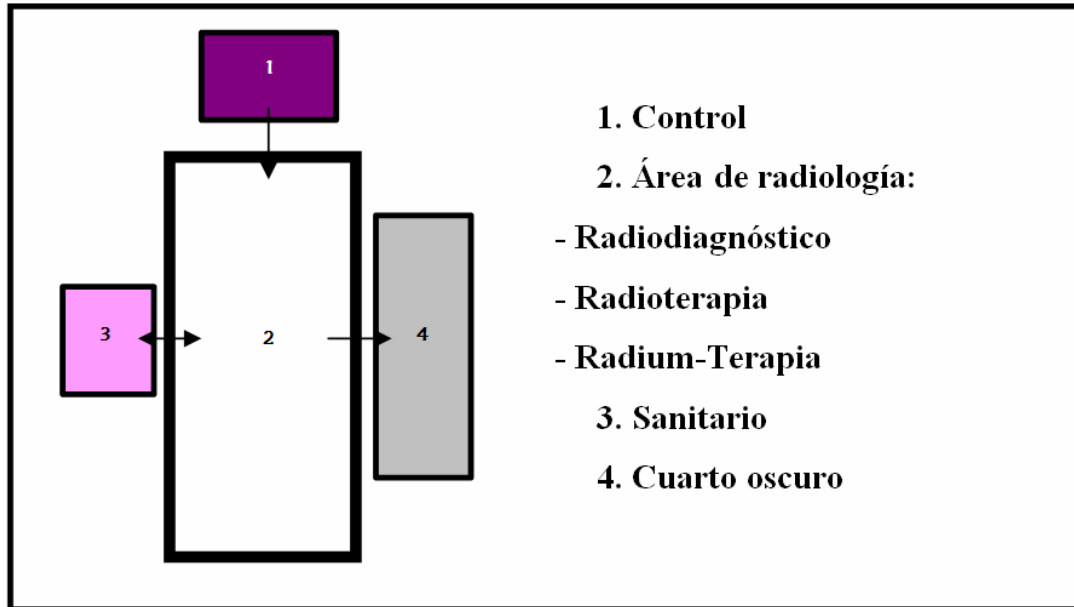


Figura 6.15. Estudios de radiología

- Imaginología

- Tomografía (Con baño)
- Resonancia Magnética (Solo el Equipo)
- Ecosonografía (Sin Baño)
- Cardiografía (Sin Baño)
- Endoscopia (Con Baño + Vestier)
- Colonoscopia (Con Baño + Vestier)
- Mamografía (Solo el Equipo)

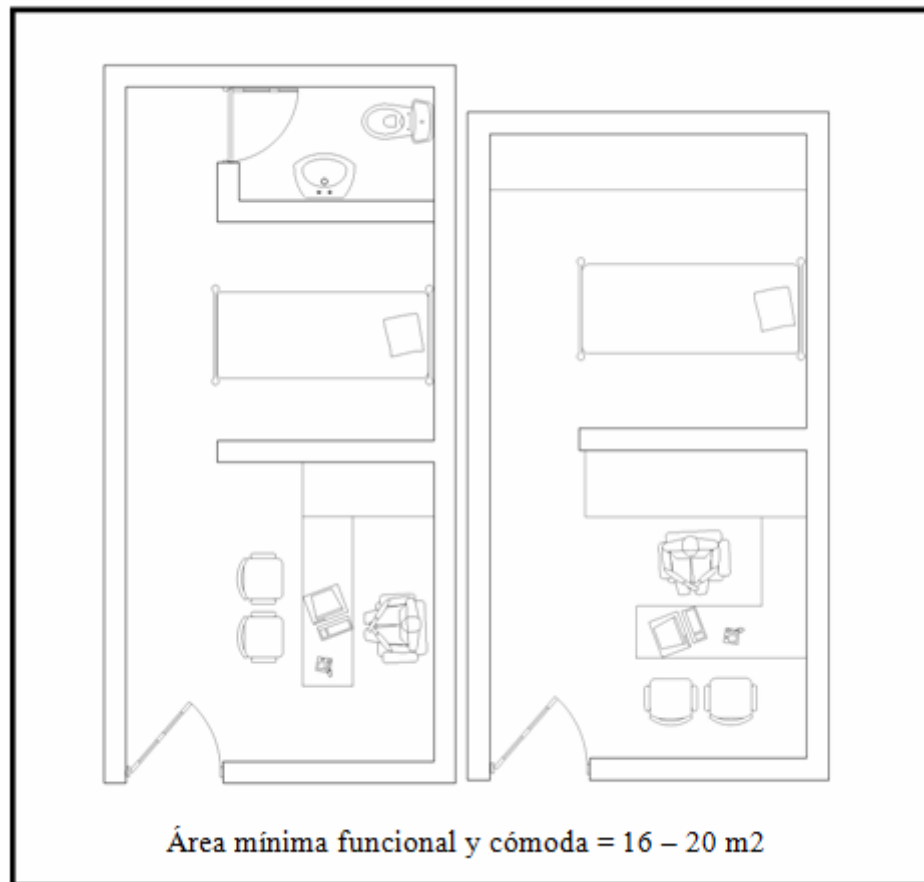


Figura 6.16. Modelo Consultorio Imaginología.

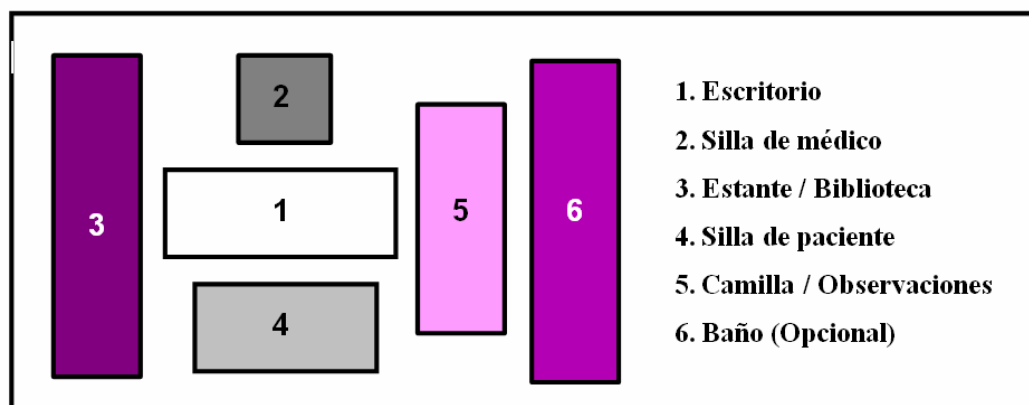


Figura 6.17. Modelo de Consultorio Imaginología.

- Anatomía Patológica

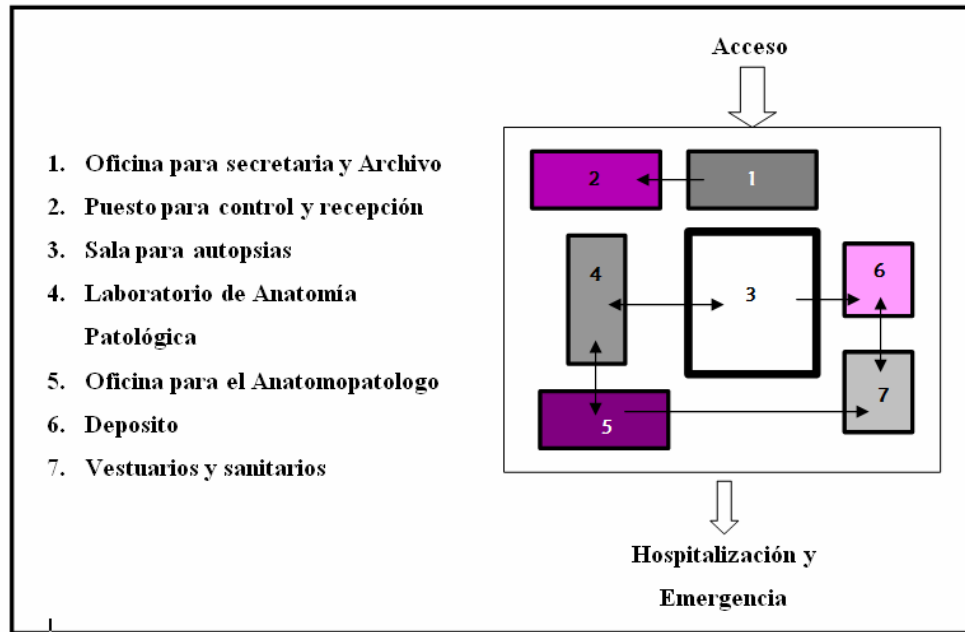


Figura 6.18. Esquema de relaciones funcionales anatomía patológica.

- Fisioterapia y Rehabilitación

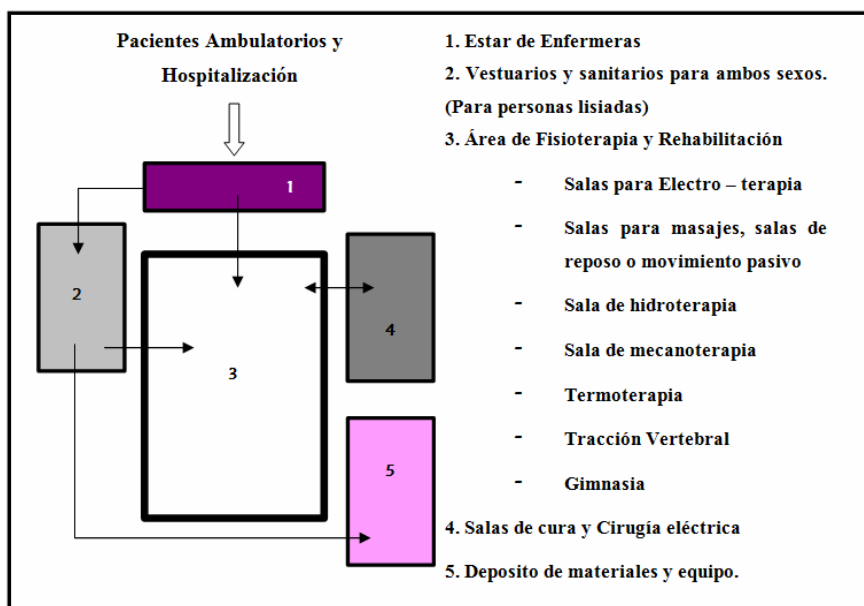


Figura 6.19. Esquema de relaciones funcionales fisioterapia y rehabilitación.

