III CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

CIUDAD DE PANAMA

12 - 18 NOVIEMBRE 1972

LOS PROGRAMAS DE COORDINACION EN LA FUNDAMENTACION, PLANEACION, DISEÑO Y CONSTRUCCION DE UNIDADES MEDICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

PONENCIA :

ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MADRID

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

DONACION

PONENTE:

DR. D. JOSE MARTINEZ ESTRADA

DELEGADO GENERAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
DE ESPAÑA.

CON LA COLABORACION DE:

D. GONZALO CABANILLAS GALLAS

SUBDELEGADO GENERAL DE SERVICIOS
SANITARIOS DEL I.N.P.

D. FERNANDO FLOREZ PLAZA

ARQUITECTO DEL I.N.P.

D. MANUEL SANTOS ZAMACONA

JEFE DE LA SECCION DE INSTALACIONES
Y MATERIAL DEL SERVICIO DE
INSTITUCIONES SANITARIAS DEL I.N.P.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

S U M A R I O

I.- CONSIDERACIONES GENERALES

1.- Planteamiento.

2.- Los programas de necesidades.

3.- El proyecto y sus factores.

4.- Licitación, adjudicación y construcción de la unidad.

5.- El equipamiento y puesta en servicio.

II.- LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA.

1º.- La red de Centros médicos del Instituto Nacional de Previsión de España.

2º.- La racionalización en la proyección de Ambulatorios; el ambulatorio modulado.

3º.- Proyección de Centros ambulatorios especiales (Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Sevilla).

4º.- Los complejos hospitalarios para grandes zonas de población (la Ciudad Sanitaria "La Fé" de Valencia).

5º.- El hospital general para zona de población media (las Residencias Sanitarias de Córdoba y Segovia).

6º.- El hospital comarcal para zonas de población de predominio rural (El hospital comarcal de Manzanares- Ciudad Real).

7º.- El hospital especial. (Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas, de Madrid).

III.- CONCLUSIONES.

I.- CONSIDERACIONES GENERALES

I.- 1. PLANTEAMIENTO.

I.1.- PLANTEAMIENTO

El desarrollo de la asistencia médica en estos últimos tiempos, ha llegado a determinar cada vez con mayor claridad que el sistema tradicional, mediante un médico de familia y el eventual auxilio de un especialista ya no es suficiente, sino que es esencial e imprescindible una asistencia que abarque, desde la higiene prenatal hasta la asistencia geriátrica, pasando los individuos, a lo largo de su vida, por todos los escalones de esa asistencia unas veces como en el embarazo y la senilidad por motivos biológicos y otras por circunstancias patológicas.

Los paises muy desarrollados lo son en buena parte porque atienden con eficacia esta necesidad, que se hace además imperiosa, porque su marcha evolutiva es fruto tanto o más que de su abundancia de recursos, de su aprovechamiento racional dentro de márgenes bastante estrechos.

Los paises en vías de desarrollo necesitan igualmente enfrentarse con el problema justamente para pasar con éxito a la fase de desarrollo.

Para nuestros propósitos queremos retener solamente que esta necesidad reconocida, exige la adopción de medidas conducentes a obtener los medios humanos y ma

teriales necesarios para satisfacerla y unos y otros han de obtenerse de tal modo que resulten instrumentos eficaces, en un plazo de tiempo razonable y acorde con las disponibilidades económicas existentes, tanto para su obtención, como para su sostenimiento y futuro desarrollo.

Lo primero que saltó a la vista como consecuencia de este planteamiento, y la crítica de la situación anterior, es que la asistencia médica no puede prestarse hoy día, con arreglo a un criterio moderno, más que reuniendo en Instituciones adecuadas los medios humanos y materiales más convenientes para prestar la asistencia.

Como no resulta posible hacer frente a las demandas de la clientela prevista, con un reducido número de instituciones, ni tampoco se debe caer en la extravagancia de multiplicar sin sentido el número de centros , parece evidente que es de rigor un planeamiento a escala nacional de la distribución de instituciones y de la capacidad y características de cada una.

También consecuencia de ello, es la necesidad de conocer las disponibilidades existentes, y analizar su capacidad y posibilidades actuales y perspectivas futuras, para iniciar la creación de nuevas instituciones donde terminan las posibilidades de las existentes.

Finalmente, es evidente que los esfuerzos aislados conducentes a este fin deben coordinarse a todos los niveles, de tal modo que aunque se conserve el espíritu de emulación que es un poderoso motor de mejoramiento y la libertad de iniciativa para contemplar perspectivas diversas consecuencia de diferentes escuelas o tendencias asistenciales, se deben evitar innecesarias duplicidades, que aparte del dispendio supérfluo pueden motivar que dos instituciones vecinas funcionen muy por debajo de sus posibilidades o una prive a la otra de la clientela necesaria para fines especiales importantes como es el caso de la enseñanza.

La Planificación presente pues dos aspectos delmismo problema, tan relacionados entre sí que parece justo tratarlos simultáneamente.

Encontramos ante todo como punto de partida quela asistencia debe prestarse dentro de unas Institucionesque unas veces admitirán al enfermo en régimen de internado, es decir, Hospitales y otras veces solamente estudiarán y asistirán al enfermo durante las horas del día, correspondiendo a este último tipo las consultas para enfermos externos de los hospitales y las policlínicas o ambulatorios sin hospitalización.

Con fines expositivos se hace esta clasificación simplista, porque las circunstancias locales determinarán - tipos de transición entre una y otra institución, que vendrán caracterizados por la asistencia que predomine en uno u otro caso.

Partiendo ahora de que la Planificación comprende el cálculo de las necesidades y la fijación de los emplazamientos y características de estas instituciones, resulta que aparece un primer aspecto general de nivel superior en sentido panorámico, que es en definitiva la sistematización de un propósito futuro en materia de política-hospitalaria y que es sobre todo misión del político y el-economista,y hay otro aspecto más concreto y restringido - en el cual se sistematiza el contenido de cada edificio jugando aquí su papel el arquitecto, el ingeniero y el médico y el administrador.

Dentro del limitado marco de este trabajo se van a examinar los problemas que plantean ambos aspectos de la cuestión.

Ya indicamos anteriormente la necesidad de distribuir las instituciones en el territorio nacional y añadiremos ahora que no existe un único criterio válido y general-para hacerlo.

En primer lugar es necesario apoyarse en la estructura geográfica y administrativa del país, porque las circunstancias que han determinado la distribución de las concentraciones humanas en un territorio, son también válidas en líneas generales para aceptar su influencia en la determinación de una zona de influencia de una institución; aunque luego se insista sobre la cuestión, baste señalar aquí que un hospital no puede pensar en obtener para sí ni comunicaciones ni suministros públicos de luz, agua, etc. en un emplazamiento en el que sean de utilización prácticamente exclusiva para él, sino a un elevadísimo costo y grandes dificultades de manejo.

A partir pues de la división geográfica acordada, es necesario conocer la población incluida, sus peculiaridades sociales, laborales y sanitarias, y fijados en función de esas circunstancias los emplazamientos de los centros propugnados, tener en cuenta los centros previamente existentes, su empleo y rendimiento, lo cual nos proporcionará las necesidades por satisfacer actuales y futuras.

A base de estos estudios previos debemos ahora fijar las características de cada institución.

En el caso de los hospitales, tenemos forzosamente que fijar el número de camas que ha de tener cada uno; es tradicional hacerlo así, y aunque en este momento para estudios de rendimiento y otros análogos la cifra de camas

no se considera un índice ideal, para este fín no se dispone de otro más adecuado.

La relación entre camas hospitalarias y número de habitantes, es decir el índice cama/población referido a mil habitantes, ha venido siendo objeto de preocupación hace ya largo tiempo en todos los países.

Existen numerosos índices del más variado origen pero ninguno se ha impuesto, lo cual prueba que no son satisfactorios.

Los factores que suelen tenerse en cuenta son los siguientes:

Cifra de población atribuída
Características biológicas y sociales de esa población.
Fines del Hospital.
Morbilidad por enfermedades hospitalizables.
Demanda de camas por parte de la población.
Influencia del hospital sobre su área vecina.
Capacidad técnica del hospital.
Duración de cada asistencia como promedio.

Esta tarea aparentemente sencilla no lo es tanto porque los únicos datos que podemos manejar con certeza son el primero, segundo y tercero y este último con ciertas reservas, solo si sus fines son muy restringidos como ocurre-

en un sanatorio antituberculoso, una maternidad o un cen-- tro dedicado exclusivamente a prematuros. Ya que hasta en- el caso de una maternidad, si esta adquiere rápidamente crédito y se modifica el hábito de la población que deja de - dar a luz a domicilio sometiéndose de buena gana a un lar- go viaje para ir a la maternidad se puede incurrir en un - error, al juzgar por la demanda inicial.

En el caso de hospitales generales la incertidumbre es aún mayor entre muchas otras causas por las siguientes:

1º.- No existen en país alguno estadísticas de confianza que reflejen la morbilidad por enfermedades hospitalizables, claro está que existe la posibilidad teórica de extrapolar a partir de los datos de letalidad y mortalidad, pero como ésta es consecuencia de la otra y esa varía con cada- persona notablemente y los medios de que ha dispuesto para su asistencia, el resultado no tendría suficiente fiabilidad.

Todas las enfermedades que son causa de hospitalización no son de declaración obligatoria y la nomenclatura internacional de causas de muerte no es usada por todos los hospitales. Como consecuencia la única relación que podemos establecer con seguridad, es la existente entre la po-

blación protegida y la hospitalización, pero si la lista de espera nos demuestra que las camas son escasas tampoco el - dato es de confianza.

2º.- El problema de la necesidad de camas es muy peculiar porque en este caso se trata de un servicio público y como en todos los casos análogos la oferta influye decisivamente sobre la demanda. Partir de una situación en la -- que no habia un servicio, es engañosa, pues la demanda - - aumenta lejos de disminuir, por ser satisfecha, en parte,- hasta límites que son muy variables en cada situación.

3º.- El crédito del hospital influye decisivamente - en su ocupación, de manera que paradójicamente la demanda- de camas crece con la mejor satisfacción de las necesida-- des previas, salvo en paises muy ricos, donde ya los hospitales empiezan a tener ocupaciones que bajan del 50%, en - algún caso y muchos no exceden del 60%.

Con respecto a la utilidad de los diversos índices para calcular el número de camas necesarias, encontramos en un extremo de la escala países que tienen un déficit constante de camas porque se tomó como punto de partida, - el dato utilización de camas, de acuerdo con las que había- previamente, ignorando la auténtica demanda existente que- no se podia conocer, en tanto que en el extremo opuesto --

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S

hay países que aparentemente construyen en exceso porque - sus hospitales están poco ocupados y las camas vacias, que a veces pasan de la mitad de su capacidad, exceden de las- necesarias para el crecimiento de población previsto.

Parece recomendable, para lograr establecer una- cifra realista, elaborar sobre el propio pais un índice -- que tenga en cuenta,entre otros factores peculiares, los - siguientes:

1º.- Número de camas existentes.

Conviene a este respecto no contentarse con la - consulta de catastros o inventarios oficiales para no caer en un error muy común, ya que la cifra total de camas está compuesta por sumandos heterogéneos desde nuestro punto de vista.

A cualquiera se le alcanza que una cama en un -- hospital ventajosamente situado en una gran ciudad o en un importante nudo de comunicaciones que permite acceder fá-- cilmente a él desde una extensa comarca mediante transpor- tes públicos, rodeada de servicios médico quirúrgicos com- pletos con una dotación adecuada de medios personales y ma teriales y útil para la enseñanza, no puede compararse, me dirse y por consiguiente computarse en el mismo grupo que- otra cama situada en una comarca aislada de difícil acceso,

con servicios médicos incompletos, dotación escasa o rudi-- mentaria y personal no especializado.

Desgraciadamente no existe una tabla internacio-- nal de homologación que mediante coeficientes positivos y - negativos permita disponer de índices comparativos útiles.

En consecuencia, con todas sus imperfecciones, la fijación del número de camas a construir tiene que partir - del conocimiento del número de camas existentes, clasifica- das con arreglo al criterio que mejor se adapte a las cir-- cunstancias de cada país.

Por ejemplo, un país con grandes facilidades de - comunicación, puede clasificar sus hospitales según sus posi bilidades concentrando en grandes unidades regionales los - servicios más especializados, en tanto que otro país geográ ficamente difícil desde el punto de vista de las comunica-- ciones, puede tener necesidad de hacer unidades hospitalarias muy completas porque resulte muy difícil una buena evacua-- ción hacia un gran hospital (islas, etc.).

2º.- Satisfacción real de las necesidades.

Este segundo dato debe ser analizado desde dos - puntos de vista por una parte, hay que conocer el índice - de ocupación de las camas existentes, y por otra, hay que- conocer si existen largas listas de espera.

Para obtener un rendimiento adecuado de un hospital, no debe bajar su utilización de un 80% de su capacidad como promedio anual, porque el 20% restante debe estar libre para hacer frente a contingencias catastróficas, para urgencia y para permitir reparaciones parciales que no interrumpan seriamente el funcionamiento del hospital, es decir, que todas las camas que como promedio se ocupan en exceso del 80% previsto son indudablemente necesidades existentes para un futuro cercano, especialmente si con frecuencia se observan períodos de ocupación que pasen del 90%.

Debe igualmente analizarse la lista de espera para ingresos si existe, porque una comarca, ciudad o región que ha carecido de facilidades hospitalarias, tiene acumulado un pasivo sanitario que tiende a manifestarse exageradamente en los primeros tiempos, dando una imagen deformada de lo que va a ser la ocupación media del hospital durante la mayoría de su vida activa.

En cambio una ciudad que tiene relativamente satisfechas sus necesidades hospitalarias puede presentar una imagen contraria; desde luego la necesidad aparente de camas en este caso es más probable que corresponda más a la realidad media, que en el primero, pero lo que no se debe perder de vista, es que las camas preexistentes, puedan estar en un hospital muy acreditado y hasta que el nuevo -

hospital no adquiera reputación, puede ser menos usado que lo que va a serlo durante su vida ulterior, no resultando-tampoco verdadera la lista de espera del primer período, pero por defecto, para ese hospital.

Todo ello nos indica, que no es simple la tarea-de fijar el número de camas necesarias, pudiendo afirmarse en síntesis que el panorama mundial ofrece dos casos límites, en el primero hallamos países de grandes recursos económicos con índices de camas por habitante muy altos y países con índices más bajos en función de su capacidad económica, más que de sus auténticas necesidades en ambos casos.

Parece pues recomendable que la cifra de camas - propuesta, sea sobre todo realista desde el punto de vista económico.

No parece probable que hasta que no se cuente -- con estadísticas de morbilidad por enfermedades hospitalizables, sea posible elaborar índices satisfactorios, por-- que hay algunos, que constituyen simplemente una expresión-matemática de lo que se ha logrado hacer en un país o ciudad determinada, e incluso un buen resultado asistencia y económico, no justifica su generalización como índice para otras circunstancias o lugares.

I.- 2. LOS PROGRAMAS DE NECESIDADES.

I.2.- LOS PROGRAMAS DE NECESIDADES.

Decididos el emplazamiento, el contenido de servicios y la capacidad en camas de un hospital, es preciso proporcionar a los arquitectos un programa de necesidades a satisfacer; tal programa consiste en:

La descripción general de los servicios médicos, administrativos y generales, que ha de contener el hospital, expresando el número de camas destinadas a cada servicio.

Una descripción de las circulaciones generales y especiales.

Descripción de las unidades fundamentales y su función.

Sistemas de intercomunicación propuestos.

Características de la iluminación general y especial.

Reparto de temperaturas y grado de humedad en las diferentes zonas.

Necesidades en materia de electricidad, gas, agua, alcantarillado, gases medicinales, aire comprimido y vacío.

Normas higiénicas especiales, que en síntesis se reducen a la prevención de las infecciones hospitalarias y a la protección contra radiaciones ionizantes y peligros derivados del manejo de la electricidad.

Normas higiénicas generales que aparte de las mencionadas, se refieren al aislamiento acústico que han de dar tranquilidad al hospital, a la consistencia o dureza del piso, a la decoración, etc.

A pesar de la enorme diversidad de estas necesidades hay sin embargo elementos de uso que mediante su repetición constante determinan en gran medida el volumen y características del hospital; ésto se aplica sobre todo a las enfermerías con sus puestos de enfermera, sus salas de reconocimiento, las zonas de estar de los enfermos y las propias habitaciones de éstos, resulta posible y es aconsejable estudiar en detalle estos módulos, para lograr tipificar su construcción que conduce a una simplificación del proyecto, a una economía de construcción y a la posibilidad de comparación de resultados.

Al iniciarse un programa de construcción, en efecto puede partirse de un prototipo teórico que albergue todos estos extremos, pero nada sería más equivocado que conservar a lo largo del tiempo rígidamente este

esquema, que es indispensable como punto de partida inicial, pero lo que verdaderamente hace útiles los programas de necesidades son las dos condiciones siguientes:

1º.- Descripción por parte de los usuarios médicos y administradores de lo que sucede en sus servi-- cios de manera que el arquitecto y el ingeniero tengan- plena conciencia de la manera de operar con el edificio, los verdaderos especialistas de la distribución de los - objetos en el espacio son los arquitectos y la información que necesitan es la necesaria para que las perso-- nas y objetos puedan ser dispuestos convenientemente y sea posible trabajar con ellos adecuadamente, proporcionándoles una base para proyectar un edificio sobre una- idea de conjunto.

2º.- Una vez proporcionada esta información,- la colaboración entre esos grupos de técnicos debe ser- permanente y personal, porque la incorporación de nue-- vas técnicas y la corrección de defectos observados rinde su mejor fruto a través de este tipo de contactos, ya que se colma instantáneamente ese vacío que se produce- cuando un médico se enfrenta con un problema de distribución de espacio de trabajo, que no está preparado para resolver, y un arquitecto no conoce la manera de distribuir un nuevo espacio porque ignora lo que ha de suceder allí.

No resulta necesario explicar que el caso de los Ambulatorios o consultas de enfermos externos, es común con el de los hospitales.

I.- 3. LA ELECCION DEL SOLAR.

I.3.- LA ELECCION DEL SOLAR.

Una vez decidida la construcción de una Institución y en posesión el Arquitecto de su programa de necesidades, resulta como es lógico necesario elegir un solar adecuado para su construcción.

En líneas generales es sencillo explicar y precisar qué condiciones ha de reunir un emplazamiento para estos fines, resumiéndolas pueden reducirse a las siguientes:

1º.- Bien situado para el fácil acceso de su - clientela, con buenos transportes públicos a su servicio.

2º.- Servicios públicos de electricidad, télefono, gas, agua y alcantarillado inmediatos.

3º.- Situación en zona tranquila de preferencia urbana o periurbana, protegida de vientos molestos , ruidos y gases, olores molestos y vecindades deprimentes, como por ejemplo cementerios.

4º.- Superficie suficiente que puede estimarse en 100 a 125 m^2, por cama o una superficie libre por lomenos cinco veces superior a la edificada, siendo ideal en este aspecto un solar que permita al cabo de unos - - años, edificar sobre él un nuevo hospital moderno, derri

bando el anterior y dedicando la superficie nuevamente obtenida a jardín.

En el caso de los ambulatorios, las especifi_ caciones de los solares varían únicamente en el sentido de que deben emplazarse en pleno casco urbano, y estar provistos de las máximas facilidades de comunicaciones públicas para facilitar el acceso de su clientela.

Ahora bien, es muy raro poder obtener todas - estas condiciones porque una serie de causas entre las- cuales destacan, la carencia de planes urbanísticos que hayan tenido en cuenta la necesidad de contar con terre_ nos para fines hospitalarios, la especulación del suelo que le hace alcanzar precios prohibitivos, limitaciones impuestas por razones artísticas que condicionan de tal manera el volúmen edificable, la altura máxima autoriza_ da y el aspecto exterior del edificio que no permiten-- entonces obtener un proyecto funcional y finalmente la dificultad a veces insuperable de poner de acuerdo a di_ versos propietarios en la zona para conseguir superfi-- cie suficiente, son motivos todos que obligan a ceder - en ciertos puntos, habiendo, sin embargo, dos en los -- cuales no pueden hacerse concesiones, llegando, si es - preciso, a obtener legislación adecuada para la expro-- piación; las comunicaciones públicas adecuadas y la su_ perficie suficiente.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

Para la elección del solar es evidentemente indispensable el concurso de la opinión conjunta de médicos y arquitectos para juzgar sus condiciones desde su respectivo punto de vista, siendo además muy recomendable atender a opiniones locales respecto a circunstancias difíciles de apreciar a distancia, como pueden ser, la lejanía del núcleo urbano que tiene distinta significación en una gran ciudad, que en otra de dimensiones más reducidas, los proyectos de expansión futura de la ciudad que son distintos en la realidad, que en sus supuestos teóricos, pues hay ocasiones en que un gigantesco proyecto de urbanización no llega a ser nunca real, por lo menos en la vida de una generación, aunque el propósito inicial sea otro, y ello no puede conocerse con precisión más que localmente.

Tampoco es conveniente entregar toda la tarea de selección a la opinión local, porque suele carecer de perspectivas amplias y ante la probabilidad de contar en breve plazo con una institución, no expone un punto de vista objetivo que obligaría a diferir la construcción hasta hallar mejor emplazamiento.

I.- 4. EL PROYECTO Y SUS FACTORES.

I.4.- EL PROYECTO Y SUS FACTORES.

El proyecto arquitectónico tiene como objeto, -- plasmar mediante una representación gráfica el continente físico del programa de necesidades comprendiendo la superficie adecuada de cada Servicio, resolviendo la posición- relativa de cada uno de ellos, en forma tal, que tenga en cuenta las distancias mínimas y la densidad de circula-- ción, lo cual determina una relación de prioridad, ya que no es posible alcanzar una solución que llegue a cumplir- todos los deseos; es decir, se hace necesaria una selec-- ción de sacrificios.

Fijado el programa de necesidades existen además otros factores que han de influir en el proyecto:

a) plazo
b) calidad
c) costo

Plazo.- Basándonos en una información previa -- que contenga un programa de necesidades bien definido, el plazo ha de ser el mínimo razonable. En primer lugar, es- frecuente que la razón fundamental que ha decidido la -- creación de una Institución Hospitalaria sea la necesidad- de cubrir un déficit asistencial y, por tanto, cualquier-

acortamiento del tiempo necesario para tal fin podría contabilizarse en vidas humanas. Pero existen otras razones técnicas que aconsejan esta brevedad. La evolución de las técnicas de diagnóstico y tratamiento se producen a tal ritmo que existe el riesgo de una inadecuación entre el proyecto y el servicio que ha de prestar el nuevo edificio, pudiendo considerarse que de hecho todo nuevo Hospital nace al menos parcialmente, anticuado. Esto nos lleva a que las características de flexibilidad son primordiales.

Pero estas características han de considerarse en su justo término y con limitaciones. Dada la evolución que antes hemos citado, es conveniente fijar una nueva condición, obsolescencia.

La flexibilidad no ha de interpretarse como que cualquier zona del edificio pueda ser modificada mediante frecuentes cambios de distribución, mediante tabiques móviles, etc. o, cualquier artificio constructivo. Ello es válido para algunas zonas solamente.

No es posible aceptar que un bloque quirúrgico se reforme profundamente para estar "al día". Análogamente puede decirse lo mismo de las enfermerías, radiología, etc. Pero lo que sí debe ser posible es la creación de nuevas areas a las que se lleven los nuevos equipos y for

mas de trabajo, permitiendo la adaptación de los antiguos sin interrupciones del servicio. Por tanto el proyecto ha de tener en cuenta la posibilidad de ampliaciones por -- tres causas principales: modificaciones, extensión superficial y aparición de nuevas técnicas. Naturalmente todo- ello limitado en el número y en el tiempo.

Si se determina un tiempo de obsolencia (en algunos países 25 años), llegamos a la conclusión de que salvado este tiempo no son aconsejables nuevas modificaciones- o ampliaciones, ya que hasta la propia evolución de la estructura urbanística de la ciudad hace aconsejable el traslado, llegando a veces hasta a financiar el gasto correspondiente el valor adquirido por los terrenos.

Los servicios que previsiblemente han de necesitar más evolución y amplitud si nos regimos por las expe-- riencias de estos últimos 20 años, son los de diganóstico- y tratamiento tales como:

Consultas externas
Radiología y electrodiagnóstico
Medicina nuclear
Laboratorios

En cuanto a la capacidad de camas las ampliaciones de camas han de ser previstas adecuadamente a los ser-

vicios generales, siendo recomendable las ampliaciones horizontales agregando nuevos cuerpos. Ahora bien, cuando estas ampliaciones son importantes y su número lo justifica es preferible la segregación de unidades hospitalarias especializadas como son las Pediátricas, Maternales, Traumatológicas, etc.

En este caso y a fin de obtener economía en algunos servicios generales es conveniente la intervención del Arquitecto en la elección de los terrenos y su extensión.

Calidad.- Este concepto ha de considerarse siempre en su valor relativo. En primer lugar las posibilidades de financiación y grado de desarrollo del país sin mimetismos de las naciones más ricas. Cada caso fijará características del proyecto que evitarán problemas muy costosos de sostenimiento. Ha de existir por tanto una dependencia de esta calidad y la "renta per cápita". Dentro de los factores económicos en que se traduce la calidad ésta ha de ser la máxima posible, a fin de lograr por una parte su dirabilidad y reducción de gastos de mantenimiento y por otra las mejores condiciones posibles de ambientación y confort.

Como aspecto cualificativo pueden también inclui

se las consideraciones estéticas, volúmen, color y textura. Todo Arquitecto pretende hacer una obra bella y original- y ello es posible pero el proyectista ha de autolimitarse entre dos objetivos: Adecuación a la función asistencial- y limitación del coste.

Coste.- Esta condición no es solamente función- de la calidad, sino que además lo es muy decisivamente de la superficie construída y es aquí donde más decisiva pue de ser la intervención del Arquitecto al desarrollar un - buen proyecto. El encarecimiento de los Hospitales en su- fase de construcción (producido en la mayoría de los países) obedece, además de los incrementos de precios de materiales y salarios y de la complejidad de las instalaciones, a la mayor demanda de superficie producida por los - programas de necesidades. Aumento que no está siempre justificado ya que a veces existe una hipertrofia de las necesidades que los especialistas de cada caso introducen.- Pero aún respetando la superficies indicativas del programa, la adecuada situación de cada unidad acortando circulaciones, las agrupaciones y modulación influyen de tal - forma que el proyecto bien resuelto economiza superficies- eliminando áreas de nulo rendimiento.

Pretendemos recoger aquí solamente los criterios básicos que han de regir el proyecto y lo qye hemos expues

to es facilmente inteligible y lleva implícitamente gran contenido para cualquier Arquitecto especializado en construcciones sanitarias y esto tiene una importante consecuencia. Los Arquitectos que han de redactar el proyecto tal como la O.M.S. recomienda han de ser especialistas. - Por muy completo que sea el programa de necesidades es necesaria su interpretación por parte de un especialista.

Las etapas del proyecto son las siguientes:

1. Organigrama que establece las dependencias y relaciones de los servicios.

2. Croquis que fijan las áreas de diagnóstico, tratamiento, hospitalización, docencia, investigación y servicios generales determinando su posición en el espacio y dimensiones.

3. Plantas a escala 1/200

4. Desarrollo final con especificaciones, detalles, coste, etc.

En cada una de estas fases es necesaria la revisión por parte de la Asesoría Médica.

Si bien el estudio de las circulaciones en todo edificio es importante es en el Hospital un factor funda-

mental pudiendo afirmarse que todo centro hospitalario en el que este problema ha sido resuelto admite siempre aceptables soluciones finales lo cual no es posible a la inversa.

El Arquitecto ha de intentar la independencia y separación de lascirculaciones que así lo exijan, aunquela separación total no es posible como puede verse segúnsu simple enumeración que incluimos.

- PERSONAL
  - Enfermos
    - Externos
    - Hospitalizados
      - Preoperados
      - Postoperados
      - Cuidados intensivos
  - Visitas
  - Personal técnico
  - Personal subalterno
- MATERIALES
  - Comidas
    - Viveres
    - Alimentos
    - Basuras
  - Ropas
    - sucia
    - limpia
      - Estéril
      - No estéril
  - Sangre
  - Farmacia
  - Muestras
  - Historias Clínicas
  - Almacén
  - Talleres
  - Combustibles
  - Gases
- CADAVERES

El proyecto pues no puede ser nunca una solución estática sino que ante todo ha de resolver el problema del movimiento.

I.- 5. LICITACION, ADJUDICACION Y CONSTRUCCION DE LA UNIDAD.

I.5.- LICITACION, ADJUDICACION Y CONSTRUCCION DE LA UNIDAD.

Las condiciones de licitación vienen casi siempre impuestas por la Legislación vigente en cada país, al menos para los Hospitales Públicos con mayor o menor grado de libertad.

En el caso de Hospitales Privados, parece aconsejable hacer la licitación entre constructores con experiencia en este tipo de edificación, aunque a veces se -- exije también para hospitales públicos.

Es importante en primer lugar, fijar el grado - de definición del proyecto ya que en función de éste determinará la forma de contratación y liquidación.

Dos sistemas principales de contratación podemos fijar y estas dos formas requieren distintos grados de definición.

En el primero de ellos, el grado de definición es casi exhaustivo y hace posible la contratación "llave en mano" en cuyo caso la propiedad solo necesita verificar el cumplimiento de las especificaciones.

En el segundo sistema el grado de definición es menor, determina su calidad a través de unas relaciones - valoradas de las unidades a ejecutar, planos y pliegos de condiciones y el abono de la obra ejecutada se efectúa mediante mediciones en obra. Este sistema requiere la vigilancia y control de los Arquitectos e Ingenieros los cuales han de completar las definiciones del proyecto, manteniendo la calidad y el precio total.

Ambos sistemas presentan ventajas e inconvenientes. El primero de ellos que hemos denominado "llave en - mano" ofrece una seguridad sobre el coste y calidad "a -- priori" pero en cambio admite dificilmente cualquier va-- riación y dado el tiempo normal de ejecución, en general - superior a los 2 años, es frecuente la necesidad de este- cambio por variación de criterios o medios técnicos. Además los probables errores inherentes a la condición humana, resultan de dificil corrección desde el punto de vista jurídico-administrativo.

Con respecto al segundo, su inconveniente es -- que ha de dar un cierto grado de libertad al Arquitecto - Director de las obras para que manteniendo calidad y coste complete ciertos detalles del proyecto siendo entonces, sus resultados dependeintes en parte de la personalidad -

del Arquitecto y asimismo existe un riesgo de indetermina ción del coste. Su ventaja principal es su elasticidad pa ra que de acuerdo con la Asesoría Médica pueda introducir correcciones, o los últimos criterios recién adquiridos.

Pero hay además una circunstancia que puede ser decisiva en algunos casos, cuando se requiere la máxima - rapidez en la iniciación de los trabajos. Mediante el pri mer sistema se hacen necesarios tiempo de redacción de -- proyecto, partiendo de un programa de necesidades, supe-- riores a un año y altos costes de honorarios facultativos, (de un 8 a un 10 % del coste de construcción). En cambio- con el que hemos descrito en segundo lugar, aparte de re- ducir gastos aunque de poco peso, puede acortar notable-- mente el tiempo de proyecto. En algunos países tenemos -- ejemplos de proyectos redactados en tres meses.

Insistimos finalmente en la necesidad de reque- rir equipos de técnicos altamente especializados y más -- aún, si intervienen en la dirección de obras. El Arquitec to especializado se forma fundamentalmente no solo elabo- rando el proyecto sino participando durante la construc-- ción dirigiendo y contratando las obras, formación que se completa decisivamente participando permanentemente, con- los equipos médicos administrativos y técnicos encargados

del funcionamiento del hospital, lo cual le pone en condiciones de recoger la experiencia que ha de permitirle valorar la bondad de sus soluciones y los errores cometidos.

I.- 6. EQUIPAMIENTO Y PUESTA EN SERVICIO.

I.6.- EQUIPAMIENTO Y PUESTA EN SERVICIO.

El montaje de una Institución Sanitaria es una de las tareas fundamentales que es preciso llevar a cabo para poner a funcionar un Hospital o una Policlínica o un Ambulatorio.

Consiste esencialmente este montaje en la decisión del equipo a instalar, su adquisición y su instalación.

Diversas circunstancias o planteamientos pueden determinar que resulte más adecuada una u otra manera de proceder.

Para mejor entendimiento y brevedad en la exposición, se puede resumir la cuestión como sigue:

Se da por sentado que ya se han determinado con precisión la clase y número de servicios que van a prestarse en la Institución que ha dado origen al proyecto que se va a realizar.

Podemos considerar el caso en el que ya existe-

previamente un cuerpo médico y auxiliar que va a prestar-servicios y que procede de un hospital o ambulatorio seme jante, en cuyo caso la tarea se simplificará porque podría delegarse en ellos la tarea de fijar la clase y cantidad-del material necesario a instalar y entregarles asimismo-la tarea de situarlo en posición y probarlo.

Ahora bien, esto es rara vez posible, porque -- tal personal está normalmente ejerciendo una labor asis-- tencial que no puede abandonar y la tarea del montaje no-es posible hacerla en el tiempo libre, porque, en primer-lugar, se haría muy lentamente y en segundo lugar resulta preciso el concurso de todos los médicos interesados y su tiempo libre no es coincidente casi nunca.

Resulta por ello necesario especializar a un -- grupo de médicos que no desempeñen labores asistenciales-y en cambio sin llegar a ser ingenieros o técnicos de gra do equivalente adquieran los conocimientos necesarios para llegar a poder sistematizar el contenido en material - de cada local de una Institución, para ser capaces de indicar al arquitecto los requerimientos que han de ser satisfechos.

Además de ello y teniendo en cuenta que existen multitud de objetos cuya adquisición e instalación se re-

pite, es conveniente elaborar unas dotaciones tipo para- cada misión asistencial o residencial, que haya de llevar se a cabo, porque eso permitirá a la administración sim-- plificar los trámites de adquisición al refundir en una - sola la de varios hospitales y obtener evidentes ventajas económicas como consecuencia de la magnitud de las adqui- siciones.

La Administración debe igualmente conocer las - características de cada objeto a adquirir por simple o -- complicado que éste sea, con el fin de poder adquirirlo - no solo adecuado a sus fines sino cumpliendo los requisi- tos legales necesarios.

En suma teniendo en cuenta lo dicho, resulta ne cesario dividir todo el material a adquirir en grupos in- dividuales denominados dotaciones que corresponderán a ca da servicio y por subdivisión a cada sección o hasta local según el caso, es decir la habitación de un enfermo, un - puesto de enfermera, una consulta, un quirófano, etc., con tendrán cada uno de ellos una dotación específica, que ad quirida con anterioridad a la fecha de determinación de - las obras pueda ser instalada en cuanto estas finalicen.

Ello tiene la enorme ventaja de que no se difie

re la puesta en marcha de una institución más que perio-- dos muy cortos de tiempo, y esto es sumamente importante, primero porque actualmente la vida de un hospital no es - larga y todo el tiempo que pasa entre la terminación de - un proyecto y la puesta en marcha de una institución es - tiempo muerto, y en segundo lugar, porque se evita el -- riesgo de que ciertos equipos que deben ser instalados ha ciendo obras importantes para ello, pueden colocarse duran te la fase de obra.

También es interesante señalar que no ofrece -- grandes ventajes la adquisición de un equipo con gran an- telación, en ciertos casos, porque los avances técnicos - son continuos y ocurre con frecuencia que en el lapso de- tiempo transcurrido entre la iniciación de las obras y el montaje que puede ser a veces de dos años, unos instrumen- tos son considerados por los usuarios como anticuados o - superados por otros de más reciente aparición.

Incluso en estas condiciones no se puede pres-- cindir de la opinión de los usuarios del material, por -- eso es necesario contar con unas comisiones asesoras de - carácter consultivo que en reuniones periódicas, informen constantemente con relación a la creación de nuevos ser--

25770

vicios, la modificación de los existentes y contribuyan a mantener al día las dotaciones instrumentales y las características específicas de cada aparato.

Con el objeto de lograr las mayores ventajas económicas, resulta necesario hacer adquisiciones globales de gran volumen que permitan obtener condiciones de venta más favorables que las que obtendría un hospital aislado.

Para ello resulta preciso homologar o estandarizar, cada instrumento proporcionando a la Administración una descripción completa, con el fin de que ésta pueda adquirirlo mediante el sistema legal propio del país que asegure su calidad adecuada y un precio ventajoso.

La sincronización de los procesos de construcción y montaje ha de asegurar el acortamiento del tiempo que ha de transcurrir desde que se termina la obra, hasta que la institución se pone en marcha, además de todas las razones apuntadas para no movilizar fondos.

II.- 1. LA RED DE CENTROS MEDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION DE ESPAÑA.

(Evolución, número alcanzado y vinculación con la Universidad)

BIBLIOTECA DEL C I E S S

II.-1. LA RED DE CENTROS MEDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION. DE ESPAÑA.

El desarrollo del planteamiento enunciado ha dado lugar a la aparición y desenvolvimiento de una Red de Instituciones Sanitarias que a continuación se describe:

La Red de Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de Previsión está constituída por una serie de edificios en cuyas instalaciones se presta asistencia médica, quirúrgica, obtétrica y pediátrica a los beneficiarios de la Seguridad Social.

Estas Instituciones son de dos clases: Residencias Sanitarias, en las que se presta asistencia con internamiento, y Ambulatorios, en donde se hacen consultas y tratamientos sólo a enfermos externos. En muchas ocasiones, la Residencia y el Ambulatorio están ubicados en el mismo edificio.

Nació esta Red de Instituciones como consecuencia de la implantación en España del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el año 1942. Los estudios previos a la puesta en marcha del Seguro demostraron que no existían en el país instalaciones sanitarias suficientes para la asistencia que el Seguro iba a prestar. Las existentes -antiguas y deficientes en muchos casos- no eran adecuadas ni estaban bien distribuídas geográficamente.

Para la realización de este Plan de Instalaciones, fué creada una Comisión, con representación de varios Ministerios y compuesta fundamentalmente por médicos, juristas, arquitectos y economistas. Una vez terminada su tarea y expuestas sus conclusiones, correspondió al Instituto Nacional de Previsión, organismo dependiente del Ministerio de Trabajo, continuar la tarea, por haber sido designado Organismo gestor del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Los supuestos básicos que determinaron la creación de esta Red y sus características más importantes, fueron las siguientes:

Quedaría acogida a los beneficios del Seguro de Enfermedad una población que representaba cerca del 60 por 100 de la total de España, dentro de un futuro relativamente cercano, lo que suponía asistencia para cerca de 18.000.000 de personas.

La Ley distingue entre los protegidos por el Seguro de Enfermedad, las dos siguientes categorías: Asegurado, persona que trabaja y cotiza, y beneficiario, las personas de su familia que, por vínculos de sangre o adopción, dependen económicamente de aquél.

Tendrían derecho a la asistencia en internamiento, el asegurado durante doce semanas cada año, y los

beneficiarios durante seis, también cada caño, extendiéndose este beneficio igualmente a las incidencias de maternidad.

La asistencia en caso de enfermedades crónicas-por tuberculosis y enfermedades mentales, quedarían fuera del ámbito de la Red de Instituciones, en los dos últimos casos, porque se preveía la utilización de las Instituciones estatales existentes, y en el primer caso,porque la prima del Seguro no estaba calculada para cubrirese riesgo.

Los estudios efectuados acerca de la morbilidad resultaron sumamente difíciles porque no existían estadísticas adecuadas de la misma, obteniéndose ésta, la mayoría de las veces, por métodos indirectos a partir de - la mortalidad o generalizando resultados parciales (por-ejemplo, de Compañías de Seguros), que no resultaban para un fin semejante al propuesto.

Pero mediante un método mixto, en el que se trabajaba con datos de diversas procedencias, se pudo llegar a precisar que cada beneficiario podría enfermar una vez al año y que el 10 por 100 de los enfermos necesitaría hospitalización.

Para hallar la cifra de camas necesarias se examinaron las existencias de camas de diversos países y se

fijó como cifra ideal al alcanzar la de siete camas por mil habitantes, teniendo en cuenta, sobre todo, los recursos económicos del país, que no permitían pensar en cifras más elevadas, aunque indudablemente, fuese de desear tener mayor número.

De esta cifra ideal se hicieron sustracciones correspondientes a las enfermedades a que antes se hace referencia, puesto que no habían de usar las camas del Plan de Instalaciones.

A pesar de estas reducciones la cifra de camas necesaria resultaba muy superior a la que podía esperarse de una generación, pues se acercaba a las 65.000 camas, y una previsión o plan de desarrollo en un plazo más largo, pareció que no sería muy conveniente, pues podría tener que ser modificado radicalmente, no sólo en cuanto a la modificación de los índices de camas en consecuencia de variaciones demográficas y sanitarias, sino también por lo que se refiere a la modificación de la estructura de la población y la aparición de nuevos medicamentos o técnicas de tratamiento, como los antibióticos, que han determinado un período de hospitalización mucho menor en las enfermedades quirúrgicas y una orientación diferente en la lucha contra la tuberculosis. También el emplazamiento de los futuros Centros habrá de tener muy en cuenta las modificaciones deriva-

das de vías de comunicación y medios de transporte, por una parte, y la creación de núcleos urbanos de tipo industrial, por otra.

Se decidió, en consecuencia, limitar el Plan de Instalaciones, en una primera etapa a 16.000 camas, encargándose al Instituto Nacional de Previsión de su ejecución.

Para fijar los emplazamientos y la capacidad de cada Institución y sus características internas, el Instituto Nacional de Previsión hizo una doble tarea: Por una parte, y continuando los estudios iniciados por la Comisión de Enlace Interministerial, se estudió exhaustivamente cada provincia española en todos sus aspectos de interés y desde todos los puntos de vista examinando una a una cada Institución Asistencial existente y considerando asímismo todas las peculiaridades demográficas de cada provincia, sus vías de comunicación, sus industrias locales, su agricultura, los médicos en ejercicio y las farmacias abiertas al públicos Por otra parte, los Servicios Técnicos del Instituto Nacional de Previsión visitaron Europa y América con el fin de estudiar las construcciones más modernas en materia de asistencia médica, y se convocó un Concurso entre arquitectos que encargarían de esta tarea.

Este conjunto de estudios previos permitió fijar las líneas generales básicas que fueron precisadas en los programas de necesidades para la construcción de los Ambulatorios y las Residencias y que son las siguientes:

Siempre que fué posible por su emplazamiento, se instalaron en el mismo edificio Ambulatorio y Residencia.

Se procuró evitar la construcción de Residencias menores de 100 camas, para obtener un buen rendimiento de los servicios generales de diagnóstico y tratamiento.

Se abandonó la construcción en pabellones, procurando construir un sólo bloque, pero en los proyectos más recientes se renuncia asímismo a las formas exteriores preconcebidas, prefiriendo las resultantes de una agrupación de servicios que sea funcional y económica.

El número máximo de camas por sala se fijó en seis, pero predominan las habitaciones de tres, cuatro, y dos, existiendo, además, un buen número de habitaciones de una.

Se procuró centralizar el mayor número de servicios posible, tanto generales como médicos, sin más limitación para ello que la comodidad de los enfermos;

por ello se centralizaron todos los servicios generales, tales como cocina, lavadero, calefacción, etc., y de los servicios médicos; el Laboratorio de Patología y Análi-- sis Clínicos, la Radiología, en sus dos modalidades de - Radiodiagnóstico y Radioterapia; la Fisioterapia, en sus modalidades de Hidro-Mecano y Electroterapia; la Farma-- cia y el Banco de Sangre, la Anestesiología, la Reanima- ción post-operatoria, el Servicio de Esterilización, el- de historias clínicas, el nido de recien nacidos y la es tación de niños prematuros.

El concepto moderno de las Instituciones asis-- tenciales exige o aconseja que éstas no limiten su ac -- ción a reparar los daños causados por la enfermedad, si- no que, extendiendo su acción hasta el ambiente laboral- y familiar de la población empiecen por proteger su sa-- lud y no den por terminado su caso hasta que la recupera ción médica y laboral obtenida sea las máximas posibles, de manera que en este sentido los Ambulatorios en los -- cuales trabajan los médicos de familia constituyen el ne xo de unión que aproxima la acción de la Institución hos pitalaria al asegurado y a sus familias.

La consecuencia de la aplicación de estos pun-- tos de vista es uno de los factores que han determinado- el crecido número de Ambulatorios con que cuenta la Red.

Ahora bien, a la hora actual, y recogida la experiencia de este primitivo Plan de Instalaciones, cuyos puntos básicos acabamos de exponer someramente, la Seguridad Social, en su deseo de perfeccionar la asistencia que debe ofrecer a sus beneficiarios y recogiendo, por otra parte, el progreso de la Medicina y de sus técnicas, ha llevado a todas sus Instituciones a desempeñar una función asistencial completa, disponiendo además, en algunas de ellas, la realización de funciones docentes y de investigación.

En lo que afecta a los servicios de Ambulatorio, se ha creído conveniente establecer un fuerte nexo entre dicho tipo de asistencia y la asistencia hospitalaria, creando Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Así las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Abiertas y Cerradas, que constituyen la Red asistencial de la Seguridad Social, se configuran del modo siguiente:

/ Instituciones Cerradas:

1. Ciudades Sanitarias: Aquellos complejos asistenciales compuestos por un Hospital General y otros Especiales, con carácter regional, o de ámbito nacional.

2. Residencias Sanitarias con Servicios Regionales: Hospitales Generales que disponen de uno o más Servicios de carácter regional.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

3. Residencias Sanitarias Generales: Hospitales locales con ámbito comarcal.

Instituciones Abiertas:

1. Centros de Diagnóstico y Tratamiento: Serán aquellas Instituciones totalmente jerarquizadas y provistas de Servicios capaces de realizar una asistencia ambulatoria completa a la población protegida por la Seguridad Social. Constituirán unidad Técnica con la Institución hospitalaria a la que están adscritos.

2. Ambulatorios: Que dispone de consultas de Medicina General y Pediatría-Puericultura, así como de las especialidades reconocidas que en cada caso se determinen. Pueden en algún caso, estar dotados de unidades para hospitalización.

3. Consultorios de Medicina General: Centros dedicados a la asistencia de Medicina General así como a la de Pediatría-Puericultura.

Cada Residencia Sanitaria comprende los siguientes Servicios: Admisión, Información, Dirección, Adminis

tración, Biblioteca, Sala de Conferencias, Archivo de - Historias Clínicas, Inspección de Servicios Sanitarios, Laboratorios de Análisis Clínicos y de Patología. Radio diagnóstico, Electrocardiografía, Electroencefalografía, Radioterapia, Radiumterapia, Medicina Nuclear, Fisioterapia con Electroterapia, Mecanoterapia y Rehabilita--- ción, Electroterapia, Anestesioología, Banco de Sangre, Cirugía general y especial, Asistencia Intensiva, Obs-- tetricia, Pediatría, Mortuorio con sala de necropsias,- Residencias para Médicos Internos, Capellán, Religiosas y Enfermeras; en muchos casos una pequeña Escuela para- adiestramiento de enfermeras, cocina general y dietética, lavadoras y planchas mecánicas, talleres de reparación, garaje para ambulancias, localización de personas mediante dispositivo mixto; acústico y luminoso, llamadas de enfermo a su enfermera individuales, Capilla y - salas de estar para los enfermos que están en situación de deambular, peluquería y gabinete de fotografía.

Los Ambulatorios contienen Consultorios y sa-- las de espera por cada una de las especialidades en que se ha dividido la asistencia en el Seguro de Enfermedad, que son: Medicina general o de familia, Pediatría y Puericultura, Aparato respiratorio y circulatorio, Aparato- Digestivo, Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología, Cirugía Traumatológica, Radiología, Análisis Clíni-

cos,Dermatología, Urología, Ginecología, Neuropsiquiatría, Endocrinología y Nutrición, Servicio de practicantes para curas e inyecciones y un despacho de medicamentos y Archivo de Historias Clínicas.

Esta concentración de personas y medios en un solo edificio, además de una positiva economía, constituye un medio de trabajo sumamente eficaz, para prestar la asistencia.

Los servicios generales, tanto de las Residencias como de los Ambulatorios, se ha procurado que fueran suficientes y, en lo posible, a cubierto de incidencias perturbadoras; en este sentido hay producción de energía eléctrica autónoma, para casos de emergencia, y el suministro ordinario se recibe en alta tensión, transformándose en los edificios, a la tensión de utilización; existen depósitos de agua de reserva para casos de averías o interrupciones.

La construcción de los edificios se inició con estructura de hormigón, siendo en las etapas actuales metálicas para alcanzar mayor rapidez en la construcción, variando los revestimientos de fachada según las regiones o las preferencias individuales de los arquitectos, a los cuales se dejó libertad para ello.

La primera construcción de la fase inicial del Plan de Instalaciones Sanitarias empezó en el año 1948- y, terminada esta primera fase, el Instituto Nacional - de Previsión ha venido realizando una serie de planes - bienales de construcciónes que se adaptan a las nuevas- necesidades asistenciales, en volúmen y lugar.

Han Han transcurrido veintidos años. Las primeras- Instituciones ya han sido ampliadas y modernizadas. Las que se levantan ahora albergan ya los últimos adelantos médico-quirúrgicos y, en su construcción y funcionali-- dad, cuenta ya la experiencia de estos años.

Sin embargo, unas cifras -las ofrecemos a continuación- sí pueden dar idea de la magnitud de la realización, y ahí están.

Las cifras que se ofrecen a continuación dan una idea de la magnitud de la realización.

HOSPITALIZACION EN RESIDENCIAS SANITARIAS EN 1971.

Número de ingresos	1.343.503
Intervenciones quirúrgicas practicadas	1.252.819
Total días de estancia	8.794.968

ENFERMOS ATENDIDOS EN AMBULATORIOS EN 1971.

Consultas	89.329.193

PERSONAL SANITARIO AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Médicos

Medicina General	14.289
De urgencia	764
Especialistas	10.689
Ayudantes	2.116
Adjuntos	1.232
Internos y Residentes	1.107
T O T A L	30.197
Practicantes	7.951
Matronas	731
Enfermeras	15.820
Auxiliares de Clínica	5.998

DURANTE 1971 EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SE HAN REALIZADO:

Radiografías	6.508.888
Radioscopias y Radioelectrología	2.698.745
Análisis	28.130.472
Inyecciones puestas	46.357.810

EN EL AÑO 1971 LAS RESIDENCIAS DE LASEGURIDAD SOCIAL HAN ATENDIDO A:

339.459 ..... Partos

EN LA ACTUALIDAD, LA SEGURIDAD SOCIAL DISPONE DE:

39.169 ..... Camas.

EL PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS HA PUESTO EN FUNCIONAMIENTO:

88 Residencias y 187 Ambulatorios.

PROVISIONALES:

365 Ambulatorios.

EN CONSTRUCCION:

5 Residencias y 18 Ambulatorios.

PREVISTAS Y EN PROYECTO:

14 Residencias y 69 Ambulatorios.

RITMO DE CONSTRUCCION DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

	Residencias	Número de camas.	Ambulatorios Pl.Nal.Instal.
Año 1949	1	36	6
Año 1950	1	44	2
Año 1951	3	910	3
Año 1952	2	252	7
Año 1953	5	1.574	11
Año 1954	3	457	6
Año 1955	7	3.907	8
Año 1956	9	2.837	6
Año 1957	3	805	2
Año 1958	-	-	1
Año 1959	1	176	-
Año 1960	2	1.029	2
Año 1961	2	646	2
Año 1962	-	-	4
Año 1963	1	96	3
Año 1964	5	1.913	13
Año 1965	6	1.784	16
Año 1966	6	1.732	14
Año 1967	4	1.231	29
Año 1968	7	2.360	21
Año 1969	4	1.375	8
Año 1970	3	784	10
Año 1971	13	4.053	11
Año 1972	8	1.809	10
T o t a l	96	89.810	195
En construcción ..	17	6.903	44
		1.893 (ampliac. Rª.act.)	
En proyecto	13	4.656	32
Total General...	126	43.262	271

II.-2. LA RACIONALIZACION EN LA PROYECCION DE AMBULATORIOS: EL AMBULATORIO TIPO MODULADO.

1. EL AMBULATORIO TIPO

Con el procedimiento modular que se ha proyectado, se pretende satisfacer las necesidades asistenciales en la medida justa en cada caso, y como también se han normalizado los elementos interiores, partiendo siempre de su inclusión en las mismas unidades de superficie, resulta posible, por una parte, obtener las ampliaciones que puedan llegar a ser necesarias y, por otra, lograr una adaptación a varias funciones de locales no utilizados en la totalidad de la jornada; es decir, que si en un ambulatorio era dificil utilizar el local de una especialidad para consulta de otra, en cambio, en las edificaciones que actualmente se proyectan, resulta posible hacer servir para varias especialidades, cualquier consulta, ya que se desarrollan mediante la construcción de un módulo en el que están contenidas y precisadas todas sus dimensiones y equipo base necesario en cada caso.

Debe insistirse en que la adopción de las normas sobre cuya conveniencia se informa, se refiere de manera exclusiva a la funcionalidad de los servicios, es decir, al objetivo primordial asistencial que se persigue y para lo cual es preciso subordinar a él todas las demás condiciones; pero, a pesar de ello, la ordenación sistematizada de todos los espacios interiores y sus circulaciones, no afectan en nada a la disposición exterior de

los edificios, en relación con los cuales, queda un am-- plio margen de libertad para la interpretación individual de cada arquitecto desde el punto de vista estético.

Así pues, la idea fundamental consiste en precisar el módulo más constantemente repetido, constituido -- por la Sala de Consulta y la Sala de Espera contigua.

Esta Consulta-espera, constituye la Unidad fundamental del Ambulatorio, admitiéndose con respecto a ella muy pocas variaciones, correspondientes a unidades especiales, pero también en este caso se ha procurado que tales- unidades estén contenidas en espacios que sean múltiplo - del módulo fundamental. La superficie tipo de la Consulta- espera, es así el módulo que sirve de elemento base para - determinar dimensiones de todas las unidades fundacionales del Ambulatorio tipo.

El contenido administrativo de cada edificio se ha proyectado con análogo criterio y únicamente los servicios mecánicos, que van normalmente en sótano, semisótano o anexos, no son objeto de distribución modular, pero se- procura instalarlos en el espacio resultante, debajo de - los módulos destinados a servicios médicos.

Se ha prestado especial cuidado a que las cir-- culaciones y accesos no adquieran dimensiones desmesura--

das insuficientes, cifrándose también sus dimensiones en múltiplos de los módulos de Consulta-espera.

Igualmente la repetición en cada unidad de-superficie de un contenido semejante, permite normalizar el equipo a instalar, de manera que cada tabique, puerta, ventana, etc., constituirá un prototipo a reproducir.

Naturalmente, esta normalización, que define de una manera mucho más precisa algunas caracterís ticas, introduce ciertas limitaciones en la libertad-de composición de los edificios, no admitiéndose, por ejemplo en el aspecto arquitectónico, escaleras monumentales u ornamentación suntuaria, y en el aspecto - médico no se individualizan o especializan las salas-de consulta hasta el extremo de existir tantos prototipos como especialidades, pero la normalización en - uno y otro aspecto no disminuye en lo más mínimo, el-grado de eficacia de las Instituciones.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S

2. UNIDADES ASISTENCIALES.

Para la mejor definición y estudio de las diversas partes que constituyen el Ambulatorio tipo, se han clasificado en tres grupos: Unidades sanitarias, Unidades administrativas y Unidades auxiliares.

2.1. Unidades sanitarias.

Las Unidades sanitarias son:

1. Medicina General
2. Practicantes
3. Envases clínicos
4. Pediatría de zona
5 Servicio de urgencia
6. Tocología
7. Laboratorio
8. Radiología y electrología
9. Mecanoterapia
10. Aparato respiratorio
11. Electrocardiografía
12. Aparato digestivo y Rayos X
13. Dermatología
14. Neuropsiquiatría
15. Endocrinología
16. Pediatra consultar y Rayos X
17. Cirugía y curas
18. Traumatología y yesos
19. Urología
20. Ginecología
21. Oftalmología.

22. Otorrinolaringología
23. Sala de pequeñas intervenciones y recuperación
24. Odontología
25. Archivo de historias clínicas.

A continuación se reseñan las partes más importantes de estas Unidades:

2.1.1. La Unidad Consulta-espera.

Constituye la Unidad Consulta-espera el módulo más frecuentemente repetido y por consiguiente el que resulta fundamental normalizar al máximo.

Este módulo se ha proyectado en planta de tal forma que queden perfectamente diferenciadas:

- una zona de despacho del médico, en la que se celebra la entrevista previa con el enfermo y la conversación final y despacho del tratamiento con un puesto de trabajo de la enfermera;

- una zona para desnudarse el enfermo;

- y finalmente, una zona mayor que ocupa el resto de la consulta que presenta la forma de un rectángulo libre como zona de trabajo para la exploración clínica, zona en la cual se emplaza el equipo médico necesario en cada caso.

La superficie de la zona de consula es la misma de la destinada a esperas y circulaciones.

La misma consulta tipo se emplea para los-siguientes servicios:

Medicina General

Practicantes

Envase clínico

Servicio de urgencia. Deberá estar situado inmediato al ingreso.

Tocología.

Electrocardiografía. Con la inclusión de Electrocardiógrafo y Metabolímetro.

Dermatología.

Neuropsiquiatria.

Endocrinología.

Pediatra consultor. Llevará esta consulta, así como las de Medicina General, en algunos casos, incluído aparato para radioscopias.

Sala de pequeñas intervenciones y recuperación. Utilizará la espera, cerrada con mampara, para-recuperación.

Para las siguientes unidades se han efectuado desarrollos especiales en los Planos correspondientes:

Pediatra de zona

Laboratorio

Radiología y Electrología

Aparato digestivo y Rayos X
Mecanoterapia, y
Archivo de historias clínicas.

2.1.2. Mobiliario.

A continuación se describe el mobiliario base que ha de repetirse en la mayor parte de los locales de consulta del edificio.

2.1.2.1.- Mueble metálico con pileta.

Se trata del mueble de trabajo donde ha de efectuar la mayor parte de sus maniobras la Enfermera, y que al propio tiempo ha de servir como vitrina para almacenar los aparatos y utensilios de trabajo específicos de cada consulta.

Se proyecta un mueble construído en chapa - pintada, con un milímetro de espesor; a la altura de trabajo irá provisto de una tapa de acero inoxidable con una pileta del mismo material incluída. La parte superior del mueble, independiente de la inferior, se destina a vitrina y su fondo, techo y laterales será también de chapa pintada; el frente, la parte inferior y el entrepaño serán de luna transparente de 6 milímetros de espesor como mínimo. El frente de la vitrina se cerrará con lunas correderas deslizantes sobre ca-

rriles provistos de cerradura con llave. Adosado a esta vitrina y en su parte inferior o superior se colocará un aparato de alumbrado constiuído por dos tubos fluorescentes de 20 watios con pantalla de manera que la luz ilumine el puesto de trabajo y la vitrina. Si es posible se procurará adoptar una disposición tal - que la luz llegue a servir de iluminación general de la consulta.

La parte inferior del mueble contiene la pileta de acero inoxidable así como el resto de la tapa del mismo material, irá provista de griferia para - - agua caliente y fria con un surtidor en cuello de cisne, procurándose que el chorro de agua vierta directamente sobre el agujero de salida, con el fín de evi-- tar salpicaduras; asimismo los grifos deberán ser de - aquellos que permiten comprobar a simple vista si están abiertos o cerrados, con el objeto de evitar que- un corte de agua, seguido del restablecimiento de la- corriente de líquido varias horas más tarde, no dé lugar a una inundación por inadvertencia, al creer a - primera vista que todos los grifos quedaban cerrados.

El mueble quedará dividido en su parte inferior en dos zonas, la primera con puerta basculante - adosada a la cual va sujeto el cubo de chapa esmaltada para residuos, cubo que se podrá extraer fácilmente

El resto del mueble con cierres de dos puertas y dos entrepaños interiores, quedará destinado a almacenamiento de material.

2.1.2.2. Mueble ropero.

Será de mandera con tableros forrados de - formica o material análogo. Tendrá un compartimento- capaz para seis batas colgadas y otro para abrigo o sombrero, además de seis pequeños cajones dotados de cerradura individual para guardar recetarios o análoga documentación personal d e cada médico.

El mueble de cada consulta queda adosado,- según se puede apreciar en los planos, al de la consulta contigua formando una sola unidad. Completarán el mueble dos mesas, una mayor para el médico y otra pequeña para la enfermera, ambas abatibles y formadas del material plástico a que se hace referencia.

En los planos del mueble se observa su estructura básica y las posibles variantes en su colocación.

2.1.2.3. Mampara tipo. Las zonas de espera -- quedan divididas por mamparas construídas con tubo - cuadrado de acero y aluminio en las partes bajas y - cristales en las superiores. Se pueden observar su -

forma y dimensiones en el plano que se acompaña.

2.1.2.4. Otro mobiliario.

Igualmente se incluyen planos esquemáticos del mobiliario preciso constituído por los bancos de espera, sillón del médico, sillas de consulta y taburetes. La construcción de estos muebles será a base de tubo de acero y chapa o material plástico.

2.1.3. Variantes de la Unidad Consulta-espera.

El módulo Consulta-espera descrito, básico para todo edificio, es aplicable con ligerísimas variaciones a casi todas las situaciones. A continuación se exponen las excepciones a la regla y las ligeras variaciones a introducir con respecto al módulo fundamental.

2.1.3.1. Especialidades de Cabeza.

Un primer grupo de variaciones es el constituído por las denominadas Especialidades de Cabeza, o sea, Oftalmología, Otorrinolaringología y Odontología, en las cuales la sustitución de la mesa de reconocimiento por el sillón peculiar de cada Especialidad, la introducción de los muebles especiales de Odontología, los aparatos de la cámara oscura de Oftalmología y la escala de opto-tipos, juntamente con

la necesidad de oscurecer la consulta de Oftalmología, imponen las variaciones que a continuación se detallan:

2.1.3.1.1. Consulta de Oftalmología.

Esta consulta no se diferencia de la consulta de tipo más que en el hecho de contener un sillón de Oftalmología en lugar de la mesa de reconocimiento.

Las escalas de opto-tipo se colocarán frente a la zona de despacho del médico, no siendo necesario contar con una distancia de cinco metros lineales para la lectura, sino obtener la distancia necesaria mediante un juego de espejos de tal manera que el médico y el enfermo se encuentren contiguos con el objeto de poder cambiarle las lentes o la orientación de sus ejes sin necesidad de atravesar la habitación, quedando situado, por consiguiente, el espejo contiguo a la zona de despacho entre éste y la ventana o entre ésta y la puerta, según la consulta de que se trate.

Esta consulta va a funcionar también como cámara oscura, porque se estimó preferible aumentar el número de consultas mejor que el de cámaras oscuras, en donde haya un gran número d e Especialistas,

de manera que será preciso oscurecerla, disponiéndose todo el material y aparatos correspondientes a la cámara oscura en la propia consulta.

2.1.3.1.2. Consulta de Odontología.

La consulta de Odontología será exactamente igual a una consulta tipo, con la única diferencia de que se deberá prever en el piso lo necesario para introducir en el sillón que sustituye a la mesa de reconocimiento, agua, luz, fuerza y desagüe. Será inexcusable adquirir sillones cuya iluminación vaya incorporada a los mismos en lugar de adquirir brazos que haya que sujetar en la pared.

Para la instalación de las redes eléctricas, de agua y el desagüe hasta el sillón, se procurará que la parte principal del recorrido vaya adosada al tabique de separación de consulta, por encima del forjado, aprovechando el espesor del solado a fín de que las tuberías no vayan empotradas en las estructuras, sino en atargeas cubiertas de chapa para la terminación del piso.

El mobiliario sigue siendo el de la consulta tipo, salvo la adición de los muebles específicos de Odontología, que pueden situarse en la pared opuesta. a la zona de despacho.

Se renuncia al cuarto de prótesis porque por el momento el Seguro no la da y porque es posible que llegado el momento estos talleres se centralicen o se sitúen en zonas que no necesiten espera; por consiguiente quedaría fuera de la modulación.

2.1.3.1.3. Consulta de Otorrinolaringología.

Igual que las anteriores solamente se diferenciará de la consulta tipo en la sustitución de la mesa de reconocimiento por un sillón y en que será oscurecida.

2.1.3.2. Especialidades de Aparato Digestivo y Respiratorio.

Un segundo grupo de variaciones se da en las Especialidades de Aparato Digestivo y Aparato Respiratorio.

2.1.3.2.1. De Aparato Digestivo.

Se precisa introducir en ella un aparato de Rayos X para exploración radioscópica de los enfermos, con la posibilidad de estación horizontal de la mesa de exploración que exige ya una habitación

aparte, en la cual hay que introducir corriente eléc trica adecuada para la alimentación del generador de Rayos X y dotarla de un oscurecimiento perfecto.

Es muy importante hacerse cargo de que el- oscurecimiento necesario en esta habitación, igual - que en la consulta de Pulmón y Corazón, que se des-- cribirá a continuación, debe ser de tal naturaleza,- que una persona encerrada en tales habitaciones, al- cabo de diez minutos no debe ser capaz de ver absolu tamente nada, porque la acomodación conseguida des-- pués de esa permanencia en la oscuridad no permite,- si hay un poco de luz, apreciar fluoroscópicamente - diferencias de matiz en los grises de la pantalla -- que tienen importancia fundamental en el diagnóstico. Cuando el oscurecimiento es imperfecto, se cae en uno de estos defectos, o bien el Raiólogo o Especialista prescinden de la radioscopia, multiplican el número- de radiografías, procedimiento mas caro y que técni- camente no es equivalente, pues se prescinde de la - observación de la dinámica de los órganos, o bien se fuerza innecesariamente la intensidad y el kilovolta je del aparato con lo cual se acorta notablemente su- vida, no siendo tampoco por ello mejores los resulta dos obtenidos. Es por estas razones por las que se - insiste en la necesidad de obtener un oscurecimiento perfecto que hasta ahora se ha logrado en muy conta-

das ocasiones. Es necesario igualmente puntualizar - que no es conveniente encerrar las habitaciones destinadas a radioscopias y radiografías entre cuatro - paredes, sin ventanas, porque se necesita tanta o -- más ventilación que cualquier consulta, por el gran- número de personas que desfilan por ellos y por el - largo tiempo que permanecen encerradas, de manera que aunque sea una condición algo engorrosa de cumplir,- es esencial satisfacerla; debe ser una habitación oscura y ventilada. Para ello, en los casos en que la- habitación no dé a fachadas, llevará chimenea de ventilación constante con preferencia a extractores mecánicos.

Esta habitación que aloja el aparato de Rayor X que se ha descrito, puede contener el mismo mobiliario que otra consulta cualquiera, sin más salvedad que la necesidad de un W.C. en la misma habita-- ción, con el objeto de que aquellos enfermos a quienes se les haya introducido un enema de contraste -- puedan evacuarlo sin necesidad de vestirse para sa-- lir a los aseos generales, que se encuentran en cada planta.

En esta habitación, destinada a consulta - de aparato digestivo, se podrá pasar incidentalmente una consulta para Endocrinología, pero en este caso-

habrá de contar con un espacio destinado a la instalación del Metabolímetro, que es manejado por los - Endocrinólogos correspondientes; ahora bien, cuando se individualice la Consulta de Endocrinología en - un local propio, será aquí donde se instale el Metabolímetro.

2.1.3.2.2. De Aparato Respiratorio.

La Consulta de Aparato Respiratorio llevará además del equipo normal de cualquier otra consulta, un aparato de Rayos X, para obtener radioscopias sólo en posición vertical, que cabrá perfectamente - sin variación alguna, no siendo necesario más que la alimentación eléctrica del generador y el oscureci-- miento tan riguroso como el descrito en la consulta- de Aparato Digestivo.

Esta Consulta debe completarse con un electrocardiógrafo, pero este aparato, debido a su sensibilidad a las corrientes eléctricas, se alojará todo lo posible de los aparatos de Rayos X y de los motores de ascensores u otros análogos, que puedan existir en el edificio, debiendo quedar al propio tiempo cercano a la consulta de Pulmón y Corazón. En el caso de tener que individualizar un espacio para el metabolímetro, nohay inconveniente en emplear un módu-

lo de consulta para alojar ambos aparatos, electro-- cardiógrafo y metabolímetro, que pueden quedar instalados en dos cubículos aislados, con una sala d e espera común igual a cualquier otra.

2.1.3.3. Consultas quirúrgicas.

Dentro del grupo de consultas quirúrgicas, también hay alguna ligera variación consistente en - la necesidad de oscurecer aunque no en grado tan riguroso, como las habitaciones destinadas a radioscopias, la consulta de Urología, o cuando se pasen consultas de Urología y Ginecología en el mismo local,- la habitación destinada a cistoscopias y curas ginecológicas. Tanto la consulta de Urología como la de- Ginecología y el cuarto de cistoscopias debe ir provistos de un desagüe, que no es preciso que sea central, pero sí que se pueda abocar fácilmente a un tubo de goma que vacíe el receptáculo destinado a recibir el eflujo de los líquidos introducidos durante - la exploración en vejiga u otros órganos.

La consulta de Traumatología debe contar - con un anexo para colocación de escayolas y férulas- que pueda igualmente emplazarse en un módulo de consulta, sin más variación que la colocación de una poyata de mármol donde preparar los vendajes de escayola y que puede instalarse en cualquiera de las pare-

des libres de la consulta. También es conveniente emplazar en esta habitación y en la consulta de - Traumatología unos ganchos destinados a tracción- de miembros, cuya colocación se estima preferible dejarla al arbitraje de los Especialistas que va- yan a trabajar en el correspondiente servicio y - que pueden ser consultados a esos efectos poco antes de proceder al revestimiento interior definitivo - de las paredes de la consulta y sala de yesos.

2.1.3.4. Servicio de Radiología y Electrote- rapia.

Los Servicios de Raiología y Electrotera- pia, así como el Laboratorio de Análisis Clínicos - de que posteriormente se hablará, ocupan locales ra dicalmente distintos a los examinados hasta ahora.

Ya se ha visto anteriormente que las con- sultas de Aparato Digestivo y Aparato Respiratorio- están dotadas de sendas instalaciones de radio-diag nóstico, pero éstas tienen un campo de acción limita do a la radioscopia, porque no es admisible que se - practiquen radiografías y se revelen éstas más que - en un solo lugar del Ambulatorio. Por otra parte, -- bastantes Especialistas también necesitan del auxi-- lio de los Rayos X como medio de diagnóstico, si bien

no son la profusión de los dos Especialistas mencionados, en los cuales prácticamente se puede considerar que el 100% de sus enfermos son objeto de exploración radioscópica; por ello es necesario contar -- con una instalación de radiodiagnóstico general que- haga frente a todas las demandas radiográficas de todos los Especialistas y además a todas las demandas- radioscópicas de todos los Especialistas, menos los- dos citados de Aparato Digestivo y Respiratorio.

Este Servicio comprende:

2.1.3.4.1. Estación general de Radiodiagnóstico con:

- Radioscopias
- Radiografías ordinarias y seriadas
- Planigrafías
- Tele-radiografías
- Revelado y secado de placas
- Archivo y examen negatoscópico
- Oficina de recepción y preparación de medios de contraste (papillas, enemas e inyecciones).
- Despacho del Radiólogo.

2.1.3.4.2. Estación de tratamientos electro-terápicos, con:

- Onda corta
- Lámpara de cuarzo
- Rayos infrarrojos
- Corrientes galvánicas y farádicas.

Se ha desarrollado el Servicio en cinco módulos de Consulta-espera tipo, según las dimensiones facilitadas anteriormente. Se ha cuidado de desarrollar los servicios que necesitan agua fria o caliente y bajantes para una pesición hipotética de las -- mismas cada dos soportes alternadamente.

El mecanismo de funcionamiento es el siguiente: el enfermo llega a la espera, que tendrá capacidad para más de 40 plazas sentadas; una mampara-con taquilla formará el puesto de la enfermera, queverá y controlará toda la sala de espera. El enfermo al llegar entrega su volante a la enfermera, que ledá número de orden.

A la llega del médico, recoge los volantes que le entrega la enfermera y procede a la ordenación del trabajo, llamando la enfermera, sucesivamente,los diferentes enfermos, los cuales pasan directamente a dos cabinas como mínimo, con superficie tal que impi

da la entrada mas de un enfermo, en cada una.

En el caso de enfermos que exijan la introducción previa de contraste, ésta podrá hacerse en - la propia sala de aparatos o bien a espaldas de la - enfermera en la camilla provista de ruedas, que dispondrá de un plano adecuado y un cubo para recogida- de orina.

Cada sala de aparatos dispone de un W.C. - para la eliminación de enemas.

Los accesorios para utilización con los -- aparatos de Rayos X deberán ser colocados en la pa-- red de la habitación que contiene los aparatos, de - manera que queden bien visibles y sean fáciles de coger y volver a colocar en su sitio.

Se ha dispuesto el servicio de tal forma,- que según la importancia del Ambulatorio puede haber las siguientes soluciones:

1º. Para un solo aparato, cámara de revelado- y electroterapia. Módulos 1º, 4º y 5º.

2º. Para dos aparatos, cámara de revelado y - electroterapia. Módulos 1º, 3º, 4º y 5º.

3º. Para todos los aparatos figurados en el - plano, módulos 1º a 5º.

Para el proceso de revelado se establece una división que comprende maniobras a oscuras,(carga de chasis, revelado y fijado) y maniobras a la - luz, lavado y secado, examen de placas y archivo.

La experiencia demuestra que las cámaras- de revelado construídas hasta la fecha son costosas, sucias y difíciles de manejar. Hoy día los avances- de la industria permiten sustituir ventajosamente - esos dispositivos por muebles de revelado de los -- cuales existen en el mercado una serie de variantes que van, desde los simples tanques de acero inoxidables, hasta verdaderos muebles automáticos que llevan a cabo la totalidad del proceso de revelado, fijado y secado sin intervención alguna del personal. Naturalmente, esta última solución es por el momento de aplicación tan solo en los casos en que el gran - número de radiografías impresionadas en la jornada,- permita obtener un buen rendimiento del aparato, porque su precio es todavía muy elevado. Debe señalarse que existe una cierta oposición por algunos Radiólogos frente al empleo de procedimientos automáticos - de revelado, cuyas causas son complejas pero que aun brevemente se van a exponer aquí:

Dicen los partidarios del revelado individual de cada placa que este procedimiento les permite

dar la gradación deseada, mediante la variación de - las concentraciones y tiempos de inmersión en las -- distintas soluciones para corregir defectos de exposición, que son consecuencia de irregularidades en - el suministro de energía eléctrica, procedente de la red de alumbrado público, que está sujeta a grandes- variaciones en la mayoría de las poblaciones. Dicen- igualmente que ello les permite, cuando tienen prisa por conocer el resultado de una radiografía, sobre - todo en el caso de introducciones de contraste, contemplar inmediatamente en el cuarto oscuro el resultado de la radiográfia y proceder a su repetición si fuera preciso, en tanto que con el mueble de revelado automático los tiempos son rígidos, no admiten variación individual y no se puede ver el resultado de una radiografía hasta que está totalmente terminada.

Esta argumentación, sin embargo, omite hechos de importancia que le quitan gran parte de su - valor.

En primer lugar, la instalación de los aparatos de Rayos X en los edificios del Plan de Instalaciones se hace en condiciones eléctricas óptimas,- porque se cuenta con un transformador en alta tensión exclusivo para los servicios de Radiología, de manera

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

que se puede servir a los aparatos corriente eléctrica prácticamente en las condiciones teóricas, así -- que no es preciso corregir los defectos de red en el cuarto de revelado. En segundo lugar, el tiempo que- tarda una buena máquina de revelado en entregar una- placa es de siete minutos, es decir, que en la mayo- ría de los casos el Radiólogo puede contemplar con - tiempo suficiente para insistir con una nueva radio- grafía si el resultado de la primera no fuera satis- factorio. Por otra parte, en el caso de introducción cruenta de medios de contraste, lo que resulta más - recomendable es efectuar esos exámenes radiológicos- en internamiento, es decir, con el enfermo hospitalizado, en cuyo caso pierde gran parte de su valor la- prisa por obtener un resultado en el dia y finalmente el hecho de existir una máquina de revelado no excluye la posibilidad de contar con un tanque de revelado aparte, colocado en la zona oscura en donde excepcionalmente se pueda revelar alguna radiografía - con concentraciones o tiempos individuales o específicos.

A este propósito hay que recordar que en - realidad el revelado de unas placas radiográficas - no se diferencia esencialmente del revelado de la -

película cinematográfica y es de sobra conocido,que si la diversidad de escenas que existen en una película cualquiera y que ocupan varios kilómetros de - cinta, tuvieran que revelarse individualmente para- obtener efectos fotográficos, mucho más sutiles y - delicados desde el punto de vista fotográfico que - los que son posibles en una placa de Rayos X, sería absolutamente imposible conseguir el núm ero de películas que se producen por la industria cinemato-- gráfica, dentro de los plazos de tiempo en que las- llevan a cabo.

Existe una última ventaja en el procedi-- miento de revelado automático que no es despreciable: losaparatos de Rayos X no son manejados en el- Seguro de Enfermedad mas que en contadas ocasiones- por un solo Especialista, lo corriente es que se manejen a las órdenes de varios Radiólogos que se turnan en el empleo del Servicio. Si cada Radiólogo quiere- hacer valer sus procedimientos personales resultará- poco menos que imposible adiestrar al personal auxiliar para servir en una Institución, y este mismo -- personal al trasladarse a otra deberá aprender nuevamente todas las costumbres de los nuevos Radiólogos - con quienes tengan que enfrentarse. Ambos inconvenien

tes se obvian mediante el empleo de sistemas de reve lados automáticos, que además permiten juzgar con ho mogeneidad y precisión, tanto el resultado de un de- terminado aparato de Rayos X como la capacidad de ca da Radiólogo en ese terreno.

Sin embargo se reitera que sólo excepcional mente se instalarán muebles de revelado automático - por el momento, pero se señala que la tendencia ac-- tual es a un empleo cada vez mayor de estas unidades.

El mueble de revelado se construirá de ace ro inoxidable, formando un tanque general con alivia deros y desagüe y llegado de agua fria y caliente.

Las dimensiones del tanque serán de 80 cen tímetros de largo por 55 de ancho y por 500 de alto. Dentro de este tanque general utilizado para baño ma ría, se colocarán cuatro tanques de dimensiones - -- 45 x 15 x 45, 3 de ellos y el cuarto de 45 x 20 x 45.

Inmediato al tanque de revelado y fijado - se colocará un tanque lavador y exclusa para pase a secado y archivo radiográfico.

Se,acompañan detalles de este mueble.

En el cuarto de archivo radiográfico se ins talará en una de las paredes una placa negatoscópica

con capacidad para 12 radiografías colocadas en dos líneas de 6.

En análogo espacio puede instalarse un -- mueble automático de revelado.

Esta habitación se complementará con un - armario archivador de radiografías secas.

En el despacho del médico se instalará un negatoscopio de 3 placas.

El puesto de trabajo de la enfermera, estará formado por una mesa mostrador colocada delante de la ventanilla de la mampara e inmediatamente un - mueble con pileta para la preparación de las papillas.

Este servicio tendrá paso directo a las - cuatro cabinas de electromedicina, que se dispondrán de tal forma que las tumbonas de 1'90 x 0'65 tengan- acceso posible por ambos lados.

Para el servicio de Electroterapia se dispondrá un armario para el almacenamiento de los accesorios de los aparatos.

Con respecto a las medidas de protección - contra las radiaciones, el Instituto Nacional de Previsión se enfrenta con una situación peculiar, que -

se deriva de que no existen en España medidas legislativas precisas con respecto a la naturaleza de la protección contra las radiaciones X, por lo cual se ha optado hasta hoy adaptar las medidas vigentes en el pais extranjero de donde proceden los aparatos - instalados. Es posible que ésta no sea la solución- ideal, especialmente desde el punto de vista legislativo, pero es la única que, por el momento, se estima como aplicable con cierta garantía. En consecuencia, en cada caso y una vez decidida la adquisición de los aparatos, se aplicarán las medidas de- protección correspondientes en la forma descrita, - para lo cual se exigirá en cada caso el detalle detales medidas de protección al concurrir al concurso de adquisición de aparatos.

2.1.3.5. Servicio de Laboratorio. Se ha obtenido una solución análoga en su elasticidad a la- correspondiente al Servicio de Radiología, según la cual y partiendo de un laboratorio elemental de un- solo módulo que se inicia por el que contiene la zona de control y recepción de muestras, se llega mediante la adición de módulo al prototipo representado en el plano completo.

Los Laboratorios de mayor número de analistas constituyen unidades excepcionales, que se estima deben evitarse a toda costa, pues supone una concentración tal de enfermos y médicos en unidades de tiempo, que dificultará notablemente el trabajo, sin que se vea compensado por la calidad del trabajo o la economía del operario, si bien es posible que exista una economía inicial consecuencia de la diferencia entre la construcción de dos Instituciones en lugar de una.

Se inicia la descripción por la unidad menor.

Se desarrolla el servicio conforme a los planos adjuntos en dos módulos de consulta y espera, advirtiéndose que los planos representan solamente un índice de necesidades y una delimitación de espacios.

Se compone el servicio de una zona de toma de muestras y recepción y tres unidades de trabajo, una de ellas cerrada para pruebas delicadas, en las que haya que evitar contaminaciones por corrients de aire, que transporten gérmenes.

Se complementan con una zona de lavado y esterilización y almacén de material, que se guardará allí y en muebles ad hoc, en cada una de las unidades restantes.

La superficie necesaria para el desarro-- llo del Servicio es de dos módulos consulta-espera, es decir, 100 m/2 como máximo.

La unidad correspondiente al laboratorio mayor a la que antes se aludió consiste en: Recepción- de productos y toma de muestras. Esta parte de la labor resulta en la práctica la mas compleja, por la necesidad de tomar gran número de muestras, en la práctica el 80% en ayunas, es decir, durante las primeras horas de la mañana, lo cual nos obliga a desarrollar cuatro boxes para los equipos de trabajo correspon-- dientes, formados simplemente por cortinas o puertas plegables, que impidan que los enfermos se vean unos a otros.

Aparte de estos boxes, habrá dos tumbonas, con el fin de poder tomar alguna muestra que exija - la postura en decúbito, así como para atender a al-- gún caso de lipotimia o marco, que siempre suele presentarse a lo largo de la jornada.

Se desarrolla la totalidad del Servicio en cuatro módulos tipo, es decir en una superficie máxima de 200 metros.

En toda la zona de muebles será posible obtener fácilmente luz, fuerza, agua y gas.

Se supone que la ilustración gráfica exime de ulteriores explicaciones.

2.1.3.6. Servicio de Mecanoterapia. En los anteriores programas de necesidades de Ambulatorios y Residencias se había contado con la instalación de servicios completos de terapéutica física, que en su sentido más amplio abarca la Radioterapia, la Electroterapia, el tratamiento por radiaciones ultravioleta, tratamiento por el calor, seco y húmedo y la Mecanoterapia activa y pasiva (gimnasia y masaje) y la Hidroterapia.

La experiencia ha demostrado que la Mecanoterapia e Hidroterapia se han utilizado exíguamente. No es este lugar oportuno para tratar de las razonas o causas fundamentales que han determinado el escaso empleo de estos medios d e tratamiento, pero es el hecho que en gran cantidad de Instituciones se emplean escasamente o no se emplean.

Como consecuencia de esta experiencia, en algunos de los últimos edificios asistenciales se prescindió de la instalación de tales servicios e incluso en algún caso el espacio destinado a ellos se empleó para otros fines.

El transcurso de los años ha venido a demostrar que, si bien podría se prematura, la instalación de tales servicios no era infundada, porque actualmente todo lo relativo a Medicina de Recuperación y Rehabilitación está tomando un auge cada vez mayor, de tal modo que ya no parece lejano el momento en el que estos servicios funcionen a pleno rendimiento.

Ahora bien, como el problema es complejo, pues se trata por una parte de que no hay muchos médicos familiarizados con estas técnicqs y menos todavia auxiliares sanitarios indispensables en estos - Servicios y por otra parte de que en la distribución económica de la prima del Seguro no resulta sencillo introducir las modificaciones necesarias para el pago de los sueldos de un nuevo personal, que hay que - adiestrar para esta Especialidad, parece conveniente- proceder con cierta cautela en lo que pudiera decirse que es la reimplantación de los servicios de Mecanoterapia e Hidroterapia.

En consecuencia, se estima que lo que procede es respetar los locales existentes en los edificios ya construídos destinados a este fín; restituir a sus - uso primitivo los que fueron desmantelados y empleados

para otros fines y, finalmente, en el caso que nos ocupa, efectuar la implantación de estos servicios paulatinamente comenzando por la Mecanoterapia como técnica terapéutica más sencilla.

En consecuencia, se instalará un gimnasio con arreglo a las siguientes directrices:

Situación. Puede situarse en semisótano o sótano, si están bien ventilados, o bien en la última planta.

La superficie que se le destinarán serán dos módulos de consulta-espera.

Se acompaña un plano a título informativo que se ilustra con los aparatos mínimos necesarios, según una unidad correspondiente a la Universidad de Pensylvania que ha parecido adecuada.

El material fundamental está constituído por:

- paralelas
- espalderas
- bicicleta fija
- poleas
- cuerdas y pequeño material.

El Servicio llevará un pequeño vestuario y aseos para ser empleados por hombros y mujeres a horas diferentes.

2.1.3.7. Servicio de Historias clínicas.

La situación de este Servicio puede ser - en semisótano o planta más baja del edificio, contiguo a la zona de información, inmediato a la entrada, pero en cualquier caso contiguo al nudo de comunicaciones y comunicado con el montapapeles de todos los respectivos puestos de información y vigilancia- de cada planta, al tratarse de edificio de más de - una planta.

El mobiliario del Servicio de Archivo de Historias clínicas será metálico y se instalarán archivos rotatorios, tanto para historias como para - radiografías.

2.2. Unidades administrativas.

Ha sido estimada la inclusión de esta clase de unidades, atendiendo a las características que presenta la Institución a que corresponden, que varían lógicamente según se trate de Ambulatorios con dirección propia o filiales.

Son Unidades administrativas las siguientes:

1. Dirección
2. Administración
3. Enfermera jefe
4. Visita y espera.
5. Inspectores
6. Enfermera-visitadora
7. Funcionarios de Inspección
8. Espera de público
9. Funcionarios administrativos
10. Agencia
11. Sala de reuniones.

Su emplazamiento puede ser en planta baja, contigua al servicio de Información-admisión, o bien en la última planta, según los casos, pero en cualquiera de -- ellos, aunque se conserve la sistematización en módulos-

del edificio, se utilizará la zona de espera también para despacho o sala de funcionarios, pasando el pasillos ocupar la zona central.

Las Unidades administrativas serán en general de dos órdenes:

2.2.1. En ambulatorios con dirección propia.

Sus necesidades son:

- Despacho de Director, que estará en comunicación por una parte con una Secretaría, común para el Administrador también, y por otra con el despacho de la Enfermera-jefe.

- Despacho de Administrador, comunicado por un lado con la Secretaría mencionada y por el otro, aunque no sea imprescindible con la oficina administrativa que será capaz para seis Auxiliares y su mobiliario correspondiente.

- Zona de espera, capaz para las visitas del Director, Administrador y Enfermera jefe.

- La Inspección de Servicios Sanitarios tendrá un despacho para cada Inspector de zona, un local para Enfermeras-visitadoras, con capacidad para dos Inspectores y una oficina de inspección capaz para dos fun

cionarios por Inspector, que es la que ha de tener más - contacto con el público, debiendo estar provista de mostrador y ventanilla, y una zona de espera dividida a ser posible en dos departamentos, uno destinado a médicos y otro a asegurados, que es conveniente separar pues con - frecuencia vienen a formular quejas a la Inspección relativas al mismo asunto.

2.2.2. En Ambulatorios filiales.

Las necesidades quedan más reducidas, consistiendo en:

- Un despacho por cada Inspector, si lo hubiere.

- Una sala destinada a Oficina en la que se reunen la totalidad de los funcionarios administrativos del Ambulatorio y las Enfermeras-visitadoras.

- Un despacho de Enfermera-jefe.

- Una zona de espera dividida en departamentos de médicos y asegurados.

2.2.3. Sala de reuniones.

Se proyecta utilizando la superficie de un módulo con exclusión del pasillo de circulación general.

En el plano que se adjunta se ilustran dos dis

posiciones posibles de la Presidencia y del resto de las plazas, que en un caso son veinticuatro y en otro treinta.

Las plazas cuentan con mueble, con sillones de pupitre incorporado a un brazo; o bien con pupitre abatible situado en el respaldo del sillón a partir de la segunda fila.

Ambas disposiciones permiten la colocación de un pequeño aparato de proyecciones con pantalla transportable. La única modificación que hay que hacer es emplear un objetivo de proyección gran angular cuando se adopta la disposición semicircular para los sillones.

Situación. Es indiferente colocar esta sala en cualquier planta; naturalmente, existen posiciones más convenientes que otras, como son por ejemplo la planta baja o la última planta, dejando la contigua a los servicios administrativos, pero como la cuestión no tiene verdadera trascendencia queda en libertad el autor del proyecto para desplazarla a cualquier punto del edificio para facilitar su composición, con tal de no situarla inmediata a los accesos principal o de planta.

2.3. Unidades auxiliares.

Como Unidades auxiliares se han considerado aquellas dependencias, que, sin estar destinadas de una-

manera específica al desempeño de una función asisten-- cial o al desenvolvimiento de funciones de administra-- ción, componen, sin embargo, un conjunto de elementos - de notoria importancia para un mejor aprovechamiento de espacios y un desarrollo funcional más eficiente. Den-- tro de ellas se ha comprendido el estudio de accesos y- circulaciones, vestuarios y aseos, depósitos de medica- mentos y material sanitario, lavandería, servicios de ca lefacción, agua y electricidad y vivienda del Conserje.

2.3.1. Accesos y circulaciones.

Los accesos y circulaciones están representa- dos gráficamente en los esquémas adjuntos, que eximen - de una explicación muy detallada, máxime teniendo en -- cuenta que son incorporados simplemente a título informa tivo como demostración de las múltiples posibilidades - que ofrece una solución normalizada y modulada. Eviden- temente, el volumen de cada proyecto, sus dimensiones y la forma de la planta en lo que venga determinada por - el solar, influirán decisivamente en la solución que se adopte para cadacaso particular.

Los esquemas representan soluciones lineales- en Ele y Te, en las que se procura siempre la mayor cla ridad y máxima economía de espacio.

El vestíbulo de ingreso en planta baja se resolverá en dos módulos como máximo y en este espacio -- queda incluído el puesto de información, inmediato al - cual se hallará la escalera, resuelta en un módulo y -- construída siempre a base de dos tramos rectos de anchura mínima de 1'50 metros y máxima de 2.

Los ascesores darán cara al vestíbulo de in-- greso y naturalmente a cada vestíbulo de planta, quedando inmediatos a la escalera y al puesto de información- de cada planta. En este puesto de información estarán - los dos montapapeles, en los Ambulatorios de varias - - plantas que tengan archivo de historias clínicas.

También las galerías de circulación hacia las diferentes esperas y hacia la zona administrativa, accederán lo más dirextamente posible al vestíbulo de planta.

La superficie máxima de los vestíbulos de - - planta y escalera será de un módulo y cuando se incluyan ascensores de módulo y medio.

Los Ambulatorios que consten de planta baja - y hasta dos plantas no tendrán ascensor.

Los que sobrepasen esta altura llevarán siempre dos ascensores, cuya cubierta tendrá capacidad para una entrada y salida fácil de camillas.

El número de ascensores fijado es el que se estima necesario para Ambulatorios que contengan hasta cuatenta módulos, pudiendo aumentarse otro ascensor más en-los de mayor importancia o gran altura.

2.3.2. Aseos.

Se acompaña un plano que representa la solución gráfica de los aseos necesarios, para un número hasta de-diez módulos por planta.

Estará constituído por un aseo para hombres, otro para mujeres, un W.C. con lavabo para médicos y el ropero, lavabos W.C. y ducha para Enfermeras.

Todo este problema se ha desarrollado en un módulo que se situará inmediato al vestíbulo de planta.

En el caso de que la planta general no aconseje esta distribución, podrán agruparse roperos y duchas de - Enfermeras en el semisótano, quedando reducido el servi-- cio de aseos a los de público (mujeres y hombres), un - - W.C. con lavabo para médicos y otro igual para enfermeras.

Los aseos y vestuarios de personal subalterno - (Celadores y limpiadoras) se instalarán en el semisótano, calculándose para dos personas de cada sexo por planta.

Las ilustración gráfica hace figurar la distribución de locales, tipos de aparatos sanitarios y - circulaciones.

En el centro del plano figuran las secciones- correspondientes con su proyección a galerías del servicio, entronque de aparatos y tomas de agua caliente y - fría, sifones, ventilaciones, tanques, etc.

En la zona derecha del plano se emplaza la -- red de agua caliente y fría con las secciones de tubo y el resto de las especificaciones considerando caudales- normales.

En términos generales se preven para aseos de mujeres una taza Continental y dos lavabos Raquel, IV;- para el aseo de hombres taza Continental, urinario mu-- ral completo y lavabo Raquel IV.

Para servicios generales, vertedero Garda. Para servicios de médicos dos tazas Continental, lavama-- nos Celi y para enfermeras ducha Ontario y lavabo Raquel IV.

2.3.3. Depósito de medicamentos y material sanitario.

Este Depósito se instalará en cualquiera de - los espacios resultantes en el semisótano o sótano, con

capacidad únicamente para la Unidad administrativa, es decir para el Ambulatorio que cuente en su plantilla - con Director y Administrador propios y para aquellos -- que sean subsidiarios de esa Unidad, renunciándose a - los depósitos provinciales, por estimarse que el proce dimiento no es adecuado para vigilar y controlar de -- una manera rápida y eficaz el consumo de los suplidos- y precisar adecuadamente las responsabilidades en ca-- sos de almacenamiento excesivo de productos perecede-- ros o de adquisición de elementos que después no se -- usan, así como en otros de escasez o irregularidad de- suplidos de material o medicamentos necesarios.

Se estima que concuatro módulos es suficiente para el almacenamiento correspondiente a tres meses de- consumo normal que es el máximo que se autoriza.

Naturalmente, el depósito debe estar al abri- go de condiciones atmosféricas, calor o humedad, que -- pudieran deteriorar los productos allí depositados.

Es igualmente necesario que se dispongan los- accesos a los almacenes , de manera que sea fácil la pe netración de grandes bultos.

También es preciso que los productos almacena dos puedan serlo de tal forma que se faciliten dos co-- sas:

BIBLIOTE[illegible]EL C.I.E.S.

Un control visual fácil del contenido;

Una colocación tal del material que permita - fácilmente organizar su salida tomando primeramente lo- que haya ingresado antes.

2.3.4. Servicios mecánicos.

Naturalmente, no se intenta aquí hacer un proyecto de calefacción y electricidad, pero en el croquis que se acompaña que contiene el esquema fundamental de- las instalaciones, hay los suficientes datos para facilitar considerablemente el proyecto, su ejecución y la- conservación de los Servicios.

2.3.4.1. Calefacción

Se prevé un sistema de calefacción - por aire caliente situando los grupos generadores en el sótano y produciendo el calor mediante combustible sólido o líquido, siendo preferible este último.

De los grupos generadores mencionados saldrá el conducto o batería de conductos verticales a las diferentes plantas, siendo los ramales horizontales fáciles de instalar a lo largo del tabique de separación entre consultas y esperas.

Este tipo de calefacción, aparte de suprimir redes de agua caliente circulante por todo el edificio permite la renovación de aire, tan importante en centros de esta clase; y en su día, o cuando las condiciones climatológicas lo exijan, la adaptación de sistemas de refrigeración con gran facilidad.

2.3.4.2. Red de desagües y saneamientos.

En esquema se aprecia claramente la facilidad de su instalación como consecuencia de la normalización y modulación del edificio.

Las bajantes adosadas a los pilares centrales y cubiertas con cajoneras registrables se unen a la red horizontal situada en la galería de servicios por sus arquetas correspondientes.

2.3.4.3. Red de agua fría y caliente.

En el croquis se aprecia la distribución de estas dos redes que recorren inversamente el mismo itinerario que la red de bajantes.

2.3.4.4. Electricidad.

No es posible tratar en este lugar los diferentes problemas que se presentan a consecuencia

del programa específico de cada Ambulatorio y de las peculiares condiciones del suministro de energía eléctrica en cada caso concreto, pero en cambio queda definido el criterio de redes horizontales de distribución que ya se detallaban en el caso de la consulta tipo, que por generalización deben extenderse a todo el edificio.

En el caso de electricidad, únicamente conviene precisar algunas cuestiones de interés general.

La primera es que, siempre que sea posible, en el Ambulatorio que contenga consultas de Especialidades que hacen uso constante de los Aparatos de Rayos X, se debe obtener la coerriente en alta tensión, a ser posible para todo el edificio, por ser indiscutibles sus ventajas técnicas y económicas.

Técnicamente, resulta de todo punto necesario, que la corriente designada a los aparatos de Rayos X, especialmente en los casos en que se hacen radiografías, no esté sometida a las fluctuaciones de la red, no solamente a las prodedentes del exterior, sino a las del propio edificio que se producen cuando se pone en marcha cualquier motor de ascensor, cualquier bomba o cualquier otro aparato de Rayos X.

Por ello es conveniente que la corriente de ali

mentación de los aparatos de Rayos X proceda de un transformador exclusivo para estos fines.

La segunda es que conviene colocar condensadores con el fin de reducir el coste de la tarifación por energía reactiva.

Las normas remitidas en su día al Servicio de Arquitectura, en las cuales se precisaban las especificaciones relativas a iluminación, continúan vigentes y son de aplicación en todos los casos, pero se insertarán de nuevo más adelante.

2.3.5. Vivienda del Conserje.

La vivienda deberá situarse en planta baja o semisótano y lo más próxima posible a la circulación vertical, debiendo procurar cuente con entrada independiente.

El programa lo constituirán tres dormitorios, una cocina-comedor y un cuarto de aseo, todo ello a desarrollar en una superficie máxima de 75 mts.

Se acompaña, a título informativo, una planta mínima desarrollada en un módulo de la Unidad Consulta-espera.

2.4. Situaciones y agrupaciones de unidades.

Las situaciones de los servicios y unidades por planta, y por importancia, son las siguientes:

Comenzando por las plantas inferiores y por orden de prioridad se situarán, en la planta inferior:

Maternología y Pediatría.

Se procurará situarle inmediato a la entrada, - con el fin de facilitar al máximo el acceso directo a esta consulta.

Practicantes, Envases Clínicos y Medicina General.

En razón al gran número de enfermos que acuden- deben situarse inmediatos a los anteriores.

Pulmón y Corazón.

Por razones que atañen a las características de los enfermos tributarios de esta Consulta, se procurará- que se sitúe en la 1ª planta, para evitar el subir escaleras.

Cirugía y Traumatología.

Porque frecuentemente se trata de casos con incapacidad de movimiento, se situará la Consulta en la 1ª- planta.

Radioterapia.

Por la necesidad de lograr (cuando no se em-- plee plomo) suficiente protección, con un espesor considerable de paredes, conviene se sitúe en plantas infe-- riores.

El resto de las consultas puede escalonarse - en altura, indiferentemente, consignándose tan solo que, los servicios administrativos estarán en la planta baja o en la última.

Agrupaciones de servicios.

Resulta conveniente, para obtener una buena - coordinación en el diagnóstico y tratamiento, así como- para la mejor economía de ciertos dispositivos, lograr- las siguientes agrupaciones de servicios:

a). Situación del Servicio de Radiodiagnóstico

Cuando se instale un solo aparato, las Consultas de Pulmón y corazón, Digestivo, Traumatología y - Cirugía, disfrutarán por el orden indicado del acceso más favorable al servicio de Rayos X.

b). Situación de Electrocardiógrafo.

Deberá estar situado cercano a la Consulta de Corazón pero alejado del aparato de Rayos X y motores.

c). Situación de Metabolimetría

Inmediato a próximo a Digestivo y Nutrición

d). Situación del cuarto de Recuperación.

Lo utilizarán Odontología, Otorrinolaringo- logía y Oftalmología.

3. NORMAS CONSTRUCTIVAS

3.1. Estructura.

Se ha previsto una estructura de pórticos transversales con tres soportes, con vigas de tramos de 5,25 metros con el fin de que las losas de forjado dispuestas longitudinalmente sean de 4 metros. Podrá realizarse la estructura en hormigón o pórticos metálicos con forjados aligerados.

3.2. Cerramientos exteriores.

Se empleará cualquier procedimiento constructivo que permita el máximo aislamiento, utilizando los materiales normalmente existentes aplicables a este fin, siendo los revestimientos exteriores de materiales permanentes y lavables, utilizando sistemáticamente doble carpintería de aluminio con persiana enrollable intercalada.

3.3. Pavimentos.

Se emplearán pavimentos resistentes, siendo norma colocar el solado antes de tabicar con el fin de que las rasantes de piso sean perfectas y permitan cualquier modificación ulterior de la tabiquería.

3.4. Tabiquería interior.

Se utilizará cualquier procedimiento usual en - construcción, tendiendo hacia los más modernos y siempre que sea posible, empleando elementos prefabricados, naturalmente, prestando atención al aislamiento acústico.

3.5. Revestimiento de paredes interiores.

Se alicatará hasta la altura de dinteles, con - excepción de la zona destinada a despacho del médico que podrá revestirse con madera, formica o material- análogo.

3.6.-Carpintería interior.

Se emplearán puertas enrasadas con madera vista recubiertas de barniz plástico y sujetas a cercos metálicos. La altura libre de puertas será de 2,05 metros.

3.7. Fontanería.

Se ha estudiado hasta lograr un prototipo que-- sirva como modelo para todo el Ambulatorio, en tal -

forma que queden unificadas bajantes y ascendentes - de agua fría y caliente, siendo posible disponerlas- en los pilares centrales, alternados, en casos poco- frecuentes, algún pilar intermedio podrá llevar bajantes o ascendentes.

3.8.-Calefacción.

Es conveniente adoptar el sistema de calefacción por aire caliente, distribuído horizontalmente en canalizaciones adosadas al techo y a la línea de pilares interiores. Esta clase de calefacción permite la aireación total del Ambulatorio y en su día la colocación de un equipo de refrigeración.

Todo lo hasta aquí expuesto es normativo y fa-- cilmente aplicable,no sólo al módulo consulta-espera sino a casi todo el Ambulatorio.

3.9. Electricidad.

La distribución adoptada para la instalación -- eléctrica en esta consulta tipo, que en líneas generales puede extenderse a todo el edificio, es la siguiente:

Habrá una red horizontal principal situada por-encima de los dinteles de las puertas de acceso a las consultas, adosada por lo tanto al tabique intermedio longitudinal, del cual sandrán las líneas de alimentación secundarias a la misma altura, tanto en los-- tabiques de separación de las consultas, como por encima de las mamparas.

Los aparatos de iluminación previstos son los - siguientes:

En el interior de la consulta podrá instalarse- un punto de luz encima de la puerta para iluminación general del local, se adosará un aparato telescópico y orientable con concentración de luz mediante pantalla a la pared lateral de la consulta; se instalará- un aparato de iluminación en la mesa del médico que- iluminará también la de la enfermera. Se completa esta iluminación con el aparato propio del mueble metálico del trabajo de la consulta que se reseñará.

Quedan totalmente suprimidos los aparatos de -- iluminación instalados en los techos, por su poca -- utilidad, por simplificación de la instalación y para hacer más fácil la limpieza y mantenimiento.

Se instalarán enchufes de fuerza en los puestos de trabajo previstos en el mueble metálico y tres más en la pared de separación de las consultas opuestas a la zona de despacho. Los tres enchufes ultimamente mencionados tendrán capacidad para la alimentación de un generador de Rayos X, de 100 mA y 100 Kv; todos los enchufes de fuerza irán conectados a tierra por razones de seguridad.

Se considera de elección la iluminación eléctrica con corriente alterna de 110/120 voltios y más de 50 ciclos por segundo, con las siguientes características generales:

A) Clase: incandescente, fluorescente y de vapor de mercurio.

B) Difusión: directa, indirecta y mixta.

C) Color.

D) Intensidad de iluminación. Se empleará en lux

E) Brillo. Se expresará en bujías por centímetro cuadrado.

A los efectos de iluminación de locales especialmente en las situaciones no detalladas específica

mente, se cumplirá lo dispuesto en las disposiciones vigentes de general aplicación.

Se señalan dos escalas de intensidades, una en-lux y otra en bujías pie, porque la primera es la -- utilizada en los tratados españoles de luminotecnia- y la segunda en las publicaciones inglesas y americanas, siendo 10.764 el factor de transformación de bujía-pie a lux.

Cuando se trate de zonas de paso a zonas de espera en las que no se efectúe ningún trabajo preciso o determinado, la iluminación que se considera es la iluminación media, pero cuando se trate de zonas de- trabajo se considerará un plazo horizontal la zona - comprendida entre 0,75 y 1,10 m. de la altura de la- sala. Cuando el plano de trabjo sea vertical se considerará igualmente el mismo margen por delante que por detrás del plano.

En los aseos se prescinde de la iluminación de- techo, situando el aplique sobre el espejo de modo - que el reflejo no vaya directamente a la vista del - usuario, estimándose igualmente que basta la luz reflejada para la iluminación.

En el siguiente cuadro se detallan las diferentes situaciones, emplazamientos y locales que se han considerado, estimándose que por analogía puede resolverse la iluminación de los no mencionados.

SITUACION	CLASE	DIFUSION	COLOR	INTENSIDAD LUX	INTENSIDAD BUJIAS PIE
Fachada	I o F	Se considera discrecional a cargo del Arquitecto.			
Accesos					
Avenida	I	Directa	Blanco	0'05	
Principal	I	Mixta	"	18'00	
Personal Téc. y Administrativo	I	"	"	18'00	
Personal Subal.	I	"	"	18'00	
Urgencia	I	Directa	Roja	25'00	
Suministros ...	I	Mixta	Blanco	18'00	
Combustibles ..	I	"	"	18'00	
Interior					
Vestíbulos	I o F	Mixta	Blanco	70	15
Pasillos	I o F	"	"	50	15
Escaleras	I o F	"	"	50	6
Ascensores y montacargas ..	Se puede instalar una luz ultravioleta germicida.				
Despachos-consultas	I	Mixta	Blanco	150	
Yesos	I	"	"		15
Radiología gral.	I	"	"		15
Radiología acomodación	I	Directa	Roja	0'1	
Urgencia	I	Mixta	Blanco		50-100
Mecanoterapia .	I	"	"		50-100
Fisioterapia ..	I	"	"		15
Estación enfermeras	I	"	"	90	
Farmacia	I	"	"		30
Laboratorio general	I	"	"	250	20
Laboratorio mesas	I	"	"	250	30
Laboratorio fino	I	"	"	250	50
Despachos administrativos ..	I	"	"	120	25
Oficinas y Secretarías	I	"	"	150	50
Sala de Juntas	I o F	"	"	120	20
Sala de Visitas	I	"	"	50	10
Roperos	I	"	"		10
Aseos y lavabos	I	Directa	"	100	10
Plancha y costª	I	Mixta	"	200-400	20-60
Lavadero	I o F	"	"	80	15-20
Almacenes	I o F	"	"	40-100	20-20
Calderas	I o F	"	"	60	
Centralita telefónica	I	"	"	150	

4. DOCUMENTACION.

La necesidad de estudiar con carácter permanente el resultado y rendimiento de los edificios que componen el conjunto de Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de Previsión, por no tener los programa realizados un carácter estático, exige la comparación de todos los edificios entre sí, siendo para ello indispensable contar con un patrón o esquema que permita establecer rápidamente las comparaciones oportunas, con vistas a futuros desarrollos o modificaciones.

Para ello es indispensable hacer una descripción detallada del edificio y que la ordenación de datos esté rigurosamente normalizada, para lo cual se adopta un formato tipo de Memoria descriptiva, cuyo modelo se acompaña y que siendo en sí lo suficientemente explícito no precisa glosa o comentario alguno.

Remata la Memoria descriptiva una Ficha general del edificio cuyo formato deberá daptarse en cada momento al que mejor pueda servir a los propósitos de archivo o mecanización de empleo normal en el Instituto.

4.1. Esquema de la Memoria descriptiva.

Ambulatorio de .....

Provincia de .....

1.00 Consideraciones generales.

En este apartado se indicarán las relaciones con el encargo del proyecto y el programa de necesidades formulado por el Servicio de Instituciones Sanitarias.

1.0.1. Programa de necesidades:

Unidades sanitarias

		Número	Módulos teóricos
1.	Medicina general	N	N
2.	Practicantes	N	N
3.	Envases clínicos	1	1
4.	Pediatría de zona	1	2
		2	3
		3	5
		4	6
5.	Servicio de urgencia . . .	1	1
6.	Tocología	N	N
7.	Laboratorio	1	2, 3, 4
8.	Radiología y electrología	1	3, 4, 5
9.	Mecanoterapia	1	2
10.	Aparato respiratorio . . .	N	N
11.	Electrocardiografía . . .	1	1
12.	Aparato digestivo y Rayos X	1	2
		2	3
		3	5
13.	Dermatología	N	N
14.	Neuropsiquiatría	N	N
15.	Endocrinología	N	N
16.	Pediatra consultor y Rayos X	N	N
17.	Cirugía y curas	1	1
		2	3
18.	Traumatología y yesos . .	1	2
		2	3
		3	5
19.	Urología	1	1
		2	3
20.	Ginecología	N	N
21.	Oftalmología	N	N
22.	Otorrinolaringología . . .	N	N
23.	Sala de pequeñas intervenciones y recuperación . .	1	1
24.	Odontología	N	N
25.	Archivo de historias clínicas	1	1, 2

1.0.1.1. Total de unidades sanitarias

Unidades administrativas

1.	Director	1	$\frac{1}{2}$
2.	Administrador	1	$\frac{1}{2}$
3.	Enfermera-jefe	1	$\frac{1}{2}$
4.	Visitas y espera	1	$\frac{1}{2}$
5.	Inspectores	N	N/2
6.	Enfermeras-visitadoras . .	1	$\frac{1}{2}$
7.	Empleados de Inspección .	1	$\frac{1}{2}$; 1
8.	Espera público	1	$\frac{1}{2}$
9.	Empleados administrativos	1	$\frac{1}{2}$

		Número	Módulos teóricos
10.	Agencia	1	2
11.	Sala de reuniones	1	1
1.0.1.2	Total de unidades administrativas		

Unidades auxiliares

		Número	Módulos
1.	Vestuario enfermeras	1	(1)
2.	Vestuarios subalterno	1	$\frac{1}{2}$ + $\frac{1}{2}$
3.	Electricidad	1	1, 2
4.	Calefacción y combustible	1	2, 3, 4
5.	Almacenes	1	2, 3, 4
6.	Lavadero	1	1
7.	Vivienda del Conserje	1	1, $1\frac{1}{2}$
1.0.1.3.	Total unidades auxiliares		

(1). Número total de Unidades sanitarias, dividido por 12.

1.0.1.4. Total de Unidades: 1.01 + 1.0.2 + 1.0.3.

1.0.1.5. Total de Módulos Teóricos.

1.1.0. Idea general del proyecto y distribución.

1.1.0.1. En relación con el emplazamiento. Se - relacionará todo lo referente al emplazamiento del - solar donde se proyecta el Ambulatorio, así como su- relación con vias urbanas o interurbanas y circula-- ciones exteriores dentro del edificio propiamente di cho.

1.1.0.2. En relación con el medio ambiente, Se- justificará el criterio constructivo aplicado al pro yecto, teniendo en cuenta la climatología, orientación y demás circunstancias locales, especificando en este apartado claramente el tipo de cubiertas que se adop- ta y los paramentos exteriores.

1.1.1. Accesos de personal, médico y enfermeras. Se indicará el acceso o accesos para este tipo de -- personal.

1.1.2. Accesos personal subalterno. Igual al -- apartado anterior.

1.1.3. Acceso de enfermos: Igual al apartado -- 1.1.1.

1.2.0. Circulaciones horizontales y verticales. Se indicarán todas y cada una de las circunstancias- horizontales y verticales, así como su enlace entre ellas:

1.2.1. Circulación de médicos y enfermeras. Caso de ser indpendiente, se especificará en este apartado.

1.2.2. Circulación de enfermos. En este apartado se reseñará la circulación de enfermos y su relación con las generales.

1.2.3. Otras circulaciones. En este apartado se desarrollarán las circulaciones de suministros, combustibles, etc.

2.0.0. Memoria técnica constructiva.- En este apartado se indicará en forma general el sistema constructivo -- del edificio con sus características más salientes,- siguiendo el orden que se acompaña coincidente con - elde los distintos capítulos del presupuesto ya normalizado.

2.1.0. Movimiento de tierras. Se reseñarán las- partidas principales que intervienen en esta construcción.

2.2.0. Cimentación. id. id.

2.3.0. Saneamiento.

2.4.0. Estructura.

2.5.0. Albañilería.

2.6.0. Cantería.

2.7.0. Pavimentación y zócalos.

2.8.0. Marmolistería.

2.9.0. Carpintería de taller.

2.10.0. Carpintería metálica.

2.11.0. Vidriería.

2.12.0. Cerrajería y metalistería.

2.13.0. Decoración.

2.14.0. Pintura.

2.15.0. Fontanería.

2.16.0. Calefacción.

2.17.0. Electricidad.

2.18.0. Aparatos elevadores.

2.19.0. Acondicionamiento en aire.

2.20.0. Varios

2.21.0. Urbanización y cerramientos

2.22.0. Plazo de ejecución. En este apartado se reseñará el plazo de ejecución a partir de la firma del contrato.

2.23.0. Se acompañará el Pliego general de Condiciones del I.N.P.

3.0.0. Presupuestos.- El presupuesto se desglosará en dos grandes partidas principales, la primera de las cuales estará constituída por las unidades de construcción del edificio propiamente dicho, desde cimientos a cubiertas, incluídas las excavaciones propias del edificio y todas sus instalaciones, siguiendo el orden de artículos aprobados con anterioridad y expuestos en los núms. 2.10 a 2.20.

3.1.0. Independientemente de la partida anterior se realizará un presupuesto de urbanización, acometidas y desagues en la que se especificará el resto de las partidas no incluídas en las anteriores, partidas que no serán consideradas en los datos recogidos en la ficha técnica del proyecto.

4.0.0. Ficha General.

Proyecto de: Ambulatorio

Localidad: .....

Provincia: .....

Arquitecto,

D. .....

4.1.0.	Superficie edificada en planta general (máxima planta)	.....	m/2
4.2.0.	Superficie total edificada medida a haces exteriores (sin incluir cubierta ni cimientos) .	.....	m/2
4.3.0.	Superficie por Unidad sanitaria	$\frac{(4.2.0.)}{1.0.1.1.}$	
4.4.0.	Superficie por Unidad en general	$\frac{(4.2.0.)}{1.0.1.4.}$	
4.5.0.	Superficie por módulo teórico .	$\frac{(4.2.0.}{1.0.1.5.\text{ de módulos teóricos})}$	
4.6.0.	Presupuesto general sin urbanización		
4.7.0.	Costo por metro cuadrado	$\frac{(3.0.0.)}{4.2.0.}$	
4.8.0.	Costo por unidad sanitaria . . .	$\frac{(3.0.0.)}{4.3.0.}$	
4.9.0.	Costo por unidad en general . .	$\frac{(3.0.0.)}{4.4.0.}$	
4.10.0.	Presupuesto de urbanización, acometidas y desagüe		

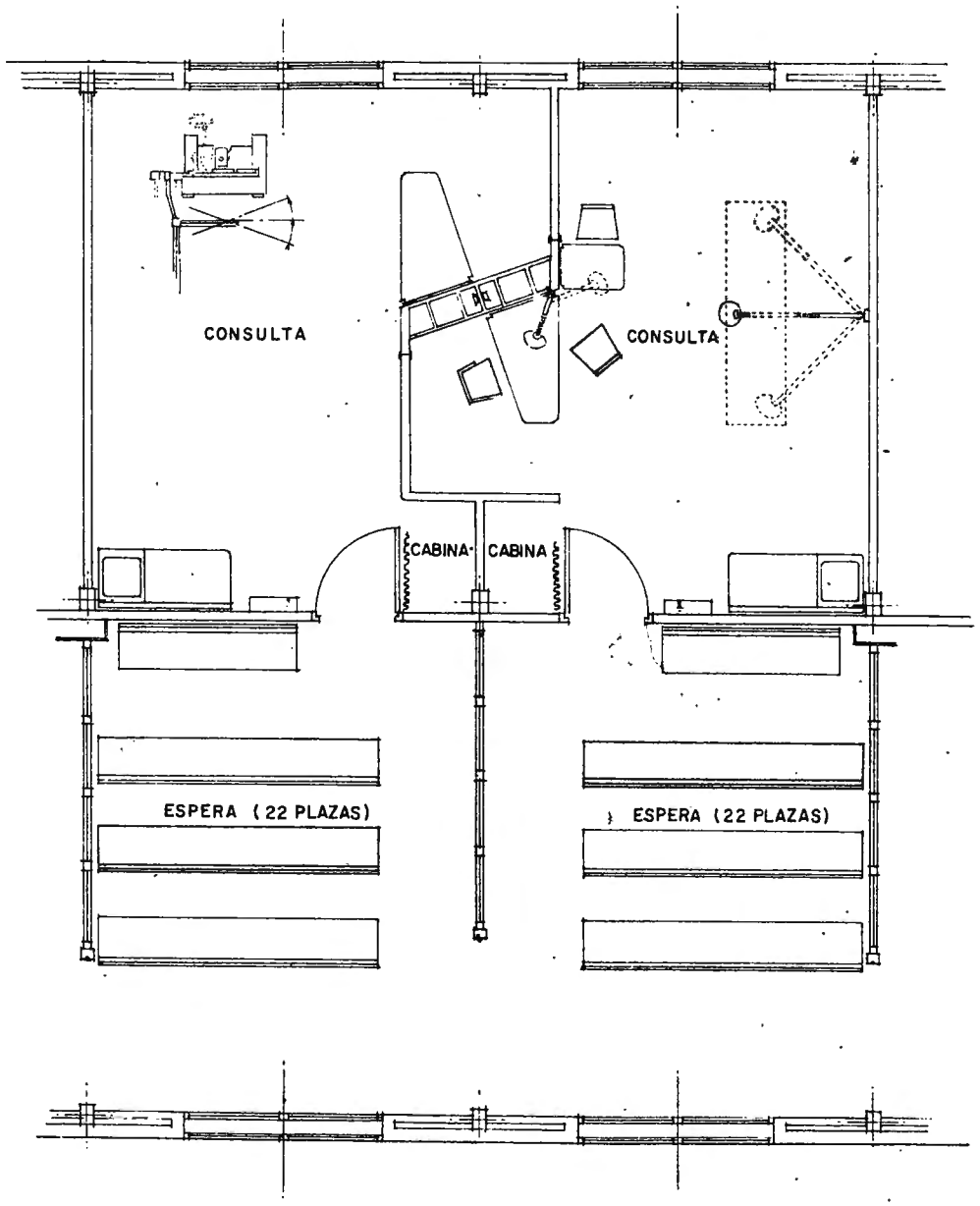
5. PLANOS DE DESARROLLO

5.1. Consulta tipo planta.
5.2. Consulta tipo alzados.
5.3. Consulta tipo eléctrico.
5.4. Detalle de mueble-ropero-mesa para consulta tipo.
5.5. Mueble metálico fijo para consulta.
5.6. Modelo de banco, silla, sillón y taburete para espera consulta.
5.7. Sala de espera y librería.
5.8. Servicio de Digestivo.
5.9. Servicio de Digestivo (solución 2ª).
5.10. Servicio de Pediatría.
5.11. Servicio de Radiodiagnóstico.
5.12. Servicio de Laboratorios.
5.13. Servicio de Laboratorio (solución con dos módulos).
5.14. Unidad elemental de oficinas y archivo.
5.15. Sala de conferencias.
5.16. Grupo de aseos para personal facultativo y público.
5.17. Vivienda Conserje.
5.18. Esquema de circulación de historias clínicas.
5.19. Esquemas del nudo de circulaciones en Ambulatorio con ascensores.
5.20. Esquemas de agrupación de módulos y circulaciones.
5.21. Dirección y Administración.
5.22. Esquema de redes de distribución.- Situación del almacén.
5.23. Gimnasio.

- - - -

CONSULTA TIPO

PLANTA

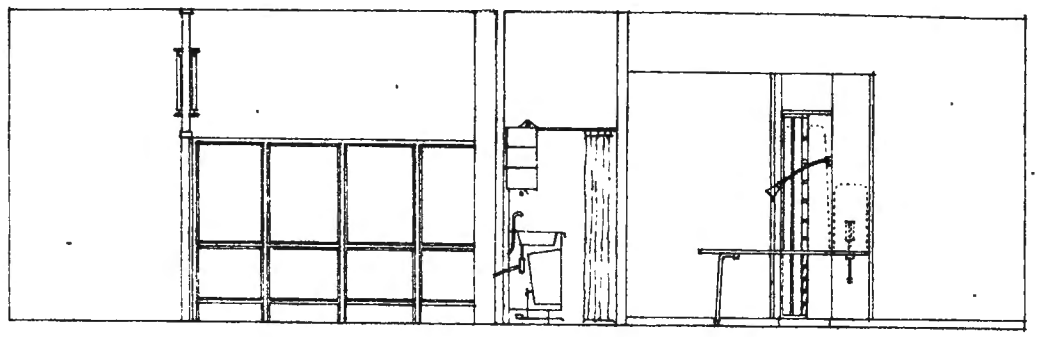


ESCALA 1:50

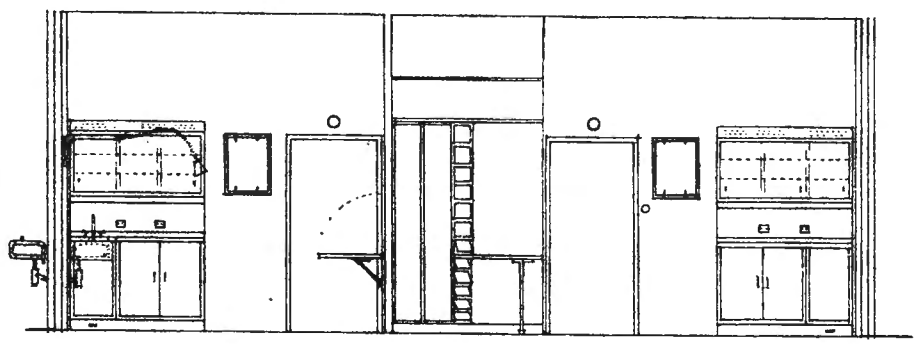
MADRID · MAYO · 1952

CONSULTA TIPO

ALZADOS



SECCION LONGITUDINAL

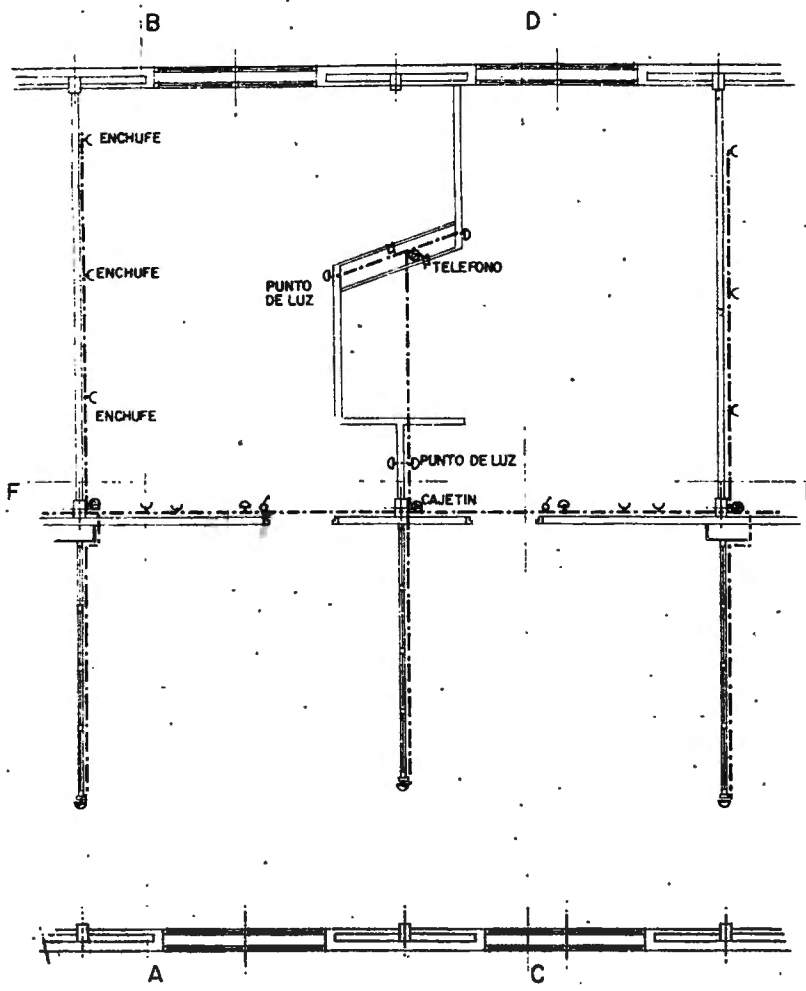


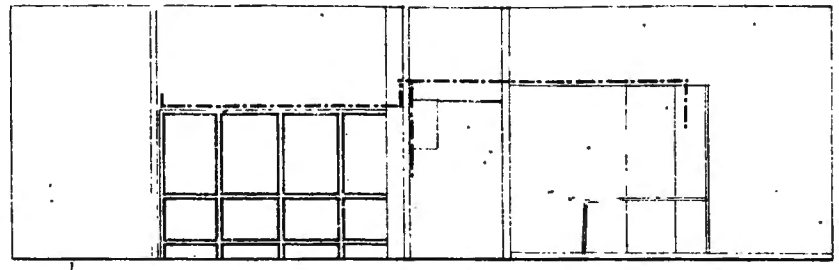
SECCION TRANSVERSAL

ESCALA 1:50

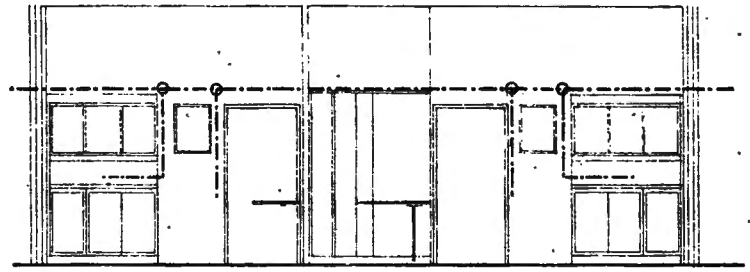
MADRID · MAYO · 1962

CONSULTA TIPC
ESQUEMA ELECTRIC

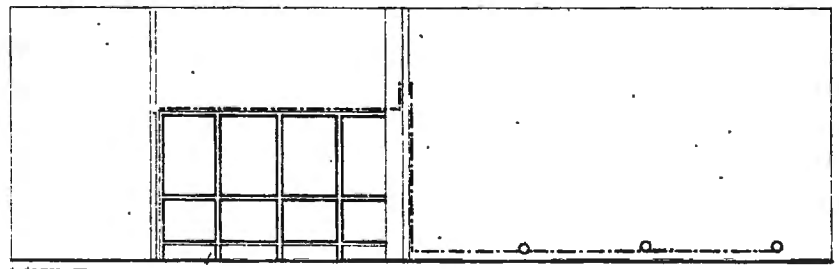




FRENTE C-D



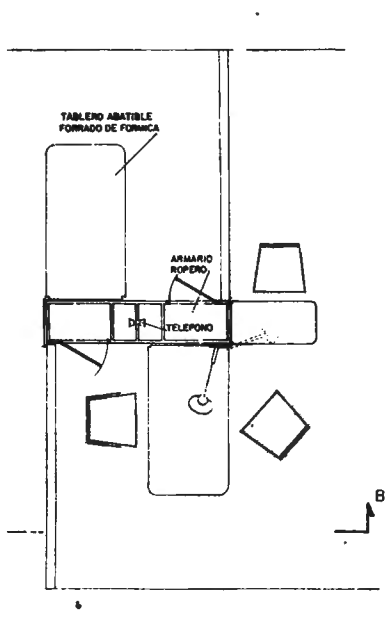
FRENTE E-F

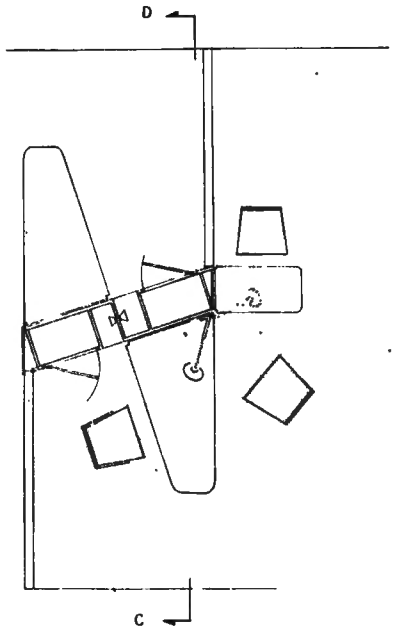


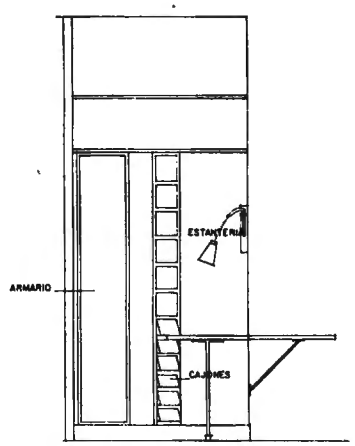
FRENTE A-B

ESCALA

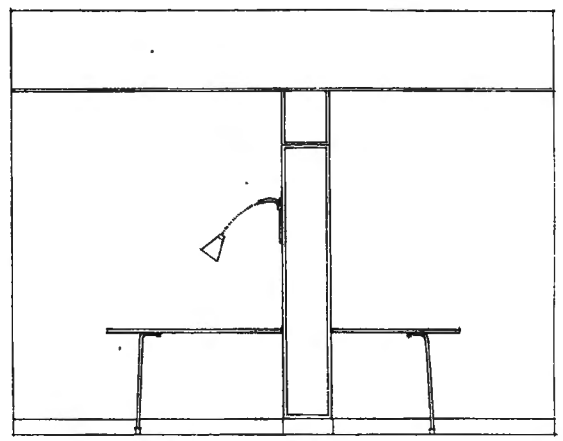
DETALLE DE MUEBLE-ROPERO-MESA
PARA CONSULTA TIPO







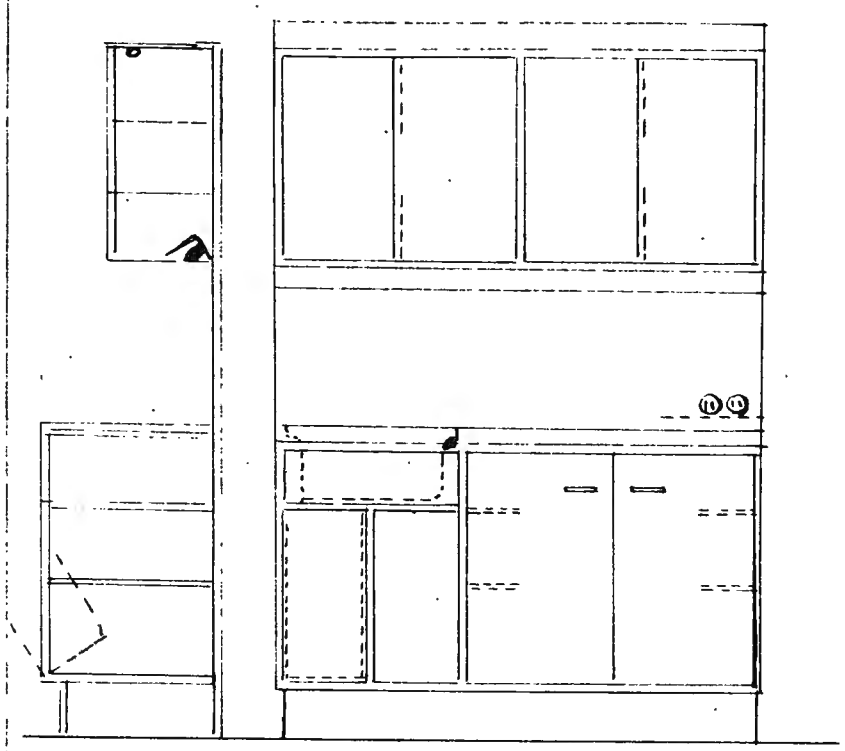
SECCION A-B



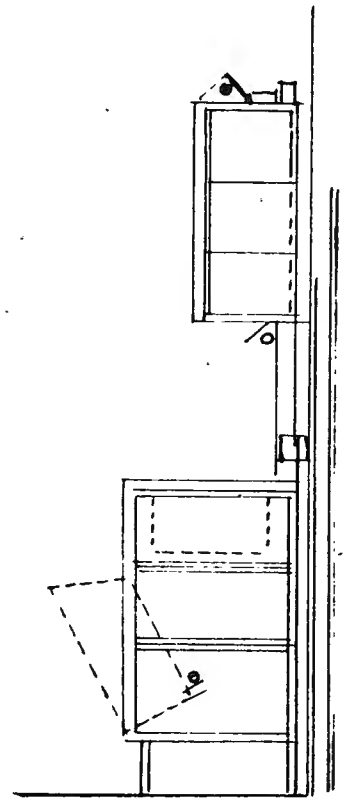
SECCION C-D

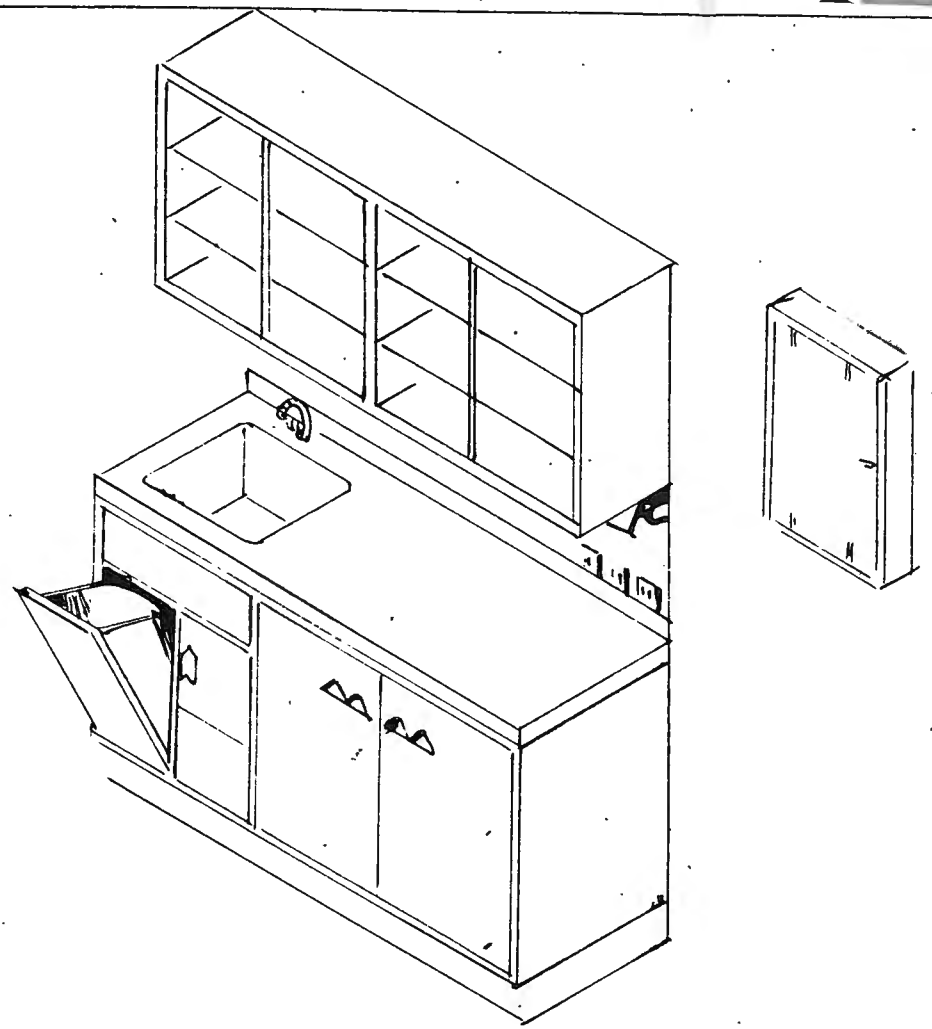
ESCALA 1:20

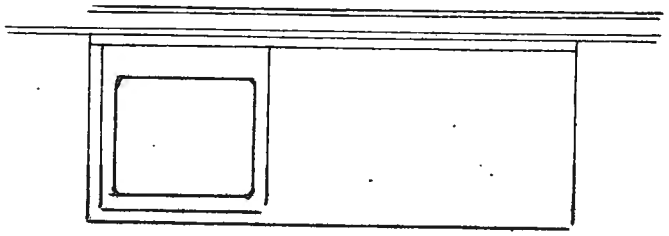
MADRID-MAYO-1962



VARIANTE

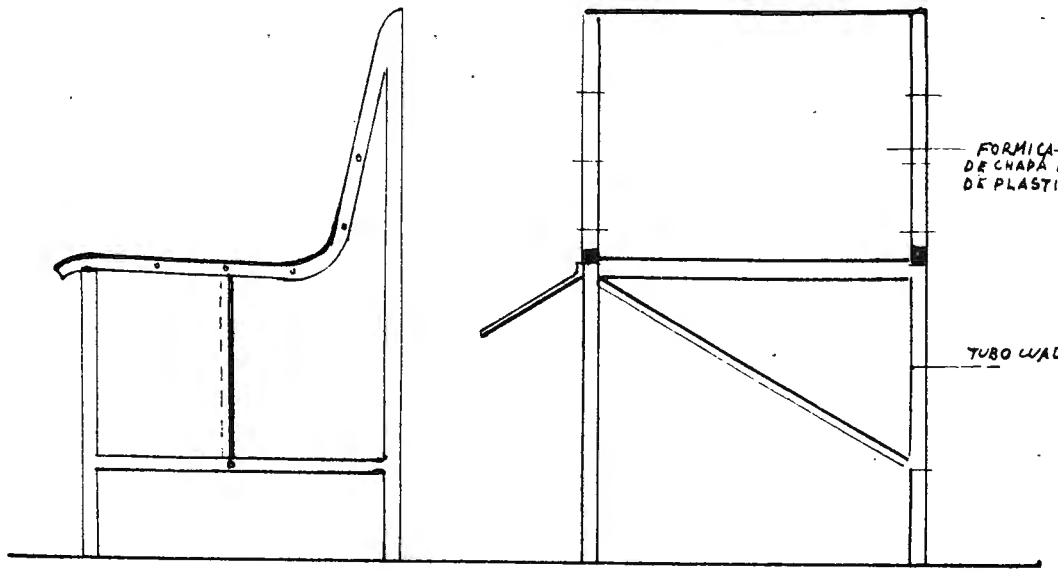




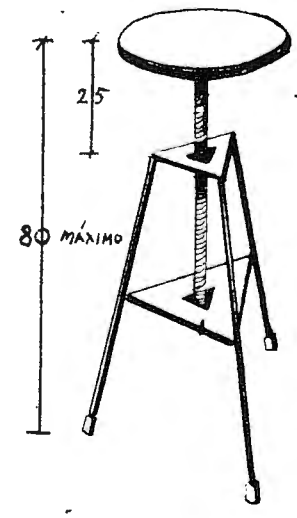


MUEBLE METÁLICO FIJO PARA CONSULTA
ESCALA 1:10

BANCO

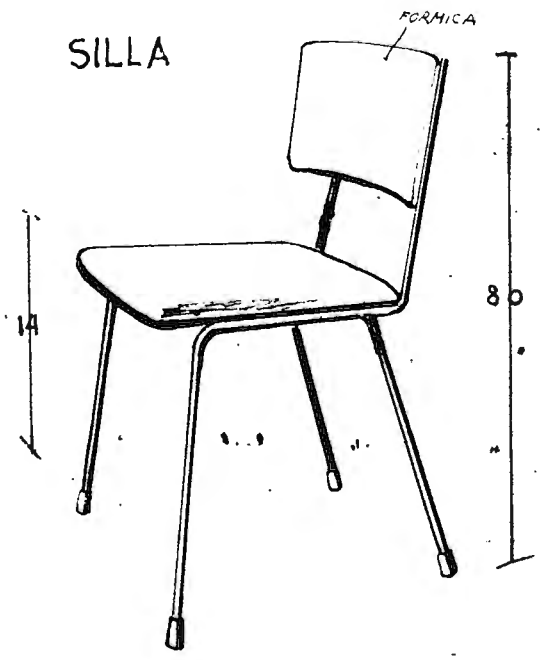


ESCALA 1:5

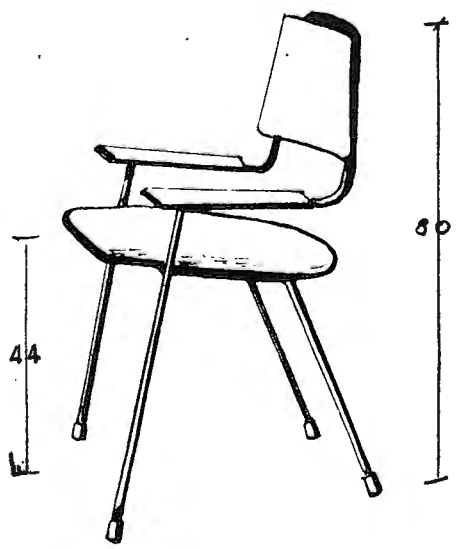


TABURETE

SILLA



SILLÓN

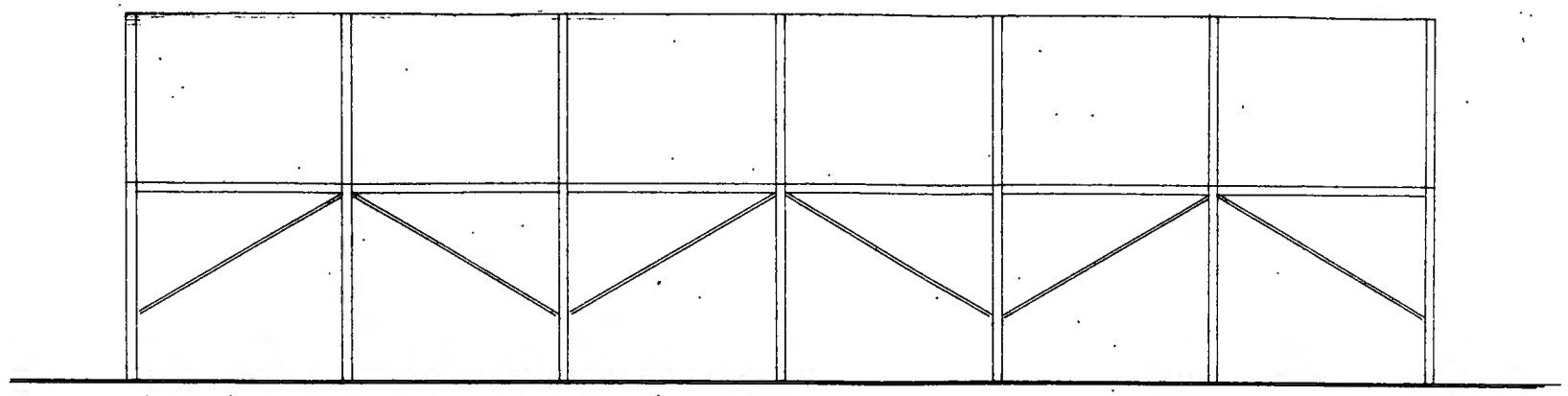


INSTITUCION OPTIMA

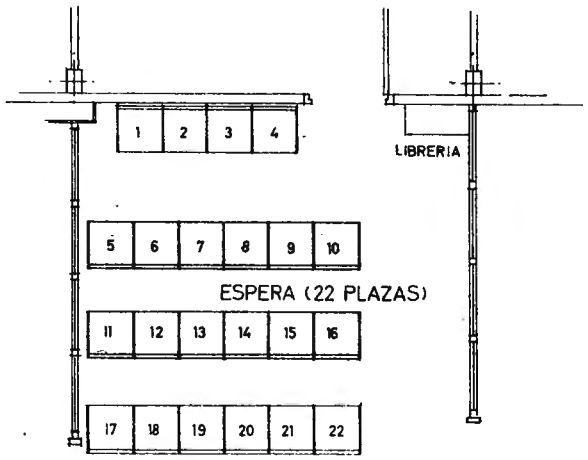
MODELO DE BANCO, SILLA. SILLON Y TABURETE PARA ESPERA Y CONSULTA

MADRID 24 MARZO 1962
EL ARQUITECTO

SALA DE ESPERA Y LIBRERIA

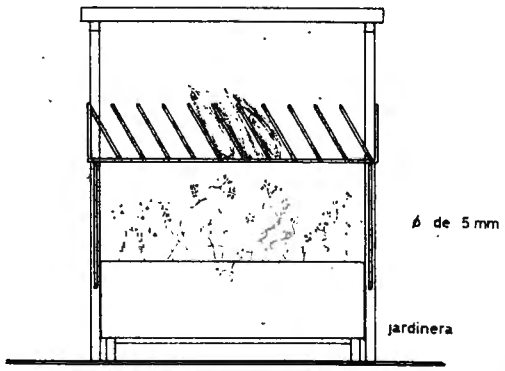


BANCO DE 6 PLAZAS

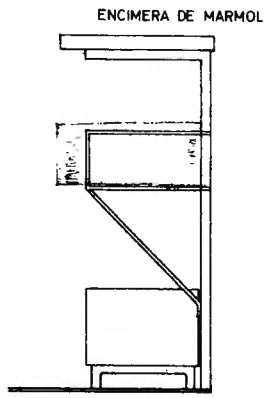


PLANTA

LIBRERIA



ALZADO

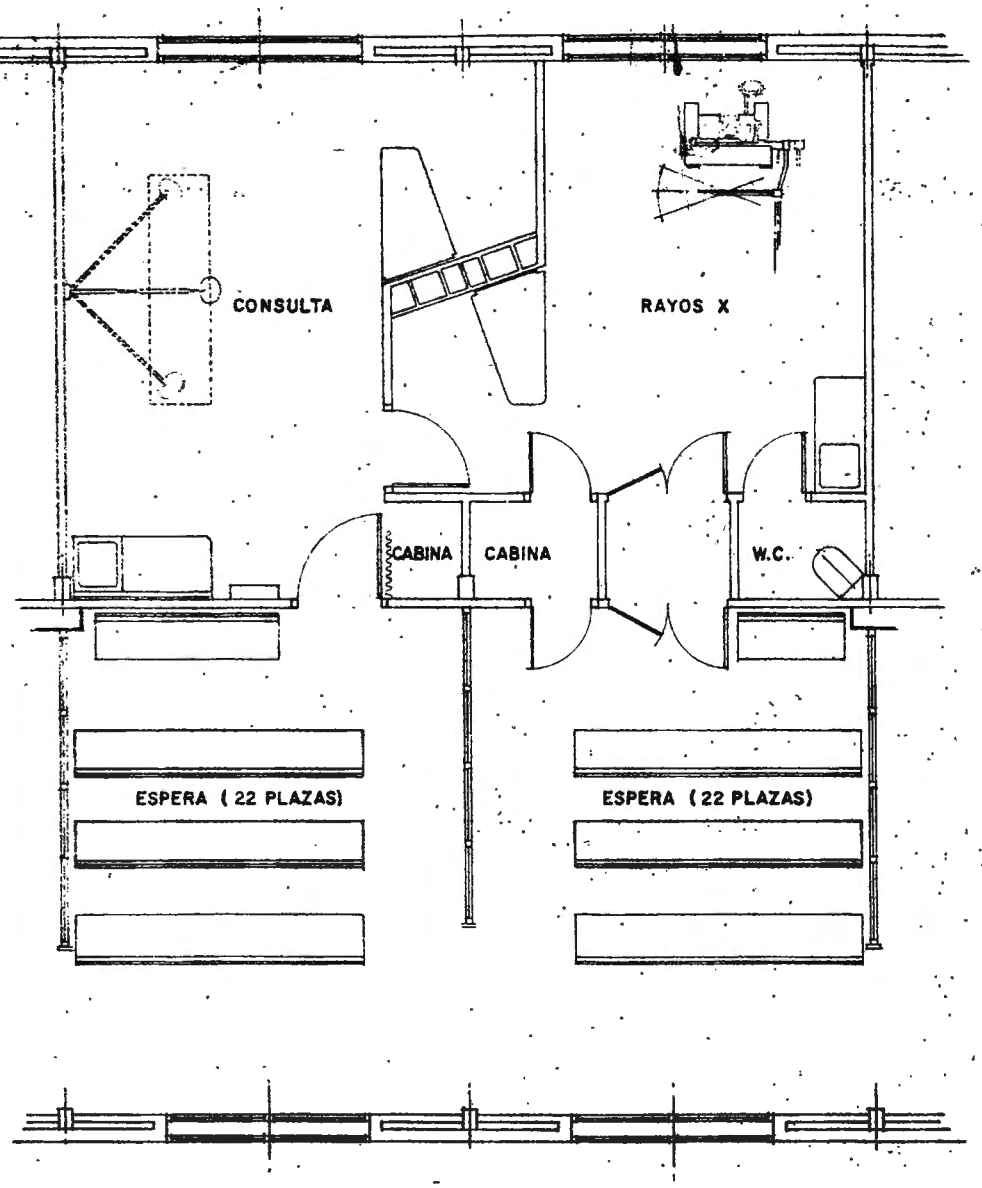


SECCION

ESCALA 1:10 Y 1:50

MADRID · OCTUBRE · 1962

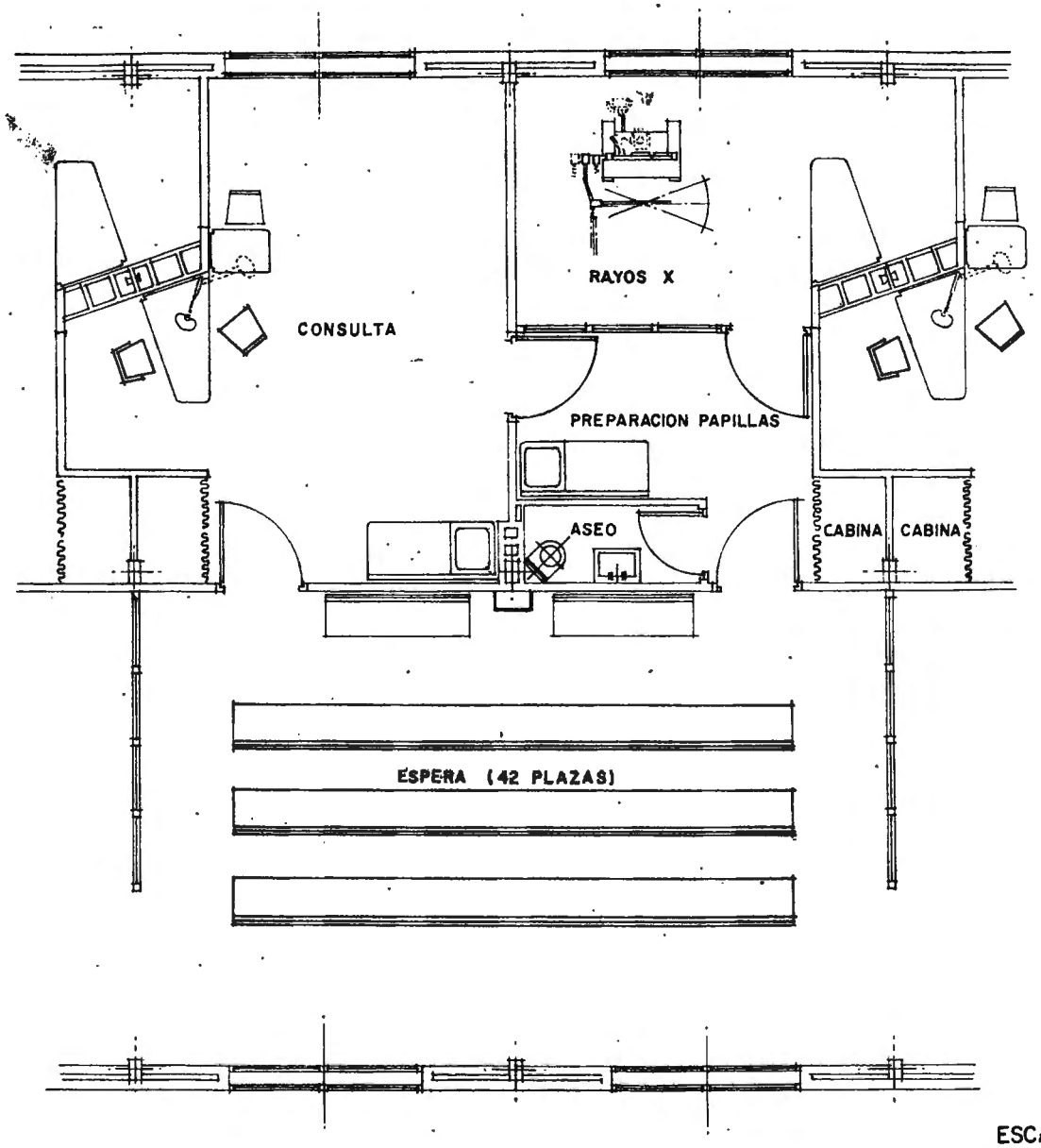
SERVICIO DE DIGESTIVO



ESCALA 1:50

MADRID·MAYO·1962

SERVICIO DE DIGESTIVO
(SOLUCION A)

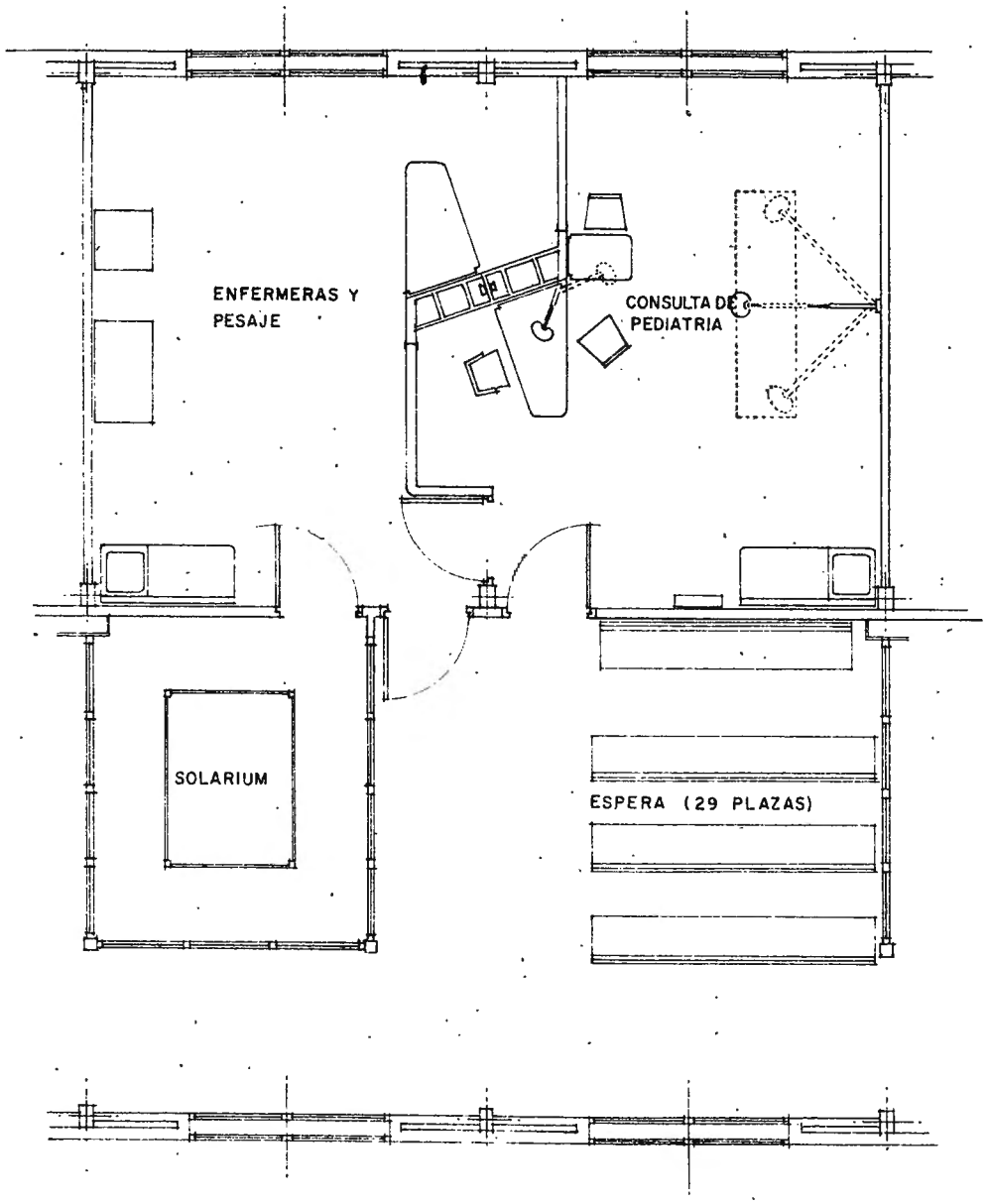


ESCALA 1:50

MADRID · MAYO · 1962

BIBLIOTECA DEL C.L.S.S.

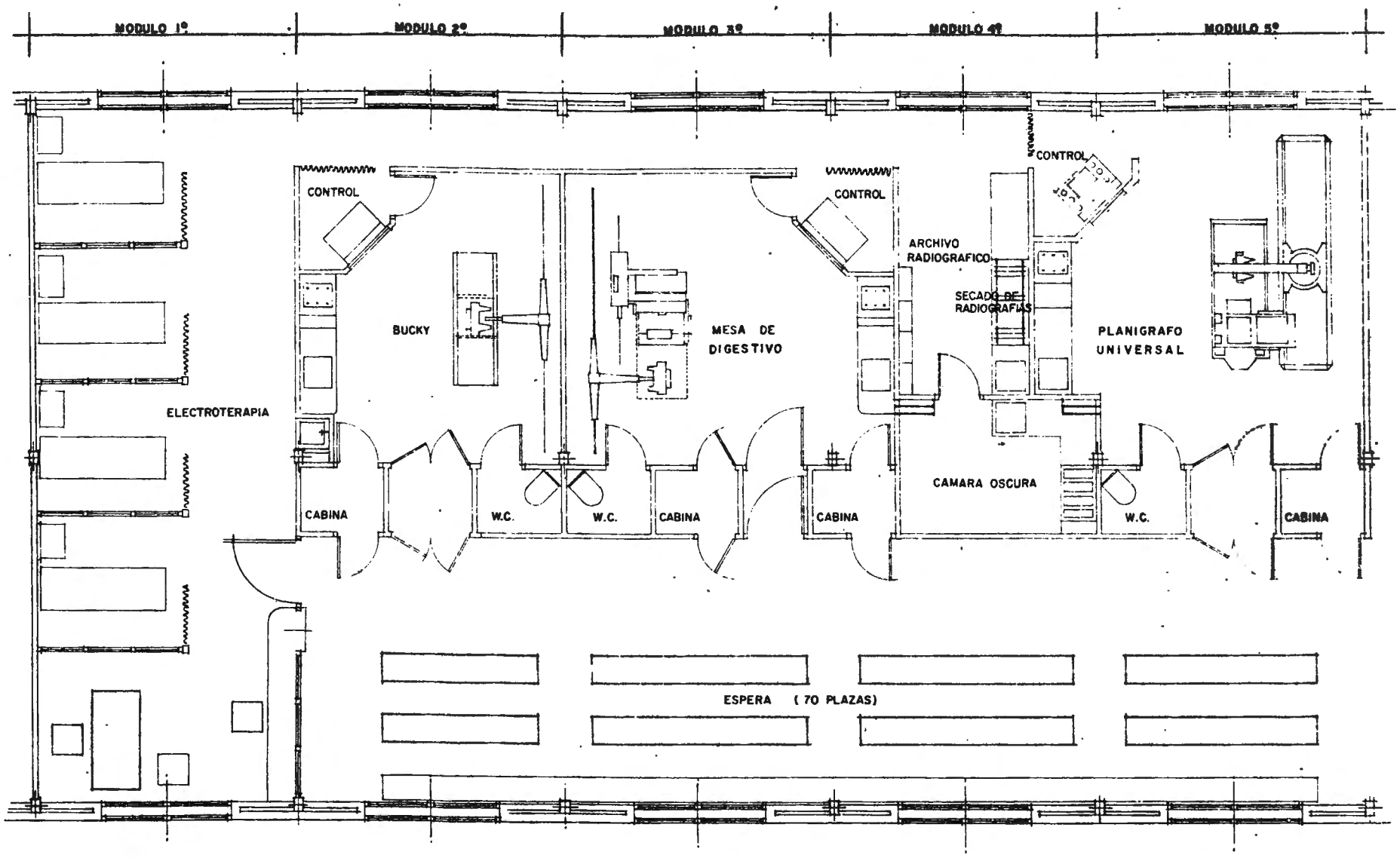
SERVICIO DE PEDIATRIA



ESCALA 1:50

MADRID · MAYO · 1962

SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO



ESCALA 1:50

MADRID·MAYO·1962

SERVICIO DE LABORATO

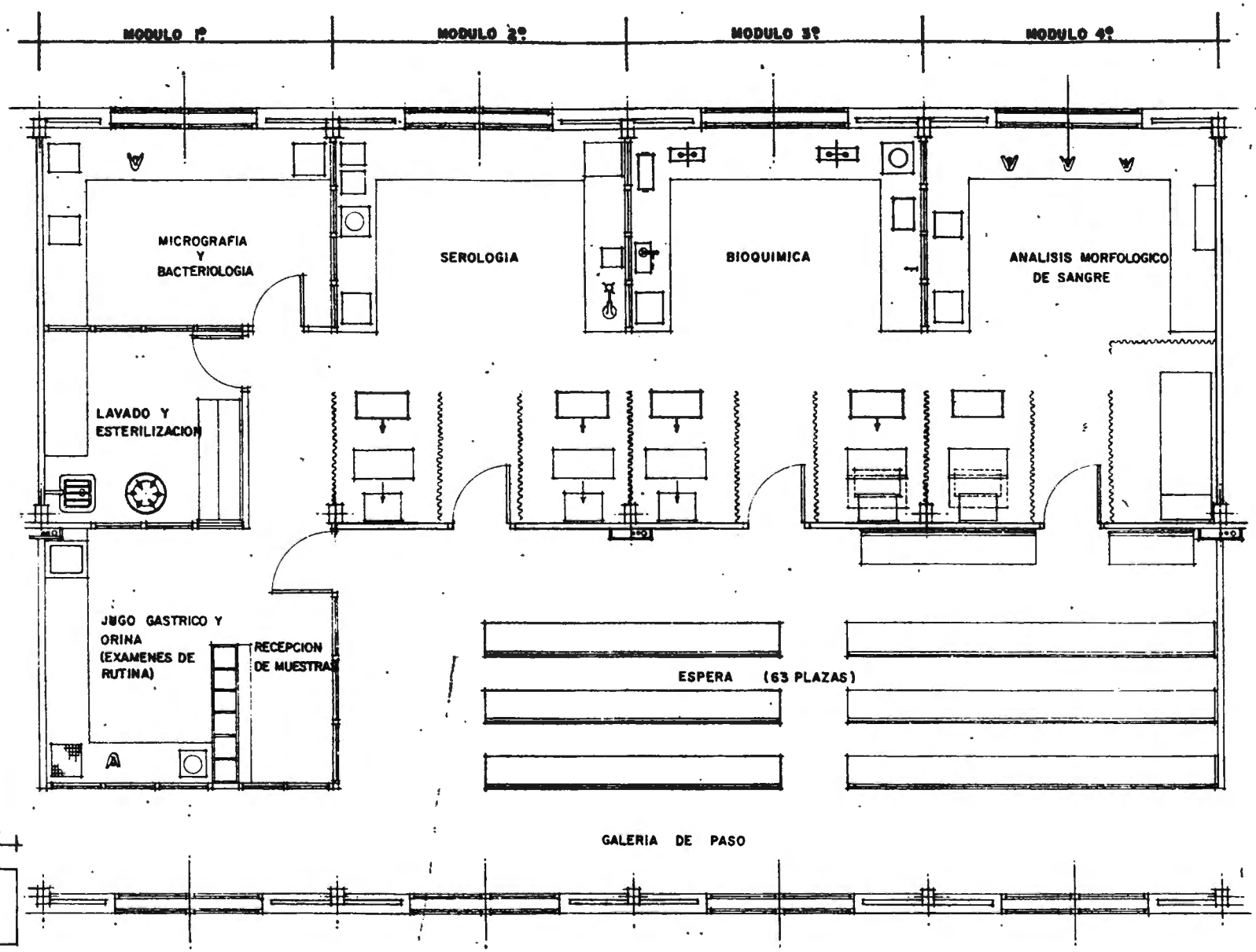
SOLUCIONES

1º

1º 2º

1º 2º 3º

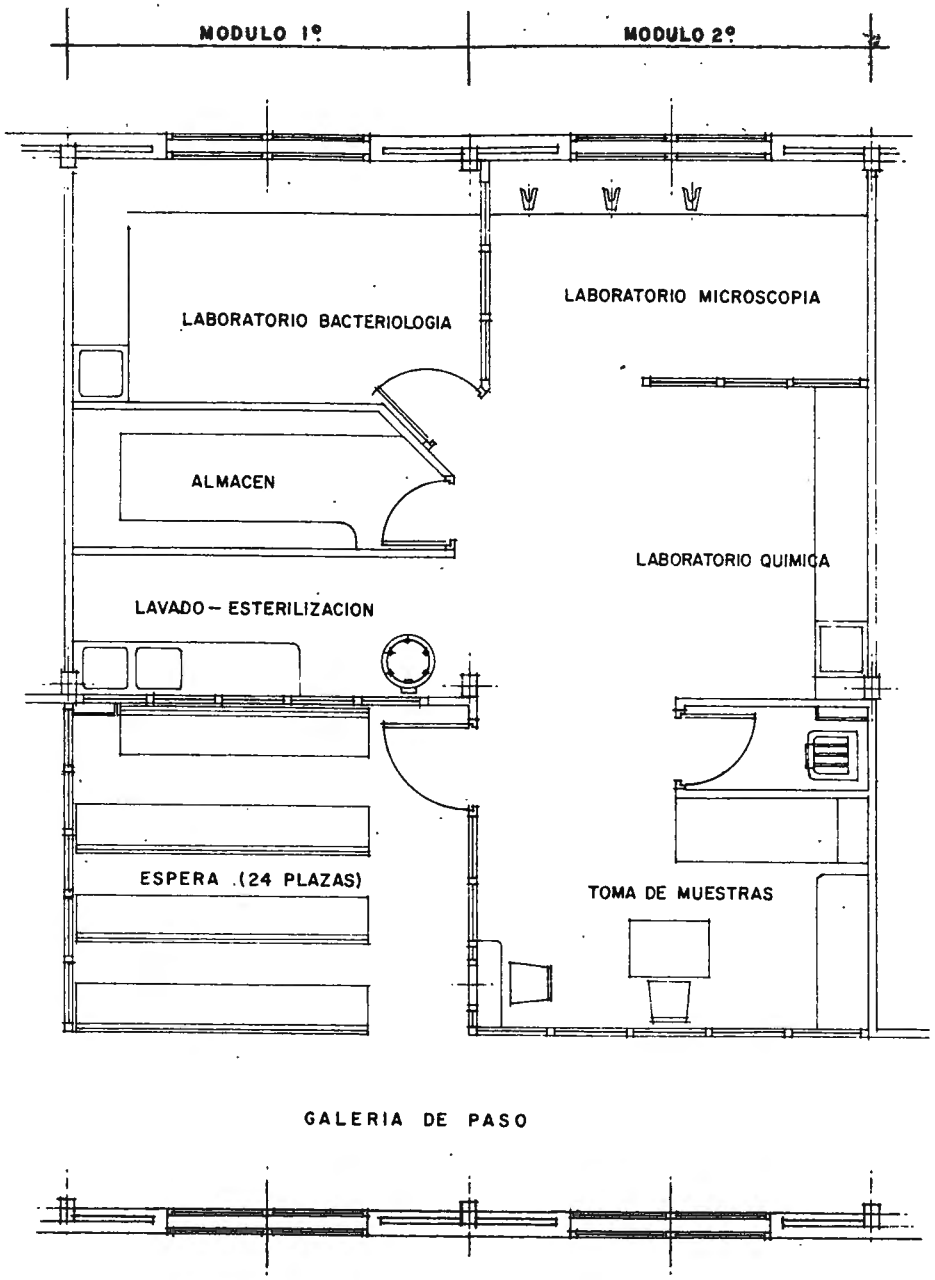
1º 2º 3º 4º



ESCALA · 1:50

MADRID · MAYO · 1962

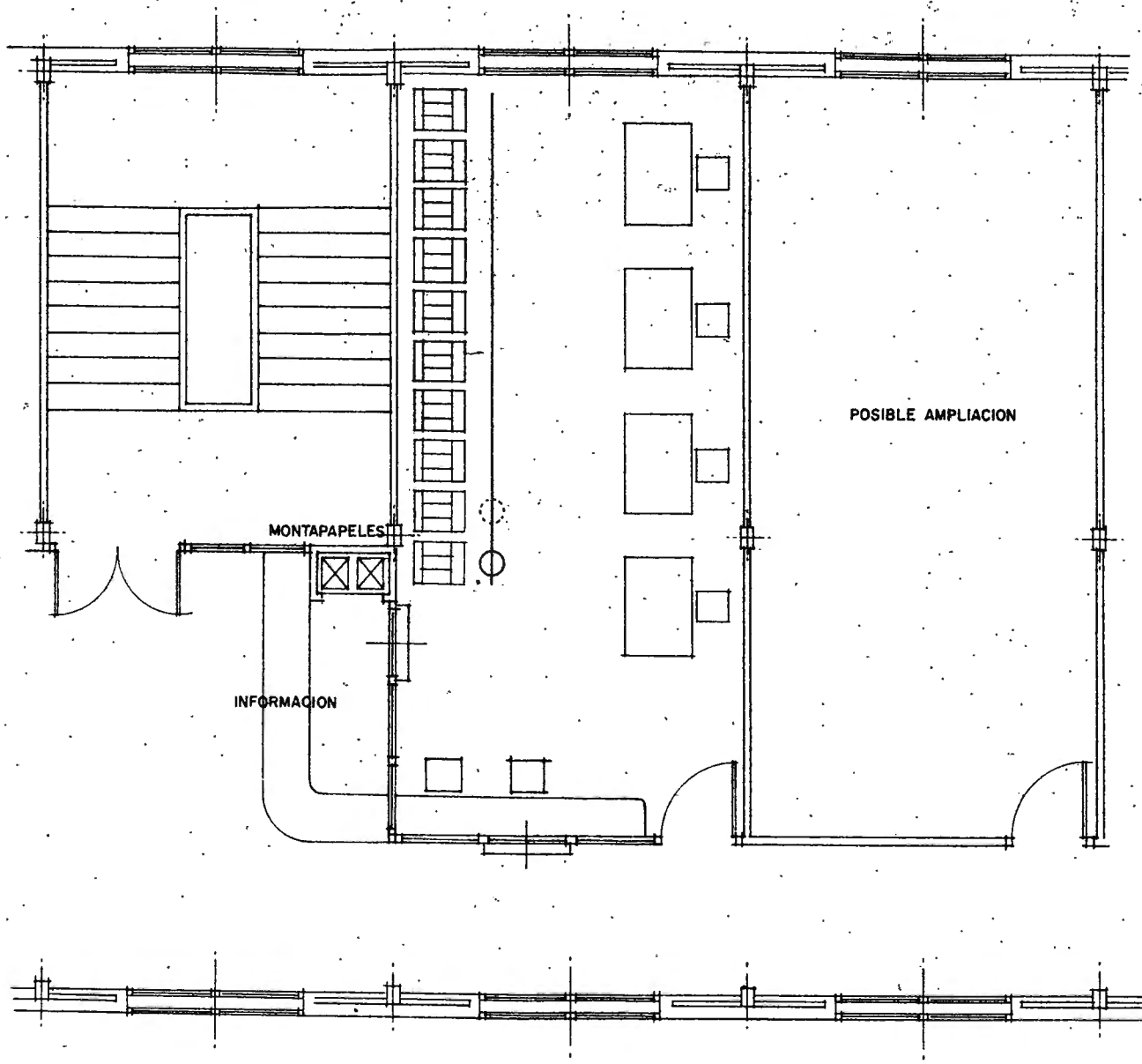
SERVICIO DE LABORATORIO
(DOS MODULOS)



ESCALA 1:50

MADRID · MAYO · 1962

UNIDAD ELEMENTAL DE OFICINAS Y ARCHIVO

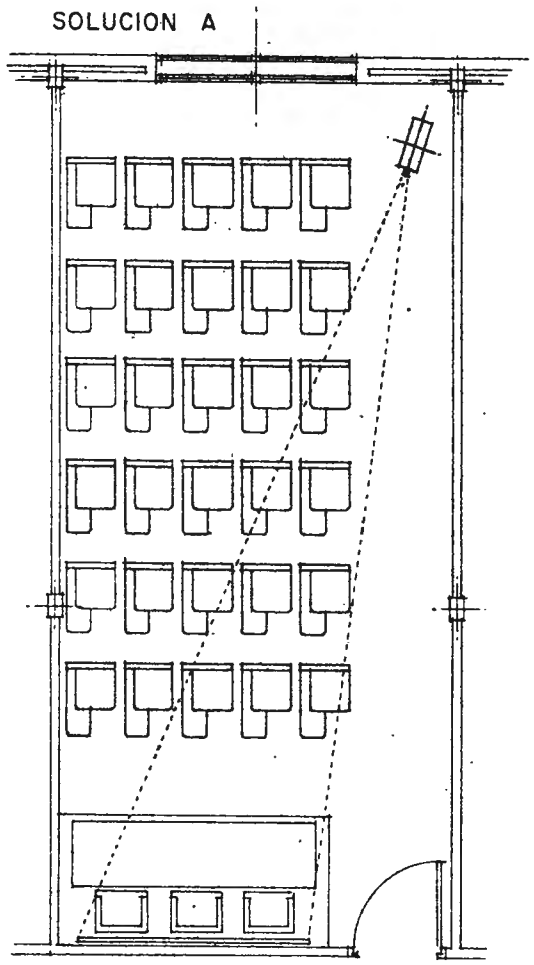


ESCALA 1:50

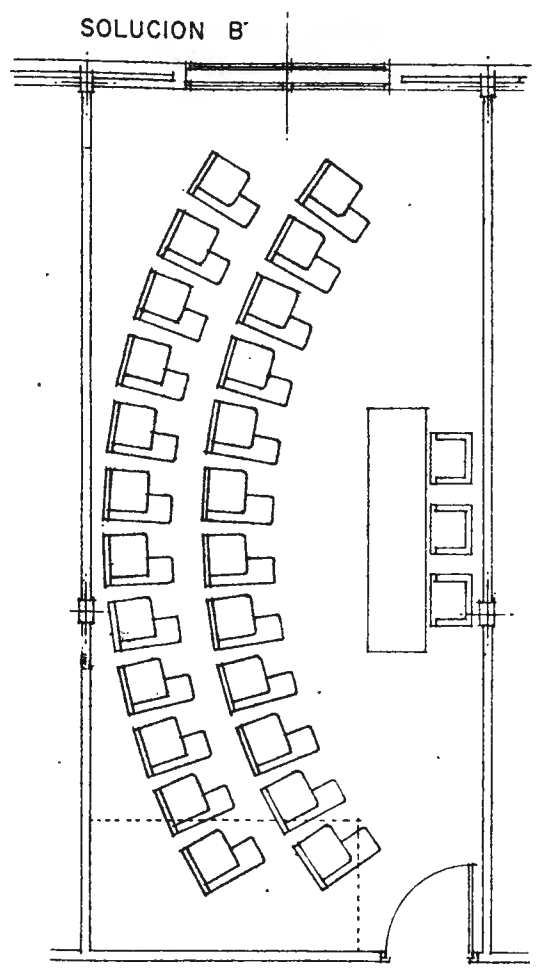
MADRID · MAYO·1962

SALA DE CONFERENCIAS

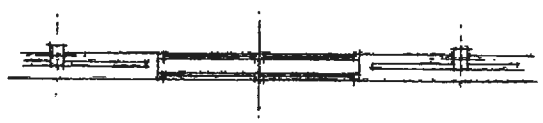
SOLUCION A

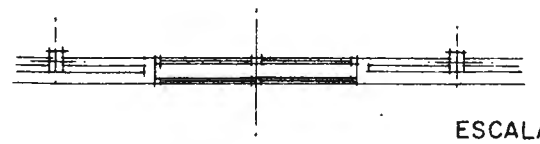


SOLUCION B



GALERIA DE PASO

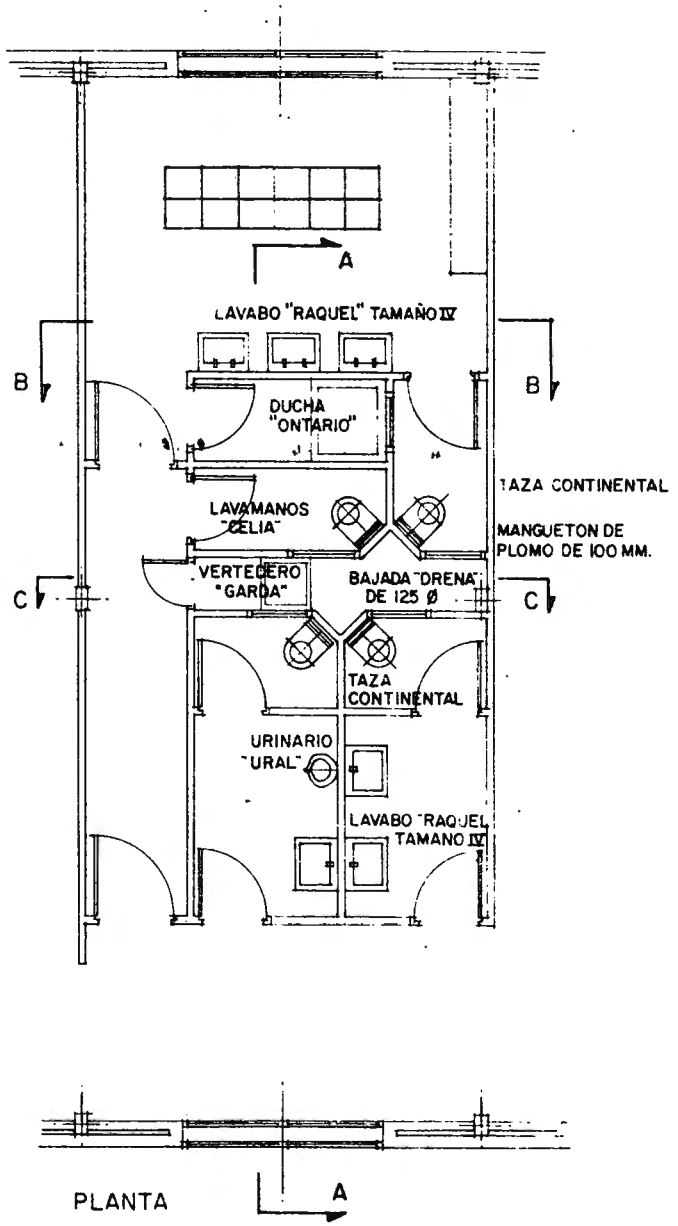


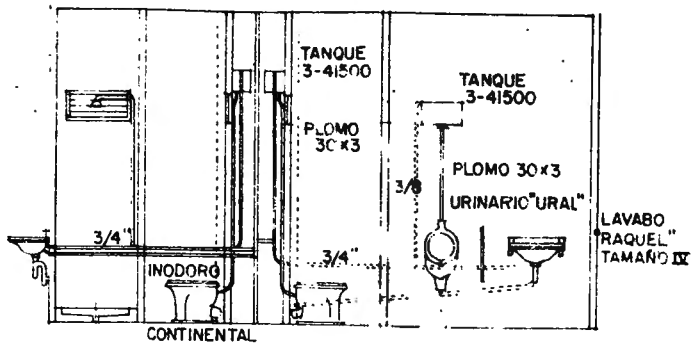


ESCALA 1:50

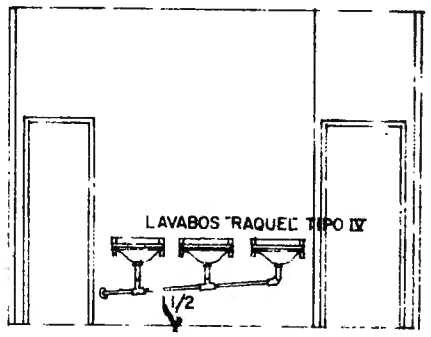
MADRID · MAYO · 1962

GRUPO DE ASEOS PARA PERSONAL FACULTATIVO Y PUBLICO, EN AGRUPACIONES DE 6 A 10 MODULOS DE CONSULTAS

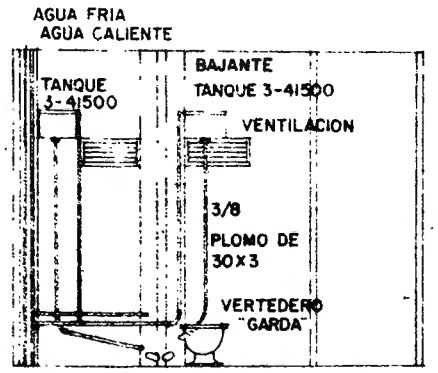




SECCION A-A



SECCION B-B

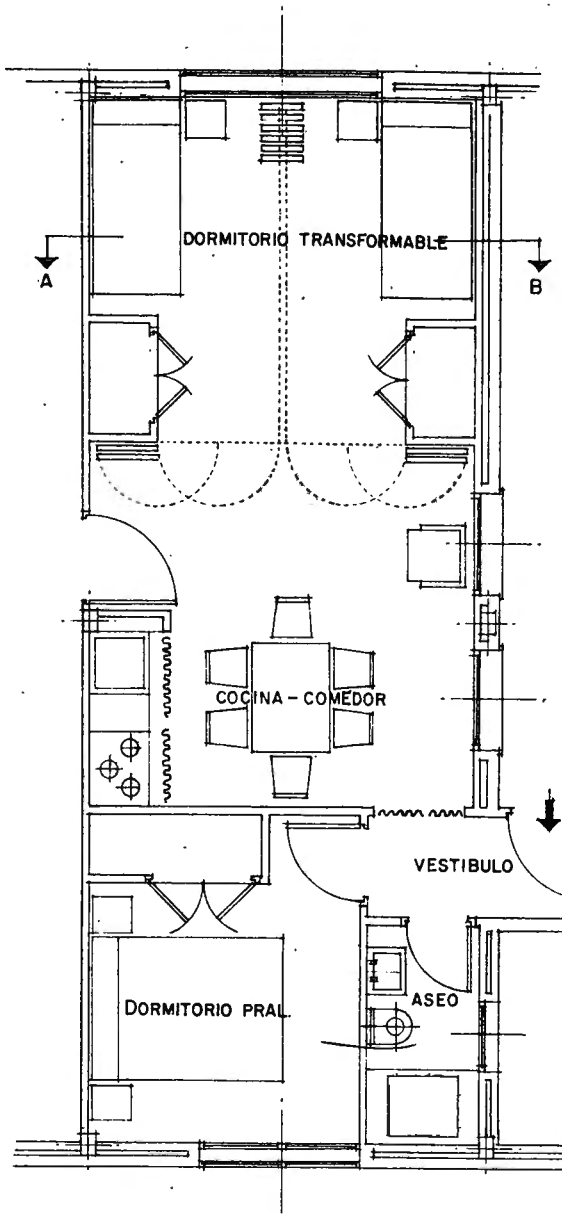


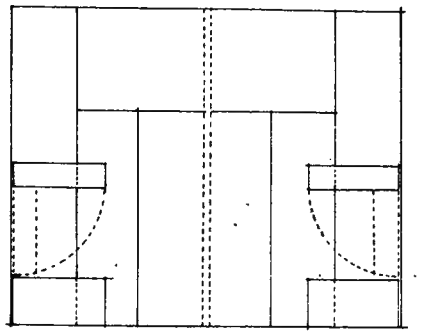
SECCION C-C

ESCALA 1:50

MADRID · MAYO · 1962

VIVIENDA CONSERJE

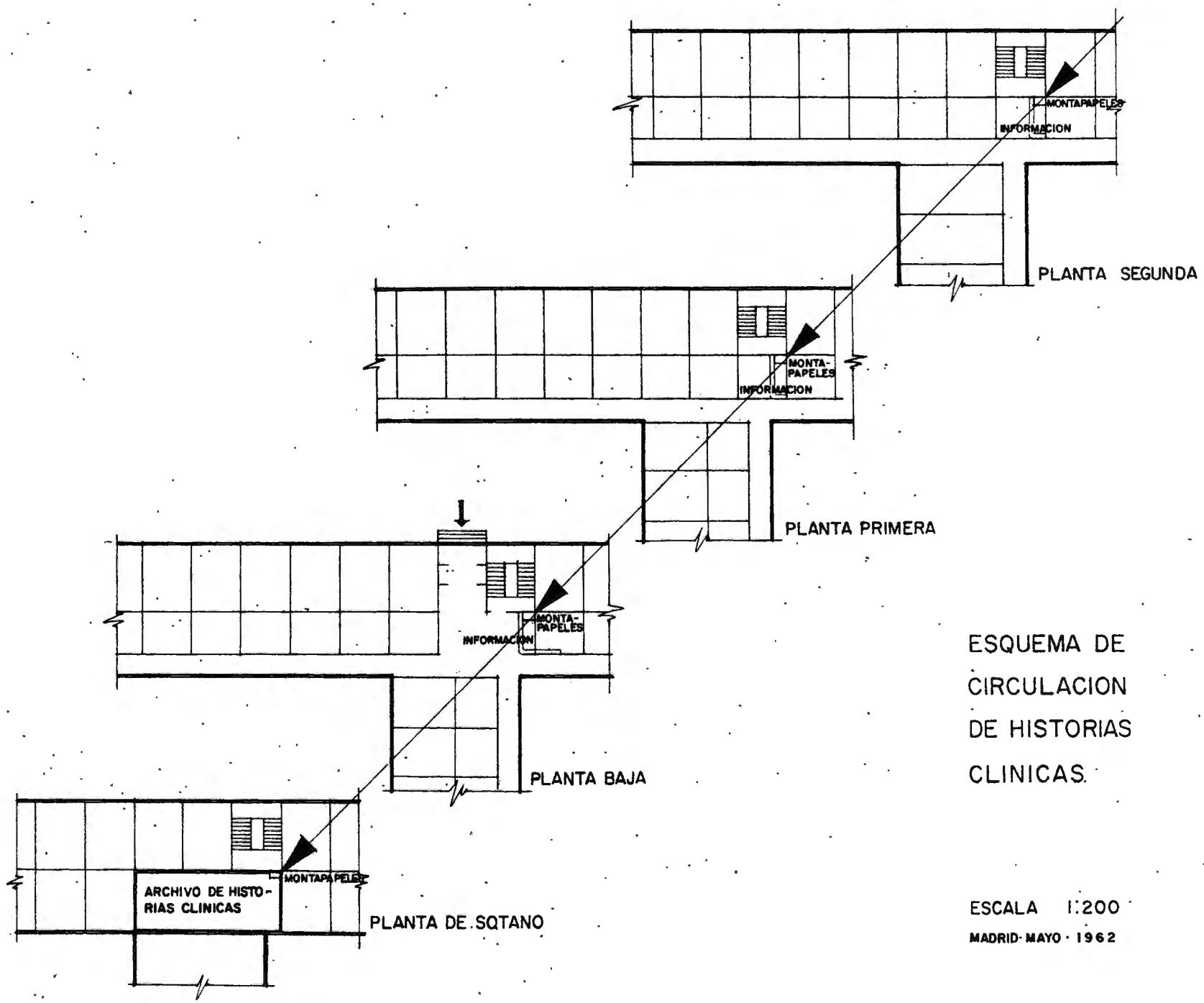




SECCION A-B

ESCALA 1:50

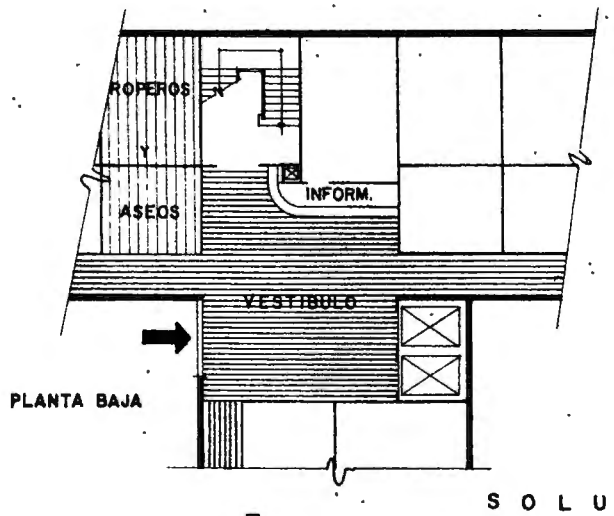
MADRID · MAYO · 1962

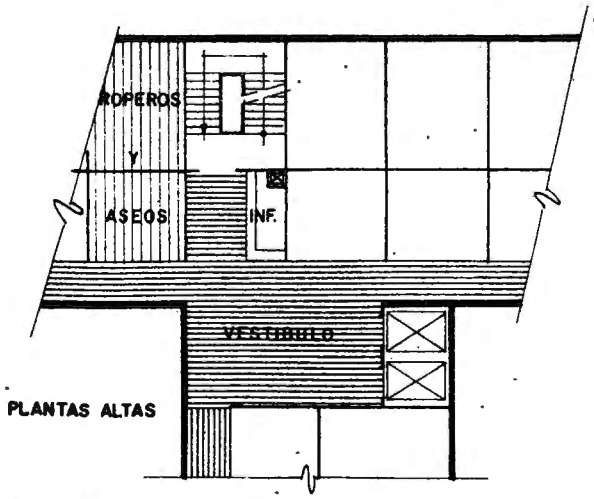


ESQUEMA DE CIRCULACION DE HISTORIAS CLINICAS.

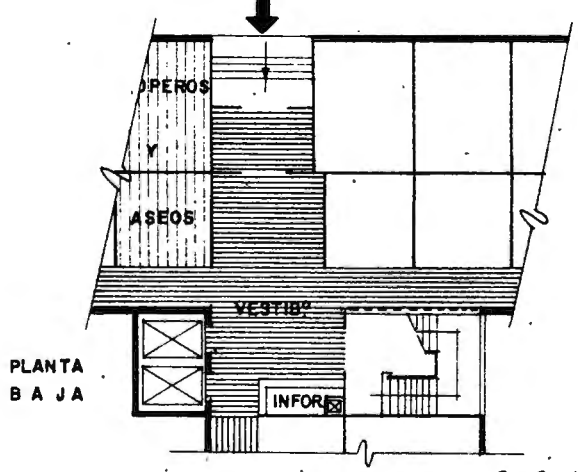
ESCALA 1:200

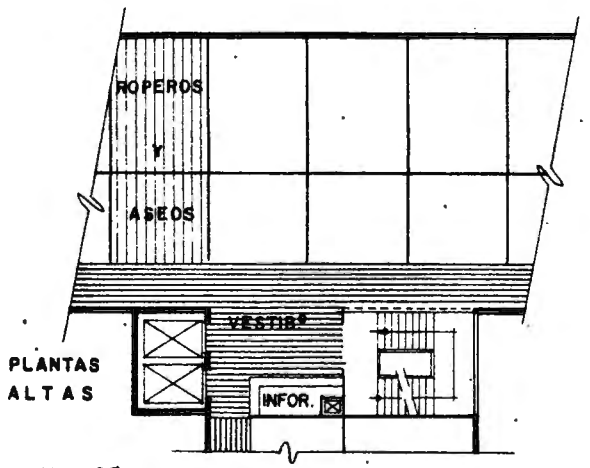
MADRID-MAYO-1962



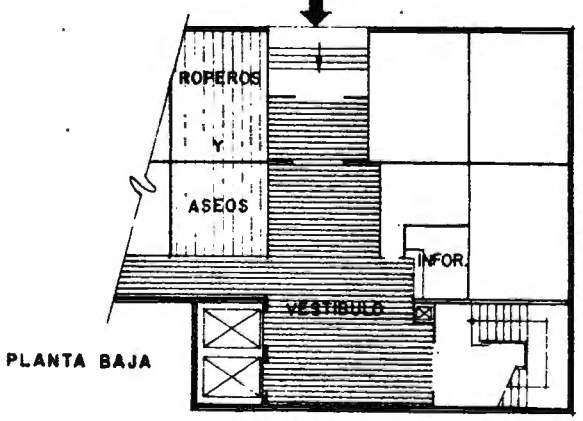


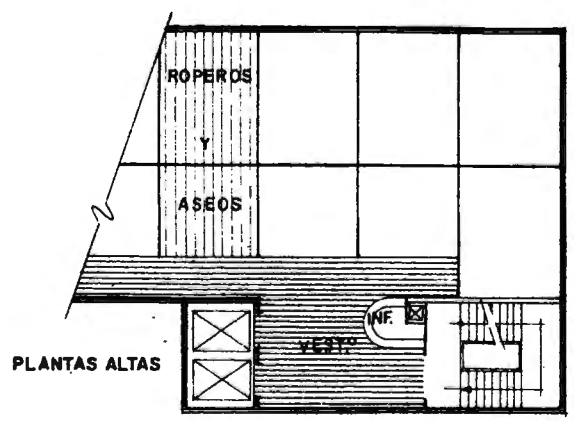
S O L U C I O N 1ª





S O L U C I O N 2ª.

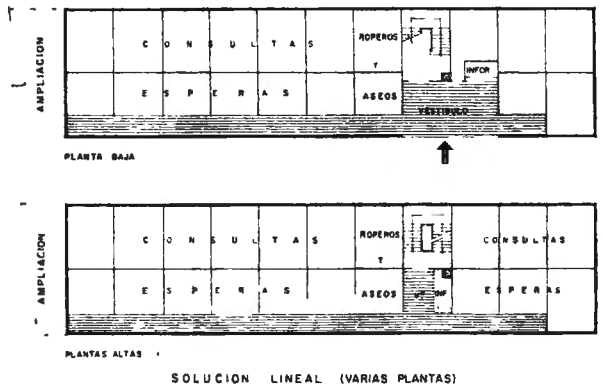




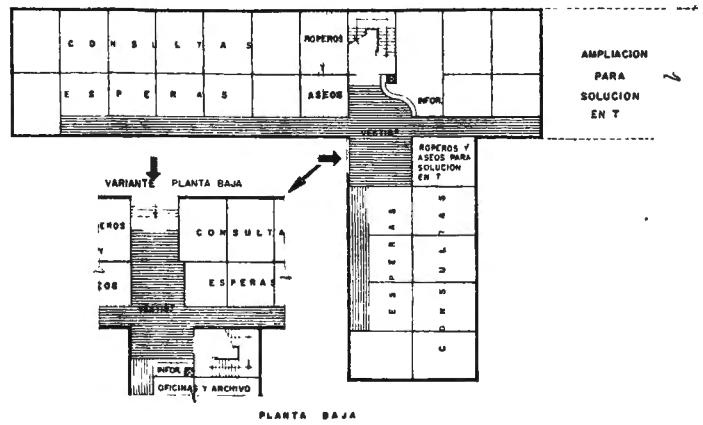
SOLUCION LINEAL ENTRE MEDIANERIAS.

SOLUCIONES PARA. CASOS TIPOS "L" Y "T".

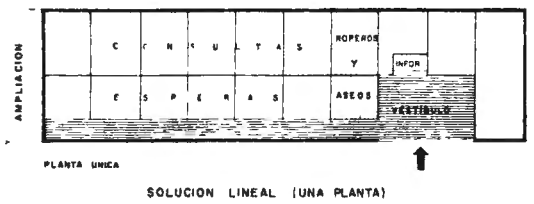
ESQUEMAS DEL NUDO DE CIRCULACIONES EN AMBULATORIO CON ASCENSORES



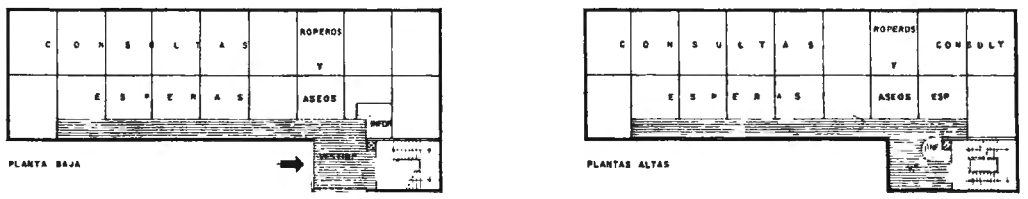
SOLUCION LINEAL (VARIAS PLANTAS)



SOLUCIONES EN "L" Y EN "T" (VARIAS PLANTAS)



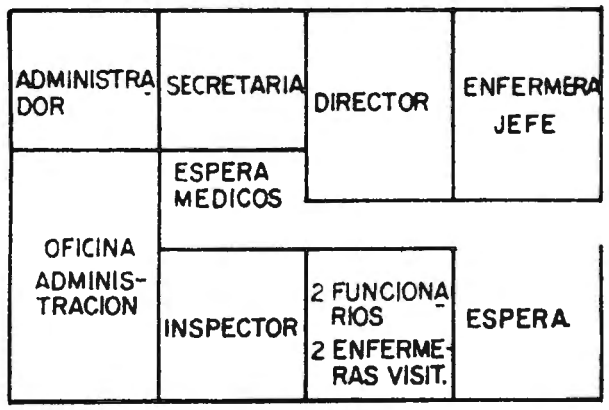
SOLUCION LINEAL (UNA PLANTA)

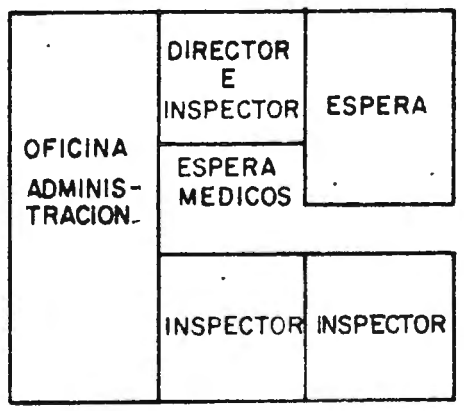


SOLUCION ENTRE MEDIANERIAS (VARIAS PLANTAS)

ESQUEMAS DE AGRUPACION DE MODULOS Y CIRCULACIONES

DIRECCION Y ADMINISTRACION

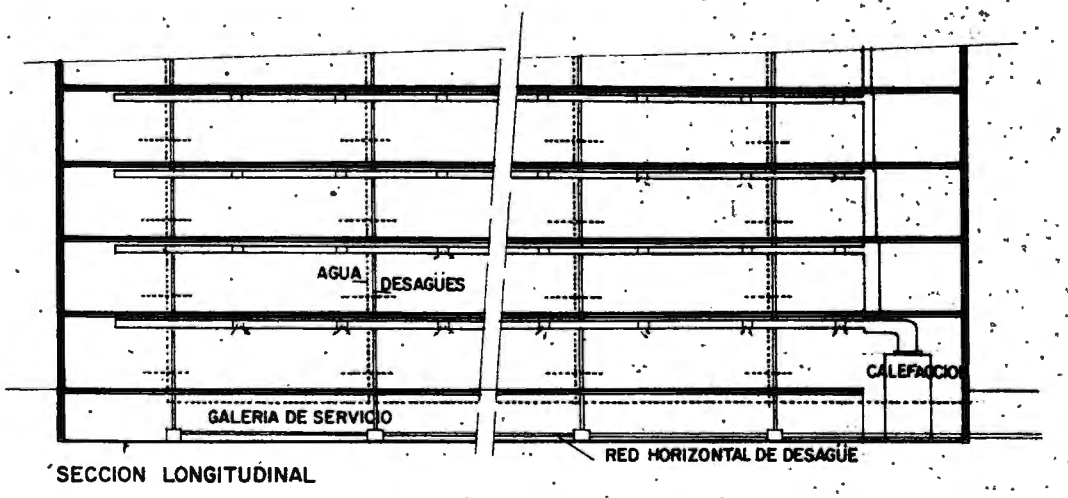




ESQUEMA DE REDES DE DISTRIBUCION

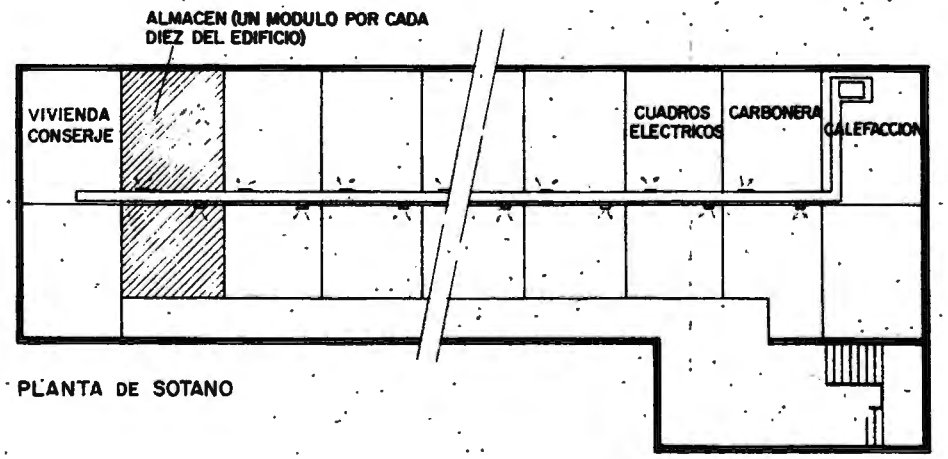
(DESAGÜES, AGUA FRIA Y CALIENTE Y CALEFACCION POR AIRE CALIENTE)

SITUACION DEL ALMACEN



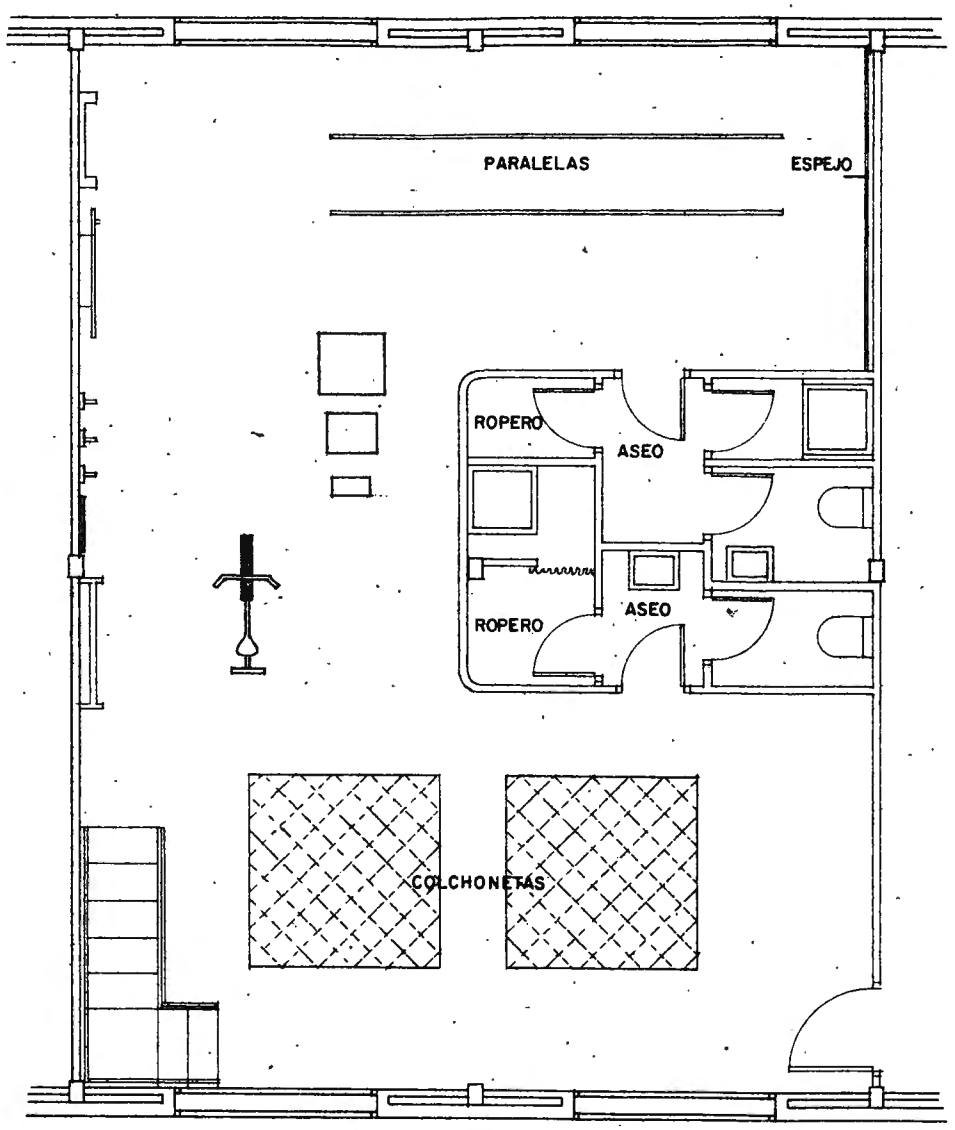
SECCION LONGITUDINAL

SECCION TRANSVERSAL



PLANTA DE SOTANO

GIMNASIO

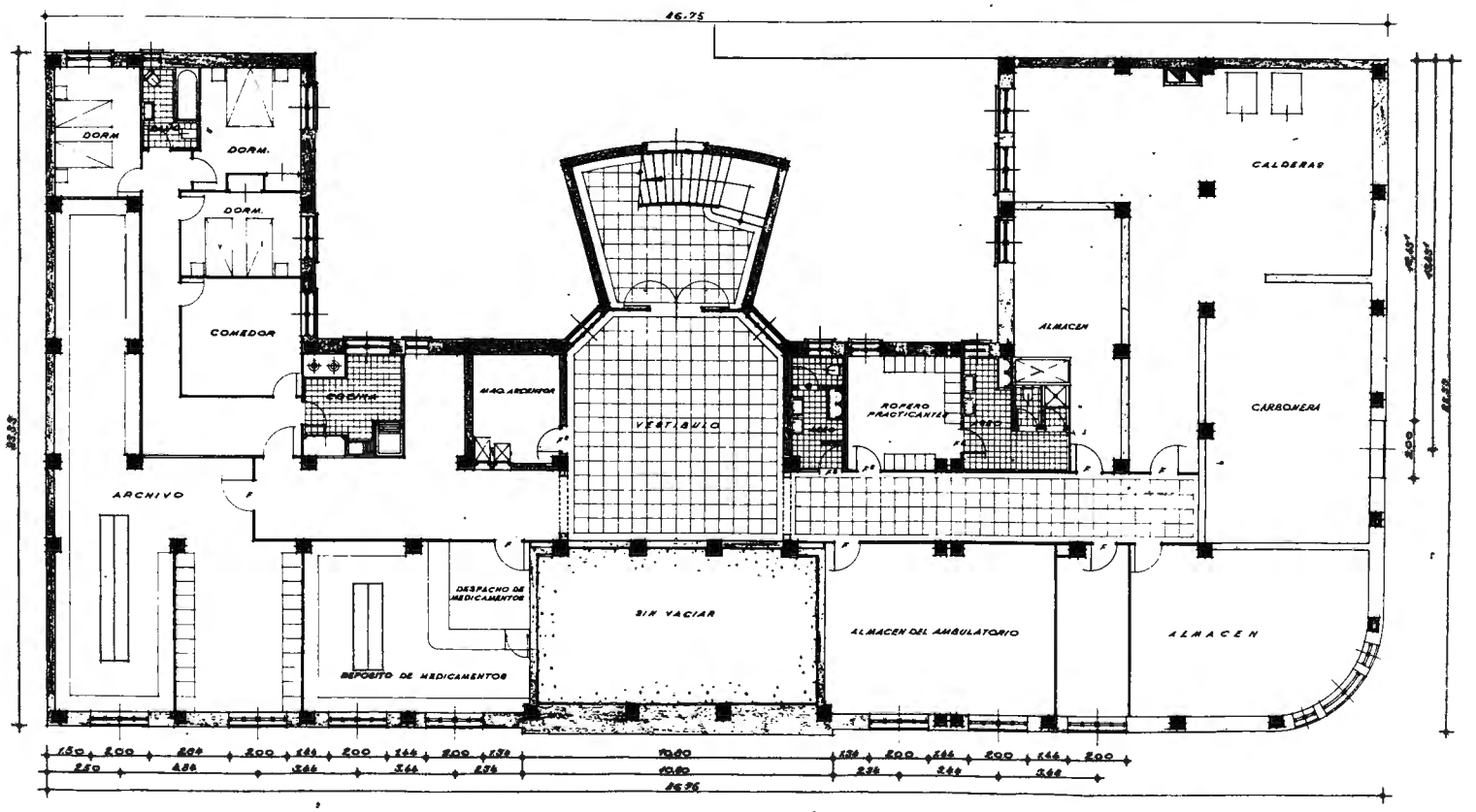


ESCALA 1:50

P A M P L O N A

AMBULATORIO ANTERIOR A LA MODULACION

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL
SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



PLANTA DE SEMISOTANO

CONFORME, EL PROPIETARIO:

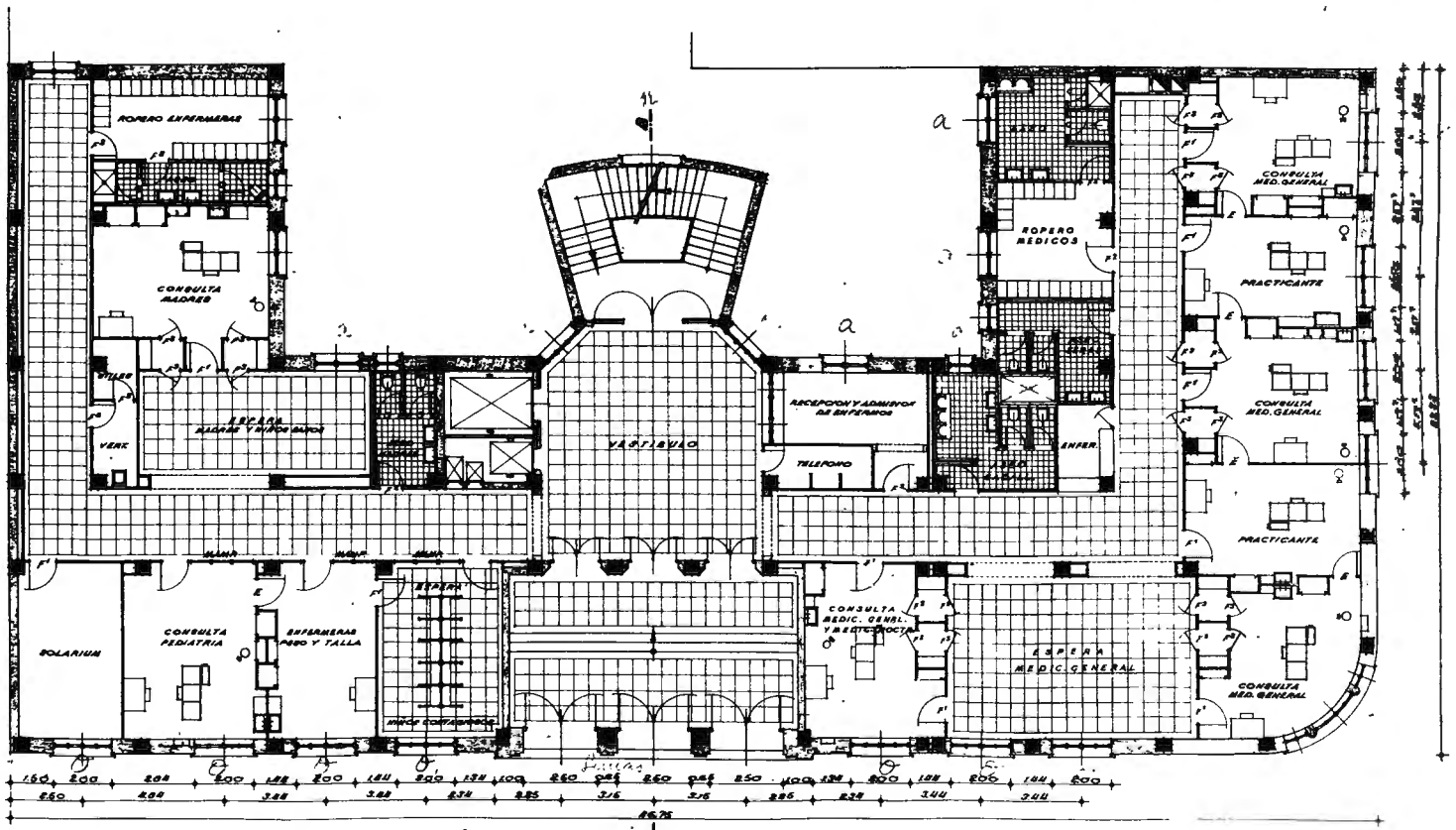
FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

ESCALA 1:100
MADRID FEBRERO DE 1951
EL ARQUITECTO

MINISTERIO DE TRABAJO

INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN PAMPLONA



PLANTA BAJA

ESCALA 1:100

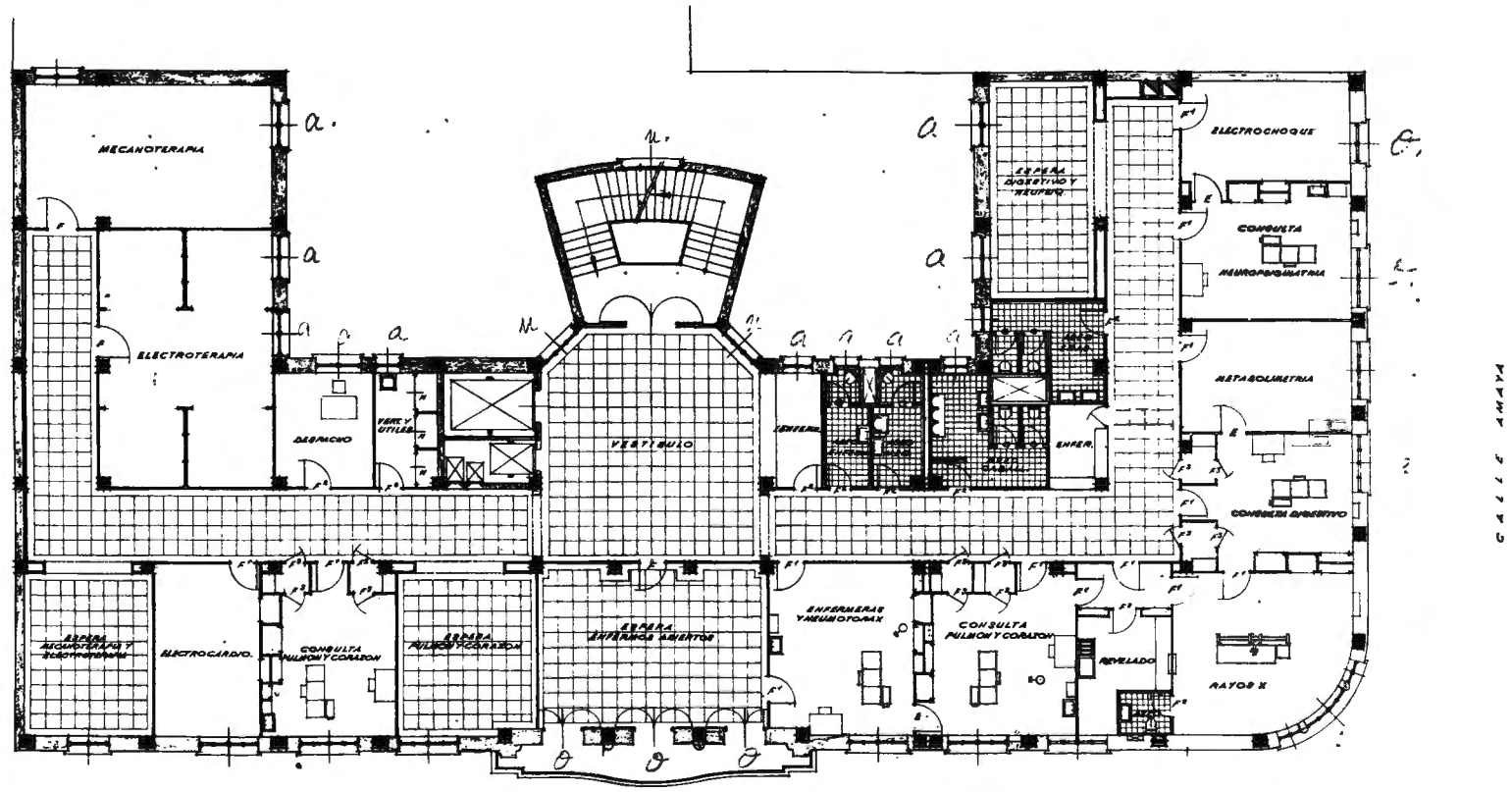
MADRID FEBRERO DE 1951

EL ARQUITECTO

CONFORME EL PROPIETARIO:

FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



CALLE DE SAN FERMIN

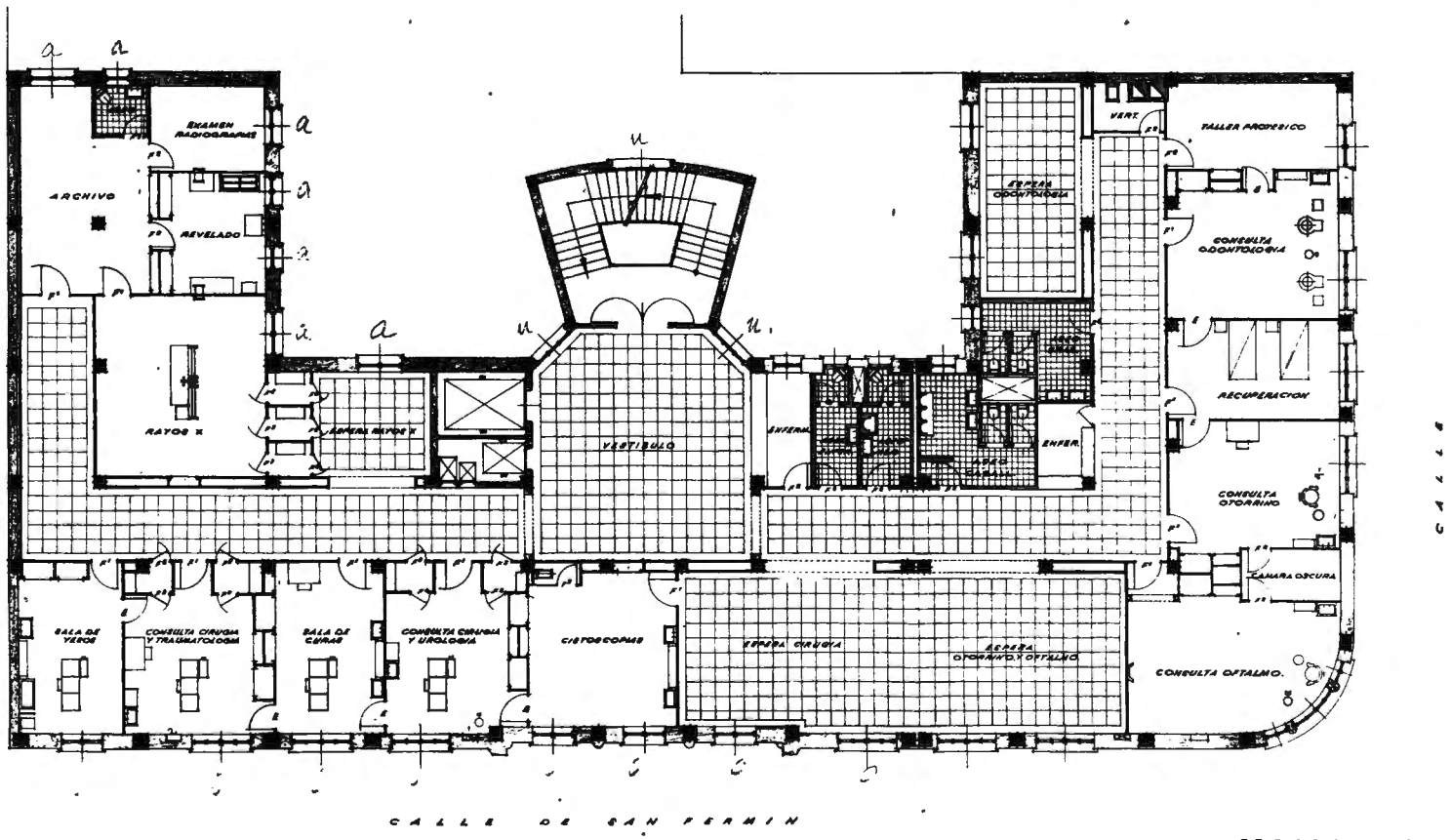
PLANTA PRIMERA

CONFORME, EL PROPIETARIO

FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

ESCALA 1:100
MADRID FEBRERO DE 1961
EL ARQUITECTO

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



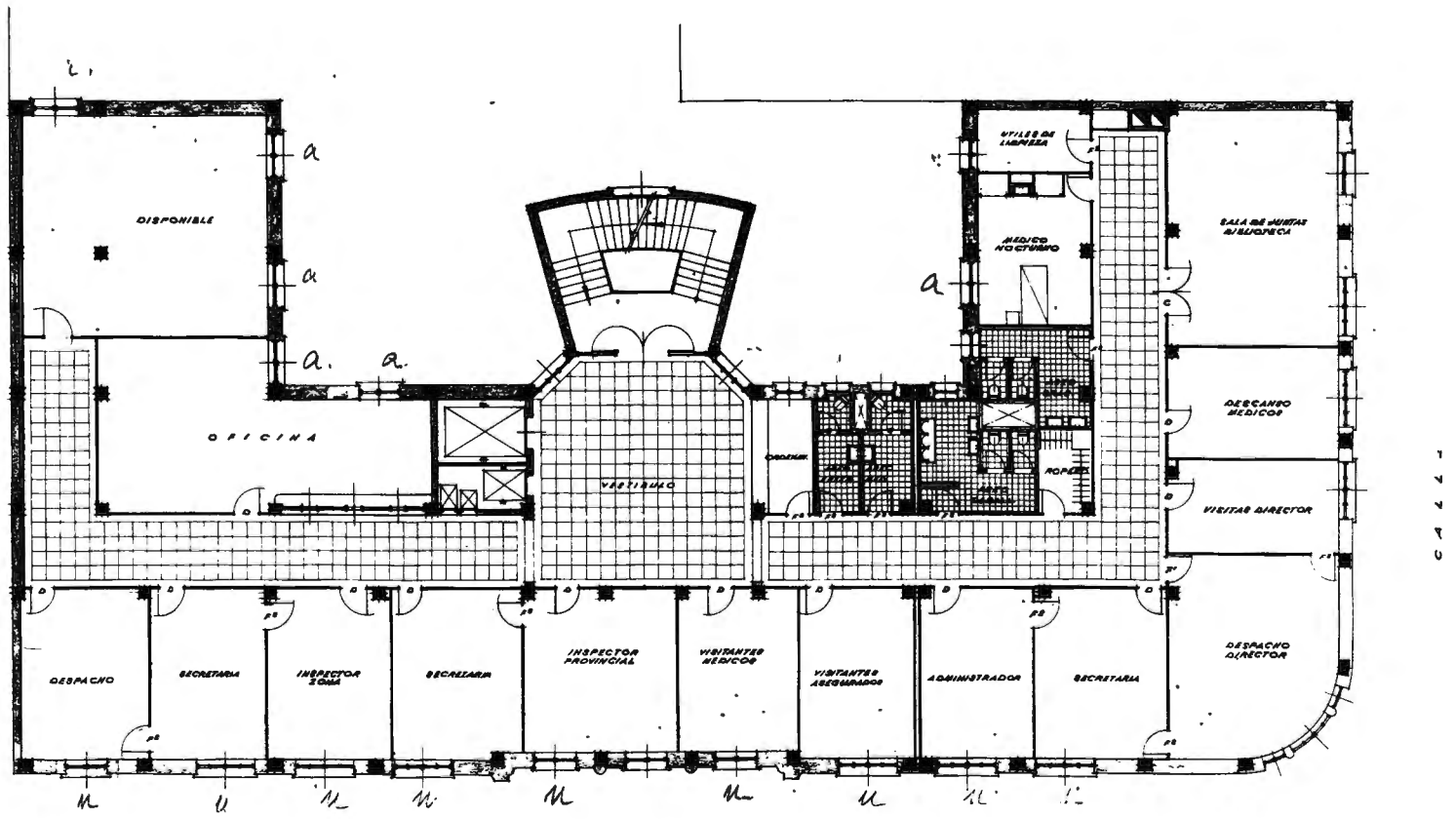
PLANTA SEGUNDA

CONFORME, EL PROPIETARIO:
A. Criado del Rey

FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

ESCALA 1:100
MADRID FEBRERO DE 1951
EL ARQUITECTO
Eduardo de [illegible]

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL
SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



CALLE DE SAN FERMIN

PLANTA TERCERA

CONFORME, EL PROPIETARIO:

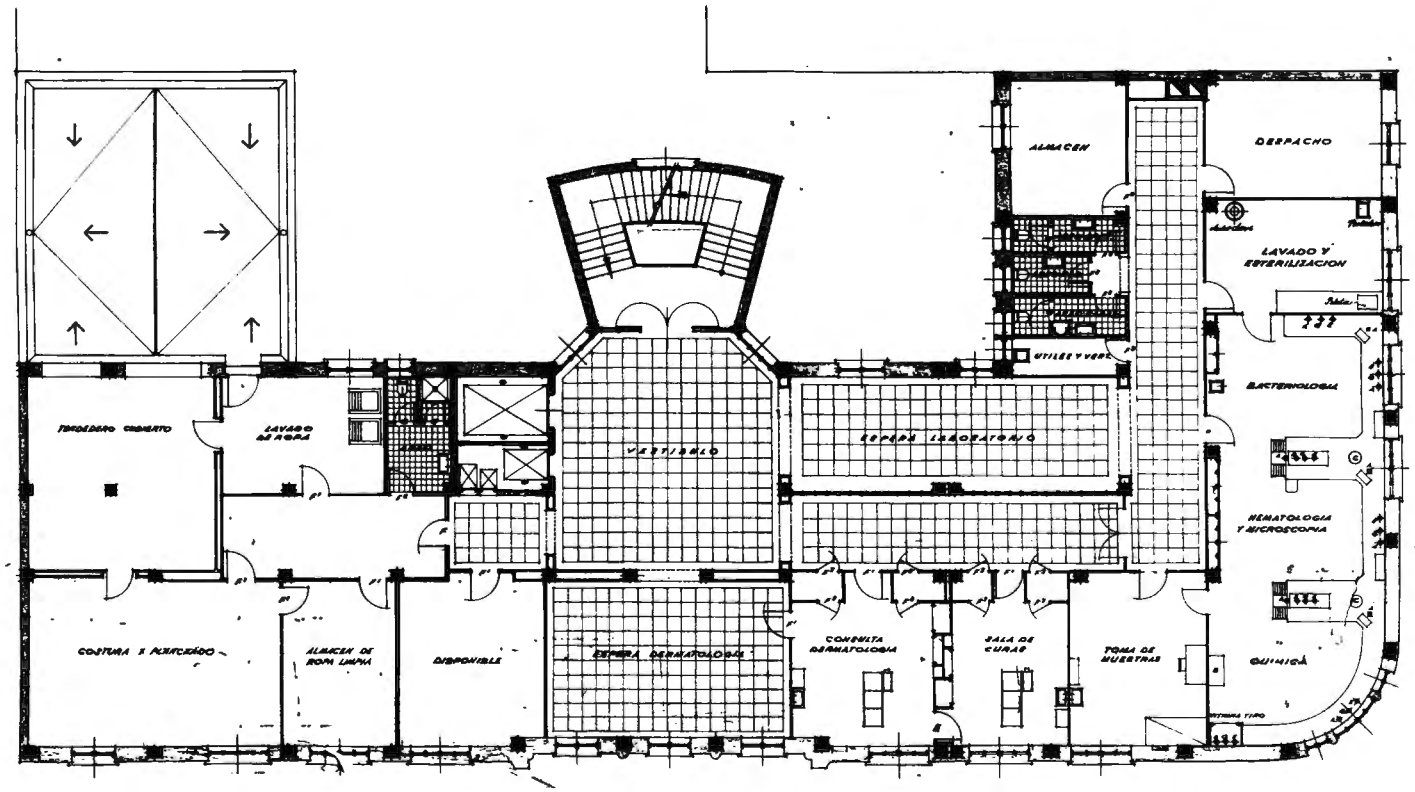
FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

ESCALA 1:100
MADRID FEBRERO DE 1961
EL ARQUITECTO

BIBLIOTECA DEL C.I.S.S.

7

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



ESCALA 1:100
MADRID FEBRERO DE 1951
EL ARQUITECTO

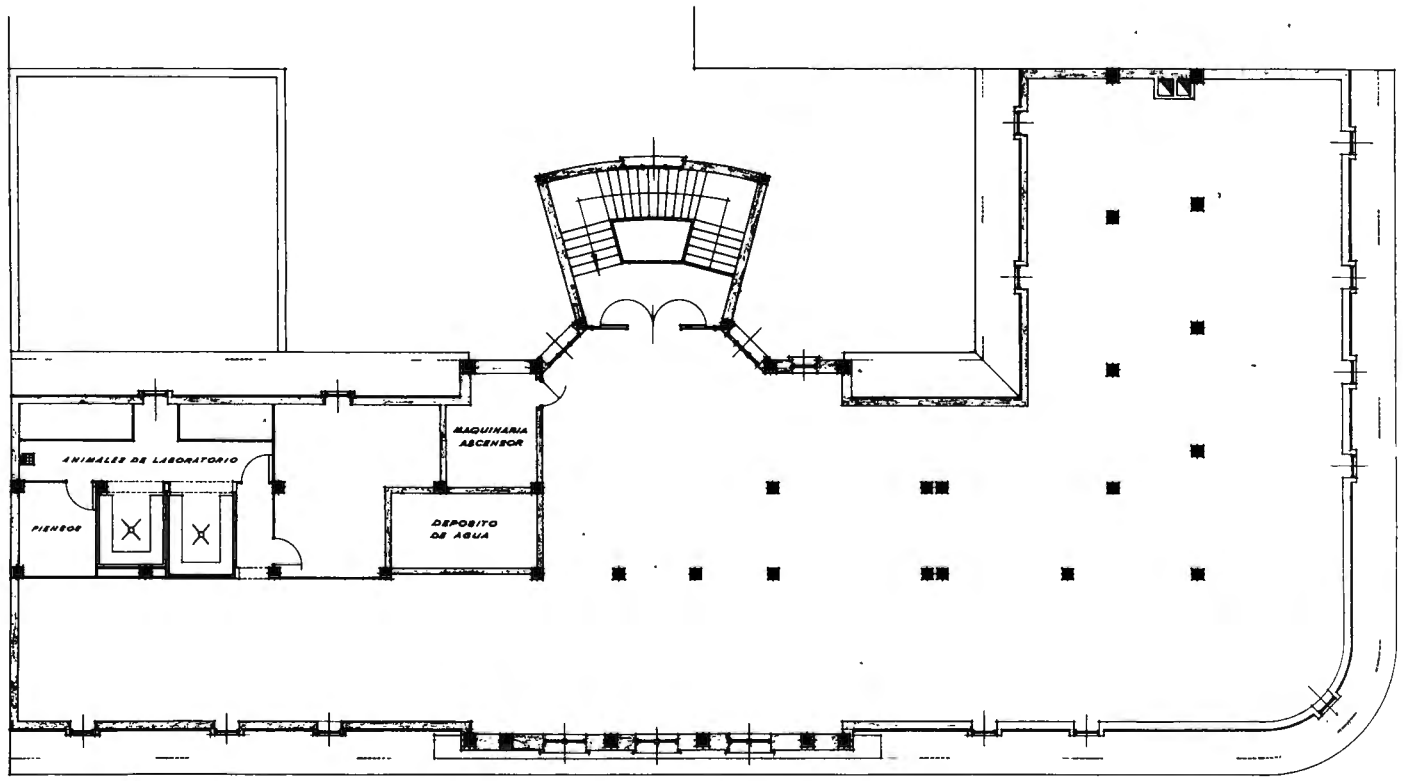
CONFORME, EL PROPIETARIO:

FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

PLANTA CUARTA

8

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD
EN
PAMPLONA



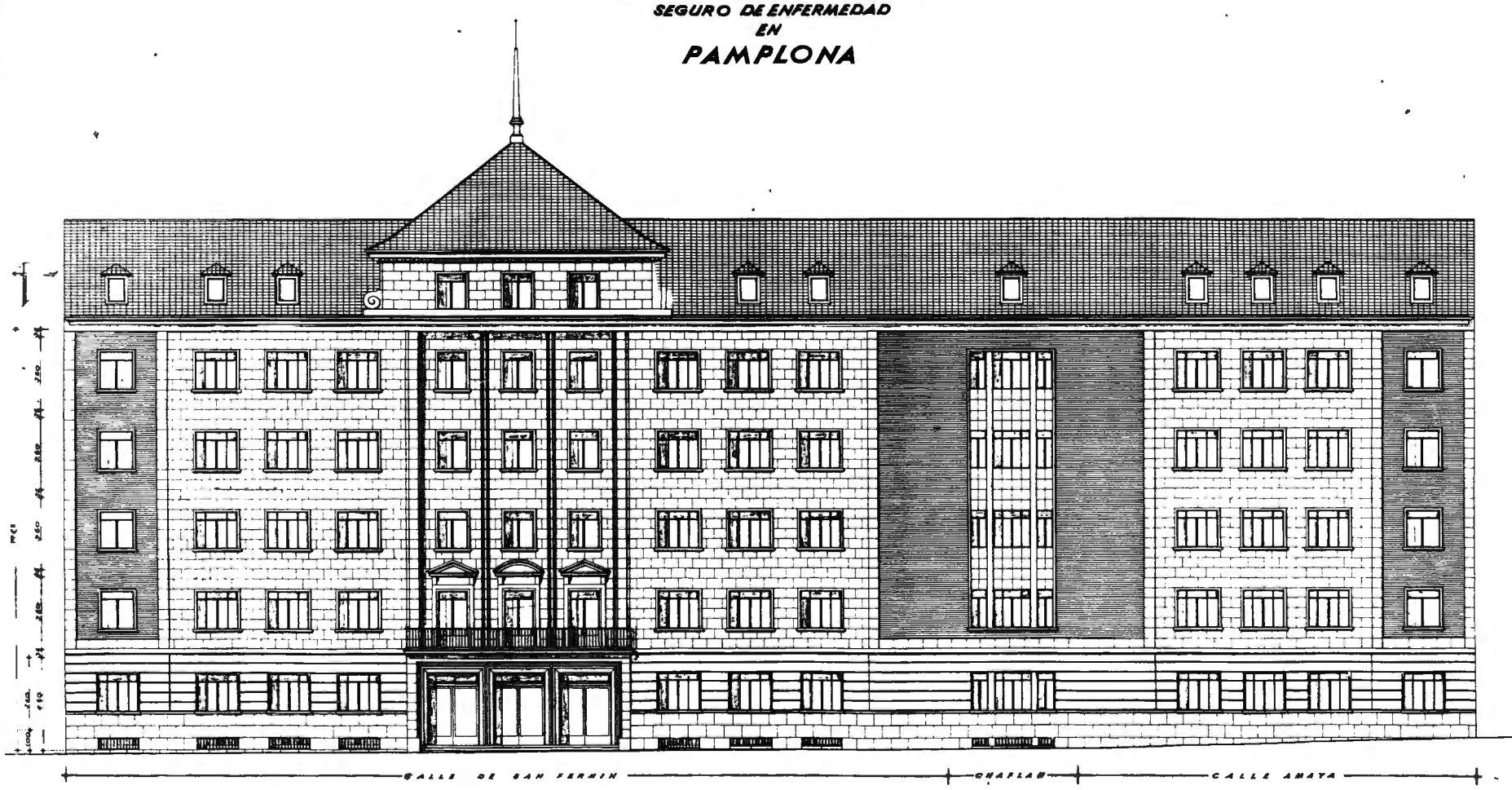
CONFORME, EL PROPIETARIO:

ESCALA 1:100
MADRID MAYO DE 1.952
EL ARQUITECTO:
Eduardo de Mesa

PLANTA QUINTA

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE AMBULATORIO TIPO III PARA EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN PAMPLONA



ESCALA 1:100
MADRID ABRIL DE 1961
EL ARQUITECTO

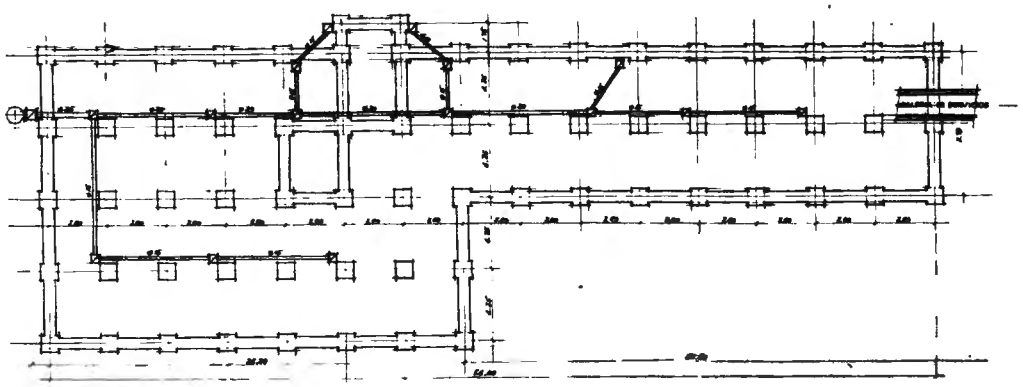
CONFORME, EL PROPIETARIO.

FIRMADO: SEBASTIAN CRIADO DEL REY

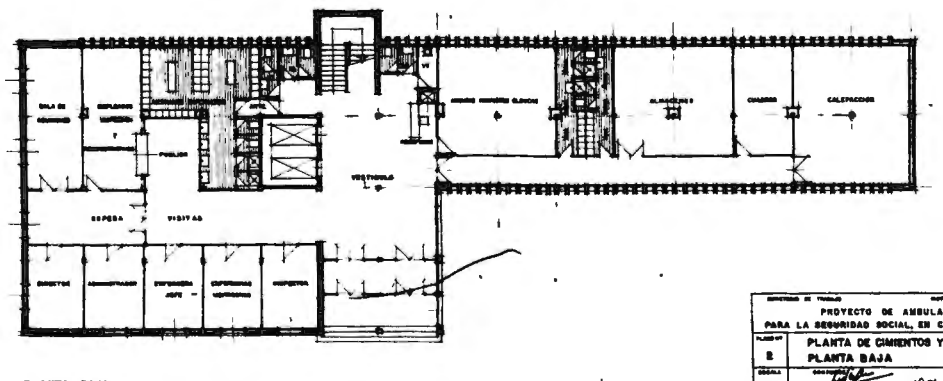
ICHADA DESARROLLADA

C A R T A G E N A

AMBULATORIO MODULADO



PLANTA DE CIMIENTOS Y SANEAMIENTO

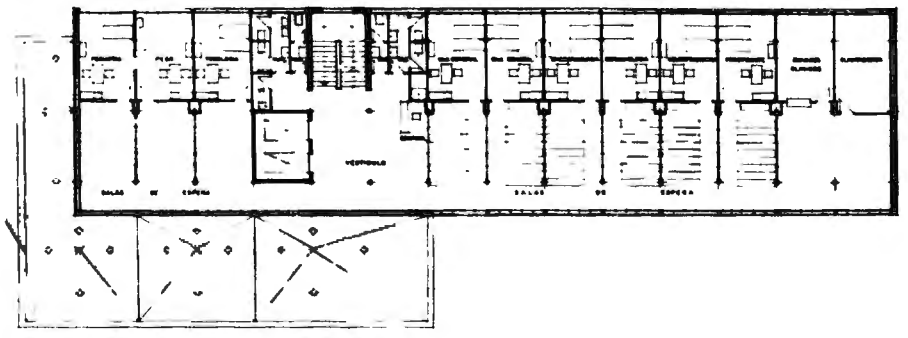


PLANTA BAJA

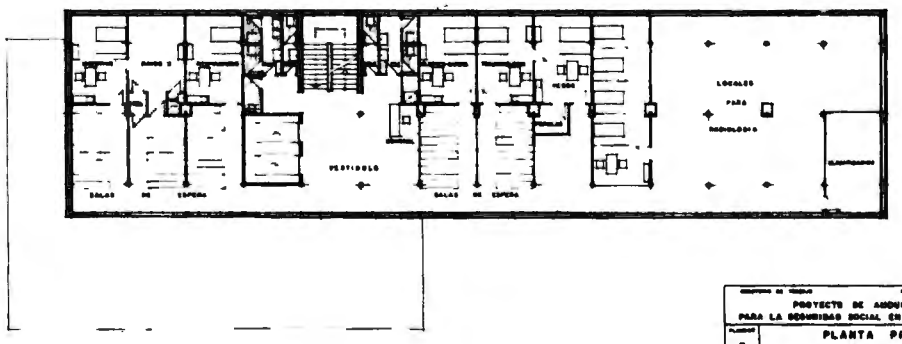
PROYECTO DE AMBULATORIO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CARTAGENA

PLANO Nº	B
ESCALA	1:100

PLANTA DE CIMIENTOS Y SANEAM
PLANTA BAJA



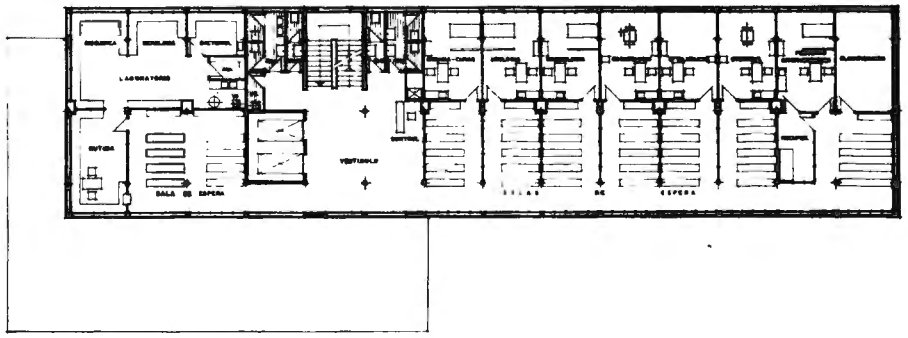
PLANTA PRIMERA



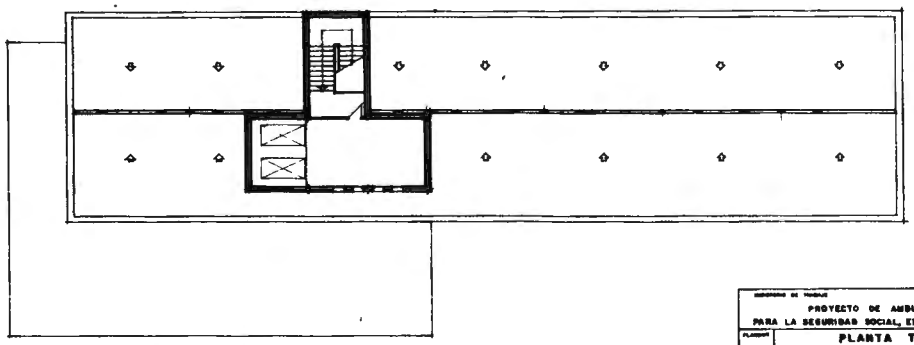
PLANTA SEGUNDA

PROYECTO DE AMBULATORIO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CARTAGENA (

PLANO 3	PLANTA PRIMERA PLANTA SEGUNDA
ESCALA 1:100	



PLANTA TERCERA



PLANTA DE CUBIERTA

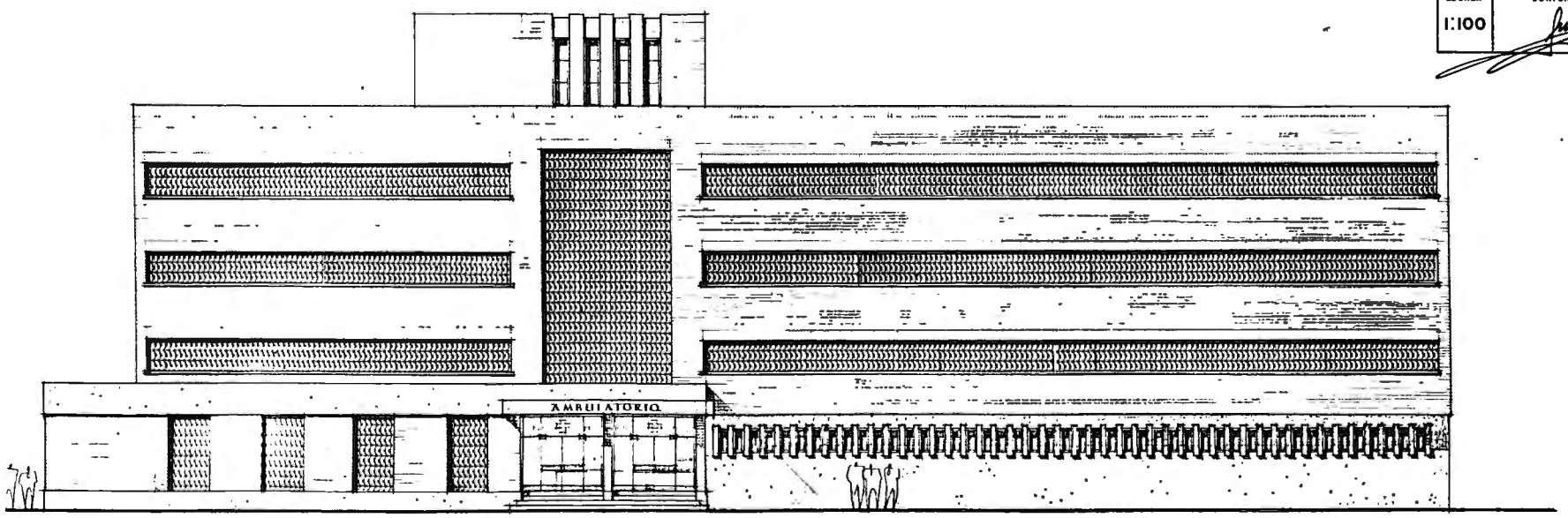
PROYECTO DE AMBULATORIO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CARTAGENA (Murcia)

PLANO Nº 4	PLANTA TERCERA PLANTA DE CUBIERTA
ESCALA 1:100	

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PRE

PROYECTO DE AMBULATORIO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CARTAGENA (Mu

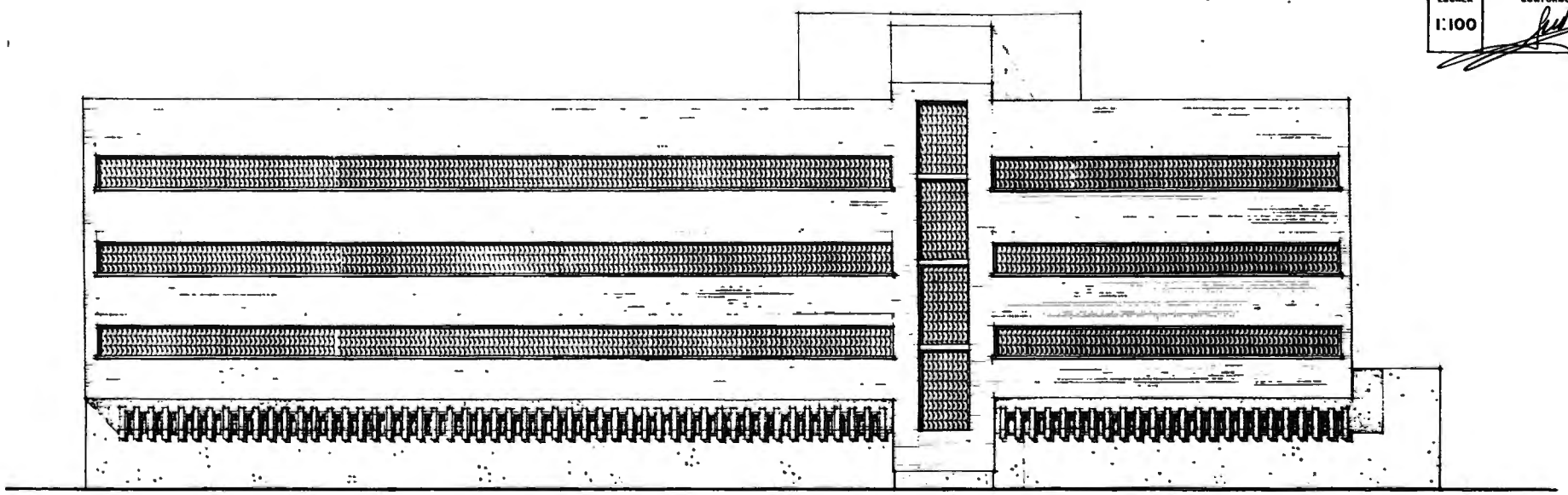
PLANO Nº	ALZADO PRINCIPAL
5	
ESCALA 1:100	CONFORME: — MADRID, ABRIL 197 — LOS ARQUITECTOS:



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL

PROYECTO DE AMBULATORIO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CARTAGENA

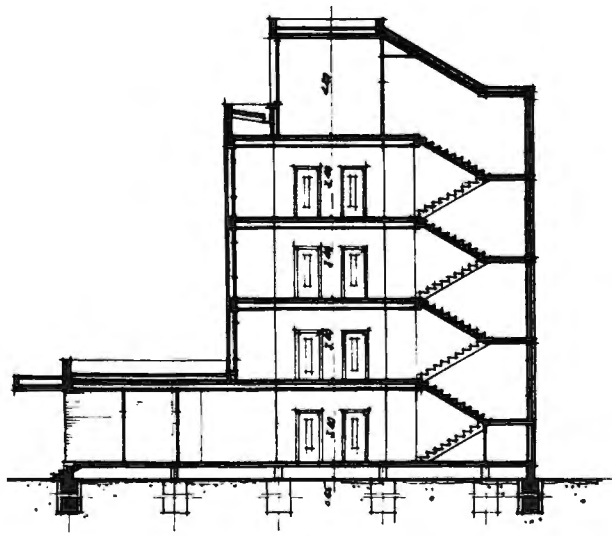
PLANO Nº	
6	ALZADO POSTERIOR
ESCALA 1:100	CONFORME / MADRID, ABRIL DE LOS ARQUITECTOS



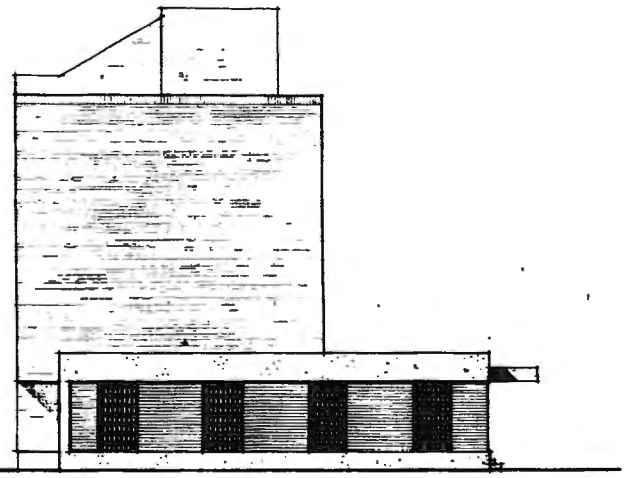
MINISTERIO DE TRABAJO

PROYECTO DE AMBU
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN

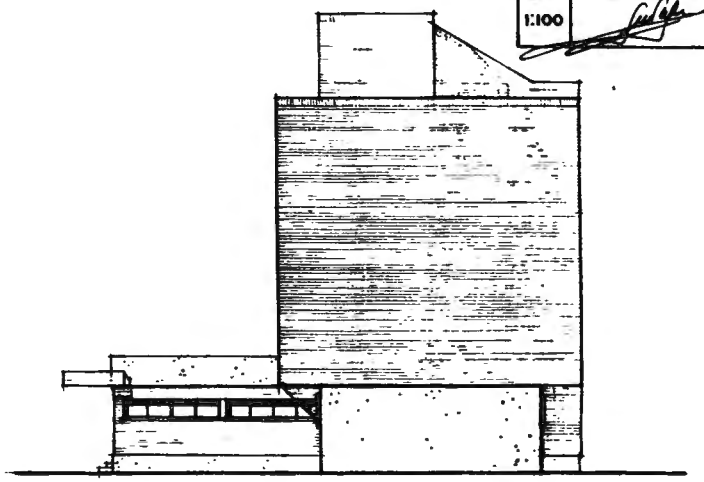
PLANO Nº	SECCION ALZADO LATERAL ALZADO LATERAL
ESCALA 1:100	FECHA



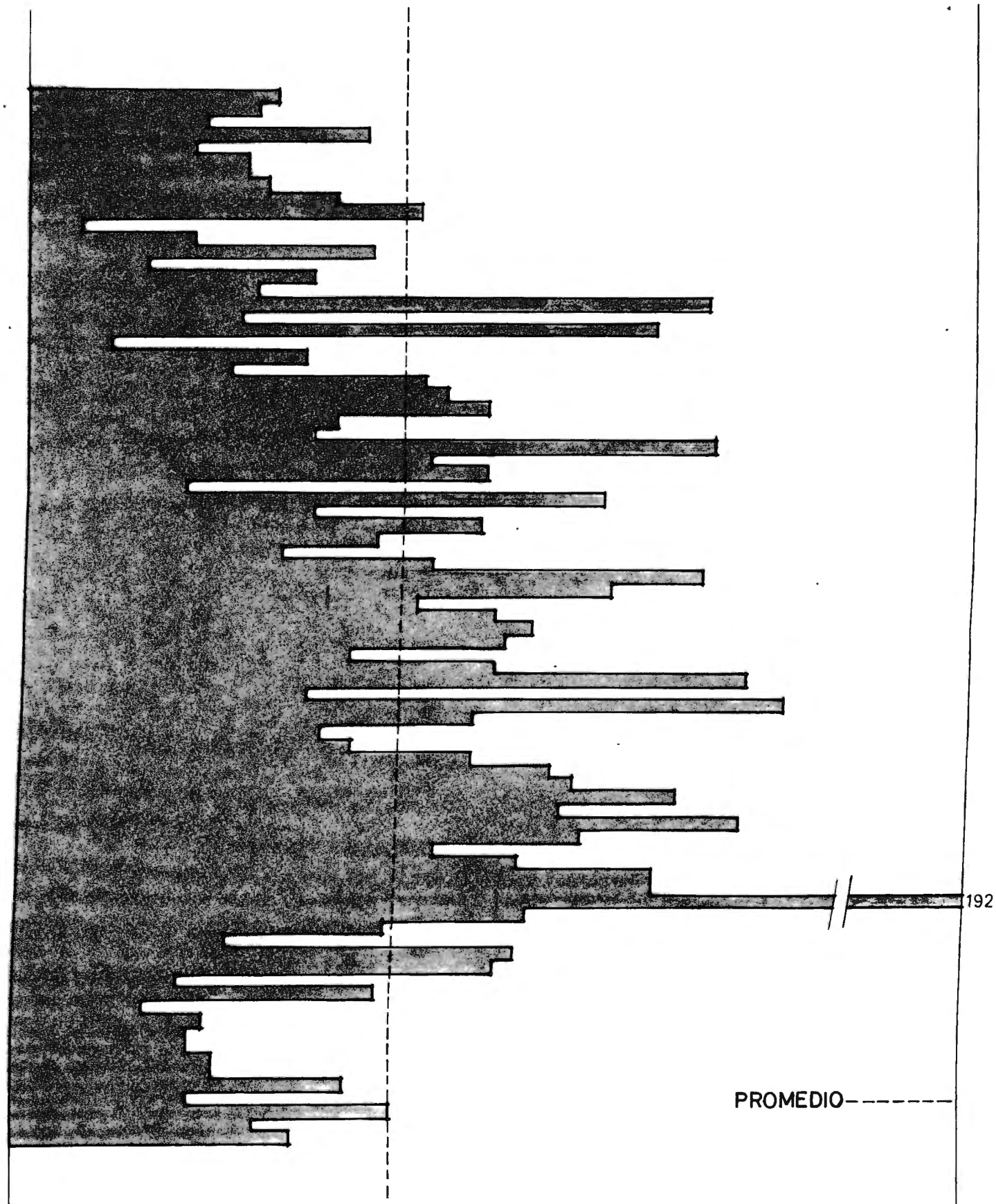
SECCION



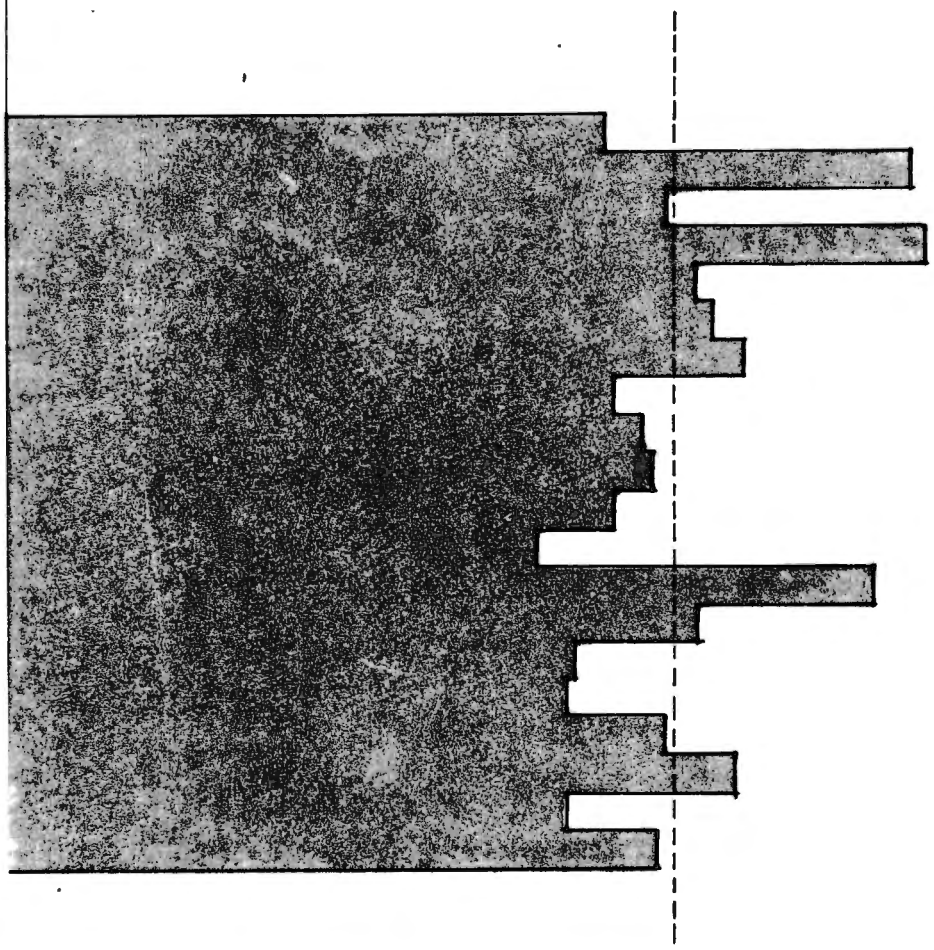
ALZADO LATERAL IZQUIERDA



ALZADO LATERAL DERECHA



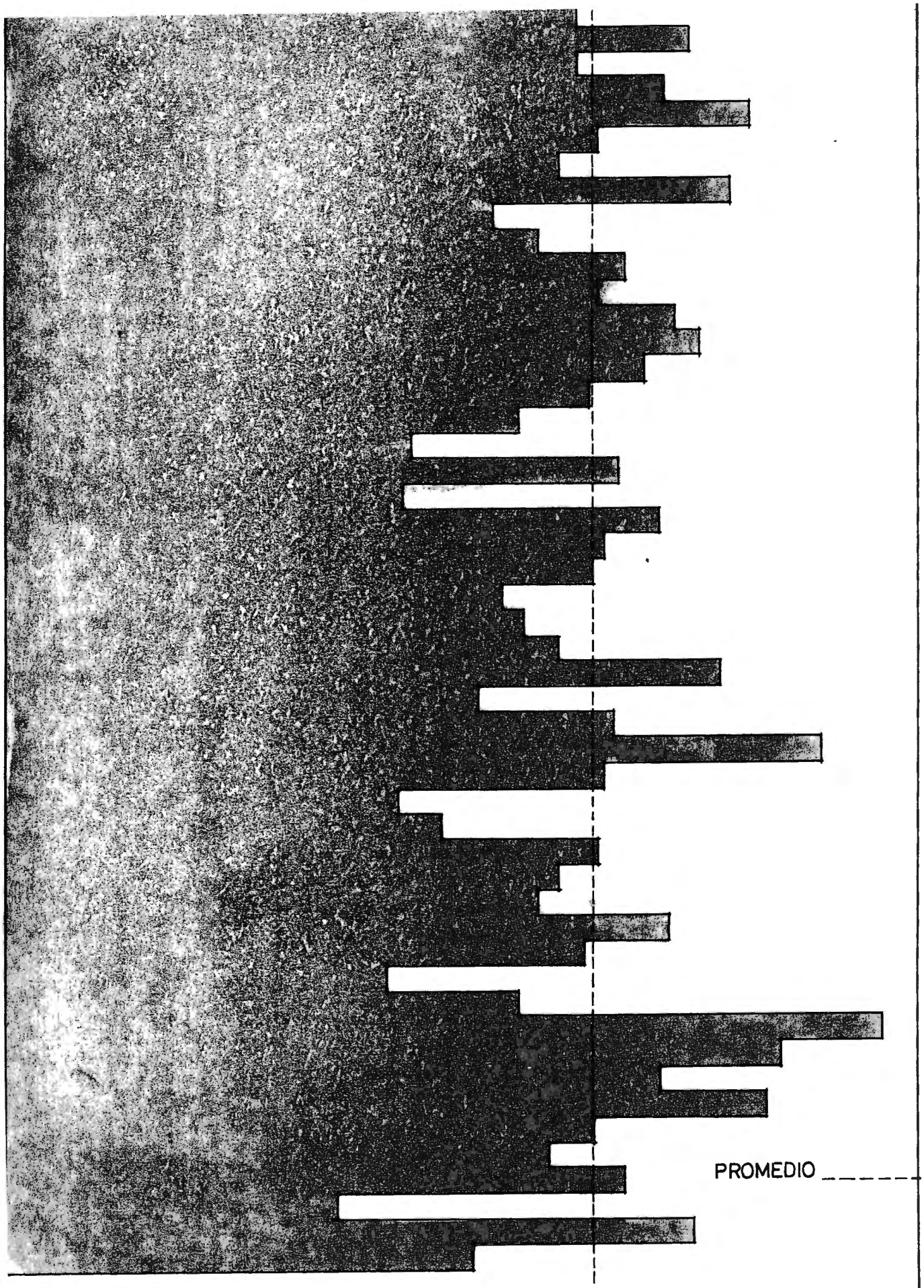
SUPERFICIE EN METROS CUADRADOS EMPLEADA POR UNIDAD SANITARIA EN EL GRUPO PRIMERO DE AMBULATORIOS.
(ANTES DE LA NORMALIZACION)



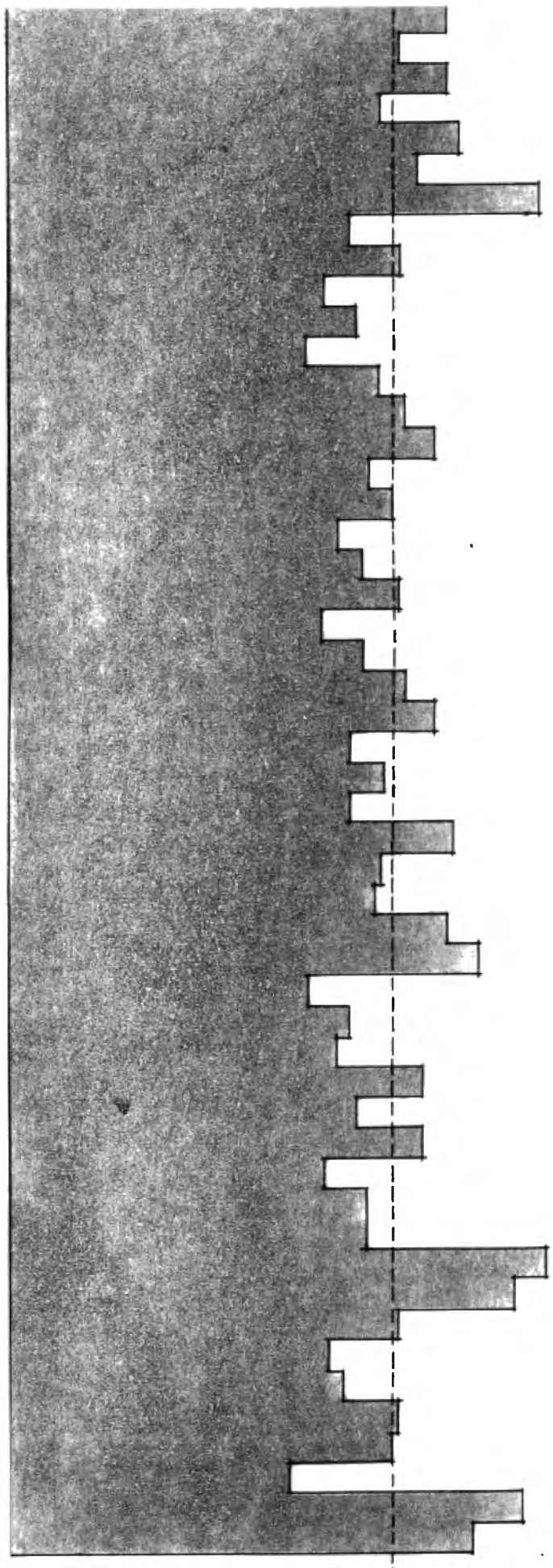
PROMEDIO----------

SUPERFICIE EN METROS CUADRADOS EMPLEADA POR UNIDAD SANITARIA EN EL GRUPO SEGUNDO DE AMBULATORIOS.

(1ª. FASE DE LA NORMALIZACION)



SUPERFICIE EN METROS CUADRADOS EMPLEADA POR UNIDAD SANITARIA EN EL GRUPO TERCERO DE AMBULATORIOS.
(2ª. FASE DE LA NORMALIZACION)



PROMEDIO

SUPERFICIE EN METROS CUADRADOS EMPLEADA POR MODULO TEORICO EN EL GRUPO TERCERO DE AMBULATORIOS.

II.- 3. PROYECCION DE CENTROS AMBULATORIOS ESPECIALES (Centro de Diagnóstico y Tratamiento, de Sevilla).

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

II.-3. PROYECCION DE CENTROS AMBULATORIOS ESPECIALES (Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Sevilla)

La asistencia tradicional, a base de un médico de familia o de cabecera, y el eventual concurso de un especialista médico o quirúrgico según el caso, aunque profundamente modificada hoy día, no dejó de ejercer una influencia en las primeras concepciones de los ambulatorios, permaneciendo invariada la relación médico enfermo en el domicilio de éste, en cambio la visita del enfermo al domicilio del médico tuvo que cambiar.

Por una parte en las grandes ciudades el desplazamiento de los enfermos al domicilio del médico es en ciertos casos muy difícil o exige mucho tiempo, lo mismo ocurre al médico con una clientela muy dispersa, ambos inconvenientes quedan muy paliados estableciendo un ambulatorio en una situación favorable para que los residentes en su zona de influencia se desplacen fácilmente a ver a su médico y éste a su vez tenga concentrada su clientela.

El ambulatorio, contando con médicos generales y especialistas, está en muy buenas condiciones para prestar asistencia bastante eficiente en la mayoría de los casos, que afortunadamente corresponden a enfermedades relativamente banales.

Es posible también concentrar allí equipo material como auxiliar para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos cuyo proceso no exige hospitalización.

La experiencia viene demostrando que existen muchos procesos cuyas características exigen prolongadas exploraciones, muchas veces complejas y que exigen una asepsia rigurosa para su práctica y la permanencia del enfermo en la institución varias horas.

Sucede también que los horarios de trabajo de los especialistas no hacen fácil que un enfermo no haga largas esperas entre una y otra exploración.

Finalmente también se puso en evidencia que la conexión entre el centro de enfermos externos, es decir el ambulatorio no es lo suficientemente íntima con el hospital para que el enfermo que haya de ser internado no haya de ser examinado de nuevo en el hospital.

Salta a la vista que la solución ideal consiste en hacer vastos departamentos de consultas externas en los hospitales, con el fin de concentrar allí todos los medios asistenciales.

Sin embargo, esto no es tan sencillo de llevar a la práctica porque la afluencia de enfermos que acuden a las consultas es tan grande que a pesar de instalar có

mo se expone un vasto departamento de consultas externas, su funcionamiento sería muy perturbador para la marcha - del hospital, y además de ello, resultarían muy grandes- los desplazamientos desde todos los puntos de la ciudad- a los hospitales.

Por ello para resolver la continuidad de la -- asistencia, la práctica de maniobras exploratorias com-- plejas y la íntima conexión con los hospitales cubriendo esa zona de asistencia a la que el ambulatorio ordinario no llegan facilmente y entorpecería la marcha del depar- tamento de consultas externas del hospital, ha sido pre- ciso crear un nuevo tipo de centros, denominados Centro- de Diagnóstico y Tratamiento cuyo funcionamiento queda - integrado en el sistema, en la forma siguiente:

En el ambulatorio ordinario los enfermos son - vistos por sus médicos de cabecera y grupos de especia-- listas cuya actividad es limitada, pues no son los mis-- mos que llegado el caso asistirían al enfermo en el hos- pital.

Los enfermos cuyo problema no queda resuelto - allí, pasan al centro de diagnóstico donde son examina-- dos y tratados si es posible o enviados al hospital.

Para ello en este nuevo centro los médicos tra bajan por equipos dependientes directamente de sus co --

rrespondientes servicios hospitalarios, estando previstos turnos rotatorios de los componentes que han de trabajar- periodicamente en el centro o en el hospital del que de-- penden.

En ciudades pequeñas, el centro de diagnóstico- y tratamiento es el departamento de consultas externas -- del hospital, pero en grandes ciudades esos tentáculos -- del hospital constituyen instituciones aparte no emplaza- das forzosamente en el recinto hospitalario.

Aquí se presenta un ejemplo gráfico con los pla nos de uno de estos edificios, que es el primero que va a iniciar sus actividades como tal unidad.

El programa de necesidades que sirvió de base - de partida para la realización del proyecto fue elaborado por sesiones de trabajo de una Comisión de Médicos y Ar-- quitectos.

Los principios fundamentales fueron:

a) Capacidad para la atención de 1.500 enfermos nuevos.
b) Rapidez en el diagnóstico con garantía de -- eficiencia y seguridad y mínimo de sesiones.
c) Humanización en la relación médico-enfermo.
d) Sistema de admisión previa cita a excepción- de las urgentes.

e) Sistema jerarquizado por servicios, con posibilidad de docencia postgraduada.

'Este primer Centro de Diagnóstico estará emplazado en los terrenos que ocupa la Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío", en Sevilla, la cual está compuesta de un Hospital General de 600 camas, un Centro de Rehabilitación y Traumatología de 500, Maternidad con 400 y Hospital Infantil de 450, lo cual suma una capacidad de 1.950 camas. El personal médico de esta Ciudad Sanitaria será el que constituirá los equipos de este nuevo Centro.

En la planta baja se sitúan los servicios de admisión constituidos por unidades individualizadas donde el nuevo enfermo es examinado por médico interno o residente, que redactará la historia preliminar y orientará al enfermo a la especialidad que le corresponde.

Dado que en un porcentaje alto será dato previo el análisis clínico, se coloca inmediato al ingreso los laboratorios dotados de sistemas de autoanalizadores.

En la planta primera se distribuye el Servicio de Radiología que comprende diez salas de aparatos. Dependiendo de una Jefatura General se descentraliza parcialmente mediante la creación de subsecciones que forman estos grupos

Aparato Digestivo
Tórax y Esqueleto
Traumatología
Radiodiagnóstico general
Urología

no se ha considerado necesaria la inclusión de la neuro-radiología y angiocardiografía ya que los hospitales contiguos tienen dotación adecuada incluso para los enfermos de carácter ambulatorio.

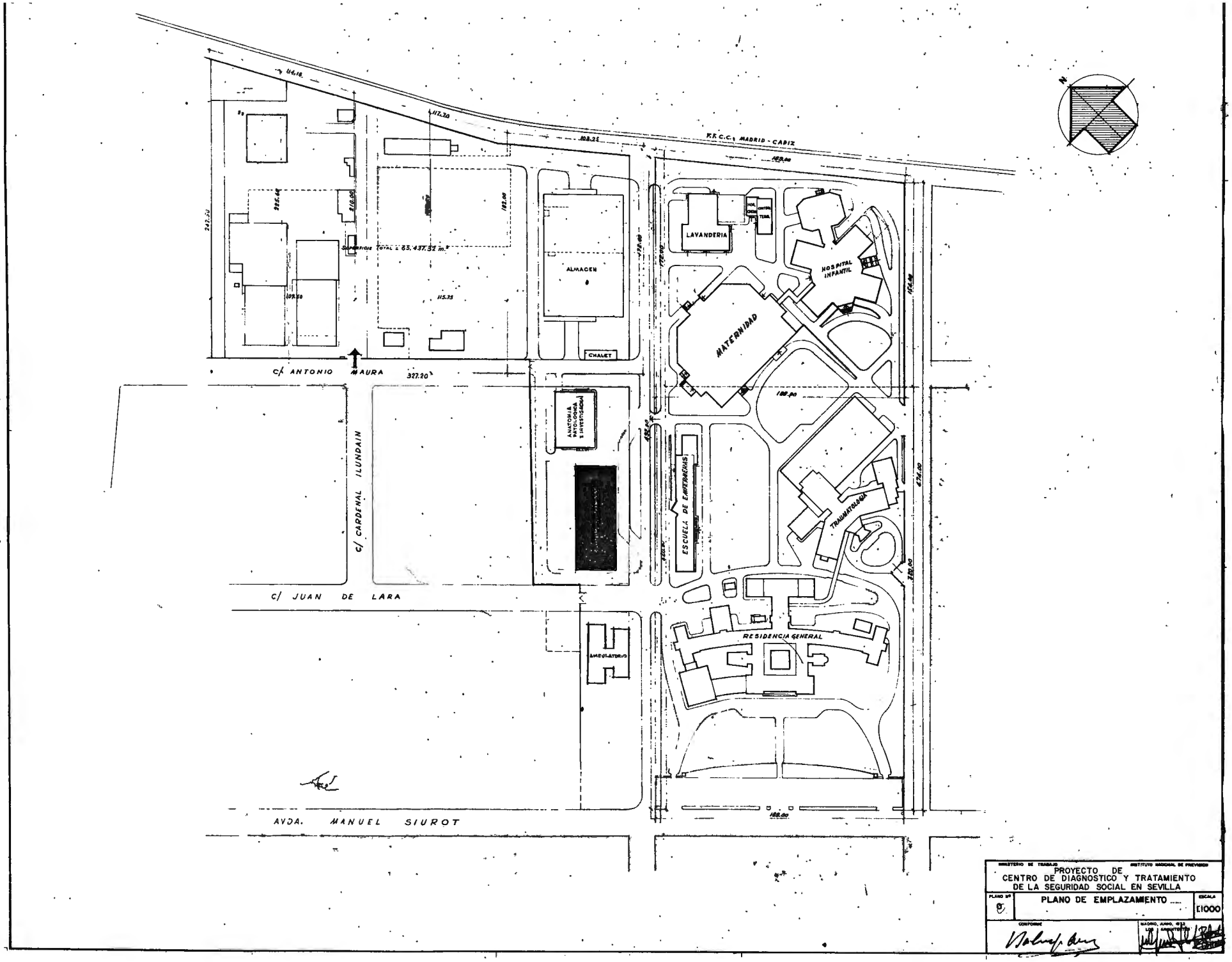
Las otras dos plantas incluyen los locales de-exámen y tratamiento, la circulación de enfermos se hace por pasillos exteriores que acceden a las esperas de cada consulta. Queda tipificado un módulo constituído por-la consulta, la espera y la secretaría.

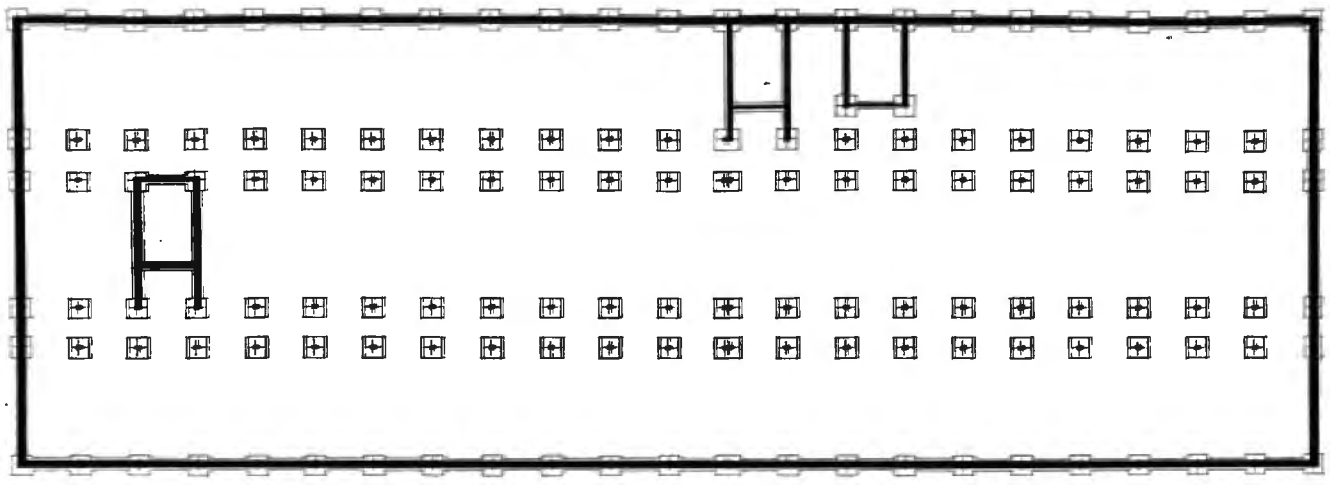
Dada la naturaleza y duración de algunas de las exploraciones previstas, por ejemplo endoscopias de todo orden, resulta necesario prolongar varias horas la presencia del enfermo en el Centro, hacer frente a contingencias urgentes, que pueden presentarse en este tipo de exploraciones y proporcionar un período de reposo adecuados a cada caso.

Ha parecido conveniente para ello dotar al Centro con 16 camas y dos quirófanos, vuyo fin es efec-

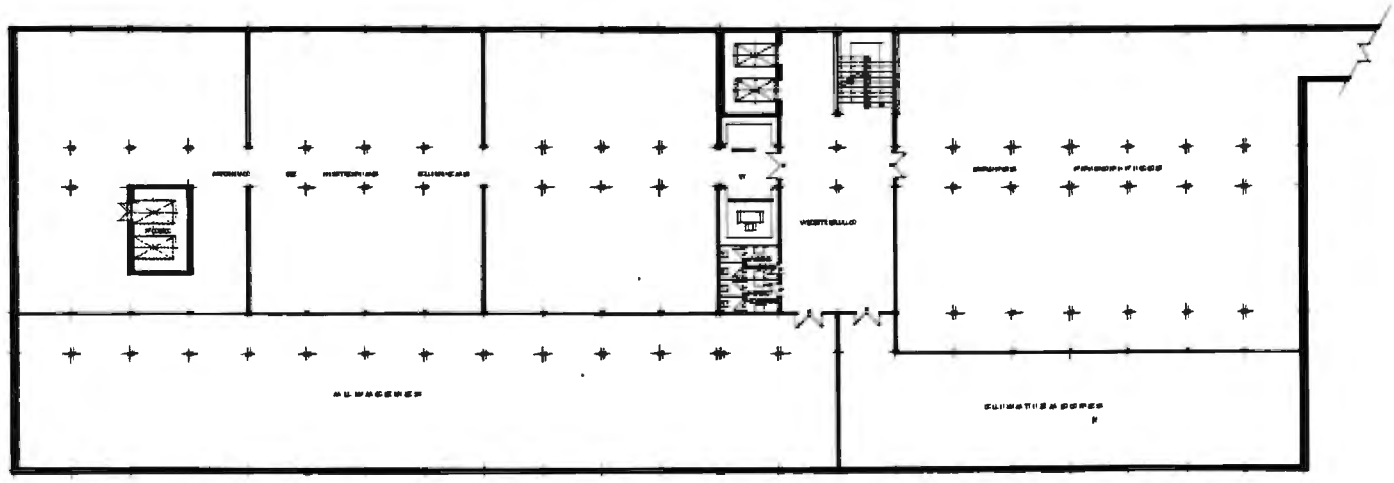
tuar las maniobras exploratorias, con garantías de asepsia y poder vigilar al enfermo adecuadamente.

Constructivamente el Centro se proyecta en estructura metálica sistema de aire acondicionado total y-fachadas prefabricadas, siendo el tiempo previsto para - su construcción, el de un año.


F.F.C.C. MADRID - CADIZ
C/ ANTONIO MAURA
C/ CARDENAL ILUNDAIN
C/ JUAN DE LARA
AVDA. MANUEL SIUROT
ALMACEN
CHALET
ANATOMIA PATOLOGICA Y ANESTESIOLOGIA
AMBULATORIO
LAVANDERIA
MATERNIDAD
HOSPITAL INFANTIL
ESCUELA DE ENFERMERIAS
TRAUMATOLOGIA
RESIDENCIA GENERAL
N
MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA
PLANO Nº 01
PLANO DE EMPLAZAMIENTO
ESCALA 1:1000
CONFORME
MADRID, JUNIO, 1963



PLANTA DE CIMIENTOS

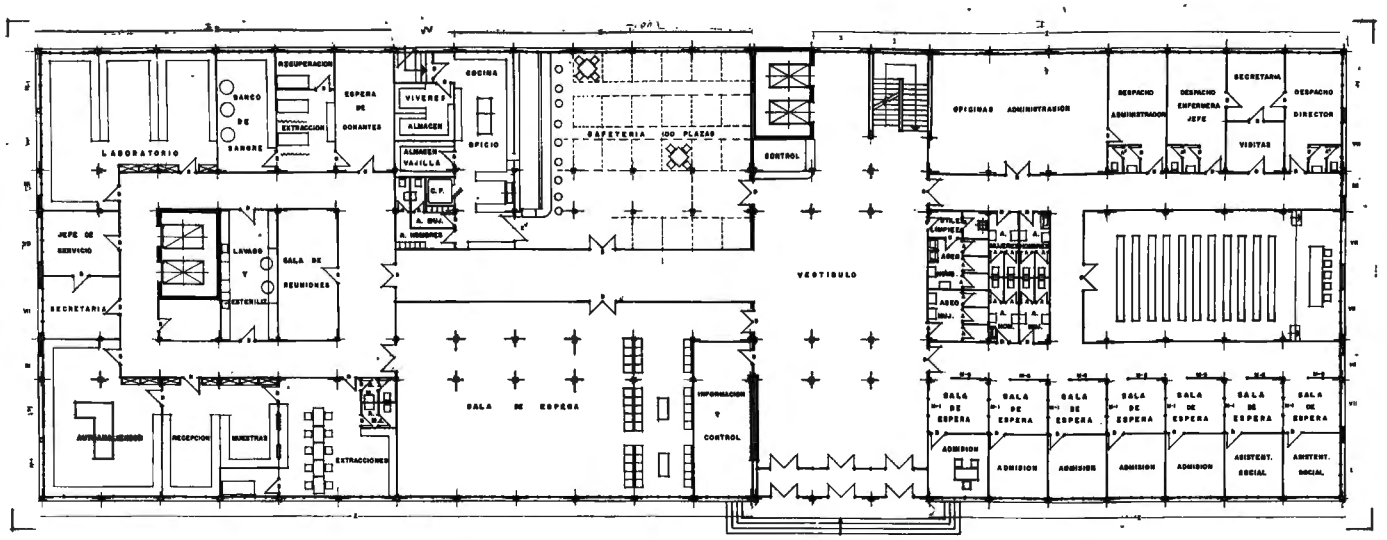


PLANTA DE SEMISOTANO

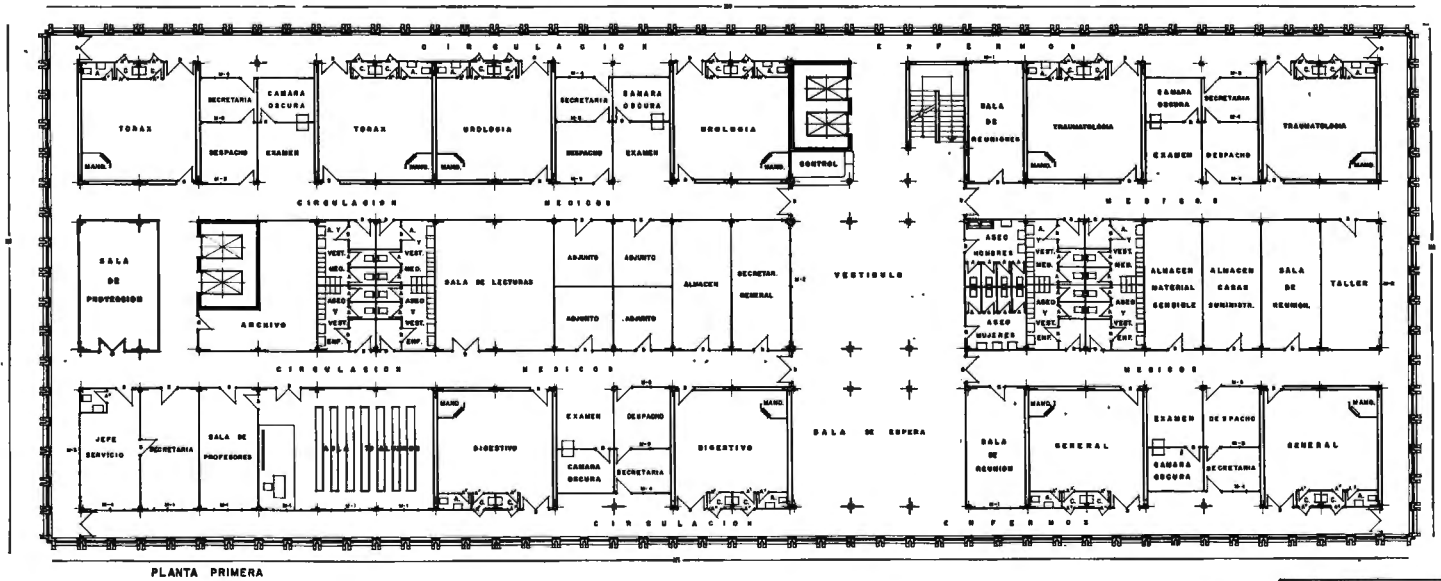
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA

PLANO Nº 4	PLANTAS DE CIMIENTOS Y SEMISOTANO
ESCALA 1:100	CONFORME



PLANTA BAJA

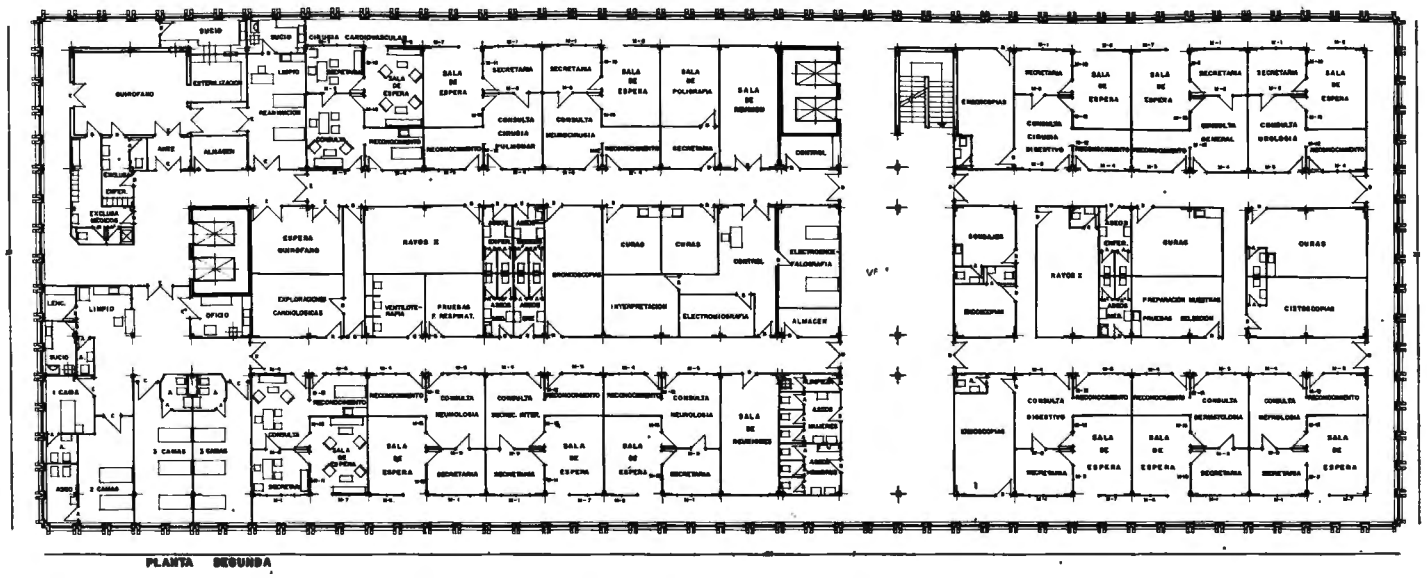


PLANTA PRIMERA

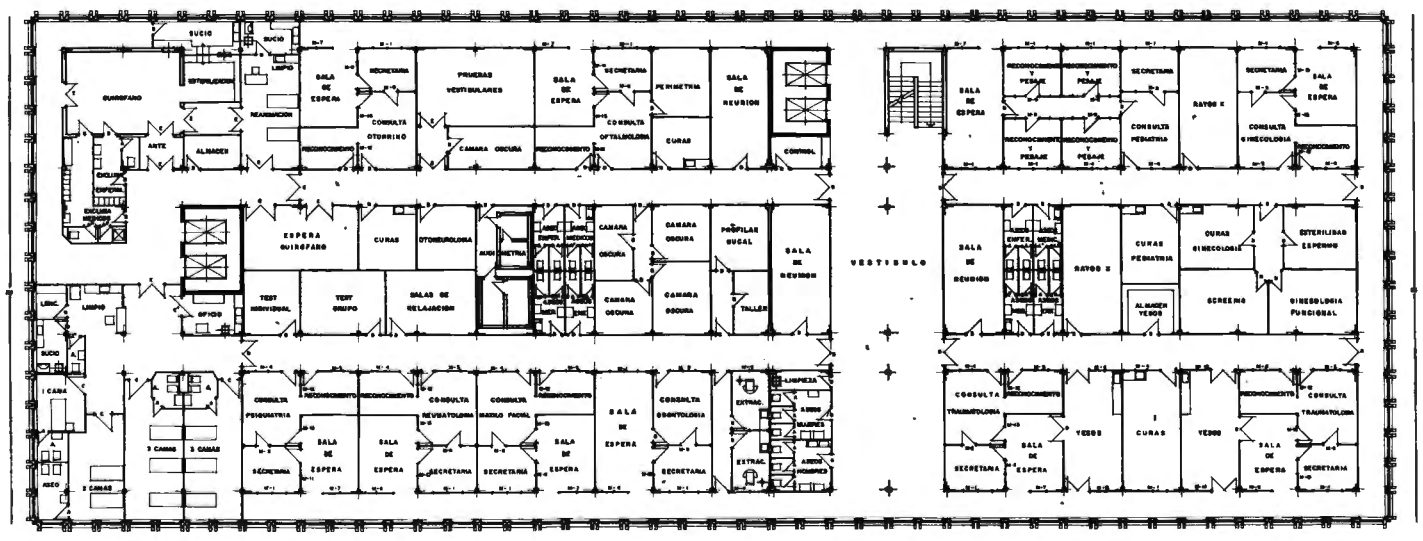
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA

PLANO Nº	PLANTAS BAJA Y PRIMERA
2	
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, AUTOR DEL PROYECTO



PLANTA SEGUNDA

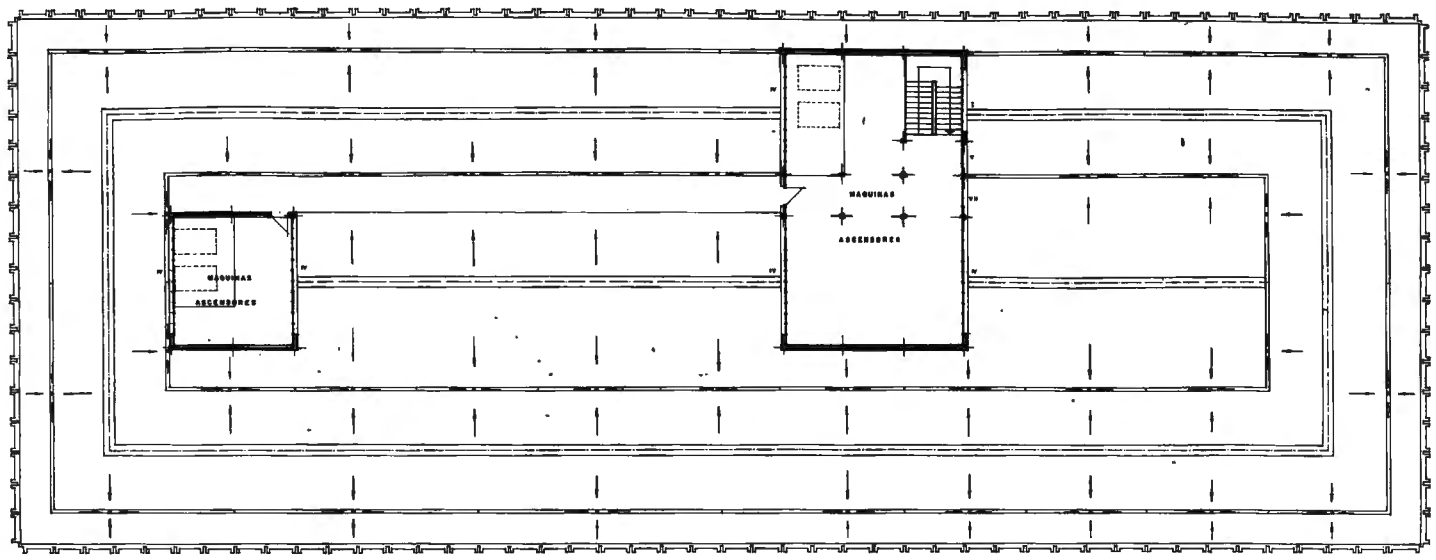


PLANTA TERCERA

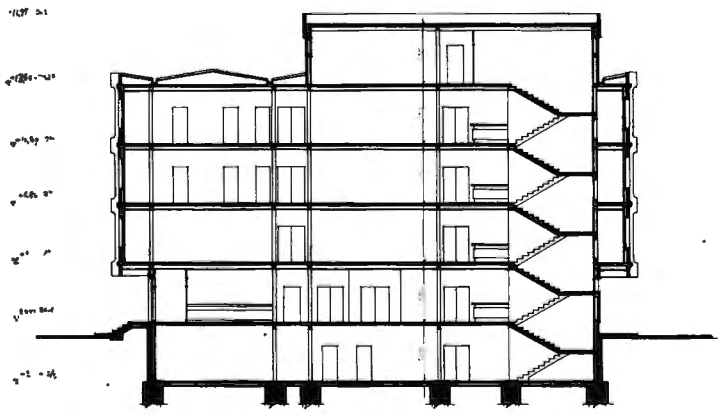
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA.

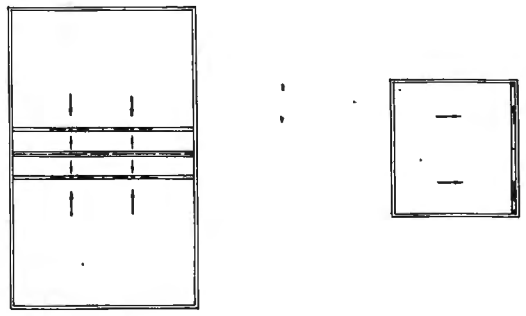
PLANO Nº 3	PLANTAS SEGUNDA Y TERCERA
ESCALA 1:100	CONFORME



PLANTA DE CUBIERTAS



SECCION



CUBIERTAS TORREON

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA

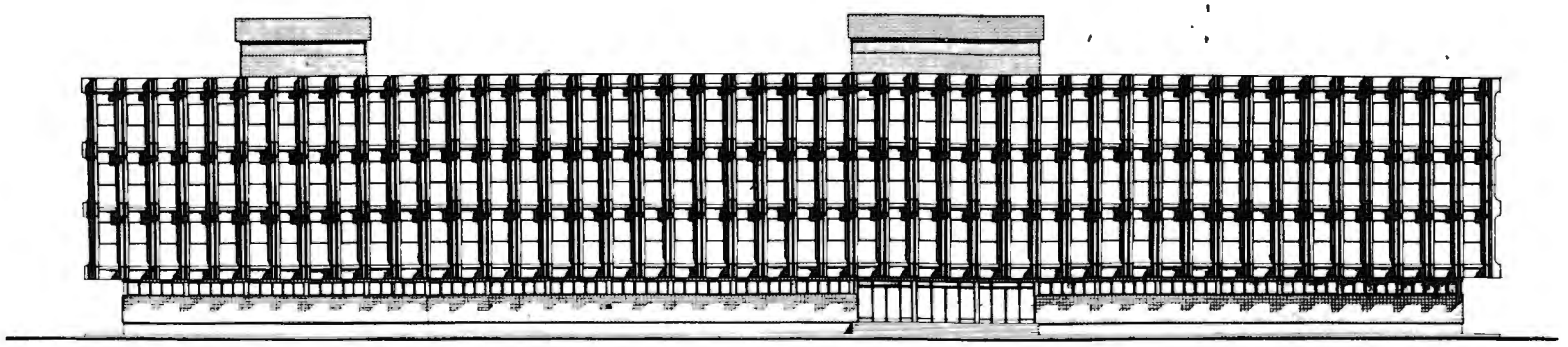
PLANO Nº 4

PLANTA DE CUBIERTAS, SECCION
Y CUBIERTAS TORREON

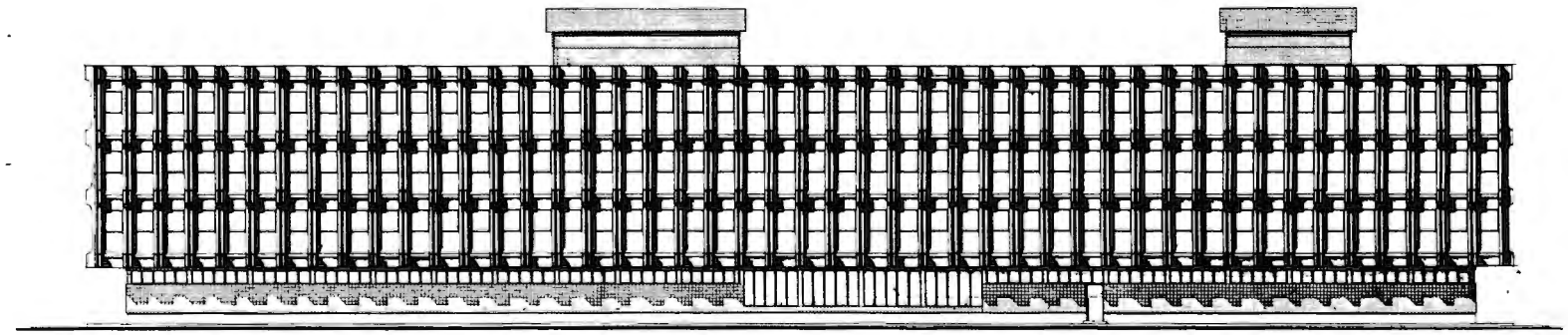
ESCALA 1:100

CONFORME

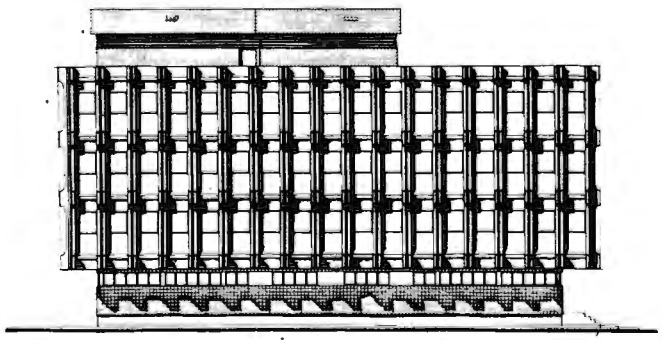
MADRID, JUNIO, 1972
LOS ARQUITECTOS



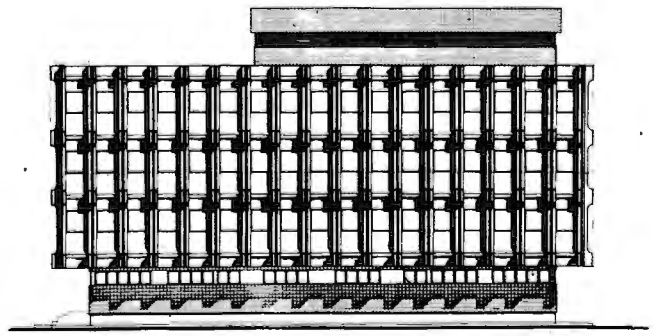
ALZADO PRINCIPAL



ALZADO POSTERIOR



ALZADO LATERAL IZQUIERDO



ALZADO LATERAL DERECHO

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE
CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEVILLA

PLANO Nº	ALZADOS
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, JUNIO, 1972 LOS ARQUITECTOS

II.- 4. LOS COMPLEJOS HOSPITALARIOS PARA GRANDES ZONAS DE - POBLACION (La Ciudad Sanitaria "LA FE", de Valencia)

LA CIUDAD SANITARIA

La progresiva implantación de la asistencia hospitalaria puso de manifiesto que había determinados servicios con requerimientos espaciales y asistenciales peculiares, que mientras se hallaran situados en pequeños y medianos hospitales no producían ningún aumento de complejidad de funcionamiento que hicieran notar excesivamente su influencia dificultando la marcha general de la Institución, pero en cuanto por razón de su clientela prevista, ciertos servicios como hasta la fecha son las maternidades, la pediatría y la traumatología y rehabilitación, exigen un elevado número de camas resulta más eficaz segregarles del -- hospital general y construir centros especiales destinados a esos fines.

Al propio tiempo con la finalidad de no duplicar- servicios generales tales como mortuorio, patología, radioterapía, lavandería y otros. Se ha decidido agruparles en- complejos de edificios vecinos en el mismo solar, y han -- recibido el nombre de Ciudades Sanitarias.

Funcionan actualmente las emplazadas en Madrid, - Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Bilbao y La Coruña, las cuatro primeras a pleno rendimiento y las demás en proceso de puesta a punto, aparte hay las de Málaga, Granada, y dos más para Madrid y Barcelona, en fase análoga. Se aporta la descripción e información gráfica relativa a la de - Valencia.

La Ciudad Sanitaria de Valencia recoge los nuevos criterios que en su momento se produjeron por la propia experiencia y evoluciones en las técnicas sanitarias mundiales.

El complejo comprende los siguientes centros:

Hospital General	1.101	camas
Centro de Rehabilitacion y Traumatología	398	camas
Maternidad Hospital Infantil	831	camas
Escuala de Enfermeras	304	camas
Mortuorio y Anatomia Patológica.		
Central Térmica.		

En la actualidad se está construyendo un edificio destinado a Almacenes Generales y Centro de Investigación.

HOSPITAL GENERAL

El desglose de las enfermerias especiales como son las pediatrícas, obstetricas y rehabilitación permitieron una gran tipificación del hospital, adaptando una solución de enfermeria de 30 camas dispuestas en habitaciones de dos.

Se acometió la experiencia de desarrollar un - bloque central de diez quirófanos servido por una subcentral de esterilización lo cual reduce notablemente el -- personal auxiliar. Existian temores ante posible exceso- del número de quirófanos agrupados, pero la experiencia- puede considerarse satisfactoria y ello es debido principalmente al criterio adoptado para el servicio de urgencia.

En este caso, el servicio de Urgencia es único, salvo las obstétricas y pediatricas. Este servicio se -- construyó dotándole de dos quirófanos, más dos contiguos de traumatología. A su vez esta planta contiene una enfermería de 90 camas. Todo ello permite que el bloque -- central trabaje de una forma reglada y programada.

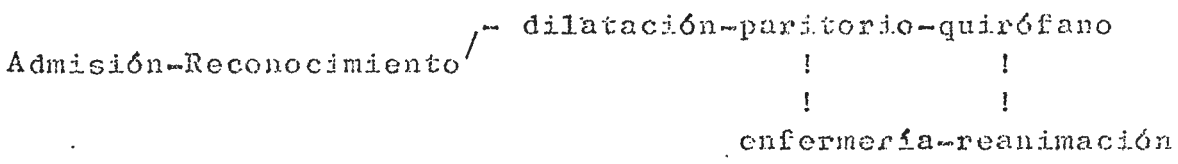
EL CENTRO DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGÍA

De alcance regional, comprende no solamente la rehabilitación del aparato locomotor y sensorial, sino - además incluye la cirugía rehabilitatoria como plástica- y maxilofacial, y la ortopedia y traumatológica no urgente.

Completa esta institución un servicio regional de grandes quemados, tratado como servicio además urgente y con acceso directo e independiente desde el exterior.

HOSPITAL MATERNAL

El Hospital Maternal recogió las existencias de las maternidades anteriores, lo cual nos aconsejó que los servicios de diagnostico y asistencia del parto fueran situadas inmediatas al acceso, estableciéndose una cadena - que puede formularse así:



El proyecto que obedece a esta secuencia incluye la hospitalización de la madre y niño por el sistema - de rooming-in que ha sido muy bien acogido por la población.

HOSPITAL PEDIATRICO

En cuanto al hospital Pediátrico se ha cuidado- la separación en unidades, en razón de edades y patologías. Aunque la asistencia de enfermos infecciosos no es misión de este Hospital, sí ha de atenderse en su primera fase - la de urgencia o las infecciones aparecidas en niños cuyo ingreso fué motivado por otras causas. Por tanto los - grandes grupos son:

Urgencia

Lactancia

Indiscriminados y clasificación

Neonatal

Infecciosos
Cuidados intensivos quirúrgicos
Escolares

Una característica del desarrollo de esta ciudad sanitaria, fué la rapidez de su concepción y desarrollo.

La decisión fué tomada en Julio de 1.967 y en Noviembre de 1.970 estaban construidos todos los edificios hospitalarios. Los tiempos de construcción fueron los siguientes:

Hospital General	8 meses
Centro de Rehabilitación..	7 "
Maternidad	9 "
Hospital Infantil	9 "
Escuala de Enfermeras	7 "

Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Fe

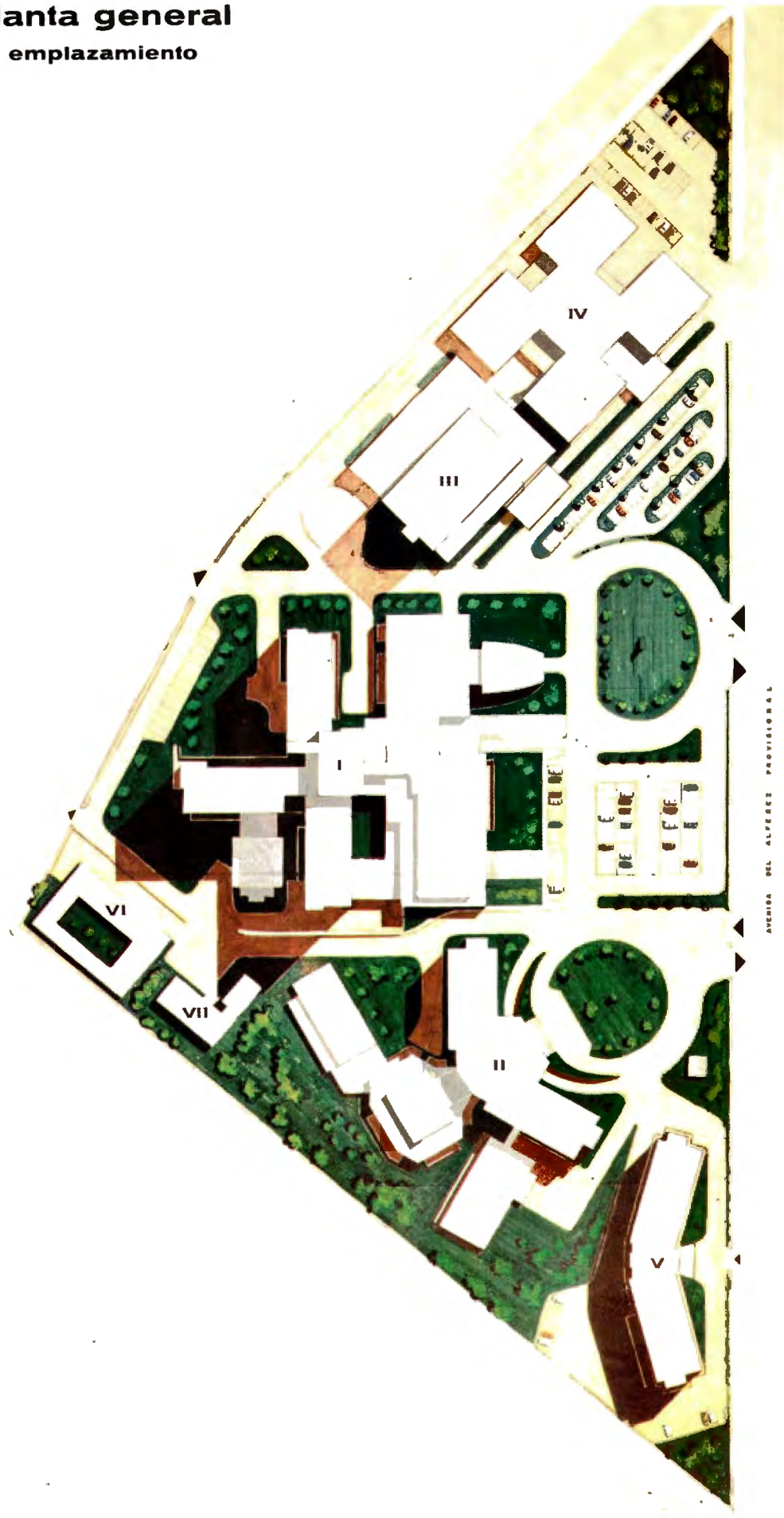
Valencia - ESPAÑA

143 - 57

JUAN DE ZAVALA Y LAFORA †,
FERNANDO FLÓREZ PLAZA,
arquitectos,
colaborador en la Dirección:
JAVIER PICABEA CERVINO,
arquitecto

planta general

de emplazamiento



I. Residencia General, 1.100 camas.

II. Centro de Rehabilitación, traumatología y quemados, 400 camas.

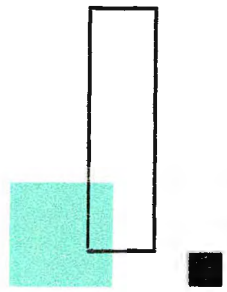
III. Maternidad, 350 camas.

IV. Hospital infantil, 400 camas.

V. Escuela de enfermeras y residencias de enfermeras internas y comunidad religiosa.

VI. Mortuorio y anatomía patológica.

VII. Central térmica y tratamiento de aguas.



sinopsis

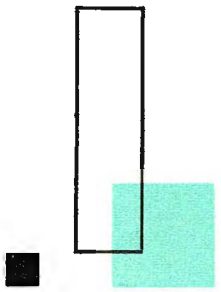
Este complejo sanitario, construido con precisión y notable rapidez, resuelve de manera rotunda toda una serie de urgentes necesidades planteadas en la provincia. Se recogen en él todas las experiencias anteriores en centros similares del país, con incorporación de todo tipo de adelantos técnicos, de materiales y de instalaciones que, año tras año, se van perfeccionando de forma acelerada en este tipo de edificios.

En la redacción del proyecto se han tenido muy en cuenta, para resolverlas acertadamente, las premisas esenciales planteadas de funcionalidad, investigación y enseñanza.

El programa completo, con unas 1.100 camas para enfermos abarca siete partes bien diferenciadas: Hospital Residencia general; Centro de rehabilitación; Maternidad; Hospital infantil; Escuela de enfermeras; Laboratorios centrales, de investigación y cirugía experimental y Servicios generales (central térmica, tratamiento de aguas, lavandería, incineración, mortuorio, etcétera).

Se ha estudiado cuidadosamente la habitación tipo, tendiendo a la máxima flexibilidad de ocupación, mínimo relativo de coste, máximo confort, recorridos ponderados de enfermeras, reducción de promiscuidad, etc., agrupando racionalmente el número de ellas a servir por un mismo núcleo de servicios generales.

En tres números sucesivos de INFORMES se desarrolla, de forma suficientemente expresiva, este importante conjunto edificado, que pone de manifiesto el esfuerzo ingente de la Seguridad Social española para ponerse en primera línea mundial en este terreno de la Asistencia sanitaria.



antecedentes generales

Los Servicios Centrales de la Seguridad Social plantearon las necesidades asistenciales de la provincia que se presentaba desde hacía tiempo muy deficitaria, iniciando una nueva estructuración que recogiera las experiencias anteriores de las Ciudades Sanitarias «La Paz», de Madrid, y «Francisco Franco», en Barcelona, al tiempo que incorporase una estructuración acorde con nuevas normas de asistencia.

Las premisas fundamentales que se plantearon fueron las siguientes:

Funciones	Asistencial Investigación Docencia

Las características del complejo deberían responder a la de un hospital regional, y las Instituciones serán cerradas, jerarquizadas y con plena dedicación.

Ello creaba unas nuevas necesidades arquitectónicas en relación con las Residencias hasta entonces construidas, salvo excepciones aisladas.

Se hizo especial hincapié en relación con etapas anteriores sobre los siguientes servicios: «urgencias,, cuidados intensivos, consultas externas y bloque quirúrgico».

vista general

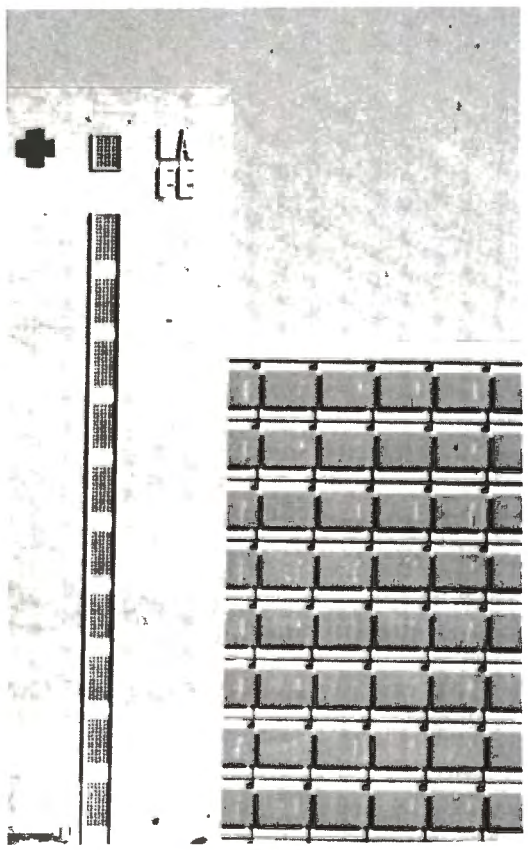
El desarrollo total del complejo, ajustado a los planes de financiación, requería el siguiente índice:

	Camas
Hospital General...	1.000
Centro de Rehabilitación.	400
Maternidad	350
Hospital Infantil	350

Escuela de Enfermeras . Laboratorios Centrales, de Investigación y Cirugía Experimental.

La fundamental ventaja del complejo es la posibilidad de centralizar servicios y, bajo ese concepto, se desarrollarán los proyectos, centralizando no sólo departamentos de diagnóstico y tratamientos, sino, además, servicios generales como «central térmica, lavandería, incineración, mortuorio», etc.

Por otra parte, se fijaban las lógicas limitaciones económicas que se han cumplido.



residencia general

realización

La primera etapa, como hemos dicho anteriormente, consiste en el proyecto y construcción del Hospital General.

Los arquitectos proyectaron las unidades de enfermería en habitaciones tipificadas, ya que los servicios que suelen distorsionar esta tipificación, como «pediatría, maternidad, quemados y rehabilitación», se alojarían en otros edificios.

La habitación propuesta fue la de dos camas, basada en las siguientes razones:

— máxima flexibilidad de ocupación;

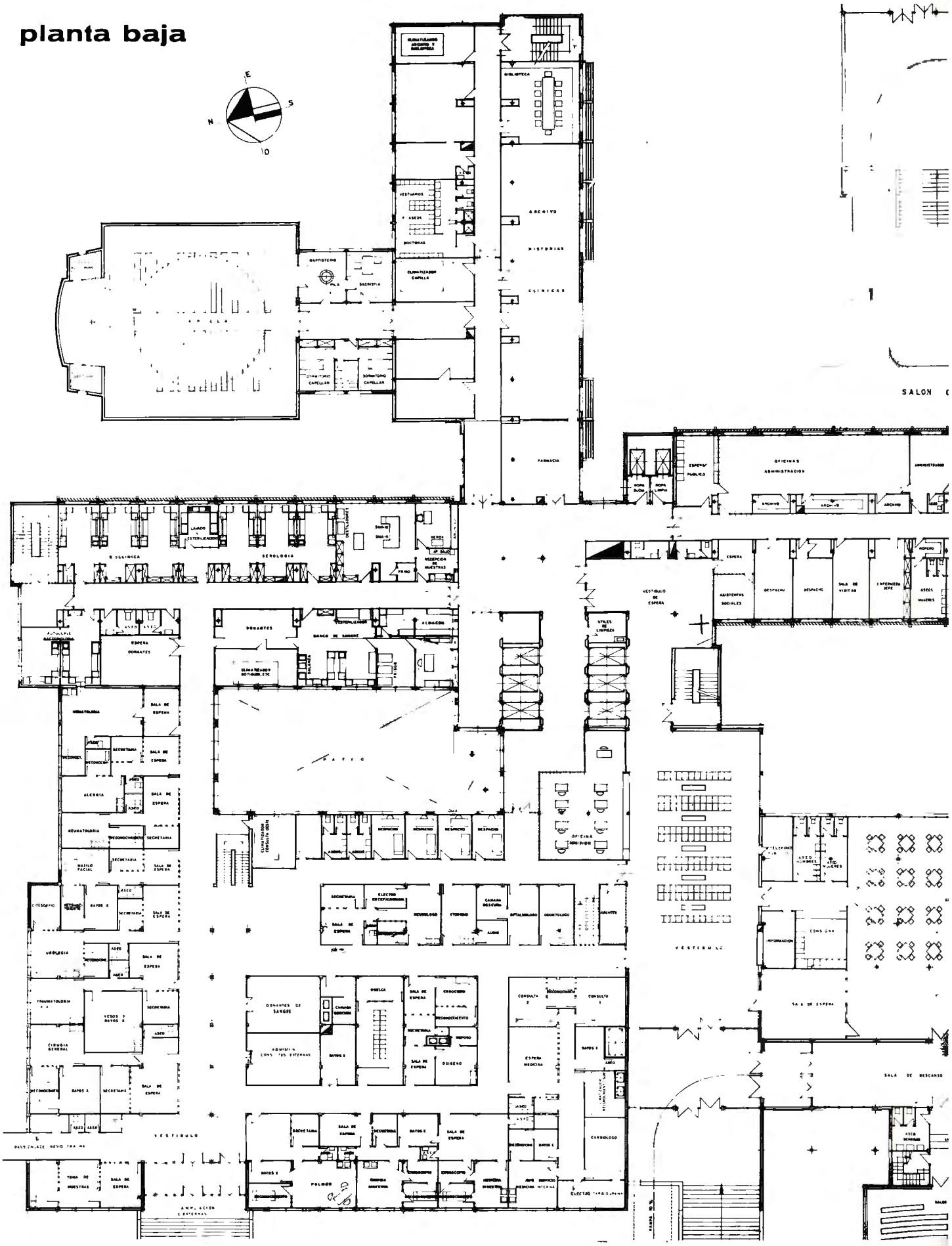
— mínima diferencia de coste con la habitación de una cama;

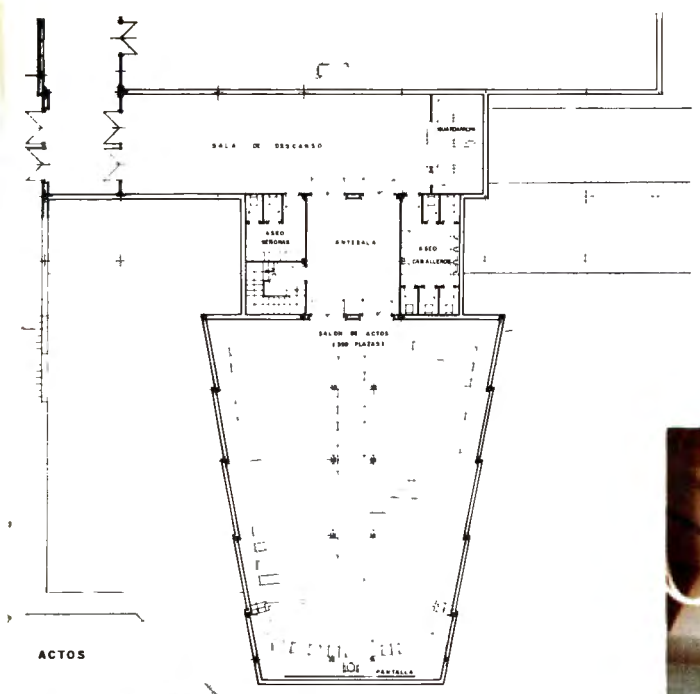
— elevación del nivel de confort del enfermo;

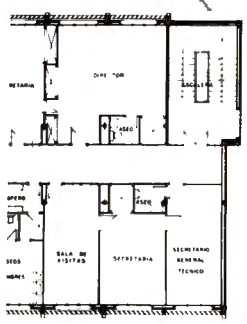
— recorridos admisibles de la enfermera;

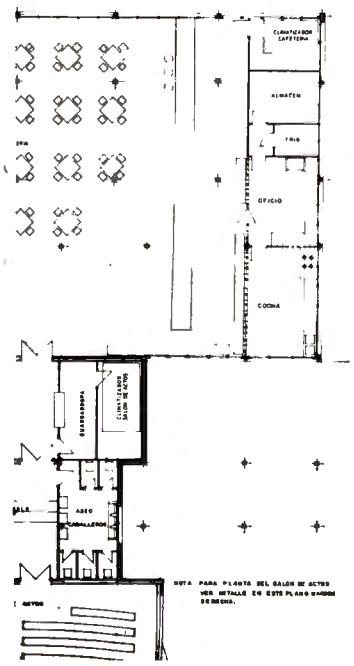
— reducción de la promiscuidad y, en consecuencia, las infecciones cruzadas.

planta baja

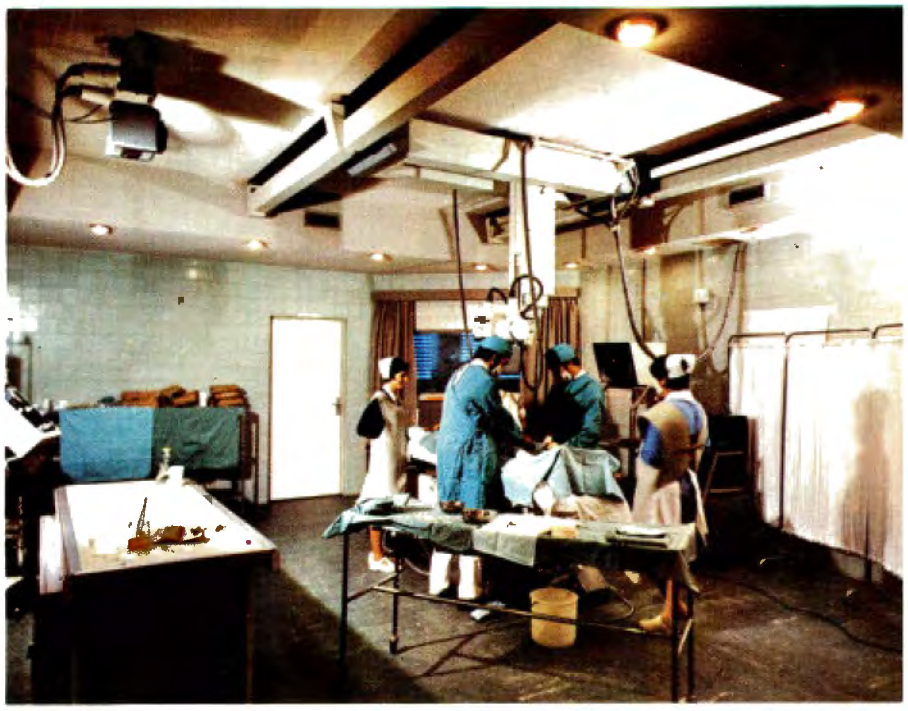

E
S
N
O
BIBLIOTECA
VESTUARIOS
Y ASEOS
DOCTORES
ARCHIVO
HISTORIAS
CLINICAS
BAPTISTERIO
SACRISTIA
CLIMATIZADOR CAPILLA
DORMITORIO CAPELLAN
DORMITORIO CAPELLAN
FARMACIA
SALON
OFICINAS ADMINISTRACION
ESPERA PUBLICO
ROPA SUCIA
ROPA LIMPIA
ARCHIVO
ARCHIVO
ARCHIVO
BIOQUIMICA
SEROLOGIA
LAVADO ESTERILIZACION
ALTO VACIO
SHAKER
VORTEX
AP. MICRO
RECEPCION DE MUESTRAS
FRIGO
AUTOCLAVE BACTERIOLOGIA
ASEO
ASEO
ESPERA DONANTES
DONANTES
ESTERILIZADOR
ALMACEN
CLIMATIZADOR BOTIQUIN, ETC
BANCO DE SANGRE
FRIGO
UTILES DE LIMPIEZA
PATIO
OFICINA ENFERMERA
CLIMATIZADOR CONSULTA ORINA
VESTIBULO DE ESPERA
ESPERA
ASISTENTAS SOCIALES
DESPACHO
DESPACHO
SALA DE VISITAS
ENFERMERA JEFE
ASEOS MUJERES
ROPERO
HEMATOLOGIA
SALA DE ESPERA
SECRETARIA
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
ALERGIA
ASEO
SALA DE ESPERA
REUMATOLOGIA
RECONOCIMIENTO
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
MAXILO FACIAL
SECRETARIA
CITOSCOPIO
RAYOS X
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
UROLOGIA
ASEO
RECONOCIMIENTO
ASEO
SALA DE ESPERA
TRAUMATOLOGIA
YESOS Y RAYOS X
SECRETARIA
ASEO
CIRUGIA GENERAL
RECONOCIMIENTO
RAYOS X
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
ASEO
ASEO
VESTIBULO
PANTALLAZO REVISTAS
TOMA DE MUESTRAS
SALA DE ESPERA
AMPLIACION CONSULTAS
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
RAYOS X
SECRETARIA
RAYOS X
SALA DE ESPERA
POLIGR
CIRUGIA DIGESTIVO
ENDOSCOPIO
HISTORIA DIGESTIVO
ASPIRACION
RECONOCIMIENTO
RAYOS X
ELECTRO TAPO DUODENAL
DONANTES DE SANGRE
CAMARA EXTRACCION
ADMISION Y CONSULTAS EXTERNAS
RAYOS X
OBSTETRICIA
SALA DE ESPERA
RECONOCIMIENTO
SECRETARIA
RAYOS X
SALA DE ESPERA
DIRIGENTE
SECRETARIA
SALA DE ESPERA
ELECTROENCEFALOGRAMA
REVELADO
ESTUDIO
CAMARA OSCURA
OFTALMOLOGO
ODONTOLOGO
AUDIO
ARCHIVO
VESTIBULO
CONSULTA 2
CONSULTA 1
ESPERA MEDICINA
RAYOS X
ASEO
CARDIOLOGO
ASPIRACION
RECONOCIMIENTO
ASEO
TELEFONOS
ASEO HOMBRES
ASEO MUJERES
INFORMACION
CONSIGNA
SALA DE ESPERA
SALA DE DESCANSO
ASEO HOMBRES
SALA

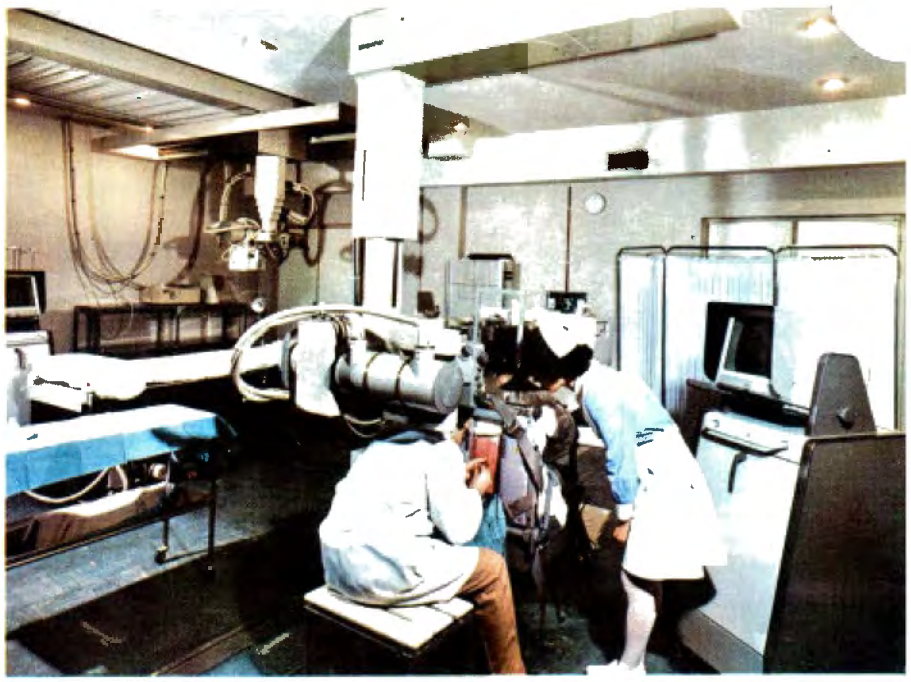

SALA DE DESCANSO
ASEO SEÑORAS
ANTESALA
ASEO CABALLEROS
SALON DE ACTOS
(300 PLAZAS)
PANTALLA
ACTOS


DIRECTOR
SECRETARIA
ASEO
SALA DE VISITAS
SECRETARIA
SECRETARIO GENERAL TECNICO

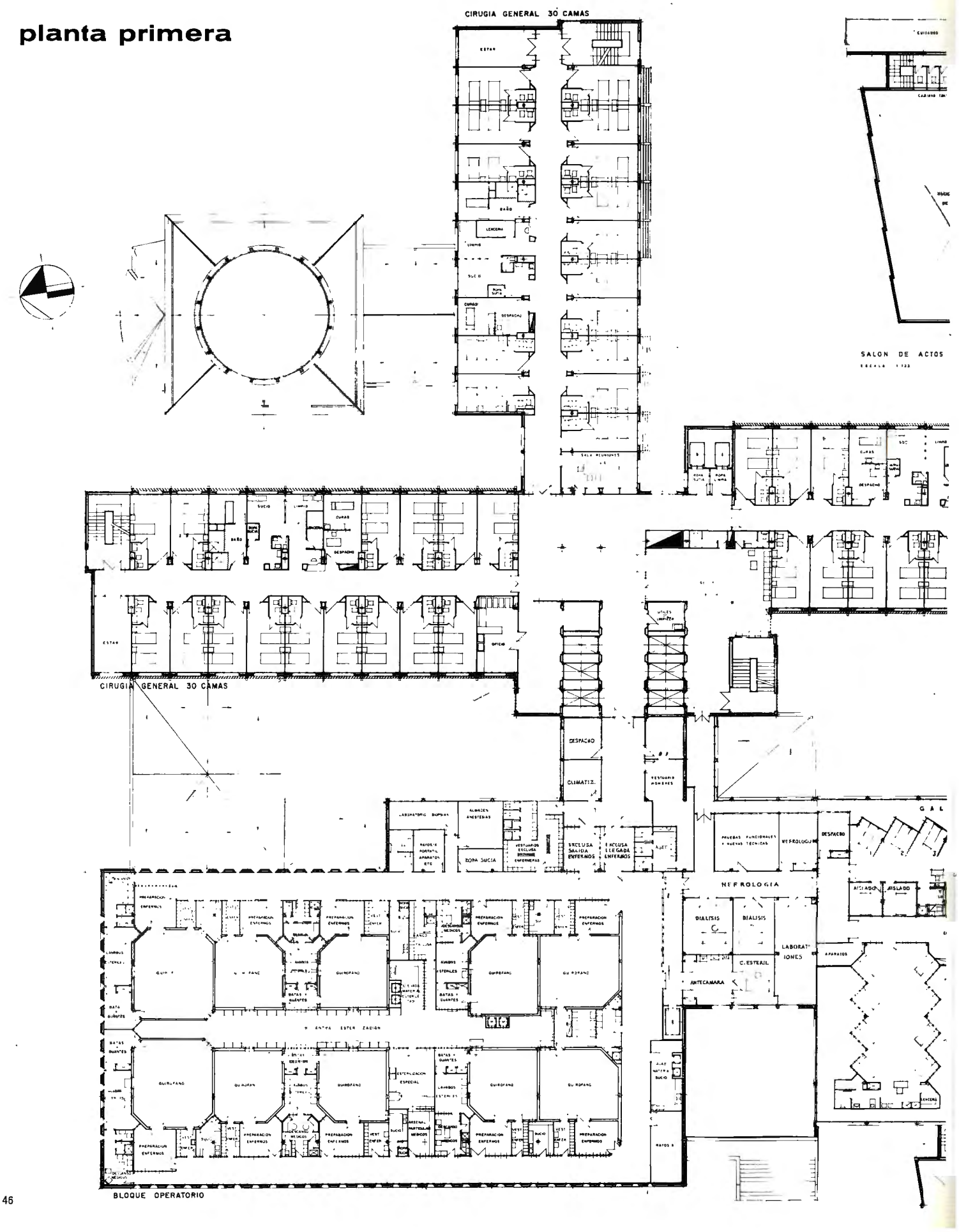

CLIMATIZADOR CAFETERIA
ALMACEN
TRIO
OFICIO
COCINA
CLIMATIZADOR SALON DE ACTOS
ASEO CABALLEROS
NOTA PARA PLANTA DEL SALON DE ACTOS VER DETALLE EN ESTE PLANO

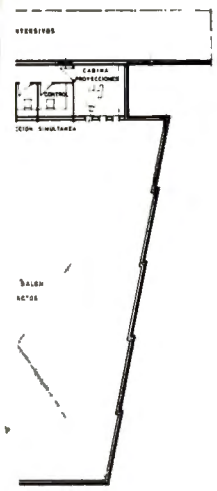
rayos X

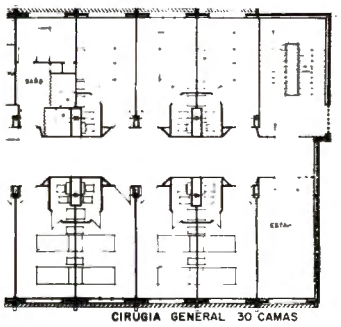


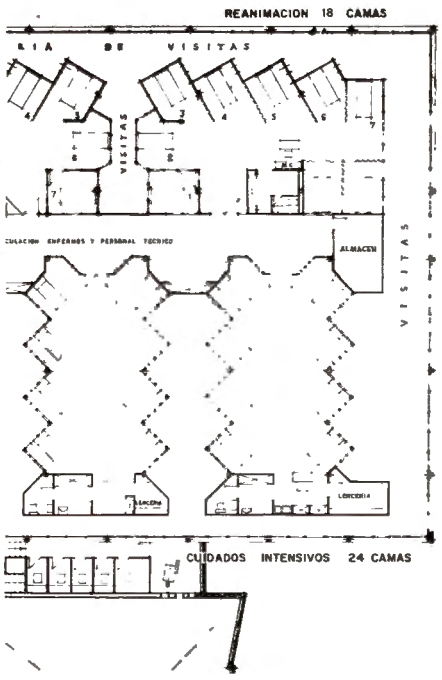


planta primera

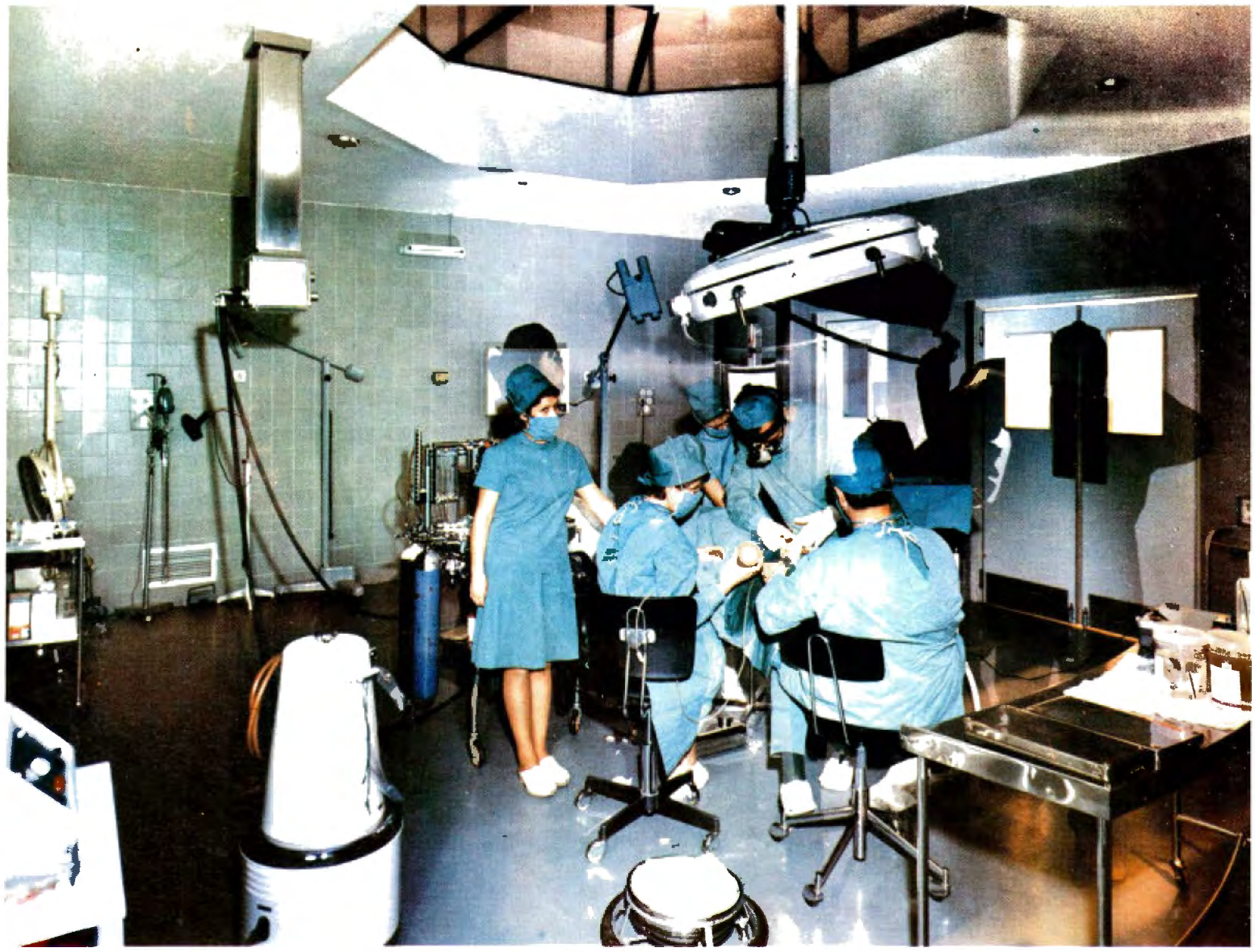








esterilización



quirófano

Cada habitación dispone de servicios centralizados de oxígeno y vacío, aseo con inodoro, bidé, lavabo y lavacuñas, al objeto de reducir al mínimo los recorridos de residuos orgánicos.

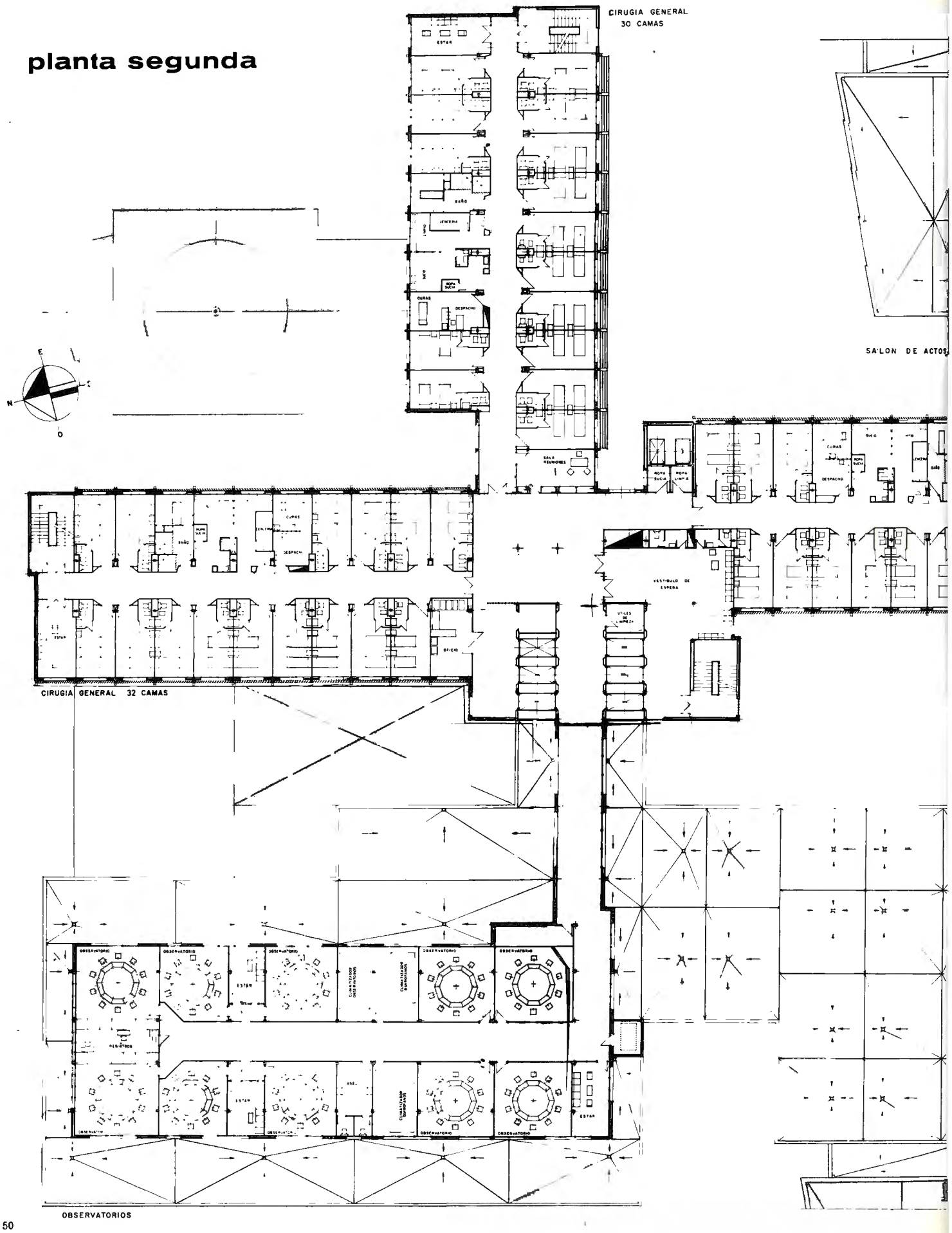
Se agruparon las habitaciones en unidades de 30 camas con servicios generales cada una (puestos de enfermeras, baños, salas de curas y despachos de reconocimiento) y, a su vez, se unieron en cada planta con el núcleo de circulaciones tres unidades, obteniendo en cada piso 90 camas servidas por un oficio general y sala de sesiones clínicas.

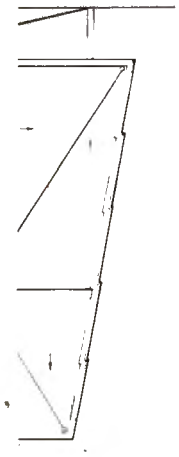
bomba de cobalto
cuidados intensivos

Se estableció una circulación separada de visitas y enfermos, mediante un bloque de seis aparatos elevadores de doble acceso, dejando previsto espacio para dos posibles aparatos adicionales.

El ingreso de enfermos sería por dos vías: consultas externas o urgencia.

planta segunda

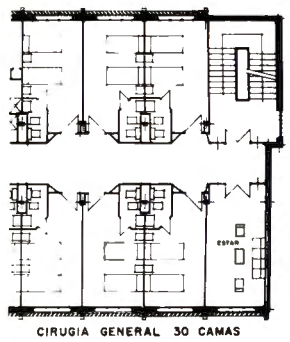




En el primero de los casos, la hospitalización es previamente citada, existiendo «historia clínica» y, en el deseo de protagonizar al enfermo su ingreso, se hace por el acceso principal hasta una admisión fundamentalmente administrativa.

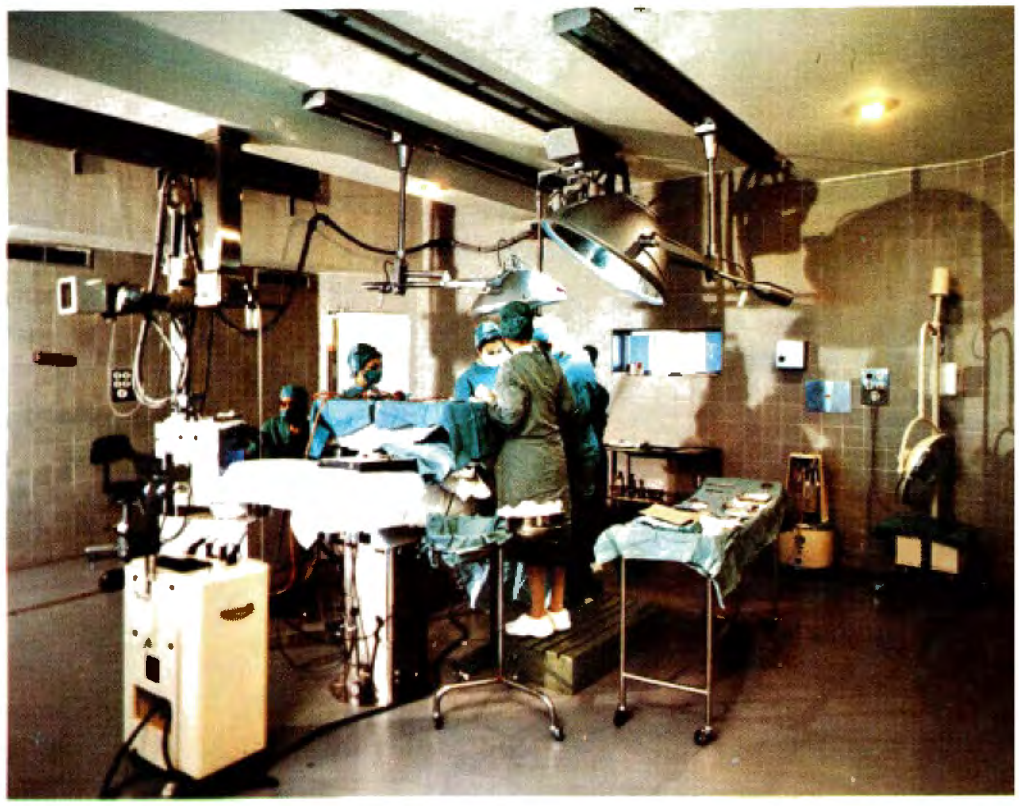
Más complejo fue el estudio de localización del servicio de urgencia y su planteamiento.

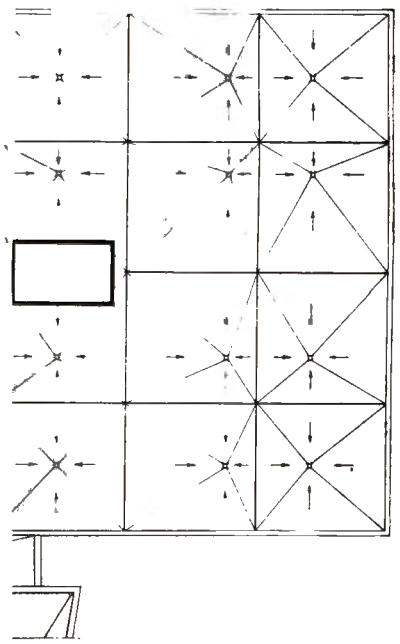
Razones económicas y de eficiencia aconsejaron un único «servicio médico y quirúrgico de urgencia», con las salvedades de «maternidad y pediatría», que tendrían los suyos propios. Otra excepción fue la del «servicio de grandes quemados», con penetración y acceso independientes y que constituiría parte del programa del edificio siguiente.



CIRUGIA GENERAL 30 CAMAS

quirófano





BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

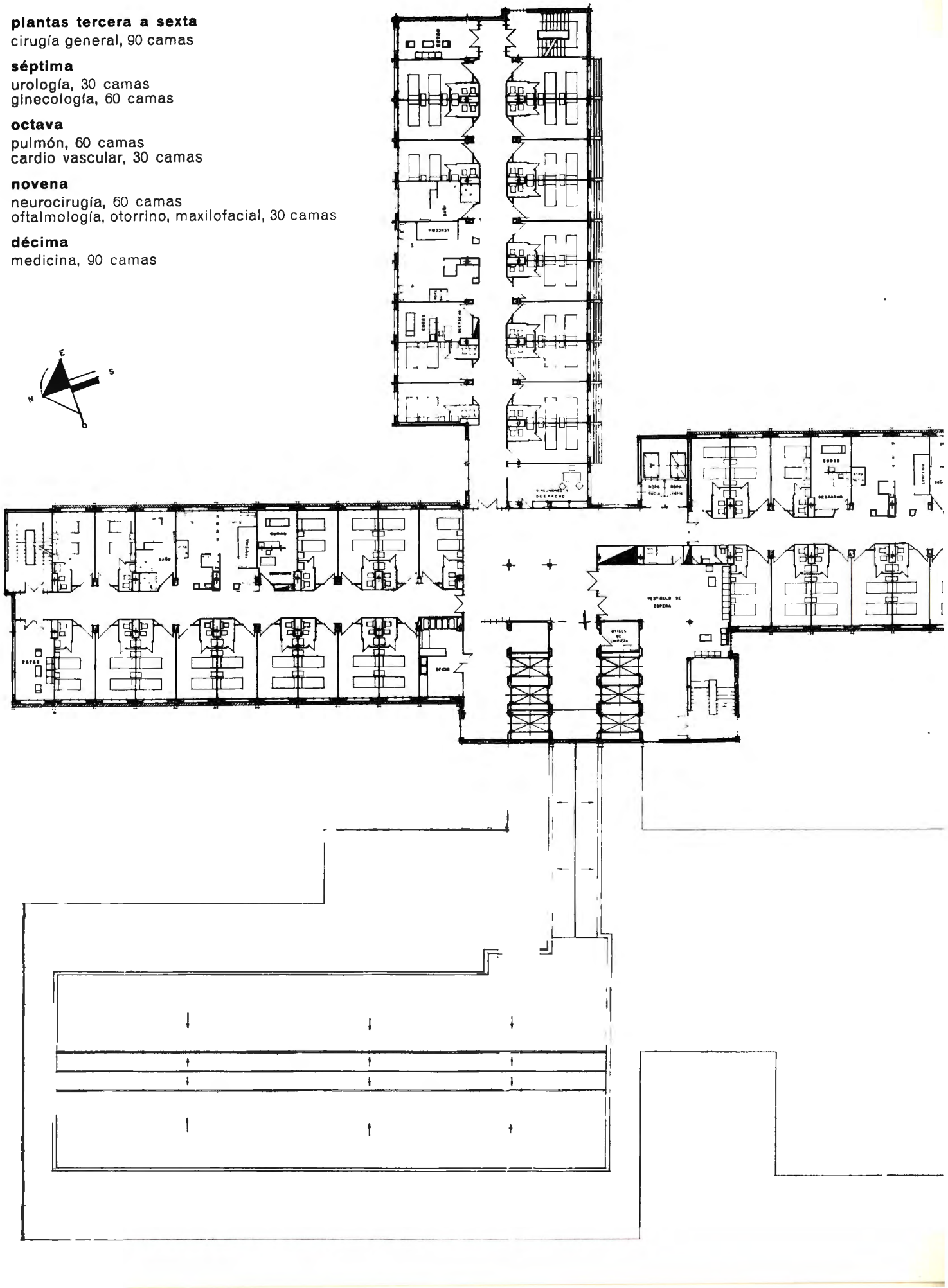
plantas tercera a sexta
cirugía general, 90 camas

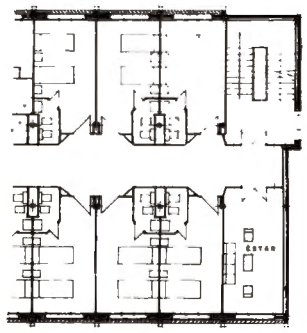
séptima
urología, 30 camas
ginecología, 60 camas

octava
pulmón, 60 camas
cardio vascular, 30 camas

novena
neurocirugía, 60 camas
oftalmología, otorrino, maxilofacial, 30 camas

décima
medicina, 90 camas





Todo esto llevó a fijar las siguientes condiciones de localización de este servicio:

— acceso directo próximo a la «admisión general»;

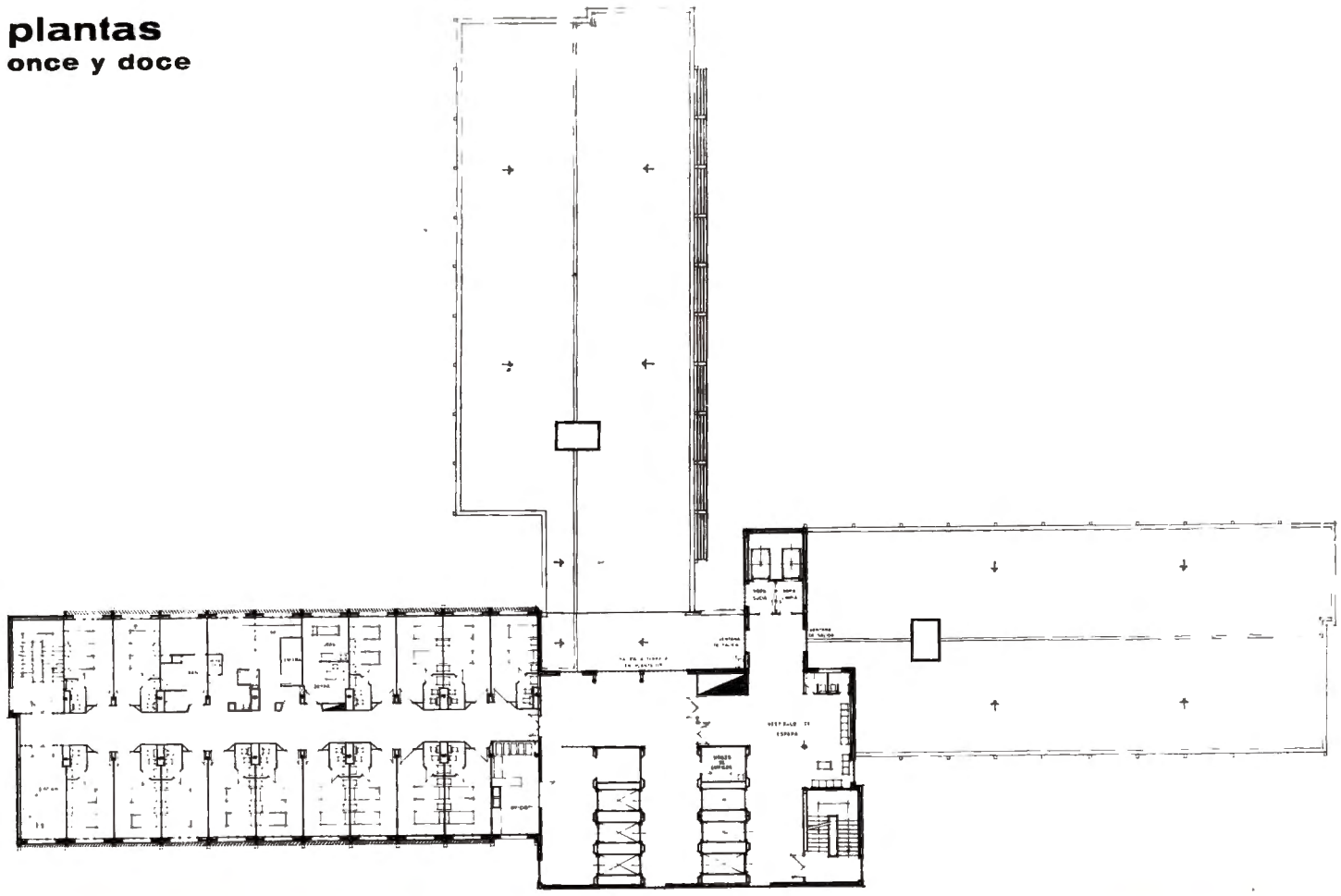
— rápido acceso a las «unidades de cuidados intensivos»;

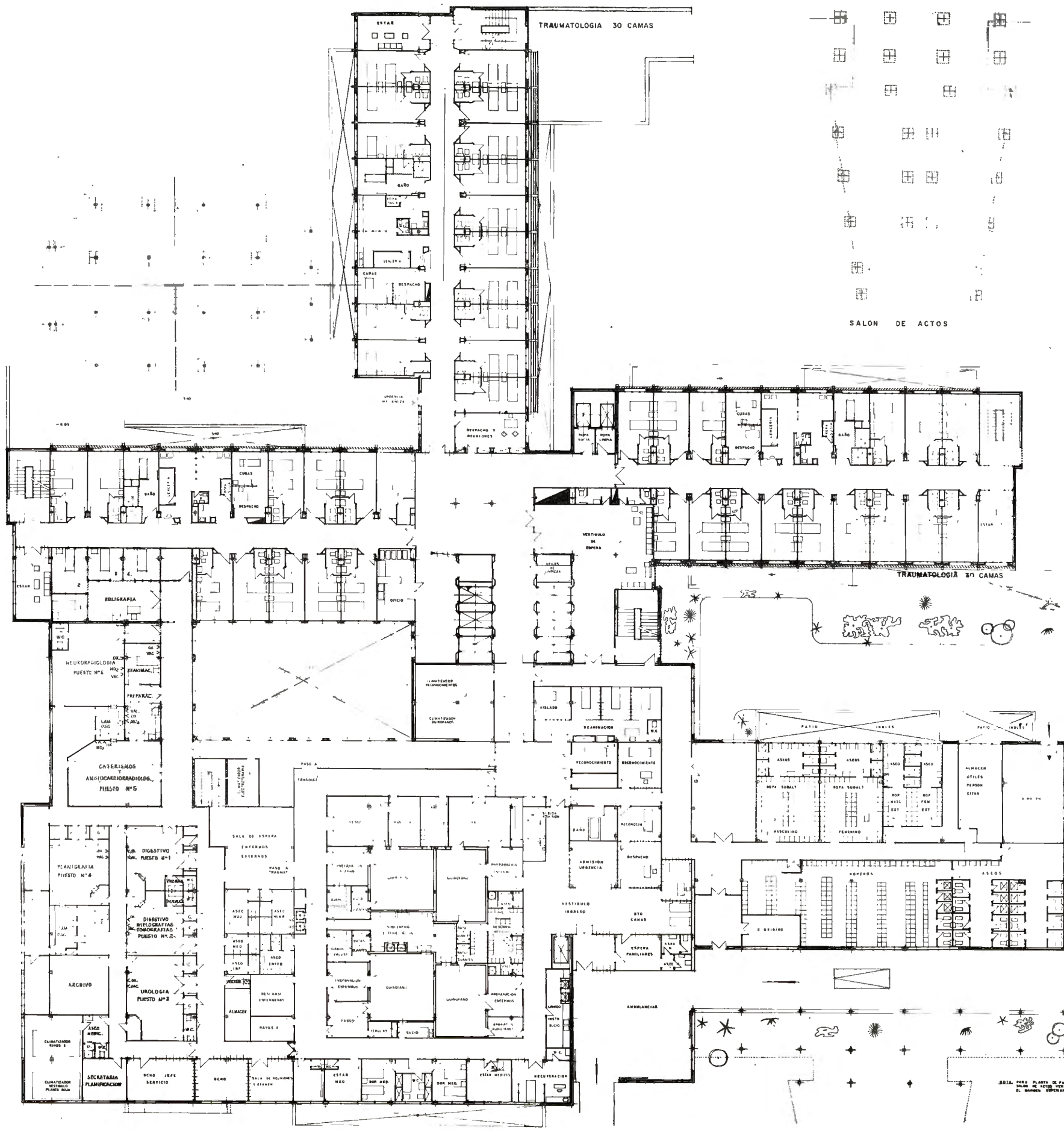
— contigüidad con «radio-diagnóstico»;

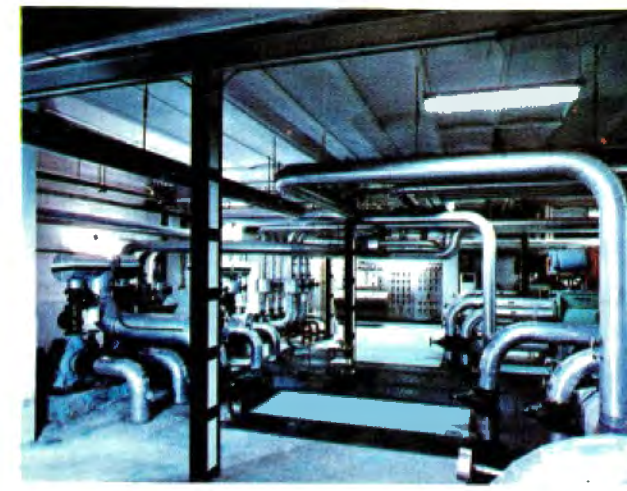
— continuidad con el «servicio de traumatología del hospital».

La incidencia del ingreso por urgencia es causa perturbadora de la programación del hospital en cuanto a hospitalizaciones e intervenciones. Para paliar esto, se dispuso una planta completa de 90 camas, a nivel del «servicio de urgencia» y un bloque quirúrgico

plantas
once y doce





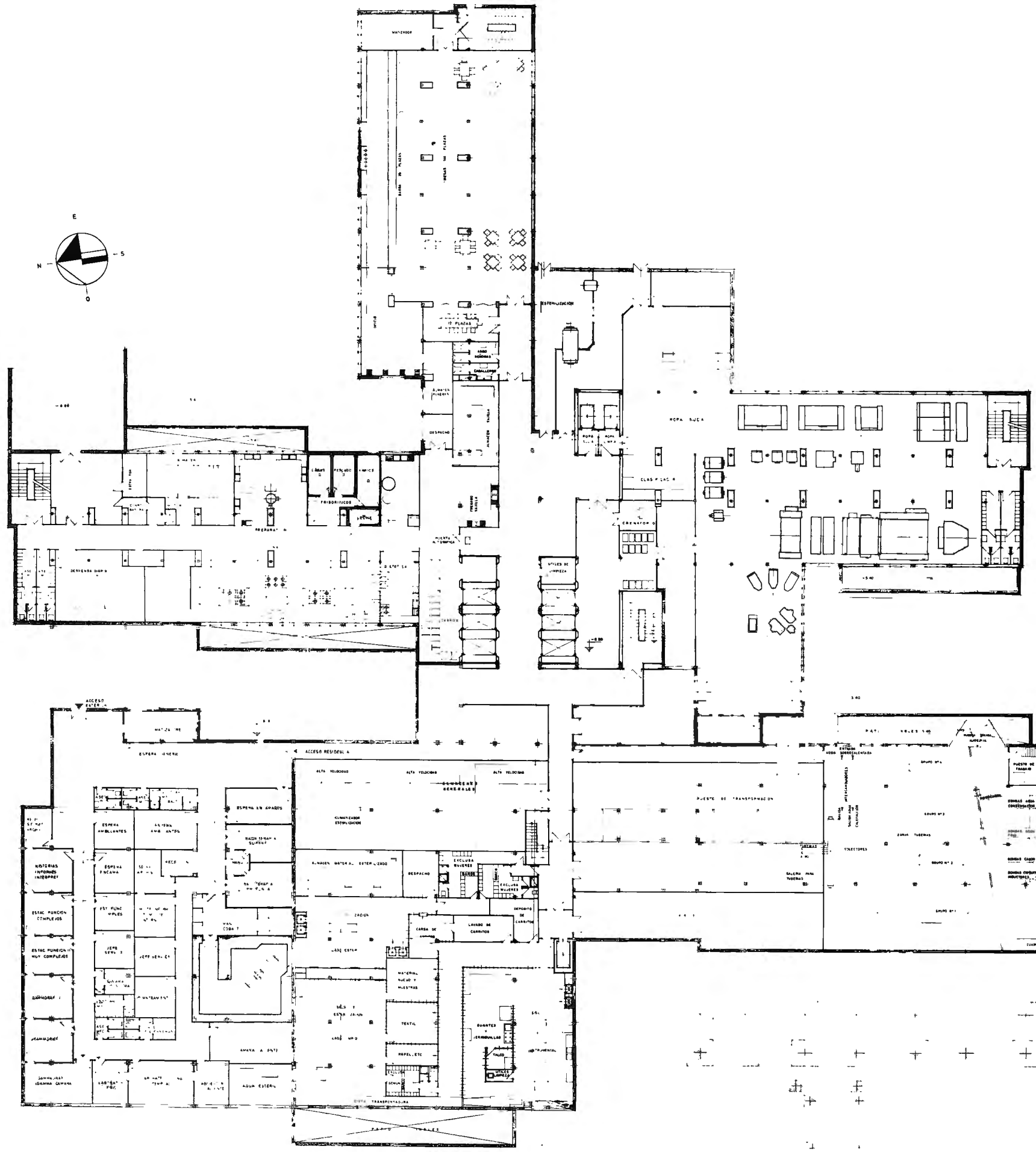


sala de máquinas

compresores

autónomo, con rigor de circulaciones y medios para lograr una cierta autonomía que no rompiera la programación general de asistencia.

Situadas las unidades de «cuidados intensivos» inmediatas al bloque quirúr-



gico y bloque de circulaciones, permitió, asimismo, incorporar a éste la unidad de: reanimación postoperatoria, unidades de diálisis, iones y pruebas funcionales.

Este primer edificio está dotado de un bloque quirúrgico único (salvo «urgencia» y «traumatología») de gran rendimiento en cuanto a personal y con un ordenamiento debido a la perfecta programación que en él se desarrolla.

centro de rehabilitación y quemados

La segunda etapa la constituyó el Centro de Rehabilitación, el cual incluye el «servicio de traumatología y quemados», «cirugía plástica», «hospitalización para rehabilitación con unidad de parapléjicos» y «servicios de rehabilitación» para enfermos externos.

Los criterios establecidos modifican fundamentalmente las normas mantenidas en otros Centros similares construidos anteriormente. La realización de la Residencia General fijó más programas en razón de los servicios de urgencia unificados, que llevó a la inclusión de la trauma-

tología en la Residencia General. Ello lleva consigo que en este nuevo Centro se realicen intervenciones y asistencias fundamentalmente rehabilitadoras y sin carácter, en general, de urgencia, disminuyendo, por tanto, el número de intervenciones, que generalmente serán regladas. Como consecuencia de esta programación, la unidad quirúrgica queda reducida en relación con las realizaciones anteriores.

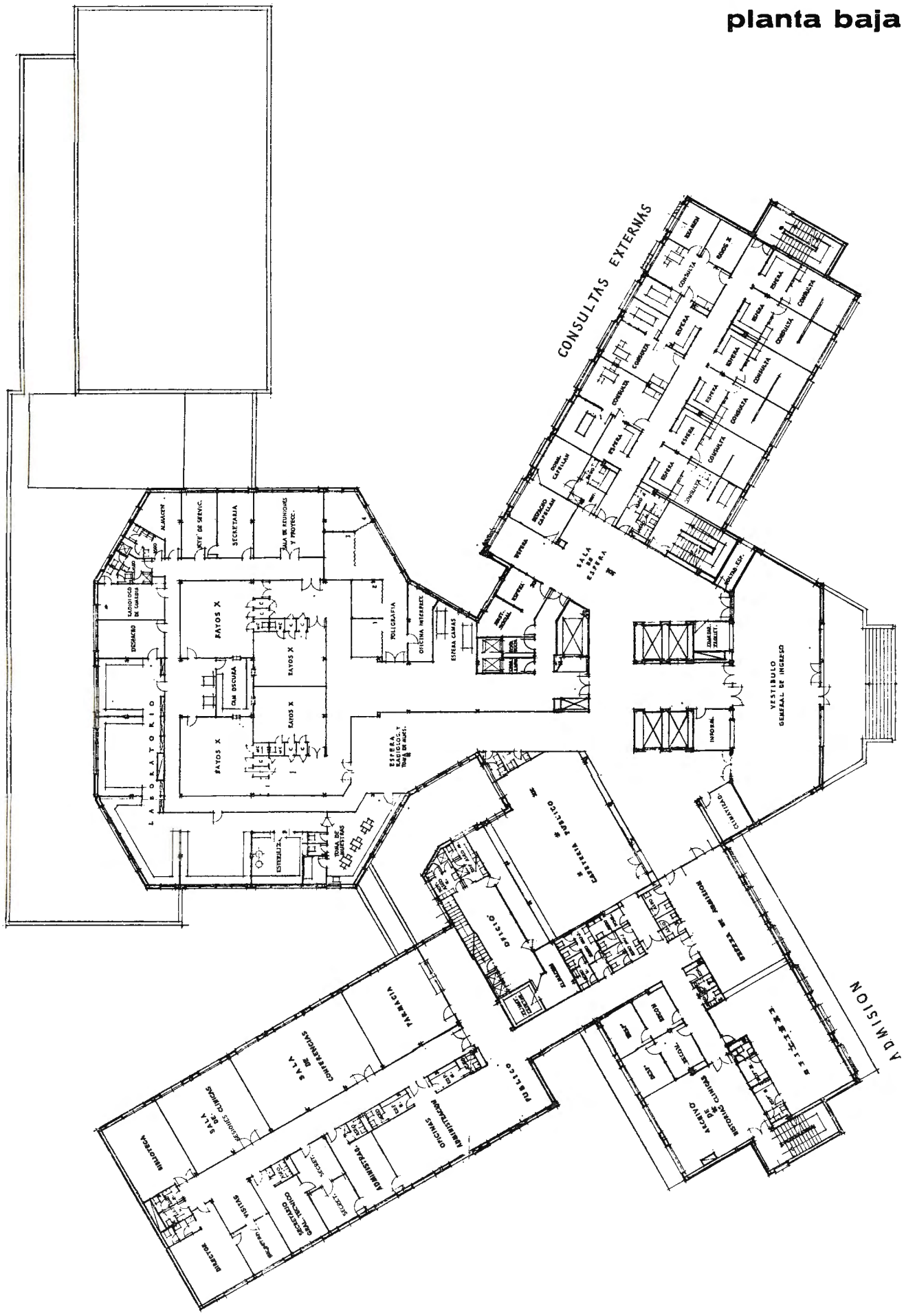
En principio los servicios quirúrgicos se compondrán de «ortopedia», «cirugía plástica» y «maxilo-facial», así como especialidades propiamente rehabilitadoras. Para ello se ha dotado a la unidad de tres quirófanos y sus servicios.

El «servicio de urgencia», concebido como asistencia en conexión directa con la población, no tiene razón de ser en este Centro y, por tanto, ha sido eliminado.

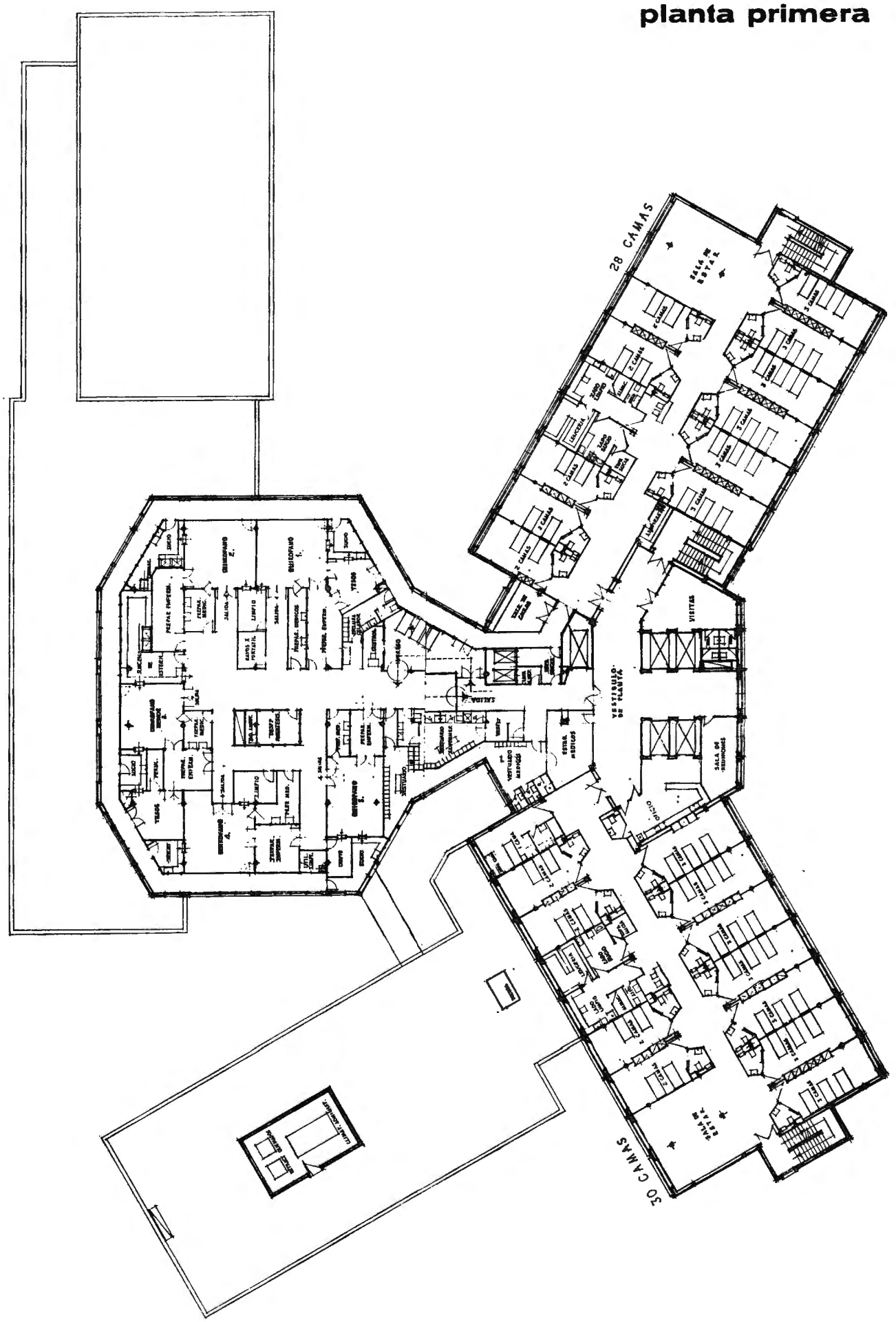
Las consultas externas como elemento de diagnóstico y revisión que, en este caso, alcanzan gran importancia, han sido proyectadas en número que se estime suficiente.

El «servicio de quemados» es fruto de la experiencia obtenida en los Centros de Madrid, Barcelona y Sevilla y ha sido modificada su situación en relación con los demás servicios. La

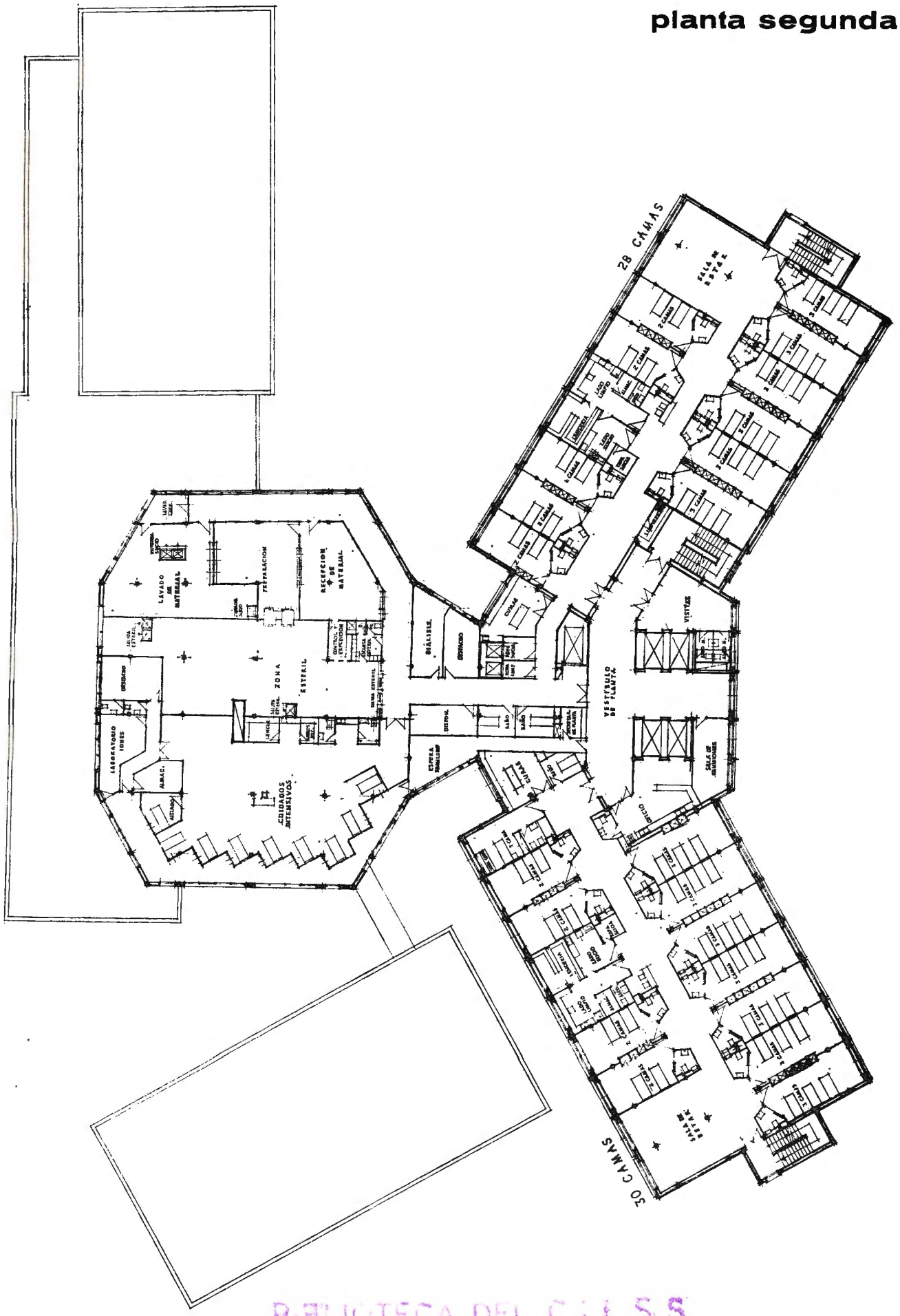
planta baja


CONSULTAS EXTERNAS
ADMISION
LABORATORIO
RAYOS X
SECRETARIA
ALMACEN
SALA DE REUNIONES Y PROYECC.
POLIGRAFIA
OFICINA INTERPRET.
ESPERA CAMAS
SALA DE ESPERA
VESTIBULO GENERAL DE INGRESO
INFORM.
CLIMATIZAD.
CAPILLA PUBLICO
OFICIO
PARMACIA
SALA DE CONFERENCIAS
SALA DE SESIONES CLINICAS
BIBLIOTECA
DIRECTOR
VISITAS
SECRETARIO GRAL. TECNICO
ADMINISTRAD.
OFICINAS ADMINISTRACION
PUBLICO
ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
ESPERA DE ADMISION
ESPERA
CONSULTA
RAYOS X

planta primera

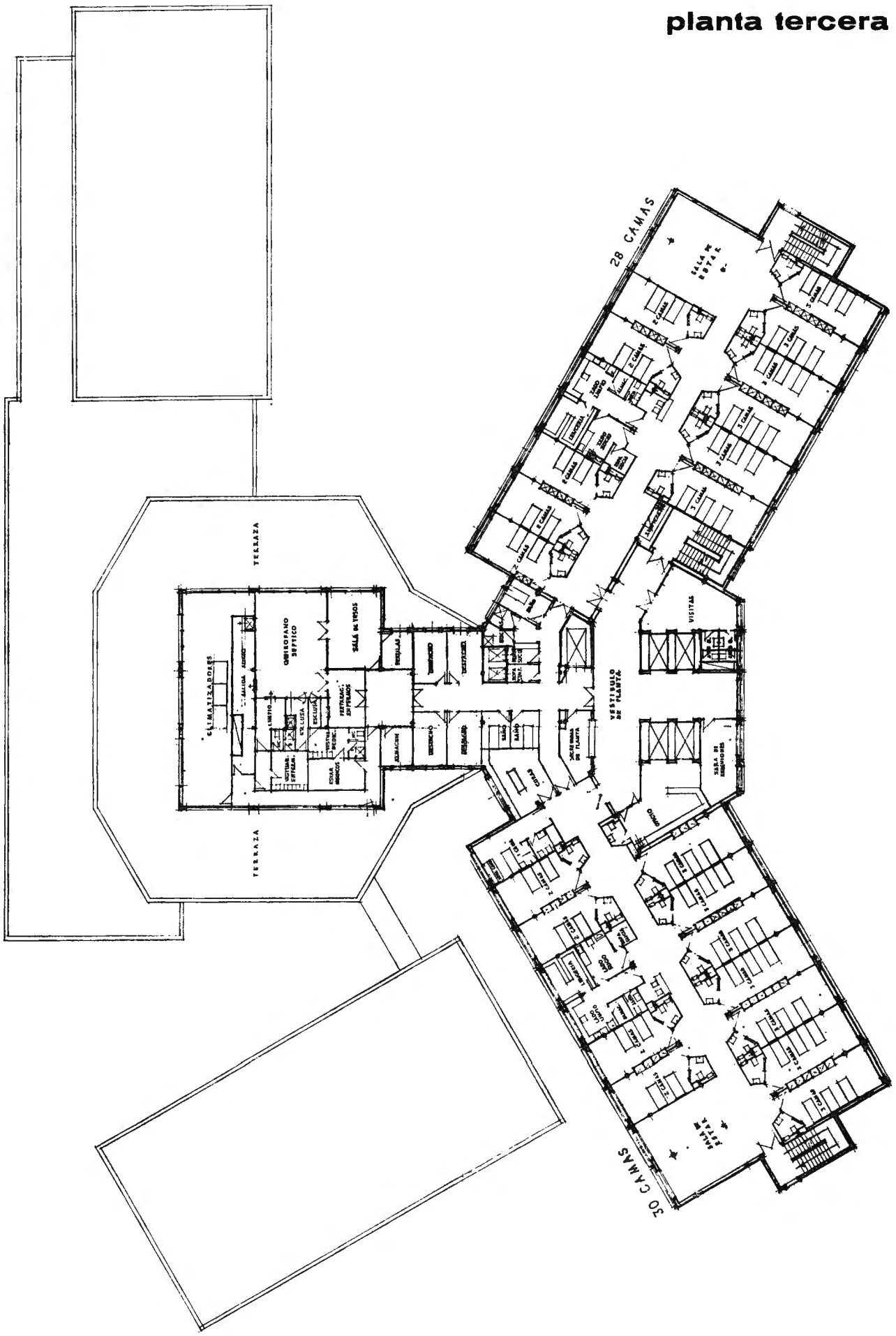


planta segunda



BIBLIOTECA DEL C.L.S.S.

planta tercera



gran dispersión del factor de ocupación, el carácter de urgencia que generalmente requiere, aconseja la constitución de un bloque separado con acceso directo, aunque íntimamente ligado al hospital.

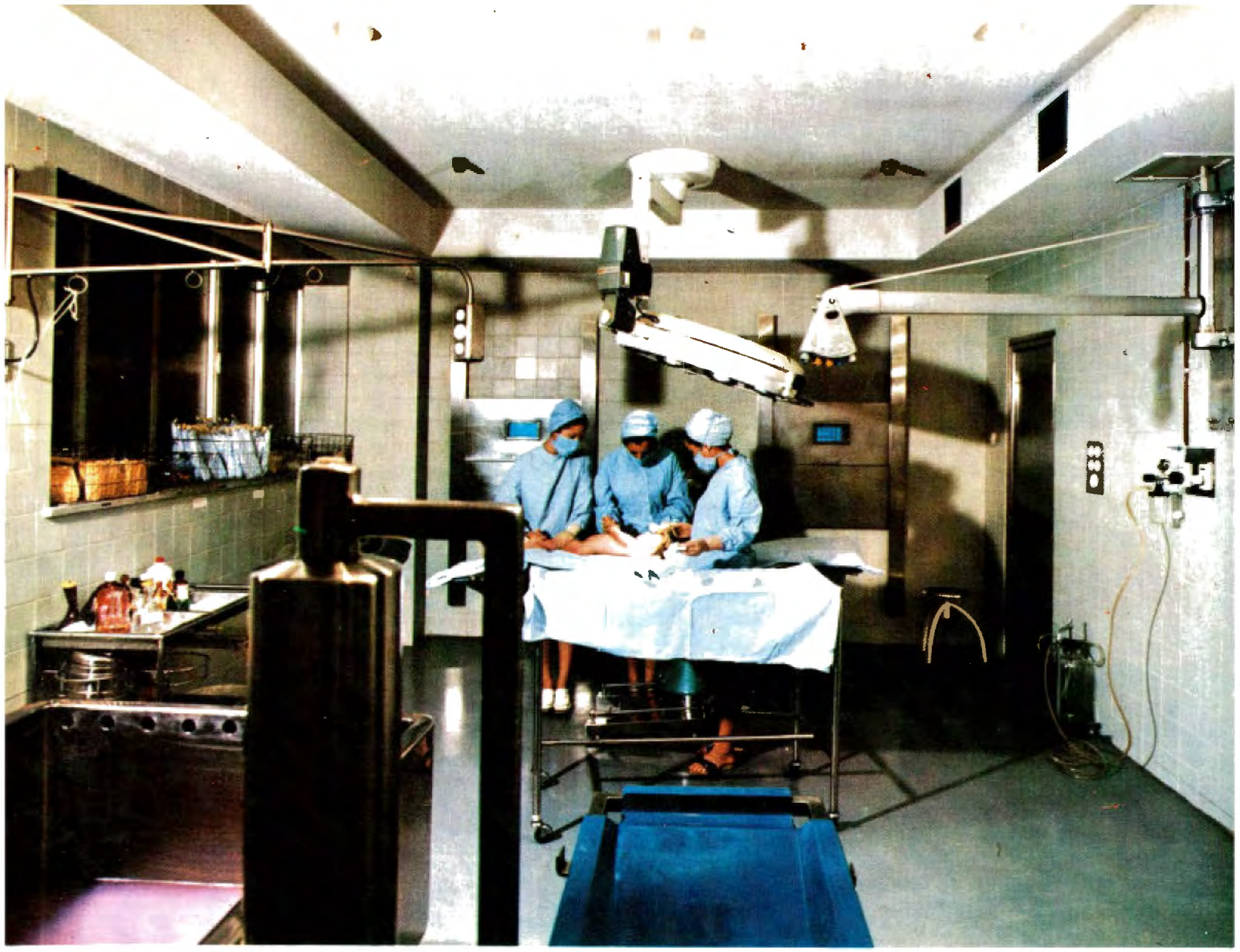
Especial cuidado requirió la instalación de aire acondicionado de esta zona, al fijarse las canalizaciones óptimas en las nuevas normas de los congresos de especialistas en 34° C y 45 % de humedad relativa.

descripción general del edificio

La edificación consta de un cuerpo principal con nueve alturas, cuya planta adopta la forma de «Y», en cuyo ángulo posterior derecho queda adosada, en las plantas de semisótano y baja, la nave destinada a «rehabilitación», y detrás del ala izquierda, y a la altura de sótano, semisótano y baja, el Centro de Quemados.

Dentro de los límites que impone el volumen del edificio, se ha procurado la adaptación del

unidad de quemados



curas de quemados

mismo a la topografía del terreno y, asimismo, se ha previsto, en el futuro, la correspondiente red interior de circulación para el enlace entre las distintas construcciones que constituirán el complejo sanitario.

planta sótano

En la parte central se establecen vestuarios para doctores, enfermeras, personal subalterno femenino y masculino, monitoras, fisioterapeutas, un almacén de ropa limpia y espacio destinado a almacenes generales.

Se incluyen en esta planta también el Centro de transformación, el cuadro eléctrico y la central de frío, así como espacio para climatizadores y restantes instalaciones.

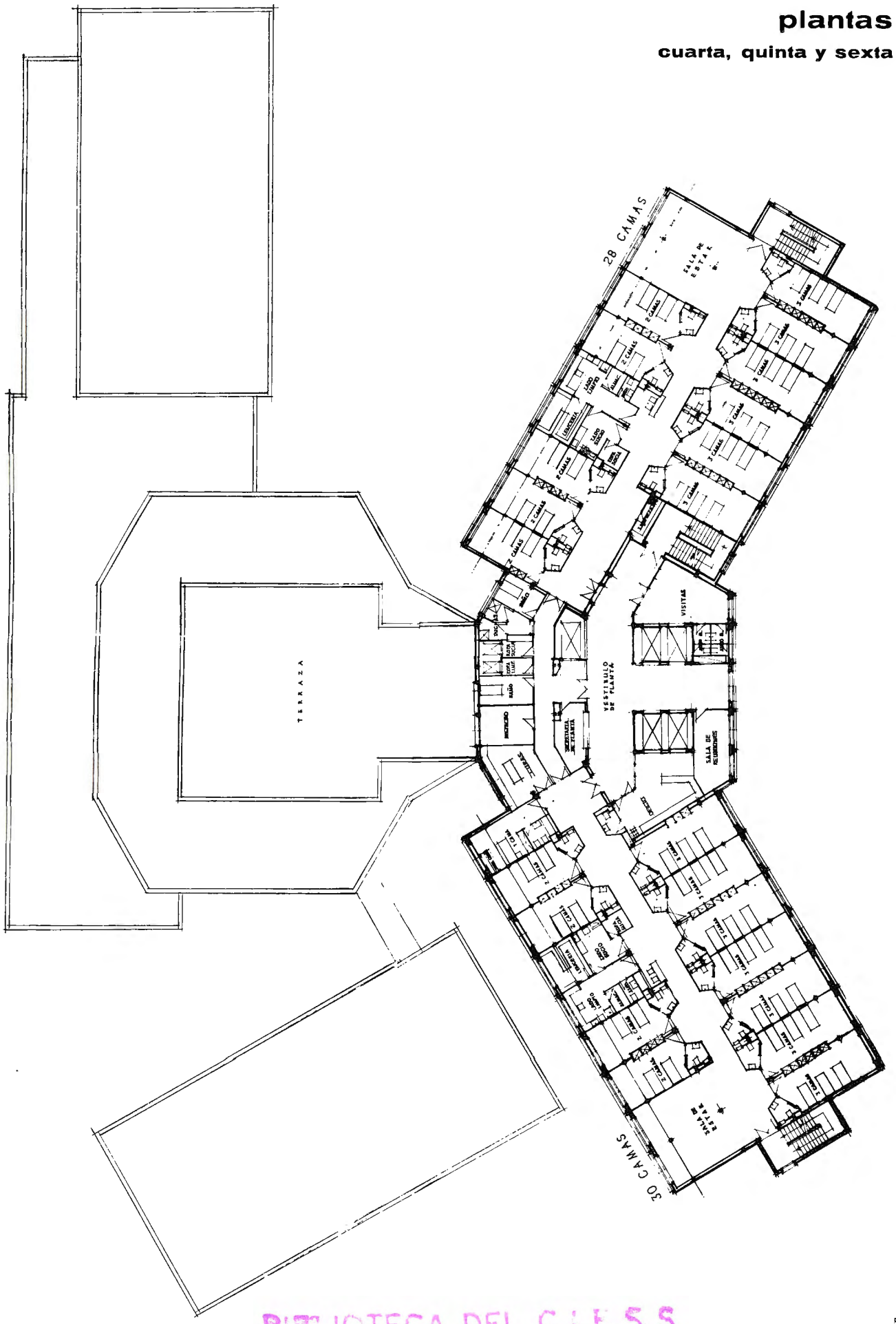
La superficie construida de esta planta, en su conjunto, es de 2.507,93 m^2.

planta semisótano

En el cuerpo central se incluye la central de oxígeno y el acceso de ambulancias, la cafetería, las especialidades de «electroterapia», «termoterapia», «terapia ocupacional», «ortóptica», «otorrinolaringología», «electroencefalografía», «electromiografía» y «psiquiatría».

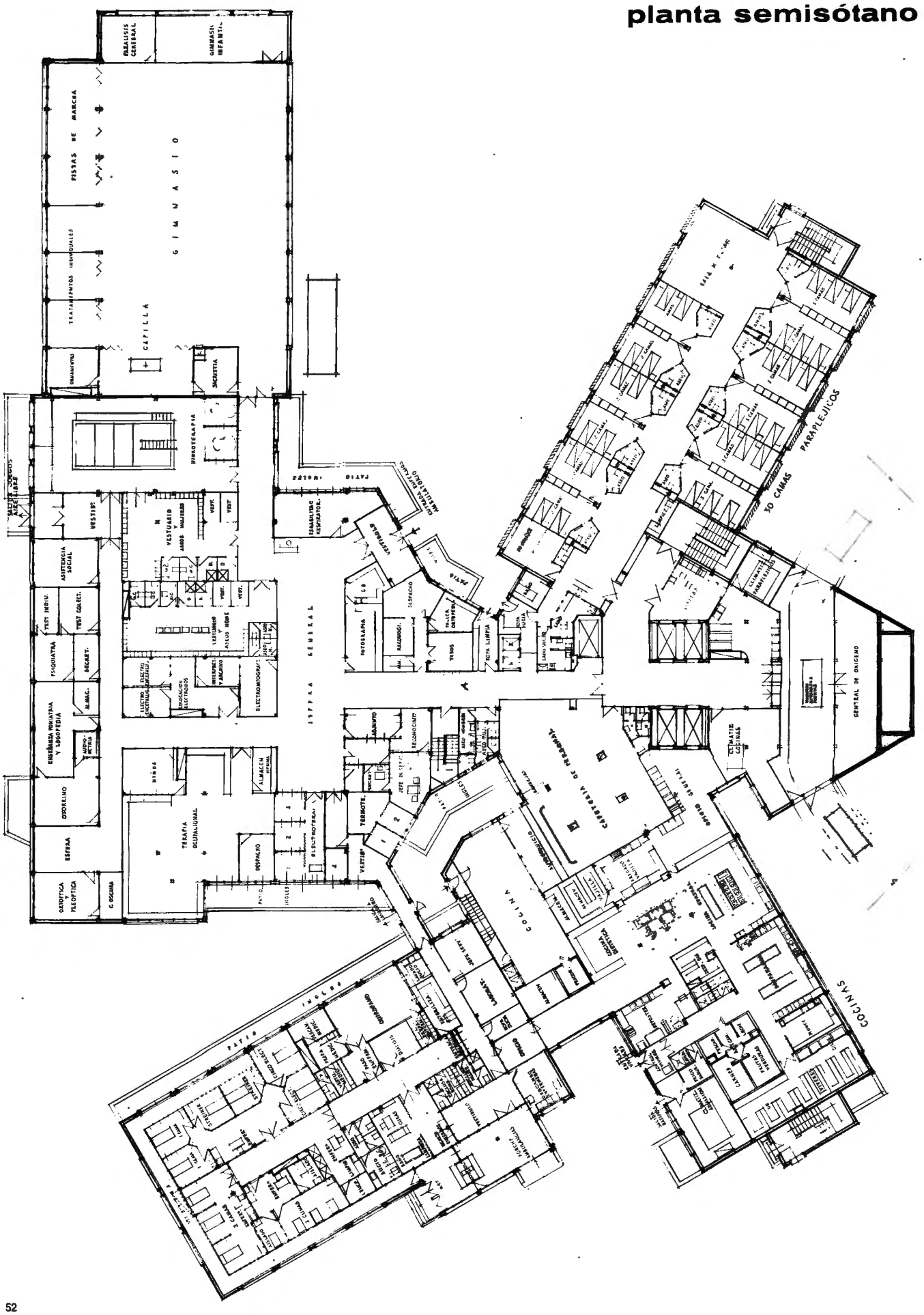
plantas

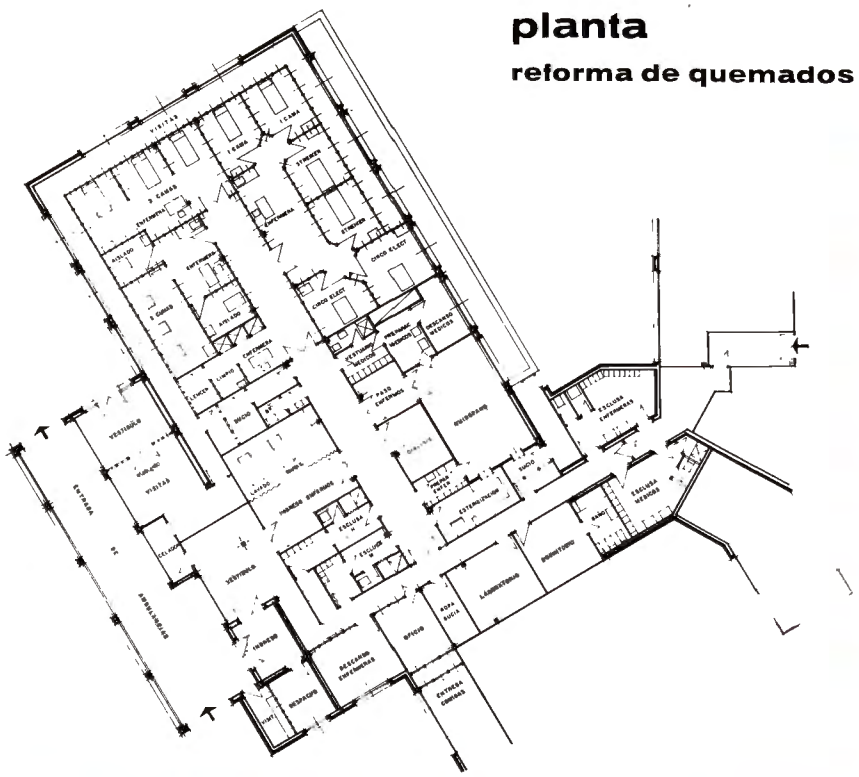
cuarta, quinta y sexta



BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

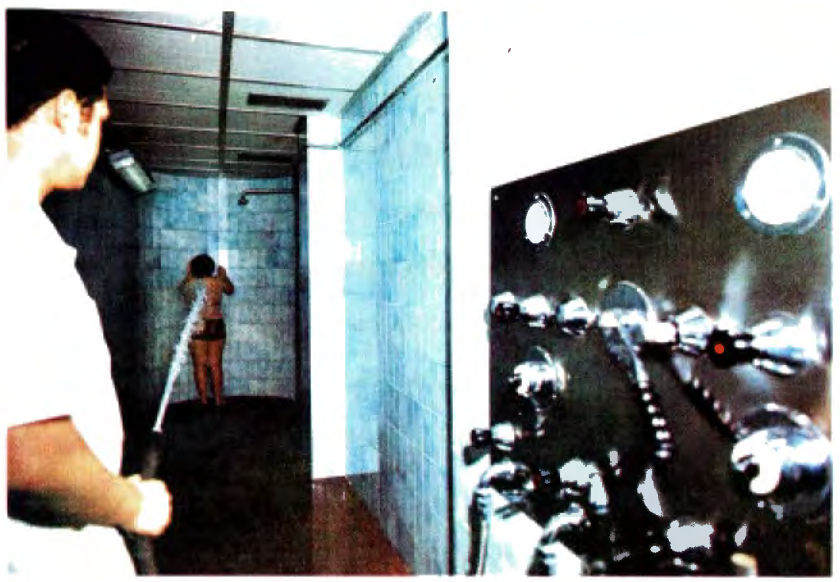
planta semisótano





planta

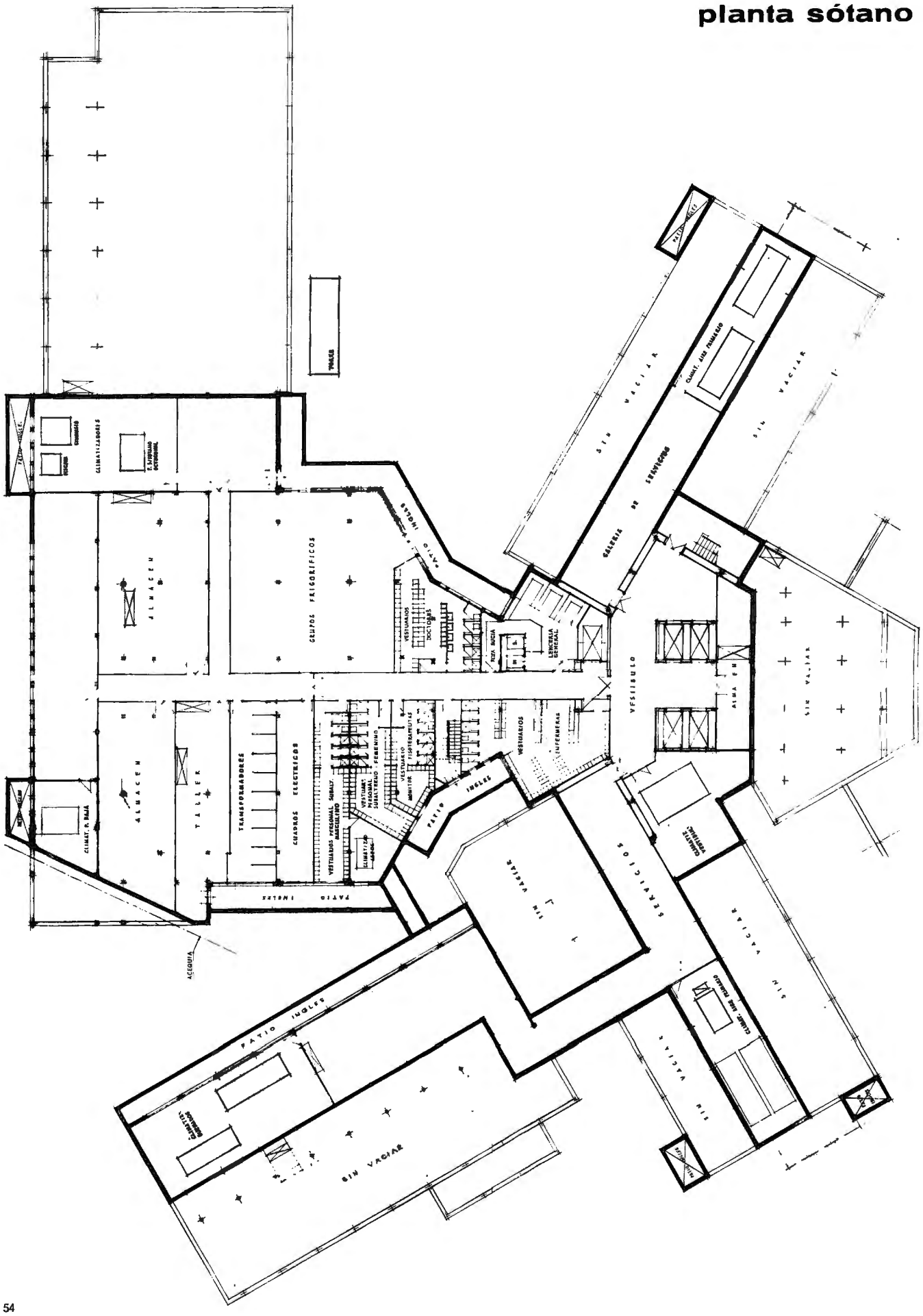
reforma de quemados



gimnasio

hidroterapia y ducha a presión

planta sótano



También quedan en esta planta la zona de rehabilitación, con inclusión de zonas destinadas a niños, parálisis cerebral y tratamientos individuales, así como el tratamiento de hidroterapia, con una piscina, y la capilla.

La zona de enfermería para parapléjicos está en el ala derecha E., con 30 camas y servicios anejos, y el ala izquierda aloja la cocina, cámaras frigoríficas, despensas y almacenes.

Por último, y unido por dos enlaces al edificio general, se sitúa el servicio de quemados, con acceso independiente para ambulancias; un quirófano con sus servicios; servicio de «diálisis», y nueve camas para adultos y cinco para niños.

La superficie construida de esta planta es, en su conjunto, de 4.389,96 m^2.

planta baja

En ella se establece el ingreso principal del Centro, e incluye los servicios de admisión, archivo de historias clínicas, cafetería para el personal ajeno al Centro y las consultas externas.

En la parte posterior están los servicios de laboratorios y radiología. En el cuerpo de edificio que hay encima del servicio de quemados, están la dirección, administración y salas de sesiones clínicas, conferencias, juntas y biblioteca.

La superficie edificada de la planta es de 3.181,62 m^2.

planta primera

El cuerpo anterior queda ocupado por enfermerías, distribuidas en dos unidades: la de la derecha, con 28 camas, y la de la izquierda, con 30 camas; cada una de ellas con sus dependencias anejas.

En el cuerpo posterior se sitúan tres quirófanos con sus servicios, la central de esterilización, almacenes de material no estéril y esterilizado, así como el servicio de cuidados intensivos, con 6 camas.

La superficie edificada de esta planta es de 2.375,29 m^2.

plantas segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta

Estas plantas quedan reducidas al cuerpo anterior, que será ocupado por enfermerías distribuidas en dos unidades: la de la derecha, con 28 camas, y la de la izquierda, con 30 camas; cada una de ellas con sus dependencias anejas.

La superficie edificada por cada planta es de 1.480,65 m^2.

planta séptima

La superficie construida es la dedicada a la maquinaria de los aparatos elevadores y de aire acondicionado.

La superficie edificada es de 349,33 m^2.

circulaciones verticales

En el núcleo central del cuerpo de enfermerías se han proyectado dos grupos de dos ascensores-montacamillas de maniobra selectiva; uno de los cuales servirá también para el reparto de comida y une el oficio de cocina con los oficios de cada planta de enfermería.

Para el servicio de ropa se dispone de dos ascensores, que enlazan la zona de recepción y envío de ropa al lavadero central, situado en la Residencia General, con los locales destinados a ropa en cada planta.

En cuanto a escaleras el edificio sólo contará con una, siguiendo las indicaciones que nos han sido hechas en este sentido por los servicios médicos, los que han manifestado que esta limitación tiene como finalidad evitar que se establezcan entre los distintos pisos enlaces ajenos a los imprescindibles para el servicio.

Por ello, siguiendo también las mismas indicaciones, las dos escaleras que se disponen en los extremos del cuerpo de enfermerías han tenido que ser previstas con el carácter exclusivo de escaleras de incendios.

esclusa Maquet
terapia ocupacional infantil

circulaciones horizontales

Están constituidas por los vestíbulos generales de cada planta y las galerías y vestíbulos secundarios que, en cada caso, resultan adecuados para lograr el debido enlace entre las dependencias respectivas.

Se ha procurado independizar aquellas circulaciones que, por su destino, aconsejan su aislamiento, como son, principalmente, las de entrada y salida de los servicios generales del Centro.

instalaciones

El edificio cuenta con las siguientes:

— fontanería y aparatos sanitarios, con inclusión de las correspondientes acometidas, grupos de presión, distribución de agua caliente y fría, desagües y red de riegos;

— calefacción, aire acondicionado y ventilación, mediante instalación integral en todo el edificio;

— cámaras frigoríficas para carnes, verduras, pescados y leche;

— electricidad, con redes generales de alumbrado interior y exterior, fuerza, señales luminosas, avisadores, relojes eléctricos, buscapersonas, intercomunicadores interiores, telefonía, pararrayos, conexión para grupos electrógenos y circuitos cerrados de televisión;

— aparatos elevadores, según el detalle anteriormente indicado;

— tubos neumáticos para el envío de documentos;

— vapor y esterilización con producción central y las subcentrales necesarias para los servicios del edificio;

— instalación completa de oxígeno y vacío;

— cocina central y servicios complementarios, y

— cafetería y varios.

terapia ocupacional y ejercicios

maternidad

La planta general del edificio tiene forma rectangular, siendo el rectángulo de las tres primeras plantas mayor, y el resto de las plantas mantienen una de las fachadas, retranqueándose las otras tres.

El edificio consta de 14 plantas y una galería de servicio.

La disposición clínica de los Servicios, que se detalla a continuación, se ha realizado procurando que, dentro de los servicios característicos del fin para el que fue proyectado, se le dé la mayor elasticidad posible a las unidades de enfermería.

planta sótano

Está destinada a Servicios. Aloja la cocina con sus servicios, la central de esterilización, el centro de transformación con el cuadro general, cuarto para compresores, almacenes, la farmacia y los vestuarios de personal.

planta semisótano

Contiene los laboratorios, las consultas externas, el departamento de administración, el departamento de rayos X, vestuarios de personal

y la cafetería para el personal, con oficio y cocina.

planta baja

En ella se sitúan la admisión, sala de juntas y despacho del director y, además, están los reconocimientos, paritorios, dilataciones y cuatro quirófanos con sus correspondientes servicios. Completan la planta un departamento de reanimación, la capilla, el registro y despacho para premios de natalidad, cafetería de público y vestíbulo de visitas.

planta primera

En ella ya el rectángulo se reduce, quedando dos alas de enfermería de 16 camas en cada lado mayor de éste y los servicios en el centro, si bien uno de los extremos del rectángulo queda ocupado por los ascensores, vestíbulos, escalera, sala de reuniones, despacho y espera.

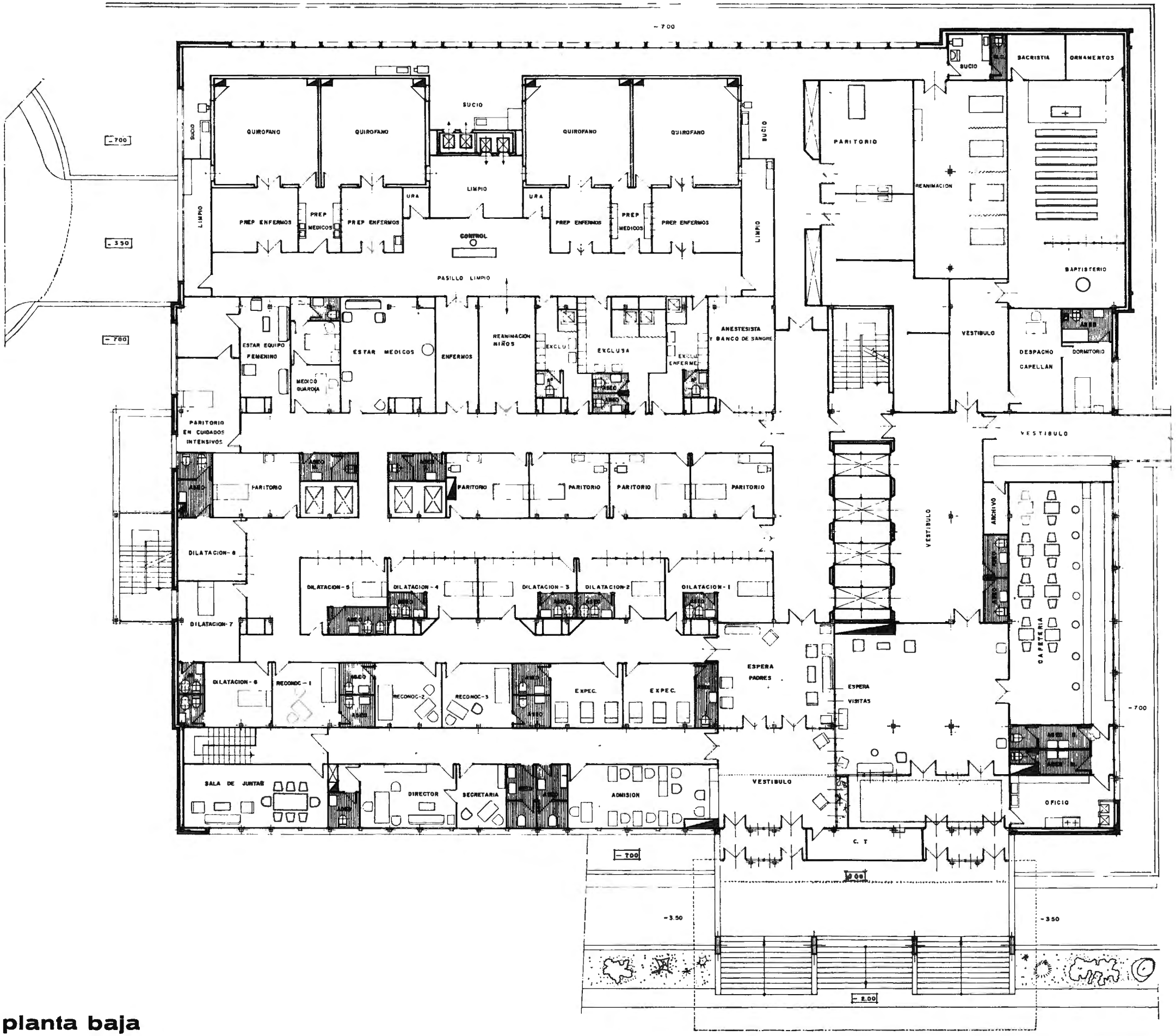
Las habitaciones son de dos camas con baño y el centro está ocupado con puesto de enfermeras con lados limpio y sucio, lencería, oficio, sala de curas y sala de estar.

plantas segunda a onceava

Iguales entre sí y con la primera se diferencian de ésta en que entre cada dos habitaciones se ha creado un nido para cuatro niños, ligado a éstas a través de pasacunas, para poder situar al niño con la madre o en el nido mediante un simple giro.

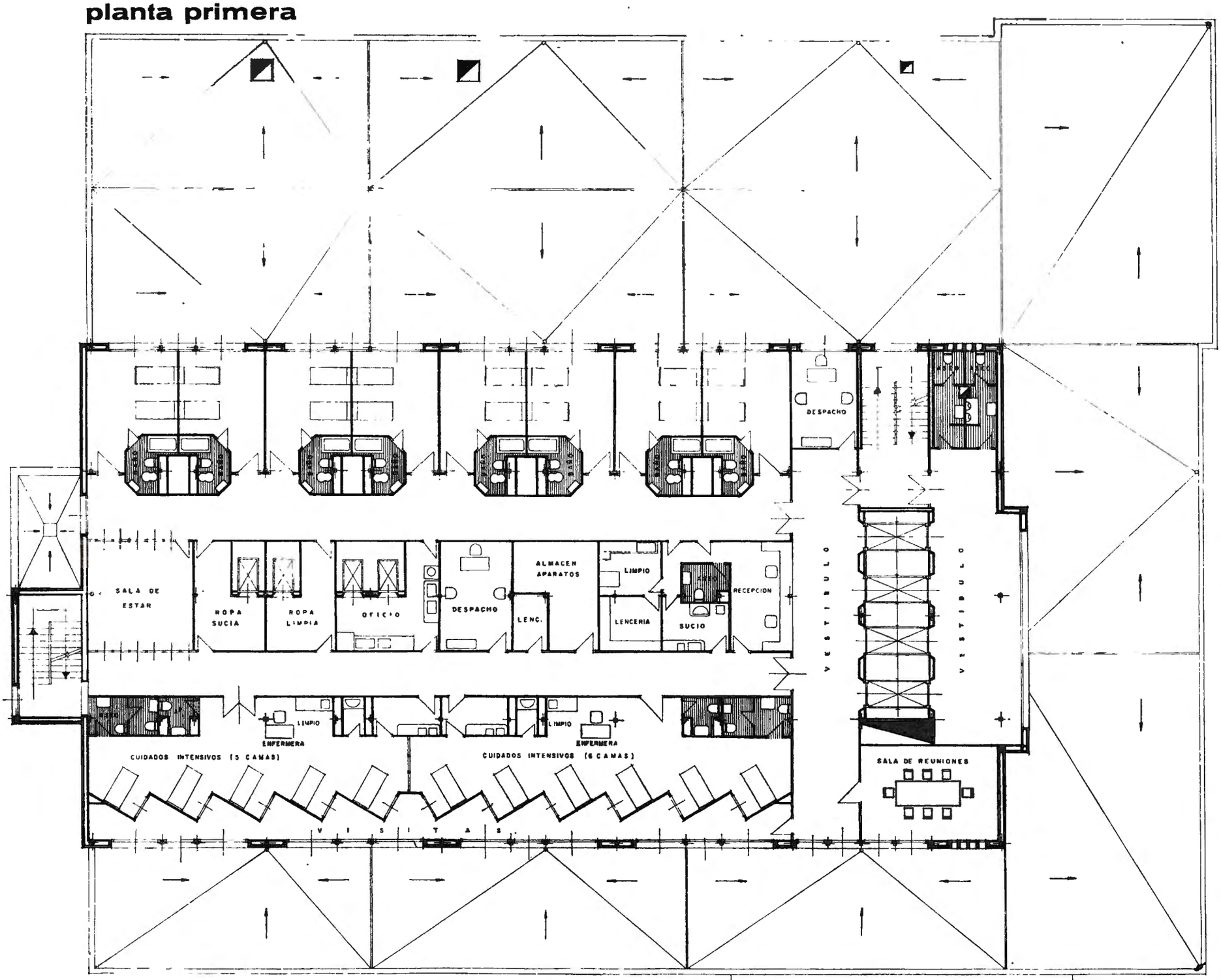
Después de lo descrito, la distribución de camas por plantas queda así:

Planta baja...	4	camas de reanimación
Planta 1.ª	32	camas de abortos
Planta 2.ª	32	camas de obstetricia
Planta 3.ª	32	» »
Planta 4.ª	32	» »
Planta 5.ª	32	» »
Planta 6.ª	32	» »
Planta 7.ª	32	» »
Planta 8.ª	32	» »
Planta 9.ª	32	» »
Planta 10.ª	32	» »
Planta 11.ª	32	» »


QUIROFANO
QUIROFANO
QUIROFANO
QUIROFANO
SUCIO
LIMPIO
PREP ENFERMOS
PREP MEDICOS
PREP ENFERMOS
URA
URA
PREP ENFERMOS
PREP MEDICOS
PREP ENFERMOS
CONTROL
PASILLO LIMPIO
PARITORIO
REANIMACION
SACRISTIA
ORNAMENTOS
BAPTISTERIO
ESTAR EQUIPO FEMENINO
ESTAR MEDICOS
ENFERMOS
REANIMACION NIÑOS
EXCLUSA
EXCLUSA
EXCLUSA ENFERMERIA
ANESTESISTA Y BANCO DE SANGRE
MEDICO GUARDIA
PARITORIO EN CUIDADOS INTENSIVOS
VESTIBULO
DESPACHO CAPELLAN
DORMITORIO
PARITORIO
PARITORIO
PARITORIO
PARITORIO
PARITORIO
DILATACION-8
DILATACION-7
DILATACION-5
DILATACION-4
DILATACION-3
DILATACION-2
DILATACION-1
DILATACION-6
RECONOC-1
RECONOC-2
RECONOC-3
EXPEC.
EXPEC.
ESPERA PADRES
ESPERA VISITAS
VESTIBULO
ARCHIVO
CAFETERIA
SALA DE JUNTAS
DIRECTOR
SECRETARIA
ADMISION
VESTIBULO
C. T
OFICIO
-7.00
-3.50
-8.00
-3.50
-7.00

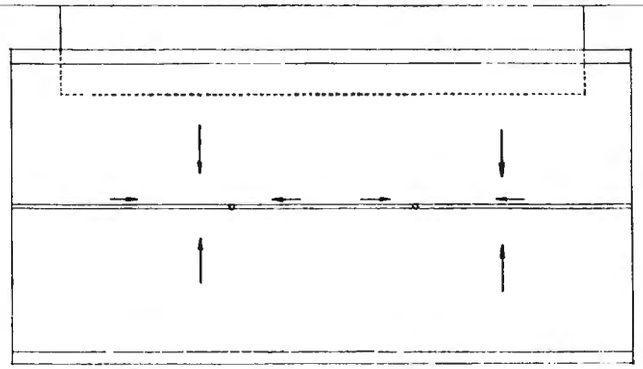
planta baja

planta primera



circulación general

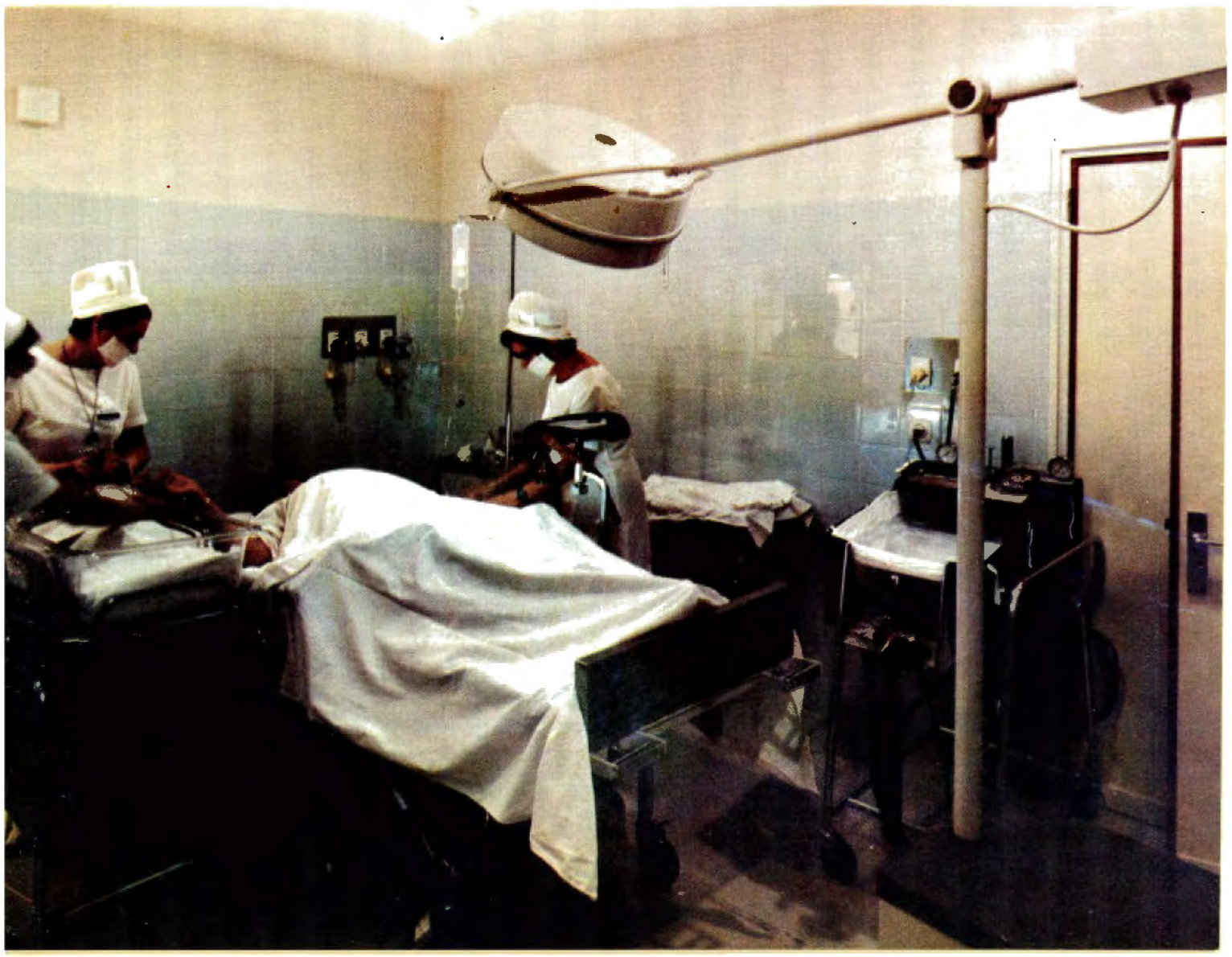
La disposición vertical de las enfermerías y el estudio del tráfico correspondiente aconsejan la instalación de un grupo de cuatro montacamas de velocidad rápida, con accesos a ambos lados de los montacamillas, quedando diferenciadas claramente dos zonas: una para visitas y otra para enfermeras y personal de servicio. Dos

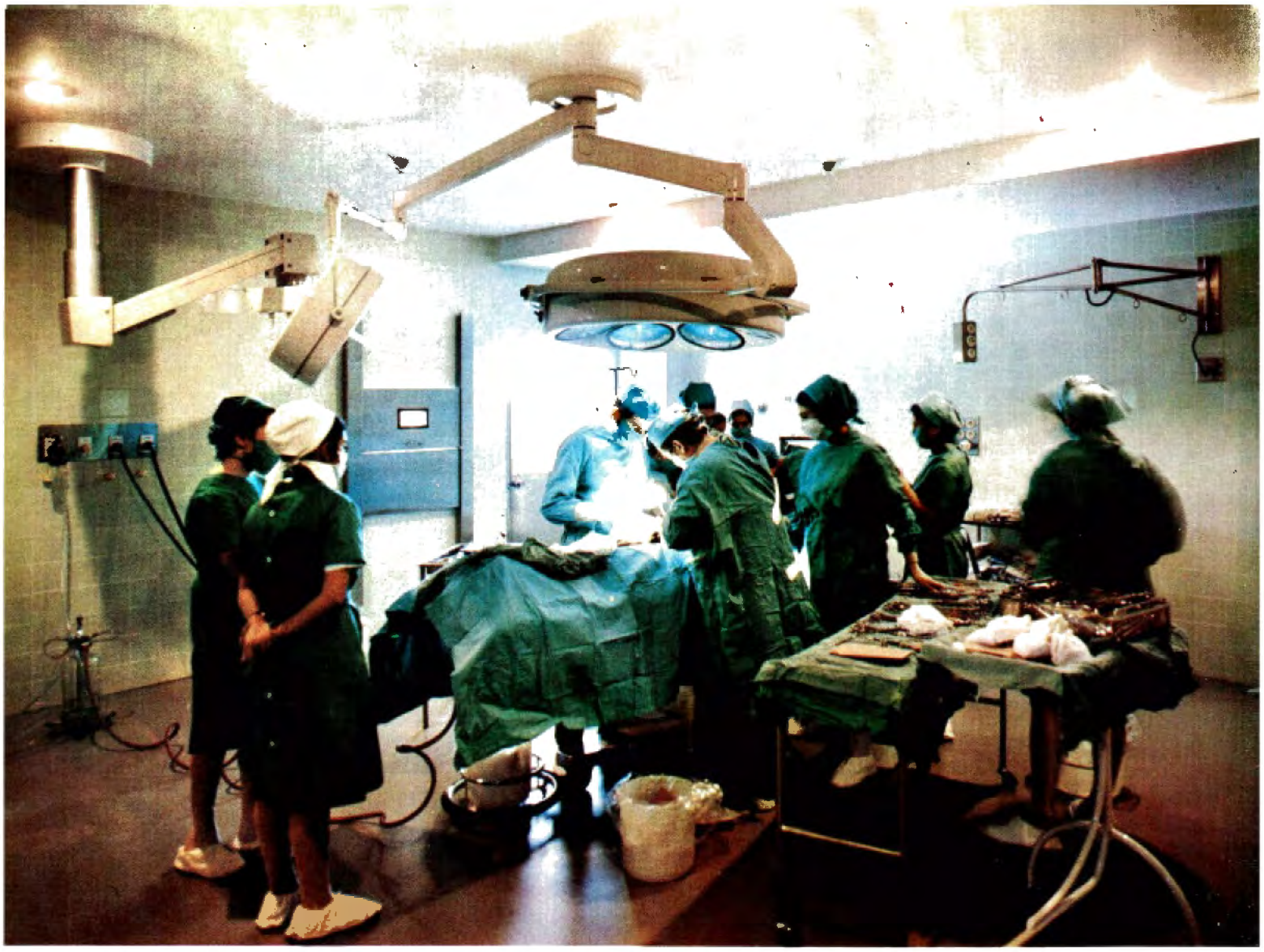


ascensores montacarros unen el oficio de cocina con cada uno de los oficios de planta. Para el servicio de ropa limpia y sucia se han previsto dos habitaciones en cada planta, una para cada tipo de ropa, que unidas cada una mediante un ascensor, quedan enlazadas con la lencería general del edificio y el almacén general de ropa sucia, del que saldrá ésta para la lavandería centralizada, que para el complejo funciona ya en la Residencia General.

La central de «esterilización», con el bloque quirúrgico, quedan unidos mediante cuatro montainstrumentales, dos para dar servicio al lado limpio y dos para el sucio.

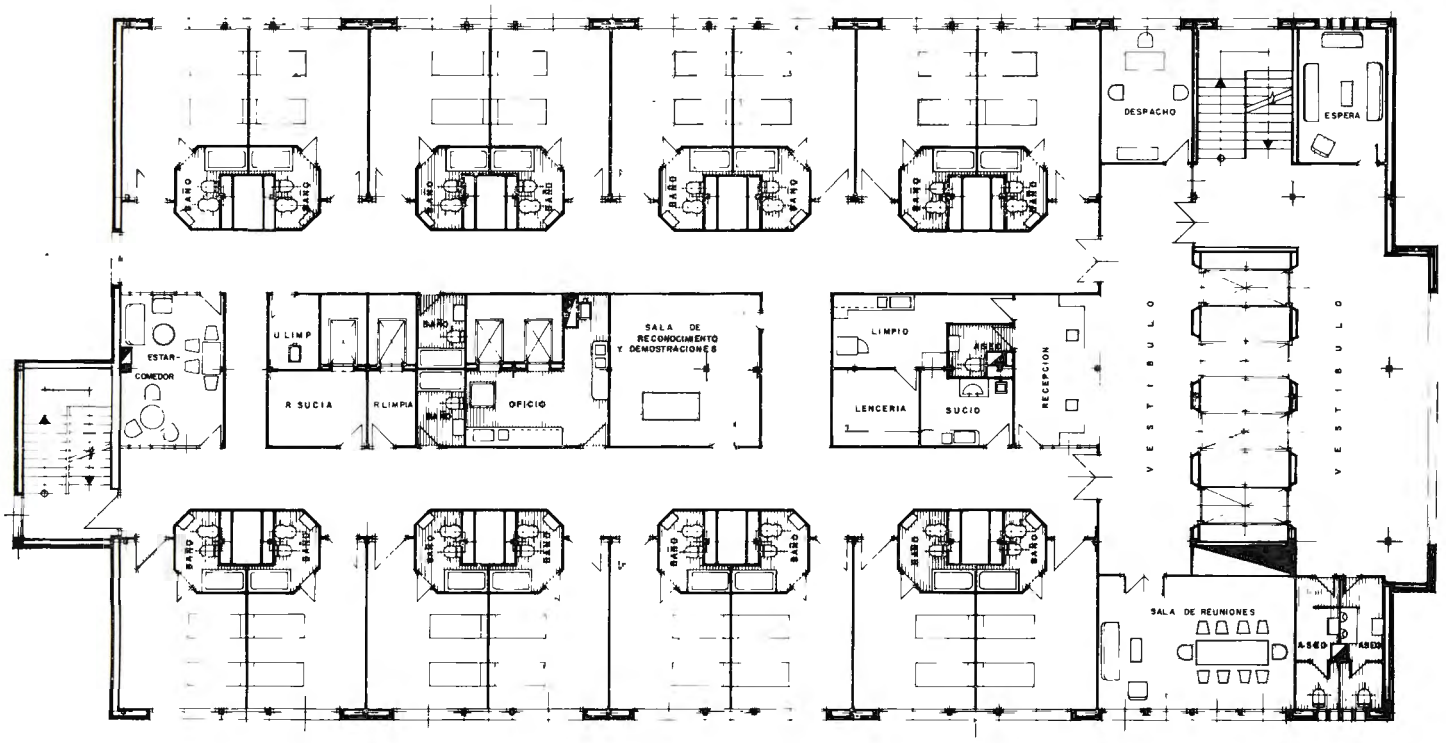
paritorio





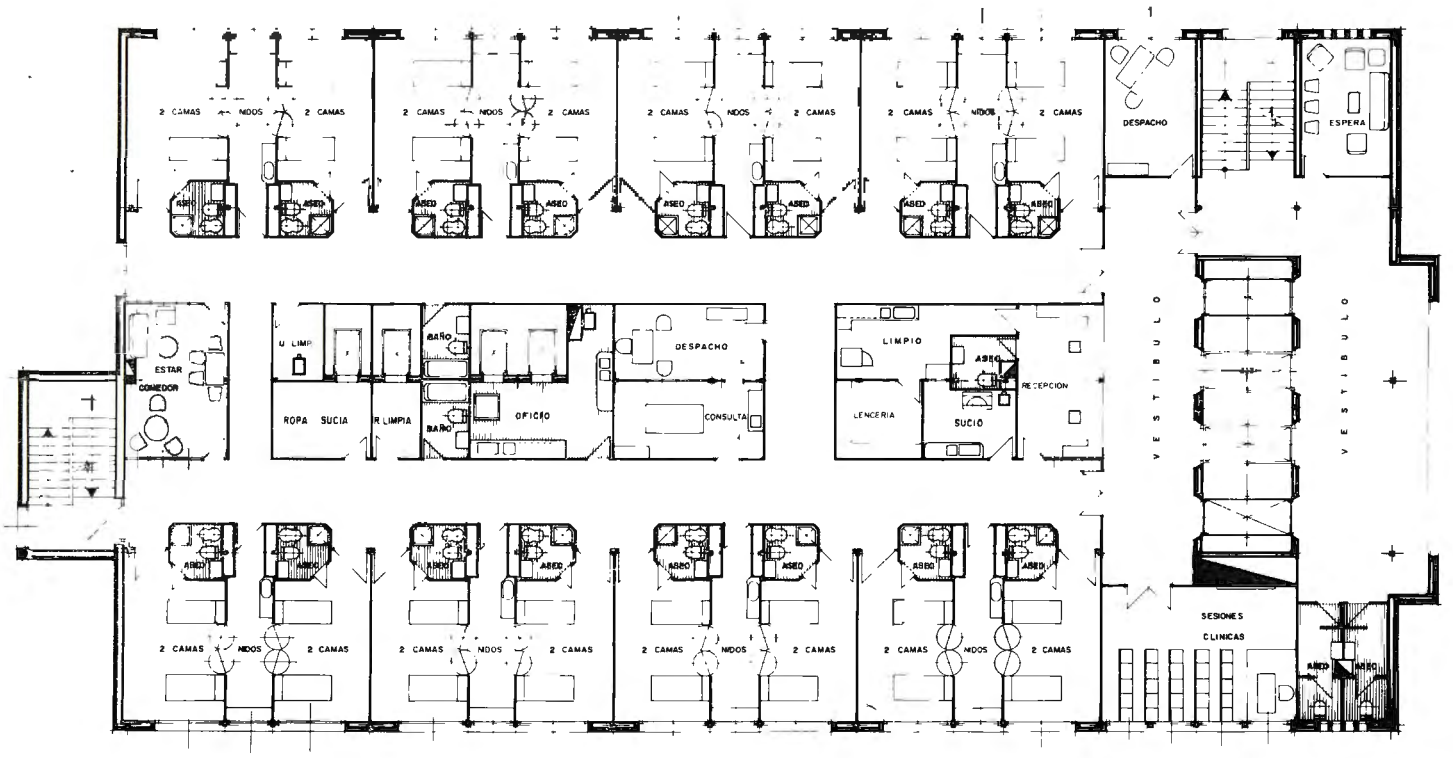
quirófano, capilla y cafetería

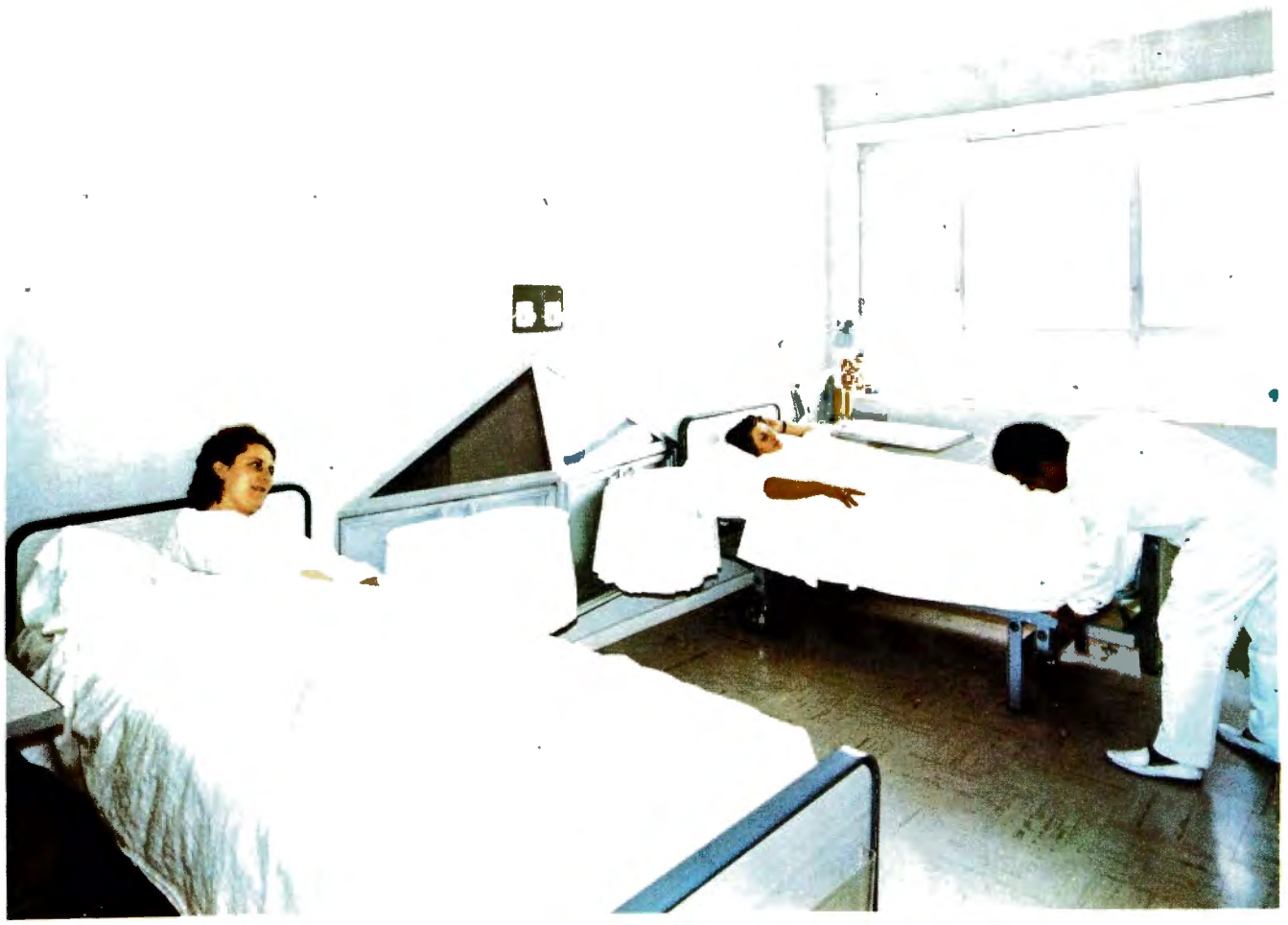
planta segunda



Una escalera principal en el cuerpo central y otra en la fachada común a las plantas bajas y altas, completan las circulaciones verticales.

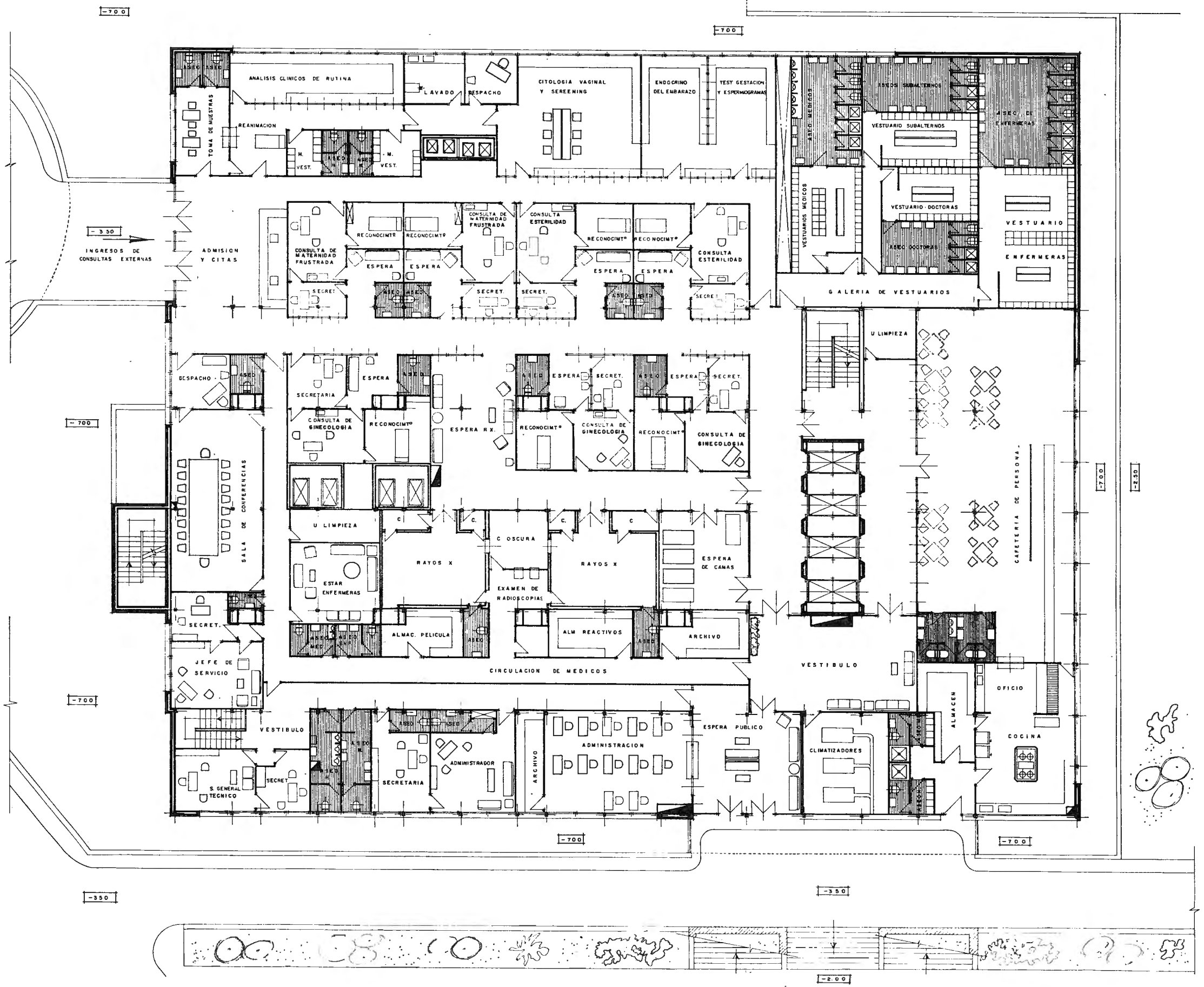
plantas tercera a onceava

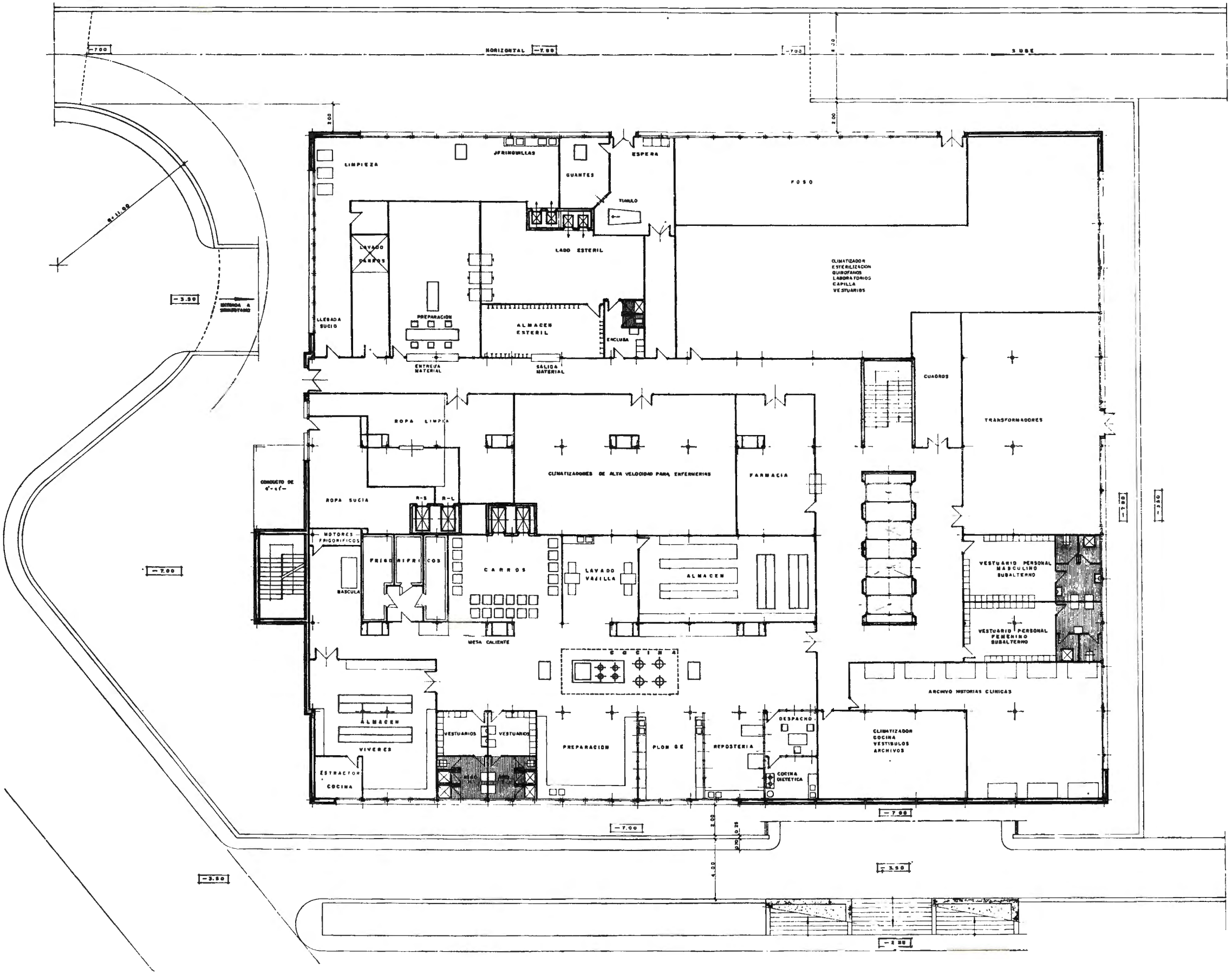




habitación madres y nidos

planta semisótano





planta sótano

hospital infantil

La «planta general» del edificio está formada por cuatro rectángulos separados entre sí, con sus fachadas en línea, dos a dos y unidos entre sí por el centro de sus lados.

El edificio consta de cinco plantas como las descritas; en donde las dos últimas, los rectángulos, son mayores y vuelan sobre las inferiores.

La disposición clínica de los Servicios se detalla a continuación. Se ha procurado, dentro de las características tan particulares de los servicios aquí instalados, darle la mayor elasticidad posible a las unidades de enfermería.

planta semisótano

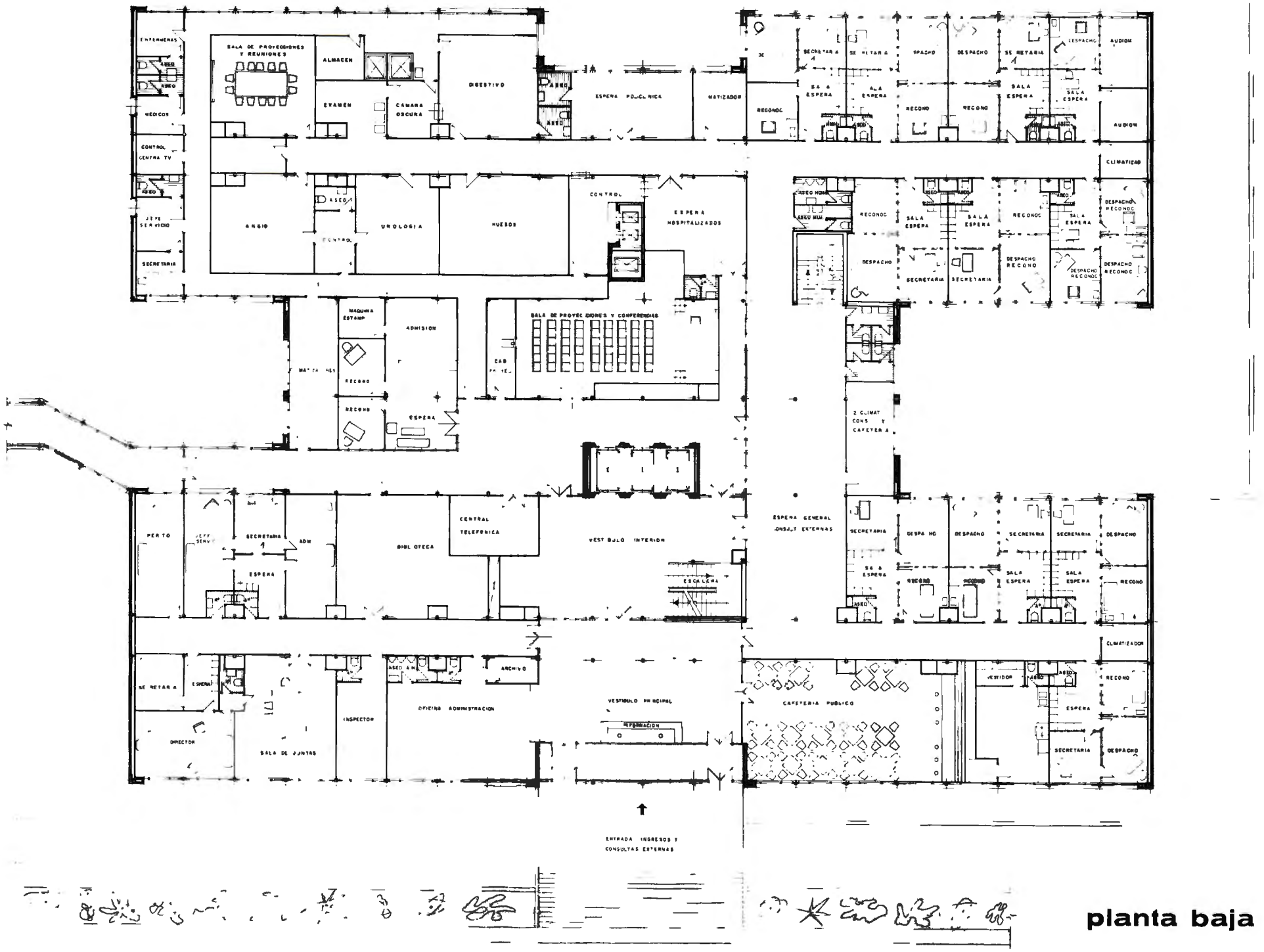
79 prematuros, 17 para clasificación y 34 indiscriminados.

planta primera

26 infecciosos, 30 escolares y 24 camas de cuidados intensivos.

planta segunda

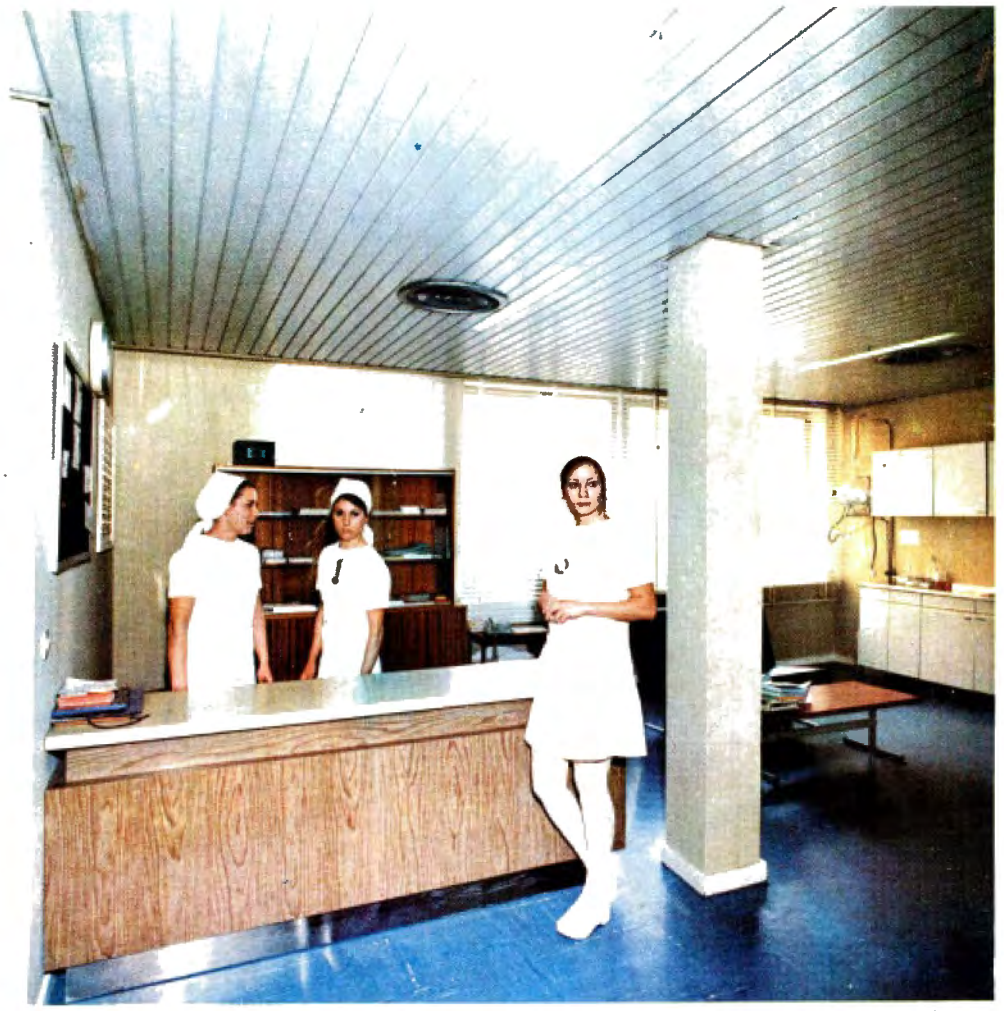
38 camas de niños con madre y 99 lactantes.


ENFERMERAS
ASEO
MEDICOS
CONTROL CENTRA TV
JEFE SERVICIO
SECRETARIA
SALA DE PROYECCIONES Y REUNIONES
ALMACEN
EXAMEN
CAMARA OSCURA
DIGESTIVO
ESPERA POLICLINICA
MATIZADOR
RECONOC
SECRETARIA
SALA ESPERA
DESPACHO
AUDIOM
CLIMATIZAD
ANGIO
UROLOGIA
HUESOS
CONTROL
ESPERA HOSPITALIZADOS
DESPACHO RECONOC
MAQUINA ESTAMP
ADMISION
RECONO
ESPERA
SALA DE PROYECCIONES Y CONFERENCIAS
2 CLIMAT CONS Y CAFETERIA
PERITO
JEFE SERV
SECRETARIA
ADM
BIBLIOTECA
CENTRAL TELEFONICA
VESTIBULO INTERIOR
ESCALERA
ESPERA GENERAL CONSULT EXTERNAS
SECRETARIA
DESPACHO
RECONO
SALA ESPERA
CLIMATIZADOR
SECRETARIA
ESPERA
DIRECTOR
SALA DE JUNTAS
INSPECTOR
ASEO
ARCHIVO
OFICINA ADMINISTRACION
VESTIBULO PRINCIPAL
INFORMACION
CAFETERIA PUBLICO
VESTIDOR
ESPERA
SECRETARIA
DESPACHO
ENTRADA INGRESOS Y CONSULTAS EXTERNAS

planta baja

planta sótano

Destinada a servicios está incluida en ella la Central de Esterilización, que ocupa uno de los cuatro rectángulos. En el segundo se sitúa la cocina, que se divide en cocina de adultos e infantil con los almacenes y frigoríficos necesarios; en el tercero están los vestuarios de personal, y en el cuarto, espacios para el centro de transformación, cuadros y cuarto de climatizadores. En el centro se sitúan los almacenes, uno para ropa limpia y otro para sucia, ya que la Ciudad Sanitaria cuenta con lavadero centralizado y la cafetería de personal.

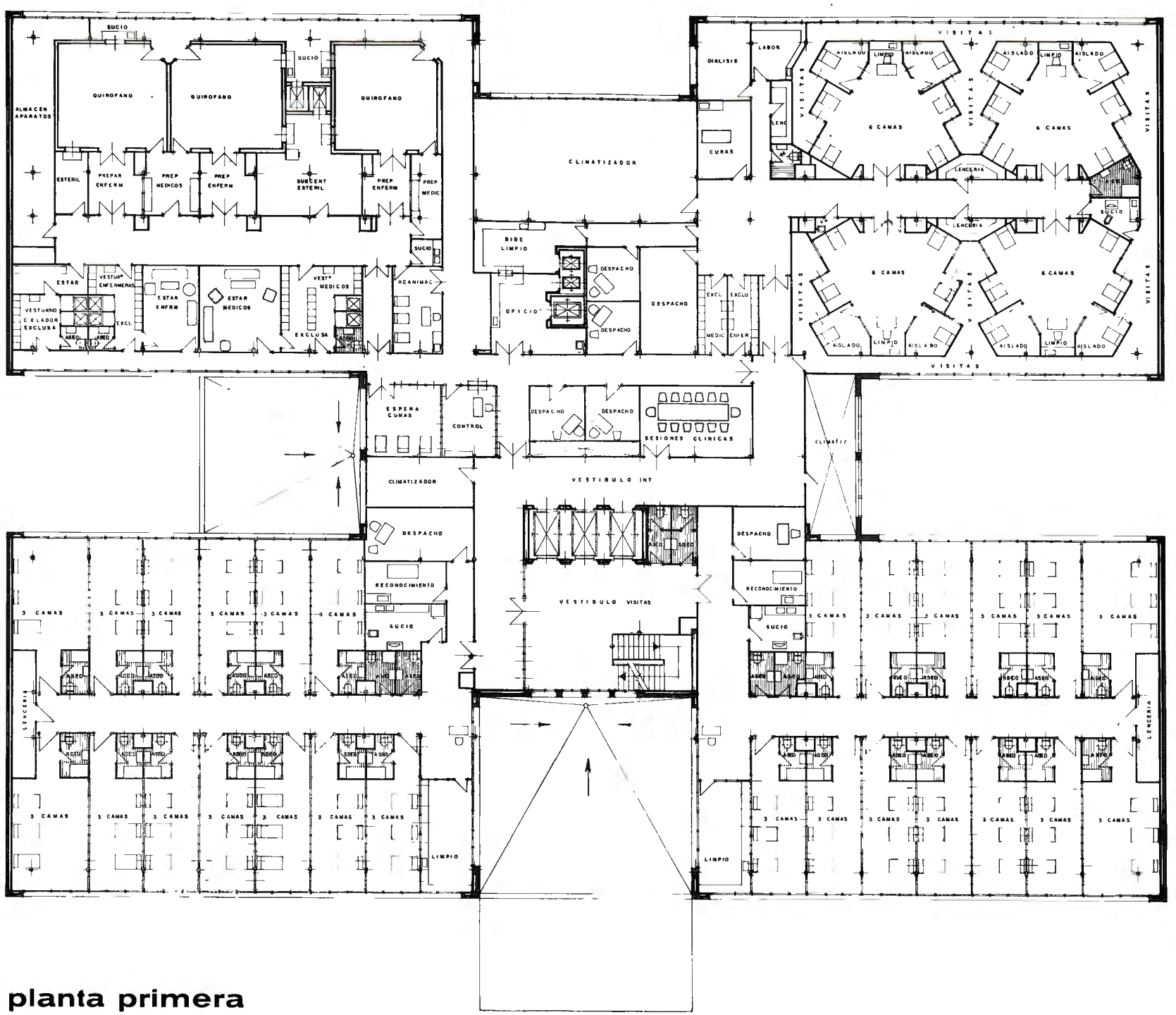


planta semisótano

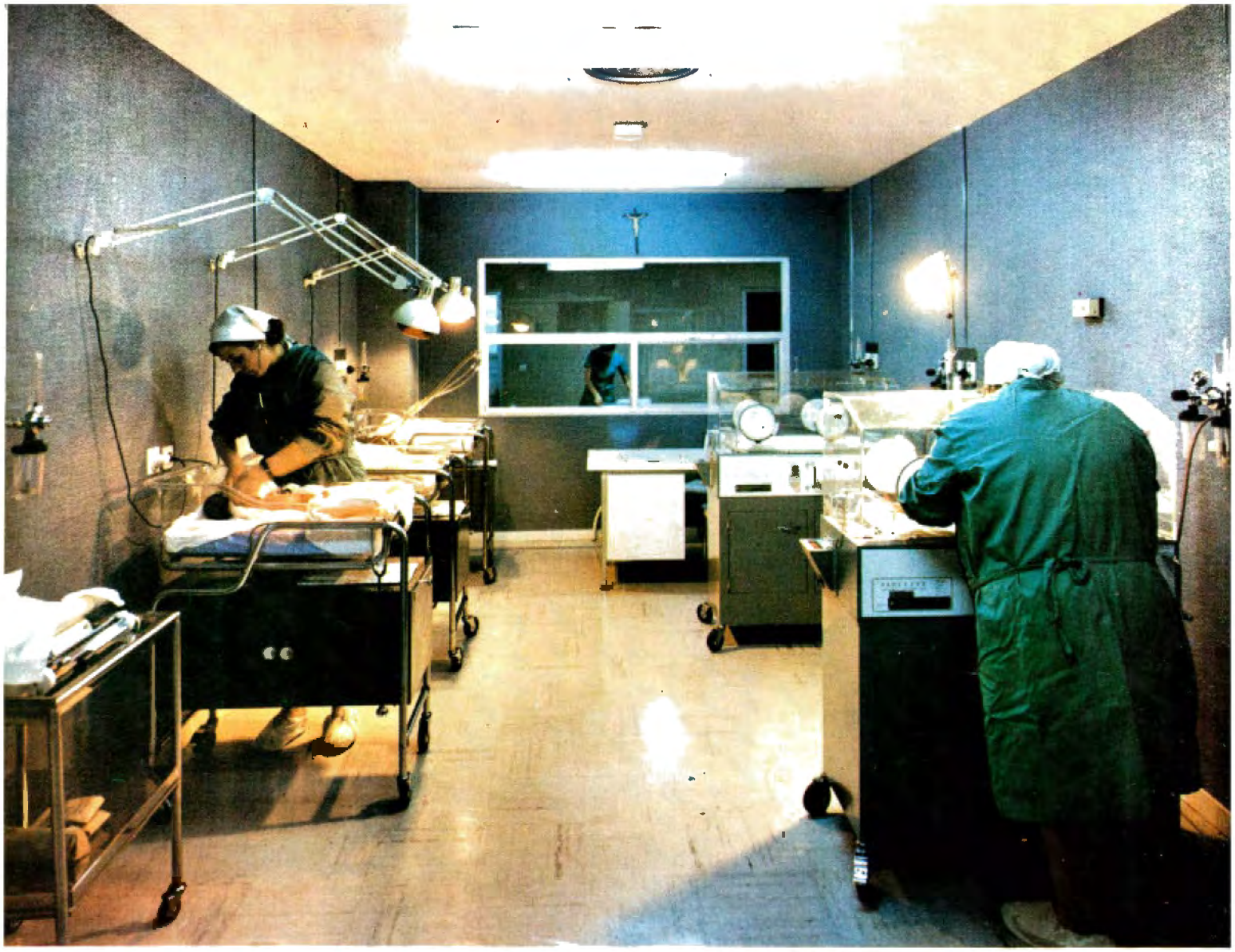
Esta planta, que ya es de enfermería, está distribuida en cuatro rectángulos: el primero contiene el «servicio de prematuros»; el segundo aloja los laboratorios, que se extienden hasta el centro, donde se han colocado la espera, la recogida de muestras y los servicios de electroterapia y poligrafía; en el tercero hay una enfermería de indiscriminados, y en el cuarto, con el resto del bloque central, están la urgencia, con un quirófano y sus correspondientes elementos auxiliares. Es en esta planta donde existe un paso de unión con el edificio.

puesto de control . circulación interior

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.A.



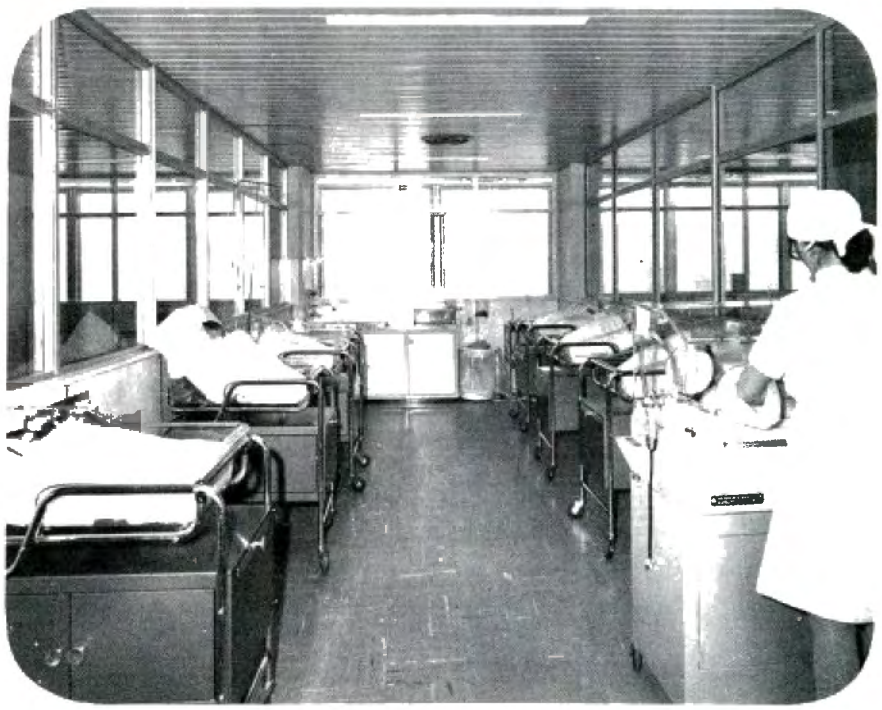
planta primera



planta baja

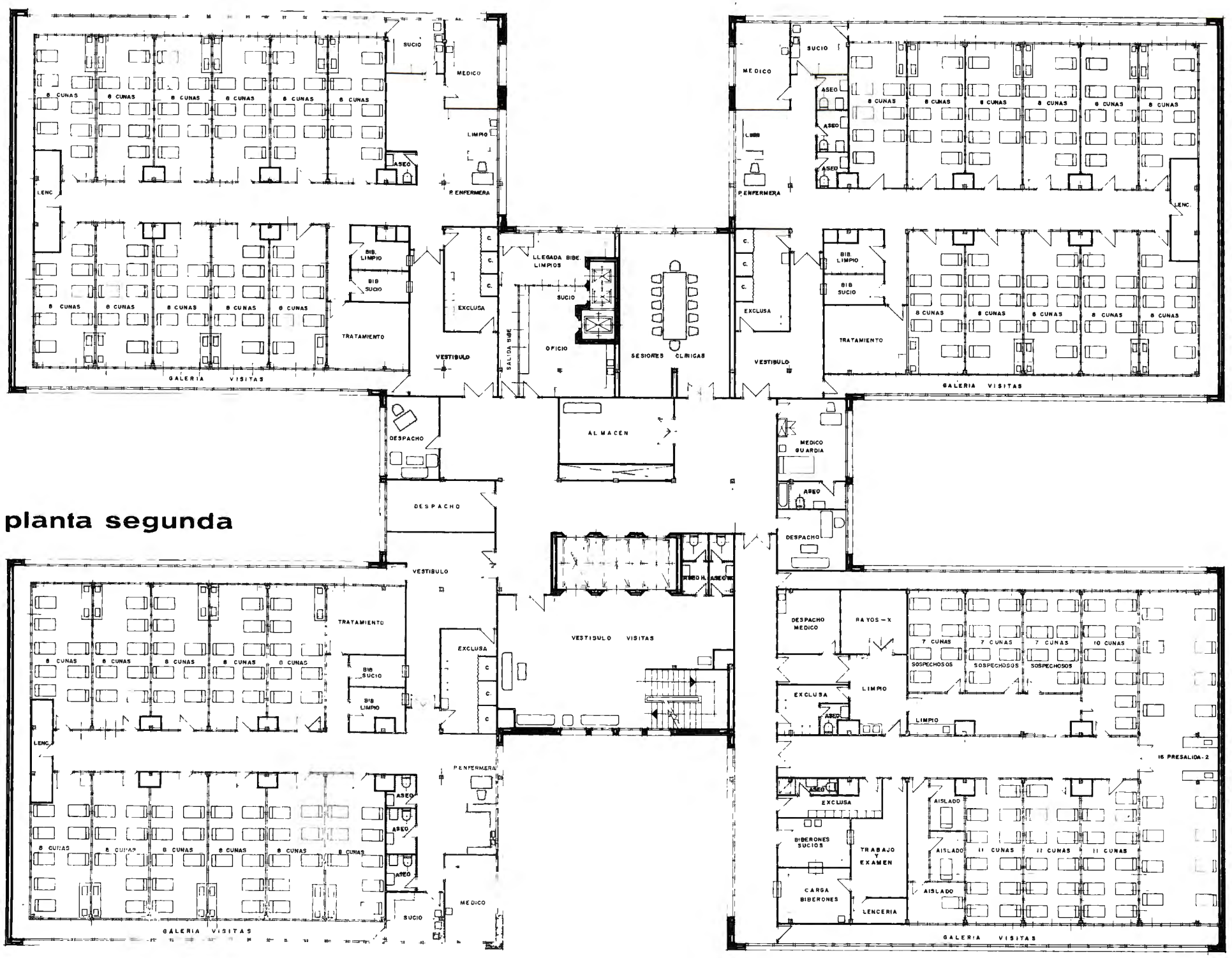
En dos de los rectángulos se hallan las consultas externas, teniendo uno de ellos, además, la cafetería de público. En esta planta está situado el acceso principal al edificio.

Los otros dos rectángulos quedan ocupados por el «servicio de radiología», la farmacia, oficinas de admisión, archivo de historias clínicas, biblioteca y administración.



prematuros

planta segunda



planta primera

Esta planta, donde ya los rectángulos son mayores, como indicábamos antes, es una planta de enfermería casi completa, ya que, salvo uno de los rectángulos, en los que situamos tres quirófanos con sus esclusas para personal, lados limpio y sucio, una subcentral de esterilización y las preparaciones de médicos y enfermos. En cada uno de los otros rectángulos hay una enfermería. La primera tiene cuatro unidades de 6 camas de cuidados intensivos, un puesto de enfermeras para cada uno y un pasillo perimetral para visitas que también existe en el resto de las enfermerías. Las otras dos están ocupadas, una por los infecciosos en cubículos de una cama y la otra por habitaciones de tres camas con aseo, para escolares.

planta segunda

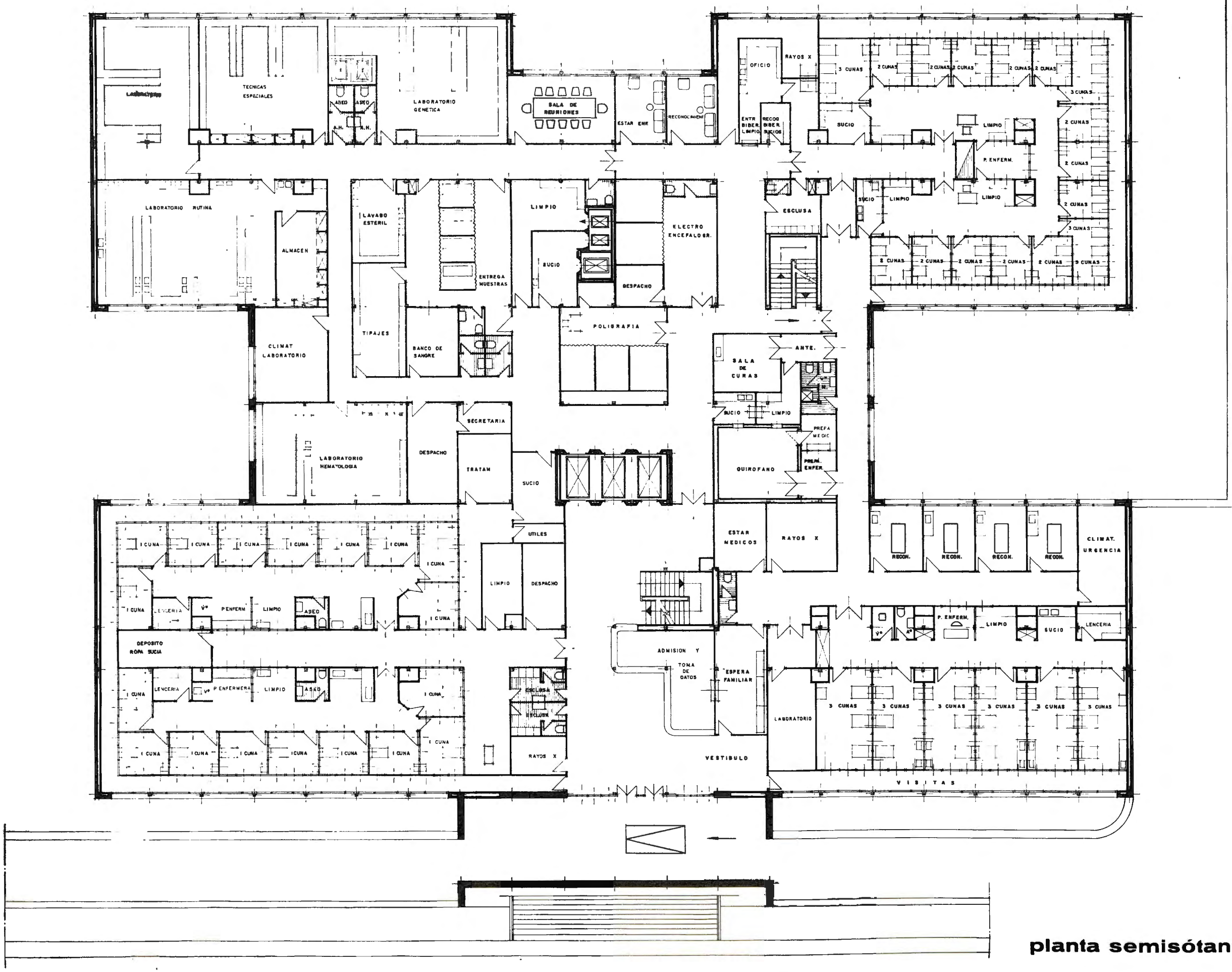
Destinados los cuatro rectángulos a enfermería, tres son iguales y ocupados por una enfermería de lactantes divididos en dos zonas por un pasillo central de circulación de personal médico y cubículos de tres cunas, con los servicios de esclusas, puesto de enfermeras, reconocimiento y biberones.

La cuarta enfermería es una general para niños algo mayores o niños con madre. En el bloque central hay un gran oficio para la distribución de biberones y una sala de sesiones clínicas.

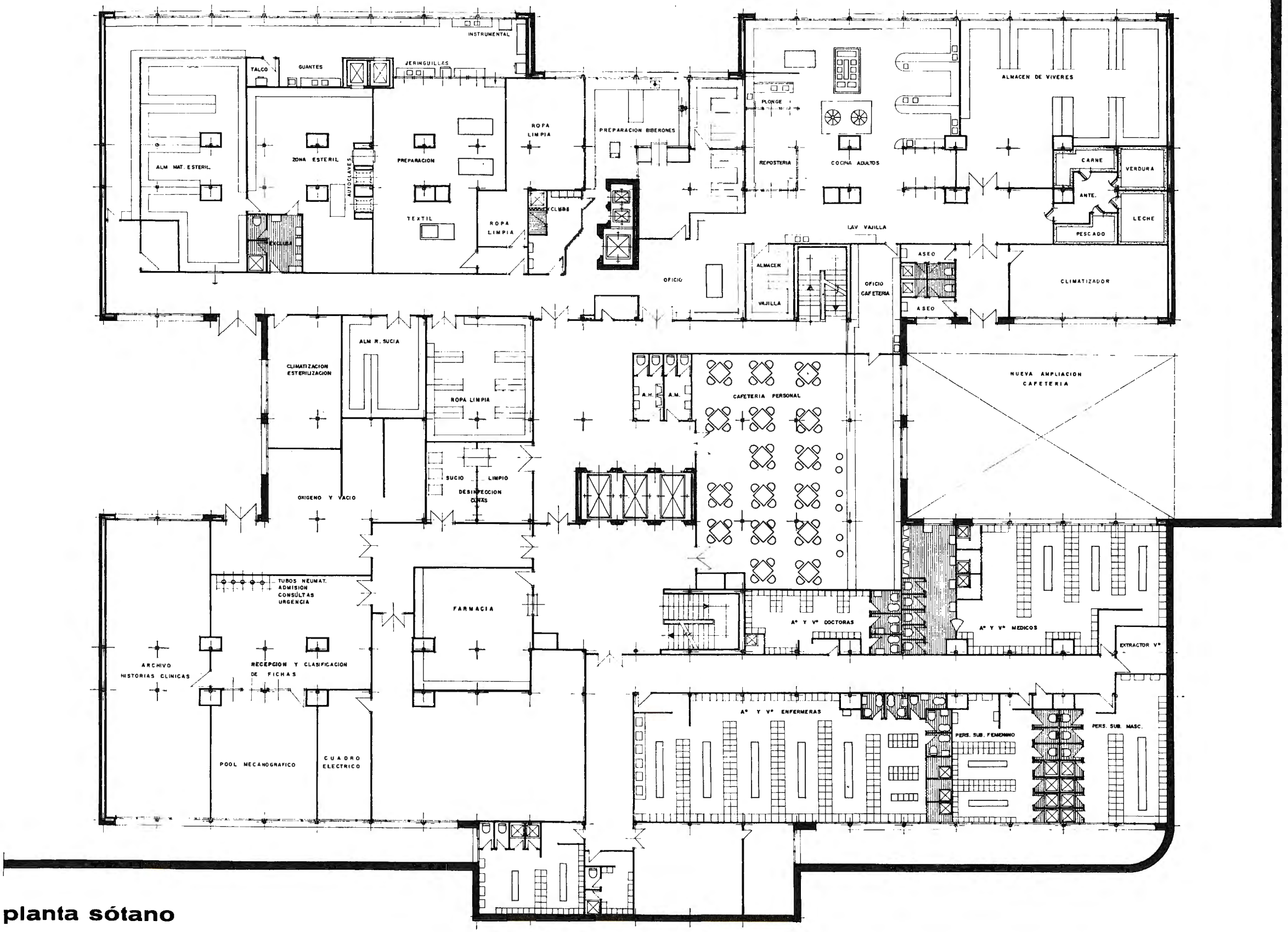
circulación general

Dada la disposición del edificio y su relativa poca altura, se ha creído como mejor solución para

tratamientos
pre-escolares y escolares



planta semisótano



planta sótano

la circulación vertical, la colocación de tres grandes aparatos en el centro, con dos salidas cada uno para poder separar claramente la circulación de visitas de la interior del hospital.

Para la circulación de comidas se ha dispuesto de un montacarros para las comidas de los niños mayores y las posibles madres, y dos montabiberones: uno con acceso al lado limpio y otro al lado sucio. Para la unión de quirófanos con la central de esterilización, se han dispuesto dos montainstrumentales: uno con salida al lado estéril y otro con salida al lado sucio.

Una escalera en el núcleo central completa la instalación vertical.

camas

Plantas:	Familiares	Alumnas	Mandos	Monjas	Internas	Enfermas
Baja	17	—	—	—	—	—
1.ª	—	—	—	—	—	—
2.ª y 3.ª	—	—	—	—	56	—
4.ª y 5.ª	—	144	8	—	—	—
6.ª	—	—	—	52	—	4
7.ª	—	—	—	23	—	—
TOTALES ...	17	144	8	75	56	4

Total general: 304 camas.

características generales constructivas

paramentos exteriores

Fábricas de ladrillo a cara vista con huecos de aluminio y parasoles, según orientación.

pavimentos

Terrazos y solados de polivinilo en su mayoría.

interiores

Formica en vestíbulos, plástico tipo Suwide en circulaciones, azulejos en tratamientos y pinturas en habitaciones de enfermos.

plantas cuarta y quinta

Contienen 144 camas para alumnas y 8 para instructoras, que se distribuyen en habitaciones de 3 camas para alumnas e individuales para las instructoras, disponiendo todas de cuarto de aseo; en la zona central: vestíbulo y sala de estar; en los laterales: cuartos destinados a lencería, lavado y plancha. El módulo habitación dispone de termos propios.

planta sexta

Esta planta se destina a la «comunidad de religiosas», con un total de 52 camas y 4 para enfermería, todas individuales; las destinadas a enfermas disponen de cuarto de aseo completo; en la zona central: vestíbulo, oficio y visitas; en sus laterales: cuartos destinados a almacén. El módulo habitación dispone de terrazas individuales.

planta séptima

Destinada también a la «comunidad de religiosas», dispone de habitaciones individuales en número de 23; habitaciones destinadas a lencería, costura y plancha, lavadero; en el ala derecha: oficio, vajilla, refectorio para 75 personas; capilla para 84 personas, y biblioteca; en la zona central: vestíbulo, recibidor, despacho de sacerdote y despacho de la superiora. El módulo habitación dispone de terrazas particulares.

torreón

Situado en la parte central, alojará las bancadas y maquinarias de aparatos elevadores y desembarco de escalera.

escuela de enfermeras

distribución del edificio

Este inmueble consta de 9 plantas, que pasamos a reseñar:

planta semisótano

Consta de: almacenes generales, vestíbulo de acceso, fosos de aparatos elevadores, cuarto de calderas, centro de transformación, cuadro general, voltabloc, almacenillo, gimnasio y aseos y vestuarios generales.

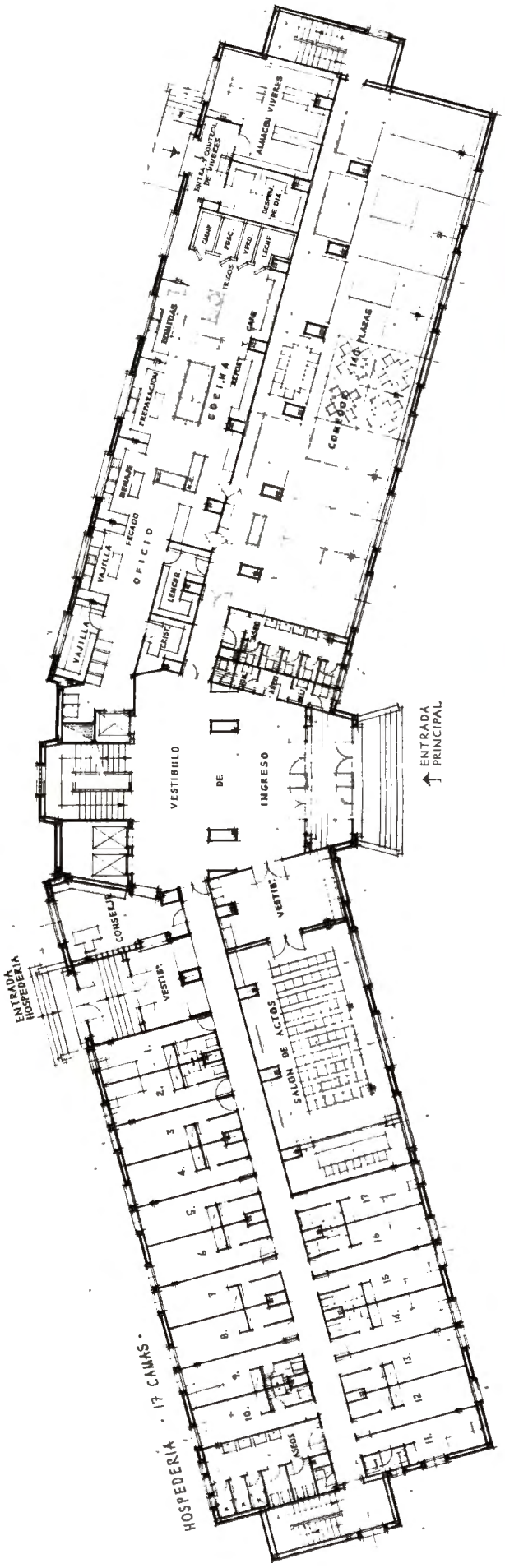
BIBLIOTECA DEL C.E.S.S.

comedor

planta baja

Esta planta se destina en su parte E. a los servicios de cocina, frigoríficos, almacén de víveres, oficio, lencería; en su zona central: vestíbulo general de ingreso y ascensores, y a la izquierda: 10 habitacio-

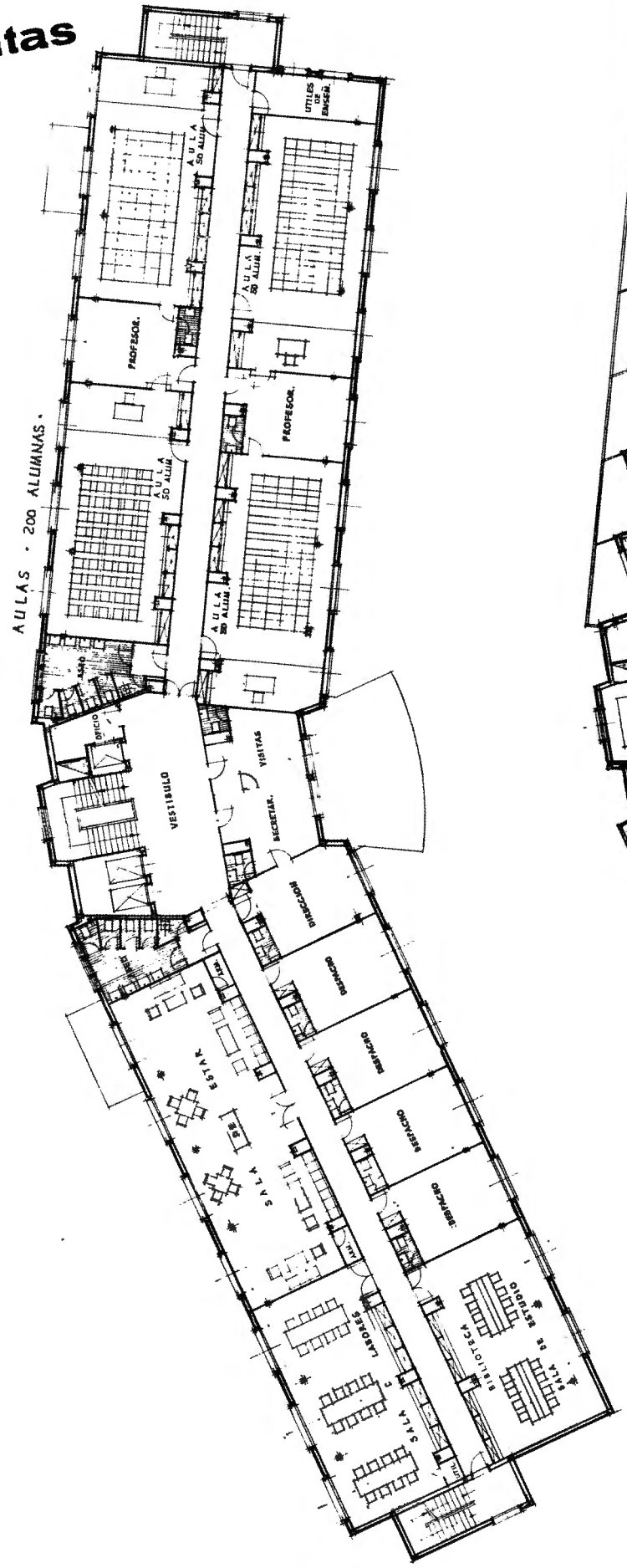
planta baja



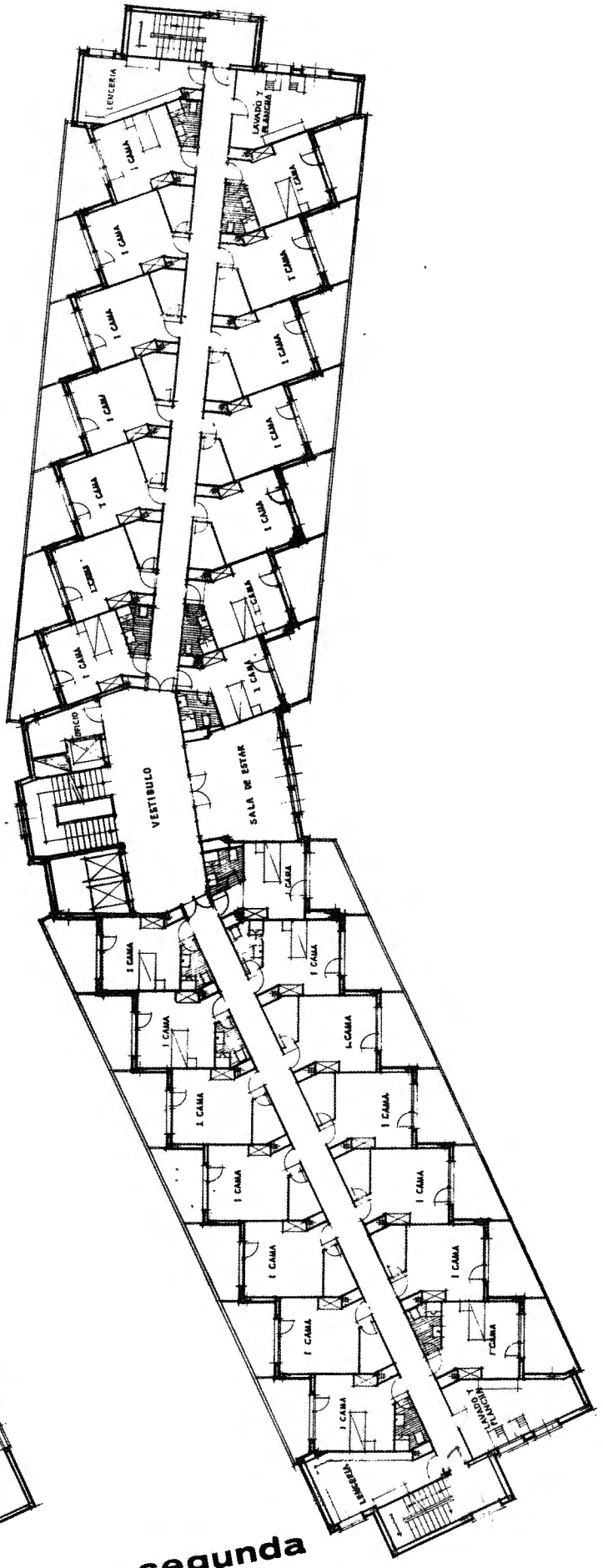
sala de conferencias

nes individuales con destino a hospedería; en la parte oeste se sitúa el comedor para 140 plazas, aseos de ambos sexos, vestíbulo y salón de actos, y siete habitaciones individuales con el mismo destino que las anteriores.

plantas



primera



segunda
y tercera

planta primera

Aloja las aulas, con capacidad para 200 alumnos, despachos de profesores, sala de estar, sala de labores, biblioteca, secretaría, dirección y despachos administrativos, aseos generales, vestíbulo central y ascensores.

plantas segunda y tercera

Alojan a habitaciones individuales con un total de 56 para enfermeras, todas ellas con cuarto de aseo en la habitación; dispone de cuarto para lencería, lavado y plancha; en su zona central: vestíbulo, ascensores y sala de estar. Cada módulo habitación dispone de terraza particular.

instalaciones

Todos los edificios van dotados de aire acondicionado total, a excepción de la Escuela de Enfermeras, tratada por calefacción y ventilación.

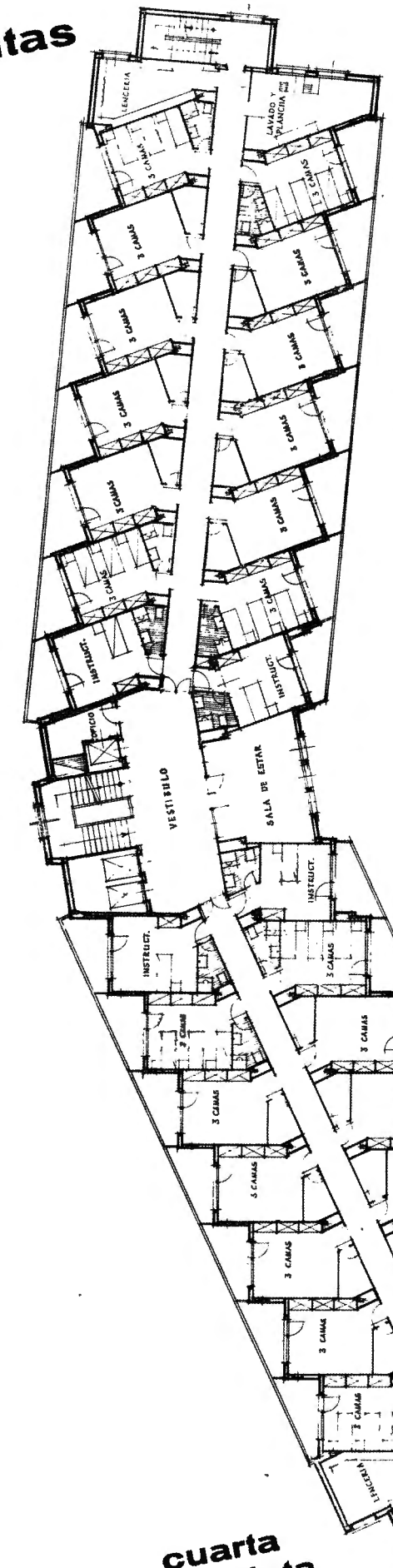
Una central térmica de agua sobrecalentada a 180° C con 14.000.000 de kilocalorías, abastece de agua caliente para uso doméstico y calefacción a todo el complejo.

Los ascensores son de tensión variable con velocidades de 1,50 m^3.

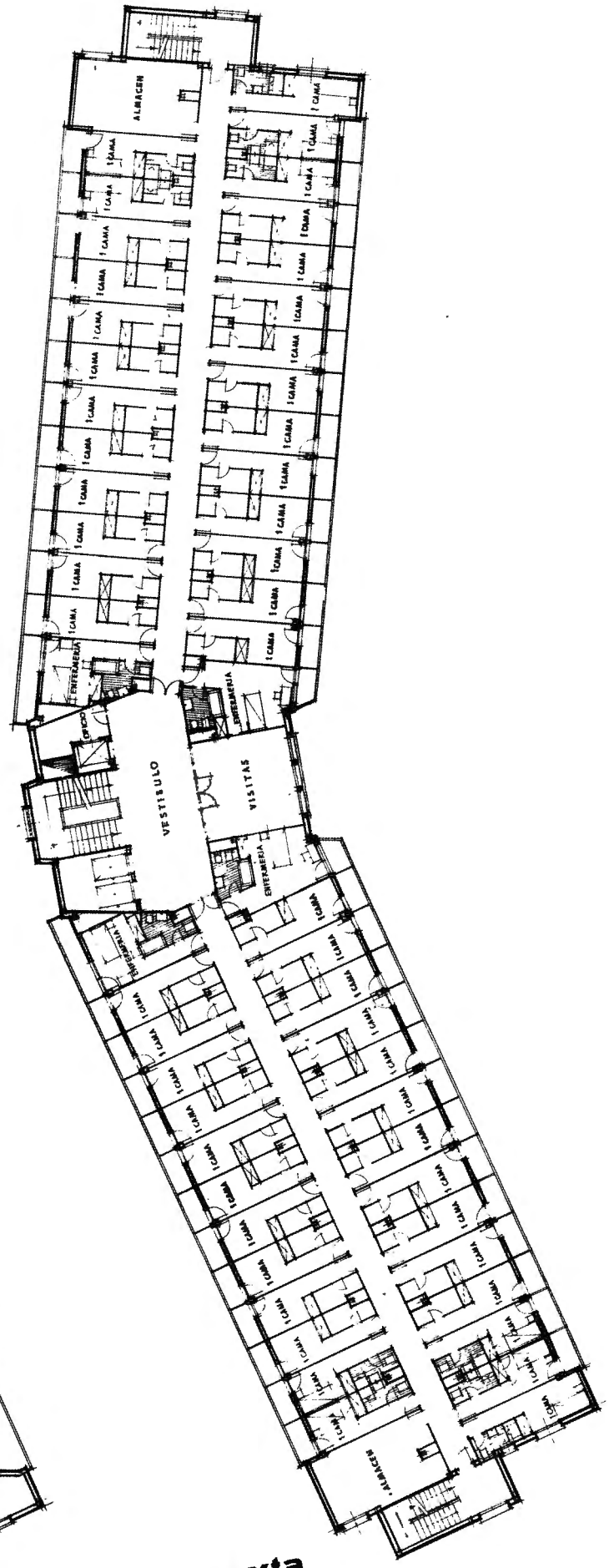
La lavandería tiene una capacidad de 7 t de ropa diaria.

aula, demostraciones y sala de espera

plantas



cuarta
y quinta



sexta

biblioteca

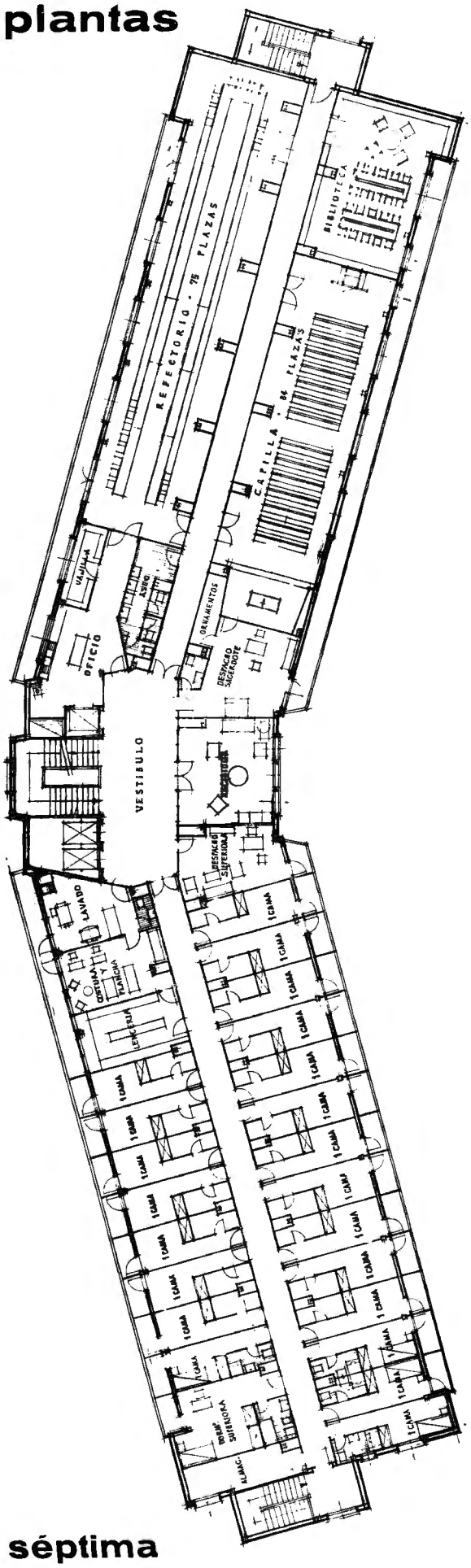
dormitorio

Todos los edificios llevan estación transformadora para pasar de la acometida en alta tensión a las redes de 220/380 voltios.

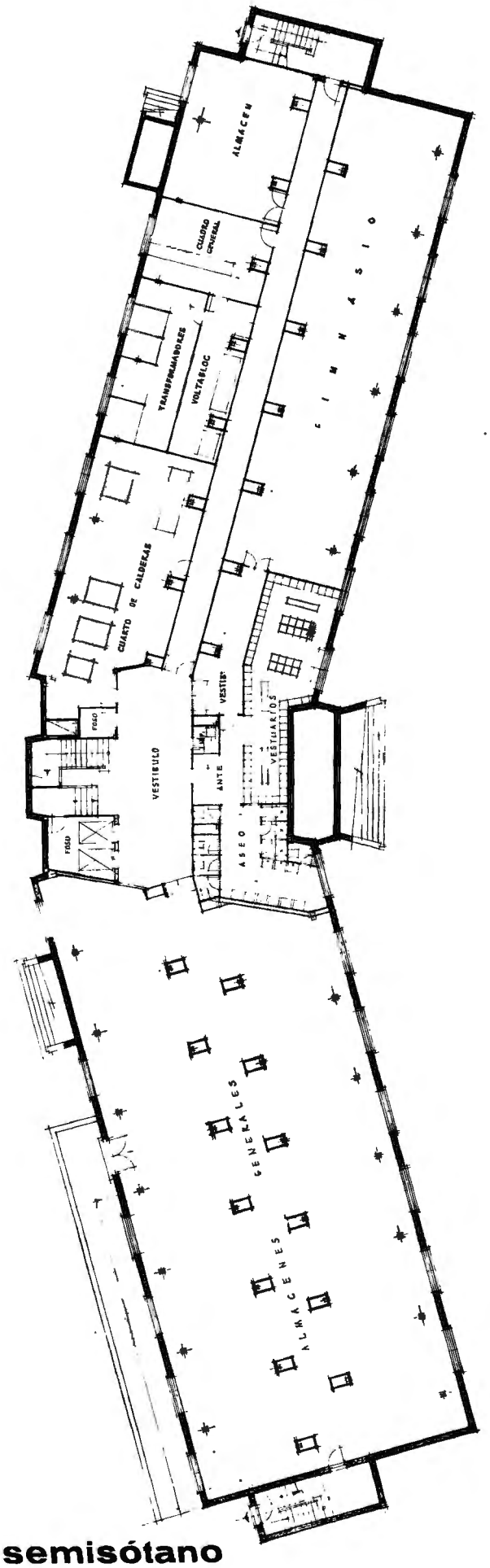
conclusiones finales

Como datos interesantes destacables y que han sido comentados en muchos países, merece la pena señalar dos características esenciales que se reflejan en los cuadros que se incluyen especialmente en cuanto a plazos y costes de ejecución.

plantas



séptima



semisótano

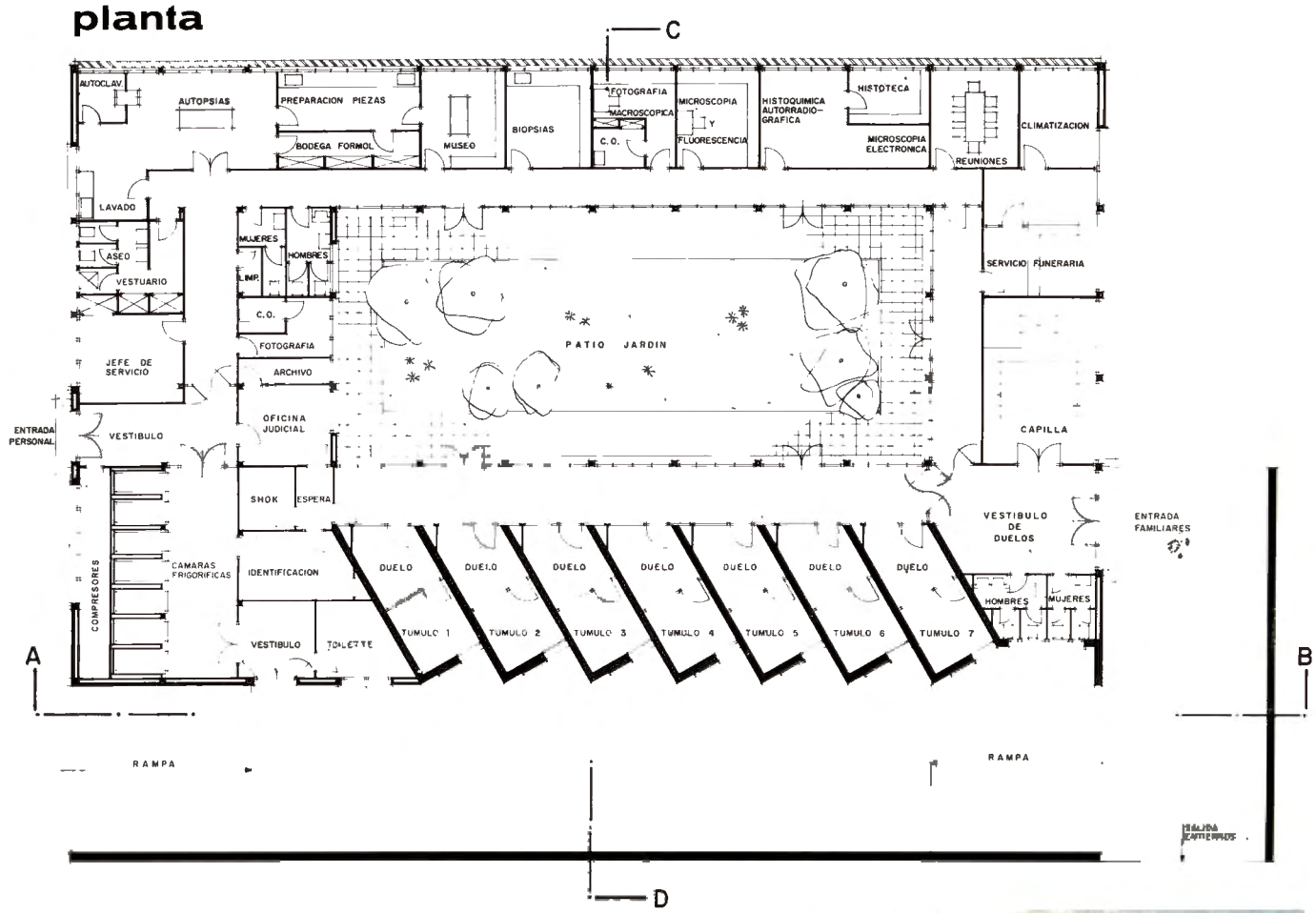
mortuorio y anatomía patológica

En un edificio independiente hemos situado los servicios de Anatomía Patológica y Necropsias para toda la Ciudad Sanitaria.

El edificio consta de una planta rectangular con un patio interior de fachadas paralelas a las exteriores, con un jardín en dicho patio.

El servicio de necropsias está compuesto por siete salas de duelo con sus correspondientes estancias

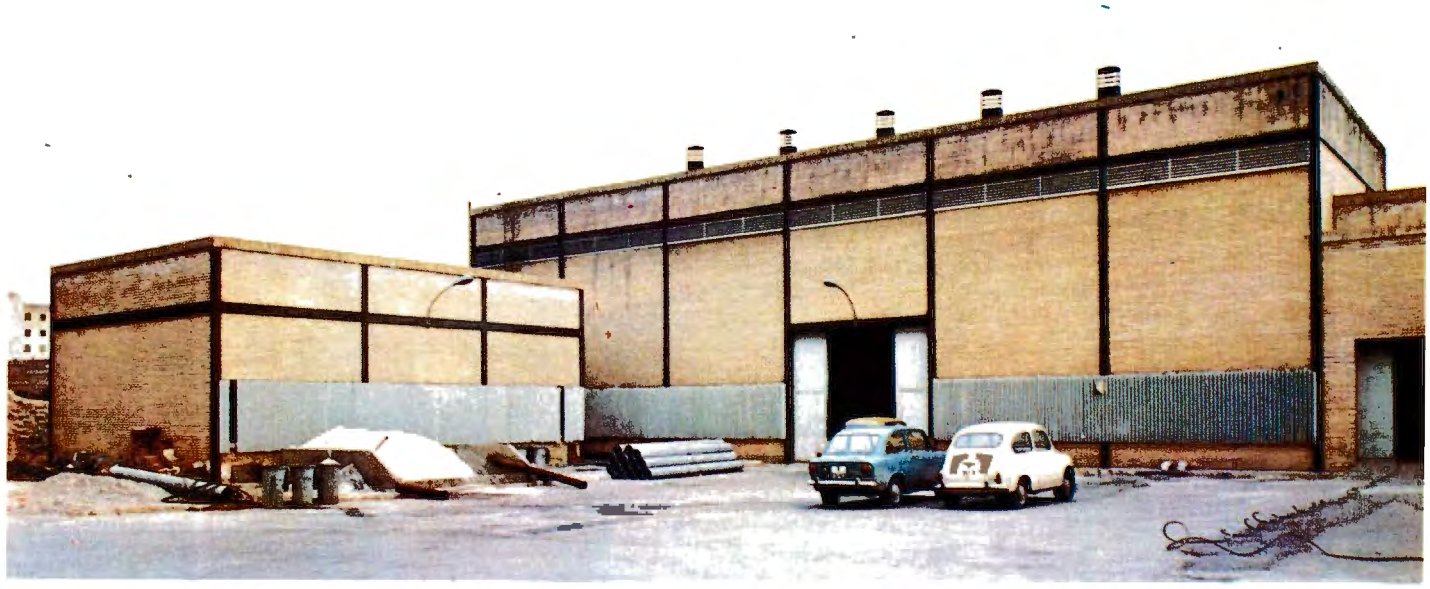
planta



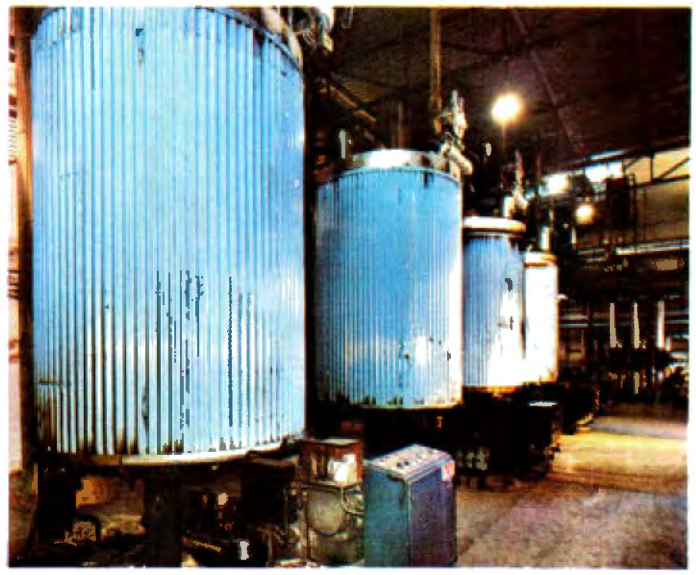
para el túmulo separadas mediante mampara de aluminio con cristal transparente y puerta de unión. Cada una de estas unidades tiene una puerta exterior que comunica con una salida cubierta y permite la organización y salida de los entierros sin que sean vistos por el resto de la Ciudad Sanitaria. Completa el servicio una capilla, una oficina para el servicio de funeraria y una sala con 14 frigoríficos para la conservación de aquellos cadáveres que por alguna razón deban permanecer más tiempo sin enterrar.

El servicio de Anatomía Patológica, con acceso independiente al anterior, está compuesto por una sala de autopsias y los laboratorios de biopsias, fotografía manoscópica y microscópica, hostoquímica y en general todos los necesarios para un buen funcionamiento del servicio.

Como complemento del Servicio, hay una Sala de Reuniones, aseos y despachos para el personal.



tratamiento de aguas



Vistas las calidades del agua de la ciudad y la exigencia que las modernas instalaciones requieren, como calderas y equipos de frío, ha sido necesario el montaje de una instalación de descalcificación de agua a base de resina de alta resistencia química y solución de salmuera que nos dé un agua a cero grados. Para conseguir el pH necesario, hemos colocado un dosificador de fosfato trisódico. Toda la instalación la hemos montado automática para disminuir en lo posible el gasto de personal de mantenimiento.

central térmica y tratamiento de aguas

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S

cuadros

de costos

	Superficie (m^2)	Número de camas	Costo de construcción (Pesetas)	Superficie (m^2)	Coste (Ptas./m^2)	Coste (Ptas./cama)
Residencia General	42.622,26	1.101	393.095.500	38,71	9.170	354.970
Maternidad y Hospital Infantil	32.206,—	831	350.203.000	42,—	9.940	417.480
Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados	20.207,38	398	184.463.440	50,77	9.100	462.007
Escuela de Enfermeras	11.980,50	304	66.491.950	39,40	5.530	217.882

El coste de la construcción incluye todas las instalaciones y la urbanización.

de tiempos

	Dibujo y proyecto	Oferta de los contratistas	Construcción	Equipamiento
Residencia General	Julio-Sept. 1967	Octubre 1967-Feb. 1968	Mayo-Nov. 1968	Noviembre-Dic. 1968
Centro de Traumatología, Rehabilitación y Quemados	Sept.-Oct. 1968	Nov. 1968-Enero 1969	Mayo-Oct. 1969	Julio-Octubre 1969
Maternidad y Hospital Infantil	Julio-Agosto 1969	Septiembre-Nov. 1969	Feb.-Nov. 1970	Nov. 1970-Feb. 1971
Escuela de Enfermeras	Junio-Julio 1969	Agosto-Octubre 1969	Enero-Junio 1970	Julio-Septiembre 1970

II.-5. EL HOSPITAL GENERAL PARA ZONAS DE POBLACION MEDIA

(Las Residencias Sanitarias de Córdoba y Segovia)

II.5.- EL HOSPITAL GENERAL PARA ZONAS DE POBLACION MEDIA. (LAS RESIDENCIAS SANITARIAS DE CORDOBA Y SEGOVIA)

Se presenta aquí el ejemplo de una Residencia - Sanitaria equivalente a un Hospital General para enfermos no crónicos, correspondiente a una provincia de tipo me-- dio, pero en escalafón superior, que tendrá 532 camas.

El origen de este hospital se debe en primer -- término a que un hospital preexistente con 350 camas de - proyecto inicial en el año 1957, a pesar de haber sido ampliado hasta alojar 400 camas, resultó insuficiente como- consecuencia del desarrollo demográfico de la población y de los avances técnicos de la medicina hospitalaria.

No fué posible emplazar este edificio, vecino - al anterior, ampliarlo tampoco resultaba ya conveniente,- para ello hubo dos grupos de razones, que es interesante- señalar.

En primer lugar el primitivo emplazamiento era- muy adecuado, si efectivamente un plan urbanístico muy -- vasto y complejo que suponía la desaparición de una vía -

de ferrocarril que se interponía entre el hospital y la - ciudad, se llevaba a cabo inmediatamente, ello no fué así y entonces ya no resulta adecuado para el nuevo hospital.

Determinó también la necesidad de hacer un nuevo edificio la comprobación, tras de varios intentos de - hacer un proyecto de ampliación que la concepción del hospital de 1948 ya no era vigente y que no era posible transformar el hospital preexistente.

En segundo lugar, la Ciudad ha previsto y está en vias de realización la creación de una Facultad de Medicina en cuya vecindad se situará el nuevo hospital, para coordinar la actuación asistencial y docente con la de la Universidad, con lo que se cumple un acuerdo tomado para este fin por el Gobierno.

Como por análogas razones se ha creado recientemente en la misma zona un Hospital Provincial de 400 camas, por lo cual la provincia de Córdoba contará con 1.332 camas, para una población de 733.387 habitantes que nos - proporcionan un índice de 1,81 camas por 1.000 habitantes, que se espera que resulte satisfactorio para los próximos- 5 años por lo menos

En otro aspecto, se presenta también aquí un proyecto de Institución hospitalaria para una provincia de poco desarrollo industrial, muy cercana a Madrid y con un núcleo de población a servir muy reducido relativamente.

Cómo características peculiares, cabe señalar desde el punto de vista médico que aunque esta provincia de 169.425 habitantes ha sido siempre fuertemente atraída por Madrid, lo que le ha restado clientela a sus Instituciones, ahora empieza a industrializarse aunque lentamente y que hay ya éxodo de habitantes de Madrid que consideran la posibilidad de residir permanentemente en Segovia, aunque su lugar de trabajo sea Madrid y es pensando en estos factores, por lo que se prevé una capacidad de 250 camas que supondrán un índice de 1,47 camas por 1.000 habitantes.

No puede dejarse de señalar, que en esta Residencia ha sido preciso llegar a un dificil compromiso, para obtener un hospital funcional y moderno que ofreciese unos aspectos de trazado exterior y volúmen, compatibles con el criterio de una comunión artística, ya que esta ciudad tiene una condición monumental reconocida por el Patrimonio Artístico Nacional que condiciona la construcción.

Los hospitales de Córdoba y Segovia son una representación típica de las Instituciones que atienden poblaciones que oscilan entre los 100.000 y 500.000 habitantes.

En Córdoba para su mayor capacidad se desglosa en dos bloques, uno de ellos constituye el Hospital General y el otro tiene como fin la asistencia pediátrica y obstétrica. Ambos edificios se hallan enlazados y poseen los servicios centralizados comunes.

Las características de estos Centros responden a los más recientes criterios que han supuesto principalmente una evaluación y gran desarrollo de los siguientes servicios de diagnóstico y tratamiento.

Consultas Externas
Cuidados Intensivos
Rehabilitación
Radiología

Quizá la unidad que periódicamente se está con más frecuencia revisando es la de Cuidados Intensivos, persiguiendo los siguientes objetivos:

a) Reducción del número de camas de cada unidad manteniendo la eficaz vigilancia visual y la concentración de medios y personal.

b) Contacto visual y auditivo de los enfermos y familiares.

c) Especialización y clasificación de los enfermos.

C O R D O B A

RESIDENCIA GENERAL.

MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL

MORTUORIO

CENTRAL TERMICA Y LAVANDERIA.

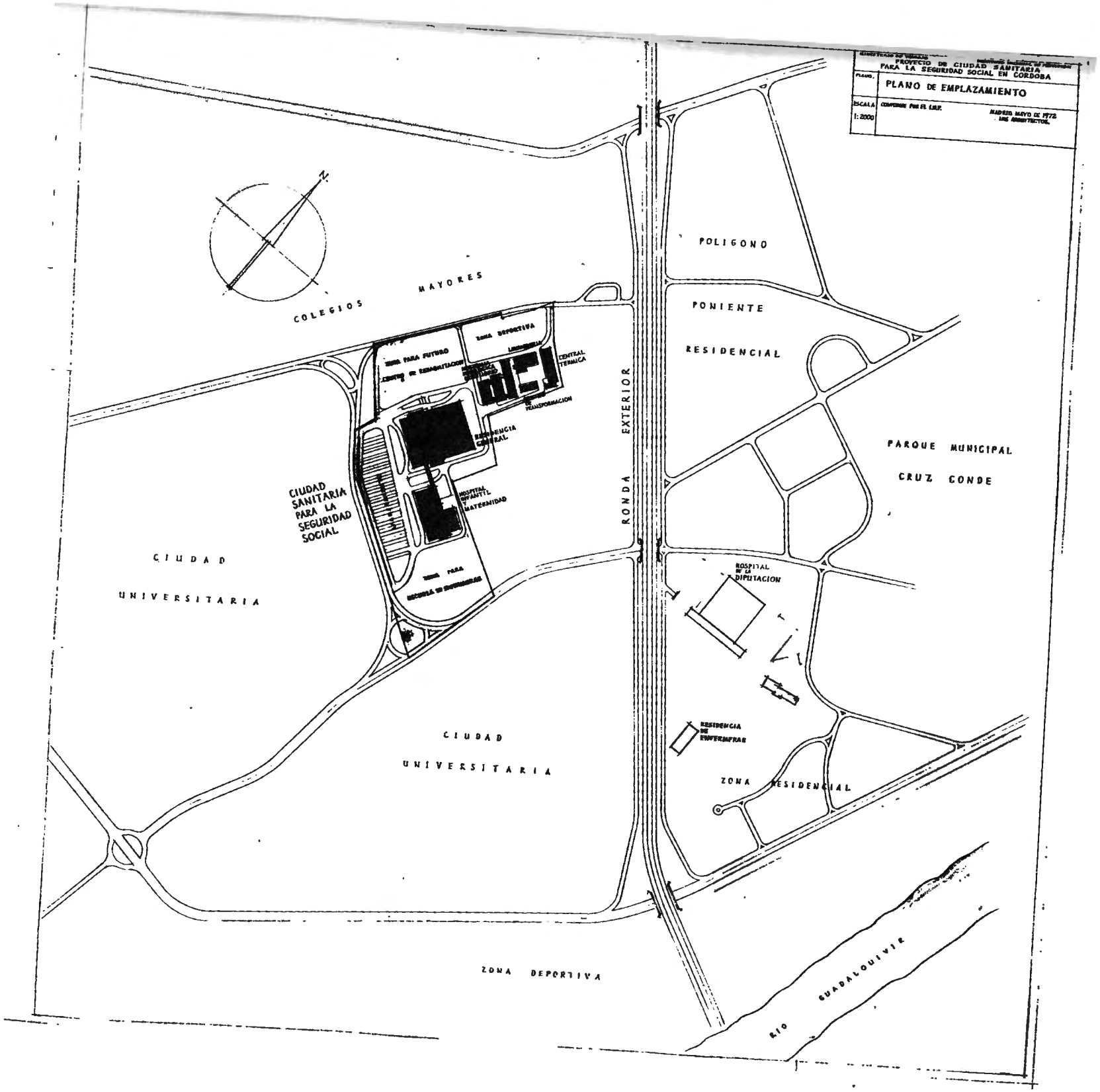
PROYECTO DE CIUDAD SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

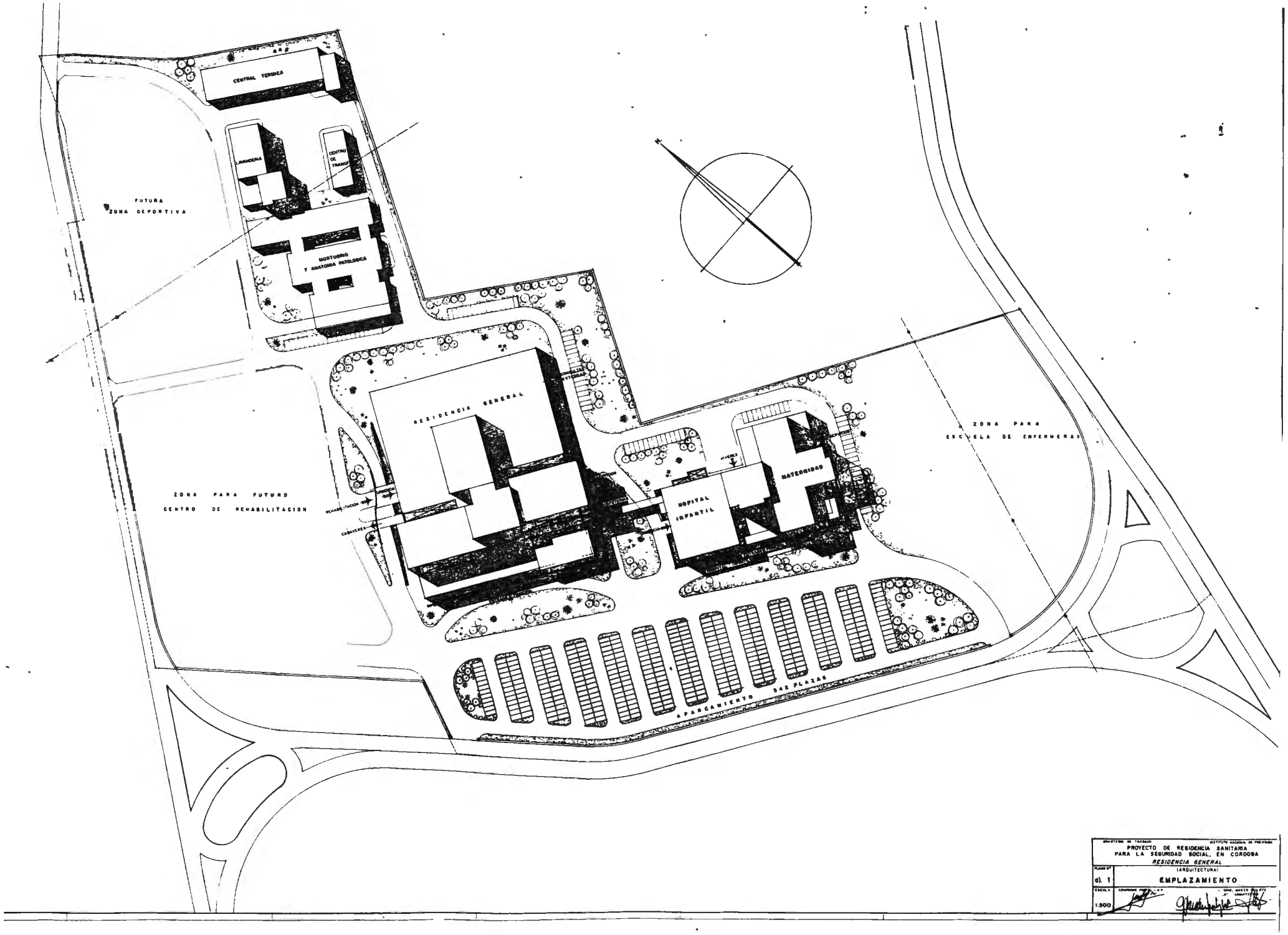
PLANO: PLANO DE EMPLAZAMIENTO

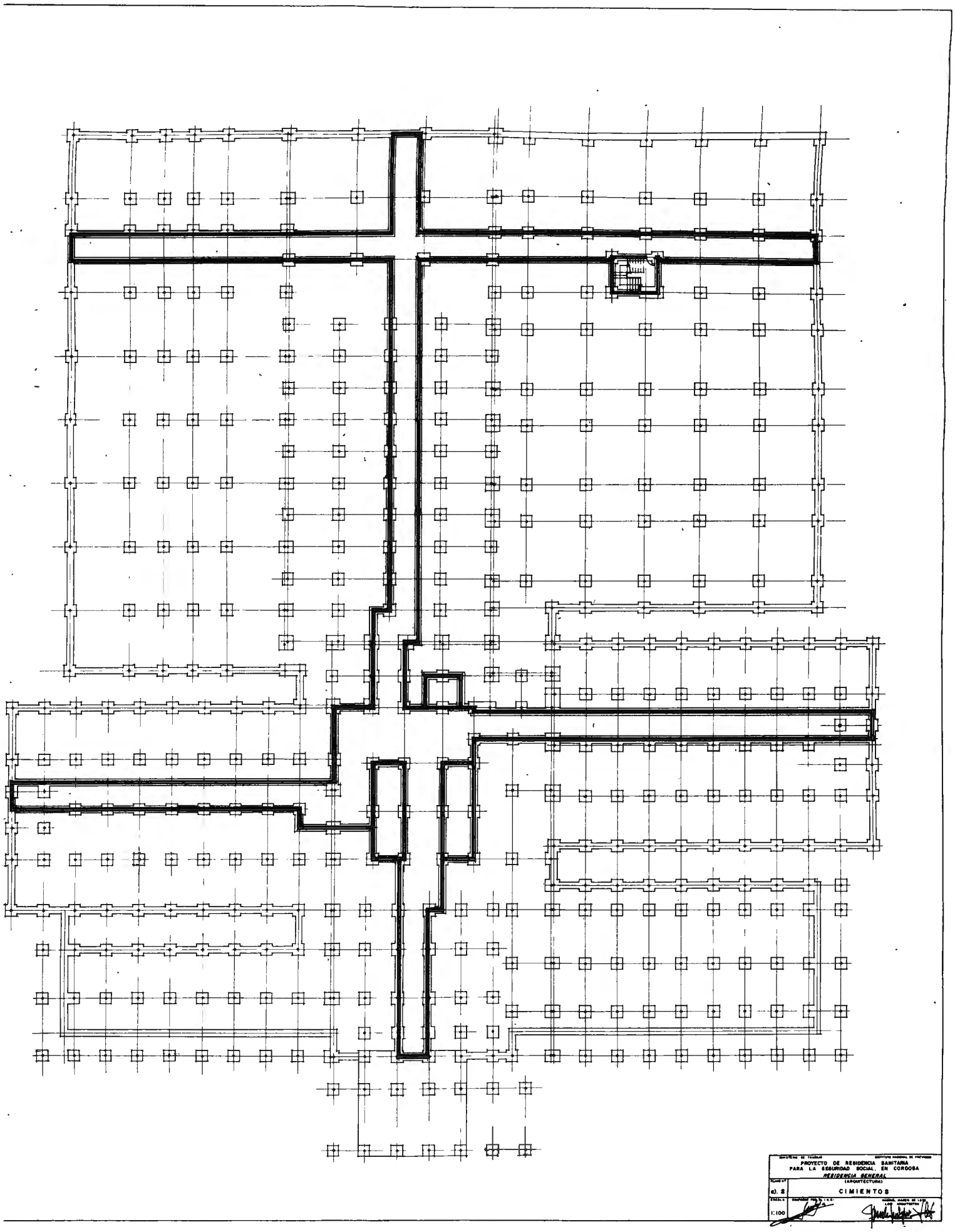
ESCALA 1:2000

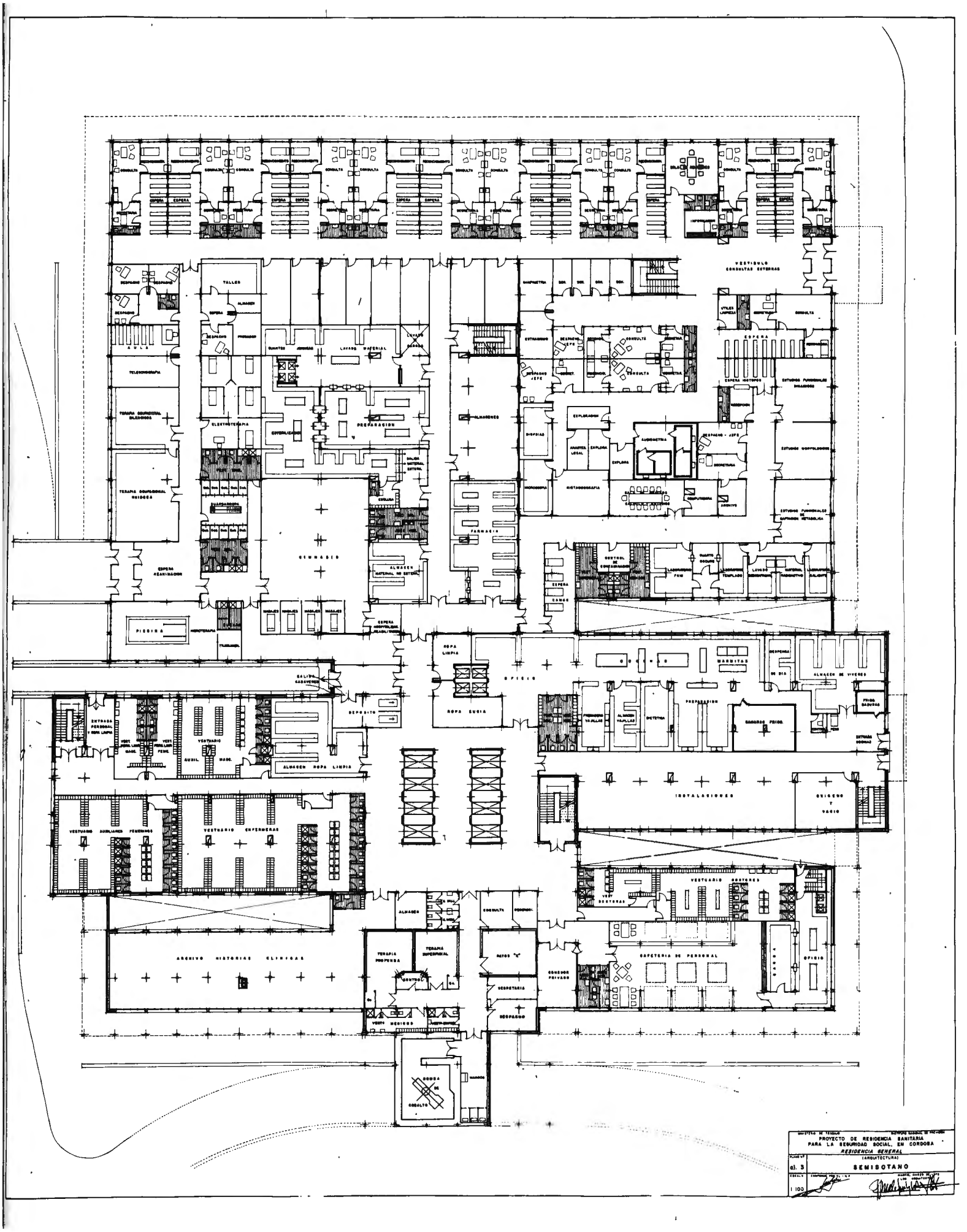
CONFORME POR EL E.M.P.

MADRID MAYO DE 1972
LOS ARQUITECTOS,




CENTRAL TERMICA
LAVANDERIA
CENTRO DE TRANSF.
MORTUORIO Y ANATOMIA PATOLOGICA
FUTURA ZONA DEPORTIVA
RESIDENCIA GENERAL
HOSPITAL INFANTIL
MATERNIDAD
ZONA PARA ESCUELA DE ENFERMERAS
ZONA PARA FUTURO CENTRO DE REHABILITACION
APARCAMIENTO 342 PLAZAS
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)
EMPLAZAMIENTO
a). 1
1.500


PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)
CIMIENTOS
1:100



PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA

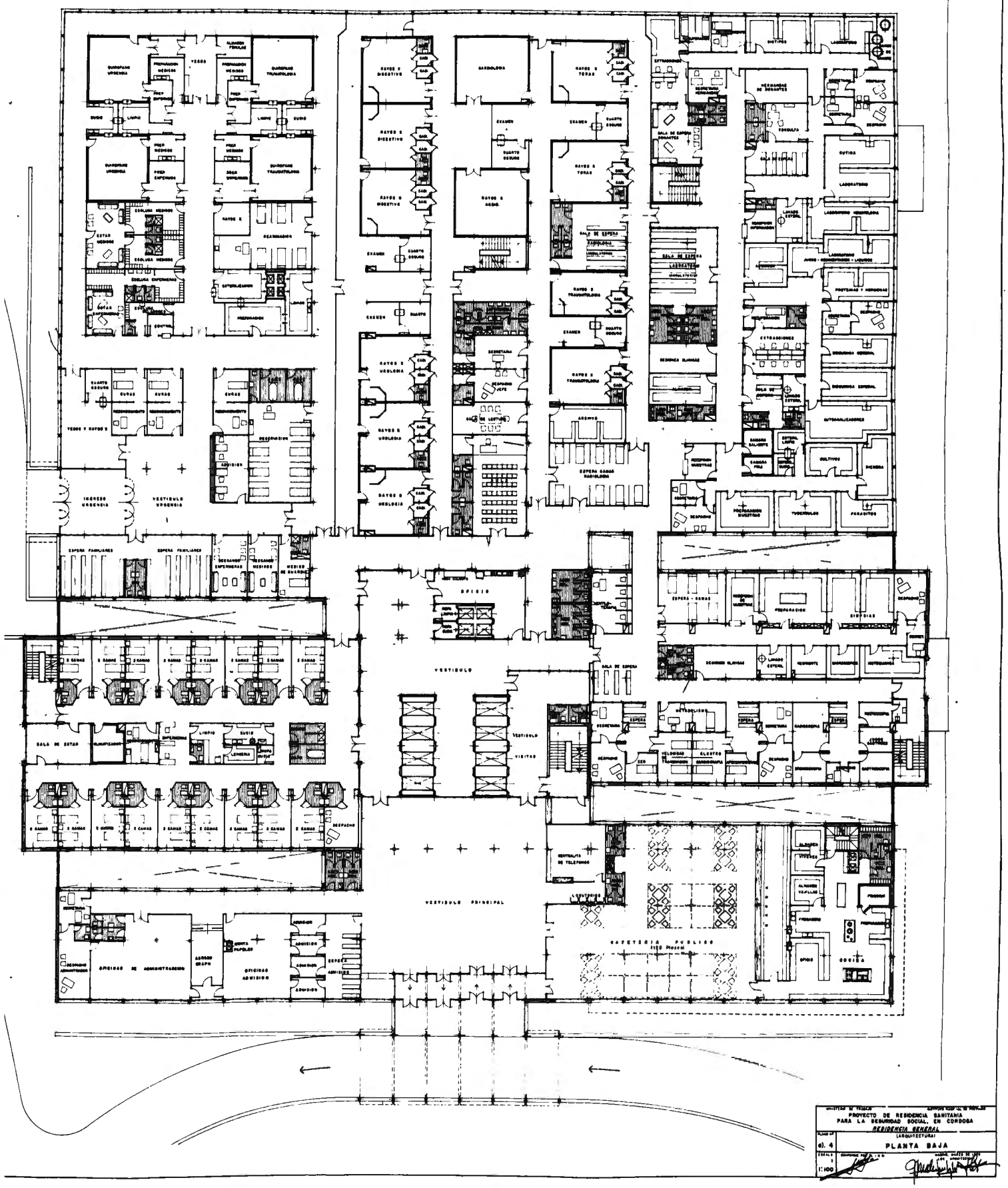
RESIDENCIA GENERAL

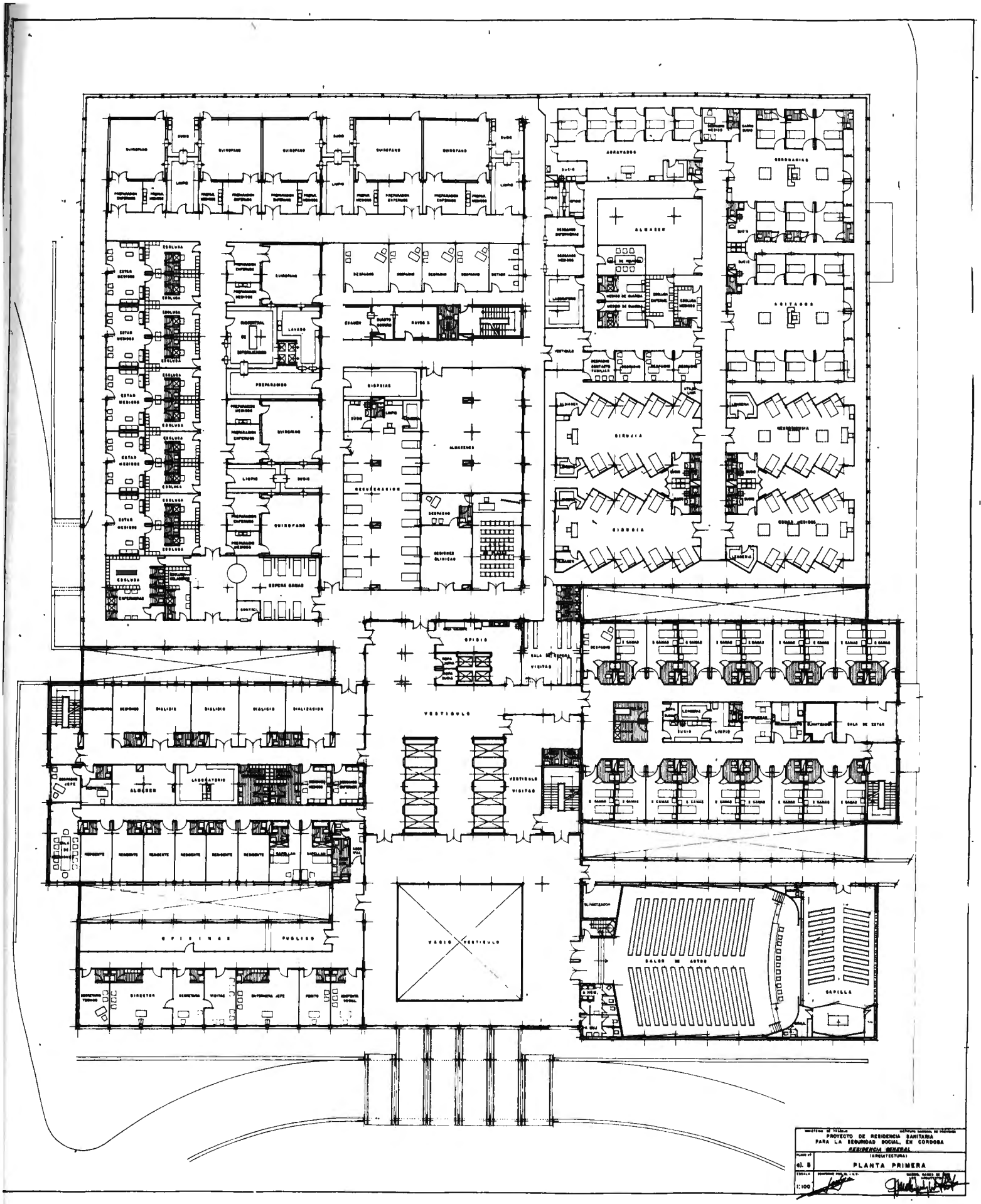
(ARQUITECTURA)

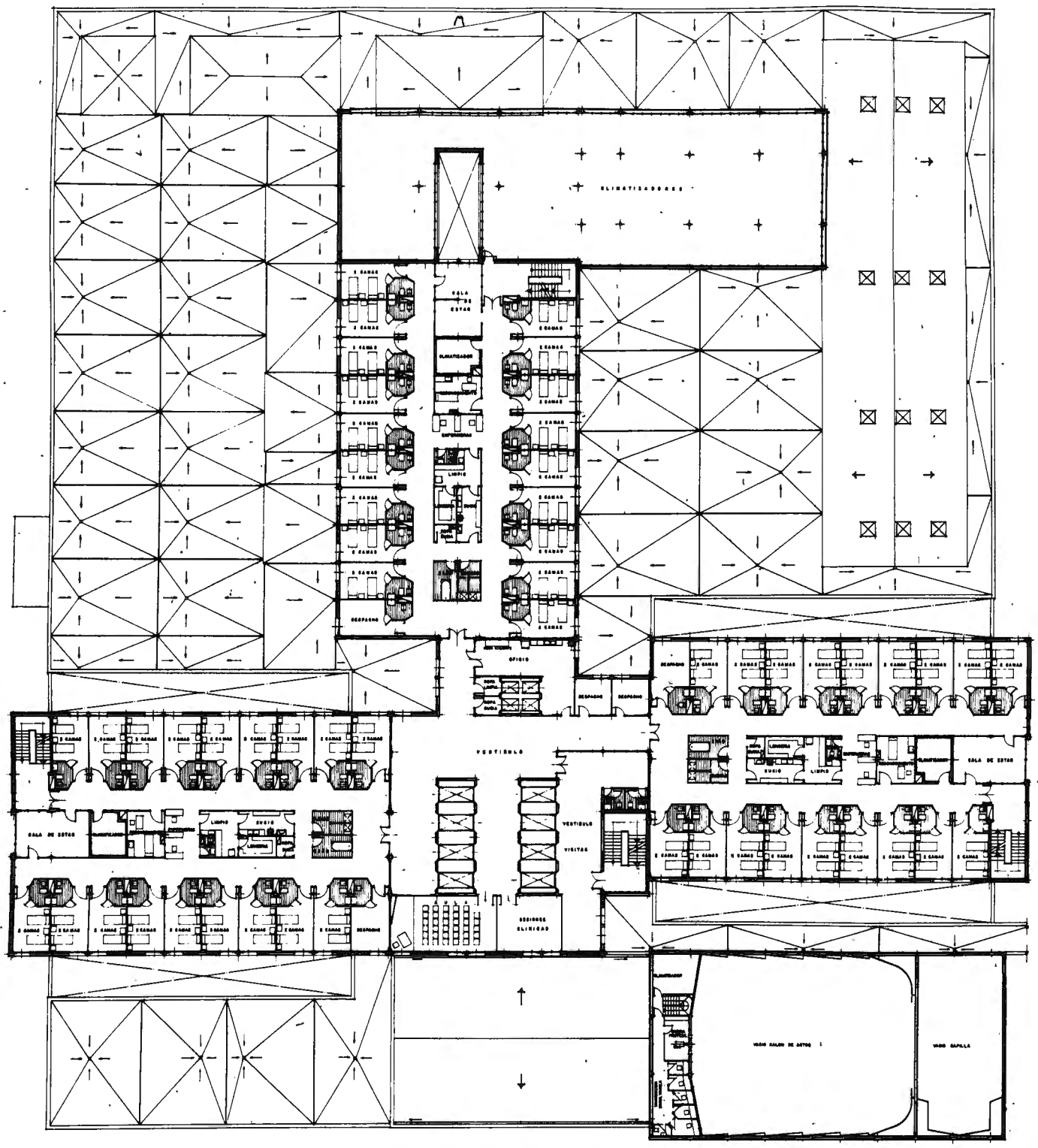
PLANO Nº 3

SEMISOTANO

ESCALA 1:100


PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)
PLANTA BAJA
1:100


PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)
PLANTA PRIMERA
el. 5
1:100



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA

RESIDENCIA GENERAL

(ARQUITECTURA)

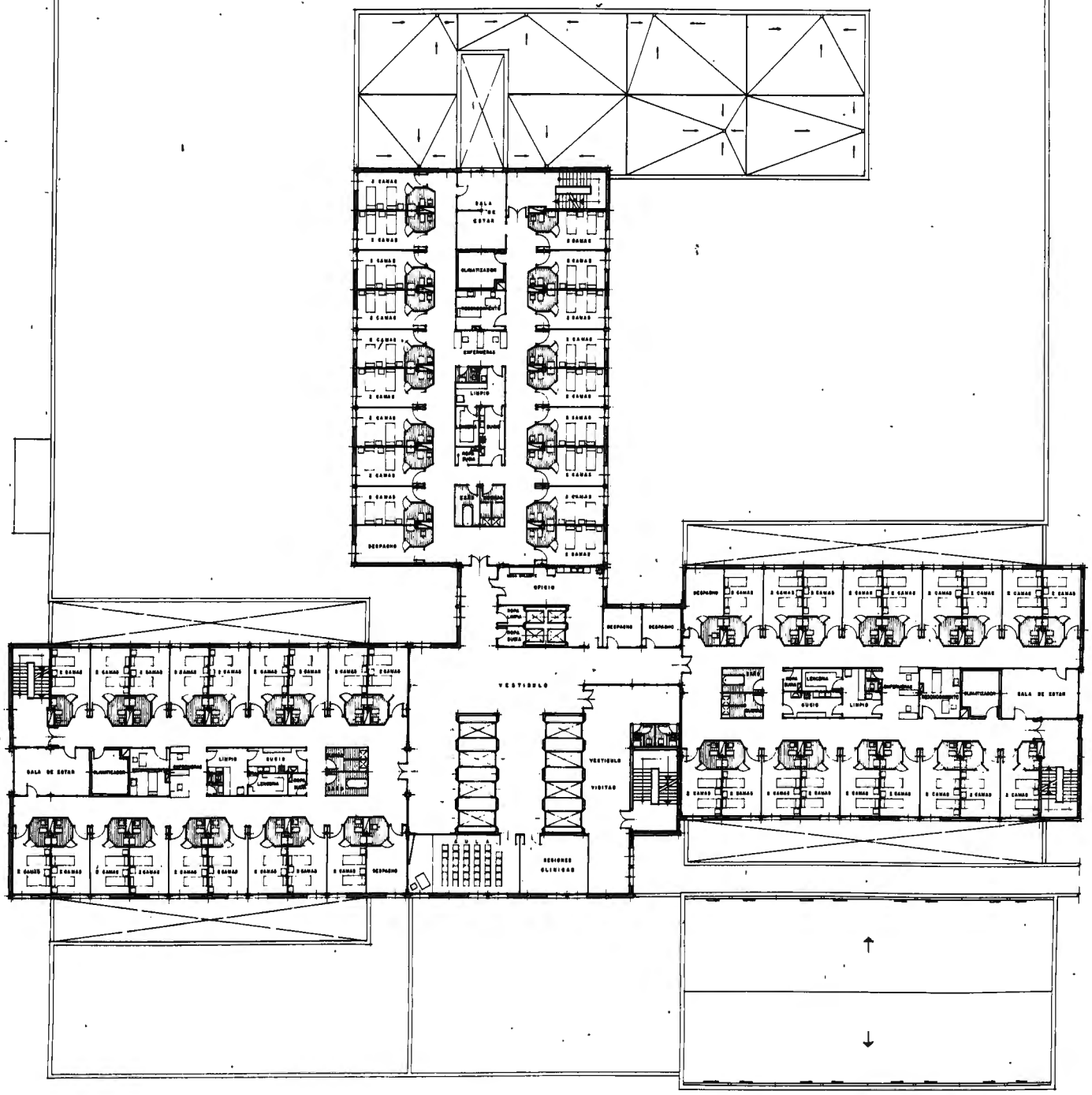
PLANO Nº: el. 6

PLANTA SEGUNDA

ESCALA: 1:100

SEÑORAS DE EL L.A.P.

MADRID, MARZO DE 1973
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

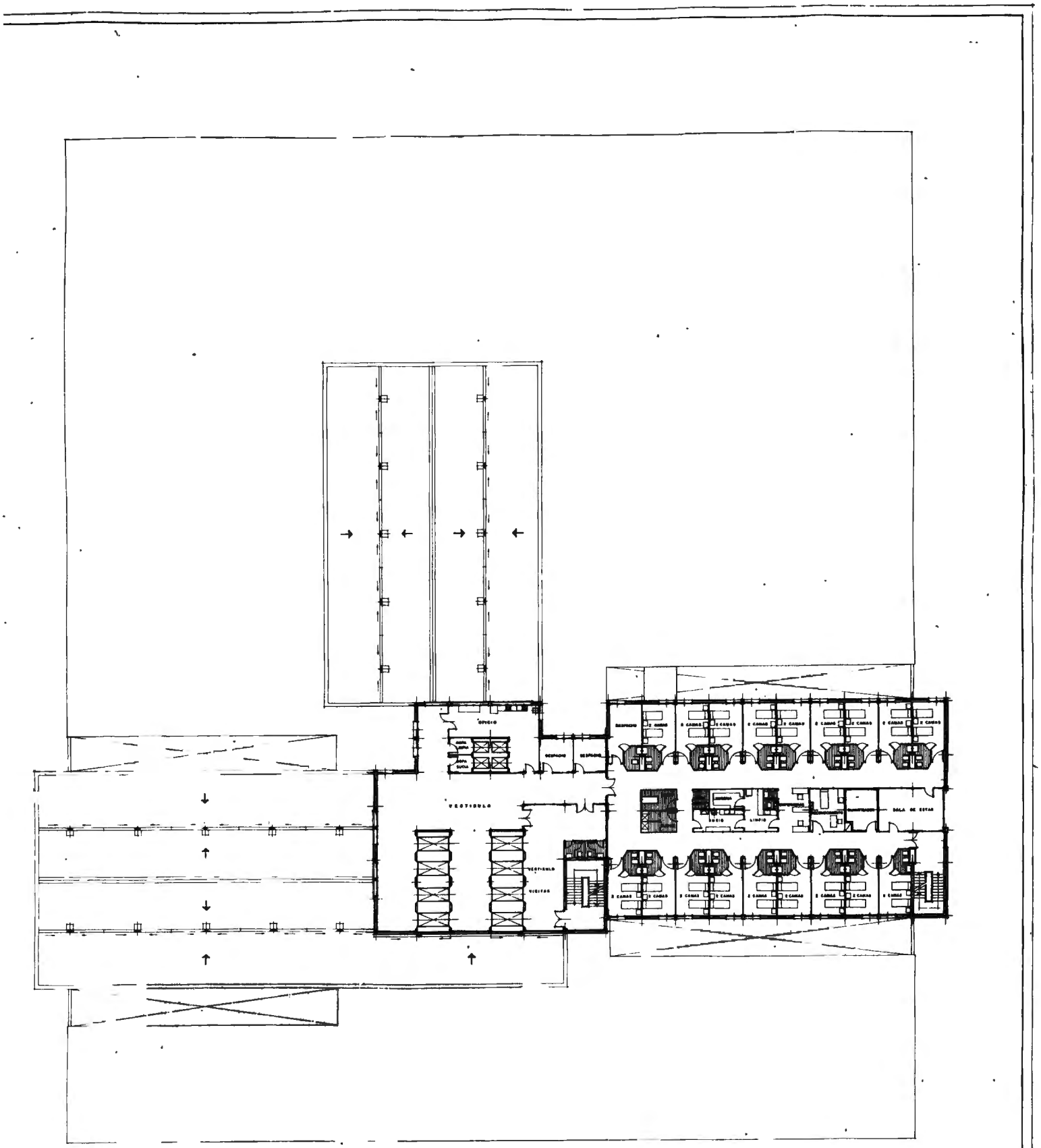
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA

RESIDENCIA GENERAL

(ARQUITECTURA)

PLANO Nº: 7 — PLANTAS: TERCERA, CUARTA Y QUINTA

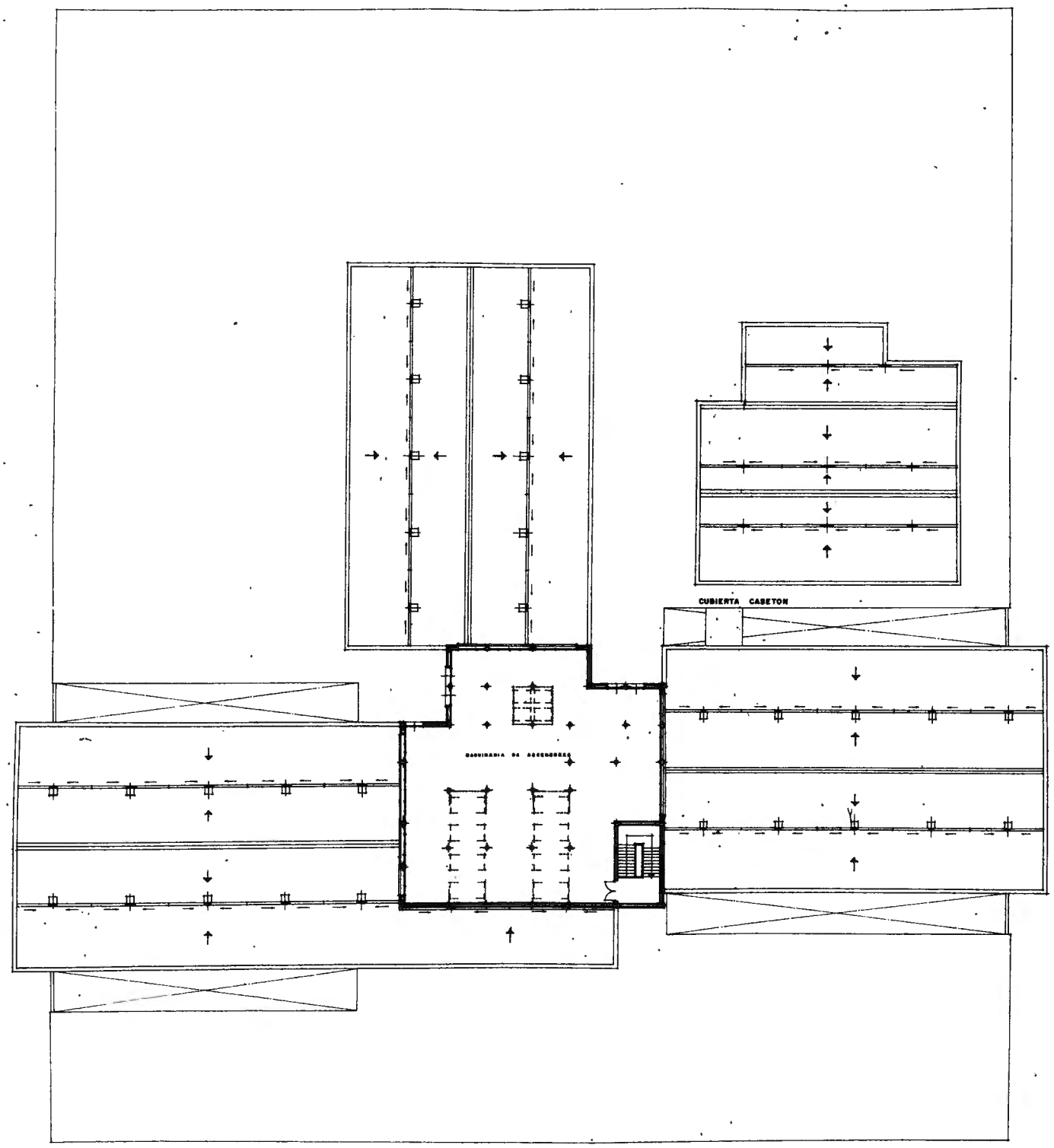
ESCALA: 1:100 — DIRECCION PROV. D. I. E. P. — MADRID, MARZO DE 1956 — LOS ARQUITECTOS



PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)

Plano nº 8	PLANTA SEXTA
Escala 1:100	

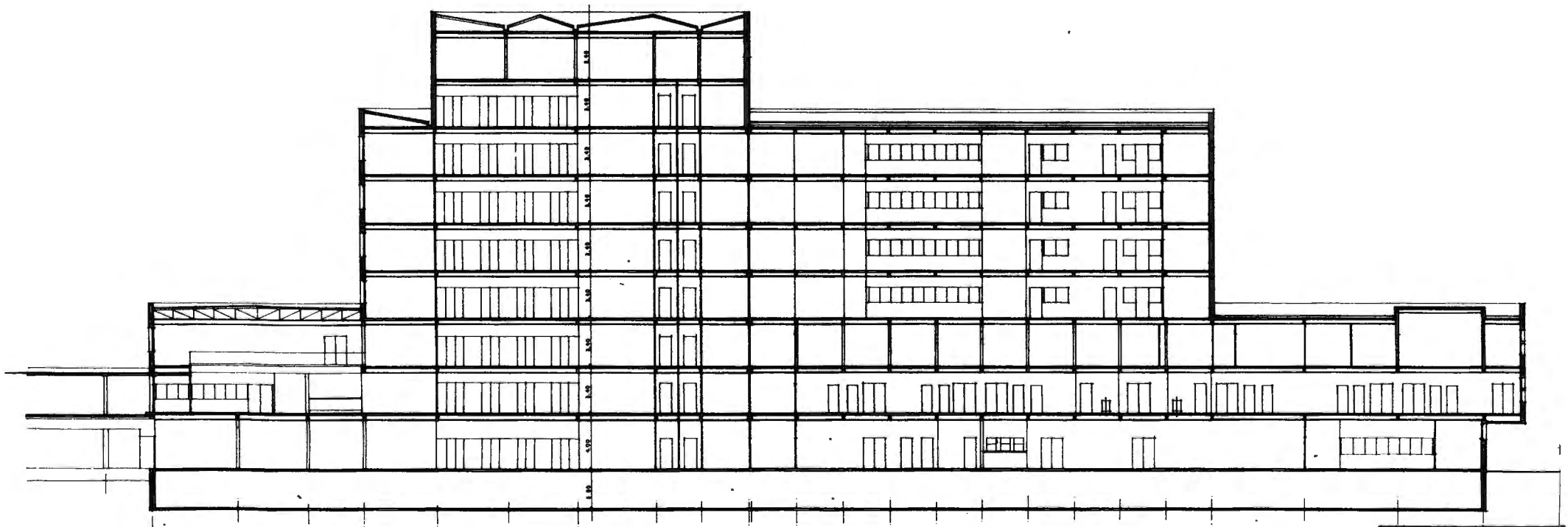
BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.



PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA ..
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

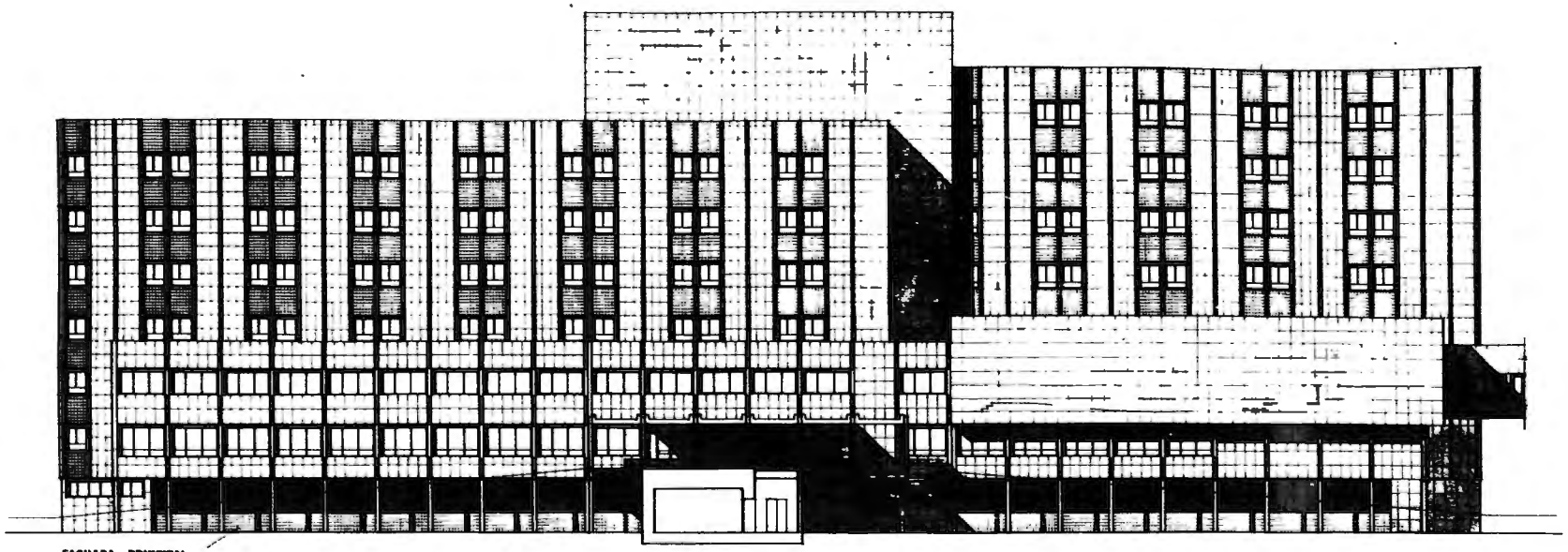
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)

PLANO Nº	
ej. 9	PLANTA DE CASETON Y CUBIERTAS
ESCALA	
1:100	

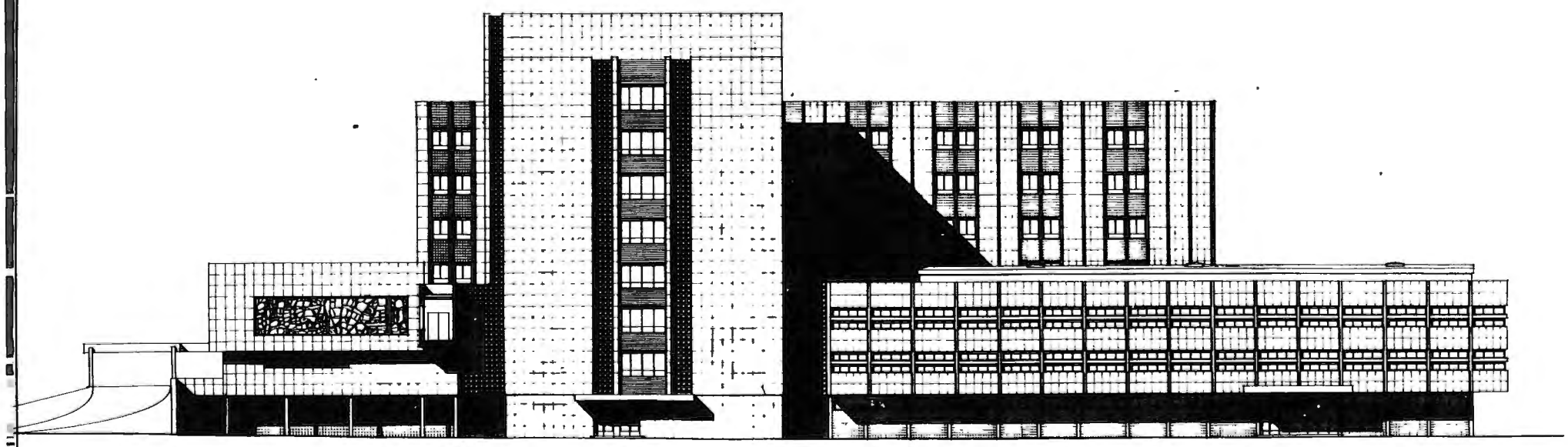


PROYECTO DE RESIDENCIA SANI
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)

a1.10	SECCION LONGITUD
1:100	



FACHADA PRINCIPAL.



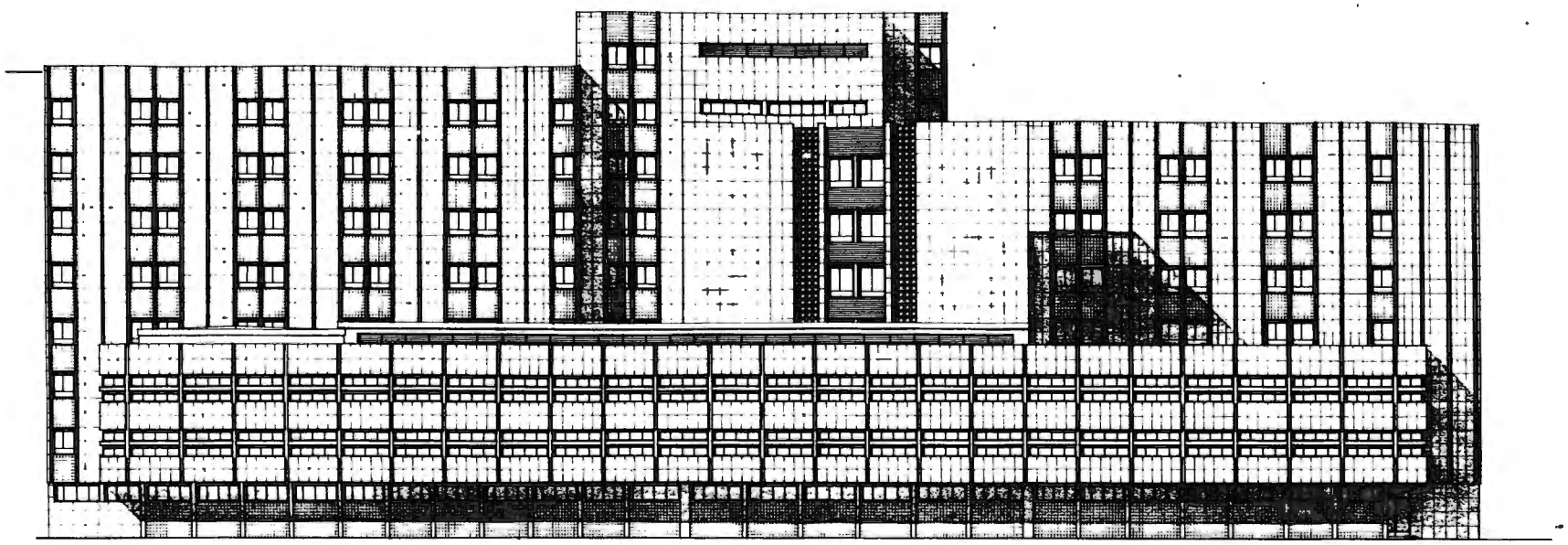
FACHADA LATERAL DERECHA

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)

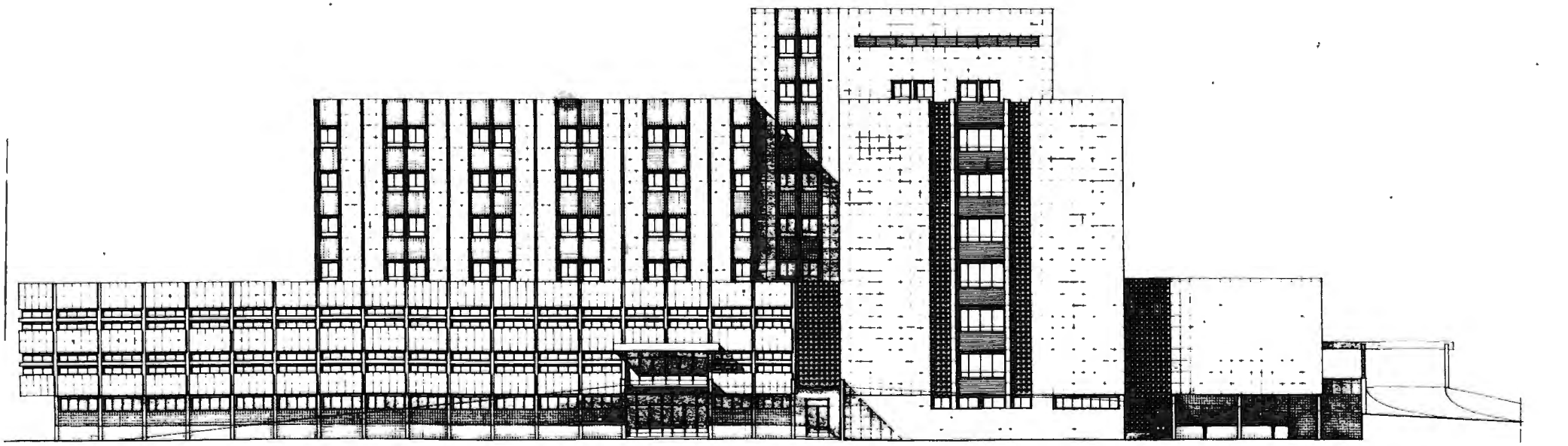
a1.11

FACHADAS:
PRINCIPAL Y LATERAL DERECHA

ESCALA
1:100



FACHADA POSTERIOR



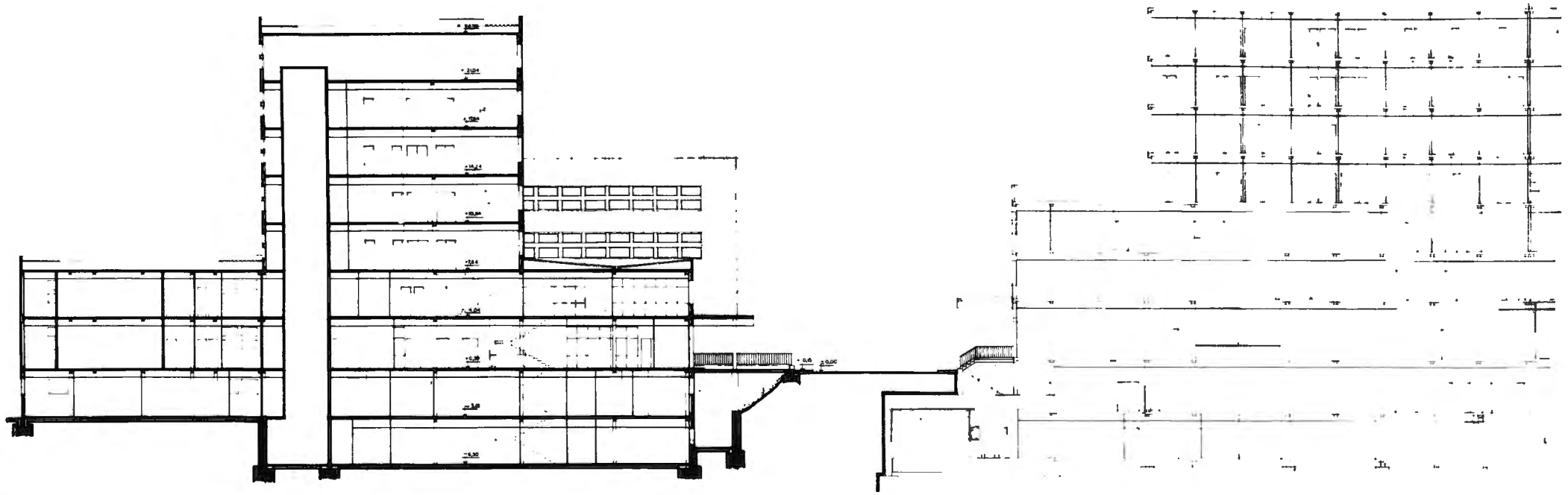
FACHADA LATERAL IZQUIERDA

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CORDOBA
RESIDENCIA GENERAL
(ARQUITECTURA)

PLANO Nº 12

FACHADAS:
POSTERIOR Y LATERAL IZQUIERDA

ESCALA 1:100



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL

PROYECTO DE MATERNIDAD
Y HOSPITAL INFANTIL PARA I
SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

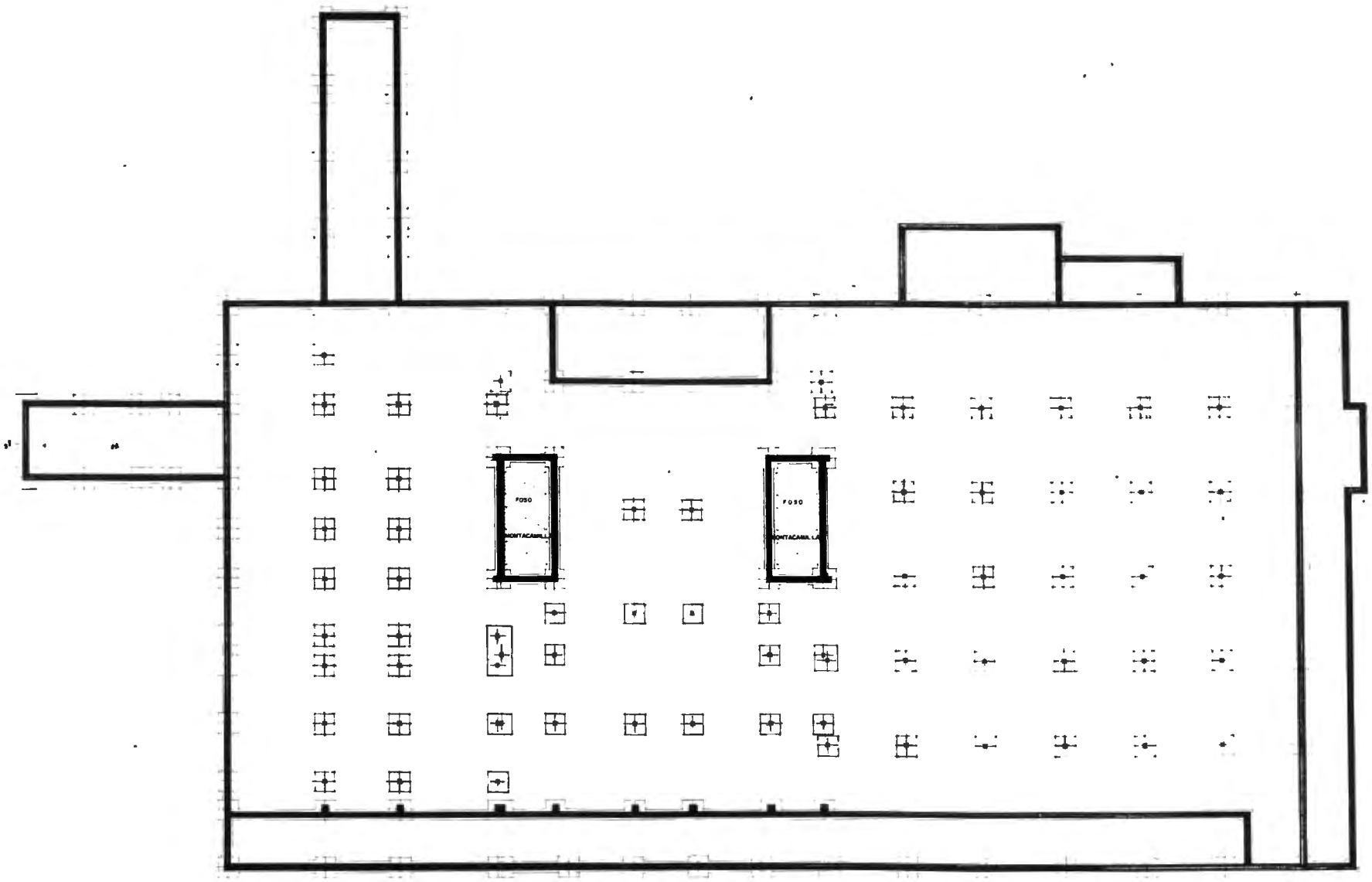
PLANO Nº: a).13

SECCION TRANSVERSAL

ESCALA: 1:100

CONFORME

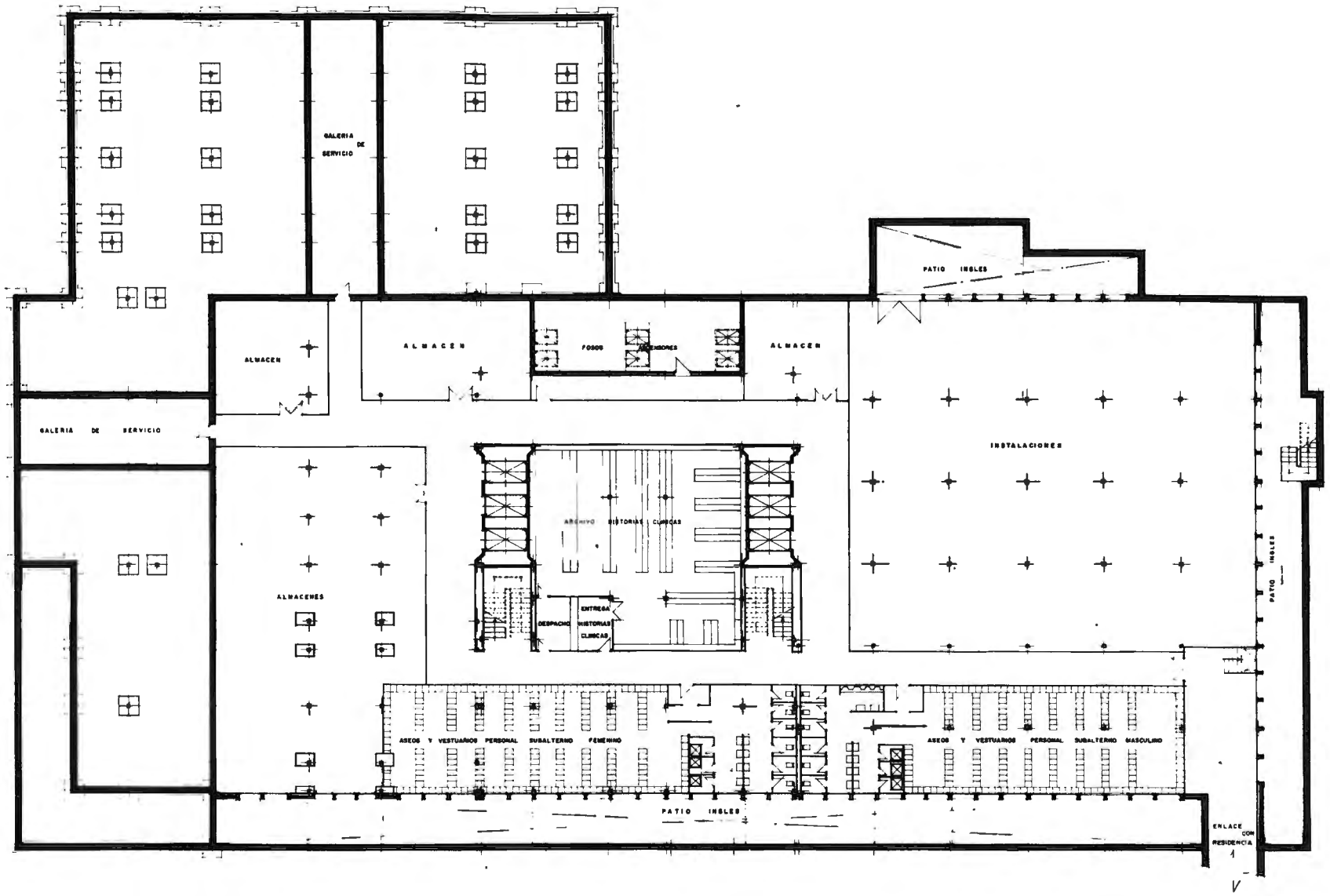
MADRID AGO
LOS ARQ



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD
Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA
SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

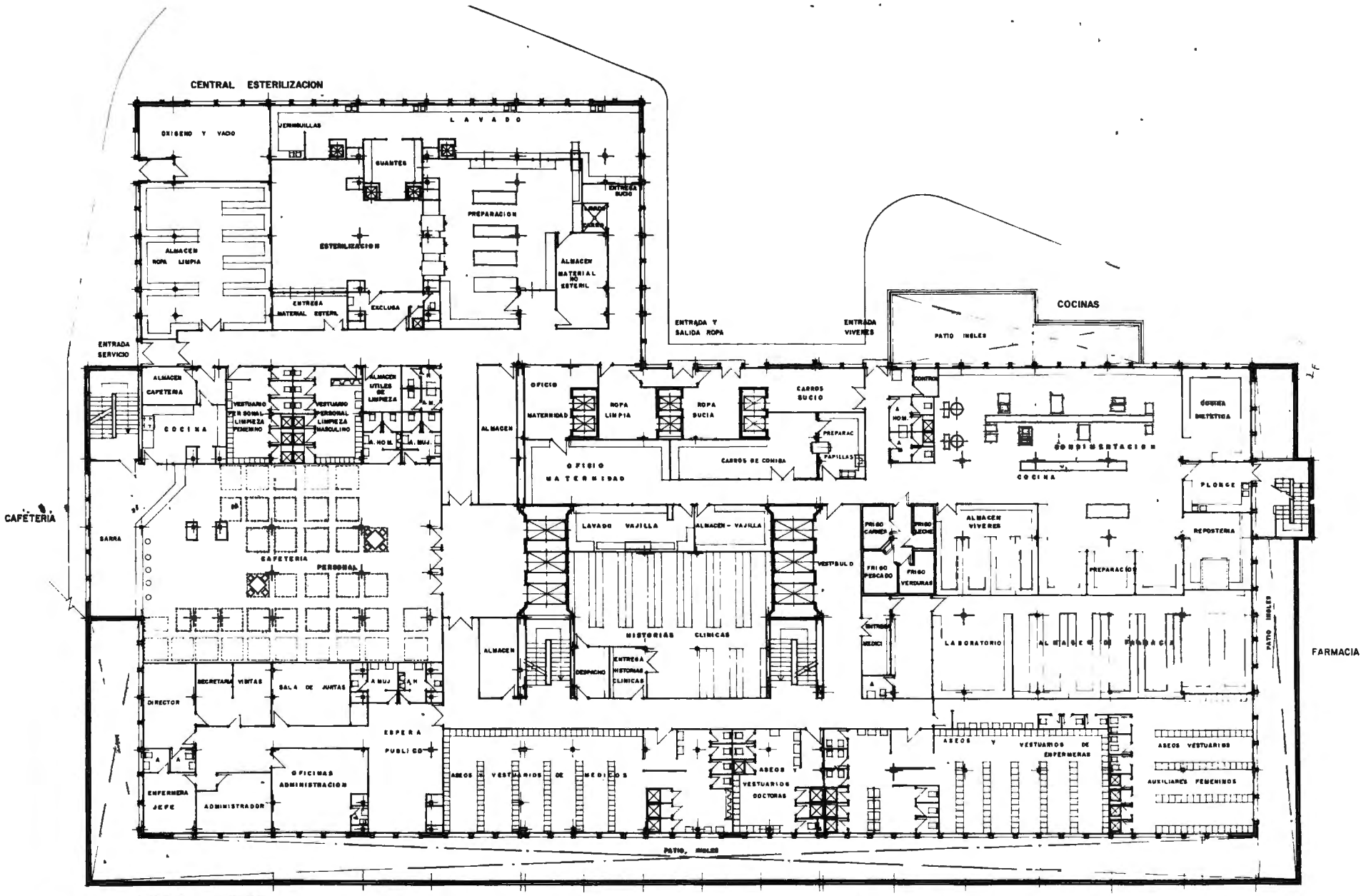
PLANO Nº	PLANTA DE CIMIENTOS Y SANEAMIENTO
a).1	
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, AGOSTO, 1971 LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD
Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA
SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

PLANO Nº	
a)2	PLANTA SOTANO
ESCALA	CONFORME — MADRID, AGOSTO, 1971 LOS ARQUITECTOS
1:100	



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISI

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

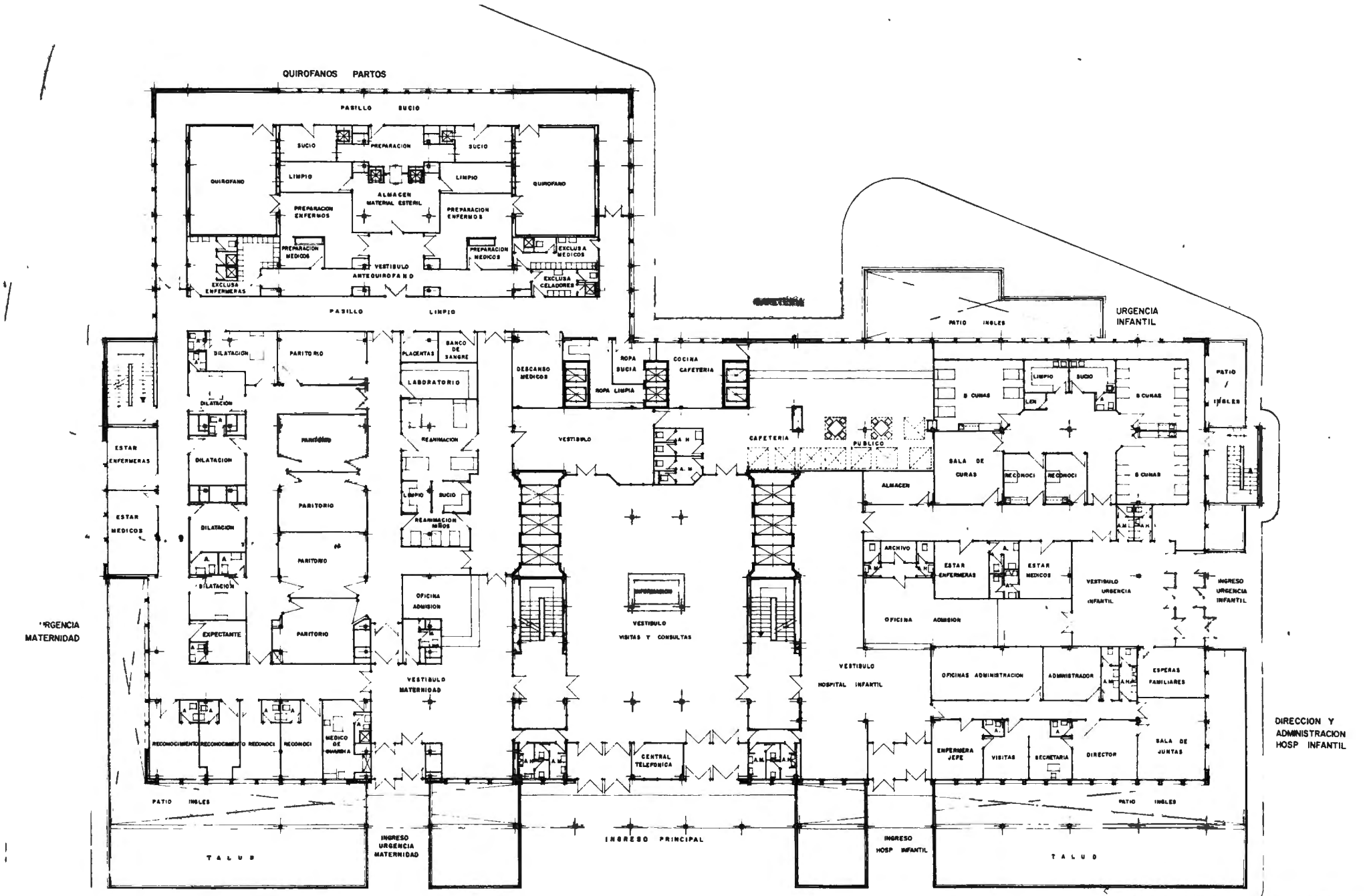
PLANO Nº 0).3

PLANTA SEMISOTANO

ESCALA 1-100

CONFORME

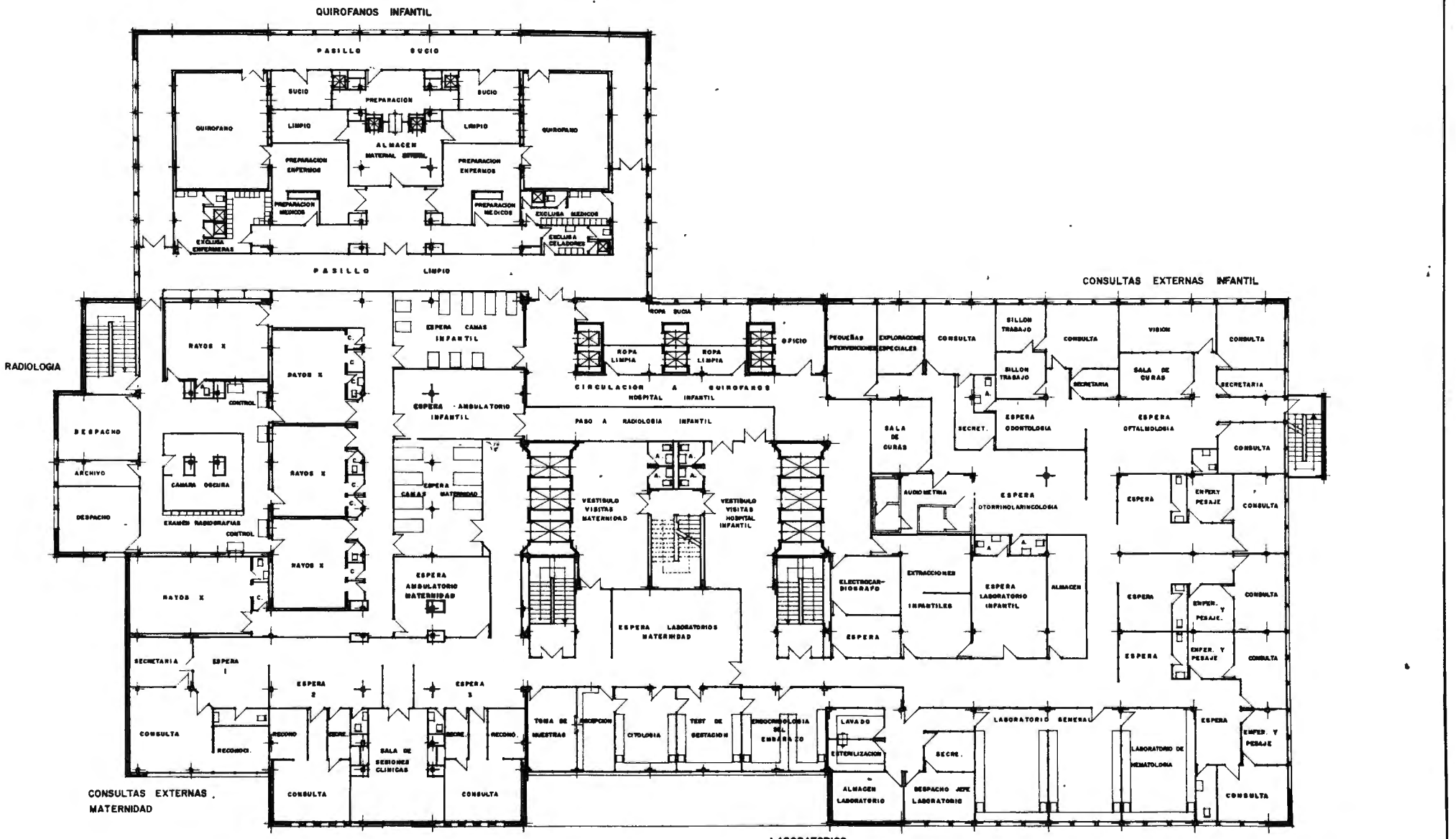
MADRID, AGOSTO, 1971
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

PLANO Nº	
a) 4	PLANTA BAJA
ESCALA	CONFORME — MADRID, AGOSTO, 1971 — LOS ARQUITECTOS
1:100	



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

PLANO Nº a).5

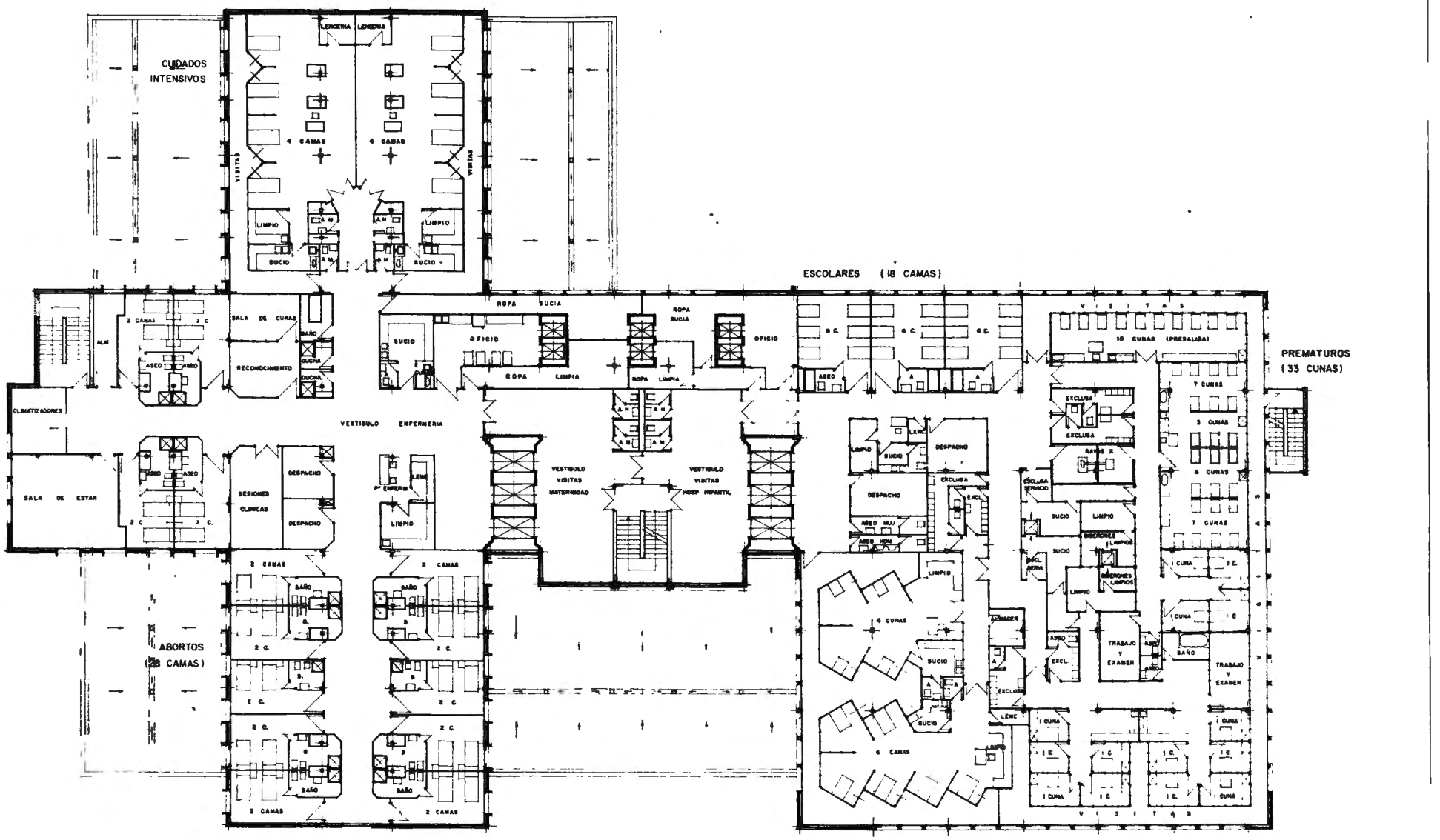
PLANTA PRIMERA

ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID, AGOSTO, 1971
LOS ARQUITECTOS

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

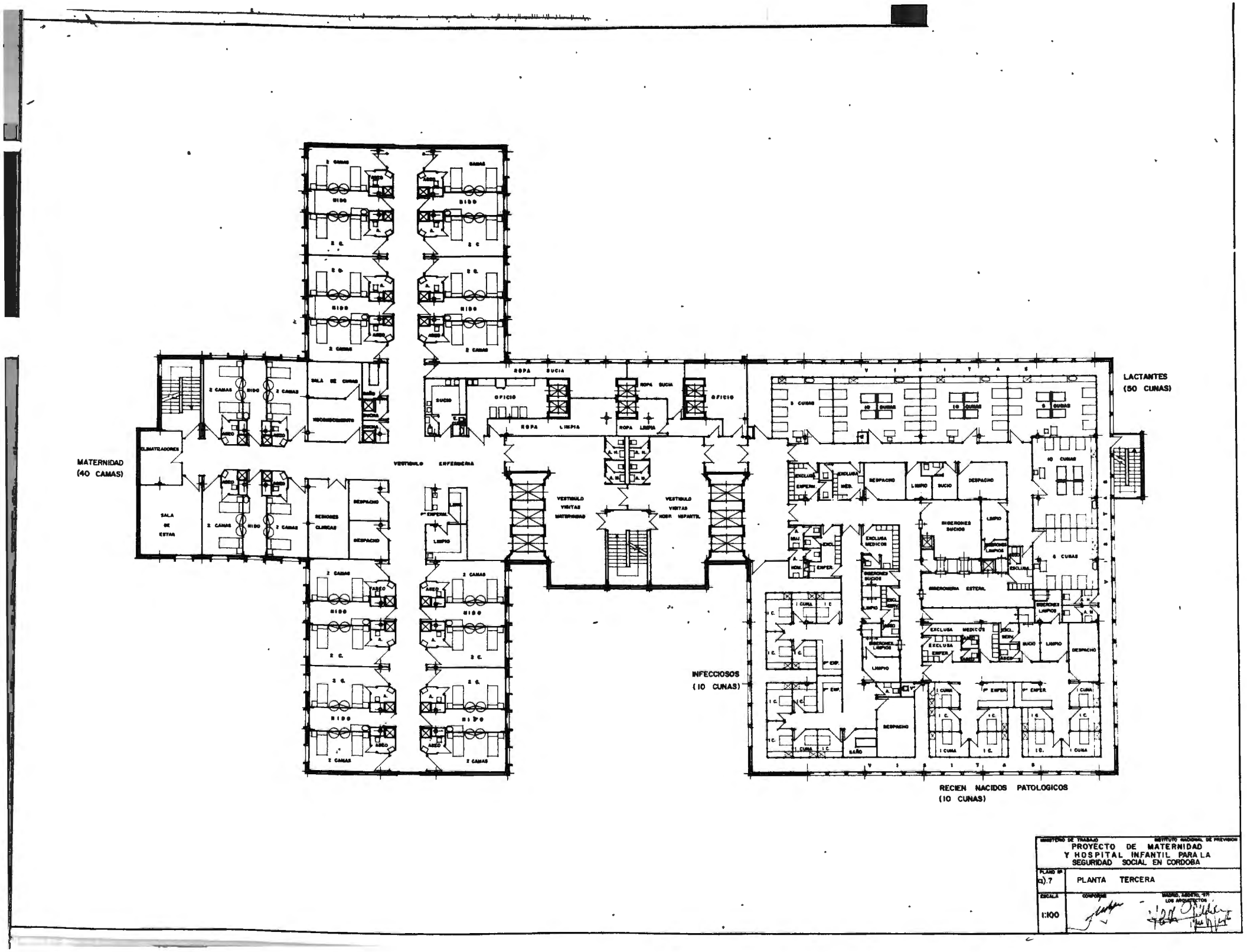
PLANO Nº a).6

PLANTA SEGUNDA

ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID, AGOSTO, 1971
LOS ARQUITECTOS



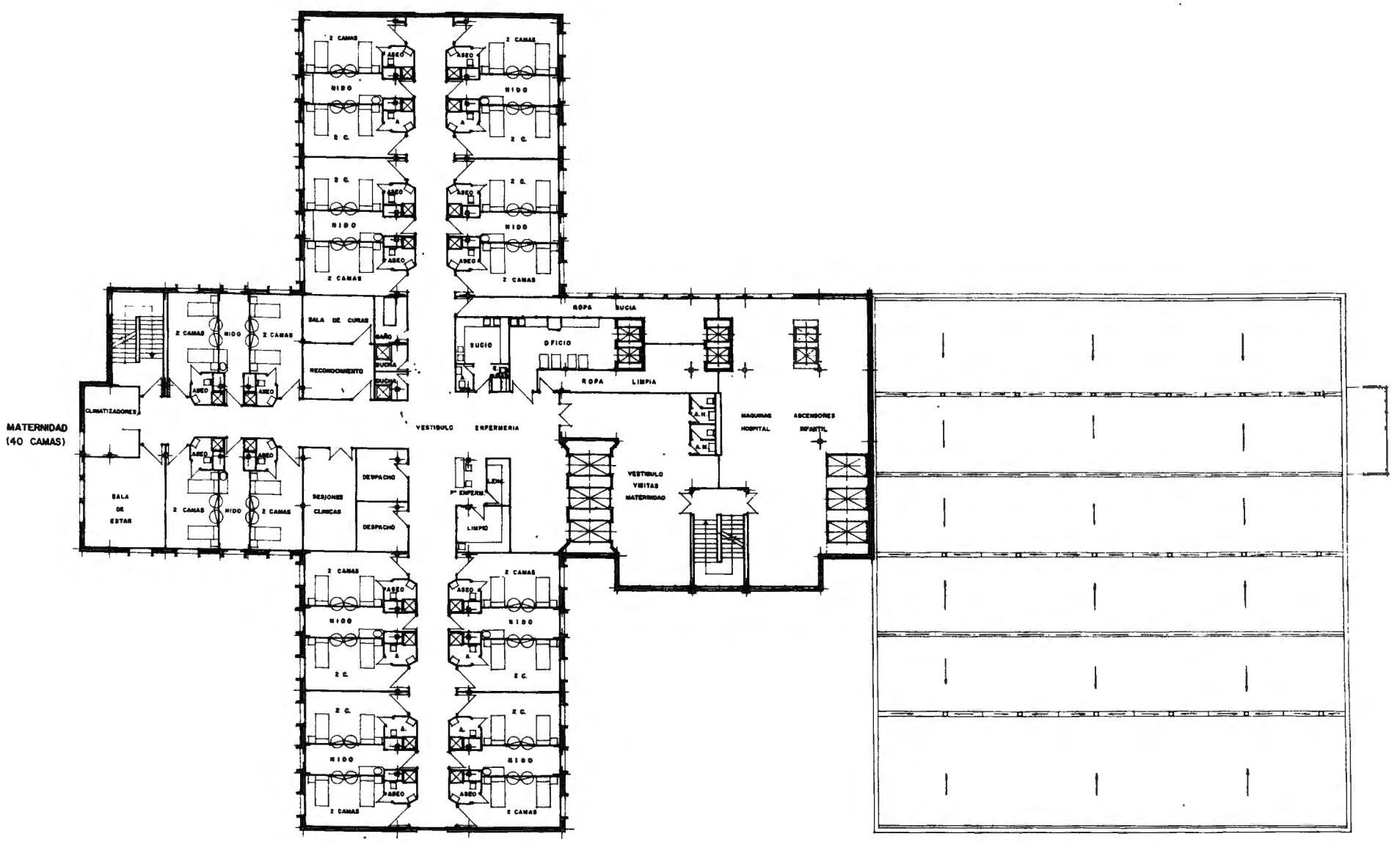
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

PLANO Nº 7 — PLANTA TERCERA

ESCALA 1:100

CONFORME — MADRID, ABRIL '61 — LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

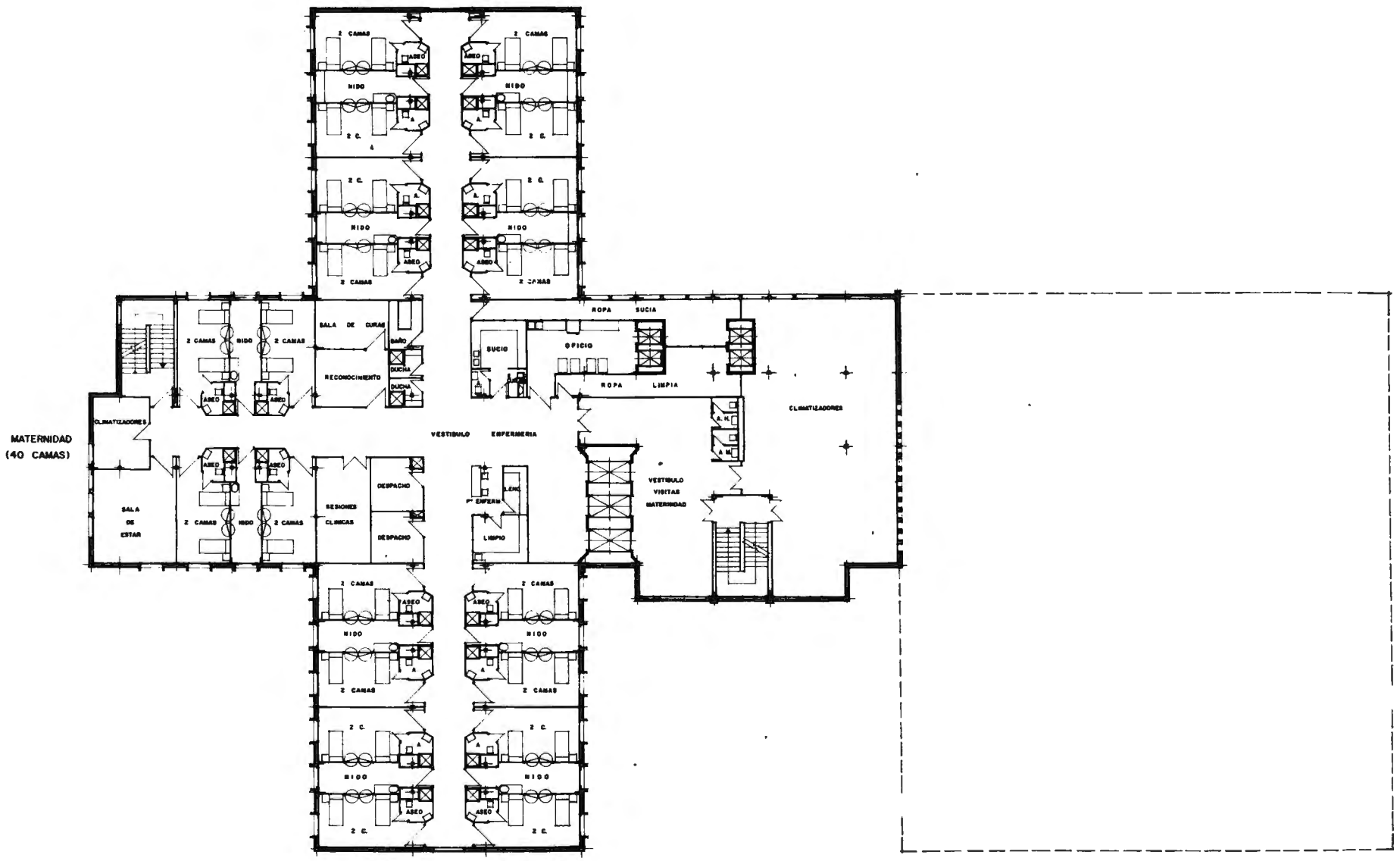
PLANO Nº 8

PLANTA CUARTA

ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID, AGOSTO, 1971
LOS ARQUITECTOS:



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

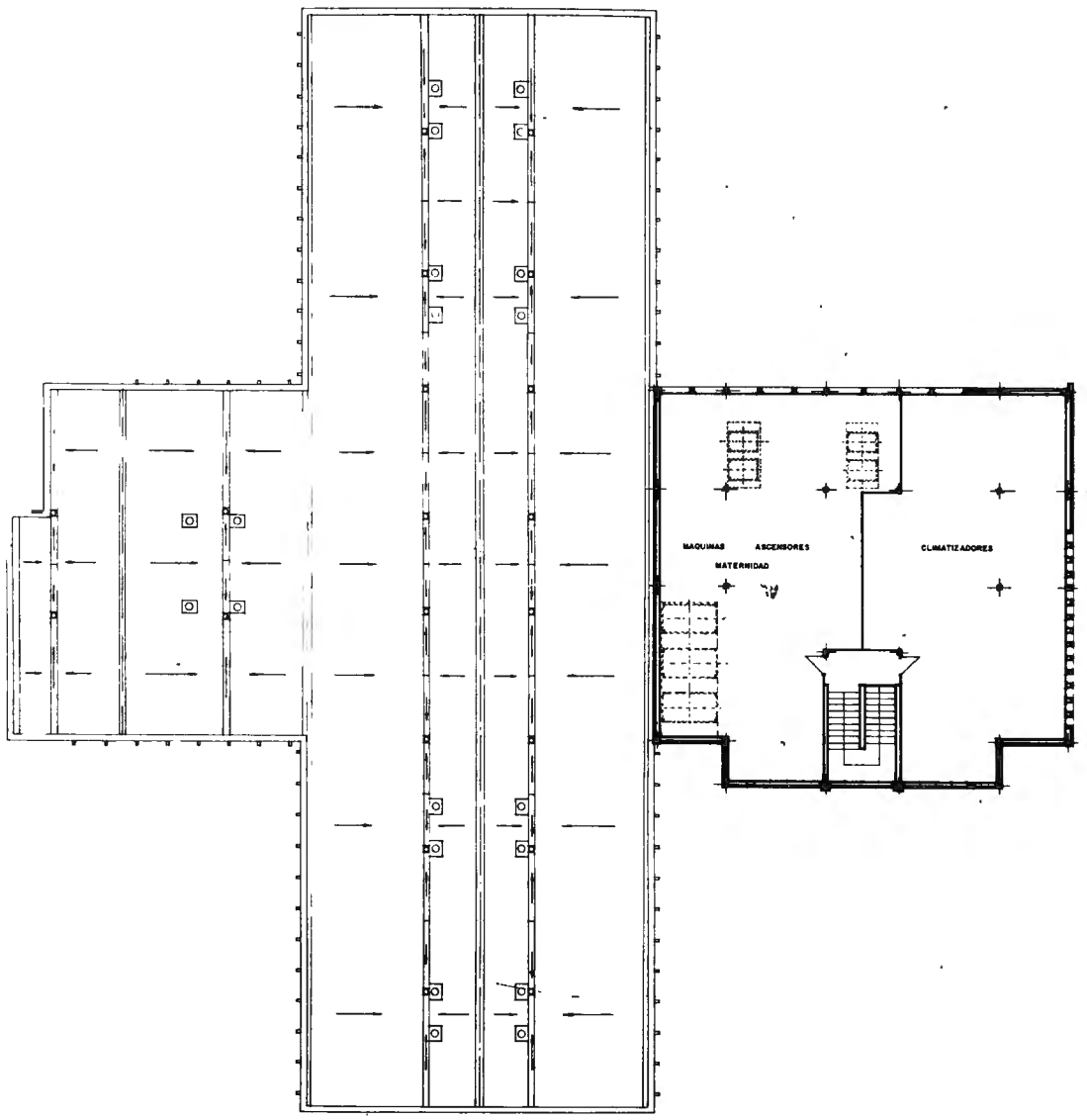
PLANO Nº a) 9

PLANTA QUINTA

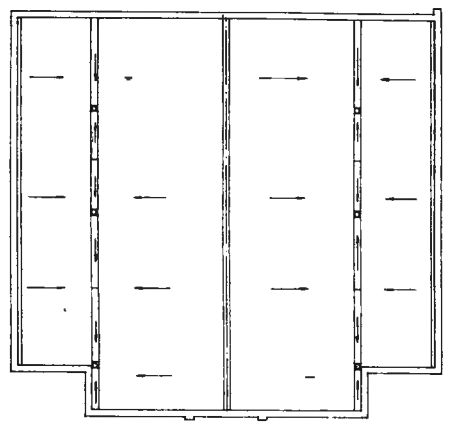
ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID, AGOSTO, 1971
LOS ARQUITECTOS



PLANTA DE CUBIERTAS Y TORREON

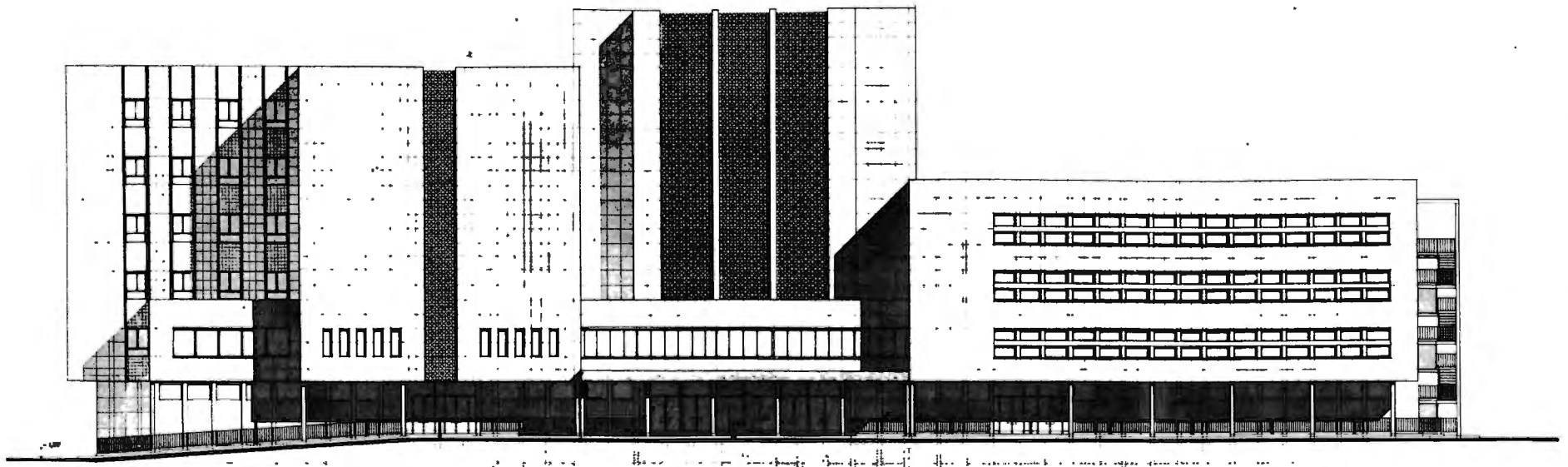


CUBIERTA TORREON

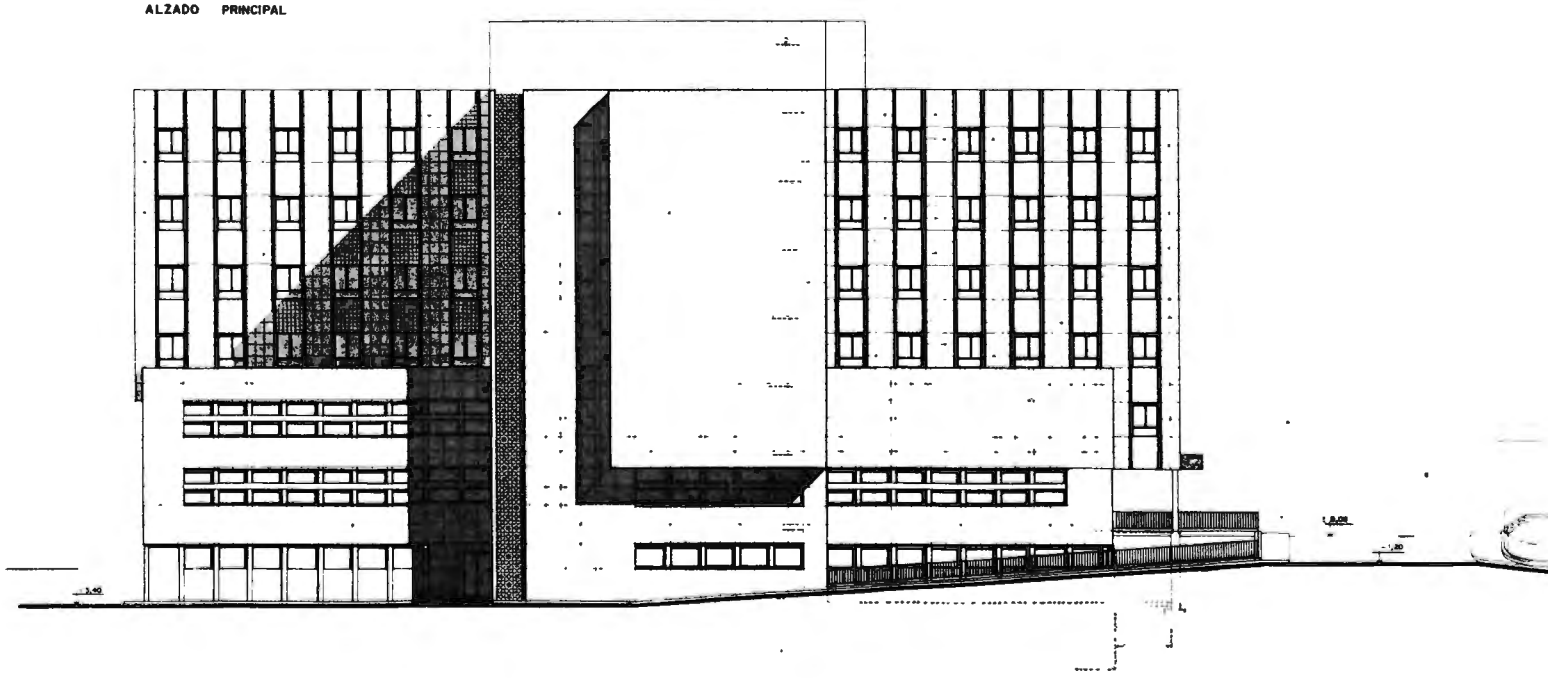
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD
Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA
SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

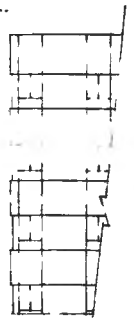
PLANO Nº a)-10	PLANTA DE CUBIERTAS, TORREON Y CUBIERTAS TORREON
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, AGOSTO, 1971 LOS ARQUITECTOS



ALZADO PRINCIPAL



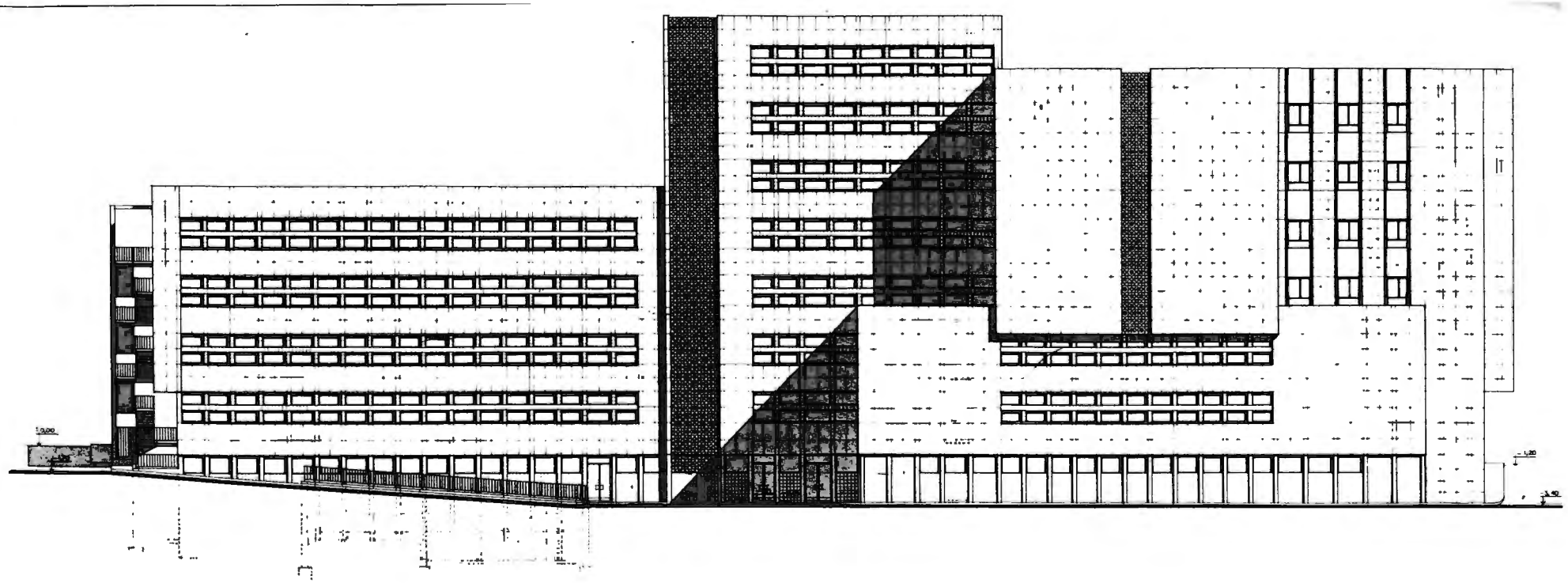
ALZADO LATERAL IZQUIERDO



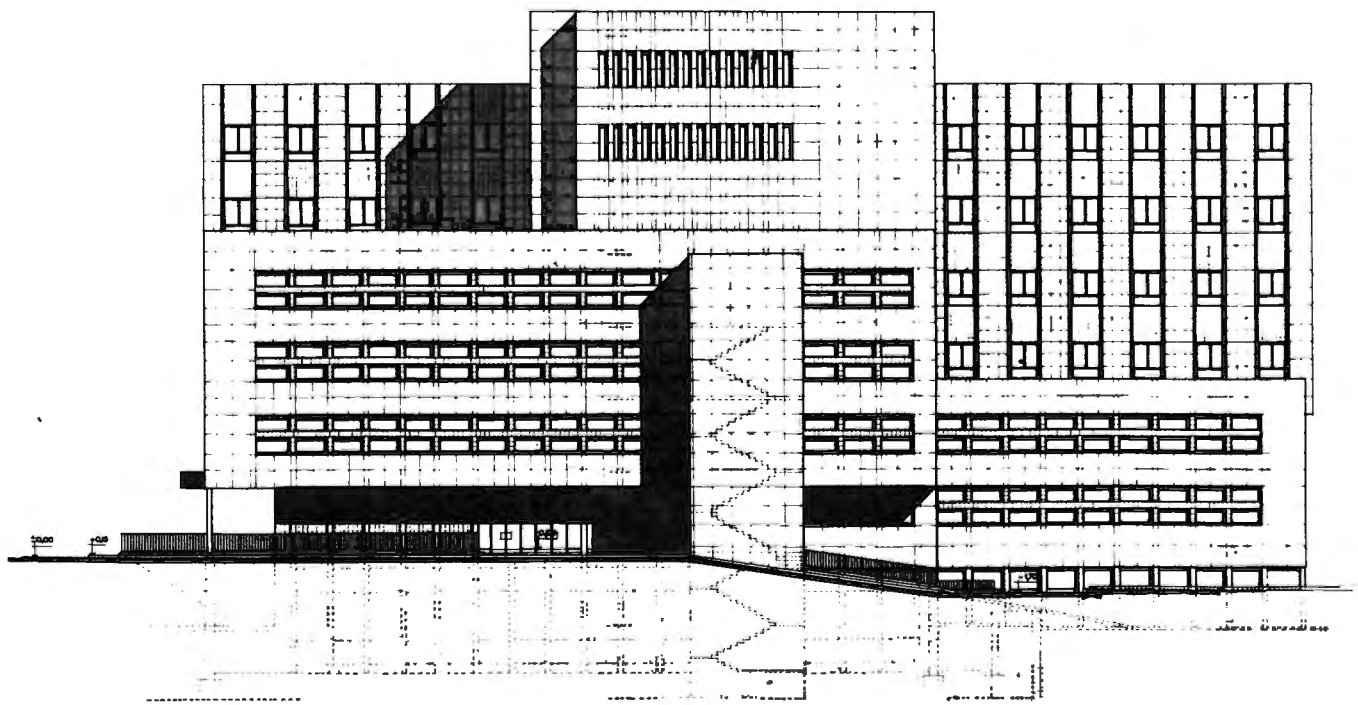
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE MATERNIDAD Y HOSPITAL INFANTIL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA

PLANO Nº	
a) 11	ALZADOS PRINCIPAL Y LAT. IZQDA
ESCALA	CONFORME — MADRID, AGOSTO, 1971 — LOS ARQUITECTOS
1:100	



ALZADO POSTERIOR



ALZADO LATERAL DERECHO

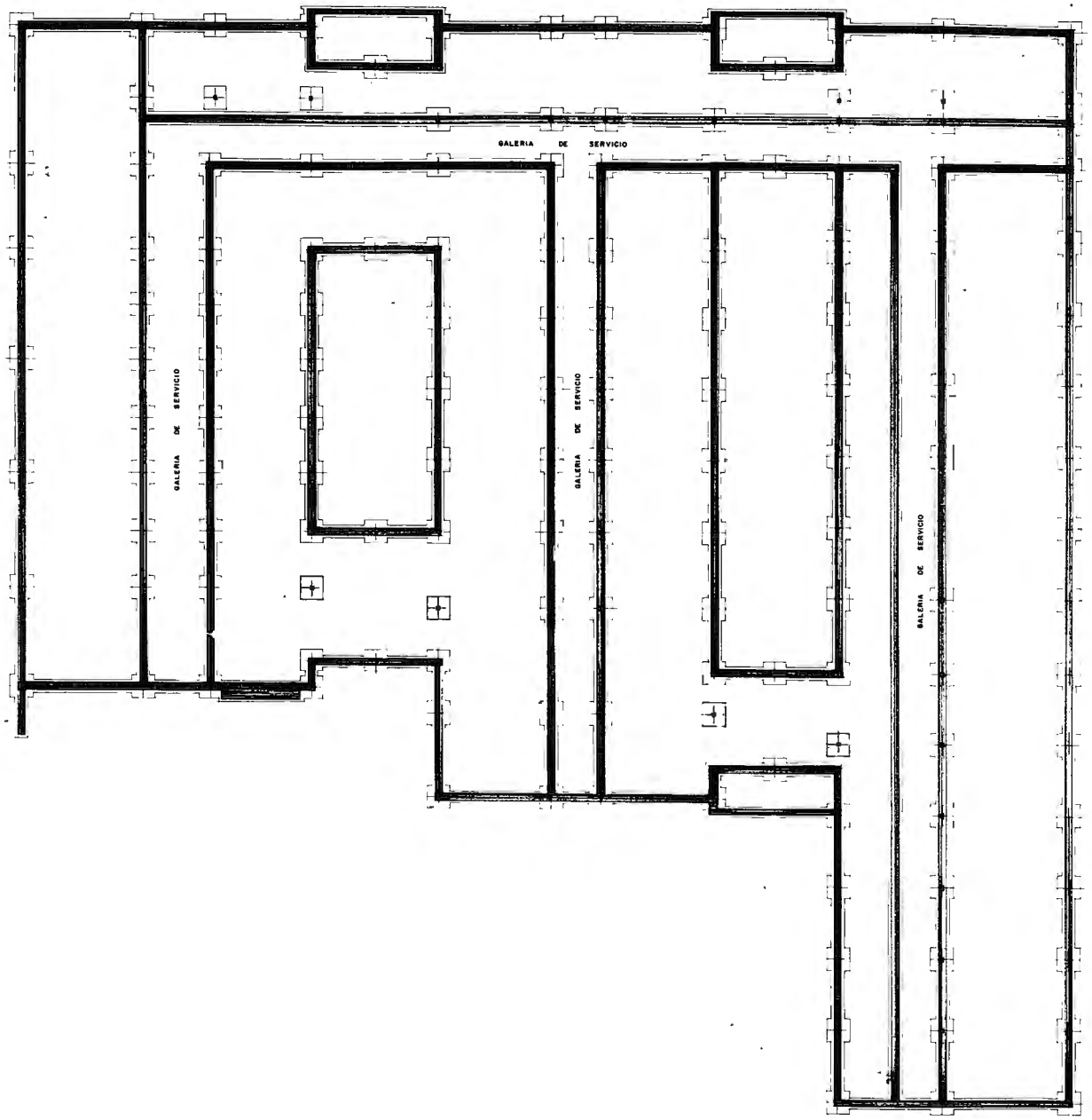
MINISTERIO DE TRABAJO
PROYECTO DE M
Y HOSPITAL INFA
SEGURIDAD SOCIAL

PLANO Nº
a). 12

ALZADO POSTERIOR

ESCALA
1:100

CONFORME



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA
ANATOMIA PATOLOGICA Y MORTUORIO

PLANO Nº

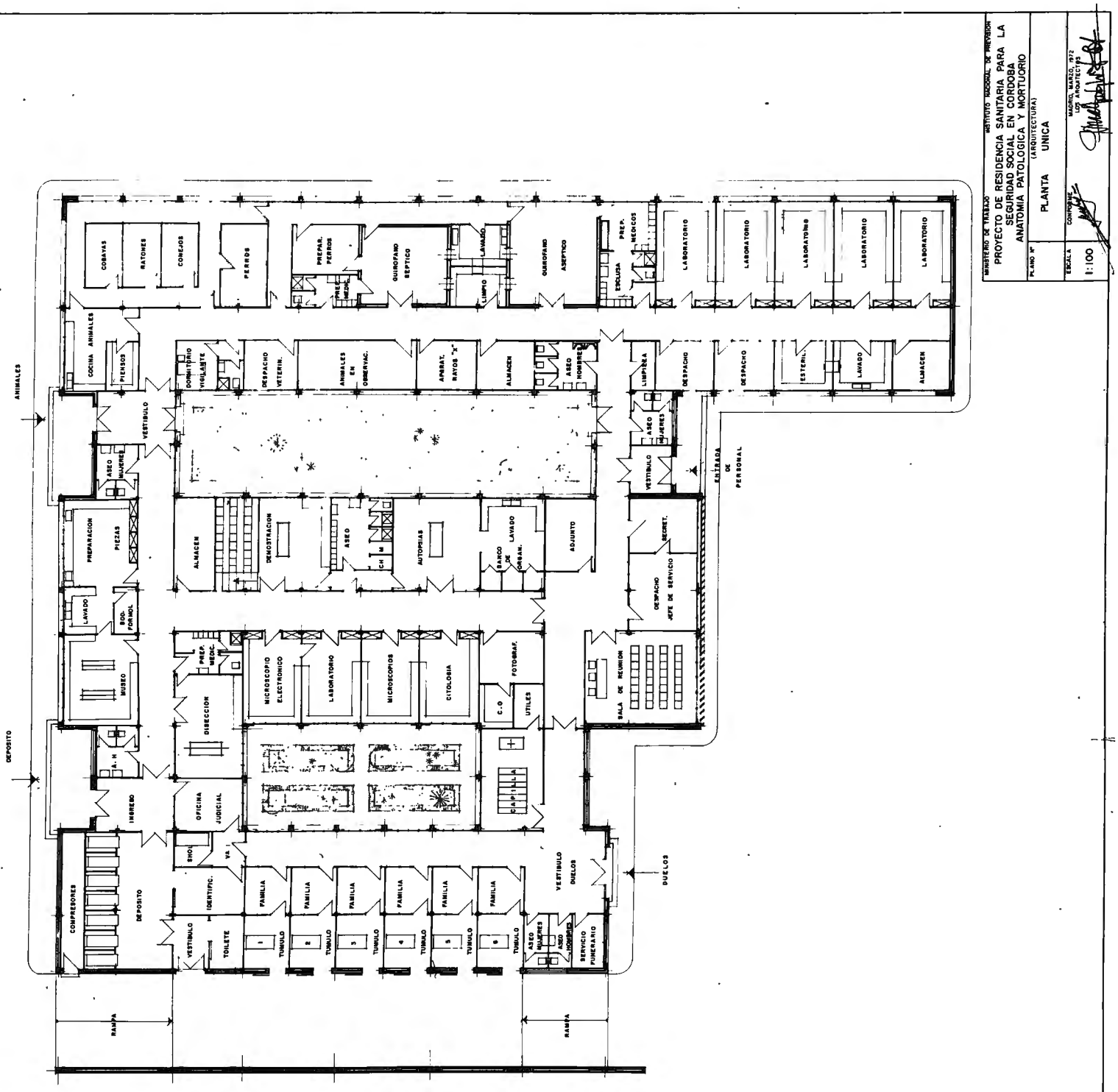
(ARQUITECTURA)

PLANTA DE CIMIENTOS

ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID, MARZO 1972
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA
ANATOMIA PATOLOGICA Y MORTUORIO
(ARQUITECTURA)

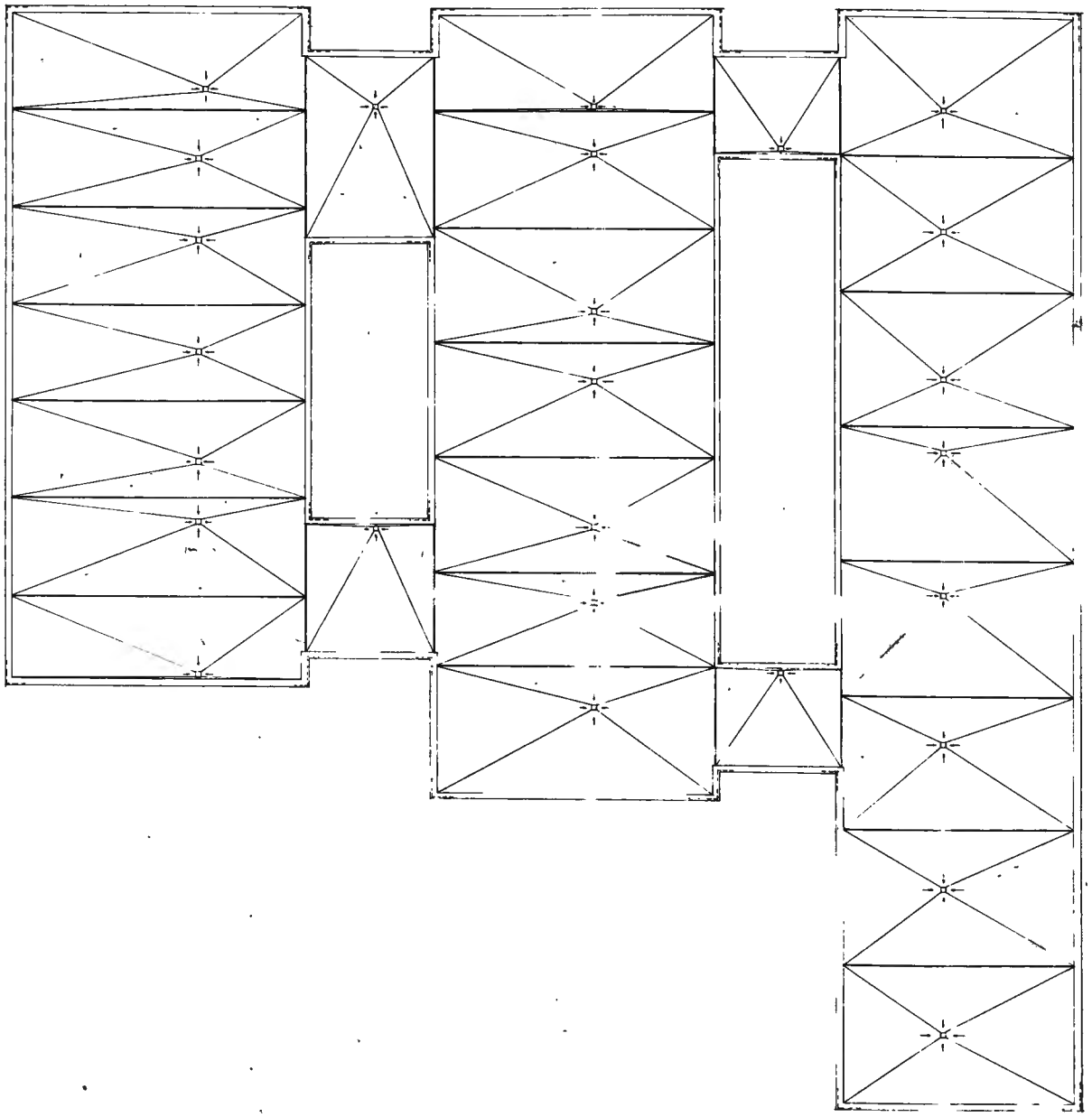
PLANO Nº: PLANTA UNICA

ESCALA: 1:100

CONFORME

MARIO, M72
LOS ARQUITECTOS

BIBLIOTECA DEL C.E.L.S.S.



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA
ANATOMIA PATOLOGICA Y MORTUORIO

PLANO Nº

(ARQUITECTURA)

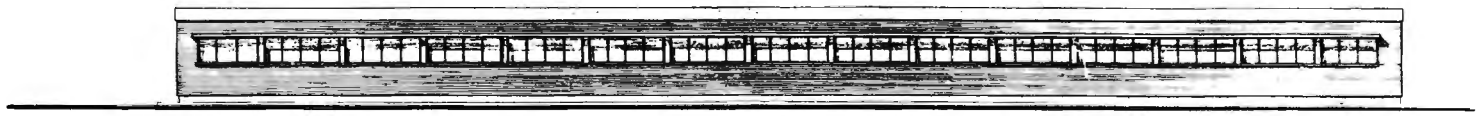
PLANTA DE CUBIERTA

ESCALA 1:100

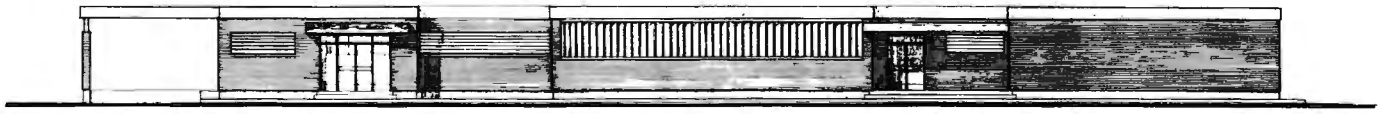
COMPROBO

MADRID, MARZO 1972
LOS ARQUITECTOS

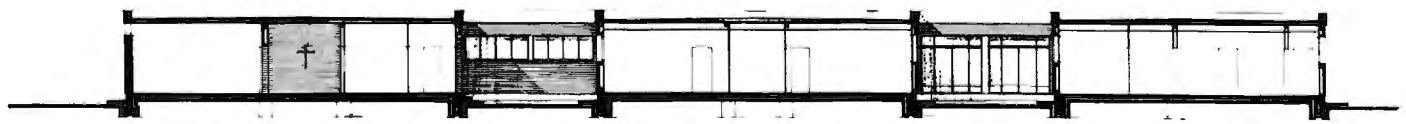
ALZADO ESTE



ALZADO SUR



ALZADO OESTE



SECCION

ALZADO NORTE

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA
ANATOMIA PATOLOGICA Y MORTUORIO

PLANO Nº (ARQUITECTURA)

ALZADOS Y SECCION

ESCALA 1:100

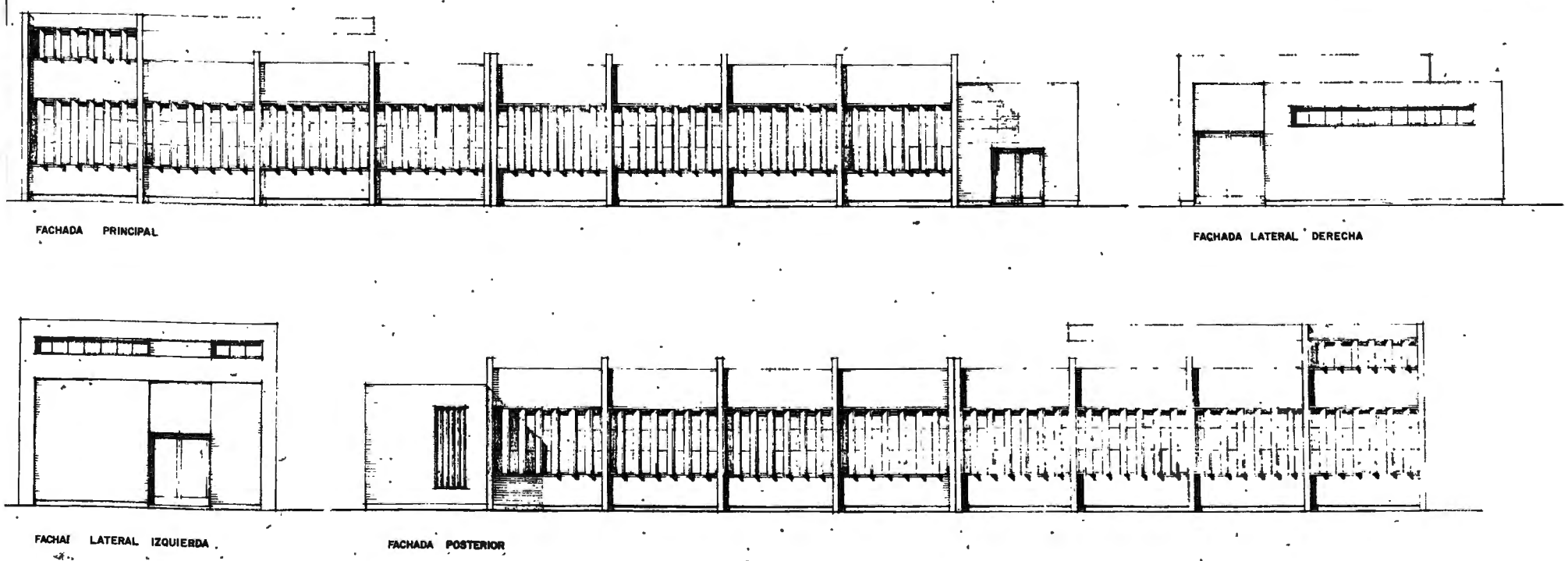
CONFORME

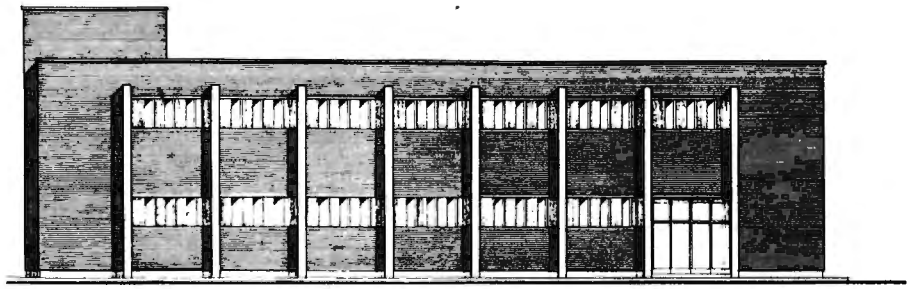
MADRID, MARZO, 1972
LOS ARQUITECTOS

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

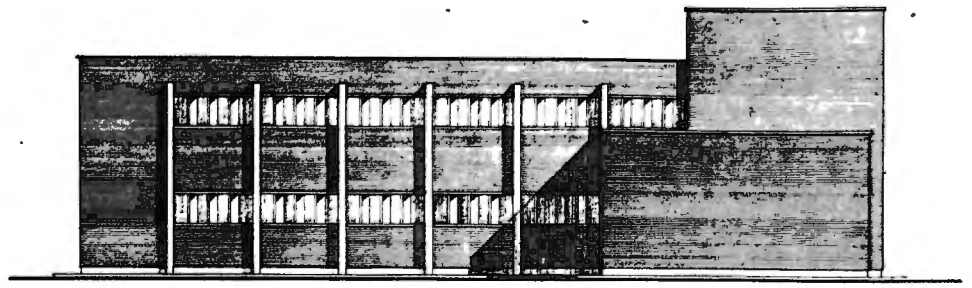
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN CORDOBA
CENTRAL TERMICA

PLANO Nº	(ARQUITECTURA) ALZADOS
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, MARZO, 1972 LOS ARQUITECTOS

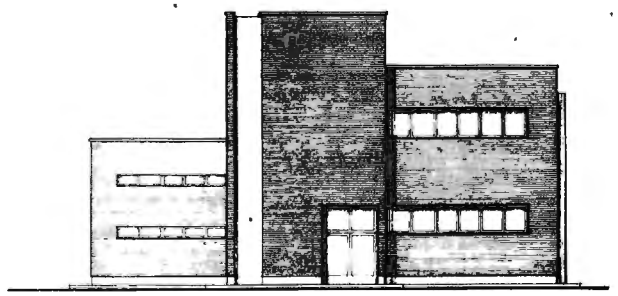




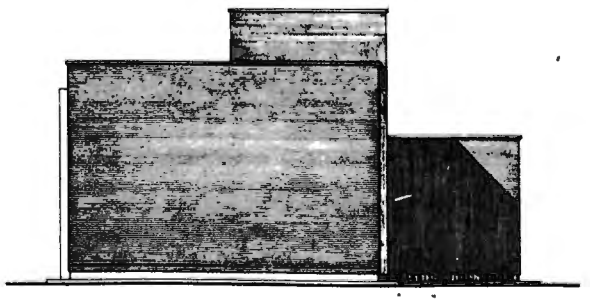
ALZADO PRINCIPAL



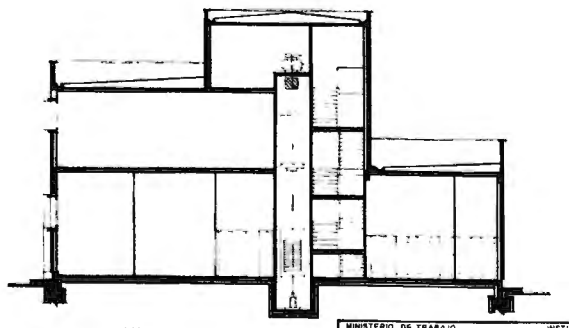
ALZADO POSTERIOR



ALZADO LATERAL DERECHO



ALZADO LATERAL IZQUIERDO



SECCION

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NAC

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
SEGURIDAD SOCIAL EN CORI
LAVANDERIA

PLANO Nº

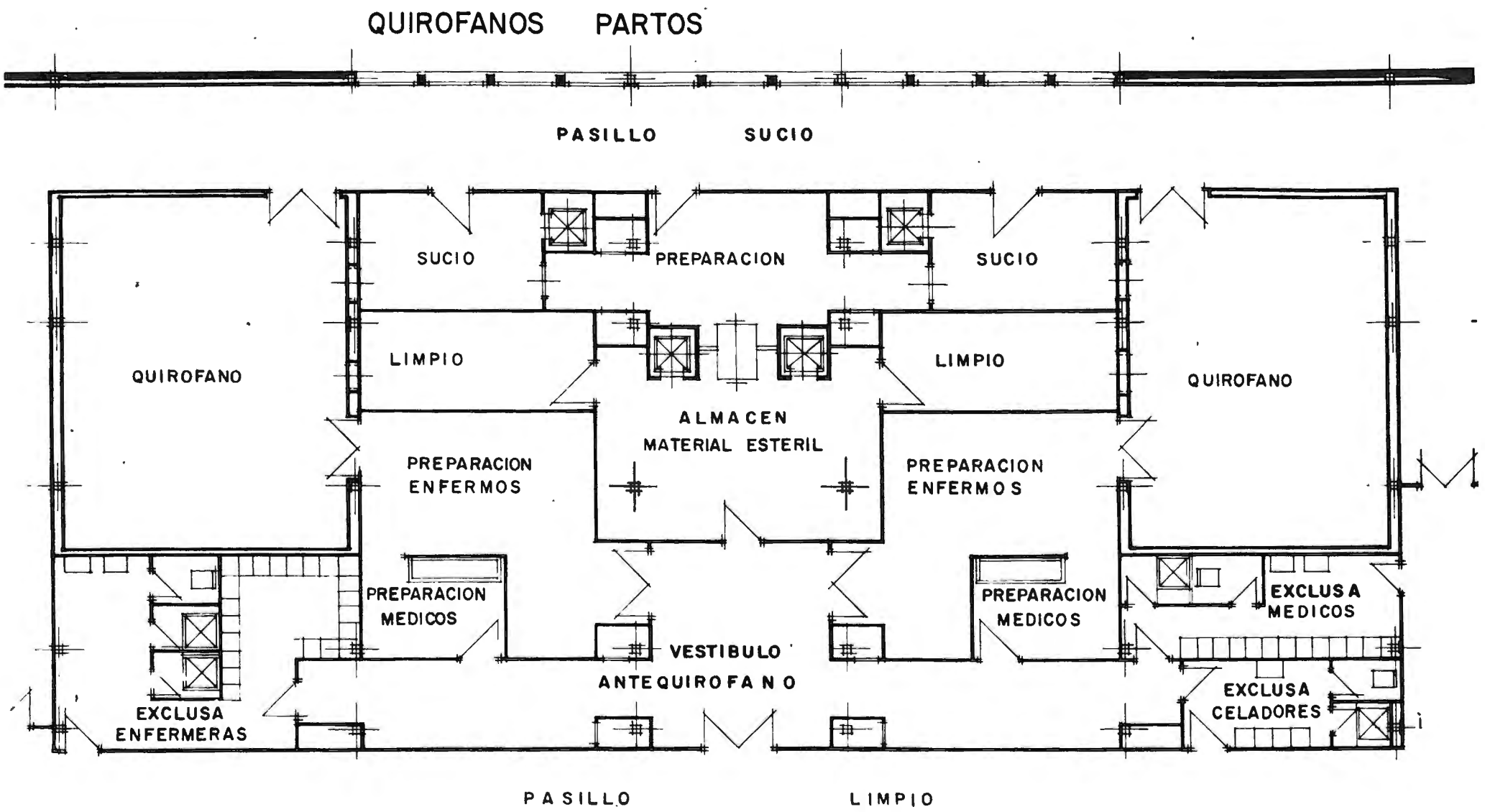
(ARQUITECTURA)

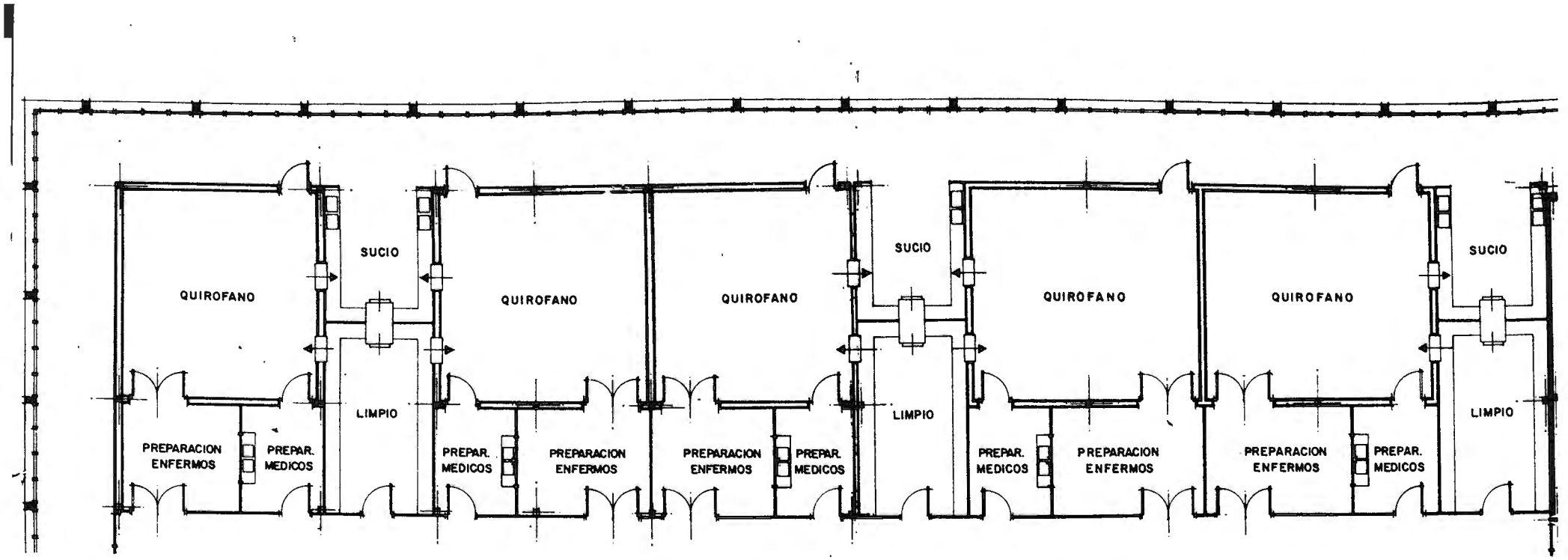
ALZADOS Y SECCION

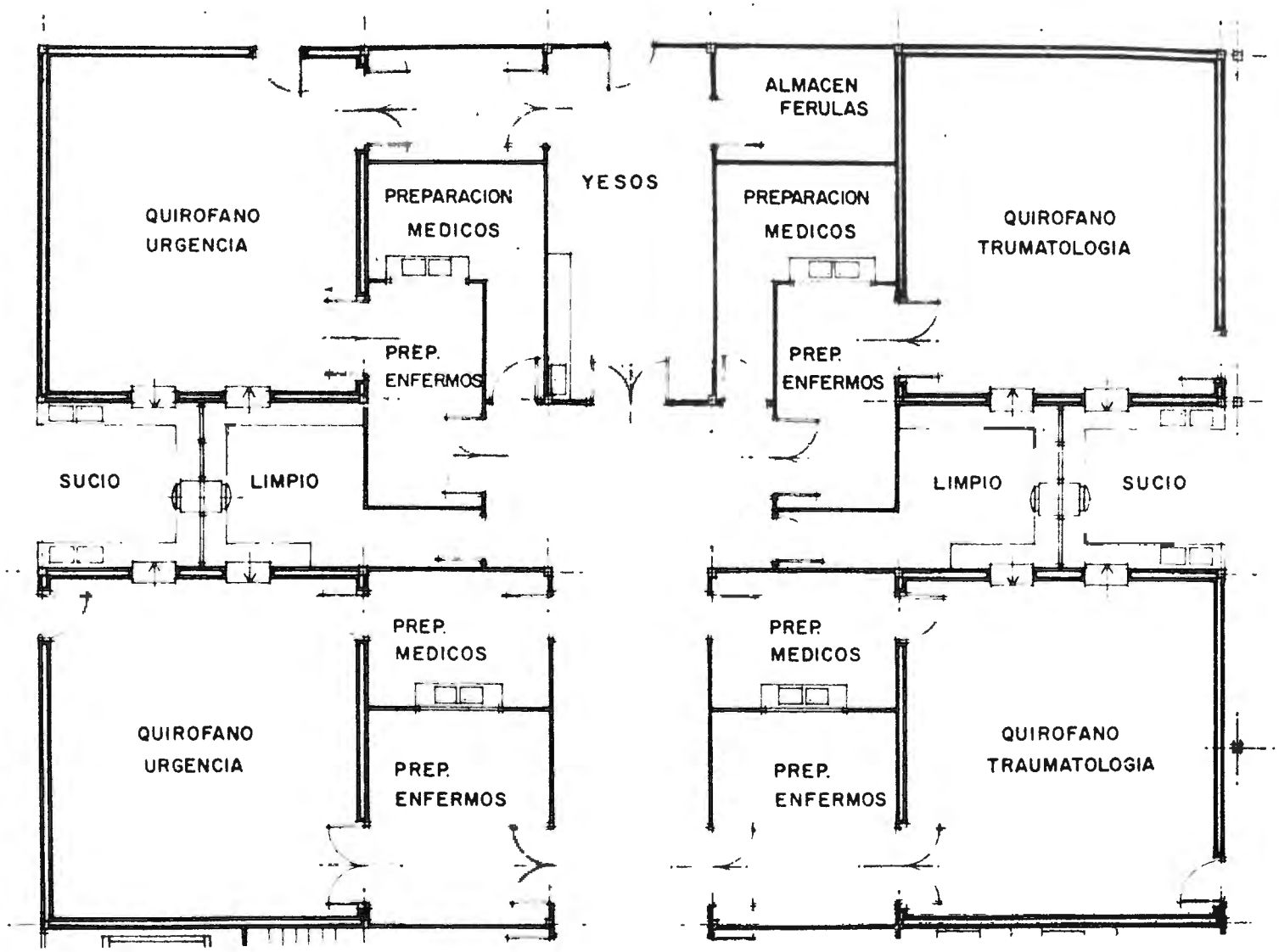
ESCALA
1:100

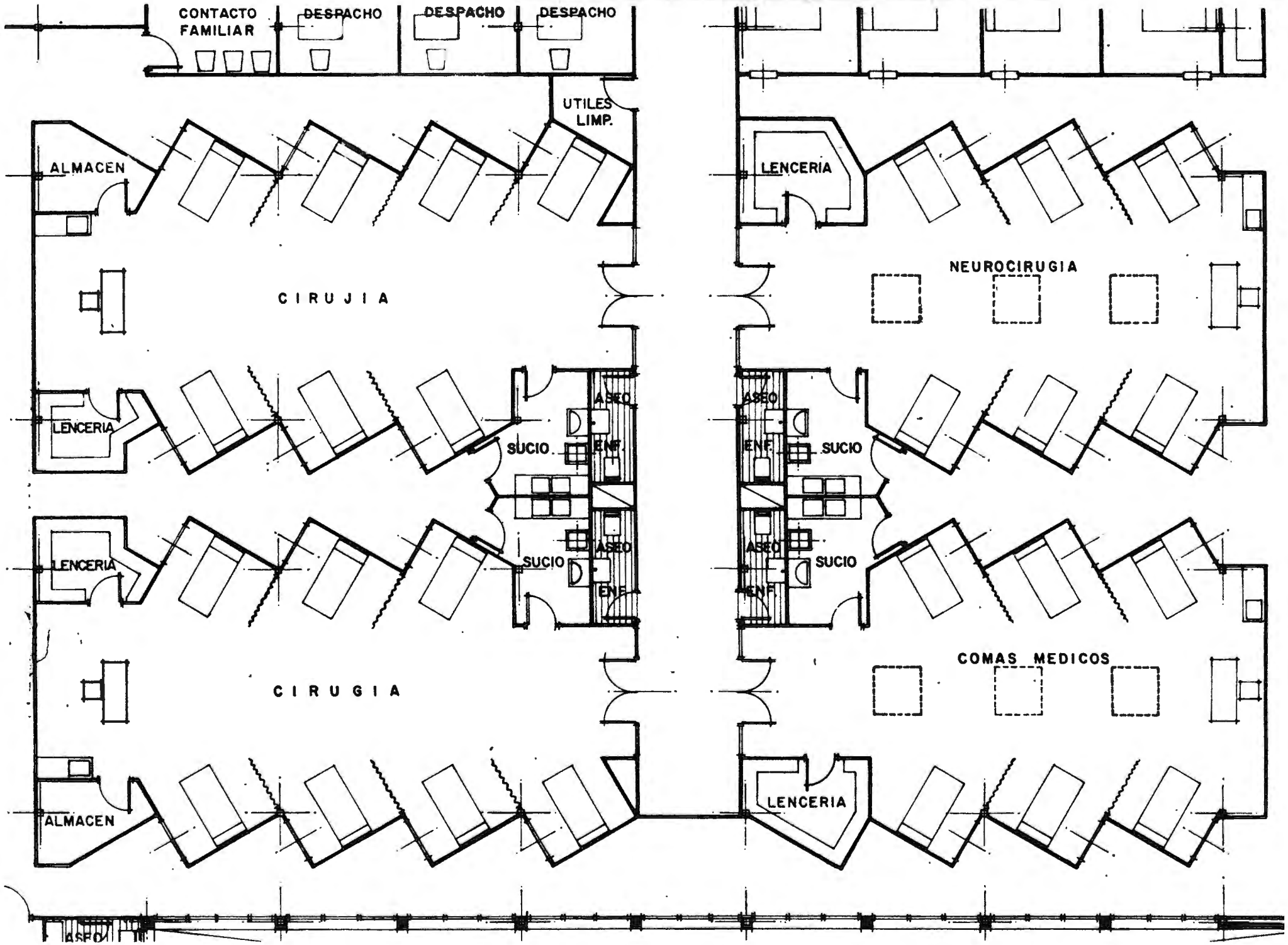
CONFORME

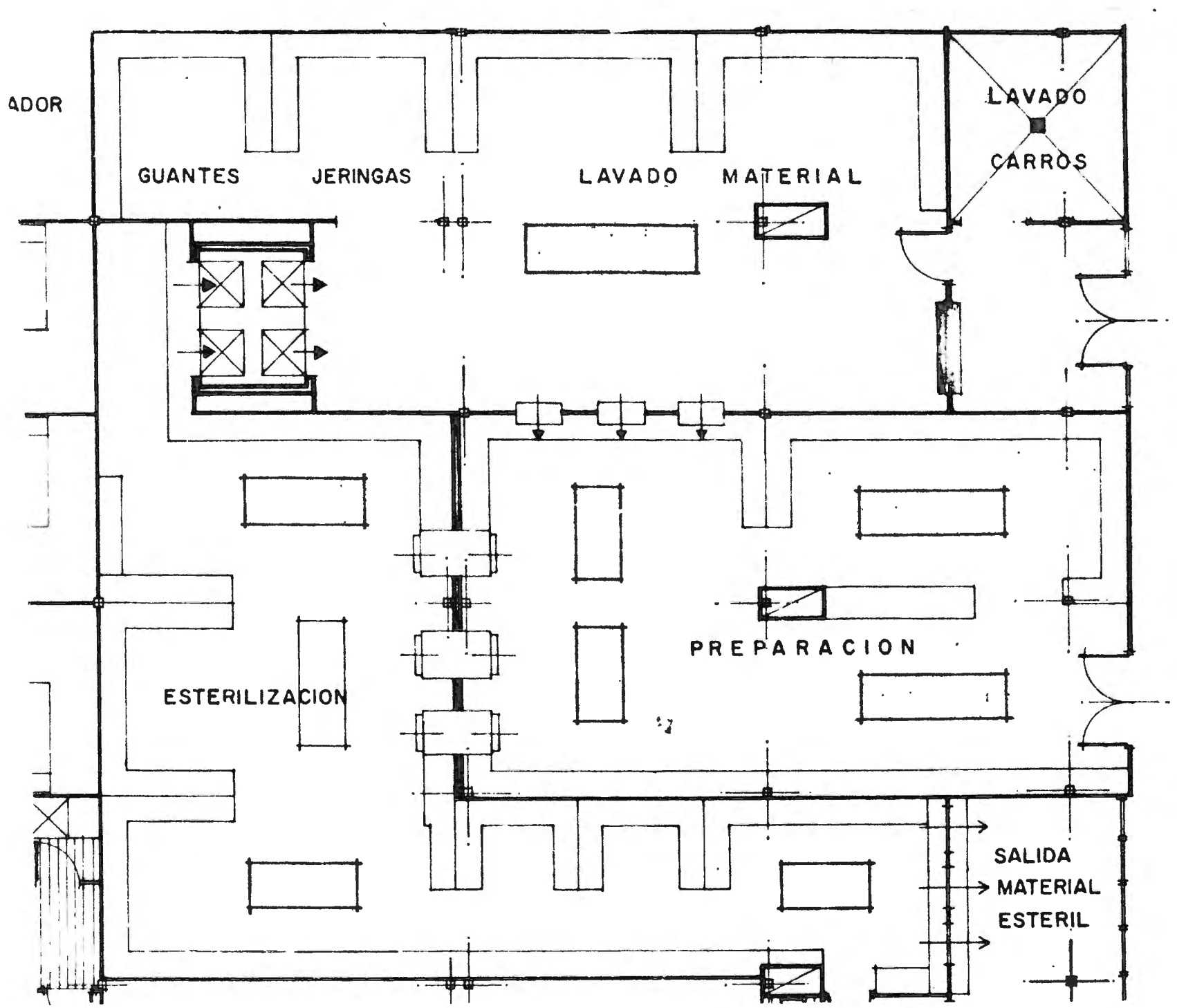
MADRID, M
LOS AÑO

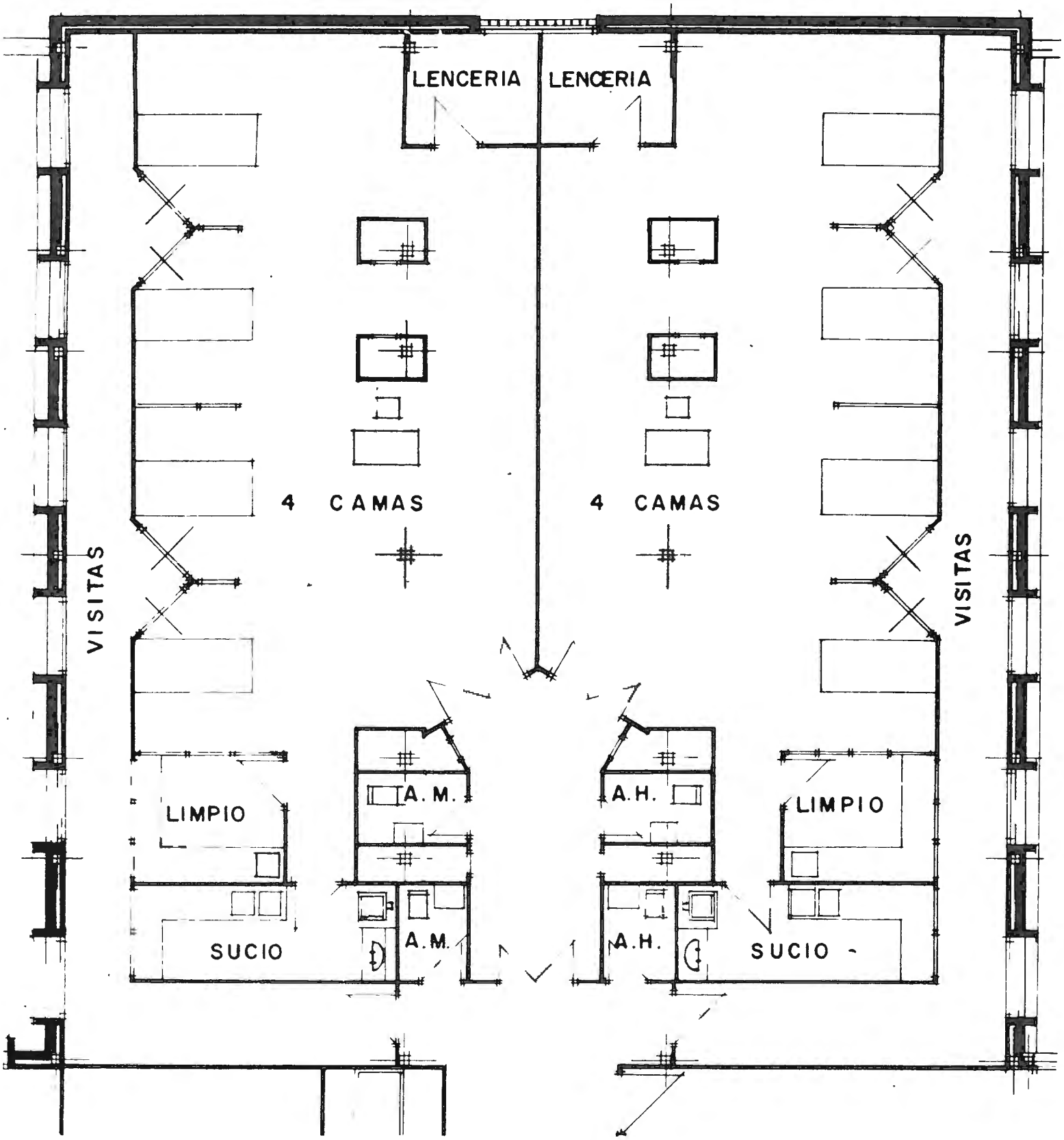

QUIROFANOS PARTOS
PASILLO SUCIO
SUCIO
PREPARACION
SUCIO
LIMPIO
LIMPIO
QUIROFANO
QUIROFANO
ALMACEN
MATERIAL ESTERIL
PREPARACION
ENFERMOS
PREPARACION
ENFERMOS
PREPARACION
MEDICOS
PREPARACION
MEDICOS
EXCLUSA
MEDICOS
VESTIBULO
ANTEQUIROFANO
EXCLUSA
ENFERMERAS
EXCLUSA
CELADORES
PASILLO LIMPIO

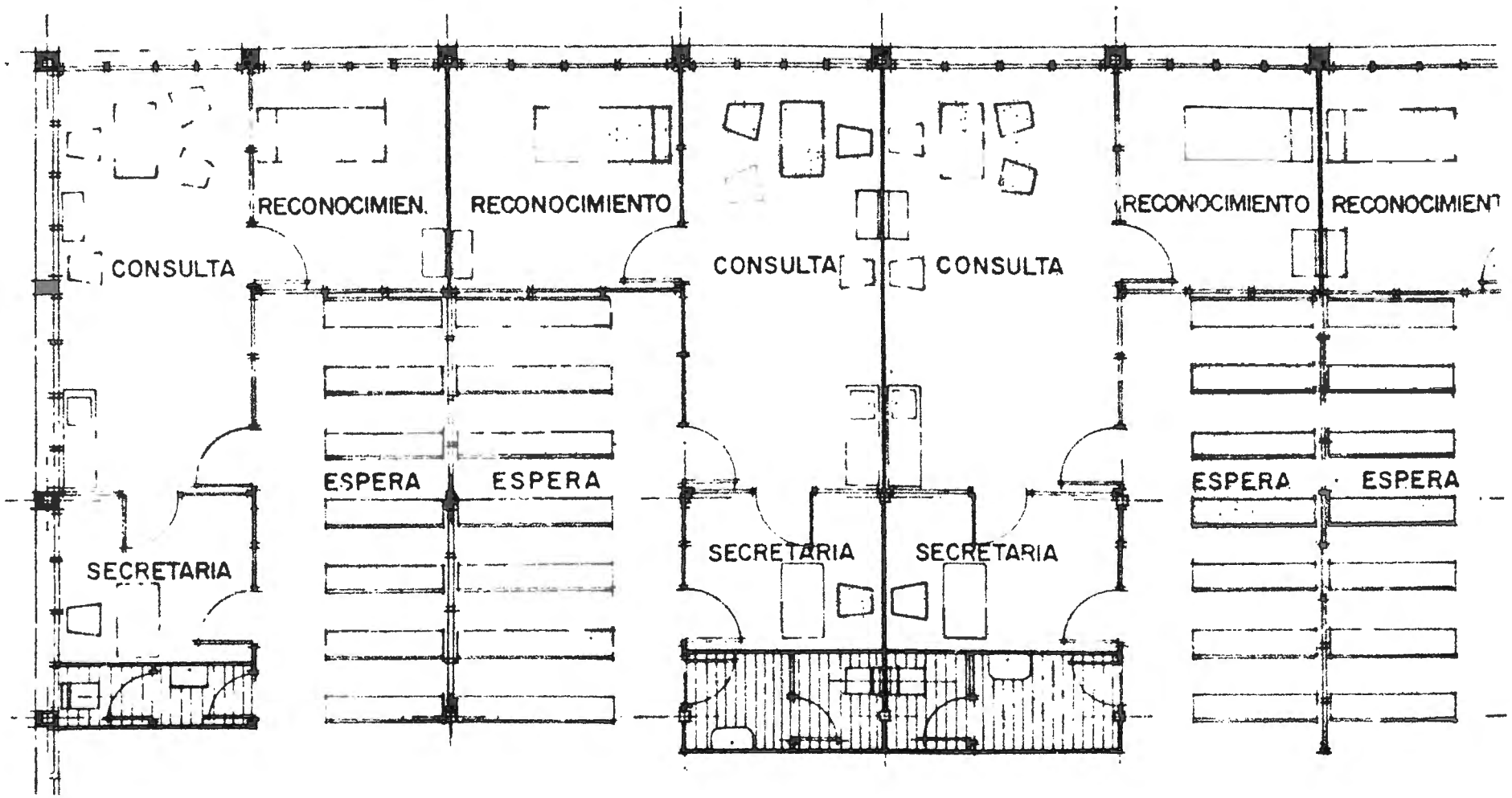

QUIROFANO
SUCIO
QUIROFANO
QUIROFANO
SUCIO
QUIROFANO
QUIROFANO
SUCIO
PREPARACION ENFERMOS
PREPAR. MEDICOS
LIMPIO
PREPAR. MEDICOS
PREPARACION ENFERMOS
PREPARACION ENFERMOS
PREPAR. MEDICOS
LIMPIO
PREPAR. MEDICOS
PREPARACION ENFERMOS
PREPARACION ENFERMOS
PREPAR. MEDICOS
LIMPIO

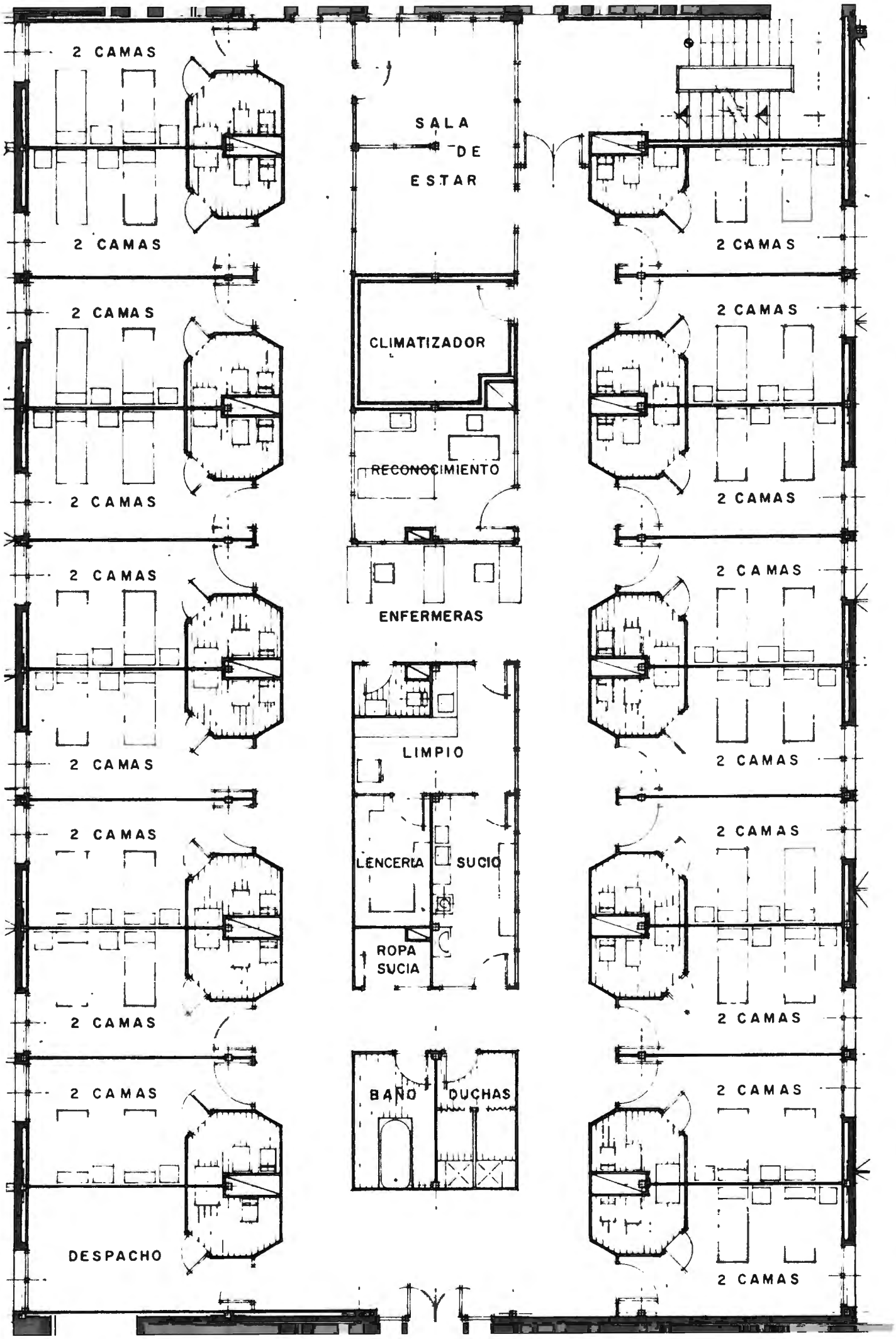

QUIROFANO
URGENCIA
PREPARACION
MEDICOS
YESOS
PREP.
ENFERMOS
ALMACEN
FERULAS
PREPARACION
MEDICOS
QUIROFANO
TRUMATOLOGIA
PREP.
ENFERMOS
SUCIO
LIMPIO
LIMPIO
SUCIO
PREP.
MEDICOS
QUIROFANO
URGENCIA
PREP.
ENFERMOS
PREP.
MEDICOS
QUIROFANO
TRAUMATOLOGIA
PREP.
ENFERMOS

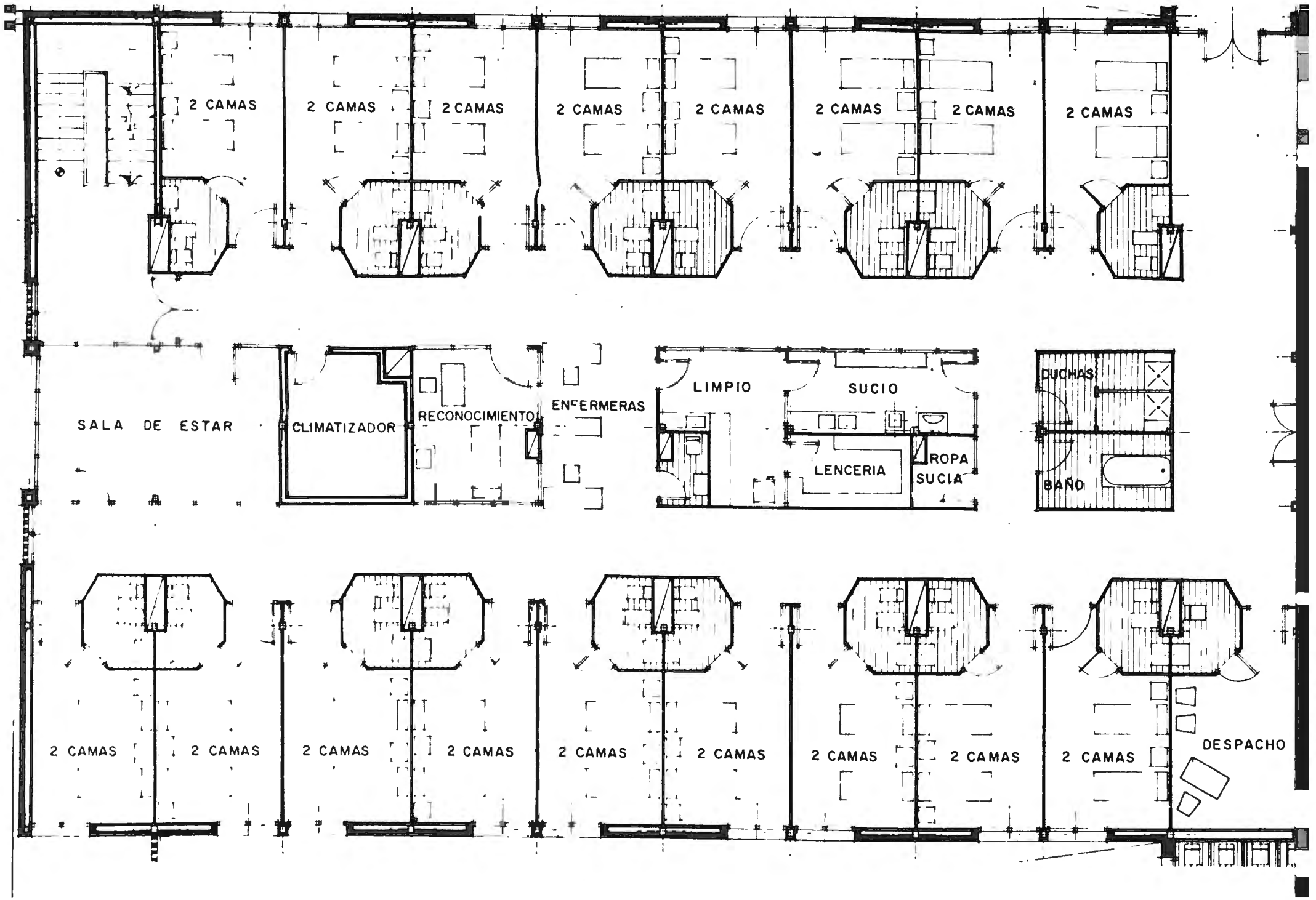

CONTACTO FAMILIAR
DESPACHO
DESPACHO
DESPACHO
UTILES LIMP.
ALMACEN
CIRUJIA
LENCERIA
ASEO
SUCIO
ENF.
LENCERIA
NEUROCIRUGIA
ASEO
ENF.
SUCIO
LENCERIA
ASEO
SUCIO
ENF.
CIRUGIA
ALMACEN
COMAS MEDICOS
LENCERIA
ASEO


ADOR
GUANTES
JERINGAS
LAVADO
MATERIAL
LAVADO
CARROS
PREPARACION
ESTERILIZACION
SALIDA
MATERIAL
ESTERIL


LENCERIA
LENCERIA
4 CAMAS
4 CAMAS
VISITAS
VISITAS
LIMPIO
SUCIO
A. M.
A. M.
A.H.
A.H.
LIMPIO
SUCIO


RECONOCIMIEN.
RECONOCIMIENTO
RECONOCIMIENTO
RECONOCIMIENT
CONSULTA
CONSULTA
CONSULTA
ESPERA
ESPERA
ESPERA
ESPERA
SECRETARIA
SECRETARIA
SECRETARIA


2 CAMAS
2 CAMAS
SALA
DE
ESTAR
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
CLIMATIZADOR
2 CAMAS
RECONOCIMIENTO
2 CAMAS
2 CAMAS
ENFERMERAS
2 CAMAS
LIMPIO
2 CAMAS
2 CAMAS
LENCERIA
SUCIO
2 CAMAS
ROPA
SUCIA
2 CAMAS
2 CAMAS
BAÑO
DUCHAS
2 CAMAS
DESPACHO
2 CAMAS


2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
SALA DE ESTAR
CLIMATIZADOR
RECONOCIMIENTO
ENFERMERAS
LIMPIO
SUCIO
LENCERIA
ROPA SUCIA
DUCHAS
BAÑO
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
2 CAMAS
DESPACHO

MINISTERIO DE TRABAJO

PROYECTO DE RESIDENCIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, EN -RESIDENCIA GENERAL-

A

(ARQUITECTURA)

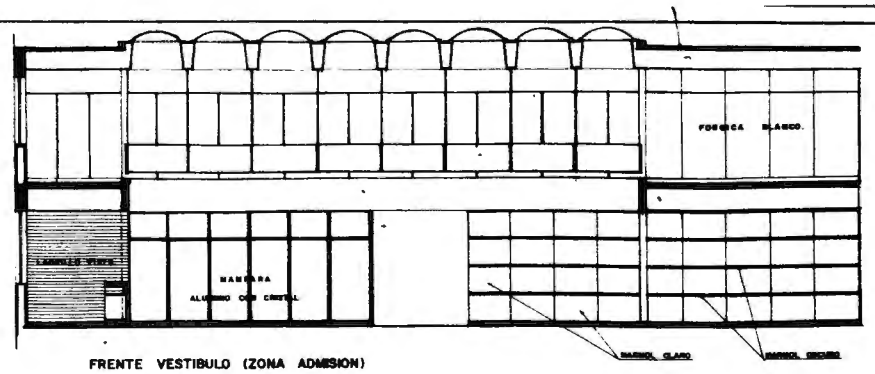
DECORACION VESTIBULO, SALON DE ACTOS, CAFETERIA Y CAPILLA

ESCALA 1:50

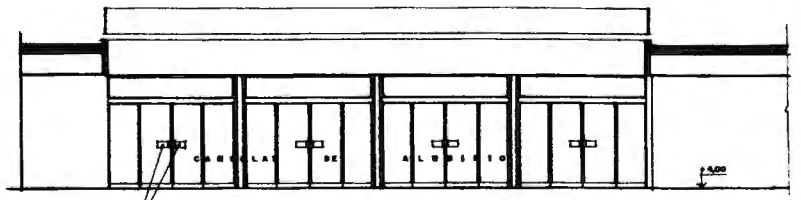
CONFORME POR EL I.N.S.

MADRID, MAYO DE 1970

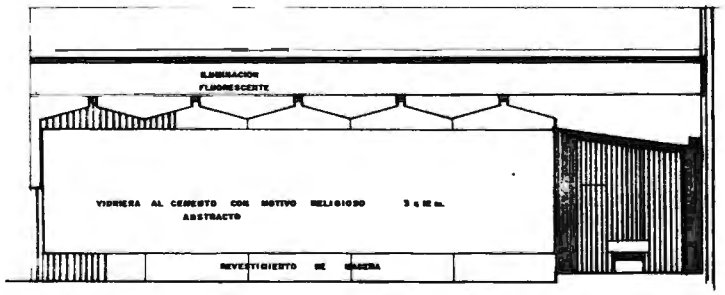
LOS ARQUITECTOS



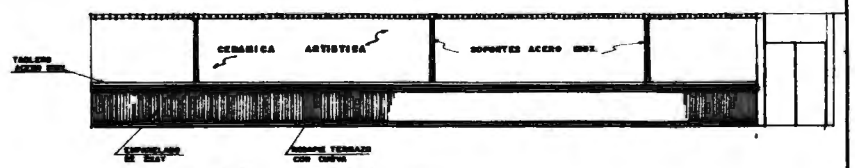
FRENTE VESTIBULO (ZONA ADMISION)



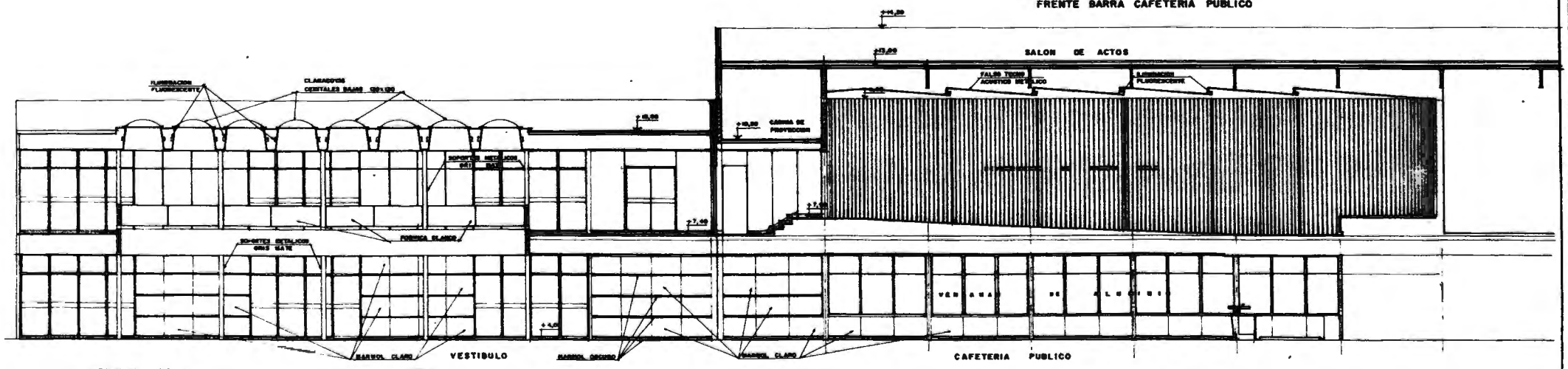
CANCELAS ACCESO PRINCIPAL (INTERIOR)



SECCION CAPILLA



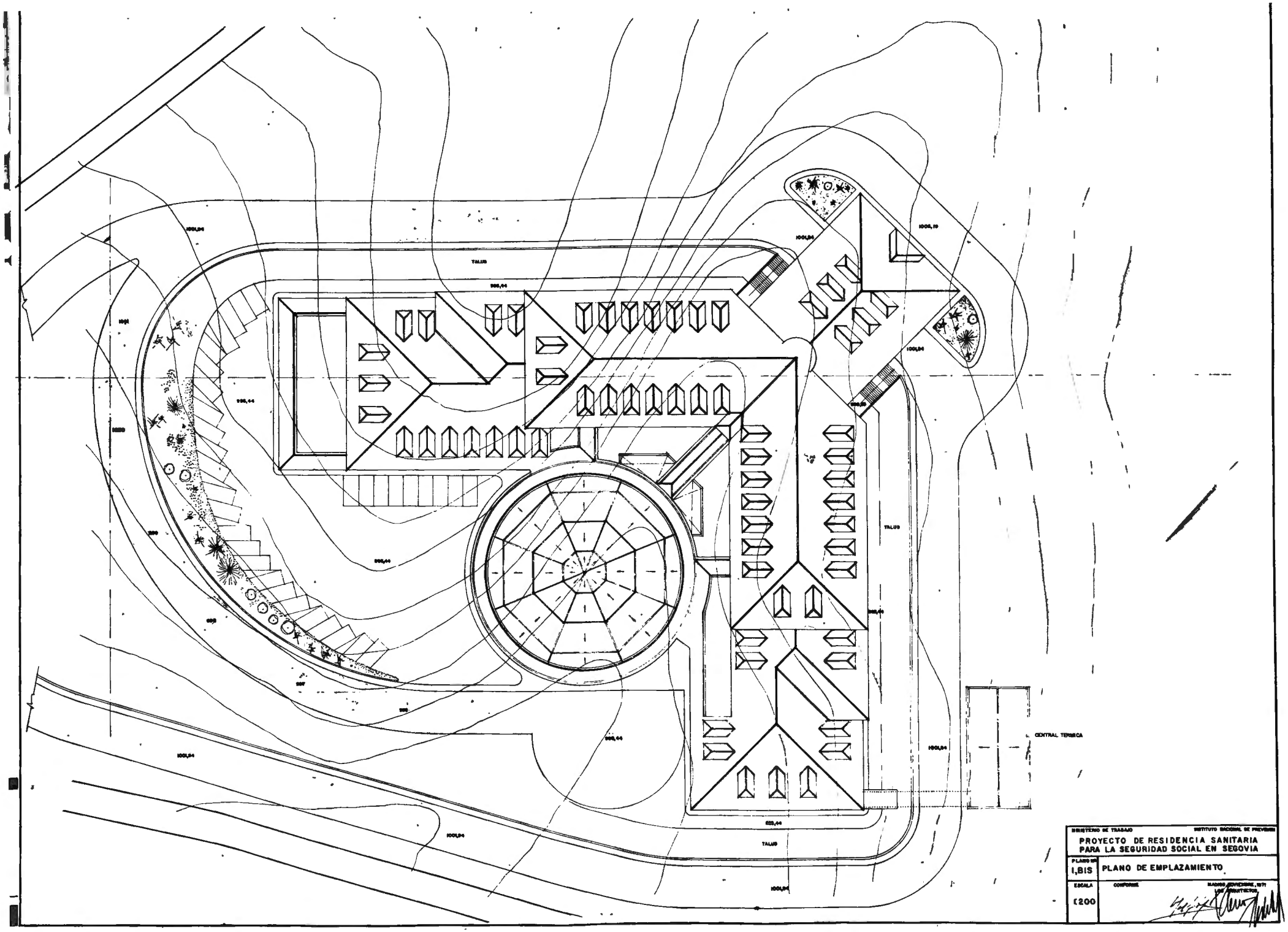
FRENTE BARRA CAFETERIA PUBLICO



SECCION VESTIBULO-CAFETERIA PUBLICO-SALON DE ACTOS

S E G O V I A

RESIDENCIA SANITARIA



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

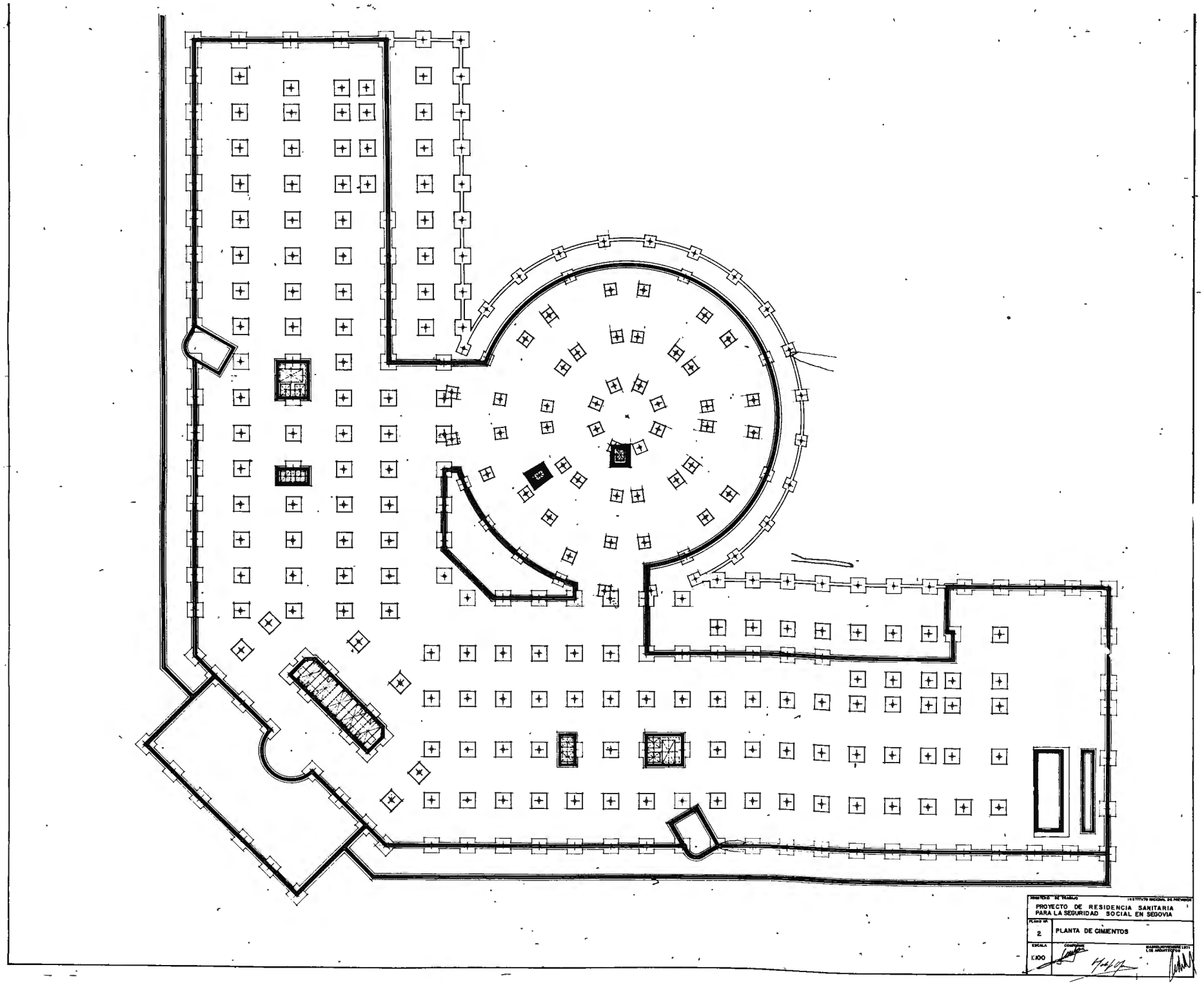
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº 1,BIS

PLANO DE EMPLAZAMIENTO

ESCALA 1:200

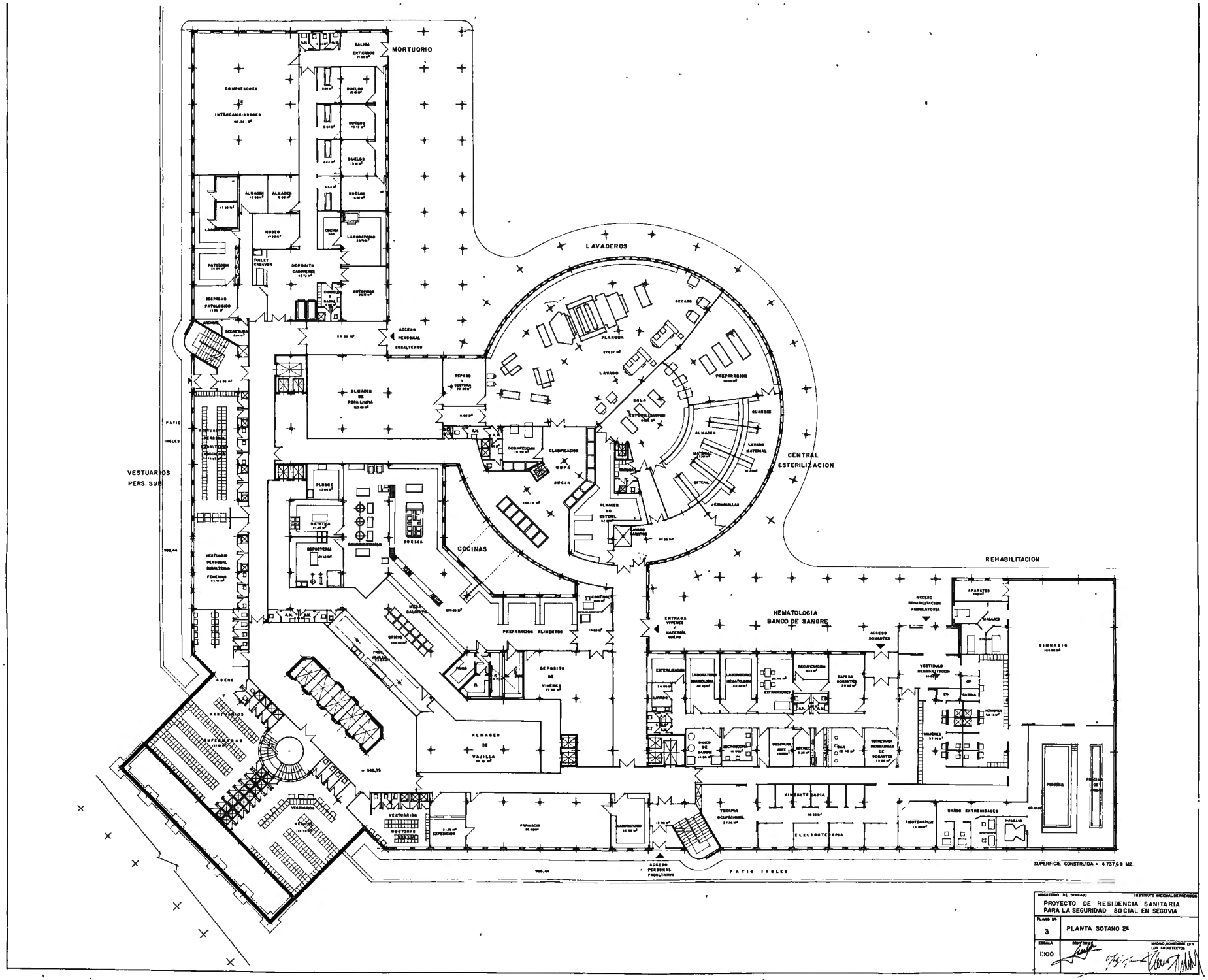
CONFORME — MADRID, NOVIEMBRE, 1971
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

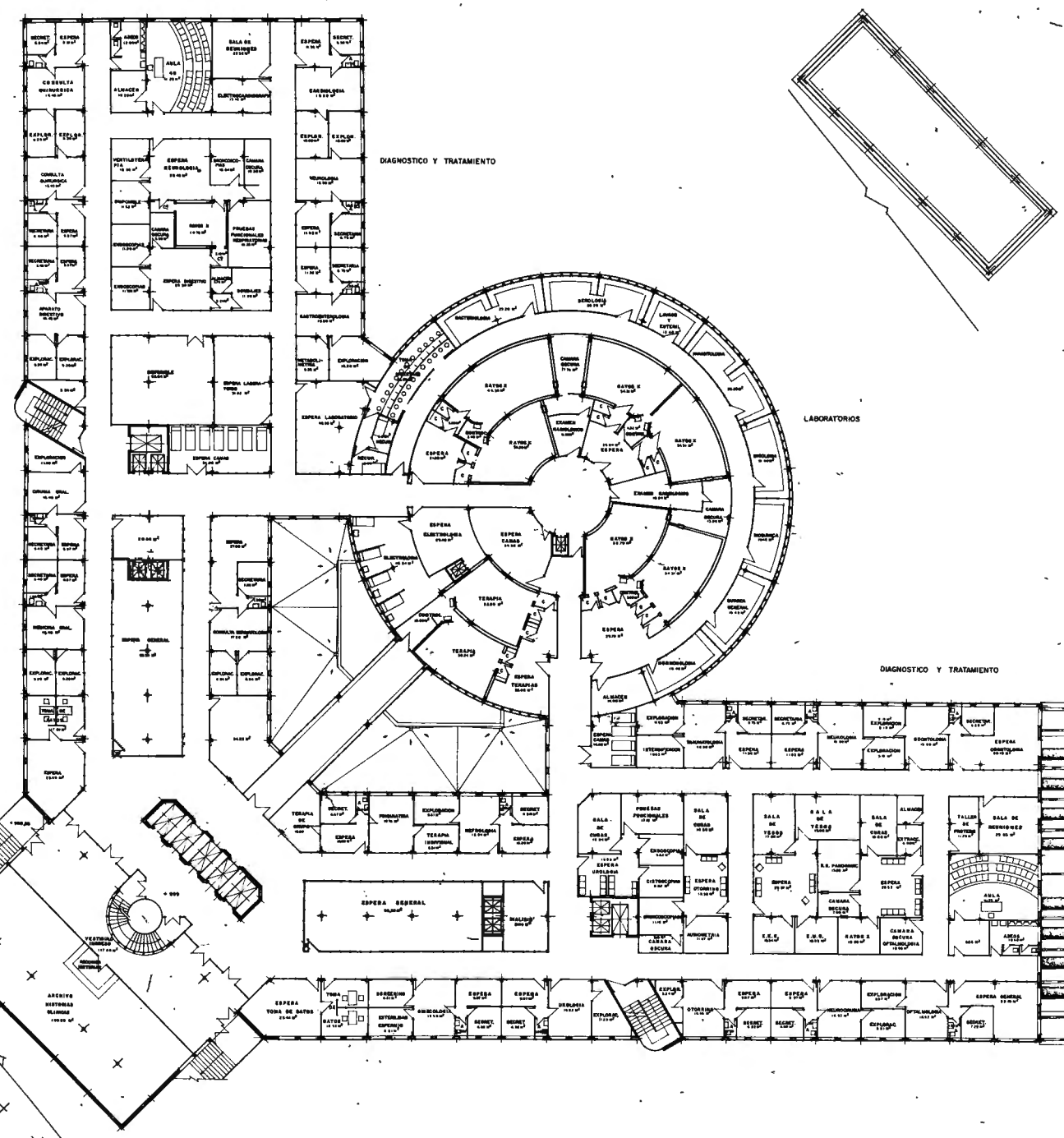
PLANO Nº	PLANTA DE CIMIENTOS
2	
ESCALA 1:100	COMPROBADO — COLEGIO OFICIAL DE LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº	
3	PLANTA SOTANO 2ª
ESCALA 1:100	COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS — MADRID NOVIEMBRE 1971



SUPERFICIE CONSTRUIDA =

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO = 3.930,45 m².

RESTO = 1.068,73

TOTAL = 4.999,18

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

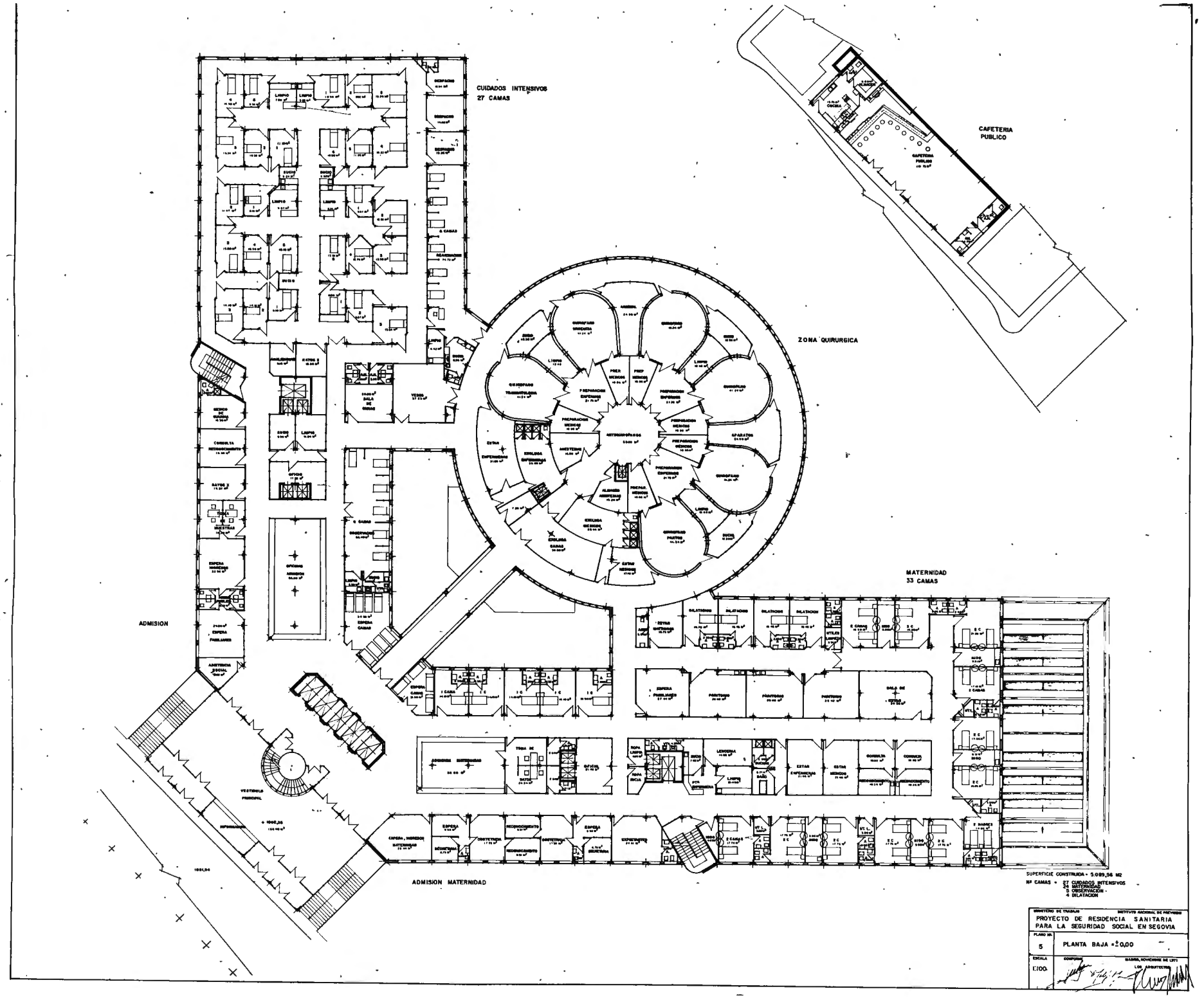
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº 4 — PLANTA SOTANO 1ª

ESCALA 1:100

MADRID, NOVIEMBRE, 1971

LOS ARQUITECTOS



SUPERFICIE CONSTRUIDA - 5.089,56 M2
Nº CAMAS - 27 CUIDADOS INTENSIVOS
33 MATERNIDAD
3 OBSERVACION
6 BILATACION

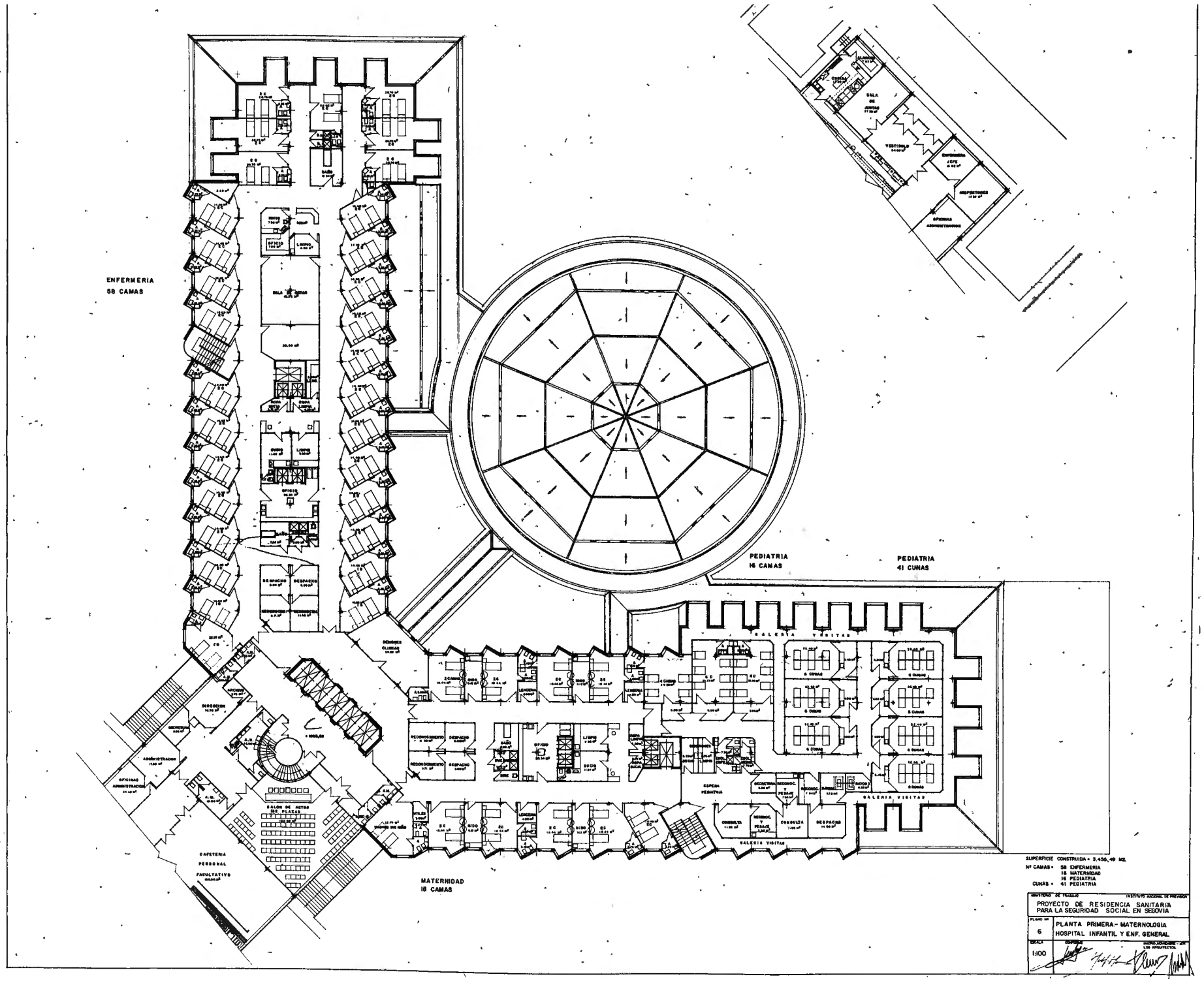
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

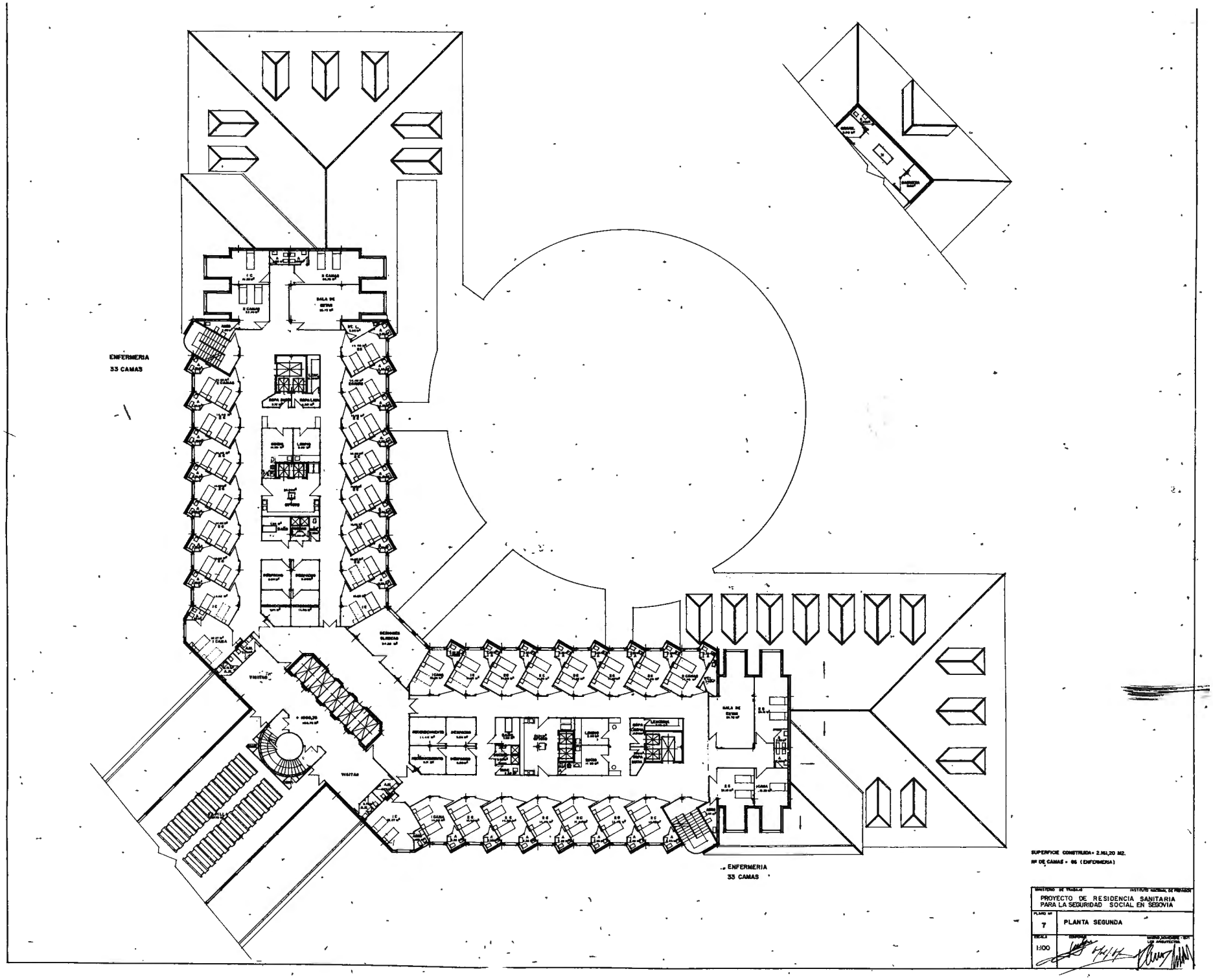
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº 5 — PLANTA BAJA ±0,00

ESCALA 1:100 — MADRID, NOVIEMBRE DE 1971

LOS ARQUITECTOS


ENFERMERIA
58 CAMAS
PEDIATRIA
16 CAMAS
PEDIATRIA
41 CUNAS
GALERIA VISITAS
MATERNIDAD
18 CAMAS
CAFETERIA
PERSONAL
FACULTATIVO
SALON DE ACTOS
SUPERFICIE CONSTRUIDA = 3.450,49 M2.
Nº CAMAS = 58 ENFERMERIA
18 MATERNIDAD
16 PEDIATRIA
CUNAS = 41 PEDIATRIA
MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA
PLANO Nº 6
PLANTA PRIMERA - MATERNOLOGIA
HOSPITAL INFANTIL Y ENF. GENERAL
ESCALA 1:100
LOS ARQUITECTOS



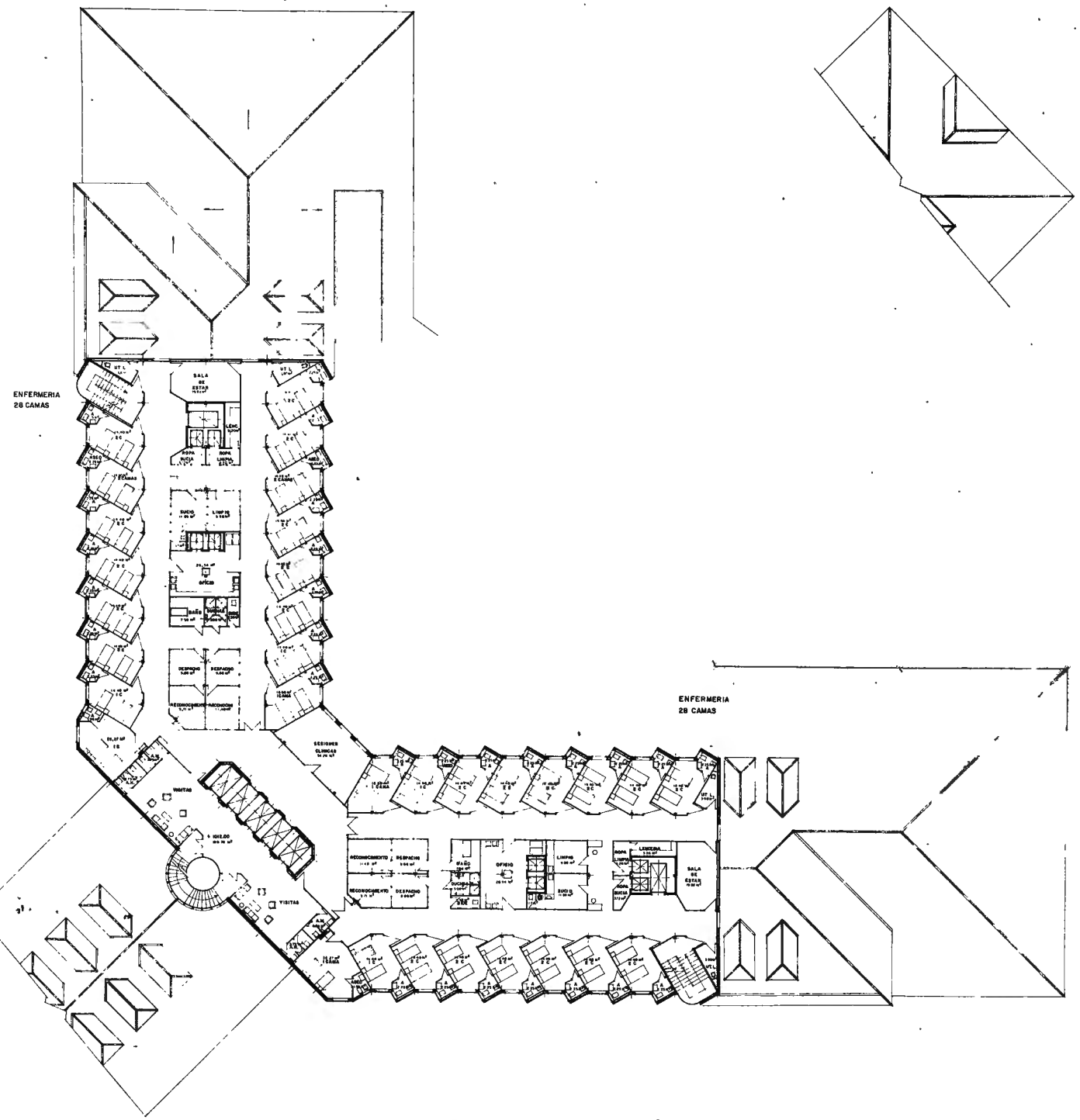
SUPERFICIE CONSTRUIDA = 2.161,20 M2.
Nº DE CAMAS = 66 (ENFERMERIA)

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº 7 — PLANTA SEGUNDA

ESCALA 1:100 — FIRMADO — MARZO DICIEMBRE - 1971 — LOS ARQUITECTOS

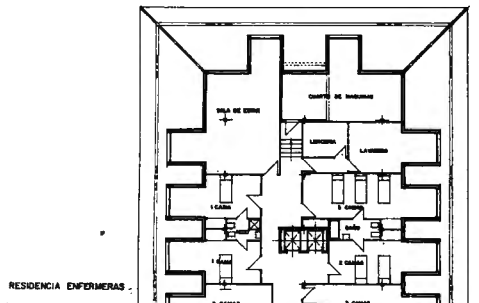


SUPERFICIE CONSTRUIDA = 1675,71 M2
Nº CAMAS = 56 (ENFERMERIA)

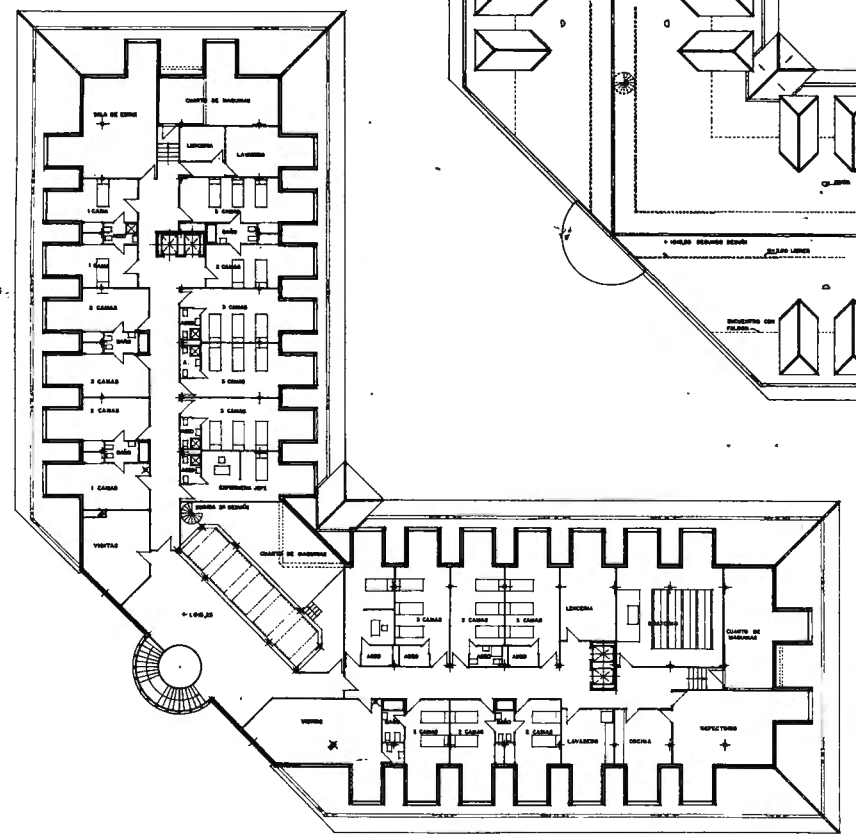
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

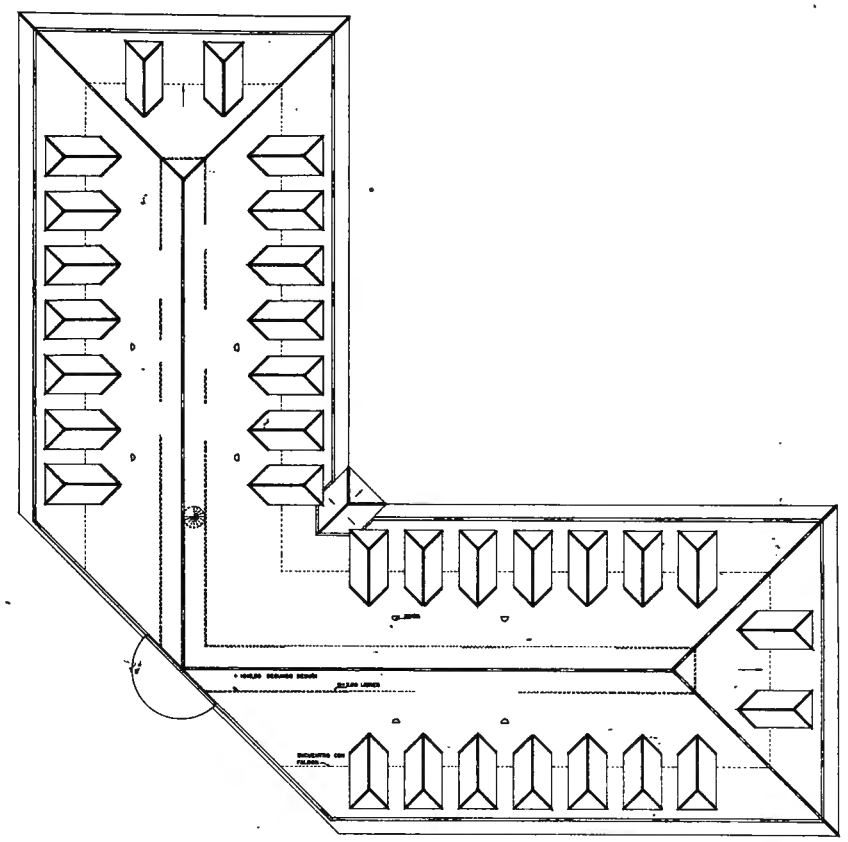
PLANO Nº	
8	PLANTA TERCERA
ESCALA 1:100	FIRMA — MADRID, NOVIEMBRE - 1971 — LOS ARQUITECTOS



RESIDENCIA ENFERMERAS
(24 CAMAS)



RESIDENCIA COMUNIDAD
(16 CAMAS)



PLANTA DE CUBIERTAS

SUPERFICIE CONSTRUIDA = 1.258,17 m2.

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

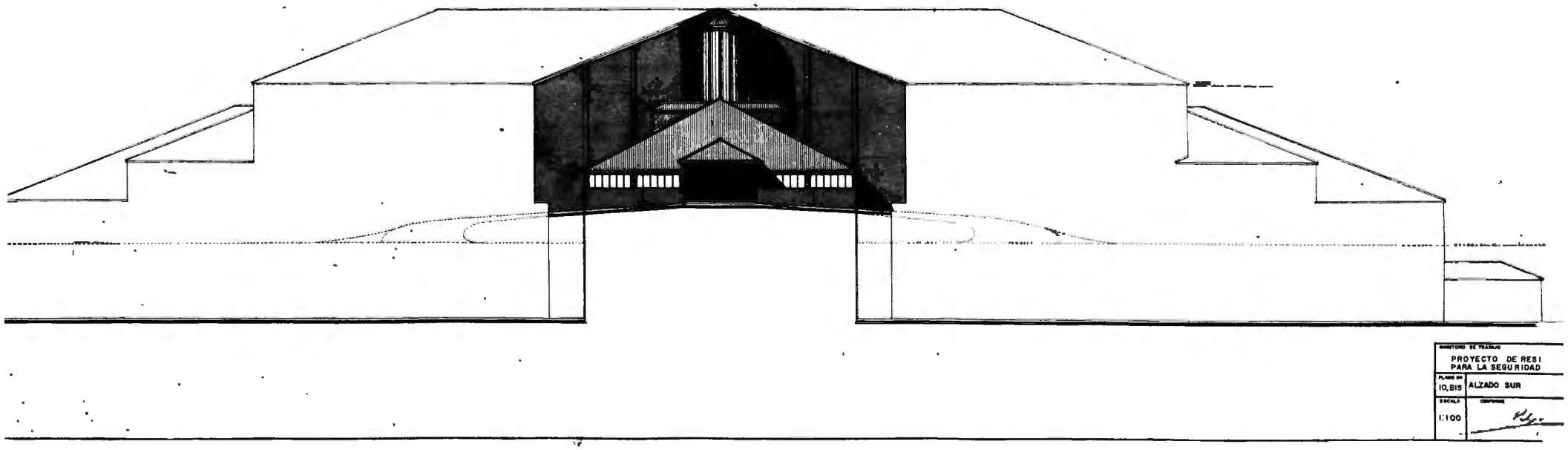
PLANO Nº 9,BIS

PLANTA CUARTA Y CUBIERTAS

ESCALA 1:100

CONFORME

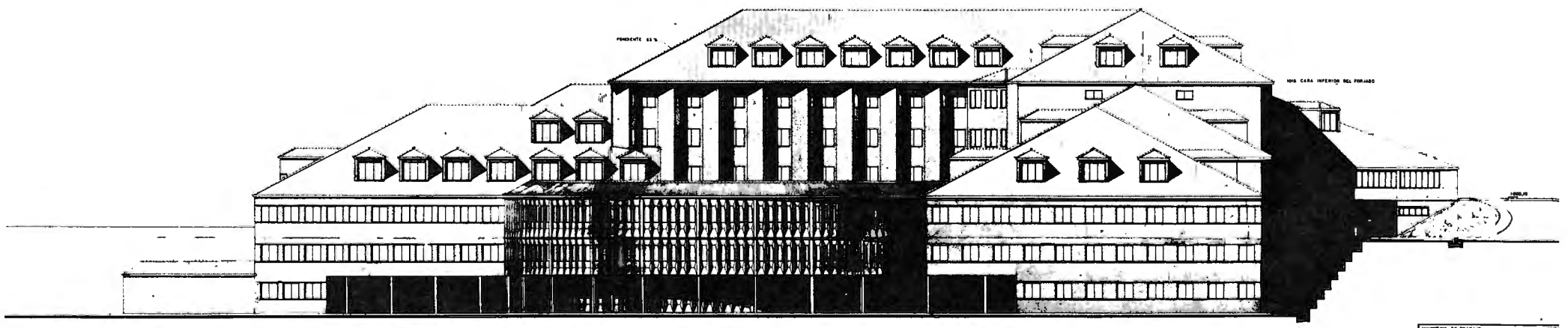
MADRID, NOVIEMBRE 19 71
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO

PROYECTO DE RESI
PARA LA SEGURIDAD

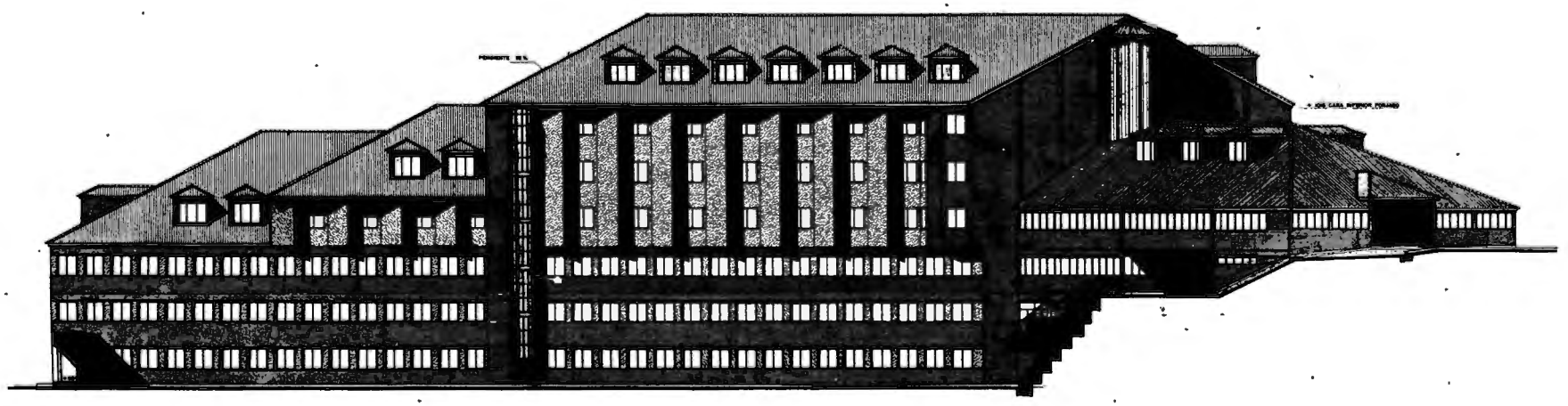
PLANO Nº 10, BIS	ALZADO SUR
ESCALA 1:100	CONFORME



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITU

PROYECTO DE RESIDENCIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL

PLANO Nº	
11,BIS	ALZADO NOROESTE
ESCALA	CONFORME
1:100	

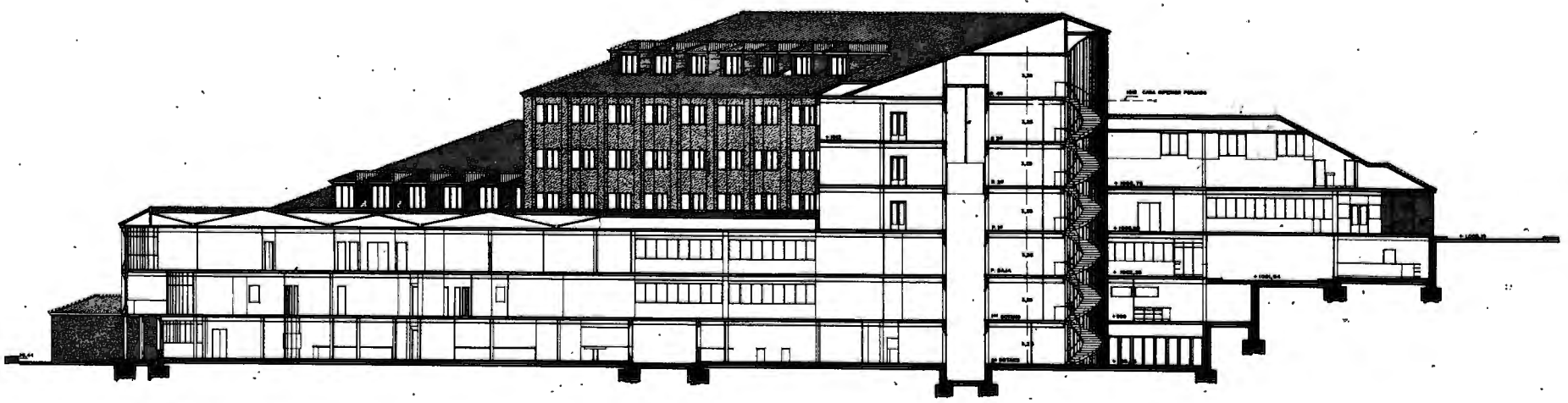


MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº	
12. bis	ALZADO SUROESTE

ESCALA	COMPROBO	MADRID, NOVIEMBRE, 1971
1:100		LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

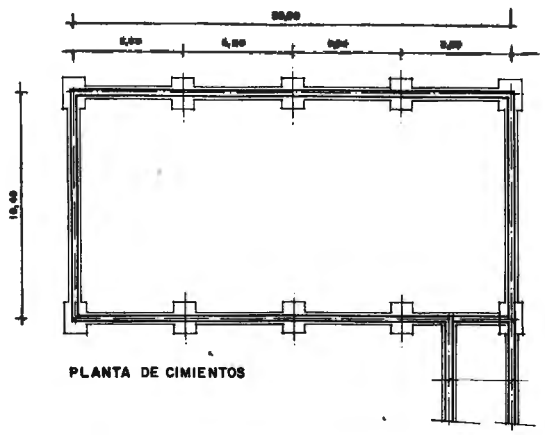
PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº: 13, 813

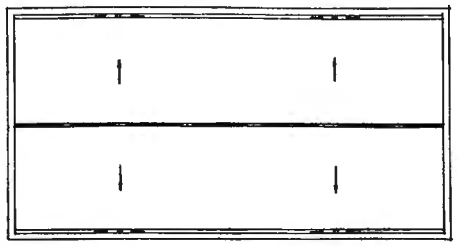
CONTENIDO: SECCION

ESCALA: 1:100

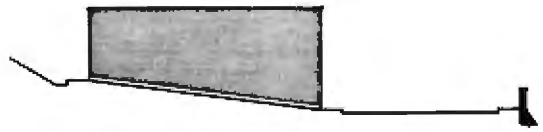
MADRID, NOVIEMBRE, 1971
LOS ARQUITECTOS



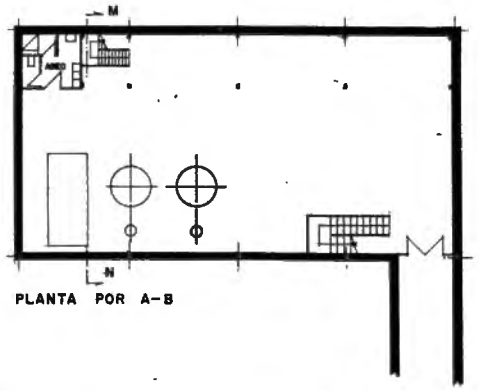
PLANTA DE CIMIENTOS



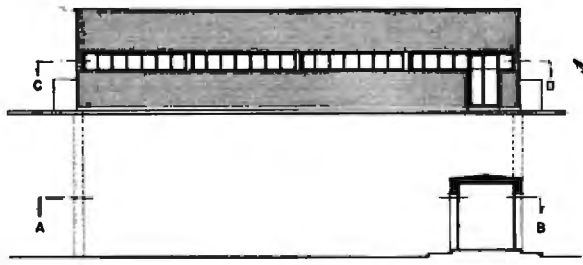
PLANTA DE CUBIERTA



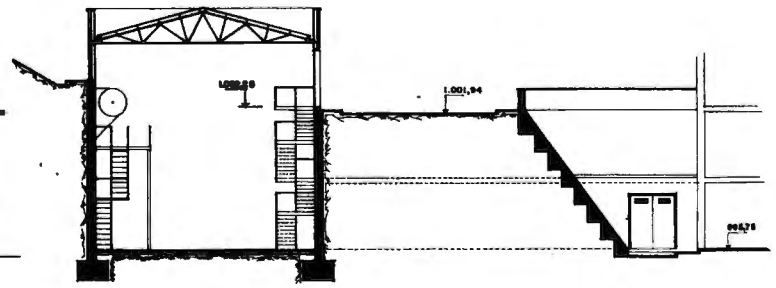
ALZADO LATERAL



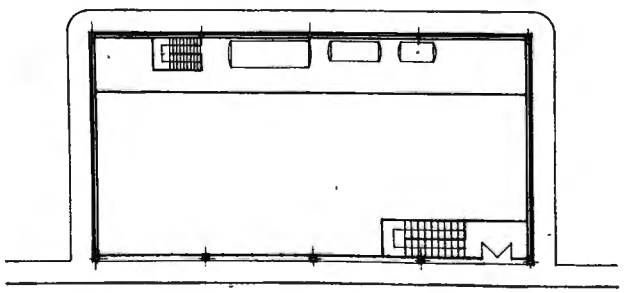
PLANTA POR A-B



ALZADO PRINCIPAL



SECCION POR M-N



PLANTA POR C-D

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE RESIDENCIA SANITARIA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SEGOVIA

PLANO Nº	CENTRAL TERMICA.— PLANTAS ALZADOS Y SECCION
14	
ESCALA 1:100	CONFORME — MADRID, NOVIEMBRE, 1971 LOS ARQUITECTOS

II.- 6 . EL HOSPITAL COMARCAL PARA ZONAS DE POBLACION DE PREDOMIO- RURAL.- (El hospital comarcal de Manzanares.- Ciudad Real)

II.6.- EL HOSPITAL COMARCAL PARA ZONAS DE POBLACION DE PREDOMINIO RURAL.- (El hospital comarcal de Manzanares.- Ciudad Real)

La existencia en ciertas comarcas de localidades muy bien situadas en nudos de comunicación y a su vez relativamente lejanas del hospital más próximo, ha aconsejado erigir alli hospitales de tipo Comarcal para prestar asistencia hospitalaria para Maternidad y para tratar procesos médico-quirurgicos que no exigen grandes medios de diagnostico y tratamiento.

Un ejemplo lo constituye la institución recientemente inaugurada en Manzanares, que cuenta con 42 camas y una policlínica de enfermos externos que es susceptible de llegar a ser ampliada hasta duplicar su capacidad con exceso.

Arquitectonicamente la solución adoptada en este caso, ha sido una disposición horizontal ya que el edificio se resuelve en dos plantas con, lo cual las circulaciones verticales son mínimas y los aparatos elevadores, aunque existen no son imprescindibles.

Se compone el edificio con tres volumenes; el 1º de ellos aloja la policlinica de consultas externas, la recepción al hospital, los medios auxiliares de diagnostico y tratamiento, es decir laboratorios y radiología, el ser-

vicio de urgencia y los quirófanos y salas de partos, además del resto de los servicios generales propios del hospital.

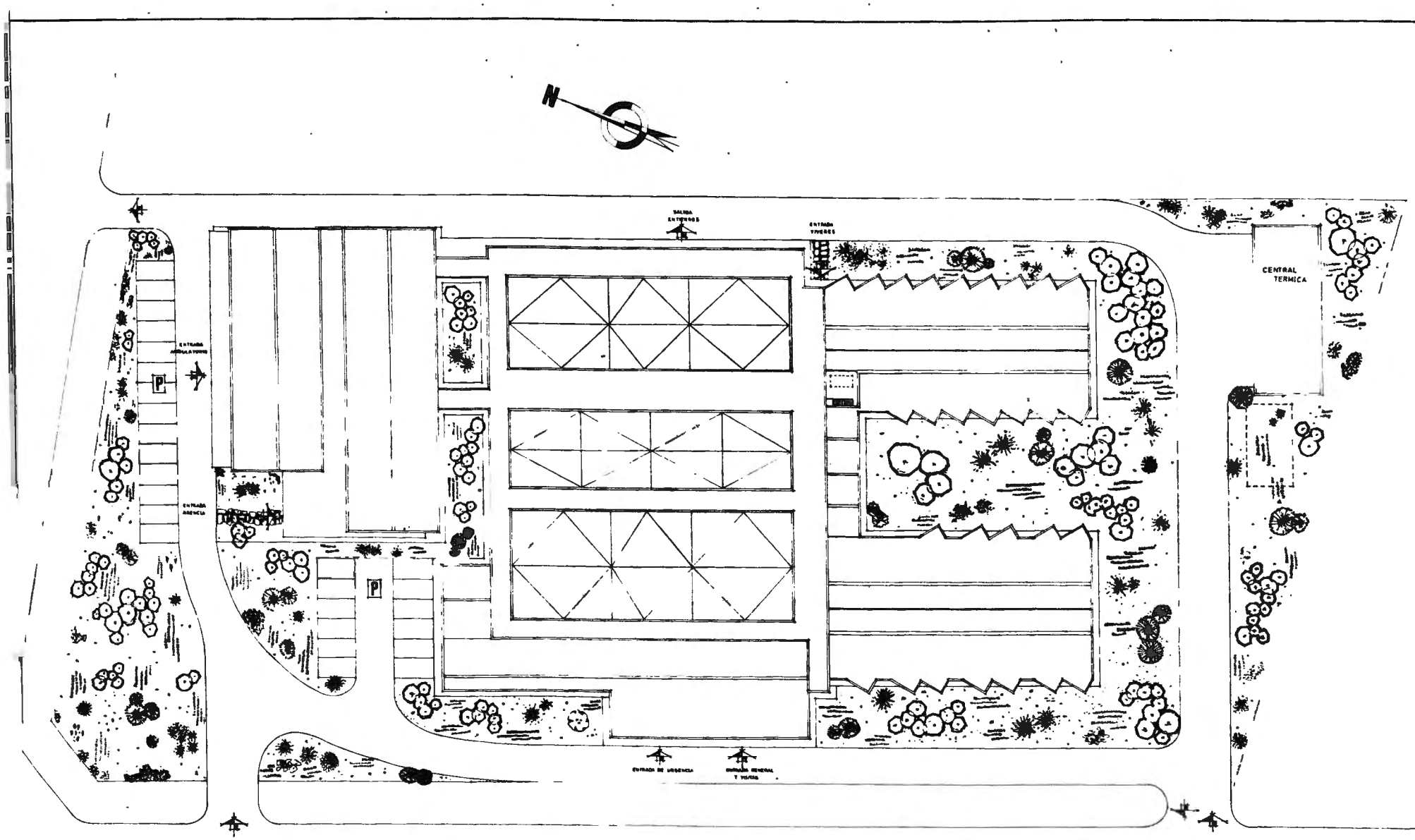
A este volumén central, se unen otros dos que constituyen las enfermerías, una destinada a medicina y cirugia y otra a Maternidad.

Esta solución permite mediante la adición de nuevos cuerpos de enfermería, sin interferir el servicio normal del hospital, ni modificación de los servicios generales, aumentar su capacidad a más del doble.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

C I U D A D R E A L

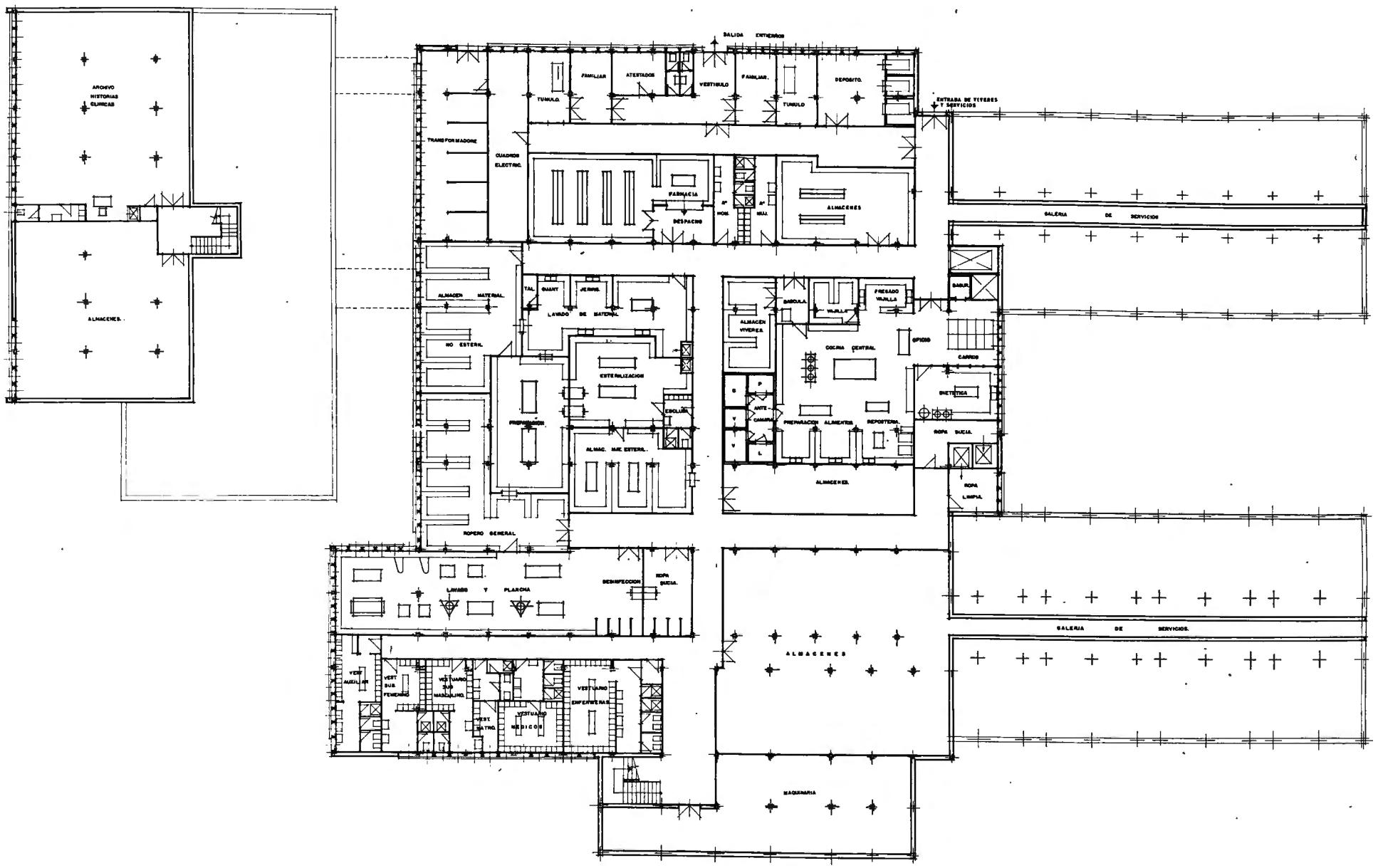
HOSPITAL COMARCAL MANZANARES.



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE

PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALIZACION
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES (CIUD

PLANO Nº	PLANO DE SITUACION
1	
ESCALA 1:200	CONFORME — MADRID, DICIEMBRE — LOS ARQUITECTOS



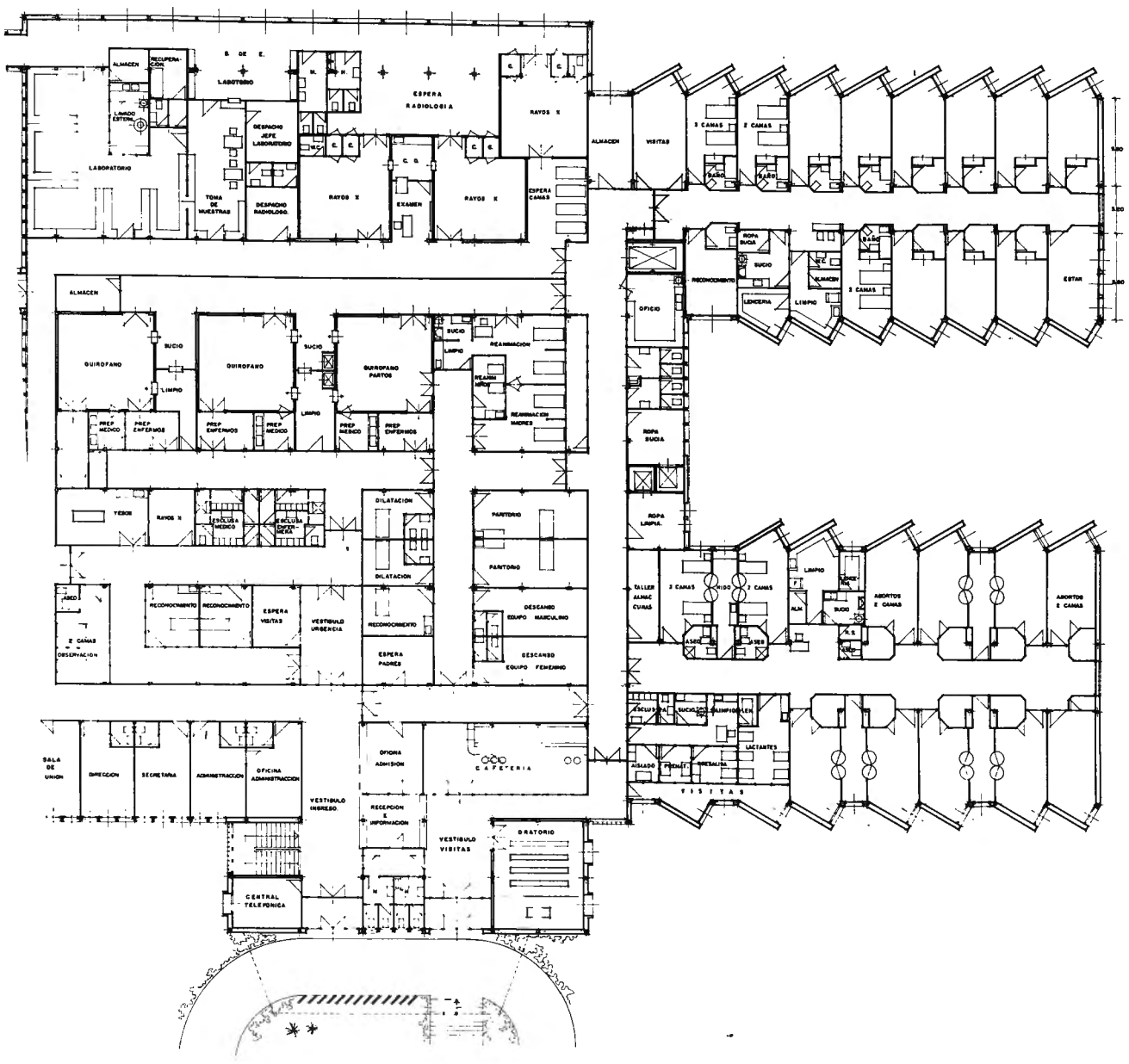
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALIZACION PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES(CIUDAD REAL)

PLANO Nº		ESCALA
2	PLANTA DE SEMISOTANO	1:100

CONFORME

MADRID, DICIEMBRE 1970
LOS ARQUITECTOS

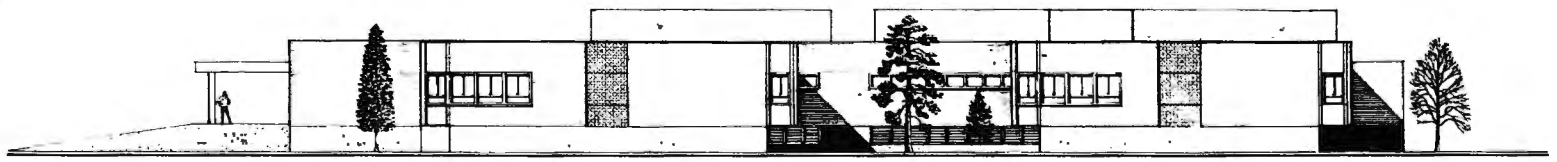


MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

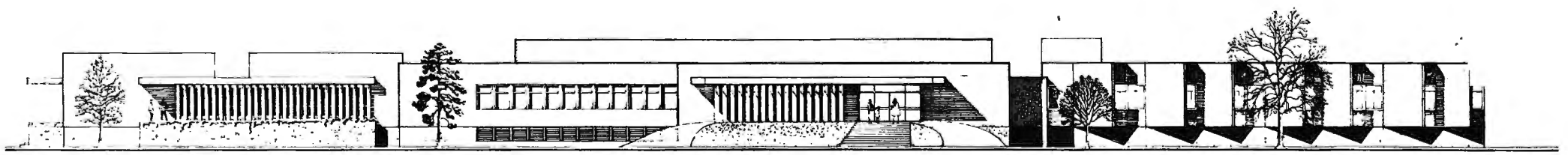
PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALIZACION
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES (CIUDAD REAL)

PLANO Nº		ESCALA
3	PLANTA BAJA	1:100

COMPROBADO — MADRID DICIEMBRE 1970 — LOS ARQUITECTOS



ALZADO ESTE



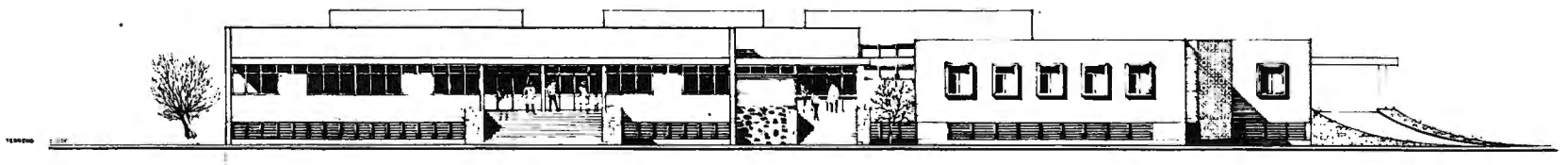
ALZADO NORTE

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL

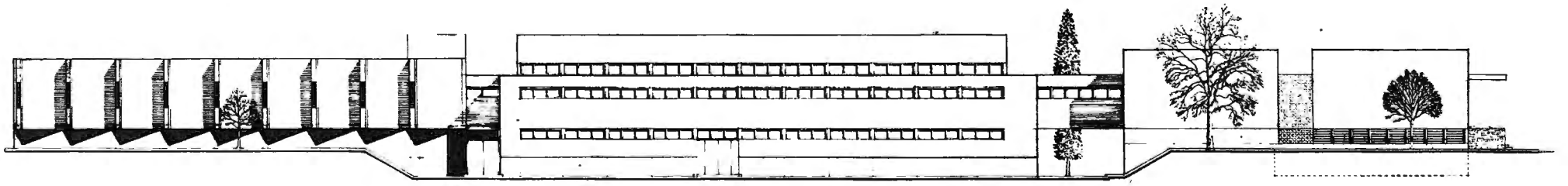
PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALI
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES

PLANO Nº	
4	ALZADOS

CONTORNO — MAQUINA DE LOS



ALZADO OESTE



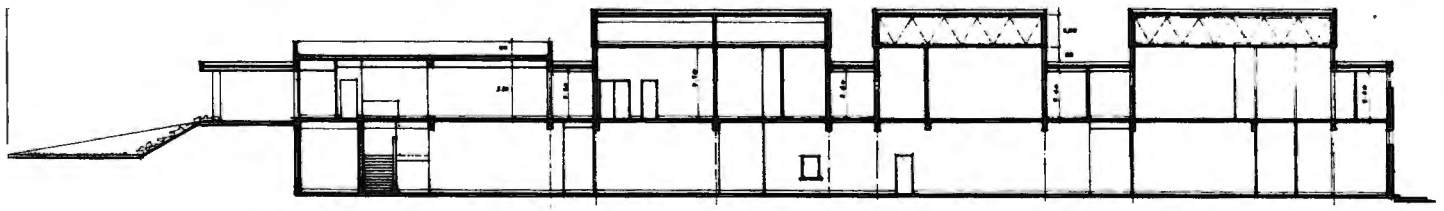
ALZADO SUR

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

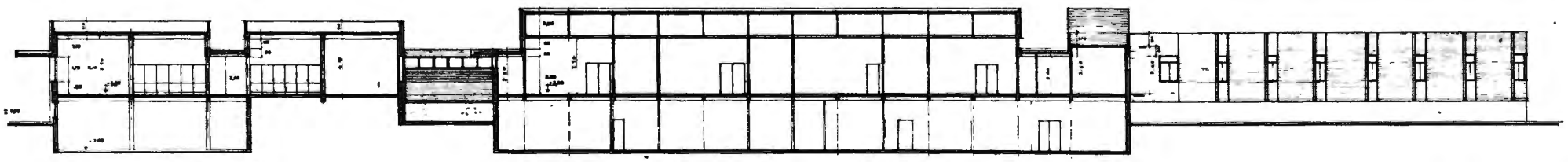
PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALIZACION
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES/CIUDAD REA

PLANO Nº 5 — ALZADOS — ESCALA 1:20

CONFORME — MADRID, OCTUBRE 1970 — LOS ARQUITECTOS



SECCION TRANSVERSAL



SECCION LONGITUDINAL

PROYECTO DE AMBULATORIO Y HOSPITALIZAC
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MANZANARES CU

6

SECCIONES

MATERNIDAD DE SEVILLA

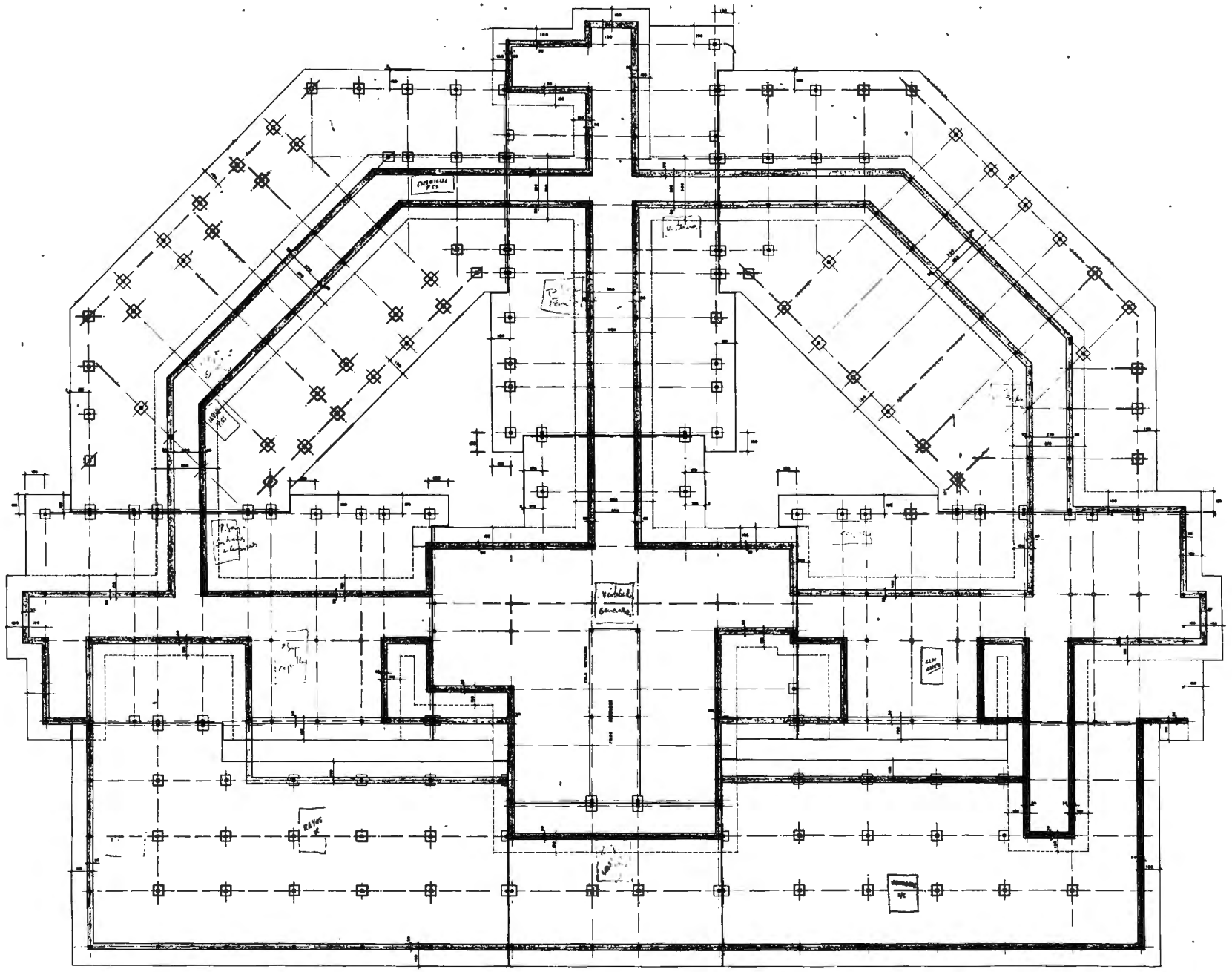
Actualmente existen diversas tendencias asistenciales en torno a la hospitalización en casos de Maternidad.

Como representación de una escuela que logra una asistencia obstétrica con un bajísimo promedio de hospitalización, se presenta aquí un ejemplo de la maternidad construída en Sevilla.

Caracteriza a este Centro la amplia provisión de salas de labor y paritorio, dispuestos en la contigüidad de los quirófanos de manera que a nivel de una planta de facil acceso, quedan resueltos casi todos los problemas fundamentales previos al alumbramiento y el propio alumbramiento.

Su capacidad es de 362 camas, que hasta ahora viene resultando suficiente.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

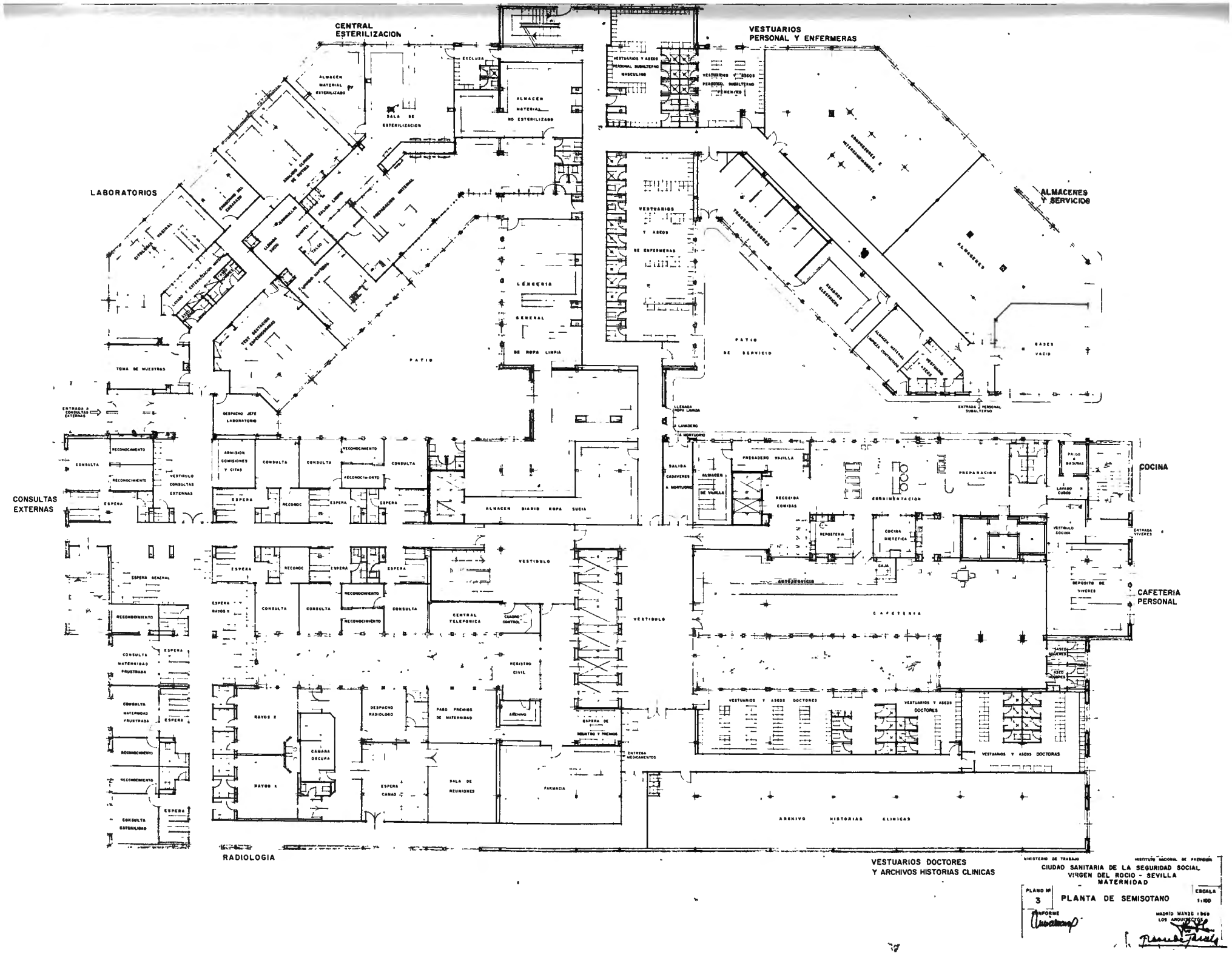


MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO — SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº	PLANTA DE REPLANTEO Y CIMIENTOS.	ESCALA 1:100

CONFORME — MADRID, MARZO 1.960 — LOS ARQUITECTOS



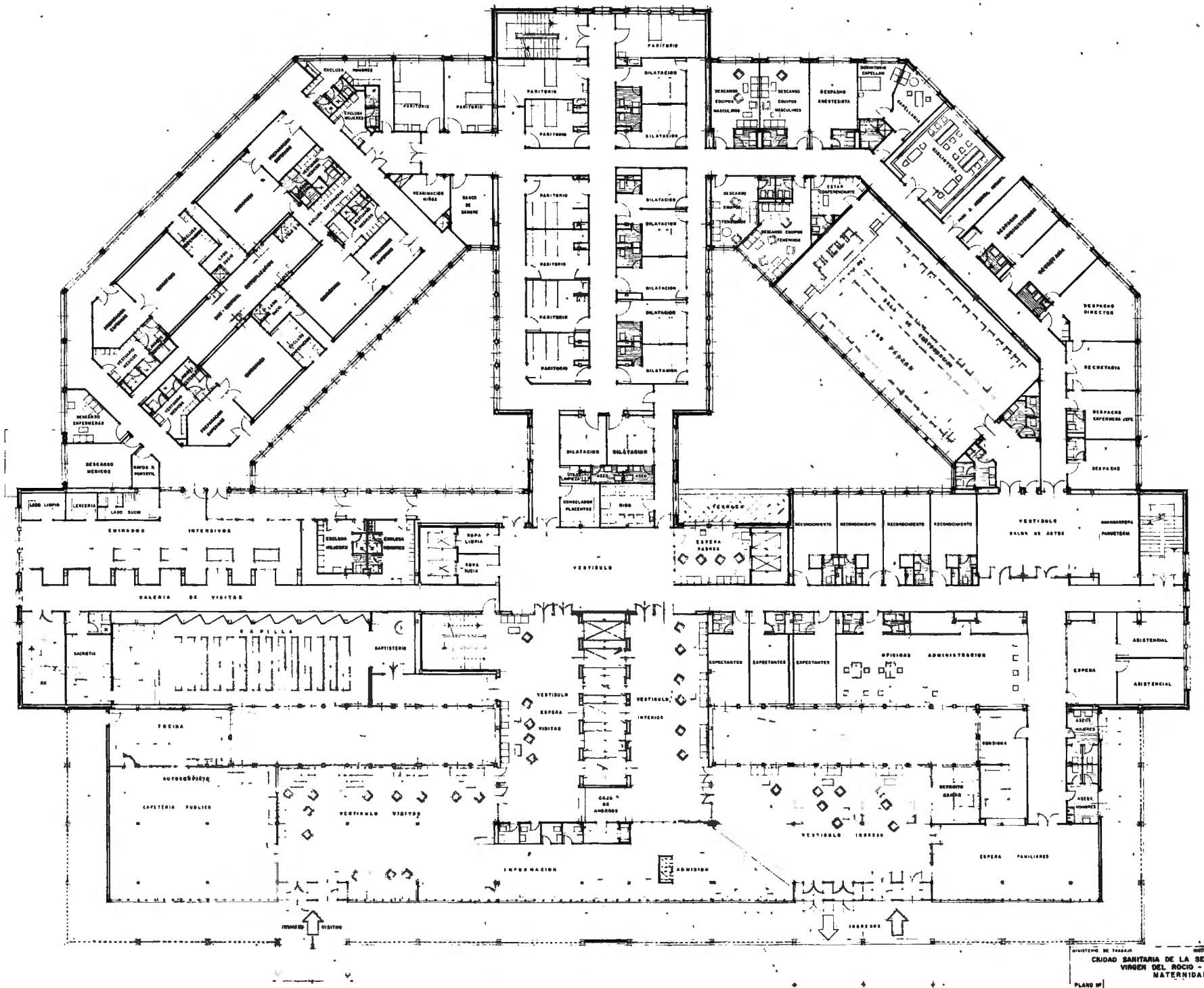
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº 3 — PLANTA DE SEMISOTANO — ESCALA 1:100

INFORME

MADRID MARZO 1969
LOS ARQUITECTOS

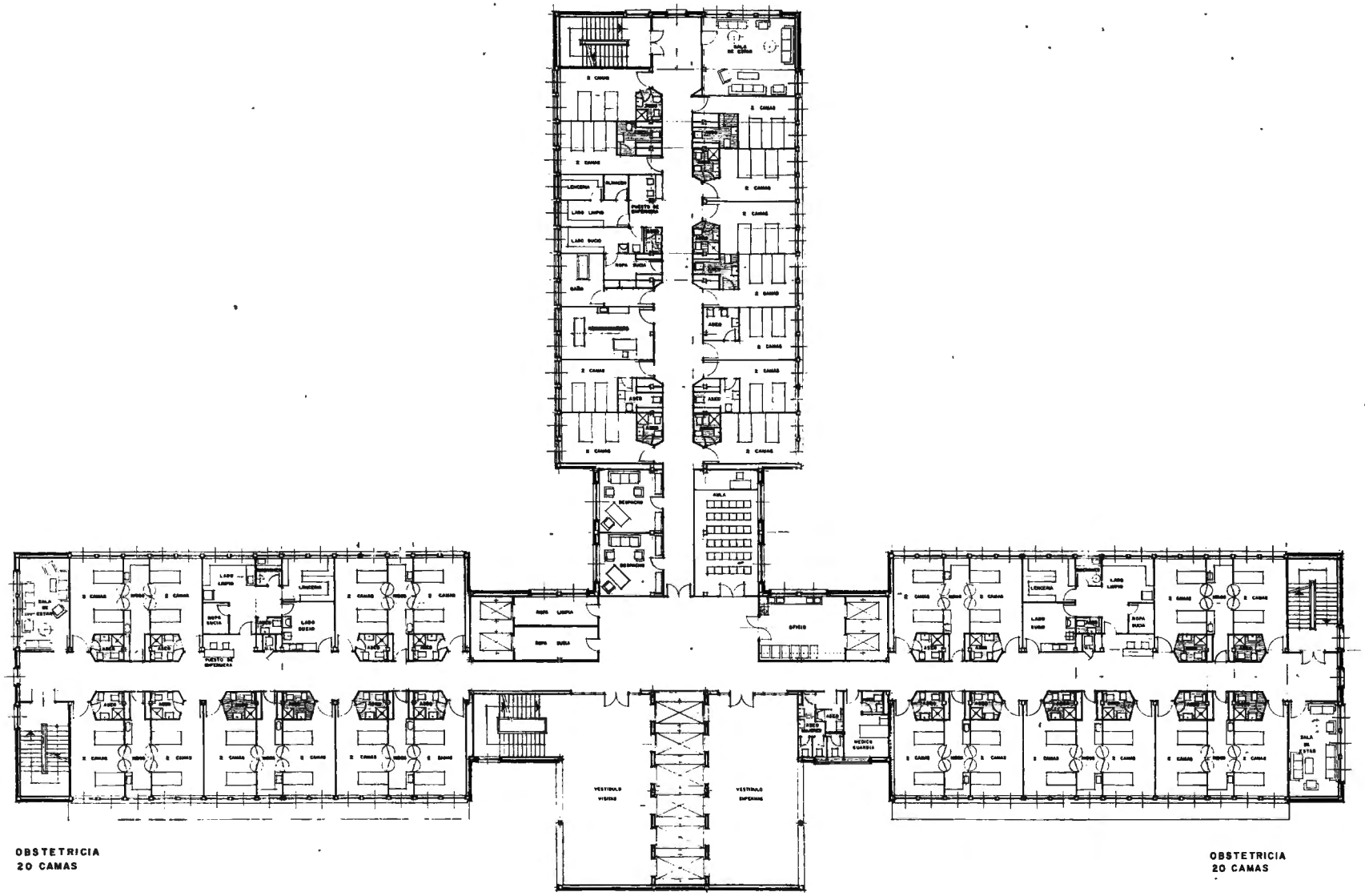


MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº 4 — PLANTA BAJA — ESCALA 1:100

MADRID MARZO 1969
LOS ARQUITECTOS



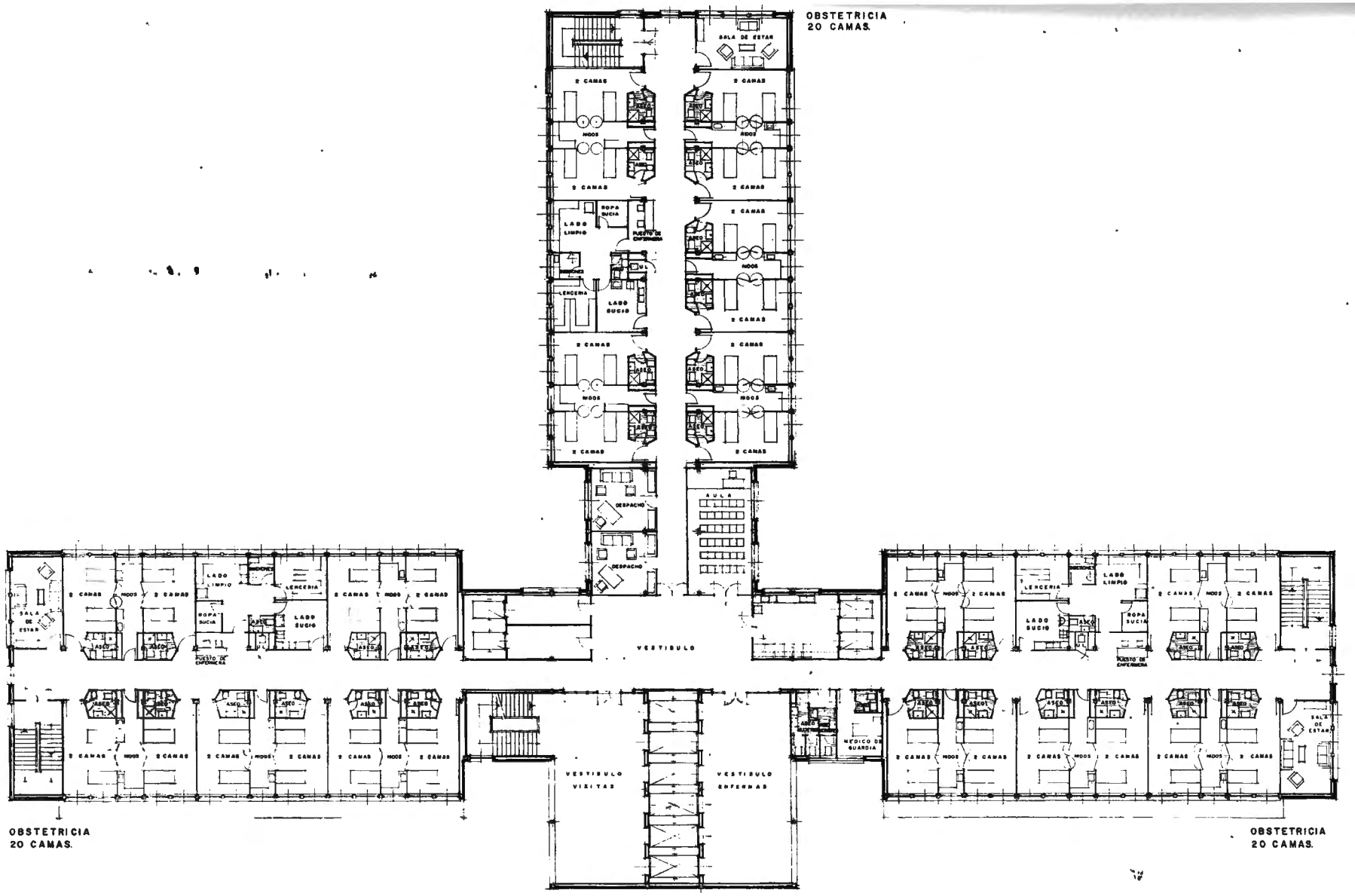
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº 5 — PLANTA 1ª — ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID MARZO 1969
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº		ESCALA
6	PLANTAS 2º, 3º, 4º Y 5º	1 100

CONFORME

MADRID MARZO 1959
LOS ARQUITECTOS

RESIDENCIA DE MONJAS
Y ENFERMERAS.

OBSTETRICIA
20 CAMAS.

OBSTETRICIA
20 CAMAS.

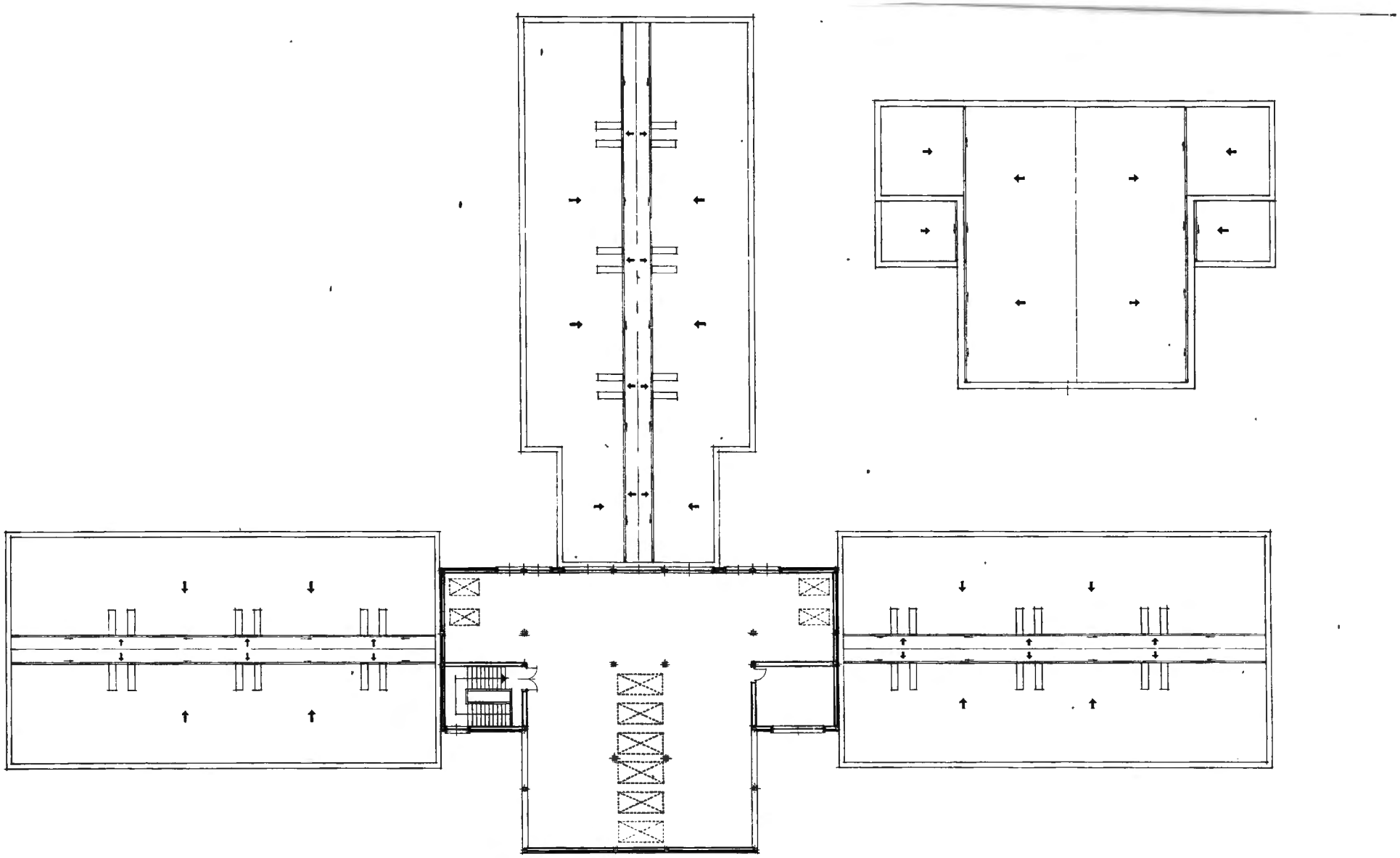
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº 7 — PLANTA 6ª — ESCALA 1:100

CONFORME

MADRID MARZO 1.969
LOS ARQUITECTOS



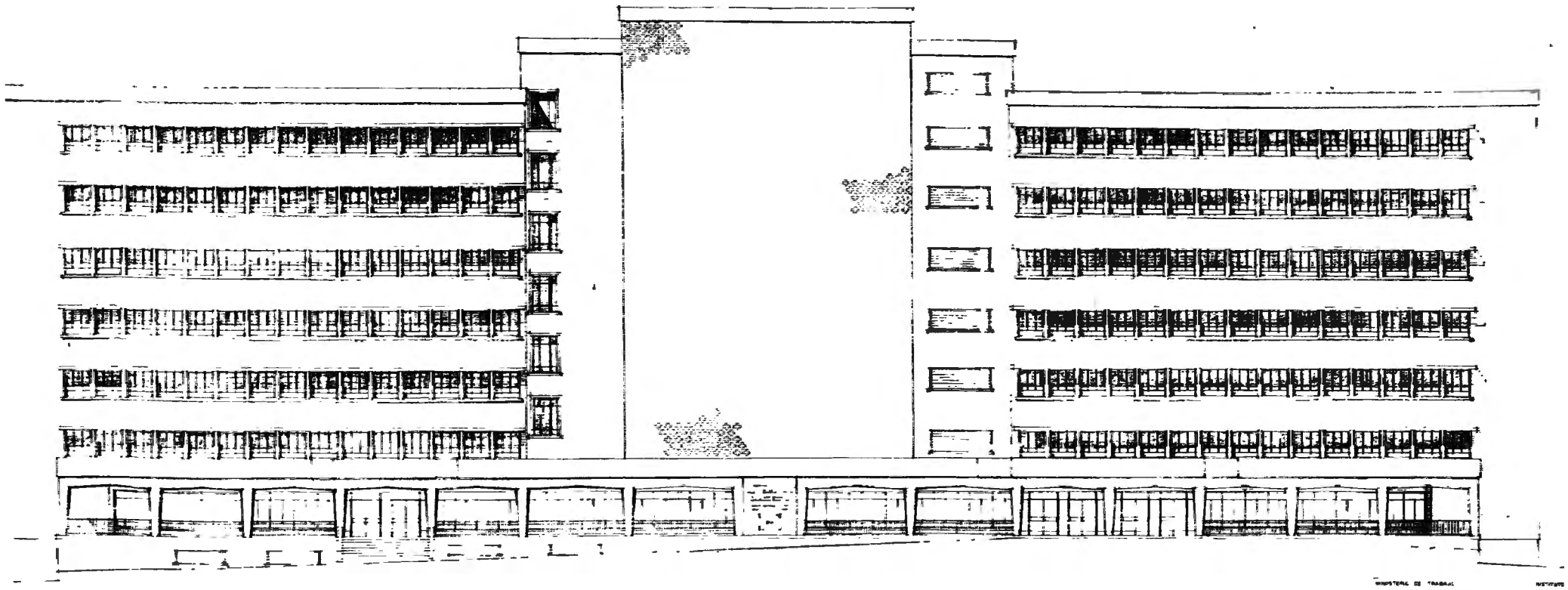
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº		ESCALA
8	PLANTA DE CUBIERTA	1:100

CONFORME

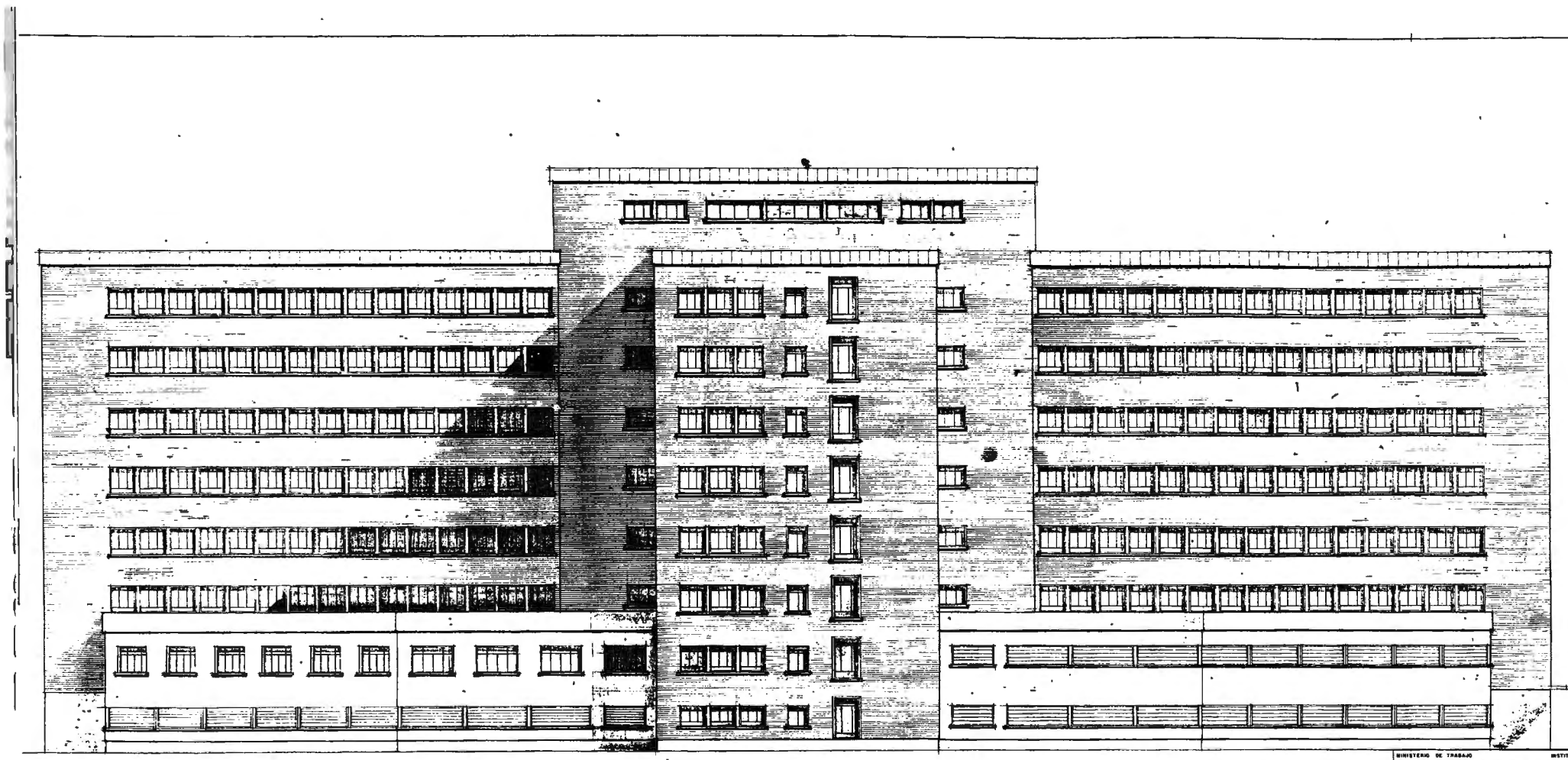
MADRID MARZO 1.969
LOS ARQUITECTOS



MINISTERIO DE TRABAJO INSTITUTO

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGU
VIRGEN DEL ROCIO - SE
MATERNIDAD

PLANO Nº 9 FACHADA PRINCIPAL - SU



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO - SEVILLA
MATERNIDAD

PLANO Nº 10 — FACHADA POSTERIOR - NORTE

CONFORME — MADRID LOS

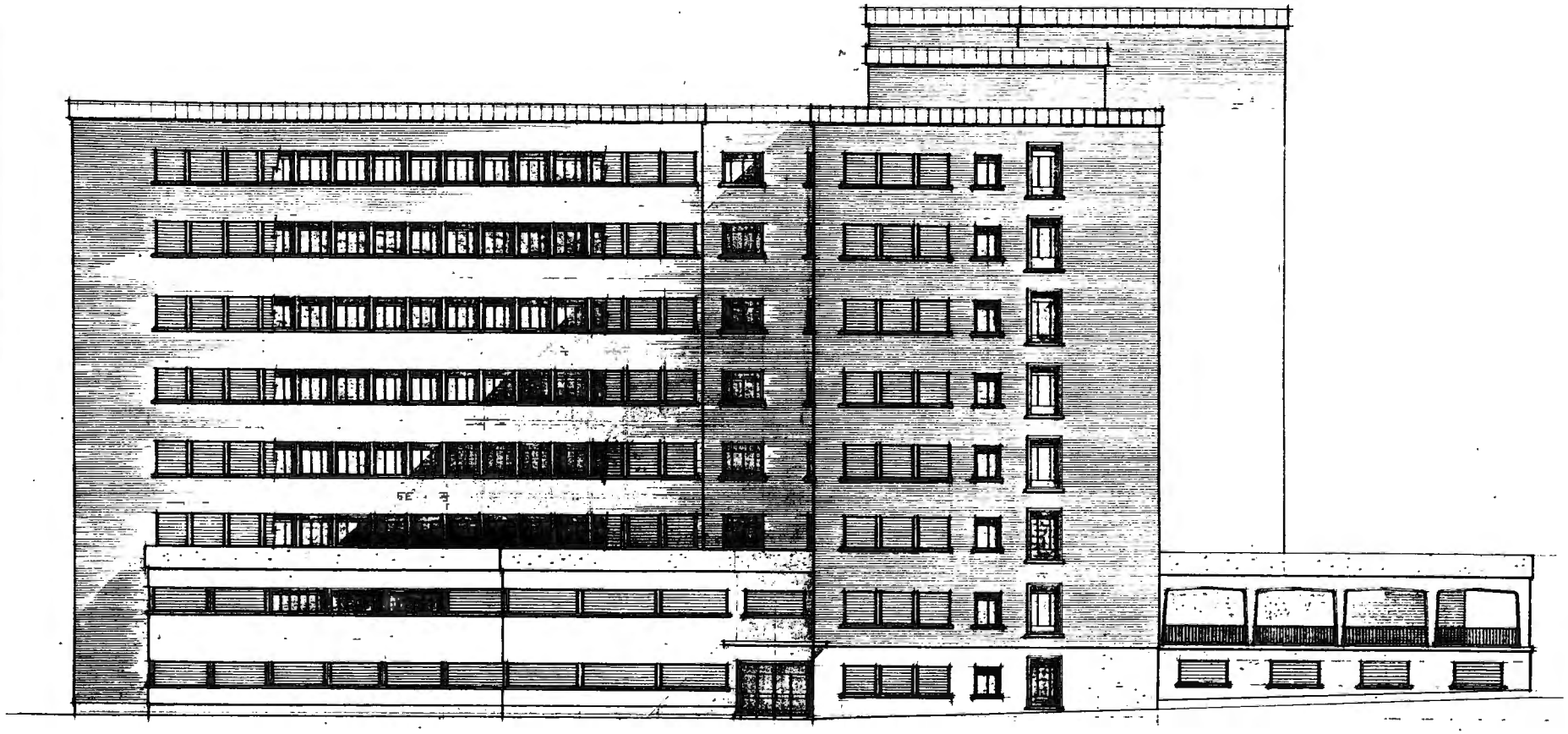
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACI

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDA
VIRGEN DEL ROCIO - SEVIL
MATERNIDAD

PLANO Nº 11

FACHADA LATERAL DERECHA

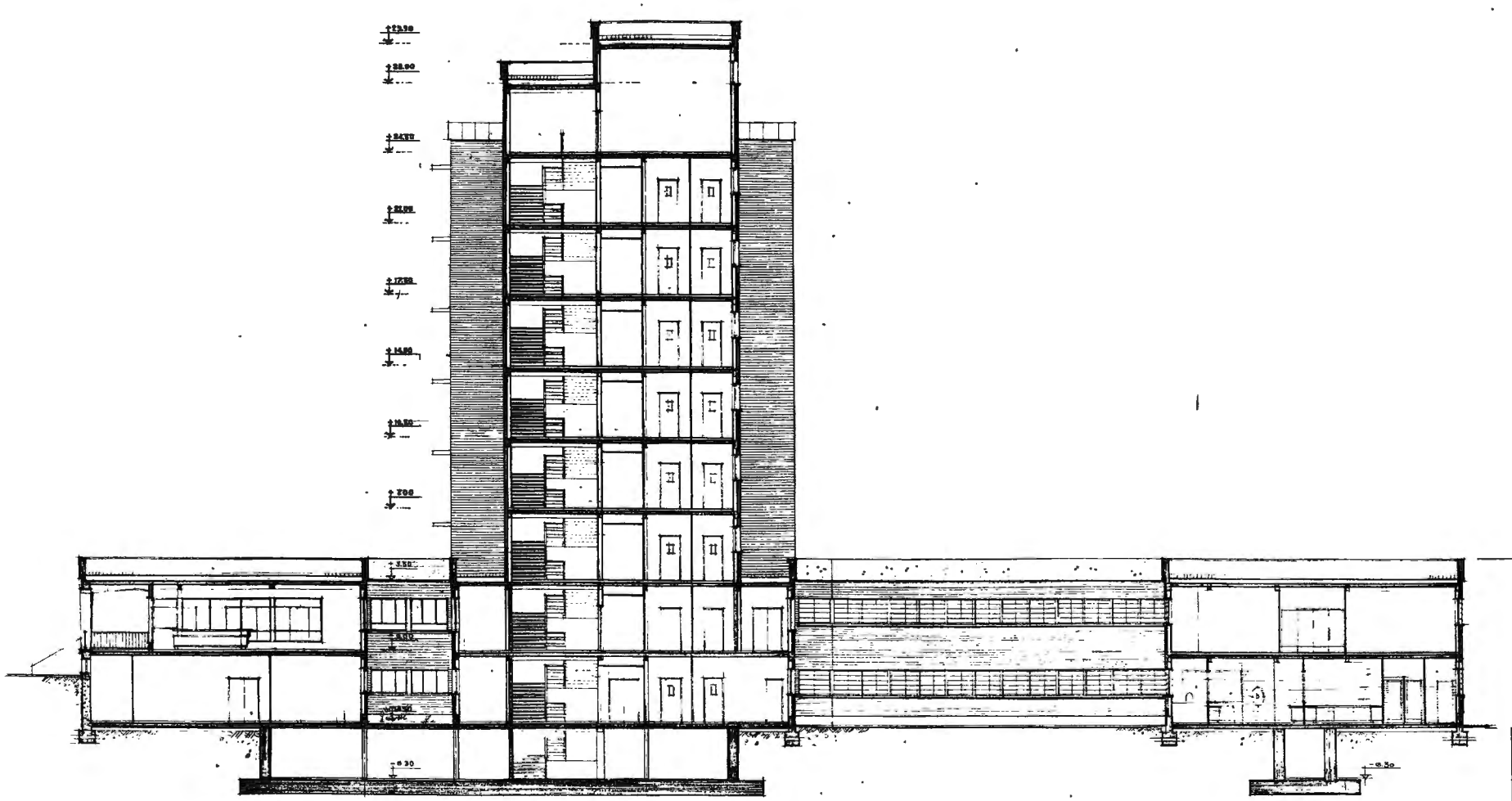
CONFORME — MADI
LOS



MINISTERIO DE TRABAJO
CIUDAD SANITARIA DE L
VIRGEN DEL RO
MATER

PLANO Nº 12

FACHADA LATERAL



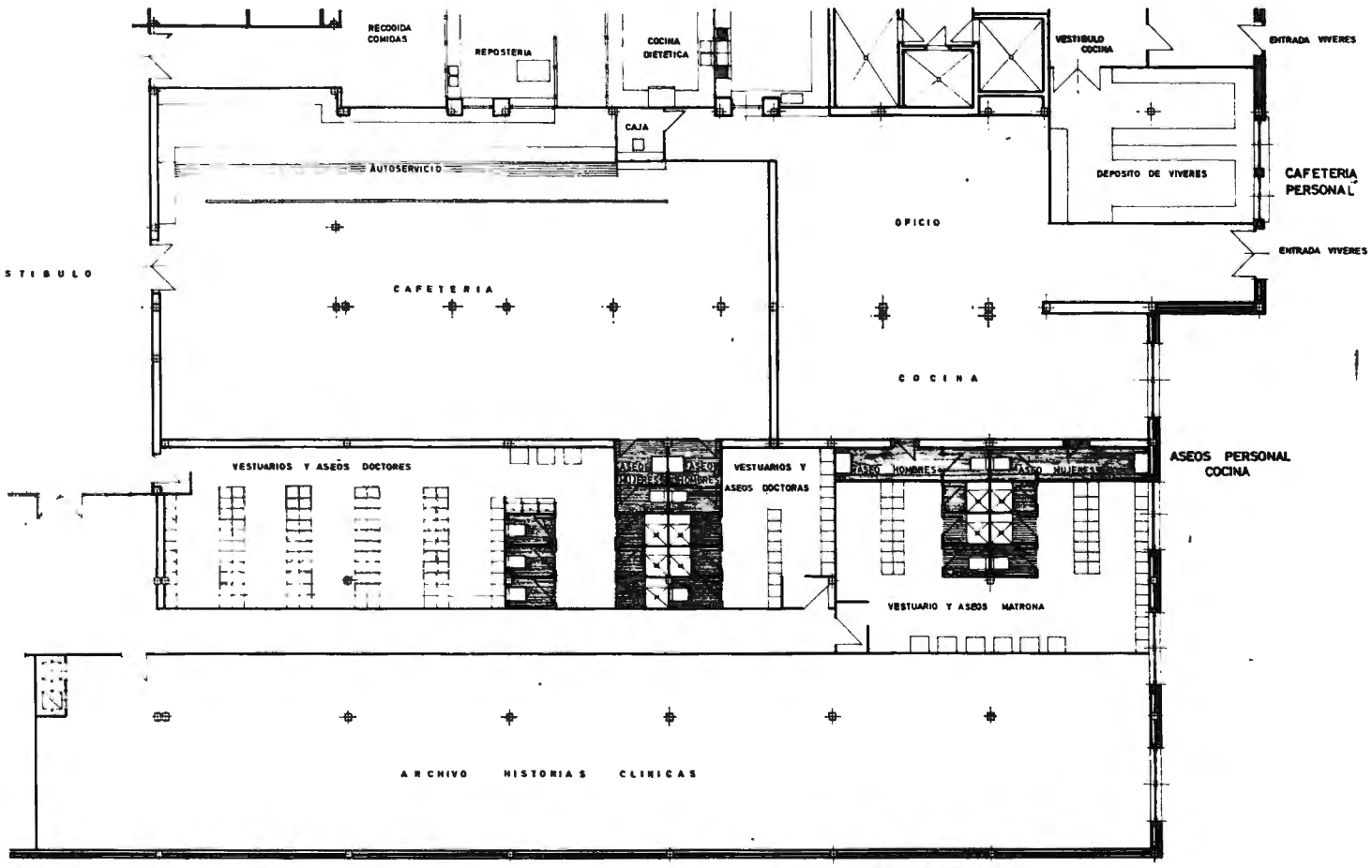
MINISTERIO DE TRABAJO

CIUDAD SANITARIA DE
VIRGEN DEL R
MATE

PLANO Nº 13

SECCION

CONFORME



VESTUARIOS DOCTORES Y
ARCHIVOS HISTORIAS CLINICAS

MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONA

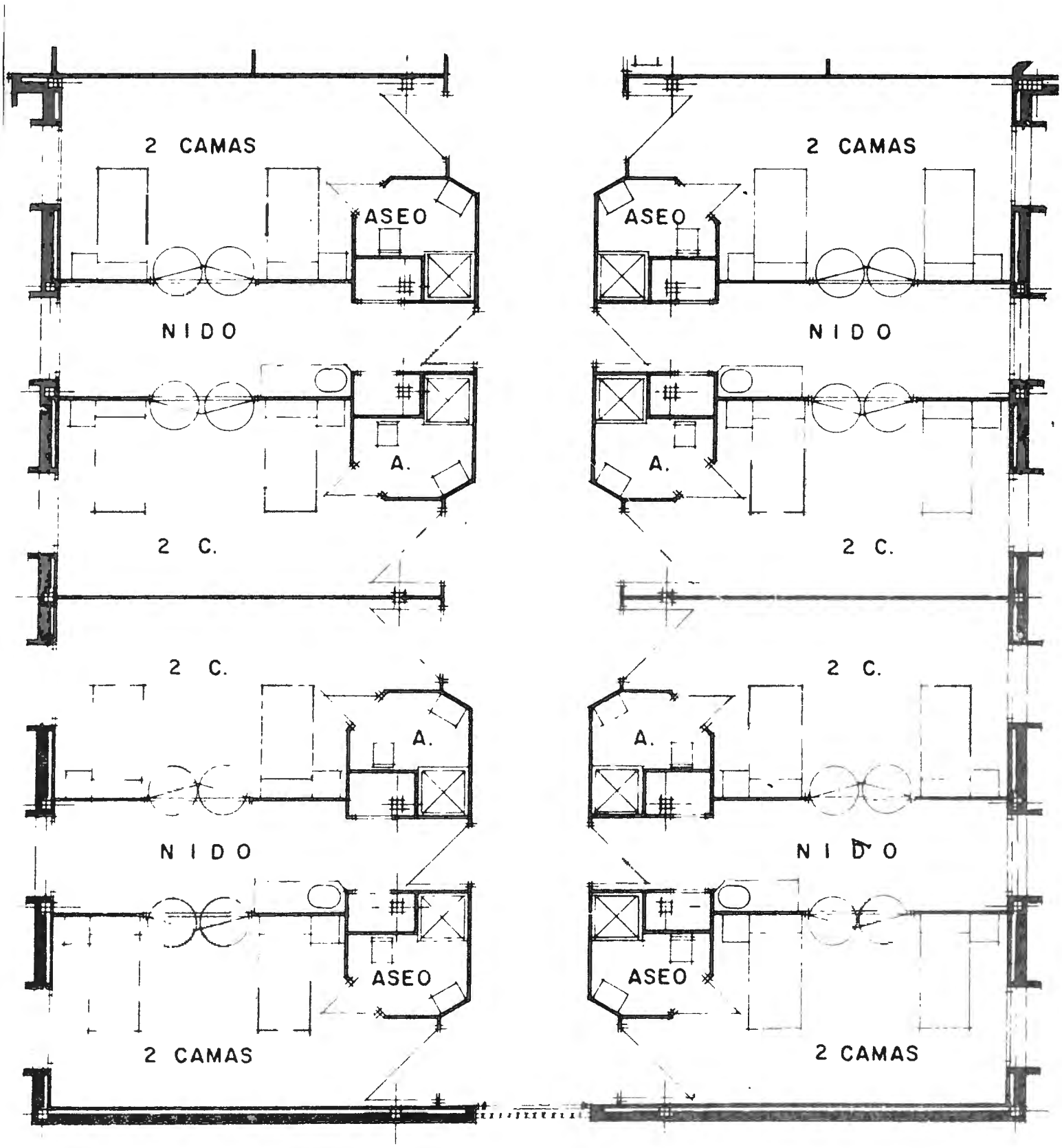
CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURID SOCIAL
VIRGEN DEL ROCIO-SEVILLA
MATERNIDAD

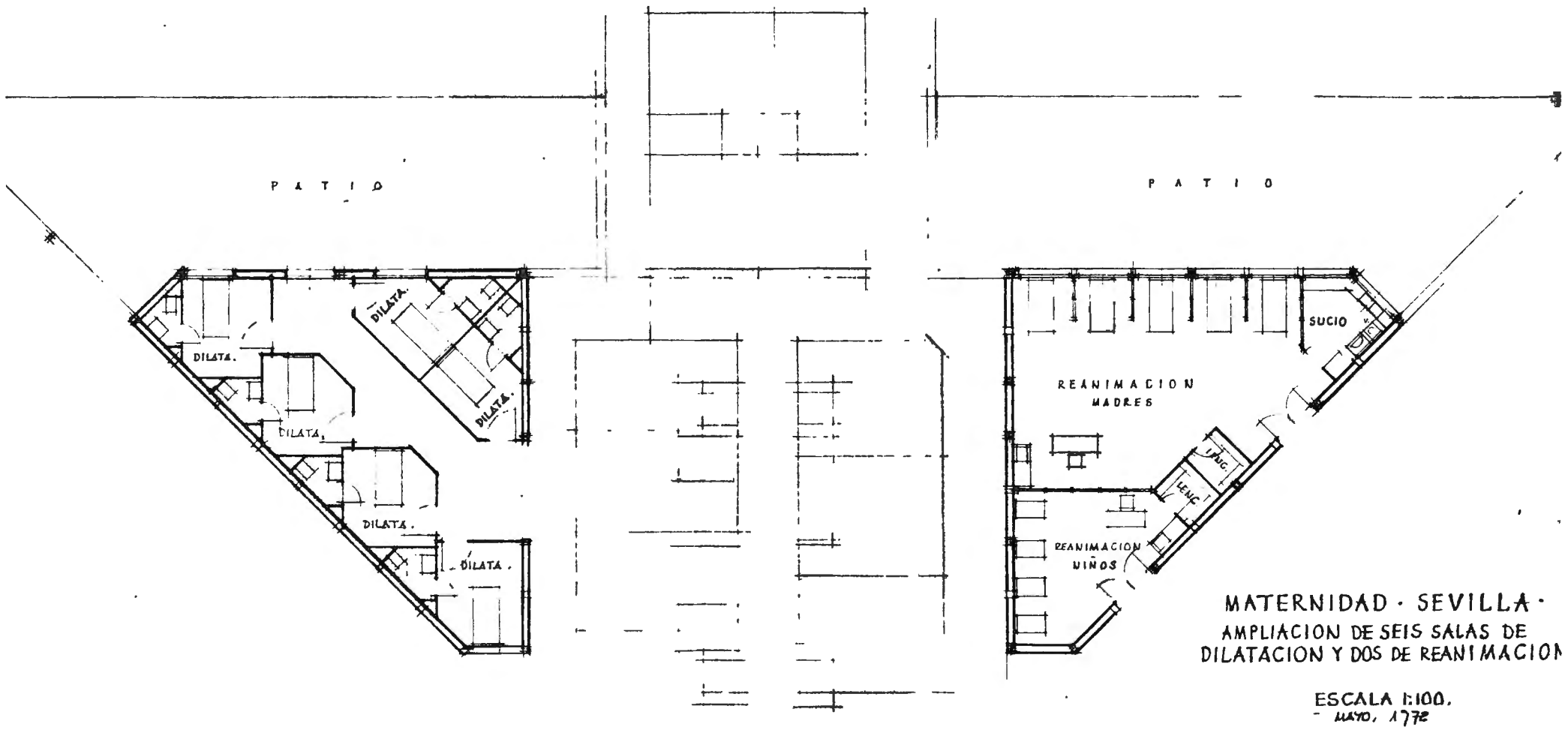
PLANO Nº

PLANTA CAFETERIA

CONFORME

MADRID
LOS A


2 CAMAS
ASEO
NIDO
A.
2 C.
2 C.
A.
NIDO
ASEO
2 CAMAS
2 CAMAS
ASEO
NIDO
A.
2 C.
2 C.
A.
NIDO
ASEO
2 CAMAS



MATERNIDAD · SEVILLA ·

AMPLIACION DE SEIS SALAS DE DILATACION Y DOS DE REANIMACION

ESCALA 1:100.

- MAYO, 1972

II.- 7. EL HOSPITAL ESPECIAL (Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas, de Madrid)

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

II.7.- EL HOSPITAL ESPECIAL (Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas, de Madrid).

Los grandes hospitales de las Ciudades Sanitarias deben hacer frente a las demandas asistenciales de una enorme clientela, procedente de la propia ciudad donde están enclavados, de toda la de su entorno constituido por localidades y provincias limítrofes bien comunicadas con ellos y, además, a las demandas producidas en todo el resto del país, que no pueden ser satisfechas local o regionalmente.

En la práctica resulta que estas demandas y la asistencia urgente saturan por completo sus posibilidades de trabajo, atendiendo a casos en su mayoría relativamente sencillos desde el punto de vista asistencial.

No se encuentra,por consiguiente, en ella, ni el clima ni la tranquilidad necesarios para el desarrollo de una labor asistencial de verdadera altura científica que permita emplear con adecuado rendimiento las grandes posibilidades que en ese terreno brinda la concentración en estas instituciones de los mejores especialistas disponibles con costosos medios materiales a su disposición.

Estas circunstancias han determinado la aparición de un Centro de Especialidades Quirúrgicas en el cual se ve

nía prestando ese tipo de asistencia, pero su capacidad resultó rápidamente escasa y como consecuencia de ello, se está -- construyendo uno nuevo de una capacidad de 1.997 camas.

En este Centro van a desarrollarse fundamentalmente las especialidades quirúrgicas siguientes:

Cirugía cardiaca; neurocirugía; cirugía otológica;- cirugía oftálmica; cirugía maxilofacial; y cirugía plástica,- como especialidades fundamentales, que, naturalmente, se complementarán con servicios de medicina y cirugía general, urología y traumatología.

Un Centro de tales características, que ha de recibir clientela seleccionada debe ser aprovechado para tareas - de investigación y enseñanza, por lo cual una parte importante del Centro se destina para estos fines.

Desde el punto de vista arquitectónico es preciso - desarrollar un proyecto en el cual las necesidades cuantitativas de cada especialidad son por el carácter nacional del centro de un gran volumen, desde ese punto de vista resultan -- equivalentes a un hospital cada una.

Ello determina por una parte la necesidad de -- desarrollar con mayor autonomía los servicios auxiliares de - diagnóstico y tratamiento que son fundamentalmente las consultas externas, los servicios de radiodiagnóstico y algunos la-

bpratorios y por otra la conveniencia de centralizar servicios generales que pueden ser comunes.

Descripción del edificio.

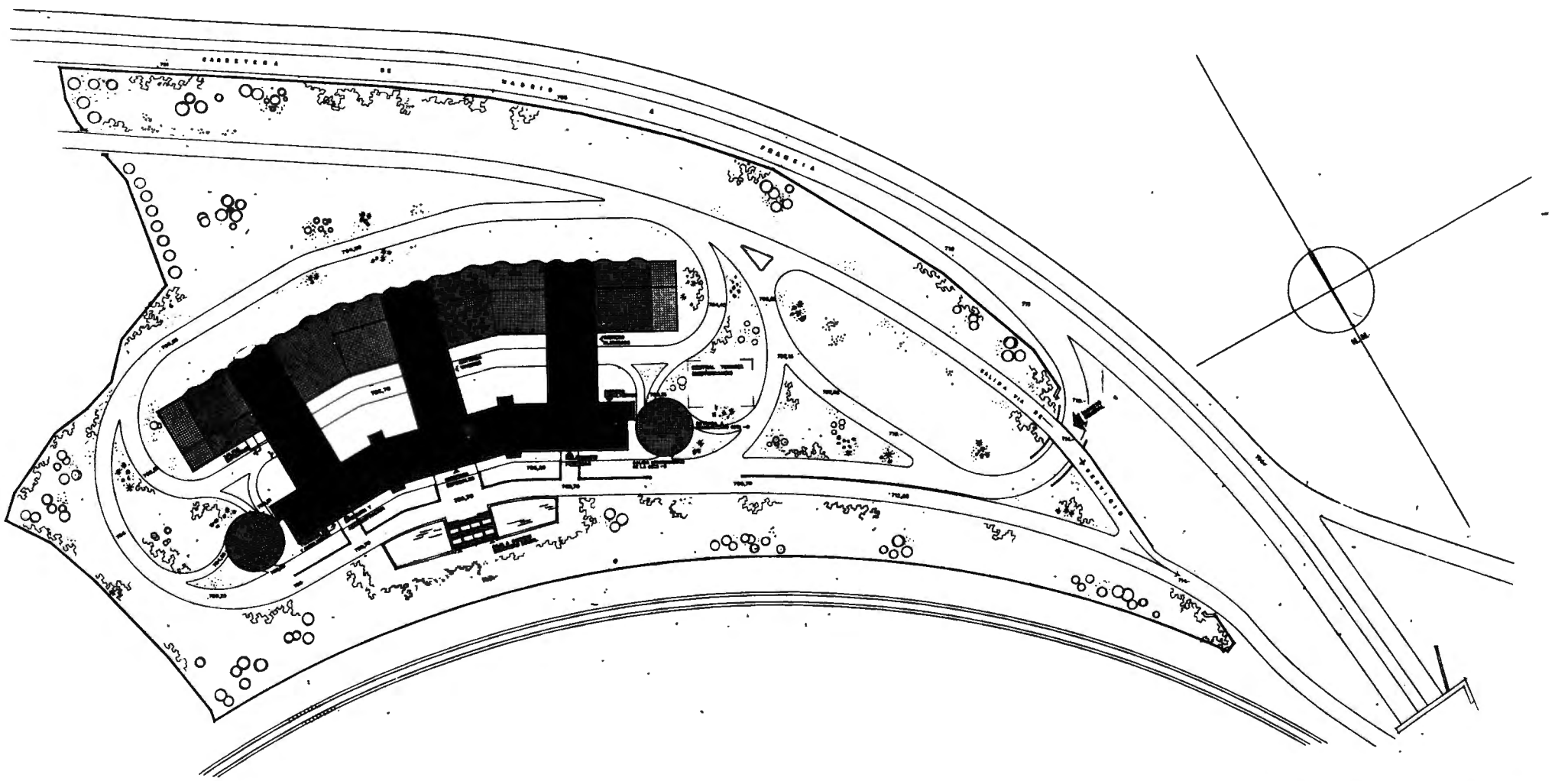
El edificio se ha proyectado de tipo Monobloque, por considerar que es la solución que mejor se adapta al servicio que ha de cumplir, y está constituído por una base que integra dos plantas anterradas de aparcamiento de vehículos, para el uso del personal que ha de prestar sus servicios en el Centro, una planta que se denomina planta 33 o sótano, con ventilación e iluminación directa y accesos, destinada a Servicios Generales, talleres y animales de una planta denominada -2 o semisótano, dedicada a Investigación, Archivos, Estadística y Computación, igualmente iluminada directamente y con accesos, una planta denominada -1, dedicada a Administración, Docencia, Aulas, Biblioteca, etc. una planta denominada ± 0.00, destinada a Diagnóstico y una planta + 1, destinada a planta terapéutica.

El bloque alto del edificio, está constituído por trescuerpos de edificio, en forma de T, cada uno de los cuerpos, que comprenden las plantas + 2, + 3, + 4, + 5, + 6 + 7, + 8, + 9, + 10 y + 11 destinadas a Enfermerías, Jefaturas de Servicios, etc., y finalmente tres plantas constituídas por tres cuerpos rectangulares que podemos considerar las bases de las tres anteriormente mencionadas, que son --

las plantas + 12, + 13, y+ 14, que se destinan a enfermerías de posoperados.

El edificio presenta una fachada principal con cuerpos bajos con una ligera envoltura concava, cuerpos altos en forma de puas de peine y una coronación de cuerpo conti-- nuo igualmente con curvatura convexa.

La fachada posterior, presenta una configuración de bloque alto con curvatura convexa.



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE

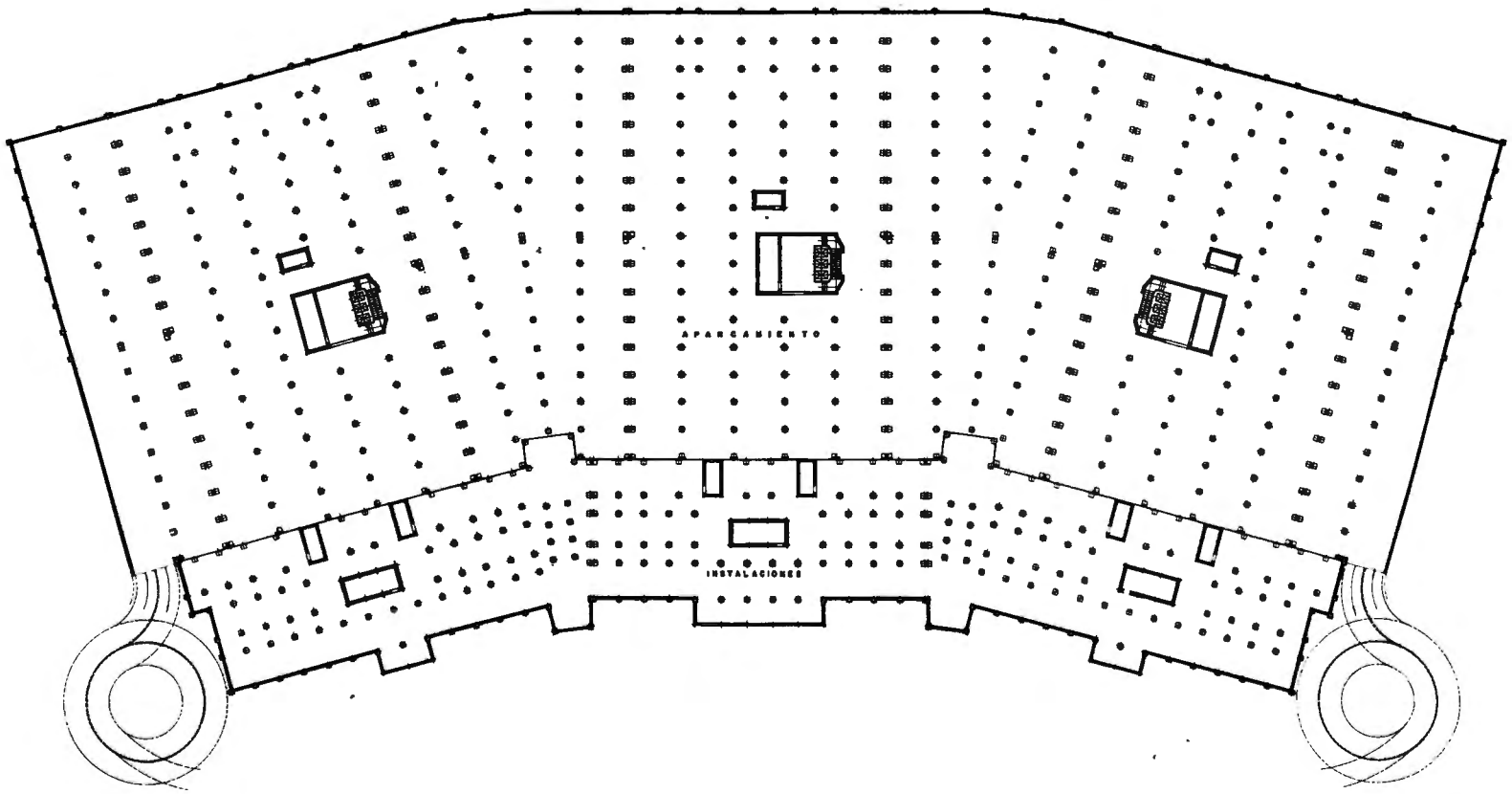
PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº 0

PLANO DE EMPLAZAMIENTO

CONFORME :

MADRID MAY(
LOS ARQUITI



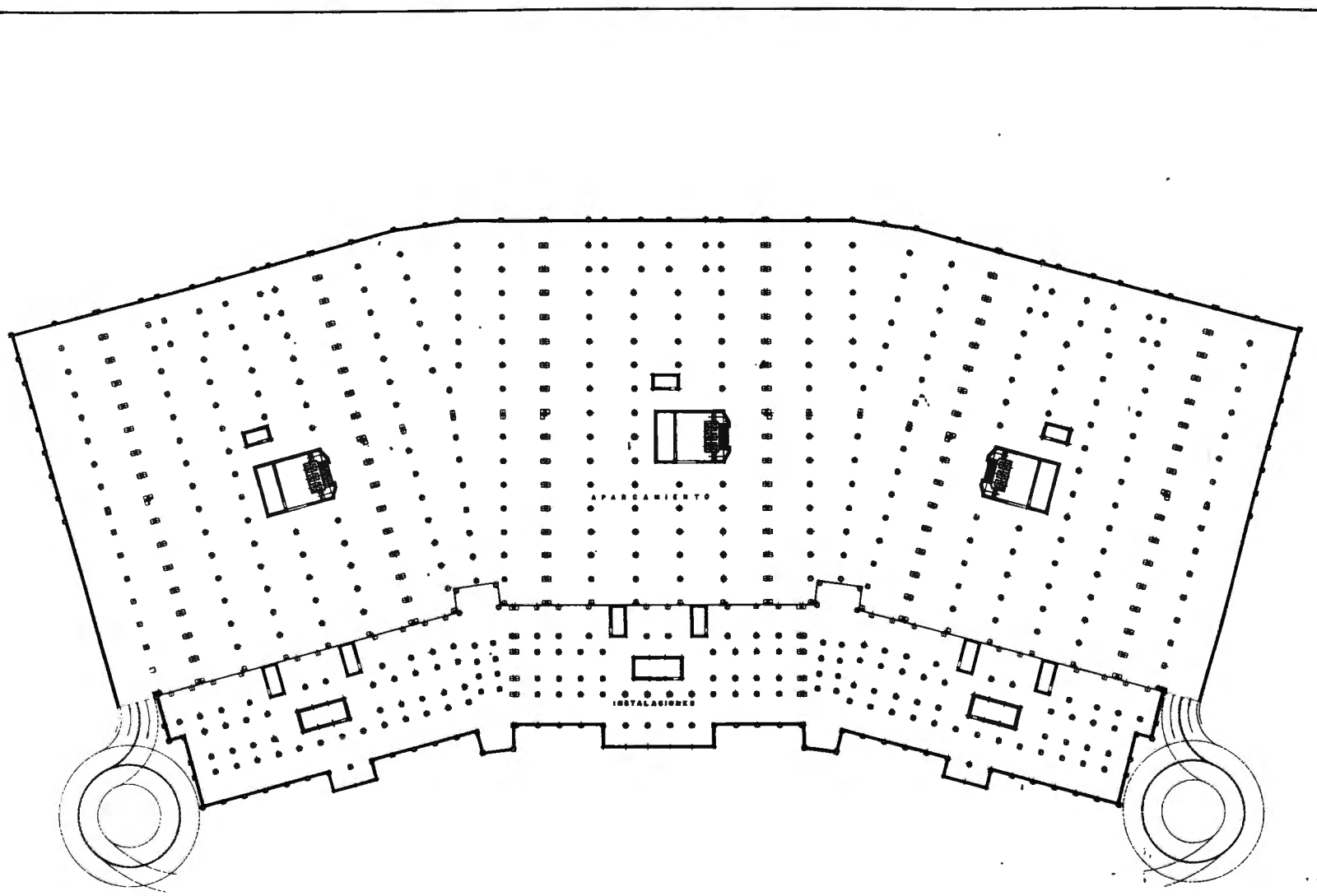
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID.

PLANO Nº		ESCALA
1	PLANTA - 5 APARCAMIENTO E INSTALACIONES	1:500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1.972.
LOS ARQUITECTOS.



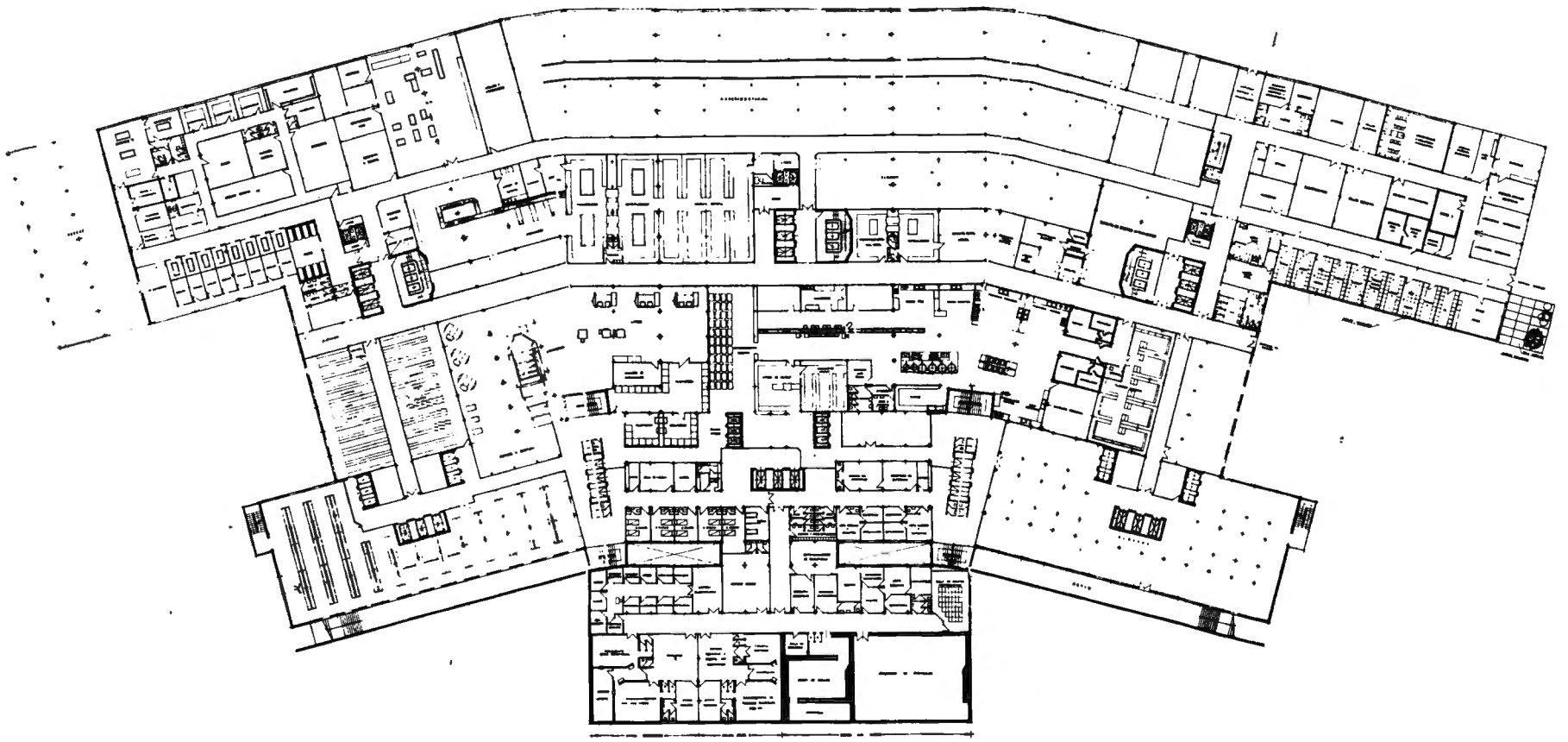
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
2	PLANTA -4 APARCAMIENTO E INSTALACIONES	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



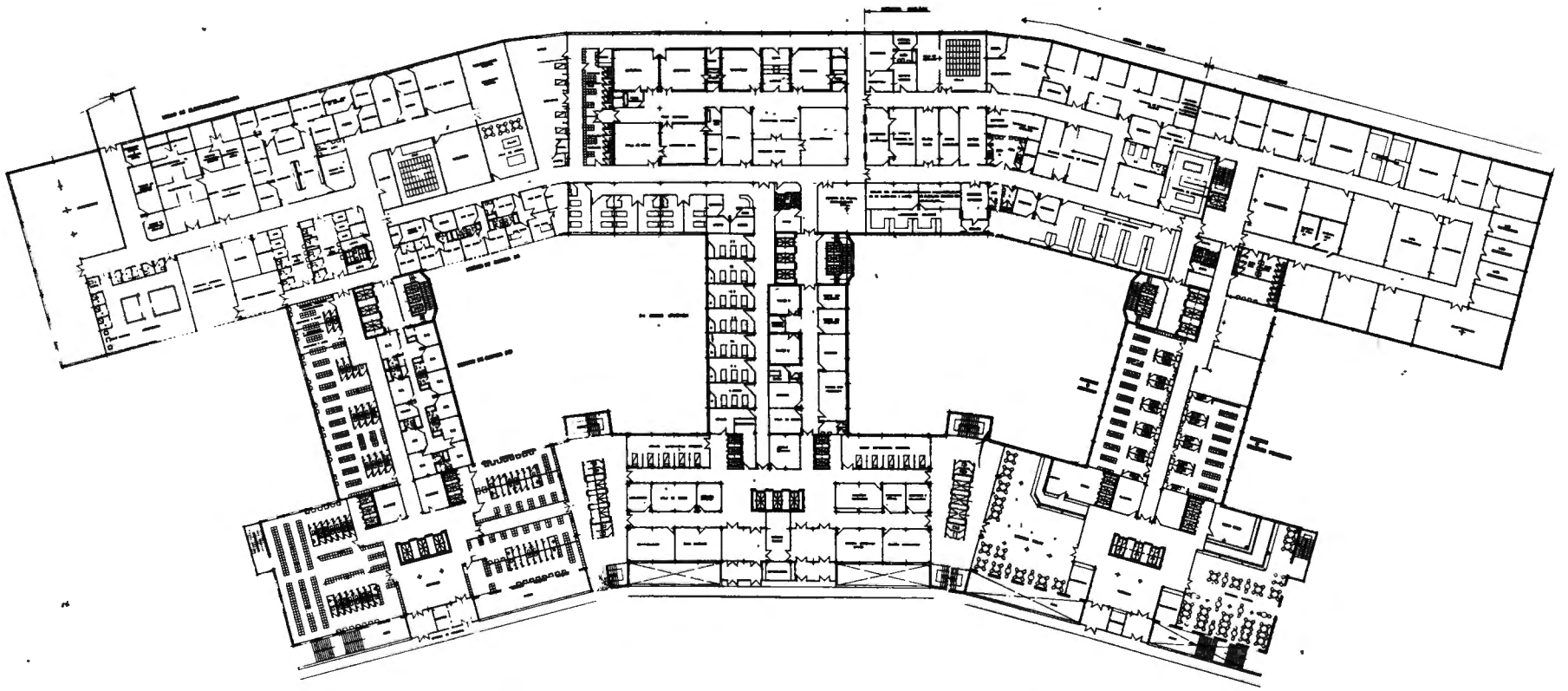
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
3	PLANTA – 3 ANATOMIA PATOLOGICA, RADIOTERAPIA, INVESTIGACION, COCINA, LAVADERO Y ALMACEN.	1:500

CONFORME.

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS



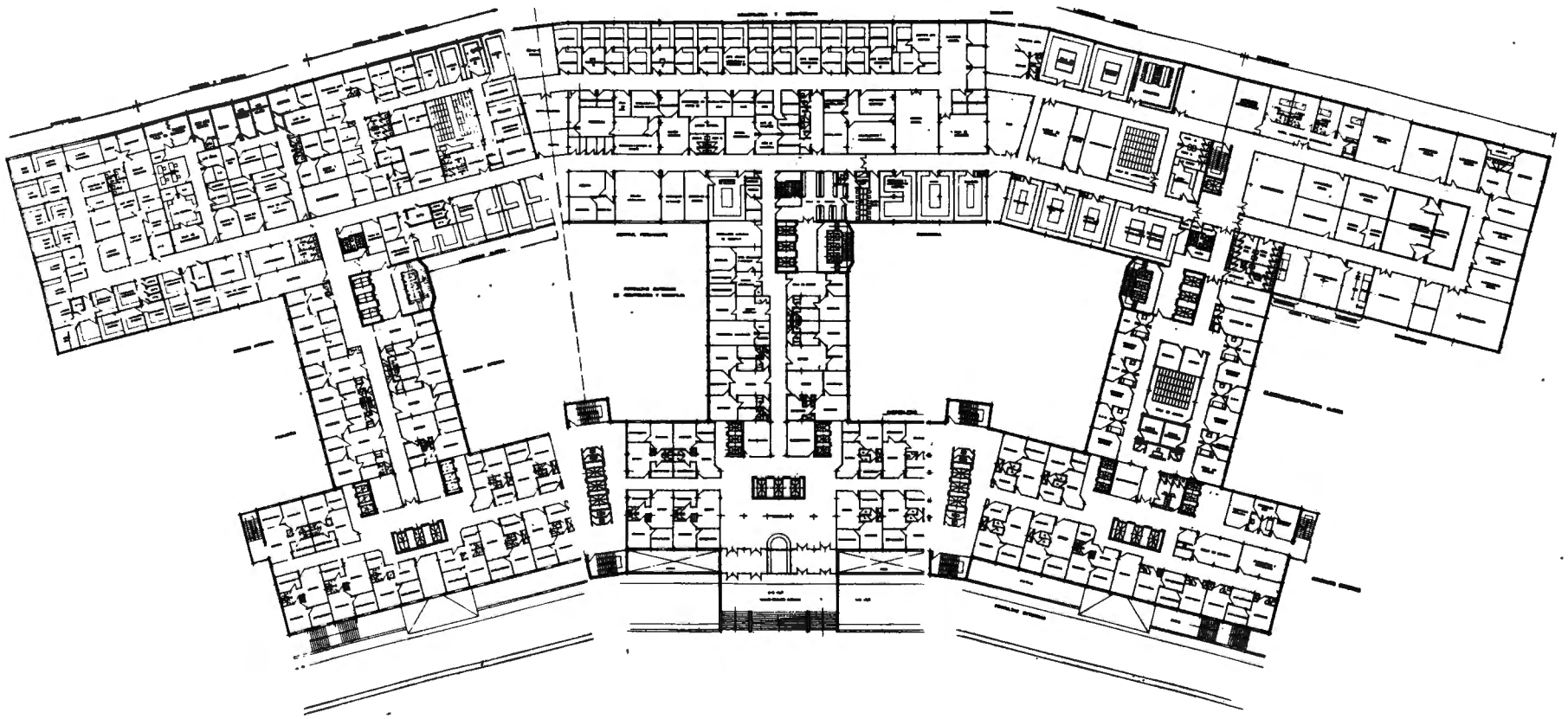
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
.4	PLANTA – 2 MEDICINA NUCLEAR, REHABILITACION MEDICOS GUARDIA, VESTUARIOS Y CAFETER.	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



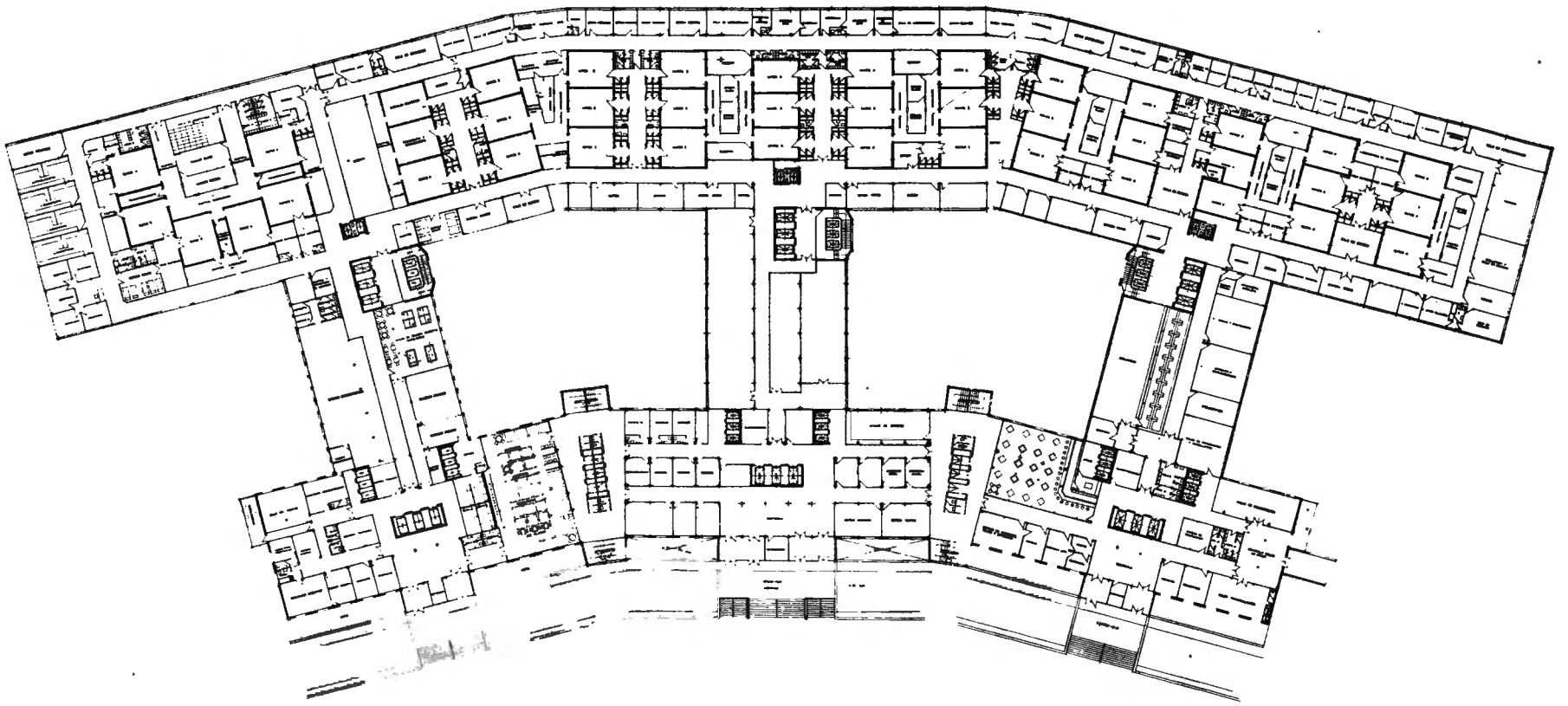
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
5	PLANTA – I CONSULTAS EXTERNAS Y LABORATORIOS.	1:50

CONFORME:

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



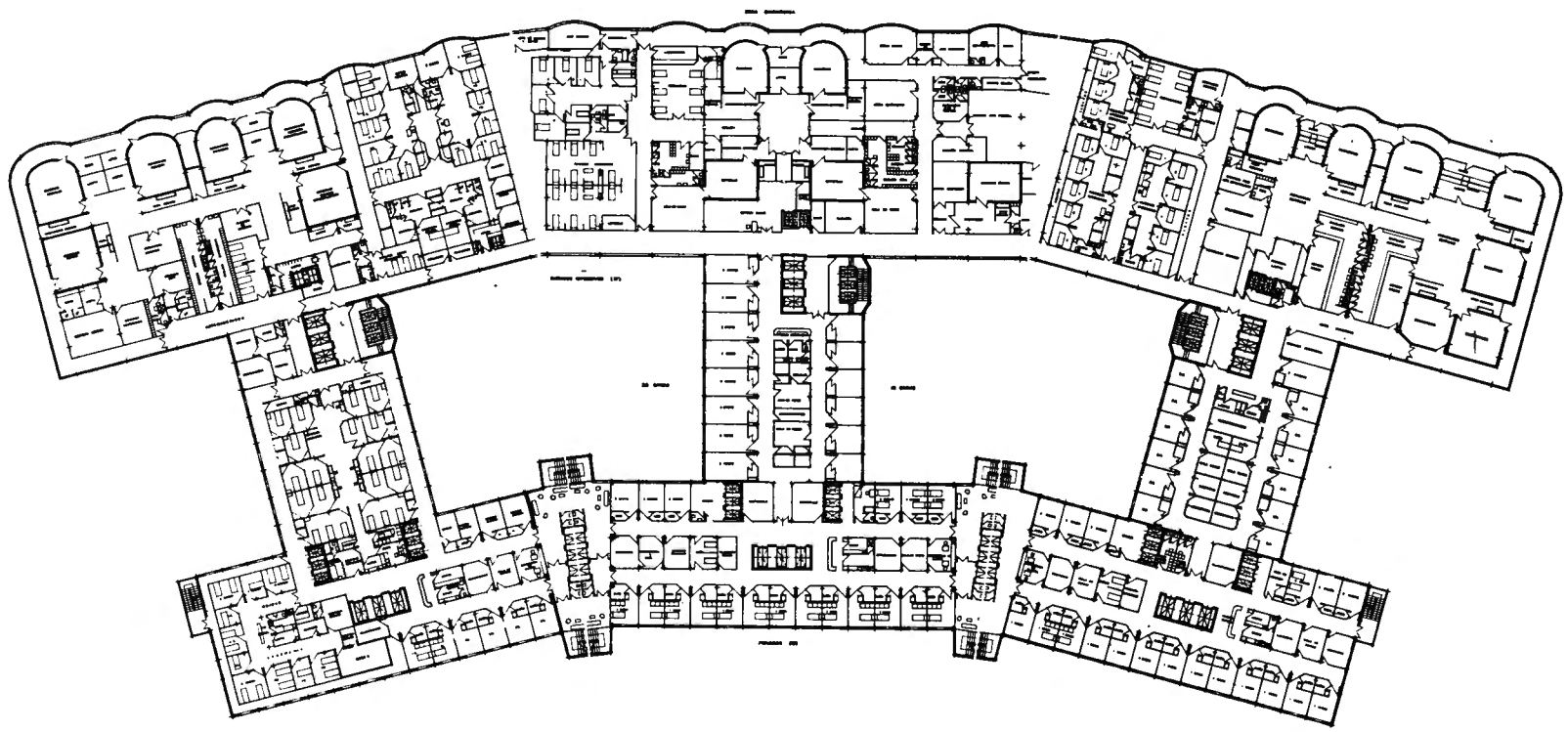
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISI

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCAL
6	PLANTA ± 0,00 RADIOLOGIA, INGRESOS GENERALES DIRECCION Y CAFETERIA	1: 50

CONFORME .

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



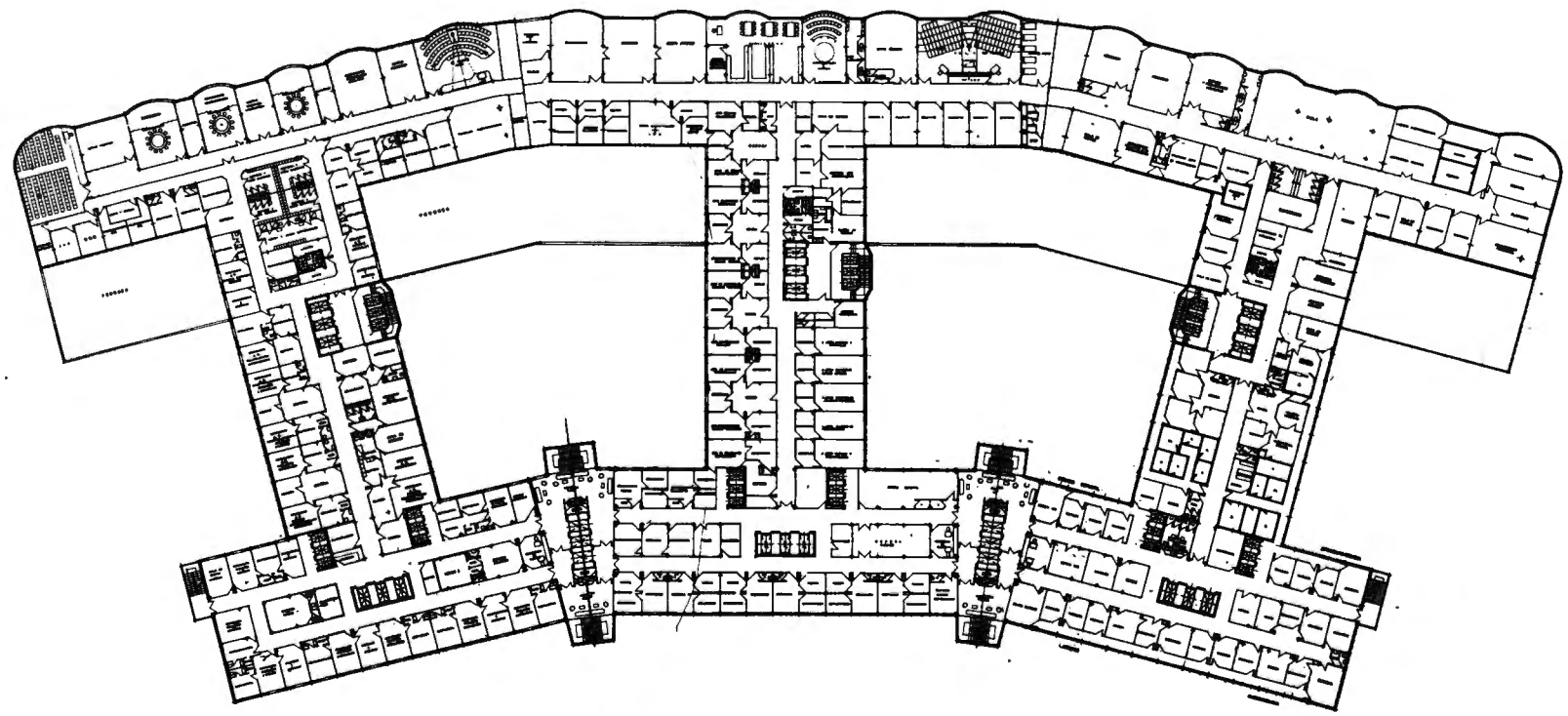
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
7	PLANTA +1 TRAUMATOLOGIA, QUIROFANOS, ENFERMERIA CIRUGIA OTORRIÑO Y CARDIOVASCULAR	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS:



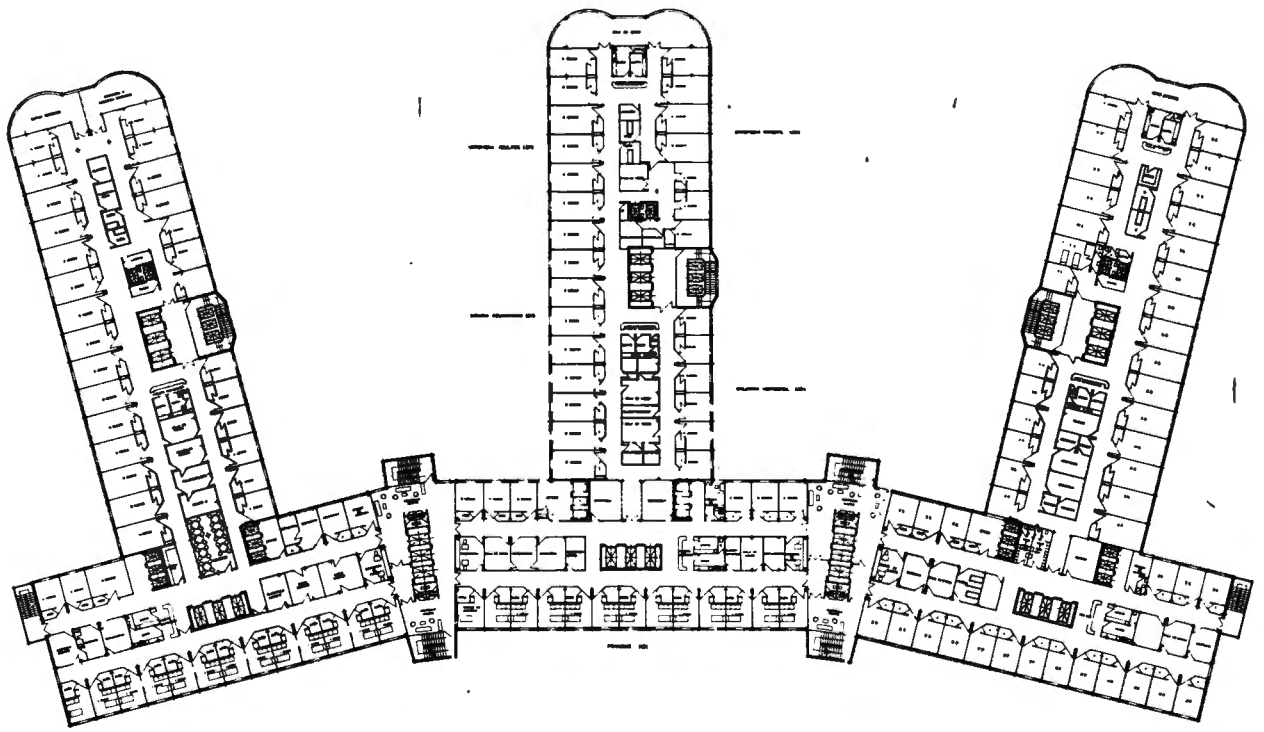
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
8	PLANTA +2 JEFATURA DE CONSULTAS DE OTORRINO, TORAX, PULMON, V. PERIFERICO, TRAUMATOL.	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS



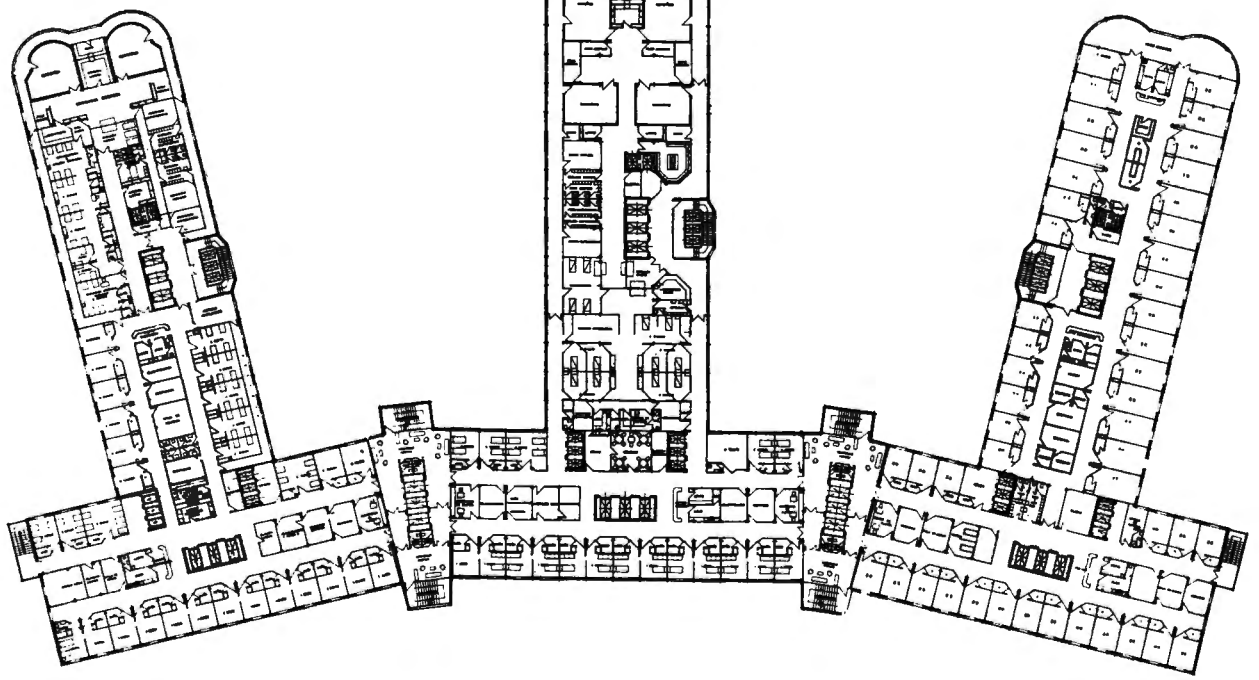
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
9	PLANTA + 3 ENFERMERIA CORAZON, ADULTOS Y VASCUL. OTORRINOLARINGOLOGIA Y TRAUMATOLOGIA	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



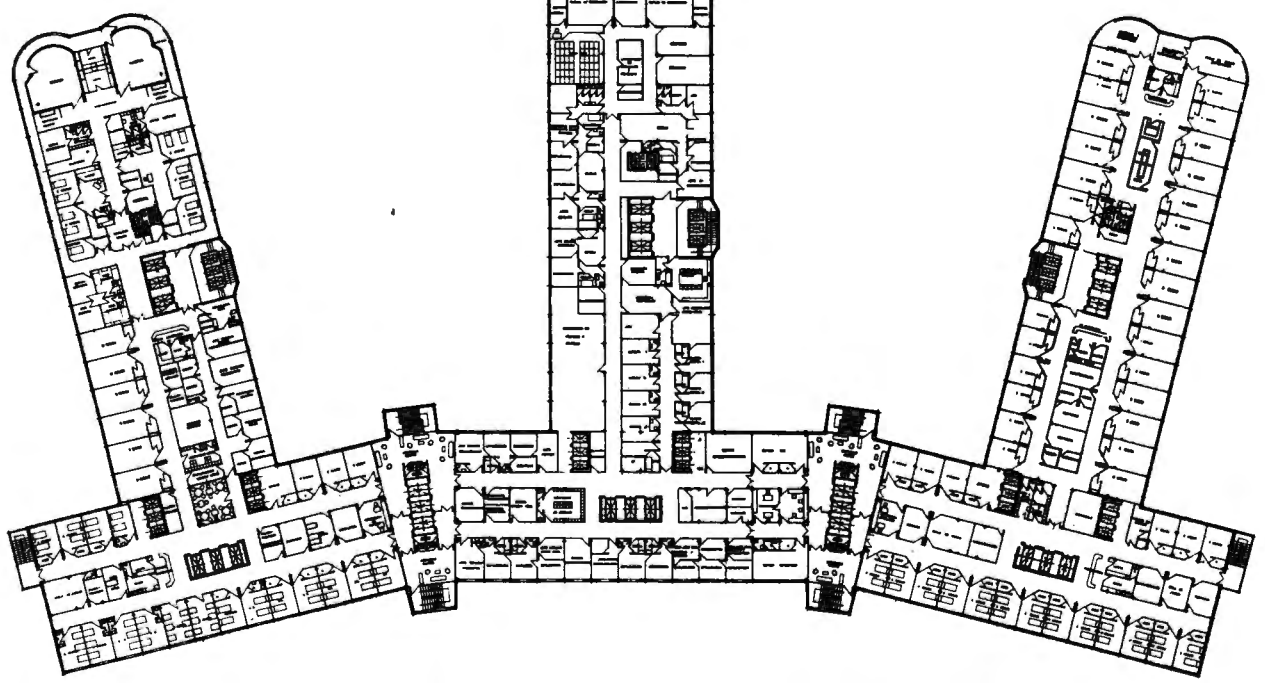
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
10	PLANTA +4 ENFERMERIA MAXILO FACIAL, OTORRINO Y CIRUGIA CARDIO VASCULAR INFANTIL	1: 500

CONFORME.

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



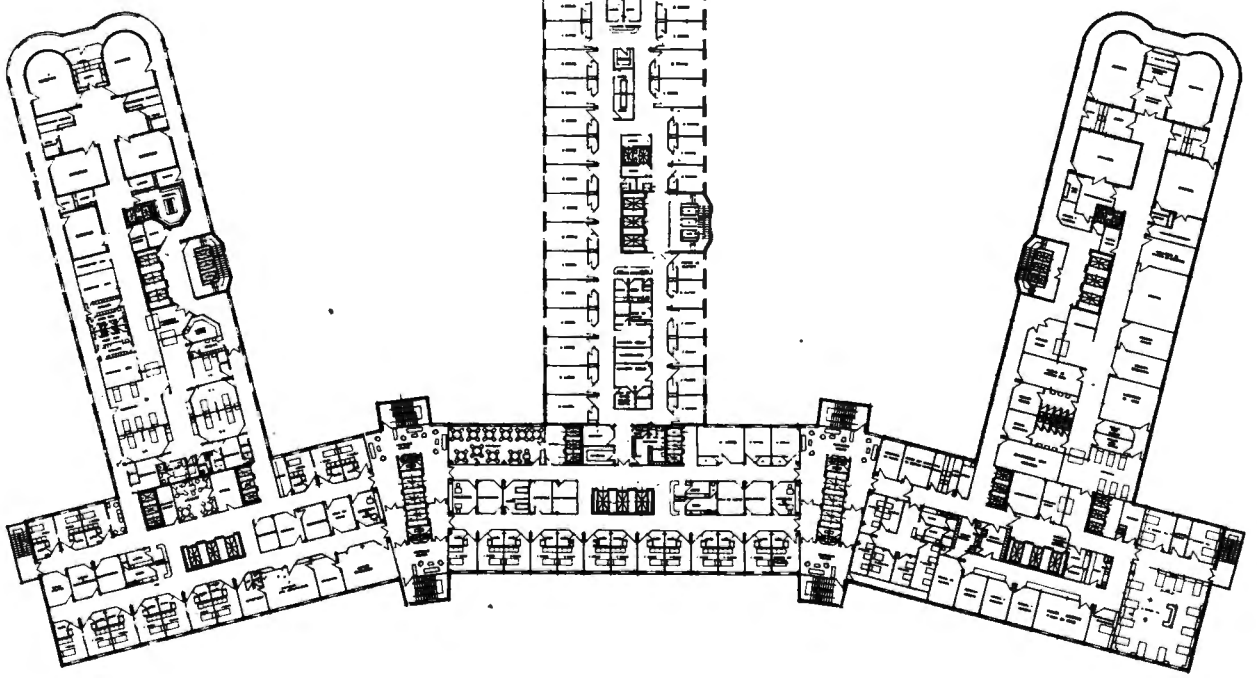
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
11	PLANTA + 5 CONSULTA MAXILOFACIAL, NEURO-CIRUGIA CIRUGIA TORACO-BRONCO-PULMONAR	1:500

CONFORME :

MADRID-MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



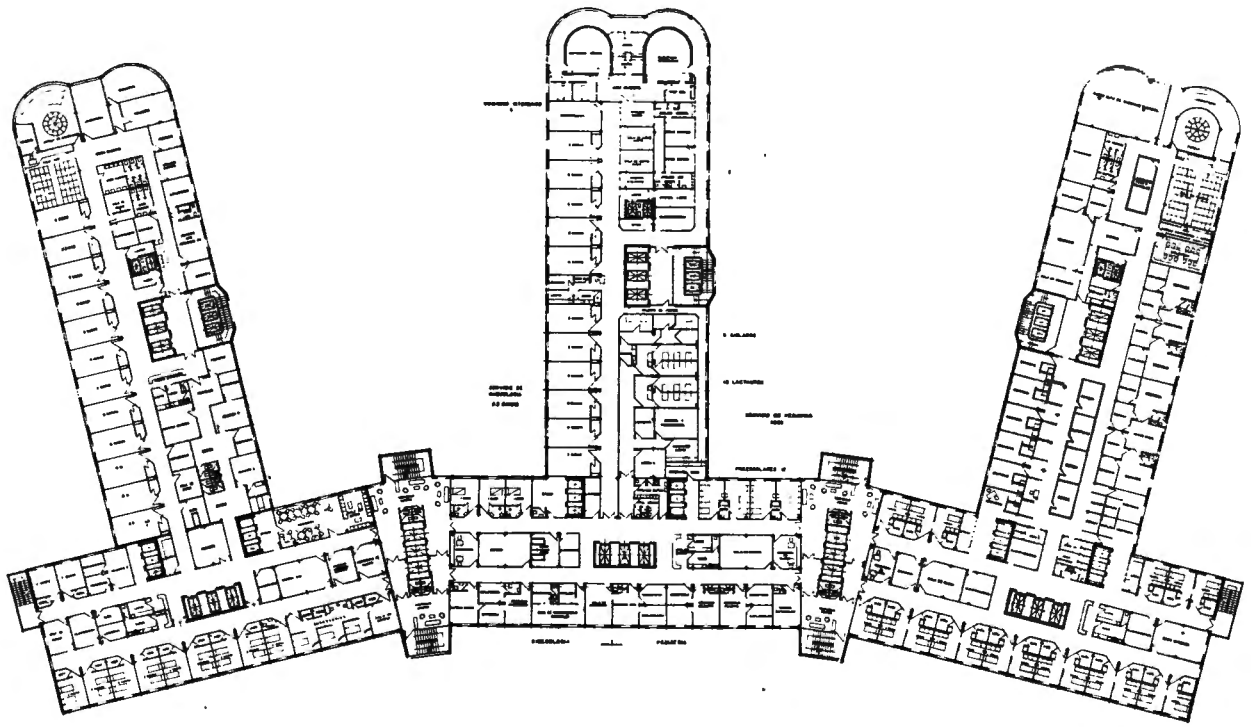
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
12	PLANTA + 6 JEFATURA Y CIRUGIA DIGESTIVO QUIROFANO DE MAXILOFACIAL Y CIRUGIA	1:500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



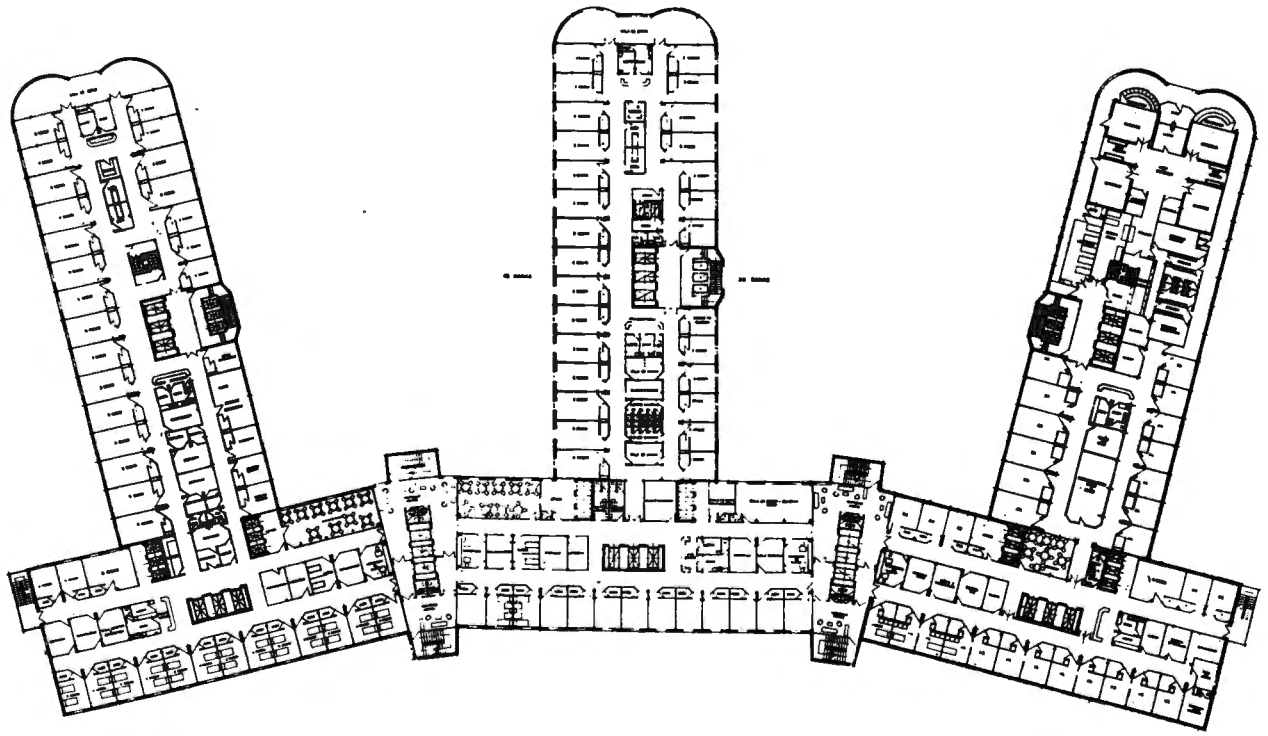
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
13	PLANTA + 7 JEFATURAS Y ENF. DE DIGESTIVO, DOCENCIA DE NEURO-CIR. PEDIATRIA Y GINECOLOGIA	1: 500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



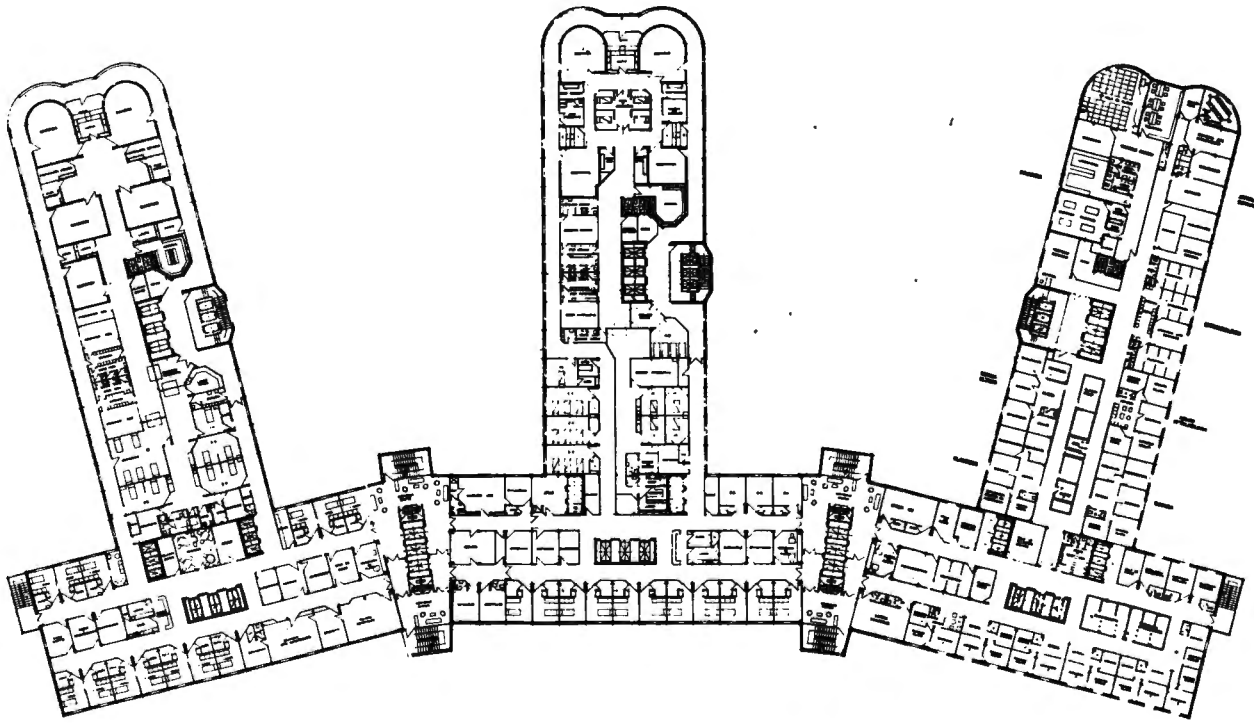
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
14	PLANTA + 8 ENFERMERIA DE C. PLASTICA Y DIGESTIVO JEFATURA Y C. DE OFTALMOLOGIA.	1:500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



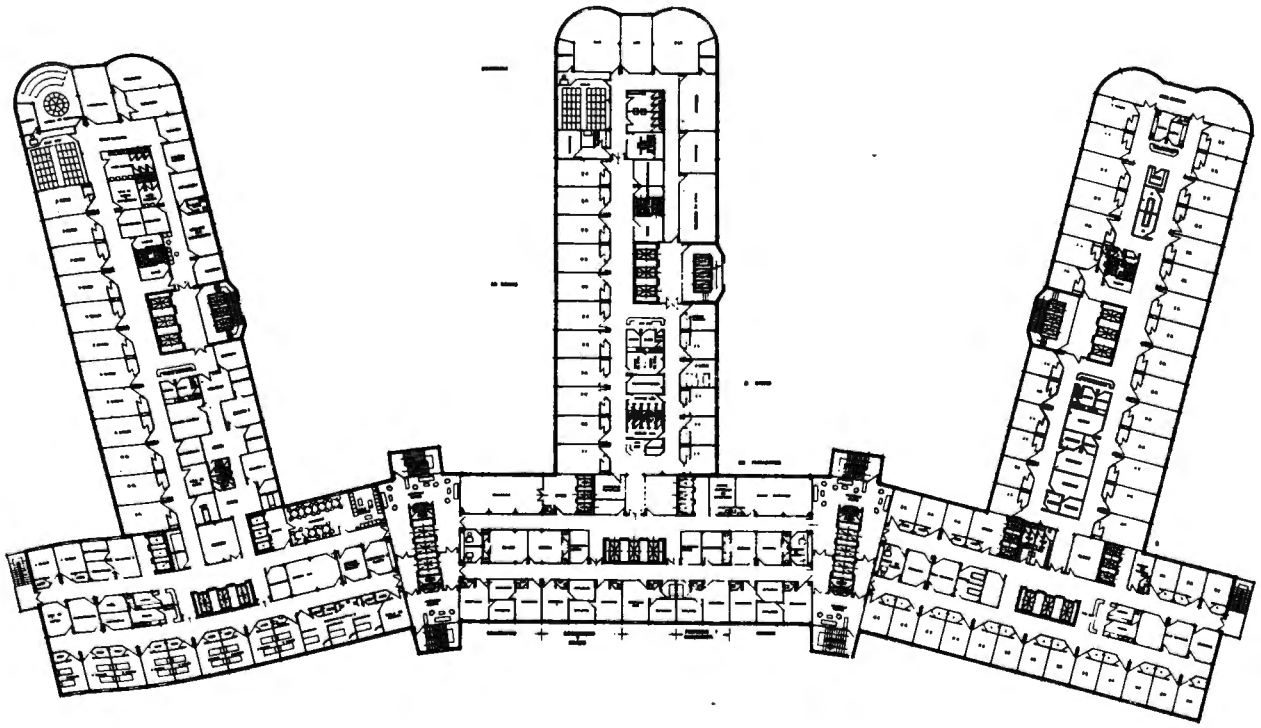
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
15	PLANTA +9 JEFATURA Y ENFERMERIA CIRUGIA PLASTICA CIRUGIA DIGESTIVO, CONSULTAS OFTALMOLOGIA	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS.



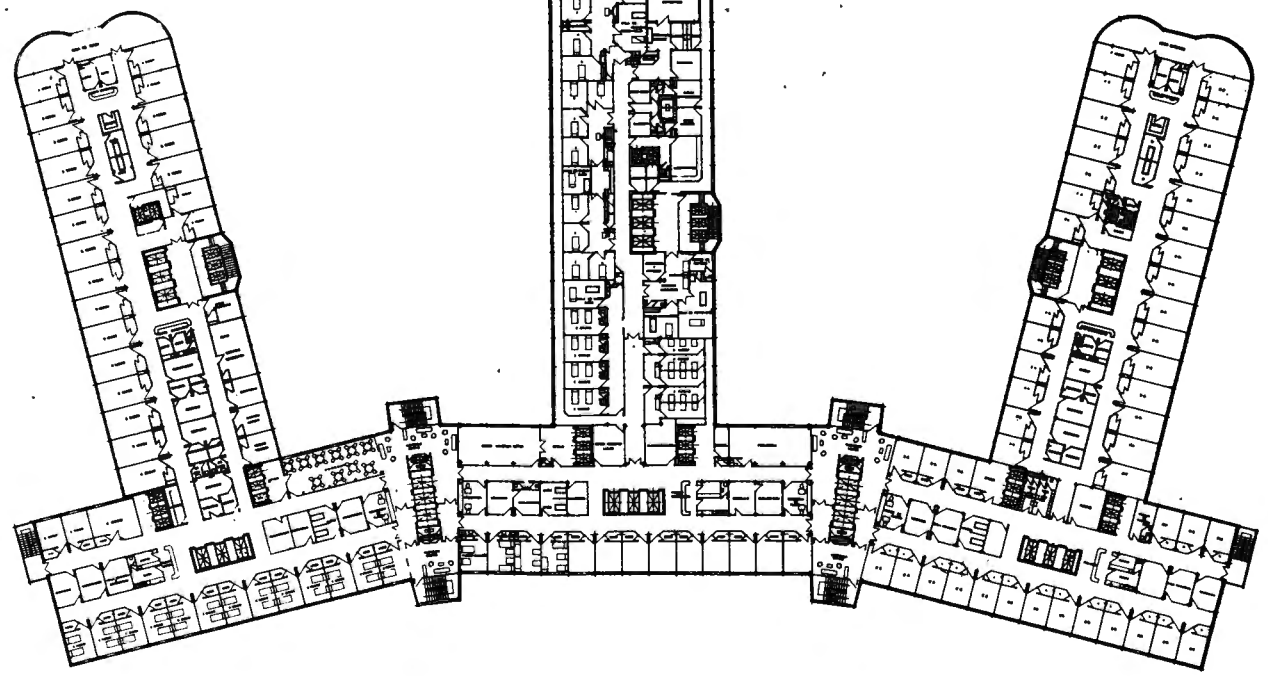
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
16	PLANTA + 10 ENFER. Y CONSULTAS C. PLASTICA, MEDICINA INTERNA, UROLOGIA Y JEFATURA.	1:500

CONFORME:

MADRID – MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



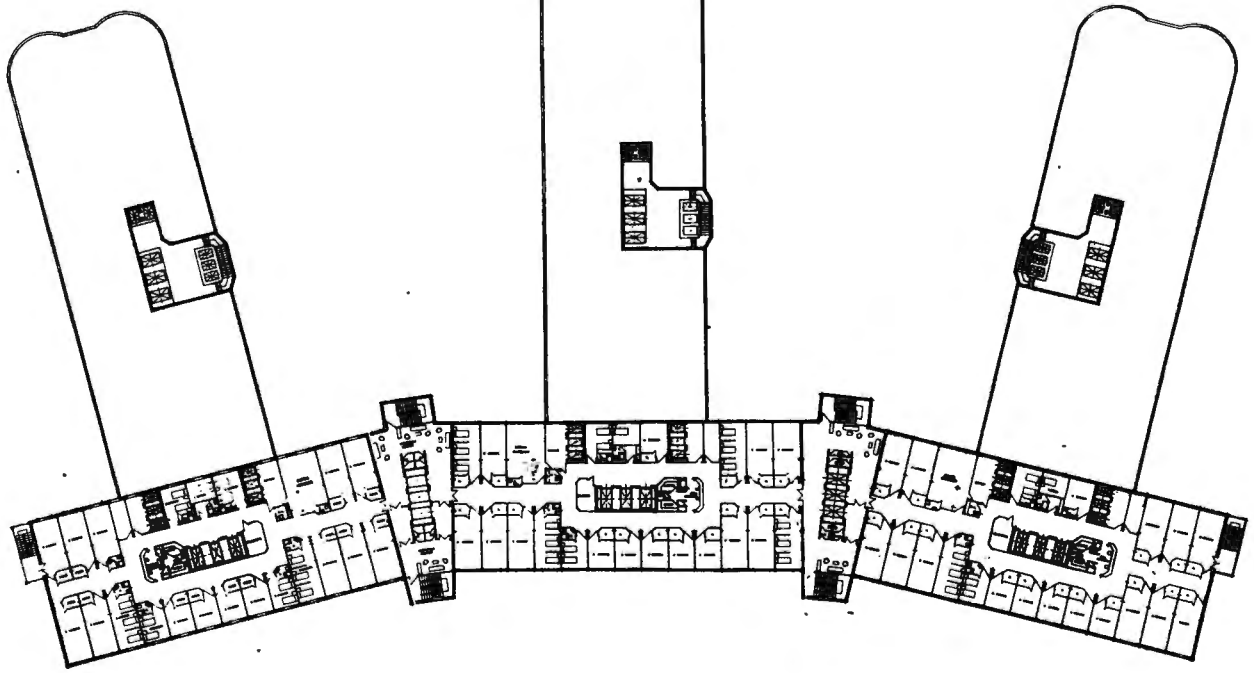
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA:
17	PLANTA + 11 CIRUGIA PLASTICA DE QUEMADOS ENFERMERIA UROLOGIA	1:500

CONFORME

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS.



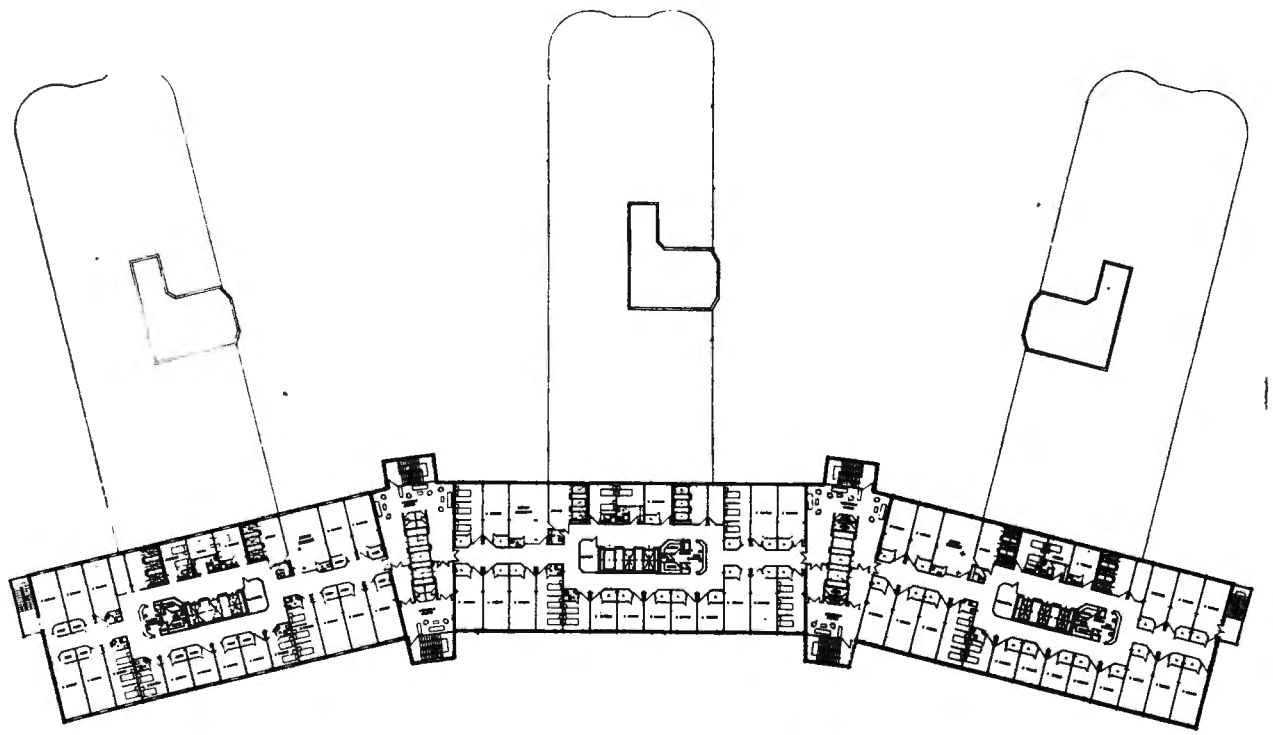
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
18	PLANTA + 12 ENFERMERIA	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS,



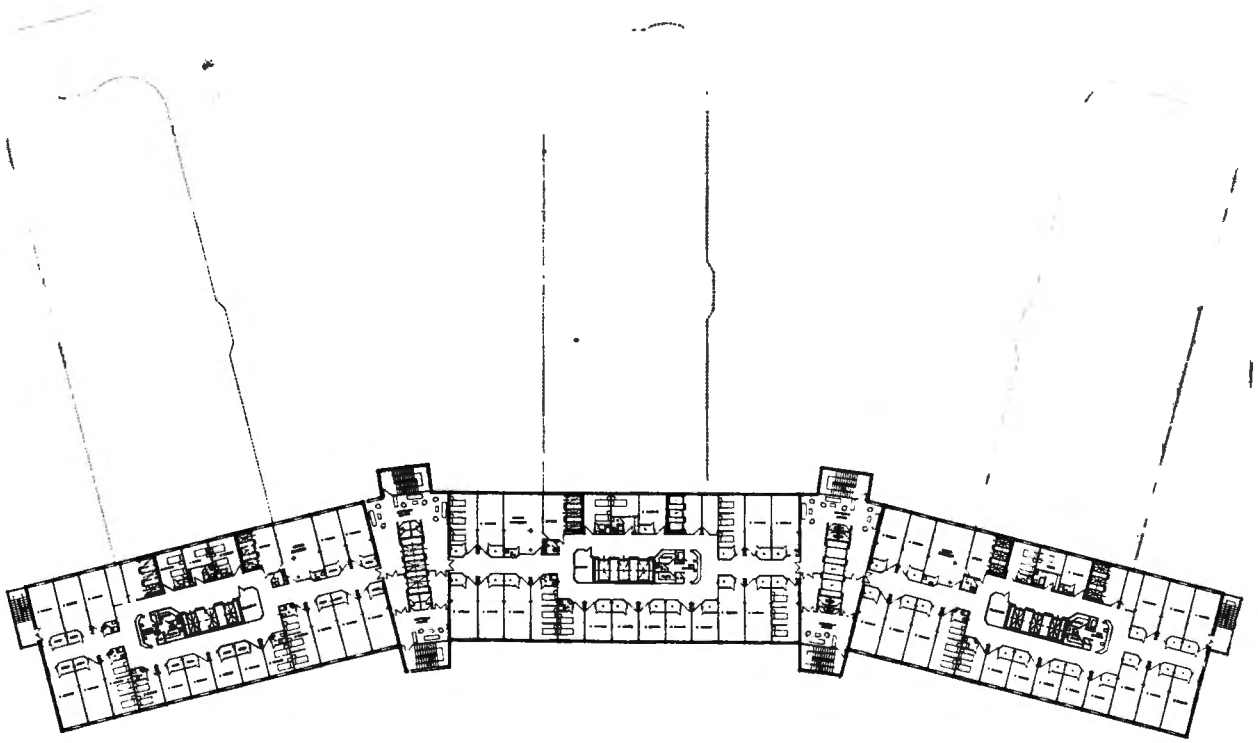
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
19	PLANTA +13 ENFERMERIA	1:500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



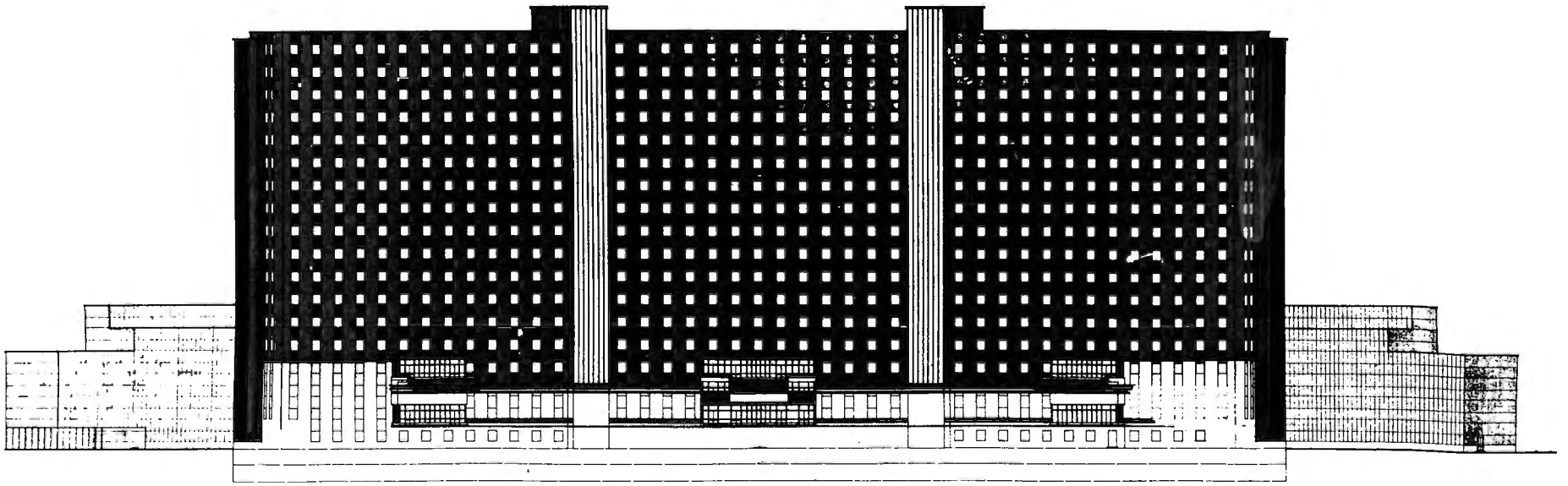
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
20	PLANTA + 14 ENFERMERIA	1:500

CONFORME

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



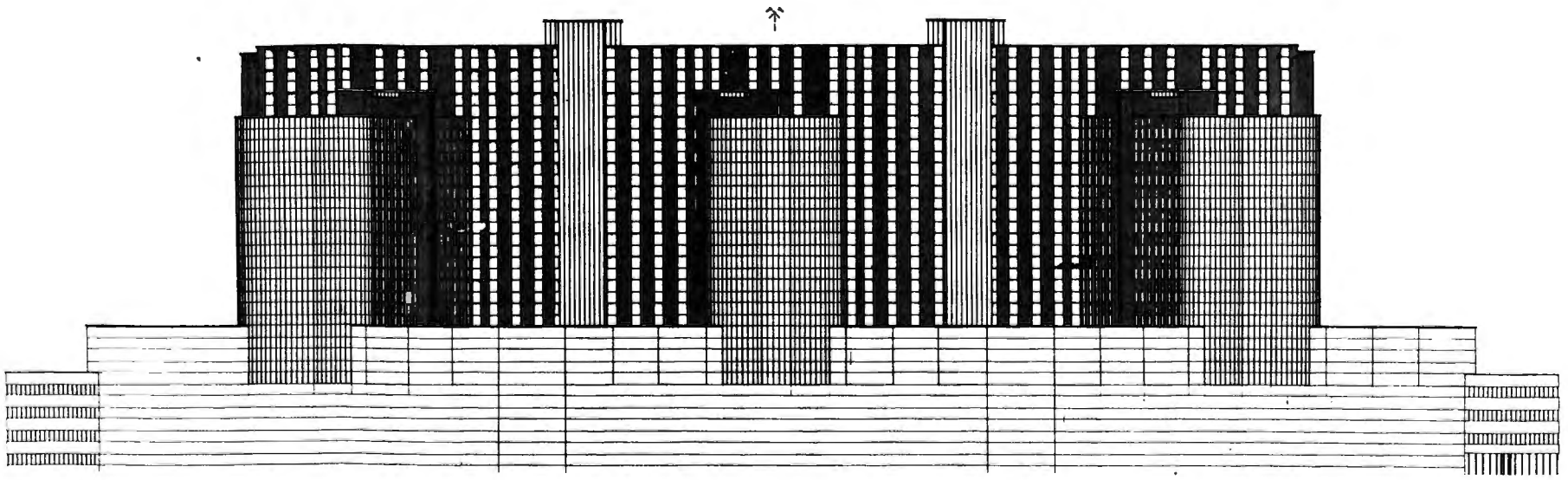
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
21	FACHADA PRINCIPAL	1:500

CONFORME :

MADRID - MAYO 1956
LOS ARQUITECTOS



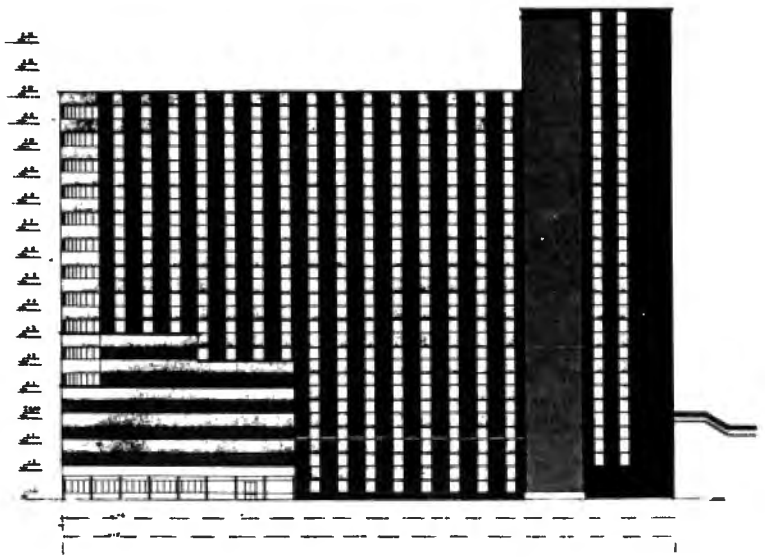
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
22	FACHADA POSTERIOR	1:500

CONFORME

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS



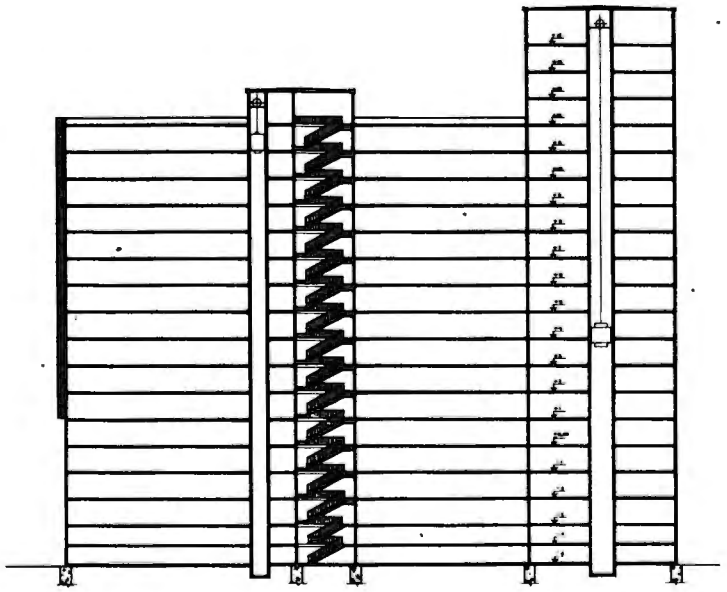
MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
23	FACHADA LATERAL IZQUIERDA	1:500

CONFORME

MADRID - MAYO 1.972
LOS ARQUITECTOS,



MINISTERIO DE TRABAJO — INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

PROYECTO DE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN MADRID

PLANO Nº		ESCALA
24	SECCION	1:500

CONFORME:

MADRID - MAYO 1972
LOS ARQUITECTOS

La experiencia obtenida a lo largo de 25 años planificando y construyendo Instituciones Sanitarias Médi-- cas, así como el análisis de ejemplos similares en otros -- países nos lleva a las siguientes

C O N C L U S I O N E S

1ª.- La asistencia médica debe prestarse, mediante una red de Instituciones, para enfermos hospitalizables y para enfermos en consulta externa.

2ª.- La red de Instituciones debe planificarse a escala nacional, coordinando los esfuerzos de los diversos departamentos gubernamentales para lograr el objetivo - con el menor costo posible.

3ª.- Las Instituciones deben distribuirse con arreglo a -- criterios que tengan en cuenta todas las peculiaridades geográficas, demográficas y sociales del país.

4ª.- El planeamiento constituye un presupuesto básico en - la construcción y puesta en servicio de centros médicos.

5ª.- La planificación no puede efectuarse exclusivamente - en función de estudios teóricos sino que debe ser el-

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

resultado de combinar las experiencias prácticas, los estudios teóricos y la realidad social en que se - - actúa.

6ª.- El planeamiento de cada Institución debe ser llevado- a cabo por un organismo especializado, que establezca una colaboración permanente entre todos los técnicos- que han de proyectar,construir y manejar las Institu- ciones.

7ª.- El contacto personal y permanente entre estos grupos- de técnicos se considera esencial.

8ª.- Los proyectos de las Instituciones han de elaborarse- en forma tal que sean posibles las siguientes condi-- ciones:

a) Adopción de soluciones que produzcan el - rendimiento esperado con el menor gasto proyectando - para que la necesidad de personal sea mínima y para - que una adecuada disposición de servicios y circula-- ciones elimine costosos dispositivos mecánicos.

b) Se debe llegar a la máxima centralización posible de servicios tanto clínicos como residencia-- les que sean compatibles con el bienestar de los pa-- cientes y su comodidad.

c) Hay que huir de todo dogmatismo en las soluciones arquitectónicas, ya que éstas son múltiples y adecuadas según el caso, por una parte y por otra los criterios son evolutivos y cambiantes, aunque dentro siempre de las directrices generales de perfección del planeamiento.

d) Deben redactarse los proyectos de manera que sean fáciles las modificaciones y ampliaciones, procurando: Contar con espacio, planear en zonas distales los servicios más sujetos a cambio o ampliación y finalmente prever inicialmente servicios mecánicos y generales capaces de hacer frente a las ampliaciones previsibles de una manera más inmediata.

9ª.- Dada la vida relativamente corta de esas Instituciones con plena vigencia en cuanto a su actualidad deben tomarse todas las medidas necesarias para que desde que se inicia su proyecto, hasta que prestan su servicio al primer paciente transcurra el menor tiempo posible.

10ª.- La sincronización de los procesos de planificación general y específica, adquisición de solar, elaboración de proyectos, de planes de montaje, construcción y adquisición del equipo, debe permitir actividades simultáneas, eliminando tiempos muertos.

Madrid, noviembre de 1.972