

XXVII JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DEL
HOSPITAL DE AGUDOS DR. JOSÉ M. RAMOS MEJÍA



DESARROLLO DE UN PLAN MAESTRO
INTEGRAL POR ETAPAS, PARA UN
HOSPITAL DEL GCBA

SEGÚN EL MODELO MÉDICO DE GESTIÓN CLÍNICA,
LOS NUEVOS DISEÑOS ARQUITECTÓNICOS, LAS
RECIENTES TECNOLOGÍAS Y LOS MODERNOS
SISTEMAS DE FINANCIACIÓN

Autores:
JULIO GLADSTEIN SILVINA PAN RICARDO
REZZONICO

TRABAJO QUE SE PRESENTA A PREMIO EN EL RUBRO
"INVESTIGACIONES Y ACTIVIDADES CONEXAS"

JULIO 2010



HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJIA PLAN MAESTRO INTEGRAL POR ETAPAS

OBJETIVO

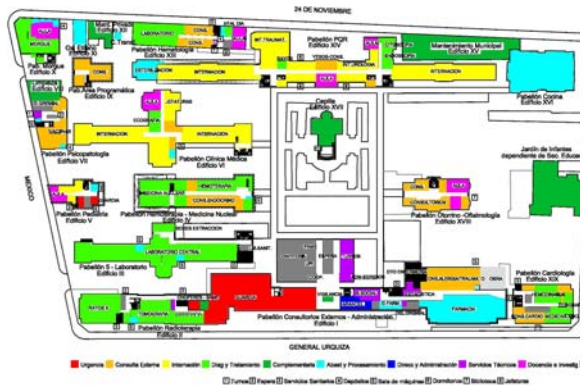
DESARROLLO DE UN PLAN MAESTRO INTEGRAL POR ETAPAS PARA UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DEL GCBA

DE HOSPITAL PABELLONADO

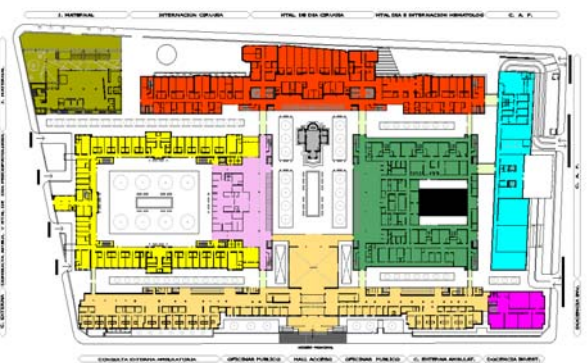
Modelo funcional de un servicio
Completo en si mismo
Dentro de cada pabellón
Válido hasta fines de los años 40
Estructura basada en falta de desarrollo tecnológico

A HOSPITAL INTEGRADO

Definido por modelo médico
Concentración e interrelación de procesos. Desarrollo de logística
Fuerte atención a las relaciones de áreas y comunicaciones
Hospital denominado "street hospital"



Planta de Conjunto Actual



Planta de Conjunto Propuesta

INTRODUCCIÓN

Cuando se hace referencia a un Plan Maestro Integral por Etapas, en este caso para el Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, hablamos de la planificación y relocalización de áreas, con el objeto de obtener modificaciones en el proceso edilicio del establecimiento, que sirvan como un adecuado soporte y complemento, al nuevo modelo médico propuesto para los próximos años.

El desafío es enfrentar edificios e instituciones con más de 80 años de antigüedad, que responden a paradigmas y formas de profesar la atención sanitaria que no están vigentes en el siglo XXI, con un ejercicio de la medicina totalmente transformado.

Todas estas complejidades requieren superar cada vez más desafíos en simultáneo, haciendo necesario que la resolución de las mismas sea realizada desde un equipo interdisciplinario, que se concentre en tres caminos al mismo tiempo:

- **El camino de los procesos médicos**
- **El camino de la arquitectura y la resolución constructiva** de los espacios
- **El camino de la tecnología**

PARTE 1 MODELO MÉDICO PROPUESTO

Con el transcurso de los años, los sistemas de salud han venido a generar la necesidad de intervenciones edilicias en sus efectores para adecuarse al nuevo tipo de atención a brindar.

Ésta se caracteriza por factores de cambio conocidos, tales como:

- a. Un nuevo tipo de demanda, propio de una población más añosa (por mayor expectativa de vida y el consiguiente envejecimiento demográfico), con nuevas modalidades de dirección y con una doble consideración de los aspectos clínicos y administrativos de la gestión (Gestión Clínica).
- b. Cambios en las modalidades de atención, con un 60 a 70 % orientada hacia la atención primaria, en tanto el hospital de día, la internación domiciliaria y la cirugía ambulatoria se ofrecen como alternativas posibles a la internación institucional.

La clasificación de los procesos asistenciales futuros se estiman con las siguientes características y prevalencias:

- 40% de los egresos representarán el 10% de las estadías y obedecerán a procedimientos diagnósticos agresivos, control de síntomas y reagudización de procesos crónicos.
 - 10% de los egresos representarán el 40% de las estadías y se deberán a pacientes de edad con múltiple patología.
 - 50% de los egresos representarán el 50% de las estadías y serán pacientes en proceso de estudio y tratamiento.
- c. La incorporación y expansión de nuevas tecnologías, unas de índole diagnóstica y terapéutica, otras de tipo preventivo (estudios genéticos) y el valor agregado que otorga la telemedicina.

El presente trabajo, casi exclusivo en su género, pretende dar respuesta a esas necesidades, a partir de una labor interdisciplinaria entre profesionales del arte del curar y de la arquitectura sanitaria.

Las ideas rectoras pueden resumirse en tres:

1. **Definición del proyecto médico** en primer término, y adecuación del mismo a las propuestas arquitectónicas del siglo XXI sustentadas en criterios de funcionalidad.

Los modelos organizativos de las empresas de salud, y en especial los hospitales que son entidades muy complejas, han ido evolucionando hacia una mayor participación de los profesionales en la gestión (Gobiernos Clínicos ó Gestión Clínica).

La líneas claves para la Gestión Clínica son: el paciente como eje polarizador de la organización, la organización que se apoya en el profesional médico como protagonista, el profesional que es quien configura el servicio que hay que prestar, el conseguir alta calidad con recursos limitados, el aprovechamiento máximo de los recursos y el alto nivel de eficiencia profesional.

2. Por sobre la histórica y casi perimida historia hospitalaria, con fuerte énfasis en los servicios y un poder jerárquico vertical, deben priorizarse en la actualidad, los conceptos modernos de organización profesional, basada en la **definición de los principales procesos** que se llevan a cabo y liderados por la Dirección.

Tal como ha sido pensado, el objetivo es “modificar la organización de las actividades desde un esquema estructurado en torno a los servicios de especialidades médicas hacia un modelo que, apoyándose en lo más tradicional (el conocimiento especializado médico), permita combinar estos conocimientos diversos en una forma interdisciplinar e interprofesional, configurando unidades organizativas nuevas basadas en los procesos asistenciales y bajo criterios de complejidad, severidad y prevalencia, para dotar al conjunto del sistema de medios más efectivos y eficientes a la vez que mayor calidad y satisfacción”.

3. La consideración del **paciente como foco** (“focus patient”) sobre el cual concentrar la atención, de modo que los procesos sigan las necesidades y derrotero del enfermo, satisfaciendo sus expectativas y garantizando la continuidad (“continuum”) asistencial sin interrupciones ni intercepciones.

Los pilares básicos de este modelo médico – arquitectónico propuesto deben llevar a configurar un:

- Hospital de alta calidad, en el cual la CALIDAD TOTAL es uno de los principios de funcionamiento predominantes.
- Hospital innovador, con una ESTRUCTURA ORGANIZATIVA flexible, polivalente y renovada.
- Hospital general, orientado a las NECESIDADES SANITARIAS DE SU ÁREA de influencia.
- Hospital empresa, implantando SISTEMAS de GESTIÓN modernos.
- Hospital comunitario, integrado amplia y eficazmente con los profesionales de la ATENCION PRIMARIA.

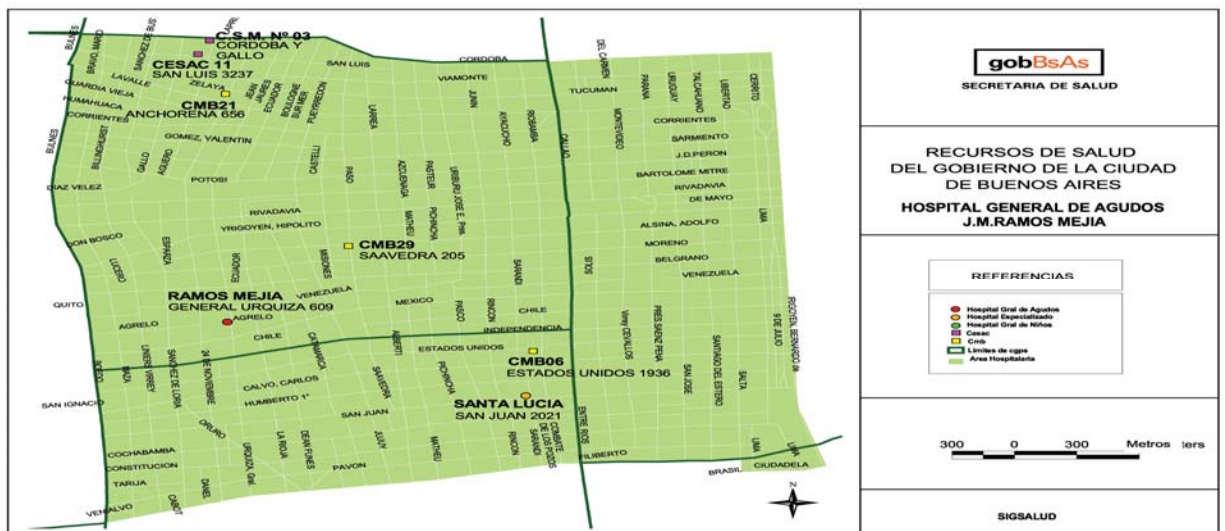
PORQUÉ EL HOSPITAL RAMOS MEJIA

Su rol actual dentro de la red es indiscutido e indiscutible, desde el punto de vista de la producción, ubicación estratégica y complejidad, siendo el único de los hospitales de alta complejidad de la red del GCBA que no ha recibido ninguna reforma estructural en los últimos veinticinco (25) años.

En cuanto a **producción** es el hospital con mayor número de camas y pacientes – día, está entre el tercer y cuarto lugar en cuanto a egresos y consultas externas, y primero en la atención prehospitalaria, a la vez que igual sitio le corresponde en cuanto a consultas del Plan Médico de Cabecera y controles preventivos en el programa de PAP, todo lo cual lo coloca en el podio de los grandes procesos asistenciales: Atención ambulatoria, internación, urgencia, atención primaria y prevención.

En cuanto a **ubicación estratégica**, se encuentra consolidado dentro de una estructura urbana particular en una de las áreas estratégicas más densamente pobladas y concurridas de la Ciudad, que da respuesta a una triple demanda poblacional claramente diferenciada: la del área programática, la del área de influencia, y la que transita y/o trabaja en los grandes conglomerados como estaciones y terminales de tren y subterráneo (Once y Constitución), el Congreso, Tribunales, centros comerciales, lugares de diversión.

El **área programática** propia está referida a una clase media baja, a la cual se suman las personas sin casa que residen en hoteles pagados por el GCBA, las que habitan casas tomadas y un número importante de individuos en situación de calle, todo lo cual viene a constituir grupos de riesgo y alta vulnerabilidad, como lo prueba que sea el segundo distrito capitalino en cuanto a mortalidad materno – infantil.



Área Programática

El **área de influencia** tiene tres claras vertientes: el sur de la Ciudad, los distritos de Lanús y Lomas de Zamora y los partidos del oeste del Gran Buenos Aires. El prestigio institucional, la accesibilidad vehicular y la carencia de servicios locales, son algunas de las causas.

La **población transitoria** genera otro tipo de demanda, menos previsible y mayoritariamente urgente. La confluencia de medios de transportes, la concentración de dos de los tres Poderes de la Nación (Congreso de la Nación, Palacio de Justicia), los innumerables negocios así como sitios de comida y boliches, y el comercio sexual callejero, pautan un requerimiento epidemiológicamente indefinido pero con consecuencias potencialmente graves y necesidades de resolución inmediata (accidentes, incendios, atentados, manifestaciones y otras violencias).

En lo referente a la **complejidad**, vale recordar que ésta no está dada exclusivamente por la aparatología de última generación, sino por el número de especialidades y el tiempo de adiestramiento y permanente entrenamiento que las mismas exigen. Vale la pena recordar que, a excepción de la cirugía cardiovascular prevista en el nuevo proyecto, el Hospital es el que cuenta con mayores disciplinas dentro de la red, tan exclusivas como ser el único con internación propia de Hematología y Dermatología, así como el Trasplante de Médula Ósea, siendo el único efector público en el ámbito capitalino.

Toda esta oferta de servicios crecería en forma notoria y las respuestas se tornarían más eficientes, si la estructura edilicia y el nuevo equipamiento sirven para condicionar una modalidad asistencial diferente en número y extensión horaria, pero fundamentalmente con criterios de modernidad.

TIPOLOGIA EDILICIA



Es un conjunto edilicio cuya plaza interior conforma un espacio de valor patrimonial e histórico, con edificios de un estado de conservación que merecen (a excepción de los más pequeños) una puesta en valor que los preserve y adecue al nuevo modelo asistencial.



Fotos Aereas desde Google Earth

Dos de los edificios responden a un sistema de edificio de borde:

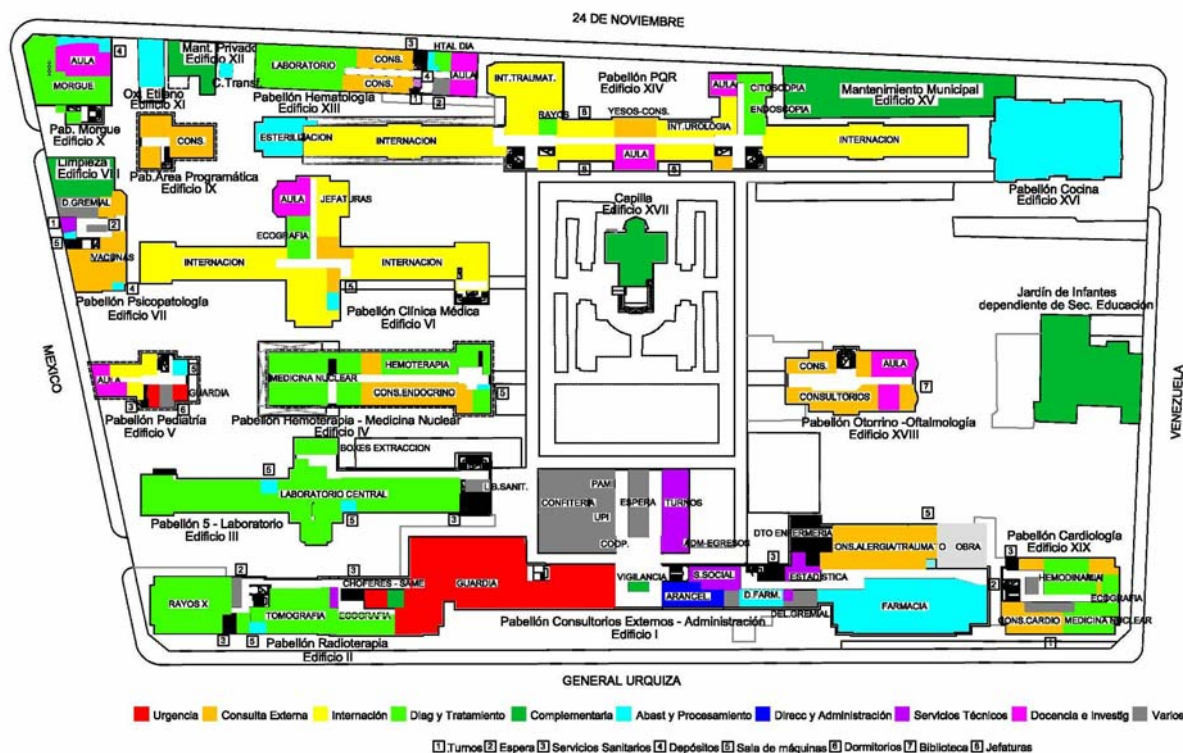
Uno, el Pabellón de Consultorios Externos y Guardia, que incluye la entrada principal al Hospital y la Dirección – Administración, que se desarrolla sobre la línea municipal a lo largo de la calle General Urquiza;

Otro, el Pabellón Quirúrgico, que incluye la Maternidad y el Centro Obstétrico, que se desenvuelve a lo largo de la línea municipal sobre la calle 24 de Noviembre.

Los edificios restantes conforman un sistema de pabellones desarrollados en un eje longitudinal que confluyen sobre los laterales del parque cuadrangular.

MODELO ASISTENCIAL ACTUAL

Se trata de un hospital de alta complejidad nivel IV (en escala de I a IV), cuyos principales procesos tienen las siguientes características:



Ambulatorio

Se basa en consultorios centralizados (primer piso SIN ascensores, rampas ni escaleras de escape) y periféricos (en distintos servicios, algunos de ellos insertados en áreas de internación), lo que disgrega la atención, obliga a que el otorgamiento de turnos y registro de consultas tenga varios puestos con multiplicación de los recursos humanos y materiales, a la par que incrementa la inseguridad por el exceso de público que transita por espacios que deberían estar restringidos, ya que la circulación no está diferenciada en técnica y pública.

Internación

La estructura está basada en una organización por departamentos y especialidades, que requiere mayor personal de enfermería, altera la continuidad asistencial, prolonga los tiempos de interfase entre los servicios y convierte el rendimiento de la cama en una gran ineficiencia que es la sumatoria de las pequeñas ineficiencias de cada servicio, con el agravante de asimetrías intolerables (faltan camas en Clínica y sobran en Cirugía) que dificultan marcadamente el funcionamiento hospitalario programado y de urgencia.

Urgencia

El ámbito actual es inadecuado por diseño e insuficiencia de ambientes, con circulaciones entrecruzadas, intromisión de público, quirófanos duplicados (de Guardia y centrales), los consultorios de urgencia de Pediatría y Obstetricia, el

Centro Obstétrico y la Terapia Intensiva distantes a 80 a 100 metros de la sede de la Guardia.

Diagnóstico y Tratamiento

La dispersión de los Servicios es absoluta; no hay un solo área que tenga agrupados dos o más de ellos. Esto ocasiona imposibilidad de otorgar turnos centralizadamente y obliga a que el paciente y/o enfermero, residente, profesional deban recorrer largas distancias para satisfacer los distintos requerimientos (instrucciones para la preparación, realización del estudio, retiro de resultados).

También hay duplicación de recursos (humano, de insumos y de equipamiento) porque hay cuatro laboratorios distintos, dos densitómetros óseos y dos cámaras gamma en lugares diferentes, entre otros.

La Farmacia ocupa un espacio reducido en extremo, disfuncional y fácilmente vulnerable a incendios y explosiones.

Áreas críticas

Con capacidad de camas para cuidados críticos muy inferior al porcentaje admitido, y sin terapia intermedia, el escaso recurso disponible vuelve a replicar la dispersión de actividades y la multiplicación innecesaria de recursos, ya que áreas como Guardia (en la actualidad se ha convertido en una terapia intensiva complementaria), Stroke y Unidad Coronaria tienen dependencia de departamentos diferentes y están en ámbitos distantes entre sí y de la Terapia Intensiva.

Quirúrgico

Es un proceso directamente afectado por una estructura muy reducida de cuidados intensivos, sin nivel de cuidados intermedios, que deviene en múltiples operaciones suspendidas, entre otras consecuencias.

Su actividad también está dissociada en ámbitos totalmente diferentes en tamaño y operativa, como son los quirófanos Centrales, los quirófanos de Guardia y los quirófanos de ORL y Oftalmología, con la multiplicación de esfuerzos y recursos imaginable, que los vuelve ineficientes en términos de gestión quirúrgica.

Docencia e Investigación

La actividad está conformada en la actualidad por más de quince (15) aulas dispersas, aprovechadas parcialmente y origen de frecuentes disputas entre servicios, distantes de la Biblioteca y de su soporte informático, con laboratorios de investigación ubicados en los propios servicios y un área de cirugía experimental (biotério, quirófano) distante y desaprovechada.

MODELO MEDICO PROPUESTO

Se basa en los siguientes ejes directrices:

Suficiencia para satisfacer las **urgencias y emergencias** del Área Programática más densa y conflictiva de la Ciudad.

Orientación hacia la resolución **ambulatoria** de los problemas, mediante el fortalecimiento de la atención en consultorios, la realización de prácticas y cirugías ambulatorias y la implementación de Hospitales de día.

Internación indiferenciada, sectorizada en clínica, quirúrgica y materno infantil.

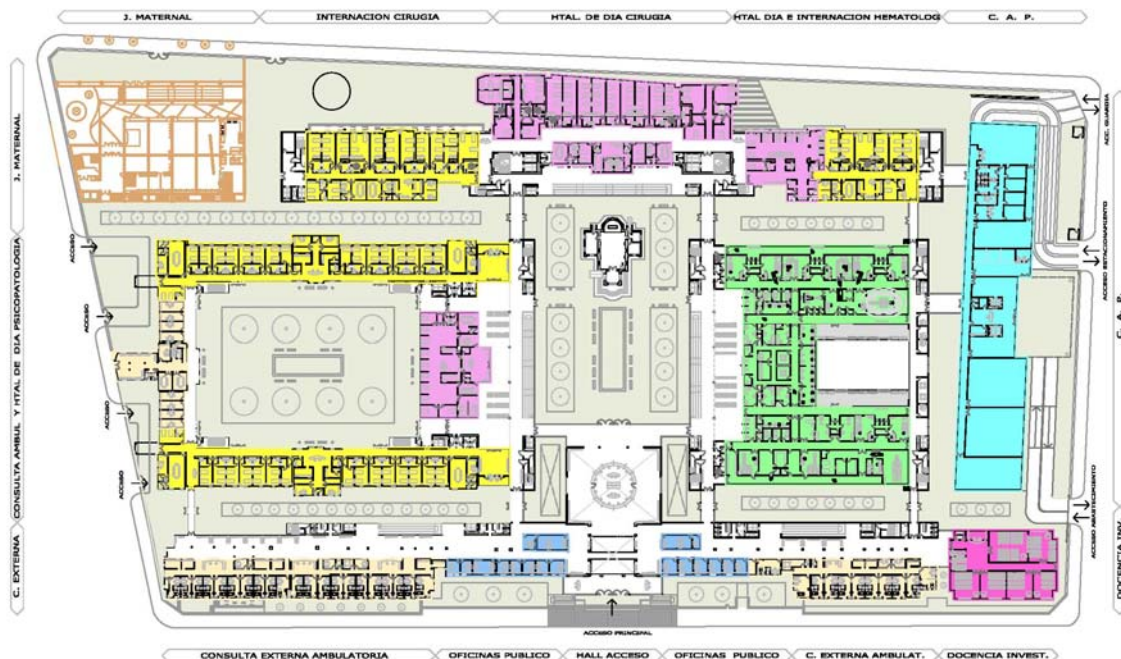
Incremento notorio de las camas para **áreas críticas** y terapias intermedias.

Consolidación del pabellón **quirúrgico** reuniendo, en una única área, los quirófanos para cirugías programadas y de urgencia, el centro obstétrico y las salas para estudios hemodinámicos y de cardiología invasiva.

Reordenamiento y concentración de los recursos para **diagnóstico y tratamiento**, en un único pabellón, con la máxima tecnología vigente a la fecha.

Traslado de **Farmacia** y refuncionalización de sus áreas de depósito, dispensación, droguería y esterilización

Redistribución y organización de los **accesos**, diferenciación de **circulaciones** técnicas y para público, reducción de personas circulando por el Hospital y crecimiento de la seguridad y privacidad.



Planta Baja Funcional de Conjunto de Plan Maestro

PARTIDO GENERAL DEL CONJUNTO DE EDIFICIOS DESARROLLO DEL PLAN MAESTRO

Se trata de introducir sustanciales modificaciones en los principales procesos, que pasarían a tener las siguientes características:

Internación

Este proceso sufre un cambio radical, a partir de que la internación deja de ser por especialidad y pasa a ser indiferenciada, con áreas de cuidados críticos, quirúrgica, materno infantil y clínica. El recurso cama se vuelve flexible y está disponible para

quien lo necesite, conforme a prioridades predeterminadas. Asimismo, como modificación sustancial y en respuesta a los requerimientos de la Ley de Salud Mental, se prevé la internación de pacientes con desórdenes psíquicos agudos.

El proceso de internación se cumple utilizando dos edificios: **el Pabellón Quirúrgico modificado** (que se extiende a lo largo de la calle 24 de noviembre) y el edificio reciclado e integrado, a partir de los pabellones independientes que actualmente se alinean a la izquierda del parque central.

El **tercer piso** del pabellón quirúrgico se destina a las **áreas críticas** (terapias intensivas e intermedias), con una capacidad de setenta y dos (72) camas, que se alinean – en el sentido México a Venezuela – de la siguiente forma: Unidad Coronaria (8), Terapia intermedia cardiológica (16), Stroke (6), Terapia intermedia general (26) y Unidad de Terapia Intensiva (16).

Independientemente de ellas, resta Neonatología y Trasplante de médula ósea, cuyas especificidades obligan a estar físicamente asociadas a los servicios de origen (Pediatria y Hematología).

El **segundo piso** del pabellón quirúrgico se destina a la **atención materno – infantil**. En igual sentido que el descrito en el piso anterior, el desenvolvimiento por sectores y camas comprende: Pediatria (18) más dos (2) aislados, Ginecología (16), Obstetricia (25) más dos (2) de prealta, Terapia intermedia neonatal (6) y Terapia intensiva neonatal (6, con 4 para pacientes con asistencia respiratoria mecánica y 2 para aislamiento).

El **primer piso** del pabellón quirúrgico y el lado México de la planta baja se destinará a la **internación quirúrgica** indiferenciada con sesenta y ocho (68) y cincuenta y seis (56) camas, respectivamente.

La **planta baja** del lado Venezuela, albergará la internación de la **unidad funcional Oncohematología** que contempla en complejidad creciente la internación de Hematología general y las áreas de cuidados intermedios e intensivos para pacientes inmunodeprimidos y trasplantados de médula ósea.

En lo referente a los Pabellones reciclados e integrados que albergarán la **Internación clínica indiferenciada**, se conforman con dos alas con **planta baja y dos (2) pisos** cada una de ellas, donde cada planta constituye una unidad funcional de treinta (30) camas cada una

Enlazando las dos alas, sobre la calle México y con acceso exclusivo, se ha pensado el edificio para la atención de **Salud Mental**, en sus tres niveles: atención ambulatoria en planta baja, internación de diez (10) camas en el primer piso y hospital de día en el segundo.

Ambulatorio

Reúne toda la atención profesional ambulatoria en un único pabellón, con un estimado de noventa (90) ambientes (54 en planta baja y 36 en primer piso), con módulos compuestos por un (1) despacho, una (1) sala de reunión, ocho (8) consultorios, un (1) mesón, una (1) sala de espera y dos (2) sanitarios, atendidos por una (1) secretaria. Cada módulo tendría una (1) sala para prácticas menores (curaciones, extracción de puntos, etc.)

Este pabellón se extiende longitudinalmente a lo largo de la línea municipal sobre la calle Gral. Urquiza, y tendría una entrada con un hall central con mesón único computarizado para el otorgamiento de turnos.

Hospitales de Día

De acuerdo con la moderna gestión hospitalaria, se incrementará notoriamente la actividad denominada Hospital de Día, en el entendimiento que es un recurso idóneo para el paciente y eficiente para la institución, que en muchas ocasiones viene a reemplazar el uso indebido de la internación, evitando ingresos innecesarios o facilitando altas tempranas.

Están previstos los siguientes Hospitales de Día que se reseñan con su respectiva ubicación:

- Quirúrgico
- Salud Mental
- Oncohematología
- Clínico
- Inmunocomprometidos
- Pediátrico
- Hemodiálisis

Urgencia

Este proceso cambia sustancialmente en cuanto a la ubicación dentro del establecimiento, toda vez que la Guardia se traslada desde la planta baja actual, sobre la calle Gral. Urquiza, a una nueva ubicación, en el subsuelo (nivel calle) del Pabellón Quirúrgico con acceso independiente y exclusivo desde la calle 24 de noviembre.

En función de lo expuesto en la introducción, las modificaciones más relevantes respecto al modelo actual son: Incremento del "shock room" con capacidad para atender cinco (5) pacientes simultáneamente, incorporación de los consultorios de guardia obstétrica y pediátrica (hoy descentralizados), ámbito para el "triage" y creación del consultorio de guardia psiquiátrica ("rest room").

Los quirófanos de urgencia y el centro obstétrico se concentran en el área quirúrgica, cuarto piso del mismo edificio, a través de circulación vertical directa de rápido y fácil acceso (ver proceso quirúrgico).

Quirúrgico

La actividad se concentra en el cuarto y quinto piso del pabellón que se extiende a lo largo de la calle 24 de noviembre, reciclado y expandido, que ocupa dos (2) pisos.

En el cuarto piso se ubican:

El Centro Obstétrico.

Las salas de estudios hemodinámicas y de estudios electrofisiológicos.

Dos (2) quirófanos para la Guardia, con acceso directo desde este servicio (subsuelo).

Ocho (8) quirófanos para cirugía mayor (3 de ellos para alta complejidad), cuatro (4) quirófanos para cirugía ambulatoria y cuatro (4) salas para procedimientos invasivos.

Una sala de recuperación anestésica con nueve (9) puestos.

En el quinto piso están previstos Anatomía Patológica (sector de piezas quirúrgicas), todos los vestuarios del personal (profesional y no profesional) que labora en el cuarto piso, oficinas para jefaturas y dormitorios de Guardia.

La superficie de la planta quirúrgica del 4º piso crece de 1351 a 1828 metros cuadrados, a los que hay que agregar 544 metros cuadrados del quinto piso hoy inexistente desde el punto de vista funcional.

Diagnóstico y Tratamiento

Se construye un nuevo edificio, en el área que hoy ocupa el pabellón de ORL y Oftalmología. El modelo propende a concentrar allí todas las áreas destinadas al apoyo diagnóstico y terapéutico y las áreas de rehabilitación física (Kinesiofisiología, Cardiopulmonar) y psíquica (Psicopedagogía).

Por razones de volumen poblacional, se ha planteado la siguiente distribución por plantas: El subsuelo para los Aceleradores lineales de Terapia Radiante con un equipo de Tomografía, Farmacia y Esterilización;

La planta baja para Medicina Nuclear y todo lo que es Diagnóstico por Imágenes (Radiología convencional, Ecografía, Mamografía, TAC), con el máximo nivel de actualización (PET, RMN, digitalización).

El primer piso para Hemoterapia y para todas las actividades de Rehabilitación (Fono y logopedia, Psicopedagogía) con un gimnasio para ser aprovechado por Kinesiología, Rehabilitación cardiopulmonar, Medicina del Deporte, Maternidad (Curso de parto) y Geriátrica (Programa de Actividad Física para la tercera edad)

El segundo piso para la unificación de todos los Laboratorios (Central, de Guardia, de Endocrinología, de Hematología, de Parasitología, de Hemoterapia y de Patología).

Docencia e Investigación

Todas las actividades de Docencia e Investigación se concentran en una única área (Pabellón Inchauspe), con entrada independiente pero conectada internamente con el Hospital.

Es un ámbito donde funcionaría el Comité homónimo, la Comisión de Bioética para los trabajos de investigación, habría salas disponibles para reuniones de los distintos Comités hospitalarios y espacio para las Escuelas de técnicos que funcionan en el Hospital.

Se reúnen en un único piso todas las aulas actualmente dispersas, reduciendo la circulación de estudiantes por las salas, la que se circunscribirá exclusivamente a las horas de práctica, recuperando privacidad y seguridad en la internación. En el área de Docencia habrá un espacio reservado para lockers donde los alumnos guardarán sus pertenencias.

Se construiría el aula magna de la que carece el Hospital, proyecto largamente anhelado por la comunidad hospitalaria y que viene a suplir una crónica falencia que ha imposibilitado al Hospital la realización de importantes eventos científicos propios o a través de la red.

Se constituye un área conjunta de Biblioteca, real y virtual, Internet y otros servicios a los profesionales del Hospital, y se concentran los laboratorios de investigación, con lugares para atención del público, para reunión de los investigadores y para guarda de la documentación.

En la planta más alta, se ubica el bioterio y el quirófano de investigación.

Gestión de pacientes

El Hospital tendrá dos (2) accesos peatonales para pacientes; durante la actividad diurna (06.00 a 20.00 hs.) se ingresará por la calle Gral. Urquiza y para la urgencia se accederá por la calle 24 de Noviembre. Ambos ingresos contarán con dársena para el descenso de pacientes que arriben en auto.

El ingreso por Gral. Urquiza lleva a un hall circular con un hemicyclo donde se otorgarán turnos de consultas y prácticas, en un único ámbito, a efectos de facilitar la resolución de las necesidades de los pacientes en forma coordinada y en un único trámite.

Rodeando ese hall, las oficinas de Admisión y Egreso, Estadística (conectada con el Archivo ubicado en el subsuelo), Plan Médico de Cabecera, Servicio Social, Facturación y Arancelamiento de prestaciones conforman la identificación administrativa de los pacientes y su ingreso al sistema hospitalario.

Gestión de abastecimiento

Por detrás del pabellón de Diagnóstico y Tratamiento, en forma paralela a la calle Venezuela se desarrollará un edificio en tira destinado a la gestión de recepción, almacenamiento, procesamiento y distribución de insumos, con dársena para carga y descarga, separadas claramente – en dos niveles - las áreas de sucio y limpio.

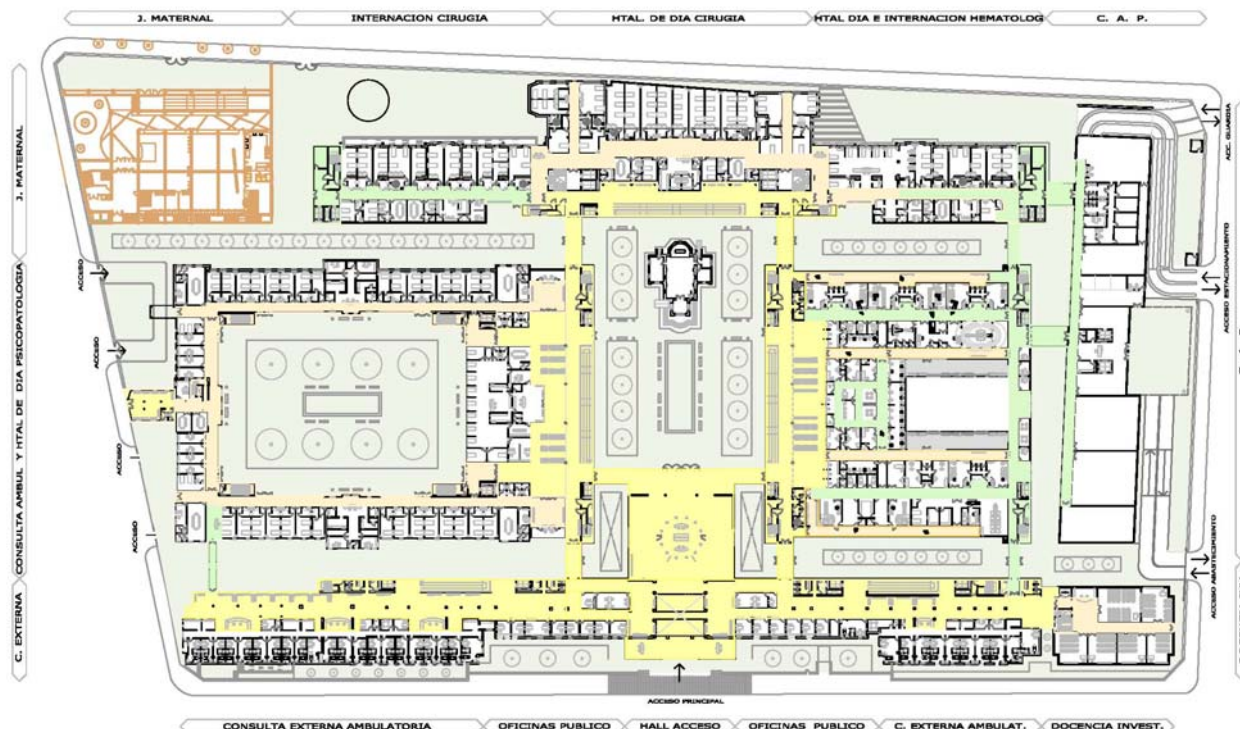
El sector se conforma incluyendo la Cocina en uno de los extremos y la Farmacia en el otro, la que tendría dos dispensaciones: a pacientes ambulatorios de un lado y a internación en el otro lado.

Un corredor técnico – en los dos niveles – separaría estos depósitos del edificio de Diagnóstico y Tratamiento.

Circulaciones, núcleos verticales y salas de espera

El partido general del conjunto de los cuatro (4) edificios centrales del Proyecto, que tienen núcleos verticales compuestos por escaleras, ascensores técnicos y de público y escaleras de emergencia, agregándose rampas en el edificio de Diagnóstico y Tratamiento por razones de volumen y tipo de pacientes ya que allí se concentrarían las áreas de rehabilitación física.

Todos ellos están unidos, en estructura tipo anular, por dos circulaciones: una netamente técnica para traslado de pacientes e insumos entre los distintos edificios y conectados al sector abastecimiento que transcurre a nivel del subsuelo, y otra para público a nivel de la planta baja.



Planta Baja de Conjunto

Con vista a la plaza central, visible a través de una estructura vidriada, se ubicarán las salas de espera de los distintos pabellones para sus respectivos servicios en cada uno de de los pisos.

Cocheras

Con acceso por la calle Venezuela, se construirían doscientas (250) cocheras subterráneas para personal que trabaja en el Hospital y visitantes ocasionales.

SUPERFICIE TOTAL Y POR ETAPAS

Superficie Total del Conjunto Actual	33.608 m2
Superficie Total de Conjunto a Futuro	55.845 m2

COSTO DE PLAN MAESTRO

Al momento del Plan Maestro los costos eran los siguientes:

- 1. Costo total de la remodelación** del total de los edificios existentes que se decide conservar, **U\$S 22.383.050.00**
- 2. Costo total de las obra nuevas** que se adicionan a los edificios existentes (circulaciones, núcleos verticales, halles y edificio de unión y nexo de pabellones)

más el edificio nuevo de diagnóstico y tratamiento y central de abastecimiento, **U\$S 39.841.200.00**

3. Costo total del equipamiento, U\$S 30.000.000, aproximadamente.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE OBRAS

El programa de obras se ha dividido en cinco grandes etapas

1. Edificio nuevo de diagnóstico, tratamiento y parte de la central de abastecimiento.

2. Traslado de la guardia a edificio desactivado por Endocrinología y Medicina nuclear, en forma provisoria hasta el lugar definitivo en el Pabellón Quirúrgico.

3. Remodelación de edificio ambulatorio y rediseño de hall de entrada y circulaciones horizontales y verticales a nuevo.

4. Remodelación y ampliación del Pabellón de Área críticas y Quirúrgico

5. Remodelación y ampliación edificio de internación de Clínica Médica, Psicopatología y Hospitales de día

SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE PLAN MAESTRO

Contrariamente al viso de utopía con que pudiera impresionarse un lector superficial o inadvertido del presente proyecto, el mismo tiene un profundo sentido de factibilidad, ya que al pormenorizado estudio del modelo médico actual y de la técnica impecable con que se ha hecho el diseño arquitectónico, también se han considerado los costos y sistemas de financiación que permitan convertirlo en una realidad tangible.

Quede bien claro de la plena conciencia que se posee acerca de los problemas de sustentabilidad de los sistemas de salud, condicionados por el incremento constante del gasto sanitario, que obliga a evaluar nuevos modelos de financiación y organización que introduzcan criterios de eficiencia en la gestión de la sanidad, del mismo modo que se han evaluado los nuevos modelos asistenciales, arquitectónicos y tecnológicos.

Cualesquiera sea la modalidad que se elija para su concreción, no cabe duda alguna de la necesidad de una política sanitaria en la ciudad que, con la colaboración de todos los actores, impulse decididamente el fortalecimiento de la infraestructura en salud, diagnosticando, proponiendo y realizando las modificaciones necesarias para que los inmuebles con mayores requerimientos y demandas incorporen los cambios que exige la práctica de la medicina actual, y que garantice a su vez respuestas en términos de eficiencia, calidad y calidez para los derechohabientes de la ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Aparece como muy evidente que la concreción del proyecto no pasa por su inclusión en el magro presupuesto tradicional, sino que debe estar por fuera del mismo por razones de monto, operatividad, tiempo y gestión.

En este sentido, hay un amplio espectro de posibilidades que van desde la obtención de líneas de créditos blandos, otorgados por entidades bancarias nacionales o internacionales, pasando por contratos llave en mano, hasta nuevos proyectos asociativos de participación público privada, cuya descripción pormenorizada excede los límites del presente trabajo.

PRODUCCIÓN ACTUAL Y PREVISTA

En los cuadros siguientes se refleja la producción del Hospital en el año 2007 y aquélla que, en función del modelo asistencial, la extensión horaria y la tecnología a aplicar, se prevé alcanzar que, tal como se objetiva, representa aumentos verdaderamente significativos.

AMBULATORIO

CONSULTAS EXTERNAS	CONSULTAS 2007	CONSULTAS PREVISTAS	% de AUMENTO
Pabellón ambulatorio	404.662	612.000	51.2
Promoción y protección – Área programática	81051	134.000	65.3
Salud mental	5305	9.600	81.0
Guardia	95.268	106.550	11.8

PRÁCTICAS de	PRÁCTICAS 2007	PRÁCTICAS PREVISTAS	% de AUMENTO
Cardiología	37.479	50.597	35.0
Endocrinología (incluye Laboratorio)	147.343	178.765	21.3
Hematología	4.037	6.790	68.2
Neumotisiología	3.582	4.496	25.5

INTERNACIÓN

EGRESOS	EGRESOS 2007	EGRESOS PREVISTOS	% de AUMENTO	X de ESTADA PREVISTO	% de OCUPAC. PREVISTO
Clínica	2.954	3.773	27.7	14.8	85.0
Cirugía	3.854	5.280	37.0	9.4	85.0
Terapias (Egresos + Pases)	706 (Terapia Intensiva)	3153 (Terapias Intens. + Interm.)	446.6	7.5	90.0
Obstetricia	2491	2989	20.1	3.0	85.0
Pediatría	580	1298	223.8	4.5	80.0
Neonatología	294	369	25.5	12.0	80.0

URGENCIA

CONSULTAS de URGENCIA	CONSULTAS 2007	CONSULTAS PREVISTAS	% de AUMENTO
Guardia	95.268	106.550	11.8

CIRUGÍA

OPERACIONES y PROCEDIMIENTOS	OP. Y PROCED. 2007	OP. Y PROCED. PREVISTOS	% de AUMENTO
Cirugía en internados	5.467	5.320	- 2.7 (*)
Cirugía ambulatoria	2.014	3.840	90.7
Procedimientos	4.215	4.800	13.9

(*) por implementación de la Cirugía ambulatoria
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

PRÁCTICAS de IMÁGENES	PRÁCTICAS de IMÁGENES 2007	PRÁCTICAS de IMÁGENES PREVISTAS	% de AUMENTO
Radiología			
Ambulatorio	63.859	111.753	75.0
Internación	14.650	24.978	70.5
Ecografía			
Ambulatorio	21.614	37.393	73.0
Internación	11.143	16.326	46.5
Mamografía	5.952	9.500	59.6
TAC	3.919	10.950	279.4

PRÁCTICAS de LABORATORIO	PRÁCTICAS de LABORATORIO 2007	PRÁCTICAS de LABORATORIO PREVISTAS	% de AUMENTO
Central	1.008.361	1.519.182	50.7
Endocrinología	119.383	178.230	49.3
Hemoterapia	425.641	594.027	39.6

COMPATIBILIDAD CON LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Al observador menos advertido, remodelar un Hospital Público que se ubica en el top de la red de efectores hasta el máximo nivel de complejidad exigible, podría parecerle incompatible con la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Afortunadamente, no es así. Bien se ha dicho que la APS es una estrategia, que se inscribe en un primer nivel de atención, que debe satisfacer las necesidades esenciales de salud, pero que forma parte indisoluble de una red de complejidad

creciente, en la cual cada paciente debería acceder por el nivel de complejidad que le corresponde.

La APS debe necesariamente resolver la mayoría de las cuestiones elementales, pero la salud de la población reclama, igualmente, la atención de los problemas que escapan a ella, los que por ser especializados requieren de una estructura adecuada, digna y capacitada para su resolución, tal como ocurre en los países desarrollados donde se ha priorizado la estrategia de la que estamos hablando.

Dicho en forma sencilla, son dos instancias diferentes pero complementarias (no sustitutivas) de una atención integrada y de un continuo asistencial, que son las características básicas que identifican un sistema de salud acreditable por su calidad.

En efecto, la maximización de la intervención pública alcanza su justificación en tanto se define la equidad como uno de los objetivos del sistema de salud. Su argumento principal se refiere al problema de la selección adversa que, en ausencia de intervención pública, puede dejar algunos grupos poblacionales sin la asistencia sanitaria.

Por lo tanto, el aseguramiento obligatorio colectivo, extender la cobertura pública y disponer un pool de complejidad para los grupos de riesgo, aparecen como necesidades de todo modelo que pretenda resultados aceptables en términos de equidad en la salud, entendida como acceso a la asistencia y a sus necesidades, independientemente de la capacidad de pago.

PARTE 2

DESARROLLO DE PLAN MAESTRO DE ARQUITECTURA

ANTEPROYECTO DE ARQUITECTURA DE ETAPAS

ETAPAS DE OBRA COSTOS TIEMPO DE DESARROLLO

Para la definición del Plan Maestro Integral por Etapas del Hospital Ramos Mejía, se realizaron previamente distintas etapas para arribar a:

Diagnóstico de la Situación Actual, con las correspondientes conclusiones:
Estudio del Conjunto Edificio Existente y su Patrimonio Histórico, Análisis de los Servicios, Producción y Procesos (desarrollado en Parte 1 del presente trabajo)

Toma de decisiones, para desarrollar el Plan Maestro Integral por Etapas
(en función del conjunto edilicio existente y las tendencias de la arquitectura hospitalaria actual).

Generar **Idea Rectora de Conjunto**

Anteproyecto de Arquitectura

Desarrollo de Etapas de Obra

Ajuste de Anteproyecto de Arquitectura de Etapa 1 de acuerdo a los requerimientos de tecnología a emplear (desarrollado en Parte 3 del presente trabajo)

DE HOSPITAL PABELLONADO

Modelo funcional válido hasta fines de los años 40
Falta de desarrollo tecnológico



A HOSPITAL INTEGRADO

Definido por modelo médico
Concentración e Interrelación de procesos.



DESARROLLO DE PLAN MAESTRO DE ARQUITECTURA

PORQUE EDIFICIOS NUEVOS? PORQUE NO RECICLAR TODOS LOS PABELLONES EXISTENTES?

".....Trasladar los nuevos modelos de gestión de hospitales a la vieja estructura de edificios del siglo XIX, significa una tarea ciclópea, onerosa para el presupuesto de salud y, en general, de deficiente resultado.

Se requieren cada vez más de edificios flexibles y adaptables para satisfacer servicios y adaptaciones que cubran las demandas de la medicina actual y a futuro. Construir en nuevos edificios a través de una acción interdisciplinaria, interactuando la ciencia y la técnica con la arquitectura y la ingeniería.

Se trata por lo tanto de construir edificios flexibles y adaptables en el tiempo, con posibilidad de cambios y crecimientos...." *Arquitecto Mario Corea Autor del Nuevo Hospital de Emergencias de Rosario, autor de Diversos Hospitales en Barcelona, Considerado por la crítica como el mejor arquitecto de Edificios de Salud de la Argentina.*

QUE ES UN PLAN MAESTRO

El Plan Maestro Integral por Etapas del Hospital, contempla la relocalización de áreas, con el objeto de obtener modificaciones en el proceso edilicio del establecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Plan Médico elaborado en Parte 1 del Trabajo

ÁREAS INVOLUCRADAS

Las **Áreas involucradas** tienen que ver con: las nuevas modalidades de gestión de Hospitales y los principales procesos hospitalarios, desarrollados en la Parte 1. (Internación indiferenciada y flexible, Hospital de día, Concentración de la atención crítica, Cirugía ambulatoria, Unificación de laboratorios, Digitalización de imágenes, Central única de Abastecimiento)

Las **Áreas surgen también de las tendencias de la Arquitectura Hospitalaria Actual**. (Nuevos Procesos Hospitalarios, Nuevas Tecnologías de Atención Diseño de Áreas y de Circulaciones, Proximidad Horizontal de Áreas y compatibilidad vertical, Crecimiento flexibilidad y variabilidad, Humanización Seguridad, Características del sitio, Diseño urbano, Ecología y arquitectura sustentable, Obra de arquitectura de calidad)

OBJETIVOS

Elaboración de soluciones o nuevas estrategias que den respuestas a los problemas específicos que presenta la capacidad instalada y el potencial edilicio siguiendo una metodología desarrollada en esta parte 2 del trabajo.

Articulación y coordinación entre las distintas áreas tanto del establecimiento como de la red de GCBA

Accesibilidad al y desde el establecimiento.

Productividad de acuerdo a la capacidad instalada y propuesta

Upgrade de la planta física de acuerdo a la obsolescencia física-funcional de edificios, en promedio de más de 60 años.

Nueva normativa edilicia, por ejemplo la ley 962 del GCBA de seguridad, para edificios e instalaciones, para uso y funcionamiento de servicios y tecnologías

Upgrade del equipamiento y de tecnologías.

Estrategia de mantenimiento para conservar la capacidad instalada constante

ANÁLISIS DE ARQUITECTURA DEL CONJUNTO EDIFICIO

El conjunto edilicio fue analizado como un concepto de distintos sistemas que conviven en simultáneo.



Vista Plaza Interior desde 1900 a 2010

SISTEMA EDIFICIO HISTÓRICO

El hospital se plantea como una serie de pabellones entre jardines ya que ésta fue la tipología utilizada en todos los hospitales de la primera generación que se construyeron en Buenos Aires a fin de siglo XIX.

Los distintos edificios tienen un tono menos monumental que otros de su tipo, con una arquitectura clásica, con cuidadas proporciones, composición simétrica, muy buena calidad constructiva y susceptible de remodelaciones o ampliaciones como demuestra el agregado de un último nivel en la década del 60, con una estructura de hormigón armado que se integra muy bien con la arquitectura original.

ANÁLISIS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA

Su ubicación dentro del centro de la ciudad y en equidistancias con el resto del sistema, al no ser periférico, lo convierte en un buen efector para recibir derivaciones de otros establecimientos del sistema. El Área Programática es un importante punto a tener en cuenta en la toma de decisiones del Plan Maestro

PERFIL DEL ESTABLECIMIENTO RED DE GCBA

El Hospital Ramos Mejía tiene su ubicación geográfica central en la red del G.C.B.A. y su tipología sistémica de organización de pabellonada, le da posibilidades de crecer sin inconvenientes.

También es de interés el hecho de que no necesita la desactivación de áreas para cualquier modificación que se realice.

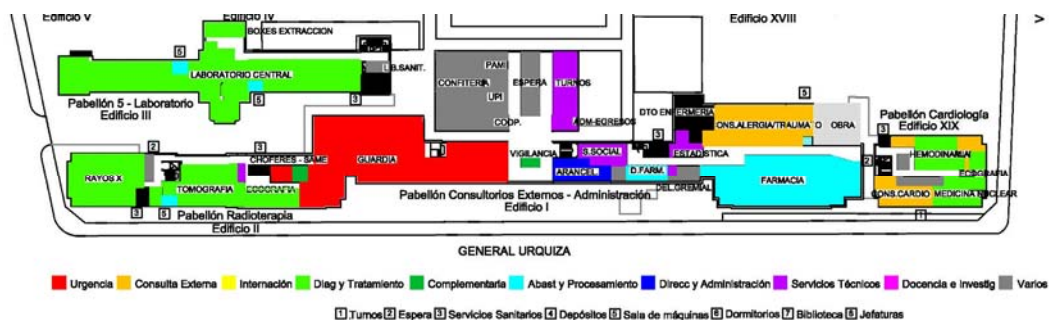
Puede albergar, por el desarrollo de metros cuadrados, actividades de formación y capacitación que podrían hacerlo aun de mayor complejidad.

Otro punto importante a tener en cuenta en la toma de decisiones en el Plan Maestro es la tendencia a futuro de la alta complejidad, esto es concentración de la tecnología en establecimientos de alta complejidad, concepto de redes, fenómeno de tele trabajo y tele comunicaciones.

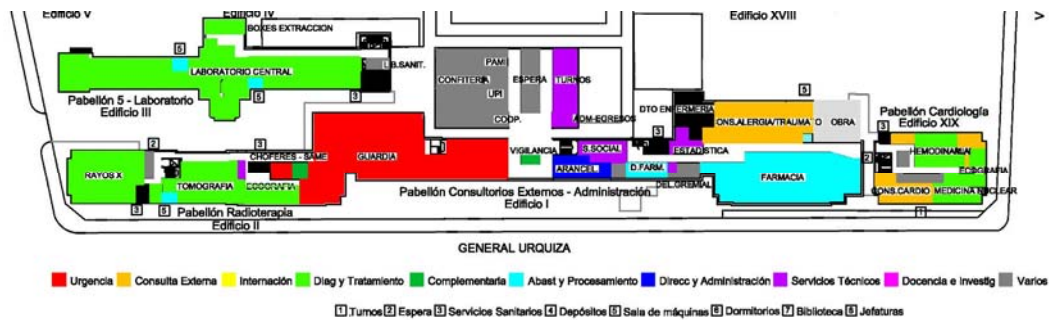
DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIONES DE ARQUITECTURA

Puntos fundamentales para el próximo paso que es la toma de partido o idea rectora del proyecto

1. El **Área Programática compleja**, genera la necesidad de contar con un área de emergencias única de última generación.
2. La **Reubicación de Área de Emergencias**, ubicada actualmente en hall de entrada de hospital y totalmente desvinculada de las áreas críticas.



3. La **concentración de Áreas Críticas en un único edificio** (emergencias, áreas críticas, centro quirúrgico).
4. El **Upgrade Tecnológico de Diagnóstico y Tratamiento**, mediante la concentración de los mismos en un único edificio nuevo (más económico que reciclar edificios existentes).
5. La **Reubicación de Farmacia** que actualmente ocupa la planta baja del edificio de acceso, gracias a la creación de central de abastecimiento y procesamiento



IDEA RECTORA DE CONJUNTO PARTIDO GENERAL DE ARQUITECTURA PUNTOS CONDICIONANTES PARA EL PARTIDO DE ARQUITECTURA

Aspectos de Gestión. Nueva modalidad de Gestión de Hospitales

Aspectos Constructivos

¿Porqué edificios nuevos?

¿Porqué no reciclar todos los pabellones existentes

“.....Trasladar los nuevo modelos de gestión de hospitales a la vieja estructura de edificios del siglo XIX, significa una tarea ciclópea, onerosa para el presupuesto de salud y en general de deficiente resultado”.

Se requieren cada vez más de edificios flexibles y adaptables para satisfacer servicios y adaptaciones que cubran las demandas de la medicina actual y a futuro Construir en nuevo edificios a través de una acción interdisciplinaria, interactuando la ciencia y la técnica con la arquitectura y la ingeniería.

Edificio Flexible Y Adaptable en el Tiempo, con Posibilidad de Cambios Y Crecimientos.....” Arq Mario Corea

Aspectos Urbanos

Implantación en situación urbana de alta densidad y alto flujo vehicular.

Aspectos Patrimoniales

Puesta en valor del conjunto histórico.

Aspectos Funcionales

Organización de accesos y circulaciones (pública y técnica, diferenciación de accesos y de núcleos verticales).

Plan Maestro desarrollado en etapas

Edificio de Diagnóstico y Tratamiento, como Etapa 1 del Plan Maestro.

PARTIDO GENERAL DE ARQUITECTURA

Se trata de un conjunto edilicio racionalista y austero que no ha sufrido grandes intervenciones edilicias, por lo que es más fácil su puesta en valor e intervención.



El conjunto edilicio es patrimonial, no así sus edificios aisladamente.

El conjunto-patio-plaza-capilla es patrimonial y es el espacio ordenador del conjunto que a su vez le da carácter y calidad espacial al mismo, y funciona como espacio de articulación.

Como premisa de partido de arquitectura se trató de respetar y mantener en la medida de lo posible los edificios existentes que tuvieran valor desde el punto de vista arquitectónico y desde el punto de vista sanitario.

Los edificios que rodean al patio son de gran envergadura, poseen más de 150 metros de longitud, lo que facilita su readecuación a gran parte de las nuevas tecnologías médicas.

PARTIDO GENERAL DE ARQUITECTURA OBRA NUEVA

Se realiza una intervención total de obra nueva para las Áreas de Diagnóstico y Tratamiento con un edificio que se adiciona al conjunto para conformar nuevamente la plaza-patio patrimonial.

El edificio es concebido en función a las tecnologías a desarrollar, manteniendo el concepto de los conectores existentes como elementos de vinculación con los edificios de tira existentes.

Se desarrolla un hall de acceso general al conjunto acorde a la escala del hospital que se propone.

El hall mencionado es replicado en todos los edificios que rodean a la plaza - patio, tanto el nuevo edificio de diagnóstico como de los edificios reciclados, conformando un sistema de circulación alrededor de la plaza-patio recharacterizado acorde a las nuevas tecnologías y normativas.

El uso de un lenguaje contemporáneo para toda la obra nueva, pero sumamente neutro para resaltar los valores arquitectónicos de los edificios existentes.



PARTIDO GENERAL DE ARQUITECTURA DEMOLICIÓN Y RECICLAJE DE EDIFICIOS

Del balance de superficies entre el conjunto existente y el conjunto propuesto con una discriminación entre nuevo, demolición y reciclaje, se deduce que la proporción de obra nueva propuesta para el conjunto esta casi dedicada a:



Planta Baja Existente

Planta Baja Demolición

Planta Baja Crecimiento

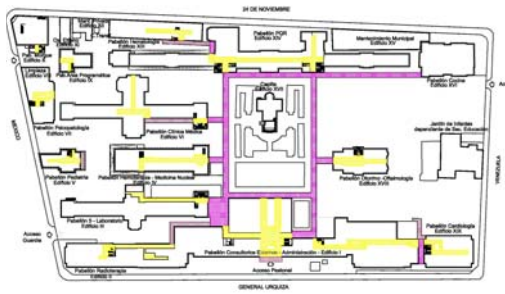
- Edificio de obra nueva para nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento
- Edificio de obra nueva para abastecimientos y procesamientos

Los volúmenes que se adicionan a los edificios existentes constituyen generalmente áreas de circulación y unión de los edificios. De esta forma los edificios existentes se mantienen preservados en la forma y se dedican a las funciones específicas de consulta, internación y otras.

Los volúmenes nuevos se dedican a circulaciones horizontales y verticales y elementos de conexión entre pabellones.

PARTIDO GENERAL DE ARQUITECTURA CIRCULACIONES Y ACCESOS

Ante la falta de hall de acceso en relación a la escala del hospital que recepcione y oriente al paciente, se redimensiona en escala el hall en doble altura para orientación y atención del paciente en un único lugar de llegada.



Circulaciones Existentes



Circulaciones Propuestas

Habr  diferenciaci3n clara de accesos: principal de público, de emergencias, de abastecimiento, de salida de residuos y cadáveres, de estacionamiento, de llegada técnica a todos los pabellones con ambulancias y vehículos.

Habr  obra nueva para la uni3n de los edificios y generar nuevas circulaciones dentro de los pabellones, diferenciando de esta forma circulaciones de funciones y logrando de general, en la medida de lo posible, circulaciones de público y circulaciones de personal.

Se respetarán las normativas de accesibilidad, de seguridad y de incendios, se plantean núcleos verticales de público y técnico con ascensores automáticos, escaleras de incendio y rampas de conexi3n vertical en los cuatro edificios principales.

ANTEPROYECTO DE ARQUITECTURA PARA LA OBRA NUEVA

- Flexibilidad y crecimiento
- Consolidaci3n de núcleos verticales, apoyos y espacios neutros con posibilidad de cambiar a otras funciones con el tiempo
- Diferenciaci3n de circulaciones
- Tecnología médica y tecnología edilicia.
- Nuevo edificio de Diagn3stico y Tratamiento
- Concentraci3n de todas las áreas de alto impacto tecnol3gico
- Costos y Mantenimiento posible
- Etapas de Obra
- Planificaci3n de obra
- Funcionamiento permanente
- Limitaciones técnicas para las etapas de obra

PARA EL RECICLAJE DE EDIFICIOS

Puesta en Valor de Conjunto Patrimonial Hist3rico

- Puesta en valor patrimonial de edificios de conjunto hist3rico para funciones sin altos requisitos tecnol3gicos

-Generaci3n de un Edificio de Alta Resoluci3n, de una especie de Htal de 24 horas (Emergencias, Quir3fanos Centrales y Ambulatorios con Salas de Procedimientos, Htal de Día de Cirugía) y de Concentraci3n de áreas Críticas (Emergencias, Centro Quirúrgico y Terapias Intensivas)

Puesta en Valor de Edificio de Internación Clínica y Quirúrgica, a través de tres niveles de Atención:

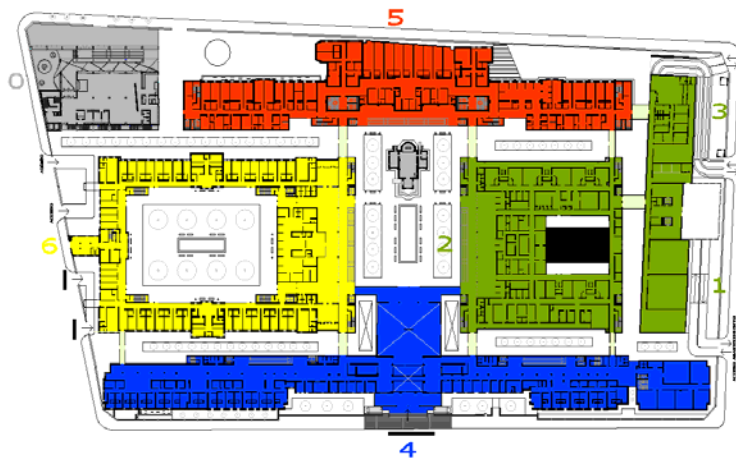
- Hospitales de día
- Internación indiferenciada y sectorizada
- Terapias intermedias

Diferenciación de circulaciones y consolidación de núcleos verticales

Etapas de obra

- Planificación de obra
- Funcionamiento permanente
- Limitaciones técnicas para las etapas de obra
- Costos, Mantenimiento Posible

ETAPAS DE OBRA



ETAPA 0

Traslado de edificios de la esquina México y 24 de Noviembre
Construcción del Jardín Maternal
Traslado del Jardín Maternal

ETAPAS 1 2 Y 3

Traslado de Pabellón de Otorrinolaringología y Oftalmología a diversos pabellones.
Construcción del edificio de Diagnóstico y tratamiento.
Construcción de la Central de Abastecimiento y Procesamiento dividido en 3 etapas de obra.

ETAPA 4

Traslado de Emergencias al ex Pabellón Endocrinología.
Remodelación integral de edificio ambulatorio, dividido en 2 etapas de obra.

ETAPA 5

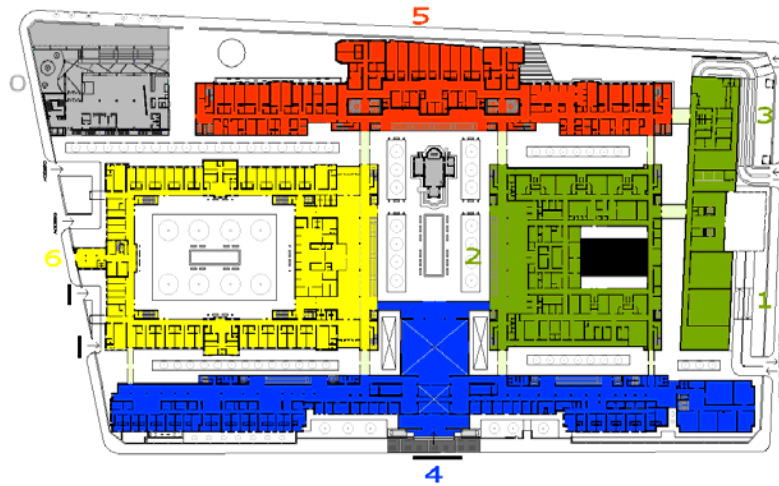
Remodelación integral de edificio PQR, dividido en 4 etapas de obra.
Remodelación del edificio de Docencia e Investigación.

ETAPA 6

Demolición de los edificios de Oncohematología y Endocrinología.
Remodelación integral del edificio de Internación de Clínica Médica

Construcción de edificios de unión de Hospitales de Día y de áreas de Salud Mental, dividido en 4 etapas

SUPERFICIES COSTOS TIEMPOS



<i>Superficie a Construir Etapas 1, 2 y 3</i>	10.958 m ²
<i>Superficie a Construir Etapa 4</i>	13.052 m ²
<i>Superficie a Construir Etapa 5</i>	21.832 m ²
<i>Superficie a Construir Etapa 6</i>	12.185 m ²
<i>Superficie a Construir Total Etapas</i>	29.512 m ²
<i>Superficie Total Futura</i>	55.845 m ²

Superficie a Reciclar	26.333 m ²
Costo de Precio x m ² a Reciclar U\$S 850	
Costo de Obra de Remodelación	22.383.050 U\$S
Superficie a Construir Total Etapas	29.512 m ²
Costo de Precio x m ² a Reciclar U\$S 1350	
Costo de Obra Nueva	39.841.200 U\$S
Superficie Total Futura	55.845 m ²
Costo Total Plan Maestro sin Central Imagenes	62.224.250 U\$S
Costo De Equipamiento Medico	30.000.000 U\$S
Aproximadamente	
TOTAL	92.224.250 U\$S

Las cifras pueden resultar elevadas en una primera lectura, pero **se debe tener en cuenta el factor tiempo.**

De experiencias similares tanto en el ámbito publico como privado **estos proyectos no demoran menos de 24 meses de proyecto y 36 meses de construcción mas 12 meses de puesta en régimen de un establecimiento hospitalario realizado como un único edificio en una sola Etapa.** (Plan Maestro Hospital Dr Elizalde ex Cuna, 2 años de proyecto y Licitación, mas 4 a 5

años de Obra, Plan Maestro Integral del Instituto Fleni, Belgrano, duración total 5 años)

En el caso del Plan Maestro Integral por Etapas para el Hospital Ramos Mejia, podemos considerar que el Proyecto, Documentación de Obra puede ser realizado de manera Integral, la licitación puede ser también única para toda la secuencia de Etapas, pero las Etapas de Obra suceden una después de la siguiente.

Consideramos que la **Etapa de Proyecto y Licitación Integral puede ser de 24 meses**, y la **secuencia de las Etapas** mencionadas junto con la puesta en régimen de los Edificios con su Equipamiento **no es menor a 12 a 18 meses por etapa de Obra Civil, mas 6 a 12 meses de puesta en régimen**, dependiendo de la complejidad del Equipamiento de la Etapa.

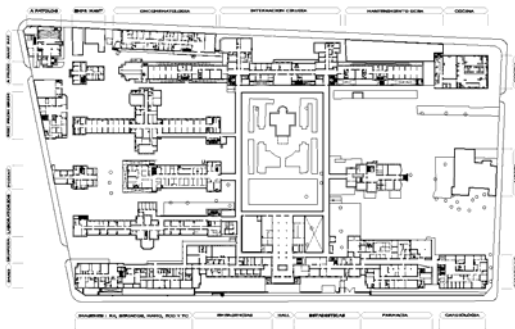
De lo expuesto el **Plan Maestro Integral finalizado tiene una duración minima de 8 años con una duración máxima de 12 años**

De esta manera, la inversión mencionada, se amortiza en unos **U\$S 8.000.000.- a U\$S 10.000.000.- al año aproximadamente, desde el momento de inicio de la Obra.**

PARTE 3.

ETAPA 1 DEL PLAN MAESTRO DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CONSOLIDACION, GESTION Y TECNOLOGIA

UBICACIÓN PORQUE ES LA ETAPA 1 DEL PLAN MAESTRO



Planta Baja de Conjunto Existente



Edificios a Intervenir por Valor Arquitectónico y de Rescate
Edificios a Demoler por Crecimientos Anárquicos

El edificio existente de ORL y Oftalmología se demuele en la primera etapa del Plan Maestro Integral por etapas, por tres conceptos diferentes:

1. Aspectos Arquitectónicos

Rescate y puesta en valor del espacio interior (plaza) y del conjunto edilicio.

2. Plan Maestro Integral por Etapas

La primera pieza del esquema de reemplazo y puesta en valor por etapas es el reemplazo del edificio de ORL Oftalmología de 1199 m².

Éste se encuentra en un sector donde ya se han demolido hace más de 30 años atrás, dos pabellones del conjunto edilicio original.

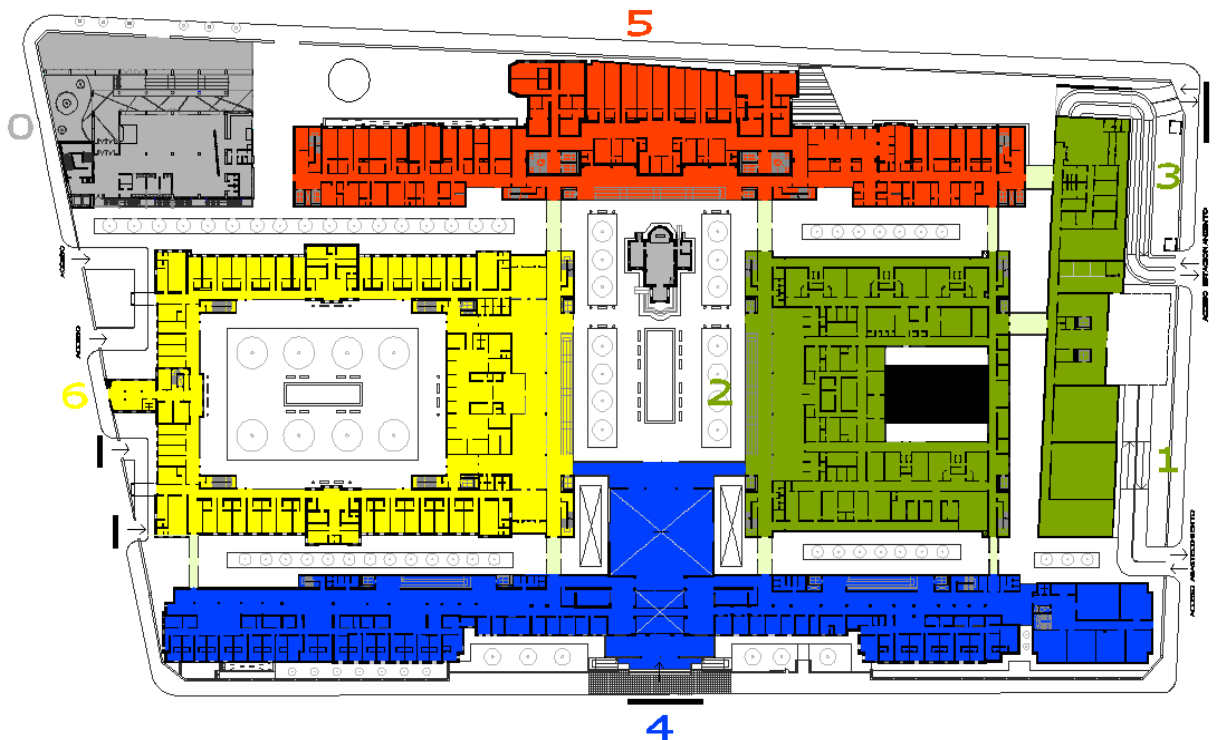
Se genera con su demolición un espacio de 60 x 60 m capaz de contener todo el departamento de diagnóstico y tratamiento de 8164 m²

3. Upgrade Tecnológico

Como ya se ha mencionado los pabellones existentes tienen alta capacidad de ser reciclados por dos razones.

La primera es que cada uno de ellos tiene un desarrollo en planta y una superficie total muy significativos; la segunda es que tienen una estética muy sencilla lo que permite su adaptación a los lenguajes contemporáneos.

La incorporación de un pabellón de más de 8000 m² nuevos permite que allí se realicen actividades de alto impacto tecnológico que como ya ha sido dicho requieren de edificios nuevos



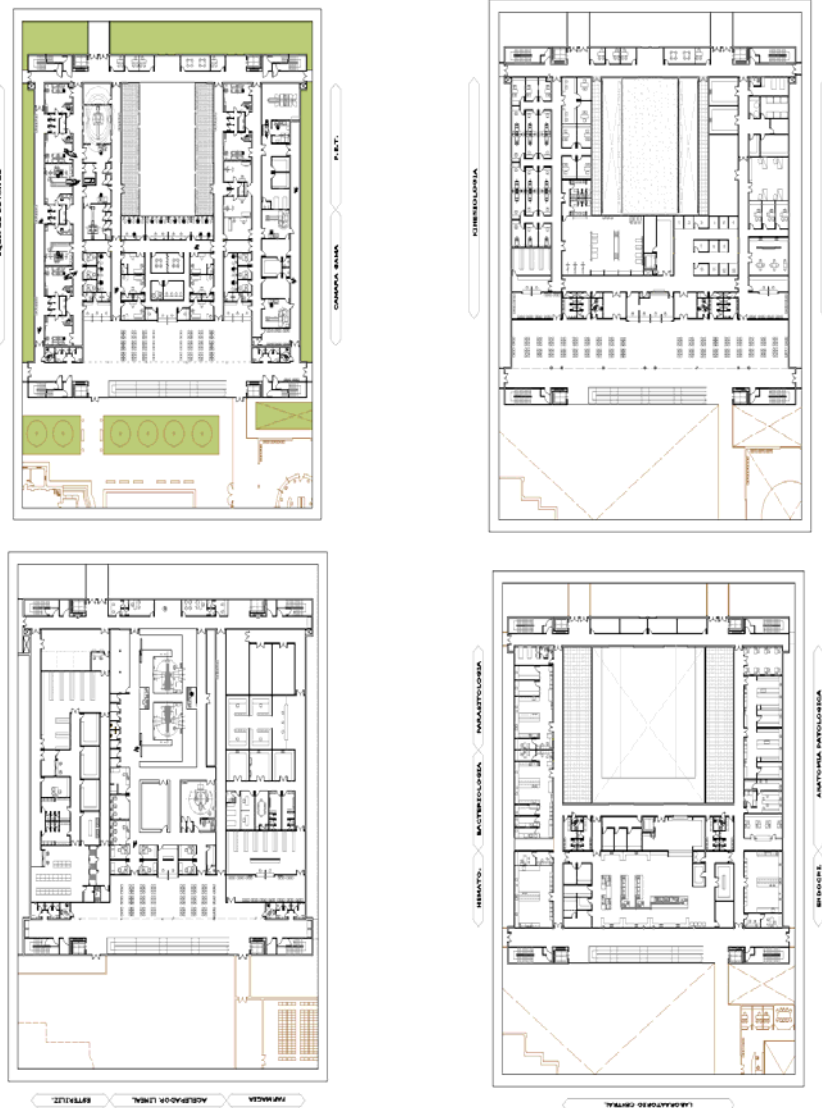
*Planta Baja de Etapas de Conjunto
Etapas 1 2 y 3 (Verde Oscuro) Área de Diagnóstico y Tratamiento
Farmacia y Esterilización Central de Abastecimiento y Procesamiento*

De esta manera, este primer edificio se ubica en el Plan Maestro, como centro de todo el sistema y de forma equidistante a los dos procesos que más abastece (Áreas Críticas y Ambulatorio)

Al reunir el diagnóstico y ubicarlo de una manera tan central y equidistante a los demás procesos se mantiene el concepto de **paciente como foco** ("focus patient") sobre el cual concentrar la atención.

Se ha planteado la siguiente distribución por plantas: Subsuelo, Planta Baja, Primer Piso, Segundo Piso con una superficie total de 8164 m²

PLANTAS DEL EDIFICIO DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SUBSUELO PLANTA BAJA PRIMERO Y SEGUNDO PISO



ETAPA 1
EDIFICIO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
PLANTA BAJA, SUBSUELO, PRIMERO Y SEGUNDO PISO

DESCRIPCIÓN DEL SUBSUELO

En la planta del **Subsuelo** se localizaría el Área de Terapia Radiante, Farmacia y Esterilización

Terapia Radiante

En el Centro del Edificio se ubicaría toda el Servicio de Terapia radiante, con dos Aceleradores Lineales de distintas capacidades, para abarcar todas las patologías, con Tomógrafo Computado de marcación y /o Segundo Tomógrafo Computado para el resto del Hospital con un funcionamiento más independiente del Servicio de Terapia Radiante

Al estar en el centro del edificio, la estructura de bunkers de hormigón de 1 metro de espesor en todas sus dimensiones, no perturba al resto de las plantas, ya que a partir de la planta baja, el edificio se ahueca y se convierte en una U con patio central

De esta manera el centro del Subsuelo tiene la actividad de mayor jerarquía de la planta

Farmacia

A los laterales se ubicaron Farmacia por un lado y Esterilización más cercana al edificio de Áreas Críticas por el otro.

La distribución lineal de la Farmacia, a su vez cercana al acceso de la calle Urquiza y del Edificio Ambulatorio permitiría la ubicación de la farmacia de público con espera y depósito propio para la clasificación de los distintos programas a atender. Del lado opuesto se ubicarían el abastecimiento, los depósitos y el área de clasificación para abastecer a todos los servicios desde la circulación técnica.

Esterilización

Al otro lado de los bunkers se situaría la Esterilización, también de desarrollo lineal, cercana al Edificio de las Áreas Críticas y con un núcleo técnico de abastecimiento exclusivo a Planta Quirúrgica y Terapias.

Se resuelve con doble circulación en todo su desarrollo para evitar que lo limpio y lo sucio se crucen en todo su proceso y se incorporan autoclaves de doble entrada para fortalecer estos conceptos, además de incorporar el óxido de etileno y el peróxido de hidrógeno.

DESCRIPCIÓN DE LA PLANTA BAJA

En **Planta Baja** se localizaría la Central Única de Diagnóstico por Imágenes (con el máximo nivel de actualización).

Se mantiene el concepto de ubicar en el centro del edificio, de manera equidistante dentro de la planta, el área de Work Station como concentrador de la actividad que se realiza en la totalidad de la misma.

De esta manera las imágenes de TC podrán compartirse con RSM y con las del PET y Cámara Gamma

Radiología Convencional, Tomografía Computada y Resonancia Magnética Nuclear

Hacia un lado, cercano a las Áreas Críticas se ubicarían en una tira la Radiología convencional (5 equipos) y la Radiología seriada (3 equipos para estudios contrastados), y en la otra tira el conjunto de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Nuclear.

De esta manera, lo que tiene mayor uso en Emergencias se ha ubicado próximo a la circulación técnica, con posibilidad de cerrar el resto del piso por la noche y dejar esta única área solo para guardia.

Ecógrafías, Mamografía, Densitometría. Medicina Nuclear, PET, Cardio Imágenes

Hacia el lado contrario a las Áreas críticas se ubicarían, por un lado la tira formada por Mamografía con estéreo-tasía, Ecografía (8 equipos), Densitometría y por otro lado la tira formada por Medicina Nuclear con PET y Cámara Gamma, incluyendo la Cámara Gamma Cardiológica y Eco cardiología.

Deberá existir un mínimo de 8 equipos rodantes para estudios de radiología en sala.

DESCRIPCIÓN PRIMER PISO

En el **Primer Piso** se ha resuelto otro gran paquete de público con un Área Central de pacientes para la extracción de Laboratorios.

Vuelve a mantenerse el concepto de ubicar en el centro de la planta las actividades más jerarquizadas: extracción y distribución de las muestras de laboratorios y el gimnasio de rehabilitación.

En el área de atención de pacientes para laboratorios se ha tenido en cuenta la extracción de sangre, la preparación de las muestras para su distribución y la recepción de muestras de la internación y/o derivaciones de la red hospitalaria y centros barriales.

Hacia un lado del edificio del lado cercano al edificio Ambulatorio se desarrollaría el Servicio de Hemoterapia (a la izquierda del plano) y hacia el otro lado (a la derecha del plano), se ubicarían todas las áreas relacionadas con las actividades de Rehabilitación. Ésta estará compuesta por una división de Kinesiología, compuesta por un gimnasio con equipamiento para actividades físicas, integrado por paralelas, colchonetas, bicicletas, cintas, poleas, espaldares, etc. y gabinetes con equipos de magnetoterapia, ultrasonido, onda corta, láser y otros. Esta concepción integral de la rehabilitación es única en la Red de GCBA para un Hospital Generales de Agudos

Para las actividades de Rehabilitación se ha pensado desarrollar un gimnasio que debería ser aprovechado por Kinesiología, Rehabilitación cardiopulmonar, Medicina del deporte, Maternidad (Curso de parto) y Geriatria (Programa de Actividad Física para la tercera edad).

También se ubicarían los servicios de Fonoaudiología y de Psicopedagogía.

DESCRIPCIÓN SEGUNDO PISO

Se reitera la jerarquización del centro de la planta con la distribución de muestras, la ubicación del "Core Lab" y de Biología Molecular en forma equidistante a todos los servicios para su utilización integral como proceso a desarrollar por todas las áreas.

Se unificarían todos los Laboratorios tomando como criterio cuatro grandes conjuntos:

- a) El Laboratorio Clínico también denominado Core Lab o Laboratorio Central
- b) El laboratorio de Biología Molecular
- c) El laboratorio de Microbiología (con Bacteriología y Parasitología)
- d) El Laboratorio de Anatomía Patológica

Los laboratorios de Endocrinología y Hematología se ubican adyacentes al "Core Lab" manteniendo de esta manera las determinaciones que son propias del área y cediendo todas las determinaciones que son generales al Core Lab.

DESARROLLO DE GESTION Y EQUIPAMIENTO CONSOLIDACION, GESTION Y TECNOLOGIA

La gestión de Diagnóstico y Tratamiento apunta al reordenamiento y concentración de los recursos (humanos, de equipamiento, insumos y organizacionales) necesarios para dicha gestión, en un único pabellón, con la máxima tecnología a la fecha.

Los servicios involucrados se deben adecuar rápidamente a los nuevos paradigmas que se plantean, tales como:

- Interdisciplina
- Concentración de recursos
- Tecnología moderna
- Incremento de la eficiencia
- Sistema informático integrado

La elaboración de esta etapa del proyecto comprendió un estudio de mercado amplio y profundo, con múltiples entrevistas a los proveedores de los diferentes rubros, visitando las empresas proveedoras de tecnología y concurriendo a los establecimientos donde se había implementado ese equipamiento, para comprobar "in situ" como funcionaban.

Complementariamente, se llevaron a cabo distintos workshops sobre el tema, tanto en el Hospital como en otros auditorios, se visitaron empresas del interior del país y se viajó a países limítrofes, para ampliar los conocimientos acerca de cómo se había resuelto esta problemática gestión en otros sitios.

Este punto es altamente relevante toda vez que el diseño arquitectónico definitivo deberá consolidarse cuando se haya definido el equipamiento y sitios de emplazamiento.

En lo atinente a los **Laboratorios** propiamente dichos, la estrategia fijada puede definirse como de integración participativa e interdisciplinaria de las distintas áreas, con el fin de economizar recursos humanos, físicos, instrumentales e informáticos.

De esta manera, se reducirá el número de laboratorios incrementándose su complejidad y se informatizarán tanto los servicios técnico – profesionales como las áreas administrativas y de abastecimiento.

La idea fue diseñar laboratorios funcionales con el menor número de columnas, amplios e integrables. Para este desarrollo se pensó y discutieron diversos modelos, desde el punto de vista de las nuevas tecnologías, además de considerar aspectos en cuanto a su construcción, ergonomía, confort y bioseguridad, de tal modo que se garantizaran condiciones de seguridad tanto a los integrantes del equipo de salud como a los pacientes, acompañantes y proveedores.

Estos parámetros permitirían el crecimiento y la renovación tecnológica en periodos establecidos con programación previa, conforme una adecuada planificación estratégica.

Otro aspecto importante que se tuvo en cuenta fue el flujograma de actividades como ser el recorrido que seguirían las muestras, desde su ingreso hasta el egreso de los resultados, al igual que para los depósitos, la distribución de las heladeras, cámaras frigoríficas y freezers, las circulaciones del personal y de los insumos (materiales, reactivos), sin dejar de tener en cuenta el egreso de materiales para desechar (basuras y residuos patológicos).

Los beneficios que el proyecto representaría para el Laboratorio, pueden resumirse de la siguiente manera:

- Modificación edilicia actualizada conforme a las estructuras y tecnologías modernas.
- Integración de los laboratorios y sus diferentes unidades / secciones, conformando una estructura única con el Laboratorio central.
- Implantación de una red informática integrada.
- Todo el equipamiento debe estar conectado al LIS y este al HIS. Los equipos de los diferentes laboratorios, luego de ser validados, deben bajar en forma automática los resultados al LIS (Software de los Laboratorios), el cual volcará los mismos al software centralizado del hospital (HIS), incluida también la digitalización de imágenes.

Se deben emplear soluciones informáticas, que:

- a. Puedan implementarse rápidamente.
- b. Tengan un costo razonable de acuerdo al beneficio brindado.
- c. Puedan ser actualizadas rápidamente y cuando se lo necesite.

Esto hará que la tarea del laboratorio sea más productiva, reduzca los errores y mejore la calidad de vida del sector laboral.

- Renovación y actualización del equipamiento, que permita disponer de tecnología no más antigua de cinco (5) años, en aquellas esferas que hayan mutado rápidamente.
- Capacitación de los recursos humanos y redistribución los mismos, con adecuación a nuevas funciones.
- Expectativa de acreditación de los laboratorios, con controles de calidad internos y externos y conforme a las normas ISO.
- Modificación de la guardia que será atendida por una única estructura las veinticuatro (24) horas.
- Los pedidos múltiples (por cada sección), se transformaran en un pedido único.

En cuanto a **Imágenes**, éstas se digitalizan mediante sistemas ágiles y eficientes, basados en la informática como herramienta global, permitiendo abarcar íntegramente el proceso desde la atención del paciente hasta el informe recibido por el médico en forma virtual. Se efectúa la digitalización de imágenes RIS-PACS-HIS

Para ambas actividades (Laboratorios, Imágenes) es de suma importancia la consolidación de, también, una única central que optimice los procesos de **Abastecimiento, almacenamiento y dispensación**, controlando el ingreso y entrega de medicamentos e insumos (reactivos, placas) así como la eliminación de desechos y materiales residuales, realizándolos por accesos independientes a la actividad asistencial, todo ello bajo una única dirección.

TECNOLOGIA EN LOS PROCESOS DE DIAGNOSTICO LABORATORIOS

Se reitera la **jerarquización del centro de la planta con la distribución de muestras, la ubicación del "Core Lab" y de la Biología Molecular en forma equidistante a todos los servicios** para su utilización integral como proceso a desarrollar por todas las áreas.

Se unifican todos los Laboratorios las practicas mas comunes o rutinarias tomando como criterio seis grandes paquetes :

- El Laboratorio Clínico también denominado Core Lab o Central
- El Laboratorio de Biología Molecular
- El Laboratorio de Microbiología con Bacteriología y Parasitología (Chagas, Toxoplasmosis, Micología)
- El Laboratorio de Anatomía Patológica
- El Laboratorio de Endocrinología
- El Laboratorio de Hematología



*Laboratorio Central Core Lab (Sector Central)
Laboratorio de Hematología Sector Derecho
Laboratorio de Endocrinología (Sector Izquierdo)
Seccion de Clasificacion de Muestras(Sector Abajo Izquierda)
Biologia Molecular (Sector Abajo Derecha)*

Los Laboratorios de Endocrinología y Hematología se ubican adyacentes al “Core Lab” manteniendo de esta manera las determinaciones mas específicas y de investigación que son propias del área y cediendo todas las determinaciones que son generales al Core Lab.

Se equipan de acuerdo al perfil de investigación.
Se necesitan para los laboratorios:

Soluciones altamente flexibles, y rápidas de cambiar.
Reducir la complejidad no la tecnología.

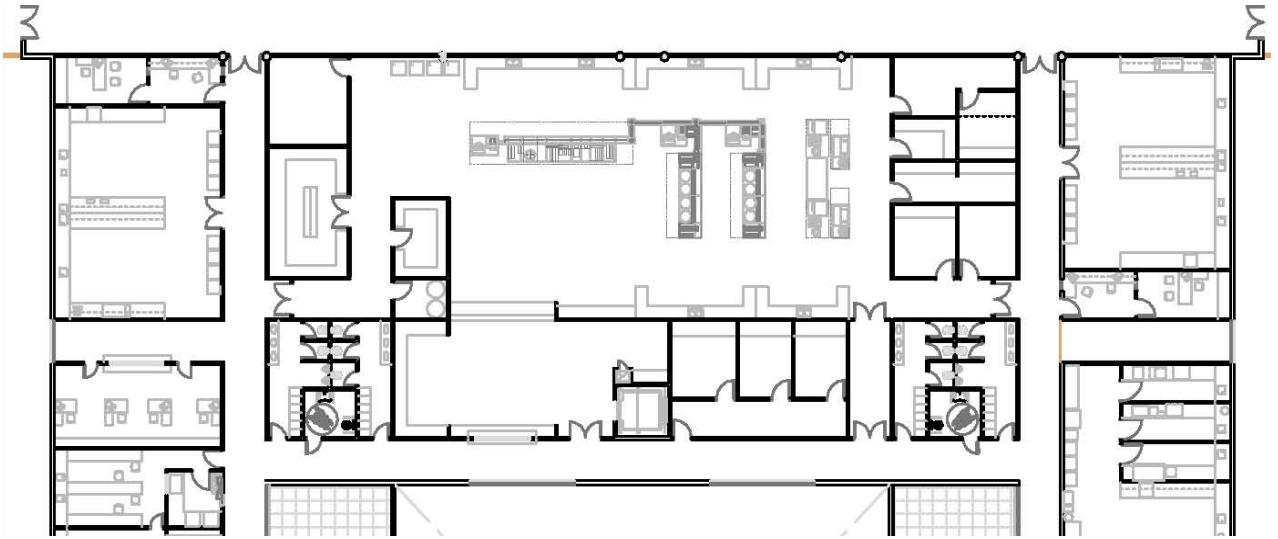
Los productos deben ser compatibles y complementarios en toda la red.
Operatividad segura, libre de fallas y minimizar errores hasta erradicarlos.
Proveedores confiables que aporten soluciones confiables.

Pocas interrupciones, rapidez, habilidad para adaptarse, confiabilidad del sistema, menú amplio, simple de usar, costo eficiente y libre de fallas. Son éstas las necesidades de los laboratorios para administrar la dinámica cambiante del mercado

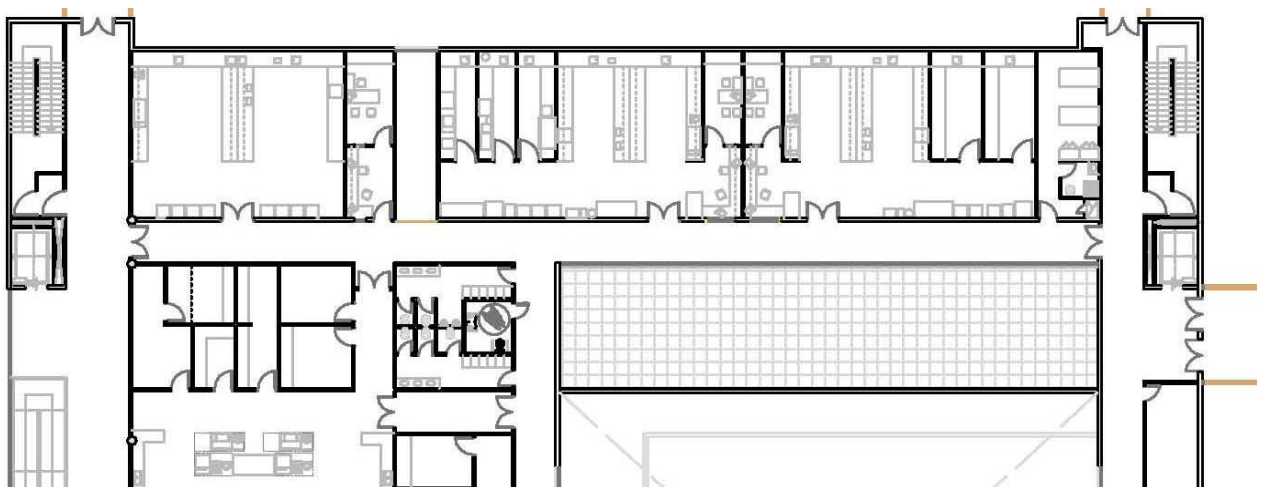
Estos son los imperativos para el laboratorio de hoy. Es la verdadera consolidación para su rutina de trabajo .Haciendo mas con menos

Es muy importante INTEGRAR LA URGENCIA A LA RUTINA con lo cual lograremos tener un solo laboratorio las 24 horas del día, todo en 1 solo tubo.

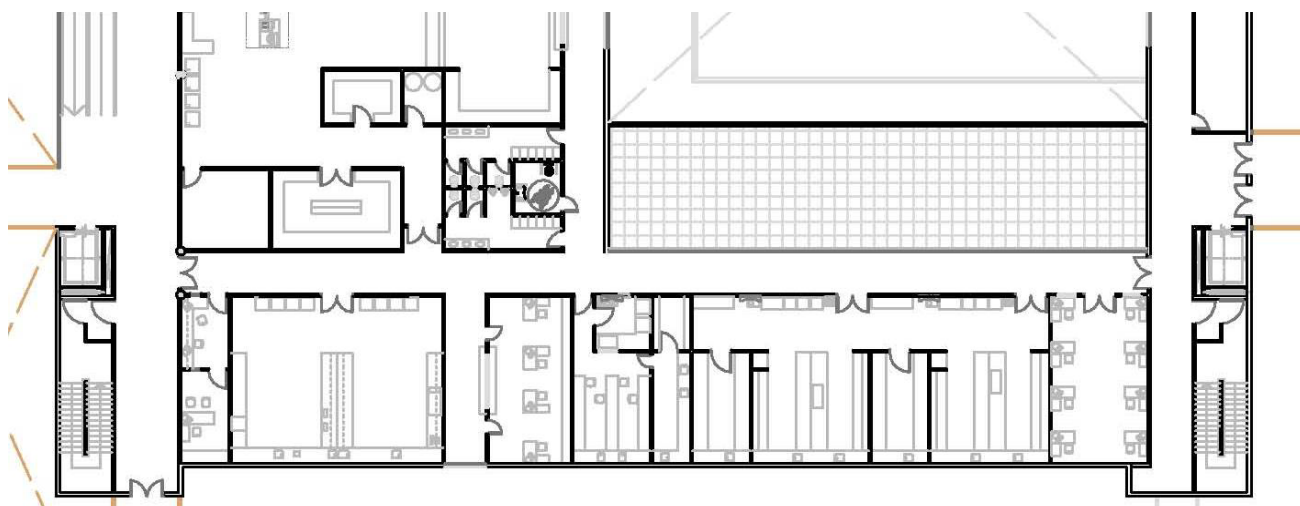
El segundo nivel de CONSOLIDACION se logra automatizando el flujo de trabajo. Se dispondra de equipamiento automatizado, (autoanalizadores) para Quimica Clinica e Inmunologia



*Laboratorio de Central Automatizado Core Lab
Laboratorio de Urgencias
Laboratorio Central Practicas Manuales
Diferenciacion de Accesos Acceso de Muestras
Acceso de Abastecimiento Acceso de Personal*



Laboratorio de Microbiologia Bacteriologia y Parasitologia



Laboratorio de Anatomia Patologica

**AUTOMATIZACION DE LABORATORIO CENTRAL CONCEPTO DE CORE LAB
 PROCESO DE GESTION DE LA MUESTRA AUTOMATIZACION PREANALITICA**



En este piso estarían ubicados:

- a- El Laboratorio Clínico Lab Core
- b- La Biología Molecular, Laboratorio preparado para las diferentes especialidades del Hospital a saber:

- 1-Hematología,
- 2-Virología (Carga Viral,
- 3-Infectología
- 4-Anatomía Patológica,
- 5- Hemoterapia, testeo de paciente y de donantes.

Debe constar de 3 áreas fundamentales:

- 1- Preparación de Reactivos (Centrifuga refrigerada, Cabina de Seguridad, Termoblock, Termolock, Heladera)
- 2- Procesamiento de muestras (incluye Flujo Laminar de Seguridad Biológica y Heladera)
- 3- Área de amplificación y detección. RNA (Tackman, LightCycle)

CONCLUSIONES

1. INTERDISCIPLINA CONJUNCION MEDICO ARQUITECTONICA TECNOLOGICA

Cuando se hizo referencia a un Plan Maestro Integral por Etapas, para el Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, se habló de la planificación y relocalización de áreas, con el objeto de obtener modificaciones en el proceso edilicio del establecimiento, que sirvan como un adecuado soporte y complemento, al nuevo modelo médico propuesto para los próximos años.

El desafío fue enfrentar edificios e instituciones con más de 80 años de antigüedad, que responden a paradigmas y formas de profesar la atención sanitaria que no están vigentes en el siglo XXI.

Para el desarrollo del Plan Maestro nos enfrentamos a elecciones de Tecnología y de Equipamiento, que se modifican cada vez más velozmente y con períodos de desarrollo cada vez más cortos.

Todas estas complejidades requirieron superar cada vez más desafíos en simultáneo, por lo que fue necesario que la resolución de las mismas sea realizada desde un equipo interdisciplinario, que se concentro en tres caminos al mismo tiempo:

- **El camino de los procesos médicos**, a través de una reingeniería de lo existente para abordar nuevos modelos de atención y tecnologías (responsabilidad de médicos, enfermeros y de todo el personal del equipo de salud).

- **El camino de la arquitectura y la resolución constructiva** de los espacios, los que deberán ser cada vez más flexibles y con alta capacidad de crecimiento en función de nuevos procesos hospitalarios o de la expansión de los ya existentes (responsabilidad de arquitectos e ingenieros especialistas en infraestructura e instalaciones).

- **El camino de la tecnología**, a través del análisis de todos los procedimientos, dispositivos y aparatología existentes en el mercado, para determinar qué modalidades de aplicación se van a emplear a efectos de que consolide y acompañe al modelo médico y no que éste transcurra a la zaga de la tecnología

(responsabilidad de bioingenieros e ingenieros especialistas en equipamiento medico).

2. PORQUÉ EL RAMOS MEJIA

Su rol actual dentro de la red es indiscutido e indiscutible, desde el punto de vista de la producción, ubicación estratégica y complejidad, siendo el único de los hospitales de alta complejidad de la red del GCBA que no ha recibido ninguna reforma estructural en los últimos veinticinco (25) años.

En cuanto a **producción** es el hospital con mayor número de camas y pacientes – día, está entre el tercer y cuarto lugar en cuanto a egresos y consultas externas, y primero en la atención prehospitalaria, a la vez que igual sitio le corresponde en cuanto a consultas del Plan Médico de Cabecera y controles preventivos en el programa de PAP, todo lo cual lo coloca en el podio de los grandes procesos asistenciales: Atención ambulatoria, internación, urgencia, atención primaria y prevención.

En cuanto a **ubicación estratégica**, se encuentra consolidado dentro de una estructura urbana particular en una de las áreas estratégicas más densamente pobladas y concurridas de la Ciudad, que da respuesta a una triple demanda poblacional claramente diferenciada: la del área programática, la del área de influencia, y la que transita y/o trabaja en los grandes conglomerados como estaciones y terminales de tren y subterráneo (Once y Constitución), el Congreso, Tribunales, centros comerciales, lugares de diversión.

3. PLAN MAESTRO EN ETAPAS POSIBLE TIPOLOGIA EDILICIA PUESTA EN VALOR EDIFICIOS DE OBRA NUEVA CON TECNOLOGIA VIGENTE



Es un conjunto edilicio cuya plaza interior conforma un espacio de valor patrimonial e histórico, con edificios de un estado de conservación que merecen (a excepción de los más pequeños) una puesta en valor que los preserve y adecue al nuevo modelo asistencial.



Fotos Aereas desde Google Earth

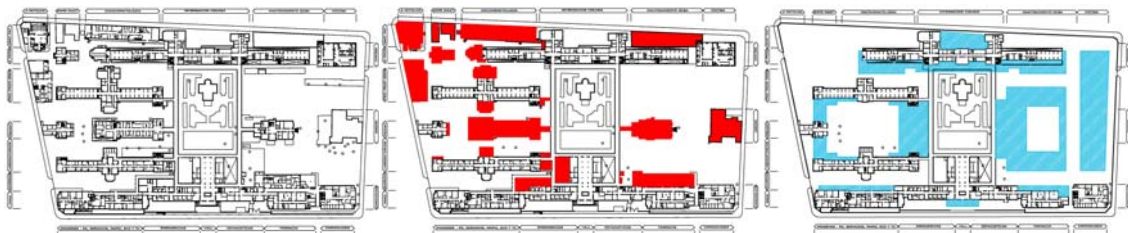
Se trata de un conjunto edilicio racionalista y austero que no ha sufrido grandes intervenciones edilicias, por lo que es más fácil su puesta en valor e intervención.



El conjunto edilicio es patrimonial, no así sus edificios aisladamente. El conjunto-patio-plaza-capilla es patrimonial y es el espacio ordenador del conjunto que a su vez le da carácter y calidad espacial al mismo, y funciona como espacio de articulación.

Como premisa de partido de arquitectura se trató de respetar y mantener en la medida de lo posible los edificios existentes que tuvieran valor desde el punto de vista arquitectónico y desde el punto de vista sanitario.

Los edificios que rodean al patio son de gran envergadura, poseen más de 150 metros de longitud, lo que facilita su readecuación a gran parte de las nuevas tecnologías médicas.



Planta Baja Existente

Planta Baja Demolición

Planta Baja Crecimiento

Se realiza una intervención total de obra nueva para las Áreas de Diagnóstico y Tratamiento con un edificio que se adiciona al conjunto para conformar nuevamente la plaza-patio patrimonial

El edificio es concebido en función a las tecnologías a desarrollar, manteniendo el concepto de los conectores existentes como elementos de vinculación con los edificios de tira existentes.

Se desarrolla de un hall de acceso general al conjunto acorde a la escala del hospital que se propone.

El hall mencionado es replicado en todos los edificios que rodean a la plaza - patio, tanto el nuevo edificio de diagnóstico como de los edificios reciclados, conformando un sistema de circulación alrededor de la plaza-patio recharacterizado acorde a las nuevas tecnologías y normativas.

El uso de un lenguaje contemporáneo para toda la obra nueva, pero sumamente neutro para resaltar los valores arquitectónicos de los edificios existentes.



Del balance de superficies entre el conjunto existente y el conjunto propuesto con una discriminación entre nuevo, demolición y reciclaje, se deduce que la proporción de obra nueva propuesta para el conjunto esta casi dedicada a:

- Edificio de obra nueva para nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento
- Edificio de obra nueva para abastecimientos y procesamientos

Los volúmenes que se adicionan a los edificios existentes constituyen generalmente áreas de circulación y unión de los edificios. De esta forma los edificios existentes se mantienen preservados en la forma y se dedican a las funciones específicas de consulta, internación y otras.

Los volúmenes nuevos se dedican a circulaciones horizontales y verticales y elementos de conexión entre pabellones.

4. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO

DE HOSPITAL PABELLONADO

Modelo funcional valido hasta fines de los años 40
Falta de desarrollo tecnológico

A HOSPITAL INTEGRADO

Definido por modelo médico
Concentración e Interrelación de procesos.

