

Ultimos hospitales y servicios de salud para el primero y segundo nivel de atención (*)

Arq. Sonia Cedrés de Bello. IDEC - FAU - UCV

Arq. Consuelo Mora. Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología

A partir de 1980, después de la Conferencia de Alma Ata (Rusia), cambia la visión de la prestación de servicios de salud en el mundo. Hasta entonces predominaba la idea generalizada de que la solución de los problemas de salud radicaba en la cura de las enfermedades y el mejor sitio para ello era el hospital; después de la conferencia, se comienza a poner el énfasis en la atención primaria integral y, como consecuencia, en la atención ambulatoria. América Latina, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) toma esta estrategia que, en Venezuela, se motoriza a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-MSAS (OPS, 1982).

Durante el período comprendido entre 1986 y 1994 fueron construidos aproximadamente 270 nuevos ambulatorios urbanos por las principales instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, aumentando así a 637 el número de ambulatorios urbanos existentes. Paralelamente, para ese momento había 3.000 ambulatorios rurales (MSAS, 1989a y 1989b).

Estos proyectos fueron realizados para cada tipo de ambulatorio según la clasificación oficial establecida de acuerdo con su capacidad de atención, su ubicación (rural o urbano) y el tipo de servicio prestado ([cuadro 1](#)).

Estas edificaciones, construidas con proyectos tipo, se repitieron por todo el país, en algunos casos hasta 107 veces (ambulatorio urbano tipo I del MSAS) sin variar en su programación y diseño. Estudio evaluativo del plan de construcción de ambulatorios En estudios evaluativos de esas edificaciones (cf. Cedrés de Bello, 1994 y 1998) se señaló que muchas de ellas se encontraban abandonadas, subutilizadas o en remodelación para ser adaptadas a las necesidades de la población en cuanto a programas de servicios y a las condiciones climáticas y ambientales.

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

Con los resultados obtenidos en esa evaluación se presumió que no hacía falta construir mas edificaciones de atención directa de primer nivel sino aumentar la productividad de las ya existentes y completar la infraestructura de atención referida de segundo nivel, la cual es prestada por los ambulatorios tipo II y III.

Entre las recomendaciones emanadas de ese estudio podemos mencionar:

- Programar instalaciones con servicios más completos, como por ejemplo, en los ambulatorios urbanos tipo I: laboratorio, toma de muestras según la distancia al centro de referencia, atención de 24 horas, cuarto de reposo para médicos residentes, cuartos de observación y tratamiento.
- En los ambulatorios tipo II y III, anexar sala de partos, cirugía ambulatoria, sala de recuperación, a fin de aumentar su capacidad resolutive y descongestionar los hospitales.
- Aprovechar el momento de descentralización administrativa de los servicios de salud (Ley de descentralización de las funciones del Estado, 1993) para realizar estos ajustes e introducir estos elementos en la planificación de tal forma que estos sean instrumentos de cambio utilizables a nivel local.

Cuadro 1 Clasificación oficial de los ambulatorios públicos			
Tipo	Nivel de atención	Cobertura poblacional (hab.)	
		Directa	Indirecta
Amb. Urbano tipo III	1º- 2º- 3º	25.000	100.000
Amb. Urbano tipo II	1º- 2º	20.000	50.000
Amb. Urbano tipo I	1º	10.000-20.000	0
Amb. Rural tipo II	1º	≥ 1.000	0
Amb. Rural tipo I	1º ≤	≤ 1.000	0

Fuente: MSAS. Normativa de los establecimientos de atención médica. Gaceta Oficial 20-01-1983.

El Proyecto Salud.

En el año 1991, el gobierno nacional a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social inició El Proyecto Salud (MSAS, 1992), dirigido a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, teniendo como subproyectos la modernización de los hospitales y del sector salud, con apoyo financiero y técnico del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. La política del MSAS hacia el año 1995 era no construir nuevos ambulatorios y hospitales sino incrementar el uso de la capacidad ociosa y la recuperación de aquellas instalaciones que lo requerían. Con el proceso de descentralización en los estados fueron establecidas oficinas de planificación y administración dependientes de las gobernaciones y teniendo el Proyecto Salud como organismo rector y financiero. A través de ellas se realizaron remodelaciones y ampliaciones en los ambulatorios existentes, destacándose principalmente entre los servicios anexados salas de parto, salas de observación y emergencias 24 horas, servicios de diagnóstico de rayos X y laboratorio ([ver figura 1](#)). Otro proyecto ejecutado por el organismo oficial que vale la pena mencionar es el Programa de Alimentación Materno Infantil (PAMI-BID, 1998) mediante el cual se equiparon con salas de parto y rayos X cerca de

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

300 ambulatorios rurales tipo II.

Plan Bolívar.

A partir del año 2000, finalizado el Proyecto Salud, se emprende un nuevo plan por parte del gobierno central que contempla la reestructuración y el mantenimiento de algunas edificaciones hospitalarias. Ejemplo de ello tenemos el Periférico de Coche y el Hospital de Los Magallanes ([ver figura 2](#)).

Últimos servicios de salud: consultorios y clínicas populares.

A través de la Misión Barrio Adentro, último plan oficial para la construcción de establecimientos de salud, se contempla la construcción de consultorios populares para el primer nivel de atención con una capacidad para atender una población aproximada de 1.200 habitantes o 250 familias, en módulos de 100 m² con residencia para un médico, con atención de 24 horas y ubicados en los barrios de alta concentración de habitantes de bajos ingresos ubicados en las áreas periféricas de las ciudades ([ver figuras 3 y 4](#)). Se tiene planificada la construcción de 1.000 unidades de este tipo ubicadas en 10 estados: 100 en Anzoátegui, 30 en Apure, 50 en Barinas, 264 en Carabobo, 51 en Delta Amacuro, 20 en Falcón, 40 en Guárico, 40 en Monagas, 62 en Sucre, 343 en Zulia (MSDS, 2004) con financiamiento de la empresa petrolera del Estado. En la actualidad están siendo ubicados los terrenos para la construcción de dichas unidades. Paralelamente, algunos ambulatorios tipo III han sido transformados en Clínicas populares, agregándoles servicios de obstetricia, cirugía, observación, terapia intensiva, y ampliando los servicios de diagnóstico. Estas Clínicas funcionan como centros de referencia de los consultorios populares, construyendo de esa manera un subsistema de prestación de servicios que funciona en forma de red ([ver figura 5](#)).

Residencias y unidades de atención integral al adulto mayor.

Desde el año 1959, cuando se formalizó la creación del INAGER (Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología), sustituyendo la anterior institución denominada PANAI (Patronato Nacional de Ancianos e Inválidos), los Centros de atención al adulto mayor (rural/urbano) son ubicados en edificaciones ya existentes, donadas por personas naturales y otras otorgadas por el Estado bajo la figura de propiedad y comodato, que son habilitadas y remodeladas de acuerdo a programas médico/sociales. Por lo general los espacios se distribuyen en módulos agrupados, destacándose el área de residencia con habitaciones hasta de quince (15) camas identificadas por sexo, áreas de servicio administrativo/social, médico/asistenciales, servicios generales tales como cocina/comedor, mantenimiento, y otros fundamentales para la asistencia tanto del residente como del adulto mayor ambulatorio. En estos centros se proporciona atención integral, esto es, salud preventiva para un envejecimiento activo y salud médico/curativa ([cuadro 2](#)).

Jardines terapéuticos.

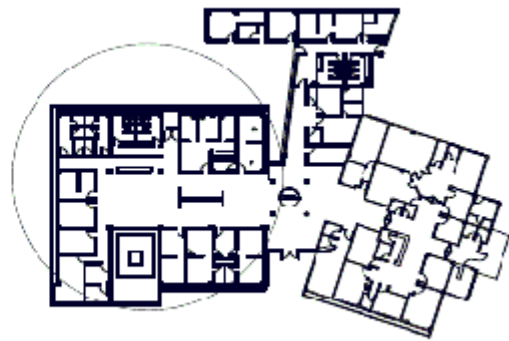
El INAGER, como parte del Servicio de Terapia Ocupacional, brinda un programa denominado Gero-granjas, que comprende actividades agrícola/terapéuticas dentro de un contexto paisajístico con sentido productivo y de salud mental. El programa se desarrolla en pequeñas y medianas extensiones de tierras ubicadas en las Unidades Gerontológicas, donde los adultos mayores son atendidos por un

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

equipo multidisciplinario integrado por trabajadores sociales, médicos, peritos, gerontólogos, entre otros, quienes evalúan y determinan las condiciones físicas y mentales de los potenciales aspirantes a participar en el programa. Esta conceptualización ambientalista o de imagen natural/vegetal que incluye el tangible uso de las riquezas de plantas en sus espacios naturales es una de las soluciones tanto para la problemática sociocultural como para la prevención de la discapacidad que presentan los ancianos, ya que promueve la no involución, restituyendo a la persona a un entorno social y laboral y, por ende, a la recuperación y el mantenimiento de los procesos patológicos del envejecimiento.

