



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK DEL ECUADOR

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

Plan de investigación de fin de carrera titulado:

“DISEÑO DE UN CENTRO DE SALUD AMBULATORIA PARA EL DISTRITO DE QUITUMBE”

Realizado por:

Jaime Andrés Rivadeneira López

Director del proyecto:

Ms. Arq. Jorge Coronel

Como requisito para la obtención del título de:

ARQUITECTO

DEDICATORIA

**Este proyecto se lo dedico a mi abuelo
Luis Alfonso López ya que es un ejemplo
como persona e inspiración como arquitecto.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a mis padres Matilde y Giovanni ya que gracias a ellos cumplo una de mis metas.

A mi hermana Daniela por ayudarme en cada proyecto.

A mi novia Marcela por el apoyo y la ayuda en cada aspecto de mi vida.

A mis compañeros y amigos Marcos y Jonathan por formar parte del desarrollo de este proyecto.

Y a mis familiares que estuvieron pendientes en el transcurso de toda mi formación profesional.

RESÚMEN

La salud es considerada como un tema fundamental dentro de la planificación de un país pues la misma es imprescindible para el desarrollo de la población y de la economía del mismo. Es por ello que el objetivo de este estudio se encuentra dirigido a la resolución de problemas relacionados a la salud.

Según se menciona en la constitución de la república, la salud es un derecho de todos los ciudadanos ecuatorianos, de manera que es primordial realizar propuestas e inversión en centros de salud de diferentes niveles que solventen cada uno de los problemas que se presentan en la población.

La importancia y la complejidad del funcionamiento del sistema nacional de salud evidencia la necesidad de realizar estudios que identifiquen la problemática existente mediante investigaciones de los distintos tipos de centros salud, los servicios que cada uno de estos ofrecen y como se complementan e integran el uno con el otro, De igual manera se muestra la necesidad de la realización de estudios que muestren la concepción que la sociedad tiene del sistema, el análisis de la población y sus requerimientos de salud. Posterior a ello se concluyó que el sector a intervenir es el distrito 17D007/Quitumbe del Distrito Metropolitano de Quito.

Mediante el estudio del sector a intervenir y respetando la planificación de la Administración Zonal de Quitumbe se seleccionó el terreno tomando en cuenta aspectos como accesibilidad, compatibilidad y centralización de equipamientos. Con esto definido, se inició con la propuesta de este estudio en el cual se consideró el programa médico arquitectónico funcional de un centro de salud ambulatorio, el cual se elabora según las necesidades de la zona debido a la carencia de este tipo de equipamiento de salud en el distrito.

A través del estudio de referentes y conceptualización de la forma, se obtuvo un objeto arquitectónico destinado al desarrollo de varias unidades médicas, solucionando problemas, descongestionando a los niveles de atención de mayor complejidad y mejorando la calidad de vida de las personas del distrito de Quitumbe.

ABSTRACT

Health is considered a fundamental topic in a country's developmental planning for it is indispensable for sake of the development of population and its economy. This is why this study has been targeted towards finding best solutions to relevant issues to health problems.

As stated in the Ecuadorian constitution, health is an undeniable right granted to every citizen living in Ecuador, which makes it so crucial to prioritize in creating improvement and investment proposals aimed towards finding solutions that will best benefit the population.

The importance in role and complexity in the national health system operation stress the unquestionable need for thorough studies aimed to identify existing problems in various types of health facilities, type of services offered, and moreover how each module integrates. Likewise, there was great need of executing researches that will reflect society's conception of the health system, and an analysis of qualities and needs of our society regarding health issues. Based upon researches mentioned above, it was concluded that the district 17D007/Quitumbe of the Metropolitan District of Quito was in great need of intervention.

The field to intervene was selected based upon various studies and respecting guidelines stated by the Zonal planning and Quitumbe Administration. Issues such as accessibility, compatibility and equipment centralization were taken into account. With these topics defined, the proposal of the study started which took into consideration the architecture of a functional ambulatory medical program. This was concluded based on local necessities which lacked health facilities and equipment around the area.

An architectural object was obtained through the study of references and conceptualization of the form, destined for the development of various medical units, solving problems, easing higher and complex levels of care and improving the quality of life of the people of the district of Quitumbe.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	OBJETIVOS	1
1.1.1	Objetivo General	1
1.1.2	Objetivos Particulares	1
1.1.3	Objetivo Específico	1
1.2	METODOLOGÍA	1
1.3	ALCANCES	1
1.3.1	Módulo	1
1.3.2	Nivel teórico	1
1.3.3	Nivel de Alcance de Objetivos Arquitectónicos	1
2	CAPITULO I	2
2.1	ANTECEDENTES	2
2.2	SALUD PREVENTIVA	4
2.3	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	6
2.3.1	Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS	7
2.3.2	Niveles de Atención	8
2.3.3	Sistema de Referencia y Contrareferencia	10
2.3.4	Atención a las discapacidades	10
2.3.5	Atención a la tercera edad	10
3	CAPÍTULO II	12
3.1	DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	12
3.2	SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO	12
3.3	ANÁLISIS DE LOS DISTRITOS DE LA ZONA 9 Y SELECCIÓN DEL SECTOR A INTERVENIR	14
3.4	ESTUDIO DEL SISTEMA DE SALUD DEL CONTEXTO A INTERVENIR	15

3.4.1	Centros de Salud Públicos.....	16
3.4.2	Centros de Salud Privados	17
3.4.3	Centros de Salud del IESS	18
4	CAPÍTULO III.....	19
4.1	CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DEL SECTOR DE QUITUMBE	19
4.2	PERFIL ECONÓMICO Y SOCIAL DE QUITUMBE	20
4.3	PROYECCIÓN DE CRECIMIENTO	24
5	CAPITULO IV	25
5.1	DEFINICIÓN DE AMBIENTES FUNCIONALES.....	25
5.1.1	Consulta Externa	25
5.1.2	Hospital de Día	25
5.1.3	Imagen.....	25
5.1.4	Laboratorio.....	26
5.1.5	Fisiatría	26
5.1.6	Emergencia.....	26
5.2	PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL – CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA.....	27
5.2.1	Consulta Externa	27
5.2.2	Centro Quirúrgico- Hospital del Día	28
5.2.3	Emergencias	29
5.2.4	Esterilización.....	32
5.2.5	Imagenología	33
5.2.6	Laboratorio.....	34
5.2.7	Rehabilitación	36
5.2.8	Farmacia.....	37
5.2.9	Administración – Gobernantes.....	38

5.2.10	Docencia.....	39
5.2.11	Comedor.....	39
5.2.12	Vestidores Generales	39
5.2.13	Informática.....	39
5.2.14	Servicio de eliminación de residuos	40
5.2.15	Guardianía.....	40
5.2.16	Estacionamientos	40
6	CAPITULO V	41
6.1	CONCEPTUALIZACIÓN	41
6.2	ARQUITECTURA ESTEREOTÓMICA	41
6.3	LA CONTINUIDAD EN LA ARQUITECTURA.....	42
6.4	LA CONTINUIDAD ESTEREOTÓMICA	43
6.5	CONTEXTO	44
6.6	FORMA	46
6.7	FUNCIÓN	48
7	CAPITULO VI	52
7.1	ESTUDIO URBANO DE LA ZONA	52
7.2	IDENTIFICACIÓN DE LOS TERRENEOS SELECCIONADOS	55
7.3	ESTUDIO URBANO DE LOS TERRENOS SELECCIONADOS	61
7.3.1	Estudio de asoleamiento de los terrenos	77
7.4	TABLA DE ESCOGIMIENTO DEL TERRENO	80
8	BIBLIOGRAFÍA	81

1 INTRODUCCIÓN

El tema de la salud en el país es complejo, comprendiendo varias situaciones, conflictos y problemas, ya sea por el mal manejo de los centros de salud, clínicas u hospitales, la inobservancia o inexistencia de políticas que garanticen una mejor calidad de vida como un derecho de las personas; además, existe una mala concepción de las mismas hacia este tema por las diferentes costumbres, culturas, instrucción y desconocimiento, esto ha desorganizando la atención que se le debe dar al individuo, creando diferentes tipos de problemas cuando se presenta una emergencia o simplemente cuando los ciudadanos demandan un servicio de salud.

Se analizará el manejo de la salud en el País, diferenciando la problemática existente, encontrando las posibles causas, para así dar una solución ligada al campo arquitectónico, teniendo como soporte y apoyo una unidad de atención medica que descongestione a las distintas casas de salud que existen en la ciudad.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General

Diseñar una unidad espacial dedicada a la salud ambulatoria que cumpla con todos los requerimientos de una sociedad determinada.

1.1.2 Objetivos Particulares

Diseñar una propuesta arquitectónica para la solución del problema de déficit y precariedad de los establecimientos de Salud.

Conocer e investigar la necesidad vital como es la salud para las personas que residen en una sociedad determinada.

Identificar la rama de la salud más solicitada por la sociedad.

Analizar las condicionantes y determinantes urbanas para la ubicación e implantación del proyecto.

Estructurar una propuesta arquitectónica que enfrente al problema en establecimientos de salud.

1.1.3 Objetivo Específico

Emplazar una propuesta espacial para satisfacer las necesidades básicas de salud de las personas del territorio que comprende la Administración Zonal de Quitumbe, para su rehabilitación, prevención y cuidado médico, que de acuerdo al último Censo de Población y Vivienda de 2010, los habitantes de esa zona, ascienden a 319.857 personas; esto corresponde al 14% de la población del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ).¹

1.2 METODOLOGÍA

El punto de partida se basa en la investigación y recopilación de datos referidos a un contexto social, en el cual encontraremos las diferentes causas de un problema. En principio, a través de un proceso de inducción se utilizarán los datos por medio de comparaciones y abstracciones para así llegar a una sintetización de la información obtenida. De estas conclusiones la fase deductiva lo que nos ayuda a la identificación de las causas de los problemas mencionados y analizados para así llegar a un marco teórico que sirve de soporte de lo analizado.

1.3 ALCANCES

Mediante una recolección de datos estadísticos fundamentar y conceptualizar el tema expuesto.

1.3.1 Módulo

Modulo Teórico

¹ Quitumbe.- Difusión y profundización de los resultados del estudio sobre las características económicas y productivas de las administraciones zonales.- Economista Fabio Villalobos, consultor de la Fundación Grupo Apoyo.- Agosto 2012

Modulo Dimensional

Modulo Propositivo

Modelo Geométrico

1.3.2 Nivel teórico

Fundamentación y conceptualización del tema a través de investigación.

Referentes y matriz de referentes.

Listado de unidades funcionales mínimas

Modelo dimensional.

Modelo Teórico

Selección de terrenos idóneos.

1.3.3 Nivel de Alcance de Objetivos Arquitectónicos

Anteproyecto:

Implantación

Plantas arquitectónicas amobladas

Elevaciones

Secciones

Detalles constructivos

Maqueta 3D

2 CAPITULO I

2.1 ANTECEDENTES

Para la atención de la salud de las personas, en varias ciudades, se ha pensado en la rehabilitación y mejoramiento de la infraestructura de la salud, habilitando y ampliando los diferentes centros de salud, clínicas y hospitales; existen centros de salud que no cumplen con las demandas de atención médica ya que muchos de ellos fueron construidos con otro tipo de programación y disposición de espacios, los cuales hoy en día resultan obsoletos, convirtiéndose en edificaciones no funcionales por la constante actualización de los equipos cambiando generalmente las especificaciones técnicas siendo los espacios y requerimientos de estos no aptos para lo que se diseñó y construyó en ese momento. La falta de mantenimiento por mala administración hacen que un centro de salud, sub centro y hospitales sean abandonados.

Se debería analizar profundamente el tema de la salud en la sociedad y cómo es concebida, para así diferenciar la problemática ya que muchas personas no tienen la costumbre o cultura de prevención² e incluso esa falta de cuidado atenta contra su salud.

En la Constitución de la República, aprobada en octubre del 2008, se plasmaron un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un

² **Prevención:** la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria una vez la enfermedad ya apareció; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso.

ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía, entre ellos el derecho a la salud, establecido en el Art. 32, que expresa: *“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*, en concordancia con lo establecido en el Art. 362: *“La atención de la salud como servicio público se prestarán a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.*

Los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”

Uno de los aportes más importantes de este proceso se sustenta en una visión de desarrollo (...), hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la

generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para lograr de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, se toma en cuenta la planificación como herramienta fundamental para trazar los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.”³

El sistema nacional de salud tiene por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El mismo se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.⁴

Este sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social; de igual manera garantizará, a través de las instituciones que lo

³ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.- Ministerio de Salud Pública.- 2012

⁴ Constitución de la República.- Art. 358

conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.⁵

El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

⁵ Ídem, Art. 362

4. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

5. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

6. Promover el desarrollo integral del personal de salud.⁶

Por ello y como lo hemos visto, es responsabilidad del Estado garantizar la Protección integral de la salud de toda la población que comprende:

- Acciones de promoción de la salud.
- La vigilancia, prevención y control de enfermedades.
- Las acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.

La protección integral contempla, también, la Protección Especial a grupos vulnerables, según políticas nacionales e internacionales con sentido de equidad y dotación de recursos económicos suficientes; por ello, es importante a más de atender la medicina general, deberá atenderse a aquellas personas que requieren de especialidad como es aquella de los grupos humanos de atención prioritaria que constituyen las personas con discapacidad, mujeres

⁶ Ídem, Art. 363

embarazadas, adultos mayores, niñez, con enfermedades catastróficas.

Las Estrategias de Promoción de la Salud y Atención Primaria de Salud constituyen el eje conceptual y metodológico de referencia principal para hacer más efectiva la protección integral de salud.

Es indispensable por tanto la necesidad de crear una nueva propuesta de servicios de salud, con mentalidad nueva, con mayor cobertura, con arquitectura vanguardista, de última generación.

Considerando que este estudio tomará en cuenta aspectos relacionados al Sistema de Salud, es imprescindible conocer el concepto que se le ha dado a la misma. En un inicio se percibía a la salud como la ausencia de enfermedad, sin embargo en el año 1948 la Organización Mundial de la Salud da una visión mucho más amplia e integral de la salud, incluyendo tres aspectos indispensables para el desarrollo del ser humano, entre estos se encuentran el ámbito psicológico, social y, por supuesto, el biológico, es así pues que se define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales” (OMS, 2014).

La salud, tal como indica la Organización Mundial de la Salud, es el bienestar completo del individuo en el cual se incluye los aspectos físico, mental y social, esto a su vez

permite al individuo alcanzar sus aspiraciones y satisfacer necesidades y por ende incrementa el sentido de pertenencia en el medio en el cual se encuentra; es así como la salud puede ser percibida como fuente de riqueza de la vida cotidiana; esto se sustenta en la teoría psicológica de motivación desarrollado por Abraham Maslow en la cual se explica jerárquicamente las necesidades del ser humano y como las más básicas como la salud, juegan un papel fundamental para que el individuo alcance la autorrealización y por ende el bienestar mental (Maslow, 1991).

Por consiguiente la promoción de la salud no solo concierne al sector sanitario pues la salud es mucho más integral ya que corresponde al bienestar completo y adaptabilidad del ser humano a un medio; esto a su vez conlleva a ciertas condiciones y requisitos como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el medio o contexto, la justicia social económica y cultural, de manera que cualquier mejora deberá intervenir en cada uno de estos factores para el correcto manejo y el desarrollo positivo de la salud.

2.2 SALUD PREVENTIVA

De acuerdo a las necesidades del individuo, la salud en general se la debe concebir desde tres principios los cuales son identificados como la Preservación – Conservación – Recuperación. Desde este punto de vista, la preservación se la tiene en cuenta como una precaución a contraer enfermedades o sufrir accidentes que afecten en la salud de la persona; la conservación implica la mantención de la

salud mediante el cuidado diario y constantes revisiones; y la recuperación aplica a personas que ya necesitaron ser intervenidas de alguna forma para recuperar su estado de salud normal (Pesantez, 2013)⁷.

Analizando estos tres temas, en la situación actual denotamos que tenemos una concepción errónea del manejo de la salud, pues se toma a la recuperación como la opción principal y el tema de la prevención o cuidado no es considerada con la importancia que se requiere, pues, a través de la misma, no será necesaria la intervención e internación del individuo. Es por ello que se considera la adopción de la salud preventiva como una de las soluciones de los problemas vigentes en la atención de la salud en la comunidad.

La salud preventiva o medicina preventiva hace referencia a todas aquellas prácticas que los diferentes profesionales de la salud realizan para, justamente, prevenir la presencia de enfermedades o de diferentes situaciones en las que la salud se puede poner en peligro. Cuando se habla de medicina preventiva y diferenciarla de la medicina curativa es un poco complicado ya que las dos buscan prevenir que aquella condición de ausencia de salud total se vuelva aún peor. Más bien la diferencia va cuando la medicina preventiva se direcciona a que no haya la necesidad de la medicina curativa, que todavía no se ejercen ningún tipo de

⁷ Edgar Pesantez: Arquitecto especializado en Londres en temas de Salud, durante 12 años trabajó en el Ministerio de Salud con un grupo de arquitectos en la construcción de varios hospitales en el Ecuador. En 1980 crea su propia empresa, Hospiplan Cía. Ltda, su giro de negocio se encuentra entorno a la planificación y fiscalización de Hospitales y otras edificaciones de alta complejidad.

tratamiento o cura sino más bien cuidados previos que hacen una mejor calidad de vida adelantándose a posibilidad de internación para la recuperación del organismo.

Una de las acciones más importantes de la medicina preventiva es la creación de hábitos y costumbres que hagan que las personas lleven una calidad de vida mejor y más saludable. En este sentido la medicina preventiva se presenta a través de campañas para difundir la información precisa en una sociedad o población o en una determinada época del año como por ejemplo en invierno, gripes, dengue, etc.

Así la medicina preventiva se redirección y se vuelve importante para la solución de un problema vigente en sectores o grupos sociales más humildes, donde el hábitat no es seguro y saludable por la falta de higiene, requieren mucha más presencia de la medicina preventiva actuando correctamente logrando resultados positivos y aliviando el trabajo de la medicina curativa.

Hay muchas enfermedades que pueden darse en una determinada sociedad y afectan a sus diferentes grupos como humildes, niños, ancianos, discapacitados, así la medicina debe dirigirse a cada uno de estos, brindando materiales y elementos como fármacos, material de equipamiento de protección como mascarillas o implementos de aseo personal, antes de que la enfermedad se presente.

La medicina está experimentando a nivel mundial un viraje hacia lo ambulatorio que plantea desafíos distintos al paradigma intrahospitalario. Las principales diferencias entre

el ámbito de la medicina ambulatoria e intrahospitalaria están en el espectro de problemas bio-psicosociales que los pacientes plantean, el momento de presentación de ellos, la incapacidad de controlar y monitorizar precisamente las variables que afectan los problemas de los pacientes y las exigencias de tiempo que el médico tiene en la evaluación clínica.

Cualquiera puede mirar a su alrededor y notar que hay una gran cantidad de personas mayores a 70 años, en excelente estado de salud, hecho que no era tan común algún tiempo atrás. Esto se debe al interesante trabajo de difusión de la medicina preventiva, que se viene realizando desde algunos años; al respecto de sus buenos resultados, los médicos se apuran a aclarar, que no ha habido un incremento en la duración de la vida, sino que hubo un aumento considerable en la expectativa de vida.

Respecto a la difusión de la medicina preventiva, hay otra división pertinente y se da entre:

Las acciones dirigidas a la vigilancia y control de la contaminación del agua, el aire y el suelo.

Las acciones dirigidas al control de la contaminación de los alimentos.

Las acciones dirigidas a la protección de la salud del individuo.

El trabajo de difusión sobre el medio ambiente, pretende que tanto el ambiente físico como social se modifique; y el fomento de la salud dirigido al individuo pretende educarlo,

modificar sus conductas nocivas, y reducir el riesgo de enfermedades.

A su vez, la medicina preventiva presenta tres niveles:

Prevención Primaria: Intenta disminuir la probabilidad de que ocurran enfermedades

Prevención Secundaria: Actúa cuando la primaria no existió o fracasó

Prevención Terciaria: Interviene cuando la enfermedad está establecida con el fin de retrasar su curso.

Entre los métodos más utilizados para prevenir la aparición de enfermedades encontramos:

Inmunizaciones Preventivas: A través de vacunación, suero, etc.

Quimioprevención: Administración de antibióticos, aspirinas, productos biológicos, etc.

Educación Sanitaria: Por medio de escuelas, centros clínicos, y medios de comunicación (Borghi, 2010).

Uno de los métodos más eficaces en la actualidad, es la Educación Sanitaria, debido a que las principales causas de enfermedad o muerte, por estos días, dependen del estilo de vida de un individuo y ellas son:

Dieta

Tabaquismo

Alcohol y drogas

Uso de automóviles y motos

Por todo esto, es de suma importancia la existencia y evolución de la Medicina Preventiva y de la Educación Sanitaria, a fin de evitar el surgimiento de enfermedades y accidentes, encontrar a tiempo un buen tratamiento para las afecciones, y sobre todo, concientizar a las personas y lograr un cambio de actitud, para que lo irreversible pueda ser reversible⁸. Los establecimientos de salud investigados, tanto Públicos como Privados y los de la Seguridad Social, reportaron en conjunto, un total de 20`282.847 de consultas de morbilidad⁹ realizadas; 8`568.730 consultas de prevención y 4`030.343 consultas de odontología. En las Regiones Sierra y Costa se realizaron el 94,8% del total de consultas de morbilidad, el 94% de consultas de prevención y el 91.4% de consultas de odontología.¹⁰

Esta situación, entre otras, ha hecho que la población de esta gran región, mire hacia la ciudad de Quito, a las instituciones que conforman el sistema de salud, que por todos es conocido, están con limitaciones en su atención por la gran demanda de servicio, que en los últimos meses se ha

⁸ www.sanar.org/salud/medicina-preventiva

⁹ Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009.

incrementado y casi colapsado debido a la política del gobierno actual de otorgar la atención de salud completamente gratuita, donde ni siquiera cobran la autogestión como sucedía en otros tiempos, entonces la gente se ha volcado a requerir de los servicios de salud, consecuentemente no se abastece y no proporciona debidamente aquel derecho que tenemos todos, el de ser atendidos con calidad y oportunamente en nuestra salud.

Como lo hemos constatado en el cuadro anterior, por la gran afluencia de ciudadanos demandando atención hospitalaria o médica, los hospitales grandes como los de la ciudad de Quito, especialmente, han adoptado el mecanismo de entregar turnos en los mismos centros o a través de call center, otorgándose esos turnos para ser atendidas las personas hasta días después, semanas y meses, atentando contra la oportunidad de solucionar problemas de salud y por el contrario agravando la condición.

Por estas razones, es conveniente la idea de implantar una unidad operativa que provea atención de salud ambulatoria de especialidades y de referencia, otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias, disponiendo de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; cumpliendo indicadores de producción e investigación. Corresponde al segundo nivel de prestación de servicios y está ubicado en las capitales de provincia y cabeceras cantonales de mayor concentración poblacional¹¹

¹¹ Política Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud, 2009

Por todo lo expuesto anteriormente, es imprescindible pensar en adoptar una nueva forma de vida donde se acoja una concepción diferente donde las personas piensen más en el cuidado preventivo de su salud.

2.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Ministerio de Salud pública ha desarrollado un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador; el mismo permite conocer el modelo de atención integral que se ha utilizado en el país y como este actúa dentro de las necesidades de la población ecuatoriana.

El Sistema Nacional de Salud ha tenido ciertas características específicas que se han observado a lo largo del tiempo, por un lado este se ha identificado por tener un enfoque curativo en la atención, dejando a un lado la salud preventiva. Adicional a ello la salud se ha visto centralizada y desarticulada lo cual ha imposibilitado el acceso de las clases más pobres dentro del país debido a su limitación de acceso por temas geográficos, culturales y económicos; es por ello que hoy en día el gobierno busca la eliminación de estas barreras a través de inversión en salud.

En el año 2013 el Ministerio de Salud desarrolló una nueva publicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), dentro de mismo, se menciona que existen diversos niveles de atención los cuales se encuentran relacionados de acuerdo a la complejidad en la solución de los problemas de salud. En el mismo se especifica que alrededor del 90% de enfermedades son resueltas a través de los niveles de atención I y II; a pesar de ello, estos niveles no han recibido

la importancia necesaria pues el sector público no cuenta con presupuestos necesarios para mantenerlos, de manera que se observa el abandono que ha existido en este tipo de centros de salud y a la inestabilidad laboral del personal encargado de estos centros; es por ello que la población ha ido perdiendo confianza y credibilidad en el Sistema Nacional de Salud debido a la poca capacidad resolutoria que presentan este tipo de Niveles de Atención; es así pues donde se resalta la importancia del mejoramiento de unidades de Atención Primaria.¹²

Después de haber realizado un análisis del sistema de salud, el país decidió fortalecer el mismo a través de fuertes inversiones; esto alineado a lo que indica la Constitución ecuatoriana con respecto a los Derechos del Buen Vivir y dentro de ello el derecho a la salud. En este nuevo sistema se establece la política de universalidad y gratuidad en la atención pública; pues el trabajo en salud compone parte fundamental del desarrollo del país y por ende de una mejora en la calidad de vida. Es por ello que se ha identificado la gran importancia de robustecer el sistema de salud especialmente en la Atención Primaria, la misma se realiza a través de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

El Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud

¹² Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS 2013, pág. 23

Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención; para nuestro caso, la atención a ese primer nivel.¹³

De acuerdo al INEC, existe la siguiente cantidad de profesionales de la salud en el Ecuador por cada 10.000 habitantes:

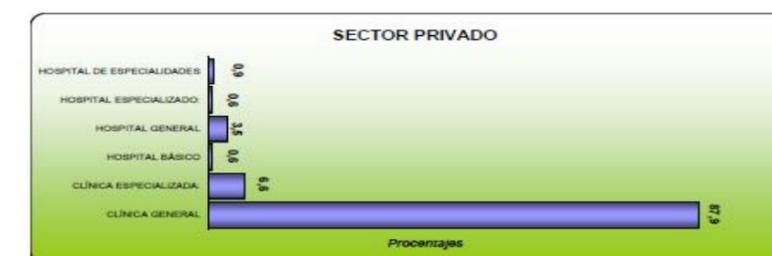
Médicos	16,2
Odontólogos	2,2
Psicólogos	0,3
Enfermeras	6,5
Obstetras	1,0
Auxiliares de Enfermería	10,5

En el Ecuador, conforme podemos notar en el gráfico siguiente, existen 729 establecimientos de salud con internamiento a nivel nacional entre públicos y privados¹⁴, es decir, con espacios y condiciones para recibir a pacientes con la posibilidad de ser recibidos como internos para la atención de salud, por ejemplo, que se reducirá, cuando sea atendida la población preventivamente y/o

ambulatoriamente, consecuentemente no habrá necesidad de abarrotar los centros de salud de segundo o tercer nivel.

De esos 729 establecimientos de salud a nivel nacional, desagregamos que en esta provincia existen 163, de los cuales apenas 23 son del sector público pertenecientes a los Ministerios de Salud, de Gobierno y Policía, de Defensa Nacional, del IESS, Municipios, SOLCA y fiscomisionales; los restantes son privados y consecuentemente su atención demandan costos, que la mayoría de la población no los tiene y es así como se produce otra causa para que se ocasione demanda de la prestación de servicios de salud.

SECTOR Y CLASE	NÚMERO	%
TOTAL	729	100,0
SECTOR PÚBLICO	164	25,2
SECTOR PRIVADO	545	74,8
SECTOR PÚBLICO	164	100,0
HOSPITAL BÁSICO	87	47,3
HOSPITAL GENERAL	65	35,3
HOSPITAL ESPECIALIZADO:	28	15,2
AGUDO	10	5,4
CRÓNICO	18	9,8
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	4	2,2
SECTOR PRIVADO	545	100,0
CLÍNICA GENERAL	479	87,9
CLÍNICA ESPECIALIZADA:	36	6,6
AGUDA	32	5,9
CRÓNICA	1	0,1
OTRAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	3	0,6
HOSPITAL BÁSICO	3	0,6
HOSPITAL GENERAL	19	3,5
HOSPITAL ESPECIALIZADO:	3	0,6
AGUDO	2	0,4
CRÓNICO	1	0,2
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	5	0,9



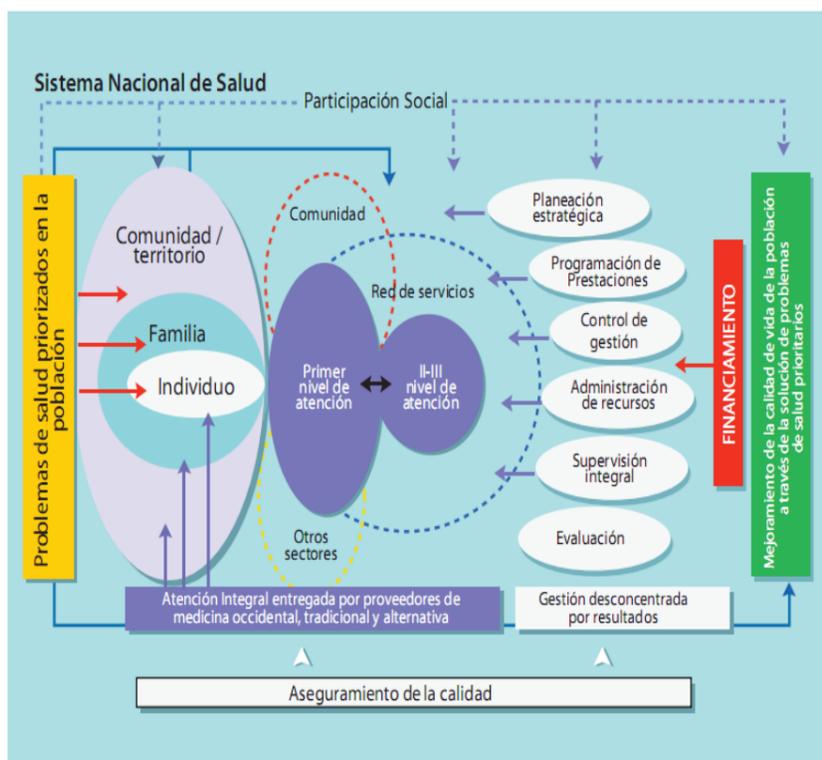
2.3.1 Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, herramientas y recursos que se complementan de tal manera que permiten que el Sistema Nacional de Salud actúe adecuadamente y responda a cada una de las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad; el mismo regula cada uno de las unidades de servicio de salud, ya sean públicos y privados, para que estos puedan dar soluciones integrales a los problemas de salud.¹⁵

¹³ Política Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud, 2009

¹⁴ Ecuador: Anuario de Recursos y Actividades de Salud- INEC 2007

¹⁵ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS 2013, pág. 53



Fuente: Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) por Equipo SGS.

Para lograr obtener una completa satisfacción y beneficio del MAIS; ha sido imprescindible identificar los determinantes de Salud que se han tomado en cuenta para desarrollar el mismo, en este caso se han considerado aquellos propuestos por la OMS.¹⁶

Dentro de los determinantes de salud que se contemplan están los siguientes:

Contexto socioeconómico y político: este se encuentra vinculado a factores estructurales del sistema social, los

cuales engloban las políticas macroeconómicas, las sociales y las públicas.

Posición socioeconómica: se refiere a las diversas clases y desigualdades que existen con respecto a la clase social, la posición económica, el género y la etnia.

Factores intermediarios: se identifican como aquellos referentes a aspectos sociales, entre ellos están temas de vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo; por otro lado también se encuentra el apoyo social y situaciones de estrés.

Factores ambientales: se mencionan estos factores por la interacción que existe entre la actividad humana y el ambiente físico, químico y biológico; adicional a ello se encuentra en este los factores o fenómenos geológicos como los sismos, erupciones, inundaciones, etc.

Los objetivos principales del MAIS son los siguientes:

Reorientar del enfoque de salud, de lo curativo a la prevención.

Fortalecer los niveles de atención I y II, permitiendo el acercamiento del Sistema de Salud a la comunidad.

Robustecer el control epidemiológico en la comunidad

Fortalecer el sistema de Telecomunicaciones garantizando una atención oportuna y eficaz.

Garantizar atención con excelencia de los diferentes niveles a través de Talento Humano capacitado.

Promover la participación de la comunidad.

De la misma manera es importante mencionar que existen ciertos principios que constituyen el MAIS:

- 1.-Garantizar los derechos de los ciudadanos
- 2.-Universalidad
- 3.-Integralidad
- 4.-Equidad
- 5.-Continuidad
- 6.-Participativo
- 7.-Desconcentrado
- 8.-Eficiente y eficaz
- 9.-Cambio de percepción de médico-paciente a equipo de salud-persona
- 10.-Gestión y atención deben buscar resultados de impacto social

2.3.2 Niveles de Atención

El Ministerio de Salud Pública a través del MAIS, desarrolló una diferenciación entre los Niveles de Atención que se ofrecen en el Ecuador, pues a través de ello se ha logrado organizar de una mejor manera el servicio que se ofrece a la población obteniendo resultados y soluciones a los problemas de Salud; estos tienen una base legal y normativa y se encuentran divididos de acuerdo a la complejidad o el

¹⁶ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS 2013, pág. 40

tipo de servicio que brindan según su especialidad, influye también el equipamiento y el nivel tecnológico con el cual prestan atención a la comunidad.¹⁷



De acuerdo a la figura mostrada anteriormente, se puede identificar los siguientes niveles de atención:

Nivel de Atención I: Este nivel de atención es aquel que se encuentra con mayor cercanía a la comunidad y por ello debe resolver todas aquellas necesidades de salud más frecuentes en la misma. Este engloba principalmente aspectos de promoción y prevención de salud. Las actividades que serán de responsabilidad de este nivel serán de tipo intra y extramurales.

El nivel de atención I debe resolver el 80% de los problemas de salud y a través del sistema de referencia y

contrareferencia se garantizará el acceso a otros niveles de atención con mayor complejidad.

NIVEL DE ATENCIÓN	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1º Nivel	Puesto de Salud
	2º Nivel	Consultorio General
	3º Nivel	Centro de Salud- A
	4º Nivel	Centro de Salud- B
	5º Nivel	Centro de Salud- C

Fuente: MAIS, 2013

Nivel de Atención II: Constituye el siguiente escalón de referencia del I Nivel de Atención; es decir todos aquellos procesos que el Nivel I no logra responder, pasará al Nivel II.

El II Nivel comprende servicios de atención ambulatoria especializada y adicional a ello aquellas que demandan algún tipo de hospitalización. Dentro de este nivel se envuelve un nuevo tipo de cirugía la cual no requiere de una cama hospitalaria, estos son mayormente conocidos como Hospitales del día; dentro de este se brinda atención de prevención, curación y rehabilitación.

NIVEL DE ATENCIÓN	TIPO	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Segundo Nivel de Atención	Ambulatorio	1º Nivel	Consultorio de especialidades clínico-quirúrgico médico u odontológico.
		2º Nivel	Centro de Especialidad
			Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	Hospitalario	3º Nivel	Hospital Básico
		4º Nivel	Hospital General

Fuente: MAIS, 2013

Nivel de Atención III: Son aquellos encargados de resolver problemas de alta complejidad, se envuelve dentro de este Nivel atención de tipo ambulatoria y hospitalaria de especialización.

Es importante indicar que, a diferencia del Nivel II, este contiene equipos con tecnología de alto desarrollo lo cual permite cubrir necesidades de salud que requieren de mayor complejidad; dentro de estos se realizan trasplantes, intervención quirúrgica de alta severidad, cuidados intensivos, etc.

¹⁷ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS 2013, pág. 86

NIVEL DE ATENCIÓN	TIPO	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Tercer Nivel de Atención	Ambulatorio	1º Nivel	Centros especializados
	Hospitalario	2º Nivel	Hospital Especializado
		3º Nivel	Hospital de especialidades

Fuente: MAIS, 2013

Nivel de Atención IV: Dentro de este se involucran aspectos de experimentación e investigación clínica.

Estos establecimientos se encuentran autorizados únicamente en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

NIVEL DE ATENCIÓN	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Cuarto Nivel de atención	1º Nivel	Centro de experimentación por registro clínico
	2º Nivel	Centro de alta subespecialidad

Fuente: MAIS, 2013

Nivel de Atención Prehospitalaria: este es un nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, en el mismo se ofrece atención cuando la comunidad notifica acerca de algún tipo de evento que afecta la salud de el o los habitantes hasta poder referirlos a una unidad de emergencia o cualquier otra establecimiento pertinente.

NIVEL DE ATENCIÓN	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Nivel de Atención Pre-hospitalario	1º Nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2º Nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3º Nivel	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Fuente: MAIS, 2013

De igual manera, cada uno de los Niveles de Atención tiene cierto tipo de establecimientos de salud que se diferencian por los servicios que prestan y por el número de habitantes a los cuales estará destinado el servicio, los mismos se especifican en el gráfico siguiente.

2.3.3 Sistema de Referencia y Contrareferencia

De acuerdo a lo mencionado por el Ministerio de Salud Pública, los Niveles de Atención se encuentran vinculados uno al otro a través del Sistema de Referencia y Contrareferencia; el objetivo de este es garantizar a la población y comunidad en general acceso a servicios de salud. La manera en la cual trabaja este sistema se basa en la recepción de información de los problemas de Salud de cada uno de habitantes por parte del servidor público e inmediatamente seguirá la designación de un adecuado Centro de Salud que responderá a las necesidades del paciente.

2.3.4 Atención a las discapacidades

Otro de los sectores de prioritaria atención son las discapacidades o personas con discapacidad, son alrededor de 361.000¹⁸ personas que sufren de algún tipo de discapacidad y que algunas de ellas la adquieren de formas fácilmente prevenibles con una oportuna atención de salud con niveles de prevención que nacería desde las propias instancias del establecimiento de salud a través de programas de capacitación y difusión.

2.3.5 Atención a la tercera edad

Sin duda este importante grupo humano ha sido relegado y abandonado por las autoridades, se requiere de atención especializada y no solamente con calidad, sino por ser precisamente esa edad del ser humano, requieren de calidez, este elemento es importante adoptar en los profesionales que laborarían en esta área en el establecimiento.

¹⁸ CONADIS.- SISTEMA NACIONAL DE CALIFICACION.- CONDIS 2013

Tal como se indicó anteriormente, es importante el buen funcionamiento del Modelo de Atención Integral de Salud, pues a través de ello se garantiza un adecuado funcionamiento de cada uno de los Niveles de Atención existentes en el Ecuador y por ende de esta manera la población obtiene un adecuado servicio y satisfacción de necesidades de salud.

Los niveles de atención I, II y III dependen cada uno del otro, pues en el caso de que uno de ellos no cuente con los recursos humanos, infraestructurales y tecnológicos necesarios para dar respuesta a una necesidad de salud, deberá tomar el apoyo del nivel que corresponda; en este caso el buen funcionamiento del Nivel de Atención II será imprescindible para disminuir la concurrencia de pacientes en los Hospitales de especialidad que deberán atender casos de mucha mayor complejidad.

Bajo este esquema es importante indicar que en la provincia de Pichincha y en el País se requieren de nuevos y mejorados centros de salud que respondan a un II Nivel de Atención.

Otra razón que fundamenta la creación de esta infraestructura es que atienda las enfermedades de tratamiento general y de emergencia.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	POBLACION ASIGNADA	CARACTERIZACIÓN Y SERVICIOS QUE PRESTA	HORARIO DE ATENCIÓN
I.1 Puesto de Salud	menos de 2000 habitantes;	Es un establecimiento del sector público, cumple con las normas de atención del MSP, e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la unidad de máxima desconcentración. Presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; cuenta con botiquín. Cuenta con auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería	8 horas
I.2 Consultorio General		Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento tanto en Medicina General, Odontología general y odontología integral. Puede ser público o privado Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados.	8 horas
I.3 Centro de Salud Rural	2000 a 6000 habitantes,	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria como la rehabilitación de base comunitaria; tiene botiquín. Cuenta con auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería y profesional de la medicina rural.	8 horas
I.4 Centro de Salud Urbano	2000 a 10000 habitantes	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene farmacia.	8 horas
I.5 Centro de Salud de 12 horas (URBANO)	de 10.000 a 50.000 habitantes,	Servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos y atención de emergencia; a través de los servicios de Medicina General y de especialidades básicas, Odontología, Psicología y Enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de Servicios Auxiliares de Diagnóstico en laboratorio clínico, Imagenología básica, y opcionalmente audiometría; farmacia institucional exclusivamente para los establecimientos públicos; promueve acciones de salud pública y participación social; Atiende referencia y contrarreferencias.	12 horas
I.6 Centro de Salud Urbano de 24 horas		Es un establecimiento que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos, a través de los servicios de Medicina General y de especialidades básicas, Odontología, Psicología, Enfermería, Maternidad de corta estancia y Emergencia; dispone de Servicios auxiliares de Diagnóstico en Laboratorio Clínico, Imagenología básica, opcionalmente Audiometría, farmacia institucional exclusivamente para los establecimientos públicos; promueve acciones de Salud Pública y Participación Social; Atiende referencias y contrarreferencias.	24 horas
Unidad Móvil de Medicina General y Odontología		Servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, y atención de emergencia; a través de los Servicios de Medicina General y Odontología,	
Taller de apoyo al tratamiento y rehabilitación		Óptica, mecánica dental, prótesis médica y órtesis	
Establecimientos de apoyo terapéutico y diagnóstico		Psicología, optometría, audiometría, logopedia, enfermería, rehabilitación física, nutrición y dietética, podología	
Servicios complementarios de apoyo diagnóstico		Laboratorio clínico general, Imagenología, radiología básica, ultrasonido, eco.dopler, puesto de recolección de muestras biológicas,	
Centros de cosmetología, estética, reducción de peso y tatuaje			

3 CAPÍTULO II

3.1 DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Como se mencionó en el capítulo anterior, uno de los derechos reflejados en la constitución para los ciudadanos ecuatorianos es el derecho a la salud; es por esta razón que el gobierno tiene una preocupación y atención especial al adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

A través del Manual de Atención Integral de Salud, el gobierno genera planes de acción para proveer a la población diferentes tipos de centros de salud u hospitales que se adapten a las necesidades de las personas, es así como interactúan los distintos tipos de centros de Atención (Nivel I, II y III) de acuerdo a la complejidad del servicio que las personas demanden por sus problemas de salud.

El problema radica en que la población de ciertos sectores y parroquias urbanas no cuentan con un fácil y adecuado acceso a los diferentes Niveles de Atención expuestos anteriormente; esto los obliga a buscar asistencia médica en otros puntos lo cual genera saturación en los mismos y un desequilibrio en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de este estudio es implantar un centro de salud ambulatorio que sirva de apoyo al mejor funcionamiento del sistema o red de salud de la ciudad, se seleccionará la

ubicación del centro a través de un estudio macro del Distrito Metropolitano de Quito, en el mismo se verificará la necesidad de ello ya sea por inexistencia de un equipamiento o soporte de un Hospital consolidado dentro de un sector. Posterior a realizar la identificación de la zona a intervenir será importante estudiar la población, necesidades, problemas, infraestructura del sector y direccionar la planificación del centro a solventar las necesidades y requerimientos de este grupo de personas.

3.2 SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Según el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, existe una división del mismo por 9 administraciones zonales.

Es importante mencionar que la SENPLADES¹⁹ ha desarrollado un nuevo esquema de zonificación en el Distrito Metropolitano de Quito o Zona 9, en la misma se identifican un total de 9 distritos; esta división aun no es acogida por el Municipio de Quito, sin embargo el MSP ha realizado la planificación del Sistema de Salud basado en este tipo de asignación, es por ello que en este estudio se tomará en cuenta la mencionada distribución.

De acuerdo a la SENPLADES, el DMQ se compone de 9 distritos:

¹⁹Secretaría de Planificación y Desarrollo

DISTRITOS	NOMBRES
DISTRITO 17D01	NANEGAL A GUALEA – SALUD
DISTRITO 17D02	CALDERÓN – LLANO CHICO – GUAYLLABAMBA - SALUD
DISTRITO 17D03	EL CONDADO A CALACALÍ – SALUD
DISTRITO 17D04	PUENGASÍ A ITCHIMBIA - SALUD
DISTRITO 17D05	LA CONCEPCIÓN A ZÁMBIZA - SALUD
DISTRITO 17D06	CHILIBULO A LLOA - SALUD
DISTRITO 17D07	CHILLOGALLO A LA ECUATORIANA - SALUD
DISTRITO 17D08	CONOCOTO A LA MERCED – SALUD
DISTRITO 17D09	TUMBACO A TABABELA – SALUD

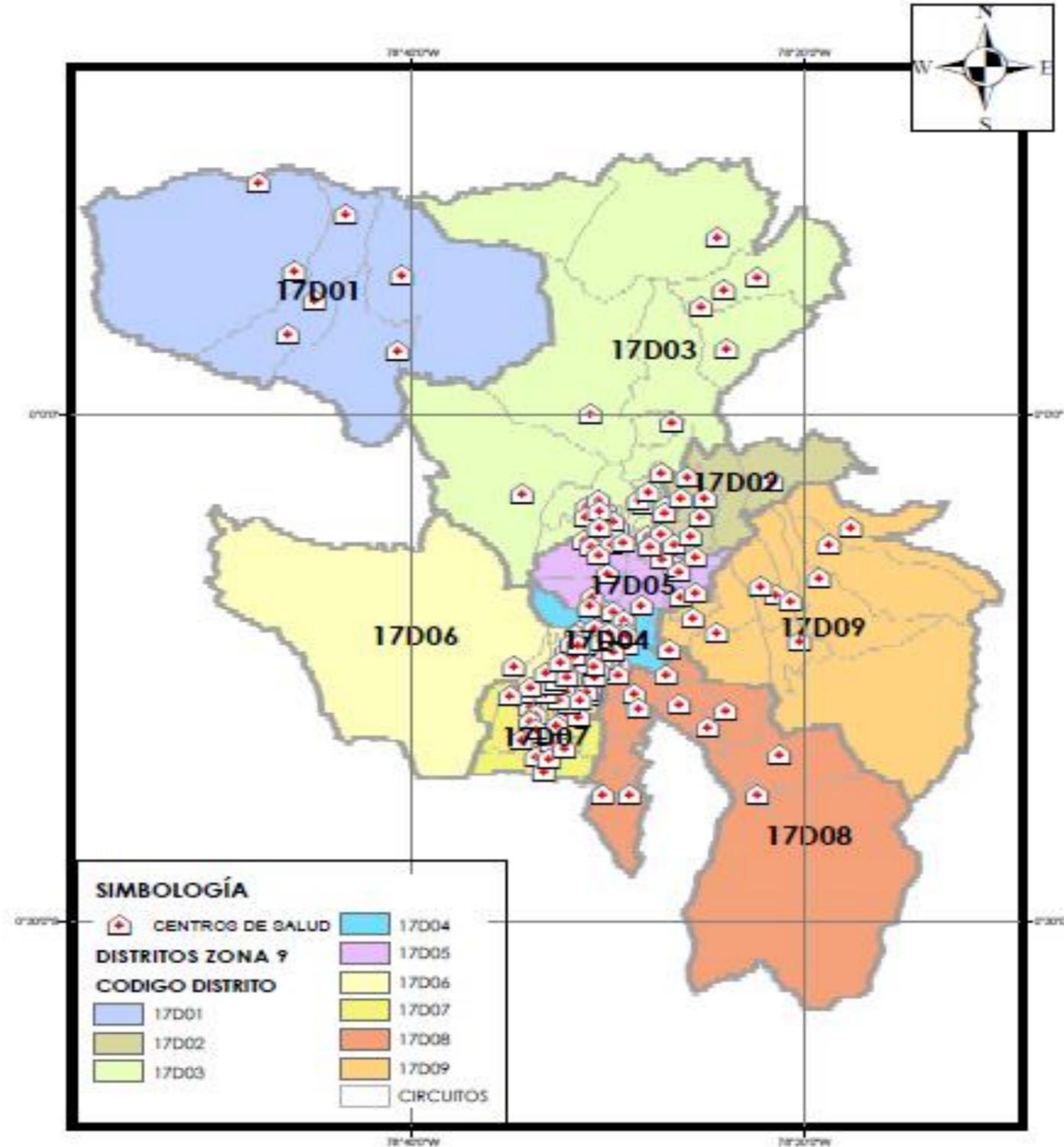
Es importante considerar cada una de las parroquias que componen los distritos de Quito:

- 1) Distrito 17D001: Nanegal, Pacto, Gualea, Nanegalito.
- 2) Distrito 17D002: Calderón, Llano Chico, Guayllabamba.
- 3) Distrito 17D003: Puellaró, Chavezpamba, Atahualpa, San José de Minas, Perucho, El Condado, Ponceano, San Antonio, Nono, Cotocollao, Pomasqui, Calacali, Comité del Pueblo, Carcelén.
- 4) Distrito 17D004: Puengasí, Centro Histórico, San Juan, La Libertad, Itchimbia.