- Banco de Sangre

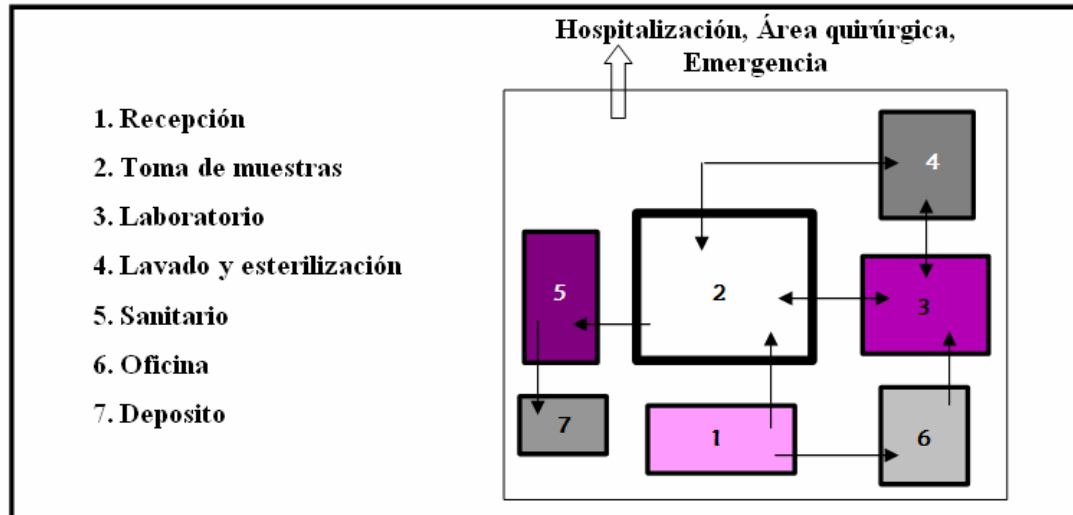


Figura 6.20. Esquema de relaciones funcionales banco de sangre.

- Farmacia

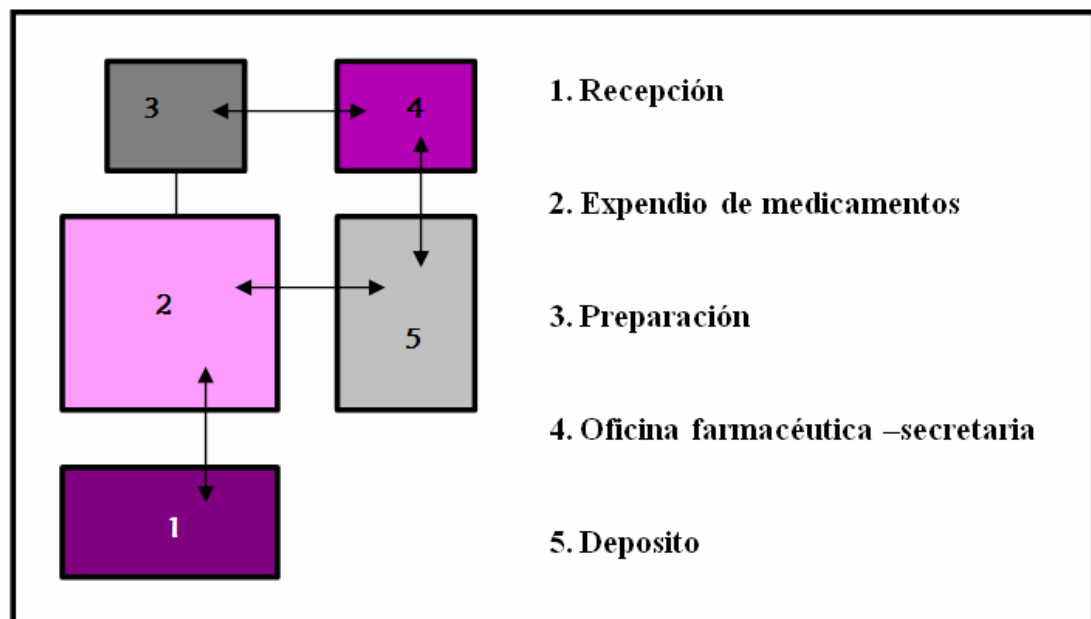


Figura 6.21. Esquema de relaciones funcionales farmacia.

Unidad de Apoyo

- Vestuarios médicos.
- Faenas sucias y limpias.

Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

- Puesto enfermera.
- Recuperación quirúrgica.

Unidad Quirúrgica.

- Mobiliario/Equipos.
- Esterilización.
- Deposito material quirúrgico.
- Área restringida pasillo.
- Área semi-restringida.

Unidad de Cirugía.

- 2 Quirófanos generales.
- 1 Quirófano maxilo-facial.
- 1 Quirófano oftalmológico.
- 1 Sala de parto.



Figura 6.23. Área de Quirófano.

Requerimientos Espaciales:

- Todas las puertas de entrada y salida de pacientes en camilla, deben tener un ancho mínimo de 1,60 mts de tipo vaivén, con visor y protector de camillas.
- Todos los pasillos de circulación de pacientes deben tener un ancho mínimo de 2 mts para libre tránsito de las camillas.
- Los acabados a utilizar a nivel de pisos y paredes deben ser mate, de colores claros, completamente lisos, impermeables y fácilmente lavables, con bordes redondeados.
- La altura mínima libre en el ambiente de quirófano debe ser de 3 mts entre piso y el plafond, y de 4 mts entre el piso y la losa de techo o entrepiso.
- En todos los ambientes ubicados en área restringida, así como en las áreas de recuperación quirúrgica, se debe utilizar techos de plafond liso, sin juntas, con suspensión invisible.

Equipos de la Sala de Quirófano

- Mesa quirúrgica.
- Lámpara scialítica.
- Monitor cardíaco y de tensión arterial.
- Equipo de anestesia y respirador.
- Manta térmica.
- Monitor des-fibrilados.
- Bombona de oxígeno y N₂O para trasegados.
- Silla para anestesiólogo.
- Mesa de elementos anestesiólogos.
- Porta bolsa metálica.
- Balda rodante.
- Vitrina de instrumentos.
- Soporte universal y portátil.

- Tensiómetro.
- Paral de soluciones.
- Escabel de un paso.
- Negastocopio 2 cuerpos.
- Mesa de trabajo y apoyo.
- Electrocauterio.
- Útiles.

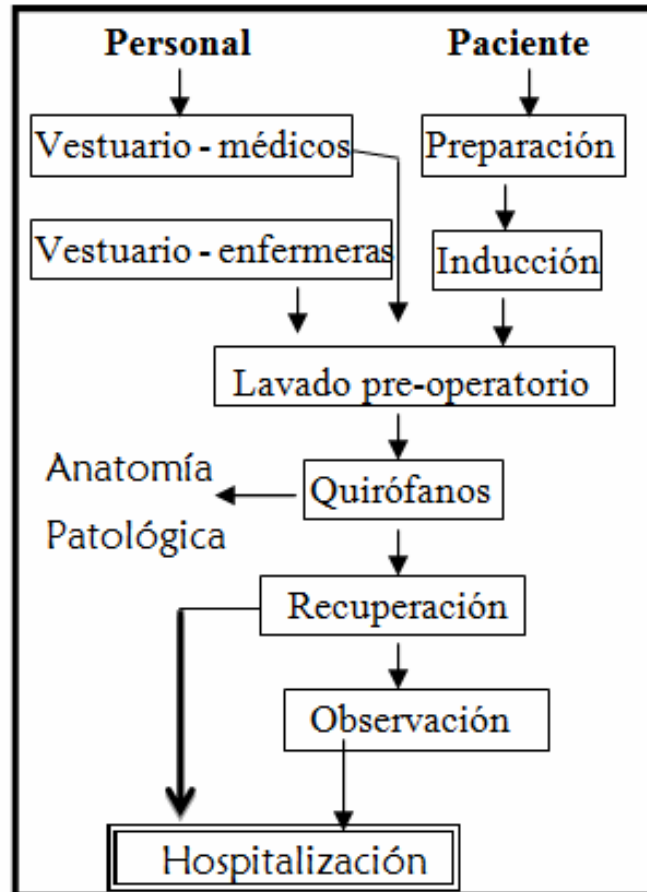


Figura 6.24. Esquema de ingreso y egreso del paciente al área quirúrgica

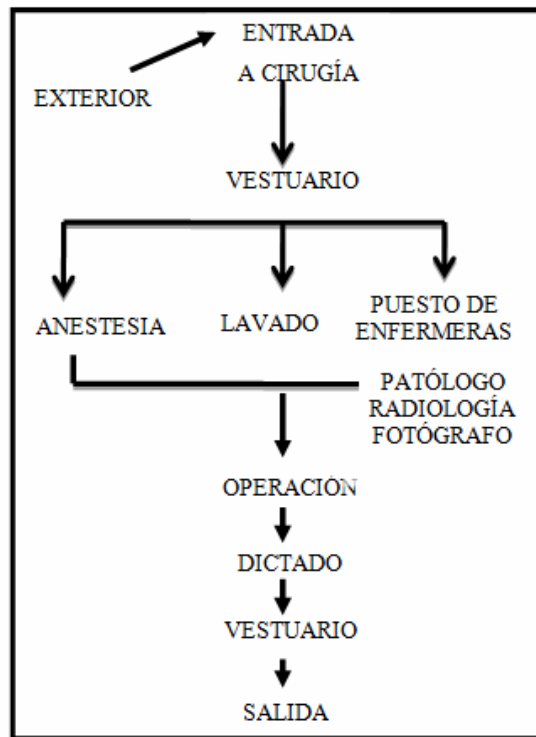


Figura 6.25. Ingreso del personal a quirófano.