Figura 1
Ambulatorio urbano de Mesones, estado Anzoátegui.

La sección de planta cuadrada ubicada a la izquierda corresponde al proyecto original del ambulatorio tipo 1 construido por Mindur, que fue ampliado con un área aproximada al 100% adicional que incluye sala de partos, servicio de emergencia 24 horas, observación, recuperación y servicios auxiliares, manteniendo la consulta en su forma original con tres consultorios de medicina y uno de odontología.

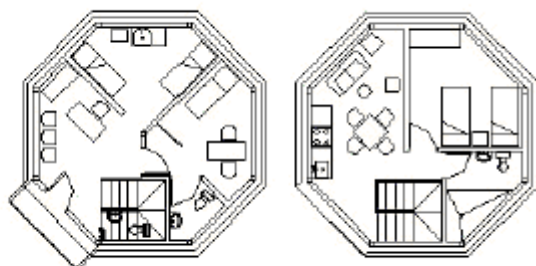


Fuente: Arq. A. Cedrés MS&S- Proyecto Salud, 2000.

Figura 2
Hospital Los
Magallanes y Periférico
de Coche. Remodelados
por el Plan Bolívar 2000.



Figura 3
Módulos de Barrio Adentro



Planta baja: consulta, examen Planta alta: residencia médica

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

Figura 4
Consultorio popular,
2003.



Figura 5
Clínica Popular.
El Espinal,
estado Nueva
Esparta, 2004.



Cuadro 2
Atención de la población de adultos mayores

	N° de personas	%
Población Total	1.800.000	100
Población Atendida INAGER	557.996	31,0
Población Atendida IVSS	700.000	38,9
Población Desatendida	542.004	30,1

Fuente: Gerencia de Planificación y Presupuesto (INAGER, 2004).

Unidad Gerontológica Catia La Mar.

El Proyecto plantea el desarrollo de un conjunto de obras exteriores adecuadas al desenvolvimiento de las personas para lo cual contempla un Jardín terapéutico integrado y complementario a las áreas exteriores, con especies tropicales, que crea un ambiente cónsono con el clima del lugar, así como espacios ambientales planificados que proporcionen una ambientación que invite al descanso y a su disfrute. Dentro del área periférica del establecimiento se proponen caminerías para la circulación peatonal, con diferentes texturas de pisos de formas irregulares que se adaptan a la superficie y el relieve del terreno, ubicadas dentro de las mínimas pendientes para el disfrute adecuado por parte del adulto mayor. Adicionalmente, en el conjunto se enmarcan caminerías y arboledas; una gama de arborización existente y elementos naturales de jardines con especies vegetales de la zona, dispuestos de manera racional y estética, que embellecen el contorno e identifican la función de la Residencia ([ver figura 6](#)).

Las obras complementarias internas están compuestas por un conjunto de elementos agrupados para actividades agrarias, entre ellos barbacoas para semilleros, áreas para cultivos, árboles frutales y otros.

Cabe destacar que también se contemplan diferentes espacios de esparcimiento pasivos (plazas, plazoletas, miradores) al aire libre con luz y sombra de elementos vegetales que permiten relajación, meditación, lectura y otros.

La rehabilitación física ocupa también un lugar de gran importancia, ya que se propone una piscina especial al aire libre, con materiales, dimensiones y accesorios adecuados al anciano asistido y válido. La misma está diseñada bajo un concepto científico que permite la aplicación de los tratamientos que contribuyen a reducir al máximo la discapacidad, que aceleran la recuperación durante períodos de convalecencia y que, por ende, contribuye al aumento de la calidad y esperanza de vida ([ver figura 7](#)).

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

Figura 6
Rampas que permitan la circulación
de las personas de manera autónoma
con comodidad y seguridad.
Unidad Gerontológica Catia La Mar



Figura 7
Accesibilidad a los servicios para las
personas con discapacidad y adultos
mayores



Normativa: residencias para adultos mayores y accesibilidad a las edificaciones.

