

UNIVERSIDAD CENTRAL
FACULTAD DE ARQUITECTURA, URBANISMO Y PAISAJE
CENTRO DE ESTUDIOS ARQUITECTÓNICOS, URBANÍSTICOS Y DEL PAISAJE



Cifuentes, Claudio Canales
Arquitectura Hospitalaria Hospitales de Niños en Santiago:
“de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria”
Revista Electrónica DU&P. Diseño Urbano y Paisaje Volumen V N°13.
Centro de Estudios Arquitectónicos, Urbanísticos y del Paisaje
Universidad Central de Chile.
Santiago, Chile. Abril 2008

ARQUITECTURA HOSPITALARIA. HOSPITALES DE NIÑOS EN SANTIAGO: “de la humanización del hospital pediátrico, a la arquitectura sanatoria”

CLAUDIO CANALES CIFUENTES

RESUMEN.

El texto presenta una revisión de los diversos factores que inciden en la habitabilidad de un hospital pediátrico. Examina, como un caso de estudio, la condición actual de uno de los hospitales pediátricos en Santiago. Considera los avances técnico-programáticos, en la concepción de un edificio hospitalario. Advierte que estos establecimientos de equipamiento urbano operan como elementos del paisaje edilicio en la ciudad. Destaca la influencia que ejercen en el entorno inmediato además de establecer una simbología e imagen cultural de las políticas de salud.

Palabras clave

Hospital pediátrico / arquitectura hospitalaria / humanización pediátrica

ABSTRACT

The text displays an overview of the diverse factors that affect the habitability of a pediatric hospital. It examines, as a case of study, the present conditions of one of the pediatric hospitals in Santiago. It considers the technical and programmatic advances of a hospitalarian building. It notices that these establishments of urban equipment operate like elements of the building landscape in the city. It emphasizes the influence that exerts in the immediate surroundings, besides to set up a symbolic and cultural image of the health politics.

Key Words

Pediatric Hospital / Architecture of Hospitals / pediatric humanization

TEMARIO

Introducción

1. La Atención de Salud, Consideraciones y Proyecciones
2. Historia, hechos, arquitectura, usuarios y sentido de un hospital pediátrico
3. “Del dicho al hecho” visiones hospitalarias en humanización pediátrica

Conclusiones

INTRODUCCIÓN

El texto plantea los elementos para la creación de centros de salud, aspirando a un óptimo funcionamiento en cuanto a la atención hospitalaria. Como estos responden a las necesidades y características de sus propios usuarios y su adaptación (como espacio) a través del tiempo, sin dejar de lado, el hecho que un hospital se convierte en imagen de desarrollo y pasa a ser no sólo parte del equipamiento urbano, sino que agente en la percepción de un valor agregado a la ciudad, tanto desde el punto de vista de la función que cumple como centro de salud y la imagen física que extrapola fuera de su función.

Se intenta determinar aspectos funcionales, programáticos y de confort espacial, desde una perspectiva de usuario infantil, en el diseño de la Arquitectura Hospitalaria Pediátrica actual en Santiago, en busca de la arquitectura sanatoria. Y por consiguiente, presentar los patrones del usuario infantil que interactúan con el entorno físico, en un ambiente hospitalario. Junto con ello, determinar los aspectos técnico-programáticos de una arquitectura sanatoria, en un hospital de niños. Y por último, presentar los elementos primordiales en la formación de una imagen hospitalaria sanatoria.

1.- LA ATENCIÓN DE SALUD, CONSIDERACIONES Y PROYECCIONES

La evolución del perfil social y demográfico de la población, tiene repercusión en la estructura y magnitud de los problemas de salud que se enfrentan en los próximos decenios. La urbanización intensa y acelerada, los cambios en los estilos de vida y de producción, el aumento de expectativas de vida, el envejecimiento de la población y un aumento de pacientes con enfermedades crónicas, tienden a crear nuevos problemas de salud en la población y en el medio ambiente.

La aparición de estos nuevos problemas sanitarios, obligan a mirar la salud desde una perspectiva distinta. En la actualidad, los avances tecnológicos, permiten efectuar numerosos procedimientos de diagnóstico y tratamiento sobre diferentes complejidades de manera ambulatoria. Los futuros establecimientos deben considerar los requerimientos de los nuevos modelos de atención ambulatoria y sobre el perfil epidemiológico de los usuarios, de modo de permitir un funcionamiento acorde con estas nuevas estrategias en los diferentes niveles de atención.

Así como en la técnica se ha progresado, lo referente a la satisfacción del usuario ha pasado a ser una meta prioritaria para el sector público de salud (MINSAL, Chile) centrada en lograr que los pacientes y sus familias sientan satisfechas sus expectativas respecto a la solución adecuada y oportuna de sus problemas de salud en establecimientos acogedores, con espacios dignos y confortables para la espera y la atención médica.

La salud orientada al servicio de las personas plantea la necesidad de humanizar los espacios de atención de salud, diseñándolos según como los desean, buscan o que esperan encontrar en ellos, para satisfacer sus necesidades y a su vez permitir que las personas que trabajan en dicho lugar puedan realizar estas acciones de manera eficiente y segura.

1.1- La Atención Ambulatoria en Chile

Las mejores expectativas de vida al nacer y una mayor sobrevivencia de personas portadoras de patologías crónicas, crean nuevas y crecientes necesidades de atención sanitaria, lo que se

traduce en mayor demanda de prestaciones de salud, especialmente en el sector público de salud. Esta mayor demanda en cantidad y complejidad de prestaciones, trae como consecuencia un aumento en los costos de los programas médicos tradicionalmente entregados en el hospital.

La resolución en forma ambulatoria de problemas que antes requerían hospitalización, ha resultado de una mayor satisfacción del usuario, mejor calidad y acceso más rápido a la atención de salud. Por otro lado interfiere menos en la vida personal y familiar del usuario, disminuyendo inclusive, la tasa de infecciones intrahospitalarias.

1.2- El Confort, criterios de diseño

Es referido a aquellos aspectos que dicen relación con los grados de comodidad y calidad de la permanencia en los establecimientos de salud, de pacientes y del personal. Aspectos que se han visto incentivados por los avances tecnológicos, las comunicaciones, el grado de competitividad de los diferentes mercados y por los niveles de calidad de la prestación, exigidos concientemente por los usuarios.

El impacto del entorno del establecimiento en el marketing y en la capacidad de atraer a los usuarios, además de ser muy apreciado, tiene la capacidad de influir positivamente en el estado y sensación de bienestar, tanto fisiológico como psicológico de las personas:

- i- Estímulos Sanadores: investigaciones en el área del comportamiento, han documentado que los espacios o lugares con características “sanadoras” pueden disminuir el nivel de estrés de las personas. Un espacio que permita calma, aliviar y tranquilizar a las personas, requiere de la introducción de elementos positivos, como vistas a la naturaleza, obras de arte, acuarios y plantas. Los estímulos que se reciben desde el exterior, tienen efectos directos sobre el estado de ánimo. En el ámbito de sensaciones visuales, se ha comprobado que el efecto del sol es estimulante de la glándula pineal, situada en la base del cerebro y detonadora de un nivel más activo de respuestas, así se explica lo estimulante que es la luz solar y su importancia en el desarrollo arquitectónico de cualquier tipo de proyecto.
- ii- Variación temporal de los parámetros de confort: Las respuestas de ocupantes de un ambiente, a los parámetros ambientales, pueden ser mucho más dispares de lo que los estudios convencionales de confort establecen. Entre los factores psicológicos a considerar en el diseño ambiental, es importante la variación temporal de los parámetros lumínicos, térmicos y del aire. Sea por la necesidad psicológica de cambio de la percepción o por factores fisiológicos involucrados en dicha percepción, las energías naturales admiten márgenes de confort mucho más amplios que los ambientes estáticos artificiales. La posibilidad de control, de las características del propio ambiente por parte de los usuarios, está ligada con la sensación de claustrofobia en ambientes cerrados, que se agudiza con elementos como colores cálidos, altas temperaturas, sonidos graves, alto nivel de ruido, etc.

1.3- Arquitectura Hospitalaria en Chile, origen y desarrollo

La arquitectura hospitalaria en Chile ha alcanzado una importante diversidad y extensión histórica, esta extensión hace posible reconocer que el hospital en tanto constituye uno de los edificios públicos más importantes de la ciudad, que ha venido representando los principios de la institución que lo sustenta. De acuerdo con esto, los primeros hospitales en Santiago se

crearon según la doctrina de la iglesia (desde 1700), que llegaba a dominar gran parte del espacio social y cultural de la época. Posteriormente cuando se consolidan fuertes progresos en el conocimiento médico, la caridad religiosa es reemplazada por la filantropía de los benefactores de las ciencias, a través de las Juntas de Beneficencia (1920). Finalmente, la salud llega a ser un problema público, estatal, creándose el Servicio Nacional de Salud, de aquí en adelante el gobierno entiende que la salud, como elemento de desarrollo, es un patrimonio nacional y por lo tanto un deber irrenunciable del Estado.

La evolución de los modelos arquitectónicos que han albergado el espacio para restituir la salud del cuerpo humano, han derivado desde la asistencia caritativa de la iglesia hasta las especializadas instituciones hospitalarias actuales, en el que el hospital se ha convertido en un complejo centro de diagnóstico, de enseñanza y formación científica. En la mayoría de los proyectos presentados, el programa, que se define como programa médico arquitectónico, se establece sobre la base de estrictas normativas médicas, con una tecnología estándar, que llega a ser un factor indiscutible de diseño: como un dato fijo y cerrado. El hospital es entendido como un objeto programado, una máquina, en sus esfuerzos por satisfacer sus propias necesidades de cantidad de espacio y capacidad tecnológica.

De estos principios y consideraciones básicas del desarrollo arquitectónico hospitalario, se pueden presentar tres condiciones sobre la identidad y sentido de un hospital:

- i- El espacio de salud contribuye a restituir la salud del cuerpo. Así como a través del diagnóstico el médico propone un tratamiento que intenta recuperar la salud del cuerpo enfermo, de igual forma, el marco físico en que se encuentra constituye en sí mismo un operador terapéutico. Con la definición del espacio ambulatorio y de hospitalización, el lugar de permanencia de los cuerpos enfermos, se complementa la terapia médica. De alguna manera mediante las cualidades del espacio es posible determinar su eficiencia (como un marco de apoyo o restricción). El hospital puede establecer las condiciones de aislamiento integración o disociación del espacio, que afectan decisivamente la experiencia física y psicológica de la persona. La arquitectura sirve de medio o remedio, para devolver el estado anterior de salud del cuerpo, el cual permanece en una situación alterada de lo normal, una posición horizontal que invierte sus puntos de apoyo y de referencia del espacio.
- ii- El espacio de hospitalización es reflejo de la evolución de la medicina. El acelerado desarrollo de la ciencia y las prácticas médicas han transformado radicalmente las actuales expectativas de vida y posibilidades terapéuticas. Los planteamientos arquitectónicos que fundamentan la estructura, organización y condiciones espaciales de los hospitales, se encuentran estrechamente ligados a este progreso del conocimiento médico. En el siglo XIX se produjo una verdadera revolución de los conocimientos técnicos y teóricos, que tuvo como consecuencia principal la especialización de la medicina.
- iii- El espacio de hospitalización ha desnaturalizado su capacidad terapéutica. Una consecuencia de la extrema especialización. Muchos de los métodos que han sido usados específicamente para un tratamiento, pierden su efectividad y deben ser reemplazados. La forma del espacio hospitalario se ha proyectado para ser una respuesta exacta a estas exigencias funcionales. De esta manera, el espacio específico también sufre un proceso de obsolescencia funcional. Así como respuesta definitiva, se proponen espacios neutros, libres, capaces de cambiar según las exigencias. Pero en el caso de la sala de hospitalización, los elementos básicos de su funcionamiento no han variado. Aunque la

cama sigue siendo un instrumento medido, en el sentido que reconoce las dimensiones del cuerpo, el espacio de hospitalización también ha quedado indefinido, indiferenciado, llegando a ser un espacio vacío en el que la restitución de la salud depende sólo de los artefactos que se instalan en él.

1.4- La Percepción del Medio Urbano, en la formación de la imagen hospitalaria

La percepción ambiental, las actitudes, los valores humanos y la individualidad, son factores fundamentales a considerar en investigaciones sobre el medio urbano. Según Rapoport (1978) el medio ambiente percibido es una construcción mental basada en la experiencia y en las expectativas, el término percepción puede usarse para expresar lo que la gente percibe a través de los sentidos. Debido a que el término “percepción” es muy amplio, es necesario establecer que involucra los procesos de percepción propiamente tal, cognición y evaluación.

El proceso de percepción, se refiere a la adaptación sensorial del medio, la mayoría de la gente experimenta más o menos las mismas cosas y puede coincidir en percibir la presencia de un árbol, edificio o espacio abierto en un determinado lugar, aunque se evidencie un rango de variabilidad en la percepción de acuerdo con las características culturales de cada uno, se decir, este proceso es más o menos estable puesto que existe una constancia relativa entre culturas, a grandes rasgos las personas ven las mismas calles, plazas y edificios a pesar de sus diferencias culturales.

La cognición, se centra en la comprensión y en el conocimiento, en este aspecto la variabilidad es mayor, puesto que conocer implica usar esquemas y nociones muy variables según la cultura. Todos pueden percibir un edificio en un lugar preciso, pero no pueden reconocerlo como taberna, a no ser que la noción de taberna tenga un significado cultural previamente existente. Por lo mismo puede distinguirse entre una plaza y una calle, sin por ello estar de acuerdo con los usos. En otras palabras, la constancia es menor, la gente puede desorientarse fácilmente en ciudades donde la estructura es difícil de captar, además es necesario considerar que la organización del espacio responde a normativas muy diversas. La evaluación de medios ambientes existentes y la imaginación “idealizada” de medios ambientes, son más variables que la percepción y la cognición, es decir, el mismo medio ambiente puede evaluarse como correcto o bueno por unos e incorrecto y malo por otros.

2- HISTORIA, HECHOS, ARQUITECTURA, USUARIOS Y SENTIDO DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

2.1- Desarrollo del Hospital Pediátrico en Chile

“La Casa de Huérfanos”, fue fundada por la Real Cédula de Carlos III, en 1761 y ocupó el terreno de una manzana de extensión, ubicado en la calle llamada desde entonces Huérfanos, con el nombre de “Hospicio de Pobres, Hospital de Expósitos y de Recogimiento de Mujeres Arrepentidas”. En este solar se construyeron los edificios que albergaron a los huérfanos, los que eran recibidos a través de un torno ubicado frente a la calle Agustinas, este torno era la puerta de entrada de la “Casa de Huérfanos”. El “Hospicio de Pobres” estaba a cargo de La Congregación de las Hermanas de la Providencia, fundada en 1853 y dedicada por entero a la protección de la infancia desvalida, motivo por el cual La Junta Central de Beneficencia dejó a cargo de esta congregación el cuidado de estos niños desvalidos acogidos en esta institución.

El 10 de mayo de 1873, con la firma del Presidente de la República Federico E. Zañartu, se dictó el Reglamento definitivo de la Casa de Huérfanos, cuyos artículos establecían que la Casa de Expósitos, continuaría a cargo de las Hermanas de la Providencia, se les enseñaría a todos los residentes el Catecismo de Religión, Lectura, Escritura y Operaciones Básicas de Aritmética y las mujeres aprenderían lo referido al servicio doméstico. En 1885, durante el Gobierno de Domingo Santa María, se trasladaron a la "Chacra de la Providencia", que tenía una extensión de 67 cuadras. En este terreno se construyeron los nuevos edificios que tenían capacidad de albergar hasta 1000 niños de ambos sexos, además del personal administrativo y religioso, que estaba bajo la responsabilidad de la Congregación Religiosa de las Hermanas de la Providencia.

La Casa de Huérfanos tenía financiamiento propio, derivada de donaciones, esta incluía diversas secciones: 1- Sección Lactantes, en las que estaban los menores de 6 años y que incluía una sub-sección denominada "Pesebre". 2- Sección Casa, para los mayores de 6 años, dividida en dos departamentos: masculinos, entre 6 a 10 años y femenino entre 6 a 20 años. 3- Sección Talleres, destinado a niños mayores de 10 años, a cargo de los Padres Escolapios, donde recibían instrucción primaria y un oficio según la capacidad y preferencia de los niños (sastrería, zapatería, carpintería e incluso agricultura y hortalizas)

2.2- El Hospital como hecho Arquitectónico

Uno de los campos del ejercicio de la arquitectura en el cual se hace más patente la necesidad de clasificar los pasos del proceso creativo y el rol del arquitecto en cada uno de ellos, es el de la proyección de los establecimientos de salud. En el origen más remoto de la cultura occidental greco-romana, el gimnasio y el baño, que pertenecían a los ritos medicinales, eran actos públicos, así la salud pasada por el gimnasio y las termas, el lazareto y el hospital, han formado parte de la concepción de la sociedad y de la construcción de la ciudad. Hoy pareciera que definir la ubicación de un consultorio o un hospital, fuera sólo un asunto de funcionalidad, comodidad o economía. La consecuencia de esto es visible en la enorme cantidad de actos colectivos y públicos que desbordan los hospitales por no tener cabida en ellos, sin ser acogidos por una forma tampoco en el entorno de su ubicación urbana.

El ¿COMO? o de la tipificación, normalización y estandarización: Si se observan los establecimientos de salud existentes en el país veremos una variedad enorme de nombres y construcciones muchas veces difíciles de discernir a qué corresponden. No se comprende bien en qué se diferencian, por ejemplo, una posta de un consultorio o un hospital de un centro médico, entonces aparecen las siguientes preguntas: ¿Qué establecimientos cierran en sí su cobertura integral de atenciones? y ¿Cuáles corresponden a partes o secciones de un plan de acción separados en razón de problemas de localización. De esto deriva otra pregunta ¿Cómo deben ser? Que se transforma en ¿Cuáles son los tipos que conforman el sistema? Para finalmente preguntarse ¿Cómo debe ser cada uno?

Una primera observación nos dice que debemos, antes que nada, hablar de niveles integrales de atención médica, esto quiere decir que una parte de la estructura del sistema se cierra en cubrir la diversidad de acciones de protección y fomento, recuperación y rehabilitación de la salud, aspectos que comprende todo programa moderno de salud pública. En una segunda observación, hecha sobre las construcciones mismas, nos lleva a reconocer en las formas que toma el acto del encuentro médico-paciente la evolución de la medicina. En el consultorio, se da el acto de los primeros momentos de la medicina en que el médico examina al paciente, que llega espontáneamente, en un espacio no específico y contando sólo con sus sentidos para diagnosticarlo ("ojo clínico", se dice) y ayudado por aparatos portátiles o herramientas médicas.

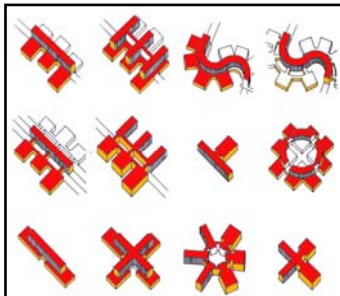
En las salas de exámenes especializados, una especie de fábrica o conjunto de talleres, el médico examina al paciente con “máquinas” conectadas a las redes e instaladas en recintos especiales. Examina con el auxilio, por ejemplo, de Rayos X, la anatomía de los órganos interiores y en muestras, llevadas a laboratorios aislados, la constitución interna de la materia. Algunos de estos aparatos hacen que la observación se vuelva una exploración similar a los tratamientos e intervenciones quirúrgicas en quirófanos y pabellones, que desde el descubrimiento de los microbios exigen la máxima asepsia, por lo que han pasado todos a constituir una sola área.

En las salas de hospitalización el enfermo es atendido y observado en su proceso curativo, asemejándose cada día más a bloques de hotelería con estaciones de curación anexas. Así el sistema integral de salud tiene su trama que lo asemeja a una pequeña ciudad; la concentración e integración de estos componentes en un establecimiento único o la dispersión de ellos en diversas tipologías, depende de su correlación con el territorio poblacional a cubrir. La experiencia en la operación de los múltiples tipos de establecimientos acumulados en el tiempo que va corrido de la evolución moderna de la medicina pública, ha convencido a los médicos administradores de establecimientos que deben crearse hospitales integrales desde el punto de vista de la edad y el sexo y de todas las enfermedades; solamente diferenciados en razón del nivel de especialización del recurso humano y de los aparatos: hospitales de medicina general, hospital de especialidades, hospital de sub-especialidades y hospital de superespecialidades.

Anexo a este trabajo de definición de tipologías programáticas debe llevarse a cabo en nuestro país, para nuestro particular medio económico y desarrollo tecnológico, la normalización de cada una de las dependencias que generan los espacios del acto. Cada dependencia física debe ser analizada en cuanto a: cualidad, especificación y tamaño de la envolvente constructiva; enumeración, articulación y caracterización de los equipos y requerimientos del espacio para las actividades que allí se realizará

Las Morfologías Hospitalarias: La arquitectura sanitaria específica procede de reflexiones recientes sobre la hospitalización, antes las formas seguían siendo las de edificaciones comunitarias, indiferenciadas, de las que el convento era el patrón privilegiado. La disposición de los edificios y de los accesos se sometía a los imperativos técnicos de la época medieval, entre los cuales los más restrictivos eran la limitación de la luz, de las armaduras de cubierta, a la capacidad de la resistencia de las vigas y el desconocimiento de la cubierta con vertientes quebradas tipo mansardas. Resultaban así una sucesión de salas en hilera, en cuerpos de edificios estrechos, yuxtapuestos o acolados, cuyos puntos débiles coincidían con las escaleras. Desde el Renacimiento, la arquitectura monástica permite aportar a los trazados medievales toda una serie notable de mejoras que el siglo siguiente sistematizará. La influencia italiana induce a establecer una disposición ordenada alrededor de patios, lo que permite una mejor ventilación, a la vez que ofrece un espacio de paseo para los pacientes. Las salas de los enfermos se sitúan en el lugar que se considera más saludable dando a amplios corredores o galerías que facilitan el acceso a la iglesia, a los baños y a la farmacia y que sirven de paseo cubierto. El hospital se ciñe a la evolución estética y técnica de la arquitectura monumental, se adapta a los principios comunes a todas las construcciones llamadas a albergar comunidades; la sustitución de una de ellas por otra se hizo cosa común. La arquitectura, en sí misma, se convierte en medio de tratamiento; arquitectura normativa ligada a la acción terapéutica que fue obra de médicos, ingenieros y militares, más que de arquitectos. Cualquiera que fuera la planta elegida, alineando construcciones separadas, en forma de peine, circular o en cuadrícula, cada elemento lineal constituye siempre el lugar de aplicación de una técnica específica.

El Mayor Edificio Público de la Ciudad: Que en la actualidad el hospital ya no sea un monumento, no significa que no deba prestar atención a su impacto sobre el paisaje de su entorno. Aún más considerando que la imagen del hospital en el medio urbano es muy fuerte, por la amplitud de sus terrenos y el volumen de sus edificaciones y en gran medida por el papel que desempeña. Su imagen es seguramente la de un lugar angustioso donde se enfrentan constantemente la vida y la muerte. Así pues, no todos los proyectos hospitalarios tienen el mismo “valor” para la ciudad y la arquitectura contribuye a formar la percepción que se tiene de una institución cuya presencia causa cierto sosiego, a la vez que inspira cierto bienestar en cuanto a mejoras en el equipamiento urbano.



Tipologías más frecuentes de Hospitales en la ciudad.

“Arte de Proyectar en Arquitectura”, Ernest Neufert

La disposición y la forma de las construcciones pueden favorecer su inserción en la vida cotidiana de los ciudadanos, si bien los servicios más técnicos, o aquellos que acogen los casos más graves, imponen el aislamiento en el lugar más alejado de la entrada, el resto (recepción, consultas, toma de muestras, etc.) se plantean lo más cerca de la entrada para su fácil acceso; esta distribución exterior-interior responde a una dialéctica cuya legibilidad en el paisaje sanitario no es obligatoriamente evidente, aunque constituya el fundamento mismo de la concepción arquitectónica. En sus grandes líneas, la arquitectura hospitalaria se asemeja a la de otros equipamientos por una uniformidad trivial, cuya repetición y anonimato no dejan de ser monótonos. Sin embargo, la razón de sus especiales acondicionamientos es por el contrario muy compleja, pues se trata de asegurar la prestación en cadena de los cuidados que requieren unos enfermos que caen dentro del ámbito de varias disciplinas y todo ello sin dejar de conservar la identidad de cada uno de los servicios.

2.4 Con ojos de niño, usuario hospitalario

Características Psicológicas: Como una de sus características fundamentales, se debe decir, sobre el niño, es su gran capacidad y sentido de observación, a través del cual adquieren conocimientos y experiencias, las que se van acumulando en la forma que más les conviene, además, se debe considerar su gran imaginación y curiosidad, crean su propio mundo y modifican su entorno. En este contexto se debe tener presente que esto lo realiza sin contar con un criterio definido, lo que conlleva a tener un cuidado especial y vigilancia de los estímulos e influencias que a diario recibe. La relación del niño con el mundo que lo rodea se inicia básicamente a través del juego. Si se observa al niño en su juego, vemos que es un actor nato, le interesa imitar y dramatizarlo todo, especialmente las actitudes y actividades que aprecia en los adultos. Para entender como un niño, o en general una persona, puede entender o concebir un espacio físico que lo rodea, se debe entender cuales son las características generales de la percepción. Aún cuando la percepción es un fenómeno que se manifiesta de distintas maneras en uno y otro individuo, se distinguen algunas características que son comunes, dando las mismas bases a aplicaciones individuales.

La percepción es: Relativa, no absoluta: en este sentido se sugiere entregar puntos clave que sirvan de referencia para la percepción. Selectiva: por lo que es necesario graduar y limitar los aspectos a presentar del mensaje, junto con una clara jerarquización de ellos. Organizada: se debe revisar el tipo y cantidad de conceptos a tratar, así como mostrar transparentemente la forma de organizar el mensaje. Influenciada por el ambiente: de tal manera que éste debe ser

apto al proceso y objetivo de la percepción, es decir, se debe crear un entorno que haga converger o divergir la percepción según el objetivo final en proposición.

La percepción del color en el niño: El sentido del color, en el niño, es como si se buscara por primera vez en la evolución biológica del órgano de la vista la integración de las posibilidades del espectro-total en activo o el pleno empleo de la estructura total de la luz. El niño busca la luz blanca íntegra, se quiere bañar en ella, siendo como un reconocedor del sistema fotónico que la respalda. De pronto el ojo funciona como un todo pancromático, lo que no es así ni en el reino animal ni el adulto maduro, excepto en el artista.

En diversos estudios se ha descubierto que el proceso de sensibilización de los colores en el niño lleva un orden evolutivo increíblemente objetivo, normativo y con un sentido completo de lo que es la estructura espectral. Todo paso que realiza en el descubrimiento mágico de los colores, del rojo (y precisamente del rojo y no de otro color inicial) al violeta y al blanco, colores puros primero y combinados después, gamas iniciales de gran contraste seguidas de gamas complejas, todo es un proceso "espectralista". En general, en niños normales, presentan características lucifílicas, o amantes de la luz más blanca, luz natural o artificial, preferentemente natural, contraria a la sensibilidad del hombre maduro, que busca un equilibrio de sombras, si no la sombra misma. Pinta en principio sus muñecos, su casa o juguetes de los colores más puros y fundamentalmente básicos, gasta en sus trabajos el rojo, el verde o el azul antes que el resto de los lápices. Vive color en toda su intensidad (saturación), ya que considera el color como un ente vivo al que se enfrenta, queriendo vencerle o utilizarle. El rojo excita su curiosidad y su voluntad como jamás volverá a repetirse en las experiencias del resto de su vida. El azul le dará paz real y verdadera.

De todo lo anterior se deduce que el niño es "esencialista", axiomático y directo, en sus creencias y aptitudes para el arte, sobre todo para el color. El orden en que se van identificando poco a poco las esencias de los colores que conoce el niño es el siguiente: rojo, verde, azul, amarillo, negro, blanco, naranja, rosa, café y violeta.

Maduración y desarrollo del niño normal: partiendo de una concepción del hombre como ser biológico, lo entendemos primariamente como un ser evolutivo, es decir, como un ser que sólo es posible definirlo en relación dialéctica entre un conjunto predeterminado de posibilidades y un ambiente que en alguna forma, condiciona la aparición y actualización de sus posibilidades potenciales de desarrollo. Para explicar lo anterior, han sido acuñados los términos de crecimiento, desarrollo, maduración, diferenciación de funciones y estructuración de la personalidad total.

El concepto de crecimiento significa aumento de estructuras y de capacidades existentes sin modificaciones importantes; la maduración está más referida a lo funcional y a la aparición de capacidades nuevas, es decir, supone cambio en las funciones y nuevas posibilidades de acción y conducta que surgen en un orden establecido. En el desarrollo, se habla generalmente al proceso en su totalidad, que incluye una continua diferenciación y organización en niveles cada vez más complejos. El concepto de estructuración está referido al proceso orgánico fundamental del desarrollo según la ley de formación individual, que avanza desde estados orgánicos primitivos y poco articulados hacia otros de configuración más elevada y de más alta individualización. En el desarrollo de la persona, tienen influencia tanto los factores intrínsecos, endógenos o genéticos por una parte y los extrínsecos o exógenos por otra parte. Respecto al valor relativo de los factores endógenos y exógenos en la determinación de los caracteres del psiquismo y la personalidad desde el momento del nacimiento, y aún antes, se puede decir que ambas son fruto de la maduración de los elementos intrínsecos, de la acción de los factores

extrínsecos y de la elaboración de la experiencia por el propio sujeto, de acuerdo con sus propias condiciones iniciales y con su experiencia anterior.

La plasticidad o capacidad de adaptación, es la condición de raíz genética que permite que la acción de los factores externos pueda concurrir a la estructuración de la personalidad. Cuando se ha producido la maduración de una función, su ejercicio promueve su desarrollo, su plena adquisición y su perfeccionamiento; pero el aprendizaje por sí solo no puede determinar el momento de aparición de la función, que está determinada genéticamente.

Fuerzas ambientales: de lo anterior, se concluye que la personalidad de un niño no es en sí misma un elemento indiferente y originalmente igual, sino distinto y altamente diferenciado en su totalidad psico-física, con reactividad y sensibilidad al medio y potencialidades de desarrollo completamente propias dentro de los rasgos generales del desarrollo de la especie.

Los diferentes componentes del medio ambiente influyen en forma muy desigual en la motivación de la conducta. Los de mayor influencia son aquellos que tienen algún valor, significado o relación con el desarrollo físico o psíquico, que sirven necesidades de todo orden en el mundo intelectual, de la afectividad y de la actividad de un niño. El medio físico, fuente de donde el niño extrae material para su crecimiento y experiencia del mundo, carece de las condiciones indispensables para asegurar un desarrollo armonioso, si es mezquino, miserable o contiene elementos dañosos de orden físico o psicológico. La situación económico-social determina la amplitud y calidad del medio físico por una parte y por otra, el clima psicológico. En el orden opuesto, los medios opulentos, donde la vida es "fácil" y las soluciones a todos los problemas materiales están garantizadas, tampoco suele ser un ambiente propicio para el desarrollo del niño, pues por lo general, es pobre en estímulos e intereses saludables.

2.5- El Juego Infantil y la relación con el mundo

Los hombres, desde las antiguas culturas, se han esforzado por añadir a todas las actividades impuestas por la realidad una ocupación que consiste precisamente en dejar de hacer todo lo demás que hacemos seriamente, esto es jugar. Mientras jugamos no hacemos nada en serio, nos liberamos, es nuestra más pura invención y sus reglas y no hay juego sin ellas, crean un mundo que no existe.

Ciertas características descriptivas del juego son ampliamente citadas para su definición: El juego es placentero, divertido. Aún cuando no vaya acompañado por signos de regocijo, es evaluado positivamente por quien lo realiza. El juego no tiene metas o finalidades extrínsecas, sus motivaciones son intrínsecas y no se hallan al servicio de otros objetivos. De hecho no es más un disfrute de medios que un esfuerzo destinado a algún fin en particular. En términos utilitarios es completamente improductivo. El juego es espontáneo y voluntario, no es obligatorio, sino libremente elegido por el que lo practica. El juego guarda ciertas conexiones sistemáticas con lo que no es juego.

Esta última cualidad es la más enigmática. Si el juego fuese un brote único, aislado, una aberración ampliamente difundida, pero temporal e inocua, de la infancia, sería quizás interesante como hecho, pero su estudio tendría escaso valor científico. Sin embargo el juego ha sido vinculado a la creatividad, a la solución de problemas, al aprendizaje del lenguaje, al desarrollo de papeles sociales y a otros numerosos fenómenos cognoscitivos y sociales. Un poderoso motor que impulsa la actividad del juego, es la curiosidad. El niño, con su permanente interés por conocer y entender todo, investiga, palpa y mira todo lo que lo rodea, con lo cual conoce y asimila en su mente el mundo exterior. A través del juego el niño desarrolla su

creatividad, su sentido social, el dominio de sí mismo, practica la tensión, la reflexión y el sentido común. Por todas estas cualidades, es muy difícil separar esta actividad de los conceptos de desarrollo y educación.

El juego en el Desarrollo Infantil: La vida del niño transcurre entre la escuela y el juego, se viven en forma paralela y complementaria. La orientación y el encauzamiento del juego son tan importantes como el de la educación escolar. Para el niño en edad pre-escolar el juego es la actividad esencial, la actividad formativa en el hogar, en la guardería infantil donde vaya con los mayores, donde salga a pasear, inclusive sus obligaciones las cumple a modo de juego, no se le puede obligar realmente a hacer algo que no acepte libremente. Para que el juego pueda darse plenamente, necesita de una arquitectura que de lugar a esta implementación en forma amplia y diversificada. Es necesario conjugar los términos de Juego – Creatividad – Arquitectura, entre los cuales existe una estrecha relación.

Niveles de organización del juego: **Juego Ocasional**, se da en forma improvisada, sólo o en conjunto con otra actividad, el equipamiento de juego es necesario pero por lo general no existe, principalmente en áreas residenciales y de preferencia en todo lugar concurrido por niños, como un hospital pediátrico. De existir una conciencia de juego, en la arquitectura urbana debiera existir el equipamiento o disponibilidad para el bienestar infantil espontáneo a lo largo de toda la ciudad, además del ubicado en las áreas residenciales.

Juego en Grupo, organizado, supervisado, el elemento humano juega un rol relevante en relación al equipamiento, corresponde a la imagen de juego llevado a cabo en escuelas y parvularios, se da en dos versiones: actividades de grupo y en actividades individuales, con tareas similares entre sí y con una evaluación posterior.

Juego Mixto, corresponde a lo que se aprecia en los Campos de Juego-Experimentación (Adventure Playgrounds) entidades donde el juego se desarrolla en forma muy flexible, existen actividades programadas y dirigidas de tipo individual o de grupo, también existen actividades en que solo se entregan a disposición del niño materiales e implementos para que desarrolle un juego creativo e imaginativo.

La organización actual de los espacios urbanos no ofrece oportunidades de juego espontáneas y adecuadas y es necesario crearlas. En el medio rural, en contacto con la naturaleza el ser humano es más susceptible a los estímulos y muchos problemas los soluciona espontáneamente. Es la ciudad la que aplasta, deprime, la que infiere en la gente estados de apatía e indiferencia que pueden ser peligrosos, a menudo se está solo, sin poder contar con alguien, a pesar de estar rodeado de gente. Los esfuerzos de la sociedad se concentran en mejorar las condiciones de vida: mayor comodidad en el habitar, mejor educación en términos académicos, mejoras en el transporte, más higiene, etc. Sin embargo esta mayor suavidad en la que aparentemente vivimos, con poco esfuerzo físico, no ha contribuido precisamente a enriquecer nuestra vida emocional, muy por el contrario estamos expuestos a más estados de depresión, más enfermedades mentales, más violencia, más delincuencia y mayor consumo de drogas.

Psicología del juego en relación al desarrollo de la inteligencia: El juego no debe considerarse como un escape del estudio y de la enseñanza, sino justamente como un medio del que los

niños disponen para aprender en forma libre en inconsciente y aparentemente sin tener intenciones previas. Por lo tanto los lugares de juego deben estimular el aprendizaje. Para tal efecto quien diseñe, debe comprender la correlación que existe entre el juego e inteligencia (desarrollo intelectual) de acuerdo con la edad.

Los dos factores más determinantes en el desarrollo mental son: la herencia y el medio ambiente. Según el psicólogo Jean Piaget, la inteligencia es una forma especial de adaptación, que consiste en la interacción continua y creativa entre el organismo y el medio, no existe por sí sola y su interacción afecta tanto al organismo como al medio. Se va desarrollando a través de las estructuras que se ven modificadas continuamente, no así nuestra forma de crearlas y modificarlas. Se observan dos procesos complementarios: asimilación y acomodación. La asimilación, es el ordenamiento que se efectúa internamente de las experiencias: Ante una situación nueva, nos permite actuar tal como en situaciones anteriores. Consiste en dominar habilidades familiares o bien nuevas a través de la repetición y de la práctica. La acomodación, es complementaria a la asimilación: Ocurre cuando una respuesta previamente aprendida falla, ante una situación nueva, debido a variaciones en el medio, el organismo debe modificar su respuesta. El medio actúa sobre el organismo, sin ofrecer una respuesta fija, basada completamente en experiencias previas, pero evocando un cambio de respuesta para dominar esta nueva situación. Asimilación y Acomodación, sirven al niño para desarrollar su inteligencia gradualmente desde las respuestas primarias e instintivas de la infancia hasta la consumación del pensamiento lógico adulto.

Etapas del desarrollo intelectual infantil:

NACIMIENTO – 18 A 24 MESES (fase senso-motora) El niño nace con una serie de reflejos instintivos, el chupar, el cerrar las manos al sentir algún objeto, etc. De estas respuestas pasivas pasa rápidamente a algunas más activas: la mirada inicialmente pasiva se transforma en búsqueda activa de objetos, el llanto reflejo se transforma en exigencia de alimento, de atención, etc. Forma del juego: juego de práctica.

18 A 24 MESES – 4 AÑOS (fase pre-conceptual) Durante esta fase el niño desarrolla la habilidad de crear símbolos para imitar las actividades de otras personas y para aprender a hablar. Piaget dice que la creación de símbolos, es decir, la representación de una acción u objeto externo es un pre-requisito indispensable en el aprendizaje del lenguaje. Forma del juego: juego simbólico.

4 AÑOS – 7-8 AÑOS (fase intuitiva) El niño desarrolla la habilidad de conceptualizar, de organizar sus experiencias en conceptos de una lógica cada vez mayor, la lógica verdadera aún no es posible y el niño depende en gran medida de su intuición. Es la etapa de las preguntas, que ayudan a corregir su intuición y de esta manera a conformar una base para las futuras operaciones lógicas. También comienza a desarrollarse el aspecto social en el niño, se percata de la presencia de otros niños y tiende a imitar sus actividades. Constituye una forma de conducta social intermedia entre lo puramente individual y lo social, el niño trata de comprender y cree lograrlo, las reglas del mundo y las de los otros niños y adultos, pero en realidad se encuentra muy aislado en su propio punto de vista. Fase de juego característica: juego estructurado.

7-8 AÑOS – 11-12 AÑOS (fase de operaciones concretas) Durante estos años el pensamiento se separa progresivamente de la percepción y de la acción y comienza a ordenar las experiencias, clasificarlas, relacionarlas, cuantificar y a comprender conceptos: la conservación de la materia (si un montón de arcilla cambia de forma, esto no altera la cantidad de arcilla

existente) y la reversibilidad. Esta fase se caracteriza por el gran interés en los juegos con reglas y el desarrollo de un pensamiento sistemático, que permite establecer al niño relaciones sociales más complejas.

11-12 AÑOS – 15-16 AÑOS (fase de operaciones formales) La adolescencia determina un comienzo del proceso pensador adulto, el adolescente al igual que el adulto sabe manejar un argumento formalmente, sin que necesariamente se comprometa con su contenido. Está en condiciones de construir sistemas lógicos, sin tener que prestar toda su atención a la realidad existente. El proceso de separar el pensamiento de percepción y de acción se ve completado. En términos de juego, la preocupación del adolescente por la forma de pensamientos y sucesos, se manifiestan a través de una marcada preocupación por las reglas de los juegos.

2.5.5- Aspectos fisiológicos del juego: para el niño, el juego, aparte de ser una actividad natural y necesaria para su desarrollo psicológico, es una necesidad corporal. Con este se benefician todos sus sistemas corporales y dependiendo del tipo de juego que realice sus músculos se harán más flexibles y resistentes, se tonificarán sus huesos, incrementará la capacidad de sus pulmones, así como también mejorarán sus reflejos y coordinación. Con todo esto, el niño que juega constantemente y activamente, tendrá buena forma física con lo cual contará con mayor resistencia contra las enfermedades y se repondrá antes de ellas, utilizará menos energía en cualquier trabajo, tendrá una mente activa y ágil, se sentirá normalmente bien y es probable que su sueño sea óptimo.

2.6- La Humanización del Hospital, la búsqueda de lo inmaterial en el cuerpo del edificio

Un hospital funcionando pone en evidencia la existencia de muchísimos problemas. En el primer momento, la obra no sale del reducido círculo reservado al entendimiento de profesionales y técnicos que constituidos en equipo la proyectan y la realizan, sin embargo cuando el usuario llega a utilizar dicho proyecto, aparece un segundo momento que es cuando la realización está realizada, es aquí donde se invierten o trastocan las apreciaciones. El grupo reducido que actuó en el “antes” puede quedar conforme con su trabajo, para él, efectuado conscientemente y a conciencia, pero quien interviene luego es el hombre, aprobando o desaprobando, sintiéndose atraído o rechazado.

El paciente que usa un hospital, aparte de la situación tan particular creada por su propia dolencia, apreciará su estadía en forma similar a la percepción que tiene en su vivienda y corresponde entonces partir del principio que la casa (o el hospital) debe adaptarse al hombre y no a la inversa. El objetivo del hospital es el ser humano, sin embargo el desarrollo técnico y científico se acelera de tal modo que hace temer que este desarrollo sea más importante que el propio hombre. Se ha dicho que la estructura de la sociedad llega a ser sumamente complicada. En nuestra admiración por la capacidad técnica tenemos una tendencia a rendirnos ante lo grandioso e imponente. Admiramos lo que en realidad podrán llamarse “silos humanos” llegándose a suponer que las consideraciones materiales están por sobre las humanas. No se debe perder el punto de vista de que el hospital será siempre una coordinación de tecnología y humanidad, aspectos que inclusive se pueden considerar incompatibles.

La gran ventaja de la flexibilidad, que en su caso límite daría un edificio “multiestratégico”, estriba en evitar la obsolescencia, pero esta también puede producirse si descuidamos el factor humano en tales mutaciones. Cambiar de ubicación los tabiques abrir aberturas, organizar un nuevo sanitario y recolocar cañerías es un trabajo rutinario y casi elemental si las cosas están previstas pero no es tan fácil obtener en los nuevos ambientes los indispensables valores que harán incitar al paciente hacia un bienestar físico y psíquico. La luz natural y su regulación, la

vista del verde, el color ambiental, las proporciones del recinto, la permanente visión del cielo raso de un enfermo horizontal, son tantas causas que pueden pasar desapercibidas cuando fríamente se analizan las posibilidades de la flexibilidad como estrategia.

La propia altura del hospital también influye en su grado de humanización. Hospitales de alta capacidad y complejidad se han resuelto en volúmenes que no sobrepasan dos o tres plantas. Pero la tendencia en reducir la altura no debe ser vista únicamente desde el punto de vista de la economía en el mantenimiento y movimientos, también tiene implicancia en los factores humanos. El paciente internado en una planta baja o en un primer piso y siempre que pueda contar con la vista verde y vaticinar las posibilidades de que por sus propios medios puede llegar hasta una terraza, una galería, sin tener que ser introducido en la cabina de un ascensor goza indudablemente de una propensión anímica muy distinta al paciente internado en un piso muy elevado y que sabe que difícilmente podrá tener el íntimo placer de acercarse a un jardín.

3- “DEL DICHO AL HECHO” VISIONES HOSPITALARIAS EN HUMANIZACIÓN PEDIÁTRICA

3.1- Ergonomía, en el Medio Hospitalario

El término ergonomía tiene su origen en las raíces griegas “Ergos” que significa fuerza y “Nomos” que quiere decir ley o norma. El significado etimológico de ergonomía ha ido evolucionando con la práctica, lo que conlleva a la siguiente definición: “La ergonomía es la ciencia que interrelaciona el hombre con su entorno y cuya finalidad es la reducción de la fatiga innecesariamente producida por el ambiente de trabajo, así como de los espacios en los que las personas deben convivir a diario, sin ser sus lugares de trabajo.” Se puede clasificar en Ámbito Psicológico, que da lugar a la ergonomía cognitiva que analiza la interrelación entre el hombre y la máquina desde el punto de vista de la capacidad de reacción sensorial y psicológica del individuo y el Ámbito Físico, que define la ergonomía del lugar de trabajo en la que se analizan los requerimientos físicos (dimensiones, color, ruido, etc.) que debe cumplir un lugar de trabajo para adaptarse al individuo.

3.2- Visiones sobre la Humanización del Ambiente Hospitalario.

- “En salud se trata de humanizar lo que antes era una arquitectura muy rígida”.

En una entrevista a los arquitectos Alberto Marjovsky y Esteban Urruty, para la revista Todoobras, en julio 2007, dicen: **A.M.:** “El cambio más notable está relacionado con lo que llamamos la humanización del espacio, que independientemente de los problemas funcionales, ya sea porque hay preocupación por los pacientes o por un tema de marketing, surgió como necesidad de mostrar que el paciente está cómodo, que tiene espacios agradables, con color, buena iluminación, con vistas, espacios verdes... en síntesis, en salud se trata de humanizar lo que antes era una arquitectura muy rígida, que solía responder a esa frase de: azulejado como un hospital”. Además **E.U.:** “Agrego que ese cambio es para los paciente y también para quienes se pasan la mayor cantidad de horas en un hospital, que es el personal que trabaja en ellos y creo que eso no sólo se dio como consecuencia de la aparición de nuevos actores, sino que forma parte de la evolución que se ha venido dando desde hace años en la arquitectura para la salud en la Argentina, partiendo de ejemplos como los que legaron trabajando dentro del Plan Carrillo arquitectos como Eduardo Sacriste en Tucumán, Mario Roberto Alvarez en Catamarca, Salta, Catamarca, Santiago del Estero y Corrientes y también hay que tener presente los proyectos de Amancio Williams para Corrientes que nunca se construyeron. Esas

fueron verdaderas lecciones, proyectadas acá (en Argentina), en paralelo con lo que rehacía en otros lugares del mundo..., o antes, porque Eithel Traine en el Hospital de Orco Molle, en el monte Tucumano, usó conceptos que cuatro o cinco años después de Le Corbusier plantea para el hospital de Venecia. A eso cabe sumar todo lo hecho por Vladimiro Acosta en la provincia de Santa Fe, una serie de obras para centros de salud, sobre todo siquiátricas, donde pudo aplicar todo lo que él pregonaba en cuanto a arquitectura. De estos maestros se pasó a una serie de otras respuestas en las que empezaron a intervenir una serie de actores diferentes que fueron cambiando en parte la arquitectura, como es todo eso del confort y, en particular, las nuevas tecnologías que aparecen, las que conocemos y las que están por venir”.

- “Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud”

De acuerdo al Ministerio de Salud Chileno (MINSAL), este plantea el tema de la humanización hospitalaria de la siguiente forma: La deshumanización tiene que ver con la incapacidad de crear vínculos, con el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras cosas. El origen de tal deshumanización es múltiple y entre las situaciones que la explican está el modelo asistencial predominante desde décadas, centrado en la enfermedad como entidad ajena a la vivencia de la persona y carente de una mirada integradora del ser humano.”

En lo macro, se encuentra la complejidad del sistema socio sanitario, la escasez de recursos, el desgaste profesional, la creación de sistemas masivos de salud, la incorporación de la medicina al mercado, la tecnificación, la especialización, la biologización de la Medicina, la super-especialización de la ciencia, la aplicación irresponsable de la tecnología y la farmacología, sumado a la falta de participación de los ciudadanos en la gestión de su salud, etc. Al interior de los sistemas están los estilos autoritarios de dirección, los modelos de relación entre los miembros del equipo y en muchas ocasiones aspectos emocionales deficitarios de quienes trabajan en el sector salud, entre otros. Una respuesta ante la frustración, muchas veces, agresiva de parte de usuarios completa la espiral de interacción deshumanizada. Una atención deshumanizada tendría por lo menos los siguientes elementos: La conversión del paciente en un objeto, su cosificación (importa la enfermedad y no la persona), La ausencia de calor, afecto y empatía en la relación humana (la relación será distante, con la menor implicación humana posible), La falta de autonomía y la impotencia del enfermo: las decisiones son tomadas por los técnicos (el paciente o su familia son irrelevantes en los planes y decisiones)

El Ministerio de Salud inicia en el año 1992, en Atención Primaria, la transformación de los Consultorios a Centros de salud, poniendo la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud. A partir de 1998 se avanza en intencionar un cambio paradigmático del comprender la salud enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud - enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc.

3.3- Casos de Hospitales Pediátricos Humanizados

Caso del Miami Children's Hospital, en Miami Estados Unidos. (dirección #3100 SW 62nd Avenida, Miami, FL 33155. Fundado en 1950 por Variety Clubs International, sitio web <http://www.mch.com>) Propio de la cultura latina, muy presente en el estado de Florida y en especial en la ciudad de Miami, junto con dar una imagen de hospital que se acerque a lo lúdico del juego infantil y de la importancia del color como expresión y como generador de sensaciones y emociones de alegría y confort, es que el edificio del hospital, a pesar de su gran magnitud, trata de liberarse de esa clásica carga que posee un edificio médico, como ya se estableció previamente.



Fig. 1 Acceso Principal.



Fig. 2 Personajes Cómicos, en la bienvenida.



Fig. 3 Sala de Juegos.



Fig. 4 Estación de Enfermeras.

Como se ve en las imágenes, el hospital presenta una temática de juego lúdico colorido, ambientaciones “infantiles” e inclusive la utilización de personajes cómicos en cierto sentido “ambientan” y forman un prelude pintoresco que se repetirá en la decoración general del hospital. En si, el hospital no representa una forma física, como volumetría, novedosa en el sentido humanitario del hospital pediátrico, sino que, utiliza algunos elementos que ayudan a aceptarlo, por parte de los principales usuarios, los niños, y que les ayuda a soportar la ansiedad y el estrés propio de un lugar en donde se pretende sanar.

Caso Chileno del Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago. (Avda. Antonio Varas #360, comuna de Providencia)



Fig. 1 Acceso Principal.

Fig. 2 Juegos en áreas comunes.

Fig. 3 "Animación" de Ascensores.

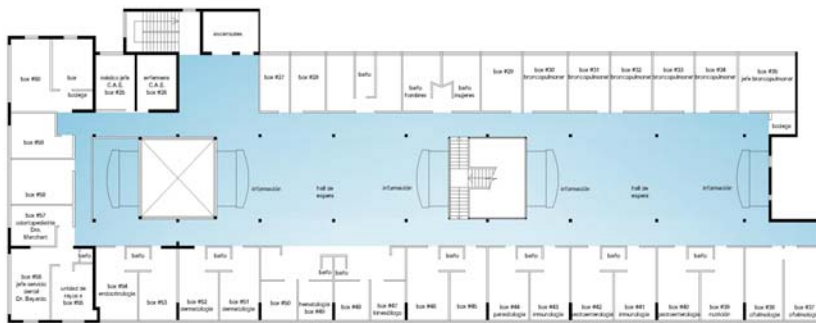


Fig. 4 Planta Tipo 3º Nivel Policlínico.

El caso del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, que posee la mayor cantidad de especialidades médicas en el área de la pediatría, en Chile, su imagen volumétrica así como su expresión en cada uno de los recintos donde se realiza la atención pediátrica ambulatoria (policlínico), datan de no más allá de 10 años, lo que en el caso de los recintos hospitalarios chilenos se puede considerar nuevo, debido a la baja inversión en infraestructura por parte del estado en la salud pública. En este caso, el edificio que acoge al servicio ambulatorio, se distribuye en un volumen simple de líneas rectas, con las unidades de consulta dispuestas en torno a un área libre en el centro (como un anillo), donde se generan las instancias de espera a la atención médica. Desde el punto de vista de su imagen más "cotidiana" el policlínico se ve "adornado" con motivos infantiles que intentan generar en los espacios calidez y sensaciones de diversión y cotidianidad en los niños, estando en un recinto que por lo general atemoriza por sus líneas duras e imagen imparcial. Sin embargo, a pesar de observar estas "mejoras" o estos intentos de humanización del hospital (o parte de él) en sí, su estructura no es más que una racionalización a un problema de distribuciones sobre la atención médica, en este caso ambulatoria, pero que no imponen ningún tipo de pensamiento sofisticado de la necesidad de pertenencia y del sentido lúdico que expresan en especial los niños, sobre todo a través del juego.

CONCLUSIONES

Si el diagnóstico o mejor dicho la observación parcial que uno como investigador puede hacer sobre una problemática en particular, se podría llegar a establecer que dicha observación es meritoria del área en la que el observador es más diestro o en la que se ha hecho un estudioso. Sin embargo como se ha planteado en esta documentación, existen problemáticas que al parecer no se atañen sólo a una disciplina o que es en un área del quehacer humano, la que más involucrada estaría, ese sería el caso, entonces, de la arquitectura, pero pese al prejuicio o pronóstico inicial al realizar esta investigación, queda en evidencia que para el caso de Hospitales Pediátricos y la Humanización de estos, no basta con resolver “eficientemente” una planta de arquitectura, donde todo el programa médico arquitectónico tiene cabida y donde las normas de construcción y “diseño” se ven fielmente respetadas. En estos casos en donde la problemática escapa aún más allá de la propia arquitectura como conformadora de espacios, es donde aparecen muchas otras disciplinas que tienen algo que decir sobre los comportamientos de quienes utilizan, principalmente, estos lugares y que además, utilizarlos como simples agentes de sanitización y cuidado de la salud no basta.

Sobre la Arquitectura Hospitalaria

Si hay algo que ha caracterizado a la geometría física de un hospital, a lo largo de su historia, pasando desde los conventos dominados por la iglesia, luego por la filantropía para finalmente recaer como inevitablemente debiera ser en países modernos y concientizados, en el Estado, es el creciente interés que va ligado a la tecnología médica, en un afán de curar “sí o sí” a las personas físicamente. Sin embargo con los decenios se fue perdiendo la condición humana de quien va por ayuda médica. Es en este sentido que la arquitectura supo responder de manera acorde a los conocimientos técnicos cada vez más complejos e inclusive ha sido capaz de responder a planteamientos políticos de optimización de la salud pública, no sólo en Chile, sino que en general en el mundo occidental, sin mayores problemas. De esta “oportuna respuesta” es que finalmente los modelos arquitectónicos resultantes han sido catalogados por el común de las personas, como usuarios o no, como lugares para dar atención médica y nada más. No hay en ellos la idea de trascender, más allá de lo volumétrico (el más grande será más recordado) sino que por el contrario, se han empeñado, al parecer, en ser edificios con imágenes intimidantes, fríos e inclusive jactanciosos en cuanto al uso de materiales, es decir, quien “tiene más vidrio es más caro y por ende mejor”.

De todas estas percepciones sobre el edificio médico, es que la humanización del hospital y en particular del hospital pediátrico, se hace imperiosa, ya que lo que se está tratando en estos lugares no es algo que se pueda conseguir fácilmente: restituir la salud al cuerpo y alma enfermos.

Sobre el Usuario Pediátrico

Como parte fundamental en un proyecto de arquitectura que prestará una función vital para una comunidad y que además tendrá una larga vida útil o al menos debería, es que la definición para quienes será proyectado el edificio, es una tarea fundamental, puesto que serán ellos quienes juzguen en el diario vivir de su constante asistencia, si es que el recinto cumple o no, con sus expectativas.

El usuario en el que se centra este estudio, es el niño, no desconociendo que este necesariamente se ve acompañado, generalmente la madre, quien no sólo lo guía en este proceso de sanación, sino que además debe padecer junto con él su dolencia y tratar de

hacerlo entender sobre lo que le está pasando. Como niños, uno está expuesto a una serie de experiencias que van marcando la manera en como uno se desenvuelve en ambientes ajenos e incluso en ambientes desfavorables. Sin embargo y a pesar de todo lo externo e inusual que puede rodear a un niño en un ambiente hospitalario, su cualidad de niño no queda minimizada. Su interés por jugar, por correr, por hacer nuevos amigos, lo lleva a extrapolarse de la realidad apremiante que lo envuelve. De esta manera es que el usuario niño, siempre está tratando de modificar y adaptar a su necesidad de juego y recreación, al espacio que lo está conteniendo, inclusive si este no fuese un hospital. Y es esta característica, lo que hace que un espacio destinado a la salud de niños, que pasa por lo físico y espiritual del proceso de sanación, deba contemplar estas variables no como elementos circunstanciales de generaciones determinadas por como se vive la sociedad, sino que se consideren como variables constantes en el tiempo y como parámetros de diseño tanto o más importante como la designación del programa médico arquitectónico en el edificio.

Otro punto importante sobre el usuario hospitalario, es su diversidad y cambio constante en muy corto plazo, es decir, que en tan solo 6 ó 7 años un niño pasa de ser sólo eso a ser un pre-adolescente o uno propiamente tal y ese cambio acelerado que se vive en esta etapa de la vida y que no se repite con tal velocidad en la adultez, es un factor determinante en como diseñar y equipar los espacios públicos que contienen la actividad de espera de la atención y en el caso de quienes deben ser hospitalizados, en como debiesen armonizarse las salas de recuperación para que no sean ambientes muy “infantiles” ni tampoco muy “adolescentes”, puesto que a diario estos personajes comparten los mismos espacios.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- 1- **“Modelo para el Diseño de Edificios para la Salud”**, Hernando Castillo Eguía, Editorial Trillas, México 2003.
- 2- **“Origen y Desarrollo de los Hospitales para Niños en Santiago”**, Dr. René Artigas y Sra. Elizabeth Montenegro, Edición de la Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2001.
- 3- **“La Ciudad y el Hospital: Geografía Hospitalaria”**, Jean Lebasse, Edición del Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, España, 1982.
- 4- **“El Hospital en la Historia”**, Arq. Arístides Cottini, Edición de la Universidad de Mendoza, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Mendoza, Argentina, 1980.
- 5- **“Arquitectura para la Salud”**, Roberto A. Araya Andaur, Universidad Mayor, Escuela de Arquitectura, Tesis de Arquitectura, Santiago, Chile 1998.
- 6- **“La Salud Restituida: Lazaretos, Clínicas y Sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador”**, Mauricio Pezo Bravo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Arquitectura y Diseño, Tesis de Título para Magíster en Arquitectura, Santiago, Chile, 1998.
- 7- **“Aproximación a la Arquitectura de la Salud”**, Alfredo Celedón, Revista CA del Colegio de Arquitectos de Chile, Nº 26 mayo 1980, Santiago, Chile.
- 8- **“Arte de Proyectar en Arquitectura, Ernest Neufert”**, Editorial Gustavo Gili, S.A., Barcelona, España, 1995.
- 9- **“Medicina Chile en el Siglo XX, (reseña histórica)”**, Miguel Laborde Huronea, publicación editorial de La Corporación Farmacéutica RECALCINE, Edición de obsequio a la Universidad de Chile, Escuela de Medicina, Santiago, Chile, 2002.
- 10- **“Guía de Planificación y Diseño de Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos”** Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial Departamento de Normas y Regulación, Chile, 1999.
- 11- **“Concepción del espacio en el Niño, según J. Piaget”**, G. E. T. Hollloway, traducción por Ariel Bignami, Editorial Paidós, Barcelona, España 1969.
- 12- **“Localización Espacial: su secuencia a través de diversos niveles de comprensión”**, Mirta S. T. de Montoya, Editorial Kapelusz, Buenos Aires Argentina, 1974.
- 13- **“Antecedentes para una Arquitectura en Salud Mental Infantil”**, Gabriela Bluhm, Universidad de Chile, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Escuela de Arquitectura, Tesis de Arquitectura, Santiago, Chile, 1979.

- 14- **“La discapacidad infantil en el medio urbano. Barreras físicas y socio-comunitarias limitantes de la integración y equiparación de oportunidades para los niños usuarios de sillas de ruedas”**, Mariela Gaete Reyes, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales y Diseño de la Universidad Católica de Chile, Tesis de Título para Magíster en Desarrollo Urbano, Santiago, Chile, 2002.
- 15- **“Hacia una mejor Implementación del Juego Infantil”**, Gisela Litvanyi, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Arquitectura y Diseño, Tesis de Diseño, Santiago, Chile, 1974.
- 16- **“Juego Infantil para Espacios Reducidos”**, Ana María Martínez, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Arquitectura y Diseño, Tesis de Diseño, Santiago, Chile, 1996.
- 17- **“Sistema Lúdico y Multisensorial para Niños”**, Catalina Díaz López, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Arquitectura y Diseño, Tesis de Diseño, Santiago, Chile, 2004.

Revistas y Documentos Digitales

- a. **“Madera Disegno”**, revista digital de Arquitectura en Madera, N° 53, septiembre 2007, Pgs. 32-43.
- b. **“Todoobras”** Periódico mensual de distribución gratuita, N° 56, Año 5, julio 2007.
- c. **“Salud Reproductiva”** Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud, Ministerio de Salud Chile (MINSAL), documento digital extraído de sitio web www.minsal.cl, Pgs. 3-4.
- d. **Planimetría del Hospital de niños Dr. Luis Calvo Mackenna**, facilitada por la Dirección del Hospital

Sitios Web

- 1- **www.mch.com**, sitio web del Miami Children's Hospital.

Visitas

- 1- **Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna**, autorizado por la Dirección del Hospital.