- 5) Distrito 17D005: Concepción, Mariscal Sucre, Belisario, Quevedo, San Isidro del Inca, Rumipamba, Kennedy, Nayon, Iñaquito, Cochapamba, Jipijapa, Zambiza.
- 6) Distrito 17D006: Chilibulo, San Bartolo, Chimbacalle, La Argelia, Solanda, Lloa, La Mena, La Magdalena, La Ferroviaria.
- 7) Distrito 17D007: Chillogallo, Guamaní, Quitumbe, Turubamba, La Ecuatoriana.
- 8) Distrito 17D008: Conocoto, Pintag, Amaguaña, Alangasí, Guangopolo, La Merced.
- 9) Distrito 17D009: Tumbaco, Cumbaya, Pifo, Yaruqui, El Quinche, Puembo, Checa, Tababela.

De acuerdo al Ministerio de Salud, los servicios de salud públicos en el DMQ son los siguientes:

- Puesto de Salud: 7
- Centro de Salud: 136 (Incluyen Centros de tipo A, B, y C)
- Hospital Básico: 2
- Hospital General: 2
- Hospital de Especialidades: 2
- Hospital Especializado: 6



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

En el gráfico mostrado anteriormente, se puede observar la ubicación de los diferentes tipos de centros de salud que se ofrece a los habitantes de la Zona 9 o DMQ (Distrito Metropolitano de Quito); en este se denota claramente una ausencia de este tipo de servicios en la zona Sur de la ciudad. Esto nos lleva a enfocarnos principalmente en el Distrito 17D007 el cual se encuentra conformado por las parroquias de Chillogallo, La Ecuatoriana, Guamani, Turubamba y Quitumbe; a continuación se realizará el análisis respectivo que permitirá determinar el sector que se deberá intervenir.

3.3 ANÁLISIS DE LOS DISTRITOS DE LA ZONA 9 Y SELECCIÓN DEL SECTOR A INTERVENIR

Como se indicó anteriormente, el Distrito Metropolitano de Quito, cuenta con 9 diferentes Distritos.

Es importante identificar las diferentes características que presentan cada uno de los Distritos con respecto a la densidad de población y el número de centros de salud y hospitales que cuenta cada uno de ellos para poder seleccionar la zona que requiere ser intervenida.

El Ministerio de Salud se encuentra regularizando actualmente la atención de Centros de Salud de primer Nivel de tipo A, B y C. En el cuadro indicado a continuación, se podrá apreciar la planificación territorial de la zona en mención:

PLANIFICACIÓN TERRITORIAL ZONA 9 DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO										
DISTRITOS ZONA 9	17D01 NANEGALITO	17D02 CALDERÓN	17D03 LA DELICIA	17D04 CENTRO HISTÓRICO	17D05 EUGENIO	17D06 ELOY ALFARO	17D07 QUITUMBE	17D08 LOS CHILLOS	17D09 TUMBACO	TOTAL GENERAL
POBLACIÓN	12.485	179.128	353.187	225.527	395.719	427.746	321.229	166.812	157.358	2.239.191
CENTRO DE SALUD-A MANTENER	1		1	1	1		1	1		6
CENTRO DE SALUD-A NUEVA				1					1	2
CENTRO DE SALUD-A REEMPLAZAR	2		6	2	3	3	4	1	3	24
CENTRO DE SALUD-B MANTENER				1						1
CENTRO DE SALUD-B NUEVA			1	1	3	2	1	2		10
CENTRO DE SALUD-B REEMPLAZAR		1	3	5	3	2	3	2	4	23
CENTRO DE SALUD-C MANTENER		2	3		1	1		1		8
CENTRO DE SALUD-C NUEVA			2		1	4				7
CENTRO DE SALUD-C REEMPLAZAR		2	1	1		1	3		1	9
HOSPITAL BÁSICO MANTENER	1								1	2
HOSPITAL ESPECIALIZADO		1	1	3	1			1		7
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES				1						1
HOSPITAL GENERAL			1			1				2
PUESTO DE SALUD MANTENER	3		2			1				6
PUESTO DE SALUD REEMPLAZAR								1	1	2
CENTRO DE SALUD FUSIONARSE		4	8	13	9	20	8	3		65
TOTAL GENERAL	7	10	29	29	22	35	20	12	11	175

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

“Los equipamientos de salud y educación en el DMQ están distribuidos de manera inequitativa e irracional, pues se concentran en el hipercentro de la ciudad, lo que obliga a que la población realice grandes desplazamientos para acceder a ellos. Así, en la Zona Centro se ubican el 35% de hospitales, en tanto que Calderón, Los Chillos, Tumbaco y

Quitumbe albergan en conjunto solamente el 11% del total de equipamientos. Del mismo modo, el 23% de la oferta educativa se encuentra en el 5% del territorio urbano del DMQ. En los próximos años habrá que profundizar la planificación concurrente con las carteras de Estado, conforme las competencias asignadas por ley, para

desarrollar los equipamientos necesarios, especialmente en las zonas con carencias”²⁰.

Como hemos visto en esta propuesta, con información actualizada al 2012, existe mayor atención a la salud desde los establecimientos privados, lo que dificulta el acceso a la mayoría de la población que no tiene recursos suficientes para atender sus dolencias.

Con el objetivo de seleccionar el sector a intervenir, se analizará cada uno de los distritos de la Zona 9. Tal como se muestra en el cuadro anterior, dentro del Distrito Metropolitano de Quito, Eloy Alfaro es la zona que tiene mayor población, sin embargo esta cuenta con varios Centros de Salud de Nivel A, B y C y además que en esta zona existe un Hospital General, es por ello que no se refleja prioritaria la planificación de un Centro de Segundo Nivel. Posterior a esta zona, el distrito con mayor población es Eugenio Espejo, el mismo refleja un buen abastecimiento de Centros de Salud de Primer Nivel, de igual manera cuenta con un Hospital Especializado (Hospital Pediátrico Baca Ortiz); adicional a ello es importante mencionar que en esta zona existe una variada oferta de centros de salud privados.

El tercer distrito con mayor población es La Delicia; al igual que los anteriores, esta zona ofrece diversos Centros de Salud de Primer Nivel y adicional a ello cuenta con un

²⁰Plan Metropolitano de desarrollo 2012 – 2022 pag. 17

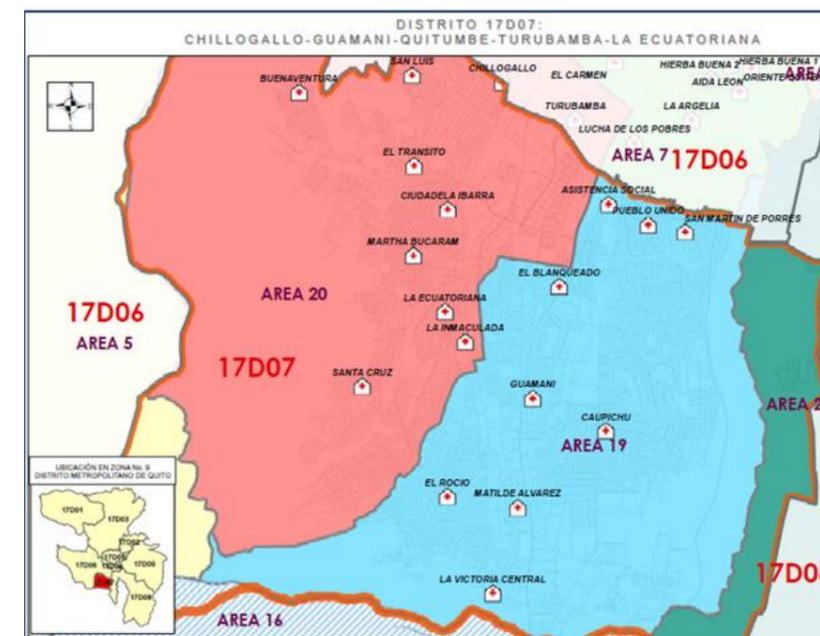
Hospital Especializado (Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor) y un Hospital General (Hospital Pablo Arturo Suarez); por esta razón no se muestra prioritaria la planificación de un Centro de Salud de Segundo Nivel.

La cuarta zona con mayor población es Quitumbe, la misma cuenta con varios Centros de Salud de primer nivel, sin embargo el Ministerio de Salud planifica reemplazar algunos de ellos en los próximos años debido a que estos no se encuentran en espacios adecuados para brindar atención de calidad a la población. Cabe mencionar que esta zona no cuenta con Centros de Segundo Nivel; incluso el Centro Histórico, con un nivel poblacional menor a Quitumbe, tiene una amplia gama de servicios médicos de esta complejidad; es por ello que esta zona denota ser uno de los lugares prioritarios a ser intervenidos por el problema que representa para los ciudadanos de esta zona el acceso a un Centro de Salud de Segundo Nivel.

Un centro de atención ambulatoria se adapta fácilmente a un entorno, equipamiento o construcción ya establecidos ya sea por la necesidad de solventar un problema de una sociedad, implantándolo en un terreno sin ninguna edificación en este o adaptando a una existente para el debido funcionamiento del centro de salud.

El centro propuesto procura ser un apoyo importante a un equipamiento de salud que atiende y sirve al sector de Quitumbe, siendo este un descongestionante de personas buscando en ellas la concientización de la medicina

preventiva y atendiendo enfermedades de mediana y leve complejidad; de esta manera los Hospitales Generales, Especializados y de Especialidades podrán enfocarse y dar atención a problemas de salud más complejos que requieran ser tratados y hospitalizados.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

3.4 ESTUDIO DEL SISTEMA DE SALUD DEL CONTEXTO A INTERVENIR

Después de haber mencionado la importancia de la planificación de un Centro Ambulatorio en la administración zonal de Quitumbe, es importante identificar el estado de la Salud en cada una de las parroquias que conforman este sector:

3.4.1 Centros de Salud Públicos

CENTROS DE SALUD PÚBLICOS								
DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN	UBICACIÓN	ATENCIÓN	TIPO	ENTIDAD	INSTITUCIÓN	TIPO DE CENTRO
17D007	Buenaventura	Calle H Cooperativa Buenaventura	Chillogallo	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	San Luis	San Luis de Chillogallo OE13	Chillogallo	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	El Tránsito	Calle Julio Arias OE10-223 y Diego Barba (El Girón)	Chillogallo	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Ciudadela Ibarra	Cdla. Ibarra calle 4 S-N y calle E	La Ecuatoriana	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Martha Bucaram	Calle Antonio Díaz S42-85 y 8 de Febrero	La Ecuatoriana	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	La Ecuatoriana	Calle Ignacio Lecumberry y Antonio Monvalverde	La Ecuatoriana	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	U.A.A. La Ecuatoriana	Avenida La Ecuatoriana S-N	La Ecuatoriana	12 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	La Inmaculada	OE57 Acceso al camal metropolitano y Avenida Mariscal Sucre	Guamaní	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Santa Cruz	Barrio San Alfonso Avenida principal a Chillogallo	La Ecuatoriana	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Asistencia Social	Aurelio Guerrero y Nicolás de Rocha	Quitumbe	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Pueblo Unido	Avenida Simón Bolívar mz. 74 Lote 4	Quitumbe	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	San Martín de Porres	San Martín de Porres calle U	Quitumbe	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	El Blanqueado	Panamericana Sur km 10	Quitumbe	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Guamaní	Avenida Pedro Quiñonez E1-129 y Avenida Pedro Vicente Maldonado	Turubamba	24 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Caupichu	Casa Barrial	Turubamba	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	El Rocío	Calle A y 11VA trasnversal	Guamaní	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	Matilde Alvarez	Panamericana Sur km 14 y calle 5	Guamaní	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud
17D007	La Victoria Central	Panamericana Sur km 16 y Patricio Romero	Guamaní	8 Horas	Primer Nivel	Pública	MSP	Centro de Salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

3.4.2 Centros de Salud Privados

En el ámbito privado podemos encontrar diversa oferta de centros de salud, sin embargo algunos de ellos no cuentan con un espacio adecuado para atender emergencias y adicional a ello es importante mencionar que estos servicios no tienen alcance a toda la población debido a que estos no son gratuitos.

El principal centro de salud privado que se encuentra en esta zona es el siguiente:

Hospital Un Canto a la Vida del Padre Carolo

Uno de los centros de Salud de mayor importancia e influencia en la zona es el Hospital Un Canto a la Vida del Padre Carolo, el mismo se encuentra ubicado en la Calle Rumichaca y Matilde Álvarez; la Fundación Tierra Nueva inicia con la construcción del mismo en el año 1998.

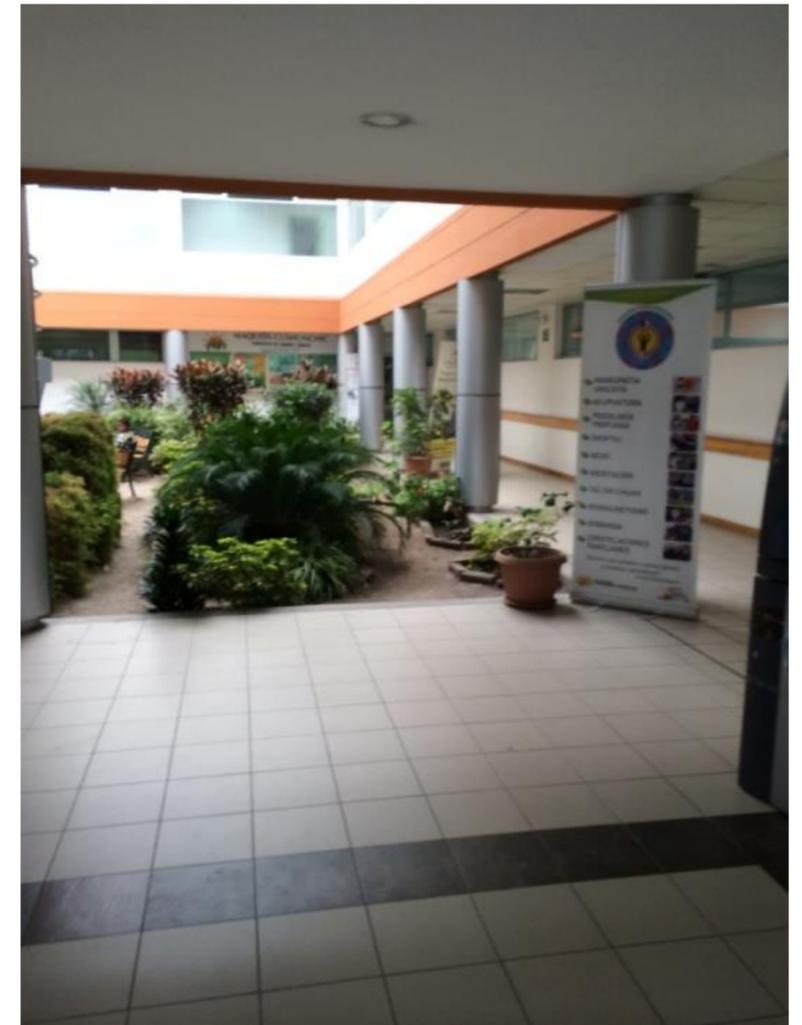
El primer piso se encuentra destinado a pequeñas cirugías y emergencias, en el segundo piso se está la consulta externa y en el tercer piso tenemos hospitalización.

El Hospital cuenta con 138 camas, 36 consultorios y atiende a 4000 pacientes al mes. La atención en consulta externa que brinda el hospital es de lunes a viernes, dentro de ella se identifican 23 diferentes especialidades, adicional a ello tiene convenios con el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) y el MSP (Ministerio de Salud Pública).

En consulta externa el hospital brinda servicios de cardiología, cirugía general, pediátrica, plástica y vascular, coloproctología, colposcopia, clínica de heridas, electrocardiogramas, ecografías, ecocardiograma, dermatología, gastroenterología, ginecología, homeopatía, mastología, medicina familiar e interna, oncología, pediatría, oftalmología, nefrología, neurología, odontología, otología, otorrinolaringología, rayos X, reumatología, psicología infantil y profunda, traumatología, tomografías, urología y vacunas.

Adicional a lo mencionado, el Hospital cuenta con laboratorio clínico, laboratorio histopatología, imagenología, farmacia, banco de sangre, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospital del día, neonatología, unidad de cuidados intensivos, hospitalización materna, unidad de cuidados intermedios, emergencia y hospitalización.

Si bien es cierto este hospital ha cumplido y ayudado con las expectativas de las personas muy pronto será insuficiente ya que la ciudad se va expandiendo; el número de personas que habitarán este sector será mayor considerando que esta no es una zona consolidada. De igual manera es importante mencionar que el Centro de Salud que se propone buscará descongestionar este Hospital además que, a pesar de ser un centro asociado con el MSP y tener facilidades de pago, no pertenece al mismo y por ello no está obligado a dar atención gratuita a los habitantes.





3.4.3 Centros de Salud del IESS

Considerando que la red de salud se maneja de manera integral será importante también identificar los centros del IESS. A continuación se mencionan los Centros de Salud del IESS:



CENTROS DE SALUD DEL IESS								
DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN	UBICACIÓN	ATENCIÓN	TIPO	ENTIDAD	INSTITUCIÓN	TIPO DE CENTRO
17D007	U.A.A. La Ecuatoriana	Av. La Ecuatoriana s/n	La Ecuatoriana	12 Horas	Primer Nivel	Pública	IESS	Centro de Salud
17D006	C.A.A. Chimbacalle	Avenida Napo E1-64 y Casitagua	Chimbacalle	12 Horas	Primer Nivel	Pública	IESS	Centro de Salud
17D006	U.A.A. Sur Occidental	Av. Mariscal Sucre 11-27 y Hernando Bravo	Chilibulo	12 Horas	Primer Nivel	Pública	IESS	Centro de Salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

4 CAPÍTULO III

Después de haber seleccionado el sector a intervenir, Quitumbe, es necesario conocer a mayor detalle la población, en este caso se identificarán los siguientes aspectos:

- Perfil económico y social de la zona.
- El perfil epidemiológico o las enfermedades más comunes
- La proyección de crecimiento

4.1 CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DEL SECTOR DE QUITUMBE

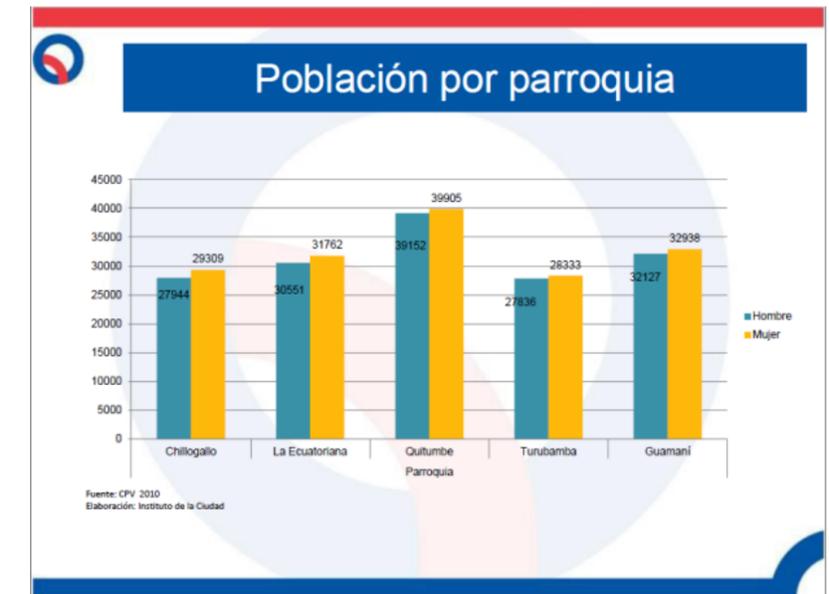
Quitumbe es una parroquia relativamente nueva que hasta hace poco formaba parte de la parroquia de Chillogallo, la misma que ha sufrido una serie de modificaciones y fragmentaciones a lo largo del tiempo. En 1861, de acuerdo a la ley de División Territorial del mismo año, Chillogallo se convirtió en la primera parroquia rural del sur de Quito, y en 1972 bajo un nuevo decreto, pasó a ser parroquia urbana, lo que trajo consigo además, la redefinición de su territorio y límites parroquiales. Para el siguiente año, Chillogallo limitaba al norte con la parroquia La Magdalena; al nororiente con la parroquia Villaflora; al sur con la parroquia Cutuglahua; al occidente el cerro Atacazo y al este las Parroquias de Conocoto y Amaguaña. A pesar de esta

disminución territorial seguía siendo una de las parroquias más extensas de Quito²¹.

La constante demanda de terrenos debido al crecimiento demográfico producto de los movimientos migratorios característicos de los siguientes años, exigió a la municipalidad de turno el Sr. Rodrigo Paz, el diseño de diversos planes de desarrollo y vivienda. Así, en 1990, con la aprobación de dichos proyectos, Chillogallo se redefinió nuevamente para dar origen a zonas destinadas sobre todo a la construcción de vivienda popular. Posteriormente, como una vía de descentralización administrativa y territorial, se creó en el 2001 la Administración Zonal Quitumbe, con lo cual Chillogallo se dividió definitivamente en las cinco parroquias que actualmente son parte de dicha Administración: La Ecuatoriana, Chillogallo, Turubamba, Guamaní y Quitumbe.

Quitumbe es uno de los sectores que muestra especial necesidad en adquirir un Centro Clínico-quirúrgico ambulatorio de Segundo Nivel debido a que es el cuarto distrito del la Zona 9 con mayor población; Quitumbe cuenta con un total de 321,229 habitantes, la superficie urbana de esta zona alcanza las 4.718 hectáreas, con lo que su

densidad llega a 68 habitantes por hectárea, frente a los 57 que tiene el DMQ²².



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

Como se mencionó anteriormente, la SENPLADES ha dividido la ciudad en Distritos, Quitumbe es uno de ellos y está ubicado al sur de la ciudad, las parroquias que componen el mismo son las siguientes: La Ecuatoriana, Turubamba, Guamani, Chillogallo y la que lleva el mismo nombre la parroquia de Quitumbe y es en esta última la que va a ser estudiada e identificará la problemática centrándose en el tema salud.

²¹ ESPINOSA, Apolo Manuel, Memorias de Turubamba, Quito, Municipio del Distrito Metropolitano, 2006. P: 47

²²Quitumbe Difusión y Profundización de los resultados del estudio sobre las características económicas y productivas de las administraciones zonales pág. 7

Se escogió esta parroquia por diversos factores los cuales hacen de esta parroquia más idónea para el funcionamiento del equipamiento a proponerse:

- Por Vialidad.-, ya que contamos con un sistema vial establecido diferenciando vías distribuidoras y colectoras amplias ya sea asfaltadas o adoquinadas pero accesibles.
- Por Consolidación.- La parroquia se encuentra ubicada al norte de la administración Zonal lo que quiere decir que como la ciudad se va expandiendo hacia los polos ya hay un funcionamiento urbano con infraestructura luz, agua, teléfono²³.
- Por Centralidad.- La parroquia como se dijo está ubicada más cercana al centro de la ciudad por lo que cuenta con equipamientos comerciales de educación, deportivas, y de salud con el Hospital Un Canto a la Vida del padre Carolo.
- El centro de atención ambulatoria servirá como apoyo al Hospital ubicado en esta parroquia (Un Canto a la Vida).

4.2 PERFIL ECONÓMICO Y SOCIAL DE QUITUMBE

Quitumbe, que estando situada al extremo sur de la ciudad de Quito, se compone actualmente por un pequeño porcentaje de ex trabajadores de hacienda, y por una gran

mayoría de población migrante proveniente del campo, de pequeñas ciudades, de la sierra y de la costa, lo que hace a esta parroquia diverso amplio de cultura y a la vez complejo por sus distintitos a veces incompatibles grupos sociales formados de personas que se asentaron en un territorio muchas veces abandonado y sin infraestructura básica llevando a conflictos y pugnas por tierras o simplemente por la convivencia diaria lo que se ve reflejado en la construcción y desarrollo de la parroquia evidenciando la diferencia entre la ciudad céntrica y el lado extremo sur de esta.

El caso de gran mayoría de los migrantes de Quitumbe no es un caso típico de migración campo-ciudad, pues, al momento en que ellos llegaron a Quito los espacios ocupados, eran prácticamente rurales. Muchas de las tierras antes destinadas a la producción agrícola de las haciendas mantuvieron por algún tiempo su carácter de grandes pastizales, montes e incluso pequeños bosques, lo cual intensificó la idea de vivir en el campo, lejos y fuera de la ciudad. Las características geográficas y físicas especiales que presentó la parroquia de Quitumbe, les permitió a los migrantes reproducir durante unos pocos años un sentido de vida parcialmente campesino. Fue posteriormente, por la influencia de los procesos de urbanización y también por los deseos de los mismos migrantes de querer urbanizar sus territorios y mejorar sus formas de vida, que las condiciones sociales y espaciales se fueron modificando.

Con respecto a las edades de la población de Quitumbe podemos mencionar que más del 68% del total se ubica entre aquellas que van de los 13 a 65 años, con una fuerte presencia de las personas entre 20 y 40 años (34%). Por otra parte, es importante la presencia de la población en edad escolar (menor de 12 años)²⁴.

Desde el punto de vista territorial, la población de esta zona es totalmente urbana. De esta manera, es una de aquellas cuya población se encuentra en dicha condición.

Las anteriores características dan lugar a preocupaciones para la implementación de políticas para enfrentar los efectos de mediano y largo plazo de esta estructura poblacional. En especial, en lo que se refiere a la composición etaria y su evolución futura. En concreto, se desprende la mejora de la oferta de servicios para una población relativamente joven, más o menos en edad escolar, lo cual refiere a varios ámbitos de acción específicos: educacional, salud, transporte, recreación y espacios públicos.

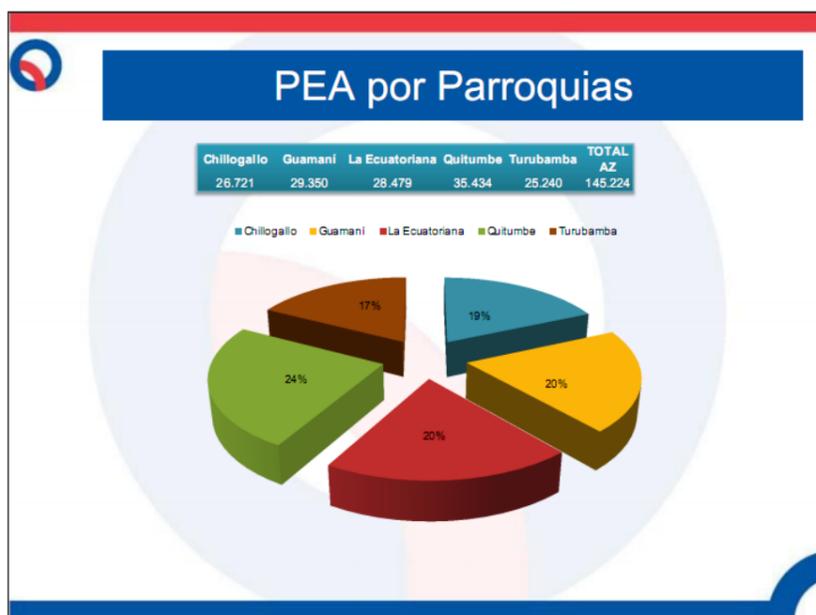
La Población Económicamente Activa (PEA) de Quitumbe asciende a 145.224 personas, esto significa que su tasa de participación en la población total es del 45,4%.

Según la distribución de la PEA, predominan las actividades de comercio (23,5%), seguidas con bastante diferencia, por

²³Fuente: CPV 2010 Elaboración: Instituto de la Ciudad

²⁴Quitumbe Difusión y Profundización de los resultados del estudio sobre las características económicas y productivas de las administraciones zonales pág 7.

la industria manufacturera (16,1%). En otro nivel de participación, más bajo, destacan la construcción (9,2%) y transporte y almacenamiento (7,9%)²⁵.



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

Otro dato importante a tomar en cuenta es la tasa de desocupación que se encuentra en la zona, en este caso observamos que la misma alcanza el 5,9%, adicional a ello la asistencia a educación superior alcanza el 28,7%, este se encuentra por debajo de la que se señala para el DMQ.

Anteriormente se mencionó varias de las actividades laborales más frecuentes de la zona, de igual manera, es necesario considerar el tipo de empleados que se encuentran en la misma:



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

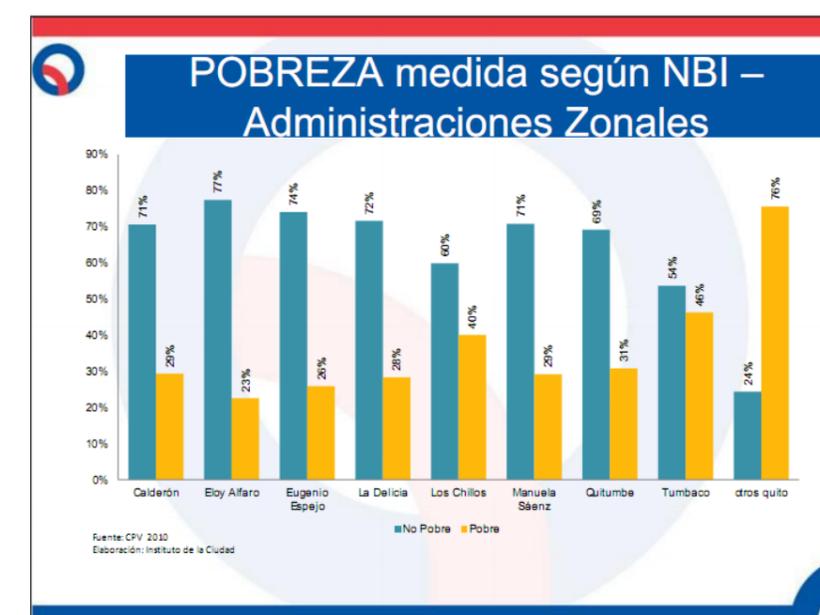
OCUPADOS POR CATEGORIAS	QUITUMBE	DMQ	AZ/DMQ
Empleado/a u obrero/a del Estado	10,9%	12,8%	11,3
Empleado/a u obrero/a privado	45,9%	49,2%	12,3
Jornalero/a o peón	5,0%	4,2%	16,0
Patron/a	3,6%	4,4%	11,0
Socio/a	1,2%	1,6%	10,4
Cuenta propia	22,6%	18,5%	16,1
Trabajador/a no remunerado	1,6%	1,3%	17,1
Empleado/a doméstico/a	5,4%	5,1%	14,0
NA	3,6%	2,9%	16,3
TOTAL	100,0%	100,0%	13,2

FUENTE: elaboración del ICD en base a información del INEC: Censo de Población y Vivienda, 2011.

Fuente: INEC Censo población 2011

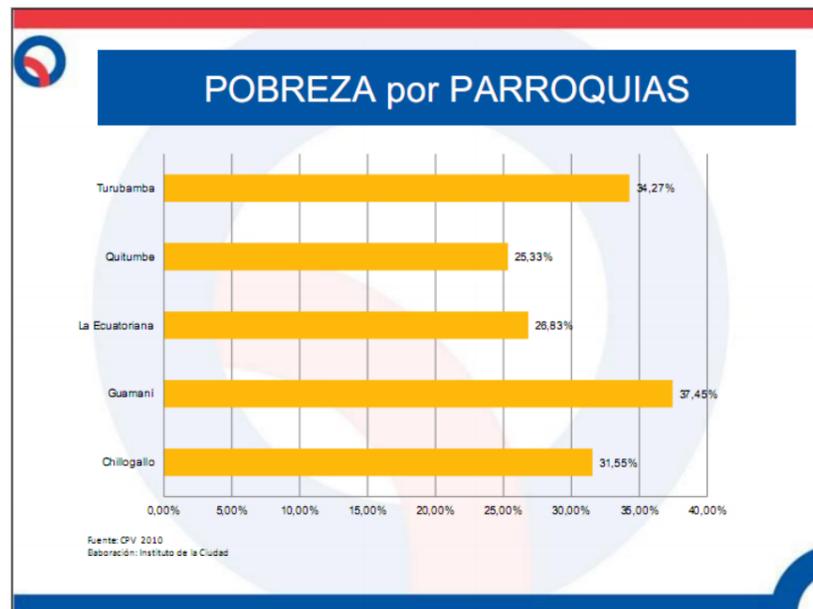
Como podemos observar en el cuadro anterior, en Quitumbe predominan los trabajadores privados (45,9%) y los que tienen un negocio o trabajan por cuenta propia (22,6%). En este caso es importante considerar que los empleados de instituciones privadas tienen afiliación al IESS y por ende la atención a la salud se verá mayormente resguardada; sin embargo los que trabajan por cuenta propia comúnmente no tienen ningún tipo de seguro privado ni social y por ende la atención de salud se encontrará vulnerable y expuesta.

El centro de atención ambulatorio que se propone tiene como objetivo brindar apoyo en temas de salud a todas las personas que se encuentran en la zona; especialmente este se encuentra dirigido para la población que no cuenta con posibilidades de adquirir servicios de tipo privado, para ello es importante mencionar el índice de pobreza que tenemos en el sector:



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

²⁵ Idem. pág 7.



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

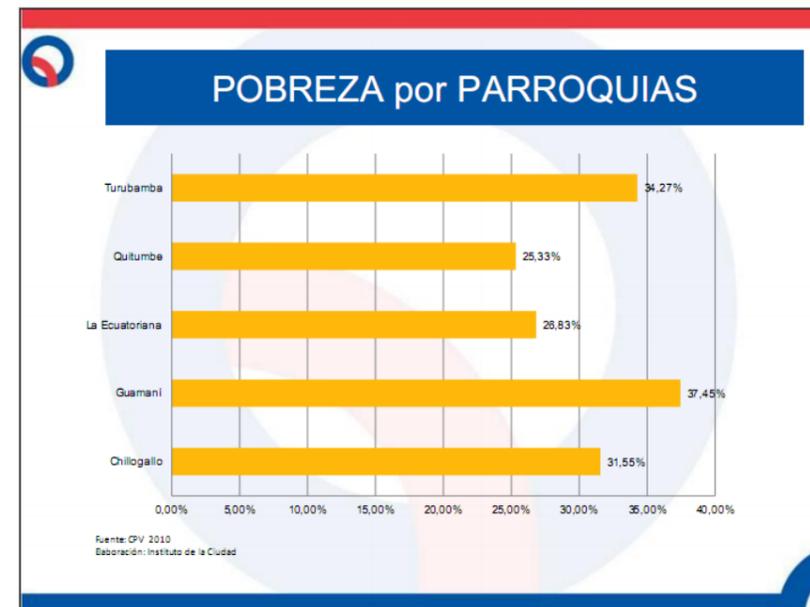
Como podemos observar, el 31% de la población se encuentra en pobreza, este es sin duda un porcentaje importante que debe ser considerado en la planificación de la zona, especialmente en temas de salud, ya que esta forma parte de las necesidades básicas del ser humano.

Situación actual

Los grupos que poblaron rápidamente la zona, fueron configurando allí un lugar distinto a sus comunidades y lugares de origen; recreando otra ciudad, una ciudad no hegemónica pensada y vivida desde sus experiencias e imaginarios urbanos; aspiraciones y condiciones socio-económicas.

El espacio periférico y rural, se fue convirtiendo de a poco en un espacio particular; en una comunidad propia marcada por sus representaciones culturales, pero también por cierta

conflictividad, tensión y complejidad en la medida en que allí empezaron enfrentarse manifestaciones de lo urbano y de lo rural.



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito



Fuente: propia

En los últimos años la parroquia ha tenido una gran transformación con lo que en su inicio fueron haciendas poco a poco varias industrias y fábricas fueron instaladas en el sur de Quito, como parte de los proyectos de modernidad e industrialización que se empezaban a gestar. Estos proyectos que básicamente respondieron a los requerimientos de reordenamiento de la ciudad junto con esto los habitantes con la ayuda de las entidades administrativas fueron urbanizando la zona dejando atrás a la parte marginada de la ciudad donde todos los servicios, centros comerciales, escuelas, parques, hospitales se concentraban al norte de la ciudad la cultura el arte el patrimonio en el centro Histórico, integrándose con la nueva infraestructura, organización y disposición de la parroquia la ciudad urbana con todos los equipamientos para que el sur de ciudad funcione correctamente.

La parroquia de Quitumbe ha tenido una evolución considerable y se ha modificado constituyendo y estableciendo la parte urbana de la parroquia, hoy en día es la que alberga más habitantes en comparación con las otras parroquias²⁶, siendo parte importante la organización, el mantenimiento de las personas haciendo que cada obra, cada parque, el territorio en si sea acogido como propio y sea factible la construcción de obras de gran importancia como La Terminal Terrestre que ofrece servicio de transporte interprovincial, interparroquial e interurbano, así como también se convierte en un hito importante

²⁶Fuente: CPV 2010 Elaboración: Instituto de la Ciudad

evidenciando el desarrollo en el que se encuentra actualmente la parroquia. Cerca de la terminal encontramos también al parque recreacional Fundeporte el cual cuenta con 33 hectáreas y recibe a más de 6000 ciudadanos los fines de semana, así también encontramos el vivero municipal Las Cuadras, en lo que respecta a equipamiento de educación, la universidad Salesiana, el colegio Quitumbe, el colegio nacional mixto Aida Gallegos de Moncayo, en lo que respecta a lo administrativo en esta mismo sector encontramos la administración Zonal Quitumbe, la Empresa municipal de transporte, Petroecuador, en lo comercial, el nuevo centro comercial Quicentro Sur y como ya habíamos hablado antes el Hospital Un Canto a la Vida del Padre Carolo siendo el equipamiento de salud de la parroquia.

En conclusión evidenciamos un desarrollo evidente y constante.



Fuente: propia



Fuente: propia



Fuente: propia

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE QUITUMBE

Considerando que este estudio propone la construcción de un centro de salud, un dato estadístico relevante e importante de mencionar es el perfil epidemiológico de la

zona y el porcentaje de la población que dispone de Seguro Social y seguro privado.

De acuerdo al Ministerio de Salud, las enfermedades más frecuentes en esta zona son las siguientes:

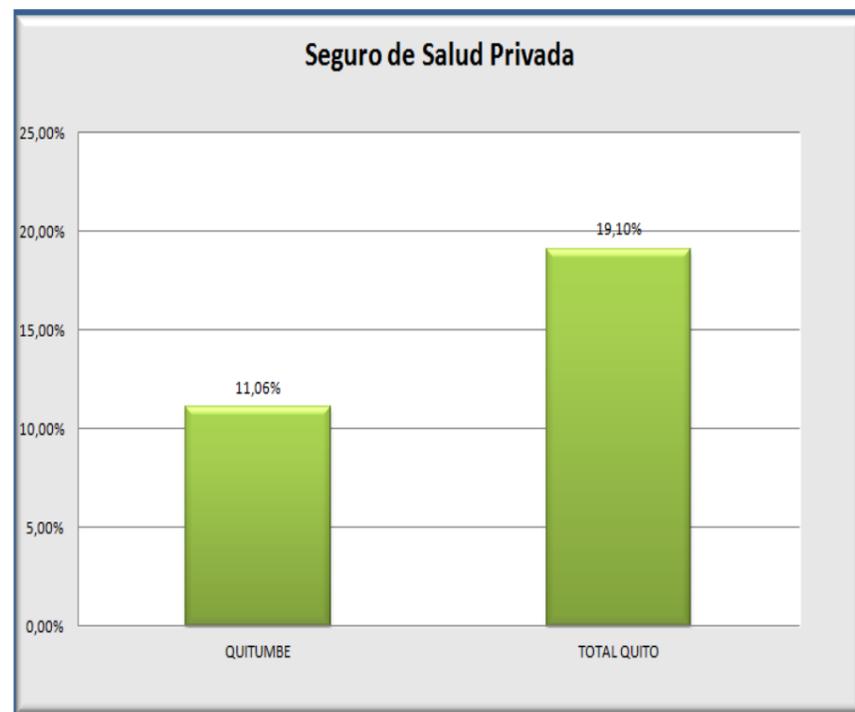
COORDINACION ZONAL 9-SALUD DIRECCION DE VIGILANCIA DE LA SALUD PUBLICA VIGILANCIA DE LA SALUD	
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL DISTRITO 17 D-07 CHILLOGALLO A LA ECUATORIANA	
EVENTOS DE NOTIFICACION GRUPAL SE1-SE33	
Eventos	Total general casos
Hepatitis A	98
Infecciones debidas a salmonella	2
Intoxicaciones Alimentarias	21
Leishmaniasis	1
Parotiditis infecciosa	7
Shigelosis	8
Varicela	137
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3
Neumonía	178
Tétanos	0
Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas	15
Total general	470

Fuente: Ministerio de Salud Pública

De esta manera evidenciamos que los eventos más frecuentes son de Varicela y la Neumonía los cuales son tratados en el área de Consulta externa de un centro de Salud Ambulatorio.

Según se mencionó anteriormente, se indicará el porcentaje de la población que cuenta con afiliación al Seguro Social y Seguro Privado; este indicador nos permitirá obtener un aproximado de las personas que tienen la posibilidad de acceder a servicios de salud privados.

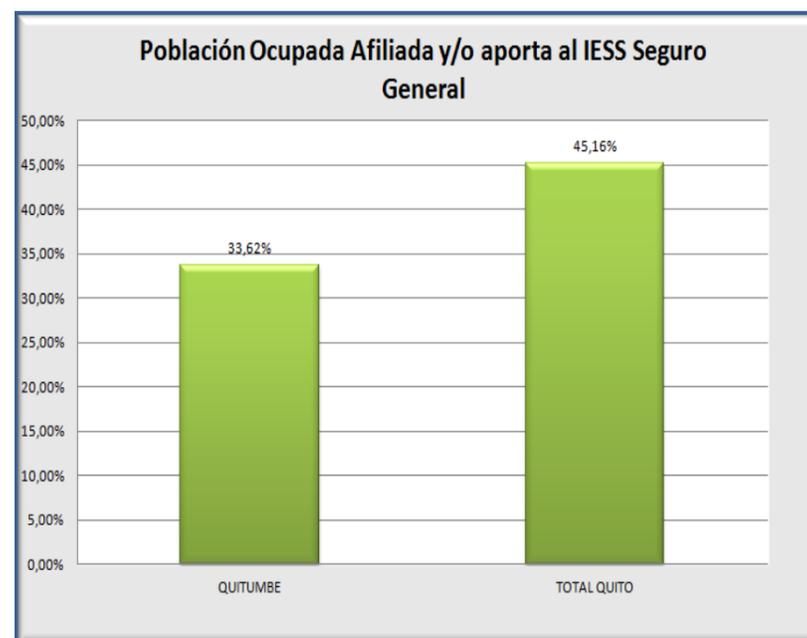
De acuerdo al Censo de la Población y Vivienda (CPV) realizado en el 2010, la Zona de Quitumbe registra los siguientes niveles de afiliación a los seguros de salud:



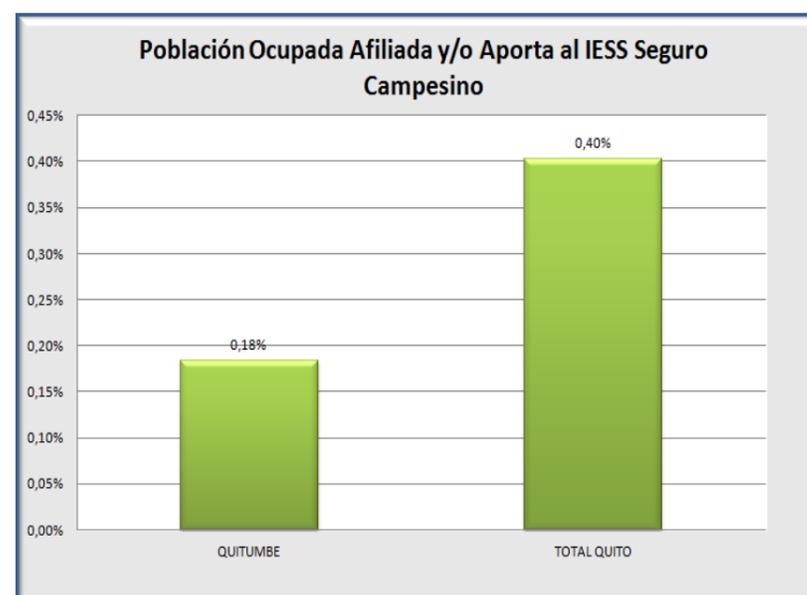
Fuente: CPV 2010

Como observamos en el cuadro anterior, únicamente el 11% de la población de Quitumbe tiene afiliación a seguros privados, lo cual nos da una referencia del porcentaje de la localidad que tiene acceso a servicios de salud privados.

Por otro lado se puede mencionar los siguientes porcentajes de afiliación al Seguro Social (IESS):



Fuente: CPV 2010



Fuente: CPV 2010

Como observamos en las figuras anteriores, el 33% de la población cuenta con Seguro Social General y menos del 1% cuenta con Seguro Campesino.

En conclusión, más del 50% de la población de Quitumbe no cuenta con ningún tipo de seguro de salud, ya sea este privado o público. Esto indica el nivel de vulnerabilidad que la zona presenta en temas de salud y la necesidad que tiene la misma de disponer de centros de salud públicos.

4.3 PROYECCIÓN DE CRECIMIENTO

Como se mencionó anteriormente, Quitumbe cuenta actualmente con 321,229 habitantes. Es necesario realizar se una proyección del crecimiento de la población ya que este sector se encuentra en desarrollo y a través de ello se puede determinar el alcance que tendrá el centro de salud ambulatorio que propone.

PROYECCIONES REFERENCIALES DE POBLACIÓN A NIVEL DE DISTRITOS					
PERÍODO 2010 - 2020					
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010					
DISTRITO	2010	2011	2012	2013	2014
17D007	321.478	339.369	346.029	352.703	359.367
2015	2016	2017	2018	2019	2020
366.029	372.659	379.299	385.881	392.488	399.045

Fuente: SENPLADES 2013

5 CAPITULO IV

5.1 DEFINICIÓN DE AMBIENTES FUNCIONALES

Ambulatorio es un adjetivo que está vinculado a lo perteneciente o relativo a la práctica de andar. El uso más común del término tiene su aplicación en el ámbito de la medicina y la salud, para nombrar al tratamiento o a la enfermedad que no obligan a estar en cama (y que, por lo tanto, permite que el paciente siga andando).

Puede definirse como aquella parte de la atención médica general que se desarrolla fuera del hospital y está vinculado a la atención primaria de salud.

La prestación de la medicina ambulatoria afecta a la presentación de los problemas clínicos así como también la utilidad de los exámenes de laboratorio que ayudan pero que a veces no, a definir los diagnósticos clínicos y el manejo de los pacientes. La práctica tradicional de intrahospitalarios que muchas veces son demoras y poco prácticas.

Un paciente ambulatorio es aquel que debe acudir regularmente a un centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita pasar la noche allí (es decir, no queda internado). Por eso también se conoce al paciente ambulatorio como paciente diurno o paciente de día.

En un sentido similar, el tratamiento ambulatorio no requiere de internación. El paciente puede acudir al centro de salud, llevar a cabo la sesión correspondiente del tratamiento, y

regresar a su hogar. Otra opción es que el médico acuda a la casa del paciente y luego vuelva al centro de salud.

La atención ambulatoria como foco de prevención de enfermedades para un sector determinado y así solucionar un problema. Como así también ayudar a descongestionar los hospitales que se encuentran en el sector.

El tema de educación y culturización sobre la salud preventiva e implementando una red u organización de salud más fiable y ordenada, aportaría para que no exista necesidad de recuperación de una enfermedad y por ende Hospitalización en unidades de salud, siendo el ambulatorio o unidad más funcional y con mayor ventaja para una población.

En este tipo de equipamientos de salud para un determinado sector se realiza distintos procedimientos o tratamientos según la demanda de la sociedad en la que se encuentra.

Entre los procedimientos se encuentran la Diálisis que es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre. En éste, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido su capacidad.

Este sistema suele utilizarse en pacientes que padecen de insuficiencia renal, pero también sirve para remover de manera más rápida las drogas o sustancias tóxicas en situaciones agudas.

5.1.1 Consulta Externa

Para el área de consulta externa se establecen consultorios donde se tratan diversas especialidades y se las dispone de acuerdo al requerimiento de la sociedad enfatizando las más críticas o necesarias dándoles más importancia, las cuales son las más comunes generalmente.

5.1.2 Hospital de Día

Es la unidad de asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital²⁷.

5.1.3 Imagen

El área de imagen es una zona de apoyo para el diagnóstico de enfermedades, para esto se utiliza diversos equipos que realizan esta función por medio de la radiología, que es la especialidad médica y odontológica que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos (rayos X, ultrasonidos campos magnéticos, etc.) y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico y, en menor medida, para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades. También se le denomina genéricamente radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen. Existen varios equipos como el tomógrafo, Mamógrafo, Angiógrafo.

²⁷<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>

5.1.4 Laboratorio

El Laboratorio es el lugar donde los técnicos y profesionales en bacteriología, realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

También se conocen como laboratorio de patología clínica y utilizan las metodologías de diversas disciplinas como la bioquímica, hematología, inmunología, microbiología o química clínica. En el laboratorio clínico se obtienen y se estudian muestras biológicas, como sangre, orina, excremento, líquido sinovial (articulaciones), líquido cefalorraquídeo, exudados faríngeos y vaginales, entre otros tipos de muestras.

En este tipo de laboratorios es imprescindible el uso de bata, guantes, tapabocas, gorro y gafas protectoras.

Servicios de Laboratorio Clínico

1. Descubrir enfermedades en etapas subclínicas
2. Ratificar un diagnóstico sospechado clínicamente.
3. Obtener información sobre el pronóstico de una enfermedad.
4. Establecer un diagnóstico basado en una sospecha bien definida.
5. Vigilar un tratamiento o conocer una determinada respuesta terapéutica.
6. Precisar factores de riesgo.

5.1.5 Fisiatría

Son servicios que pueden ayudar a las personas a recobrar las funciones corporales que perdieron debido a dolencias o lesiones, contando con el equipo adecuado para este objetivo como Terapia en agua para esto tinas de hidromasajes, la Tina de Houver, como también Electro terapia para la estimulación nerviosa y muscular y un gimnasio de apoyo.

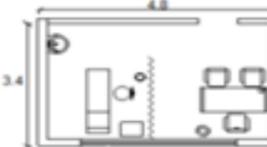
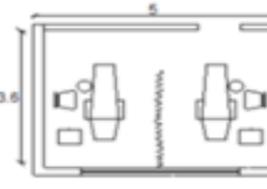
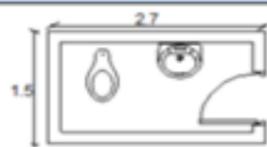
5.1.6 Emergencia

Siempre un centro de salud, Hospital, clínica, Ambulatorio cuenta con área de emergencias donde son atendidos pacientes que requieren atención inmediata para afecciones que ponen en riesgo la vida, en un centro de salud ambulatoria se atiende pacientes con afecciones de mediana y leve complejidad para que no requiera de ser internado.

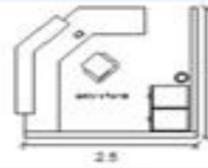
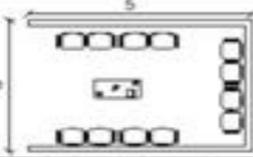
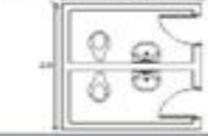
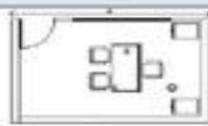
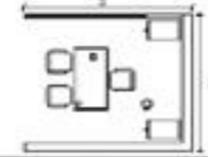
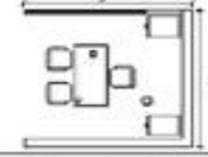
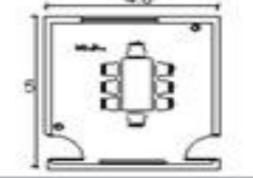
5.2 PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL – CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

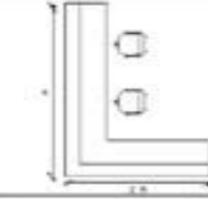
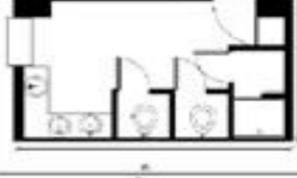
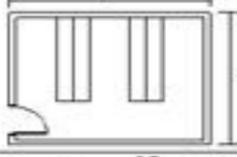
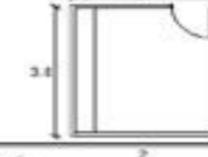
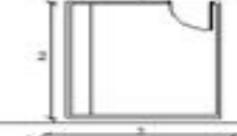
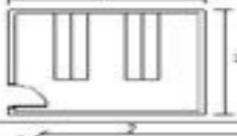
5.2.1 Consulta Externa

CONSULTAS EXTERNAS Y GABINETES AUXILIARES					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	Total
ÁREA DE PACIENTES Y FAMILIARES	Vestíbulo	Acceso al área de consultas	1	16	16
	Recepción-Admisión	Citación y control de pacientes que acuden a CCEE y Gabinetes.	1	18	18
	Cuarto de sillas de ruedas	Depósito de sillas de ruedas	1	10	10
	Cuarto de Limpieza	Almacén de útiles de limpieza	1	3	3
SUBTOTAL 47					
ÁREA DE CONSULTORIOS	Salas de espera	Estancia de pacientes y familiares. Nunca coincidente con el vestíbulo de acceso. Máximo 10 consultorios por sala de espera mínimo 5 consultorios. 1 m2 por persona, 9 personas por consultorio.	1	66	66
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para visitas diferenciar hombres y mujeres, ambos con las ayudas técnicas necesarias para capacidades especiales. Mínimo 1 batería sanitaria por sala de espera	2	4	8
	Consultorio de enfermería	Realización de mediciones clínicas o somatométricas previas al ingreso en los consultorios médicos.	1	21	21
	Consultorio/Gabinete	Con baño incluido	1	21	273
	Medicina Familiar		2		
	Medicina Interna		2		
Cirugía General	2				
Gineco-obstetricia	3				
Pediatría	3				

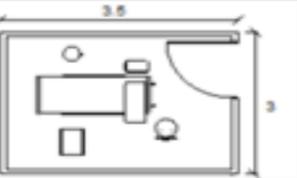
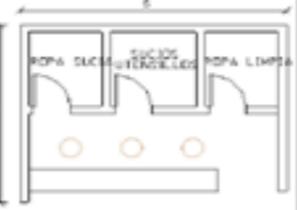
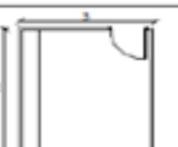
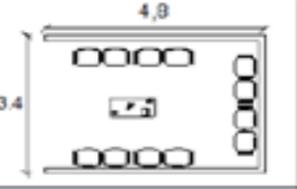
Gabinete	Para exploración y atención de pacientes. Asignar a Especialidades en función	4	21		210
Gineco-obstetricia	Con baño incluido	3			
Cirugía General		3			
Consultorio Odontológico con RX	Espacio para la prestación de cuidados odontológicos. Tratamientos periodontales: cirugía dento alveolar, periodoncia, endodoncia, rehabilitación oral, odontopediatría con área de esterilización. Dispone de sillón dental y equipo de RX odontológica (precisa protección radiológica para su uso)	2	18		36
SUBTOTAL				614	
Lencería	Almacén de ropa limpia	1	4		4
Bodega de equipos	Almacenamiento de equipos y material	1	10		10
Deshechos intermedios	Almacenaje temporal de residuos	1	4		4
Cuarto de limpieza	Almacén de útiles de limpieza	1	3		3
SUBTOTAL				21	
Baño para el personal	Para uso del personal de la Unidad	2	4		8
SUBTOTAL				8	
TOTAL				690	

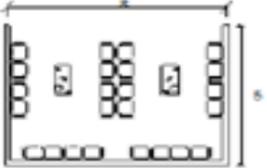
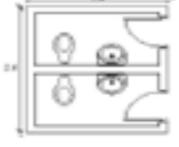
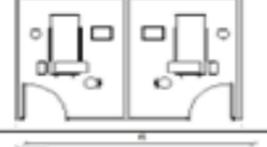
5.2.2 Centro Quirúrgico- Hospital del Día

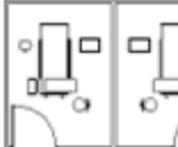
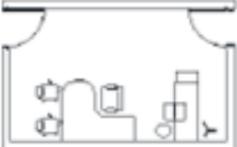
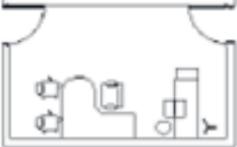
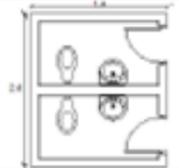
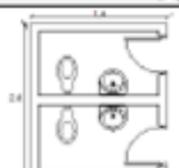
CENTRO QUIRÚRGICO						
Integrado por 4 quirófanos (3 polivalentes y un quirófano para ginecobstetricia)						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ÁREA FAMILIARES	Despacho de información	Contacto e información	1	6		6
	Sala de espera	Espera de familiares, 1,5 m2 por persona (0,75 m2 x persona, 2 familiares por paciente). Mínimo 12 m2	1	30		30
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para visitas diferenciar hombres y mujeres.	2	4		8
	SUBTOTAL					
ÁREA ADMINISTRATIVA	Despacho Jefe de Servicio	Trabajo administrativo	1	10		10
	Secretaría	Ubicación del eventual personal de apoyo administrativo. Sirve también de zona de espera y antesala de acceso al despacho del Jefe Médico	1	8		8
	Despacho Supervisión	Trabajo administrativo	1	8		8
	Sala multiuso	Sesiones clínicas / aula / reuniones y trabajo médico	1	24		24
	SUBTOTAL					

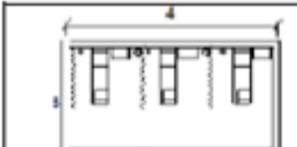
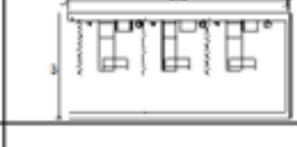
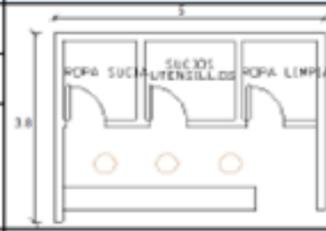
ÁREA QUIRÚRGICA	Estación de enfermería	Cuidados de enfermería	1	10		10
	Vestidor de personal	Filtros de acceso a zona limpia. Vestidor de personal con baño completo	2	18		36
	Bodega de equipos	Almacenaje equipos de anestesia	1	12		12
	Bodega material estéril	Recepción, almacenaje y preparación material estéril	1	14		14
	Zona de lavado de manos	Desinfección y colocación de guantes y mascarillas. 1 por quirófano	4	2		8
	Quirófano	Acto quirúrgico. 3 Quirófanos polivalentes	4	42		168
	Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación	1	6		6
	Usado	Almacenaje de material sucio antes de su envío	1	3		3
	Bodega de equipos de radiología	Almacenaje de equipos de RX portátiles e intensificadores de imagen	1	14		14
	Cuarto de limpieza	Almacén artículos de limpieza. No debe estar dentro de centro quirúrgico pero si anexo a éste	1	3		3
SUBTOTAL						274

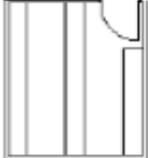
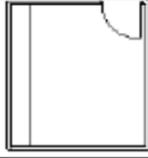
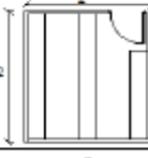
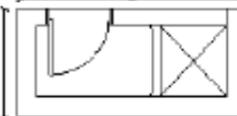
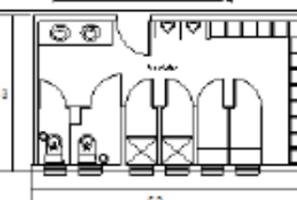
5.2.3 Emergencias

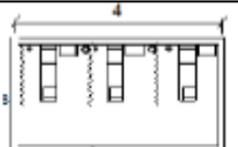
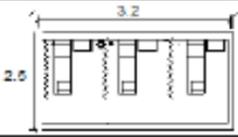
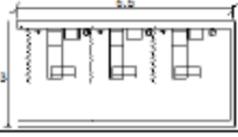
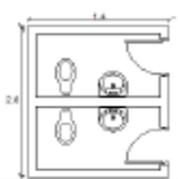
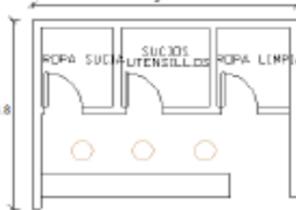
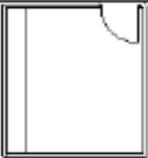
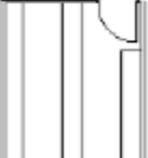
ÁREA DE REANIMACIÓN	Reanimación posquirúrgica	Recuperación posquirúrgica de pacientes y espera traslado a unidades 1,5 puestos por quirófano, 10 m2 por puesto	6	10		60
	Estación de enfermería	Vigilancia y control de enfermería	1	10		10
	Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación	1	6		6
	Usado	Área de lavado y almacén de material sucio	1	3		3
						
	Lencería	Almacén de ropa limpia	1	4		4
	Bodega de material	Almacén de fungible	1	4		4
	Bodega de equipos	Para almacenaje y mantenimiento de equipos	1	6		6
	Cuarto de limpieza	Almacén artículos de limpieza	1	3		3
SUBTOTAL						96
ÁREA DE PERSONAL	Estar de personal	Descanso de personal (sofá de tres puestos, frigorífico con congelador, mesa de centro baja, mesa para cuatro personas, microondas, mostrador con fregadero en acero inoxidable).	1	16		16
	SUBTOTAL					
TOTAL						480

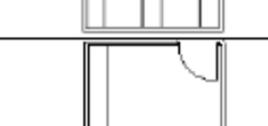
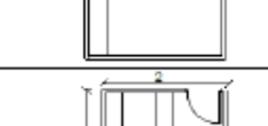
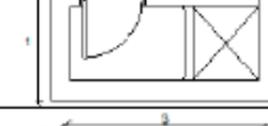
EMERGENCIAS						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES	Estacionamiento	Estacionamiento ambulancias	Dimensionar por arquitecto en función de frecuentación			
	Llegada de Ambulancias	Desembarco de pacientes que acceden en ambulancia				
	Vestíbulo	Desembarco y acceso de pacientes				
	Control	Control de estar de personal de guardia	1	6		6
	Bodega camillas / sillas	Almacén provisional de camas, sillas u otras ayudas	1	12		12
	Recepción-Admisión	Toma de datos. Única para toda la Emergencia	1	6		6
SUBTOTAL						24
ÁREA DE FAMILIARES	Estacionamiento	Estacionamiento familiares y pacientes que acceden por sus medios	Dimensionar por arquitecto en función de frecuentación			
	Sala de espera	Estar y espera para el familiar del paciente tratado en Admisión Continua. Estar y espera para el familiar del paciente tratado en Emergencias. Dimensión mínima 2 familiares por paciente y 2 pacientes por punto de atención. 1 m2 por persona (3 m2 por punto de atención)	1	40		40
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para visitas diferenciar hombres y mujeres, ambos con las ayudas técnicas necesarias para capacidades especiales. Dimensionar en función de número de personas que se estima estarán en la sala de espera	2	4		8
SUBTOTAL						48
ÁREA DE ATENCIÓN INMEDIATA	Unidad de Choque	Atención del paciente grave	1	22		22
	Sala de primera acogida, con baño con ayudas técnicas para personas con	Destinado para atención de personas víctimas	1	24		24

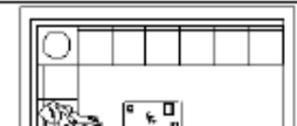
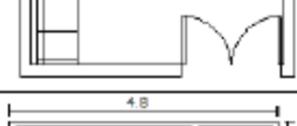
	capacidades especiales					
	Sala de procedimientos	Para procedimientos quirúrgicos de baja complejidad	1	20		20
SUBTOTAL						66
ÁREA DE ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS	Triage	Para clasificación de los pacientes	2	12		24
	Boxes de atención polivalente	Para exploración y diagnóstico de pacientes. 8m2 por puesto	2	8		16
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes. Diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL						48
ÁREA DE ATENCIÓN A PACIENTES NIÑOS	Triage	Para clasificación de los pacientes	1	16		16
	Boxes de atención polivalente	Para exploración y diagnóstico de pacientes. 8m2 por puesto	2	8		16
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes. Diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL						40

ÁREA DE TERAPIAS DE SOSTEN (RESPIRATORIAS E HIDRATACIÓN)	Sala de Inhaloterapia. Adultos	Terapia Inhalatoria para adultos/ niños con mesón. 1 unidad de 3 puestos, cada puesto de 4 metros.	1	12		12
	Sala de Inhaloterapia. Niños	Terapia Inhalatoria para adultos/ niños con mesón. 1 unidad de 3 puestos, cada puesto de 4 metros.	1	8		8
	SUBTOTAL					
OBSERVACIÓN	Sala de observación y estabilización adultos	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas 5 puestos. 8 m2 por puesto	1	32		32
	Sala de observación y estabilización niños	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas 3 puestos de 8 metros	1	16		16
	Baterías sanitarias. Ubicar de tal manera que puede ser compartida por todas las áreas	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL						56
ÁREA TÉCNICA ZONAS DE APOYO	Estación de enfermería	Cuidados de enfermería	3	10		30
	Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación	1	6		6
	Usado	Área de lavado y almacén de material sucio	1	3		3
SUBTOTAL						39
ÁREA DE SUMINISTROS Y SOPORTE	Medicación	Preparación de medicación, coche de transporte de medicamentos de dosis unitaria	1	4		4
	Lencería	Almacén de ropa limpia	1	6		6

	Repostería	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos	1	8		8
	Bodega de material	Almacén de fungible	1	6		6
	Bodega de equipos	Almacén de aparataje y otros productos	1	10		10
	Deshechos intermedios	Almacenaje de residuos	1	4		4
	Lavachata	Lavado y esterilización de chatas	1	2		2
	Cuarto de limpieza	Almacenamiento temporal de artículos de limpieza.	1	3		3
	SUBTOTAL					
ÁREA DE PERSONAL	Despacho Jefe de Servicio	Trabajo administrativo por servicio	1	10		10
	Secretaría	Apoyo administrativo al Servicio	1	8		8
	Vestidores y baño completo incluido ducha	Para uso del personal de la Unidad (hombres y mujeres)	2	16		32

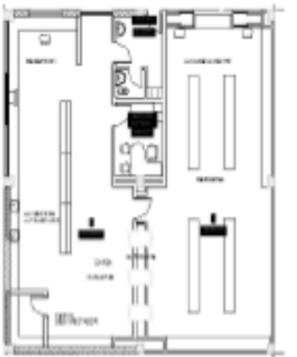
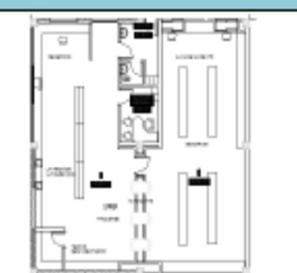
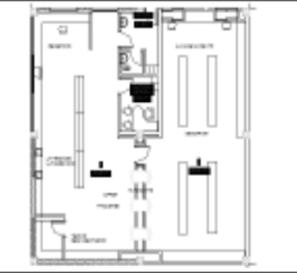
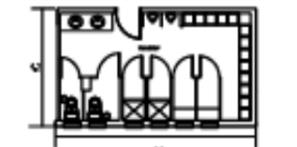
ÁREA DE TERAPIAS DE SOSTEN (RESPIRATORIAS E HIDRATACIÓN)	Sala de Inhaloterapia. Adultos	Terapia Inhalatoria para adultos/ niños con mesón. 1 unidad de 3 puestos, cada puesto de 4 metros.	1	12		12
	Sala de Inhaloterapia. Niños	Terapia Inhalatoria para adultos/ niños con mesón. 1 unidad de 3 puestos, cada puesto de 4 metros.	1	8		8
SUBTOTAL						20
OBSERVACIÓN	Sala de observación y estabilización adultos	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas 5 puestos. 8 m2 por puesto	1	32		32
	Sala de observación y estabilización niños	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas 3 puestos de 8 metros	1	16		16
	Baterías sanitarias. Ubicar de tal manera que puede ser compartida por todas las áreas	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL						56
ÁREA TÉCNICA ZONAS DE APOYO	Estación de enfermería	Cuidados de enfermería	3	10		30
	Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación	1	6		6
	Usado	Área de lavado y almacén de material sucio	1	3		3
SUBTOTAL						39
ÁREA DE SUMINISTROS Y SOPORTE	Medicación	Preparación de medicación, coche de transporte de medicamentos de dosis unitaria	1	4		4
	Lencería	Almacén de ropa limpia	1	6		6

	Repostería	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos	1	8		8
	Bodega de material	Almacén de fungible	1	6		6
	Bodega de equipos	Almacén de aparataje y otros productos	1	10		10
	Deshechos intermedios	Almacenaje de residuos	1	4		4
	Lavachata	Lavado y esterilización de chatas	1	2		2
	Cuarto de limpieza	Almacenamiento temporal de artículos de limpieza.	1	3		3
	SUBTOTAL					43
ÁREA DE PERSONAL	Despacho Jefe de Servicio	Trabajo administrativo por servicio	1	10		10
	Secretaría	Apoyo administrativo al Servicio	1	8		8
	Vestidores y baño completo incluido ducha	Para uso del personal de la Unidad (hombres y mujeres)	2	16		32

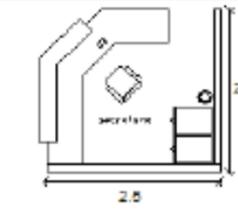
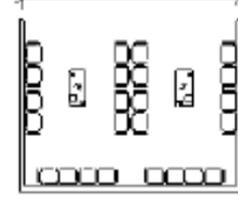
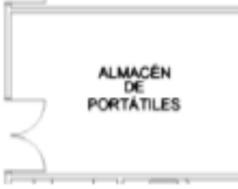
	Estar de personal	Descanso de personal (sofá de tres puestos, frigorífico con congelador, mesa de centro baja, mesa para cuatro personas, microondas, mostrador con fregadero en acero inoxidable).	1	16		16
	Despacho de ambulancias con baño	Despacho de ambulancias, un espacio de 12 metros relacionada con el área de emergencia, se encontrará el equipo de radio-comunicación, etc.	1	12		12
	SUBTOTAL					78
TOTAL						462

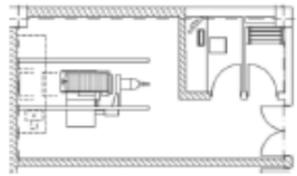
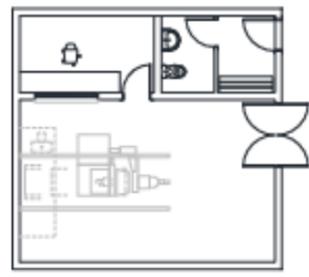
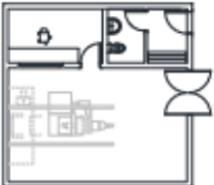
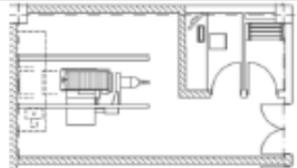
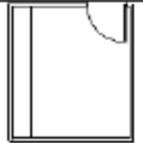
5.2.4 Esterilización

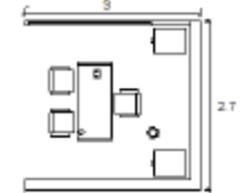
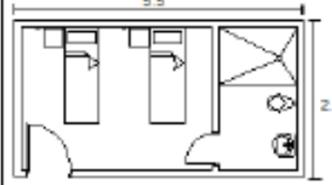
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ÁREA ADMINISTRATIVA	Despacho de Responsable	Para la supervisión	1	10		10
	SUBTOTAL					10
ZONA ROJA						
ÁREA TÉCNICA	Recepción de material usado	Llegada de material usado por las diferentes Unidades Funcionales del Hospital	1	6		6
	Zona de lavado y clasificación	Se agrupan los materiales por familias de igual tratamiento	1	6		6
	Lavado de carros	Lavar carros de transporte de material. Secado de los carros de transporte	1	10		10
	Almacén de carros	Espera de carros limpios hasta su utilización	1	10		10
	Cuarto de limpieza zona usada	Almacén de útiles de limpieza	1	3		3

						
SUBTOTAL					35	
ZONA VERDE						
Zona de preparación	Control de la eficacia del lavado. Preparación del material ya lavado, se empaqueta y se introduce en bolsas que son termoselladas	1	10		10	
Zona de autoclaves	Area para la colocación de equipos de esterilización de material por vapor	1	16		16	
Zona de esterilización a baja temperatura	Area para la colocación de equipos de esterilización de material termosensible	1	8		8	
SUBTOTAL					34	
ZONA AZUL						
Recepción de material limpio	Llegada de material limpio	1	8		8	
Bodega de material	Almacén de material ya esterilizado, dispuesto para su entrega	1	8		8	
Entrega material	Entrega de material estéril a las diferentes unidades Funcionales del Hospital	1	2		2	
SUBTOTAL					18	
ÁREA DEL PERSONAL	Exclusa	Espacio para cambiarse de calzas, batas y lavado de manos	1	2	2	
	Vestidor de personal	Espacio para cambiarse de ropa, con baño	2	16		32
	SUBTOTAL					34
TOTAL					131	

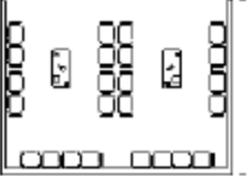
5.2.5 Imagenología

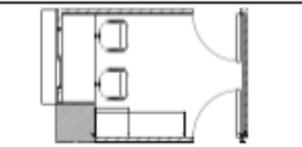
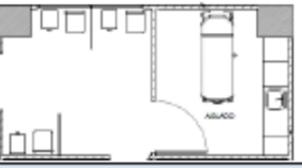
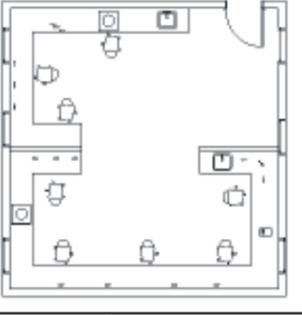
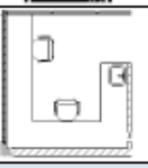
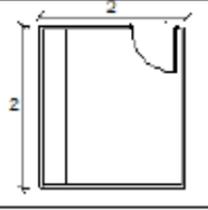
IMAGENOLOGÍA						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ACCESO Y ESPERA	Recepción-Admisión	Recepción de pacientes y familiares	1	6		6
	Sala de espera	Espera de pacientes y familiares. Organizar salas de espera por grupos de equipos. La de radiología general y ecografía más amplia. 8 m2 por sala de exploración (1 m2 x persona, 1 familiar por paciente). Mínimo 18 m2	1	40		40
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para visitas diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales. Una batería por sala de espera	2	4		8
	SUBTOTAL					54
UNIDAD DE ULTRASONIDO	Sala de ultrasonidos	Estudios con ultrasonidos con baño	1	12		12
	Vestidores para pacientes con baño	Para cambiarse de ropa previo a los análisis	2	4		8
	SUBTOTAL					20
UNIDAD DE RADIOLOGÍA	Almacén de portátiles	Ubicación de equipos portátiles	1	16		16
	Radiología convencional	Estudios radiológicos	2	22		44

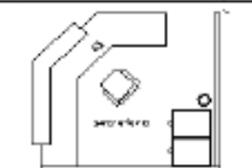
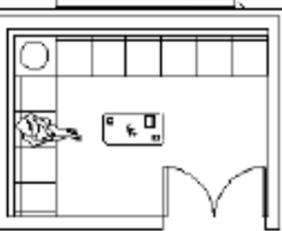
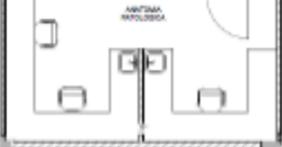
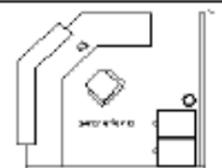
	Control	Control y mando de equipo. Si la distribución arquitectónica lo permite, una sala de control puede ser compartida por los 2 equipos. Número de equipos en función de la demanda.	1	2		2
	Preparación paciente/ Espera de encamados	Preparación del paciente para estudio	1	16		16
	Vestidor para pacientes con baño	Para el desvestirse y vestirse del paciente para el estudio ecográfico	2	4		8
	Telemando	Estudios radiológicos telecomandados	1	26		26
	Sala Técnica		1	4		4
	SUBTOTAL					
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA MUJER	Vestidor de pacientes con baño	Para el desvestirse y vestirse del paciente para el estudio ecográfico. 2 por ecógrafo	2	4		8
	Sala de ultrasonidos	Estudios con ultrasonidos con baño	1	12		12
	Mamógrafo	Estudios mamográficos con y sin esterotaxia	1	18		18
SUBTOTAL					38	
TELEMEDICINA	Sala E-Salud y telemedicina	Transmisión/recepción de imágenes	1	16		16
	SUBTOTAL					16
ÁREA TÉCNICA	Sala de trabajo	Para interpretación de imágenes y realización de informes. Ubicación consolas interpretación dimensionado en función del número de salas	1	16		16
	Sala de impresión y digitalización	Digitalización de placas realizadas en el exterior e impresión de imágenes digitales realizadas en el hospital	1	14		14
	Sala de servidores PACS	Armarios y electrónica del sistema PACS	1	18		18
	SUBTOTAL					48

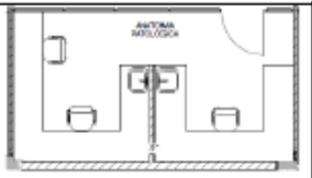
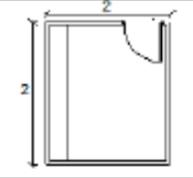
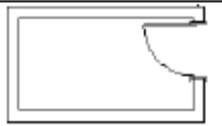
ÁREA DE APOYO	Bodega de material	Almacenaje de productos de Imagenología	1	6		6
	Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación	1	6		6
	Usado	Limpieza y almacenaje de material sucio	1	3		3
	Cuarto de limpieza	Almacén de útiles de limpieza	1	3		3
SUBTOTAL						18
ÁREA ADMINISTRATIVA	Despacho de Jefe de Servicio	Trabajo administrativo del servicio	1	10		10
	Secretaría	Trabajo administrativo del servicio	1	8		8
	Habitación de médico de guardia	Para personal de guardia	1	14		14
SUBTOTAL						32
TOTAL						342

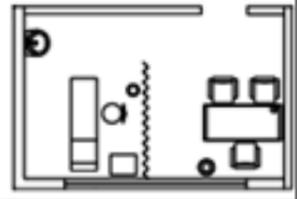
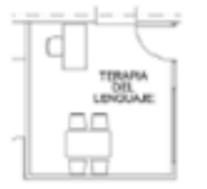
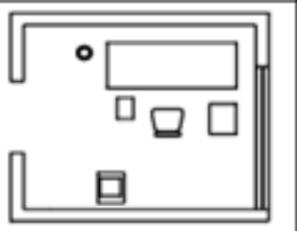
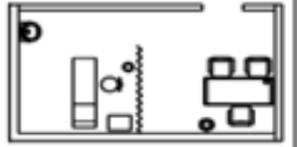
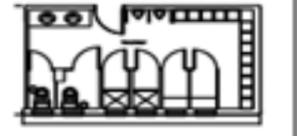
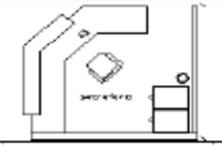
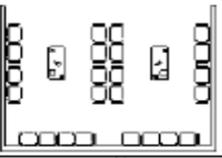
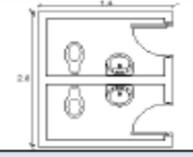
5.2.6 Laboratorio

LABORATORIO						
Acceso desde la CCEE						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ÁREA DE EXTRACCIONES	Sala de espera	Espera de pacientes y familiares, utilizar sala de espera de CCEE	1	45		

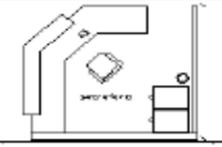
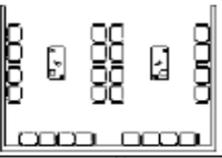
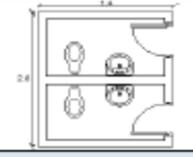
	Toma de muestras	Para pacientes ambulantes Dimensionar número de puestos según población. 5 m2 por puesto	2	5		10
	Sala de muestras especiales	Espacio específico para toma de muestras especiales y de microbiología	1	9		9
SUBTOTAL						19
ÁREA DE PROCEDIMIE NTO	Bioquímica y hematología	Procesamiento muestras	1	8		8
	Urianálisis	Preparación de orina Procesamiento muestras	1	5		5
	Ducha de seguridad	Para situaciones puntuales	1	2		2
	Zona de trabajo	Trabajo bioquímicos. Validación de resultados	1	5		5
	SUBTOTAL					
ZONA DE SOPORTE	Cámara fría	Almacenaje de reactivos incluye congeladores	1	3		3
	Bodega de material	Almacenaje productos generales reactivos y fungible	1	4		4
	Lavado del material	Limpieza de material	1	4		4
	Cuarto de limpieza	Almacén artículos de limpieza	1	3		3

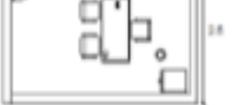
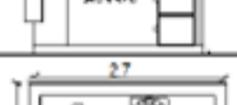
	Usado	Área de lavado y almacén de material sucio y Zona de evacuación y almacenaje en bolsas de los residuos	1	3		3
SUBTOTAL						17
ÁREA ADMINISTRA TIVA Y DE PERSONAL	Despacho de Jefe de Servicio	Trabajo administrativo del servicio	1	10		10
	Secretaría	Trabajo administrativo del servicio	1	8		8
	Estar de personal Baterías sanitarias	Para descanso del personal	1	16		16
		Apoyo para el personal de la Unidad Regadera seguridad, para situaciones puntuales	2	4		8
	SUBTOTAL					
HEMOTECA	Retipaje y pruebas cruzadas	Retipaje y pruebas cruzadas - estudios	1	12		12
	Zona de refrigeradores y congeladores	Albergar congeladores diferenciados para productos biológicos Refrigeradores para bolsas de sangre y depósito de derivados hemoterapias.	1	10		10
	SUBTOTAL					
ANATOMÍA PATOLÓGIC A	Secretaría	Para supervisión	1	8		8

Recepción de muestras	Zona de recepción de muestras Dimensionar en función de actividad prevista La toma de muestras (PAAF) se realizará en puesto de toma de muestras especiales, en el Laboratorio Clínico)	1	8		8
SUBTOTAL					16
Cámara fría	Almacenaje de reactivos	1	3		3
Bodega de material	Almacenaje productos generales reactivos y fungible	1	4		4
Lavado del material	Limpieza de material	1	4		4
Cuarto de limpieza	Almacén artículos de limpieza	1	3		3
Usado	Área de lavado y almacén de material sucio Zona de evacuación y almacenaje en bolsas de los residuos	1	3		3
SUBTOTAL					17
TOTAL					153

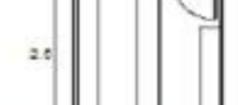
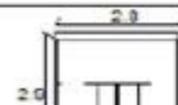
ÁREA TÉCNICA	Consultorio	Espacio para exámenes clínico y entrevista	1	14		14
	Sala de logoterapia	Rehabilitación del lenguaje	1	7		7
	Sala de electroterapia	Sala con puestos para tres camillas Dimensionar en función de la actividad prevista	1	10		10
	Terapia respiratoria	Rehabilitación pulmonar	1	10		10
	Terapia ocupacional	Rehabilitación de actividades de la vida diaria	1	10		10
	Baño completo	Cambio de ropa de los pacientes, sanitario ducha y guardarropa. Salidas diferenciada a zona seca y zona húmeda	2	12		24
ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES	Área de recepción de pacientes	Recepción de pacientes y familiares	1	6		6
	Sala de espera	Espera de pacientes y familiares. 6 m2 por puesto de atención (1 m2 x persona, 1 familiar por paciente). Mínimo 12 m2.	1	42		42
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para sala de espera diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL					121	

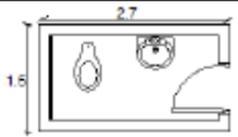
5.2.7 Rehabilitación

REHABILITACIÓN						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES	Área de recepción de pacientes	Recepción de pacientes y familiares	1	6		6
	Sala de espera	Espera de pacientes y familiares. 6 m2 por puesto de atención (1 m2 x persona, 1 familiar por paciente). Mínimo 12 m2.	1	42		42
	Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para sala de espera diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	2	4		8
SUBTOTAL					56	

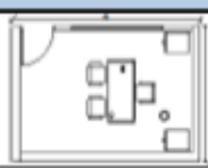
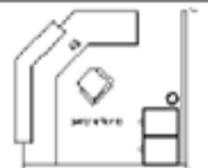
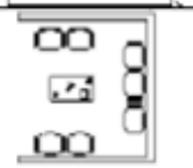
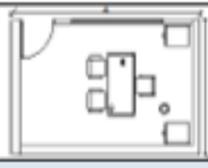
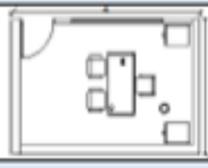
ÁREA DE SOPORTE Y SUMINISTROS	Bodega	Almacenaje de aparataje y otros productos	1	6		6
	Limpio	Almacenaje de material limpio y lencería	1	6		6
	Usado	Limpieza y almacenaje de material sucio	1	3		3
	Desechos intermedios	Almacenamiento provisional de desechos	1	2		2
	Cuarto de limpieza	Almacén de útiles de limpieza	1	2		2
	SUBTOTAL					
ÁREA DE PERSONAL	Despacho del jefe de servicio	Trabajo administrativo	1	10		10
	Secretaría	Apoyo administrativo al Servicio Valorar necesidad	1	8		8
	Aseo del personal	Apoyo para el personal de la unidad	2	4		8
	Sala multiuso	Sala de reuniones del equipo de trabajo	1	24		24
	SUBTOTAL					
TOTAL						246

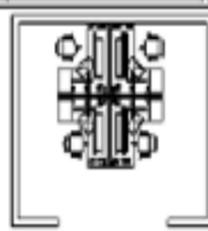
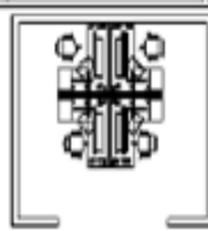
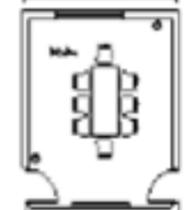
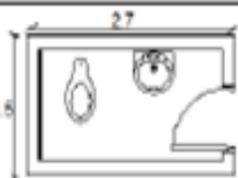
5.2.8 Farmacia

FARMACIA						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds	M2		Total
ÁREA TÉCNICA	Zona de Dispensación Externa	Dispensación a pacientes externos. Dimensión en función de actividad. Incluye un mostrador a zona de atención y comunicación interna con almacén	1	60		60
	Zona dispensación al Hospital	Disposición de los carros preparados para su traslado a planta. Dimensión en función de actividad	1	16		16
	Preparación de unidosis	Preparación de Unidosis	1	20		20
	Zona de lavado de manos	Protocolos de higiene del personal				
	Zona de refrigeradores y congeladores	Ubicación de refrigeradores	1	6		6
SUBTOTAL						102
ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y SUMINISTRO (CON CONTROL DE ACCESO)	Acceso exterior	Acceso exterior para descarga de suministros				
	Recepción-Admisión	Recepción de suministros previamente controlados por el Almacén central	1	8		8
	Bodega intermedia	Proporcionar mayor eficacia en la preparación de dosis unitarias	1	18		18
	Bodega de estupefacientes	Almacén de psicotrópicos (con acceso controlado)	1	4		4
SUBTOTAL						30

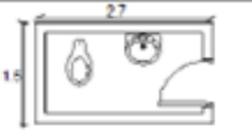
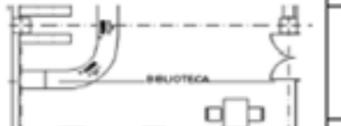
ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE PERSONAL	Trabajo administrativo	Gestión de la adquisición de medicamentos	1	10		10
		Control de consumos y existencias				
	Aseo de personal	Apoyo para el personal de la Unidad	2	4		8
	SUBTOTAL					18
TOTAL						150

5.2.9 Administración – Gobernantes

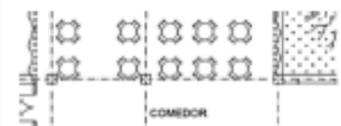
ADMINISTRACIÓN						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		Total
	Despacho	Trabajo administrativo	1	14		14
	Secretaría	Secretaría del Director	1	8		8
	Sala de espera	Espera de visitas del Director	1	10		10
	Despacho Coordinador/epidemiólogo	Trabajo administrativo	1	10		10
SUBTOTAL						42
DIRECCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Despacho Coordinación de Enfermería	Trabajo administrativo	1	14		14
SUBTOTAL						14

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVO FINANCIERO	Despacho de Responsable	Trabajo administrativo	1	14		14
	Despacho	Trabajo administrativo	2	10		
	Zona de trabajo de Técnico financiero	Trabajo administrativo Tamaño ajustado a carga de trabajo	2	24		48
	SUBTOTAL					82
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	Despacho de Responsable	Trabajo administrativo	1	10		10
	Despacho	Trabajo administrativo	2	10		
	Zona de trabajo de Técnico de talento humano	Trabajo administrativo Tamaño ajustado a carga de trabajo	1	30		30
SUBTOTAL					60	
ZONA DE APOYO DE LA DIRECCIÓN	Sala de reuniones	Reuniones de 12 personas	1	18		18
	Aseo de personal	Apoyo para el personal de la Unidad Distribuir en el área	2	4		8
SUBTOTAL					24	
TOTAL						222

5.2.10 Docencia

DOCENCIA						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		TOTAL
AUDITORIO	Auditorio	Actos relacionados con el Hospital	1	60		60
	Baterías Sanitarias	Servicios higiénicos para el auditorio	2	4		8
	SUBTOTAL					68
AULAS	Aulas	Sala de docencia para 30 personas	1	20		20
	Aula de Telemedicina	Telemedicina	1	16		16
	SUBTOTAL					36
BIBLIOTECA	Vestibulo	Acceso a la biblioteca				
	Sala de lectura	Lectura y consulta de documentación	1	20		20
	Acervo	Depósito del Fondo Bibliográfico	1	20		20
SUBTOTAL					40	
TOTAL					144	

5.2.11 Comedor

COMEDOR						
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2		TOTAL
ÁREA	Comedor de personal	Zona de barra y espacio para mesas y sillas	1	20		20
	Baño de personal	Apoyo para el personal	2	4		8
TOTAL					28	

5.2.12 Vestidores Generales

VESTIDORES GENERALES					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	TOTAL
ÁREA TÉCNICA	Vestidor general femenino	Zona de cambio de ropa y aseo del personal	1	50	50
		60% de la platilla. 0,5 m2 persona			
	Vestidor general masculino	Zona de cambio de ropa y aseo del personal	1	45	45
		40% de la plantilla. 0,5 m2 por persona			
TOTAL					95

5.2.13 Informática

INFORMÁTICA					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	TOTAL
ÁREA TÉCNICA	Zona de trabajo	Zona de trabajo de informáticos	1	12	12
	Granja Servidores	Espacio para la ubicación de servidores informáticos	1	20	20
TOTAL					32

5.2.14 Servicio de eliminación de residuos

SERVICIO DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	TOTAL
ÁREA TÉCNICA	Lavado de carros	Área de lavado de carros	1	8	8
	Área de residuos generales	Para residuos recuperables y reciclables	1	10	10
	Área de residuos sólidos	Recogida de residuos asimilables a urbanos	1	10	10
	Área de residuos peligrosos	Material infeccioso, químico y radioactivo	1	8	8
TOTAL					36

5.2.15 Guardianía

SERVICIO DE GUARDIANÍA					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	TOTAL
ÁREA TÉCNICA	Central de vigilancia	Puesto permanente de control. Ubicar en zona estratégica para el control del hospital	1	12	12
	Baño para el personal	Baño para el personal	2	4	8
TOTAL					20

5.2.16 Estacionamientos

PARQUEADERO					
ÁREAS	DEPENDENCIA	FUNCIÓN	Uds.	M2	TOTAL
ÁREA TÉCNICA	Estacionamiento general	Plazas de aparcamiento para público y visitas.	79	11	869
	Estacionamiento de discapacitados	Plazas de aparcamiento para pacientes con discapacidad. Se ubicarán en las inmediaciones de los accesos.	2	18	36
	Estacionamiento de personal	Plazas aparcamiento reservado al personal del centro.	28	11	308
	Estacionamiento de ambulancias	Espacio protegido para aparcamiento de ambulancias. Ubicado en puerta de urgencias	2	14	28
TOTAL					1241

Como podemos observar, cada uno de los cuadros anteriores contiene información detallada de cada uno de los espacios, funcionalidad y metros cuadrados que integran la infraestructura de un Centro de Salud Ambulatorio.

Cada uno de los datos mencionados son establecidos y otorgados por el Ministerio de Salud Pública y son lineamientos para la planificación de cada uno de los establecimientos de salud.

La empresa que brinda consultoría Hospitalaria, Hospiplan S.A., brinda la información necesaria para la elaboración del diseño arquitectónico del Centro de Salud Ambulatorio que propone este estudio.

6 CAPITULO V

6.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Iniciando el diseño se debe tomar en cuenta los elementos fundamentales de la arquitectura que son función, forma, contexto y significado o concepto el cual nos ayuda a conformar y darle unidad a estos fundamentos antes mencionados.

La funcionalidad en una unidad de salud es importante, generalmente se la toma más en cuenta que otros aspectos al momento de conformar el objeto arquitectónico. Se habla de función cuando el edificio con todos sus componentes que lo conforman es útil y práctico para las personas, pacientes o usuarios. En un centro de atención ambulatorio y en cualquier centro de salud, los espacios deben ser confortables amplios y acogedores, para ello se busca diversos factores que hacen posible esto como el manejo de la luz, la visual, la ergonomía²⁸ etc.

En lo formal la tipología de los edificios de salud generalmente se basa en la pureza, el manejo de líneas rectas, ángulos de máximo 45° lo que facilita la conformación de los espacios en su interior y una

²⁸**Ergonomía:** Según la **Asociación Internacional de Ergonomía**, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

determinante de su correcto funcionamiento es la circulación.

6.2 ARQUITECTURA ESTEREOTÓMICA

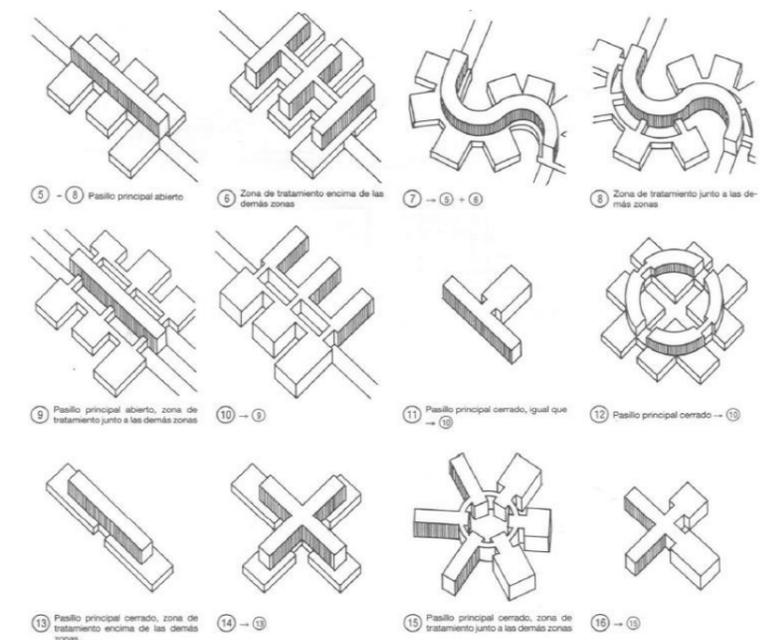
«Entiendo por arquitectura estereotómica aquella en que la fuerza de la gravedad se transmite de una manera continua, en un sistema estructural continuo y donde la continuidad constructiva es completa. Es la arquitectura masiva, pétreo, pesante, la que se asienta sobre la tierra como si de ella naciera. Es la arquitectura que busca la luz, que perfora sus muros para que la luz entre en ella. Es la arquitectura del podio, del basamento, del estilóbato. Es para resumirlo, la arquitectura de la cueva. En una arquitectura *estereotómica*, la gravedad se transmite en masa, de una manera continua, en un sistema estructural continuo donde la continuidad constructiva es «completa», donde todo trabaja fundamentalmente a compresión. Prácticamente toda la historia de la arquitectura está constituida por edificios en que esto es axial. Con muros masivos de piedra o de ladrillo se conformaban los recintos. Y al llegar a la cubierta, los arcos las bóvedas y las cúpulas aparecían como inventos formales capaces de hacer que todo aquello constituyera un espacio cerrado en continuidad.» Alberto Campo Baeza 29

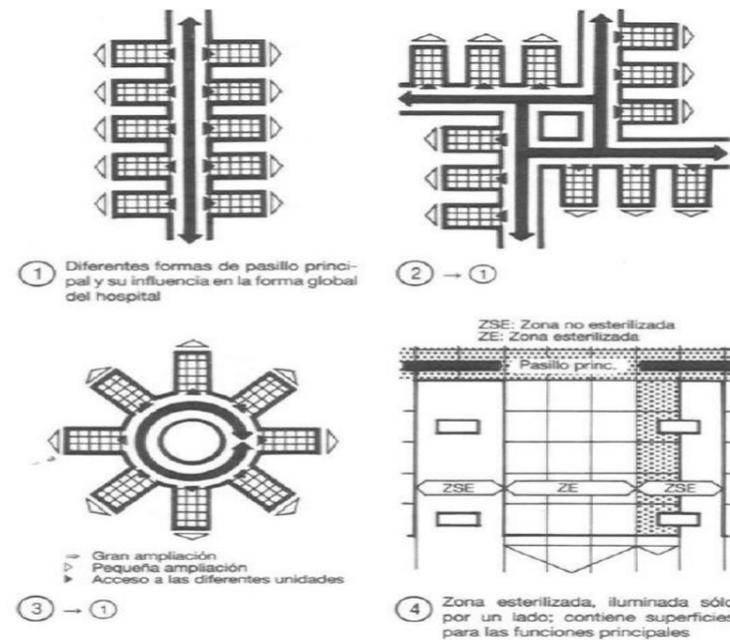
²⁹**Alberto Campo Baeza:** Arquitecto nacido en Valladolid España, actual profesor de la escuela de arquitectura de Madrid ETSAM y ha sido de otras universidades de Estados Unidos.

En conclusión como se hablaba anteriormente, se basa en formas pesadas y continuas sin obstáculos, que denotan partes conectadas entre sí, completas.

Este estudio en edificios de salud nos indica que la circulación es importante para definir la forma, centrarse en los espacios destinados a esto como corredores y caminarias. En el año de 1995 Neufert determina que existen dos maneras de ubicar los pasillos principales que determinarían la forma del edificio que son:

- Pasillo principal abierto
- Pasillo principal cerrado





Fuente: Neufert Arte de Proyectar en Arquitectura pag.486

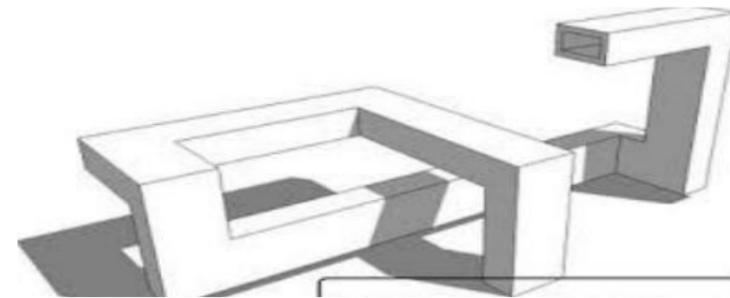
Ambulatorio viene de la palabra ambular que significa andar, caminar, pasear, lo que conlleva a la proyección de una infraestructura de salud donde el tratamiento médico, no obliga a la internación hospitalaria, esto hace que el paciente se movilice diariamente y continuamente para poder satisfacer su necesidad, cumplido su objetivo este nuevamente se moviliza de regreso a su hogar.

6.3 LA CONTINUIDAD EN LA ARQUITECTURA

En la arquitectura la continuidad es una percepción que da la conformación de elementos que siguen una misma dirección.

Denota claramente formas conectadas que permiten identificar distintos espacios que cumplan con exigencias funcionales y simbólicas.

La continuidad se la estudiara en dos ámbitos funcional y formal.



Tomando las dos partes antes mencionadas tenemos que la conceptualización del proyecto propuesto se basara en el ambular continuo de las personas, enfocándose en corredores y lugares de libre circulación dándole importancia y creando ambientes que produzcan confort y bienestar del paciente, y en lo formal se entrelazara los dos temas antes mencionados trabajando en la protección barrera o capa que recubrirá al proyecto dando movimiento y dinamismo a la arquitectura, formalizándola en un recubrimiento que envuelva al proyecto y de un aspecto moderno e innovador.

La tarea del arquitecto consiste en proporcionar a la vida una estructura más sensible. Alvar Aalto³⁰

³⁰**Alvar Aalto** fue uno de los arquitectos más influyentes del siglo XXI, participando activamente en la [evolución](#) de la arquitectura moderna a lo largo de sus 54 años de carrera.

Tomando esta frase podemos afirmar que la arquitectura no se hace para sí misma, o para uno mismo, la arquitectura se hace para ser vivida, para ser habitada, para ser usada, se hace para y por el hombre como eje fundamental por lo que se debe enfatizar en la relación que tiene el paciente con el objeto arquitectónico que se planteará.

Para esto se analizará distintos factores que hacen que el usuario esté confortable y experimente distintas sensaciones de bienestar como el manejo de la luz natural.



Fuente:

moleskinearquitectonico.blogspot.com/2010/05/jean-nouvel-museo-louvre-abu-dhabi.html

En esta imagen podemos evidenciar el paso de luz por una capa semitransparente que envuelve el espacio protegiéndolo de la luz directa.



Fuente: <http://www.scau.com/index.php/en/projects/book>

Exteriormente se conforma esta capa como una segunda fachada dándole distintos tratamientos que reflejaran como proyección de luz a través ésta en los espacios interiores.



Fuente: <http://www.scau.com/index.php/en/projects/book>

En el interior se proyectara espacios limpios continuos sin obstáculos que representan a ambientes estériles libres de contaminación acordes con la necesidad de asepsia de una infraestructura de salud.



Fuente: <http://www.scau.com/index.php/en/projects/book>

6.4 LA CONTINUIDAD ESTEREOTÓMICA

Habla de la propuesta de la composición del proyecto teniendo como base o referente las generalidades formales que conforman las unidades de salud como concepto estereotómico con elementos fuertes el cual está rodeado por una cinta en movimiento, que deambulará por todo el contorno del complejo propuesto, que envolverá al proyecto, protegiendo, continuamente, y dando a los espacios interiores diferentes texturas y sensaciones con el reflejo o paso de la luz a través de esta.



Fuente: noticias.arq.com.mx/Detalles/17625.html



Fuente: <http://noticias.arq.com.mx/Detalles/17625.html>

6.5 CONTEXTO

PROYECTO: Agencia de viajes Multivacaciones

PROYECTISTA: Arquitecto Fernando Puente

Arnao, Cesar Becerra, Manuel de Rivero.

Año de Proyecto: 2006

Año de construcción: 2006

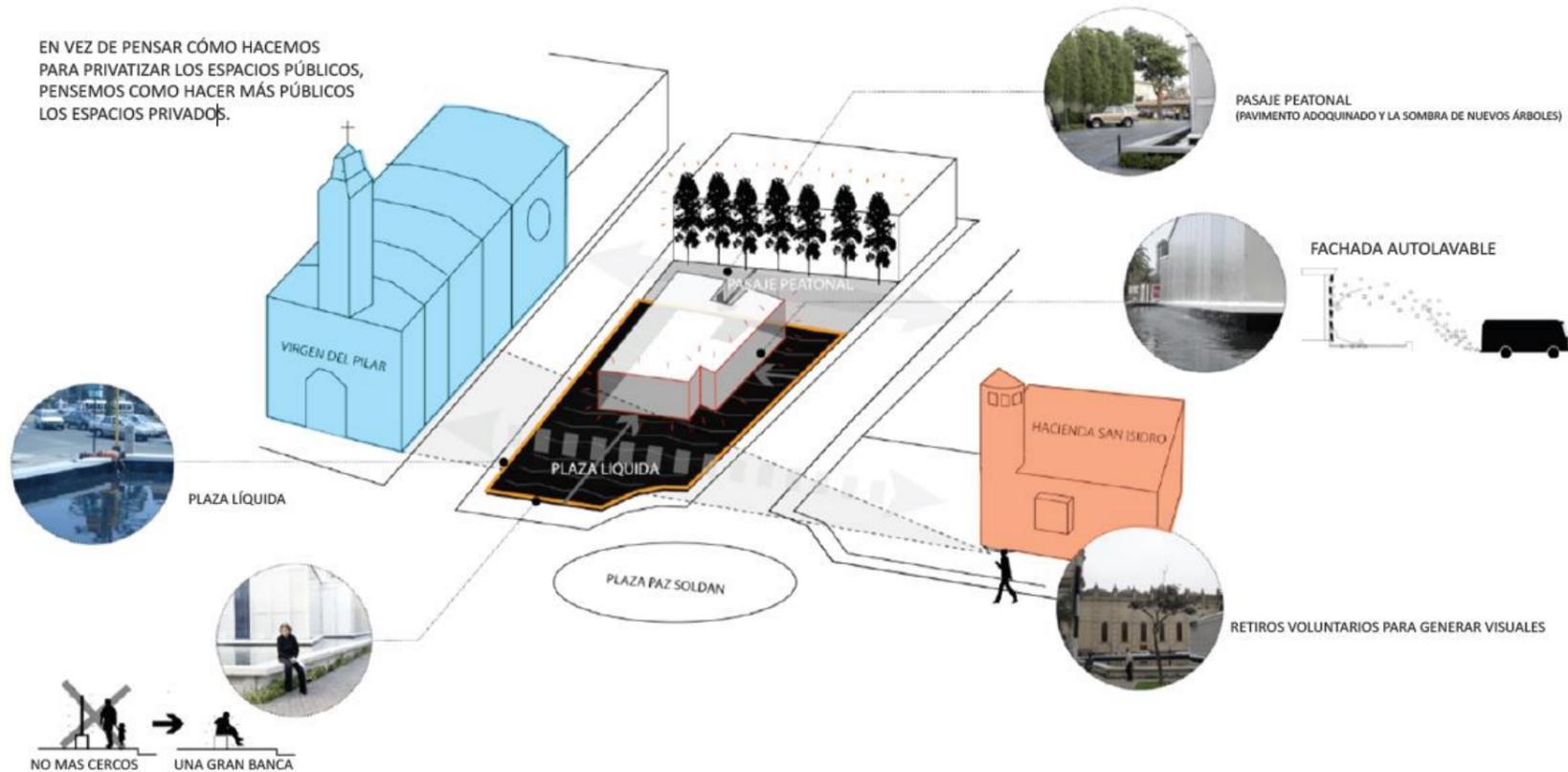
Contratista: PM Arquitectos.

El proyecto se desarrolla en Lima – Perú, en pleno centro empresarial y financiero de la ciudad, el terreno en el que se ubica está flanqueado por dos edificios monumentales: La casa Hacienda Los Condes del siglo XVIII por un lado y la iglesia Virgen del Pilar por el otro.

Debido al avance desordenado de la ciudad y al gran tráfico que se genera en el sector la plaza se ha convertido en un lugar inaccesible, conjuntamente a esto las construcciones vecinas se resguardan tras grandes cerramientos. Una condición prototípica de la Lima contemporánea.

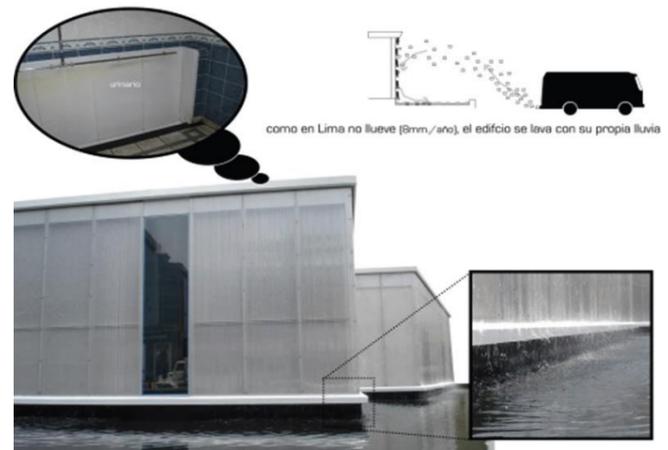
Dicho esto hace que el proyecto se plantee como una oportunidad de realizar una operación de recomposición urbana del sector inmediato y sus alrededores y como objetos tiene:

- Restaurar a una escala apropiada la plaza
- Resaltar sus monumentos.
- Resaltar el mobiliario urbano que forma parte de sector.
- Aportar generosamente espacios públicos, sin cerramientos.



Luego del estudio de visuales, alineamientos y relaciones urbanas, se determinó concentrar el programa al máximo conformando un volumen compacto que se ubica en y se implanta en un tercio del terreno estudiado.

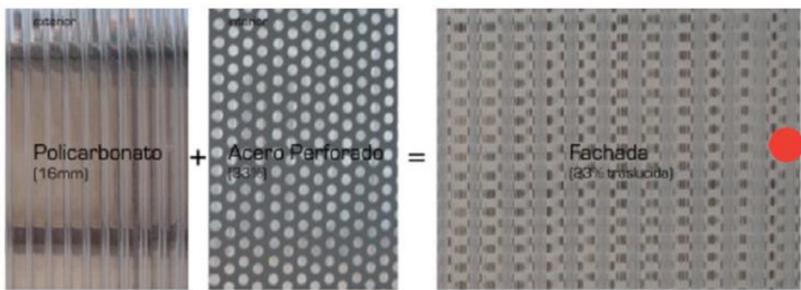
En lugar de muros o rejas que segreguen, bancos que congreguen: así es como a todo el rededor del terreno se construyó un banco que permite a los transeúntes descansar



De cara al lote adyacente, se opta también por separarse lo suficiente como para generar un pasaje público peatonal en donde se ubica el ingreso al edificio y los aparcamientos.

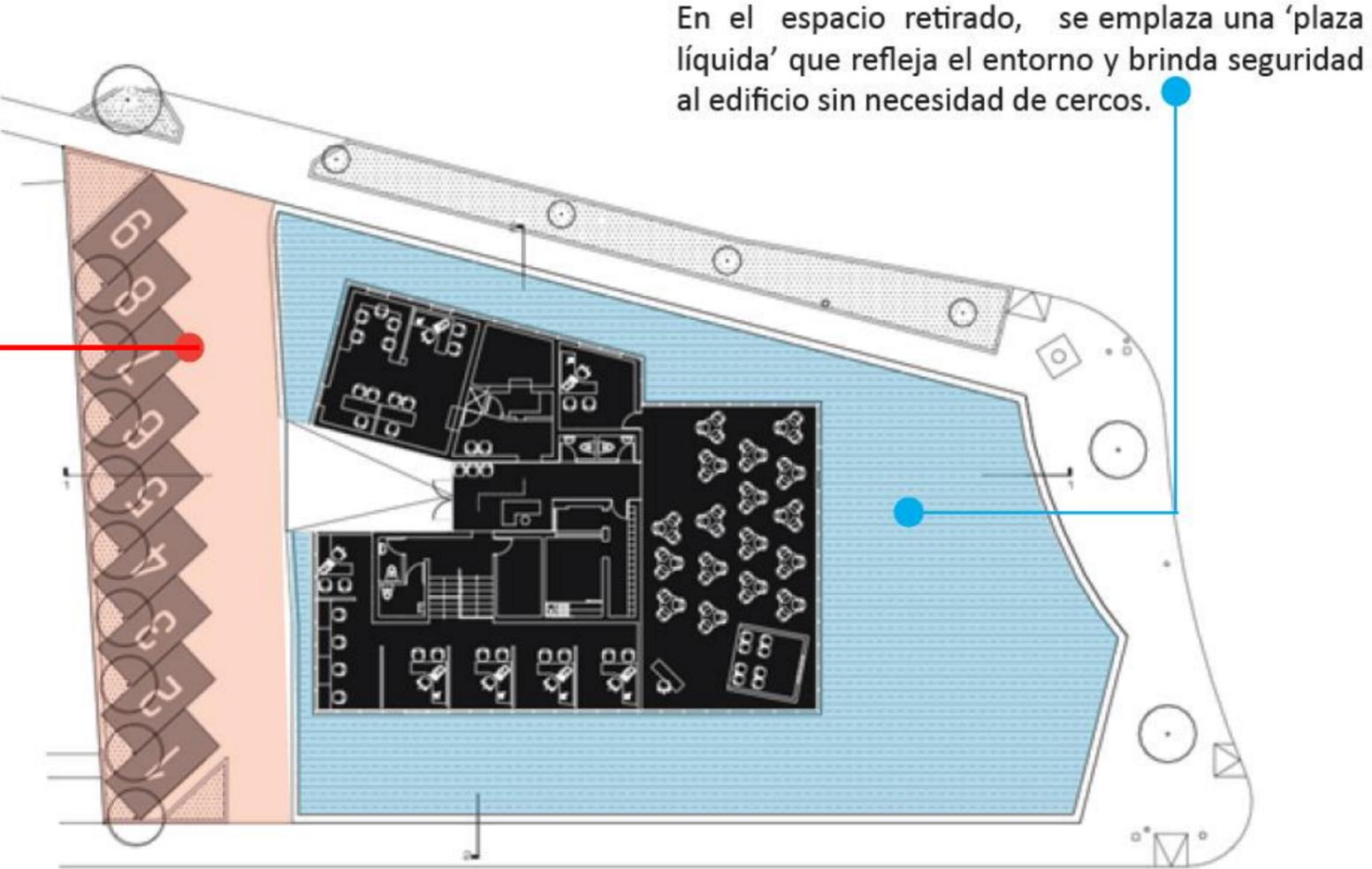
El requerimiento más importante fue evitar las vistas hacia el exterior, de tal forma que no hubiese distracción para los clientes.

Tal inusual requerimiento, hizo que se investigaran diversas formas de producir translucidez en la fachada. La solución planteada consiste en una piel muy ligera compuesta por planchas de policarbonato en la cara exterior y planchas de acero perforado en el interior.

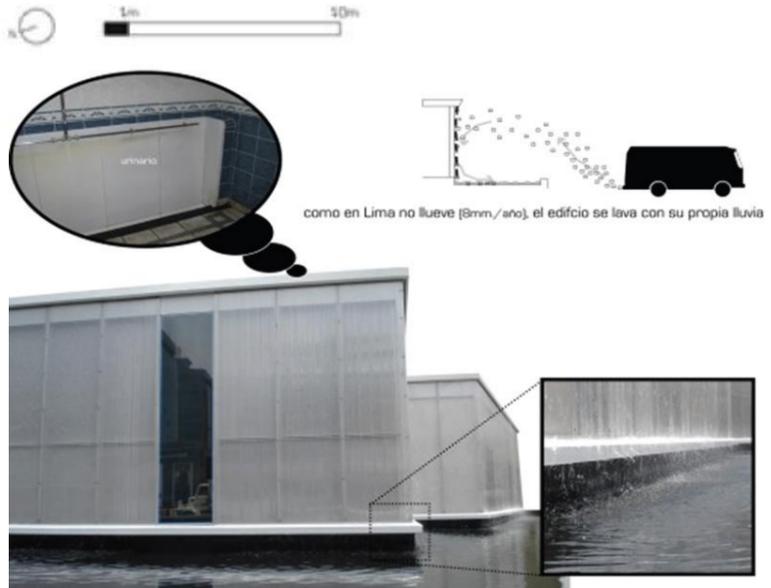


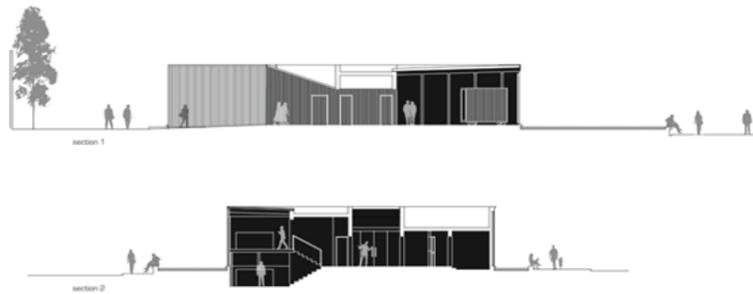
En Lima, la enorme contaminación del aire generada por los vehículos y la ausencia total de lluvias, hace que gran cantidad de partículas y aerosoles se impregnen en las fachadas, esto determinó la creación de un ingenioso

sistema de limpieza, por el cual cada cierto tiempo cae agua desde la cornisa del edificio y lava el policarbonato. Esta "lluvia artificial" sobre los 320 m2 de la fachada, protege el edificio y mejora la calidad del aire como si se tratara de 12 árboles de 5 metros plantados junto al edificio.



En el espacio retirado, se emplaza una 'plaza líquida' que refleja el entorno y brinda seguridad al edificio sin necesidad de cercos.





Se toma a este proyecto como referente del contexto para el centro de atención ambulatoria porque topa varios aspectos los cuales se quiere enfatizar desarrollar en el proyecto tales como:

La integración del espacio urbano:

Se muestra claramente que el edificio se conecta fácilmente con el entorno inmediato dejando a un lado los cerramientos y muros que lo separen de este creando un mobiliario continuo en todo el perímetro del terreno lo cual haría que integre fácilmente al sujeto o transeúnte con el edificio creando así espacios públicos consolidado, necesarios para el desarrollo urbano del sector de Quitumbe.

Comunicación del edificio con el entorno:

Es importante como se conecta un objeto arquitectónico con el contexto según su funcionalidad interior, este debe de cumplir con ciertos parámetros para su correcto desempeño, siendo este un centro de salud donde las actividades que se desarrollan en su interior deben ser restringidas para el público, se habla de una piel que tamiza tanto la luz directa del sol la cual no es recomendada a personas que se

encuentran delicadas de salud, como la visibilidad del sujeto que circula libremente por el espacio público.

Estos puntos se tomarán en cuenta para el desarrollo integral del Centro de Atención Ambulatoria.

6.6 FORMA

PROYECTO: Universidad Nacional de Colombia

PROYECTISTA: José Fernando Muñoz Robledo, Claudia Lucia Rueda León, Diego Andrés Rodas Ovalle, German Vargas Escobar, Andrés Felipe Martínez Arismendi.

UBICACIÓN: Manizales, Caldas, Colombia.

AREA: 7226.0 m2

AÑO: 2013

DIRECCIÓN DE LA OBRA: Ernesto Echeverri Calle, Claudia Lucia Rueda León, Andrés Moreno Sánchez.

Este proyecto forma parte del “Plan Maestro Campus la Nubia”, el cual ha permitido mejorar, organizar y controlar un crecimiento ordenado, acorde con las necesidades y proyecciones futuras en el ámbito académico y misional de la universidad Nacional de Colombia.

Si bien, el programa arquitectónico de esta edificación frente al del proyecto propuesto no es totalmente similar, ha sido escogido como referente para que por medio de un análisis morfológico pueda ser el punto de partida para las ideas que materializarán las formas y lineamientos estéticos del proyecto a proponer.

Después de la revisión se concluye que son 3 los factores formales que ponen como referente al edificio de ingeniería Química de la Universidad Nacional de Colombia.

Relación con el Usuario

Los volúmenes y vacios propuestos abren el proyecto a la circulación, entregando zonas de relación “Internas – Externas”, donde el usuario puede “invadir” ciertos sectores del edificio encontrar espacios de estancia o simplemente usar estos ejes como pasos a otros sectores de la universidad.

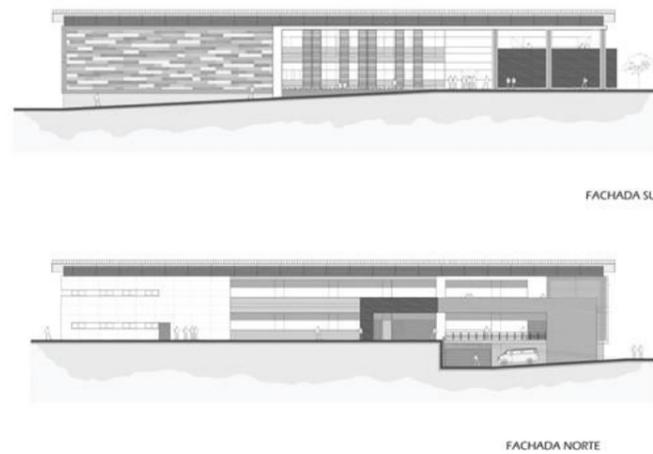


El mismo juego volumétrico se da en las fachadas del objeto arquitectónico de tal manera que las escalas no sean agresivas a pesar de la altura. Hay “vaciamientos” donde se muestra la estructura y no solo permite el paso de la gente sino también de visuales e iluminación interna.

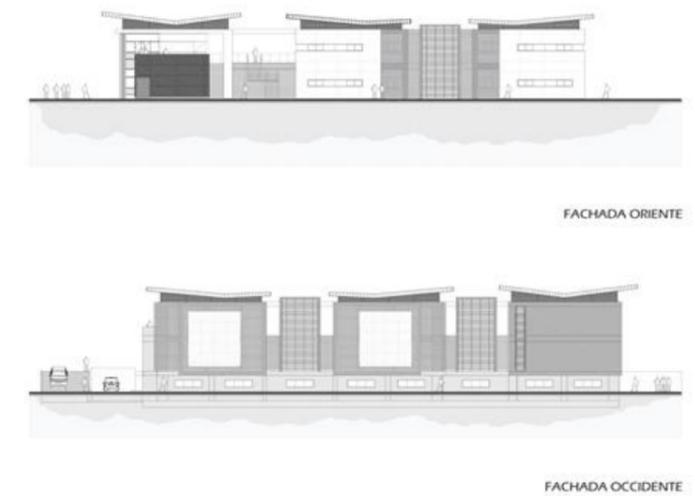


Piel

En las fachadas en general se observan envolventes que cumplen funciones de mitigamiento climático, tanto así como de cromática que tenga un dialogo con el entorno. Observamos muros ciegos de hormigón que jerarquizan una cinta pesada que sugiere estabilidad y soporte y en contraposición de elementos livianos y de distinta composición y transparencias que envuelven y unifican el proyecto.



Como observamos en las fachadas que no tienen orientación solar (Norte y Sur), los materiales de diferente translucidez que cubren mayor área. Sin embargo en las fachadas que reciben luz del sol directamente (Este y Oeste), tiene elementos más pesados que permitan generar sombras, por su puesto con la envolvente inicial que completa el dialogo formal de todo el edificio.



Flexibilidad

La arquitectura interior ha sido planteada con conceptos contemporáneos y con cierto toque industrial que no refleja un capricho estético sino más bien un objetivo claro de facilitar la instalación modificación o mantenimiento de tuberías y elementos expuestos que están a lo largo de corredores y espacios internos, esto ayuda al manejo de componentes arquitectónicos internos y conlleva a la practicidad de agregar o eliminar espacios haciendo versátil al funcionamiento del edificio.



Estos elementos descritos anteriormente serían un inicio para poder definir tanto la forma como los materiales a utilizar en todo el objeto arquitectónico, acogiendo las principales características del referente se puede llegar a espacios de circulación amplios que llaman al paso y circulación, jugando con las formas y espacios, estableciendo materiales se lograría una arquitectura contemporánea que sea acorde con la funcionalidad del edificio cambiando lo establecido o típico que formalizaba una infraestructura de salud.



6.7 FUNCIÓN

PROYECTO: Hospital de Ambato

UBICACIÓN: Ambato

Este Hospital fue planificado por la empresa consultora Hospiplan para la ciudad de Ambato por el municipio de Ambato como unidad contratante y el Ministerio de Salud Pública como unidad rectora del proyecto.

Para la funcionalidad de las distintas áreas de un edificio de salud se debe tomar en cuenta la modulación de los pórticos o distanciamiento entre ejes lo que facilita y nos ayuda al diseño de ambientes y circulaciones amplias, que van desde de 2.4 m para la libre circulación de camillas y sillas de rueda. En este Hospital se manejó un módulo de 7.20 m entre columna y columna

El Hospital cuenta con 9 bloques desde el bloque A hasta el G, se diferenciará las áreas y unidades que corresponden y conforman un centro de atención ambulatoria ya que siendo un hospital regional cuenta con todos los servicios y especialidades que puede tener una infraestructura de salud.

El Bloque A es enteramente administrativo, ahí se encuentran las oficinas del hospital donde organizan y planifican las actividades diarias del edificio.

En la planta baja del Bloque B encontramos el área de fisioterapia y hemodiálisis, las cuales se recomienda ubicarlas en este nivel por el fácil acceso de los pacientes que son atendidos diariamente.



Podemos diferenciar la unidad de Hemodiálisis y su funcionamiento que consiste en una estación de enfermería central con una visual de 360° a los puestos de los pacientes que reciben el tratamiento.

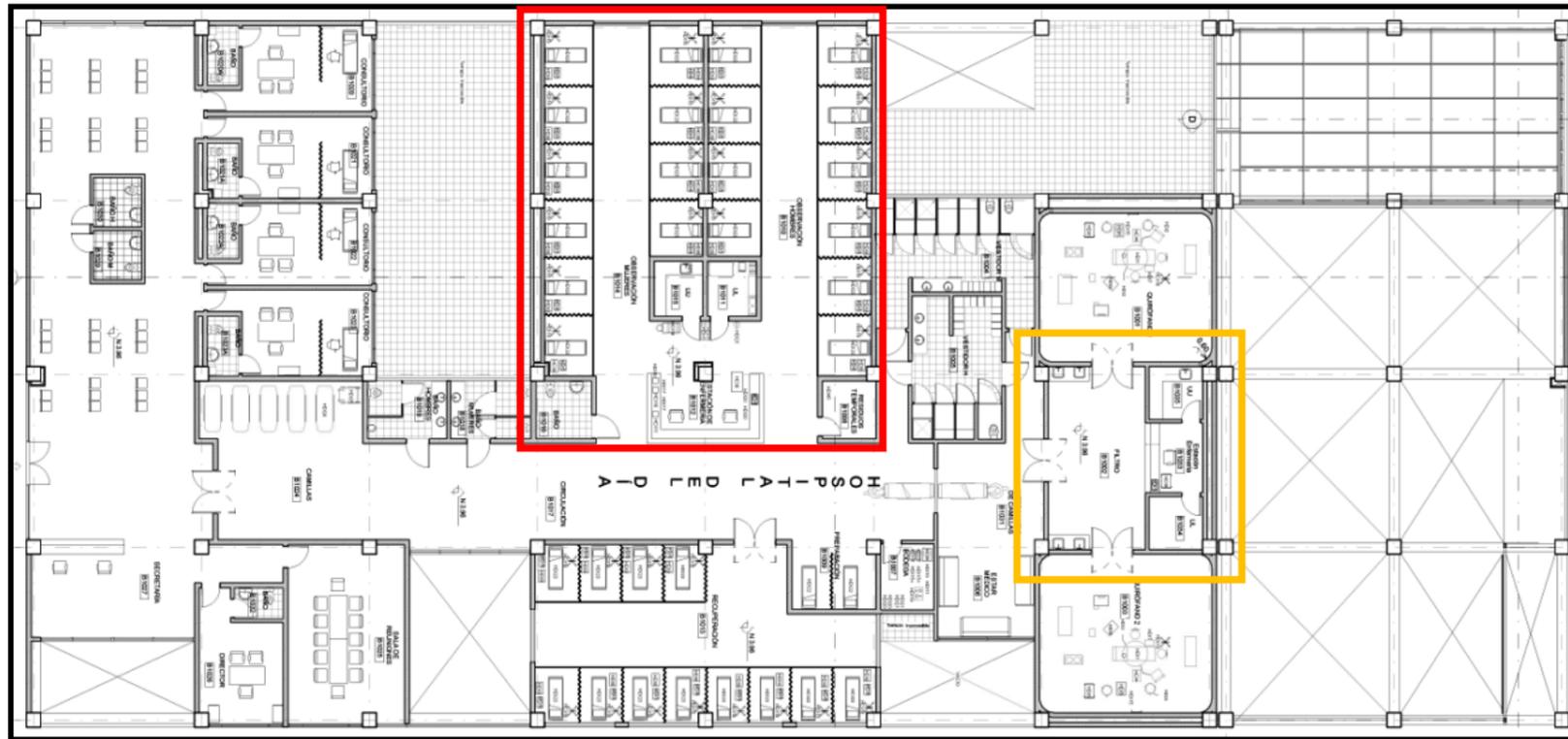
Estos se encuentran con su respectivo cortinero que dividen al espacio de tratamiento, aquí también podemos evidenciar los puestos aislados, estos pacientes generalmente son atendidos aparte por la condición infecciosa o psicológica que le impide estar en los puestos normales de tratamiento. Estos pacientes cuentan con su respectivo vestidor y área de repostería ya que puede el paciente descompensarse donde es atendido alimentándolo.



El Bloque B del Hospital de Ambato es enteramente de atención ambulatoria por lo que tenemos en la primera planta el Hospital del Día el cual funciona con dos quirófanos con su respectivo filtro para cirugías de menor complejidad, área de servicios como vestidores de hombres y mujeres, bodegas, confort médico y observación de hombres y mujeres donde se pasa a pacientes después de ser intervenidos y necesitan mayor atención.

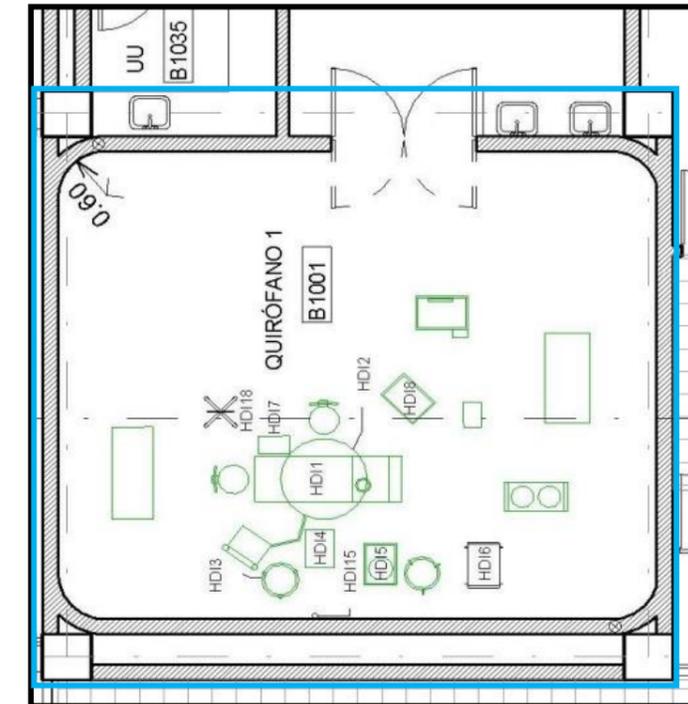
En el plano con el recuadro naranja podemos diferenciar los distintos filtros que en este caso son los vestidores donde el personal médico pasa al área de quirófanos mientras que el paciente es lo hace mediante el transfer de camillas, esto se debe tener para dividir el área técnica de la pública y evitar que se contamine estas áreas que necesitan de asepsia total.

En este nivel también diferenciamos las áreas de recuperación remarcadas con un recuadro rojo, donde básicamente están camillas con sus respectivos equipos como las columnas de gases medicinales que son Oxígeno, Vacío, Aire Comprimido y el Óxido nitroso que llega a los quirófanos para aplicación de anestesia.



Se muestra en el plano con recuadro verde se señala un consultorio tipo que forma parte de área de consulta externa que es lo que predomina en un centro de salud ambulatoria, el cual está equipado por un escritorio para el personal médico, una camilla para ser revisado y cada consultorio generalmente tiene un medio baño como apoyo, fuera de este encontramos en el recuadro amarillo el área amplia de circulación donde se coloca sillas a lo largo, creando esperas en toda la circulación.

Tenemos en el recuadro azul un quirófano tipo donde se evidencia el equipamiento que debe tener como la lámpara cielítica y la colocación de curvas sanitarias en las esquinas para que no exista acumulación de polvo y otras impurezas.



En la conformación de los espacios funcionales dentro de un centro de salud podemos evidenciar que existe un orden establecido, son habitaciones regulares para la fácil planificación y concordancia de relaciones funcionales por lo que generalmente un objeto arquitectónico de Salud no cuenta con formas irregulares y complejas si no mas ortogonales y básicas. Por lo que en un centro de salud generalmente predomina la función antes que la forma.

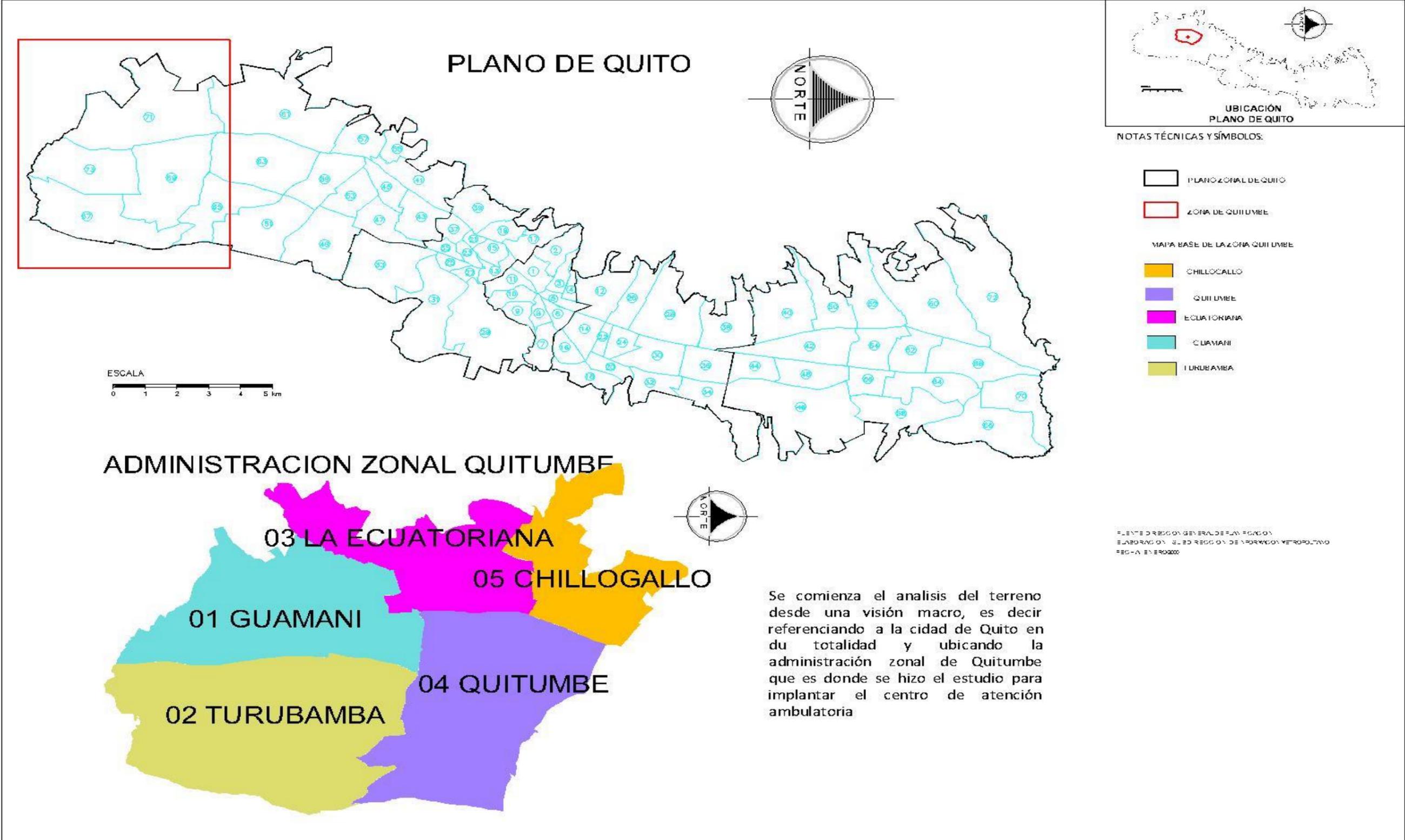
Una unidad de emergencia funciona básicamente por Ingreso – diagnostico – intervención o tratamiento, esta unidad de atención se recomienda también se encuentra en la planta baja de edificio de salud.

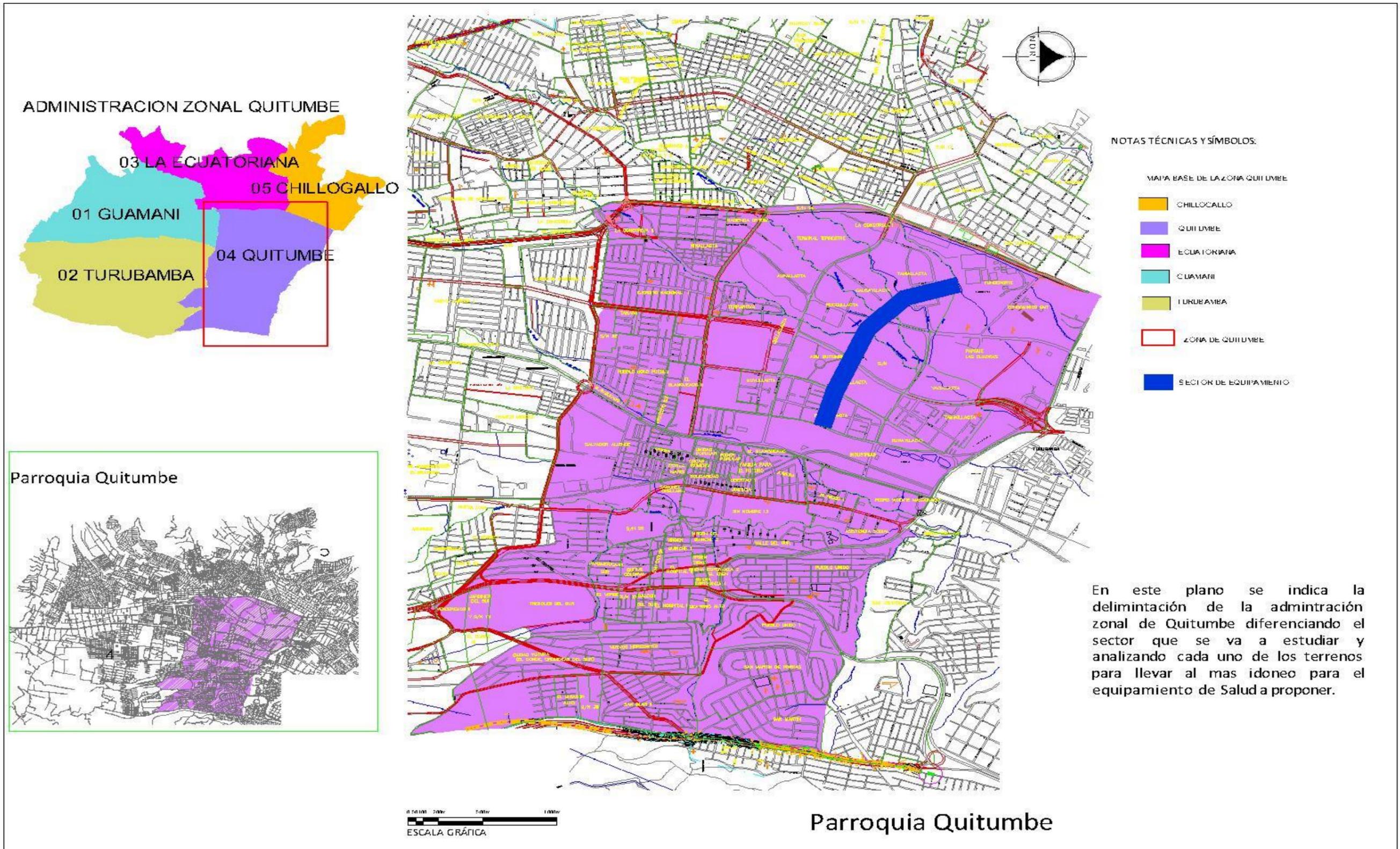


En el recuadro amarillo encontramos el ingreso, hall principal de emergencias recepción y espera esta es la primera fase conformadora de una unidad de emergencia, ahí el paciente es contactado tomado sus datos y se lo pasa al área de diagnostico si este, si no se encuentra en un estado crítico, caso contrario pasaría directamente al área de tratamiento o intervención señalado con los recuadros rojos. En el área de diagnostico encontramos consultorios llamados Triages los cuales funcionan como filtros y direccionadores a las distintas categorías dentro de la zona de observación o tratamiento, aquí el paciente es atendido según su necesidad ya que se encuentra dividida por especializaciones y géneros, esta área cuenta con estaciones de enfermería con visión de 360 grados para el control constante de los pacientes en camillas, utilerías limpia y usada, lavachatas, bodegas y baños.

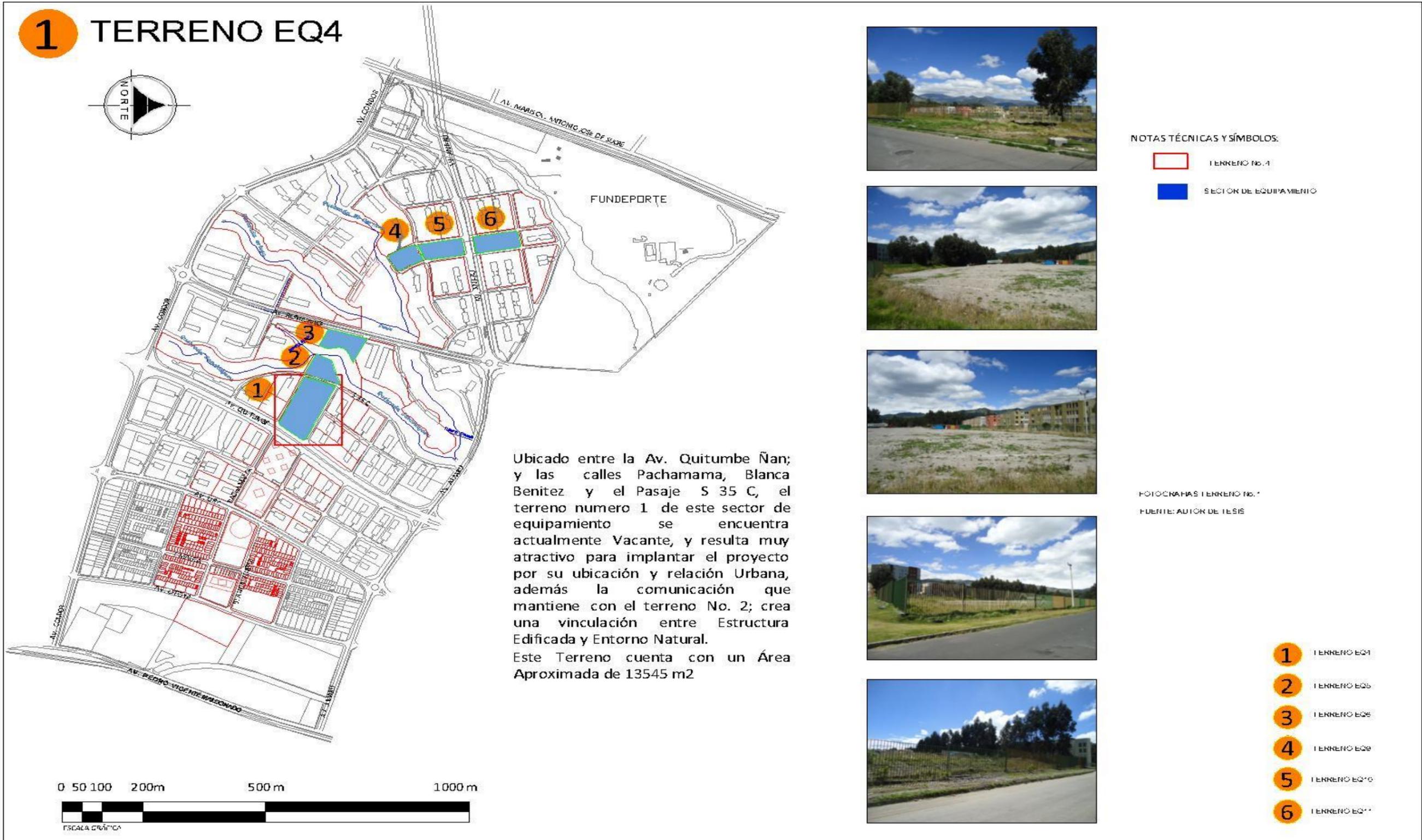
7 CAPITULO VI

7.1 ESTUDIO URBANO DE LA ZONA

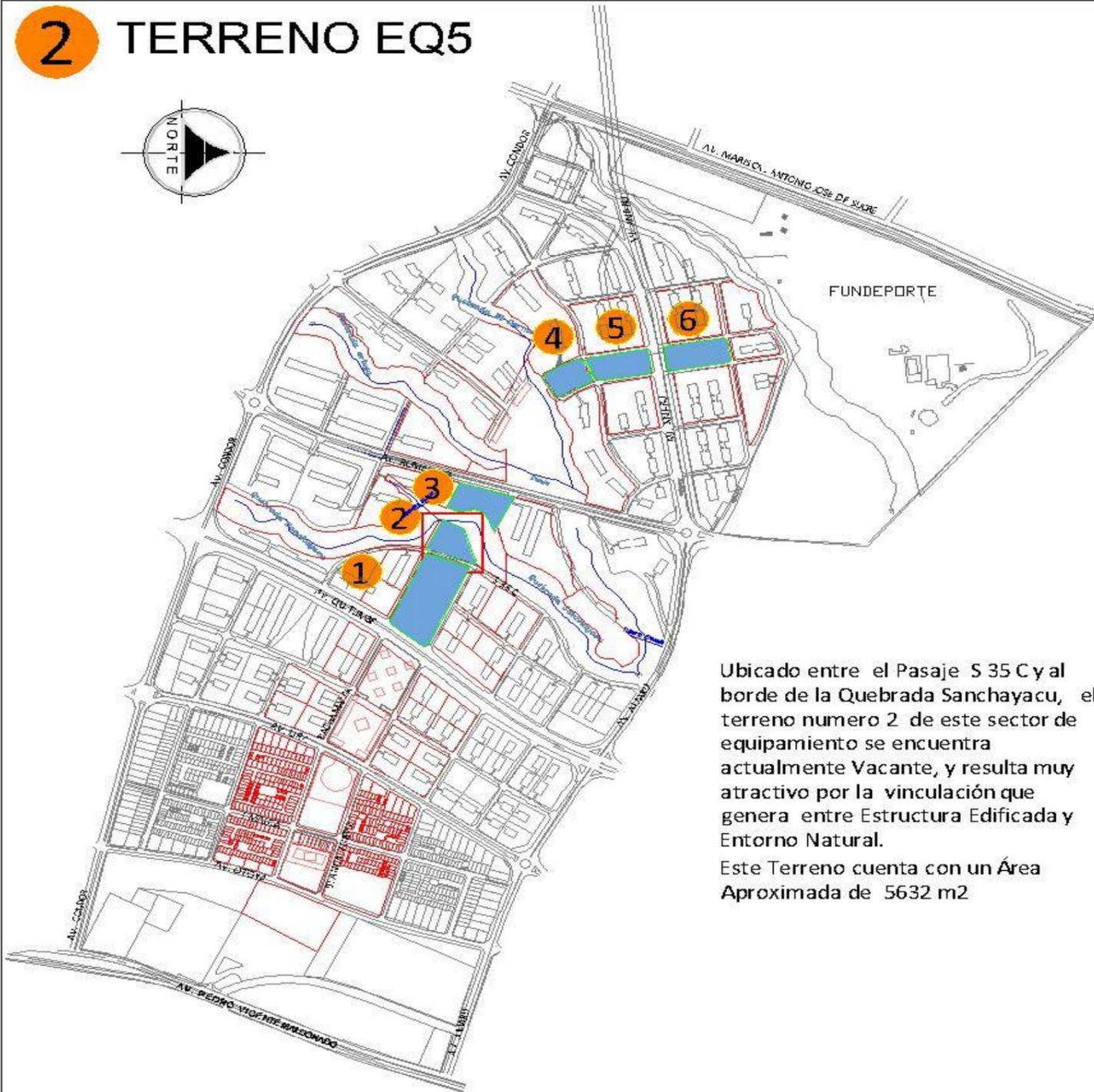
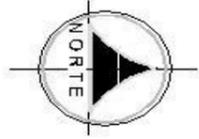




7.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS TERREÑOS SELECCIONADOS



2 TERRENO EQ5



Ubicado entre el Pasaje S 35 C y al borde de la Quebrada Sanchayacu, el terreno numero 2 de este sector de equipamiento se encuentra actualmente Vacante, y resulta muy atractivo por la vinculación que genera entre Estructura Edificada y Entorno Natural.

Este Terreno cuenta con un Área Aproximada de 5632 m²

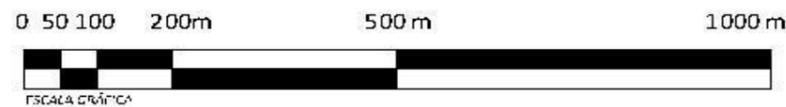


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

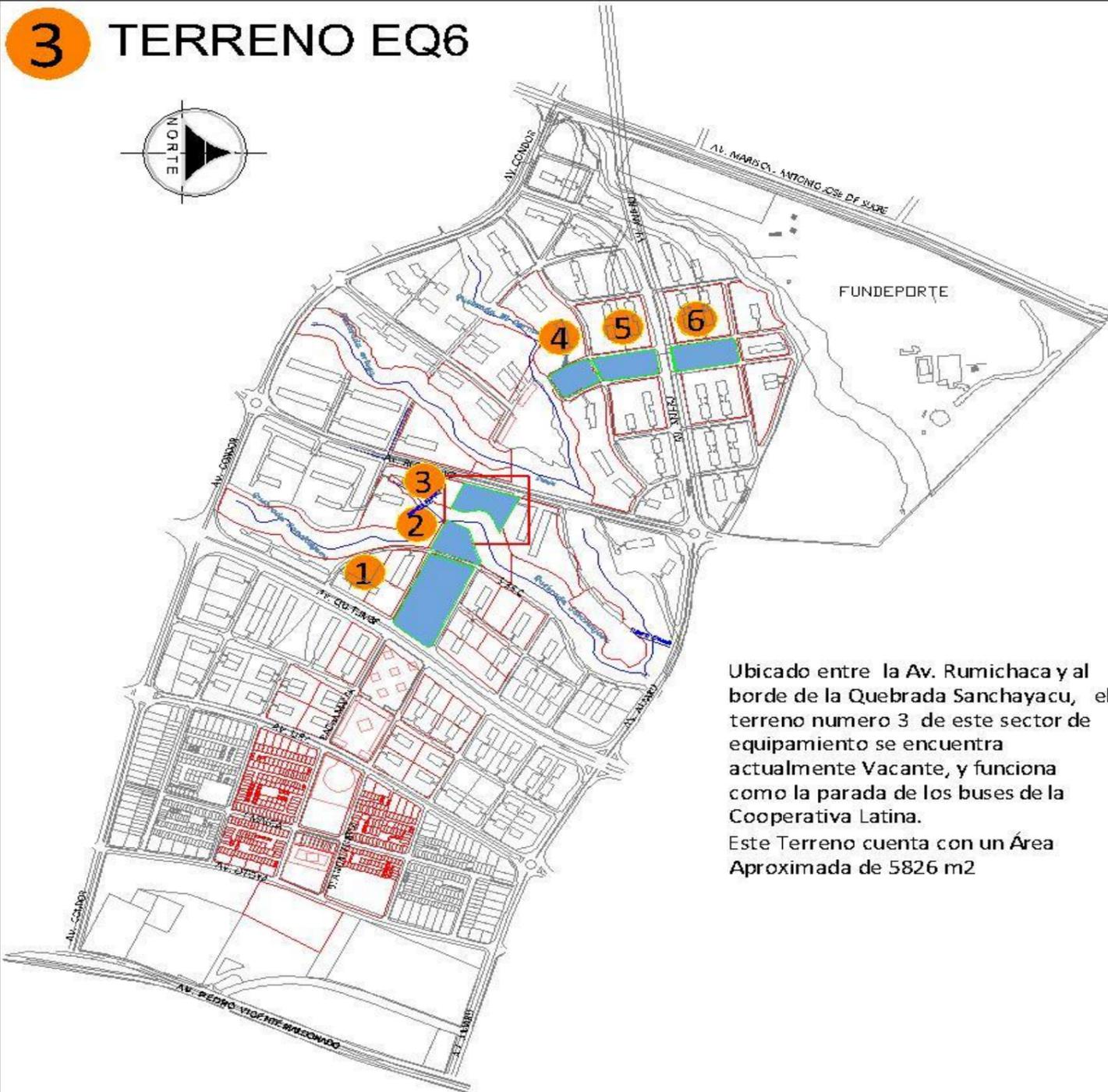
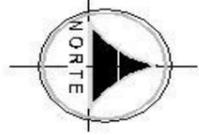
- TERRENO N° 5
- SECTOR DE EQUIPAMIENTO

FOTOGRAFÍAS TERRENO N° 2
FUENTE: AUTOR DE TESIS

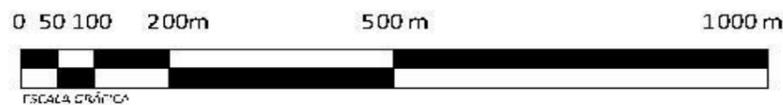
- TERRENO EQ1
- TERRENO EQ5
- TERRENO EQ6
- TERRENO EQ8
- TERRENO EQ9
- TERRENO EQ7



3 TERRENO EQ6



Ubicado entre la Av. Rumichaca y al borde de la Quebrada Sanchayacu, el terreno numero 3 de este sector de equipamiento se encuentra actualmente vacante, y funciona como la parada de los buses de la Cooperativa Latina. Este Terreno cuenta con un Área Aproximada de 5826 m2

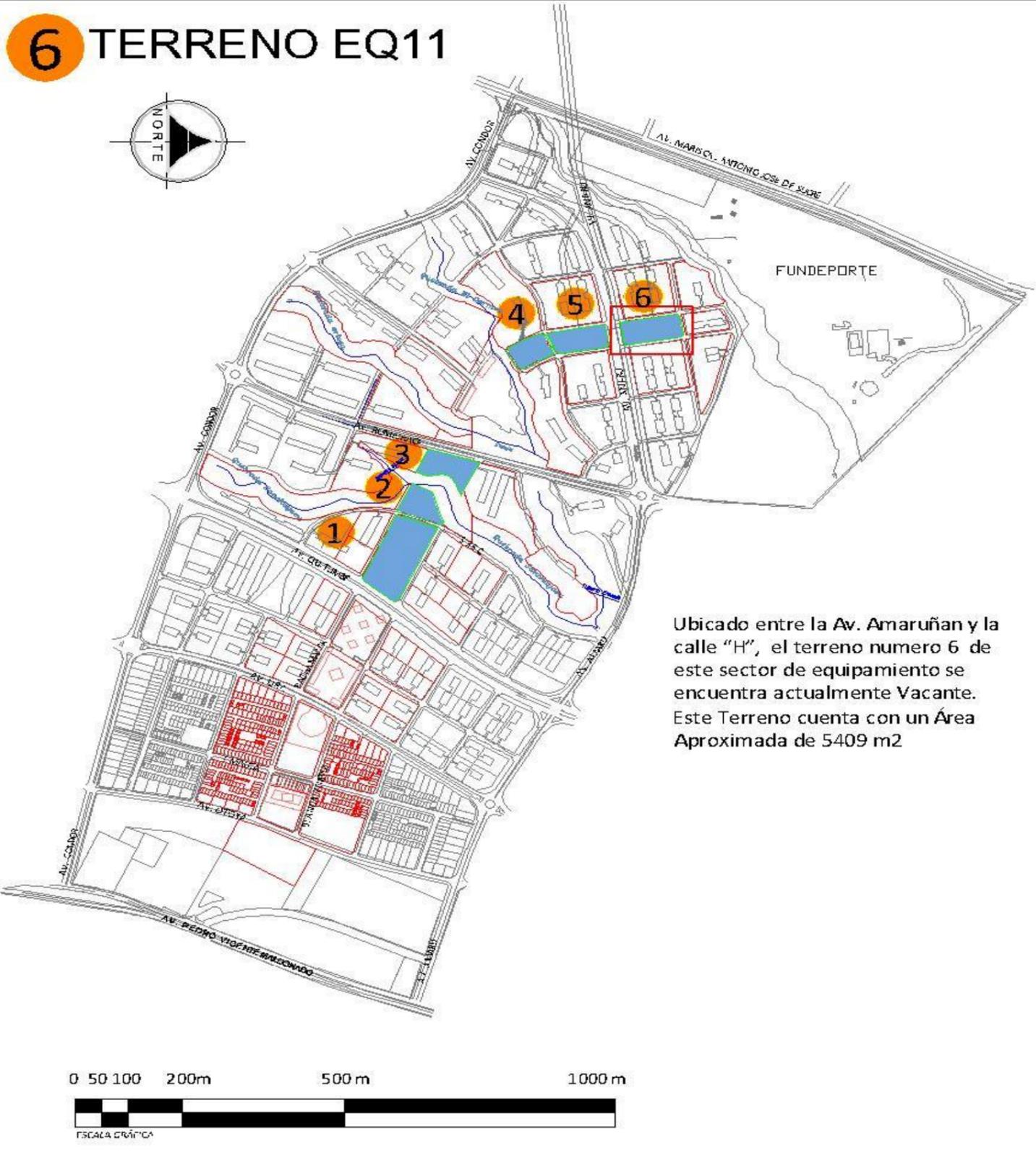


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

- TERRENO N°. 6
- SECCIÓN DE EQUIPAMIENTO

FOTOGRAFÍAS TERRENO N°.3
FUENTE: AUTOR DE TESIS

- 1 TERRENO EQ1
- 2 TERRENO EQ5
- 3 TERRENO EQ6
- 4 TERRENO EQ8
- 5 TERRENO EQ10
- 6 TERRENO EQ11



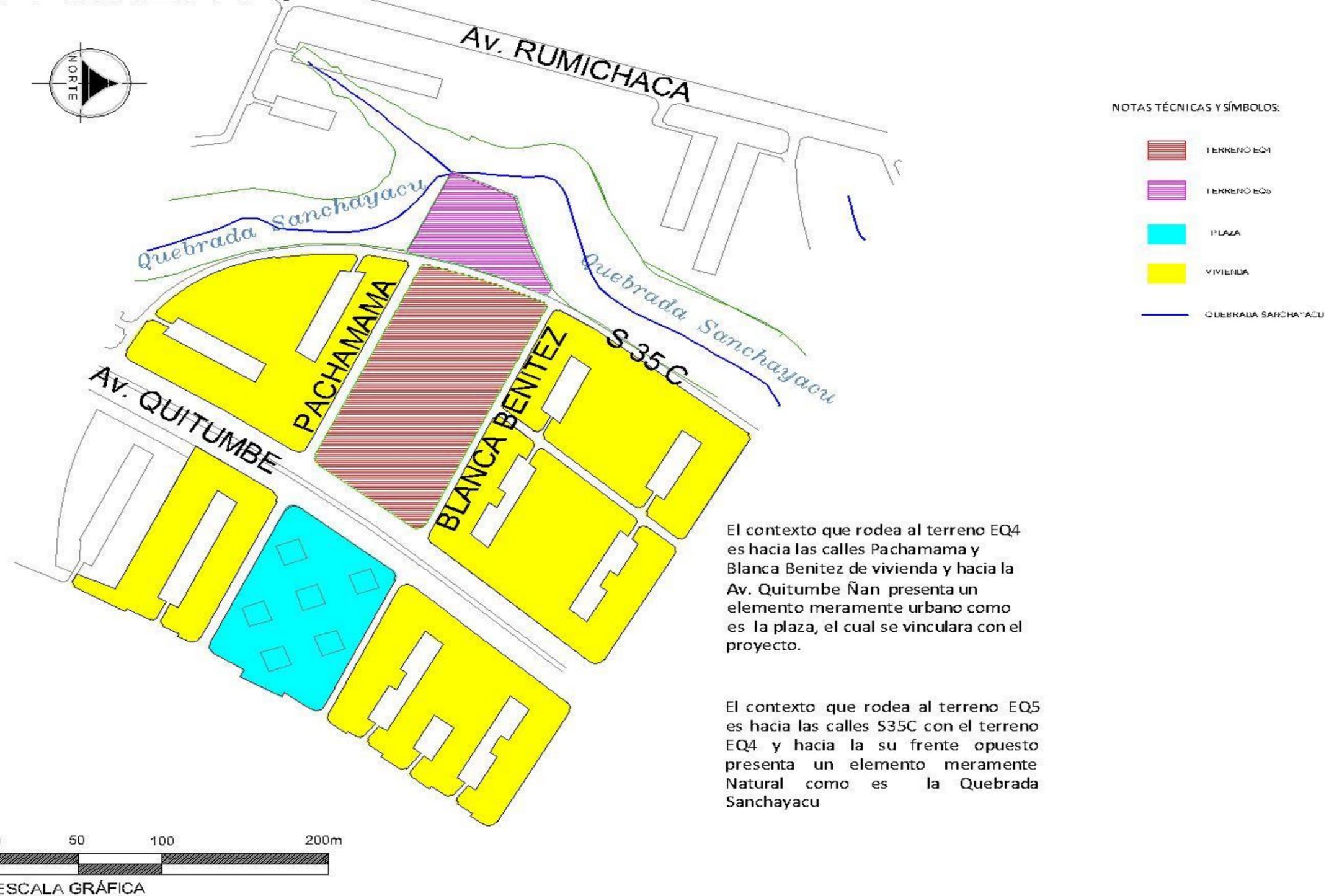
NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

- TERRENO NO. 6
- SECTOR DE EQUIPAMIENTO

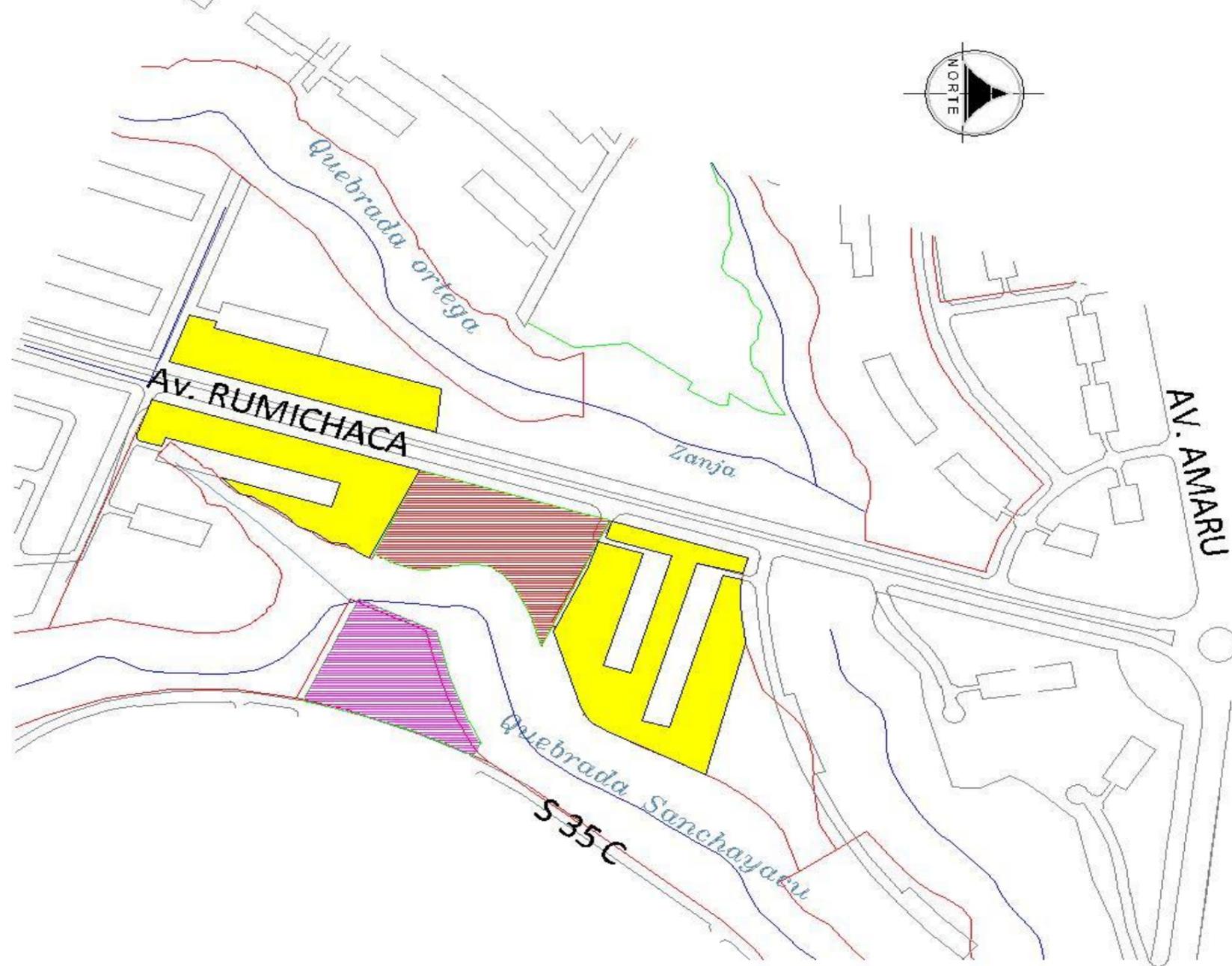
- 1 TERRENO EQ1
- 2 TERRENO EQ2
- 3 TERRENO EQ3
- 4 TERRENO EQ4
- 5 TERRENO EQ5
- 6 TERRENO EQ6

7.3 ESTUDIO URBANO DE LOS TERRENOS SELECCIONADOS

EQUIPAMIENTO

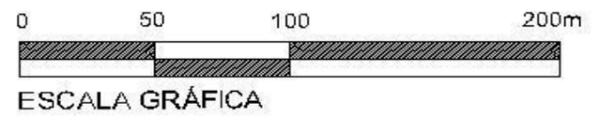


EQUIPAMIENTO

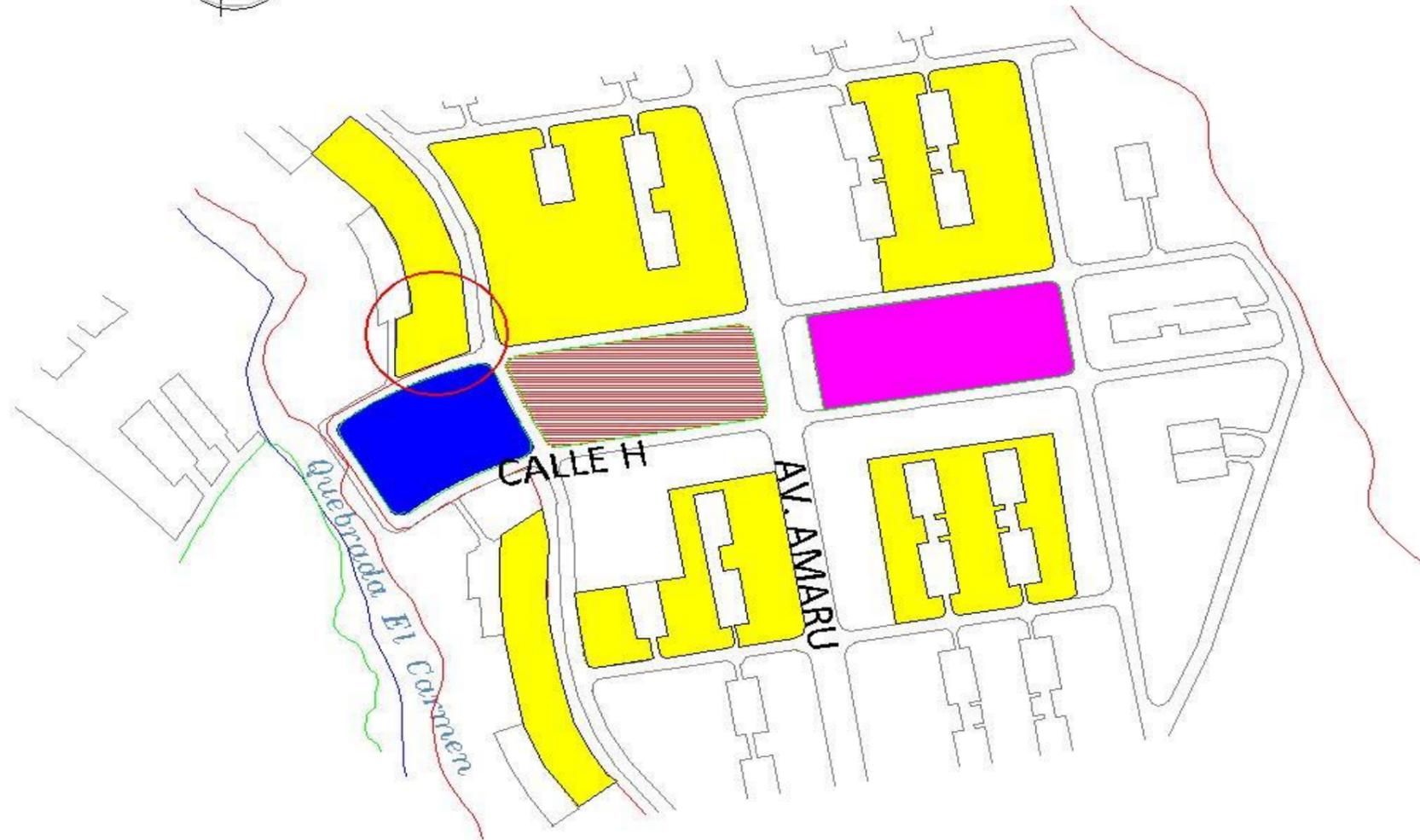
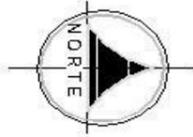


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO E06
-  TERRENO E05
-  VIVIENDA
-  QUEBRADA SANCHARAYACU

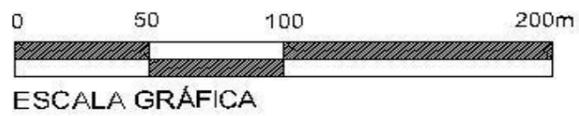


EQUIPAMIENTO



NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO EQ8
-  TERRENO EQ10
-  TERRENO EQ11
-  VIVIENDA
-  QUEBRADA EL CARMEN
-  MANZANA 1



CONTEXTO



Al considerar la relación que posee el terreno con el Entorno Natural, hacemos un análisis del último frente del terreno EQ5 que está dirigido hacia la quebrada Sanchayacu, y el terreno EQ4 q se orienta hacia la Plaza publica

NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO EQ4
-  TERRENO EQ5
-  PLAZA
-  ENTORNO NATURAL (QUEBRADA)
-  QUEBRADA SANCHAYACU



QUEBRADA SANCHAYACU VISTA 1



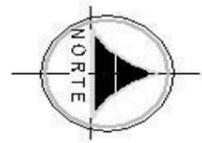
QUEBRADA SANCHAYACU VISTA 2

0 50 100 200m



ESCALA GRÁFICA

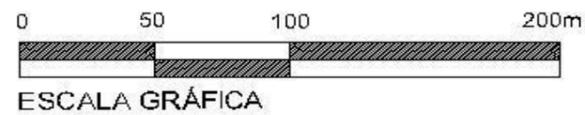
CONTEXTO



VISTA TERRENO EQ5

NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO EQ5
-  TERRENO EQ5
-  ENTORNO NATURAL (QUEBRADA)
-  FONDO DE QUEBRADA



CONTEXTO



NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO EQ11
-  TERRENO EQ10
-  TERRENO EQ9
-  ENTORNO NATURAL (QUEBRADA)
-  QUEBRADA EL CARMEN

0 50 100 200m

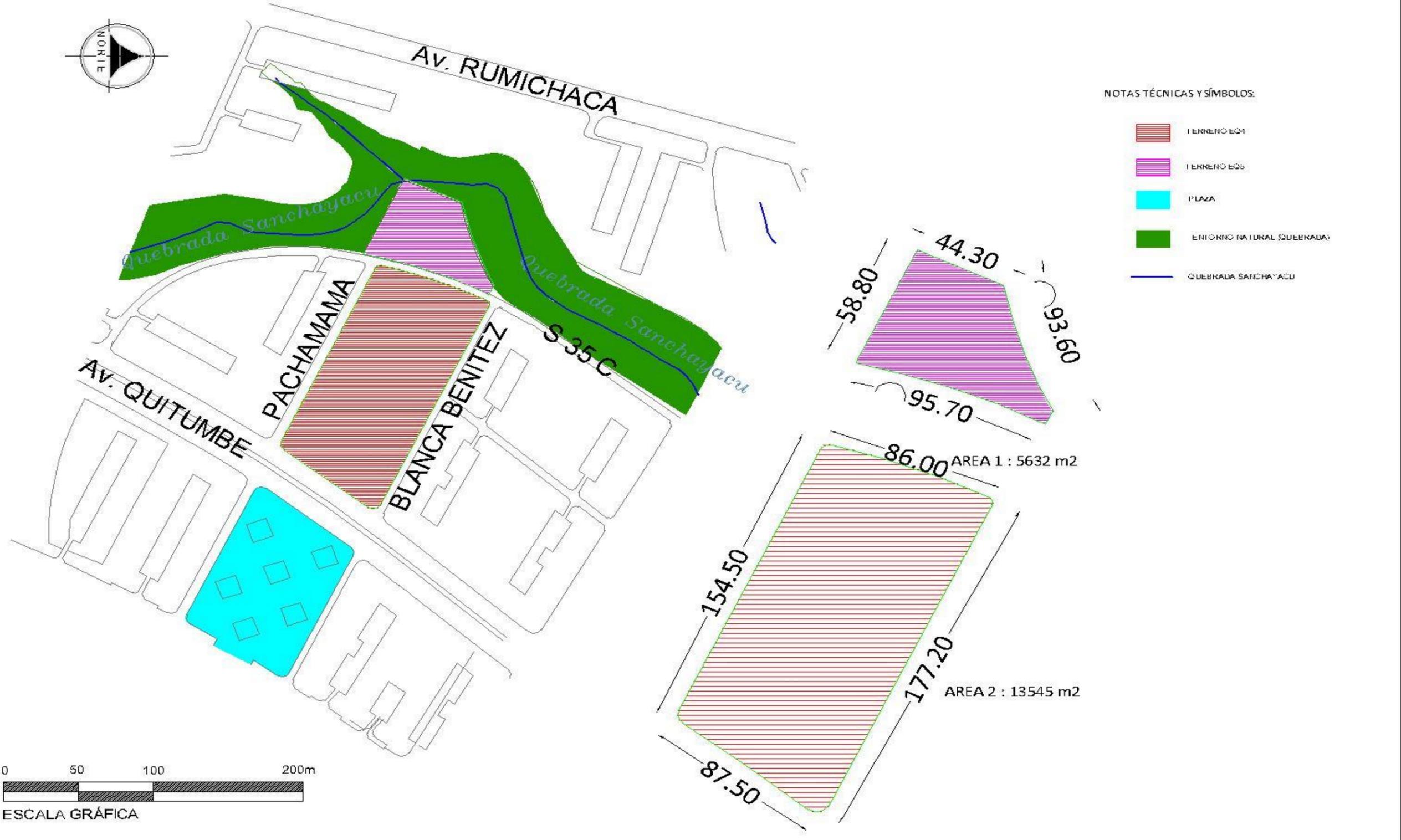
ESCALA GRÁFICA



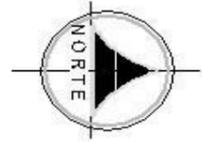
VISTA TERRENO EQ11

Es importante señalar que al rededor de los terrenos EQ9, EQ10, EQ11, aun existen lotes vacantes ya que el proceso de consolidación urbana en esta parte del sector de quitumbe a avanzado a pasos lentos.

DIMENSIONAMIENTO

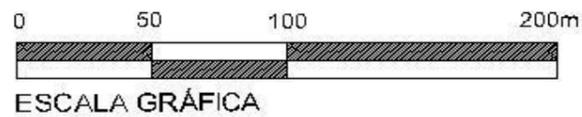


DIMENSIONAMIENTO

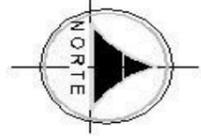


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TIERRE EGS
-  TIERRE EGS
-  ESPACIO NATURAL (QUEBRADA)
-  FONDO DE QUEBRADA

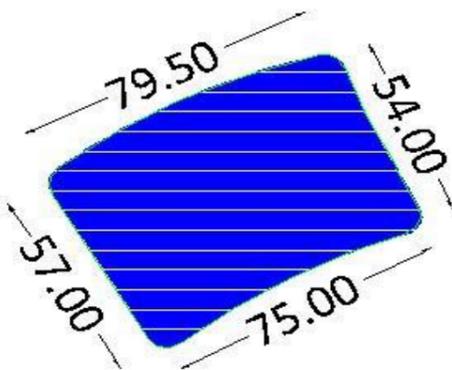
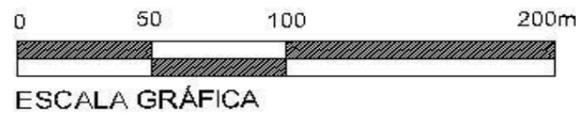


DIMENSIONAMIENTO

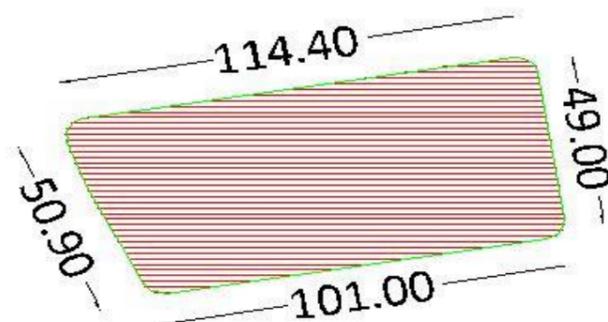


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

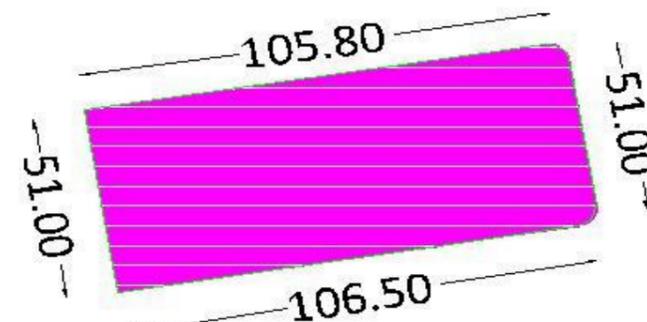
-  TERRENO EQ1*
-  TERRENO EQ1*
-  TERRENO EQ2*
-  ENTORNO NATURAL (QUEBRADA)
-  FONDO DE QUEBRADA



AREA : 4232 m2

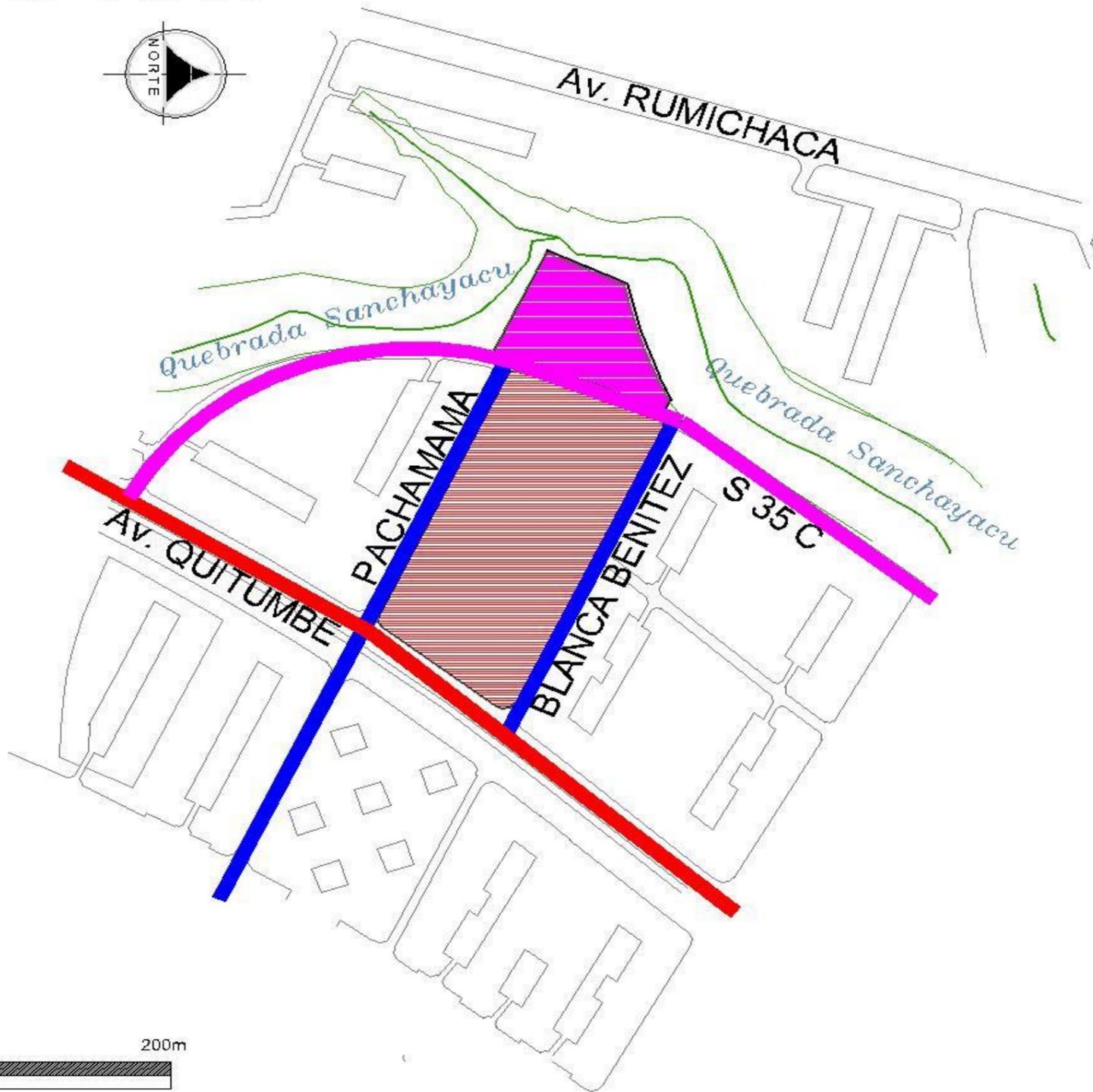
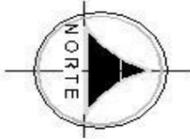


AREA : 5306 m2



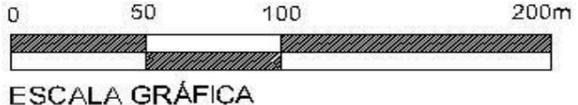
AREA : 5409 m2

ACCESIBILIDAD

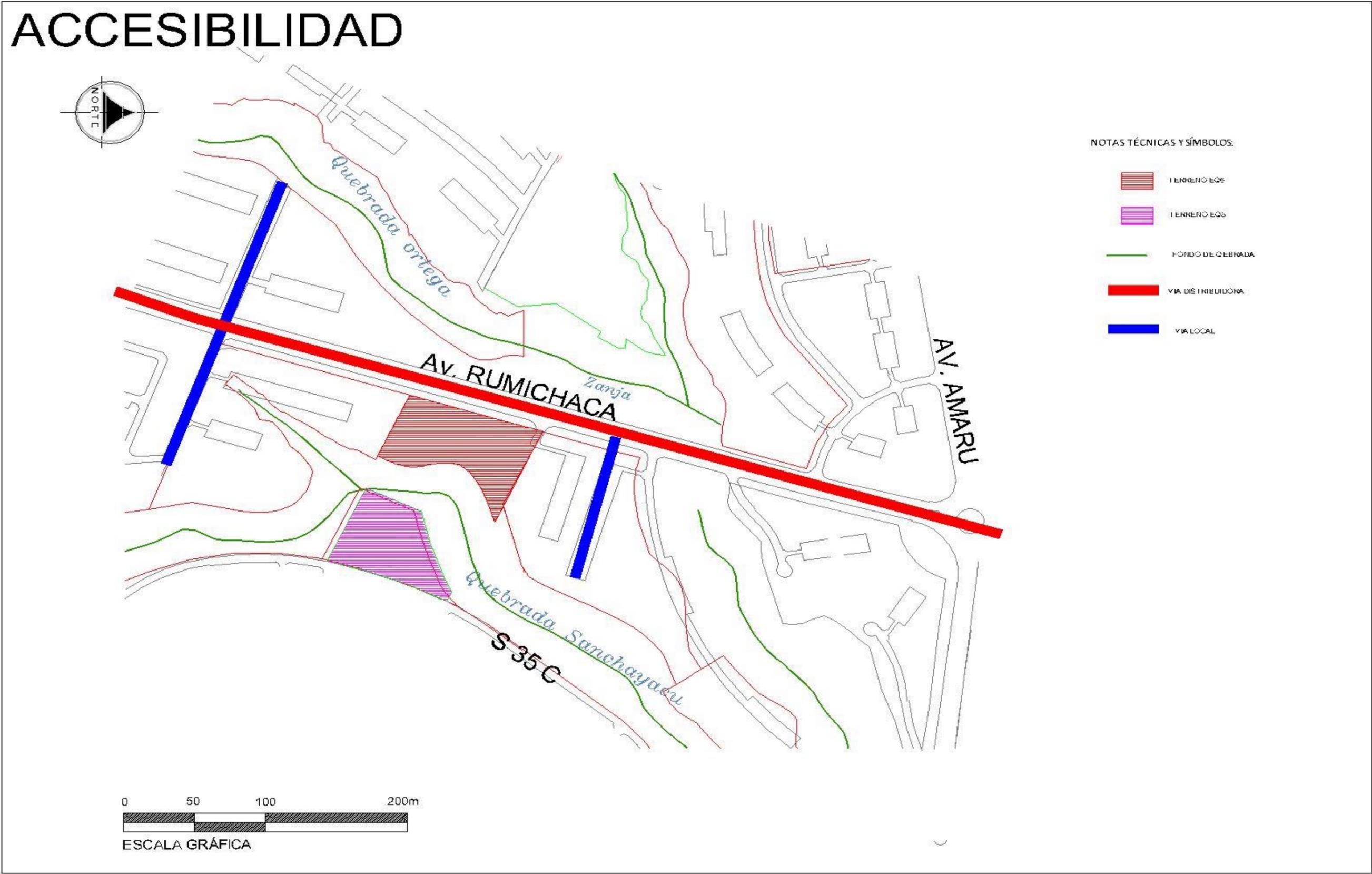


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

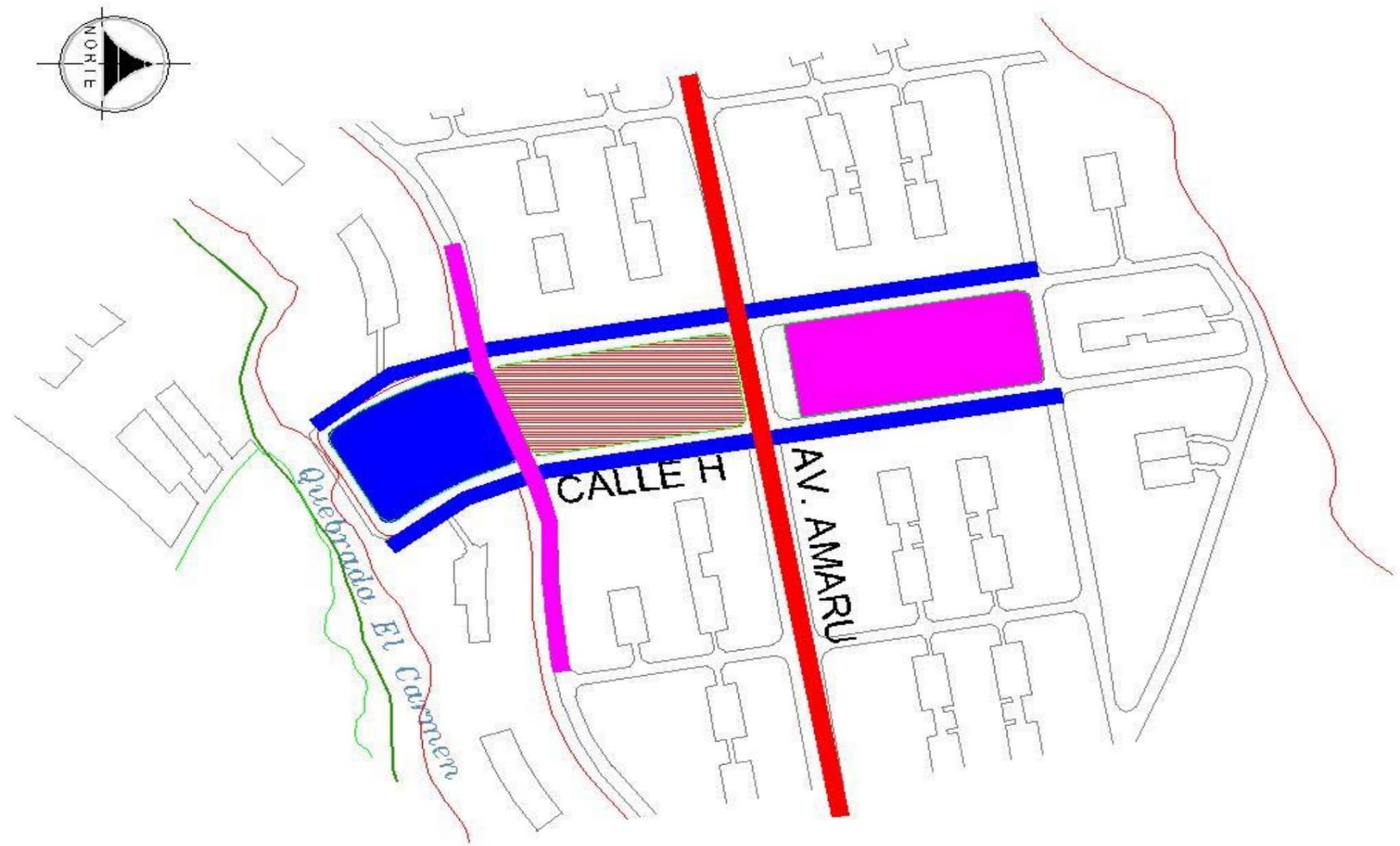
-  TERRENO E01
-  TERRENO E05
-  VIA COLECTORA
-  VIA LOCAL
-  PASAJE SECUNDARIO
-  QUEBRADA SANCHAYACU



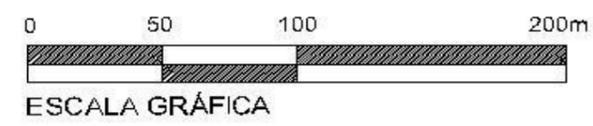
ESCALA GRÁFICA



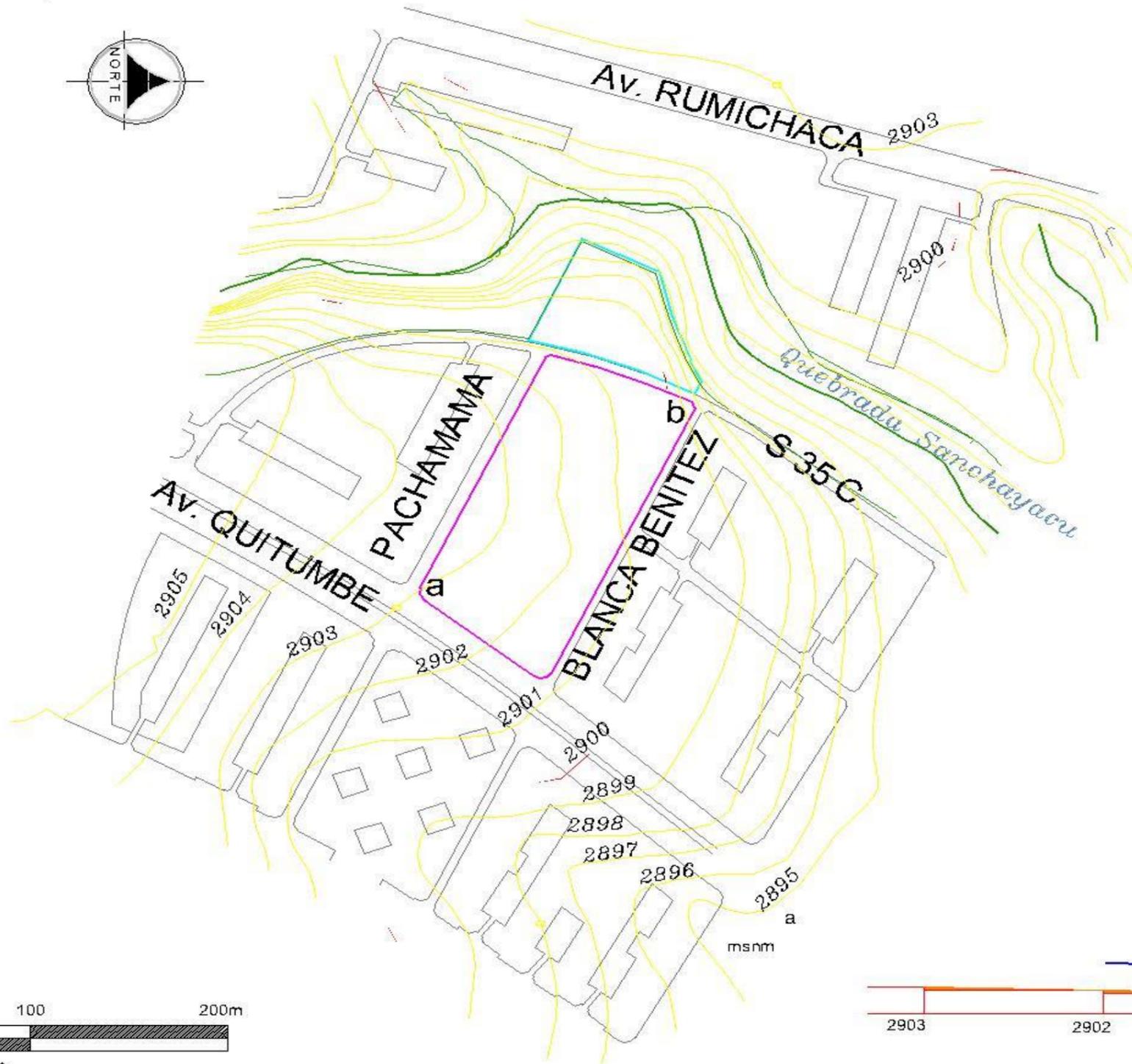
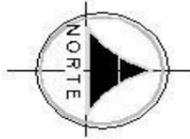
ACCESIBILIDAD



- NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:
- TERRENO EQ'4
 - TERRENO EQ'6
 - TERRENO EQ'8
 - QUEBRADA EL CARMEN
 - VIA DISTRIBUIDORA
 - VIA LOCAL
 - PASAJE SECUNDARIO



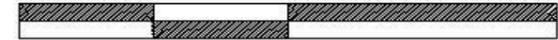
TOPOGRAFÍA



NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

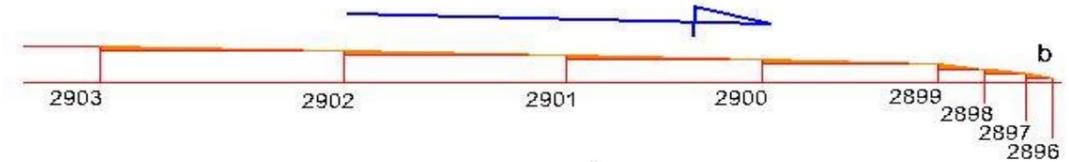
- TERRENO EQ4
- TERRENO EQ5
- QUEBRADA SANCHAYACU

0 50 100 200m



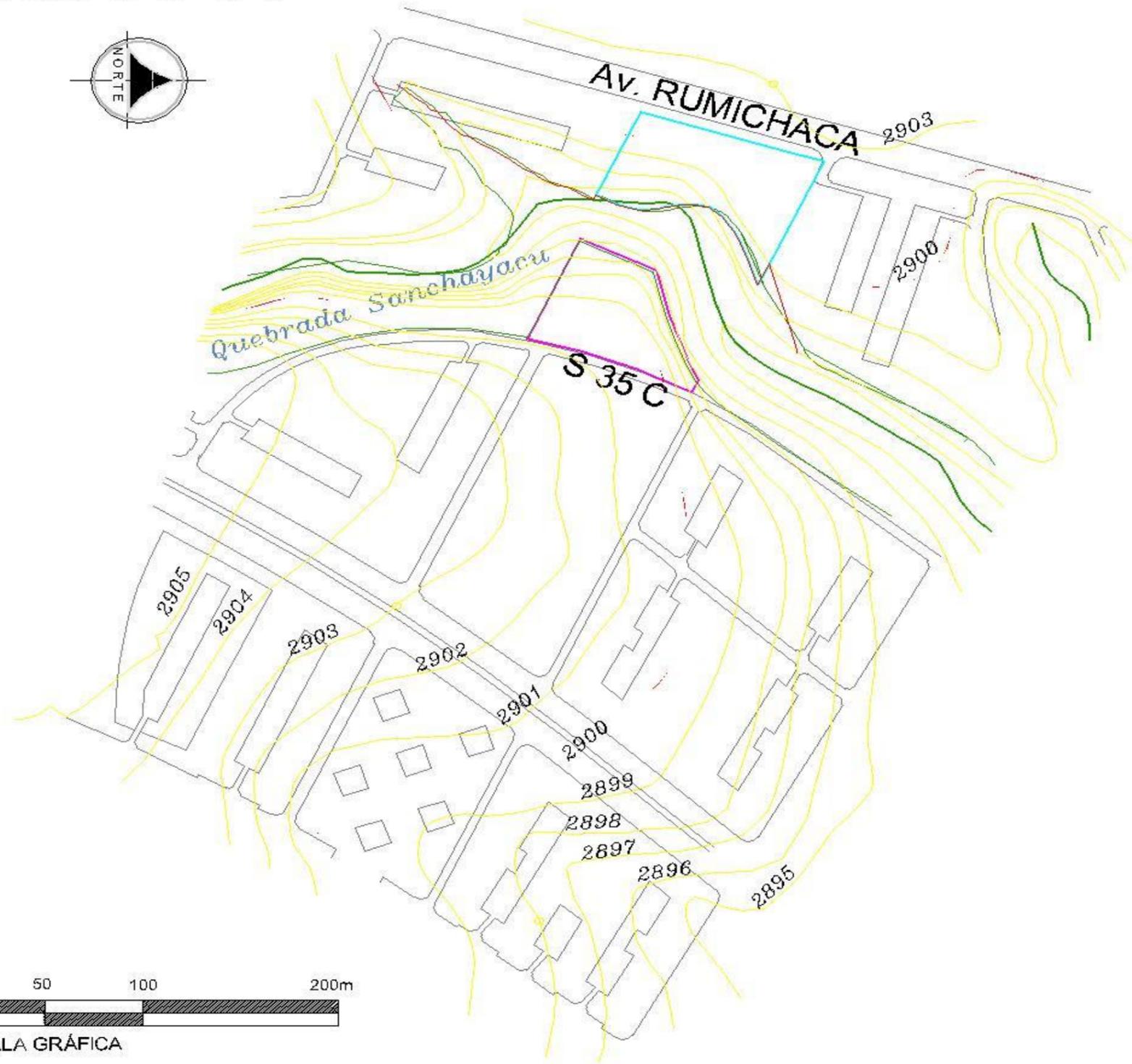
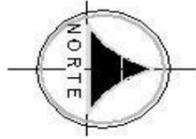
ESCALA GRÁFICA

PENDIENTE 4.5%



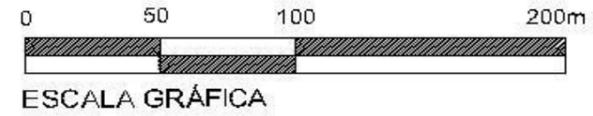
CORTE a-b
TERRENO EQ4

TOPOGRAFÍA

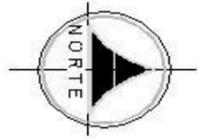


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

-  TERRENO EOS
-  TERRENO EOS
-  QUEBRADA SANCHAYACU

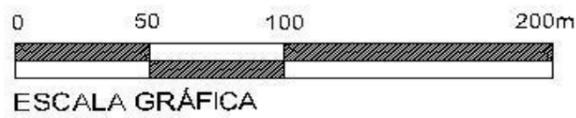
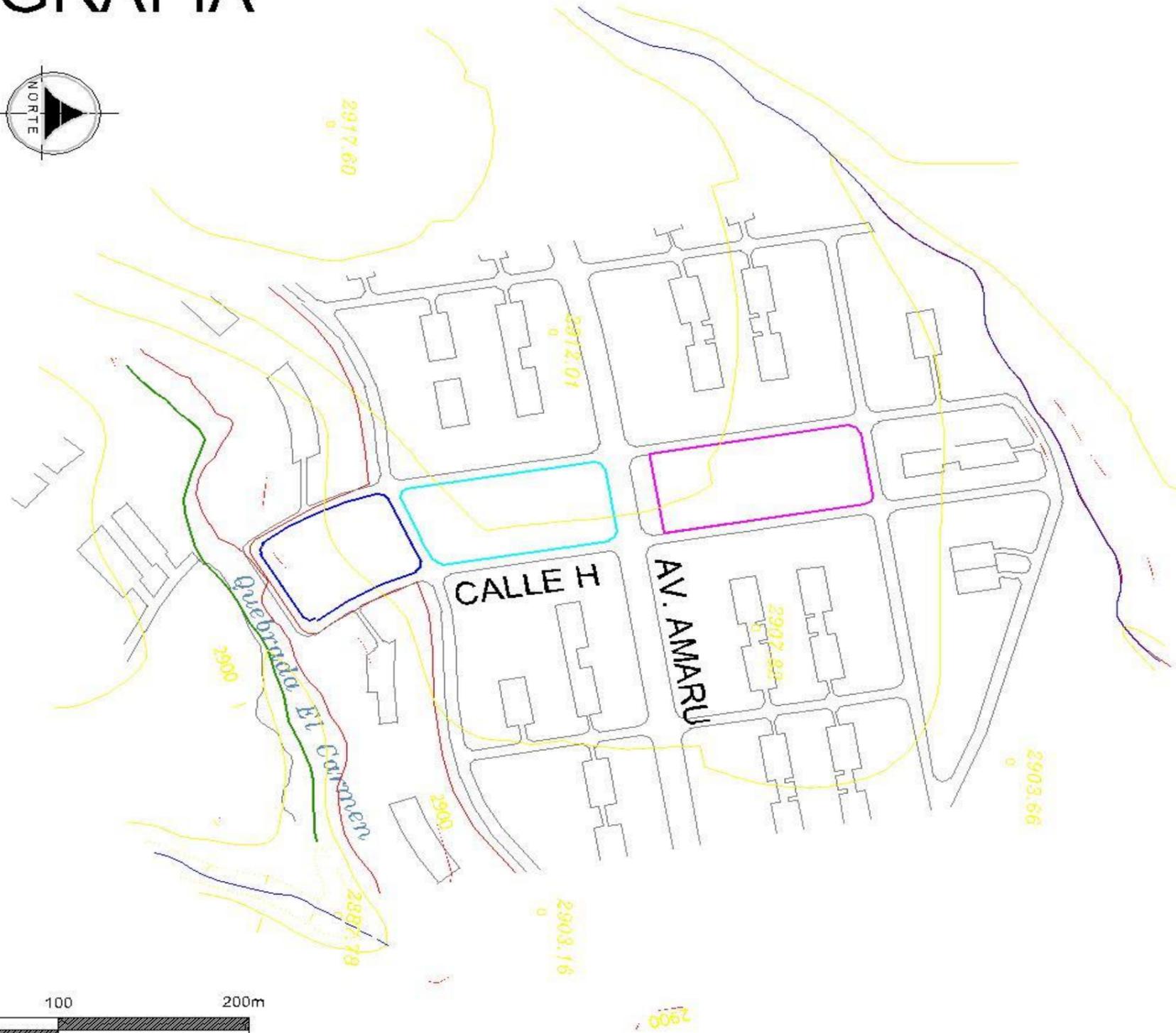


TOPOGRAFÍA

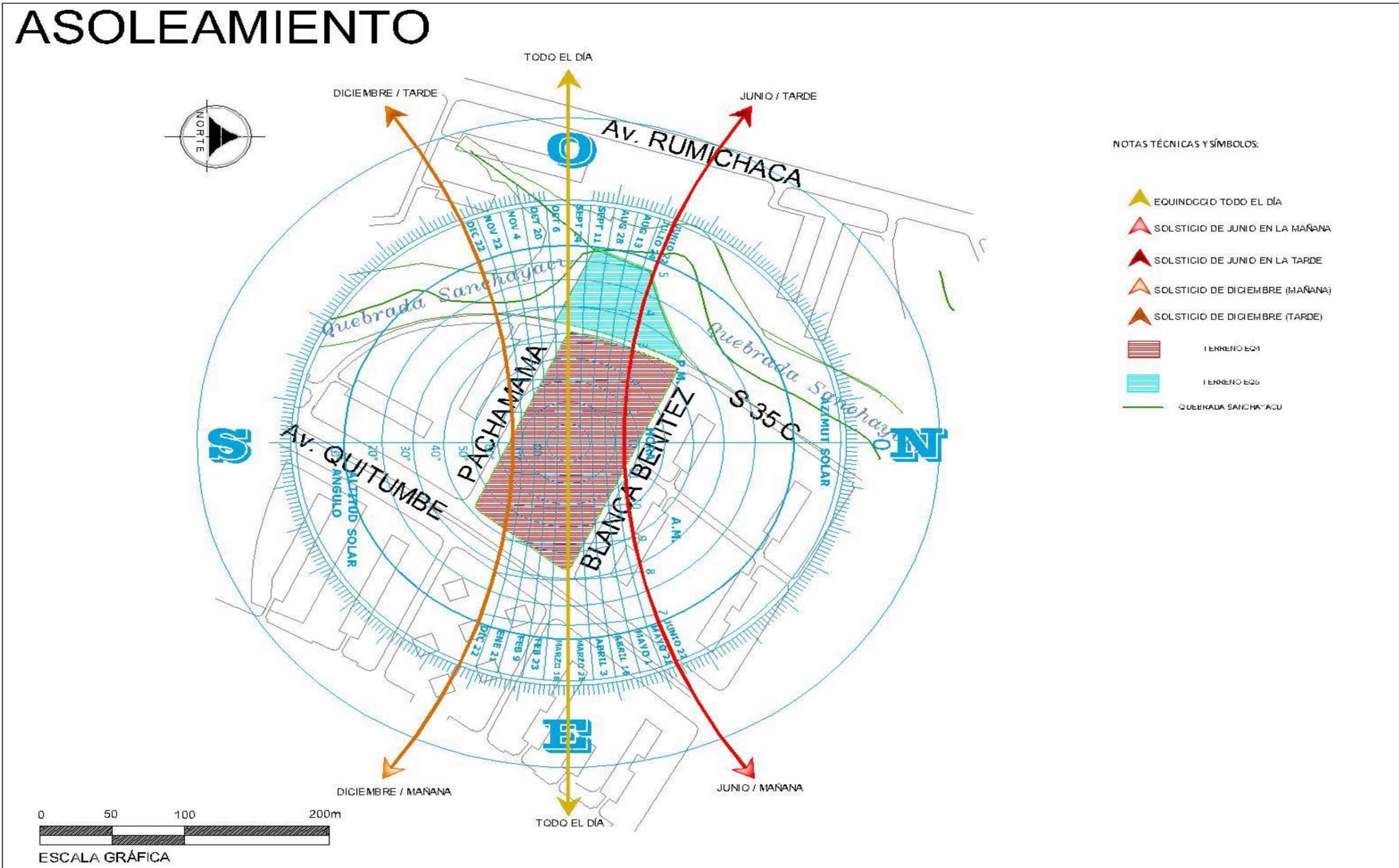


NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

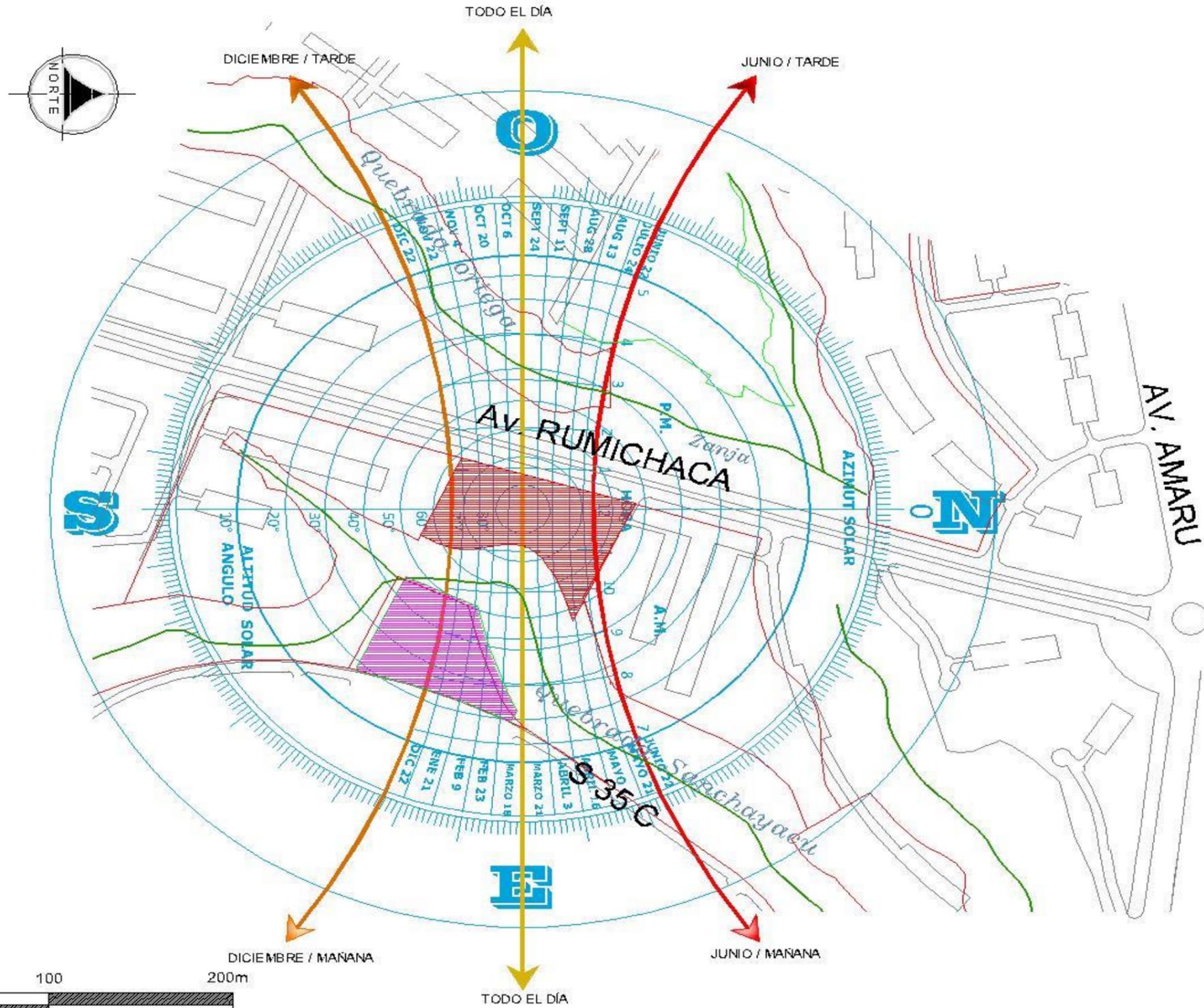
-  TERRENO EQ11
-  TERRENO EQ10
-  TERRENO EQ8
-  QUEBRADA EL CARMEN



7.3.1 Estudio de asoleamiento de los terrenos



ASOLEAMIENTO



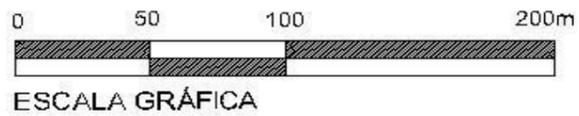
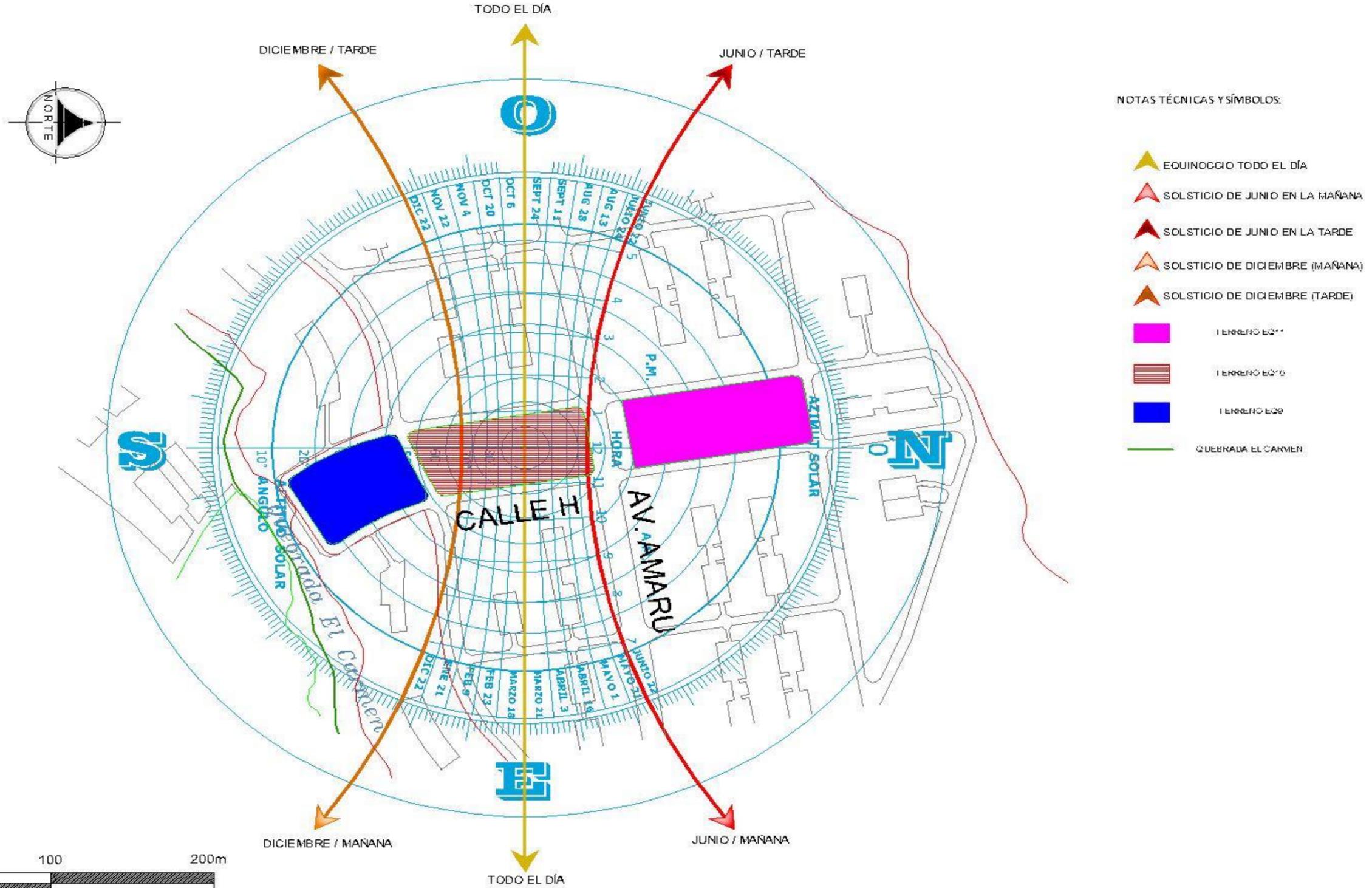
NOTAS TÉCNICAS Y SÍMBOLOS:

- EQUINOCIO TODO EL DÍA
- SOLSTICIO DE JUNIO EN LA MAÑANA
- SOLSTICIO DE JUNIO EN LA TARDE
- SOLSTICIO DE DICIEMBRE (MAÑANA)
- SOLSTICIO DE DICIEMBRE (TARDE)
- TERREÑO EGB
- TERREÑO EGB
- QUEBRADA SANCHAYACU

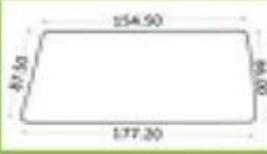
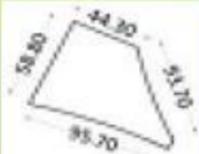
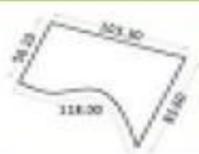
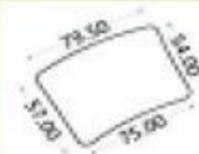
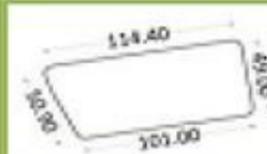
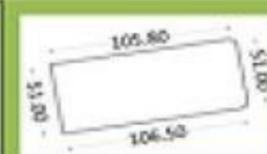
0 50 100 200m

ESCALA GRÁFICA

ASOLEAMIENTO



7.4 TABLA DE ESCOGIMIENTO DEL TERRENO

DETERMINANTES		VALORACIÓN	EQ4	EQ5	EQ6	EQ9	EQ10	EQ11
TERRENO								
EQUIPAMIENTOS CERCANOS	SI : 5		10	10	10	5	5	5
	NO: 10							
CONTEXTO	BUENA:10		10	1	1	5	5	5
	REGULAR:5							
	MALA:1							
DIMENSIONAMIENTO	CUMPLE: 5		5	1	1	1	5	5
	NO CUMPLE:1							
ACCESIBILIDAD (VIAS)	ACCESIBLE:10		10	10	10	10	10	10
	NO TAN ACCESIBLE:5							
	NADA ACCESIBLE:1							
GEOMETRÍA	REGULAR:10		10	5	5	10	10	10
	IRREGULAR:5							
TOPOGRAFÍA	PENDIENTE MINIMA: 10		10	5	5	10	10	10
	POCA PENDIENTE: 5							
	PENDIENTE PRONUNCIADA: 1							
LIMITE DE AFECCIÓN	100 A 250:1		1	1	5	5	10	10
	250 A 400: 5							
	400 A 600: 10							
TOTAL			56	33	37	46	55	55

Después del análisis urbano y con los datos obtenidos por medio este estudio, elaboramos una tabla de valoraciones para la obtención del terreno más idóneo para la planificación del objeto arquitectónico de salud, mediante varios ítems se califica mediante tres escalas; 1, 5, 10, teniendo al final el mayor puntaje y por ende el terreno donde se implantara el centro de salud ambulatoria.

8 BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República*. (1ª ed.) Quito, Ecuador

Barbier, M. y et. al. (2010). *Hospital de la Concepción Marseille*. Recuperado el 5 de Julio de 2014 de <http://www.scau.com/index.php/en/projects/book>

Borghi, A. (2010). *Medicina Preventiva: ¿Qué es? ¿Cuáles son sus beneficios?* Recuperado el 5 de Junio de <http://www.sanar.org/salud/medicina-preventiva>

CONADIS. (2013). *Sistema Nacional de Calificación*. Recuperado el 1 de Junio de 2014 de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf

Espinoza, M. (2006). *Memorias de Turubamba*. (1ª ed.) Quito, Ecuador: Editorial Ecuador del Futuro

INEC. (2007). *Ecuador: Anuario de Recursos y Actividades de Salud*. (1ª ed.) Recuperado el 30 de Junio de 2014 de http://inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=911&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800

Instituto de la Ciudad. (2010). *Quitumbe Indicadores Sociales Básicos*. Recuperado el 6 de Junio de 2014 de <http://www.institutodelaciudad.com.ec/attachments/article/114/QUITUMBE%20-%20INDICADORES%20SOCIALES.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Manual de Atención Integral de Salud*. (1ª ed.) Quito, Ecuador

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Política Nacional de Promoción de la Salud*. Recuperado el 1 de Junio de 2014 de <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-promocion-de-la-salud/?=promocion+de+la+salud>

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2012). *Plan Metropolitano de Desarrollo 2012-2022*. (1ª ed.) Recuperado el 10 de Junio de 2014 de http://www.centrocultural-quito.com/imagesFTP/13644.Plan_de_Desarrollo_Local_2012_2022.pdf

Neufert, E. (1995). *El arte de proyectar en Arquitectura*. (14ª ed.) Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili S.A.

S.A. (2014). *Arquitectura: Italia revela un pabellón permanente en la Expo de Milán que purificará la atmosfera del smog*. Recuperado el 10 de Julio de 2014 de <http://noticias.arq.com.mx/Detalles/17625.html>

Terol, E. y et. Al. (2009). *Hospital del Día Estándares y Recomendaciones*. (1ª ed.) Madrid, España: Editorial del Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones

Villalobos, F. (2012). *Quitumbe Difusión y Profundización de los resultados del estudio sobre las características económicas y productivas de las administraciones zonales*. (1ª ed.) Recuperado el 5 de Mayo de 2014 de <http://www.institutodelaciudad.com.ec/Documentos/perfecoadz/archivos/QUITUMBE-Final-1.pdf>

Zeballos, C. (2010). *Jean Nouvel: Museo Louvre Abu Dhabi*. Recuperado el 2 de Julio de 2014 de <http://www.moleskinearquitectonico.blogspot.com/2010/05/jean-nouvel-museo-louvre-abu-dhabi.html>

ANEXOS

Análisis por tipo de enfermedad

Infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas: continúan siendo las primeras causas de consulta externa, con tendencia al incremento. De acuerdo a la información disponible de 1990 a 2003, se dio un incremento del 40% en los casos notificados como Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) y del 84% en los casos notificados como Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs).

Dengue: La dispersión de este vector se ha visto favorecida por aspectos diferentes a los tradicionales, tales como los viajes aéreos y fluviales internos que además contribuyen al transporte de personas infectadas o enfermas, situación que puede advertirse en la reciente detección del *Aedes aegypti* en Galápagos y los casos de dengue clásico en Isla Santa Cruz.

Malaria: Continúa siendo un importante problema de salud en 197 municipios del Ecuador, particularmente en áreas de mayor pobreza, rurales y urbano periféricas con una población en riesgo de 7'965.565 habitantes; esta enfermedad se concentra en 32 municipios de alto riesgo y alta transmisión bien identificados y donde habitan 2.249.283 personas, la mayoría en condiciones precarias de vivienda e infraestructura higiénico- sanitaria básica.

También está presente el factor de la resistencia desarrollada por *Plasmodium falciparum* a drogas como la cloroquina. La malaria adquirió características epidémicas a partir de 1996, cuando se registraron un total de 11.991, casos. A partir de ese año, el crecimiento de la morbilidad por malaria, confirmada por laboratorio, se ha incrementado hasta 106.641 casos en 2001 siendo el pico más alto el de la epidemia iniciada tres años antes; en los años siguientes el paludismo descendió a 87.649 casos y alrededor de 52.065 casos en 2001 y 2002, respectivamente. La incidencia parasitaria anual (IPA), en el año 1999 fue de 13.74, en año 2000, 15.73 para descender progresivamente de 14.22 en el año 2001 a 6.54 en el año 2003.

Tuberculosis: La tendencia de la incidencia notificada en los últimos 10 años ha sido irregular, siendo la incidencia promedio de 50/100.000; en 2003 se notificaron 5.789 casos nuevos de tuberculosis (TB) de todas las formas (tasa de incidencia de 44,95 por 100.000 hab.). De este número, 78% fueron tuberculosis pulmonar BK+ (4.488 casos, 34,85 por 100.000 hab.). Dado el importante subregistro de casos, la verdadera extensión de la epidemia de tuberculosis en Ecuador es desconocida. Su control tiene grandes variaciones según regiones y provincias. Las provincias con Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) (DOTS, por sus siglas en inglés) (Pichincha, Guayas y Azuay) tienen tasas de curación de 85% mientras que las restantes 19 provincias no TEAS tienen grandes inconsistencia en el sistema de información.

VIH/SIDA: El curso de la epidemia en el Ecuador presenta un incremento promedio de 265 casos de VIH/SIDA, por año desde 1984 hasta 2003. El total acumulado de casos es de 5.291, de los cuales 81%, o sea 4.285 se concentran en las provincias de la costa ecuatoriana, donde 71% se focalizan en Guayaquil. En el primer semestre del 2004, se registraron 337 casos de VIH/SIDA, de los cuales 279 se concentraron en la provincia del Guayas y, dentro de esta provincia, 233 se focalizaron en el cantón Guayaquil. El 75% del total nacional de casos en niños menores de 10 años y 83% de las muertes por VIH/SIDA se concentran en la provincia del Guayas, donde la velocidad de la progresión de la epidemia parece ser la mayor en el Ecuador. Actualmente, las relaciones sexuales heterosexuales constituyen el principal mecanismo de transmisión; el grupo comprendido entre los 20 a 29 años de edad, con VIH/SIDA, llega al 45%, con un acelerado incremento.

Hemovigilancia: En el 2003 de acuerdo a información de la Secretaría Nacional de Sangre, los bancos de sangre de las cinco instituciones autorizadas para la recolección, procesamiento y distribución, de la misma, como son Cruz Roja Ecuatoriana (cerca del 80% de la producción), Ministerio de Salud, Seguro Social, Junta de Beneficencia y Fuerzas Armadas (el porcentaje restante, se desconoce), han recolectado 78.886 unidades de sangre. Se les ha efectuado el tamizaje al 100% de las unidades de sangre para VIH, Hepatitis B, C, Sífilis y Enfermedad de Chagas, y 37% para paludismo en zonas de alta endemicidad. En ese

año se encontró una prevalencia de marcadores reactivos de infección de VIH 0,28%, Hepatitis B 0,15%, Hepatitis C 0,35%, Sífilis 3,9%, Chagas 0,36% y Paludismo 0,14%. En el 2003, la sangre proveniente de donantes voluntarios correspondió a 29,9 %.

Enfermedades prevenibles por vacunas: Entre 1985 y 2003 destaca la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacuna. El último caso de poliomielitis ocurrió en 1990; desde 1998 no se ha confirmado ningún brote de sarampión y desde 2001 no hay casos de fiebre amarilla; los brotes de tos ferina han disminuido en frecuencia y magnitud. El país ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública en 19 (86%) provincias y 130 (78%) áreas de salud, calculándose que en los últimos 15 años se han evitado 4.800 casos y 3.300 muertes infantiles por esa enfermedad. La incidencia de la rubéola descendió en todos los grupos de edad, excepto los menores de un año después de la campaña con dupla viral (SR) en 2002. La vigilancia de la parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola mantiene indicadores acordes con los estándares. El país amplió y modernizó la cadena de frío de los grandes bancos de vacuna y de las unidades operativas.

Zoonosis: La situación epidemiológica de la rabia mejoró durante 2003, persistiendo el mayor riesgo en cinco provincias: Cañar, Tungurahua, Guayas, Cotopaxi, Azuay,

Pichincha y Manabí donde se realizaron acciones intensivas de control de focos. Luego de dos años, se realizó con éxito la campaña antirrábica canina en octubre del 2003 y se realizó la evaluación externa del programa nacional de control con la cooperación de la Oficina Central de la OPS y PANAFTOSA. Se ha regularizado el control externo de calidad de la red de laboratorios del INH para diagnóstico de la rabia y se reactivó el Comité Nacional de Zoonosis.

Seguridad alimentaria nutricional: La prevalencia de menores de 5 años con talla insuficiente para su edad (desnutrición crónica) tuvo una ligera disminución entre 1998 y 2000, al disminuir de 27,0% a 25,8% (ECV/EMEDINHO/INEC, 2004). La situación se agravó en los sectores rurales donde este indicador alcanzó hasta 36%. De igual forma, los problemas ponderales de peso insuficiente para la edad (desnutrición global) para el mismo periodo de referencia, registró valores entre 15,0% y 11,6% de la población infantil menor de 5 años afectada.

En un estudio nacional, liderado por la Maestría en Alimentación y Nutrición de la Universidad Central del Ecuador, se demostró una prevalencia de sobre peso y obesidad del 14% en escolares de ocho años del área urbana (5% para obesidad y 9% para sobrepeso). También se encontró un promedio de 24 hrs/semana que los escolares permanecen frente a un televisor, lo que esta contribuyendo, como un fuerte factor de riesgo, junto con

dietas no saludables y consumo de “alimentos chatarra”, a la aparición temprana del sobrepeso y obesidad.

Tabaquismo: En 1995, según la Segunda Encuesta Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas, realizada por el CONSEP, la prevalencia de vida (fumaron alguna vez) del consumo de tabaco afectaba a 51,6% de la población comprendida entre los 12 y 49 años y a 28,3% en prevalencia mensual. Entre las personas que alguna vez en su vida fumaron tabaco el último mes, 44,6% no ha fumado; 33,8% fumó algún tabaco; 17,0% fumó entre 1 a 5 tabacos al día; 2,5% fumó entre 6 y 10; 1,5% fumó entre 11 y 20 y 0,5% fumó entre 20 y más tabacos diario.

En 1998, la primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas a Escolares realizada por el SEVIP-CONSEP, la prevalencia de vida fue 44,3% y 5,5% preferían fumar regularmente. Una reciente encuesta de prevalencia en escolares (CONSEP-OPS/OMS-CDC 2001), reveló un crecimiento del inicio temprano de tabaquismo.

Salud y ambiente: Para 2001, el número de viviendas con servicio de agua entubada era 52,1% y con servicio, tanto de chorro en predio o acceso por chorro, cercano a 26,0% quedando 21,9% de viviendas sin servicio de agua potable en total del país . Las coberturas reales del país son aún menores y necesita ser estudiado a profundidad ya que 95%

de los sistemas funciona intermitentemente, 60% de los sistemas tienen algún nivel de cloración y, 70% de los sistemas rurales están funcionando.

En 2001, 48% de la población contaba con servicio de alcantarillado y sólo 5% de las aguas residuales tenían algún tipo de tratamiento. La población con servicio de letrina es solamente 15,6% a nivel nacional. Si consideramos que 70,0% del recurso hídrico del país es utilizado con fines agrícolas, esto plantea un alto riesgo a la salud humana, en especial por la producción de hortalizas y alimentos de origen vegetal que se consumen crudos.

Condiciones ambientales: En Quito, la contaminación del aire alcanzó, entre junio 2003 y mayo 2004, niveles superiores a los deseables en el 123 días siendo el monóxido de carbono el que más sobresalió con 9 mg/m³ en promedio de 8 horas y superiores a 10 ug/m³ en promedio horario. Con respecto al ozono la frecuencia de excedencia de la norma fue del 26,2% y del CO 9,3% especialmente en el período de septiembre a marzo. El material particulado alcanzó en las zonas más críticas de Quito niveles de 336,53 ug/m³.

Las intoxicaciones por plaguicidas han experimentado un incremento sostenido desde los primeros años de la década pasada hasta el 2002; mientras en 1990 se registraron 363 casos notificados por el sistema de vigilancia del MSP, en 1997 se registraron 1.559 y en el 2002 se registraron 2.163. Esta situación refleja dos aspectos, por una parte el

incremento de la frontera y la agroindustria principalmente bananera y florícola y, las acciones del Ministerio de salud y otros organismos por fortalecer los programas de vigilancia y uso adecuado de agroquímicos. En los últimos años el Ministerio de Salud ha desarrollado proyectos pilotos en sectores agrícolas específicos como productores de flores, banano, arroz, desarrollando acciones tendientes a mejorar los sistemas de vigilancia pero también acciones orientadas al uso adecuado de agroquímicos que incluyen información de riesgos a agricultores y comunidad y cambios de prácticas agrícolas sustentadas en la agroecología (manejo integrado de plagas).

Asistencia Médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Las actividades que se relacionan con esta asistencia son: medicina preventiva, medicina curativa, medicina de rehabilitación, investigación médica y la docencia. Estos servicios pueden ser impartidos por dos dependencias que son las estatales y paraestatales.

Mortalidad: Si bien la mortalidad general registrada disminuyó de 4,8 x 1.000 habitantes en 1994 hasta 4,1 en 2003, continuó el incremento del componente de muertes por enfermedades y problemas no transmisibles, los que han desplazado a las enfermedades infecciosas como primeras causas de defunción. En 2003, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio presentaron las tasas

más altas de muertes a nivel nacional, siendo mayor para las “otras enfermedades del corazón” que aportaron con 9,0% del total de las muertes para ese mismo año; le siguen en frecuencia las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus.

Siempre en 2003, los registros de defunciones indicaron que las muertes por accidentes de transporte fueron tres veces más frecuentes en hombres que en mujeres, las caídas cinco veces más y las agresiones ocho veces más frecuentes en el mismo grupo. En cambio la desnutrición y anemias, como causa de muerte, eran mayores en mujeres que en hombres (351 y 336; 262 y 226 respectivamente).

En las enfermedades de notificación obligatoria ocupan los primeros lugares el grupo de enfermedades de vías respiratorias, seguidas por las transmitidas por agua y alimentos (enfermedades diarreicas) y las transmitidas por vectores (principalmente malaria y dengue).

Por grupos de población prioritarios (Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM)³¹

Objetivo 4: Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en los dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.

³¹ Declaración del Milenio suscrita por los países miembros de las NNUU y que establece 8 objetivos y metas a ser cumplidas hasta el año 2015.

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva

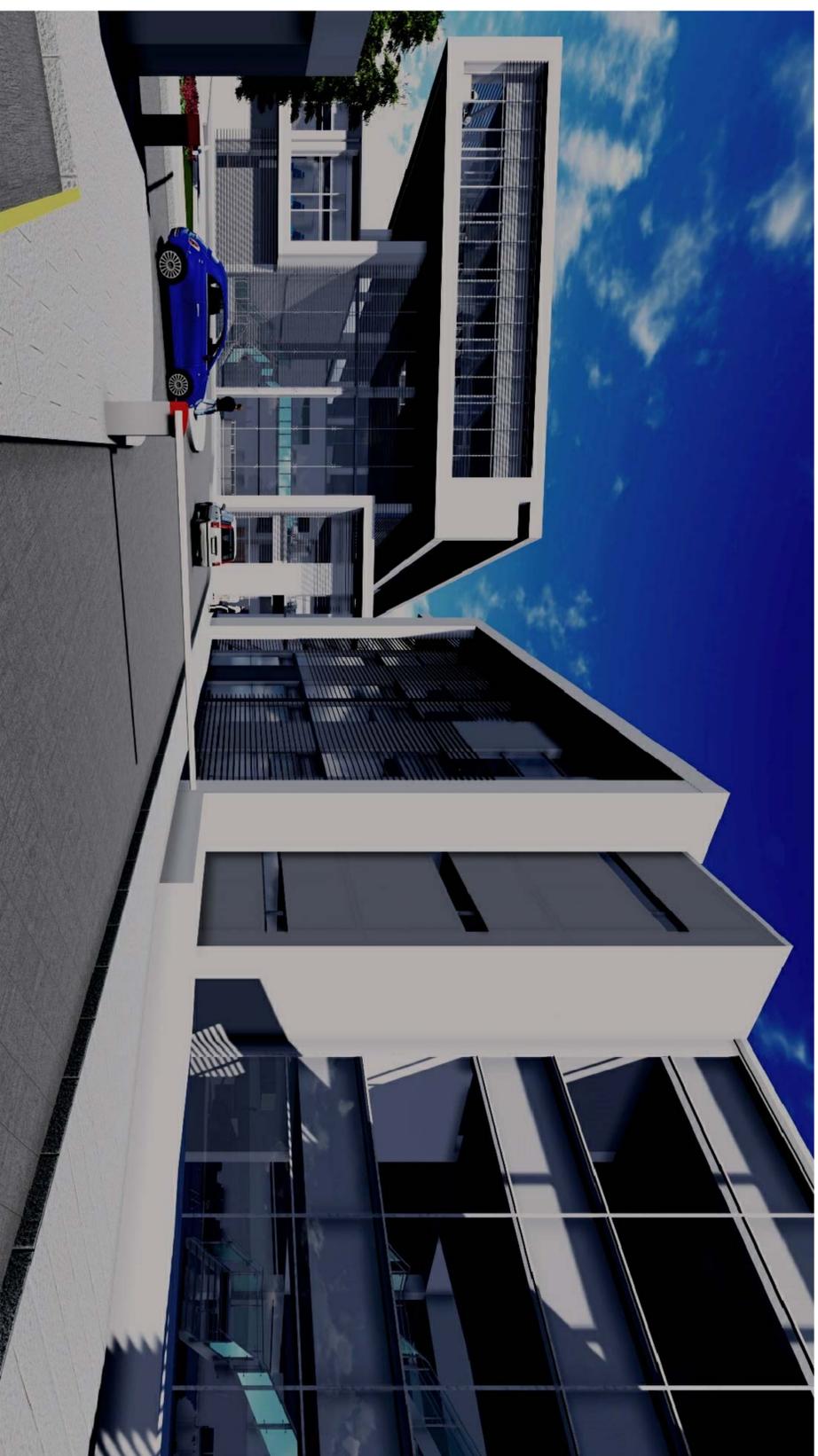
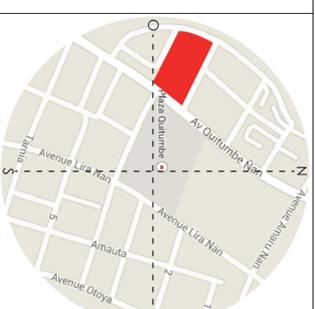
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades

Población infantil (menores de 1 año): La tasa de **mortalidad infantil** registrada, a nivel nacional, descendió de 30,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 18,5 por 1.000 en el 2002 (); en 2003 se registró un incremento llegando a 22.3 ; persisten niveles importantes de subregistro de esta mortalidad, dado que la tasa estimada nacional (ENDEMAIN 99) fue de 30 por 1.000 nv; los valores estimados provinciales de Carchi y Cotopaxi duplican la tasa nacional, mientras que Guayas, Pichincha y Azuay tiene tasas 30% menores que la nacional. En números absolutos, en 2003 se registraron 3.985 muertes de menores de 1 año, frente a una cifra de alrededor de 6.000 a mediados de la década del noventa. Los infantes de madres sin instrucción (población más pobre) tienen una tasa de mortalidad 4,6 veces más alta que los de madres que alcanzaron el nivel de educación superior. Al componente neonatal se le atribuye 53% de las muertes en menores de un año. Para 2003, las principales causas de muerte infantil fueron las del

grupo de trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (11,5%) y la neumonía (9,1%)

Mujeres en edad fértil (15 a 49 años): La tasa de **mortalidad materna** registrada descendió de 117,2 por 100.000 niños que nacieron vivos en 1990 a 77,8 x 100.000 en 2003, con diferencias entre provincias que van desde 135,6 por 100.000 en Loja hasta 39,3 en Los Ríos. En 2003, se registraron 139 muertes maternas; esta cifra fue mayor a 300 en los cuatro primeros años de la década de 1990. Se estima que el número real de muertes podría ser hasta el doble de las registradas. El grupo de causas como edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio ocasionó 41,7% de las muertes maternas registradas en 2003.

EXTERIOR QUIMIOTERAPIA



EXTERIOR INGRESO PRINCIPAL



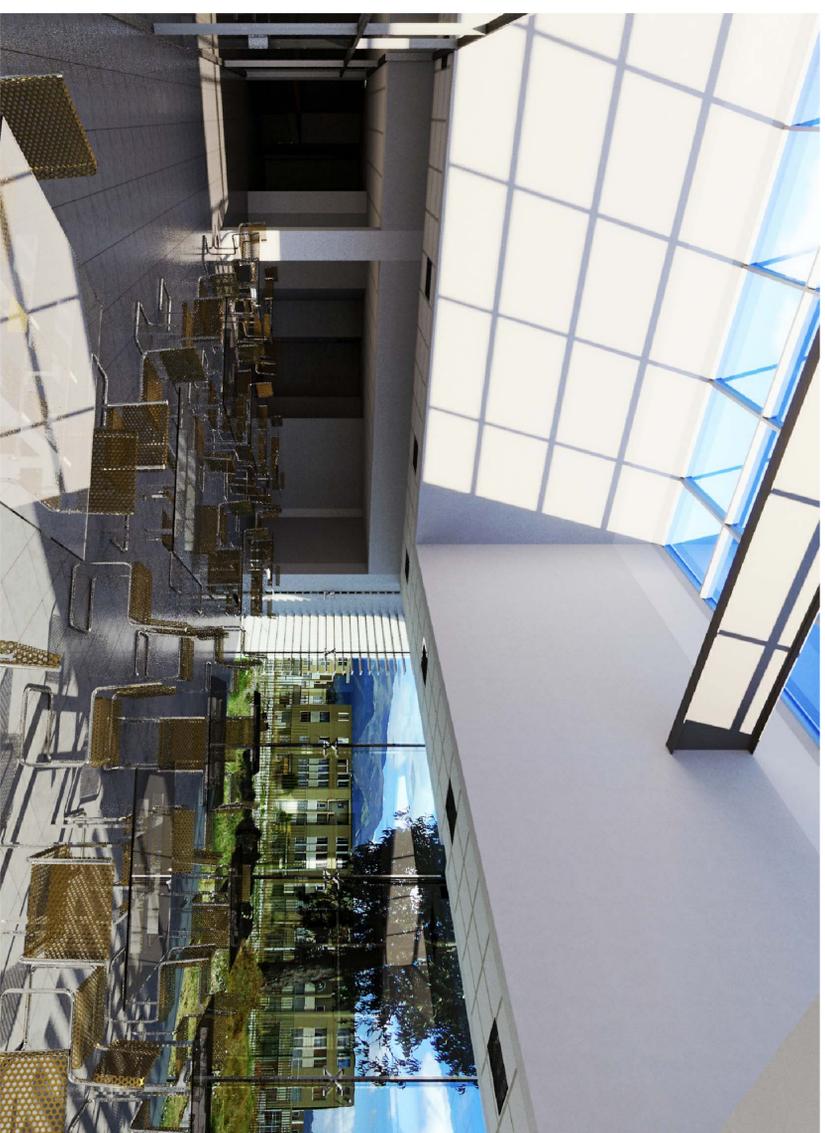
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE
ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
IMAGENES
EXTERIORES

ESCALA:

DE:

COMEDOR



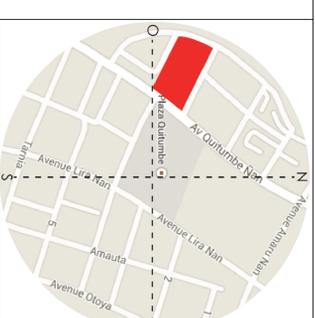
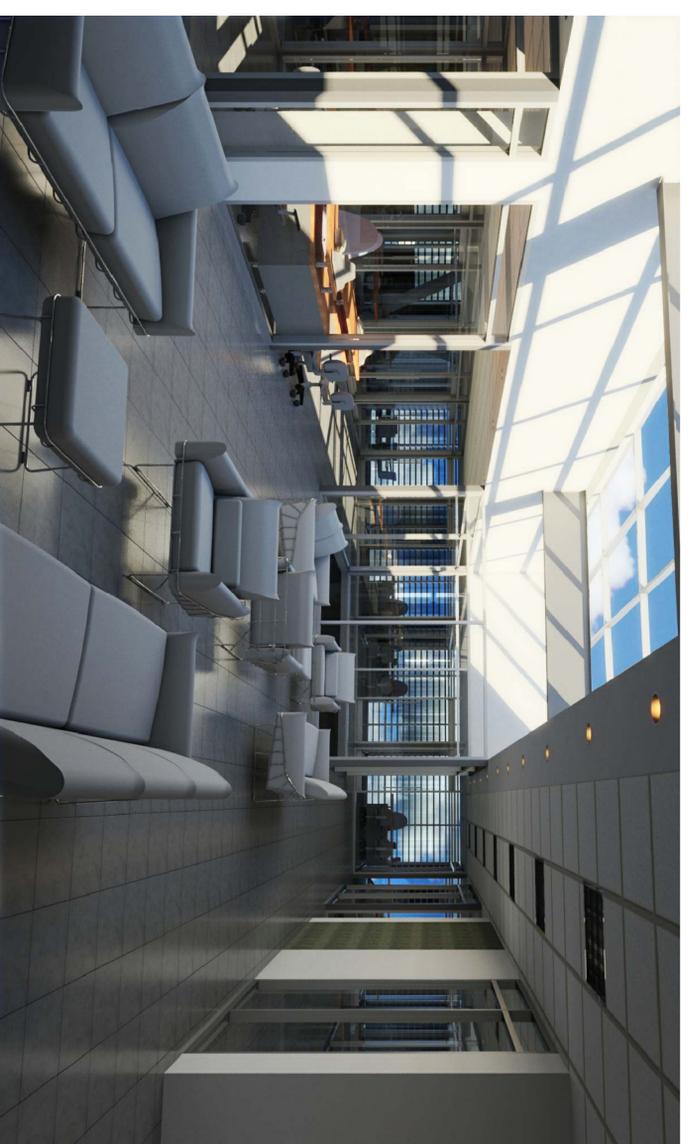
HALL DE INGRESO PRINCIPAL



CONSULTORIO TIPO



GOBERNANTES

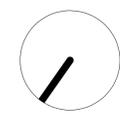
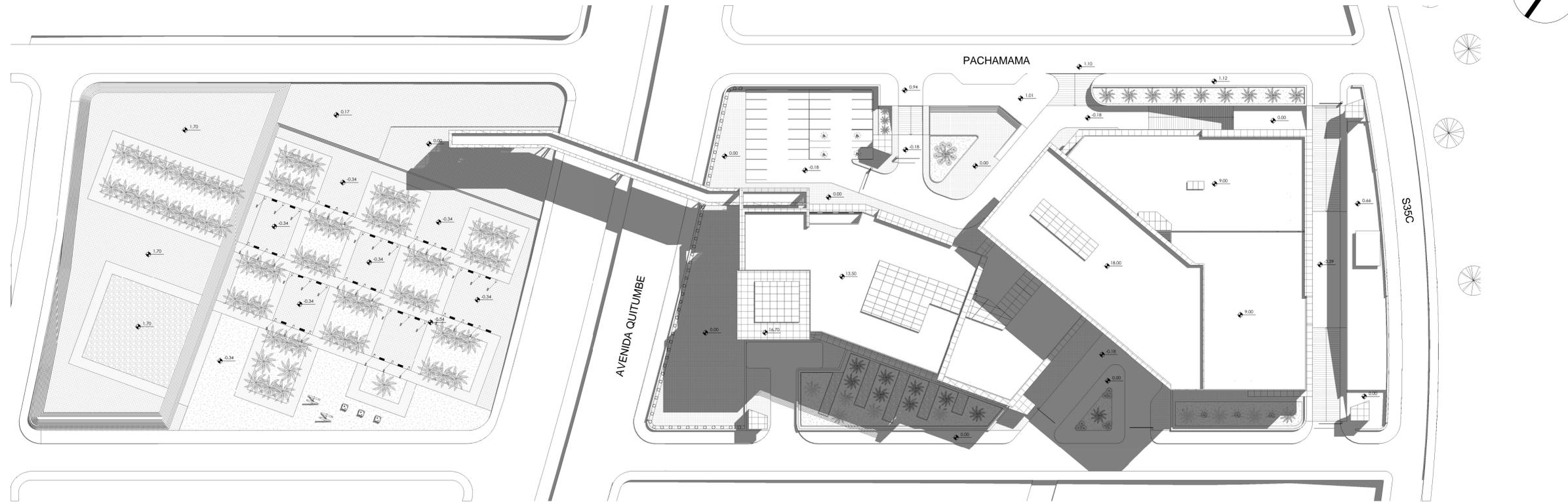


CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE
ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
IMAGENES
INTERIORES

ESCALA:

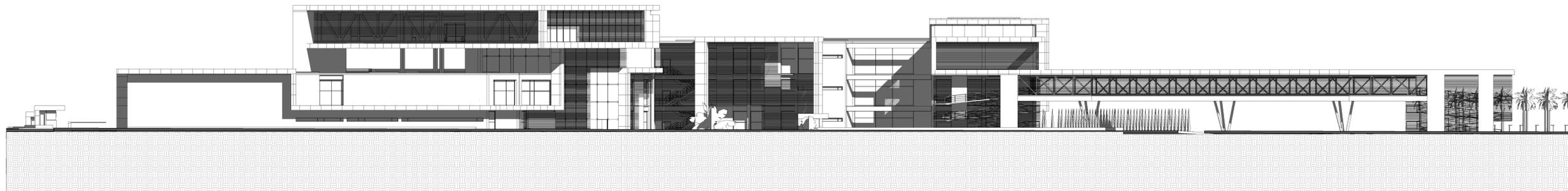
DE:



1 EMPLAZAMIENTO
1 : 500



2 Sur S/E
1 : 300



3 Norte S/E
1 : 300



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

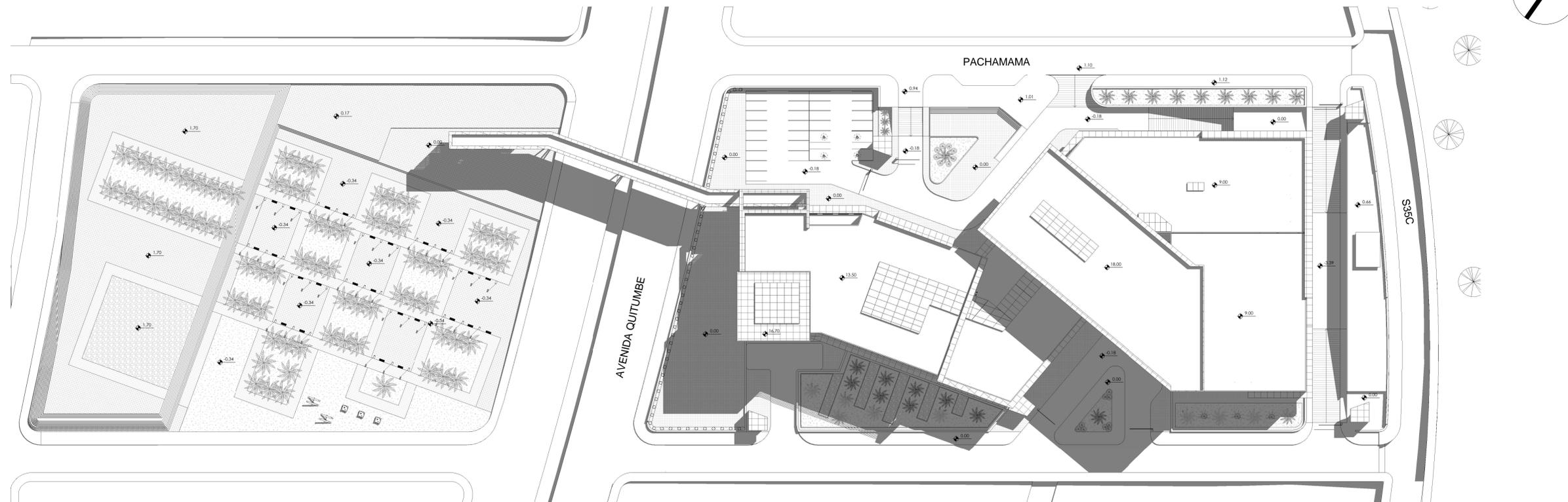
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
IMPLANTACIÓN

ESCALA:
Como se indica

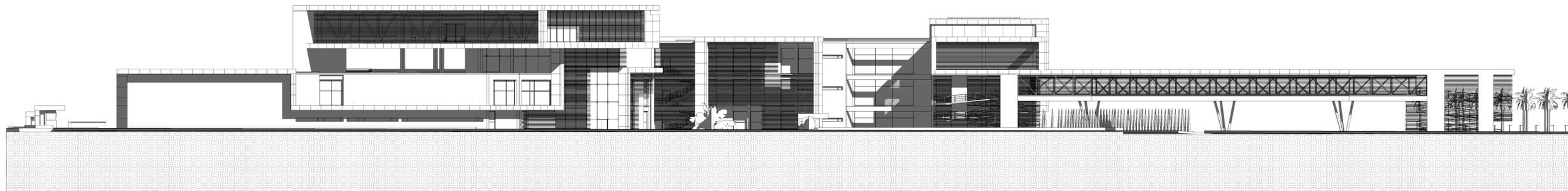
A01
DE: 23



1 EMPLAZAMIENTO
1 : 500



2 Sur S/E
1 : 300



3 Norte S/E
1 : 300



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
IMPLANTACIÓN

AV. QUITUMBE



1 PLANTA BAJA 1 250
1 : 250

NIVEL	ÁREA TOTAL POR NIVEL	ÁREA ÚTIL	ÁREA NO COMPUTABLE	ÁREA BRUTA
-6.75 SUBSUELO 1	2.346 m ²	0 m ²	2.346 m ²	19.189 m ²
-3.39 SUBSUELO 2	3.259 m ²	0 m ²	3.259 m ²	
0,00 PLANTA BAJA	5.914 m ²	4.647 m ²	1.267 m ²	
+4.50 PRIMERA PLANTA ALTA	4.835 m ²	4.442 m ²	393 m ²	
+9,00 SEGUNDA PLANTA ALTA	1.602 m ²	1.336 m ²	266 m ²	
+13,50 TERCERA PLANTA ALTA	1.233 m ²	1.186 m ²	47 m ²	



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

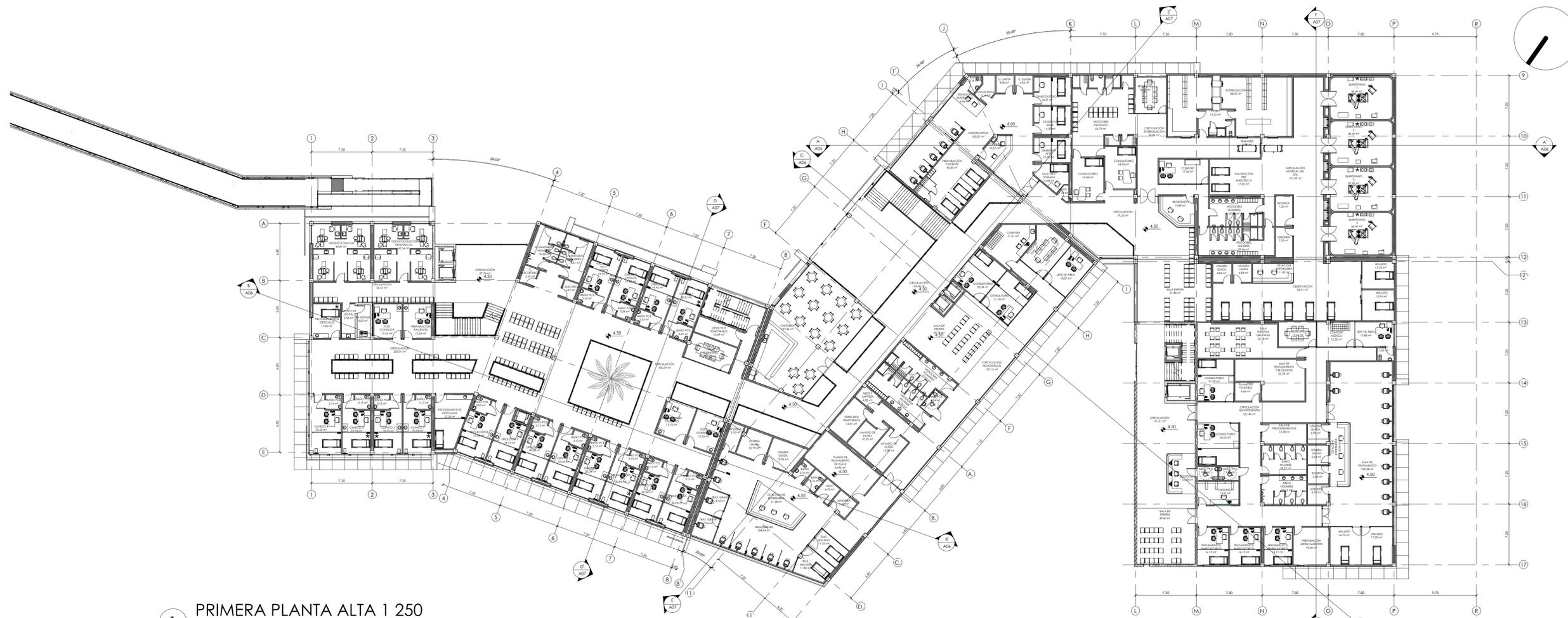
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

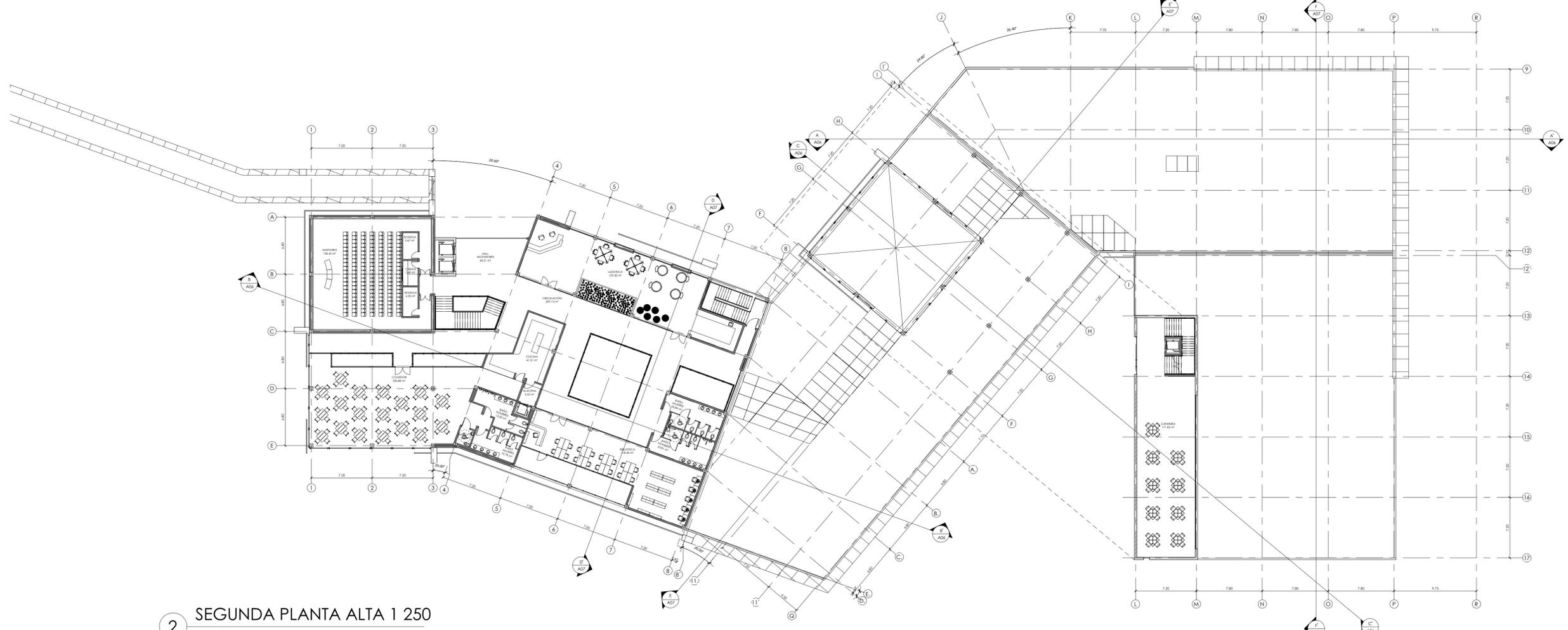
PLANTA BAJA UNIFICADA

ESCALA: Como se indica

A03
DE: 23



1 PRIMERA PLANTA ALTA 1 250
1 : 250

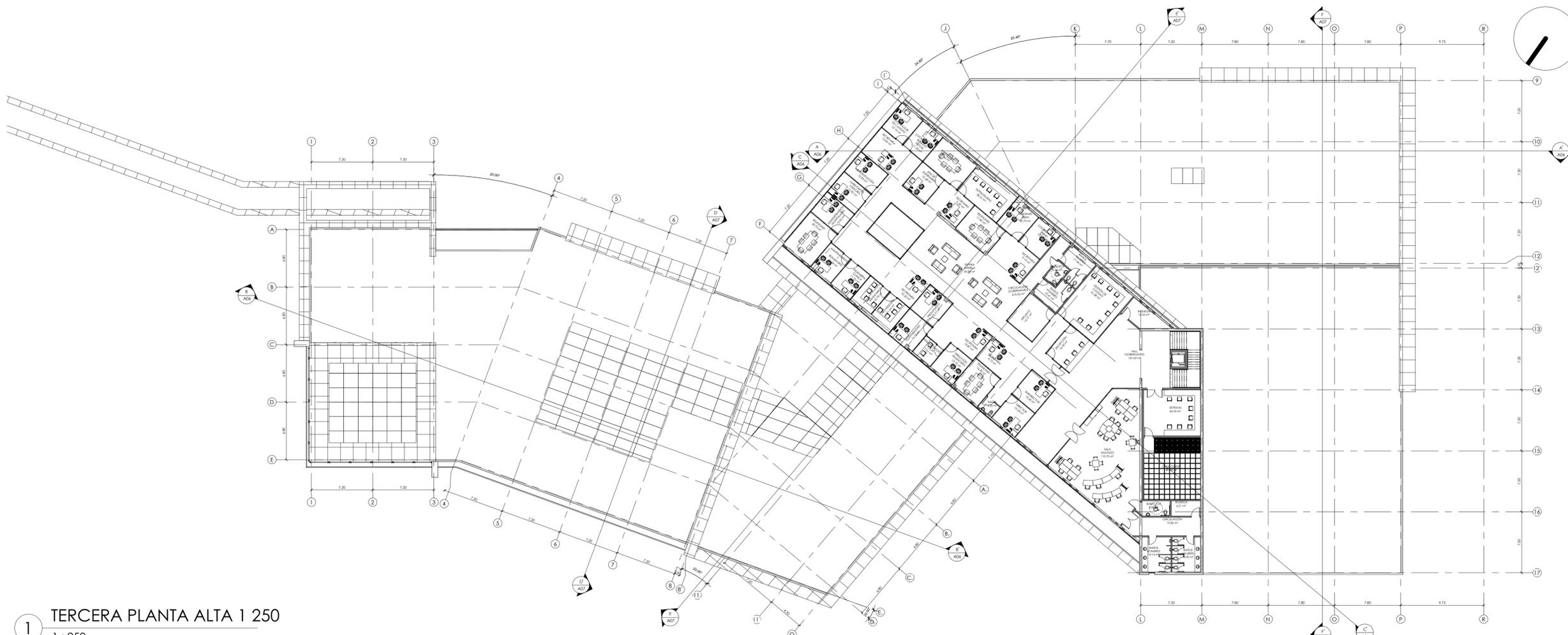
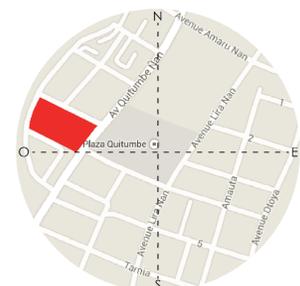


2 SEGUNDA PLANTA ALTA 1 250
1 : 250

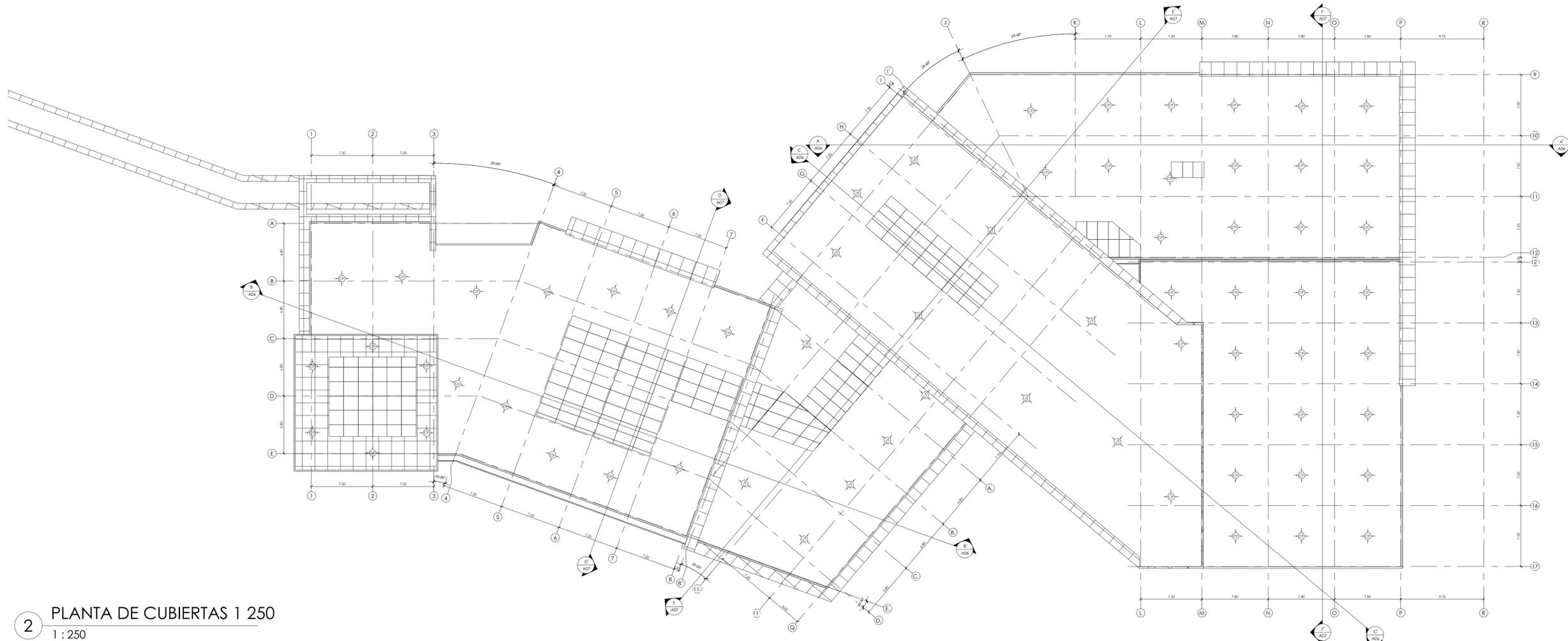


CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE
 ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ
 TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL
 SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
 PRIMERA - SEGUNDA
 PLANTA ALTA
 UNIFICADA



1 TERCERA PLANTA ALTA 1 250
1 : 250



2 PLANTA DE CUBIERTAS 1 250
1 : 250



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

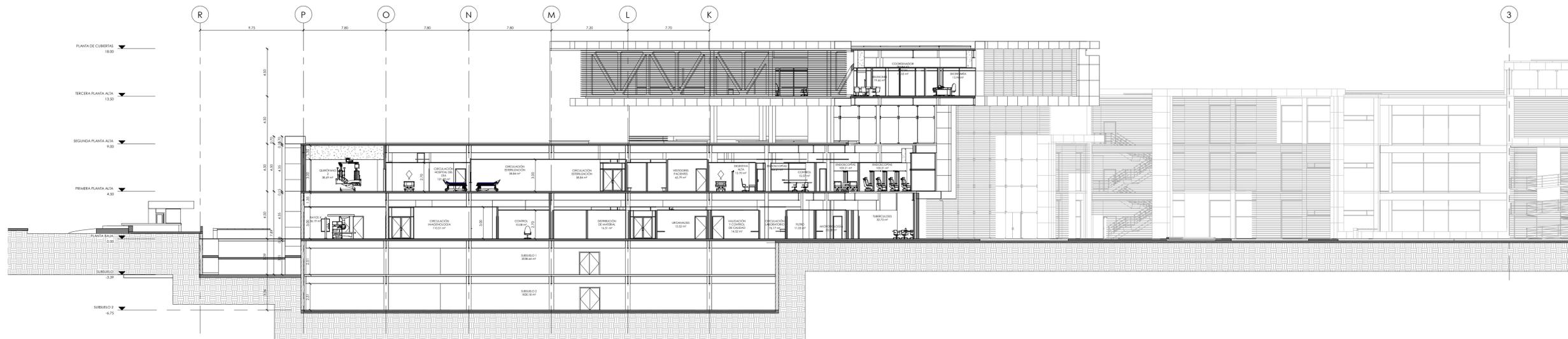
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

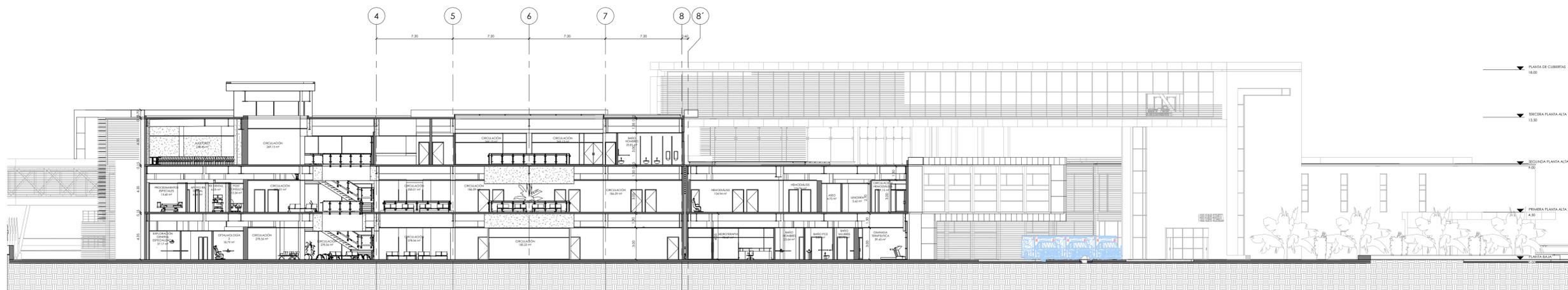
TERCERA PLANTA ALTA
- PLANTA DE CUBIERTAS

ESCALA: 1 : 250

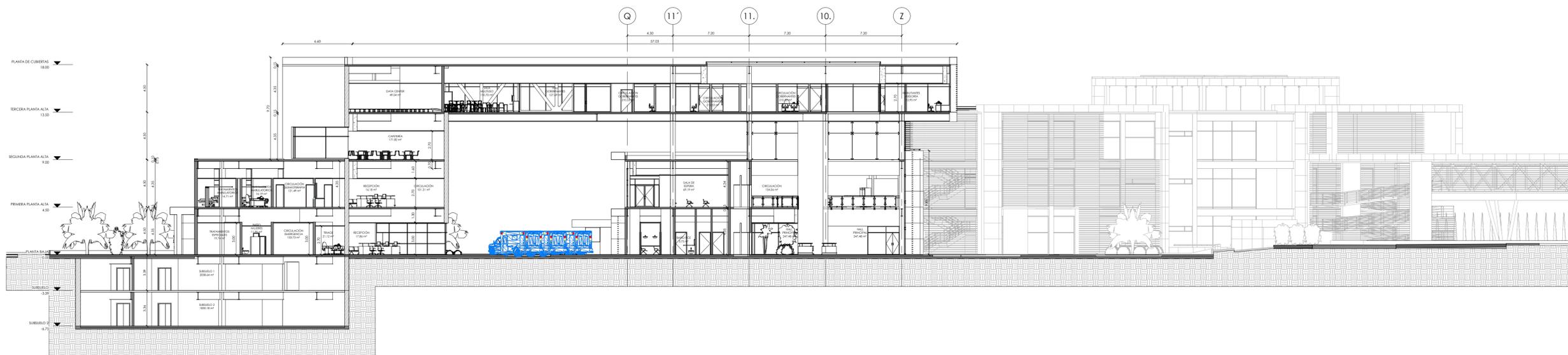
A05
DE: 23



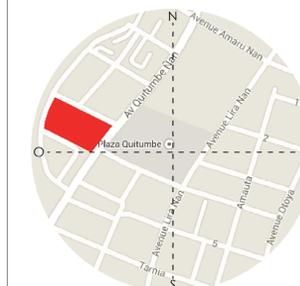
1 CORTE A - A'
1 : 200



2 CORTE B - B'
1 : 200



3 CORTE C - C'
1 : 200



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

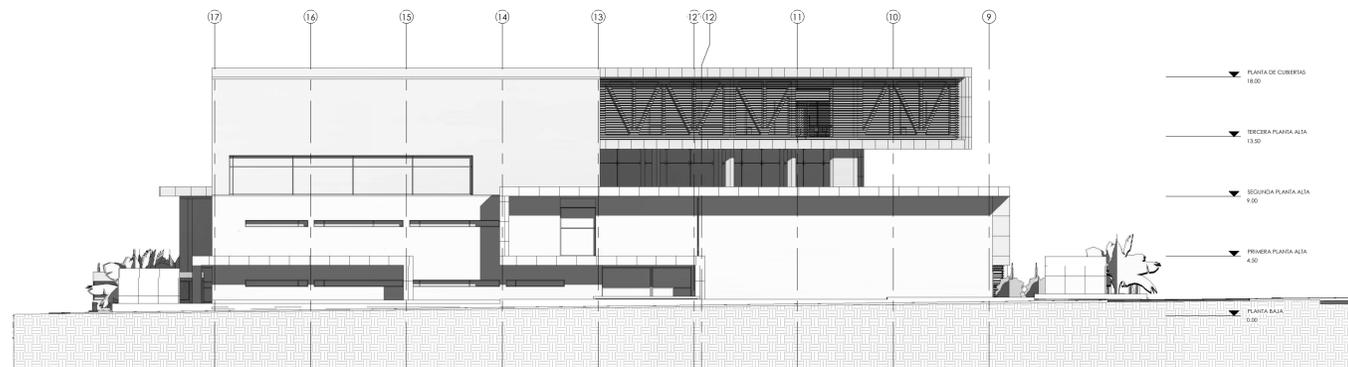
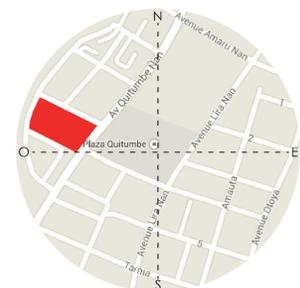
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

CORTES 1

ESCALA: 1 : 200

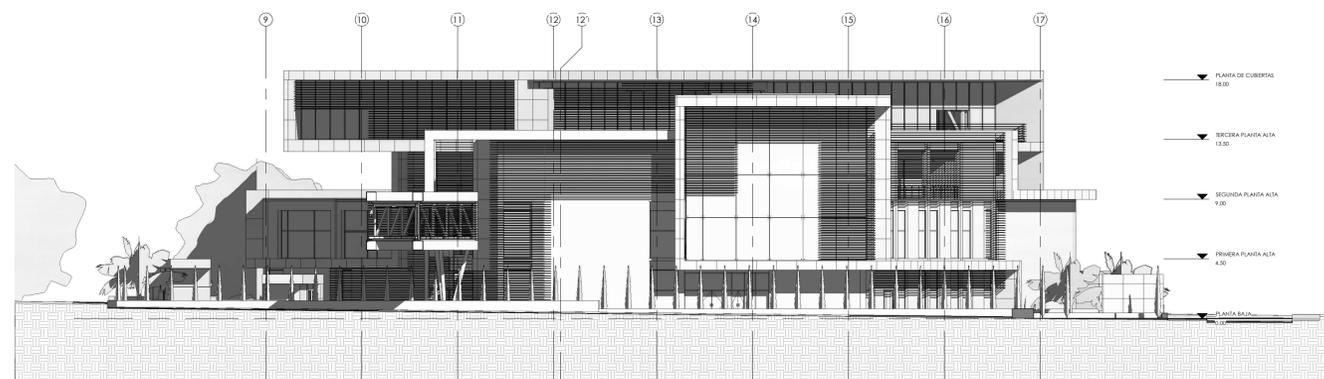
A06
DE: 23



1 Este
1 : 250



2 Norte
1 : 250



3 Oeste
1 : 250



4 Sur
1 : 250



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

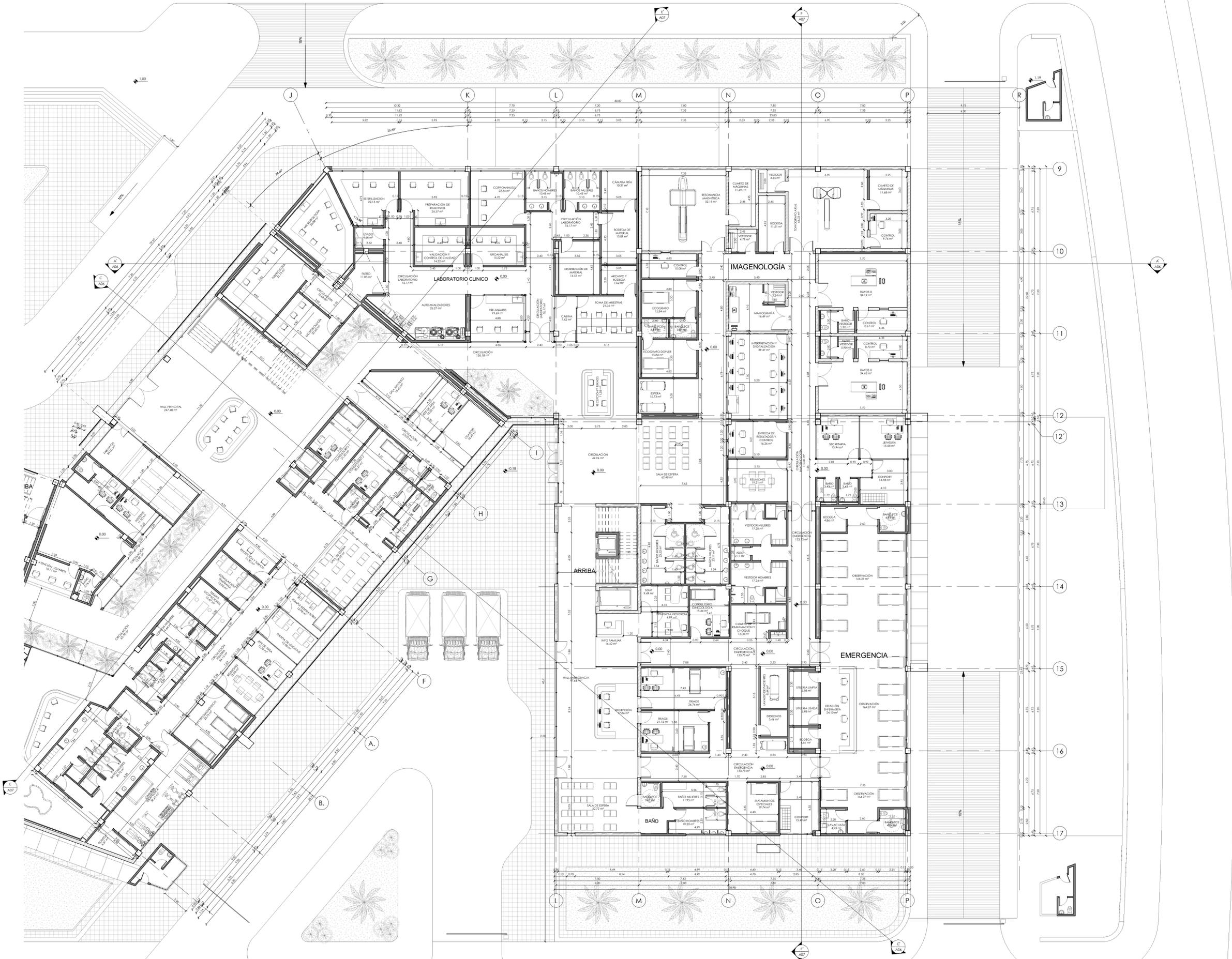
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

FACHADAS

ESCALA:
1 : 250

A08
DE: 23



1 PLANTA BAJA B
1:150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

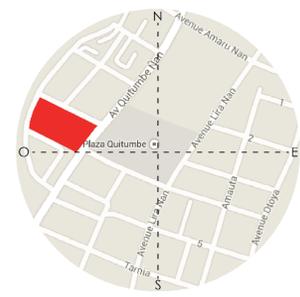
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

PLANTA BAJA
DIMENSIONADA 2

ESCALA:
1:150

A12
DE: 23

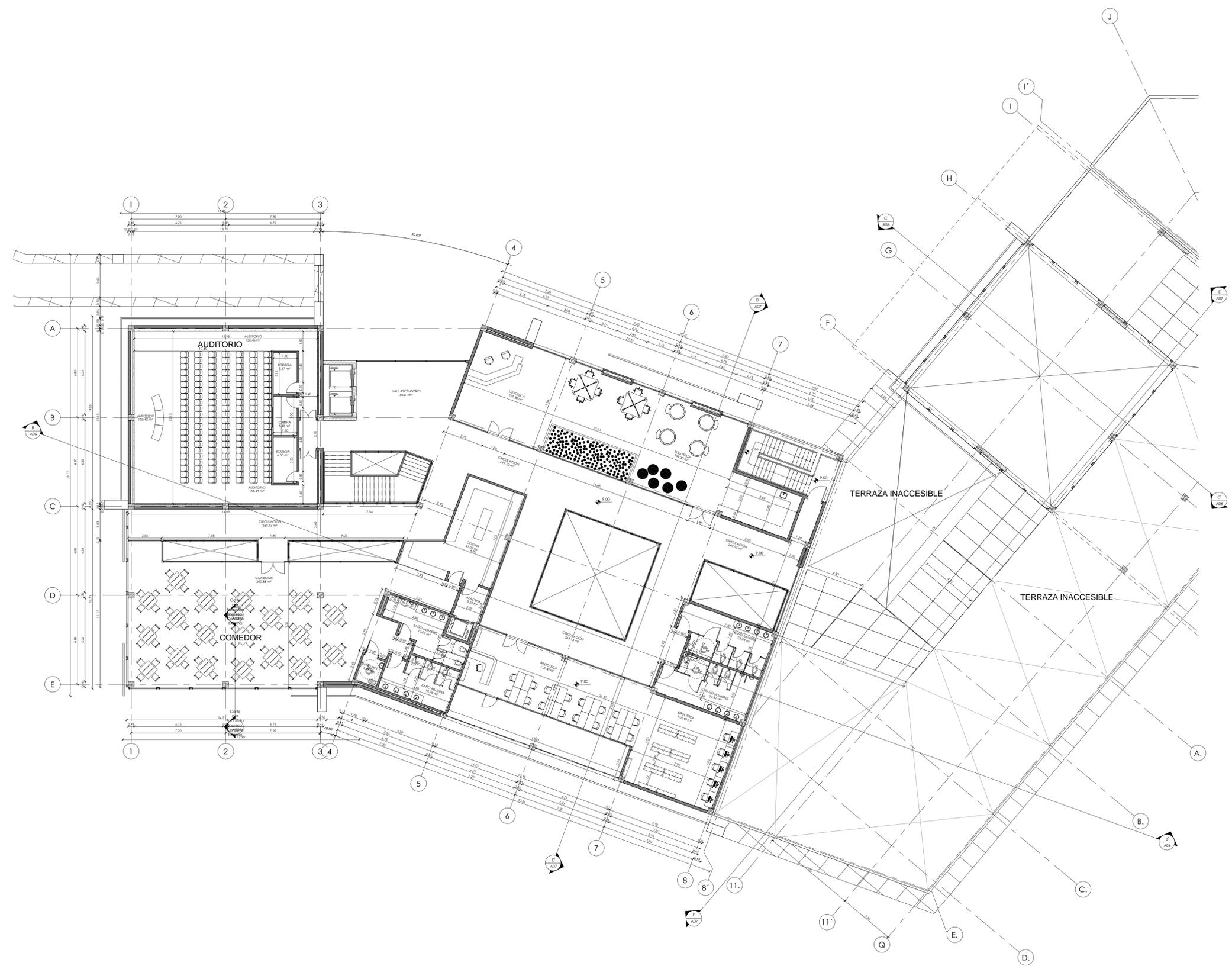
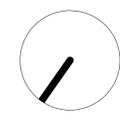


1 PRIMERA PLANTA ALTA B
1 : 150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE
ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
PRIMERA PLANTA ALTA
DIMENSIONADA 2



1 SEGUNDA PLANTA ALTA A
1 : 150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

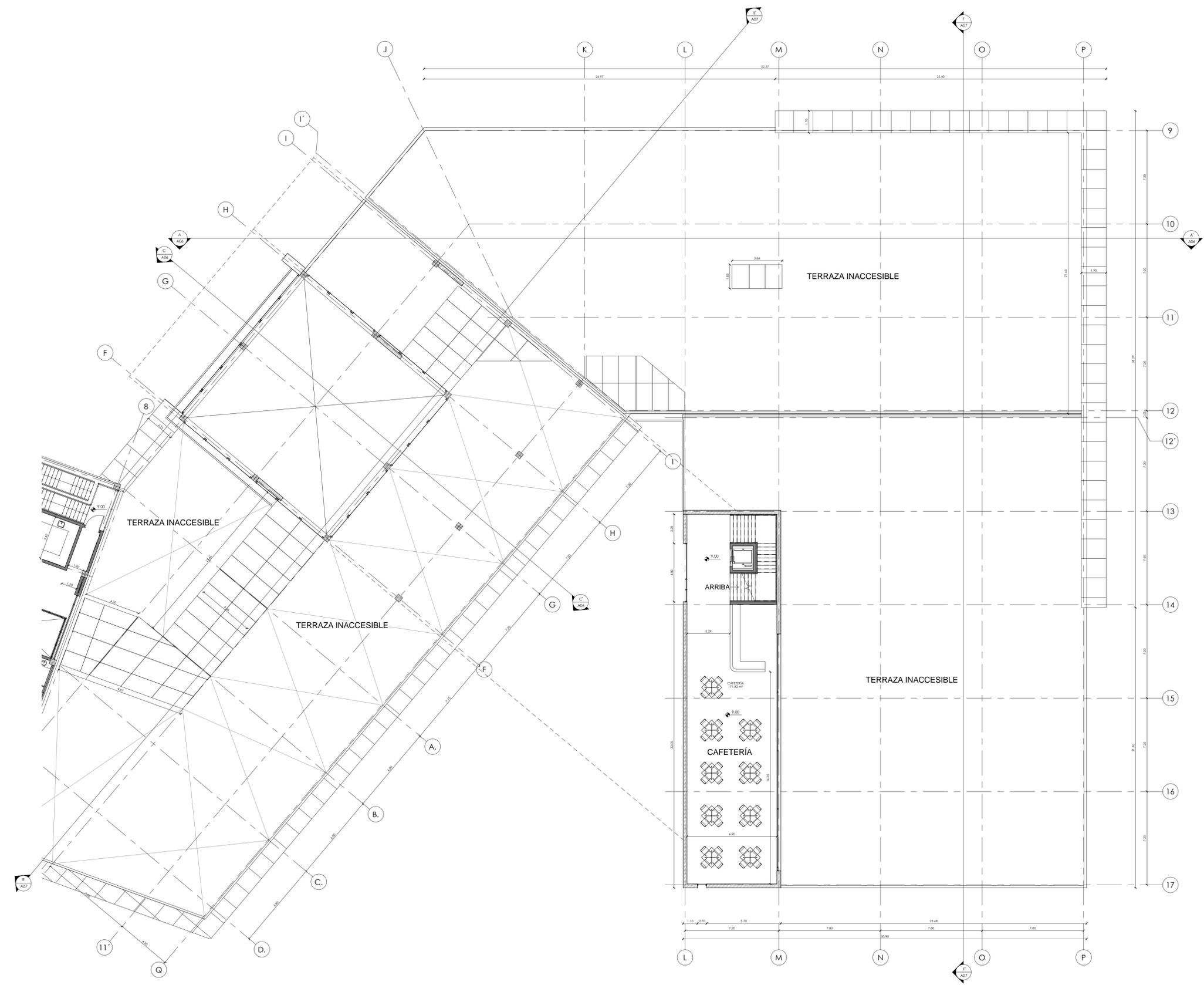
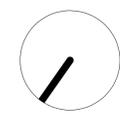
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
SEGUNDA PLANTA
ALTA DIMENSIONADA
1

ESCALA: 1 : 150

A15
DE: 23



1 SEGUNDA PLANTA ALTA B
1 : 150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

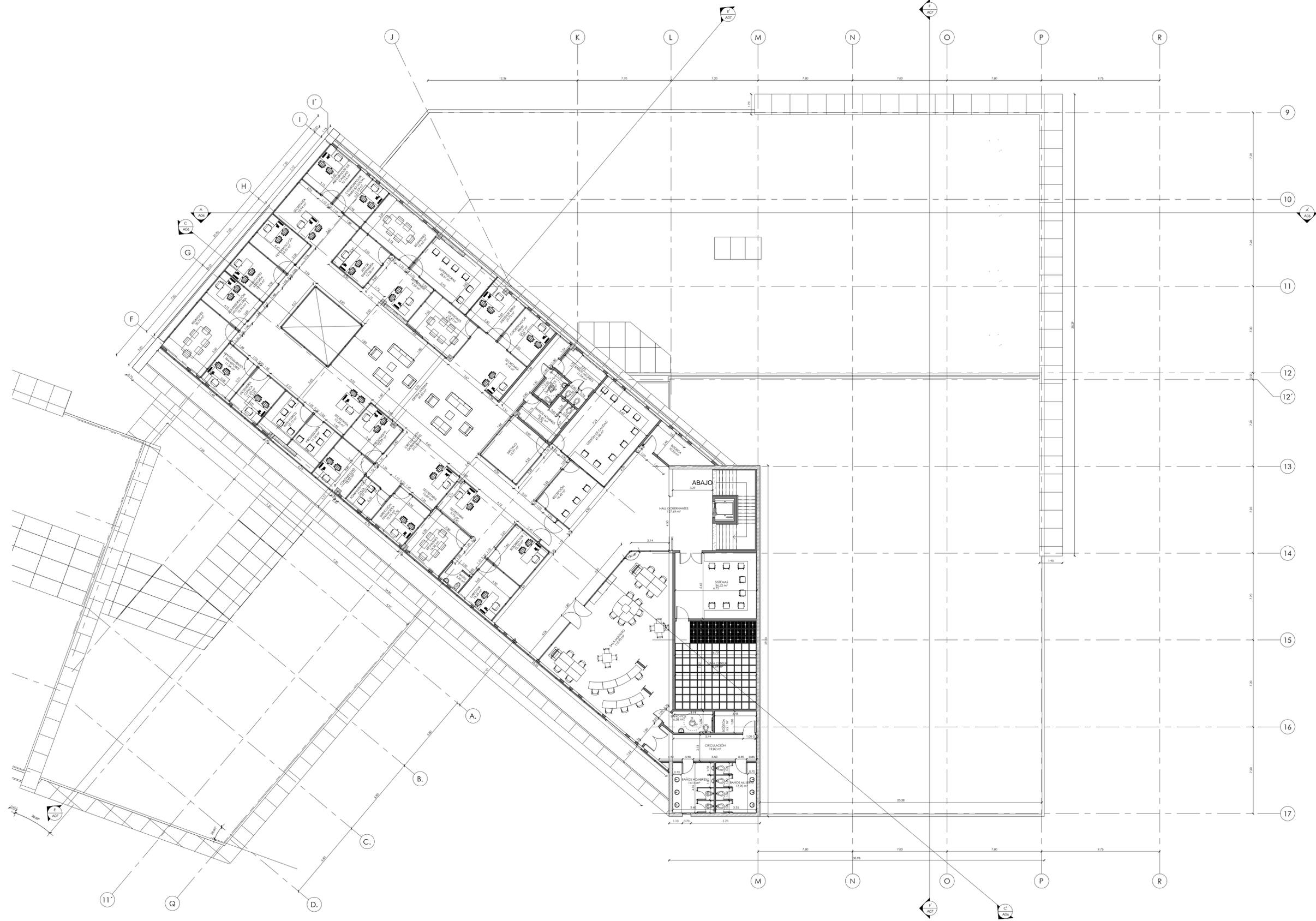
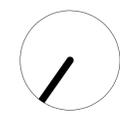
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
SEGUNDA PLANTA
ALTA DIMENSIONADA
2

ESCALA:
1 : 150

A16
DE: 23



1 TERCERA PLANTA ALTA 1:150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

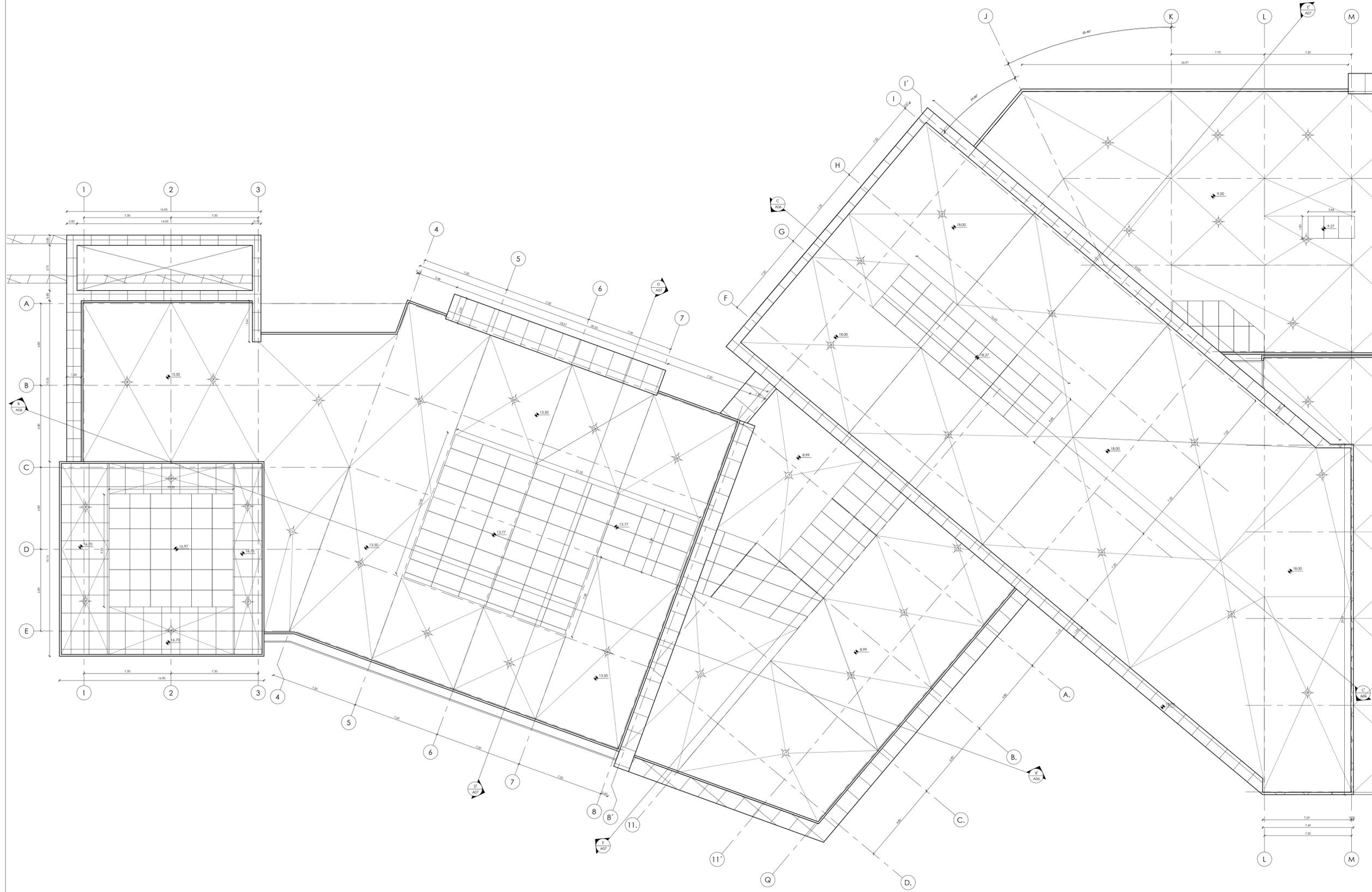
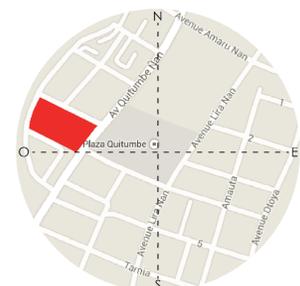
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:
TERCERA PLANTA ALTA
DIMENSIONADA

ESCALA: 1:150

A17
DE: 23



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

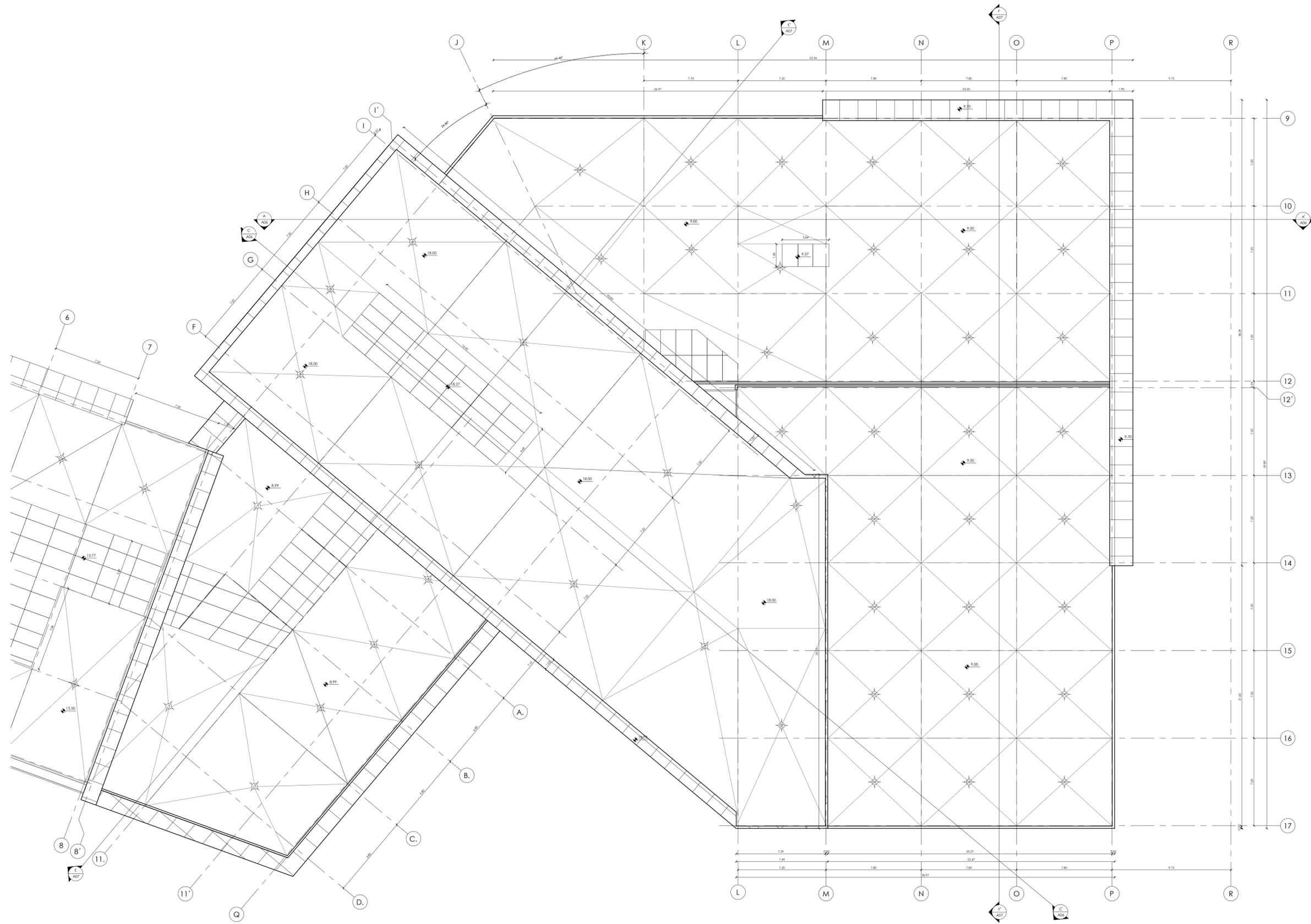
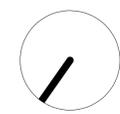
CONTENIDO:

PLANTA CUBIERTAS
DIMENSIONADA 1

1 PLANTA DE CUBIERTAS A
1 : 150

ESCALA: 1 : 150

A18
DE: 23



1 PLANTA DE CUBIERTAS B
1 : 150



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

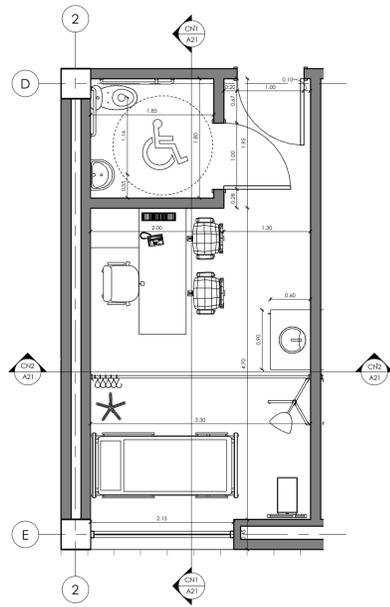
TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

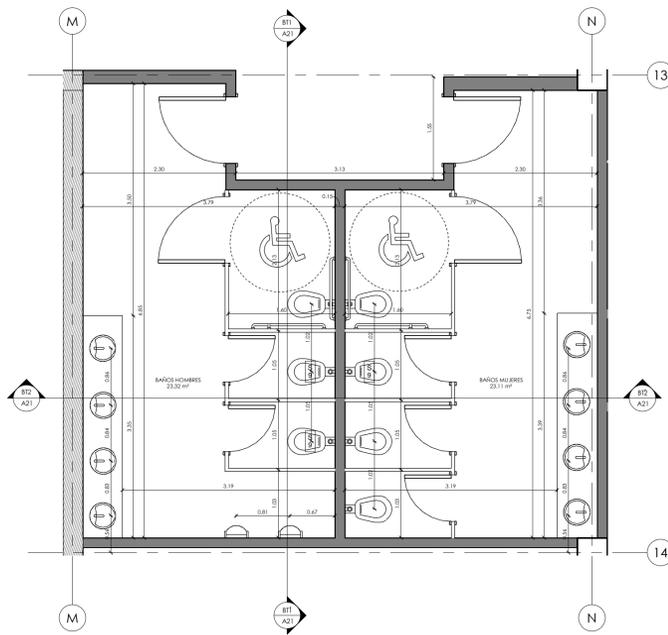
CONTENIDO:
PLANTA CUBIERTAS
DIMENSIONADA 2

ESCALA: 1 : 150

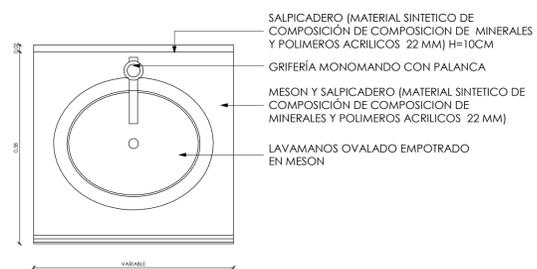
A19
DE: 23



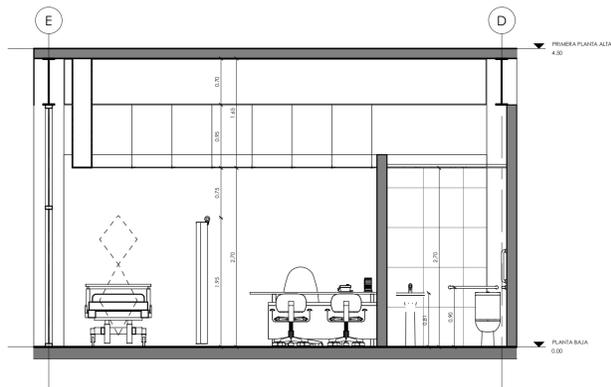
Planta Consultorio
1 : 50



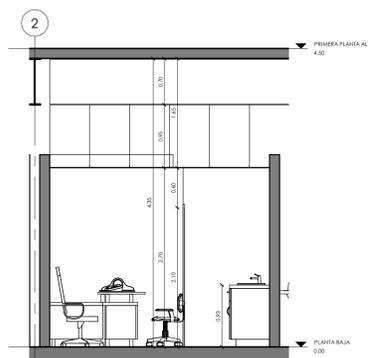
Batería Sanitaria
1 : 50



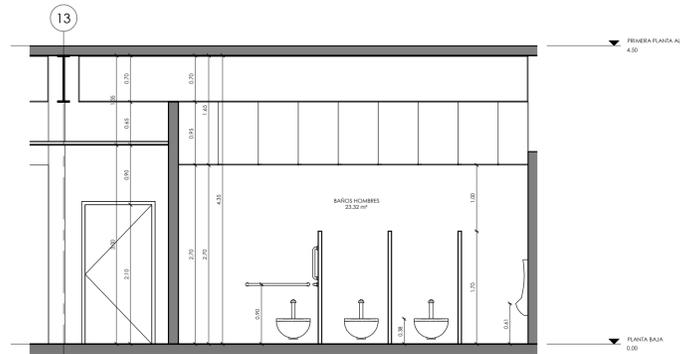
Detalle de lavabo empotrado con Faldon
1 : 10



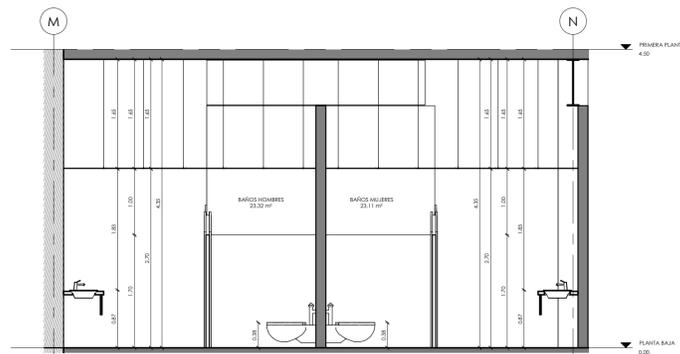
Corte Consultorio 1-1'
1 : 50



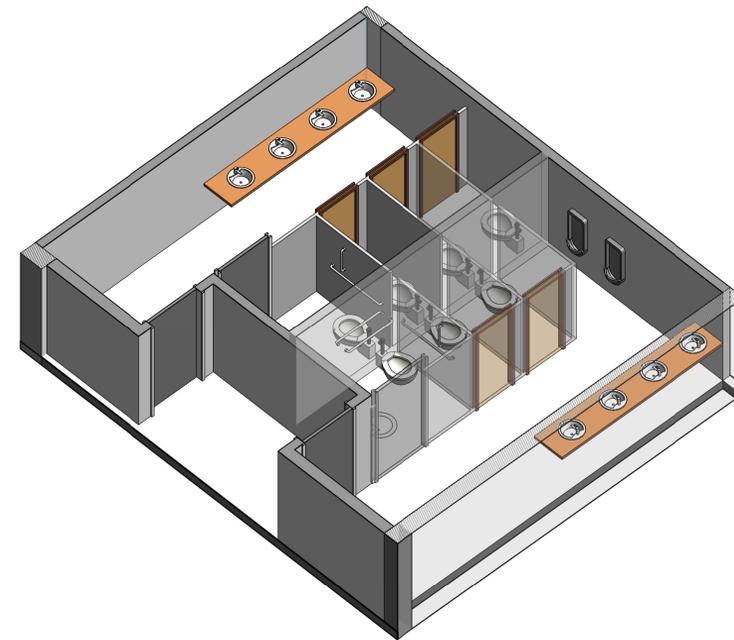
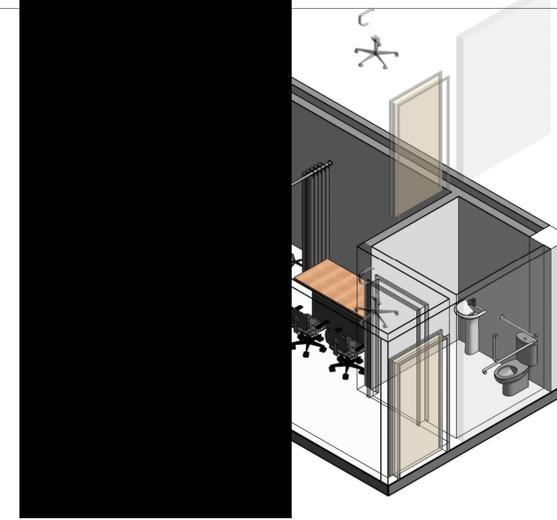
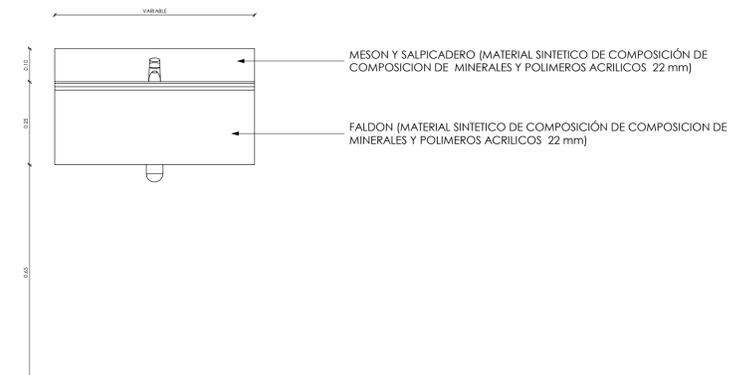
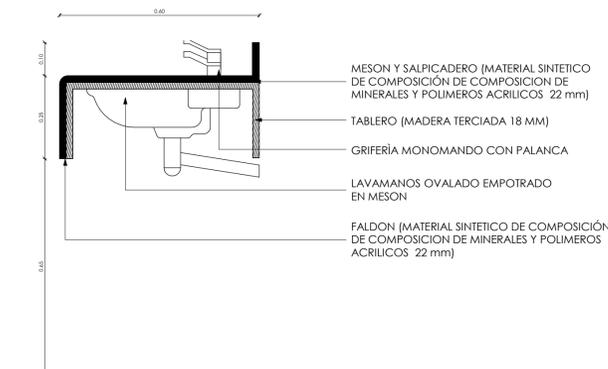
Corte Consultorio 2-2'
1 : 50



Corte Bateria Sanitaria 1-1'
1 : 50



Corte Bateria Sanitaria 2-2'
1 : 50



Isometria Bateria Sanitaria



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

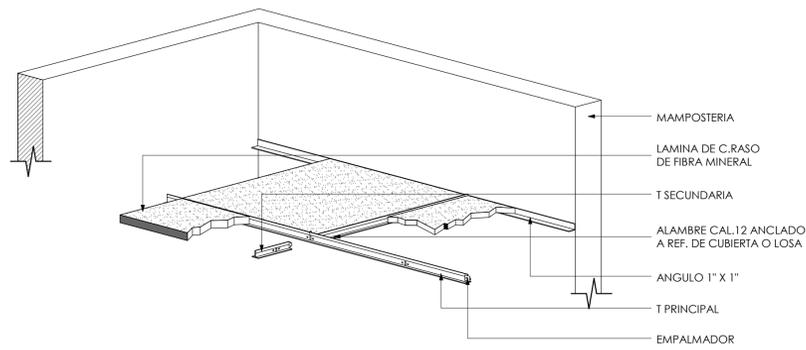
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

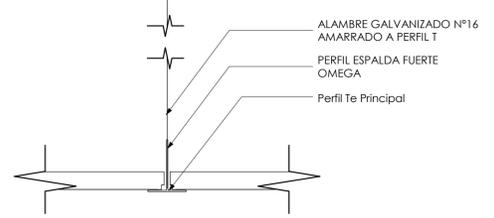
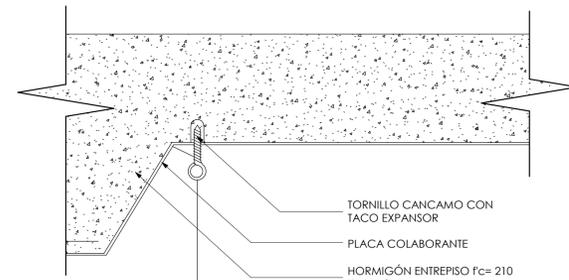
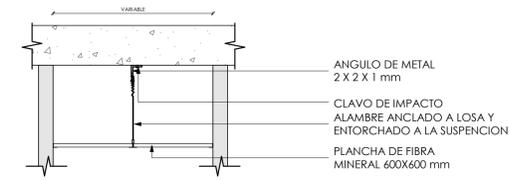
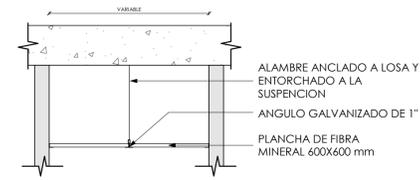
DETALLES 2

ESCALA: Como se indica

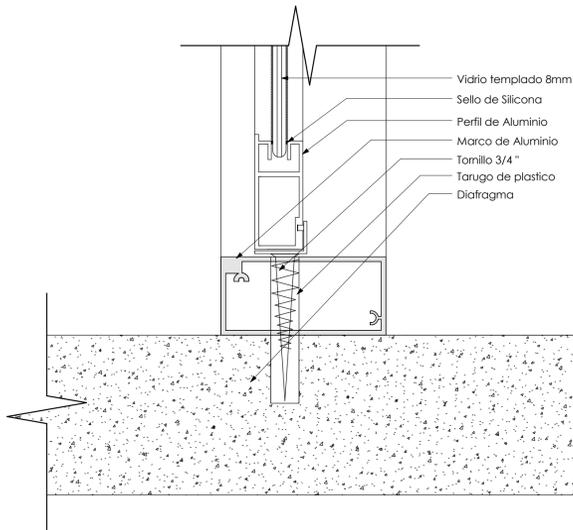
A21
DE: 23



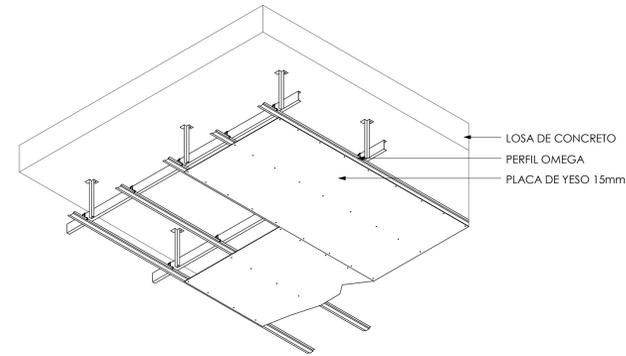
Detalle Cielo Raso Modular
1 : 25



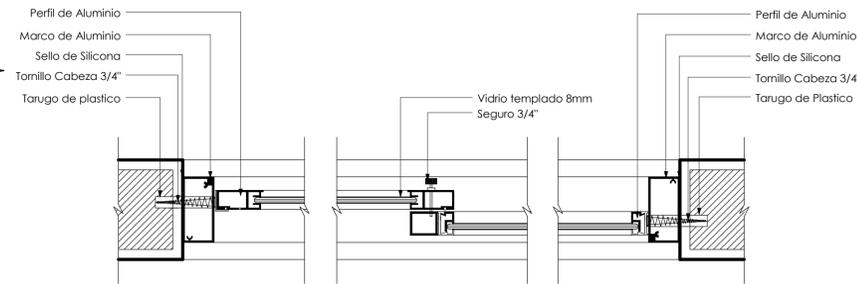
Anclaje Ampliado
1 : 2



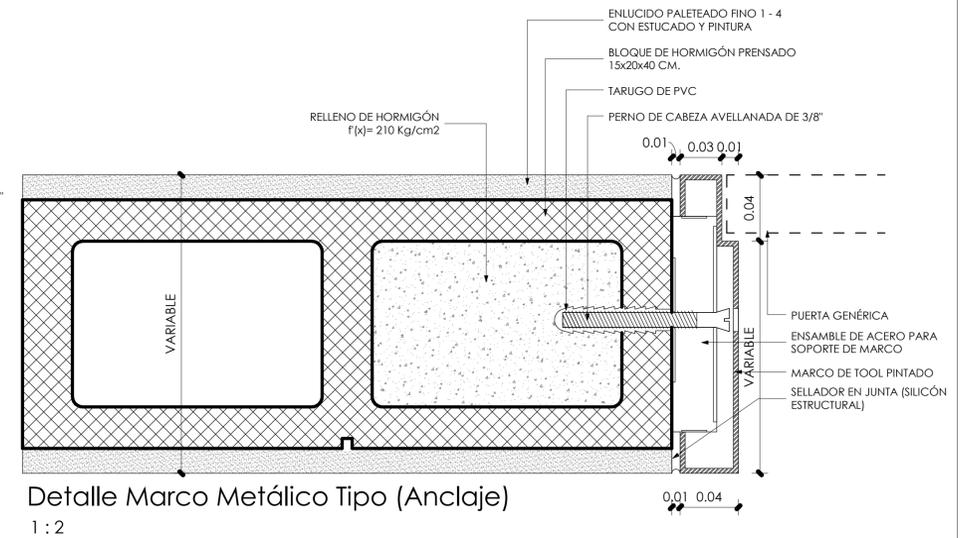
Anclaje tipo de Ventana
1 : 2



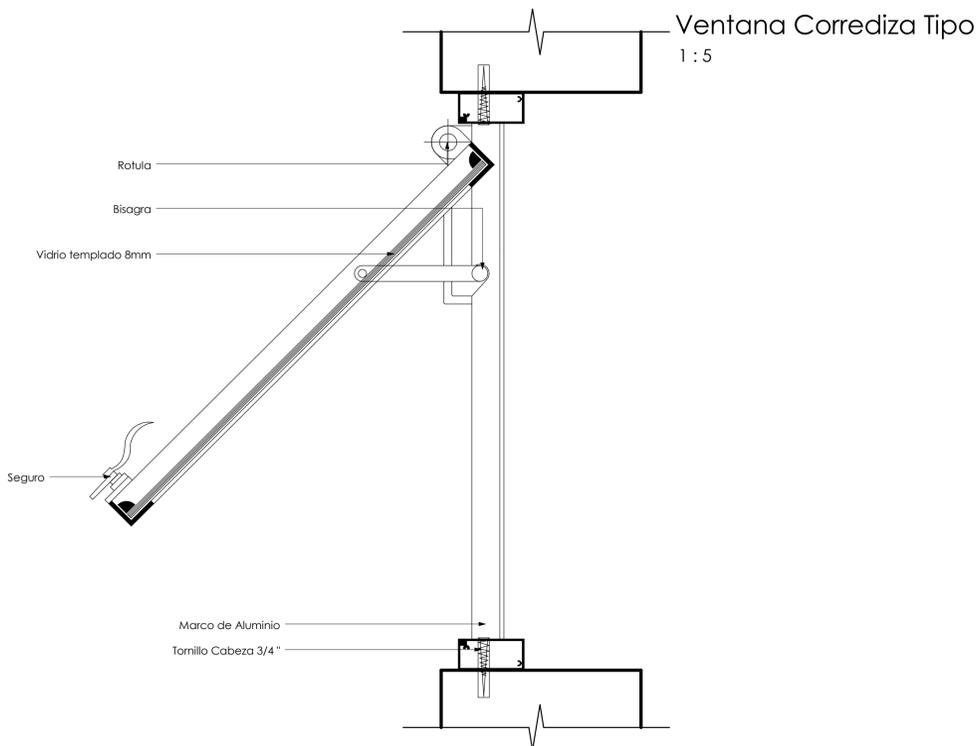
Detalle Cielo Raso Gypsum y Anclajes
1 : 25



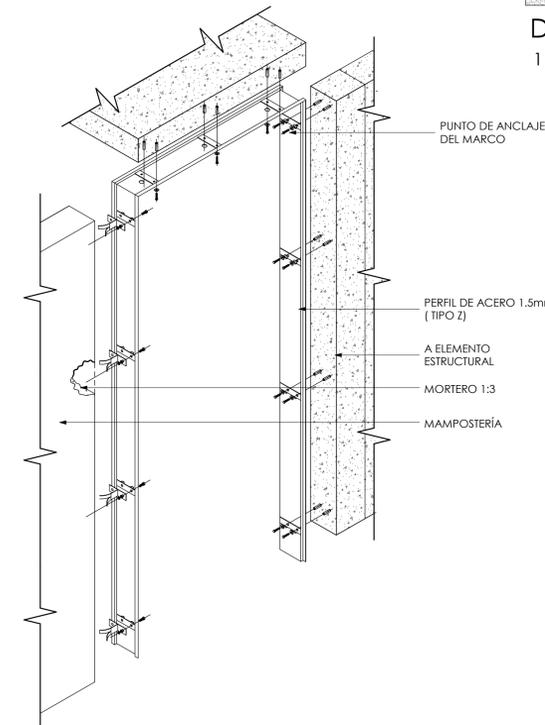
SUPERBOARD 22mm.	
PARA FIJAR PLANCHA SOBRE ESTRUCTURA DE PERFILES METALICOS	
WAFER 12mm.	
PARA FIJAR PERFILES METALICOS PARANTE SOBRE SOLERA METALICA	



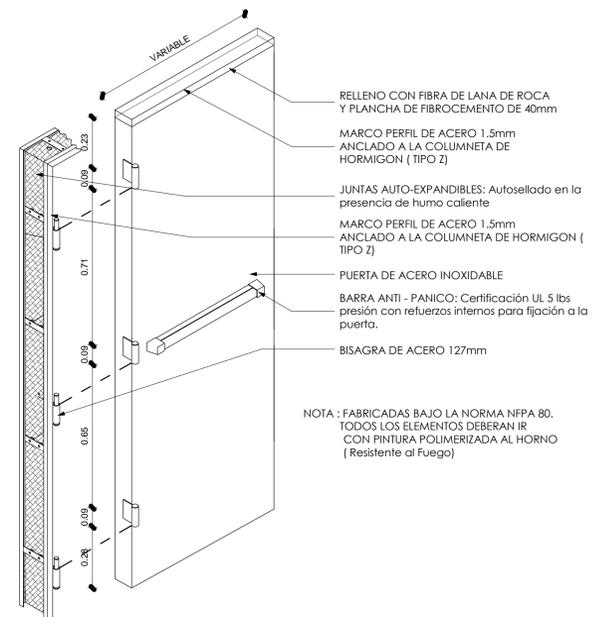
Detalle Marco Metálico Tipo (Anclaje)
1 : 2



Ventana Proyectable Tipo
1 : 5



Detalle Marco Metálico Tipo
1 : 15



Detalle Puerta Cortafuegos
1 : 15

NOTA : FABRICADAS BAJO LA NORMA NFPA 80. TODOS LOS ELEMENTOS DEBERAN IR CON PINTURA POLIMERIZADA AL HORNO (Resistente al Fuego)



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

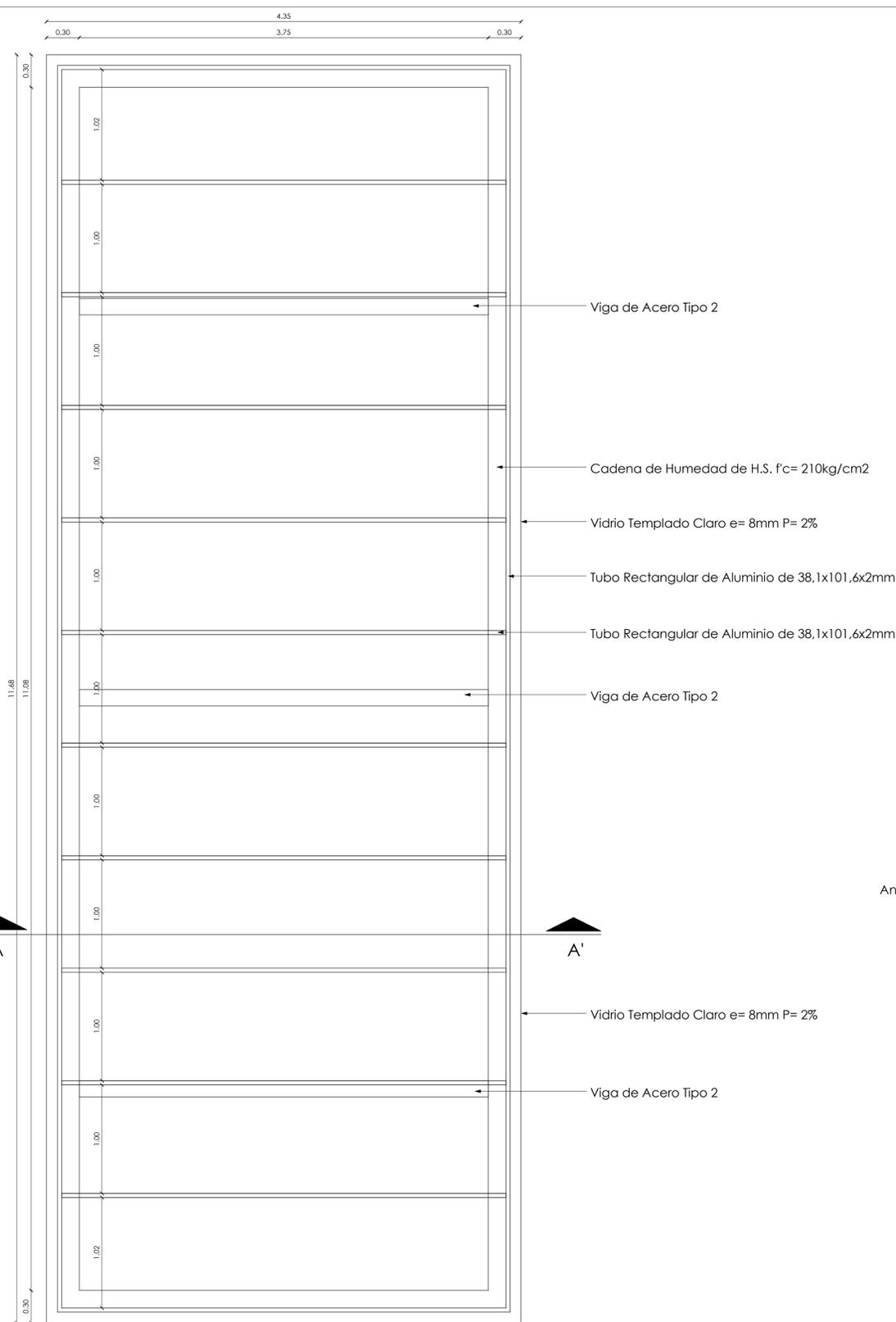
ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

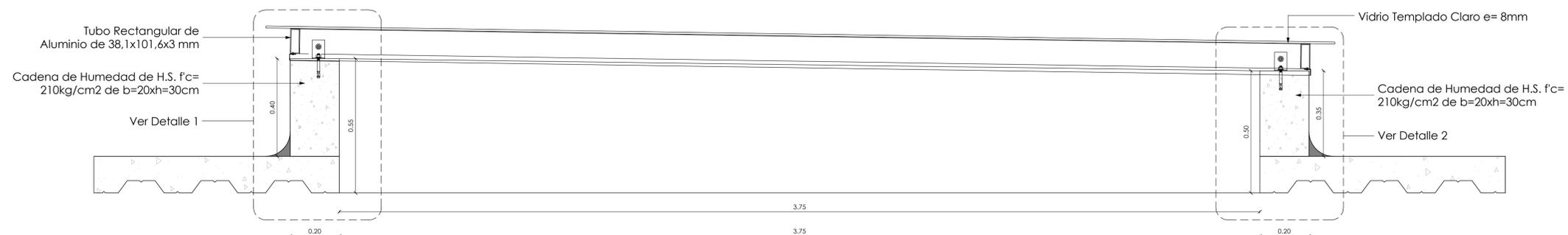
SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

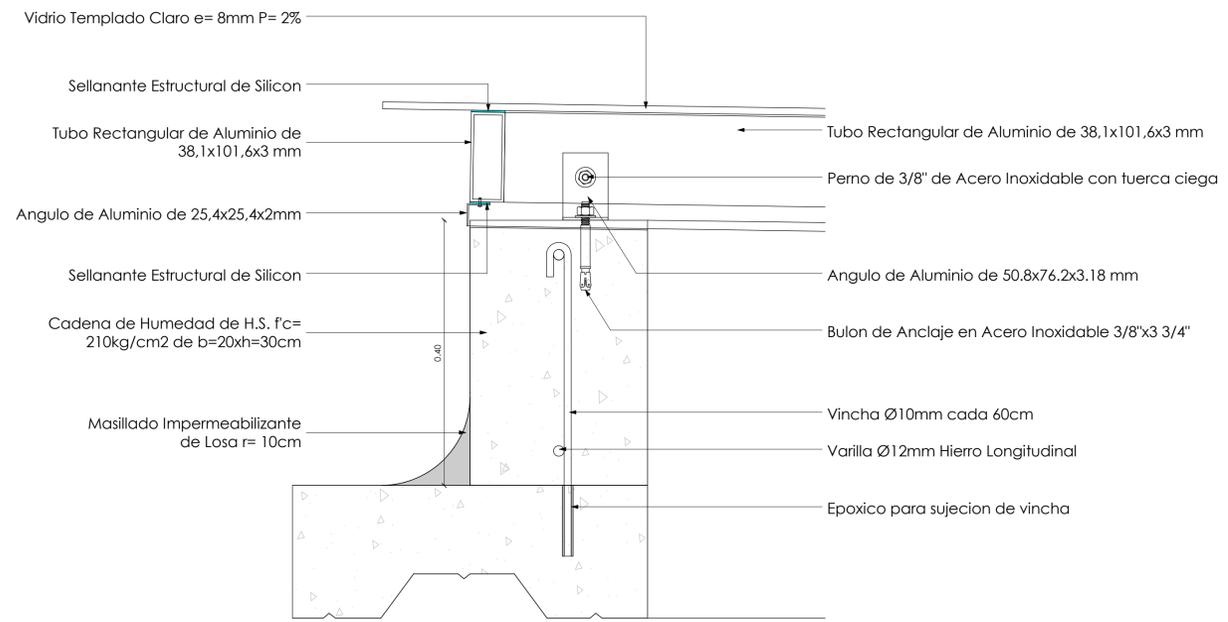
DETALLES 3



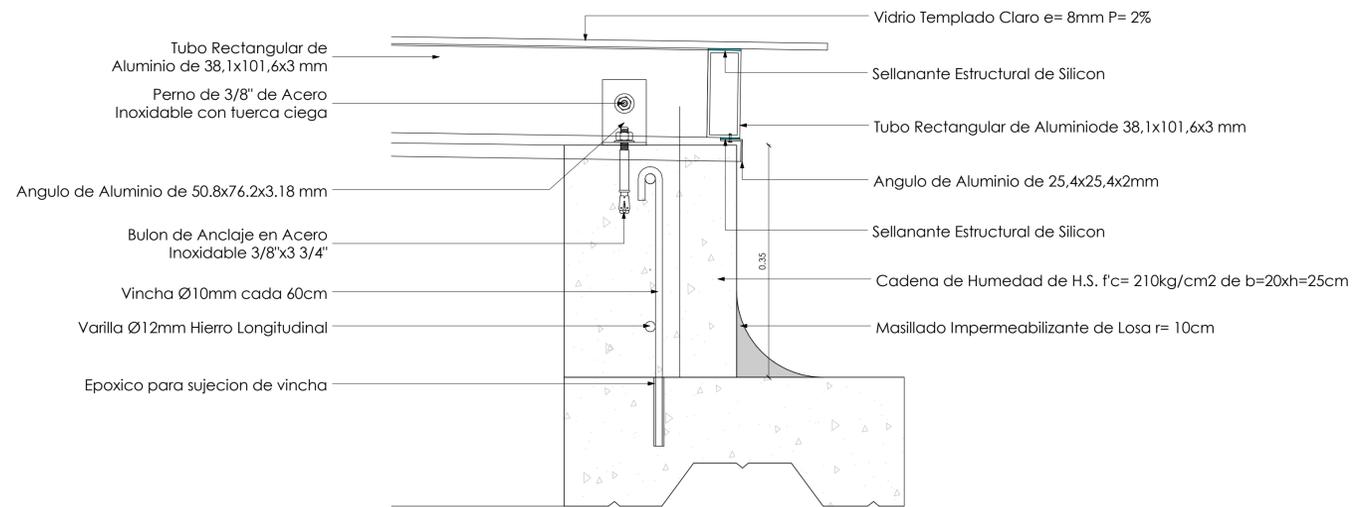
Planta Lucernario
1 : 25



Corte A-A' Lucernario
1 : 10



Detalle Ampliado 1
1 : 5



Detalle Ampliado 2
1 : 5



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA QUITUMBE

ANDRÉS RIVADENEIRA LÓPEZ

TUTOR: ARQ. JORGE CORONEL

SEPTIEMBRE 2014

CONTENIDO:

DETALLES 4

ESCALA:
Como se indica

A23
DE: 23