Las actuales políticas y directrices de normalización a nivel internacional establecen los principios de incorporar las necesidades de las personas mayores y personas con discapacidad, promoviendo normas con motivos humanitarios y económicos. Estas orientaciones se reflejan en la actual norma venezolana para las Residencias de Adultos Mayores (COVENIN, 2004a) conjuntamente con la norma de accesibilidad y transitabilidad de las personas en el medio físico, (COVENIN, 2004b). La norma de Residencias para Adultos mayores —además de programar espacios, requisitos, dimensiones y otros— garantiza la inserción de estas personas a un medio de tendencias, actitud e integración social. Los establecimientos deben facilitar la autonomía a nivel general, destacarse la inexistencia de barreras arquitectónicas, ubicarse en áreas que no representen peligro, proporcionar seguridad y comodidad e igualmente adoptar criterios de diseño y organización de espacios que estimulen y faciliten las relaciones colectivas, grupales y privadas. Cabe destacar que fueron analizadas con mucho detalle las condiciones de salud del envejecimiento natural y sus discapacidades, permitiendo definir el perfil del usuario, destacando criterios ergonómicos para residentes asistidos y autoválidos y a su vez contemplando dentro del diseño ambientes especiales tales como: habitaciones de dos y cuatro camas máximo con adecuado equipamiento, áreas de rehabilitación y de terapia ocupacional, área médico/asistencial, baños geriátricos de acuerdo al número de residentes y entre otros. El objetivo de la Norma es brindar al adulto mayor la oportunidad de vivir con características higiénicas y sanitarias adecuadas, en condiciones funcionales independientes y con una digna calidad de vida ([ver figura 7](#)).

Referencias bibliográficas

Cedrés de Bello, S. (1998) "Confort térmico en las edificaciones públicas de salud", Tecnología y Construcción. IDEC-Facultad de Arquitectura y Urbanismo-UCV.

Cedrés de Bello, S. (1995) "Aprovechamiento de la infraestructura física de salud", Tecnología y Construcción 11-II. IDEC-Facultad de Arquitectura y

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15  Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.

Urbanismo-UCV: 27-36.

Cedrés de Bello, S. (1994) Planificación, diseño y uso de los establecimientos de atención médica ambulatoria. Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad Central de Venezuela. Monografía 50. Caracas.

Cedrés de Bello, S. y  lvarez, Y. (1992) "Racionalización del proceso de construcción de los ambulatorios urbanos", Cuadernos del CENDES. Universidad Central de Venezuela.

COVENIN (2004a) Norma Venezolana COVENIN 3:1-650-04: Residencias para Adultos Mayores. Caracas.

COVENIN (2004b) Norma Venezolana COVENIN 2733-04: Accesibilidad y Transitabilidad de las personas en el medio físico. Caracas.

MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004) "Los avances de la misión". Misión Barrio Adentro, Boletín informativo n  2. Caracas.

MSAS-Proyecto Salud (2000) Proyecto Desarrollo Armónico de Oriente. Remodelación de ambulatorios del estado Anzoátegui. Saludanz-DAO-BID. Barcelona.

MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1992) Proyecto Salud. Documento.

MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1989a) Venezuela: Infraestructura física y equipos. Documento DIFE n  523. Caracas.

MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1989b) Venezuela. Programa de actuaciones urbanísticas 1990-1994. Documento.

MSAS-Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1983) Normas sobre la clasificación de los establecimientos de atención médica. Venezuela.

OPS-Organización Panamericana de la Salud (1982) Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington.

PAMI-Programa de Alimentación Materno Infantil (1998) *Proyecto de recertificación de la situación de salud*. PAMI-BID. Documento. Caracas.

  2009 UCV Facultad de Arquitectura IDEC

**UCV, Facultad de Arquitectura, IDEC. Apartado postal 47.169. Caracas
1041-A. Venezuela. Telfs/Fax: (58-212) 605.2046/ 2048/ 2030/ 2031/
662.5684**

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15  Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.


tyc@idec.arq.ucv.ve

CEDRES DE BELLO, Sonia y MORA, Consuelo. **Ultimos hospitales y servicios de salud para el primero y segundo nivel de atención.** *Tecnología y Construcción*. [online]. jun. 2005, vol.21, no.2 [citado 26 Enero 2009], p.085-089. Disponible en la World Wide Web: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-96012005000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-9601.

(*) Este trabajo, bajo el tema: Diseño, Ciencia y Tecnología, fue presentado como ponencia en el 15º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria realizado en Buenos Aires, del 5 al 8 de Octubre de 2004, organizado por la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria-AADAIH.