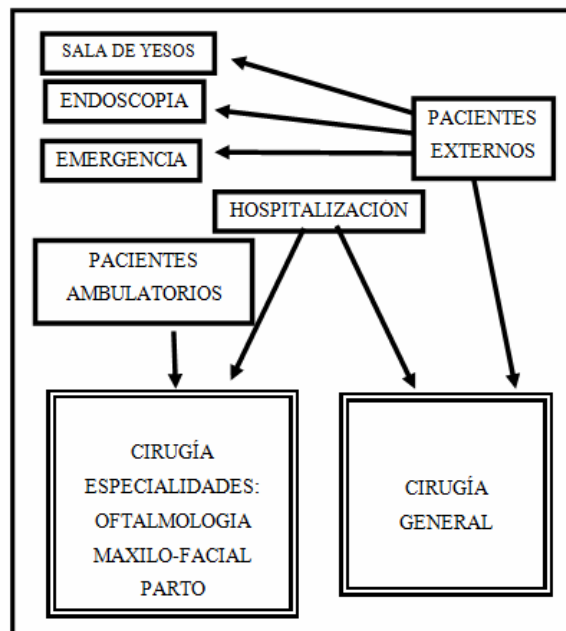


Figura 6.26. Ingreso del paciente a quirófano.

Sala Gineco-Obstétrica

Esta Sala se encarga de la atención pre y post parto. Cuenta con diversos servicios entre ellos:

- Sala de partos y recuperación.
- Sala de partos normales y cesáreas.
- Sala de urgencias.



Figura 6.27. Sala Gineco- Obstétrica.

Requerimientos Espaciales:

- Debe estar separada de la sala de cirugía.
- Sanitario interno para el paciente.
- Mínimo 4 camas de pre-partos con un área de 15 mtros²
- Puesto de supervisor obstétrico.
- Vestuario y baños para médicos y enfermeras.
- Área para camillas.
- Recolección y Lavado pre-parto con un área mínimo de 4.25 mtros²

- Sala de parto con un área mínima de 25 m²
- Los acabados de esta sala son lisos, duro y lavables.
- Recomendable ángulos redondeados.
- Recuperación obstétrica por cada 3 camas de pre-parto.
- El área de cada cama de recuperación será de 8 m² y la separación entre ellas es de 1.2m.
- Corredores de una sola crujía de habitaciones que se comunican con un corredor externo y también con doble crujía enfrentadas unas a las otras habitaciones o a los servicios de hospitalización
- 1 cama 3.30 mts ancho mínimo y el área de 10.89 m², 2 camas con un área total de 14.89 m², 3 camas con un área de 18.15 m² y la habitación de 4 camas con un área de 36.30 m².
- Cuartos Cama-cuna: 5.50 ancho mínimo área de 24.202.
- Cuartos para 6 lactantes: ancho mínimo 3.30m2.

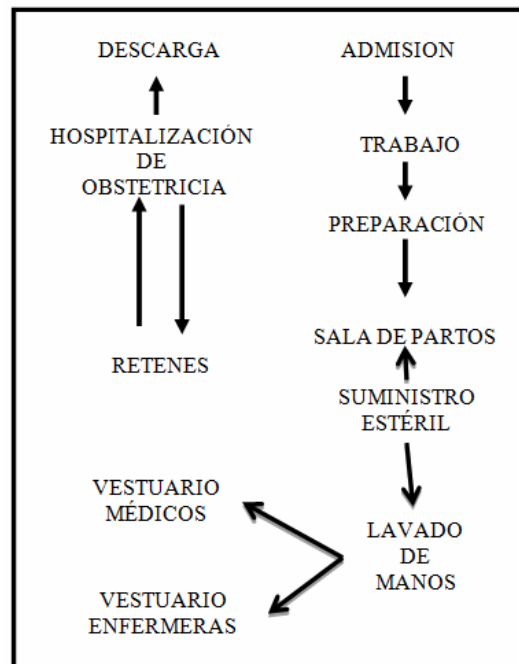


Figura 6.28. Ciclo del paciente en obstetricia

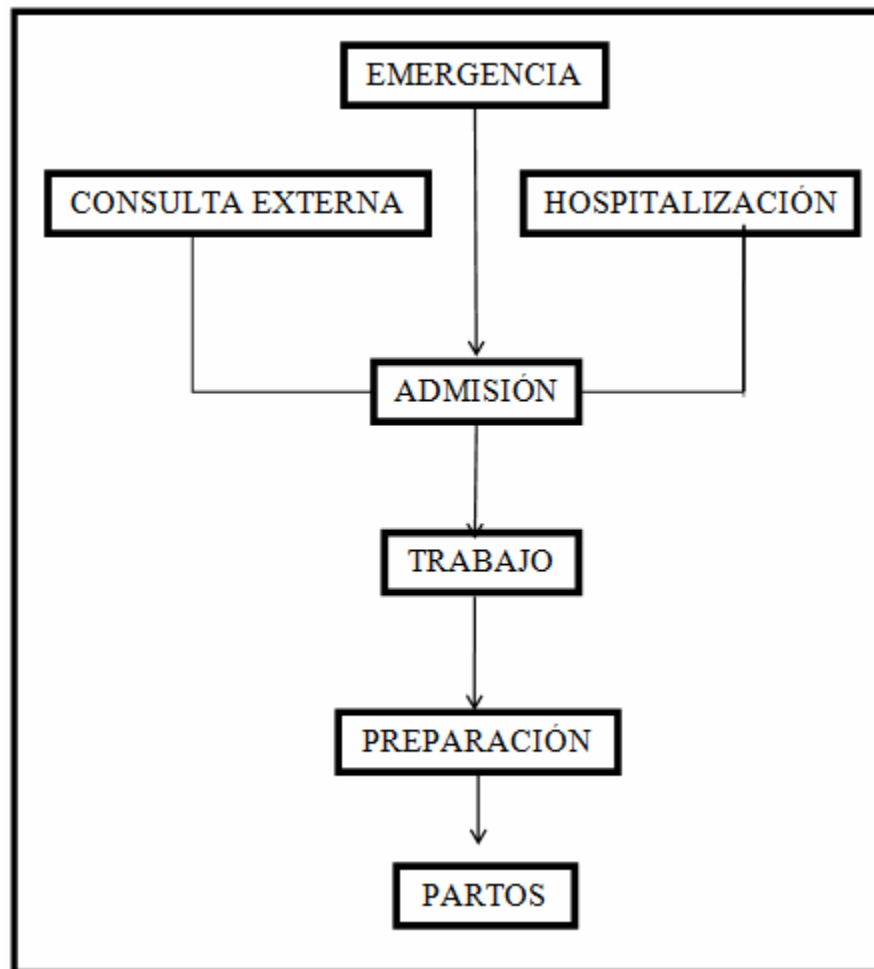


Figura 6.29. Ingreso del Paciente a la Sala de Parto.

CIRUGÍA MAXILO- FACIAL

La Cirugía Maxilofacial es una especialidad odontológica que trata, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades de los tejidos blandos y duros de la boca y cara. El Cirujano Máxilofacial es un profesional altamente calificado que debe cursar una Residencia Hospitalaria con un mínimo de cuatro años, en Hospitales en los que exista la especialidad con reconocimiento oficial, su certificación del consejo lo acredita como tal.

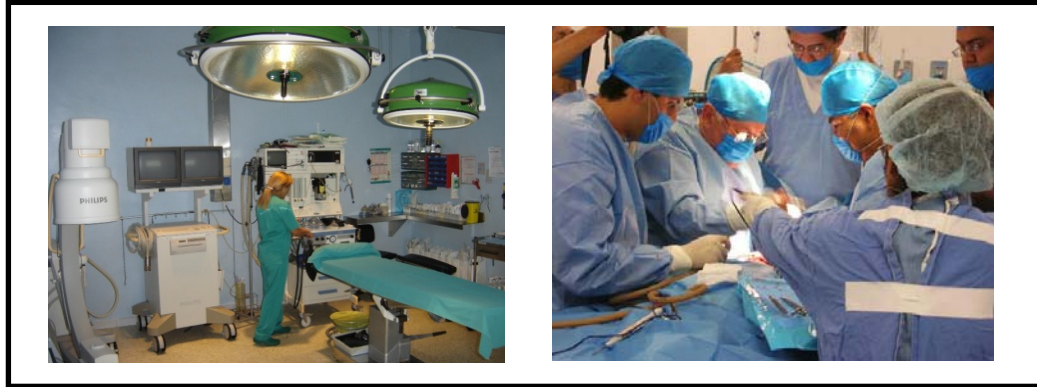


Figura 6.30. Cirugía Maxilo- Facial.

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

Es la especialidad médico-quirúrgica que se encarga de diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos, la órbita y la región periocular.

Servicios:

- . Oftalmología general
- . Segmento anterior.
- . Párpados y vías lagrimales.
- . Oftalmología pediátrica.
- . Aplicación de láser de argón.
- . Estudios de angiorretinofluorografía, ultrasonografía ocular y campimetría.

El Centro de Cirugía Oftalmológica ambulatoria dispone de:

- . Microscopio operatorio motorizado.
- . Facoemulsificación.
- . Vitreógrafo.
- . Sistemas de crío-coagulación.
- . Equipos de endofotocoagulación.

- .Camillas operatorias especialmente diseñadas para el paciente oftalmológico.
- . Instalaciones de suministro de gases, succión, etc.
- . Equipos de monitoreo cardiovascular.
- . Desfibrilador y sistemas de succión.
- . Equipos de esterilización a vapor.
- . Unidad de Servicios permanentes (UPS)
- . Sala operatoria dotada con la última tecnología.
- . Área de recuperación con monitoreo permanente del paciente.
- . Fuente de energía alterna independiente (UPS)
- . Área de espera independiente.

6.2.3.4 Servicios de Hospitalización

Este servicio presta el previo de internamiento en el centro clínico, unido con los servicios auxiliares de enfermería.

Entre sus servicios están:

- . Puesto de enfermeras con faenas.
- .Sala de espera para familiares.
- .Sala de curas.
- .Cuarto de reposo para el médico y enfermera de guardia.

Elementos Básicos de Diseño:

Son cuartos de hospitalización cuya medida depende de la cama del paciente y junto con los equipos requeridos que garanticen la atención optima del usuario.

Espacios:

- 1.- Espera familiares.
- 2.- Puesto de enfermeras:
 - .- Puesto de enfermera.
 - .- Preparación medicamentos.
 - .- Faena limpia.
 - .- Faena sucia.
- 3.- Sala de Curas, Examen y Tratamiento
- 4.- Preparación de fórmulas lácteas:
 - .- Faena limpia
 - .- Faena sucia
- 5.- Retén:
 - .- Retén.
 - .- Examen y tratamiento.
 - .- Faena.
 - .- Sala de trabajo.
- 6.- Aislamiento unidad Pediatría – Obstetricia.
 - .- Cuarto de aislamiento:
 - .- Asepsia.
 - .- Faena.
 - .- Sanitario.
- 7.- Aislamiento unidad de Cirugía- Medicina
 - .- Cuarto de aislamiento.
 - .- Asepsia.
 - .- Faena.
 - .- Sanitario.
- 8.- Depósito: Lencería.
- 9.- Cuarto Médico de guardia:
 - .- Cuarto.

.- Sanitario.

Reten de niños prematuros

- Dimensiones usando incubadoras paralelas a la pared.
- Ancho mínimo. 2.70m.
- Distancia entre ejes de cuna: 1.50. Área 2.50m² por cuna.
- Se usa incubadora de medidas aproximadas 0.95 x .50cm.
- Colocando las incubadoras paralelas a la pared, se obtiene mejor atención del prematuro con un ahorro del 25% en el área sobre la colocación de cunas perpendiculares a la pared.

6.2.3.5 Emergencia

Destinados a prestar atención médica a los pacientes que generalmente ingresan en condiciones precarias y por lo tanto no pueden pasar por una consulta propiamente dicha, deben ser introducidos directamente a los ambientes de examen y de aquí a las curas y tratamientos.

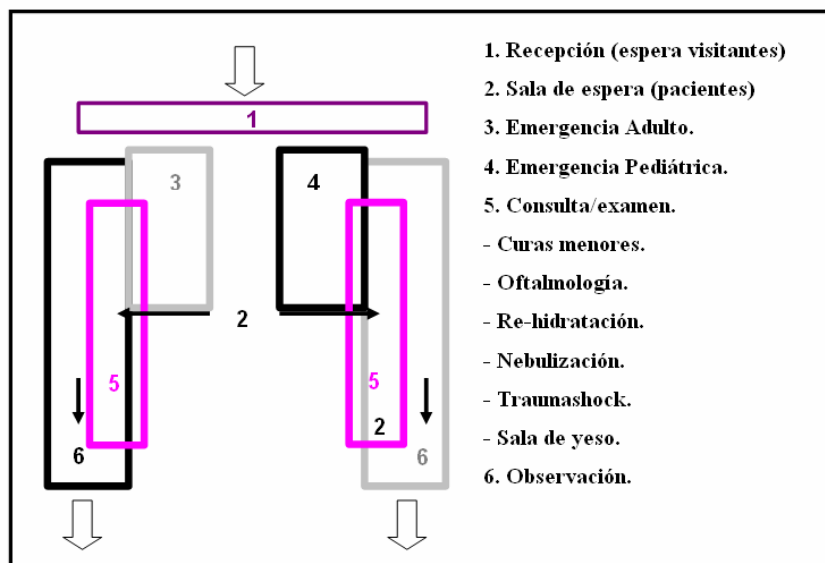


Figura 6.31. Esquema de movimiento de pacientes en el servicio de emergencia.

Observaciones:

- . Deberá existir un área con sala de descanso y sanitario para las autoridades policiales, en relación directa con la entrada principal.
- . Deberá existir un área de espera.
- . Los establecimientos deberán contar con una sala de cura e inyecciones.
- . Deberá existir una sala de observaciones para adultos y pediátricas.
- . Deberá existir un ambiente para depósito de materiales y equipos.
- . Deberá existir un ambiente de reposo del personal con vestuario y sanitario.
- . Deberá existir una faena sucia y una faena limpia.
- . Deberá existir ambientes diferenciados para sanitarios de pacientes, público y personal.

Espacios

- 1.- Espera:
 - Espera familiares.
 - Información.
 - Deposito camillas.
 - Admisión.
- 2.- Sala de trabajo:
 - Cubículos para examen y tratamiento.
 - Faenas.
 - Área para trabajar yeso.
 - Deposito.
- 3.- Sala de curas:
 - Curas.
 - Faenas.
- 4.- Cuarto de observación adultos
 - Sanitario.
- 5.- Consulta médica:

- Consulta examen.
- Sanitario vestier médico.
- 6.- Rehidratación menores:
 - Sala de rehidratación.
 - Cuarto de observación.
 - Espera madres.
- 7.- Puesto de enfermeras:
 - Faenas limpia y sucia.
 - Deposito.
 - Puesto de enfermeras.
- 8.- Cirugía menor:
 - Lavado pre-operatorio.
 - Faena limpia anexa a la sala.
 - Faena sucia.
 - Deposito Anestésicos.
 - Cirugía menor.
 - Lencería.
- 9.- Cuarto médico de guardia:
 - Cuarto.
 - Sanitario.
- 10.- Partos:
 - Pre-partos.
 - Partos.
 - Faenas.

6.2.3.6 Servicios de Área Docente

El propósito de esta área es promover cursos de especialización al personal empleado y estudiantes así como la integración del personal empleado y estudiantes en procedimientos y operaciones con personal calificado en el área.

Espacios

- Biblioteca Docente.
- Sala de Investigación.
- Sala de Conferencias.
- Servicios.

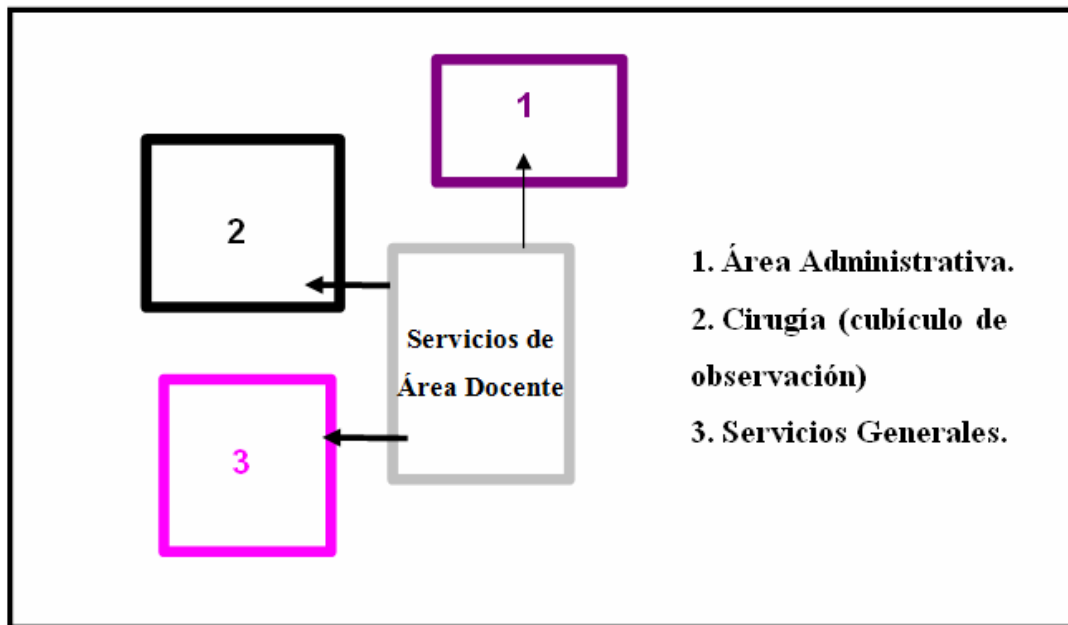


Figura 6.32. Relaciones funcionales del Área Docente con otras Áreas

6.3 Programación arquitectónica

Tabla 6.1. Programación arquitectónica servicios administrativos, 1/2

	ESPACIO	ACTIVIDAD	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Asistencia General	Puesto de información	Informar	3	Silla, escritorio Archivadores	6	Estos espacios deben estar directamente conectados con el vestíbulo de entrada
Dirección General	Puesto de secretaria	Controlar y supervisar	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	
	Admisión y altas ambulatoria Hospitalización	Controlar	2	Escritorio, silla, archivadoras	8	
	Oficina del director	Dirigir	2		16	
	Secretaria	Controlar y supervisar	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	
	Sala de reunión	Reunirse	20	Mesas, silla,	30	
	Recursos humanos Despacho de enfermera Oficina jefe del personal	Controlar el personal	2	Escritorio, silla, archivadoras	8	
			2	Escritorio, silla, archivadoras	8	
2			Escritorio, silla, archivadoras	8		

Tabla 6.1. Programación arquitectónica servicios administrativos, 2/2

	ESPACIO	ACTIVIDAD	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Administración	Oficina administrador	Administrar	2	Escritorio, silla, archivadoras	10	
	Contabilidad y caja	Contabilizar	3	Escritorio, silla, archivadoras	6	
	Oficina intendente	Gestionar y supervisar	2	Escritorio, silla, archivadoras	8	
Archivo de Historias Médicas	Puesto de información	Informar	2	Escritorio, silla, archivadoras	6	Organizar este espacio para archivos dividiendo el activo del pasivo e incorporar oficina para estadística vital.
	Secretaria	Controlar	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	
	Estadística epidemiológica	Controlar Estadística	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	
	Archivos	Archivar	1	Estante	30	
	Oficina Enfermera jefe	Supervisar	3	Escritorio, silla, archivadoras	6	
Inspección Sanitaria	Oficina inspectores	Inspeccionar	4	Escritorio, silla, archivadoras	10	
	Secretaria	Registrar inspecciones	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	

Tabla 6.2. Programación arquitectónica servicios generales. 1/3

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Servicios Generales	Informar	Recepción/ información	3	escritorio, silla	6	Controla e informa el acceso de las persona
	Comunicarse a nivel telefónico	Central telefónica	1	Teléfonos, circuito cerrado	3	Deberían tener una adecuada ubicación y buena relación con el resto del centro, porque de ello depende la vida útil del servicio de salud
	Vigilar	Vigilancia	2	Silla,	6	
	Controlar	Puesto de enfermera	3	escritorio, silla, estantes	6	
	Estacionar	Estacionamiento		Carros		
		Estacionamiento ambulancia	3	3 Carros	30	
	Almacenar camillas	Deposito de camillas	4	Camillas	10	
	Cargar y descargar	Zona de abastecimiento		Anden, carros		
	Almacenar	Deposito general	1	Estantes,	80	
		Deposito de papelería	1		6	
	Necesidades fisiológicas	Sanitarios	1	Lavamanos, wc	3	
Oratoria	Capellanía	8	Bancos, mesas	10		
Mantenimiento	Botar los desechos	Deposito de basura Desechos (c, d, e)	2	Cavas	20	tiene bajo su responsabilidad, mantener en optimas condiciones de funcionamiento todo el centro de salud
		Depósitos de basura Desechos (A, b)	2	Container de (1,82 de largo y 1,47 metros de ancho /u).	45	
	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
	Limpieza	Cuarto de limpieza	2	Lavamopas, estante	4	
		Cuarto de Lavamopa	2	Lavamopas estante	4	
Oficina		2	escritorio, silla, archivadoras	6		
Deposito	1	Estantes	10			

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Instalaciones	Suministro de energía	Cuarto de electricidad	1	Tableros	3	Todas estas instalaciones deberán cumplir con lo indicado en la norma venezolana COVENIN (200)
		Banco de transformación		Transformadores		
		Planta eléctrica	3	Tableros, planta eléctrica, cables	25	Deberá tener redes de suministro para servicio de cirugía, ascensores y pasillos de emergencia
	Suministro de agua potable	Cuarto de llave	1	Llaves de paso	2.5	Sistema de abastecimiento donde el agua que proviene de una red, es almacenado para el uso de la edificación.
		Tanque de agua	3	Sistema hidroneumático.		
	Suministro de gases	Zona de gases	3	Cilindro de gas De oxígeno	8	
	Aire acondicionado	Aire acondicionado	2	Unidad de aire		Este será sin recirculación y sin circular a ningún ambiente
Farmacia	Recibir / entregar	Recepción	2	Escritorio, silla, archivadoras	4	El almacén o depósito se relacionará con la oficina del farmacéutico
	Almacenar	Deposito inflamable	2	Bombonas de gas	8	
		Deposito de productos	1	Gabinetes y armarios, carrito de transporte, escaleras móviles	16	
	Área de trabajo	Preparación	4	Mesa, sillas, estantería, lavamanos clínicos, coladores de pared, refrigeradores	10	Es aconsejable la actividad de preparación por la existencia de servicio de apoyo emergencia, para obtener los medicamentos en forma rápida, como para hospitalización
	Supervisar	Oficina del farmacéuta	2	Escritorio, silla, archivadoras	6	
	Necesidades fisiológicas	Sanitario	1	Escritorio, silla, archivadoras	8	

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Servicio del Personal	Asearse	Servicio de vestuario	70	Locker, sanitarios y vestier	180	Sanitarios: por cada 1-15 trabajadores se necesitan 1 sala sanitaria. Locker 35 de ancho por 60 de largo Por persona un espacio de 3 m2 para vestuario
	Descansar	Cuarto Residente	1	Cama, mesa	10	
		Cuarto enfermera /doctor	4	Cama, mesa	15	
		Cuarto personal mantenimiento /chofer	2	Cama, mesa	10	
	comer	Comedor	40	Mesas, sillas y microondas, la platos	20	
	Descansar	Sala de estar	5	Sofá, tv, mesa	10	
Servicios de Alimentación	Controlar Supervisar	Dirección de cocina	1	Escritorio, silla, archivadores	6	Es conveniente darle a la cocina mayor altura con respecto a la altura de otros habiente de la clínica porque creando este mayor volumen de aire será menor la concentración de vapores asimismo mayor confort para las personas. Se prefiere su ubicación en planta baja lo cual permite una mayor oportunidad para suministro y para facilitar el mantenimiento
		Oficina del dietista	2	Escritorio, silla, archivadores	6	
		Recepción de mercancía	2	Escritorio, silla, archivadores	6	
	Abastecerse	Carga y descarga	2	Anden		
	Almacenar	Deposito	2	Estantería	6	
		Deposito para los alimentos pescado, carne, vegetales	3	Cavas	10	
		Deposito de víveres	1	Refrigerantes	4	
	Limpiar	Cuarto de limpieza	1	Estantes, cepillos detergentes mopas	4	
	Preparar alimentos	Cocina Preparación cocción	6	Mesones		
	Preparar alimentos	Cocina Preparación cocción	6	Mesones		
	Almacenar	Deposito de utensilios	1	Estantería, instrumentos eléctricos y utensilios de cocina	3	
	Lavar	Zona de lavado	2	Lavaplatos	10	

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Servicios de Alimentación	Limpiar	Lavado	2	Lavaplatos (2), mesón	2	
	Almacenar	Dispensa diaria	1	Refrigerante Estantes	3	
	Entregar y devolver los platos	Área de entrega y devolución de platos	3	Mesones	3	
	Almacenar	Deposito carro termo	2	Carros termos	4	
Lavandería	Recolectar y calcificar la ropa	Recepción de ropa	1	Mesones, sillas planchas estantería	3	
	Recolectar y calcificar la ropa	Recepción de ropa	1	Mesones, sillas planchas estantería	3	La altura recomendable es de 3.40 metros mínimo con la finalidad que el calor se eleve lo máximo posible
	Lavar y secar	Lavado y secado	2	Lavadora, secadora	6	
	Extraer	Área de extracción	1	Extractor	4	
	Planchar /cocer	Área de planchado y costura	2	Container, mesones	6	Debe ubicarse en planta baja debido a los drenaje que requiere y al peso del equipo que produce vibraciones Es importante la secuencia de actividades que se sigue en la lavandería para que no este en contacto la ropa limpia con la sucia
	Clasificar	Recepción de ropa	1	Estantería	3	
	Almacenar	Deposito de lavandería	1	Estantería	4	
Distribuir	Deposito de lencería	1	Mesones	4		

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Esterilización	Recibir	Recepción de material	1	Taquilla de recepción y estantería	3	Estará relacionada con el área quirúrgica e inclusive se puede ubicar anexa a esta; también es muy importante su relación con hospitalización para el suministro de lencería ya esterilizada. Se preverá puertas separadas para la llegada del material y para la salida Deberán protegerse contra incendio
	Lavar y secar	Área clasificación	2	Mesa, sillas	3	
	Manejo y limpieza de material sucio y no estéril	Lavado y secado	2	Lavadoras de frascos, muebles fregaderos, mesa metálica fija, y rodante, carro de transporte y tobos metálicos	6	
	Esterilizar	Esterilización	1	Esterilizador de doble puerta (auto clave). Aire caliente, destilador de agua	10	
	Recibir material (limpio)	Empaquetado	1	Taquilla de entrega armario, vitrina, mesa metálica y estantería	3	
	Depositar material estéril	Deposito estéril		1	Estante	
Deposito de equipos			1	Estantería	10	

Tabla 6.3. Programación arquitectónica servicios de apoyo

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Banco de Sangre	Recibir y registrar	Recepción y registro	2	Sillas, escritorio	6	Este espacio tiene que estar relacionado con servicio de laboratorio para realizar los datos clínicos del paciente Es conveniente aprovechar iluminación natural y artificial de espectro similar al solar La ventilación artificial debe tener 6 a 8 renovaciones por hora; temperatura de 18 a 22 °C y humedad relativa de 30 a 70%
	Extraer sangre recuperación	Área donación	2	Cama, silla, estante para utensilio	4	
	Supervisar, controlar	Oficina Hemoterapeuta	2	Silla, escritorio, estantes		
		Oficina Hematólogo	2	Silla, escritorio, estantes	4	
	Almacenar	Deposito	1	Refrigeradores	3	
	Necesidades fisiológicas	Sanitario	1	Wc. Lavamanos	3	

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Servicio Bioanálisis	Esperar	Sala de espera	14	Sillas, tv	10	El trazado de circulación que se sencillo, evitando cruces y en cuanto al equipo, que sea flexible, modular, que acepta modificaciones en caso de nuevas necesidades en caso de que sea flexible Los revestimiento y acabado de la superficie deben ser: en paredes de material liso, resistente, fácil mantenimiento, recomendándose el uso de porcelana hasta un altura de 1.80 metros, techos liso, piso resistente al uso de agentes químicos.
	Recibir	Recepción de muestra	3	Sillas, escritorio	4	
	Examinar	Ambiente para Toma de muestra	2	Sillas, estante para instrumentos	2	
	Analizar	Laboratorio de bacteriología	1 P/cubículo	Estante, lavamanos clínico, sillas y aparatos para análisis	6	
		Laboratorio	3	Estante, lavamanos clínico, sillas y aparatos para análisis	15	
	Almacenar	Deposito	1	Refrigeradores	3	
	Supervisar y controla.	Oficina Bionalista	2	Silla, escritorio, estantes	6	
Necesidades fisiológicas	Sanitario	1	Wc. Lavamanos	3		

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	INSTALACIONES	M2	OBSERVACIONES
Imaginología	Esperar-registrarse	Sala de espera	14	Sillas, escritorio, archivador	Eléctrica, teléfono	10	Este espacio tiene que estar estrechamente relacionado con emergencia y cirugía
	Revisión medica	Consulta		Depende de la especialidad	Eléctrica, sanitaria, gases	8	
	Cambiarse	Sanitario con vestuario	1	Sanitario con vestuario	Eléctrica, sanitaria	3.5	
Rayos X	Esperar-registrarse	Sala de espera	10	Sillas, escritorio, archivador	Eléctrica, teléfono	7	Debe estar relacionado con los consultorios y con fácil acceso al público para servicio ambulatorio
	Revisión medica	Consulta	2	Equipo rayos x	Eléctrica,	20	

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	INSTALACIONES	M2	OBSERVACIONES
Rayos X	Cambiarse	Sanitario con vestuario	1	Sanitario con vestuario	Eléctrica,	3.5	
	Revelar	Cuarto oscuro	1	Aparatos de revelado	Eléctrica,	9	
	Supervisar	Oficina Radiólogo	2	Sillas, escritorio,	Eléctrica, teléfono,	4	

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Anestesiología	Esperar-registrarse	Sala de espera	10	Sillas, escritorio, archivador	7	Estos espacio debe estar relacionado con servicio de cirugía y emergencia
	Revisión medica	Consulta	2	Estantes, deposito de utensilios	7	
Foniatría	Esperar-registrarse	Sala de esperar	10	Sillas, escritorio, archivador	7	Este espacio es un servicio auxiliar para el centro clínico relacionado servicios clínicos y de terapia
	Revisión medica	Consulta	2	Estantes, deposito de utensilios	7	
	Examen físico	Cuarto acústico	1	Espacio para adicionar	4	
Odontología	Esperar-registrarse	Sala de espera	10	Sillas, escritorio, archivador	7	Este espacio debe estar relacionado con los servicios clínicos
	Revisión medica	Consulta	2	Un diván de odontología para el tratamiento del paciente	6	
	Esterilizar	Esterilización	1	Equipo Esterilizador	3	
	Control	Oficina Odontólogo	2	Sillas, escritorio, archivador	4	

Tabla 6.4. Programación arquitectónica servicios de hospitalización

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Hospitalización	Control y cuidado de enfermaria	Puesto de enfermera	3	Estante, mesas, silla	6	<p>La hospitalización posee características propias determinadas por el tipo de servicio que son destinada</p> <p>El elemento básico es el diseño del cuarto de hospitalización cuya medida depende de la cama del paciente junto con todos su requerimiento que garantice una atención medica óptica e inmediata en su periodo de estancia.</p>
	Preparar de medicamentos	Preparación de medicamento	2	Mesa, estantería, sillas, lavamanos clínico.	3	
	Área de trabajo	Faena limpia	2	Mostrador, gabinetes, fregadero estantes	9	
		Faena sucia	2	Mostrador, gabinetes, estantes	9	
	Almacenar	Deposito	1	Estante para lencería, y instrumentos camilla, sillas de ruedas	18	
	Supervisión	Oficina de enfermera en jefe	2	Escritorio, silla, computadora, estante	6	
	Control y cuidado del paciente	Sala de examen y tratamiento	2		12	
	Necesidades fisiológicas	Sanitarios	1	Lavamanos, WC	3	
	Esperar	Sala de espera	2 P/hab.	Silla, TV	35	
	Tratamiento y recuperación	Zona de habitación		Cama, mesa de noche, nevera, televisor, estante sanitario, sofá cama para el acompañante	18	

Tabla 6.5. Programación Arquitectónica Emergencia

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES
Emergencia	Controlar, informar, identificar	Puesto de control	1	Escritorio, silla, computadora, estante	6	<p>El acceso vehicular deberá ser exclusivo.</p> <p>La entrada principal deberá ser de uso exclusivo del servicio, no tener escalones y estar techada.</p> <p>Deberá estar ubicado a nivel de la calle, dotado de un sistema de señalización para orientación del usuario y no se permitirá la instalación de kioscos o puestos comerciales</p> <p>Deberá existir una vía peatonal desde la acera hasta la entrada al servicio. Deberá tener una relación directa de tránsito con los servicios de Terapia Intensiva y Área Quirúrgica.</p> <p>Todas las puertas del servicio para libre tránsito de pacientes deberán ser de dos hojas, tipo vaivén con un ancho mínimo de 2 mts.</p> <p>Los pasillos de circulación de pacientes deberán tener un ancho mínimo de 2 mts.</p>
	Descanso policía/sanitarios	Descanso / reposo	1	Cama, mesa de noche, lavamanos, wc	12	
	Control de pacientes	Puesto de enfermera	3	Escritorio, silla, estante	8	
	Sala de espera niños/adultos	Esperar	14	Sillas	10	
	Depositar / almacenar	Depósito de materiales y equipos	1	Estante	10	
	Almacenar	Faena sucia	2	Mostrador, gabinetes, estantes	9	
		Faena limpia	2	Mostrador, gabinetes, fregadero estantes	9	
	Circular / trasladar	Circulación: vertical y traslado		Camillas, silla de ruedas		
	Cirugías menores	Sala de cirugías menores	5	Equipos básicos de cirugía	30	
	Observar / atender	Sala de Observación N / A	4 p/sala	Escritorio, camilla, silla deposito utensilio	40	
	Curar	Sala de curas menores	3	Estanterías, mesones, camillas	39	
	Reanimar	Sala de trauma shock	3	camillas, monitor Estante de utensilio	9	
	Consultar examinar	Consultorios de emergencia	3	Estante, deposito de utensilio	12	
Tratamiento y diagnostico	Emergencia para niños	4	Camilla, deposito para utensilios	30		
	Emergencia para adulto	4	Camilla, deposito para utensilios	30		

Tabla 6.6. Programación Arquitectónica Cirugía

	ACTIVIDAD	ESPACIO	CAP.	EQUIPO	M2	OBSERVACIONES	
Unidad de Quirófano	Cambiarse	Vestuarios para personal	2	Closet, perchero, banco metálico	6	Este servicio debe estar relacionado con el área de hospitalización y emergencia	
	Área de trabajo	Faena sucia	2	gabinetes, estantes	9		
		Faena limpia	2	Mostrador, fregadero	9		
	Almacenar	Dep. de material quirúrgico	1	Estantería	4	En todos los ambientes ubicados en área restringida, así como en las áreas de recuperación quirúrgica, se debe utilizar techos de plafond liso, sin juntas, con suspensión invisible 3 mts entre piso y el plafond, y de 4 mts entre el piso y la losa de techo o entrepiso.	
	Área de trabajo	Área de Equipos	1	Carro transportador, fregadero ,	5		
		Zona restringida	4	Camilla de trasbordo, silla dep. utensilio	16		
		Zona semi-restringida	4	Lavado pre y post operatorio Deposito de utensilio	18		
	Recuperarse	Recuperación Quirúrgico	2	Camilla, monitor ekg, oxímetro	15		
	Unidad de Cirugía Ambulatoria	Operar	Sala de parto		Cama para cirugía, estante para utensilio	27	Puertas de entrada y salida de pacientes en camilla: deben tener un ancho mínimo de 1,60 mts de tipo va y ven, con visor y protector de camillas.
		Observar /atender	Zona de recién nacido	2	Mesa creizerman, mesa de peso, estante	6	
Operar		Quirófano general	6	Cama quirúrgica, estante para utensilios	36		
Operar		Sala cirugía maxilofacial	3	Cama quirúrgica, estante para utensilio	20		

CAPÍTULO VII

MEMORIA DESCRIPTIVA

7.1 Nombre del proyecto

Diseño de Clínica Popular en Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui, bajo la clasificación de Hospital Tipo I.

7.2 Ubicación

El edificio donde se desarrollara el funcionamiento de la Clínica Popular del Municipio Sotillo, estará ubicado entre las calles Guamache y Guaraguao de Puerto La Cruz, Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui.

7.3 Lineamientos y criterios de diseño.

7.3.1 Funcionales

Lineamiento:

Generar accesos para todo tipo de usuario, de acuerdo a su condición física.

Criterio:

Disponiendo de rampas, escaleras y desniveles en los diferentes accesos de la edificación.

Lineamiento:

Diseñar un sistema de abastecimiento para todas las áreas de la clínica.

Criterio:

Ubicando estratégicamente ascensores de servicios que comuniquen todas áreas de la clínica con los servicios generales de la misma.

Lineamiento:

Generar una conexión entre el área de emergencia y servicios de apoyo.

Criterio:

A través de la ubicación de un pasillo interno entre estas áreas, que generen un acceso directo desde el área de emergencia hasta el área de RX.

Lineamiento:

Establecer una comunicación entre el área de cirugía y emergencia.

Criterio:

Disponiendo de un ascensor de servicio exclusivo para el área de cirugía que comunica estas dos áreas.

Lineamiento:

Diseñar una edificación que satisfaga la demanda a nivel de puestos de estacionamientos requeridas por el uso asistencial.

Criterio:

A través del diseño de tres (3) niveles de estacionamientos desarrollados en la edificación.

7.3.2 Volumétricos

Lineamiento:

Resaltar volumétricamente el acceso al área de emergencia.

Criterio:

A través de una marquesina generada por los niveles de estacionamientos.

Lineamiento:

Distinguir volumétricamente las diferentes áreas de la clínica.

Criterio:

Diseñando en fachada elementos que diferencien un área de otra.

Lineamiento:

Establecer una tipología propia del uso asistencial.

Criterio:

Definiendo, colores y elementos en fachada que se identifiquen con el uso asistencial.

7.3.3 Espaciales

Lineamiento:

Generar sensaciones agradables en los espacios de mayor concentración de usuarios.

Criterio:

A través del diseño de espacios a doble altura en salas de esperas y otras áreas públicas de la clínica.

Lineamiento:

Establecer visualmente una conexión entre el área docente y el área de cirugía.

Criterio:

Diseñando áreas de quirófano a doble altura, para conectar visualmente salas de observación docente con los quirófanos.

7.4 Descripción del proyecto

Para la realización del proyecto se tomó como base fundamental la creación de espacios funcionales para la atención médica correspondiente a la clasificación de hospital tipo I.

El proyecto consiste, en el desarrollo del diseño del edificio de una Clínica Popular ubicada en el Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui.

La edificación estará construida en estructura de concreto y constará de ocho niveles.

El edificio cuenta con las siguientes características:

- Altura entre piso y plafón: 2.60 m.
- Altura entre losa y piso acabado es de 4.00 m.
- Área de construcción: 10.338 m²

- Área de parcela: 3.300 m²
- Áreas externas: 907.30 m²
- Altura total del edificio: 37.60 m
- Frente este: 65.50 m
- Frente norte: 63.80 m
- Posterior oeste ejes (a – f): 27.50 m
- Posterior oeste ejes (f – l): 33.00 m
- Posterior sur ejes (1-8): 41.81 m
- Posterior sur ejes (8-12): 21.99 m

7.5 Distribución

La clínica se distribuye de la siguiente manera.

7.5.1 Nivel PB

El nivel PB estará constituido por el área de emergencia, servicios generales (locales técnicos, depósitos, área de desechos, área de carga y descarga) y los servicios de apoyo como rayos x, resonancia magnética, tomografía, cardiografía y colonoscopia.

Tabla 7.1. Nivel Planta Baja.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
EMERGENCIA	1	568,33
LOCALES TÉCNICOS	4	180,56
DEPÓSITOS	2	72,91
ÁREA DE DESECHOS	2	42,90
CUARTOS DE GUARDIA	4	68,06
RAYOS X	1	92,99
RESONANCIA MAGNÉTICA	1	90,29
TOMOGRAFÍA	1	96,74
CARDIOGRAFÍA	1	31,92
COLONOSCOPIA	1	31,92
TOTAL	18	1.276,62

7.5.2 Nivel 1

En el primer nivel se ubicarán los servicios de apoyo restantes (banco de sangre, diálisis, foniatría, odontología, laboratorios de bioanálisis y el primer nivel de estacionamiento).

Tabla 7.2. Nivel 1.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
DIÁLISIS	1	47,33
FONIATRÍA	1	47,33
BANCO DE SANGRE	1	47,33
ODONTOLOGÍA	2	96,74
LABORATORIO DE BIOANÁLISIS	1	63,84
TOTAL	6	302,57

7.5.3 Nivel 2

En el segundo nivel estará ubicado parte del servicio de consulta externa, central de citas y depósito.

Tabla 7.3. Nivel 2.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
CONSULTORIOS	9	364,96
CENTRAL DE CITAS	1	75,36
DEPÓSITO	1	14,90
TOTAL	11	460,22

7.5.4 Nivel 3

En el tercer nivel estará ubicado de igual manera el servicio de consulta externa y servicios generales como farmacia y servicio de lavandería.

Tabla 7.4. Nivel 3.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
CONSULTORIOS	10	367,99
FARMACIA	1	328,05
LAVANDERÍA	1	290,58
TOTAL	12	696.04

7.5.5 Nivel 4

En este nivel se ubicará el servicio de alimentación con suministro interno al área de hospitalización y cafetín al público general, entre los servicios generales se ubica: el estar de personal y área de cirugía.

Tabla 7.5. Nivel 4.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
CIRUGÍA	1	492,81
ESTAR DEL PERSONAL	1	185,64
SERVICIOS ALIMENTICIOS	1	243,21
CAFETÍN	1	214,16
TOTAL	4	1.135,82

7.5.6 Nivel 5

En el nivel 5 estará ubicada el área de hospitalización, sala de parto, reten, estar de personal médico y el área de esterilización.

Tabla 7.6. Nivel 5.

ESPACIO	CANTIDAD	m ²
ÁREA DE SALA DE PARTO	1	233,82
ÁREA DOCENTE (QUIRÓFANO)	2	134,95
RETEN	1	59,34
ESTAR PARA PERSONAL MÉDICO	1	124,02
ESTERILIZACIÓN	1	97,68
PUESTO DE ENFERMERAS	1	32,66
FAENA SUCIA	1	2,79
FAENA LIMPIA	1	2,79
HOSPITALIZACIÓN (HAB.)	11	431,52
TOTAL	20	1.116,78

7.5.7 Nivel 6

En el nivel 6 se ubicará el servicio de hospitalización, capellanía y área docente.

Tabla 7.7. Nivel 6.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
PUESTO DE ENFERMERAS	1	32,66
FAENA SUCIA	1	2,79
FAENA LIMPIA	1	2,79
HOSPITALIZACIÓN	11	431,52
ÁREA DOCENTE	1	292,78
SALA DE INVESTIGACIONES	1	96,79
CAPELLANÍA	1	89,74
TOTAL	17	909.07

7.5.8 Nivel 7 y 8

En los niveles 7 y 8 se encontrará el área administrativa de la clínica, distribuidas de la siguiente manera: en el nivel 7 se ubica el área de administración general y en el nivel 8 el área de gerencia.

Tabla 7.8. Nivel 7.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
ADMINISTRACIÓN	3	132.32
TOTAL	3	132.32

Tabla 7.9. Nivel 8.

ESPACIO	CANTIDAD	m²
GERENCIA	2	132.32
TOTAL	2	132.32

Todos los niveles dispondrán de un ascensor y escaleras de servicio, una escalera de uso general y dos ascensores para el público, así como un núcleo de circulación vertical exclusivo para emergencia con un ascensor de camillas y un módulo escalera que permitan la comunicación del área de emergencia con el resto de los niveles.

De igual manera se incluirán en todos los pisos, pasillos de circulación, salas de espera y módulos de sanitarios según se requiera. Estos espacios están incluidos en los cálculos de las áreas totales por nivel.

Las alturas de entrepiso estarán definidas por la altura libre estándar requerida de 2,60m más el espacio vertical necesario para establecer las vigas de carga y demás servicios, que van colgado debajo de las losas de entrepiso, además de la altura propia de las losas.

Tabla 7.10. Áreas Totales por Niveles.

NIVEL	m²
NIVEL PB	2.416
NIVEL 1	1.014
NIVEL 2	1.070
NIVEL 3	1.513
NIVEL 4	1.521
NIVEL 5	1.762
NIVEL 6	1.516
NIVEL 7	277
NIVEL 8	277
TOTAL	11.366

El proyecto se desarrolló según las variables urbanas del Municipio Sotillo, Estado Anzoátegui.

Tabla 7.11. Variables Urbanas.

	Variables Urbanas Permitidas por la Ordenanza del Municipio Sotillo.	Variables Urbanas de la Propuesta Elaborada.
ÁREA DEL TERRENO	3.300 m ²	3.300 m ²
% CONSTRUCCIÓN NETA	360%	313,27 %
m ² CONSTRUCCIÓN NETA	11.880 m ²	10.338 m ²
RETIROS EN METROS	Frente:7,25m (desde el eje de la calle) Fondo: - Laterales: -	Frente:16,40m (desde el eje de la calle) Fondo: - Laterales: -

7.6 Descripción de áreas

7.6.1 Área de servicios administrativos

Este servicio constará de áreas como dirección general, administración, archivos de historias médicas, inspección sanitaria y recursos humanos.

El área de administración general, historias médicas con estadística epidemiológica y recursos humanos se ubicarán en el nivel 7 que en conjunto con la dirección general que se ubicará en el nivel 8 complementarán los servicios administrativos, esta área contará con una ubicación retirada de las áreas públicas de la clínica y el área de inspección sanitaria estará ubicada en los servicios de alimentación en el nivel 4 por su relación funcional con este servicio.

7.6.2 Áreas de servicios generales:

Los servicios generales como depósitos generales, de alimentos y de desechos clasificados así como el área de carga y descarga estarán ubicados en planta baja para facilitar el acceso a los mismos, al igual que los locales técnicos como aire acondicionado, cuarto de medidores, planta eléctrica, cuarto de hidroneumático, tanque de agua y gas doméstico.

- Área de aire acondicionado: se dispondrá de un cuarto con un área de 52.72 m². En él se ubicarán los equipos correspondientes al sistema con una unidad tipo chiller conectada a unidades tipo compactas ubicadas en cada piso, en los niveles 4 y 5 donde se ubicarán las áreas de cirugía será necesario instalar unidades adicionales exclusivas para estas áreas. El sistema utilizado en los niveles 5 y 6 será de tipo mixto, ya que además de la unidad compacta correspondiente se instalara un sistema multi split exclusivo para las habitaciones del área de hospitalización.
- Área de hidroneumático: se dispondrá de un cuarto con un área de 76.11m² en el se ubicarán los equipos correspondientes al sistema de hidroneumático, tanque de agua y sistema contra incendio.

- Área de sistema eléctrico: será de un área de 15.27 m² destinada al cuarto de medidores y otra de 15.27 m² para la instalación de la planta eléctrica de la clínica.
- El sistema de gas doméstico se diseñará para proporcionar a los diferentes puntos de servicios de alimentación ubicados en la clínica el suministro del mismo.
- El sistema de gases medicinales se diseñara para proporcionar a las áreas de emergencia, cirugía y hospitalización el suministro de oxígeno, oxido nitroso y tomas de succión para el tratamiento de pacientes. todas las plantas contarán con cuartos de limpieza, módulos de baños públicos y privados según se requiera, depósitos, faenas sucias y limpias. los estacionamientos se encontrarán ubicados en 3 niveles con una capacidad en el primer nivel de 57 puestos dentro de los cuales, 12 serán de uso exclusivo del personal y en los niveles 2 y 3 con una capacidad de 49 puestos por nivel para un total de 155 puestos de estacionamiento para la clínica popular. La altura entre niveles de estacionamientos es de 2.67 m, estos se comunicarán a través de rampas vehiculares en doble sentido y un módulo de escaleras para facilitar el acceso a las instalaciones de la clínica ya que solo el primer nivel de estacionamiento coincide con el nivel 1 de la clínica. el área de farmacia estará ubicada en el nivel 3 en donde se contempla el suministro y depósito de los medicamentos requeridos para el tratamiento de los pacientes en las diferentes áreas de atención médica del centro asistencial, así como el retiro de medicamentos de pacientes regulares. En este nivel estará ubicado de igual manera el servicio de lavandería donde se lleva a cabo el procedimiento de lavado y secado de la lencería utilizada en diferentes áreas de la clínica como emergencia, hospitalización, etc. el personal contará con un estar ubicado en el nivel 4 con

sanitarios y vestidores así como áreas de descanso y cocina para el mismo. el servicio de alimentación estará ubicado de igual manera en el nivel 4 con servicio de suministro para hospitalización y otras áreas de la clínica que lo requieran, así como el servicio de cafetín. el área de servicio para el personal médico estará ubicado en el nivel 5 y cuenta con sanitarios, habitaciones para el personal de guardia y áreas de descanso. el área de esterilización se encontrará ubicada en el nivel 5 por su relación funcional con las áreas de cirugía y sala de parto, en esta área se cumple el proceso de limpieza y esterilización de materiales y equipos de cirugía. área docente, este espacio estará contemplado con el fin de promover las prácticas de estudiantes de medicina. Contarán con las áreas suficientes para recibir clases prácticas y teóricas en las instalaciones de la clínica, la misma contará además con el área de consulta e investigaciones y salón de usos múltiples. Estos espacios estarán ubicados en el nivel 6.

- Capellanía, la clínica contará con servicio de capilla ubicada en el nivel 6.

7.6.3 Área de servicios de apoyo

Los servicios de apoyo (banco de sangre, laboratorio de bioanálisis, colonoscopia, cardiografía, foniatría, odontología, diálisis, RX) se encontrarán ubicados en el nivel PB y 1 destacados formalmente a través de dos pantallas que continúan la volumetría de dos cubos que salen de la edificación y funcionalmente están relacionados con el área de emergencia.

7.6.4 Área de hospitalización

El área de hospitalización tendrá una capacidad de 22 camas hospitalarias y estará ubicada en los nivel 5 y 6. Ésta área mantendrá una relación funcional a través de su ubicación con cirugía y sala de parto, formalmente el volumen de los dos niveles de hospitalización remata el edificio del ala norte de la clínica, a través del cambio de fachada con respecto a los pisos inferiores.

7.6.5 Área de consulta externa

Consulta externa estará ubicada en los niveles 2 y 3 de la clínica manteniendo comunicación a través del núcleo de circulación vertical con el área de servicios de apoyo, esta área destacará formalmente por ser dos volúmenes que penetrarán el edificio del ala norte.

7.6.6 Área de emergencia

El área de emergencia se encontrará ubicada en el nivel planta baja por el tipo de uso, facilitando el acceso de pacientes y ambulancias. Formalmente se destacará por una marquesina que formará el primer nivel de estacionamiento sobre el acceso esta área.

7.6.7 Área de cirugía

El área de cirugía se encontrará ubicada en el nivel 4 y el área de sala de parto en el nivel 5, ambas relacionadas entre sí con los servicios generales de esterilización, lavandería y otros. Formalmente estos dos niveles destacarán del volumen este por la diferencia en el manejo de la fachada a través de bloques de vidrio ya que estas zonas tienen que ser completamente cerradas y no se permite el uso de ventanas, así como

el cambio de material y el remate de la misma con una pantalla que nace desde el nivel PB.

7.7 Terreno

La topografía, se caracterizará por ser prácticamente plana, con pendientes y accidentes topográficos menores, por lo tanto no se contemplan movimientos de tierra de consideración para nivelación o terraceo. Ésta pendiente suave del terreno servirá para facilitar el diseño del sistema de drenaje de aguas de lluvia. El área contará con todos los servicios, suministro de agua potable, ramales de cloacas cercanos y energía eléctrica. Las alturas de entrepiso estarán definidas por la altura libre estándar requerida de 2,60m más el espacio vertical necesario para establecer las vigas de carga y demás servicios que van colgado bajo las losas de entrepiso, además de la altura propia de las losas.

7.8 Accesos

Por encontrarse el terreno ubicado en una esquina, el acceso principal del edificio se ubicará en la misma, a fin de realzar esta ubicación, el acceso se generará a través de una marquesina que se forma con la volumetría del edificio a partir del nivel 2, en el mismo se encontrará el área de recepción a doble altura con sala de espera, un módulo de escalera y dos ascensores.

Por la fachada este, se generará el acceso a emergencia con entradas independientes tanto vehiculares como peatonales a fin de facilitar el funcionamiento del área de emergencia, este acceso se generará a través de una marquesina que forma el primer nivel de estacionamiento.

7.9 Estructura

Se consideró la utilización de un sistema constructivo tradicional, el cual corresponde a vigas y columnas en concreto armado y losas nervadas armadas en doble sentido.

Para soportar la marquesina del área de emergencia generada por la losa de estacionamiento se utilizará una estructura vertical en forma de “y” a fin de disminuir el número de columnas, el mismo sistema se utilizará en el acceso principal.

7.10 Cerramientos

En la construcción de paredes se utilizarán bloques huecos de arcilla de 15cm para paredes exteriores y contenedoras de instalaciones sanitarias, así como bloques de 10cm para paredes interiores, donde sea necesario las separaciones a través de tabiquerías serán construidas en (drywall) con un espesor de 10cm.

Los pasamanos de escaleras y otros espacios internos se propondrán de tubulares de acero inoxidable con cerramiento de láminas de vidrio laminado, sujetas con elementos de acero.

7.11 Acabados y revestimientos

Las paredes exteriores serán acabadas con concreto en obra limpia a excepción de algunos volúmenes revestidos en ALUCOBOND, y algunos elementos revestidos en muro cortina y vidrio laminado.

RECOMENDACIONES

Como un aporte a los organismos competentes en el área de Salud Pública del Municipio Sotillo se recomienda:

Seguir impulsando la apertura de nuevas especialidades médicas en los centros de salud presentes en el Municipio Sotillo.

Diseñar centros de salud, con clasificaciones superiores a las de Ambulatorios bien sea Rurales o Urbanos, a fin de dar respuesta a la demanda de servicios especializados que presenta la zona.

Humanizar los centros asistenciales presentes en el Municipio Sotillo, a través del diseño de áreas comunes, que brinden al usuario el grado de confort necesario en este tipo de edificación.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes electrónicas

Internet

“CLÍNICA POPULAR DE CARICUAO” Venezuela (2004). Disponible en:

http://www.mci.gov.ve/noticias-prensa-presidencial/28/6842/decreto_presidencial_da.html

“INAUGURACIÓN DE CLÍNICAS POPULARES” Venezuela (2004). Disponible en:

<http://www.rnv.gov.ve/noticias/index.php?act=ST&f=21&t=9170>

“HOSPITAL DE CLÍNICAS CARACAS”. Disponible en:

<http://www.clinicaracas.com/>

“HOSPITAL MATERNO INFANTIL GREGORIO MARAÑÓN”. Disponible en:

http://www.hqgm.es/webmaternoinfantil/Web_presentacion/arquitectura.htm

“CENTRO DE SALUD EN DOMAIO”. Disponible en:

<http://arquitecturainteligente.wordpress.com/2007/09/24/centro-de-salud-en-domaio-irisarripinera/>

“MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD”. Disponible en:

<http://www.mpps.gob.ve/ms/index.php>

“INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES IVSS”.

Disponible en:

<http://www.ivss.gov.ve/>

“Instituto de Prevención Social del Ministerio de Educación IPASME”.

Disponible en:

<http://www.ipasme.gob.ve/>

“INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL IPSFA”. Disponible en:

<http://www.ipsfa.mil.ve/>

Fuente documental

Tipo Legal

NORMA COVENIN 2339, **“Clínicas, Policlínicas, Institutos u Hospitales Privados. Clasificación. Pdf”** Venezuela. (1987)

GACETA OFICIAL 32.650, **“Normas sobre clasificación de establecimientos de atención medica del sub-sector público. Pdf”** Venezuela (1983)

GACETA OFICIAL 37.865, **“Declaración de la Comisión Presidencial Misión Barrio adentro. Pdf”** Venezuela (2004)

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, **“Lineamiento Político de Salud a Nivel Nacional. Pdf”** Venezuela (2006)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **“Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. Pdf”** (2001)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **“Barrio Adentro: Derecho a la Salud e Inclusión Social en Venezuela. Pdf”** (2006)

Textos

BALESTRINI, M. “como se elabora el proyecto de investigación” quinta edición, BI Consultores Asociados, Servicio Editorial, Venezuela 2001.

PLAZOLA, A. **“Enciclopedia de Arquitectura Plazola”** Volumen 6, México (1997)

CEDRÉS, S. **“Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria”** Universidad Central de Venezuela, Caracas (1996)

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, **“Misión Barrio Adentro Situación Actual. Pdf”** Venezuela (2004)

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, **“Barrio Adentro desde la Base del Movimiento Social. Pdf”** Venezuela (2004)

SALAS, G. **“Planeamiento y Diseño de Hospitales”** MSAS, Caracas (1970)

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO**

TITULO	“DISEÑO DE CLÍNICA POPULAR EN PUERTO LA CRUZ, MUNICIPIO SOTILLO, ESTADO ANZOÁTEGUI, BAJO LA CLASIFICACIÓN DE HOSPITAL TIPO I”
SUBTITULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CDIGO CULAC / E MAIL
Hecyarys Milagros Martínez García	CVLAC: 18.080.729 E_MAIL: hy.martinezg@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Diseño

Arquitectónico

Clínica popular

Anzoátegui

Arquitectura

Hospital tipo I

Puerto la cruz

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO,
TESIS Y ASCENSO**

ÁREA	SUBÁREA
Escuela De Ingeniería Y Ciencias Aplicadas.	Departamento De Arquitectura

RESUMEN (ABSTRACT):

Se diseña una Clínica Popular para el Municipio Juan Antonio Sotillo, estado Anzoátegui, partiendo de la necesidad planteada por la Alcaldía del Municipio Sotillo con respecto al déficit de camas hospitalarias y especialidades médicas, presentes en la zona. Iniciando con la investigación en los entes gubernamentales competentes en materia de salud, en el Estado Anzoátegui como: Alcaldía del Municipio, Saludanz, Instituto Nacional de Estadísticas, MINFRA, entre otros, dando respuesta a la interrogante del déficit planteado, a través de estadísticas y normativas suministradas por estos organismos, así como, la visita a los principales centros de salud pública en Municipio Sotillo como lo son: El Hospital César Rodríguez de Guaraguao y la Clínica Popular de Nazaret. Una vez establecida la situación se llevo a cabo la segunda fase de investigación referente a la normativa a nivel nacional que regula los centros de salud pública en el país, así como la zonificación y ordenanza correspondiente al área de estudio, posteriormente con la aplicación de las bases conceptuales del diseño arquitectónico, se analizan las variables urbanas y ambientales que influirán en la propuesta. Obteniendo como planteamiento una edificación bajo el nombre de Clínica Popular, correspondiente a la clasificación de Hospital Tipo I, regida por la normativa correspondiente al entorno urbano donde se encontrará ubicada, así como cumpliendo los estatutos y normativas establecidas para edificaciones de salud a nivel nacional, con una capacidad de 20 camas hospitalarias, dando respuesta al déficit de camas planteado en el Municipio Sotillo.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO,
TESIS Y ASCENSO:**

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMRES	ROL/CÓDIGO CVLAC/ E_MAIL				
Arq. Luis Rodríguez.	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC	5.196.480			
	E_MAIL	larzyasociados@gmail.com			
Arq. Evelin Alfaro.	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	8.332.288			
	E_MAIL	evealfaro09@gmail.com			
Arq. Yesmin Morales.	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	8.351.709			
	E_MAIL	yesmin.morales@gmail.com			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DIA
2010	07	20

LENGUAJE: EPA

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO,
TESIS Y ASCENSO:**

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. "DISEÑO DE CLÍNICA POPULAR EN PUERTO LA CRUZ, MUNICIPIO SOTILLO, ESTADO ANZOÁTEGUI, BAJO LA CLASIFICACIÓN DE HOSPITAL TIPO I" DOC	Application / msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K
L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Arquitecto

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre – Grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento De Arquitectura

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente – Núcleo de Anzoátegui.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO,
TESIS Y ASCENSO:**

DERECHOS:

De acuerdo con el artículo 41 del reglamento de Trabajos de Grado: “Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Núcleo respectivo, quien lo participará al consejo universitario”.

Hecyarys Milagros Martínez García

AUTOR

Arq. Luis Rodríguez.

TUTOR ACADEMICO

Arq. Evelin Alfaro.

JURADO PRINCIPAL

Arq. Yesmin Morales.

JURADO PRINCIPAL

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS