

PROLOGO

Desde su fundación, la Corporación Universitaria de la Costa de Barranquilla, Colombia, como centro de educación superior ha mantenido la mirada hacia un solo objetivo, la calidad de sus formados que les permita competir en el campo de las ideas y de las realizaciones para el logro de un mayor desarrollo de las comunidades donde las circunstancias exijan la plenitud de nosotros como profesionales.

Particularmente la Facultad de Arquitectura de la Corporación Universitaria de la Costa, ha buscado y tratado, en lo que a su campo respecta crear en sus “huestes” de estudiantes ávidos de saber y consientes de su compromiso como futuros Arquitectos responsables de los cambios inherentes a los diferentes campos que abarca la Arquitectura en su amplio compendio de laboralidad, como lo es el área de Diseño que incluye la Arquitectura Hospitalaria, además otras áreas como la Planificación, el Urbanismo, la Construcción, etc.

En nuestro caso particular, la Arquitectura Hospitalaria de Barranquilla, engendra la necesidad de comenzar de inmediato estos cambios acometiendo estudios científicos que permitan en un futuro no lejano, trazar las verdaderas directrices de un lógico, técnico y conveniente Sistema de Salud Coherente con el futuro de los programas funcionales que deberán ser los soportes naturales donde los Arquitectos construyamos espacios para la medicina y la salud, extrayendo principios generales

de diseño y de otras áreas específicas del hospital, como su manejo y control inteligente del conjunto, en tiempo real, confiabilidad, usos y prestaciones de servicios, es decir crear la tendencia acertada a una distribución de usos que admitan una estructura funcional en lo visible como en los componentes ocultos de su diseño.

Consientes de esta realidad, Tahilor Camargo C, Wilder Domínguez S, Jesús Escorcía, Jorge González P, Jairo Montaña R, quienes nos disponemos a optar el título de Arquitectos en la Corporación Universitaria de la Costa con el Trabajo de Grado “CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA COLOMBIA” y en el cuál complementan el equipo de trabajo los Arquitectos. Hugo Duva Palacio, jefe del departamento de Diseño de la Corporación Universitaria de la Costa, y nuestro Asesor oficial y Bernardo Palacio profesor de nuestra facultad siendo colaborador a bien de este trabajo de grado, quienes después de discernir, estudian y analizan con nosotros la agobiante realidad existente en el sur de Barranquilla en el área de la salud, llegamos a la imperiosa necesidad de presentar este trabajo de Grado, como un aporte investigativo de gran envergadura y mayor rapidez, para lo cuál la propuesta será proyectarlo hacia delante para mejorar los escenarios del mañana y poder entonces en ese entorno mejorar los hospitales y las estructuras de los mismos.

La elaboración de un programa que encauce tanto a la investigación teórica como el trabajo práctico de un proyecto arquitectónico, está condicionado por el tema

específico de cada caso. Sin embargo, existen pautas comunes a todos los tipos de trabajo de los cuales parten los otros puntos necesarios y aplicables a una labor determinada. A manera de ejemplo se presentará seguidamente la metodología aplicada a este proyecto específico en el desarrollo del trabajo de grado “central de urgencias para el sur de Barranquilla”, trabajo de investigación aplicada (paradigma), en el cual se empleará la siguiente programación donde figurarán las pautas a seguir:

1. Presentación: metodología investigativa.
2. Antecedentes generales: Preliminares al tema
3. Desarrollo del proyecto: investigación pormenorizada
4. Presentación de planos.

La presentación comprende elementos metodológicos fundamentales como la definición del proyecto, objetivos, métodos empleados, etc. Así también figuran puntos formalistas como el prólogo y el índice, indispensable para la clasificación y posterior utilización del material reunido.

La extensión de las generalidades dependerá de la importancia e influencia que éstas tengan para el proyecto propiamente dicho; también dependerá de factores como la magnitud del proyecto, la extensión física del proyecto arquitectónico (sociales, económicos, políticos, demográficos, educativos etc.) se presentaran planos de:

- Estudio de necesidades.

- Cuadro de áreas.
- Organigramas. (General y por zonas).
- Zonificación. (General y por zonas).
- Planteamiento general.
- Planos arquitectónicos: Plantas arquitectónicas, Planta de cimientos, Planta de cubierta, cortes, Fachadas, Perspectivas exteriores e interiores, Planos de instalaciones Hidrosanitarias, Planos de instalaciones eléctricas.
- Planos de detalles constructivos: Cimentación, Estructurales, Hidráulicos, Pisos y pavimentos, Enchapes, Cubierta, Instalaciones eléctricas, Carpintería en madera y metálica, Acabados (alfajías), Cenefas, PISA muros.

El futuro plantea entonces el cambio de escenarios de los mismos a partir de su ideología, su forma organizativa, fundamentalmente su relación con la comunidad, nuevas formas de relación y funcionamiento para los próximos hospitales, esto nos conducirá a pensar que en el futuro los hospitales serán más pequeños y esto traerá consigo una nueva relación de espacios entre sus componentes intrínsecos, estos tocarán necesariamente a la parte de las especialidades y demás sectores de atención volviéndolos más flexibles en su Diseño, factor que los influenciará directamente en la rigidez esquemática actual, produciendo cambios que los acercarán más a la gente, ya que la accesibilidad a él será factor predominante la cuál lo hará abierto a la comunidad, a la ciudad y al conjunto de la sociedad.

Las nuevas estructuras de diseño estarán condicionadas a los conceptos de privacidad, calidad y eficacia, producto de los trazos orgánicos y las redes horizontales que irán sustituyendo a las obsoletas construcciones verticales, existentes hoy día en las ciudades.

Por último no será de menor importancia la influencia que tendrá en ellos, el desarrollo de nuevas tecnologías, en la instrumentación médica, la genética, la farmacología y la cirugía endoscopia, la informática y la teledinámica estas dos últimas establecerán un estrecho círculo de apoyo e información al nivel de extra hospitales.

Las limitaciones para el logro de este importante trabajo fueron las causantes directas para que, Tahilor Camargo C, Wilder Domínguez S, Jesús Escorcía A, Jorge González P, Jairo Montaña R. Decidiéramos realizar esta investigación, ya que en un 85% la información obtenida tuvo que realizarse de fuentes directas, con las vicisitudes propias de recabar información pertinente para un trabajo de esta índole, donde es casi escasa, por no decir nula, información al respecto.

Para terminar, deseamos dejar expresados nuestros agradecimientos a nombre de la Corporación Universitaria de la Costa – Facultad de Arquitectura y de los compañeros de grupo, a las entidades y personas que tuvieron a bien colaborar con

nuestro trabajo y permitirnos de esta forma abrir el sendero que seguramente seguirán otros estudiantes para bien de nuestra “ARQUITECTURA EN COLOMBIA”.

Agradecemos la entereza y colaboración a nuestro Decano Arquitecto Humberto Osorio Chavez y su Secretario Arquitecto José Crispen.

Los autores.

Corporación Universitaria de la Costa

Barranquilla Marzo / 2001.

INDICE

INTRODUCCIÓN

1. MARCO REFERENCIAL.	24
1.1. MARCO LEGAL (Definiciones conceptuales).	24
1.1.1. MECANISMOS.	24
1.1.2. SUB-SISTEMAS.	24
1.1.3. NORMAS LEGALES.	25
1.1.4. SERVICIO NACIONAL DE SALUD.	25
1.1.5. FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA.	26
1.1.5.1. SISTEMA DE BENEFICIENCIA.	27
1.1.5.2. SISTEMA GUBERNAMENTAL.	27
1.1.5.3. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.	27
1.1.5.4. SISTEMA PRIVADO.	27
1.1.6. SISTEMA ACTUAL DE SALUD.	28
1.1.6.1. SUB-SECTOR ACTUAL Y MIXTO.	28
1.1.6.2. NIVEL NACIONAL	28
1.1.6.3. NIVEL SECCIONAL.	28
1.1.6.4. NIVEL LOCAL.	28
1.1.6.5. SUB –SECTOR PÚBLICO DESCENTRALIZADO.	29
1.1.6.6. SUB-SECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL.	29

1.1.6.7. SUB-SECTOR PRIVADO.	29
1.1.7. ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	29
1.1.8. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.	30
1.1.8.1. ESTRATEGIAS.	33
1.1.8.2. METAS A CUMPLIR.	34
1.2. MARCO HISTÓRICO.	37
1.2.1. ANOTACIONES HISTORICAS DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA.	37
1.3. MARCO INSTITUCIONAL.	47
1.3.1. FUNDAMENTO LEGAL.	49
1.4. MARCO CONCEPTUAL	52
1.4.1 LA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.	60
1.4.2 BARRANQUILLA SITUACION HOSPITALARIA	64
2. LA CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.	74
2.1. DISTRIBUCIÓN DE BARRIOS Y COMUNAS POR SILOS.	74
2.2. INSTITUCIONES PÚBLICAS.	75
2.2.1. HOSPITALES ESPECIALIZADOS CON CAMAS.	75
2.2.2. CENTRO DE SALUD CON CAMAS.	77
2.2.3. CENTRO DE SALUD SIN CAMAS.	78
2.2.4. PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN EL AREA DE INFLUENCIA EN LA C.U.S.B	81

2.2.4.1. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO I	82
2.2.4.2. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO II	83
2.2.4.3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO III.	83
2.2.4.4. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO IV.	84
2.2.4.5. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO V.	85
2.2.4.6. PERFIL EPIDEMIOLOGICO SILO VI.	86
2.2.5. RESUMEN DE CONSULTAS.	88
2.2.6. CONSULTAS DE URGENCIAS.	89
2.2.6.1 CONSULTAS DE URGENCIAS POR MUNICIPIOS (Enero- Julio 2000)	89
2.2.6.2 CONSULTAS DE URGENCIAS POR HOSPITALES DE BARRANQUILLA.	95
2.2.7 PORCENTAJE DE INCIDENCIA POR CONSULTAS DE URGENCIAS PARA CADA HOSPITAL.	97
2.2.8 NUMERO DE CAMAS, EGRESADOS POR CAMAS, TOTALES EGRESOS, PORCENTAJES OCUPACIONAL, PROMEDIO DIAS ESTANCIA EN LOS MUNICIPIOS DEL ATLÁNTICO.	99
2.2.9 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL DEPARTAMENTO.	99
2.2.10 REFERENCIA SEXUAL EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE VIH / SIDA (1999-2000).	100

2.2.11 TASA DE MORTALIDAD POR VIH / SIDA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO (1999-2000).	101
2.2.12 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL I.S.S. SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO.	101
2.3 CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA.	103
2.3.1. POBLACIÓN A ATENDER.	103
2.3.1.1 POBLACIÓN DE BARRANQUILLA AÑO 2000.	103
2.3.1.2 POBLACION SUR DE BARRANQUILLA AÑO 2000.	103
2.3.1.3 RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (EL ESTADO).	104
2.3.1.4 ATENCIÓN DE SALUD PRIVADA.	104
2.3.2 CALCULO DE NECESIDADES PARA LA CENTRAL DE URGENCIAS DEL SUR DE BARRANQUILLA.	105
2.3.2.1 RESPONSABILIDAD PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA.	105
2.3.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS.	106
2.3.2.2.1 NUMERO DE CONSULTAS DE URGENCIAS EN LA CENTRAL DE URGENCIAS EN EL SUR DE BARRANQUILLA.	106
2.3.2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS .	107
2.3.2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LA MORBILIDAD.	108
2.3.2.2.4 NUMERO DE PACIENTES ACCIDENTADOS EN EL SUR.	111

2.3.3	CALCULO DE NUMERO DE CONSULTAS.	112
2.3.3.1	PORCENTAJE PROMEDIO ANUAL DE INCREMENTO .	113
2.3.3.2	CONSULTORIOS DE URGENCIAS PARA EL AÑO 2000.	113
2.3.3.3	CUADRO DE RESUMEN DE CAMAS PARA LAS NECESIDADES DE LA C.U.S.B.	122
2.3.3.4	CALCULO DEL NUMERO DE AMBULANCIAS.	123
2.3.3.4.1	URGENCIAS GRAVES AL AÑO.	123
2.3.3.5	PERSONAL MEDICO ESPECIALISTA Y PARAMÉDICO.	124
2.3.3.6	OTRAS AREAS DE INFLUENCIAS A ATENDER EN LA C.U.S.B.	125
2.3.4	ESTUDIO DE ÁREAS Y NECESIDADES.	130
2.3.4.1	ÁREA TOTAL PARA C.U.S.B.	139
2.4	ESTUDIO DE ALTERNATIVAS DE LOCALIZACIÓN .	140
2.4.1	CRITERIO DE SELECCIÓN .	141
2.4.2	ALTERNATIVAS DE SITIOS.	142
2.4.3	EVALUACIÓN DE SITIOS ALTERNOS.	144
2.4.4	ESCOGENCIA DEL SITIO.	153
2.4.4.1	LOCALIZACIÓN.	153
2.4.4.2	VENTAJAS DE ACCESIBILIDAD.	156
2.4.4.3	USOS DEL SUELO.	156
2.4.4.4	COSTOS DE LA TIERRA.	158
2.4.4.5	VIALIDAD Y TRANSPORTE.	158

2.4.4.6	EXISTENCIA DE SERVICIOS.	159
2.4.4.7	CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS.	162
2.4.4.8	CONDICIONES AMBIENTALES FAVORABLES.	162
2.4.4.9	CONDICIONANTES TOPOGRÁFICAS Y GEOMORFOLOGICAS.	163
2.4.4.10	CLIMATOLOGIA.	165
2.4.4.11	EXTERNALIDADES.	166
2.5	ZONIFICACION.	174
2.5.1	ZONIFICACION GENERAL.	174
2.5.2	ZONIFICACION POR ZONAS.	175
2.6	ORGANIGRAMAS.	176
2.6.1	ORGANIGRAMA GENERAL.	176
2.6.2	ORGANIGRAMA POR ZONAS.	177
2.7	MEMORIA DESCRIPTIVA.	183
2.8	MEMORIA EXPLICATIVA.	187
2.9	CONCLUSION.	192
2.10	BIBLIOGRAFIA	195
2.11	ANEXOS.	199

GLOSARIO

Hospital, Clínica o similares. Establecimiento de la atención médica que cuenta con camas hospitalarias, para pacientes internos, recursos médicos, y de enfermería permanente servicios generales básicos (Alimentación, Lavandería, etc.)

Centro de Salud con Camas. Organismo que presta servicios de atención médica fundamental de tipo ambulatorio, su número de camas hospitalarias es inferior a diez y posee recursos médicos permanentes. Estos organismos son generalmente financiados con dineros oficiales, se diferencian de los hospitales por no poseer presupuesto, Junta Directiva ni Administración propia.

Centro de Salud. Organismo diferente de los anteriores ya que no poseen camas hospitalarias y su recurso médico es de por lo menos cinco días a la semana.

Puesto de Salud. Organismo que dispone de atención médica esporádica o periódica (una o dos veces a la semana). Son atendidos en forma permanente por auxiliares o ayudantes de enfermería, financiados generalmente por dineros oficiales.

Consultorios, Dispensarios y Otros: (Físicamente separado del hospital). Son generalmente establecimientos de seguridad social descentralizados o privados, que prestan el servicio exclusivamente de atención médica ambulatoria y usualmente disponen de servicio médico regular.

Unidad Móvil. Instalación móvil dedicada a prestar servicios de atención médica y/o odontológica, en lugares donde se considera necesario reforzar el servicio permanente o no se cuenta con éste, estas unidades pueden ser transportables por carreteras, vías férreas, fluviales, marítimas o aéreas.

CLASES DE SERVICIOS EN EL ORGANISMO

Atención médica exclusivamente hospitalaria. Es aquella que implica reclusión de paciente en cama hospitalaria con fines de observación, diagnóstico, y tratamiento durante un período no inferior a 24 horas. Estos no prestan servicios de atención médica ambulatoria.

Atención médica exclusivamente ambulatoria. Es la prestada exclusivamente a pacientes externos sin utilización de camas hospitalarias.

Atención médica hospitalaria y Ambulatoria. Es aquella que cumple con las dos

anteriores por prestar servicios médico y ambulatorio, con consultorio propios del hospitalización.

NIVELES DE ATENCION.

Sin Nivel. Todos los organismos de atención médica hospitalaria o ambulatoria que no dependen directamente del Ministerio de Salud Pública y sus servicios seccionales.

Nivel local. Está constituido por un conjunto de servicios básicos ubicados en municipios, corregimientos, inspecciones de policía, comunidades dispersas o zonas urbanas marginadas.

Sin camas institucionales : Unidad de cobertura, puesto de salud, centro de salud.

Con camas institucionales : Hospital local. A este nivel le corresponde brindar desde los servicios de salud más elementales por medio de funciones delegadas (promotora, ayudantes y auxiliares de enfermería) hasta los servicios básicos de medicina general y urgencias que se prestan en los Centros de Salud y hospitales locales.

La atención será permanente tanto en los hospitales locales como en los Centros de Salud, con la supervisión periódica de las enfermeras de la Unidad regional.

Nivel Regional. Es el conjunto de servicios de salud organizados para brindar asistencia integral a la comunidad dentro de una área geográfica determinada y que dispone además de los recursos y facilidades para proporcionar atención especializada de acuerdo a la patología de la región.

Hospital Regional. Establecimiento sede de nivel regional organizado para brindar salud integral a la comunidad, cuenta con los cuatros servicios básicos en hospitalización y ambulatorios atendidos por especialistas, complementados por especialidades médicas; además debe realizar actividades de docencia e investigación y es el centro de referencia del nivel local .

Nivel Universitario. Es el conjunto de servicios de salud de la más alta tecnología donde deben estar presente todas las especialidades y sub- especialidades para la atención integral de la salud a la comunidad de un área geográfica determinada.

Hospital Universitario. Organismo de salud sede de Facultad de Medicina que presta atención médica integral de la más alta tecnología, con programas académicos

de docencia e investigación al máximo nivel para la referencia de pacientes tanto de su propia área como de otras unidades regionales dependientes técnicamente de él.

Especializados. Aquellos organismos que primordialmente desarrollan actividades específicas sobre una determinada enfermedad o conjunto de enfermedades que configuran una especialidad médica y su fuente de financiación es oficial- directa.¹

FUENTES DE FINANCIACION.

Oficial directo. Provista a través del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales y regionales, se incluyen aquellas instituciones cuyo presupuesto proviene en más de 50 % de esta fuente.

Oficial no directa. Provista por otras instituciones del estado diferente al Ministerio de Salud y sus servicios seccionales y regionales.

I.S.S. Provista por el Instituto de Seguridad Social.

Cajanal. Provista por la Caja Nacional de Prevención.

¹ ALMENDARI DUQUE, Fabián E. “La Salud” Tomo I. Pag. 1-35.

Otras cajas. Provista por las Cajas de Departamentos o los Municipios y las Instituciones de Salud de otros Ministerios e Instituciones gubernamentales.

F.F.A.A. Provista por las Fuerzas Armadas.

Otras. Provistas por otras instituciones gubernamentales no contempladas en las anteriores.

Sin ánimo de lucro. Cajas de Compensación Familiar.

Con ánimo de lucro. Instituciones de salud privadas.²

SISTEMA ACTUAL DE SALUD.

Sub Sector oficial y Mixto. Cuenta con 583 hospitales con 42.843 camas (88% del total de camas), en 1972 atendió el 55 % de la población a excepción de un 26 % considerada fuera de los servicios, en su mayoría campesinos. Tiene seis Institutos descentralizados que son: Bienestar Familiar, Instituto de Programas Especiales de Salud, (IMPES), Instituto Nacional de Cáncer, la Corporación Proveedora de Instituciones de Asistencia Social (CORPAL), suprimida por el gobierno nacional y

² Oficina de planeación Nacional, Seminario la Salud en Colombia página 9, Año 1999

el Fondo Hospitalario Nacional. Para un mejor funcionamiento se encuentra dividido en tres niveles que son:

Nivel Nacional. Constituido por el Ministerio de Salud y sus Institutos adscritos vinculados.

Nivel Seccional. Compuestos por los servicios seccionales de salud existentes en los departamentos.

Nivel Local. Está conformado por unidades aplicativas y operativas de los hospitales del país, son en su mayoría oficiales y mixtos porque reciben aportes de los gobiernos departamentales o municipales.

Sub-sector de Seguridad Social. Conformado por los seguros sociales, creado por la ley 90 de 1946 y modificado por el decreto Ley 433 de Marzo de 1971; se establece que la seguridad social es un servicio orientado y dirigido por el estado para el servicio de la clase obrera.

Sub-sector Público descentralizado. Consta de los servicios prestados por las F.F.A.A. incluye las cajas de previsión que existen en el país, atiende a 334.258 habitantes que constituyen el 1.5% del total de población En un sub-sector hay una concentración de recursos por persona afiliada en 1972 contó con dos camas por

asegurado, mientras que en sub-sector oficial y mixtos existe una cama por cada 400 habitantes.

Sub-sector Privado. Comprende el servicio de instituciones que ofrecen atención médica a las personas cuyo nivel de ingreso les permite el pago de servicios y además los pensionados que funcionan en casi todas las instituciones de utilidad común hospitalaria.³

³ Tomado de guías técnicas Hospital Local.

INTRODUCCION

La salud de la población es una necesidad individual y colectiva y es un derecho que se consagra para cada persona, contemplada en los principios de eficiencia; universalidad y solidaridad para su aplicabilidad a los seres humanos sin distinción de raza, credo o clase social.⁴

La salud puede considerarse como un bien que se produce no sólo al nivel del Individuo que lo goza, sino el disfrute de un estado de completo bienestar físico, mental y social de éste, para alcanzar una perfecta adaptación integral de él con la comunidad que lo rodea y viceversa, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades de este contexto se puede deducir que el hombre se considera sano, cuando alcanza esta adaptación completamente, en tanto estará enfermo, cuando su adaptación es inadecuada al medio que lo circunda.⁵

La comunidad es el sujeto principal de la salud pública, sobre la cual recaen las cuatro acciones principales de la medicina integral como son: fomentar, proteger, recuperar, rehabilitar la salud en sus diferentes campos de acción, de esta manera la ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes

⁴ Constitución Política de Colombia Art. 49 página 13.

⁵ Organización Mundial de la Salud, boletín informativo Julio a Diciembre de 1999 página 22.

será gratuita y obligatoria. Y es así como la ciencia médica adquiere un valor social al aplicar estas cuatro acciones sobre el sujeto principal que es hombre, y rehabilita así el concepto de práctica médica.

La presente investigación tiene como propuesta el diseño de una Central de Urgencias que se ubicara en el sur de la ciudad de Barranquilla, para asegurar por medio de ésta el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de los habitantes de este sector que nos permita descentralizar los niveles de atención en el campo de la salud, logrando un servicio eficaz, más rápido y oportuno a esta parte de la comunidad y al Área Metropolitana de esta ciudad.

La ubicación de esta Central de Urgencias en el sur no solamente cubrirá con servicios al sector mencionado, sino que su radio de acción abarcaría una gran parte de los municipios que conforman el Área Metropolitana del departamento del Atlántico prestando así una atención casi inmediata en razón de tiempo y distancia, debido a su gran accesibilidad vehicular, permitidas por las avenidas Circunvalar y Murillo.

OBJETIVO GENERAL

- Dotar al sur de Barranquilla de una completa infraestructura en salud tanto física como humana, mediante el diseño de una Central de Urgencias o centro asistencial de salud que nos permita brindar una cobertura total de salud a la gran cantidad de habitantes de esta zona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una central de urgencias de acuerdo a los parámetros, normas y especificaciones según la última metodología en el diseño de salud integral, la cual estaría destinada a satisfacer las deficiencias que en este campo, se presentan en el sector sur de la Ciudad de Barranquilla y su Area Metropolitana.
- Descongestionar los servicios de urgencias al nivel de los grandes hospitales aumentando las facilidades para el acceso a tales servicios, a través del suministro de atención medica eficiente, oportuna, permanente, integral y de bajo costo.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 MARCO LEGAL

El Sistema Nacional de Salud, es un conjunto de organismos y entidades que tiene por finalidad específica procurar la salud de la población.

1.1.1 MECANISMOS

Normas legales

Organización básica para su dirección.

1.1.2 SUB-SISTEMAS

Establecen normas de operación de las áreas consideradas más críticas, en forma especializada. Entre los sub-sistemas empleados para tal fin tenemos :

Sub-sistema de Planeación

Sub-sistema de Inversión

Sub-sistema de investigación

Sub-sistema de Información

Sub-sistema de Suministros

1.1.3 NORMAS LEGALES

Servicio Nacional de Salud	Profesionales de la Salud
Profesionales de la Salud	Sanidad portuaria
Problema de la Lepra	Campañas preventivas
Instituciones	Asuntos específicos
Aspectos financieros	Otras disposiciones
Bienestar familiar	

1.1.4 SERVICIO NACIONAL DE SALUD

		Decreto ley 056 de 1975
	NORMAS	Decreto ley 356-695 de
1975		
	LEGALES	Decreto Ley 596 de
1976		
		Decreto Ley 670 de
1975		
		Decreto Ley 694de 1.975

Decreto Ley 056. Organiza el Servicio Nacional de Salud definiendo su estructura, niveles y las funciones generales de cada una de ella. El artículo 39 permite intervenir

los hospitales cuando no funcionan de acuerdo con sus objetivos o lo hacen de manera deficiente.

Decreto Ley 356-695. Establece las normas sobre régimen de adscripción y vinculación de las entidades y los organismos de salud.

Decreto ley 526. Normas para los Sub-sistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministro, personal e investigación.

Decreto Ley 694. Por el cual se establece el Estatuto del personal para el servicio Nacional de salud.

La salud Pública. Fomenta, protege, recupera y rehabilita la salud física y mental de la sociedad.

1.1.5 FUNCIONES DE LA SALUD PUBLICA

Proteger la Salud

Fomentar la Salud

Recuperar la Salud

Funciones generales o de servicios

1.1.5.1 Sistema de Beneficencia. El servicio dado es de carácter “gratuito”, la permanencia del personal médico para la atención del paciente es de 3 a 4 horas diarias. Su funcionamiento está dado por instituciones descentralizadas con sus propios recursos.

1.1.5.2 Sistema Gubernamental. Presta los servicios de medicina ambulatoria y medicina de internación para la clase social de bajo nivel adquisitivo. Su financiamiento lo ejerce el estado.

1.1.5.3 Sistema de Seguridad Social. Es una de las formas claras tendientes a brindar atención médica protegida de calidad aceptable a gran cantidad de población; a pesar de esto último, las áreas de cobertura al número de beneficiarios son pocas, aunque se nota un aumento de estos servicios en los últimos tiempos ya que la cobertura la constituyen sectores de la población vinculados a la producción.

1.1.5.4. Sistema Privado. Está dirigido por sectores de la población sólidos económicamente, apoyados en el carácter de clase de la medicina. Está interrelacionado con el sistema de seguridad social al nivel ambulatorio y de internación en términos de servicios.

1.1.6 SISTEMA ACTUAL DE SALUD.

1.1.6.1 Sub Sector oficial y Mixto. Cuenta con 583 hospitales con 42.843 camas (88% del total de camas), en 1972 atendió el 55 % de la población a excepción de un 26 % considerada fuera de los servicios, en su mayoría campesinos. Tiene seis Institutos descentralizados que son: Bienestar Familiar, Instituto de Programas Especiales de Salud, (IMPES), Instituto Nacional de Cáncer, la Corporación Provedora de Instituciones de Asistencia Social (CORPAL), suprimida por el gobierno nacional y el Fondo Hospitalario Nacional. Para un mejor funcionamiento se encuentra dividido en tres niveles que son:

1.1.6.2 Nivel Nacional. Constituido por el Ministerio de Salud y sus Institutos adscritos vinculados.

1.1.6.3 Nivel Seccional. Compuestos por los servicios seccionales de salud existe en los departamentos.

1.1.6.4 Nivel Local. Está conformado por unidades aplicativas y operativas de los hospitales del país, son en su mayoría oficiales y mixtos porque reciben aportes de los gobiernos departamentales o municipales.

1.1.6.5 Sub-sector Público descentralizado. Consta de los servicios prestados por las F.F.A.A. incluye las cajas de previsión que existen en el país, atiende a 334.258 habitantes que constituyen el 1.5% del total de población. En un sub-sector hay una concentración de recursos por persona afiliada en 1972 contó con dos camas por asegurado, mientras que en sub-sector oficial y mixtos existe una cama por cada 400 habitantes.

1.1.6.6 Sub-sector de Seguridad Social. Conformado por los seguros sociales, creado por ley 90 de 1946 y modificado por el decreto Ley 433 de Marzo de 1971; se establece que la seguridad social es un servicio orientado y dirigido por el estado para el servicio de la clase obrera.

1.1.6.7 Sub-sector Privado. Comprende el servicio de instituciones que ofrecen atención médica a las personas cuyo nivel de ingreso les permite el pago de servicios y además los pensionados que funcionan en casi todas las instituciones de utilidad común hospitalaria.⁶

1.1.7 ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

De acuerdo con las disposiciones en vigencia, la organización estructural de la ejecución del Plan Nacional de Salud, responde a los esquemas por nivel se presenta

⁶ Tomado de guías técnicas Hospital Local.

en el organigrama. Su dirección general (Primer nivel) está a cargo del Ministerio De Salud con sus colaboradoras - inmediatas, de donde se desprende las distintas direcciones(segundo nivel) de conformidad con la especialidad de cada una : Atención médica, Saneamiento ambiental, epidemiología, recursos humanos, etc.

Cada, dirección tiene a su vez divisiones internas (segundo nivel) con funciones específicas de estas se desprende las secciones o departamentos.

1.1.8 POLITICA NACIONAL DE LA SALUD.

- Convertir el sector de salud en un instrumento de progreso social, para lograr el más alto grado de salud que sea compatible, con el nivel de desarrollo de la comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud.
- Utilizando el sistema y Plan Nacional de Salud para incrementar los servicios de salud a todos los grupos de población, marginados y la población inaccesible.
- Regionalizar la atención de la salud en el país, dentro de los criterios de centralización política y descentralización administrativa, fortaleciendo el concepto de “Hospital”, como unidad básica de cada nivel regional y local para brindar servicios igualitarios permanente y oportunos.

- Promover el desarrollo del sistema único Nacional de Salud, que comprende todos los organismos, agencias Instituciones y entidades que tenga como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, reciban o no aportes de tesoro público en cualquiera de los niveles nacionales departamentales, o municipales.
- Incorporara en el Plan de Salud Unico las entidades adscritas vinculadas y en tal forma que todos se coordinen adecuadamente para la realización armónica y ordenada de la política de la salud dictada por el gobierno.
- Someter los recursos financieros que en país se destinen para el financiamiento de programas y actividades de salud, al control y vigilancia por parte del estado para lograr que se armonicen adecuadamente con los propósitos y objetivos del Plan Nacional de Salud.
- Destinar todos los recursos de origen externos que sean canalizados por entidades oficiales para programas y actividades de salud mas los recursos de los presupuestos extraordinarios y los adicionales de gobierno al financiamiento de los programas prioritarios de salud que se determinen en el desarrollo del Plan Nacional.

- Los programas prioritarios se determinan en función del riesgo que afronta la comunidad y para ello se dará prioridad a los grupos de población con mayor proporción de menores de 15 años; al núcleo materno infantil y al núcleo laboral.
- Fortalecer los programas de infraestructura necesarios para la cabal realización de los programas y actividades correspondientes a los servicios de salud.
- Orientar la formación, adiestramiento y capacitación de los recursos humanos hacia la conformación de equipos multidisciplinarios, haciendo énfasis en el incremento proporcional del personal técnico y auxiliar y adecuando el número y la distribución de profesionales a las necesidades reales del país.
- Incorporar la totalidad de los trabajos del sistema nacional de salud a un estado único de personal a medidas que las características de cada entidad lo permitan.
- Organizar la comunidad para obtener su participación activa en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidos en el Plan Nacional de Salud.
- Atender a la conservación y mejoramiento de un medio ambiente satisfactorio para la vida humana procurando realizar las acciones sobre la ecología en colaboración con otros sectores relacionados.

- Armonizar la realización de la política Nacional de Salud con el contenido de la perspectiva política de los diferentes sectores para logra su mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

1.1.8.1 ESTRATEGIAS

- Fortalecer el sistema de salud regionalizado con los niveles de atención claramente definidos.
- Reforzar la delegación y funciones de personas profesionales técnicos y auxiliares en tareas específicas sobre la base de un adiestramiento previo a una supervisión eficaz, tal delegación se platea en todos lo niveles y en todas profesiones con mayor intensidad y permitir una utilización máxima del personal profesional, al mismo tiempo que un aumento en la cobertura, sin desmeritar la calidad de los servicios.
- Implantar y como indispensable complemento a lo anterior, los sub-sistemas de planificación de planeación, información, de suministro de insumos críticos y de inversiones.

- Estimular la investigación, especialmente la aplicada para la elaboración de estudios sobre problemas de salud y aspectos operativos y administrativos de los organismos sanitarios.
- Establecer un estatuto de personal que contemple objetivos diversos, con el objeto de lograr entre otras cosas una redistribución geográfica del personal de salud y estatuto de esta índole facilitara la coordinación e integración de los diferentes aspectos de sector, cuyos funcionarios se encuentran condiciones diferentes de salario, nivel de vida etc.

1.1.8.2 METAS A CUMPLIR

- Reducir la morbilidad y la mortalidad de niño principalmente en las edades de mayor exigencia para su desarrollo, incrementando las acciones de prevención de enfermedad reducibles. Especialmente en zonas rurales marginadas urbanas.
- Incrementar las actividades de control crecimiento y desarrollo del niño principalmente en edad preescolar.
- Fomentar en todas las formas posibles y a todos los niveles de educación de la comunidad en lo que refiere la salud e higiene y nutrición.

- Incrementar las acciones de saneamiento del niño con obras de infraestructuras acueductos, pequeños abastos alcantarillados, especialmente en las zonas rurales y marginadas urbanas.

- Dotar a los hospitales locales de personal y recursos físicos y financieros con el fin de promover su utilización hasta alcanzar el 90% en el grado de uso.

- Adiestrar para zonas rurales, promotoras de salud seleccionadas por la misma comunidad a que van a servir con lo cual se logrará su participación activa en la selección de sus problemas básicos.

- Reforzar y ampliar las campañas de vacunación a nuevos grupos de población vulnerables dirigidos a la prevención de enfermedades.

- Participar en forma efectiva en coordinación con las demás agencias de los sectores públicos y privados en la ejecución del Plan Nacional de Nutrición mediante acciones dirigidas a la educación y promoción de la comunidad en aspectos de nutrición e higiene, provisión de agua potable mejoramientos y ampliación de servicios y conservación de medio ambiente.

Otras ordenanzas permitieron la reorganización de las distintas áreas.

1. Creación de tres unidades administrativas especiales.

Decreto	Nueva dependencia
Ordenanza.	administrativa.
00477/91	Laboratorio Dptal. De Salud Publica.
00476/91	Centro Dptal. de Enfermedades Transmisibles Tropicales.
00478/91	Formación de Recursos Humanos en Salud.

2. Creación de establecimientos públicos especializados.

Decreto	Nombre del establecimiento.
Ordenanza.	
00475/91	Hospital Universitario de Barranquilla.
00483/91	Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud.
00482/91	La Granja Taller Protegido.
00479/91	Hospital Departamental de Sabanalarga.

3. Reestructuración administrativa de DASALUD mediante decreto ordenanza N° 00496/93 para adecuar la estructura y las funciones de conformidad con los lineamientos de la ley 60/93.⁷

⁷ Organización Mundial de la Salud, boletín informativo Julio a Diciembre de 1999 página 22.

1.2 MARCO HISTORICO

1.2.1 ANOTACIONES HISTORICAS DE LA ARQUITECTURA

HOSPITALARIA

En el siglo III A.C, en la época del esclavismo, entre los años 137 y 132, la medicina se desarrolla paralelamente a la Botánica, su principal fuente de investigación se redujo al campo de las Ciencias Naturales; su investigación utilizó como elemento curativo al análisis de plantas, clasificándoles en curativas y venenosas según los resultados, sacrificando muchas vidas, para la obtención de tales resultados.

El nacimiento de esta nueva ciencia fue tomada por algunos como instrumento de poder económico para satisfacer sus nacientes ambiciones; y para otros como poder político, para subyugar al pueblo.

En el año 60 D.C es Dioscórides quien hace ciertas anotaciones sobre el nacimiento de las artes y disciplinas entre estas, la Medicina que se empezaba a estudiar en recintos. En este tiempo donde se institucionaliza la Medicina – Ciencia como estudio, desatando múltiples contradicciones entre los médicos empíricos que se basaban en las anotaciones de sus antepasados y quienes fueron subestimados por los emperadores y aquellos que según la “oposición” se iba en busca de riqueza aprovechándose de la credulidad de los populares.

Estas contradicciones llegan a la Administración pública y es así como se forma un decreto consistente en mandar a los recién egresados a ensayar durante siete años en tierras extranjeras y/o de enemigos, ó en algún hospital para que cuando regresa, tuviera una vasta experiencia e dar vida y salud a costa de muchas muertes. Aquí nacen los años rurales, que tienen que prestar los estudiantes de medicina.

Más tarde en el año 158 edad Media, en Pérgamo, es Galeno el médico más destacado después de Hipócrates. Es el primero que señala la importancia del médico científico y su aplicabilidad a la medicina, pero aún se basaba en el método empirista crítico que recomendaba Hipócrates, creyéndose que constituía el punto de desenvolvimiento de la medicina.

Esto originó todo un movimiento investigativo que se fortaleció y originó la especialización. Más tarde en roma, utilizaron el pragmatismo, quien hizo numerosos aportes en la descripción de los componentes del cuerpo y sus relaciones entre sí.

En el siglo IV, la ciudad llegó a su madurez. En la ciudad de Coz, gran centro de curación, donde un grupo de médicos y precursores y sucesores de Hipócrates (460-375 A.C), procuraban curar las enfermedades mediante una composición racional de las naturaleza. Esta ciudad era al mismo tiempo un sanatorio, un hospital y un centro de investigación médica en donde el pensamiento médico se desarrolló. Los médicos que conocían las cualidades curativas de la reclusión, la belleza, el espacio y el orden.

Instalaron sus sanatorios en una isla pequeña liberada del apiñamiento, el desorden, los olores y los residuos de la ciudad griega, generando uno de los más célebres tratados; el que se ocupa del aire, agua y lugares. Se trata se una obra que trazó el contorno de la higiene por el contorno de la higiene pública en relación con las elección de solares y planeamiento de ciudades. Los médicos de ese entonces no pensaron nunca que las enfermedades pudieran ser transmitidas por agentes invisibles más bien por cosas sin importancia mayor, como la orientación de calles, edificios etc, la necesidad de procurar fuentes de agua pura. Esto no se logró rápidamente, pues las grandes diferencias de clases que vivieron en estas ciudades, el despilfarro y el gran poder económico y político concentrado en sus gobernantes no permitieron el capital necesario para realizar estas obras.

La teoría hipocrática no se convirtió en práctica urbana hasta que se edificaron las nuevas ciudades helenistas en Grecia y luego en las Colonias Romanas. Además las migraciones hacía estas ciudades Griegas fueron cada día más frecuentes produciendo un verdadero caos urbano y construyendo en el mínimo espació que quedaba empeorando las precarias condiciones existentes.

Mediante el tratado hipocrático se logró tal comprensión de la importancia del agua pura, que no sólo proporcionó un incremento para las mejoras municipales, sino que se promovió la investigación de las propiedades curativas de los manantiales minerales de modo que de los centro iniciales de tratamientos médico salieron los

centros de salud, que se especializaron en baños naturales calientes y fríos y en las copiosa ingestión del agua.

Otros de los fundadores de hospitales fue Esculapio quien crea un templo llamado Lateria, para la atención del paciente. Luego en el siglo V A. C los seguidores de este dieron origen a templos llamados Asasklepión funcionando como hospital, donde acudían los enfermos.

En roma se llama “Valentudination” donde los hacendados de buena posición económica enviaban a sus esclavos y guerreros heridos. Aparecen luego las denominadas “casas sin puertas ” para las personas que carecían de hogar. Los enfermos crónicos, pobres y esclavos eran concentrados en las Islas del Tiber. Los esclavos que salían con vida de ese lugar se les otorgaba la libertad. Mientras tanto en Europa medieval, su principal objeto era vivir una vida cristiana.

Esta concepción con su afirmación del padecimiento y su voluntad de prestar socorro, creó organismos de los que no hay muestra en las civilizaciones urbanas anteriores. Se establecieron así en escala considerable, hospitales para la atención general de enfermos achacados.

En sanatorio ya no era un centro de salud apartado de la ciudad y destinado principalmente a la clase que detentaba el poder económico y político, sino que ahora

estaba en el centro de la ciudad y al acceso de todos los enfermos. Tanto el hospital como la sala de aislamiento fueron contribuciones directas del Monasterio, y con ella apreció un tipo más general de hospitalidad para las personas sanas necesitadas de descanso nocturno y alimentos.

El establecimiento de hospicios fue una Institución Municipal Medieval pues el cuidado de los pobres y desvalidos era una obligación de la caridad cristiana. Por primera vez florecieron en la ciudad medieval las instituciones para el cuidado de los ancianos, los cuales formaban a veces como por ejemplo, en Brujas, Amsterdam y Ansburgo, pequeñas ciudades vecinales, con sus jardines públicos y su capilla.

En la época medieval la Iglesia jugó un papel importante en el desarrollo de las ciudades en su conformación urbana e ideológica, en su ambiente cultural y político.

Es así como en el concilio de Aquisgrán (Grecia), se ordena que todos los hospitales sean construidos según los mandatos de la Iglesia Católica ya que ésta estaba reinando políticamente. Ejemplo: Que las salas hospitalización tengan un altar para que los enfermos puedan seguir los oficios de la SANTA MISA. Con base en estos principios aparecen tres tipos de Arquitectura Hospitalaria:

- **Tipo Basílica.** Caracterizada por la época predominante religiosa, todas las construcciones adoptan la Arquitectura de templos consagrados al culto y los

pabellones hospitalarios son grandes naves abovedadas de gran capacidad, previstos de columnas de largas y estrechas ventanas.

- **Tipo Cruciforme** Tenía la forma de una cruz, en cada una de sus extremos estaba construida por una sala de hospitalización y en la unión de las salas una capilla orientada de tal manera que todos los enfermos no se perdían de los oficios religiosos.
- **Tipos palaciano.** Caracterizado por dos tipos de estilos; el renacimiento y el gótico. Su forma es cuadrangular, haciendo pabellones en los lados del cuadrángulo dejando un plano central, donde se construía una capilla. Este tipo es el de la mayoría de nuestros hospitales de provincia. Demostrándonos con éste el poder ejercido por las iglesias en es entonces en todas las instituciones especialmente en salud donde iban a tener una mayor acceso a la gran masa de población desposeída. Convirtiendo a estos recintos en instrumentos ideológicos de dominación.

En el siglo XVI las institución de los Jesuitas creó un asilo para niños expósitos, después en el XI, las órdenes religiosas fundaron hospitales en casi todas las ciudades.

En la mayoría de las ciudades germanas había por lo menos dos hospitales, uno para los leprosos y otros para distintos tipos de enfermedades. En las ciudades grandes como Breslau llegaron a un hospital por cada 2000 habitantes.

Para acabar con las enfermedades infecciosas y la extirpación de la Lepra en Europa, se dieron los primeros pasos en cuanto a la medicina preventiva se refiere, establecieron una cuarentena obligatoria para las personas que entraban y salían de las ciudades procedentes del extranjero.

El principal hospital fue el Brolo, fundado en 1145 por Goffredo de Boser con más de 500 pacientes pobres, además de 350 lactantes atendidos por ayas.

En cristianismo era en un principio un movimiento de las clases empobrecidas de los más variados tipos. El auge que tuvo este movimiento fue aprovechado por algunos gobernantes cristianos para aumentar sus arcas a costa de los fieles, fue cogido tanta fuerza que se institucionaliza hasta tal grado que llegó a ser en la época del feudalismo el segundo aparato político-económico que dominó la vida social de aquellos pueblos.

En América Latina la atención y tratamiento de enfermos estaba vinculado a ritos mágicos religiosos y según evidencias encontradas en cerámicas, dibujos y otras formas de expresión, la práctica de la medicina autóctona se encontraba muy

desarrolladas; en algunas culturas la cirugía alcanzó niveles de ejecución que sorprenden a los científicos actuales.

La existencia de locales destinados expresamente al alojamiento de enfermos no es conocida con seguridad, pero es evidente que debió existir áreas o zonas con algún tipo de albergue para pacientes.

Si bien a estas construcciones nos se les puede dar el carácter de hospitales, ellas constituyen los más remotos antecedentes de edificaciones, con fines de salud.

Podemos remontar el proceso de desarrollo de la medicina en nuestro país a aquellos profesionales que vinieron con los conquistadores y cuyo único fin era el de velar por la supervivencia de estos y sus soldados.

Al instalarse en América las primeras formas de Administración relativamente estables, que obligan a algunos españoles a permanecer un tiempo prolongado que originó una corriente de bienes de consumo hacia América, en la que se incluía algunos médicos destinados a mantener la salud del personal al servicio de la corona.

Los indígenas y los esclavos por su parte acudían a sus propias formas de medicina que en aquella época no estaban reglamentadas ni perseguidas.

El desarrollo de estas formas de medicina indígena y negra a la que se sumaba la medicina popular propias de los españoles que no podían acceder a la medicina

oficial configuró una rica y amplia gama de actividades, creencias y prácticas populares que hoy hace parte de lo que denominamos medicina popular.

En 1535 el Rey Carlos II prohibió el ejercicio de la medicina sin el respectivo grado. Truncando así el desarrollo de una medicina netamente nacional, es así como los criollos estimularon a los que querían viajar a Europa para adquirir conocimientos en la medicina, estos recibían una formación muy específica, no les interesaba el estudio científico del origen de las enfermedades, sino el aprendizaje de prácticas médicas que les permitieran atender la demanda no satisfecha.

Luego al romperse las relaciones con una metrópoli por parte de las clases dominantes y consolidarse con otras nacientes, se produce una ruptura en los flujos de abastecimientos especialmente en la importancia de prácticos médicos. Surgió entonces la necesidad de organizar adentro la producción de personal que atendieran la demanda de la nueva clase.

A la burguesía le interesaba reproducir prácticos médicos para consumo, lo cual era muy sencillo, para esto necesitaban solamente un médico y una aula. La no investigación científica es característica determinada por el tipo de estructuración de nuestros países con respecto a la metrópoli, repercutieron esto en las relaciones sociales internas.

Entre 1600 y 1700 empieza a aparecer en América y también en Colombia una serie de hospitales distribuidos en todo el territorio encargados de “atender las pésimas condiciones de salud de la población”, estos hospitales no servían para el ejercicio de la medicina institucional ya que ésta se ejercía en los conventos, palacios y casas familiares.

Estos hospitales eran más bien lugares destinados a morir, es donde se recogía caritativamente a los indigentes, cumpliendo así con una función ideológica, sin relación próxima con los aspectos asistenciales. Allí se encontraban locos, enfermos presos políticos, etc.

La existencia o no de hospitales depende de las condiciones políticas reinantes y no de las necesidades de salud de la población, cosa que ocurría con las atenciones médicas privadas. Como expresión clara del significado que tenían los hospitales durante el siglo XIX se puede leer la siguiente frase con el pórtico de un hospital de Antioquia: “Abierto para la salud corporal de los pobres y la salud de los ricos”. Expresándose claramente el carácter de clases adquiridos por ese entonces de la medicina.

En los últimos tiempos la medicina ha evolucionado apresuradamente y el hospital se ha convertido en un complicado establecimiento, dedicado a rodear al paciente de una buena atmósfera, libre de ruidos desprovista de olores desagradables en el que hay

que prever las rutas y regular el tránsito interior, es decir hacer un verdadero estudio de las circulaciones (pacientes, médicos, servicios, visitantes, etc.), para que haya una menor confusión y pérdida de movimientos posibles, el lo que da una arquitectura compacta y vertical. La mayor parte del área actualmente está destinada a los servicios, el espacio que requiere, servicios administrativos y generales no deja en la mayoría de los hospitales más de una tercera parte del área total contenida para las habitaciones, salas para el uso de hospitalización.

1.3. MARCO INSTITUCIONAL

La facultad de Arquitectura de la Corporación Universitaria de la Costa CUC fundamentada en el conocimiento y la experiencia sobre las necesidades de vivienda, desarrollo social y urbano e industrialización que tiene la Costa Atlántica, se ha propuesto como meta formar un profesional integral, de alta sensibilidad, capaz de aportar soluciones funcionales y económicas desde el punto de vista de la construcción arquitectónica a los problemas que sobre habitabilidad, bienestar social, trabajo, consumo, ocio y desarrollo urbano se presentan en la región. Así mismo, para atender y proporcionar un medio físico–ambiental en donde los individuos puedan desarrollar humana y solidariamente sus funciones y actividades de vivienda, salud, educación, comercio, industria, recreación y sano goce del cuerpo y espíritu, se requiere formar un profesional capaz de generar construir el medio en el cual

tanto individuos como grupos sociales puedan ejercer tales funciones, actividades y necesidades⁸

En razón de lo anterior, la Corporación Universitaria de la Costa, a través de su facultad de Arquitectura ha visto la necesidad de desarrollar un programa profesional con el cual los egresados de la facultad de Arquitectura podrían además, planear el desarrollo regional y urbano de acuerdo a las características socio económicas y culturales propias del país, elaborando diseños acordes con la realidad social de la región y que se puedan llevar a la práctica, atendiendo las necesidades habitacionales de la época actual teniendo en cuenta los posibles cambios, avances y perspectivas del futuro, aportando soluciones tangibles a problemas tan actuales como el hacinamiento humano, los tugurios, la deshumanización y la contaminación ambiental.

El Arquitecto debe enfrentarse en la actualidad, a los problemas que implica el crecimiento y desarrollo de los conglomerados sociales, por causa de migraciones y otros factores socio – económicos o poblacionales. Esto hace necesario que cuente con una teoría de lo que debe ser el desarrollo urbano, de las técnicas y recursos empleados y de los elementos sociales, políticos y culturales que han incidido en el comportamiento de los grupos sociales a través de toda la Historia de la Humanidad.

⁸ Corporación Universitaria de la Costa . Facultad de Arquitectura, objetivos del Plan de Estudio. Capítulo 2.1999

1.3.1 FUNDAMENTO LEGAL

El marco legal en el cual se fundamenta la asignatura de Tesis como parte del área de Diseño Arquitectónico perteneciente al departamento de Diseño de pénsum de la facultad de Arquitectura de la Corporación Universitaria de la Costa, es la ley 30 de 1992⁹ y la ley 115 de 1994¹⁰, de la cual se ha extraído la información pertinente a la temática objeto de la presente investigación:

Según se consigan en la ley 30 del 28 de Diciembre de 1992, entre los fundamentos de la educación y sus principios está el “ Despertar en los estudiantes en espíritu reflexivo orientando el logro de la autonomía personal teniendo en cuenta las libertades de enseñanza, de aprendizaje, de investigación y de Cátedra”.

La educación superior debe tener como objetivos “formar integralmente al colombiano en el ámbito profesional, investigativo y como ser social mediante la transmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones para solucionar las necesidades del país”.

Igualmente debe ser “factor de desarrollo científico, cultural, económico político y ético promoviendo la unidad nacional, la interrogación regional y la cooperación

⁹ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 30 del 28 de diciembre de 1992, Artículo 4°,6°, 7° y 9°.

¹⁰ Ministerio de Educación. Ley 115 del 8 de febrero de 1994, Artículo 1° y 5°, Item 5°,7°,9° y 13.

institucional, la formación y consolidación de comunidades académicas en los campos de la técnica, la ciencia, la tecnología, las humanidades, el arte y la filosofía¹¹”.

La ley 115 del 8 de febrero de 1994 o ley general de la educación expedidas por el Congreso de la República presenta a la educación como “un proceso de formación permanente, personal, culturas y social que se fundamente en una concepción integral de las personas humanas, de su dignidad, de sus derechos y deberes, fundamentada con las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público”.

Especialmente por la cualificación y formación de los educadores, los recursos y métodos educativos, la innovación e investigación educativa, la orientación educativa y profesional, la inspección y evaluación del proceso educativo atendiendo al pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que los que le imponen los derechos de los demás”.

La educación debe desarrollarse sobre la base de la adquisición del conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, históricos, sociales, geográficos y estéticos mediante la apropiación de hábitos intelectuales adecuados para el desarrollo del saber a través del estímulo, a la creación artística en sus diferentes manifestaciones,

¹¹ Ley 30 de 1992, Diciembre 28. Título I, op. Cit. I Artículo 4, 6, 7 y 9.

desarrollando la capacidad crítica, reflexión y analítica que favorece el avance científico y tecnológico, orientado al mejoramiento cultural y de la calidad de vida de la población”.

Otro de los fines de la ley 115 de 1994 es la “promoción en la persona y en la sociedad de la capacidad para crear, investigar, adoptar la tecnología que se requieren los procesos de desarrollo del país y le permita al educando ingresar al sector productivo¹²”.

Es importante agregar que el decreto 11860 de 1994, el cual reglamenta parcialmente la ley 115 de 1994 en los aspectos pedagógicos y operativos generales, considerada que para el desarrollo de una asignatura se deben aplicar estrategias y métodos pedagógicos activos y de vivencias que incluyan la exposición, la observación, experimentación, la práctica, el taller de trabajo, la informática educativa, el estudio personal y los demás elementos que constituyen a un mejor desarrollo cognitivo, y a una mayor formación de la capacidad crítica, reflexiva y analítica del estudiante” .

¹² Ministerio de educación Nacional. Decreto 1860 de 1994. Agosto3. Artículo 35.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

La educación es el fenómeno social por medio del cual nos apropiamos del conocimiento. Esta apropiación puede darse en forma espontánea u organizada con un fin determinado cuando el conocimiento se obtiene del medio en una forma espontánea, casual o circunstancial se denomina común. Si este conocimiento es producto de la investigación científica se denomina entonces conocimiento científico, y cuando a través de un método se imparte en la escuela, entonces será conocimiento escolar.

La realización del proyecto requiere la experiencia directa obtenida a través de censos, entrevistas, documentos escritos, fotográficos etc. La importancia de la extensión de la información no radicará en cantidad sino en la calidad de la misma.

Una vez que el proyecto sea procesado, el diagnóstico y las conclusiones serán los pasos consecuentes. El primero comprende el sumario de todo el material recopilado, en forma de ideas cortas y precisas que proporcionen el conocimiento rápido y organizado del proyecto.

Las conclusiones se presentarán como la transición del campo puramente investigativo al especulativo o de propuesta. Será el punto fundamental que recogerá la trascendencia adquirida por el volumen de datos antes estudiados. Y finalmente

se propondrá criterios acertados, para la proyección de la central de urgencias que requiera el caso; el proyecto en particular¹³.

La forma que adquiere la medicina en nuestro país obedece a su vinculación a un sistema de relaciones internacionales, que en nuestra estructura político-administrativa cobra ciertas características aplicables solamente en nuestro medio.

Como reflejo del sistema de explotación implantado por el capitalismo en Colombia, se observa cómo afecta directamente el ejercicio de la medicina, su desarrollo científico y el tipo de tratamiento de las diferentes patologías. Por lo tanto la medicina se convierte en un producto mercantilizado y como tal está al servicio de quienes pueden comprarla, marginando de este derecho a los más necesitados, así lo demuestran los estudios de las diferentes entidades gubernamentales en nuestro país.

Se pueden encontrar ligados a este problema factores inherentes como las necesidades básicas insatisfechas tales como: Hogares en viviendas inadecuadas, hogares con hacinamiento crítico, barrios con problemas ambientales, etc. Y algunos problemas mencionados por Planeación Distrital, como el déficit de agua potable en el campo es de 72%, es decir que solo el 28% tiene acceso a estos servicios. Según Minsalud¹⁴, nueve millones de colombianos no tienen acueducto con agua bien tratada.

¹³ Bunge M, la ciencia su método y su filosofía. Siglo XX. Buenos Aires 1992 Pagina 120.

¹⁴ Min Salud, Folleto número 6. Agosto de 1999 página del 2 al 16

El problema de vivienda es otro factor importante, y el déficit habitacional ha alcanzado niveles muy altos en los últimos tiempos, teniendo como causa los cambios de propiedad de la tierra, la tecnificación en el campo, etc., que generan las migraciones, conformando cinturones de miseria en los cascos urbanos.

A estos factores se pueden agregar en el campo de la salud: El no pago de los salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuanto hubiere lugar a prestaciones sociales, y su afiliación a la Seguridad social; pagos de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas en la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al sistema de Seguridad social en salud; estudio de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud; vacunación, promoción de la salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables; bienestar materno infantil, alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualquiera de sus modalidades de atención ¹⁵.

Por lo tanto podemos concluir que los indicadores indirectos del nivel de salud son:

- La brecha alimenticia y

¹⁵ Barrios Zuluaga Ricardo, Nuevo municipio contemporáneo página 308-309.

- El déficit nutricional

Y los indicadores directos son:

- Mortalidad y morbilidad
- Déficit de recursos institucionales y humanos de salud
- Cobertura y calidad de los Seguros Sociales, asistencia pública.

Ahora, teniendo en cuenta las dificultades actuales por las que atraviesa la zona sur de la ciudad de Barranquilla se concluye que el problema no es uno sino muchos.

La problema está basada más que todo en las necesidades básicas insatisfechas que una población cualquiera requiere resolver para poder ser habitualmente apta. Según esto, se observa que ciertas zonas de la ciudad, particularmente la objeto de estudio, o sea el sur de Barranquilla, presenta necesidades básicas comunes para toda población como la falta de una infraestructura de servicios ya sean públicos o privados con la suficiente cobertura para el sector, falta de control de saneamiento ambiental para erradicar los factores de contaminación visual, auditiva y del medio ecológico, desmejoramiento permanente de la red vial ya que muchas de las calles se encuentran en mal estado, e inclusive, otras ni siquiera han sido pavimentadas; mayor control por parte de Planeación Distrital para recuperar y adaptar espacios públicos necesarios como complemento de un equipamiento comunal el cual es básico para el funcionamiento urbanístico y orgánico de cualquier población.

Muchos de estos problemas tienen soluciones, ya sea a corto, mediano o largo plazo. ¿Pero será posible que se puedan llevar a cabo?, Es un gran interrogante que se debe enfrentar y solucionar con nuevas, y mejoradas ideas.

No se debe olvidar que una de las fuentes básicas de mortalidad en cualquier centro urbano y más que todo en el sur de la ciudad de Barranquilla son las enfermedades infectocontagiosas tales como I.R.A, E.D.A y V.I.H.

Gracias al esfuerzo incesante de la comunidad científica se ha logrado dilucidar gran parte de los interrogantes que en el pasado ocupaban la mente de los investigadores y a raíz de ello se han podido establecer medidas que impidan los brotes epidémicos, o los controlen prontamente después de su aparición, a través de entidades como Dasalud y Distrisalud que brindan estos servicios. Desafortunadamente en la zona se han marginado muchos de estos programas de salud debido a la escasez de centros u hospitales para poder combatir este tipo de enfermedades que a diario afectan y deterioran la salud de los moradores de esta parte de la ciudad.

Es indiscutible que la falta de estos centros hospitalarios afecta a la comunidad en general y no solamente por las enfermedades sino también por la cantidad de incidencias en el área de urgencias que el sector presenta debido a factores como la inseguridad ya sea por parte de la delincuencia juvenil, homicidios, desequilibrados

mentales, accidentes de tránsito, etc. Y muchos otros que afectan al tranquilo desarrollo de la sociedad.

A todo esto se une el actual estado de desnutrición de la población, la falta de atención a personas de la tercera edad, etc. Como se ve, el problema existe y por tal merece por lo menos ser tratado, estudiado, planificado y solucionado, a través de estrategias de proyectos como éste que se propone actualmente, ya que ellos no solo ayudan a tener una mejor visión para la solución de todos estos problemas, sino que también son el comienzo y el primer paso que hay que dar para poder brindar seguridad económica - política y social a una comunidad tan golpeada y sacudida como lo es la del sur de la ciudad de Barranquilla

La investigación se realizó en la ciudad de Barranquilla, particularmente en el sector sur, del cuál hacen parte los silos del 1 al 5, e incluye además el área Metropolitana de la ciudad de Barranquilla. El universo es la ciudad de Barranquilla y su Área Metropolitana, la población son los habitantes del sur de la ciudad que conforman los estratos 0,1,2, que corresponden a los niveles bajo-bajo, bajo, medio bajo, que se localizan en esta área de la ciudad,¹⁶ e incluye a la población del Área Metropolitana de la ciudad de Barranquilla.

¹⁶ Estatutos de usos del suelo y Normas urbanísticas del distrito especial de B/quilla. Pag 175-176-177 sect. bajos

La muestra es la incidencia de personas que asistirán a la Central de Urgencias, o sea el 11.5% de la población que se localiza en el sur de Barranquilla y su Área Metropolitana. Esta investigación se insertó en el área de la ciencia de la salud y según la Organización Mundial de la Salud; esta puede considerarse como un bien que se produce no solo al nivel del individuo que la goza, sino del disfrute de un estado de completo bienestar físico, mental y social de éste, para alcanzar una perfecta adaptación integral de él con la comunidad que le rodea, y no solamente la carencia de afecciones o enfermedades.

Siempre que se piense realizar un estudio en el campo de la salud, es necesario inscribirlo, en un contexto socio económico en el ámbito general, buscar sus interacciones con otras actividades y sus posibles causas efectos que repercutan en la sociedad.

Estos dos aspectos están enmarcados dentro de un campo socioeconómico determinado, donde regirán ciertas relaciones de producción intrínsecas, las cuales serán determinantes en la consecución de las metas u objetivos planteados dentro de la investigación sin desligarlo dentro del contexto general en el cual se mantendrá inscrito¹⁷.

¹⁷ Chavez M, Problemática de la salud en el mundo, traducción capítulo III Doctora Zonia López Schoott, Organización mundial de la Salud San Diego California 1999 Pag 136 – 170.

Bajo esta condición se observa que nuestro país esta insertado en las leyes del capitalismo mundial, como tal se ejerce en nuestro medio un sistema de explotación social económico y político que afecta al ejercicio de la medicina, su desarrollo, su practica eficaz, convirtiéndola en una mercancía mas y como tal estará al servicio de quienes pueden comprar su practica. Como el Departamento del Atlántico se encuentra incluido territorialmente en el mapa de Colombia es lógico pensar, que esta problemática de la salud la afectara también en gran manera en su medio de producción.

Consecuentemente su capital Barranquilla sufre también los embates de esta problemática trayendo como consecuencia la ineptitud e ineficiencia de los servicios de salud haciéndose más notable en las clases menos favorecidas.

En cuanto a la atención en salud se ha encontrado que los recursos de atención medica son ineficientes frente a la creciente demanda de estos servicios, existe poca utilización efectiva y bajos rendimientos de los recursos de atención primaria en salud, las que en su mayoría tienen rendimientos inferiores al 50%, ocasionando así una recarga en la demanda de los grandes centros hospitalarios, especialmente en los servicios de URGENCIAS.¹⁸

¹⁸ Horacio Serpa Uribe, Participación ciudadana 1998, Reglas de asignación para la participación para sectores sociales, pag 126-127.

1.4.1 SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

La reforma en Seguridad Social emprendida por el pueblo colombiano ha originado grandes cambios en el sector salud a partir de la aplicación de las Leyes 60 y 100 de 1993.

“ Los cambios que se plasman en la Ley 100, se presentan como solución al problema de la inequidad del sistema originado por la baja cobertura, ineficiencia y la desarticulación de sus instituciones, además de la persistencia de grupos de población sin acceso, frente a otros que tienen múltiples posibilidades por las condiciones económicas”. (Plan de desarrollo Educativo y Cultural del Atlántico 1994-1997).

Acorde con los cambios mencionados y los establecidos por la constitución, el departamento del Atlántico se acoge a la Ley 10 del 10 de enero de 1990, por la cual se organiza el sistema nacional de salud, descentralizando la dirección y administración de los servicios de salud. De esta forma, se expide el decreto ordenanza 00481 de 1991 que reestructuró la dirección de salud, creando el Departamento Administrativo de Salud DASALUD, el cual remplazará al anterior Servicio Seccional de Salud.¹⁹

La creación de la Unidad Administrativa Especial, Centro Departamental de Enfermedades Tropicales e Investigaciones por Decreto Ordenanza No 00497/93.

¹⁹ BARRIOS ZULUAGA, Ricardo. “Tratado sobre el Municipio Contemporáneo”, Pag 479

Reestructuración del Centro Departamental de Recursos Humanos en Salud por Decreto Ordenanza No 00499/93.

Durante 1993 se le dio impulso a la descentralización adecuando las secretarías a los nuevos objetivos donde ha primado el fomento y la protección de la salud.

La Ley 100 o Reforma de la Seguridad Social en Colombia, se aprobó en 1993 pero sólo comenzó a implantarse en 1995 con el régimen contributivo y en 1996 con el subsidiado.

Antes de esta Ley había 6.5 millones de beneficiarios de la Seguridad Social. Hoy en día son más de 19.500.000 las personas que tienen un seguro de salud, según datos del Consejo Nacional de Seguridad en Salud.

Casi 14 millones de afiliados al sistema, pertenecen al régimen contributivo, para el que existen 30 opciones diferentes; o sea, 30 E.P.S. y cerca de 6 al subsidiado, para las que se han conformado más de 160 Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS) en todo el país.

“La gente tiene opciones, ante la Ley no había oportunidad de escoger, ahora si la hay”, dice Eduardo Alvarado Santander, consultor de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), para el proceso de reforma de la Ley 100.²⁰

²⁰ Boletín de la Organización Panamericana para la Salud N° 26 Agosto 1996

Lo importante, dice es que se trata de un sistema que cambia todo el proceso de financiamiento y provisión de los servicios de salud para facilitar el acceso a mayor número de colombianos e introduce un esquema de competencia regulada para atraer a los usuarios.

Como se trata de una Ley nueva, los expertos afirman que puede llegar a necesitar ajustes. Pero “ hablar de cambiar es un sin sentido”, dice Alvarado, quien asegura además que son unos pocos los que sean vistos perjudicados y por eso trata de promover una reforma grande a la Ley cuando esto realmente no se necesita.

“El futuro es promisorio ya que se trata de un esquema casi ideal de organización de servicio de salud, que genera resistencia al cambio en los actores que pierden poder, para quienes estaban en la elite”, dice.

Dentro de lo positivo de la Ley 100, Dario Angarita, Superintendente Nacional de Salud, ubica el cumplimiento, en gran medida, en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia y eficacia en el terreno de la salud en todo el país.

No faltan, obviamente, las dificultades. Una de ellas, según el Superintendente de Salud, ha sido el deficiente sistema de información. “Mucha gente todavía ignora qué es la Ley 100 y desconoce sus derechos y deberes”, afirma.

“Hay también evasión y elusión de aportes al sistema por parte de algunos patrones, a los cuales tratamos de descubrir y de sancionar”, concluye Angarita.²¹

La práctica emergente, positiva o integral, que se desarrolla como consecuencia de la falta de operatividad de la medicina privada o institucional para llegar a los sectores rurales y urbano marginales, por las necesidades de salud de esos sectores, las luchas estudiantiles y de grupos médicos por dar un contenido social a la práctica, y por las decisiones políticas del estado que genera de esos modos sus propios mecanismos de defensa.

Los esquemas conceptuales de este tipo de práctica no han sido bien definidos, pero se pueden identificar varias características.

- a) La primera es un modelo emergente. porque hace parte de la crítica de otras prácticas, quiere desarrollar una nueva dimensión de la medicina, conocer la realidad de salud del país y comenzar a elaborar con cimientos propios.
- b) Esta práctica es positiva, porque se orienta más hacia la salud que a la enfermedad, se preocupa de la situación de los demás tanto en el presente como en el futuro y concibe la salud como parte del proceso de reivindicación social.
- c) Finalmente, es una práctica integral porque toma en cuenta al ser humano como unidad biopsicosocial, se refiere tanto a los aspectos preventivos como a los curativos, utiliza el concepto de equipo de salud y trata de integrar en la

²¹ Citado diario El Heraldo. Sección Regional, año 1999. Entrevista a Luis Angel Angarita. Super

medicina otros conocimientos de las ciencias del hombre. Intentos iniciales de esta nueva práctica constituyen algunas acciones del Plan Nacional de medicina rural y el seguro médico campesino, los servicios de medicina Popular de la Universidad, los programas de psiquiatría social.

d) La segunda es la práctica de la medicina informal, que está conformada por los modelos aborígenes (comunitario) y popular (urbano marginal).

La medicina Aborigen presenta una respuesta teórica - práctica de la población a sus propias necesidades de salud, se han tenido a través del tiempo por medio de la tradición y es utilizada por los habitantes de las áreas rurales, especialmente por los campesinos indígenas.

La práctica emergente de la medicina rural, pese a todos los problemas y connotación ideológicas, que posee, significa un paso adelante en el conocimiento de la realidad nacional en general y la situación de la salud en particular. Se necesitan urgentes reformas al proceso de enseñanza aprendizaje, para que el médico adquiera una mejor preparación y pueda responder con solvencia a las expectativas de la población, a sus propias necesidades de transformación personal y a las necesidades de cambio de la sociedad. Por otra parte, en el campo de la medicina, una de las pocas oportunidades que tiene la universidad de ser consecuente con sus ideales, es formando estudiantes para una nueva práctica emergente, positiva, integral con lo

cual logrará cambiar su actual función de productora de profesionales para la asistencia privada e institucional, la mejor combinación de una medicina alejada de una práctica social.

1.4.2 BARRANQUILLA: SITUACIÓN HOSPITALARIA.

La situación hospitalaria actual en la ciudad de Barranquilla además es deficitaria esta caracterizada por una excesiva presión sobre los grandes hospitales por una demanda de casos de urgencias que en altos porcentajes pueden ser atendidos en instituciones de menor complejidad.

Lo anterior obliga a desarrollar estrategias de ofertas de servicios en salud, que propicien un aumento en la cobertura de los mismos con atención suficiente, oportuna, permanente, integral y de bajo costo. Por lo tanto se debe perseguir la atención de la salud para los habitantes de la ciudad, a través de la aplicación de programas, estrategias, ajustables a la política nacional de salud la cual establece que debe facilitarse “El acceso de todos los habitantes a los servicios de salud”.²²

Basando estos fundamentos en los cambios que se plasman en la ley 100 de 1993 se presentan como solución al problema de la inequidad del sistema originado por la baja cobertura e, ineficiencia y la desarticulación de sus instituciones, además de la

²² BARRIOS ZULUAGA, Ricardo. “ Tratado sobre el Municipio Contemporáneo”. Pag. 333.

presencia de grupos de población sin acceso a la salud, frente a otros que tienen múltiples posibilidades por las condiciones económicas.²³

Acorde a los cambios anotados en la ley 100 de 1993 y los establecidos por la constitución, el Departamento del Atlántico se acoge a la ley 10 de Enero de 1990 por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud, descentralizando la dirección y la administración de los servicios de salud.²⁴

De este contexto general se particularizó especialmente en la zona Sur Oriente- Sur Centro de ciudad de Barranquilla, la cual es el punto de especial interés para desarrollar la investigación titulada *CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA*. Debido a que ella presenta una múltiple complejidad de sus servicios públicos, especialmente en el servicio de la salud, en cuanto a su atención y estructura física.

A través del desarrollo de esta investigación se pudo palpar a grandes rasgos la carencia casi total de la práctica de la salud pública, que es un tipo de atención médica general por el propio estado cuyo objetivo debe ser la realización de aptitudes preventivas y promocionales a favor de la comunidad. Que debe estar en relación directa con la práctica institucional que constituye la respuesta del estado para

23 BARRIOS ZULUAGA, Ricardo. “ Tratado sobre el Municipio Contemporáneo”. Pag. 250.

24 BARRIOS ZULUAGA, Ricardo. “ Tratado sobre el Municipio Contemporáneo”. Pag. 285.

proteger la salud. Pero en la realidad para este sector esta completamente desprotegido en cuanto a la prestación de este servicio se refiere.

El entorno sociocultural y socio económico de esta zona permite concluir que la complejidad de los factores endógenos y exógenos que lo conforman, explotan en una convergencia notoria en su medio biopsicosocial alrededor del cual las afecciones físicas como son: la vivienda no adecuada, por una inexistente planificación sumada a una alta densidad poblacional y una marcada y escasa habitabilidad y factores de riesgos como escasez de servicios públicos, insalubridad del agua, los focos de epidemia, las malas instalaciones eléctricas, el actual deterioro de las vías, el mal funcionamiento de las redes de alcantarillado, el fenómeno de la polución y el impacto ambiental que esta ocasionan, las zonas vulnerables de inundación por las aguas pluviales, la falta de canalización de arroyos para la evacuación de aguas lluvias, la violencia social sumado a los desplazados que habitan esta zona, la inseguridad, la proliferación de bares y cantinas, la contaminación auditiva, la contaminación visual, la falta de equipamiento comunal la excesiva imprudencia y la alta velocidad de transportes públicos, convierten a esta Zona en un lugar de altísimo riesgo.²⁵

Otro de los factores de alto riesgo que se deben tener en cuenta en esta zona es la masiva concentración de personas en los escenarios deportivos como por ejemplo el

²⁵ Jairo Muñoz Muñoz, Antropología Social cultural y Colombiana, Pag 126-127-128 (*UNISUR*).

estadio metropolitano y el velódromo, sitios factibles de alta accidentalidad, que se convierten en un elemento digno de tener en cuenta en esta investigación.

A raíz de la presencia permanente de estos diversos factores en esta zona se puede concluir que es de vital importancia e indispensable la existencia tanto física como de equipo humano necesario para afrontar la gran problemática en el campo de la salud al nivel de Urgencias en este sector de la ciudad, y es por esta razón que se propone la construcción de una Central de Urgencias para el sur de Barranquilla ubicado en el andén sur de la vía Circunvalar, cuyo predio pertenece al municipio de Soledad el cual a su vez hace parte del Área Metropolitana de Barranquilla.²⁶

La Central de Urgencias tendrá una cobertura sobre los barrios que conforman el sur de esta ciudad y parte de su Área Metropolitana, y que conforman los estratos 0,1,2, que corresponden a los niveles bajo bajo, bajo, medio bajo, que se localizan en esta área de la ciudad.²⁷

Para que su estrategia principal sea desarrollar programas de servicios que propicien un aumento en la cobertura de los mismos con atención suficiente, oportuna, permanente, integral y de bajo costo al servicio de la comunidad.

²⁶ Estatuto de Normas Urbanísticas de la Ciudad de Barranquilla.

²⁷ Estatuto de Normas Urbanísticas de la Ciudad de Barranquilla.

El propósito que se persigue es mejorar la atención de la salud, para los habitantes de la ciudad a través de la aplicación basada en los niveles de atención estableciendo niveles de servicio entre grandes hospitales, centros de salud, puestos de salud o unidades similares, cuyo objetivo busca ampliar la cobertura de los actuales servicios, al igual que racionalizar la atención de la salud en las grandes ciudades, dentro del marco de descentralización político administrativo y operativa con base en el concepto de atención por niveles de complejidad creciente desde la periferia hasta el centro.²⁸

Por lo cual se determinarían áreas de influencia para las unidades intermedias entre 100.000 y 200.000 habitantes; para ello se tendrán en cuenta criterios tales como las características geográficas, las comunicaciones y los transportes, de tal modo que haya una gran facilidad para acceso de la población y una gran baja en el costo para los pacientes, con un gran aumento en la atención extra mural.

Se pretende que su ubicación sea en el sur de la ciudad para cumplir así lo establecido en el Plan de Ordenamiento Territorial propuesto en esta Administración Municipal quien en sus planes de inversión en los años 1999 hasta el 2007 contempla la construcción de un centro asistencial de salud. Con una partida de \$ 2.500 millones

²⁸ DECRETO LEY 056 “ Organiza el Servicio Nacional de Salud definiendo su estructura, niveles y funciones”.

de pesos para dicho sector, elegible con recursos de FINDETER en salud y su subsector en centros de asistencia de salud.²⁹

29 P. O. T. (Elementos Básicos). Pag. 87.

INCREMENTOS POBLACIONALES INTERCENSALES

ZONA INSTITUCIONAL Y RESIDENCIAL DEL NOROCCIDENTE, ZONA SUR CENTRO, ZONA COMERCIAL DEL NORTE

ZONAS DE ALTO RIESGO

2 LA CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA

2.1 DISTRIBUCIÓN DE BARRIOS Y COMUNAS POR SILOS EN LAS AREAS DE INFLUENCIA DE LA FUTURA CENTRAL DE URGENCIA

SILOS	COMUNAS	BARRIOS
1	2	Valle. La Esmeralda Carlos Meisel. Lipeya. Evaristo Soudis. La Manga. Los Robles. Las Malvinas y Nueva Colombia.
	4	Villa del Rosario. Me quejo. Por Fin. Las Estrellas. Pastoral Social. Los Olivos. La paz. 7 de Agosto. Ciudad Modesto. La Pradera y El Pueblo.
	JUAN MINA	
2	1	Las Américas. Santo Domingo de Guzmán. 7 de Abril. Santa María Las Granjas 20 de Julio, San Luis, Villa San Pedro, 1 y 2 San Pedro, Alejandrino, Villa Flor, California, La Gloria, Romance, Cordialidad y San Carlos.
	3	Continente y Carrizal.
3	5	La Ceiba, La Sierra, Cuchilla de Villate y Villate
	13	Chiquinquirá, Atlántico, Alfonso López, San Isidro, Loma Fresca y Lucero.
	14	Nueva Granada, Santo Domingo Sabio, San Felipe, Los Pinos, Pumarejo: Buena Esperanza, La Libertad y los Andes.
	15	El Carmen, Cevillar, Victoria, San José, Boyacá y La Unión.
4	7	Buenos Aires, Ciudadela 20 de Julio, Los Girasoles, y la Cuchilla de San Nicolas
	11	Laureles, El Milagro. San Nicolás, Bella Arena, José Antonio Galán y Villa Blanca.
5	6	Pasadena, La Chinita, Ferry, Primero de Mayo y la Luz
	8	Montes, Rebolo y San Roque.
	9	Los Trupillos Las Nieves, Santa Helena y Simon Bolivar.
	10	Centro, Barlovento, Barrio Abajo Montecristo, Villa Nueva.

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

**2.2 INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA:**

2.2.1 HOSPITALES ESPECIALIZADOS CON CAMAS

III NIVEL DE COMPLEJIDAD

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARRANQUILLA (ANDES)

Distribución de camas por servicio

- Cirugía	88
- Ginecología y Obstetricia	72
- Medicina Integral	80
- Pediatría	54
- Neonatología	41
- Cuidados intensivos	33
- Urgencias	49
- Radioterapia	30
- Pensión	40
TOTAL	487 CAMAS

II NIVEL DE COMPLEJIDAD

- HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA (CARMEN)

- Lactante	12
- Medicina Interna	12

- Aislados	7
- Infecto	13
- Quirúrgica	10
- Ortopedia	10
- Neonato	9
- Hidratación observación	9
- Interno	10
- Crítico	9
- Neumología	14
- Cuidados Intensivos	17
TOTAL	132

- HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA. (SAN ROQUE)

Distribución de camas por servicio

- Gineco- Obstetricia	101
- Pediatría	61
- Medicina Interna	75
- Cirugía	108
- Infecto	62
- Pensionado	67
TOTAL	474 CAMAS

- HOSPITAL INFANTIL SAN FRANCISCO DE PAULA (BOSTON)

Distribución de camas por servicio

- Medicina Interna	17
- Lactantes	8
- Quemados	11
- Cirugía	8
- Infecto	12
- Pensión	18
TOTAL	74 CAMAS

I NIVEL DE COMPLEJIDAD

- HOSPITAL NAZARETH E.S.E. (LAS PALMAS)

Distribución de camas por servicio

- Puerperio	10
- Urgencia	4
- Trabajo de Parto	4
TOTAL	18 CAMAS

- HOSPITAL LOCAL LA MANGA E.S.E. (LA MANGA)

Distribución de camas por servicio

- Puerperio	14
- Urgencia	9
TOTAL	23 CAMAS

2.2.2 CENTROS DE SALUD CON CAMAS

- UNIDAD MATERNO INFANTIL LA CHINITA (LA CHINITA)

Distribución de camas por servicios

- Puerperio	4
TOTAL	4 CAMAS

- CENTRO DE SALUD LAS FLORES (LAS FLORES)

Distribución de camas por servicio

- Puerperio	9
- Urgencia	5
TOTAL	14 CAMAS

2.2.3 CENTROS DE SALUD SIN CAMAS

- 1) LA ESMERALDA (La Esmeralda)
- 2) JUAN MINA (Juan Mina)
- 3) LIPAYA (Lipaya)
- 4) LAS MALVINAS (Malvinas)
- 5) NUEVA COLOMBIA
- 6) LA PRADERA (La pradera)
- 7) SAN CAMILO (La paz)

- 8) ROSSUR 7
- 9) EDGAR GEORGE
- 10) BOSQUE CENTRO (El Bosque)
- 11) BOSQUE SAN FRANCISCO (El Bosque)
- 12) BOSQUE NUEVO
- 13) CARRIZAL I (Carrizal)
- 14) CARRIZAL II (Carrizal)
- 15) SAN LUIS (San Luis)
- 16) LA SIERRITA (La Sierrita)
- 17) SIETE DE ABRIL (Siete de Abril)
- 18) GOLDA MEIR
- 19) ALFONSO LÓPEZ (Alfonso Lopez)
- 20) VILLATE
- 21) BUENA ESPERANZA (Buena esperanza)
- 22) SAN FELIPE (San Felipe)
- 23) SAN JOSÉ
- 24) BUENOS AIRES (Buenos Aires)
- 25) LA ALBORAYA * (La Alboraya)
- 26) GALAN (Galan)
- 27) LA MAGDALENA (La Magdalena)
- 28) JULIO MONTES (Montes)
- 29) LA CIUDADELA (Ciudadela)

- 30) LA LUZ (La Luz)
- 31) LAS NIEVES (Las Nieves)
- 32) PASADENA (Pasadena)
- 33) PRIMERO DE MAYO (Primero de Mayo)
- 34) SIMON BOLÍVAR (Simon Bolivar)
- 35) BARLOVENTO (Barlovento)
- 36) VILLANUEVA (Villa Nueva)
- 37) SIAPE (Siape)
- 38) SAN SALVADOR (San Salvador)
- 39) MERCADO PÚBLICO (Mercado público)
- 40) REBOLO (Rebolo)

FUENTE :Plan sectorial de Salud Distrito de Barranquilla, Año 1997.

Archivo oficina Distrisalud, Barranquilla año 1998 – 1999

* NOTA: El Centro de Salud de la Alboraya está en proceso de reestructuración para convertirlo en un Centro Materno Infantil con cama.

CUADRO SINOPTICO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO	INSTITUCIONES	Nº DE CAMAS
II NIVEL	1	238
II NIVEL	3	351
I NIVEL HOSPITAL LOCAL	2	28
CENTRO DE SALUD CON CAMAS	2	18
CENTRO DE SALUD SIN CAMAS	40	0
TOTAL	48	635

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

INVENTARIO DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

2.2.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO POR SILOS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DE LA CENTRAL DE URGENCIAS

10 primeras causas de morbilidad 1999

2.2.4.1 Perfil epidemiológico silo I

	N°	%
I.R.A	6.123	12.5
PARASITOSIS INTESTINAL	6.031	12.31
E.D.A	5.891	12.03
E.N.F. DE LA PIEL Y TEJIDO	5.632	11.5
CELULAR SUBCUTÁNEO VIROSIS	47.384	8.95
FARINGITIS AMIGDALITIS	4.121	8.41
ASMA	3.961	8.09
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	3.131	6.39
TRAUMATISMOS LACERACIONES Y HERIDAS	2.222	4.54
OTRAS ENF. DEL APARATO URINARIO	2.121	4.32
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	1.938	3.95
MORBOSOS MALFORMACION.		
H.T.A	3.432	7.01
TOTAL	4.8987	100

2.2.4.2 Perfil epidemiológico silo II

	N°	%
I.R.A	6.717	10.8
E.D.A	5.882	9.46
H.T.A	5.697	9.16
INFECCIÓN URINARIA	5.556	8.93
E.N.F. DE LA PIEL Y TEJIDO	5.185	8.33
CELULAR SUBCUTÁNEO GASTRITIS	5.141	8.27
ANEMIA	5.118	8.23
PIODERMITIS	4.773	7.67
OTRAS MICOSIS	4.740	7.62
PARASITOSIS	4.684	7.53
BRONQUITIS	4.382	7.05
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	4.322	6.95
MORBOSOS MALFORMACIÓN.		
TOTAL	62.197	100

2.2.4.3 Perfil epidemiológico silo III

	N°	%
I.R.A	5.021	12.97
E.D.A	4.998	12.91
E.N.F. DE LA PIEL Y TEJIDO	4.792	12.38

CELULA SUBCUTÁNEA		
INF. VIAS URINARIAS	4.639	11.98
H.T.A	4.339	11.21
FRACTURAY TRAUMATISMO	3.962	10.24
BRONQUITIS, EFISEMA Y ASMA	368	9.51
OTRASENF.DE LOS ÓRGANOS GENITALES	2.969	7.67
OTRAS INF. DEL APARATO URINARIO	2.345	6.06
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	1.962	5.07
MORBOSOS MALFORMACIÓN.		
TOTAL	38.708	100

2.2.4.4 Perfil epidemiológico silo IV

	N°	%
I.R.A	2.935	10.39
E.D.A	2.583	9.13
INF. VÍAS URINARIAS		
BRONQUITIS, EFISEMA Y ASMA	2.478	8.76
H.T.A.	2.473	8.74
ENF. DIGESTIVA	2.467	8.72
EFN. PULMONARES Y OBSTRUCCIONES CIRCUL.	2.448	8.65
ANEMIA	2.385	8.43
DERMATOMICOSIS	2.298	8.2
PARASICOSIS	2.239	7.92

OTRAS MICOSIS	2.204	7.79
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	126	4.47
MORBOSOS MALFORMACIÒN.		
TOTAL	2.886	10

2.2.4.5 Perfil epidemiológico silo V

	Nº	%
I.R.A	5.119	9.46
E.D.A	5.028	9.3
PARASITOSIS	4.869	9
DERMATOMICOSIS	4.754	8.79
INFLUENZA	4.670	8.63
INF. VIAS URINARIAS	4.635	8.57
H.T.A.	4.476	8.28
OTRAS MICOSIS	4.432	8.19
ANEMIA	4.417	8.17
INF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	4.403	8.14
TRAUMATISMO, LACERACIONES Y HEDRAS	3.875	7.16
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	3.408	6.31
MORBOSOS MALFORMACIÒN.		
TOTAL	54.086	100

2.2.4.6 Perfil epidemiológico silo VI

	N°	%
I.R.A	2.794	13.71
E.D.A	2.353	11.55
INFLUENCIA	2.168	10.64
PARASITOSIS	1.716	8.42
INF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	1.705	8.37
H.T.A.	1.632	8.01
INF. VÍAS URINARIA	1.559	7.65
ANEMIA	1.526	7.49
FARINGITIS	1.492	7.32
VULVOVAGINITIS	1.450	7.12
OTRAS VIROSIS	1.043	5.13
OTRAS CAUSAS Y ESTADOS	936	4.59
MORBOSOS MALFORMACIÒN.		
TOTAL	20.374	100

NOTA: La información correspondiente a los perfiles epidemiológicos de la enfermedad de el SIDA no aparecen, con excepción de los suministrados por los Seguros Sociales, ya que es información restringida.

INVENTARIO DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

2.2.5 RESUMEN DE CONSULTAS DE ENERO A MAYO / 2000 SILO II

PACIENTES DE 1ra VEZ AÑO				TOTAL CONSULTAS		
MENORES DE UN AÑO	162			354		
1 A 4 AÑOS	95			279		
5 A 14 AÑOS	66			165		
OBSTRETICIA	52			105		
15 A 44 AÑOS	Usuaris	26		47		
	De planif.					
	Familiar					
	259			746		
45 a 59 años	36			118		
60 y más años	46			189		
TOTAL	749			2.003		

FUENTE:

Estadísticas Hospital. Santa María; año 2000

2.2.6 CONSULTAS DE URGENCIAS

2.2.6.1 URGENCIAS POR MUNICIPIOS (ENERO – JULIO / 2000).

BARANOA:

1.258 Consultas urgencias

1.258 cons ÷ 6 meses : 209,67 cons/mes.

209,67 cons/mes ÷ 30 días: 6,99 cons/día.

6,99 cons/día ÷ 24 horas: 0,29 cons/hora.

CAMPO DE LA CRUZ:

736 Consultas urgencias

736 cons ÷ 6 meses: 122,67 cons/mes.

122,67 cons/mes ÷ 30 días: 4,09 cons/día.

4,09 cons/día ÷ 24 horas: 0,17 cons/hora.

MANATÍ:

907 Consultas urgencias

907 cons ÷ 6 meses: 150,17 cons/mes.

150,17 cons/mes ÷ 30 días: 5,04 cons/día.

5,04 cons/día ÷ 24 horas: 0,21 cons/hora.

POLONUEVO:

1.068 Consultas urgencias

1.068 cons ÷ 6 meses: 178 cons/mes.

178 cons/mes ÷ 30 días: 5,93 cons/día.

5,93 cons/día ÷ 24 horas: 0,25 cons/hora.

PTO. COLOMBIA:

1.956 Consultas urgencias

1.956 cons ÷ 6 meses: 326 cons/mes.

326 cons/mes ÷ 30 días: 10,87 cons/día.

10,87 cons/día ÷ 24 horas: 0,45 cons/hora.

CANDELARIA:

463 Consultas urgencias

463 cons ÷ 6 meses: 77,17 cons/mes.

77,17 cons/mes ÷ 30 días: 2,57 cons/día.

2,57 cons/día ÷ 24 horas: 0,11 cons/hora.

GALAPA:

1.008 Consultas urgencias

1.008 cons ÷ 6 meses: 168 cons/mes.

168 cons/mes ÷ 30 días: 5,6 cons/día.

5,6 cons/día ÷ 24 horas: 0,23 cons/hora.

JUAN DE ACOSTA:

1.063 Consultas urgencias

1.063 cons ÷ 6 meses: 177,17 cons/mes.

177,17 cons/mes ÷ 30 días: 5,91 cons/día.

5,91 cons/día ÷ 24 horas: 0,25 cons/hora.

SABANALARGA. (Enero – Julio/2000)

1.826 Consultas urgencias

1.826 cons ÷ 6 meses: 309,33 cons/mes.

309,33 cons/mes ÷ 30 días: 10,31 cons/día.

10,31 cons/día ÷ 24 horas: 0,42 cons/hora.

SABANAGRANDE. (Enero – Julio/2000)

1.030 Consultas urgencias

1.030 cons ÷ 6 meses: 171,66 cons/mes.

171,66 cons/mes ÷ 30 días: 5,72 cons/día.

5,72 cons/día ÷ 24 horas: 0,23 cons/hora.

LURUACO. (Enero – Julio/2000)

926 Consultas urgencias

926 cons ÷ 6 meses: 154,33 cons/mes.

154,33 cons/mes ÷ 30 d: 5,14 cons/día.

5,14 cons/día ÷ 24 horas: 0,21 cons/hora.

MALAMBO. (Enero – Julio/2000)

1.830 Consultas urgencias

1.830 cons ÷ 6 meses: 305 cons/mes.

305 cons/mes ÷ 30 días: 10,16 cons/día.

10,16 cons/día ÷ 24 horas: 0,42 cons/hora.

PALMAR DE VARELA. (Enero – Julio/2000)

1.040 Consultas urgencias

1.040 cons ÷ 6 meses: 173,33 cons/mes.

173,33 cons/mes ÷ 30 días: 5,77 cons/día.

5,77 cons/día ÷ 24 horas: 0,24 cons/hora.

PIOJO. (Enero – Julio/2000)

375 Consultas urgencias

375 cons ÷ 6 meses: 62,5 cons/mes.

62,5 cons/mes ÷ 30 días: 2,08 cons/día.
2,08 cons/día ÷ 24 horas: 0,086 cons/hora.

PONEDERA. (Enero – Julio/2000)

1.001 Consultas urgencias

1.001 cons ÷ 6 meses: 166,8 cons/mes.
166,8 cons/mes ÷ 30 días: 5,56 cons/día.
5,56 cons/día ÷ 24 horas: 0,23 cons/hora.

REPELON. (Enero – Julio/2000)

1.236 Consultas urgencias

1.236 cons ÷ 6 meses: 206 cons/mes.
206 cons/mes ÷ 30 días: 6,86 cons/día.
6,86 cons/día ÷ 24 horas: 0,28 cons/hora.

SANTA LUCIA. (Enero – Julio/2000)

158 Consultas urgencias

158 cons ÷ 6 meses: 26,3 cons/mes.
26,3 cons/mes ÷ 30 días: 0,87 cons/día.
0,87 cons/día ÷ 24 horas: 0,036 cons/hora.

SANTO TOMAS. (Enero – Julio/2000)

2.016 Consultas urgencias

2.016 cons ÷ 6 meses: 336 cons/mes.

336 cons/mes ÷ 30 días: 11,2 cons/día.

11,2 cons/día ÷ 24 horas: 0,46 cons/hora.

SOLEDAD. (Enero – Julio/2000)

4.525 Consultas urgencias

4.525 cons ÷ 6 meses: 754,16 cons/mes.

754,16 cons/mes ÷ 30 días: 25,1 cons/día.

25,1 cons/día ÷ 24 horas: 1,04 cons/hora.

SUAN. (Enero – Julio/2000)

1.050 Consultas urgencias

1.050 cons ÷ 6 meses: 175 cons/mes.

175 cons/mes ÷ 30 días: 5,83 cons/día.

5,83 cons/día ÷ 24 horas: 0,24 cons/hora.

TUBARÁ. (Enero – Julio/2000)

145 Consultas urgencias

145 cons ÷ 6 meses: 24.16 cons/mes.

24.16 cons/mes ÷ 30 días: 0.80 cons/día.
0,80 cons/día ÷ 24 horas: 0,033 cons/hora.

USIACURI. (Enero – Julio/2000)

140 Consultas urgencias

140 cons ÷ 6 meses: 23,33 cons/mes.
23,33 cons/mes ÷ 30 días: 0,77cons/día.
0,77 cons/día ÷ 24 horas: 0,032 cons/hora.

2.2.6.2 CONSULTAS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE BARRANQUILLA (ENERO-JULIO/2000).

- HOSPITAL METROPOLITANO (ENERO-JULIO/2000).

6.098 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 1.016,33 consulta / mes.

1.016,33 c/d ÷ 30 días = 33,86 consulta / día

33,83 c/d ÷ 24 horas = 1.42 consulta / hora

- HOSPITAL UNIVERSITARIO (ENERO-JULIO/2000).

8.125 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 1.354,16 consulta / mes.

1.354,16 c/m ÷ 30 días = 45,19consulta / día

45,19 c/d ÷ 24 horas = 1.88 consulta / hora

- HOSPITAL PEDIATRICO (ENERO-JULIO/2000).
2.620 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 376,66 consulta / mes.
376,66 c/m ÷ 30 días = 12,55 consulta / día
12,55 c/d ÷ 24 horas = 0,52 consulta / hora
- HOSPITAL SAN FRANCISCO DE PAULA (ENERO-JULIO/2000).
1.862 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 310,33 consulta / mes.
310,33 c/m ÷ 30 días = 10,34 consulta / día
10,34 c/d ÷ 24 horas = 0,43 consulta / hora
- HOSPITAL LA MANGA (ENERO-JULIO/2000).
1.280 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 213,33 consulta / mes.
2139,5 c/m ÷ 30 días = 7,11 consulta / día
7,11 c/d ÷ 24 horas = 0,30 consulta / hora
- HOSPITAL SAN CAMILO (ENERO-JULIO/2000).
1.450 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 241,66 consulta / mes.
241,66 c/m ÷ 30 días = 8,06 consulta / día
8,06 c/d ÷ 24 horas = 0,34 consulta / hora
- HOSPITAL LA CHINITA (ENERO-JULIO/2000).
1.050 consultas de urgencias ÷ 6 meses = 175 consulta / mes.
175 c/m ÷ 30 días = 5,83 consulta / día

$$5,83 \text{ c/d} \div 24 \text{ horas} = 0,24 \text{ consulta / hora}$$

- HOSPITAL LAS FLORES (ENERO-JULIO/2000).

$$960 \text{ consultas de urgencias} \div 6 \text{ meses} = 160 \text{ consulta / mes.}$$

$$160 \text{ c/m} \div 30 \text{ días} = 5,33 \text{ consulta / día}$$

$$5,33 \text{ c/d} \div 24 \text{ horas} = 0,22 \text{ consulta / hora.}$$

2.2.7 PORCENTAJE DE INCIDENCIA POR CONSULTAS DE URGENCIAS PARA CADA HOSPITAL

HOSPITALES % DE INCIDENCIA	TOTAL CONSULTAS DE URGENCIAS
H. METROPOLITANO:	3.154 Consultas x 1,93085%
	6.089 Consultas
H. UNIVERSITARIO:	3.154 Consultas x 2,5852%
	8.125 Consultas
BARRANQUILLA:	3.154 Consultas x 4,06985%
	12.835 Consultas
H. PEDIATRICO:	3.154 Consultas x 0,8303%
	2.620 Consultas

H. SAN FRANCISCO DE PAULA: 3.154 Consultas x 0,58995%

1.862 Consultas

H. LA MANGA: 3.154 Consultas x 0,40595%

1.280 Consultas

H. SAN CAMILO: 315.400 Consultas x 0,46%

1.450 Consultas

H. LA CHINITA: 3.154 Consultas x 0,33235%

1.050 Consultas

H. LAS FLORES: 3.154 Consultas x 0,30475%

960 Consultas

Incidencia X consultas 11,5 %

32,271 Consultas de Urgencias

NOTA: Consultas esperadas en el sur = 65.308,132.

Déficit = 65.308.132 – 36.271 = 29.037 Consultas de Urgencias.

2.2.8 NUMERO DE CAMAS, EGRESADOS POR CAMA, TOTALES EGRESOS, PORCENTAJE OCUPACIONAL, PROMEDIOS DIAS ESTANCIAS EN LOS MUNICIPIOS DEL ATLANTICO 2000

MUNICIPIOS	No CAMAS	EGRESOS POR CAMA	TOTALES EGRESOS	% OCUPACIONAL	PROMEDIO DE ESTANCIA
Barranquilla	829	32.77	27170	70.17	6.36
Baranoa	25	47.48	1187	35.16	2.53
Campo de la Cruz	20	42.82	856	29.51	2.50
Candelaria	1	77.00	77	21.10	1.00
Galapa	2	87.00	174	23.84	1.00
Juan de Acosta	11	30.00	330	14.39	1.54
Luruaco	5	60.80	304	18.92	1.11
Malambo	5	79.80	399	23.95	1.09
Manatí	4	34.00	136	10.01	1.00
Palmar de Varela	4	75.25	301	31.81	1.41
Polonuevo	3	55.25	166	21.74	1.43
Ponedera	5	40.20	201	14.79	1.23
Puerto Colombia	6	40.67	244	21.64	1.17
Repelón	9	39.89	359	13.91	1.28
Sabanagrande	8	54.50	436	17.16	1.15
Sabanalarga	56	61.75	3458	61.48	3.17
Santo Tomás	12	52.75	633	26.64	1.83
Soledad	23	107.61	42475	49.16	1.54
Suán	8	21.13	169	5.79	1.00
TOTAL	1.036	37,72	79.075	63,41	5,07

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Mayo 2000

2.2.9 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO 2000

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infarto agudo del Miocardio	640	10.90%
Disritmia Cardíaca	495	8.40%
Intoxicación por medicamentos	386	6.60%
Enfermedad cerebro vascular pero mal definida	307	5.20%
Otras lesiones procesos de los traumatismos	286	4.90%

Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas	287	4.70%
Infección intestinal mal definida	167	2.80%
Diabetes Mellitus	151	2.60%
Hemorragia intracerebral y otras hemorragias intracraneales	147	2.50%
Neumonía	137	2.30%
Otras desnutriciones proteíno-calóricas	131	2.20%
Tumor maligno de la tráquea de los bronquios y del pulmón	117	2.00%
Insuficiencia del corazón izquierdo	78	1.30%
Síndrome de aspiración masiva	75	1.30%
Otras	2.495	42.40%
TOTAL	5.893	

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

2.2.10 REFERENCIA SEXUAL EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

DEL VIH/SIDA 1999-2000

AÑO	BISEXUAL	%	HETEROSEXUAL	%	HOMOSEXUAL	%
1997	9	15	31	51.6	19	31.6
1998	20	25.9	45	58.4	12	15.5
1999	25	19.5	71	55.4	27	21
2000	23	18.8	73	59.8	23	18.8

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

**2.2.11 TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO
DEL ATLANTICO 1999-2000**

AÑO	POBLACION	No DE MUERTES	TASA DE MORTALIDAD
1997	1.029.926	17	1.65
1998	1.053.281	29	2.75
1999	1.077.160	35	3.25
2000	1.090.528	19	1.74

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

**2.2.12 ATENCION ODONTOLOGICA EN EL I.S.S. SEGUN EL TIPO DE
TRATAMIENTO**

ACTIVIDADES		ATENCIÓN PROPIO
No DE CONSULTAS ATENDIDAS		227.977
TIPO DE VINCULACION	Afiliado	115.593
	Derecho habiente	106.170
	Pensionado	6.209
	No vinculado	5
SEXO	M	99.853
	F	128.124
1ª Vez en el año, Cuidado Odontológico (C.O.)		71.417
CLASE DE RIESGOS	Enfermedad general	227.851
	Maternidad	101
	Accidente de trabajo	22
	Enfermedad profesional	3

CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO		
ACTIVIDADES		ATENCION
		PROPIO
No DE PACIENTES INICIADOS		29.307
TIPODE VINCULACION	Atención	24.933
	1ª vez repetida	85.507
	No de dientes terminados	127.335
	No Conductos Obturados	176.138
	Tratamientos terminados	11.503
PERIODONCIA	TOTAL	
	Atención	23.471
	1ª Vez Repetida	5.106
	Curetaje	25.001
	Cirugía	1.437
	Tratamiento terminado	21.689

ENDODONCIA	TOTAL	
	Atención	30.643
	1 Vez repetida	14.405
	No de dientes terminados	13.261
	No de conductos obturados	8.643.
	Tratamiento terminados	20.249
CICURGIA ORAL	TOTAL	
	Atención	4.697
	1 Vez control	3.405.
	Trabajo terminados	4.005
MEDICINA ORAL	TOTAL	
	Atención	333.364
	1 Vez repetida	3.410
	Tratamiento terminados	28.527
EXODONCIA	TOTAL	
	No de dientes terminados	28.527
OTROS	Atención	15.844
	1 Vez repetida	1.779
	Tratamiento terminados	12.695
TOTAL		
TOTAL TRAMAMIENTOS		259.472
No DE PACIENTES TERMINADOS		28.668
No DIAS DE INCAPACIDAD		8.612

FUENTE: Investigación de campo realizada por el grupo de trabajo. Junio 2000

2.3 CENTRAL DE URGENCIAS PARA EL SUR DE BARRANQUILLA

2.3.1 POBLACIÓN A ATENDER EN LA C.U.S.B.

Fuente : DANE . (1)

Estadística del año 1999 para la ciudad de Barranquilla:

Población para el año 1999:Fue 1'223.260,0 Hab.

El aumento de la población por año es de 2.1% (1)

CALCULO:

Para la población de Barranquilla Año 2000:

Tomando como referencia el año 1999.

$1.223.260,0 \text{ Hab.} \times 2.1\% = 25.688,46 \text{ Hab.}$ Incremento para el año 2000.

Sumamos :

$1'223.260,0 \text{ Hab} + 25.688,46 \text{ Hab} = 1'248.948,46 \text{ Hab}$ para el año 2000

2.3.1.1 POBLACIÓN DE BARRANQUILLA AÑO 2000:

1'248.948,46 Hab

2.3.1.2 POBLACIÓN SUR DE BARRANQUILLA 2000.

42,6 % Tasa poblacional del sur..

$1'248.948,46 \text{ Hab} \times 42.6\% = 532.052,02 \text{ Hab}$ Población del sur.

AREA DE INFLUENCIA: $1'248.948,46 \text{ Hab}$
5% $- \frac{532.052,02 \text{ Hab}}{716.896,46 \text{ Hab} \times 5\% = 35.844,8 \text{ Hab}}$

Población total sur de Barranquilla:

$532.052,02 \text{ Hab} + 35.844,8 \text{ Hab} = 567.896,8 \text{ Hab}$

567.896,8 Hab Población a atender en el sur año 2000

Población total sur de Barranquilla: 567.896,8 Hab

NOTA:

Para calcular el N° de consultas de urgencias a atender en el sur, se multiplica la población total del sur por el % de Incidencia de consultas de urgencias del sur.

$567.896,8 \text{ Hab} \times 11.5\% = 65.308,132 \text{ con/ urg.}$

65.308,132 Urgencias a atender en centros institucionales para el sur.

2.3.1.3. RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD ESTADO: 75%

Población total: $1'248.948,46 \text{ Hab}$.

$1'248.948,46 \text{ Hab} \times 75\% = 936.711,3 \text{ Hab}$.

Población a atender el Estado en la ciudad de Barranquilla = $936.711,3 \text{ Hab}$.

2.3.1.4 ATENCIÓN PRIVADA: 25%.

Población total: 1'248.948,46 Hab.

$1'248.948,46 \text{ Hab} \times 25\% = 312.237,11 \text{ Hab.}$

Población a atender el sector Privado en la ciudad de Barranquilla = 312.237,11 Hab.

2.3.2 CALCULO DE NECESIDADES PARA LA C.U.S.B

Número de consultas de urgencias en el sur de Barranquilla año 2000.

Población del sur : $567.896,8 \text{ Hab} \times 11.5\% \text{ (Incidencia/consulta)} = 65.308,132$

consultas para el sur año 2000.

NECESIDADES : (Para calcular necesidades debe tomarse este rango, el número de consultas = 65.308,132 consultas).

2.3.2.1 RESPONSABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.

A la Central de Urgencias le corresponde el 65% que equivale a 44.400,2 Hab.

A los hospitales de Barranquilla, centros y puestos de salud el 35% que equivale a 22.867,84 Hab.

2.3.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS (edades y Sexo) PARA LA C.U.S.B.

2.3.2.2.1 NÚMERO DE CONSULTAS DE URGENCIAS PARA LA C.U.S.B :

44.400,2 (65%)

44.400,2 cons/urgen el 55,9% son adultos = 24.819,71 cons/urgen
el 41,1% son niños = 19.580,48 cons/urgen

Consultas de urgencias adultos:

24.819,71 cons/urgen el 42,6% son hombres = 10.573,1 cons/urgen
el 57,4% son mujeres = 14.246,5 cons/urgen

Consultas de urgencias niños:

19.580,48 cons/urgen el 28% casos de hidratación = 5.482,53 cons/urgen
el 32% otros casos = 625,57 cons/urgen

Consultas de urgencias para adultos:

24.819,71 cons/urgen el 14% son casos de ginecología = 3474,75 cons/urgen
el 57% son mujeres = 14.246,5 (40%) = 5698,6 cons/urgen

Consultas de ginecología (40%)

5698,6cons/urgen el 20% son pospartos = 1139,72 cons/urgen.
el 80% son partos = 4558,88 cons/urgen.

**2.3.2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS PARA
LA C.U.S.B.**

Consultas de urgencias para la C.U.S.B

44.400,2 cons/urgen

el 12,8% son politraumatismos = 5.550,0 cons/urgen

el 4,6% cirugías = 2.044,40 cons/urgen

el 6,1% sala de curaciones = 2.708,41 cons/urgen

el 3,9% inflamación el 1,6% son quemados = 710,40 cons/urgen

el 4,3% laceraciones y heridas = 1.909,20 cons/urgen

el 5,625% dolor abdominal = 2.497,51cons/urgen

el 2,1% enfermedades cerebrales= 9.32,40 cons/urgen

el 6,4% enfermedades del corazón = 2.841,6 cons/urg

el 4,98% fractura = 2.211,12 cons/urgen

el 8,2% intoxicación = 3.610,23 cons/urgen

el 12,35% hidratación tejidos subc. 1.741,30cons/urgen

el 1,92% oncología = 852,48 cons/urgen

el 6,25% odontología = 2.775,0 cons/urgen

el 4,5% cuidados intensivos = 1.909,11 cons/urgen

el 3,25% neurología = 1.443,0 cons/urgen

el 3,85% endocrinología = 1.709,40 cons/urgen

el 2,325% cardiología = 1.032,30 cons/urgen

44.400,31 cons/urgencias.

2.3.2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LA MORBILIDAD EN LOS SILOS 1 AL 5.

Perfil epidemiológico silo 1.

10 Primeras causas de morbilidad

el 12,5% I.R.A = 5.303,09 cons/urgen

el 12,31% Parasitosis intestinal = 5.218,2 cons/urgen

el 12,03% E.D.A. =5.103,69 cons/urgen

el 11,5% Enfermedades de la piel y tejido = 4.878,48 cons/urgen

el 8,95% Celular subcutánea virosis = 3.797,01 cons/urgen

el 8,41% Laringitis y amigdalitis = 3.567,92 cons/urgen

el 8,09% Asma = 3.217,43 cons/urgen

el 6,39% intoxicación alimentaria = 2.541,33 cons/urgen

el 4,54% traumatismo, laceraciones y heridas =1.805,5 cons/urgen

el 4,32% otras enfermedades del aparato respiratorio =1.718,08 cons/urgen

el 3,95% otras causas y estados = 1.570,93 cons/urgen

el 7,01% H.T.A = 2.787,91 cons/urgen

41.510,01 consultas Enero- Julio/2000

Perfil epidemiológico silo 2.

el 10,8% I.R.A = 4.295,21 cons/urgen

el 9,46% E.D.A =3.762,28 cons/urgen

el 9,16% H.T.A = 3.642,97 cons/urgen

el 8,93% infecciones urinarias = 3.551,50 cons/urgen
el 8,33% enfermedades de la piel y tejidos = 3.312,88 cons/urgen
el 8,27% celular subcutanea, gastritis = 3.289,02 cons/urgen
el 8,23% anemia = 3.273,11 cons/urgen
el 7,67% piodermis = 3.050,39 cons/urgen
el 7,62% otras micosis =3.030,51 cons/urgen
el 7,53% parasitosis = 2.294,71 cons/urgen
el 7,05% bronquitis = 2.803,82 cons/urgen
el 6,95% otras causas y estados morbosos de malformaciones = 2.764,04 cons/urgen

39.770,4 Enero- Julio/2000

Perfil epidemiologico silo 3

el 12,97% I.R.A = 5.158,23 cons/urgen
el 12,91% E.D.A = 5.134,37 cons/urgen
el 12,38% enfermedades de la piel y tejidos = 4.923,58 cons/urgen
el 11,98% son infecciones de vías urinarias = 4.764,50 cons/urgen
el 11,21% H.T.A = 4.458,27 cons/urgen
el 10,24% fracturas y traumatismos = 4.072,49 cons/urgen
el 9,15% Bronquitis, efisema y asma = 3.782,17 cons/urgen
el 7,67% Otras enfermedades de órganos genitales = 3.050,39 cons/urgen
el 6,06% Otras infecciones aparato urinario = 2.41,09 cons/urgen
el 5,07% Otras causas y edos. morbosos de malformaciones = 2.016,36 cons/urgen

39.770.089 cons/urg enero/2000

Perfil epidemiológico silo 4

- el 10,38% I.R.A. =4.128,17 cons/urgen
- el 9,13% E.D.A. = 3.631,04 cons/urgen
- el 8,81% Infecciones vías urinarias=3.221,41 cons/urgen
- el 8,76% Bronquitis, efisema y asma =2.947.5 cons/urgen
- el 8,74% H.T.A = 3.475,94 cons/urgen
- el 8,72% Enfermedades digestivas = 3.467,98 cons/urgen
- el 8,65% Enfermedades pulmonares y obstrucciones respiratorias =3440,14cons/urgen
- el 8,43% Anemia = 3.352,63 cons/urgen
- el 8,2% Dermatomicosis = 3.261,18 cons/urgen
- el 7,92% Parasitosis = 3.149,82 cons/urgen
- el 7,79% Otras micosis = 3.098,12 cons/urgen
- el 4,47% Otras causas y edos morbosos de malformaciones = 1.777,74 cons/urgen

36.004,17 cons/urg Enero/Julio 2000

Perfil epidemiológico silo 5

- De 3.9770,5
- el 9,46% I.R.A. = 3.762,28 cons/urgen
- el 9,3% E.D.A. = 3.698,65 cons/urgen
- el 9% Parasitosis = 3.579,34 cons/urgen
- el 8,79% Dermatomicosis = 3.495,82 cons/urgen
- el 8,63% Influenza = 3.432,19 cons/urgen

el 8,57% Infecciones vías urinarias = 3.408,33 cons/urg

el 8,28% H.T.A. =3.292,99 cons/urg

el 8,19% Otras micosis = 3.257,20 cons/urg

el 8,17% Anemia = 3.249,24 cons/urg

el 8,14 % Infecciones de piel y tejido celular subcutáneo = 3.237,31 cons/urg

el 7,16 % Traumatismo, laceraciones y heridas = 2.847,56 cons/ur

el 6,31% Otras causas y edos. morbosos de malformaciones = 2.509,51cons/urg

39.770,42 cons/urg Enero/Julio 2000

GRAN TOTAL CONSULTAS EN LOS SILOS

Del 1 al 5 = 196.825,12 (Consultas atendidas (enero – Julio 2000)

El 13,2% son consultas de Urgencias = 25.980,9 consultas / urgencias

2.3.2.2.4 NUMERO DE PACIENTES ACCIDENTADOS EN EL SUR:

44.400,2 Hab x3,2% = 1.420,80

el 3,2% accidentados = 1.420,80 cons/urgen

Consultas de urgencias hombres (70%,03)

el 62,08% muertos = 6.17,69 cons/urgen

el 30% heridos graves = 298,49 cons/urgen

el 17,92% heridas leves = 178,30 cons/urgen

Consultas de urgencias mujeres (29.97%)

994,99 cons/urgen

el 16% muertas = 68,13 cons/urgen

el 48% heridas graves = 204,39 cons/urgen

el 36% heridas leves = 153,29 cons/urgen

**2.3.3 CALCULO DE NUMERO DE CONSULTAS DE URGENCIAS PARA
ATENDER EN LA C.U.S.B**

Urgencias esperadas en centros institucionales para el sur: 65.308,1

A instituciones públicas le corresponde el 75% = 48.981,075

65% = 31.837,69

A instituciones privadas le corresponde el 20% = 1.306,62

30% = 3.918,48

(I.S.S, E.P.S, A.R.S, etc.).

A otras instituciones (consultorios particulares) 5% =3.205,40

60% = 1.959,24

TOTAL DE URGENCIAS A ATENDER EN LA C.U.S.B

37.715,413 Casos de Urgencias.

2.3.3.1 PORCENTAJE PROMEDIO ANUAL DE INCREMENTO DE URGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES.

3.4%

$37.715,413 \times 3,4\% =$ Incremento de urgencias al año.

PROYECCION DE LA C.U.S.B A 10 AÑOS

$1.282,32 \times 10 \text{ años} = 12.823,24$ urgencias

$37.715,413 \text{ urgencias} + 12.823,24 = 50.538,67$ urgencias.

URGENCIAS A TRABAJAR EN LA C.U.S.B = 50.538,67 urgencias.

2.3.3.2 CONSULTORIOS DE URGENCIAS PARA EL AÑO 2000.

Total consultas a atender: 50.538,67 consultas/urgencias.

$185,67 \times 15 \text{ min.} \div 60\text{min.} = 50.538,67 \text{ urgen} \div 255 \text{ días} = 198,190$ cons/ días

$198,19 \text{ urgen/días} \div 24 \text{ horas} = 8,25$ cons/urgen/ horas

$46 \div 24 = 2$ consultorios.

Tiempo promedio de duración.

De consulta 15 minutos

$198,19 \times 15 \div 60\text{min} = 49,54$ horas

$$49,54 \div 24 = 2,06 \text{ consultorios de urgencias} = 2 \text{ consultorios}$$

Salas de cirugías- recuperación.

Sala de cirugía.

$$\begin{array}{l} \text{Tiempo promedio de duración de cirugía} = 2 \text{ horas} \\ \text{Limpieza después de cada cirugía} \quad \quad \quad 1 \text{ hora} \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Tiempo promedio de duración de cirugía} = 2 \text{ horas} \\ \text{Limpieza después de cada cirugía} \quad \quad \quad 1 \text{ hora} \end{array}} \right\} \text{Total duración cirugía} = 3 \text{ horas}$$

$$\text{Número de cirugías en 1 día} = 8 \text{ cirugías diarias}$$

TIEMPO MÁXIMO DE DURACIÓN = 3 horas

$$\text{Numero de camas máximas de recuperación} = \text{Al N}^\circ \text{ de cirugías al día} = 8 \text{ camas.}$$

$$\text{Numero de camas mínimas de recuperación} = \frac{1}{2} \text{ del N}^\circ \text{ de cirugías al día} = 4 \text{ camas.}$$

$$\text{PROMEDIO: } 8 \text{ Camas} + 4 \text{ Camas} = 12 \text{ camas}$$

$$12 \text{ camas} \div 2 = 6 \text{ camas de recuperación por sala de cirugía}$$

$$3 \text{ salas de recuperación} = 18 \text{ camas de recuperación de cirugía.}$$

Salas de partos: Total partos por año 2.849,3 partos/ año

$$2.849,3 \div 255 = 11,17 \text{ partos/ día.}$$

$$1 \text{ sala de partos} = 6 \text{ partos/día.}$$

$$11,17 \text{ partos/día} \div 6 = 1,86 \text{ salas de partos} = 2 \text{ salas de partos.}$$

Repartidas así:

1 sala de partos normales

1 sala de partos quirurgicos.

Trabajo de partos:

1 Trabajo de parto de primípara requiere 12 horas.

1 Trabajo de parto de múltipara requiere 6 horas.

1 parto recibido avanzado requiere de 2 a 4 horas.

Tiempo promedio trabajo de parto 12 horas.

$11,17 \text{ partos / día} \times 12 \text{ horas} = 134,04$

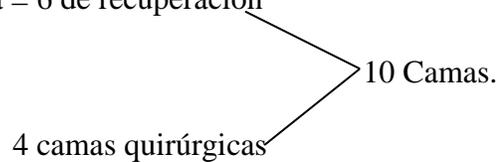
$134,04 \div 24 \text{ horas} = 5,58 \text{ camas} = 6 \text{ camas.}$

1 Sala De Parto Con 6 Camas.

Recuperación de partos:

Tiempo promedio de duración = 1 día

$11,17 \text{ partos / día} = 6 \text{ de recuperación}$



2 camas recuperación por sala quirúrgica

Numero de cunas para recién nacidos.

Cunas de recién nacidos: Al número de camas de obstetricia.

TOTAL : 10 Cunas recién nacidos.

Capacidad máxima de una sala = 12 cunas.

Capacidad ideal de una sala = 8 a 10 cunas.

$10 \div 8 = 1,25$ salas = 2 salas cunas de 8 cunas.

Sospechosos : 1 por sala.

Incubadoras: de 2 a 6 incubadoras máxima por cada sala cuna.

promedio $6 + 2 = 8 \div 2 = 4$ incubadoras por cada sala cuna.

Camas de observación:

Politraumatismos : 5.550,00 cons/urgen $5.555,00 \div 255$ días = 21,76 días

Cada 24 horas \Rightarrow $24 \text{ horas} \div 8 = 3$ horas

$21,76 \div 3 = 7,25 = 8$ casos

Enfermedades del corazón

2481,6 consultas

$2481,6 \div 255$ días = 11.14 cons/días $11,14 \div 2 = 5,57$ camas = 6 camas.

Cada 48 horas se presentan 2 casos $48 \div 24 = 2$ casos.

Fracturas:

2.211,12 Consultas.

$$2.211,12 \text{ cons} \div 255 \text{ días} = 8,67 \text{ cons/día} = 8,67 \div 3 = 2,89 \text{ camas} = 3 \text{ camas.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 8 casos} \quad 24 \div 8 = 3$$

TOTAL DE CAMAS DE OBSERVACION: 32 Camas de urgencias.

Camas de hidratación.

Niños.

19.580,48 Consultas.

$$19.580,48 \div 255 \text{ días} = 76,78 \text{ cons/día} \quad 76,78 \div 8 = 9,59 = 10 \text{ Camas.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 3 casos} \quad = \quad 24 \div 3 = 8$$

Adultos (hombres):

10.573,1 Consultas.

$$10.573,1 \div 255 \text{ días} = 41,46 \text{ cons/día} \quad 41,46 \div 8 = 5,18 = 6 \text{ Camas.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presenta 3 casos} = 24 \div 3 = 8$$

Adultos (mujeres).

14.246,5 Consultas.

$$14.246,5 \div 255 \text{ días} = 55,86 \text{ cons/día} \quad 55,86 \div 8 = 6,98 = 7 \text{ Camas.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presenta 3 casos} = 24 \div 3 = 8$$

Cirugías.

Tiempo de duración ½ hora.

Heridos :

2.042,40 Consultas.

2.042,40 cons ÷ 255 días = 8,0 heridos/día (mujeres, hombres, niños).

Quemados:

710,40 Consultas.

710,40 cons ÷ 255 días = 2,78 Quemados/días.

Dolor abdominal.

2.407,51 Consultas.

2.407,51 cons ÷ 255 días = 9,44 cons/días 9,44 ÷ 8 = 1,18 camas = 2 Camas.

Cada 24 horas se presenta 3 casos = 24 ÷ 3 = 8

Afecciones respiratorias.

2.775,0 Consultas.

2.275,0 cons ÷ 255 días = 10,88 cons/días

10,88 ÷ 24 = 1,36 camas = 2 Camas.

Cada 24 horas se presenta 1 caso 24 ÷ 1 = 24

Enfermedades cerebrales.

9.32,40 Consultas.

9.32,40 cons ÷ 255 días = 3,65 cons/días

3,65 ÷ 3 = 1,24 camas = 2 Camas.

Cada 72 horas se presentan 3 casos 72 ÷ 24 = 3

Sala de curaciones.

Inflamación de tejido subcutáneo.

(Absceso). 2.708,41 abscesados.

$$2.708,41 \div 255 \text{ días} = 10,62 \text{ cons/días}$$

$$10,62 \div 24 = 0,44 = 1 \text{ Cama.}$$

Heridos:	8,0
Quemados:	2,78
Inflamación:	10,62
	<hr/>
	21,4

Tiempo para cada curación: 10 minutos.

Duración: 8 horas/día

$$1 \text{ N}^\circ \frac{\text{-----}}{8} \quad \begin{matrix} 6 \text{ casos} \\ \text{X} \end{matrix}$$

$$\text{X} = \frac{8 \times 6}{1} = 48$$

$$21,4 \div 48 = 0,44 = 1 \text{ Cama}$$

Sala de radiología.

Traumatismo.	21,76
Fracturas.	8,67
Pulmones.	<u>10,88</u>
	41,31

Tiempo de cada placa 10 minuto

$$60 \text{ min.} \div 10 \text{ min.} = 6$$

$$41,31 \text{ cons} \div 24 \text{ horas} = 1,72$$

$$1,72 \div 6 = 0,28 = 1 \text{ Sala.}$$

Sala de yeso.

Politraumatismo.	21,76
Fracturas.	<u>8,67</u>
	30,43

Tiempo por yeso 30 minutos.

$$60 \text{ min.} \div 30 \text{ min.} = 2$$

$$30,43 \text{ cons} \div 24 \text{ horas} = 1,26$$

$$1,26 \div 2 = 0,63 = 1 \text{ Sala.}$$

Cuidados intensivos.

1.099,11 cons/urgen.

$$1.099,11 \text{ cons/urgen.} \div 255 \text{ días} = 7,48 \text{ cons/día}$$

$$7,48 \div 8 = 0,93 \text{ camas} = 1 \text{ Cama.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 3 casos} \quad 24 \div 3 = 8$$

Neurología.

1.443,0 consultas.

$$1.443,0 \div 255 \text{ días} = 5,65 \text{ cons/día}$$

$$5,65 \text{ cons/día} \div 8 = 0,70 \text{ cama} = 1 \text{ Cama.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 3 casos} = 24 \div 8 = 3$$

Oncología.

852,48 consultas.

$$852,48 \div 255 \text{ días} = 3,34 \text{ cons/ día}$$

$$3,34 \div 8 = 0,41 \text{ cama} = 1 \text{ Cama.}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 3 casos} = \frac{24}{3} = 8 \text{ casos}$$

Cardiología.

1.032.30 consultas.

$$1.032.30 \div 255 \text{ días} = 4,04 \text{ cons/ día}$$

$$4,04 \div 8 \text{ cama} = 0,50 \text{ Cama} = 1 \text{ cama}$$

$$\text{Cada 24 horas se presentan 3 casos} = 24 \div 3 = 8 \text{ casos}$$

2.3.3.3 CUADRO DE RESUMEN DE CAMAS PARA NECESIDADES DE LA

C.U.S.B.

No DE CAMAS

- 27 Camas de recuperación de cirugía
- 18 Camas trabajo – sala de parto.
- 12 Camas recuperación – sala quirúrgica.
- 16 Cunas de sala recién nacidos
- 31 Camas de observación
- 6 Camas enfermos del corazón
- 6 Camas fracturas
- 5 Camas intoxicación
- 10 Camas hidratación niños
- 16 Camas hidratación adultos
- 6 Camas Dolor abdominal
- 4 Camas enfermedades aparato respiratorio
- 2 Camas enfermedades Cerebrales
- 8 Camas sala de curaciones adultos (mujeres y Hombres).
- 1 Camas cirugía
- 1 Camas sala de curaciones
- 1 Camas yeso
- 16 Camas geriatría

- 24 Camas de medicina indiferenciada
- 2 Camas de pabellón de neurología
- 2 Camas de pabellón de cardiología
- 1 Camas de pabellón de oncología
- 4 Camas de pabellón de cuidados intensivos

219 camas – 88 camas (que no se cuentan) = 131 camas en total.

2.3.3.4 CALCULO DEL NUMERO DE AMBULANCIAS.

2.3.3.4.1 URGENCIAS GRAVES AL AÑO:

Heridos	2.042,40
Ginecología	2.849,3
Cerebro	932,40
Corazón	2.841,6
Politraumatismo	5.550,0
Fracturas	2.211,12
Quemaduras	710,40
Intoxicación	3.420,36
Hidratación	5.239,45
	<u>25.797,45</u>

Tiempo promedio de una ambulancia en ir y venir = 30 minutos.

$5.797,0 \div 255 \text{ días} = 101,1$

$101,1 \div 24 \text{ horas} = 4,2 \text{ cons/urgen.}$

$4,2 \text{ cons/urgen. } \frac{1}{2} = 2,1 = 2 \text{ ambulancias.}$

2.3.3.5 PERSONAL MEDICO (ESPECIALISTAS) Y PARAMEDICOS A

NECESITAR.

AREA.	MEDICOS	ENF.	ENF. AUX	OTROS
CONS.GENERAL	3 MED GENERALES	1	1	-----
CONS ESPECIAL	13 MED ESPECIAL 4 AYUDANTES	2 -----	6 -----	-----
RECUPERACION CIRUGIA	1	1	4	-----
SALA DE PARTOS	2 GINE-OBSTETRA 1 CIRUJANO 2 AYUDANTES	----- -	6	-----
CONSULTAS PARTOS	1 INTERNISTA	1	2	-----
TRABAJO DE PARTO	1 INTERNISTA	-----	2	-----
SALA HIDRATACION ADULT	1	1	6	-----
ATENCIÓN RECIEN NACIDO	2 PEDIATRA	-----	6	-----
SALA DE HIDRATACION	1 PEDIATRA	1	6	-----
SALA DE OBSERVACION	-----	1	6	-----
SALA DE CIRUGIA	6 CIRUJANOS	1	6	-----
SALA DE YESO	2 ORTOPEDISTA	-----	2	-----
SALA DE RAYOS X	1 MEDICO RADIOLOGO	-----	2	2 TEC.
LABORATORIO	3 BACTERIOLOGOS	-----	6	1 TEC.
ODONTOLOGO	2 ODONTOLOGOS	-----	2	2 TEC.
ESTOMOLOGIA	1 ESTOMOLOGO	-----	1	-----
FISIOTERAPIA	2 FISIOTERAPEUTAS	-----	6	2 TEC.
MORGUE	2 PATOLOGOS	-----	2	2 TEC.
ANESTESIOLOGIA	2 ANESTESIOLOGOS	-----	2	2 TEC.
ENDOSCOPIA	2 ENDOSCOPISTAS	-----	2	1 TEC.
TOTAL	55	10	76	12 TEC

2.3.3.6. OTRAS AREAS DE INFLUENCIA A ATENDER EN LA C.U.S.B.

AÑO 2000.

Área metropolitana de Barranquilla (A.M.B):

POBLACION TOTAL DE A.M.B = 494.803,0 Hab. Año 2000 (4)

AREA DE INFLUENCIA: 3,5% = 494.803,0 Hab x 3,5% = 17.318,1 Habitantes.

Población de incidencia a atender en C.U.S.B año 2000 = 6,2%

POBLACION A ATENDER DE URGENCIAS:

17.318,10 Hab x 6,2% = 1073,72 Hab del Area Metropolitana a atender de urgencias en la C.U.S.B año 2000.

Santa Marta:

POBLACION SANTA MARTA AÑO 2000= 698.782,0 Hab. Año 2000

AREA DE INFLUENCIA DE SANTAMARTA A LA C.U.S.B.: 2,6%(5)

698.782,0 Hab x 2,6% = 1.816,33 Habitantes.

POBLACION A ATENDER DE URGENCIAS EN LA C.U.S.B. AÑO 2000:

1,9%

1.816,33 Hab x 1,9% = 345,19 Hab de la ciudad de Santa Marta en la C.U.S.B
año 2000

Cartagena

POBLACION CARTAGENA AÑO 2000= 830.639 Hab. Año 2000

AREA DE INFLUENCIA DE CARTAGENA A LA C.U.S.B.: 1,8%(6)

$830.639 \text{ Hab} \times 1,8\% = 14.951,5 \text{ Habitantes.}$

POBLACION A ATENDER DE URGENCIAS EN LA C.U.S.B. AÑO 2000:

0,96%

$14.951,5 \times 0,96\% = 143,5 \text{ Hab de la ciudad de Cartagena en la C.U.S.B año 2000}$

Sumatoria:

De la población a atender en la C.U.S.B. año 2000.

(Incluye Incidencia)

Población sur de Barranquilla = 70.831,6 hab.

Población área metropolitana = 1.073,72 hab.

Población santa marta = 345,19 hab.

Población Cartagena = 143,5 hab.

Total de la población = 72.394,0 hab.

72.394,0 hab = total población a atender de urgencias en la C.U.S.B. año 2000.

Población del universo de trabajo.

Sur de Barranquilla = 11,5%

Área Metropolitana = 6,2%

Santa Marta = 1,9%

Cartagena = 0,96%

TOTAL % DE INFLUENCIA = 20,56%

20,56 % Índice de la población a atender de urgencias en la C.U.S.B. año 2000.

PLANO DE BARRANQUILLA
Suelo de expansión urbana 2010

**PLANO DE BARRANQUILLA
Esquema de saneamiento, plan
director de servicios de agua y
alcantarillado para Barranquilla
y sus áreas de influencia**

PLANO DE BARRANQUILLA
Sistema de distribución propuesta
de acueducto y alcantarillado de
Barranquilla y sus áreas de influencia.

2.3.4 ESTUDIO DE AREAS Y NECESIDADES

AREA O NUCLEO PUBLICO.	AREA M2
Lobby – Entrada	50.
Espera o Estar	55
Información – Conmutador Recepción	12
Servicios Higiénicos (público)	30
Central de Radio comunicación	12
AREA ADMINISTRATIVA	
Oficina de Administrador con w.c.	33
Secretaria Administración – Espera	18
Sala de Juntas con w.c.	25
Oficina del director con w.c.	40
Servicio higiénico para personal	18
Oficina Sindico con w.c.	20
Jefe de enfermeras con w.c.	20
Sala de espera con w.c.	36
Recepción y cocineta	22
Sala de contabilidad. Contador, Estadística, Sistema, archivo.	64
Caja – Pagaduría	25

Trabajo social con w.c.	25
Sala de conferencia con w.c.	42
	547M2
URGENCIAS	M2
Sala de espera	35
Servicios higiénicos	20
Información – Recepción	9
Caja con w.c.	18
Area de camilla y silla de ruedas	35
Control de depósito	12
Estación de Enfermería con w.c.	20
Trabajo limpio – Trabajo sucio	18
Descanso Enfermería con w.c	16
Area de lavado	6
Rayos x portátil	7
Historias médicas	30
Farmacia	25
Sala de observación pediátrica	35
Sala de observación mujeres	35
Sala de observación hombres	35
Sala de aislados	24

Sala de hidratación	120
Sala de suturas	12
Limpieza de pacientes	20
Deposito de tablillas	12
Deposito de yeso	12
Traumatología	14
Sala de yeso – Traumatología	35
Consultorios	207
Curaciones	12
	824M2
AREA DE LABORATORIO	M2
Recibo de muestra	12
Jefe de laboratorio	12
Secretaria y espera	16
Toma de muestra	16
Sala de donantes	16
Sala de recuperación	30
Servicio higiénico	12
Banco de sangre	6
Cto. De almacenamiento – Refrigeración	15
Laboratorio General	35

Limpieza y Esterilización	16
Sala de Endoscopia	30
Recuperación	15
Servicio higiénicos y depósito	6
	237 M2
RADIOLOGÍA	M2
Control	15
Sala de espera	25
Médico radiólogo	25
Sala de radiografía	90
Servicio higiénicos	6
Archivo de placas	12
Deposito de materiales	12
Cto. Oscuro	12
Sala de lectura	15
Deposito de rayos X portátil	5
	217 M2
CENTRO QUIRÚRGICO	M2
Núcleo de servicio médico	30
Núcleo servicio Enfermeras	25

Sala de cirugía	180
Estación de enfermeras	26
Oficina de Anestesia	18
Depósito de anestesia	12
Sala de recuperación	120
	411 M2
CENTRO OBSTRETICO	M2
Trabajo de parto	120
Sala de parto (3)	120
Atención al recién nacido	12
Recuperación parto	180
Estación de enfermeras	35
Sala cuna	60
Sospechosos	48
Prematuros	48
Estación enfermeras	35
	658 M2
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	M2
Sala de cuidados intensivos	80
Sala de quemados	160

Estación de enfermeras	240
Hospitalización	35
Control médico	500
Biblioteca	160
	1165 M 2

SERVICIOS GENERALES	M2
Sala de cuidados intensivos	80
Sala de quemados	160
Estación de enfermeras	240
Hospitalización	35
Control médico	500
Biblioteca	160
	1175M2

SERVICIOS GENERALES.	M2
Control	12
Bascula	6
Lavandería	150
Cocina	300
Cto. Frío	35
Deposito de víveres y abarrotes.	80

Deposito de drogas	60
Deposito de anestesia	24
Deposito general	120
Comedor de servicio	80
Comedor de personal calificado	120
Vestier w.c empleados	56
Taller de máquinas	120
Taller de carpintería	45
Taller de electricidad	45
Taller de mecánica	45
Patio	80
Jefe de talleres	15
Cto. Eléctrico	15
Morgue – Autopsia	30
Nevera	12
Laboratorio patológico	16
Servicios higiénicos	9
Patólogo	16
Sala de velación	40

1531M2

ESTUDIO DE AREA PARA LA ZONA DE CONSULTA EXTERNA.(Servicio ambulatorio).

CONSULTORIOS.	M2
Medicina general (3 consultorios- abajo)	63.
Odontología (12 consultorios- abajo)	58.50
Cirugía maxilofacial (1 consultorio- abajo)	29.25
Pediatría (1 consultorio)	21.
Cardiología (1 consultorio)	21.
Oftalmología (1 consultorio)	29.25
Optometría (1 consultorio)	29.25
Otorrinolaringología (1 consultorio)	29.25
Ortopedia (1 consultorio)	29.25
Psiquiatría – Psicología (1 consultorio)	29.25
Urología (1 consultorio)	29.25
Oncología (1 consultorio)	21.
Equipo móvil	17.
Vestidores (3 odontología, medicina general y especialista)	9.
Farmacia (control, estantería, w.c, deposito de drogas)	42.
Baños públicos (una unidad h-m)	29.25
	457.25

MORGUE.	M2
Sala autopsia	33.7
Cámara fría	16.
Laboratorio	33.75
Cámara incineradora	9.
Área de estadística y secretaria	42.
Cuarto de dibujo	12. 1
	46.45 m2
FISIOTERAPIA	M2
Consultorio para electroterapia	29.25
Consultorio de electrodiagnóstico	78.
Sala de hidroterapia	29.25
Electroterapia	20.25
Gimnasio	78.
Vestidores	29.25
Farmacia (opcional)	42.
	306.M2

**DISTRIBUCION DE AREAS POR % SEGÚN EL FONDO NACIONAL
HOSPITALARIO.**

PORCENTAJE DEL AREA DE CONTRUCCION = 8121M2

8 %	AREA ADMINISTRATIVA	649,68M2
20 %	SERVICIO AMBULATORIO	1624,20M2
10 %	SERVICIO DE DIAGNOSTICO	812,10M2
10 %	CIRUGIA PARTOSY ESTER.CENTRAL	812,10M2
30%	SERVICIOS HOSPITALARIOS	2436,30M2
22%	SERVICIOS GENERALES	1786M2
100%	AREA TOTAL	8121M2

2.3.4.1 AREA TOTAL PARA CENTRAL DE URGENCIAS.

Área de construcción del lote

8121M2 = 49%

Área libre

8402M2 =51%

16.523M2 =100%

Área total del lote para construir la C.U.S.B.

16.523M2

Zona verde interior

70222,75M2

Zona verde exterior

1569,68M2

Anden interior

413,07M2

2.4 ESTUDIO DE ALTERNATIVAS DE LOCALIZACION.

La localización de la Central de Urgencias, es un aspecto dentro de la planificación que debe considerarse con sumo cuidado por lo complejo del problema.

Según el estudio realizado, la localización de la Central de Urgencias debe estar en la zona sur de la ciudad, teniendo en cuenta que:

- El mayor numero de casos que se presentan, proceden de esta zona.
- Existe un déficit de centros asistenciales en la misma.
- El medio ambiente y las condiciones higiénicas en que vive este sector de la ciudad, generan un mayor numero de enfermedades de todo tipo.
- El tipo de vivienda y los materiales usados en ella, hacen que los desastres naturales azoten con mayor intensidad la zona en referencia.
- Existen zonas de grandes afluencia de personas como son el estadio Metropolitano, el velódromo y el complejo comercial Metro Centro.

2.4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

UBICACIÓN Y ACCESO: La ubicación debe estar dentro del perímetro urbano, a lo largo de un elemento importante del sistema vial urbano, conectado con vías de carácter regional, es decir, que sea de fácil acceso a los principales sectores de la ciudad y a las principales carreteras que conducen a la ciudad de Barranquilla.

CONDICIONES AMBIENTALES: Factores que inciden directamente en el desarrollo de las actividades que allí se realizan; por lo tanto, son aspectos que deben tenerse muy en cuenta para una mejor ubicación u maximización de sus funciones.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO: Las posibilidades de expansión deben ser contempladas, para lo cual es necesario tener en cuenta, la capacidad de edificación de lotes vecinos, que puedan agregarse al local original.

CONDICIONES FISICAS DEL TERRENO: La resistencia, capacidad drenaje, remoción de tierra y topografía del terreno, deben considerarse como factores que influirán en los costos del mismo y por ende en la selección de los lotes.

ORIENTACION Y VISTAS: Los vientos y la orientación solar del lote son factores que en climas cálidos juegan un papel importante en la localización de obras urbanísticas y arquitectónicas.

La existencia de vegetación en el sitio es un factor que indica las condiciones de erosión del mismo, como también las posibilidades de paisajismo interior para la creación de jardines.

SERVICIOS PUBLICOS: La facilidad en la prestación de servicios públicos en cada sitio deberá evaluarse, considerando la existencia de hecho o proyectada de estos en forma esperada.

COSTOS: El valor del terreno sobre el cual se localice la obra arquitectónica es un factor económico que influye directamente en su realización.

Los criterios de selección se evalúan mediante una tabla comparativa de cada sitio alternativo, dando por resultado el valor comparativo de un sitio con relación a los otros.

2.4.2 ALTERNATIVA DE SITIOS.

Una vez definidos los criterios que se tendrán en cuenta para evaluar las distintas alternativas de localización, se seleccionaron cuatro sitios que por su localización geográfica en la ciudad corresponden a la zona sur.

ALTERNATIVAS DE SITIOS

- Alternativa No 1: Entre los cruces de la vía circunvalar con la carretera a Juan Mina y la Cordialidad. Cerca de la urbanización El Pueblo.
- Alternativa No 2: Entre los cruces de la vía circunvalar con la Carretera de la Cordialidad y la Calle Murillo.
- Alternativa No 3: Entre los cruces de la vía circunvalar con la Calle Murillo y la autopista al aeropuerto.
- Alternativa No 4: Cruce de la Calle 17 con la vía al Puente Pumarejo.

2.4.3 EVALUACION DE SITIOS ALTERNOS.

ALTERNATIVA No 1.

UBICACIÓN Y ACCESOS.

Por su ubicación esta comunicada con el sistema vial aunque no es un punto equidistante a todos los sectores de la ciudad, principalmente de la zona de mayor influencia de riesgo.

CONDICIONES AMBIENTALES.

No presenta obstáculos de olores, ruidos, polvos y demás aspectos ambientales que puedan entorpecer el funcionamiento de nuestro centro.

ALTERNATIVAS DE SITIOS

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO.

Hay posibilidades de expansión ya que gran parte del sector posee terrenos disponibles. Este terreno es de propiedad privada.

CONDICIONES FISICAS DEL TERRENO.

Las condiciones físicas, como topografía, drenaje natural, le son adversas ya que es una zona inundable aparte de ser un suelo compuesto completamente por arcillas expansivas y rellenos.

ORIENTACION Y VISTAS.

Permite buena orientación pero en cuanto a vistas es afectada por la proliferación de invasiones y tugurios en el sector.

SERVICIOS PUBLICOS.

No cuenta con servicio de alcantarillado y el suministro de agua es deficiente.

COSTO.

El valor de la tierra por metro cuadrado (M2) es de \$95000³⁰.

ALTERNATIVA No 2.

UBICACIÓN Y ACCESOS.

Su ubicación es de gran ventaja, ya que esta enmarcada por vías de gran importancia.

30 Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador

ALTERNATIVAS DE SITIOS

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO.

El terreno posee posibilidades de expansión y disponibilidades en el sector.

Presenta la característica de ser propiedad privada.

CONDICIONES FISICAS DEL TERRENO.

La topografía y la naturaleza del subsuelo le son favorables.

ORIENTACION Y VISTAS

Se ven favorecidas por el desarrollo urbanístico que presenta la ciudad principalmente en este sector el cual presenta una ligera etapa de transición en sus usos.

SERVICIOS PUBLICOS.

Es un aspecto negativo debido a que no existe alcantarillado ni servicio de agua eficiente.

COSTOS.

El costo por metro cuadrado (M2) es de \$80.000³¹.oo

ALTERNATIVA No 3.

Ubicación y acceso ofrecen ventajas por ser un punto equidistante a los diferentes sectores de la ciudad; además, y por presentar fácil acceso desde los mismos, como también desde los municipios que conforman el Area Metropolitana.

³¹ Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador.

ALTERNATIVAS DE SITIOS

CONDICIONES AMBIENTALES.

Está alejado de ruidos, humos, olores y lugares propicios a la cría de insectos.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO.

Posee posibilidades de expansión, disponibilidad y las zonas y usos ya establecidos son compatibles con el proyecto.

CONDICIONES FÍSICAS DEL TERRENO.

Permite el drenaje natural, no es inundable, la topografía evita excavaciones y rellenos considerables, la naturaleza del subsuelo permite fácil excavación y es de capacidad suficiente.

ORIENTACION Y VISTAS

Permite correcta orientación y una vista agradable teniendo en cuenta la topografía plana del sector que facilita un amplio campo visual del crecimiento y desarrollo de la ciudad. En el sector predomina la vegetación nativa de la ciudad (trupillo, mata ratón, balsamina, huevo de gato, etc.).

SERVICIOS PUBLICOS

El sitio en referencia, está dotado de todos los servicios públicos, lo cual constituye una gran ventaja para su esocogencia.

COSTOS.

El costo en metros cuadrados (M2)= \$60.000.00³²

ALTERNATIVA N° 4

UBICACIÓN Y ACCESO:

Aunque está localizado dentro de la zona de mayor influencia, no es un punto equidistante a los demás sectores de la ciudad y diferentes municipios del área metropolitana.

CONDICIONES AMBIENTALES:

Las condiciones ambientales que presenta este sitio no son propicias para la realización de un proyecto de esta naturaleza.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO:

No posee posibilidades de expansión ni disponibilidad.

CONDICIONES FÍSICAS: El terreno es bajo e inundable, lo cual influye en su capacidad y resistencia.

VISTAS:

Las vistas no son del todo agradables debido a la presencia de una zona tugurial

(La Chinita), la cual sería necesario reubicar.

32 Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador.

ALTERNATIVAS DE SITIOS

SERVICIOS PÚBLICOS:

El sector está dotado de todos los servicios públicos, aunque su prestación es deficiente como en la mayor parte de la ciudad.

COSTO:

El valor del terreno es uno de los más bajos en relación a los demás sitios propuestos el cual tiene un costo por metro cuadrado (M2) de \$45.000.00³³

2.4.4. ESCOGENCIA DEL SITIO

De acuerdo con la evaluación obtenida según el análisis de los cuatro sitios alternos para localizar la Central de Urgencias, se concluye que el sitio que presenta en conjunto, las mejores características de acuerdo a los criterios expuestos, es el sitio correspondiente a la alternativa N° 3 o sea la localización entre los cruces de la vía circunvalar con la Calle Murillo y la autopista al aeropuerto.

2.4.4.1 LOCALIZACION

El predio se ubica hacia el sur este de la ciudad de Barranquilla. Por el norte limita con la vía Circunvalar y la urbanización El Parque, por el este con el barrio La Arboleda, hacia el sur con lotes baldíos y al oeste con los barrios Las Gaviotas y Las Trinitarias; pertenecientes al municipio de Soledad el cual hace parte del Area Metropolitana de la ciudad de Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia.

³³ Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador.

ALTERNATIVAS DE SITIOS

Para el efecto de localización del lote se elaboró un diagnóstico urbano a niveles diferentes, hacia las localidades donde se pretende desarrollar proyectos urbanísticos con miras a un mejor futuro de sus pobladores, además se consultaron las disposiciones reglamentarias y políticas de desarrollo urbano vigentes para la ciudad de Barranquilla, tales como el Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad y su Área Metropolitana.

El estudio mencionado considera los factores más importantes que tienen una marcada incidencia en el desarrollo urbano:

- a) Ventajas de accesibilidad.
- b) Usos del suelo.
- c) Costos de la tierra.
- d) Vialidad y transporte.
- e) Existencia de los servicios público y asistenciales.
- f) Condiciones socioeconómicas.
- g) Condicionantes ambientales favorables.
- h) Condicionantes topográficos y geomorfológicos.

El análisis que se practicó sirvió para orientar las acciones que condujeron a la selección del lote adecuado.

2.4.4.2 VENTAJAS DE ACCESIBILIDAD.

Ofrece ventajas en cuanto a su ubicación por estar situado en la margen sur-este de la Avenida Circunvalar; lo que permite una rápida accesibilidad tanto vehicular como peatonal. La ubicación del predio a un lado de la vía Circunvalar facilitará la accesibilidad a los futuros usuarios del proyecto ya que esta avenida se interconecta con las principales arterias y vías de entrada a la ciudad.

2.4.4.3. USOS DEL SUELO:

El proyecto se enmarca dentro de la clasificación de los usos del suelo tipo institucional salud. El lote se encuentra rodeado por diferentes usos del suelo como son: al norte uso de suelo de salud (Clínica de la Policía Nacional), de seguridad (Escuela de la Policía Antonio Nariño); hacia el este, usos del suelo comerciales (Aparcaderos, billares y almacenes), y al oeste, usos del suelo residencial (Las Gaviotas y Trinitarias), y al sur, con lotes baldíos. Se observa que los actuales usos del suelo en el sector son complementarios con el que corresponde a la Central de Urgencias. Dentro de las políticas del Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Barranquilla no se contempla hacer alguna modificación a la actual estructura de usos del suelo del sector.

CUPULA SOLAR

2.4.4.4.COSTOS DE LA TIERRA.

Para el análisis de este aspecto se tuvo en cuenta los siguientes puntos:

- Valor comercial.
- Propiedad particular.
- Valor catastral
- Propiedad municipal
- Propiedad estatal.

Lo cual tuvo como objetivo conocer los valores y la propiedad actual de estos terrenos con el fin de evitar costos extraordinarios en la localización del proyecto; el valor del terreno en este sector es uno de los bajos con relación a los demás de Barranquilla. El costo en metros cuadrados (M2)= \$60.000³⁴. Actualmente el predio es de propiedad particular.

2.4.4.5 VIALIDAD Y TRANSPORTE

Al ser la vialidad y el transporte, elementos necesarios de la estructura urbana y condicionantes del proceso de desarrollo, no se pueden analizar de un modo aislado.

El sistema vial se vuelve tan importante porque determina el tipo de utilización del suelo y por su correspondiente división, las vías de acuerdo a su carácter del suelo publico determinan y condicionan el problema de la accesibilidad, la cual es optima para el sitio escogido por el grupo.

³⁴ Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador

El predio se encuentra frente a la vía Circunvalar (vía primaria), la cual lo comunica por el Este con la calle 30 (vía primaria), y por el Oeste con la calle Murillo (vía primaria). La vía Circunvalar, construida en asfalto, se encuentra en excelente estado, y a través de ella el sector goza de una amplia gama de rutas de transportes interurbanos. Hay que anotar que a través de esta vía se da un alto tráfico de líneas de transporte interdepartamental. Todos estos factores facilitan la accesibilidad con todas las zonas de la ciudad y su Área Metropolitana.

2.4.4.6 EXISTENCIA DE LOS SERVICIOS PUBLICOS Y ASISTENCIALES.

Este concepto incluye el análisis y localización de los edificios y las áreas libres que prestan servicios significativos a la población, los cuales se dividen de acuerdo a la siguiente clasificación.

- **EDUCACION:** El sector se encuentra cercano a estamentos estudiantiles como son: El Instituto Técnico Industrial del Atlántico (ITIDA), Instituto Politécnico, Colegio Francisco José de Caldas, Colegio Domingo Sabio(La Arboleda), Colegio Olga Castellanos de Lébolo (El Parque), INEM entre otros.
- **SALUD:** En el sector se encuentra la Clínica de Rehabilitación que funciona sin animo de lucro(calle 30); existen otros centros de salud cercanos como el I.S.S de la carrera 14 y el I.S.S del barrio Las Palmas. Frente a el predio y a el otro

lado de la vía circunvalar se encuentra la nueva Clínica General de la Policía Nacional (servicio privado).

- **RECREACION:** Este sitio cuenta con una enorme ventaja con respecto a los demás sectores, más lejanos al escogido debido a que se encuentra ubicado cerca al Parque Muvdi y la proximidad al estadio de fútbol Metropolitano (Roberto Meléndez), y el Velódromo, los cuales se constituyen en una gran ventaja para el esparcimiento recreacional.

- **SERVICIOS PUBLICOS :** Los servicios públicos se pueden dividir en: Agua potable, red alcantarillado, aseo, red de energía eléctrica, red de gas natural, red de servicio público.

- **Agua potable:** El servicio se encuentra en condiciones normales con una cobertura de 100% lo cual no es factor de incomodidad para los usuarios, porque cuenta con redes de gran diámetro que permitirán derivaciones y prolongaciones de las mismas.

- **Red de alcantarillado:** Los barrios circundantes al lote poseen un sistema íntegro para la evacuación de las aguas negras a las cuales se conectarán al del proyecto que se adelanta, sin que este altere la existencia de los nuevos proyectos existentes en la zona (la Arboleda, el parque, La trinitaria, etc.).

- **Aseo:** El proyecto contemplará conjuntamente un completo y organizado plan de recolección de desechos para lo cual se realizará la respectiva diligencia entre

la triple AAA, empresa encargada de proporcionar este servicio. Para los residuos orgánicos el proyecto contempla la instalación de un moderno procesador de desechos orgánicos.

- **Red de energía eléctrica:** Los barrios circundantes al lote poseen un sistema integro para la conexión de las redes de alta tensión de las cuales se derivan las redes secundarias necesarias para el proyecto.
- **Red de alumbrado publico:** Los barrios de los alrededores poseen un óptimo alumbrado publico y la avenida Circunvalar por ser vía primaria posee su correspondiente iluminación y señalización.

Para satisfacer la demanda eléctrica que requiere el proyecto, dichas redes dependen de la subestación eléctrica del municipio de Soledad.
- **Red de gas natural:** El sector esta abastecido en un 100% de este servicio al cual se unirán la demanda necesaria para nuestro proyecto debido a que tales instalaciones fueron proyectadas con una tolerancia de posibles implantaciones para su ampliación.
- **Red telefónica:** El sector cuenta o depende de una central telefónica existente en Soledad, como son: Metrotel y E.D.T, las cuales tienen cobertura dicha zona.

2.4.4.7 CONDICIONES SOCIOECONOMICAS.

Estas se relacionan de una manera practica con solo observar la factura de cualquier servicio de una vivienda perteneciente al sector, lo cual indica que es de estrato 2.

La ocupación de la población está repartida entre empleados comerciantes, trabajadores independientes, amas de casa y estudiantes. Los otros aspectos tales como practicas sociales según edad, niveles de ingreso, pirámide de la población y su procedencia no se efectuaron por ser esto supremamente dispendioso

2.4.4.8 CONDICIONES AMBIENTALES FAVORABLES.

En una gran extensión de toda la zona no existe presencia alguna de basureros o botaderos o rellenos sanitarios, además de que no se hallan ubicadas industrias de ninguna especie, solo hace presencia la nueva escuela para oficiales de la Policía siendo esto un factor en menor escala de condicionantes desfavorables.

Como condiciones ambientales desfavorables al proyecto están los altos niveles de contaminación auditiva y de emanaciones de dióxido de carbono procedentes del tráfico vehicular existentes en el sector.

2.4.4.9 CONDICIONANTES TOPOGRAFICAS Y GEOMORFOLOGICAS

El objetivo de este análisis es el de conocer las características existentes en el medio natural para definir las zonas apropiadas para el desarrollo de los asentamientos humanos para de esta manera orientar racionalmente la actividad que el hombre debe realizar en las condiciones más favorables sin provocar alteraciones en el medio físico.

a) TOPOGRAFÍA.

Es importante anotar que se debe trabajar con terrenos con pendientes de mas o menos un 10%, pues en los terrenos cuya pendiente sea mayor se encarecerán las redes de infraestructura y las instalaciones de equipamiento urbano y resultan incompatibles para la realización del proyecto, lotes y servicios. A grosso modo se aprecian, que este predio no presenta cambios de nivel no muy pronunciado; ya que el lote no tiene pendiente, debido a que esta en una misma cota de nivel cuya cota es de 0.30. metros sobre el nivel del mar.

b) CARACTERÍSTICAS DEL SUELO.

El suelo es del tipo Arcilla, de textura fina principalmente arcilloso, pues su afinidad al agua hará que se absorban y retengan, con la cual se expandirán y originaran fuertes presiones las cuales al secarse formaran grietas que forman y provocan cuarteaduras en las edificaciones por lo cual solo se permiten construcciones ligeras

y de baja altura. La capacidad portante del terreno = $g_{adm} = 20 \text{ kg} / \text{cm}^2 = 20$ toneladas / M², espesor no determinado³⁵.

- c) **VEGETACIÓN:** Esta tiene su origen en las condiciones impuestas por las demás componentes de un ecosistema: Topografía, suelos, clima etc. La cual va a funcionar como reguladora del micro clima y la humedad de vientos fuertes, absorbidos y aminorar los malos olores, en cuanto a lo absorbido se notó presencia de vegetación tipo matorral salvo de algunos materiales y rastros depositados en ellos.

El tipo de vegetación del sector es de bosque muy seco tropical, sur de la Guajira, Valle del cesar, faja de lo largo del Caribe, Cartagena, Barranquilla.

Con una temperatura superior a los 24° C, lluvias anuales 500 a 1000 ml.

▪ **Tipo de árboles.**

Pela (Acia farnesiana): Hoja caduca espinosa copa tendida floración tardía, Melifera.

Ceiba Tolu (Bombacopsis Quinate): Hoja caduca copa tendida, más ancho alto, raíces tabulares.

Indio desnudo (Butseta Simatuba): Hojas caducas copa oval follaje talo, altura máxima 14mt

Molinillo (Huta crepitan): espinoso, hoja caducas copa oval, hoja acotazonada

35 Inconsuelos: Local surtidor de gasolina avenida circunvalar lote 19 esquina estudio de suelo: Ing. Esp Michel Hernández Carrillo inf: 014-91c.v.

tronco con espina.

Vara santa (Triplaris americana): Arbol exótico hoja perenne, grande oblonga, copa reducida, altura máxima 24mt³⁶.

d) PRESENCIA DE CUERPOS DE AGUA:

El terreno elegido presenta un desalajo adecuado de las aguas pluviales, en el cual no se va a presentar futuras inundaciones. En cuanto a l localización de cuerpos de agua, no existe presencia algunas de ríos, lagunas, pantanos, canales etc., salvo un arroyo que cruza por la parte posterior del terreno y se encuentra distante.

2.4.4.10. CLIMATOLOGÍA

El clima es un componente del medio físico natural, determinante en el desarrollo de los asentamientos, no tan solo en la parte del diseño de los edificios sino en el proceso mismo de planeación de su asentamiento.

a) TEMPERATURA:

Las temperaturas máximas de la zona son los mismos que se presentan en el departamento las cuales oscilan entre 26°-35°C.

b) ASOLEAMIENTO:

Con esta se pretende conocer la dirección e incidencia de los tallos solares en el transcurso del día o lo largo de todo el año y al igual que para la ciudad de

³⁶ Análisis de un contexto Urbano, Mario Días Miranda, Carlos Gimeno Valverde, Capitulo V, diseño paisajístico Pág. 78-81.

Barranquilla el sol aparece por el lado N-E paralelo al río Magdalena y se oculta al N-O en dirección Puerto Colombia³⁷.

c) VIENTOS:

Después del asoleamiento, los vientos son el factor climático más importante a considerar dentro del diseño ya que en el manejo de ambos pueden dar por resultado abierto o cerrados dentro del rango del comportamiento de temperatura.

En la ciudad de Barranquilla los vientos Alisios del Caribe provienen 45° noreste aproximadamente, tal factor nos indica que los vientos predominantes recorten el periodo de manera transversal debido a la posición en que se halla ubicado³⁸.

2.4.4.11.EXTERNALIDADES

a) Favorables : En cuanto a las vías el lote se encuentra rodeado de vías primarias y de fácil acceso como son la circunvalar, la calle 30 y la avenida Murillo que para toda la comunidad que se encuentra en el sector será fácil trasladarse a los diferentes puntos de la ciudad.

b) Desfavorables: Por estar surcado por la avenida circunvalar presenta desventajas de poseer un considerable índice de contaminación auditiva, por el tráfico de

³⁷ Arquitecto Jorge Rabat, En clase de construcción.

³⁸ Arquitecto Jorge Rabat, En clase de construcción.

automotores que circulan a diario por la avenida. Para lo cual se contempla una barrera natural que frene y amortigüe dicha contaminación.

DETALLE DE COMPOSICIÓN DEL SUELO

**COSTADO SUR ESTE DEL TERRENO
Y
INVACIÓ[́]N DEL TERRENO**

VISTAS POSTERIORES DEL TERRENO

**VIA CIRCUNVALAR HACIA LA CALLE 30
Y
VIA CIRCUNVALAR HACIA LA CALLE MURILLO**

PARTE CENTRAL DEL TERRENO

**EDIFICIO FRONTAL DEL TERRENO
(Clínica regional de la policía)
Y
VISTA FRONTAL DEL TERRENO**

2.5 ZONIFICACIÓN

2.5.1 ZONIFICACIÓN GENERAL

2.52 ZONIFICACIÓN POR ZONAS

2.6 ORGANIGRAMAS

2.6.1 ORGANIGRAMA GENERAL

**2.6.2 ORGANIGRAMA POR ZONAS
CONSULTA EXTERNA
URGENCIAS**

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

SERVICIOS GENERALES

CIRUGIA Y PARTO

ADMINISTRACIÓN

HOSPITALIZACIÓN

2.7 MEMORIA DESCRIPTIVA.

Dos determinantes principales fueron tenidas en cuenta como base en el diseño de este proyecto: La adaptación al clima y la integración en circulaciones y funciones de la Central de Urgencias.

La primera nos arrojó un plano esquemático a partir de jardines internos en la primera planta con características de diseño orgánico. Esta solución nos permitió obtener una ventilación natural apropiadas en todas las dependencias de trabajo, de funciones, tratamiento, encamados y vivienda, y a la vez provee de adecuada protección solar a una gran parte de la fachada.

La segunda determinante se expresa desde los accesos de vehículos y peatones al lote: 1° Público visitante, 2° De pacientes, 3° De urgencias, 4° De médicos y personal administrativo, 5° De servicio y descargue.

Posee tres clases de circulaciones 1 Circulación interna, 2 Circulación mixta (Esta de mayor prioridad), 3 Circulación pública.

La circulación de público visitante que conduce de la entrada al estar donde se encuentran los puntos fijos permite un acceso rápido a las plantas superiores, donde se encuentran las dependencias de: Fisioterapia, hospitalización, estar médico,

geriatría, administración, sala de oración , helipuerto, central de telecomunicaciones, y zonas de visitas.

Circulaciones de pacientes: Que conducen directamente a las secciones de consulta externa, diagnóstico, urgencias y cirugía.

Circulación de urgencias: Da acceso a todas las dependencias internas especialmente a la rampa, ascensores y escaleras.

En las plantas superiores las circulaciones se interrelacionan con las locales de función, tratamientos, vivienda de médicos (circulación mixta), en forma limpia, y convergen rápidamente en los puntos fijos.

La zona de urgencias posee su propia sala de espera para acompañantes, control policial al igual que la zona de consultorios generales y especialistas.

En la zona Nor-Este del edificio se encuentran los locales de función y tratamientos.

UBICACIÓN Y ACCESO.

Ofrece ventajas en cuanto a su ubicación por estar situado en la margen Sur-Este de la avenida Circunvalar; por lo cual presenta una buena accesibilidad vehicular, en caso que se presente una emergencia a nivel departamental y municipal.

CONDICIONES AMBIENTALES.

Está alejada de ruidos, humos, olores y lugares propensos a la proliferación de insectos.

FACTORES RELACIONADOS CON EL TERRENO.

Posee posibilidades de expansión y las zonas de usos ya establecidas son compatibles con el proyecto.

ORIENTACION Y VISTA

Permite correcta orientación y una vista agradable, teniendo en cuenta el crecimiento y desarrollo de la ciudad, además de poseer una vegetación *.

SEVICIOS PUBLICOS.

El sitio en referencia está dotado de todos los servicios públicos (Agua, alcantarillado, aseo, teléfono, gas, energía eléctrica). Lo cuál constituye una gran ventaja para el desarrollo del proyecto.

CONDICIONES FISICAS DEL TERRENO.

Presenta una topografía relativamente plana y no muestra signos de haber servido de asiento a estructura alguna en tiempo pretérito.

Urbanísticamente el sector está dominado por estructura de una y dos niveles que hacen parte de programas de desarrollo de viviendas muy recientes.

No se detectó la presencia de infiltraciones de agua o nivel freático alto, su capacidad portante = $g \text{ a } d \text{ m} = 2.0 \text{ kg/cm}^2 = 20 \text{ Toneladas/ M}^2$

COSTO DE LA TIERRA.

El valor del terreno en este sector es uno de los más bajo, el costo por metro cuadrado (M2) es de \$60.000.00³⁹

ORIENTACIÓN DE LA C.U.S.B.

Al norte encontramos la zona de hospitalización, acceso y fachada principal. Al N-E la zona de urgencias, parqueaderos públicos, privados y de ambulancias. Al Este las zonas de diagnóstico y morgue se dinamiza en funciones por medio de los puntos fijos, la segunda posee acceso directo desde el exterior. Al Sur-Este la zona de cirugías La Central de esterilización situada estratégicamente entre los puntos accesibles a Quirófano, Emergencias, Urgencias y locales de función y tratamiento de los demás niveles superiores.

Al Sur la zona de servicios generales y zona de descargue. Al Oeste consulta externa Al Nor –Oeste encontramos la estación de taxis y control de acceso a la zona de servicio.

TRATAMIENTO EXTERIOR Y SOLUCION ESTRUCTURAL.

Por ser un proyecto que se desarrolla en cinco niveles y atendiendo las recomendaciones de la zona, el proyecto debe desarrollarse con un sistema estructural anti-sismico de acuerdo a estructurales específicos.

Las fachadas derivaron su volumetría de la función específica para cada área o sea la “función produjo la forma”.

³⁹ Arquitecto Jaime Hijuelos Juliado, Avaluador.

Ventanas hasta el piso usadas en zonas significativas como administración, biblioteca y cafetería.

Ventanas usadas a 0.80 metros de altura en las zonas de trabajo, viviendas y encamados.

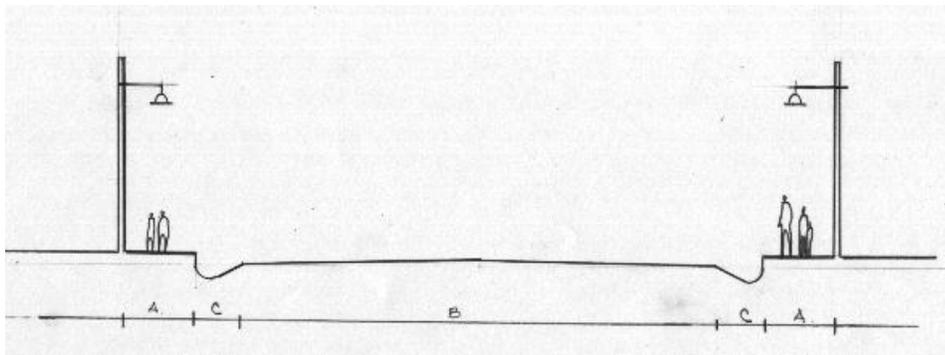
Ventanas a 1.60 metros de altura, utilizadas en las salas de cirugía, depósitos, servicios, sanitarios, etc.

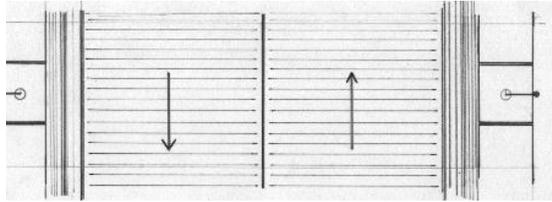
2.8 MEMORIA EXPLICATIVA

ACCESO.

La Central de Urgencias cuenta con un acceso General (peatonal- vehicular), ubicado sobre la vía principal (Avenida Circunvalar). Que es la de mayor importancia para aprovechar la fluidez de esta, tanto peatonal como vehicular al interior del centro .

Las zonas principales tendrán entradas y salidas muy bien distribuidas para facilitar la entrada a pacientes y visitantes a la C.U.S.B.





ACCESO VEHICULAR

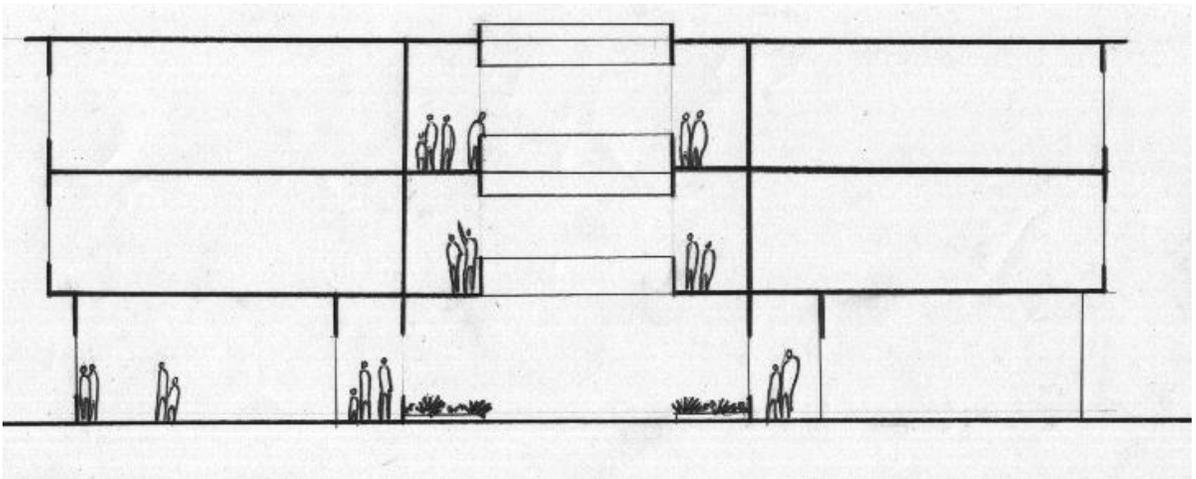
CONTROLES.

Se ubicará un control general peatonal y vehicular en la entrada principal.

El acceso a la estructura física del centro estará dominado por una recepción y un control policial para la parte de urgencias .

PATRONES DE TRAFICO.

Los patrones de tráfico fueron regulados en el diseño dándole una excelente ubicación a los accesos y a los puntos fijos que determinaron una circulación limpia y rápida, produciendo una correcta distribución de los diferentes pabellones, locales de función, tratamiento y trabajo en general, en cada piso.

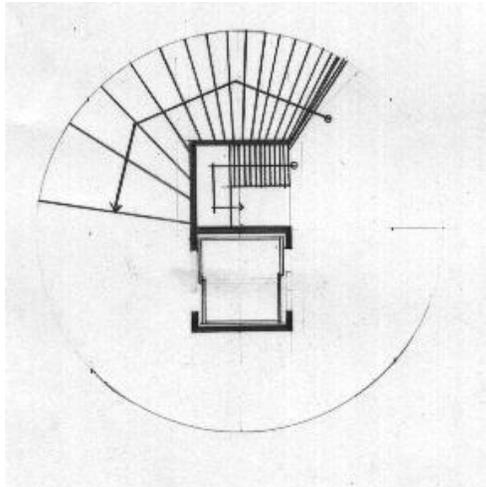


PUNTOS FIJOS.

En la Central de Urgencias existen relaciones verticales: escaleras, ascensores, para circulaciones mixtas públicas, y una rampa para subir las camillas y sillas de ruedas, especialmente a los pabellones de recuperación, ginecología y obstetricia, sala pediátrica, sala geriátrica, etc. Será usada por el personal medico e interno.

Ascensores para visitantes y empleados del centro.

Escaleras que serán utilizadas por médicos, empleados personal interno y visitantes.

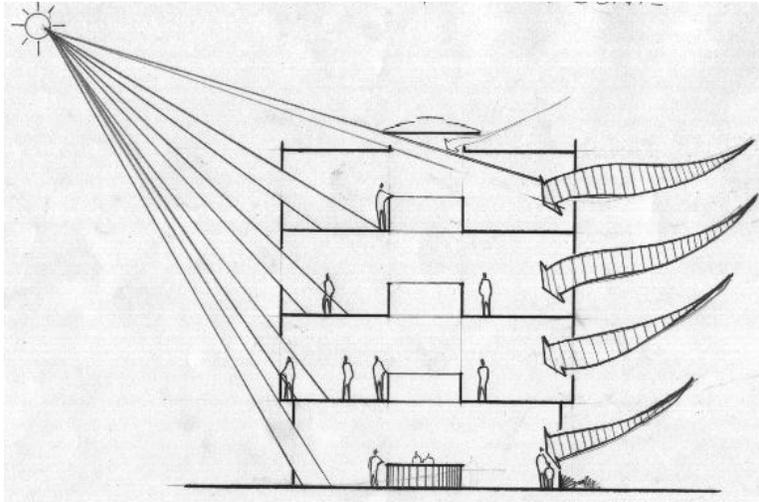


LOS ESPACIOS

Los espacios son flexibles, teniendo en cuenta futuras ampliaciones, crecimiento de accidentalidad , otras urgencias y el aumento de la población del sur de Barranquilla.

ILUMINACIÓN

Para la iluminación se tuvo en cuenta la creación de espacios vacíos, (domo, ventana, patios internos) para obtener patrones de luz natural que sirvan de apoyo a los sistemas de luz artificial.



CIRCULACIONES

Serán amplias y directas relacionadas por medio de pasillos, que a su vez estarán conectados con los puntos fijos y comunican con todas las dependencias de la ***C.U.S.B.***

ESTRUCTURA

Cumpliendo con las normas constructivas, la estructura de la edificación se desarrollará en sistema de aligeramiento reticular celular según especificación y

calculo de estudio de suelo será con vigas de 0.40 x 0.45 y columnas de 0.40 x 0.40. Los aceros de refuerzo serán de 60.000 psi y 40.000 psi y el concreto $f'c$ de 3.000 psi.

FACHADA

A nivel de fachada el proyecto presenta 4 propuestas conservando el criterio institucional resaltando la volumetría circular y los voladizos. Se destaca en ella los ventanales en vidrio y aluminio. Los muros se terminaran en mármol opaca y abusardado.

2.9 CONCLUSIÓN

A través de esta investigación hemos querido mostrar la necesidad imperante de la asistencia y atención de la salud pública en el sector sur de la ciudad de Barranquilla, no obstante por la carencia de la estructura física dentro de su propia cobertura de atención, si no la displicente ineficiencia de sus estrategias y políticas que aboquen el cubrimiento de las necesidades básicas insatisfechas del sector en el campo de la salud, (“la pobreza en Colombia” Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE- Naciones Unidas, ministerio de agricultura, UNICEF, y el Departamento Nacional de Planeación , 1985.). Mostramos así, con base a datos reales la información de los servicios de salud para este sector así como su desprotección casi total, de su población y el abandono a las clases marginales, en este servicio que se considera obligatorio según nuestra constitución política en el desarrollo del mismo, absorbemos el contexto de los cambios en el campo de la salud y su implicación directa en su estructura tanto orgánica como física y plasmamos en los planos, como resultante de un proceso de diseño un criterio más ajustable a los tiempos actuales, parecido producir una mejor jerarquización de los espacios circundantes, donde se pueda disfrutar de la naturaleza; donde se pueda también fusionar los elementos primordiales de la atención como son, enfermedad- estancia, enfermo- medico para así, entender que la función exige su propio espacio, donde la edificación se adaptará mejor a su nivel de intervención e interpretación que hagan

los profesionales responsables de esos espacios, para acompañar el cambio debe entenderse la relación entre hospital y territorio que producirá un perfilamiento hacia una ciudad sanitaria, autónoma como conjunto. La relación hospital – ciudad-territorio, será cada vez más importante, para la frecuencia con el usuario (O.M.S.). De aquí se puede extraer principios generales de diseño y de otras áreas especialmente del hospital, como son: El manejo control inteligente del conjunto en tiempo real y en gran confiabilidad de usos y prestaciones de servicios en términos generales, la tendencia moderna será una acertada distribución de usos que admitan una estructura funcional en lo visible como en los componentes ocultos de su diseño y por ultimo queremos enfatizar un poco en las estrategias propuestas para su funcionamiento . Nos basamos para este enfoque, en la Constitución del 1991 y en la ley 60 de 1993 sobre transferencia y recursos de las entidades territoriales, encontrándonos con el termino de “necesidades básicas insatisfechas”, definiendo con el estudio “La población en Colombia” (DANE, N.U. MIN-Agricultura, D.M.D año 1985 en su aporte “Participación para los sectores sociales”). La participación a los municipios de que trata el artículo 357 de la constitución, se refiere a las siguientes actividades.

Inciso No 2. En salud. Pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras promotoras y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiera lugar a prestaciones sociales y su afiliación a la seguridad social, pago de subsidio para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas, accesos a

medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al sistema de seguridad social estudios de infraestructuras hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud, vacunación promoción de la salud control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyen factor de riesgo para la salud; (Ricardo Barrios Zuluaga, Tratado sobre el municipio contemporáneo , página 328,329,330).

No fue sino hasta la promulgación de la ley 60 de 1993 que redistribuye las competencias de los niveles central, departamental y municipal, la ejecución , financiamiento y reglamentación de los gastos en salud en lo referente al segundo y tercer nivel y distribuir el situado fiscal entre los municipios de acuerdo con los criterios estudiados entre los Municipios de acuerdo con los criterios estipulados por la ley (IDEM página 479).

Para concluir queremos; anotar que otro de los motivos que nos indujo a presentar este trabajo de grado, es la propuesta de construcción que contempla, el plan de ordenamiento territorial para la ciudad de Barranquilla (ley 388 de 1997) en su página No 75 Avalado por el excelentísimo señor alcalde Bernardo Hoyos Montoya, año 1999, Al igual que sus fuentes de financiamiento página 70, 76.

Grupo de trabajo

2.10 BIBLIOGRAFIA

- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. DIVISIÓN DE ATENCIÓN MEDICA
DESARROLLO DEL NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD. BOGOTA 1998.
- GARCIA ERAZO, ANTONIO. NUCLEO DE ATENCIÓN AMBULATORIO,
MEXICO 1985.
- BUNGE M. LA CIENCIA SU METODO Y SU FILOSOFIA SIGLO XX.
BUENOS AIRES 1982 PAG. 45 A 56.
- ZOMIVA LOPEZ SCHOOTT, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,
CONFERENCIA ANUAL, SAN DIEGO CALIFORNIA 1998 PAG. 136 A 139.
- ISADORE ROSEMFIELD Y ANDREW J. THOMAS. ARQ.
- ARQUITECTURA DE LA SALUD. TOMO II. FONDO NACIONAL DE LA
SALUD DE COLOMBIA 1975.

- PLANEACION DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA UNINORTE. TRABAJO DE GRADO. 1999.
- HOSPITAL DE LOS REMEDIOS (Guajira). UNIAUTONOMA. TRABAJO DE GRADO. 1975.
- RICARDO BARRIOS ZULUAGA, TRATADO SOBRE EL MUNICIPIO CONTEMPORANEO EDITORIAL. GRIJALBO.
- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIONCIENTIFICA. UNISUR. TOMO II.
- GUSTAVO VERGEL CABRALES, MANUAL PARA LA ELABORACION DE DISEÑOS Y PROYECTOS DE INVESTIGACION, TERCERA EDICION.
- MINISTERIO DE SALUD- COLOMBIA DECRETO NUMERO 2753 DE NOV 1997.
- ORLANDO MENDOZA, TRABAJO DE GRADO “CENTRAL DE URGENCIAS PARA BARRANQUILLA” 1984.

- MINISTERIO DE SALUD – COLOMBIA, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, C.D 1997.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, REVISTA TRIMESTRAL. LA SALUD EN COLOMBIA PAG. 26 Y 27 – 1997.

- INSTITUTO COLOMBIANO DEL SEGURO SOCIAL, SERVICIOS ASISTENCIALES. CUADROS BÁSICOS DE DOTACION MEDICO – QUIRURGICO – ADMINISTRATIVO PARA AMPLIACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS. BOGOTA, 1976.

- DE LOS RIOS MONTAÑO JORGE. CARTILLA PARA PLANIFICACION Y CALCULO DE INSTRUMENTOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. BOGOTA, 1976.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GUIAS TECNICAS PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN COLOMBIA POR ROBERTO ROJAS ARGUELLES. COLOMBIA, 1977.

- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. FONDO NACIONAL HOSPITALARIO NORMALIACION BASICA DEL HOSPITAL LOCAL. BOGOTA, 1976.

- MONTAÑO ROMERO JAIRO. TRABAJO DE INVESTIGACION
“ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA “. UNINORTE NOV.12 / 2000

2.11 ANEXOS

FORMULAS PARA CALCULAR.

SALAS DE CIRUGIA ADULTOS.

SALA DE CIRUGIA:

Tiempo promedio de duración de cirugía = 2 horas
Limpieza después de cada cirugía = 1 hora. } Total 3 horas duración cirugía.

Número de cirugías en 1 día = 8 cirugías diarias.

(Tiempo máximo de duración = 3 horas)

⇒ 1 Sala de cirugías = 8 cirugías/día.

Número de casos de cirugías = 2042,40 cirugías/años.

Se presenten 8 casos cada 24 horas.

La incidencia = $24 \div 8 = 3$ Se presenta 1 caso cada 3 horas.

⇒ $2042,40 \div 255 \text{ días} = 8,00 \text{ casos/día}$

⇒ $8,00 \div 3 = 2,66 \approx 3 \text{ Salas.}$

Repartidas así: 1 sala de cirugía general mujeres, 1 sala cirugía hombres, 1 sala de cirugía especialistas

SALA DE CIRUGÍA NIÑOS

CONSULTAS DE URGENCIAS NIÑOS.

De 19.580,48 casos de atención el 3,2% son casos de cirugías.

$$\Rightarrow 19.580,48 \times 3,25 = 626,57 \text{ cirugías/años.}$$

$$\begin{aligned} \Rightarrow \text{Tiempo de cirugía} \\ \Rightarrow \text{Tiempo de limpieza} \end{aligned} \quad \left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\} = 3 \text{ horas}$$

Cada 24 horas se presentan 8 casos.

La incidencia = $24 \div 8 = 3$ se presentan 1 caso cada 3 horas

$$\Rightarrow 626,57 \div 255 \text{ días} = 2,45 \text{ cirugía/ día} \quad \text{—} \quad \text{que equivalen a 2,45 camas/día.}$$

$$\Rightarrow 2,45 \div 3 = 0,819 \approx 1 \text{ sala de cirugía/niños.}$$

CAMAS DE RECUPERACION NIÑOS.

NUMERO DE CAMAS MAXIMAS DE RECUPERACION

$$= \text{Al N}^\circ \text{ de cirugía al día} = 8 \text{ camas.}$$

NUMERO DE CAMAS MINIMAS DE RECUPERACION

$$= \frac{1}{2} \text{ N}^\circ \text{ de cirugías/día} = 4 \text{ camas.}$$

$$\text{PROMEDIO DE CAMAS} = 8+4 = 12$$

$12 \div 2 = 6$ Camas de recuperación por sala de cirugía: 1 Sala de recuperación con 6 camas.

NUMERO DE SALAS DE CIRUGIAS ESPECIALISTAS (no incluye Gineco-
obstetricia).

CARDIOLOGIA	1032,30 Casos/año
NEUROLOGIA	1443,00 Casos/año.
UROLOGIA	852,48 Casos/año
	<hr/> <hr/>
	3327,78 Casos/año.

$\Rightarrow 3327,78 \text{ Casos/año} \Rightarrow 3,2\% \text{ son casos de curugía.}$

$$3327,78 \times 3,2\% \longrightarrow 106,48 \text{ Casos/año.}$$

SALA DE CIRUGIA.

Tiempo promedio de cada cirugía = 7
Limpieza después de cada cirugía = 1 $\left. \begin{array}{l} \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right\} 8 \text{ Horas.}$

Número de cirugías en 1 día = 3 cirugías diarias = que equivalen a 3 camas.

(Tiempo máximo de duración de cada cirugía = 9 horas)

1 sala de cirugía = 3 cirugías/días

1 caso de cirugía = 8 Horas.

Cada 24 horas se presentan 3 casos.

$$106,48 \div 255 \text{ días} = 0,417 \text{ Casos/día.}$$

$$0,417 \div 3 = 0,139 = 1 \text{ sala de cirugía Especialistas}$$

PLANO DEL SUR OCCIDENTE

Redes de acueducto

PLANO DEL SUROCIDENTE

Redes de alcantarillado

ESTRATIGRAFIA

**PLANO DEL SUROCIDENTE
eSTRATIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA**