

Estudio para la reutilización de un bien patrimonial de la salud:
**El caso del Consultorio N° 1 del Servicio de Salud
Metropolitano Central, Santiago de Chile**

Trabajo Final de Máster | Curso 2015/16



Alumna: Paulina Alvarado Castro
Tutora: María José Viñals Blasco (UPV) | Co-tutora: Alicia Campos Gajardo (UCH)
Septiembre 2016



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA
Escuela Técnica Superior de Arquitectura
Master Oficial en Conservación del Patrimonio Arquitectónico

Estudio para la reutilización de un bien patrimonial de la salud:
**El caso del Consultorio N° 1 del Servicio de Salud
Metropolitano Central, Santiago de Chile**

Trabajo Final de Máster | Curso 2015/16

Alumna: Paulina Alvarado Castro
Tutora: María José Viñals Blasco (UPV) | Co-tutora: Alicia Campos Gajardo (UCH)
Septiembre de 2016

RESUMEN

El Consultorio N°1 Ramón Corbalán Melgarejo es el primer centro ambulatorio de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, institución creada en 1924 como el principal organismo estatal de previsión de los trabajadores del país en aquella época. Construido en 1937, su objetivo se centraba en la atención primaria de todos los trabajadores, en conjunto con una red de centros de las mismas características. Sin embargo, luego de casi 80 años de historia ininterrumpida y una declaratoria de protección como Monumento Histórico, el Consultorio no tiene las mismas funciones y necesidades. Muchos espacios se encuentran sin utilizar.

Es por ello que se plantea la elaboración de una propuesta que analiza los factores involucrados con el desarrollo del edificio y genera una estrategia de reutilización de estos espacios, tomando en cuenta la necesidad de ponerlo en valor en su entorno, cuya población –en su mayoría vulnerable- lo considera un referente urbano. La propuesta se enfoca en el mantenimiento de los atributos históricamente dados al edificio, relacionados con la salud pública. Se busca la integración y la participación de la comunidad a la institución, con un programa que se centra en el área preventiva, asistiendo, educando y creando espacios de colaboración entre los asistentes que generen vínculos con el lugar, para así no perder el carácter histórico y sanitario que ha llevado desde sus inicios.

La propuesta de reutilización de los espacios del Consultorio N°1 marca las directrices generales de una futura consolidación integral de sus atributos para una puesta en valor del edificio y posiblemente abre las opciones para abordar la gestión del patrimonio arquitectónico en un área poco convencional, confirmando la factibilidad de su puesta en marcha, considerando siempre la necesidad de no olvidar el pasado y la identidad que alguna vez lo caracterizaron.

Índice

Capítulo 1 Presentación del tema.....	7
1.1 Introducción	9
1.2 Objeto de estudio	13
1.3 Problemática	15
1.4 Objetivos del estudio	17
1.5 Metodología de trabajo	19
Capítulo 2 Marco Teórico.....	21
2.1 El concepto de “reutilización”	23
2.2 Principios y consideraciones para el desarrollo de un proyecto de reutilización	27
2.3 Análisis de referentes	29
Observaciones parciales	36
Capítulo 3 Marco Normativo.....	37
3.1 Regulación del Patrimonio Arquitectónico en Chile	39
Observaciones parciales	42
Capítulo 4 Objeto de estudio.....	43
4.1 Antecedentes históricos	45
4.1.1 Cambio en el paradigma médico: La institución sanitaria pública en Chile a inicios del siglo XX	45
4.1.2 La Caja de Seguro Obrero Obligatorio y su Red de Consultorios	50

4.1.3 Nueva infraestructura de atención primaria para la CSO: los Consultorios N°1 y N°2.	53
4.1.4 Las modificaciones al concepto de atención primaria: el Centro de Salud Familiar	60
4.2 Antecedentes urbanos y normativos	61
4.2.1 Entorno directo	61
4.2.2 Normativa aplicada: Ley de Monumentos y Plan regulador comunal	66
4.2.3 Antecedentes socio-económicos del entorno	69
4.3 Antecedentes arquitectónicos	73
4.3.1 Volumen y espacialidad	73
4.3.2 Materialidad	82
4.4 Antecedentes programáticos	83
4.4.1 Programa original y actual	83
4.4.2 Análisis comparativo	92
Observaciones parciales	93

Capítulo 5 | Propuesta de reutilización del edificio..... 97

5.1 Fundamentación	99
5.2 Descripción general	101
5.2.1 Referente programático	101
5.3 Implementación	103
5.3.1 Principios fundamentales y líneas estratégicas	103
5.3.2 Definición de actividades	104
5.3.3 Usuarios	107
5.3.4 Régimen de Uso	108
5.3.5 Modelo de Gestión	110
5.3.6 Estructura del modelo	112
5.3.7 Programa Arquitectónico	116
5.3.8 Programa de Uso Público	121
5.4 Viabilidad	127
5.4.1 Viabilidad técnica	127
5.4.2 Viabilidad económica	128
5.5 Evaluación del proyecto	131

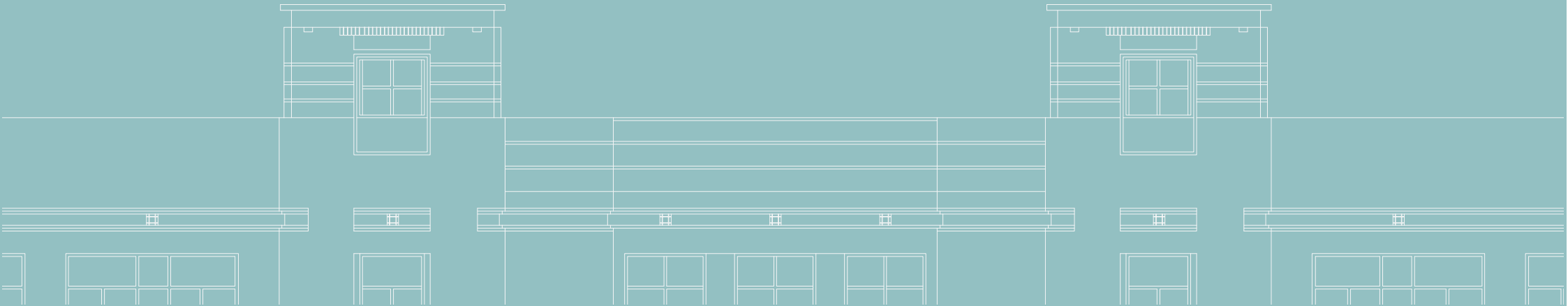
Conclusiones Finales..... 133

Bibliografía referenciada, listado de figuras y anexos..... 137

Capítulo 1

Presentación del tema

En el siguiente apartado se describen las motivaciones y los objetivos del siguiente trabajo, además de entregar antecedentes generales para ir conociendo el objeto de estudio.



1.1 Introducción

La arquitectura realizada a inicios del siglo XX es parte de un movimiento mayor que involucra innumerables conceptos: higienismo, urbanismo, racionalismo, funcionalidad, entre otros, los que se relacionan de forma directa o indirecta con un hecho histórico que marcó la historia de la sociedad: la industrialización y los movimientos sociales vinculados que incorporaron una serie de cambios a los modos de vida que se llevaban hasta esa fecha. Este fenómeno en el desarrollo de la construcción trajo consigo la incorporación de nuevos materiales -como el acero y el cemento- que han permitido la exploración de múltiples formas arquitectónicas, además del planteamiento que la simplicidad y la calidad espacial es más importante que el ornamento. A su vez, revisten una imagen institucional de carácter social, capaz de albergar y ofrecer servicios a la ciudadanía como un derecho y un deber estatal.

La Caja de Seguro Obrero es uno de esos ejemplos donde se observan todas estas características. Formada en la República de Chile en el marco de políticas gubernamentales, creó una Red de Consultorios asociados que buscaban dotar de infraestructura sanitaria a segmentos sociales más desprotegidos, constituyendo

un paso relevante en la creación de un sistema de salud para todos los ciudadanos.

De la Red antes descrita se destaca el Consultorio N°1, ubicado en el área centro-sur de la ciudad de Santiago, que al igual que otros edificios de las mismas características, se convirtió en uno de los centros ambulatorios más completos de la capital, albergando no sólo a enfermos, sino también asistiendo a sus familiares cuando provenían de fuera de la ciudad. De estilo funcional -característico de la arquitectura de inicios del siglo XX- con detalles constructivos provenientes del Art Decó, constituía un fuerte apoyo a la comunidad, amparado por una política de salud pública sólida, capaz de atender a la población con una amplia gama de prestaciones.

Sin embargo, actualmente el sistema de salud se encuentra saturado, debido a la falta de presupuesto que mantiene. El paso del tiempo ha modificado legislaciones y estructuras de trabajo, condiciones que han mermado en el mantenimiento de estos antiguos inmuebles, que van adquiriendo atributos patrimoniales que no están reconocidos, relegándolos en muchos casos al olvido o a posibles demoliciones. A pesar que gran parte se man-

tienen en funcionamiento, ninguno de ellos se encuentra en las mejores condiciones. El Consultorio N°1 no es la excepción: infrautilizado, funcionando a 60% de su capacidad, deja gran cantidad de espacios en desuso, clausurados y en constante deterioro.

Bajo esta problemática en el año 2000, el gobierno de Ricardo Lagos Escobar convoca a un grupo de profesionales para formar parte de una Comisión de Trabajo sobre el Patrimonio Cultural en Salud, quienes se encargarían de recabar antecedentes de carácter histórico sobre el patrimonio cultural de los actuales Servicios de Salud, ya sean “establecimientos hospitalarios, obras pictóricas, documentos y archivos, todo lo cual constituye una muestra de la atención asistencial en el ámbito de la salud pública desde principios del siglo pasado” (Ministerio de Salud, 2013). La cantidad de antecedentes recopilados dio motivos para la creación de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud en el año 2003, organismo dependiente del Ministerio de Salud que se ha ocupado de contribuir recopilación de documentos referidos a los inmuebles de carácter patrimonial relacionados con la asistencia sanitaria y a difundir sus atributos históricos y arquitectónicos.

Posteriormente, en el año 2008, un equipo de académicos de la Universidad de Chile, encabezados por Patricio Basáez Yau y Alicia Campos Gajardo, decidieron investigar en profundidad – desde el campo de la arquitectura- la Red de Consultorios de la Caja de Seguro Obrero en Santiago, cuya recopilación se materializó en la edición de un libro en el año 2013. Este trabajo sirvió

también para la elaboración del expediente de impositación del Consultorio N°1, declarado Monumento Histórico en el mismo año. Este paso fue decisivo, debido al ser el primer reconocimiento que se le otorga a un inmueble de asistencia primaria como Patrimonio Histórico.

Sin embargo, el inmueble sigue en las mismas condiciones de deterioro antes descritas, debido a que no se han realizado planificaciones a largo plazo enfocadas en el futuro del edificio, a pesar de que sus funciones ambulatorias aún se mantienen. Es un edificio vivo con un patrimonio desconocido y en deterioro, que es necesario atender con urgencia.

Es a partir de esta problemática, que surge la necesidad por parte de las autoridades del Consultorio de generar estrategias a largo plazo que pongan en valor el primer inmueble de atención primaria del país declarado Patrimonio Histórico a nivel constructivo, estructural, arquitectónico y patrimonial.

Una parte de esas estrategias se desarrolla en este Trabajo Final de Máster: un estudio enfocado al uso que se le están dando a los espacios, en la búsqueda de un nuevo programa compatible con las actividades que actualmente se realizan, en base a la necesidad de devolver al Consultorio N°1 su valor como institución de salud pública, cuyo edificio –ahora protegido por ley- debe mantenerse como testigo de la evolución sanitaria pública para el conocimiento de las próximas generaciones.

Antecedentes

Los antecedentes con los que se cuenta para la elaboración de este trabajo se encuentran en la elaboración del Expediente de impostación (financiado a través de fondos concursables) en el año 2008 para la declaratoria como Monumento Histórico del Consultorio N°1, bajo la Ley 17.288 de Monumentos Nacionales (Basaez y Campos, 2010). El trabajo finalizó en el año 2010 con la solicitud de la declaratoria, que fue aprobada en el año 2014. A partir de este trabajo en el año 2012 se obtuvieron fondos de la Vicerrectoría de investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile para la elaboración del proyecto de investigación “*Red de Consultorios de la Caja del Seguro Obrero en Santiago. Un Patrimonio Emblemático*”, que culminó en el año 2014 con la edición de un libro homónimo (Campos y Basáez, 2014). En el mismo año donde comienza este proyecto se obtienen fondos para la elaboración del Expediente de Impostación del Consultorio N°2 como Monumento Histórico, cuyo proceso de declaratoria se encuentra en la última etapa. La elaboración de todos estos documentos requirió ir (en algunos casos) a fuentes primarias que entregaran antecedentes acerca de la existencia de estos recintos, así como también la colaboración de las autoridades del Consultorio y de la Unidad de Patrimonio Cultural del Ministerio de Salud fueron claves para la recopilación de información.

Motivaciones

La decisión de abordar temáticas relacionadas con el patrimonio arquitectónico chileno de principios del siglo XX surge en el año 2012, donde realicé colaboraciones de recopilación de antecedentes y levantamiento planimétrico con un equipo de arquitectos e investigadores de la universidad de Chile, encabezados por los académicos Alicia Campos y Patricio Basáez en investigaciones relacionadas con Patrimonio Hospitalario de la Red de Consultorios de la Caja de Seguro Obligatorio y la puesta en valor de teatros en la Región de la Araucanía, zona ubicada al sur del país. Ambas labores me sirvieron para conocer el valor que poseen los inmuebles de estas características, y su necesidad de ponerlos en valor.

Sin embargo, en el transcurso de los años, he aprendido que la intervención constructiva no es suficiente para la valoración de los inmuebles patrimoniales. Hacen falta estrategias de gestión, valoración, educación y organización que consoliden las labores de restauración, con el objetivo de generar una puesta en valor patrimonial de carácter integral, que refuerce la identidad de las comunidades que los tienen.

La decisión de tomar este caso de estudio nace a partir de la intención de las autoridades del Consultorio de realizar planes que ayuden a guiar a futuro las decisiones que se tomen sobre este edificio, dada su condición de patrimonio histórico. La realización de un proyecto de reutilización de espacios es parte de una serie de futuros estudios que se necesitan realizar para una puesta en valor que abarque todas las áreas necesarias.



Figura 1.1 Ubicación de la República de Chile, destacándose la Región Metropolitana (que alberga a la capital, Santiago de Chile), lugar donde se sitúa el objeto de estudio.

1.2 Objeto de estudio

El Consultorio N°1 Ramón Corbalán Melgarejo, es un edificio situado en la comuna de Santiago, Región Metropolitana, en la República de Chile, tal como se indica a continuación (Fig. 1.1, 1.2 y Tabla 1). Dedicado a la atención primaria (ambulatoria) desde sus orígenes, es un edificio histórico representativo de los primeros edificios estatales dedicados a la salud pública, además de ser un exponente de la arquitectura funcional de inicios del siglo XX, con reminiscencias ornamentales de finales del siglo XIX.

Para una cabal comprensión de la ubicación geográfica, es necesario hacer algunas aclaraciones con respecto a la división geográfica y administrativa del país. La República de Chile se divide en 15 regiones, de entre las que se encuentra la Región Metropolitana, zona con la mayor cantidad de habitantes del país. Alberga a su capital, Santiago, que a su vez no constituye una sola unidad administrativa, sino que forma parte de un territorio de 37 comunas, 26 dentro del radio urbano. De estas 26 comunas se desprende la más importante: la comuna de Santiago, centro histórico de la ciudad y área donde se sitúa el objeto de estudio.

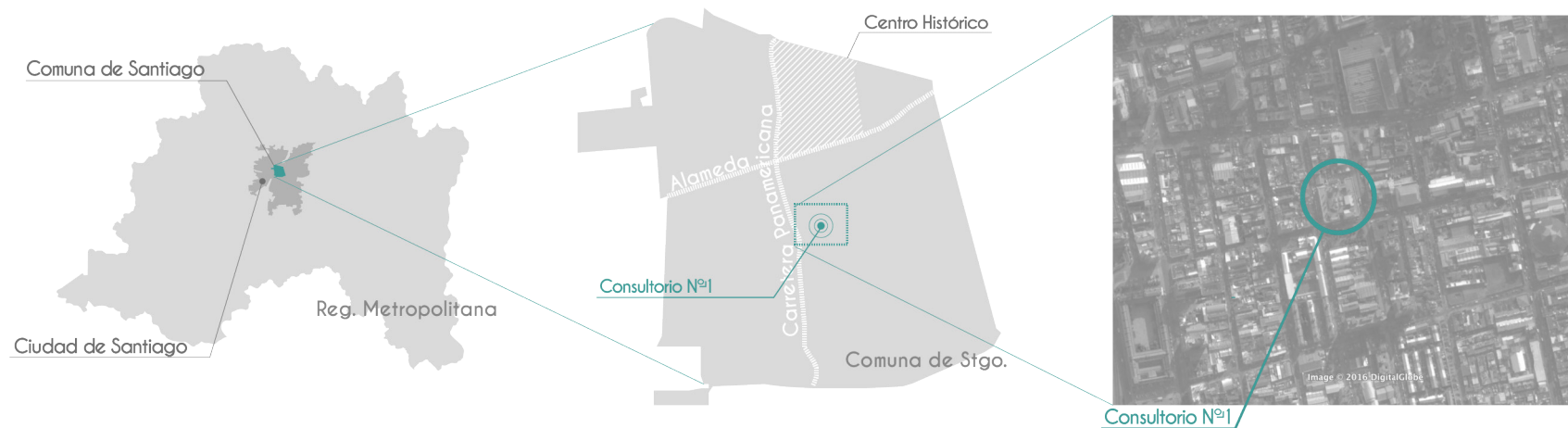


Figura 1.2 Ubicación del consultorio N°1 en la Región Metropolitana, la comuna de Santiago y en su contexto más cercano.

NOMBRE	: CONSULTORIO N°1 RAMÓN CORBALÁN MELGAREJO
Ubicación	: Calle Copiapó N°1323, comuna de Santiago
Ciudad	: Santiago
País	: Chile
Coordenadas geográficas	: S 33,45; O 70,652
Propietario	: Ministerio de Salud
Superficie total	: 14.025 m ²
N° de niveles	: 3 + terraza superior
Año de construcción	: 1937
Arquitecto	: Área de Arquitectura de la Caja de Seguro Obrero
Uso original	: Salud (centro de atención primaria)
Uso actual	: Salud (se mantiene el mismo rol)
Nivel de protección patrimonial	: Monumento Histórico según Decreto N°291 del 2/7/2014 por el Min. de Educación
Ficha catálogo de la Comuna de Santiago	: N°79



Tabla 1: Información general sobre el consultorio N°1

Figura 1.3 (izq.) Calle Copiapó. Se observa la fachada principal del Consultorio N°1, en la Comuna de Santiago.
Figura 1.4 (der) Acceso principal del Consultorio.

1.3 Problemática

La ciencia y las sociedades van evolucionando, lo que lleva a que muchas de las actividades que hacíamos antiguamente ya no se realicen. El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile no es la excepción. Desde principios de siglo XX a la fecha ha ido modificando sus estructuras de programas sanitarios, acciones que han llevado a que los edificios antiguos vayan quedando en desuso parcial o totalmente, debido a la modificación de las nuevas responsabilidades que se le otorgan. Sin embargo son inmuebles que, dado su uso social, se han transformado muchas veces en referentes urbanos y contienen valores representativos para un segmento de la sociedad que hasta hace poco no tenía cabida en el discurso del patrimonio, dando testimonio de una diversidad y amplitud de atributos sociales que debiesen ser puestos en valor. El desafío es plantear cómo aplicar esas variables de carácter histórico a las actuales necesidades sanitarias, aplicando nuevas estrategias de reutilización que den cuenta de su pasado, de su presente y también de su futuro.

1.4 Objetivos del estudio

Objetivo principal

Proponer la reutilización de los espacios no aprovechados del Consultorio N°1 del Servicio de Salud Metropolitano Central, a partir de la búsqueda de nuevos usos compatibles con el actual, para así conservar y poner en valor sus atributos patrimoniales, como exponente de la arquitectura funcional de principios del siglo XX y que reviste valores arquitectónicos, históricos, simbólicos y sociales.

Objetivos específicos

- Analizar el concepto de “reutilización” de un edificio patrimonial histórico.
- Conocer otros casos de estudio, con el fin de analizar su desarrollo inicial y funcionamiento.
- Documentar y analizar los antecedentes históricos del edificio para así comprender su génesis y desarrollo.
- Evaluar el estado actual del inmueble a nivel funcional, arquitectónico y de gestión, para así definir sus espacios en desuso
- Estudiar su entorno urbano y las características de su población.
- Analizar sus valores patrimoniales protegidos.
- Definir metodología, etapas y desarrollo de un proyecto de reutilización del Consultorio.
- Proponer actividades para la reutilización de los espacios.
- Definir posibles líneas de investigación y desarrollo de planes de gestión a futuro.

1.5 Metodología de trabajo

ETAPA 1: Recopilación de antecedentes

Se recopilará información histórica, urbana, constructiva y arquitectónica acerca del edificio, así como de su contexto social y su entorno, a partir de fuentes primarias y secundarias, en particular del Expediente de Declaratoria como Monumento Histórico del año 2011. Las primeras tienen como objetivo obtener información referente al edificio: su arquitectura, su historia y su entorno. Las segundas tienen como objetivo entender el marco teórico que define el enfoque del estudio, relacionados con temas de arquitectura de la salud a principios de siglo XX y los valores patrimoniales que posee.

Fuentes Primarias: Planimetría antigua y actual, antecedentes gráficos, leyes y decretos, encuestas y estadísticas

Fuentes Secundarias: Publicaciones inéditas, publicaciones periódicas y no periódicas.

ETAPA 2: Análisis y diagnóstico del estado actual del inmueble

Se procederá a analizar de forma crítica los antecedentes recopilados durante la primera etapa, buscando responder a la problemática inicial, siguiendo el enfoque del marco teórico y los objetivos específicos propuestos, para así reconocer el estado actual del inmueble de forma arquitectónica, administrativa, programática, espacial y funcional. A partir de ello se elaborará un diagnóstico general con ayuda de los “árboles de problemas y objetivos” que guiarán la elaboración de una apropiada reutilización de espacios.

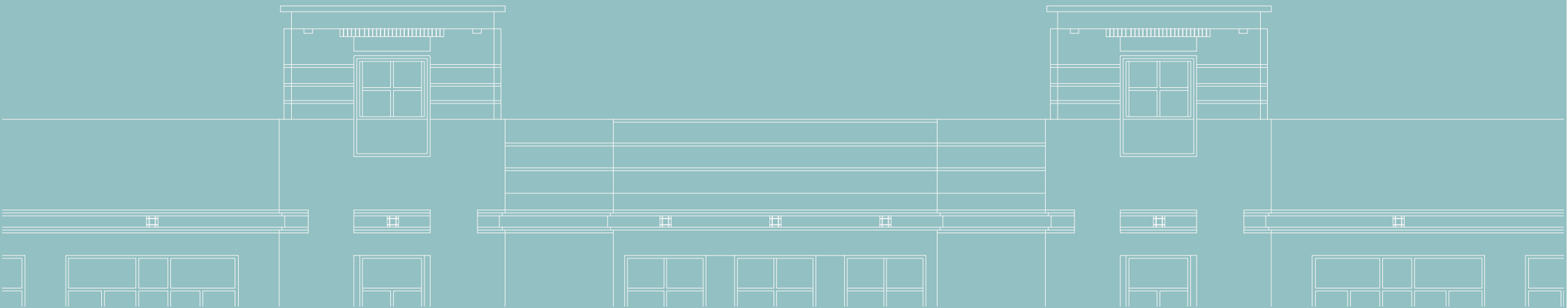
ETAPA 3: Elaboración de la propuesta

Definir la estrategia de reutilización de los espacios, proponiendo una función compatible con la existente. Se analizarán casos similares, se definirá una estrategia de implementación, un modelo de gestión, el régimen de uso y las actividades que se realizarán. Todo ello bajo un análisis de su viabilidad técnica y económica y las posibles búsquedas de financiación para las distintas etapas del proyecto.

Capítulo 2

Marco Teórico

El concepto de reutilización es complejo dentro del ámbito de la arquitectura, debido a que no sólo involucra el “reciclaje” de un inmueble, sino que en algunos casos involucra atributos patrimoniales que necesitan ser considerados para un apropiado resultado. A continuación se analizan los conceptos y principios generales y se analizan casos, a modo de obtener referencias y parámetros que ayudarán a una mejor elaboración de la futura propuesta.



2.1 El concepto de “reutilización”

Según la Real Academia Española, “reutilizar” significa *“volver a utilizar algo, bien con la función que desempeñaba anteriormente o con otros fines”*. En el campo de la arquitectura, esta práctica se refiere a la intervención sobre un edificio que permita darle un nuevo ciclo de vida bajo una misma función u otra distinta (Sainz y Juárez, 2014). Este concepto es reiterado a lo largo de la historia y varía dependiendo de las circunstancias contextuales donde se vaya dando (Fig. 2.1). *“El uso de objetos, el desuso, el reuso y el cambio de uso son procesos normales que afectan en todas partes las relaciones individuo-objeto y que se producen desde el principio de los tiempos (...)”* (Ballart, 1997).

La reutilización de los espacios tiende a generar una continuidad y permanencia en el tiempo, que ayuda a mantener las ciudades vivas. Sin embargo, no todas las reutilizaciones revisten los mismos parámetros de intervención, es decir, existen casos donde no se considera sólo la materialidad (la estructura base) para darle una función. El concepto puede involucrar otros factores, asociados a un contexto socio-cultural que incluye valores históricos, artísticos, entre otros (Sainz y Juárez, 2014). Este concepto, que en el siglo XX se ha dado con mayor fuerza, se debe a la necesidad de reconocer la

memoria cultural de los pueblos y preservarla en el tiempo. La Carta de Atenas de 1931, sienta las bases acerca de ello, como un denominador común e inicial que se repetirá en todos los procesos de reutilización (Mayorga y Soria, 2015): *“mantener, cuando sea posible, la ocupación de los monumentos que les aseguren la continuidad vital, siempre y cuando el destino moderno sea tal que respete el carácter histórico y artístico”* (Carta de Atenas, 1931).

Esa continuidad vital viene dada por la función que se ejerce sobre un inmueble, que debe respetar los valores auténticos que se le atribuyen. La procedencia de la valoración de un objeto o un inmueble, no viene determinado por el objeto, si no más bien por el sujeto. *“(...) Patrimonio es aquello en lo que los grupos o las personas convienen en entender como tal, y sus valores no son ya algo inherente, indiscutible u objetivo, sino algo que las personas proyectan sobre ellos”* (Muñoz, 2003).

A partir de estos antecedentes, Ignacio González Varas define el concepto de “reutilización” en el campo del Patrimonio Arquitectónico como la *“utilización renovada de un edificio, mediante su adaptación a las exigencias de uso contemporáneas, pero respetando su ca-*

[1] El concepto de reutilización es asociado también a otros términos: en castellano “reuso”; en italiano “riuso”; o en inglés “reuse” o “adaptive reuse”.

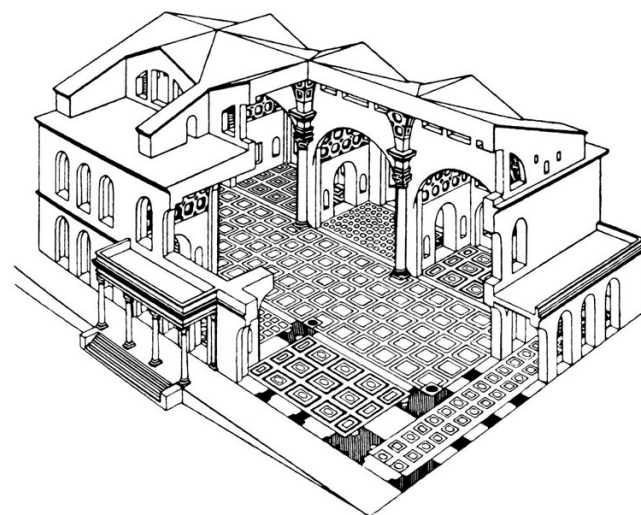
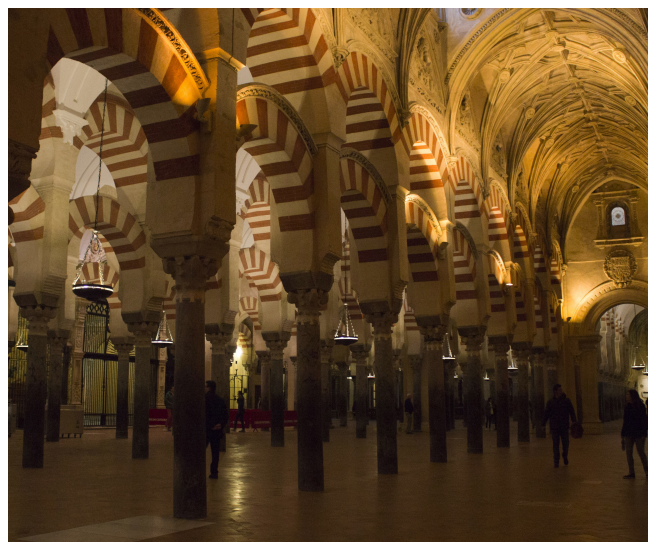


Figura 2.1 (arriba) Las basílicas son un antiguo ejemplo de reutilización de los inmuebles, con la transición de uso civil a religioso. Destacando como la principal tipología de iglesia cristiana.

Figura 2.2 (abajo) La mezquita de Córdoba es uno de los ejemplos de reutilización de inmuebles más destacados de España.



rácter y valores históricos” (González-Varas, 2006). Es un vínculo inherente entre el valor de un inmueble, la función que ejerció y la que ejercerá en el futuro.

Pero... ¿por qué reutilizar edificios existentes? Las razones por las que un inmueble se encuentra en desuso son múltiples y complejas, pero según J. Douglas (2006), es posible identificar las más comunes:

- El abandono de los inmuebles producto de la migración de sus ocupantes en búsqueda de mejores expectativas.
- Cese de actividades en el inmueble a causa de problemas económicos.
- Usos del inmueble de forma temporal.
- Ausencia de posibles nuevos ocupantes.
- Falta de conciencia por parte de los propietarios respecto a la existencia de estos espacios en desuso. A esta última causa es necesario agregar el agravamiento que genera esa falta de conciencia en edificios patrimoniales.

Los edificios en desuso son clasificables en dos tipos: temporales (entre 0-5 años) y de largo plazo (sobre los 5 años). La primera situación se puede dar por múltiples factores de carácter económico o legal, ya sea por falta de arrendatario, complicaciones legales por títulos de propiedad (ej. para la venta del inmueble).

La segunda es más grave y es la causante de la obsolescencia de los inmuebles, cuyas consecuencias son mucho más complejas de resolver, debido al abando-

no que se va dando de forma paulatina (Douglas, 2006). Los edificios vacíos se deterioran mucho más rápido que los ocupados y se hace necesario pensar en alternativas para su reuso, que no sólo remodelen un espacio ni tampoco lo restauren a su estado inicial, sino que rehabiliten el inmueble a un nuevo estado o ciclo de vida, a partir de su pasado cargado de valores.

“La reutilización encaminada a rehabilitar un edificio o área urbana determinada, pondera su valor de uso, utilidad o vocación. Puede establecerse como punto intermedio entre remodelación y restauración, ya que transforma de manera selectiva, pero también conserva algunas características físicas, materiales, o de apariencia del sitio, en la medida que permite su operatividad” (Soria, Meraz y Guerrero, 2007).

Sin embargo, es necesario destacar que en un edificio patrimonial *“la antigüedad, escala o ‘monumentalidad’ no deberían condicionar de entrada el proyecto de reutilización; todos los edificios son patrimoniales, todos implican respeto a su memoria y todos tienen posibilidades de nuevas lecturas” (Guerrero y Soria, 2016).*

Estas nuevas lecturas es posible clasificarlas. Al gestionar la mantención de un edificio, cuando se interviene la función de este, existen dos vías para proyectar su reutilización: volviendo al programa original o cambiándolo; y este último a su vez puede ser un uso único o un uso mixto (Douglas, 2006). Este concepto se delimita en

el año 1999 con la Carta de Burra, donde en los artículos 7.2, 21.1 y 21.2, se hace mención a los usos compatibles que debiesen tener la adaptaciones de un edificio:

“- Artículo 7.2: Un sitio debe tener un uso compatible.

- Artículo 21.1: La adaptación es aceptable solo cuando su impacto sobre la significación cultural del sitio sea mínimo.

- Artículo 21.2: La adaptación debe involucrar el mínimo cambio posible para la fábrica y se debe adoptar después de considerar alternativas” (Carta de Burra, 1999).

Esa elección de uso compatible, contribuye a la imagen de las ciudades,

“las posibilidades de esta reutilización y adaptación, no son solamente una necesidad de conservación arquitectónica, sino también una necesidad ecológica y social, ya que se puede evitar, en ciertos casos, las demoliciones que rompen contextos, perfiles y memorias de la ciudad; crean desechos que no son fáciles de reciclar (o que nunca se reciclan); o elevan el costo de una obra totalmente nueva” (Cárdenas, 2007).

Es decir, el hecho de reutilizar manteniendo su valor patrimonial intrínseco, implica un aporte a la sociedad en el presente, ya que involucra responsabilidades que van mucho más allá que sólo conservar la memoria

de un inmueble. Por un lado está el sentido ecológico y sostenible que significa “reutilizar” materialidades existentes, en pos de no desechar elementos que aún tienen vida útil y que de ser eliminados, son difíciles de degradar en el medio ambiente natural. Por otro lado está el valor económico que implica para la sociedad la reutilización de un inmueble, aportando un programa de actividades beneficioso para la comunidad. “(...) es importante recuperar los argumentos que señalan la reutilización como un mecanismo mediante el cual podemos conjugar la conservación con los beneficios obtenidos al incorporar en las intervenciones las variables de carácter económico y social” (Mayorga y Soria, 2015).

Este último antecedente es muy relevante, debido a que un proyecto de reutilización exitoso dependerá de la elección de una función capaz de ser permanente en el tiempo para así evitar su degradación. Para eso es necesario hacer estudios de viabilidad que permitan prever las posibles problemáticas, considerado que ese aspecto dependerá íntegramente del contexto donde se sitúa.

Al respecto, la Carta de Washington (1987), referida al mantenimiento de áreas urbanas históricas, menciona la eficacia de las políticas de planeamiento en un contexto contemporáneo. “*La conservación de las poblaciones o áreas urbanas históricas sólo puede ser eficaz si se integra en una política coherente de desarrollo económico y social, y si es tomada en consideración en el planeamiento territorial y urbanístico a todos los niveles*”.

En ese sentido, refuerza el valor que impone el contexto al desarrollo de políticas de reutilización como un factor relevante a la hora de definir el perfil de un futuro uso. Asimismo, no descuida la importancia de la intervención material sobre el inmueble,

“Las nuevas funciones deben ser compatibles con el carácter, vocación y estructura de las poblaciones o áreas urbanas históricas. La adaptación de éstas a la vida contemporánea requiere unas cuidadas instalaciones de las redes de infraestructura y equipamientos de los servicios públicos” (Carta de Washington, 1987).

El concepto de reutilización se fundamenta en el hecho que el barrio tenga vida pública, de comunidad. Sólo esto logrará superar la decadencia de los entornos degradados (Jacobs, 1973). una comunidad involucrada es importante para recuperar arquitectura. A esto se debe agregar el beneficio indirecto que trae a su contexto la “reutilización”, especialmente de edificios de carácter público, ya que son capaces de generar nuevas iniciativas a su alrededor que no necesariamente nacen del proyecto inicial (Heritage Office, 2008).

Es ése el fin último de la reutilización de las edificaciones, su adaptación a la vida actual, como una nueva oportunidad de desarrollar potenciales usos, sin olvidar el pasado que alguna vez tuvieron, en beneficio del desarrollo del entorno, la cultura y las personas, porque la forma más apropiada de conservar un edificio patrimonial, es darle un uso (Heritage Office, 2008).

2.2 Principios y consideraciones para el desarrollo de un proyecto de reutilización

La reutilización de inmuebles no tiene una guía estricta que se debe seguir para llegar a la elaboración de un proyecto exitoso (Heritage Office New South Wales, 2008). Depende de múltiples factores que van conduciendo los pasos a seguir. Sin embargo hay ciertas consideraciones que, de ser aplicadas, dan como resultado reutilizaciones eficientes, que conservan valores y son aportes a su entorno. Esta descripción se basa en dos análisis del concepto de reutilización: estudios del Heritage Office de New South Wales, en Australia, quienes a su vez basan sus teorías en la Carta Internacional de Burra, en los artículos descritos en el apartado anterior [2]; y la del arquitecto británico Derek Latham [3], quien hace una reflexión acerca de la ruta para reutilizar edificaciones, en su libro “Creative re-use of buildings”.

- Reconocer su pasado, su génesis, su proceso de evolución, su arquitectura, su construcción, entre otros factores, que entregan una imagen cabal del bien. Esto definirá los valores patrimoniales que deberán ser considerados en el momento de generar las propuestas de reuso (Fig. 2.3).



[2] Artículos 7.2; 21.1 y 21.2 de la Carta de Burra.

[3] Doctor Honorario por la Universidad de Derby, Derek Latham es el fundador de “Lathams”, reconocido estudio de arquitectura en Gran Bretaña, dedicado a la conservación, la educación y la renovación creativa y la regeneración de edificios y comunidades.

Figura 2.3 Matadero Madrid. Centro de creación contemporáneo ubicado en Madrid, creado en el año 2006. Corresponde a la reutilización del antiguo edificio del mercado y matadero de ganado de Madrid entre los años 1924 - 1996.

- Reconocer los requerimientos del entorno, a partir de la lectura de su contexto actual, identificar el tipo de usuario y generar propuestas de actividades realizables. Identificar soluciones que potencien su valor histórico, no que vayan “en contra” de su naturaleza.

- Encontrar un uso apropiado y compatible con los valores del bien, considerando que el nuevo uso facilite su puesta en valor, apelando a la mínima intervención. A su vez, si el edificio fue históricamente de carácter público, es recomendable mantener ese perfil.

- Al escoger un nuevo uso, considerar el principio de reversibilidad de los bienes patrimoniales.

- Considerar que el nuevo uso debe ser a largo plazo. Plantear el estudio de la viabilidad del nuevo proyecto a nivel de valor patrimonial, normativo, técnico y económico, antes de generar cualquier acción definitiva que pudiese afectar los atributos históricos del bien (Fig. 2.4).

- Considerar el mantenimiento del uso dentro del edificio a largo plazo, para así conservar sus atributos.

- La interpretación y puesta en valor debe ser una parte fundamental del proyecto de reutilización del edificio, con el objetivo de dar a conocer sus atributos al público y concienciar a la población de su importancia.



Figura 2.4 Art Deco District, Miami. A partir de su declaración como sitio histórico por el gobierno estadounidense, comenzó un proceso de reutilización de los inmuebles, convirtiéndose en uno de los barrios más importantes de la ciudad.

2.3 Análisis de referentes

Para el análisis de referentes es necesario considerar ciertas premisas que ayudarán a una mejor comprensión del tema de estudio.

El abandono total o parcial de los edificios de salud, producto del cambio en las políticas públicas, los avances de la tecnología, entre otros, es un fenómeno reciente, que no tiene comparativa de procesos de reutilización con las mismas características. Sin embargo, los ejemplos que serán expuestos a continuación, contienen conceptos que podrían ser aplicados al desarrollo de la propuesta, ya que abordan el tema de reutilización de edificios con carácter cívico desde distintas perspectivas. Esto ayudará a sacar conceptos necesarios para el análisis del objeto de estudio y su posterior propuesta.

Estos ejemplos son: Convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén en Cuba, por el rol social y comunitario del proyecto implantado; el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en México, por su capacidad de actualizar su labor sanitaria sin perder sus atributos históricos; y la Biblioteca Pública de Valencia en España, por su capacidad de reutilizar un edificio hospitalario planteando un nuevo programa que aporte al equipamiento de la ciudad.



A. Figura 2.5 Convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén, La Habana, Cuba.

B. Figura 2.6 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), Ciudad de México, D.F., México.

C. Figura 2.7 Antiguo Hospital General, Valencia, España.

[4] La Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana fue fundada en 1938, actualmente es responsable de la restauración integral del Centro Histórico, el rescate y divulgación de la historia de la nación, además de la valoración y protección del patrimonio material y espiritual cubano (Dirección de Patrimonio Cultural, s.f.).



Figura 2.8 Patio interior del Convento Nuestra Señora del Belén.



Figura 2.9 Uno de los corredores del Convento en la actualidad, siendo reutilizado como Centro de Día para el adulto mayor.

A. Convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén, La Habana, Cuba

La ciudad de La Habana se caracterizó por su estilo colonial, cuya arquitectura contenía fuertes influencias andaluzas, considerada como “una nueva Cádiz” (Discurso de Pedro Martínez Inclán, citado en Sambricio y Segre, 2000). Entre ellas se encontraba el Convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén (Fig. 2.8), construido entre los años 1712 y 1718 por la Orden del Belén, quienes se dedicaban a la enseñanza. En sus dependencias se albergó una escuela, que posteriormente estuvo a cargo de los jesuitas. También funcionó como Academia de Ciencias, hasta que fue completamente abandonado durante la primera mitad del siglo XX, para caer en un estado de deterioro preocupante.

A principios de los años '90 se decide intervenirla como parte del Plan de Desarrollo Integral del Centro Histórico de La Habana Vieja, dirigido por la Oficina del Historiador [4]. El plan a nivel general no interviene sólo respecto a la restauración o la puesta en valor de las edificaciones, sino que involucra variables que influyen directamente en las políticas urbanas locales, con el objetivo que no se pierda el carácter de la zona, controlando el desequilibrio social y garantizando la sostenibilidad económica, mejorando las condiciones de habitabilidad (UPM, 2006). Es en base a esto que la propuesta de rehabilitación del Convento fue la de convertirlo en el “Centro de Día del Convento de Belén”, dedicado al bienestar de cerca de 600 adultos mayores que acuden al lugar, donde tienen áreas de talleres (Fig. 2.9), espacios de re-

creación donde se reúnen, rondas de ejercicios (Fig. 2.10) y jornadas donde discuten sobre diversos temas actualidad. El recinto, administrado por la Dirección de Asuntos Humanitarios de la Oficina del Historiador, fomenta también la colaboración y la retroalimentación entre sus pares, permitiendo que muchos de ellos puedan ejercer labores de voluntariado con quienes se encuentran impedidos. A su vez el Centro también ofrece atención a niños con discapacidad (Grogg, 2010).

Resulta interesante este referente de reutilización a partir de la consideración del espacio patrimonial como un motor para el fomento de una mejor calidad de vida de la comunidad local, reconociendo las problemáticas del entorno y abordándolas, propiciando la colaboración mutua y retomando los valores caritativos que poseía el edificio en sus inicios, replanteando el concepto hacia una perspectiva más actual, dadas las problemáticas contemporáneas y abriendo canales de ayuda mutua. El concepto de mirar la medicina desde el punto de vista preventivo, así como también comunitario lo convierte en un valor en si mismo, ya que involucra a los usuarios de forma activa en las distintas actividades, no sólo como asistentes que reciben un servicio, sino también como responsables de convertir este espacio en lo que es actualmente.



Figura 2.10 Uno de los corredores del antiguo Convento reutilizado como sala de ejercicios.



Figura 2.11 El Sanatorio de Huipulco poco antes de su inauguración, Ciudad de México, 1936.



Figura 2.12 INER en la actualidad. Se observa el crecimiento que ha sufrido el complejo hospitalario, además de la urbanización del entorno.

B. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), Ciudad de México, México.

Concebido como Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco (Fig. 2.11), comenzó su funcionamiento en 1936, con el objetivo de brindar a enfermos en un recinto aislado del área urbana -condición que reducía el riesgo de contagio con el resto de comunidad-, donde recibían atención completa. Sin embargo, con el correr de los años la Tuberculosis fue disminuyendo y se hizo necesario diversificar los servicios de atención, es por ello que en 1969 cambia su nombre a Hospital para Enfermos Pulmonares de Huipulco y posteriormente, en 1975 se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares (INER) y finalmente en 1982 adquiere su nombre definitivo con el que se mantiene hasta el día de hoy: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Estas dos últimas etapas buscaban desarrollar una investigación sistemática de las enfermedades respiratorias, ampliando los conocimientos a las nuevas problemáticas médicas de la época: ya en 1980 neumonía e influenza eran la tercera causa de muerte en México, mientras que la tuberculosis, la decimocuarta (Pérez-Padilla, 2010), lo que hacía necesario asumir los nuevos desafíos, con el objetivo de aprovechar los espacios que este edificio permitía. Actualmente, la misión del Instituto es de carácter global: *“Mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada”* (INER, s.f.).



Figura 2.13 INER actualmente.

De arquitectura compuesta de pabellones, condición que favorece su crecimiento, este complejo se ha ido ampliando con el transcurso de los años adaptando su programa de atención e investigación de padecimientos respiratorios a las necesidades contemporáneas (Fig. 2.12), contando actualmente con 5 clínicas especializadas, dedicadas entre otras a los trastornos del sueño, patologías asociadas al VIH, enfermedades infecciosas, entre muchas otras, ampliando el número de edificios y creando un referente de la salud respiratoria en Latinoamérica.

Este tipo de edificaciones refuerzan el compromiso del Estado con la salud pública, como un valor fundamental que mantiene su identidad con el lugar. Es importante recalcar la importancia de ir renovando el programa, adaptándolo a las necesidades más urgentes de la población, lo que posibilita que la proyección de la institución a través del tiempo sea más duradera. Ello constituye un atributo en si mismo, que impide el desuso y fomenta el aprovechamiento de todos los espacios, que en este caso reafirman la esencia y la identidad del edificio.

C. Biblioteca Pública de Valencia (Antiguo Hospital General de Valencia), España.

El Hospital General de Valencia se fundó en 1512, *“por orden de una sentencia arbitral dictada por Fernando II de Aragón con el objetivo de la unificación de varios de los hospitales existentes en la ciudad”* (López y Lanuza, 2007), en las dependencias del antiguo *Spital de Ignoscens, Folls e Orats* (primera institución europea dedicada al tratamiento de enfermedades mentales (López - Ibor, 2008), situado en el extremo sur-oeste de la ciudad de Valencia.

Esta unificación se realizó con el objetivo de mejorar la atención y la modernización del sistema hospitalario de la época, al concentrar en un sólo recinto varias especialidades. El edificio se organizaba dividiendo las áreas según las especialidades que se trataban: *“la sala de fiebres (febres), la de morbo gallico (mal de siment) y la de heridos (nafrats)”*, además de incluir el área de niños desamparados (borts) y locos (dements), entre otros (López y Lanuza, 2007). Tras un incendio ocurrido en 1545, debió ser reconstruido, bajo la misma organización de planta de cruz griega, pero en estilo renacentista, cuya principal área es la de enfermería, que se mantiene hasta el día de hoy.

“El edificio del hospital estuvo compuesto por dos enfermerías con planta de cruz, dos pisos y cimborrio en el centro, siguiendo un modelo que había surgido en el norte de Italia y que permitía separar a los enfermos según su sexo y sus dolencias, al tiempo que se podían con-

Figura 2.14 Biblioteca Pública de Valencia, ubicado en el Antiguo Hospital General de Valencia. Vista desde el centro de la planta de cruz.



trolar todas las salas desde el espacio central. Este hospital fue el primero de España que siguió este práctico esquema” (Balaguer, 2011).

A esto se sumaban edificaciones como la farmacia, la Iglesia, la Ermita de Santa Lucía (no perteneciente directamente pero vinculada a las actividades y la Facultad de Medicina y Farmacia del Hospital Provincial, según consta en los Archivos Municipales.

El Hospital General constituyó durante sus siglos de funcionamiento un verdadero centro asistencial para la población valenciana (Gómez-Ferrer, 1998), mucho más allá de ser una institución de caridad, cuyo personal técnico realizaba sus labores con los conocimientos apropiados, debido al perfil multidisciplinar del recinto.

Sin embargo, tras la construcción de un nuevo hospital durante la primera mitad del siglo XX, comienza un proceso de abandono, que provocó que muchas de las dependencias fuesen derribadas, producto de la especulación inmobiliaria. Su reconocimiento como Conjunto Histórico Artístico en 1969, dio pie a la reutilización del edificio de Enfermería como Casa de la Cultura y posteriormente como Biblioteca Pública (Fig. 2.14 y 2.15), además de la remodelación de los jardines (Fig. 2.16) como espacio público (Balaguer, 2011).

Sin duda este proyecto involucra una serie de factores que condujeron al estado actual en que se encuentra el edificio. Su valor como centro hospitalario y su posterior reutilización como biblioteca pública, sigue

una lógica de servicio a la sociedad civil en un entorno que sin duda es de gran aporte a la ciudad. Su nuevo uso ha permitido que los trabajadores del espacio estén empeñados en conservar la mayor cantidad de información acerca del pasado del recinto, con el objetivo de no perder la memoria del lugar. Se observa, a partir de ello, una compatibilidad de uso entre de ambas funciones, ya que se retroalimentan.

Al mismo tiempo, este referente evidencia una amenaza que resulta ser constante en estos tiempos: la especulación inmobiliaria propicia la pérdida de los espacios patrimoniales, más aun si son de estas características, antecedente a considerar cuando se observa el desuso de ellos, que llaman a actuar con urgencia ante el deterioro y la desaparición de las edificaciones.



Figura 2.15 Biblioteca Pública de Valencia, actualmente. Vista de uno de los pasillos de estudio.

Figura 2.16 Plaza del Antiguo Hospital General de Valencia. Fachada exterior de la actual Biblioteca.

Observaciones parciales

El concepto de la reutilización arquitectónica, si bien parece ser nuevo, es algo que lleva años en la evolución y desarrollo de las ciudades. Sin embargo, al abordar este concepto en espacios de alto valor patrimonial, se hace necesario considerar un mayor cuidado en la conservación, no sólo del edificio en sí, también en lo que proyectará para el futuro. Un proyecto de reutilización exitoso en el ámbito patrimonial, es el que consigue abordar ambos conceptos: la actualización de espacios físicos con un programa que mantenga la esencia histórica de su origen. El desafío en algunos casos es comprender dónde encontrar esa esencia.

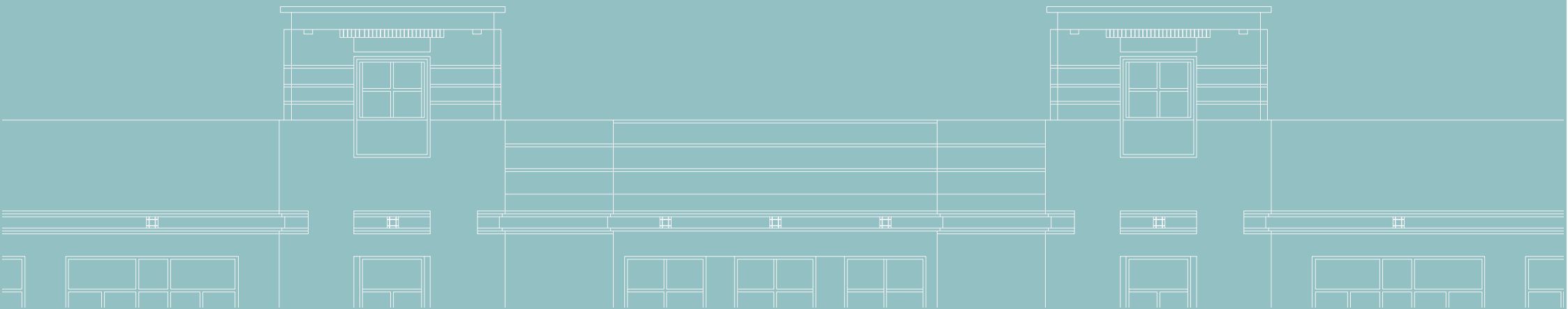
Se observa en los referentes analizados, distintas posturas de reutilización, desde conceptos como el caso cubano, donde el espacio propuesto mantuvo esa vocación de servicio sobre la comunidad, con un programa más colaborativo que caritativo; similar al caso valenciano, donde desde un punto de vista más institucional, el rol primigenio del edificio de ofrecer un equipamiento para la ciudadanía no se ha perdido; y por último el caso mexicano, donde se destaca el afán de no perder el valor histórico - social que los caracteriza, observando con agudeza las necesidades del entorno y actualizando su programa en beneficio de las personas.

Sin duda estas observaciones ayudarán a enfocar el análisis del caso de estudio no sólo en los espacios físicos en desuso, sino también en el valor patrimonial que posee y las necesidades actuales de su entorno, con el objetivo de plantear una estrategia de renovación que conserve el rol social y sanitario del edificio, lo actualice y lo proyecte en el tiempo, poniendo en valor sus atributos que lo caracterizan y le dan identidad.

Capítulo 3

Marco Normativo

El siguiente apartado analiza la normativa actual que regula el patrimonio el Chile, sus definiciones generales y los procesos para proponer nuevos bienes o intervenir los ya declarados, antecedentes que pondrán en evidencia la necesidad de establecer reglamentos, manuales y guías que hagan de estos procesos algo mucho más expedito.



3.1 Regulación del Patrimonio Arquitectónico en Chile

En Chile existen dos mecanismos legislativos de protección del Patrimonio Cultural: la Ley General de Urbanismo y Construcciones (LGUC) en su artículo N°60 y la Ley 17.288 de Monumentos Nacionales. A continuación se realizará un resumido análisis de ambos tipos de protección, para así comprender el estado actual del objeto de estudio.

La LGUC es una protección de carácter local, regulada por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) que, en conjunto con los distintos municipios (ayuntamientos), establecen en sus Planes Reguladores Locales (Planes de Ordenación Urbana) dos tipos de protección: Inmuebles de Conservación Histórica y Zonas de Conservación Histórica, que se definen mediante la elaboración de Fichas de Catalogación. Para solicitar autorización para la realización de cualquier tipo de intervención es necesario obtener autorización del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, para posteriormente solicitar el permiso de construcción en la Dirección de Obras del Municipio (ayuntamiento) correspondiente. Sin embargo, esta legislación no posee definiciones básicas de conservación, restauración, ni tampoco en sus fichas de catastro establece valores patrimoniales claros, lo que genera vacíos y

ambigüedades a la hora de definir criterios para el control de las intervenciones.

Por otro lado, esta legislación antes descrita no se complementa con el segundo tipo de protección legal sobre el patrimonio arquitectónico: la Ley 17.288 de Monumentos Nacionales (MN) [1] es principal regulación de protección al Patrimonio Cultural Material del país. Crea el Consejo de Monumentos Nacionales (CMN), perteneciente al Ministerio de Educación. Cuenta con 5 categorías de MN, de las cuales sólo dos involucran patrimonio arquitectónico (Zona Típica para los conjuntos urbanos y Monumento Histórico para los inmuebles, equivalentes al Bien de Interés Cultural). Dichas declaratorias se realizan luego de una evaluación y aprobación del CMN, para su posterior oficialización a través de un Decreto Exento. A su vez, dicha categoría queda plasmada en el Plan Regulador Comunal correspondiente (equivalente al PGOU Español), en este caso el de la Comuna de Santiago, con su regulación en caso de intervenciones.

A partir de esta descripción general se puede inferir que la Ley 17.288 protege monumentos de carácter nacional, mientras que la LGUC en conjunto con los

[1] Glosario de términos:
CMN: Consejo de Monumentos Nacionales
MN: Monumento Nacional
MH: Monumento Histórico
ZT: Zona Típica

Norma Legal	Ley 17.288/70 Ley de Monumentos Nacionales	Artículo 60 Ley General de Urbanismo y Construcciones (LGUC)
Tipo de Patrimonio	Patrimonio Nivel Nacional Monumento Nacional	Patrimonio Nivel Local Conservación Histórica
Institución	Ministerio de Educación	Ministerio de Vivienda y Urbanismo
Categorías de Declaratorias	Monumento Histórico (Edificación Aislada) Zona Típica (Conjunto)	Inmueble de Conservación Histórica (Edificación Aislada) Zona de Conservación Histórica (Conjunto)
Declaratoria	Decreto Ministerio de Educación	Decreto Alcaldicio: Formulación o modificación del Plan Regulador Comunal
Reglamentación	Instructivo de Intervención (Consejo de Monumentos Nacionales)	Plan Regulador Comunal, Normas Urbanísticas, Plan Seccional, Características Arquitectónicas
VºBº para intervenciones	Consejo de Monumentos Nacionales	Seremi Vivienda y Urbanismo
Permiso de Obra	Municipalidad Dirección de Obras	Municipalidad Dirección de Obras

Figura 3.1: Tabla comparativa sobre Patrimonio entre Ley 17.288 de Monumentos Nacionales y Artículo 60 de la Ley General de Urbanismo y Construcciones.

Planes Reguladores Comunales de ordenamiento urbano establecen protección de carácter local o comunal (a nivel de ayuntamientos) (Fig. 3.1). Sin embargo a pesar que de una u otra manera han protegido inmuebles y zonas de enorme importancia, generan confusión entre las distintas instituciones (MINVU y CMN), cuando en realidad deberían complementarse y unificar criterios.

Para efectos de comprensión del caso de estudio, nos enfocaremos en el análisis de la Ley 17.288, que se sobrepone a toda regulación que se pueda ejercer sobre un inmueble y bastante amplia en cuanto a las características que debe poseer un Monumento Nacional. Sin embargo, son dos las categorías atingentes al área de la arquitectura:

Monumento Histórico (MH): El artículo 9º, Título III De los Monumentos Históricos, los define como:

“Son Monumentos Históricos los lugares, ruinas, construcciones y objetos de propiedad fiscal, municipal o particular que por su calidad e interés histórico o artístico o por su antigüedad, sean declarados tales por decreto supremo, dictado a solicitud y previo acuerdo del Consejo”.

Zona Típica (ZT): La Ley Nº 17.288 de MN, artículo Nº 29, Título VI De la Conservación de los Caracteres Ambientales, establece la siguiente definición para las Zonas Típicas:

“Para el efecto de mantener el carácter ambiental y propio de ciertas poblaciones o lugares donde existieren ruinas arqueológicas, o ruinas y edificios declarados Monumentos Históricos, el Consejo de Monumentos Nacionales podrá solicitar se declare de interés público la protección y conservación del aspecto típico y pintoresco de dichas poblaciones o lugares o de determinadas zonas de ellas”.

Esta ley especifica que cualquier particular, persona, entidad, institución pública o privada, puede solicitar la declaración de un bien como Monumento Histórico o Zona Típica, presentando una carta solicitud y los antecedentes del bien (expediente). Una vez ingresada la solicitud, ella pasa al análisis de la comisión del área respectiva (Comisión de Patrimonio Arquitectónico y Urba-

no). Con el informe positivo de esta Comisión, la solicitud pasa al Consejo pleno, que en su sesión mensual vota en resolución definitiva. Con el acuerdo positivo del Consejo pleno, la institución pide al Ministro que dicte el Decreto. En materia de declaraciones, el Consejo propone y el Ministro resuelve.

Para la modificación de un Monumento Histórico, la ley específica en el artículo 11, inciso 1°:

“los Monumentos Históricos quedan bajo el control y la supervigilancia del Consejo de Monumentos Nacionales y todo trabajo de conservación, reparación o restauración de ellos, estará sujeto a su autorización previa”;

mientras que para las Zonas típicas, el artículo 30° dispone:

“para hacer construcciones nuevas en una zona declarada típica o pintoresca, o para ejecutar obras de reconstrucción o de mera conservación, se requerirá la autorización previa del Consejo de Monumentos Nacionales, la que sólo se concederá cuando la obra guarde relación con el estilo arquitectónico general de dicha zona, de acuerdo a los proyectos presentados”.

La Ley 17.288 ha sido un aporte a la salvaguarda de gran parte del Patrimonio Cultural del país, como único cuerpo legal que establece figuras de protección.

Ha sido una efectiva herramienta para proteger e impedir la destrucción de bienes del patrimonio natural y cultural, permitiendo una mirada integral (lo cultural y lo natural en una misma legislación y bajo la gestión de un mismo organismo) y siendo capaz de mantener los valores de los bienes protegidos, porque cualquier intervención debe ser sometida a discusión de equipos multidisciplinarios, quienes logran llegar a consensos que permiten un control integral de la imagen patrimonial. Su trabajo consolida la conciencia patrimonial como un ámbito cada vez más relevante a nivel ciudadano y de gobierno.

Sin embargo, la ley de Monumentos Nacionales también tiene carencias que generan ambigüedades dentro del marco regulatorio. Se espera que sean modificadas pronto para una mejor conservación del patrimonio cultural:

- Ambigüedad en la definición de ciertas materias, que obligan a interpretar definiciones (ej. Zona Típica)
- La Ley de MN [1] no contiene reglamentos que controlen la conservación de un MN, ni tampoco obliga a realizarlos (ej. Instructivos de ZT)
- No contempla la administración de los MN; es decir, la Secretaría Ejecutiva no fue creada a partir de la ley, sino más bien a partir del mismo Consejo para poder administrar la gran cantidad de expedientes que ingresaban.
- No contempla financiación para la conservación y mantenimiento de los MN, ni tampoco incentivos para particu-

lares propietarios de MN o del terreno donde estos se encuentren. Esto genera prejuicios de los propietarios y de las comunidades, ya que son reticentes a declarar sus bienes Monumentos Nacionales porque sienten que no obtienen beneficios directos.

- No contempla una secretaría ejecutiva, administrativa y organizacional de su institucionalidad como la que existe actualmente. La ley debiese regular el carácter burocrático, para la unificación de criterios.

Finalmente, y tal como se explicó anteriormente, los Planes Reguladores Comunales (en conjunto con sus normativas específicas) exigen para la obtención de permisos de los proyectos de intervención sobre bienes patrimoniales, la aprobación del Consejo de Monumentos Nacionales, organismo que posee una unidad técnica de revisión de proyectos, cuyos plazos de entrega de respuesta a las solicitudes de revisión no están regulados, así como tampoco criterios de evaluación de los proyectos, cuyo fin último es la no alteración de los valores por los que ha sido protegido.

Esta libertad de funcionamiento, si bien es necesaria (los proyectos de intervención patrimonial tienen otra velocidad de desarrollo), dificulta el avance de la programación previamente establecida, ya que muchas veces el CMN como institución asume un rol de contraparte evaluadora reiterando correcciones, mientras que los promotores de los proyectos defienden muchas de sus ideas, generando una dinámica sin coto que en los proyectos más complejos se puede extender por años [2].

[2] En este marco normativo se inserta el caso de estudio, declarado Monumento Histórico según Decreto N°291 del año 2014, y a su vez se encuentra emplazado en la "Zona E" tal como será descrito en el apartado 4.2 de Antecedentes Urbanos.

Observaciones parciales

Esta falta de agilidad y regulación de los procesos de permisos para la ejecución de proyectos evidencian la actual inexistencia de parámetros de evaluación de elementos o áreas, para hacer de forma más regular y eficiente la gestión de aprobación de un proyecto por parte del CMN.

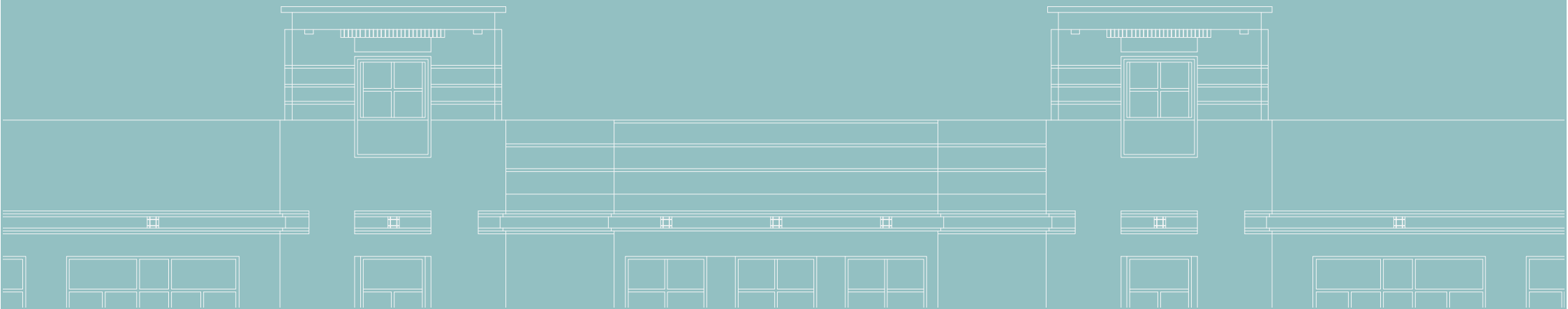
Regular las intervenciones que se realizan sobre el patrimonio, a partir de una guía específica de cada caso, capaz de hacer proyectos de intervención mejor justificados, facilitaría los procesos de solicitud de permisos a las instituciones correspondientes. Dependiendo de las características de cada inmueble, es necesario realizar estos Planes enfocados no sólo en la intervención física (arquitectónica, constructiva), si no también en los usos posibles que se le pueden dar.

Específicamente en el caso de estudio, relacionado con el área sanitaria, la relevancia de contar con una propuesta de usos parcial o total dentro de este tipo de planes, mediada con la institución regulatoria; dada la dinámica constante de reutilización de espacios en los programas de salud y la indefinición de procedimientos administrativos de la autoridad, podría facilitar y agilizar la gestión de los proyectos en inmuebles patrimoniales dinámicos en su recambio de usos, significativo al considerar que el retraso en los proyectos de conservación suponen una degradación de los inmuebles, en algunos casos de carácter urgente.

Capítulo 4

Objeto de estudio

El Consultorio N°1 necesita una propuesta de programa que reutilice los espacios que el tiempo y la sociedad han ido olvidando. Para ello, el conocimiento de su origen, su desarrollo, su entorno y su estado actual son relevantes para que dicha propuesta sea coherente con sus problemáticas y sus necesidades.



4.1 Antecedentes históricos

4.1.1 Cambio en el paradigma médico: La institución sanitaria pública en Chile a inicios del siglo XX

El desarrollo de la medicina en Chile tuvo un comienzo tardío (Fig. 4.1). Según el doctor Ricardo Cruz-Coke (1995), hacia fines de la época colonial, a diferencia de países como Perú y México (virreinos españoles en aquella época), Chile no había conseguido un desarrollo avanzado de las ciencias de la salud, reflejada en la imposibilidad de paliar las epidemias, la necesidad de depender de profesionales externos y no contar con estudios de medicina formales en el país. En resumidas cuentas, la medicina hispánica no asentó influencias, como sí lo hicieron los alemanes, franceses e ingleses, en época republicana e independiente [1].

Este proceso evolutivo, tuvo un hito relevante como punto de partida: la formación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile en el año 1832, centrada en el deber social, científico consagrado al país con el objetivo de contribuir en su progreso. C. Molina (2007) determina que a partir de este hecho *“la medicina chilena entra en un periodo de cambios profundos que transformaron su conceptualización y modificaron radicalmente*

su práctica, lo que produjo variaciones progresivas en la forma como el saber médico moderno organizó sus actividades”.

Esa evolución progresiva tuvo una causa transversal que modificó la forma de pensar en la sociedad durante las décadas siguientes. El movimiento obrero organizado, más conocido como “la cuestión social”, toma un protagonismo inesperado, y como sujeto activo comienza a exigir sus derechos, productos de las notorias problemáticas sanitarias que iban surgiendo (Fig. 4.2).

La llegada de la industrialización a Chile trajo consigo una serie de repercusiones sociales que se extendieron durante décadas. Una de las más importantes: el aumento de la población urbana. La llegada de personas a la ciudad de Santiago con el objetivo de establecerse de forma temporal o permanente modificó la morfología de la ciudad, con la aparición de campamentos espontáneos en distintos sectores (Fig. 4.3).

[1] El proceso de independencia en Chile se realizó entre los años 1810 – 1819.

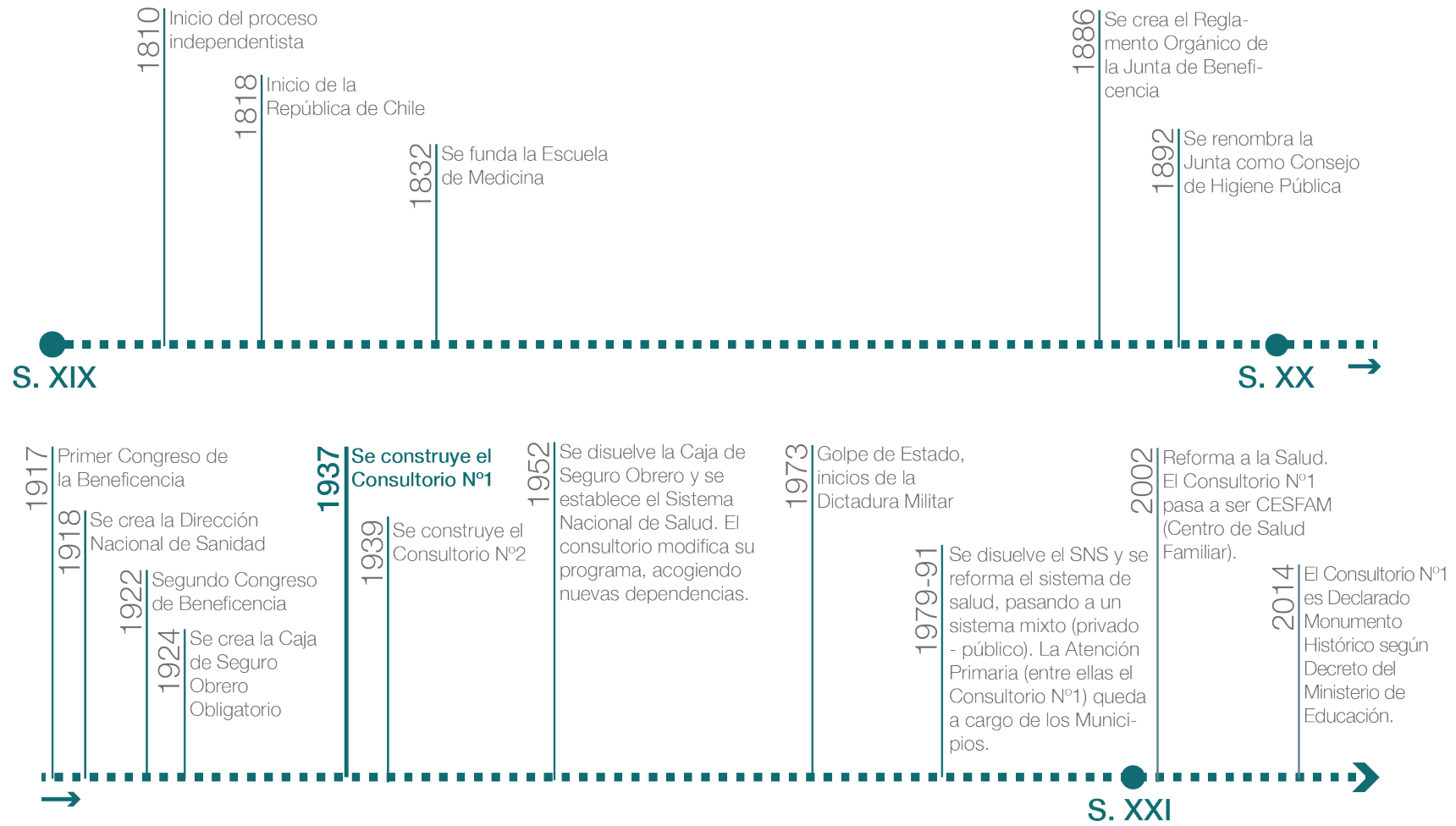


Figura 4.1 Línea del tiempo de los principales hitos que afectaron directa o indirectamente al Consultorio N°1. Elaboración propia.

“Desde la segunda mitad del siglo XIX Santiago y en menor grado Valparaíso, experimentaron un aumento poblacional producto de importantes migraciones campo-ciudad. Entre 1865-1885 Santiago creció de 115.377 habitantes a 189.332, lo que significa un incremento espectacular para una época en la que la sociedad chilena vivía en torno a la hacienda. (...) Entre 1865 y 1920, (...) el crecimiento de la ciudad llegó a un 339,61%. (...) La población rural en la zona central en cambio creció, entre 1865 y 1930, solamente un 7%” (Torres, 1986)

Según A. Orrego (1897), este problema arrastró otro mucho más grave de carácter sanitario y lo atribuye a un vicio de carácter social:

“(...)la mortalidad de los párvulos, que alcanza en Chile a la cifra inverosímil de un sesenta por ciento, según los cálculos menos abultados, se tendrá que reconocer que un vicio sordo trabaja el organismo nacional, que un mal latente o por lo menos no bien apreciado todavía, se agita en las entrañas de nuestra sociedad.”

En efecto, en 1897 la sepultación de niños alcanzó el 55% del total anual y en 1900 al 63% [2] (Molina, 2007). El escenario sanitario en el que se encontraba la sociedad urbana era grave, y si bien ya existían atisbos de soluciones, esto no era suficiente para paliar el problema.

Al mismo tiempo se iban creando iniciativas benéficas de carácter privado que reforzaban las políticas sanitarias y sociales. Por un lado estaban las Sociedades de Socorros Mutuos, sistemas de ayuda solidaria creada a partir de una organización de cooperación entre los mismos trabajadores de un rubro en particular; mientras que, por otro, se encontraba la Junta de Beneficencia y Salud Pública (o simplemente “Beneficencia”), constituida por diversas organizaciones de caridad (la beneficencia no tenía un núcleo central) y propietarias de los hospitales chilenos desde los inicios de la República, que si bien tenían una regulación estatal a partir de un Reglamento General del año 1886, su administración quedaba en manos de la institución eclesiástica y la oligarquía chilena (Espinoza, 2015). Constituían una fuerte estructura de dominio que si bien, aportaba con servicios sanitarios necesarios para la población, chocaban con las visiones más modernas y sociales de la institución sanitaria del país a partir de la concepción de que la salud derecho básico de todo ciudadano y no necesariamente es parte de una vocación filantrópica (Fig. 4.4).

“Como estas Juntas (de beneficencia) constituían verdaderas redes de control político-partidario y representaban a los terratenientes locales, la necesidad de su extinción apurada por la modernización del Estado como producto del desarrollo del capitalismo, fue duramente resistida por estos poderes locales y este conflicto se prolongó hasta la década de los años treinta del siglo XX. Esta particularidad de la Beneficencia, propietaria original de la estructura de



Figura 4.2 Movimientos sociales de la época. Grupos de obreros con banderas, c. 1900.

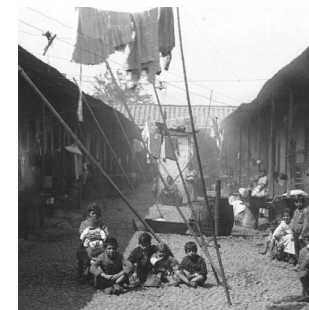


Figura 4.3 Conventillos ubicados en la periferia urbana.

[2] Es necesario considerar, que la mortalidad de la niñez es más específico y caracteriza de mejor forma el perfil de las condiciones de vida y salud de los grupos poblacionales (Molina, 2007).

los hospitales chilenos, constituyó un factor fundamental y necesario para comprender las distintas formas que adquirió el proceso chileno de traspaso de los hospitales, de manos de la oligarquía filantrópica, al Estado” (Molina, 2004).

La problemática radicaba en que si bien era una iniciativa privada, hacia inicios del siglo XX, dos tercios de su presupuesto eran financiados por el Estado (Molina, 2007). Surgió el cuestionamiento acerca de si es el Estado el que debía hacerse cargo de la temática sanitaria en colaboración con la experiencia que podría aportar el conocimiento científico al campo de la sanidad. A partir de ello, en 1917 se realizó el Primer Congreso de la beneficencia, donde se *“abordó los dilemas básicos del momento: si la salud era un deber de la caridad privada o*



Figura 4.4 Cruz Roja Chilena a inicios del siglo XX. Uno de los ejemplos de Beneficencia de la época.

del Estado, o si los médicos debían dirigir los hospitales” (Molina, 2007).

A partir de esto último, se invoca el cuestionamiento de la calidad técnica de la Beneficencia para avanzar en las áreas de la salud y se solicitaba pasar de un régimen caritativo a uno público y colectivo, donde el estado se hiciera cargo de los problemas sanitarios (Biblioteca Nacional de Chile, s.f.). Al respecto A. Espinoza reflexiona lo siguiente, dentro del marco del Primer Congreso antes descrito:

“Entre estos múltiples agentes, serán los médicos, como grupo con identidad gremial y prestigio social, los que invocarán un discurso de transformaciones técnicas, científicas, sociales y también políticas, que serán de decisiva importancia para la creación de la nueva institución de salud pública y que dará contenido al discurso político que concretará aquellos cambios” (Espinoza, 2015).

Finalmente, en el Congreso se concluyó que la Beneficencia era un deber del Estado y se propuso la creación de un directorio general donde estuviesen involucrados facultativos y personas ligadas a los estudios de la medicina. Por otra parte, al año siguiente (1918) se crea la Dirección General de Sanidad, cuyo primer director fue el Dr. Ramón Corbalán Melgarejo, quien *“tuvo la trascendental misión de implementar y poner en marcha la estructura básica del Estado benefactor en Sanidad e Higiene dentro del vasto mandato que le daba la Ley (...)” (Cruz-Coke, 1995).*

“La conciencia sanitaria de la época en cuya gestación ya participaban los médicos, proporcionó los elementos básicos para una transformación del estado que permitiera la estabilidad central del ordenamiento social” (Molina, 2007). Pero la demanda por la salud no era cubierta, la mortalidad se mantenía y la Beneficencia Pública tampoco alcanzaba a suplir esas necesidades, debido al cambio en el paradigma de la medicina: la enfermedad no necesariamente implicaba perder la vida, ya que los avances permitían mayor prevención y tratamiento, y en un contexto mucho más abierto a la población, porque ya no se debía tratar sólo a los más necesitados. Sobre esto Gregorio Amunátegui, en la Revista de Beneficencia Pública (citado en Espinoza, 2015) recalca: “(…) el hospital no es un refugio sólo para indigentes, es una institución de bien público que debe servir a la población entera”.

Las movilizaciones seguían, el descontento social no era satisfecho, los movimientos de trabajadores iban en aumento y necesitaban de forma imperiosa algún cambio radical que organizara la estructura social del país, dotándola de servicios básicos. Esto llevó a la realización de un Segundo Congreso de Beneficencia en el año 1922, cuyo tema central sería la financiación de la Beneficencia. Fue el trabajo en conjunto entre Estado, Movimientos sociales, y una organización de profesionales de la medicina [3], lo que hizo que las conclusiones realizadas en este último congreso, tuvieran mejores efectos en la gestión de la salud que su antecesor.

“En tales términos, en 1922 se presentó al parlamento el proyecto del Seguro Social Obligatorio

contra la enfermedad y la invalidez, argumentándose que los fondos generados por la contribución de los obreros, de los patrones y del Estado, salvarían a los hospitales de su crisis, permitiendo a la Beneficencia Pública su desarrollo” (Molina, 2007).

Es a partir de ello que se crea una nueva institución estatal: la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, como parte de un fenómeno de leyes sociales y regulaciones que también se dio en otros países de América Latina, capaz de neutralizar el movimiento obrero integrándolo a las prioridades de las políticas públicas y consolidando la nueva forma de hacer medicina, asumiendo un rol asistencial y acercándola a la comunidad.

[3] La Sociedad Médica de Chile fue creada en el año 1869, con el objetivo de agrupar a una generación de médicos con visión de futuro, capaces de fomentar las nuevas políticas de salud que el Estado generaba.

4.1.2 La Caja de Seguro Obrero Obligatorio y su Red de Consultorios

Producto de la discusión generada durante las primeras décadas del siglo XX, finalmente se realizaron un conjunto de normativas legales, capaces de concentrar las demandas de los distintos sectores asociados al bienestar social de la población. *“Las leyes aprobadas regularon los contratos de trabajo, las huelgas, la actividad sindical, los niveles de salario mínimo, la jornada laboral de ocho horas, las pensiones y los accidentes, entre otros”* (Ortúzar, 2013).

Entre todas las modificaciones y creaciones de leyes sociales que se realizaron en la época, la más emblemática es sin duda la Ley 4.054, debido a que iniciaba el sistema previsional en Chile y abarcaba un amplio margen de acción en beneficio de los trabajadores. *“(…) fue la base de la legislación de medicina social en las décadas siguientes, y todas las reformas y leyes nuevas sobre la materia se referían a esta magna carta de la medicina social chilena”* (Cruz-Coke, 1995).

La Ley 4.054 fue promulgada el 8 de septiembre de 1924 creándose el Seguro Obligatorio de Enfermedad, Accidentes del Trabajo e Invalidez, que a su vez dio forma a la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, *“que condujo de hecho a la histórica y combatida incorporación de la clase obrera nacional al Estado”* (Molina, 2007). Los beneficios de pertenecer a la Caja (Campos y Basáez, 2014) se describen a continuación:

- *“Asistencia médica y provisión de todos los medios terapéuticos necesario. Hospitalización del enfermo, en caso de ser ordenado por un médico. Personal a disposición para la atención del asegurado, dispensada mediante la Caja.*
- *Un subsidio en dinero mientras duraba la incapacidad del asegurado, con objeto de cubrir los gastos familiares.*
- *Atención profesional para las aseguradas embarazadas, más un 50% de salario durante las primeras tres semanas después de su nacimiento y un 25% durante el periodo posterior hasta el fin de la lactancia materna.*
- *La suma de trescientos pesos a entregar a la familia en caso de fallecimiento del asegurado.*
- *Una pensión de invalidez, en caso de accidentes que produjeran la incapacidad de trabajar para el asegurado. Dicha pensión fue determinada igual al salario promedio obtenido por el asegurado en el último año y variaba de acuerdo a la antigüedad de la pertenencia a la Caja.*
- *Pensión de invalidez sobre los 65 años, superando los 15 años de afiliación a la Caja”.*

La Caja de Seguro Obrero (en adelante: CSO o la Caja) se transformaba así en la principal institución para la previsión social de los trabajadores del país, su puesta en marcha permitió al Estado tomar el rol “asistencial” para todos los trabajadores por los riesgos de enfermedad, invalidez y vejez. Este rol se vio reforzado por la aprobación de una nueva Constitución Política en el año 1925, donde se establece que es un deber del Estado velar por la Salud Pública de la población (Molina, 2004).

Sin embargo, la puesta en marcha de este sistema no fue fácil, existía desconfianza y desacuerdo en este nuevo sistema que se instauraba (Molina, 2004). Durante los primeros años la CSO no tuvo fisionomía propia ni tampoco opción de gestionar y consolidar una institución eficiente acorde a las nuevas ideas de asistencia y previsión social. Durante esa época, los servicios médicos estatales estaban a cargo de la Beneficencia y sólo serían recuperados por la Caja en el año 1932, donde comenzaría su consolidación (Campos y Basáez, 2014).

A partir de ese momento y durante los siguientes años se aplicaría una política de inversión, que se tradujo en la compra y construcción de inmuebles para la Caja (Fig. 4.5). Esta labor quedaba a cargo del Departamento de Arquitectura y Administración de Propiedades, oficina técnica que se hacía cargo de la infraestructura, “*estudiando los preliminares de construcción de policlínicas, maternidades, sanatorios, centros de atención rural, habitaciones económicas para obreros, etc.*” (Campos y Basáez, 2014).

A partir de una investigación realizada por A. Campos (2014), se determinó que en la ciudad de Santiago de Chile entre los años 1932 y 1952 [4] existió una Red de Consultorios de la Caja, formada por alrededor de 35 inmuebles, que correspondían a espacios de atención de distintas características: existían los consultorios, inmuebles destinados a dar cobertura asistencial y de tratamiento medio; el Hospital de Emergencias y los Centros de tratamiento, dedicados a realizar labores de administración, procedimientos y terapias (Fig. 4.6).

La instalación de esta red se basaba en tres modalidades de adquisición de los inmuebles: la compra y el alquiler, para una posterior refacción y así adaptar el programa sanitario; y la construcción de obra nueva. A partir de ello, la investigación arrojó que los inmuebles utilizados correspondían a viviendas adaptadas, salvo dos edificios construidos íntegramente para su uso médico. En ese sentido, Santiago Labarca, Administrador General de la Caja entre los años 1933 y 1936, declaraba en aquella época que la prioridad de la Caja es comprar edificios para adaptarlos y así aprovechar lo existente, pero de no haber ninguno acorde a las necesidades, se construiría obra nueva, mucho más ventajosa porque crea edificios más apropiados (citado en Campos y Basáez, 2014).

Es a partir de ello que entre 1937 y 1939 se construyen las dos únicas edificaciones de obra nueva diseñadas en Santiago para la atención médica de alta complejidad: los Consultorios N°1 y N°2.



Figura 4.5 Edificio Central de la Caja de Seguro Obrero, construido en la década de 1930. Se ubica junto al Palacio de Gobierno y actualmente ejerce funciones el Ministerio de Justicia.

[4] En el año 1952 se promulga la Ley 10.383, que reemplaza a la 4.054 de Seguro Obrero Obligatorio, transformando la estructura sanitaria chilena y creando el Servicio Nacional de Salud.

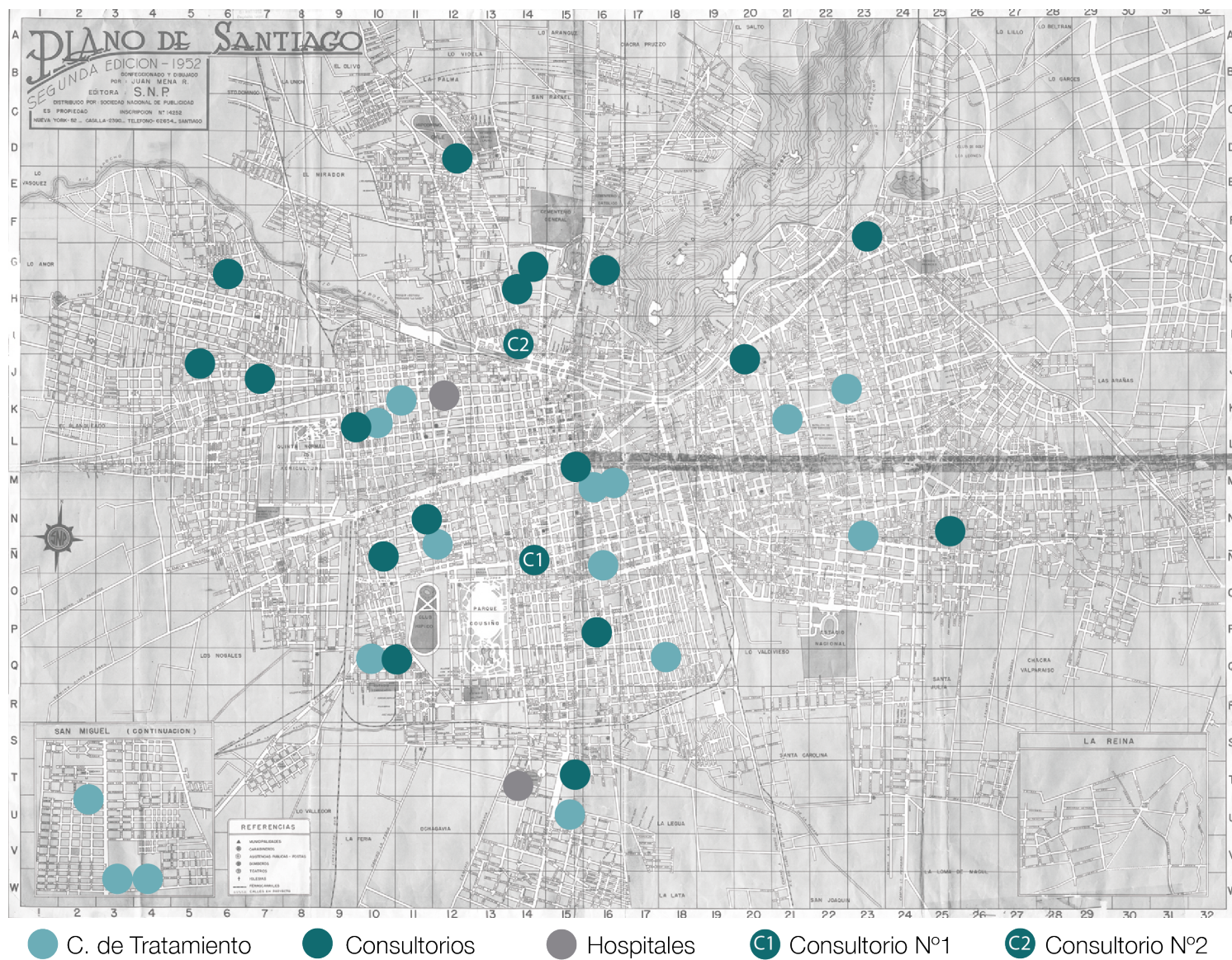


Figura 4.6 Ubicación de la Red de Consultorios de la CSO a 1952 en Santiago. Se diferencian los consultorios, el Hospital y los Centros de Tratamiento, además de los Consultorios N°1 y n°2

4.1.3 Nueva infraestructura de atención primaria para la CSO: los Consultorios N°1 y N°2.

La importancia de la construcción de estos Consultorios en aquella época es indiscutible. Su influencia se extendía más allá del ámbito local debido a la amplitud de sus funciones, prestando un servicio mucho más integral que los consultorios comunes. El Consultorio N° 1 (Fig. 4.7) fue construido en 1937 bajo el nombre de “*Policlínico N°1 Caja de Seguro Obrero*” y se convirtió en pionero y modelo de este tipo de edificaciones de asistencia. Uno de los primeros edificios estatales proyectados como establecimientos de salud pública, considerado como un centro de referencia en la ciudad y más allá de ella, que permitía también la atención de personas de provincia, quienes eran alojados por el Consultorio junto a sus familiares de manera gratuita (Consejo de Monumentos Nacionales, 2013). El Consultorio N°2 (Fig. 4.8) prestaba servicios similares, siguiendo la misma línea de organización y funciones a partir del año 1939.

“Más allá de la diversidad de prestaciones médicas, la complejidad de los servicios ofrecidos comprendían un sentido de bienestar integral para el paciente, proyectado a través del tiempo; lo cual se reflejó tanto en las atenciones de salud mismas, como en las actividades destinadas a previsión asociadas al seguro de pensión e invalidez y a las actividades formativo-preventivas extendidas a la comunidad mediante cursos y campañas comunicacionales (...)” (Campos y Basáez, 2014).

La Caja de Seguro Obrero Obligatorio, específicamente el equipo de profesionales de la Sección de Arquitectura, dirigido por Aquiles Zentilli Melano, se hizo cargo del diseño de ambos edificios.

En aquellos años la arquitectura hospitalaria estaba marcada por la necesidad de crear infraestructuras funcionales capaces de concentrar todas las necesidades que los servicios de salud requerían de un sólo edificio, teniendo presente el concepto de “asistencia social”, además de los requerimientos de higiene y salubridad que se venían aplicando desde principios del siglo XX. Es así como los consultorios fueron construidos bajo un estilo de arquitectura promovido por el Dr. Alejandro del Río en el año 1934, que el Dr. Ignacio González Ginouves denomina “monoblock”.

“Se requiere un hospital de gran rendimiento en donde haya de todo y todo esté a la mano en el momento oportuno: las inter-consultas, los laboratorios, los rayos, los pabellones, etc., etc.; se necesita la cercanía del policlínico a las salas, y de ambos, a los servicios generales; la distribución de la comida y la ropa debe hacerse por vías más directas y expeditas. Debe existir una administración eficiente y un control minucioso. Todo ello exige concentración y se consigue con el hospital vertical” (González Ginouves, 2012).

Figura 4.7 Fachada principal del Consultorio N°1.

Figura 4.8 Fachada interior y vista del vacío interior del Consultorio N°2.





Figura 4.9 Hospital de Beneficencia, ubicado en la ciudad de Iquique, construido bajo la misma lógica del “monoblock”.

Dentro de esta tipología se reconocen otros centros de salud dentro del país como los hospitales de las ciudades de Iquique (Fig. 4.9), Valdivia, Chillán, entre otros. *“El hospital, gracias al monoblock de distribución y planificación funcional, que es perfeccionado con posterioridad, afirma su importancia y su papel definitivo, en forma de “centros de salud”, entre las instituciones destinadas al cuidado de la población”* (González Ginouves, 2012).

Su oferta de servicios iba en directa función del bienestar de la comunidad en todo sentido, velando no sólo por el tratamiento de una enfermedad, si no también por la prevención de ella o el bienestar emocional y físico que se provoca en los familiares de los pacientes.

“La Caja del Seguro Obrero Obligatorio, por medio de los Consultorios, proporcionaba

atención médica para sus afiliados, suministro de medicamentos e insumos para lactantes, pagaba las jubilaciones, indemnizaciones por accidentes de trabajo o fallecimiento de sus cotizantes, entre otras prestaciones. Estos inmuebles ofrecían una completa cobertura de especialidades incluyendo intervenciones quirúrgicas menores, atención dental, toma de exámenes y laboratorios, siendo inmuebles de gran calidad arquitectónica, que incorporaron la tecnología y técnicas más avanzadas para el desarrollo de sus funciones” (Campos y Basáez, 2011)

Este sistema de atención se mantuvo durante las siguientes décadas, incluso después de la reforma a la salud del año 1952, año en el que el Estado disuelve la Caja de Seguro Obrero y la divide en dos organismos: previsión social (que denominaría Servicio de Seguro Social) y atención médica, que fusiona y reorganiza con otras instituciones públicas (entre ellos la Beneficencia y el Instituto Bacteriológico) en una sola institución centralizada llamada Servicio Nacional de Salud (Campos y Basáez, 2014), siguiendo el modelo inglés del National Health Service, creado 4 años antes. Esta nueva organización modificó en parte la distribución interna de estos consultorios, incorporando también oficinas públicas dentro del edificio (Ministerio de Educación, 2014). Esta organización fue disuelta en el año 1979 y reorganizando la estructura nacional de salud pública. Es la etapa donde comienza un proceso de deterioro y cambio en el enfoque sanitario.

CAJA DE SEGURO OBOEDO --- POLICLINICO N°1.
 CALLES HUENUL - COPIAPO - MATAMIEL.
 COMUNA DE SANTIAGO - ALCANTARILLADO.
 PISO ZOCALO ESCALA 1:100.
 INSTALACION EXISTENTE LISTA PARA SU RECEPCION FINAL
 VEA PLANO N°24637

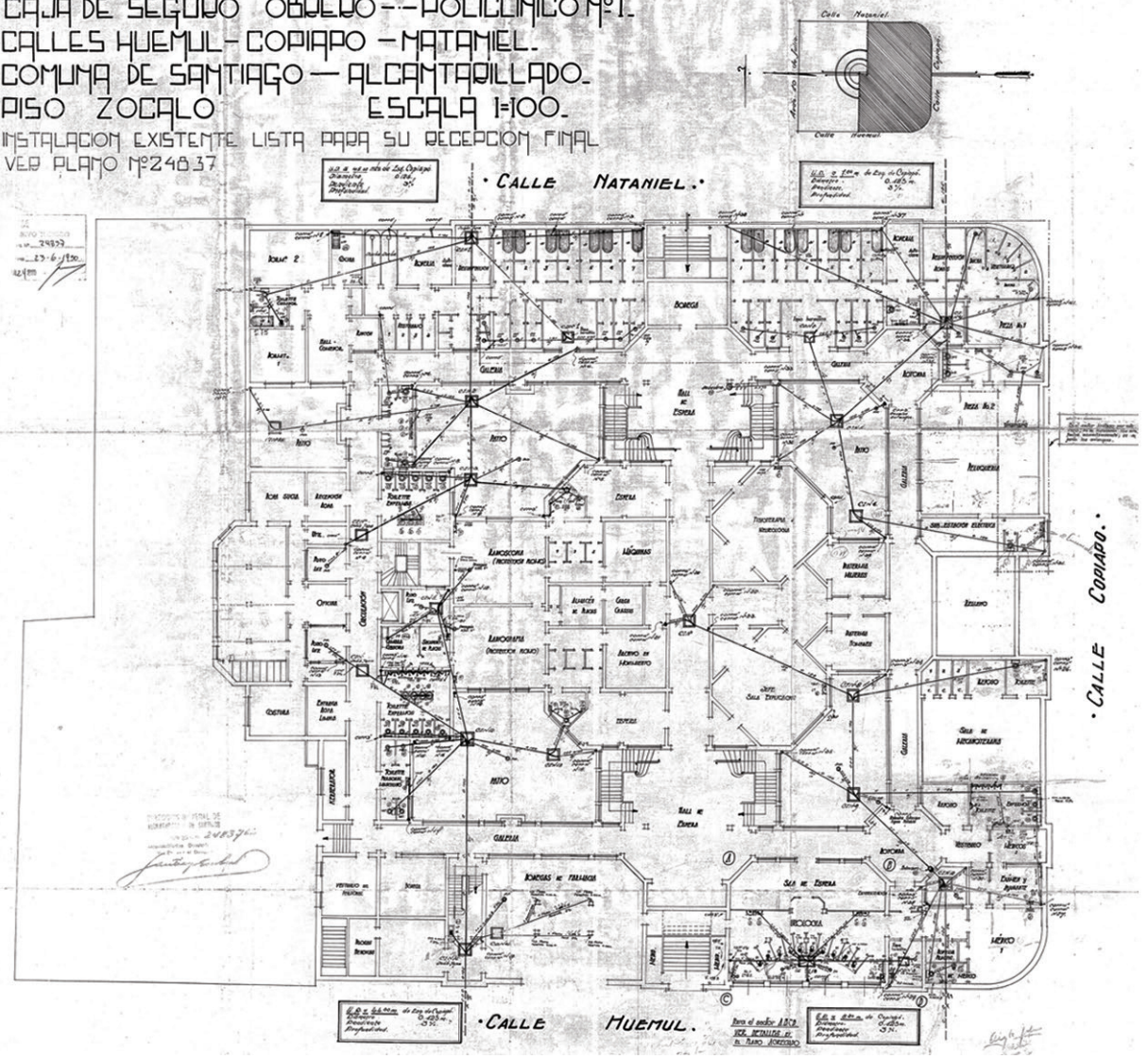


Figura 4.10 Planta semi-sótano.
 Año 1930.

CAJA DE SEGURO OBERO -- POLICLINICO N°1.
 CALLES HUENUL - COPIAPO - NATANIEL -- PRIMER PISO.
 COMUNA DE SANTIAGO -- ALCANTARILLADO -- ESCALA 1=100.

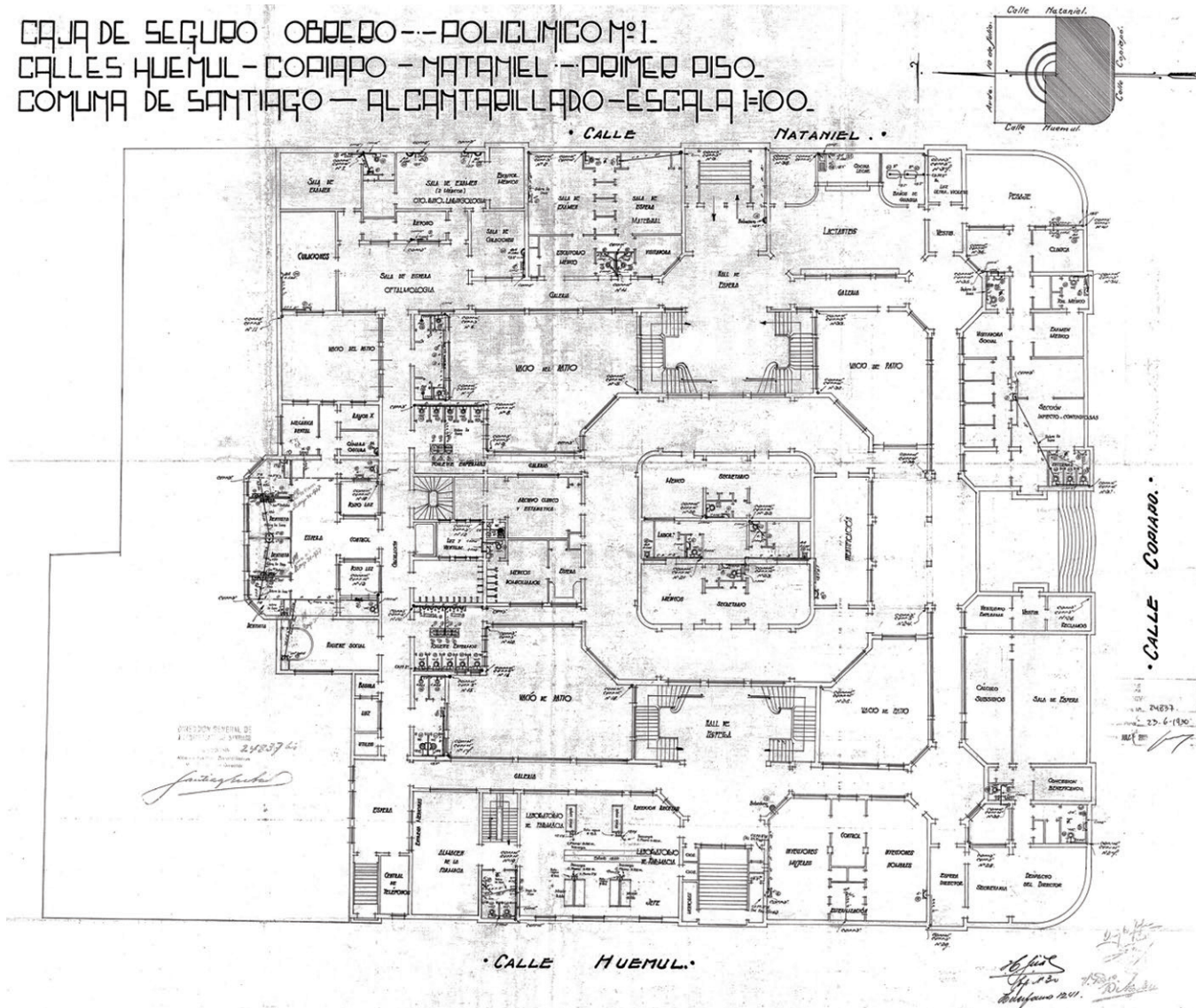


Figura 4.11 Planta baja. Año 1930.

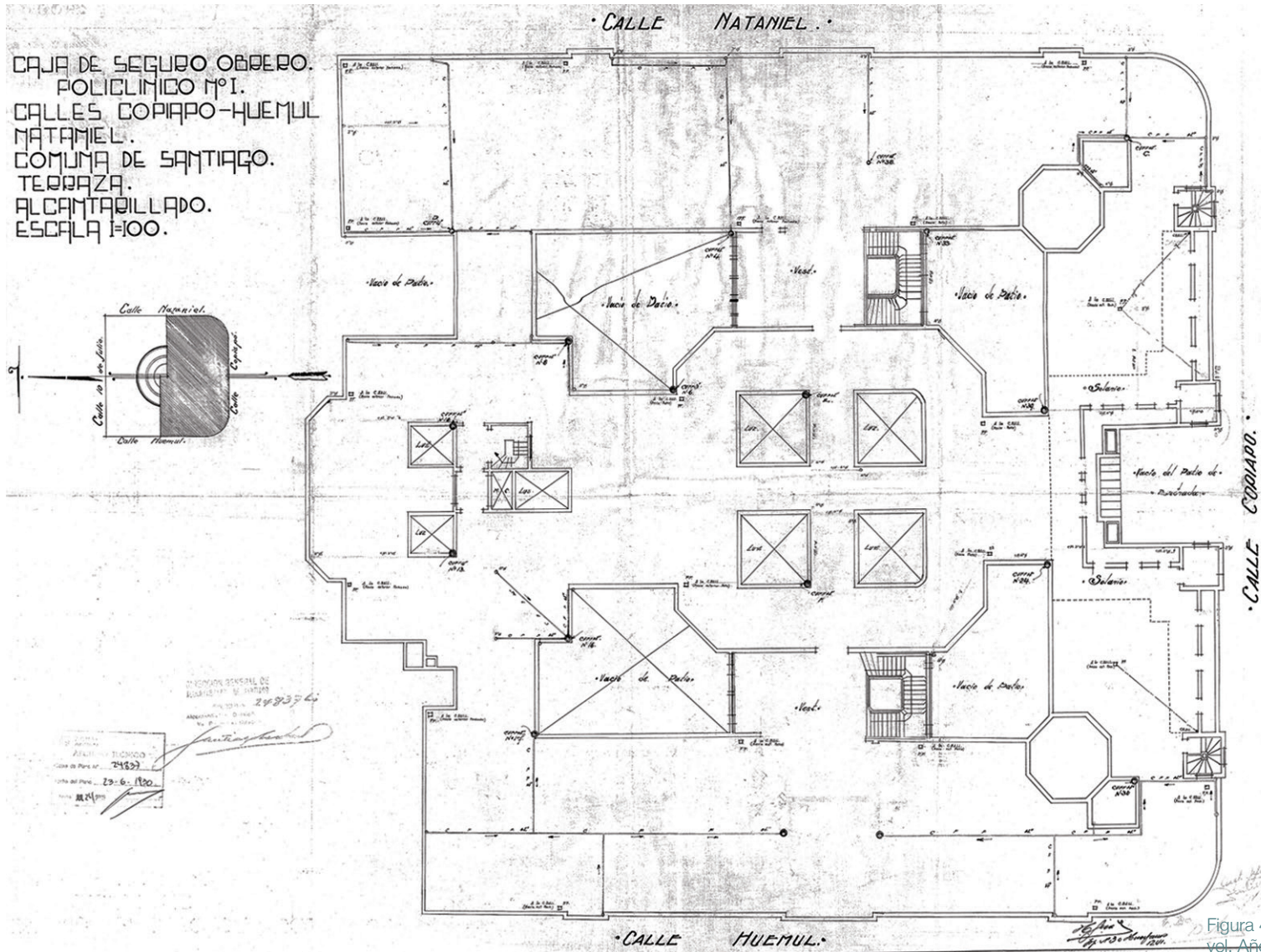


Figura 4.13 Planta segundo nivel. Año 1930.

4.1.4 Las modificaciones al concepto de atención primaria: el Centro de Salud Familiar

Tal como fue mencionado, el concepto de “*Estado Benefactor*” que había amparado los servicios de salud durante gran parte del siglo XX, se vio interrumpido por las transformaciones enfocadas a la “desestatización” [5] de los servicios, que se hicieron durante el periodo de Dictadura Militar y cuyas consecuencias se ven reflejadas en ambos Consultorios hasta el día de hoy.

“Los principales efectos buscados por las políticas de salud fueron la reducción del gasto público en salud, la focalización de subsidios para los sectores de menores recursos, el aumento de la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población y la privatización, en lo posible, de la oferta de atenciones en salud”(Camus y Zúñiga, 2007).

Las modificaciones al sistema público de salud implicaron una reducción en el gasto público, lo que lleva deterioro de la atención médica. Se observa un modelo económico que fortalece la salud privada y una disgregación de la estructura de la atención primaria.

“Los servicios de laboratorios y radiografías fueron desplazados a otros hospitales o centros de atención, y lo referente a servicios de operatividad interna, como por ejemplo las actividades de esterilización de instrumentos y ropajes, fueron tercerizados [6]” (Campos y Basáez, 2011). Esto ha llevado a replantear el concepto de “Consultorio”, transformándolos en Centros de Salud Familiar (CESFAM), organismos que forman pequeños equipos médicos lla-

mados “de cabecera”, que prestan atención a un determinado grupo de familias, habitantes del área de influencia del centro asistencial, “promoviendo un vínculo cercano y permanente con el grupo familiar y su comunidad” (Campos y Basáez, 2014). Son un primer nivel de contacto con la familia y el entorno, enfocado en promover cuidados preventivos de carácter cotidiano (Servicio de Salud Metropolitano Central, 2013). Sin embargo, el programa que ofrece este tipo de centros asistenciales ya no es de carácter integral como sí lo eran los Consultorios de antaño, se observa una falta de inversión en la renovación del equipamiento y la mantención de las instalaciones, una notoria disminución de las funciones originales del consultorio y gran parte de los espacios no están bien aprovechados y se encuentran en desuso. A pesar que la demanda de personas que solicitan atención aumenta constantemente, el sistema público de salud no alcanza a dar una cobertura de calidad a la población. *“El tema del sistema de salud nacional ha seguido siendo una de las mayores debilidades del actual modelo económico, puesto que solo el 30% de la población tiene acceso a los mejores servicios del sector privado”* (Camus y Zúñiga, 2007).

Se hace necesario tomar medidas para el aprovechamiento de los espacios desperdiciados por el sistema de salud, con el objetivo de reforzar esa conexión del consultorio con su entorno, promoviendo estrategias que fomenten la buena salud y el bienestar social.

[5] El programa económico impuesto a inicios de 1980 por la Dictadura Militar de Augusto Pinochet instauró un modelo neoliberal que aún se mantiene, dejando “el corazón de su economía a merced de los banqueros extranjeros y grupos financieros”. Parte del plan consistía en privatizar el sector estatal de la economía. Durante los primeros 10 años no quedaban más que una docena de empresas estatales. La seguridad y previsión social fue completamente entregada a privados y los programas de bienestar social fueron suprimidos (Cockcroft, 2001).

[6] o externalizados. Se refiere a las responsabilidades que antiguamente llevaba el consultorio, pero que actualmente se realizan en empresas privadas mediante licitaciones de servicios.

4.2 Antecedentes urbanos y normativos

4.2.1 Entorno directo

El Consultorio N°1 se encuentra ubicado en la calle Copiapó N°1323, entre las calles Nataniel Cox y Roberto Espinoza y junto a la Avenida Diez de Julio Huamachuco. Su presencia en esta zona no sería lo mismo sin el valor que tiene su contexto urbano, caracterizado por su pasado obrero, potenciado por la presencia de dos avenidas intercomunales que lo acompañan: la calle San Diego y la Avenida Diez de Julio (Fig. 4.14).

La zona donde se emplaza el objeto de estudio, durante tiempos coloniales se caracterizó por el paso del acceso sur a la capital y antiguo Camino del Inca [1]: la calle San Diego. Si bien no existen límites claros, dicha zona [2] era propiedad de la Congregación Franciscana, quienes habían adquirido terrenos a partir de Encomiendas. En 1679 lotearon y vendieron parte de sus tierras ubicadas detrás del Convento de Alameda. Sin embargo, hasta fines del siglo XVIII la ocupación de la zona era incipiente a pesar de ser cercana a la ciudad de aquella época. Sólo existe registro de la existencia del Hospital del Socorro, perteneciente a la Congregación de los Hermanos de San Juan de Dios (Campos y Basáez, 2014). Se

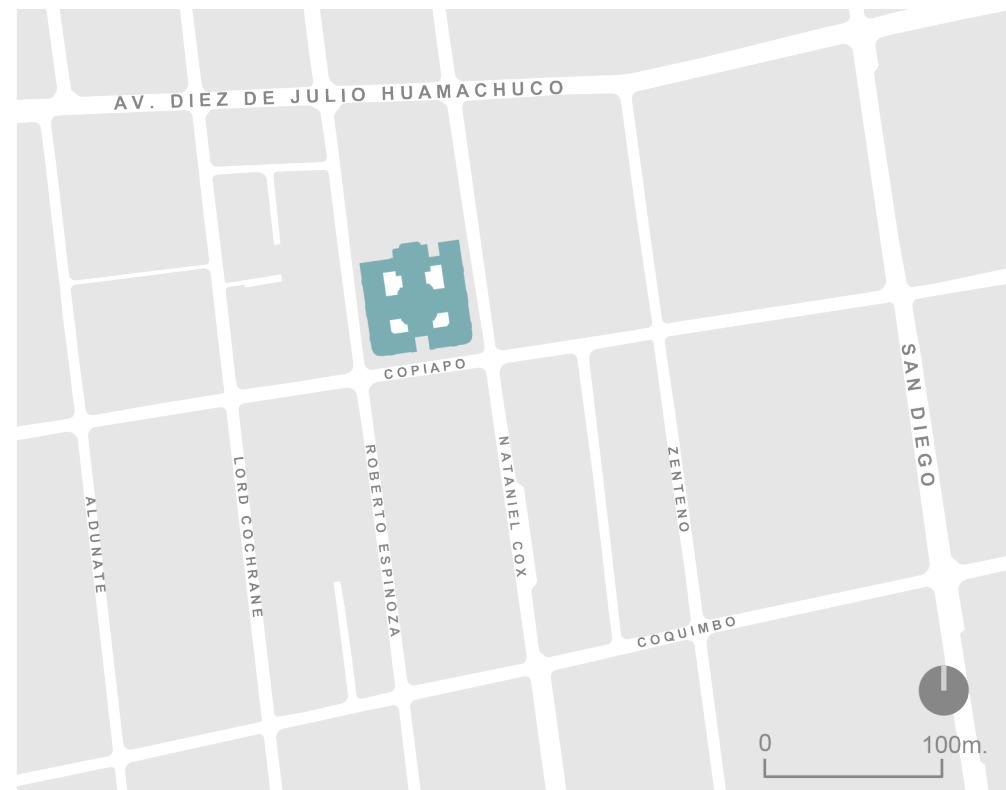


Figura 4.14 Situación del consultorio. Se observan las dos calles más importantes, Avenida Diez de Julio Huamachuco y Calle San Diego (Antiguo Camino del Inca).



Figura 4.16 Canal San Carlos una de las mayores labores de ingeniería del siflo XVIII -XIX en Santiago, conecta el Río Mapocho con el Río Maipo, ubicado al sur de la capital, con el objetivo de regar esta zona carente de agua para el cultivo. A partir de él nacen una serie de canales de regadío, entre ellos el Canal San Miguel, actualmente canalizado se forma subterránea y que dio forma a la calle Diez de Julio. A partir de la construcción de este proyecto comenzó el proceso de proplamiento del área sur de la capital.

concluye que, la razón por la que esta zona no se pobló en esta época, está dada porque era una extensa pampa carente de todo riego, sin aptitud para el cultivo. A partir de la construcción del canal San Miguel, ramal conectado al canal San Carlos (1772 - 1821) [3], la plusvalía de este sector se vio aumentada, debido a las parcelaciones de algunos sectores (Asociación de Canalistas, 1997) (Fig. 4.15). Junto a ellos se establecieron los primeros asentamientos, caracterizados por una población cuyas labores se centraban en lo artesanal, labores de carga y otros servicios (Fig. 4.16).

Tal como fue relatado anteriormente, la llegada de la industrialización a Chile a comienzos del siglo XIX trajo consigo una serie de repercusiones sociales que se extendieron durante décadas, entre ellas, la migración campo-ciudad. La llegada de personas a la ciudad de Santiago con el objetivo de establecerse de forma temporal o permanente modificó la morfología de la ciudad, con la aparición de asentamientos espontáneos en distintos sectores. Específicamente en el área de estudio, el surgimiento de estos asentamientos se dio a partir de las actividades del Matadero (inaugurado en 1847 y situado al sur del área de estudio), las actividades agrícolas que proliferaron tras el funcionamiento del canal San Miguel, la venta de animales de la Alameda de los Monos y las actividades de la calle San Diego (Fig. 4.17), antes descrito (Duval y Boza, 1982). En estos terrenos, resultaba más rentable el arriendo de suelo que la explotación agrícola. Los mismos propietarios de las parcelas decidieron demoler algunos ranchos y construyeron conventillos (o casas de vecindad), ranchos y cuartos redondos (habi-

taciones de un sólo espacio interior, sin ventilación), los cuales alquilaban por habitación a familias, quienes vivían en condiciones insalubres y propensas a numerosas enfermedades infecciosas.

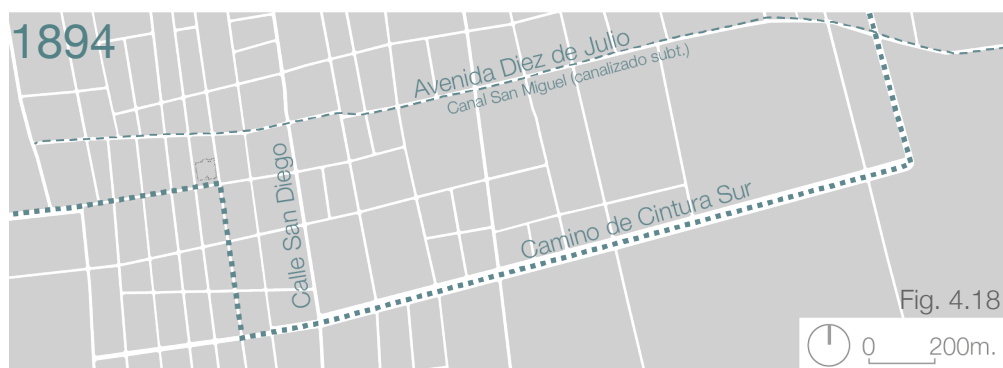
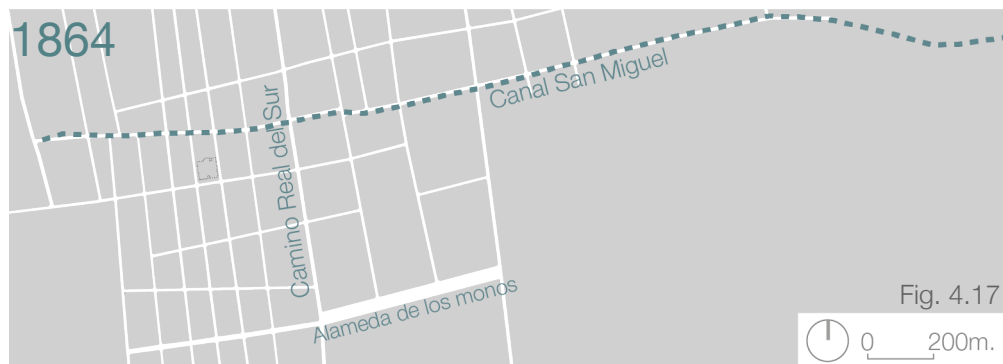
En 1872, Benjamin Vicuña Mackenna (Intendente de Santiago), suma esta problemática urbana y social al Plan de Remodelación de Santiago que estaba en proceso. A partir de ello describe el sector como *“una inmensa cloaca de infección i de vicio, e crimen i de peste, un verdadero potrero de la muerte, como se le ha llamado con propiedad (sic)”* (Vicuña Mackenna, 1872). El proyecto que plantea para el sector sur de Santiago tiene fundamentos filantrópicos y morales de salvación de lo que él consideraba *“tolderías de salvajes”* (Vicuña Mackenna, 1872).

El proyecto de Vicuña Mackenna buscaba distinguir la *“ciudad propia, ilustrada y cristiana”* de los arrabales, separados por el Camino de Cintura (Fig. 4.18): un camino de circunvalación que establecía los bordes de la ciudad. Específicamente, en el sector sur, para la ciudad se contemplaba la apertura de calles, la canalización del canal San Miguel, proporcionar de equipamiento apropiado y fomentar la construcción de conjuntos habitacionales. Este límite por el lado sur de la ciudad, bordeaba la manzana donde se construiría algunas décadas más tarde el Consultorio N°1 (Fig. 4.19). A partir de ello proliferaron numerosos equipamientos y también una tipología de vivienda que se mantendrá hasta nuestros días (Fig. 4.20). La académica A. Campos describe las viviendas del sector a partir de conjuntos de uno o dos pisos agru-

[1] El Camino del Inca es la vía más antigua de la ciudad de Santiago, para fines comerciales. También utilizada por lo españoles, quienes la denominaban *“Camino Real del Sur”*. Actualmente, en el tramo cercano al sector de estudio se llama Calle San Diego.

[2] Se refiere al sector ubicado al sur de la Cañada, actual Alameda Libertador Bernardo O'Higgins, avenida más importante de la capital.

[3] El canal San Carlos es de carácter artificial, se ubica en el sector de la precordillera y conecta los dos ríos que cruzan la ciudad de Santiago: el Río Mapocho y el Río Maipo. Fue construido hacia finales de la época de la colonia, con el objetivo de hacer fértiles las tierras ubicadas al sur de la ciudad de Santiago, ya que hasta ese momento no estaban siendo aprovechadas para cultivo. A partir de la construcción de éste Canal se crearon muchos ramales que transportaban el agua, es por ello que el riego de los cultivos en el área de estudio se debe a la construcción del canal San Miguel, realizado durante la misma época.



padas de forma continua, entre muros medianeros y cuya organización interna está dada en base a corredores y patios. Estas volumetrías fueron dando la imagen e identidad al sector, caracterizado por su constante y original perfil comercial y de servicios, como talleres de diversos oficios. Su diseño no estaba ajeno a las tendencias arquitectónicas de la época asociadas –en su mayoría– a la corriente neoclásica francesa. Esto se reconoce en los frontones, simetrías y proporciones de los vanos, cornisas, entre otros detalles, adaptados a las condiciones económicas de sus mandantes (Fig. 4.21).

Es en esa época cuando el sector se consolida como un barrio, condición que mantuvo durante las siguientes décadas hasta el día de hoy. Actualmente tiene una amplia oferta de equipamientos que incluyen entre otros comercio, educación y salud, condiciones que han sugerido políticas de renovación urbana, las cuales han planteado aumentos en la densidad de la zona, lo que permitía una mayor edificabilidad del número de plantas, donde anteriormente las existentes no superaban los 3 pisos. El negocio inmobiliario era promisorio, exitoso y creciente, sin embargo los vecinos comenzaron a poner en evidencia una problemática que los arquitectos urbanistas venían estudiando hace algún tiempo: una saturación inmobiliaria en perjuicio de la identidad y la armonía urbana. Actualmente la zona está en proceso de revalorización de sus atributos históricos, reconociendo su pasado obrero y proyectándolo al futuro, es allí donde la presencia de un edificio como el Consultorio N°1 puede ser un aporte al desarrollo social y a la historia del lugar.



Fig. 4.19



Fig. 4.20

Figura 4.16 Área de estudio en el año 1810. Marcado con línea segmentada se encuentra el lugar donde en 1937 estará el Consultorio. Se observa una incipiente población, producto del funcionamiento del canal San Miguel.

Figura 4.17 Área de estudio en el año 1864. En esta época se encontraban asentamientos espontáneos, conventillos y alquileres irregulares de terrenos. Se creaba la "Alameda de los Monos" como feria de animales para los alrededores y que en el futuro se convertiría en Avenida Manuel Antonio Matta.

Figura 4.18 Área de estudio en el año 1894. Se observa la transformación de la Alameda de los Monos en Avenida Matta y su transformación como Camino de Cintura, además de la canalización del canal San Miguel.

Figura 4.19 Área de estudio en el año 1958. Con el edificio del Consultorio ya construido, la zona ya se encontraba urbanizada, con tipología de vivienda obrera que se mantendrá hasta nuestros días.

Figura 4.20 Área de estudio en el año 2016. Se observa un trazado similar al de 1958, al que se suma el funcionamiento de la Carretera Panamericana desde el año 1969.



Figura 4.21 Tipología de vivienda obrera en el contexto urbano del Consultorio.

4.2.2 Normativa aplicada: Ley de Monumentos y Plan regulador comunal

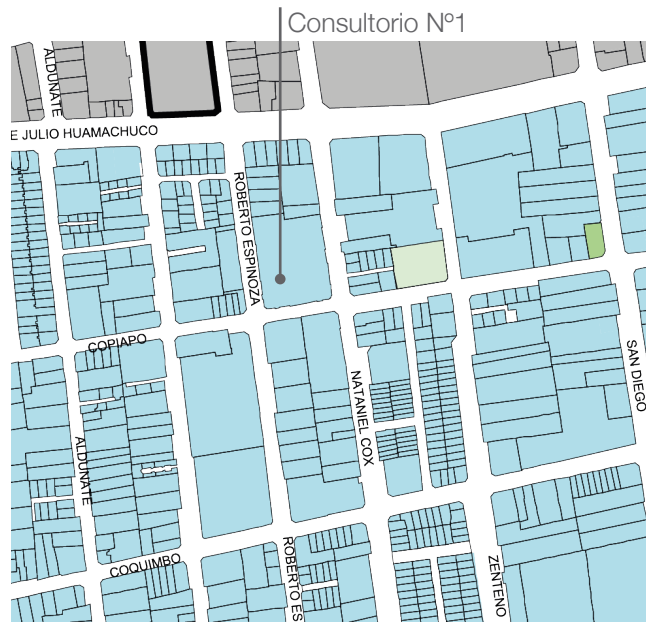
Según información entregada por el Plan Regulador Comunal (equivalente al PGOU), es posible determinar el régimen normativo que afecta al Consultorio N°1 y a su entorno directo.

El Consultorio N°1 se encuentra protegido como Monumento Nacional en la categoría de Patrimonio Histórico según el Decreto N°291 del 2 de julio del año 2014, que especifica su declaratoria bajo los siguientes valores encontrados en el inmueble (Ministerio de Educación, 2014):

“A) Valor histórico: El edificio es testimonio del esfuerzo de los gobiernos de la primera mitad del siglo XX en asumir una serie de responsabilidades sociales, prestando servicios a la población obrera y minera, frente al desastre económico que, producto de la crisis de 1929, afectó al país. Se trata de uno de los primeros edificios estatales, diseñados para el funcionamiento de los establecimientos de salud, marcando un precedente de calidad en cuanto a espacio forma, tamaño e higiene. El edificio se relaciona directamente con la historia de la Medicina en Chile, puesto que es el primer consultorio en Santiago. En sus dependencias se encuentran artefactos e instrumentos médicos y mobiliario que datan de la década de 1930 en adelante, constituyendo en sí mismos testimonios del desarrollo y práctica de la medicina en Chile.

B) Valor arquitectónico, urbano y constructivo: Se trata de un edificio de la transición entre lo ecléctico del siglo XIX y lo racional del siglo XX, siendo uno de sus principales valores, el sintetizar en una sola obra todas las tendencias que se estaban desarrollando en Europa en esos años. Su materialidad incluye principios modernos, al estructurarse en pilares, losas y vigas de hormigón armado con albañilería reforzada y una limpieza interior en cuanto a la ornamentación y tratamiento de la tabiquería, enlucidos en yeso y pintura blanca. Es un referente en cuanto a la calidad constructiva y la mano de obra chilena de principios del siglo XX, considerando su excelente comportamiento frente a los sismos a lo largo de su vida útil y que su construcción fue previa a la modificación normativa ocurrida, después del terremoto de 1939, cuando se elevaron las exigencias en lo relativo a materiales y construcción.

C) Valor simbólico - social: El Consultorio N° 1 operó como Centro de Referencia de Salud, atendiendo público proveniente de provincia, mientras duraba el período de diagnóstico del paciente, los familiares acompañantes eran alojados por el Consultorio sin costo. Este consultorio recibió y atendió a un número importante de inmigrantes yugoslavos durante el año 1999, haciéndose parte del compromiso del gobierno de la época para ubicar y dar facilidades a este grupo de personas, que se instalaría en Santiago. Por otra parte, en este consultorio se realizan la totalidad de los exámenes médicos que son exigidos para ingresar a la Administración Pública.



Tal como se detalló en el ítem de Marco Normativo, toda intervención que se realice sobre este inmueble queda sometida a la decisión final que establece el Consejo de Monumentos Nacionales, quienes evaluarán la pertinencia de la intervención y la conservación de los valores definidos en el decreto. Si la evaluación es positiva, se podrán realizar cambios.

Sin embargo, el Plan Regulador Comunal establece normas de edificación y criterios de uso para estos inmuebles (Fig. 4.22 y 4.23) [4].

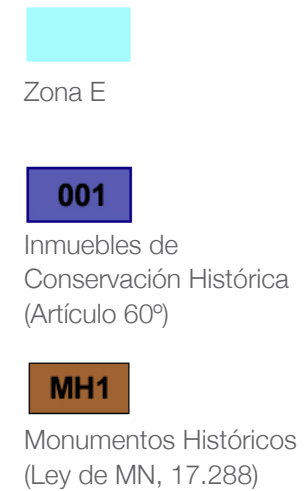
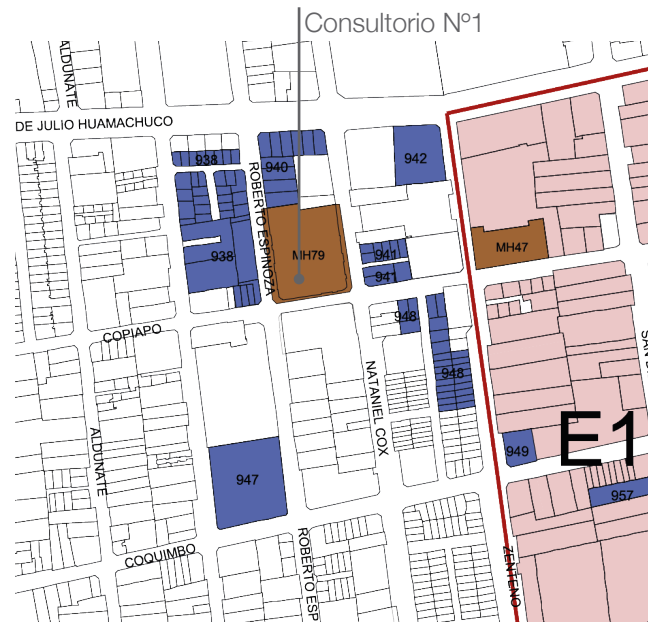


Figura 4.22 (izquierda) Sección del Plan Regulador PRS-01 de Zonificación General.

Figura 4.23 (derecha) Sección del Plan Regulador PRS-02F de Zonificación Especial. Tal como se indica, el Consultorio corresponde a un Monumento Histórico, mientras que los inmuebles marcados en su entorno son ICH. Estas indicaciones prevalecen por sobre el Plan de Zonificación General.

A su vez, en el entorno directo del Consultorio se observa una gran cantidad de parcelas protegidas como “Inmueble de Conservación Histórica”, regulación a cargo del Artículo 60° de la Ley General de Urbanismo y Construcciones, y especificada en el Plan Regulador Comunal (Fig. 4.23). Esto resulta positivo para el entorno del inmueble, debido a que se protege la integridad del conjunto. También se vela por la conservación de los valores de su entorno directo, que corresponden –en su totalidad- a conjuntos de viviendas contemporáneos al edificio, con características descritas en el apartado anterior (Fig. 4.24 y 4.25).

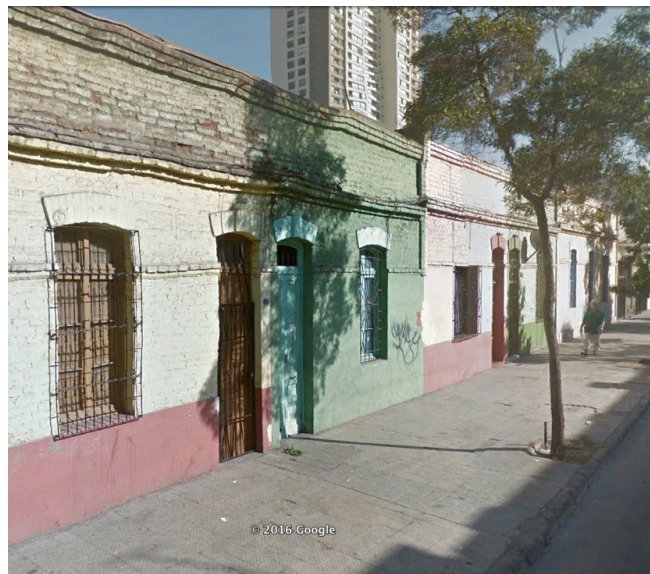
[4] Debido a la extensión de la información, ver anexos para el detalle de las normas de edificación que afectan el inmueble.

Finalmente, todas las parcelas que no están protegidas bajo ninguna de las normativas especiales antes descritas (Ley 17.288 y Artículo 60°), se regulan en base a la Zonificación general del Plan Regulador Comunal de Santiago (Fig. 4.23), en particular la Zona E del mismo, referida a todo inmueble cercano a un área de protección, cuyas condicionantes regulan la edificación y el uso de suelo de los inmuebles en función de no desmerecer el valor de los objetos protegidos, lo que ayuda presencia en el entorno. Esto ha controlado también el desarrollo de proyectos inmobiliarios en altura, impidiendo que se sigan proyectando grandes torres (Fig. 4.26) que distorsionan la escala del barrio, y motivando a la gente a reconocer el valor patrimonial que posee el barrio.

Figura 4.24 (der. arriba) Inmueble de Conservación Histórica ubicado en la intersección de calle Copiapó y Nataniel Cox, enfrentado al Consultorio.

Figura 4.25 (izq. abajo) Inmuebles de Conservación Histórica ubicados en calle Roberto Espinoza, enfrentado al Consultorio.

Figura 4.26 (der. abajo) Edificación en altura en Nataniel Cox, a una calle del objeto de estudio. Se observa el abrupto cambio de escala entre lo antiguo y lo nuevo.



4.2.3 Antecedentes socio-económicos del entorno

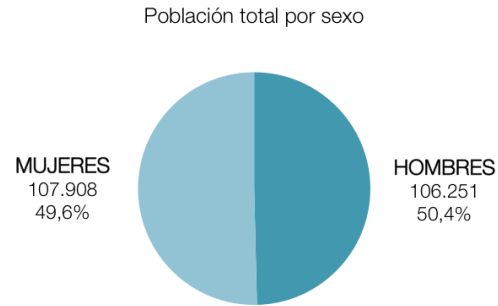
Para poder definir el perfil del usuario que se relaciona de una u otra forma con el edificio, es necesario analizar una serie de datos a nivel comunal, para así generar propuestas acordes a la realidad del entorno. Para ello se recabaron datos desde el Plan de Desarrollo Comunal y el Censo 2002, mientras que para las estadísticas de inmigración se obtuvieron estadísticas de un estudio realizado por D. Margarit y K. Bijit (2014), como parte de un Proyecto FONDECYT [5] y el “Estudio y Diagnóstico del colectivo de migrantes Residentes en la Comuna de Santiago, del Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (2014).

Población general

La comuna de Santiago posee 214.159 habitantes y cuya distribución por sexo es equilibrada: 50,4% de hombres y 49,6 % son mujeres (Fig. 4.27).

Rango de edad

Los datos obtenidos a partir del rango etario, permiten determinar que la mayor cantidad de gente que reside en la comuna se encuentra entre los 15 y los 59 años (Fig. 4.28 y 4.29), es decir, el tramo aproximado de edad laboral. Sin embargo, al observar la proyección que se estima para el año 2016, es notorio el envejecimiento que presenta la población, con un aumento significativo en la cantidad de personas de mayor edad, en comparación a los más jóvenes.



[5] El Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt) tiene por objetivo estimular y promover el desarrollo de investigación científica y tecnológica básica.

Figura 4.27 Gráfica de distribución de población comunal por sexo.

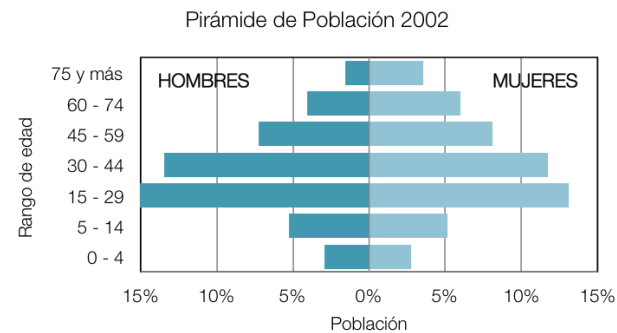


Figura 4.28 Gráfica de distribución de la población comunal por edad en el año 2002.

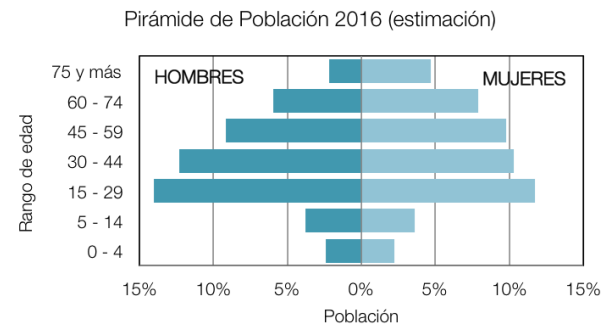


Figura 4.29 Estimación de distribución de la población comunal por edad para el año 2016.

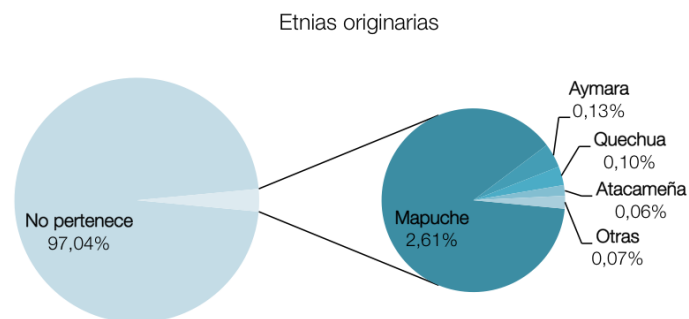


Figura 4.30 Gráfica de distribución de la población por etnia originaria.

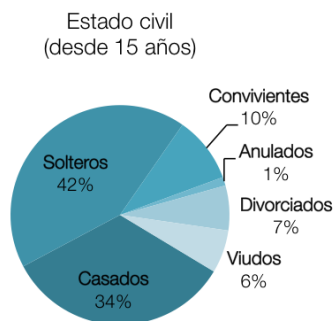


Figura 4.31 Gráfica de distribución de la población comunal mayor de 15 años por estado civil.

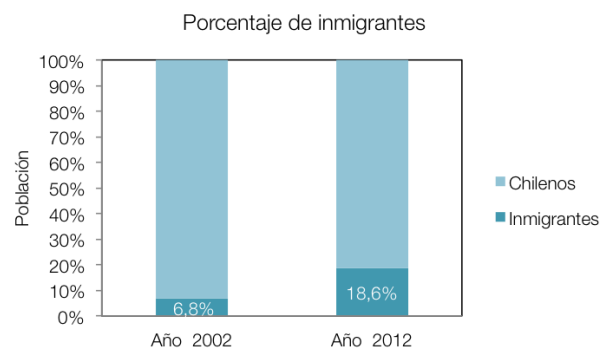


Figura 4.32 Gráfica de distribución de la población inmigrante en la comuna, comparando los años 2002 y 2012.

Etnia originaria

Si bien el número de personas que se reconocen de alguna etnia no es significativo (sólo el 3%), es necesario considerarlo, ya que forma parte de la identidad nacional. De ello se desprende que el 88% pertenece a la etnia mapuche, seguida de los aymaras, quechuas y atacameños, con porcentajes bajo el 5%. La etnia mapuche resulta ser notoriamente mayoritaria debido al celo con el que han conservado gran parte de su identidad a través del tiempo en Chile, siendo por lejos el pueblo originario con mayor influencia en la población (Fig. 4.30).

Estado civil

Si bien los dos grandes grupos corresponden a solteros y casados, es necesario destacar un antecedente que puede ser relevante: del total de viudos registrados, un 83,8% corresponde a mujeres de más de 60 años y un 16,2 a hombres; mientras que los divorciados, un 85% corresponde a mujeres de entre 30 y 60 años y un 15% a hombres (Fig. 4.31).

Inmigrantes

Según estadísticas establecidas en el Plan de Desarrollo Comunal, en el año 2002 la inmigración en la comuna de Santiago correspondía a un 6,8% del total de población total. Sin embargo, en el año 2012 esa cifra aumentó a un 18,6%, cifra que se complementa al considerar que el 65% de los inmigrantes se concentra en esta comuna (Fig. 4.32). De ellos, su rango etáreo mayoritario (60%) se encuentra entre los 20 y los 39 años. Según el censo del año 2002, la mayor cantidad de inmigrantes corresponde a Perú (68%), Argentina (13%), Ecuador (11%),

Bolivia (4%), Colombia (4%) (Fig. 4.33). No obstante, es probable que esta cifra aumente tras el próximo censo, a realizar en el año 2017, debido a la gran cantidad de inmigrantes que han llegado los últimos años, de los que no se tiene un estadística detallada en la comuna.

Índices de pobreza

Si bien la renta per cápita del país asciende a 15.732,31 USD al año, un 20% de la población comunal no alcanza los 2.400 dólares, lo que evidencia el importante nivel de desigualdad en que se encuentra el país (Fig. 4.34).

Salud pública

En el año 2012, 173.283 personas se encontraban inscritas en el sistema de salud pública, correspondiente al 80% de la población comunal. De ese porcentaje, un 13% corresponde a personas de 65 años o más, la mayor cifra entre las 52 comunas de la Región Metropolitana. Con respecto a la distribución de éstos, el Consultorio N°1 corresponde al segundo centro de atención primaria de la comuna con mayor cantidad de inscritos con 41.178 personas, es decir, un 24% del total comunal (Fig. 4.35). A nivel perceptual, se observan dos tipos de pacientes en el recinto asistencial: gran cantidad de adulto mayor residente en el sector y un aumento de las atenciones a extranjeros, lo que refuerza las estadísticas planteadas anteriormente (González, 2014).

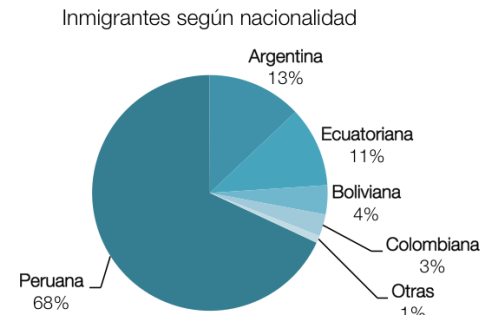


Figura 4.33 Gráfica de distribución que clasifica a los inmigrantes según nacionalidad.

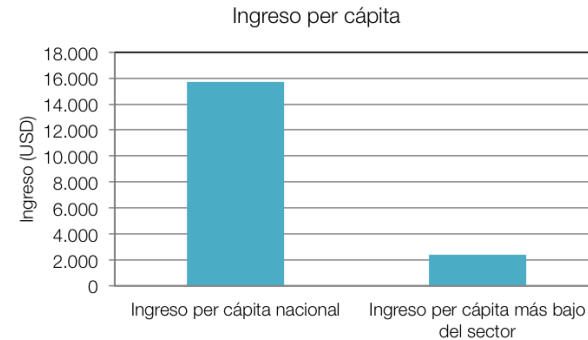


Figura 4.34 Gráfica comparativa que diferencia el ingreso per cápita nacional, con respecto al 20% de la población más pobre de la comuna.

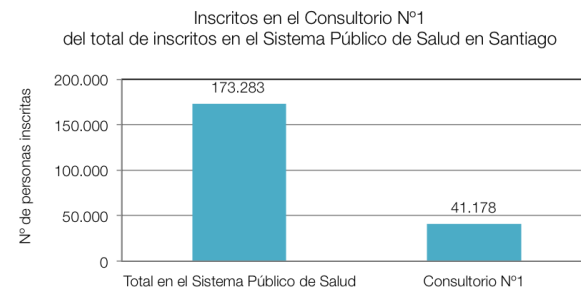


Figura 4.35 Porcentaje de inscritos en el Consultorio N°1, con respecto al total comunal inscrito en la salud pública.

Análisis de resultados

A partir de las estadísticas mencionadas, se observa un aumento considerable de inmigrantes que habitan en la zona, generando un sincretismo que debe ser tomado en cuenta para futuras políticas públicas de inserción, sobretodo si se considera que gran parte de este grupo son jóvenes, su mayoría en edad fértil, lo que proyecta un posible crecimiento de la tasa de natalidad de descendientes de inmigrantes. Este indicador es relevante para el consultorio, debido al aumento de atenciones a extranjeros durante los últimos años.

Por otra parte, al igual que en numerosos países, se observa una tendencia hacia el envejecimiento de la población que en la comuna se acrecienta aún más, liderando las estadísticas de la Región Metropolitana. Es necesario considerar también las precarias condiciones en las que vive este segmento, debido a una serie de factores que acrecienta este fenómeno. Las pensiones son notoriamente bajas (Suárez, 2015) en gran parte de los jubilados, esto se traduce en mensualidades de casi un tercio del sueldo promedio en edad laboral. A eso se suma la gran cantidad de viudas en edad avanzada -cuyas pensiones son aún menores- y de adultos mayores viviendo solos en este sector (entre un 22% y un 37% del total), lo que complica aún más las políticas de salud para este segmento, cuyas enfermedades crónicas obligan a tener cuidados y precauciones para una calidad de vida digna.

Por último, se observa un alto número de personas en el sistema público de salud dentro de la comuna, lo que le entrega una responsabilidad a las instituciones de atención primaria como el Consultorio, quienes deben asumir un compromiso de apoyo al bienestar social de la población a la que atienden, como primera instancia de acercamiento a la comunidad.

4.3 Antecedentes arquitectónicos

4.3.1 Volumen y espacialidad

El Consultorio N°1 Ramón Corbalán Melgarejo [1] se ubica en la mitad sur de la manzana delimitada por las calles Nataniel Cox (oriente), Diez de Julio (norte), Roberto Espinoza (poniente) y Copiapó (sur) (Fig. 4.36). Es en esta última vía donde se encuentra el acceso principal (Fig. 4.37), mientras que a ambos costados (este y oeste) se encuentran dos ingresos secundarios (Fig. 4.38).

El acceso principal conecta de forma visual con un área verde, espacio libre que libera la fachada y le da jerarquía respecto a las otras, otorgándole presencia en el entorno (Fig. 4.39 y 4.40).

La volumetría general -tal como se explicó anteriormente- responde a la tipología de “monoblock”, lo que permite mantener todo el programa en un solo edificio (Fig. 4.41). Su composición general posee influencias del “expresionismo alemán”, condición que se observa sobre todo en el uso de la curva de sus esquinas (Fig. 4.42 y 4.43), elemento que entrega continuidad y dinamismo al edificio, a diferencia del uso de ángulos rectos. Tal como lo plantea A. Campos (2014), el expresionis-

[1] Al final de este apartado se incluye la planimetría actual.

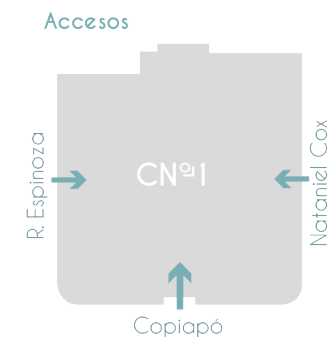


Figura 4.36 Esquema de accesos al consultorio.

Figura 4.37 Acceso principal por calle Copiapó

Acceso - Área verde



Fig. 4.39 Relación Consultorio con el área verde que enfrenta.

Encuentro de fachadas

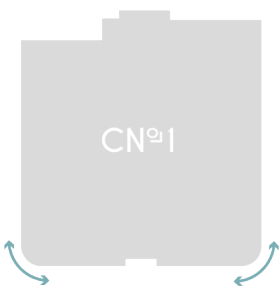


Figura 4.42 Chafalán curvo de fachadas



Figura 4.38 Uno de los accesos secundarios, por calle Nataniel Cox.



Figura 4.40 Fachada principal, enfrentada al área verde.



Figura 4.41 Volumetría general del consultorio, caracterizada por el sistema "monoblock".

mo alemán plantea también ventanales de gran longitud, recurso que no se utilizó en este caso debido a temas estructurales: Chile es un país extremadamente sísmico y necesita priorizar su estabilidad estructural, es por ello su poca esbetez y la regularidad del ritmo proporcionando llenos y vacíos (Fig. 4.43). También se observan sobrios ornamentos de influencia "Art-decó" (Fig. 4.44), apreciables en gran parte de sus fachadas exteriores.



Figura 4.43 Encuentro curvo entre fachadas perpendiculares.



Figura 4.44 Ornamentos de fachada de estilo Art Decó.

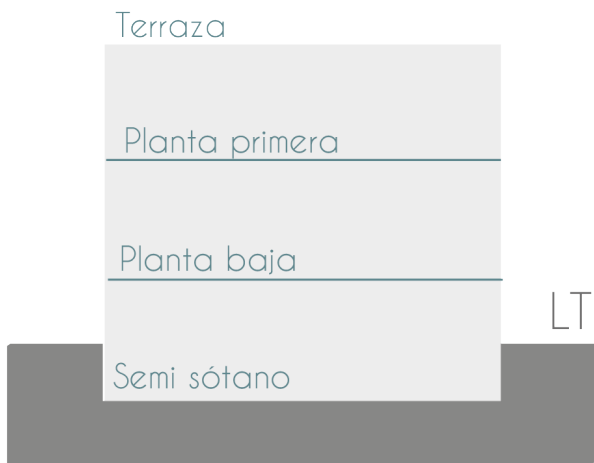


Figura 4.45 Ornamentos de fachada de estilo Art Decó.

El edificio tiene 3 niveles (semi-sótano, planta baja y planta primer nivel) más una terraza (segundo nivel) (Fig. 4.45), cuyo esquema en planta es regular y casi simétrico. La distribución general de espacios en todos los niveles se organiza de la siguiente forma: un anillo de circulación que circunscribe una serie de espacios en el perímetro del volumen (Fig. 4.46 y 4.47), vinculados con el exterior, permitiendo la ventilación y las entradas de luz. A su vez, este anillo se conecta con los tres accesos a la vía pública y con dos núcleos de dos escaleras cada uno (Fig. 4.48 y 4.49).

Junto a las circulaciones verticales se encuentran cuatro patios interiores (Fig. 4.50 y 4.51), que permiten la entrada de luz y ventilación a los espacios interiores desde el semi-sótano.



Figura 4.46 Recorrido perimetral de la primera planta.



Figura 4.48 Una de las cuatro escaleras centrales.



Figura 4.50 Vista hacia uno de los 4 patios interiores.

Recorrido perimetral

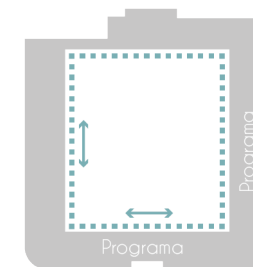


Figura 4.47 Esquema recorridos

Núcleos verticales

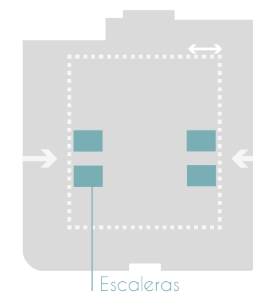


Figura 4.49 Esquema núcleos

Patios interiores

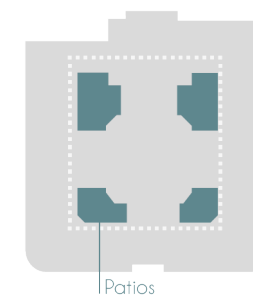


Figura 4.51 Esquema patios

Semi-sótano

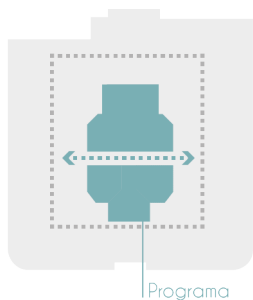


Figura 4.52 Esquema de pasillo central

Planta Baja

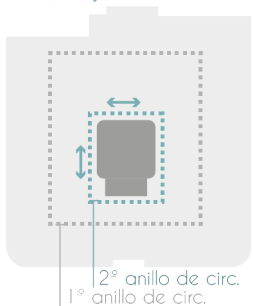


Figura 4.54 Esquema de pasillo perimetral

Planta primera

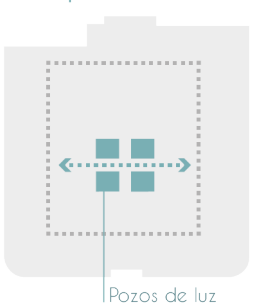


Figura 4.56 Esquema de pasillo central



Figura 4.53 Sala de espera que enlaza con pasillo en semisótano.



Figura 4.55 Segundo recorrido perimetral, ubicado en la Planta baja



Figura 4.57 Sala de espera segunda planta. Se observa patio de ventilación.

Desde este mismo nivel se observa una conexión entre ambas circulaciones verticales a través de un pasillo central (Fig. 4.52) que incluye otros espacios (Fig. 4.53). A su vez, en Planta Baja se observa una resolución espacial distinta: un vínculo con un segundo anillo de circulación más ancho (Fig. 4.54 - 4.55), que conecta con un núcleo central que encierra nuevos espacios. Por último, la Planta Primera tiene una resolución similar al semi-sótano: una galería cruza el centro uniendo ambas circulaciones verticales, mientras que conectan con cuatro patios de ventilación en ambos costados para aumentar la iluminación natural (Fig. 4.56 - 57). Como complemento auxiliar, se observan también dos pequeños núcleos de escaleras adicionales.

El edificio remata en la planta superior con una terraza, espacio abierto al que se le ha ido añadiendo programa, por lo que es un espacio de uso cotidiano para los trabajadores del recinto ambulatorio

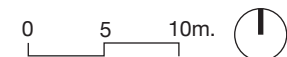
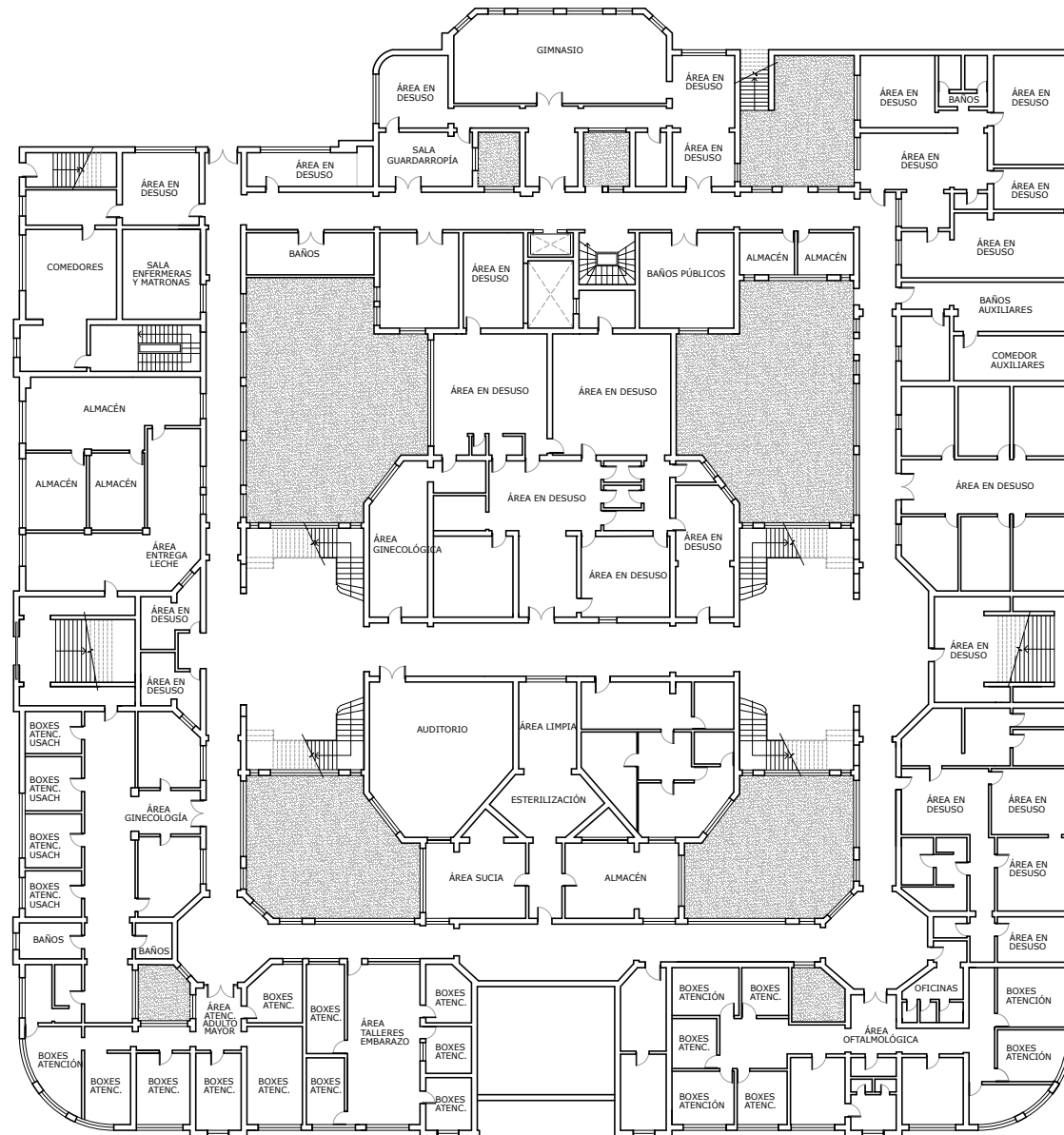


Figura 4.58 Planta Semi sótano en la actualidad.

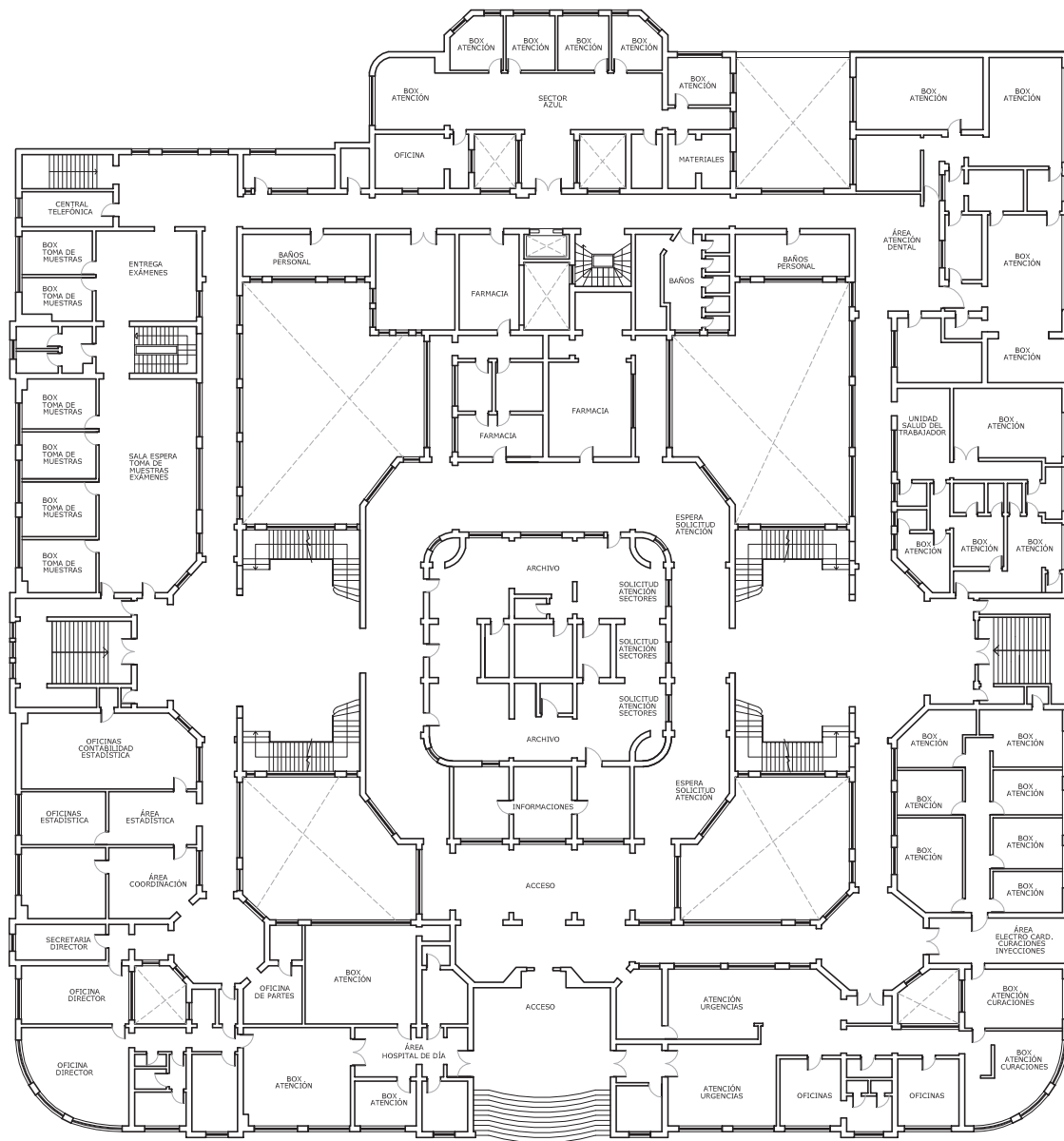


Figura 4.59 Planta Baja en la actualidad.

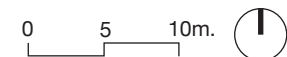
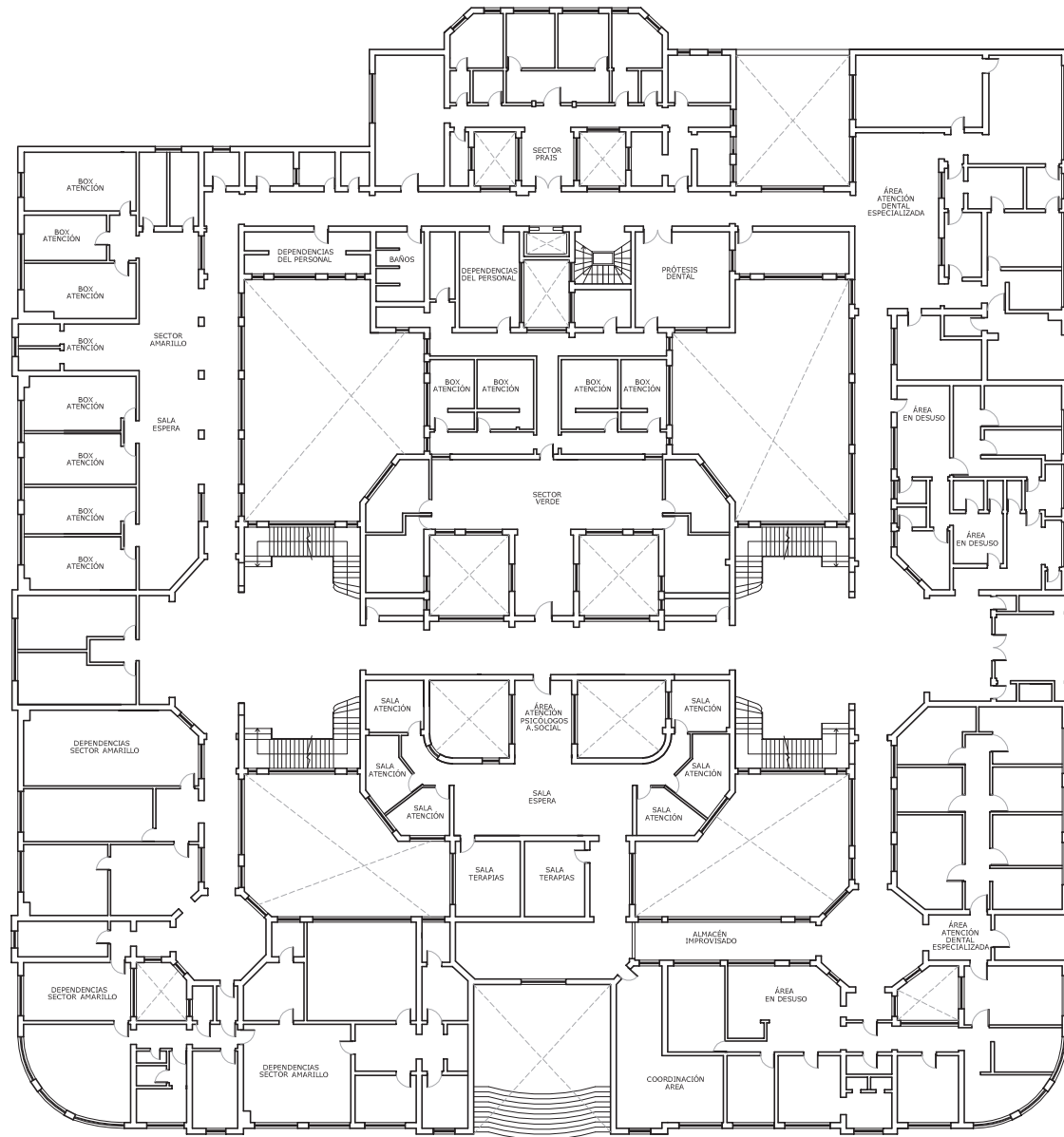


Figura 4.60 Planta Primer Nivel en la actualidad.

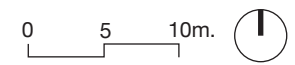
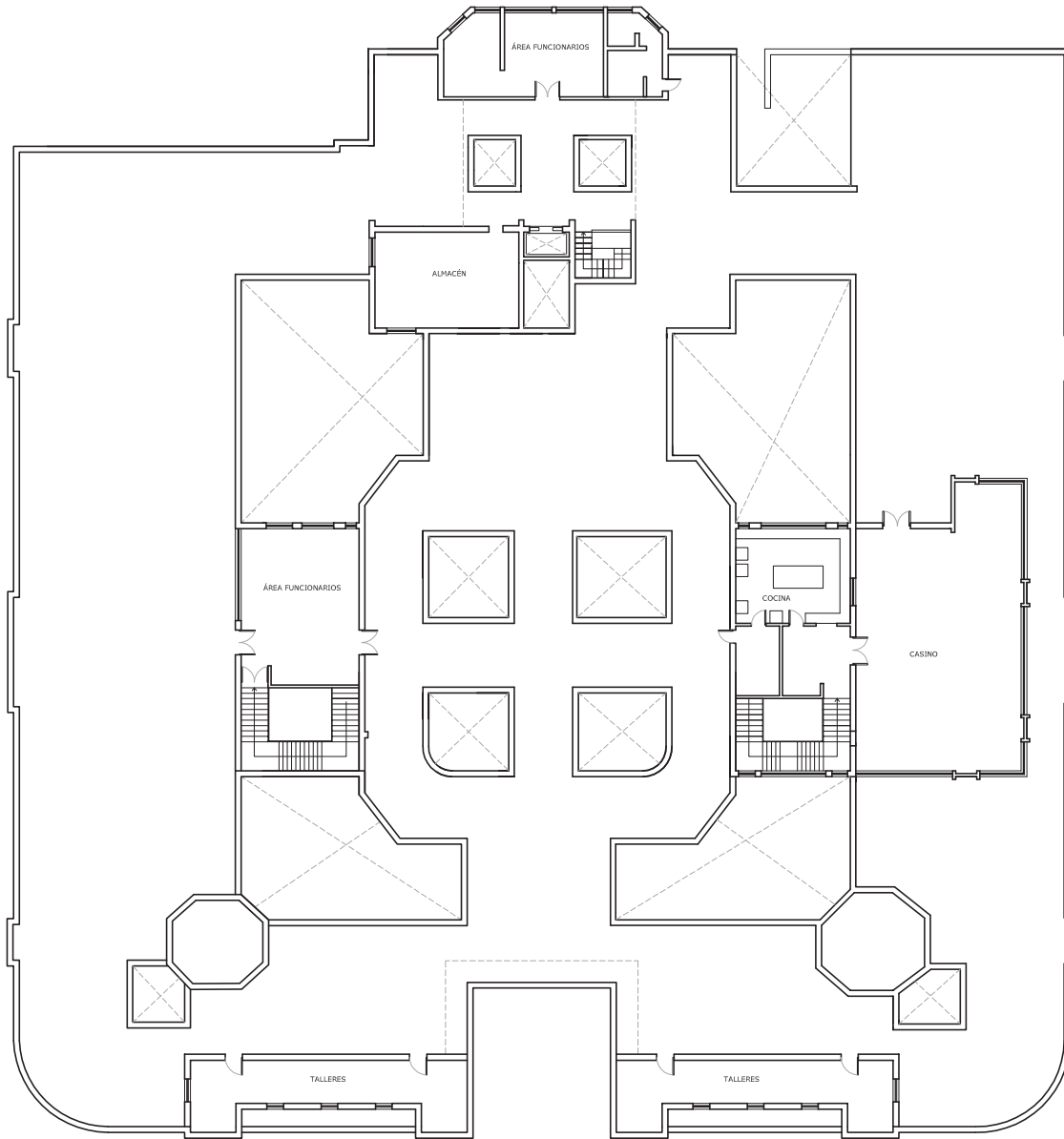
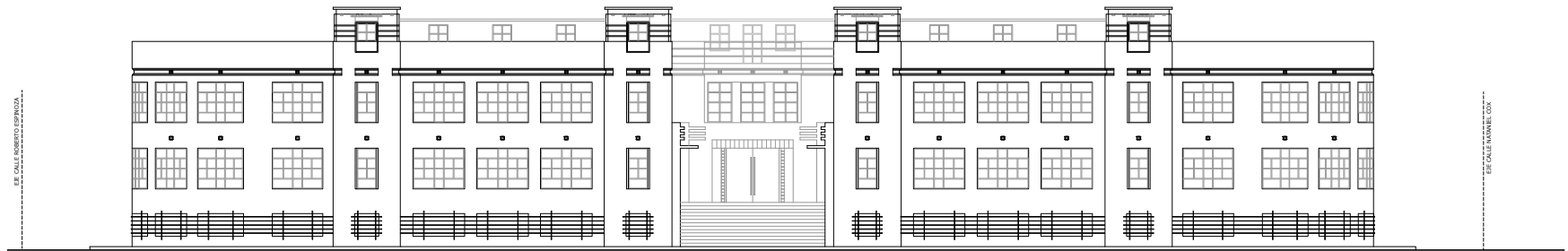


Figura 4.61 Planta Terraza en la actualidad.



Alzado este



Alzado sur



Alzado oeste

Figura 4.62 Alzados principales

4.3.2 Materialidad

El edificio está construido a partir de muros de albañilería reforzada entre los pilares, vigas y losas de hormigón armado.

La albañilería confinada está compuesta de un muro de ladrillo de 40 centímetros de espesor, generalmente colocado en un aparejo a soga con mortero de cemento, que trabaja a compresión. Este muro está contenido por pórticos de hormigón armado, (pilares y cadenas o vigas principales), reforzado con vigas secundarias. Estos pórticos, constituidos por pilares y vigas, sirven principalmente para otorgar rigidez, incrementando su resistencia y puede funcionar como elemento de arriostamiento ante esfuerzos perpendiculares al plano. A nivel de conjunto, este sistema responde a cargas verticales y horizontales (sísmicas) de manera óptima, del mismo modo que gran parte de las construcciones de este país.

La losa, se compone de armaduras lisas que responden a tracción en su sección inferior, mientras que el hormigón que las cubre trabaja a la compresión, formando un elemento rígido que si está correctamente calculado, puede soportar grandes cargas.

Los pilares en hormigón armado están compuestos por armaduras verticales lisas (debido a la época en que fue construida) conectada con estribos del mismo material también lisos.



Figura 4.63 Estructura general del edificio.

4.4 Antecedentes programáticos

4.4.1 Programa original y actual

Los antecedentes a analizar corresponden a los cambios que existen actualmente dentro del programa del Consultorio. Es necesario para una comprensión cabal del inmueble, conocer cuáles son las funciones específicas del espacio habitado, así como también las áreas en desuso, para determinar posibles estrategias que ayudarán a la puesta en valor del inmueble, sin afectar lo existente y resguardando el patrimonio histórico que lo precede.

El programa actual responde a un sistema de salud muy distinto al original. El creado en el año 1930 resuelve el recinto por áreas de especialidad, entregando un amplia cobertura a todo tipo de necesidades de la época (Fig. 4.64, 4.66, 4.68 y 4.70). Sin embargo, actualmente (Fig. 4.65, 4.67, 4.69 y 4.71) se complementan los recintos básicos de un Centro Ambulatorio con la nueva estructura de Atención Primaria, el CESFAM (Centro de Salud Familiar), creando un programa confuso y complejo. Actualmente, la estructura de los CESFAM busca generar equipos médicos multidisciplinarios que tengan a su cargo un determinado grupo de pacientes, con el

objetivo de generar una relación entre médico-paciente de mayor confianza, al ser un centro de salud de vínculo directo con la ciudadanía, ya que suele ser el primero que se visita. Estos equipos médicos están ubicados en los edificios por sectores identificados por colores, que en el caso de el Consultorio N°1, estos son azul, verde y amarillo.

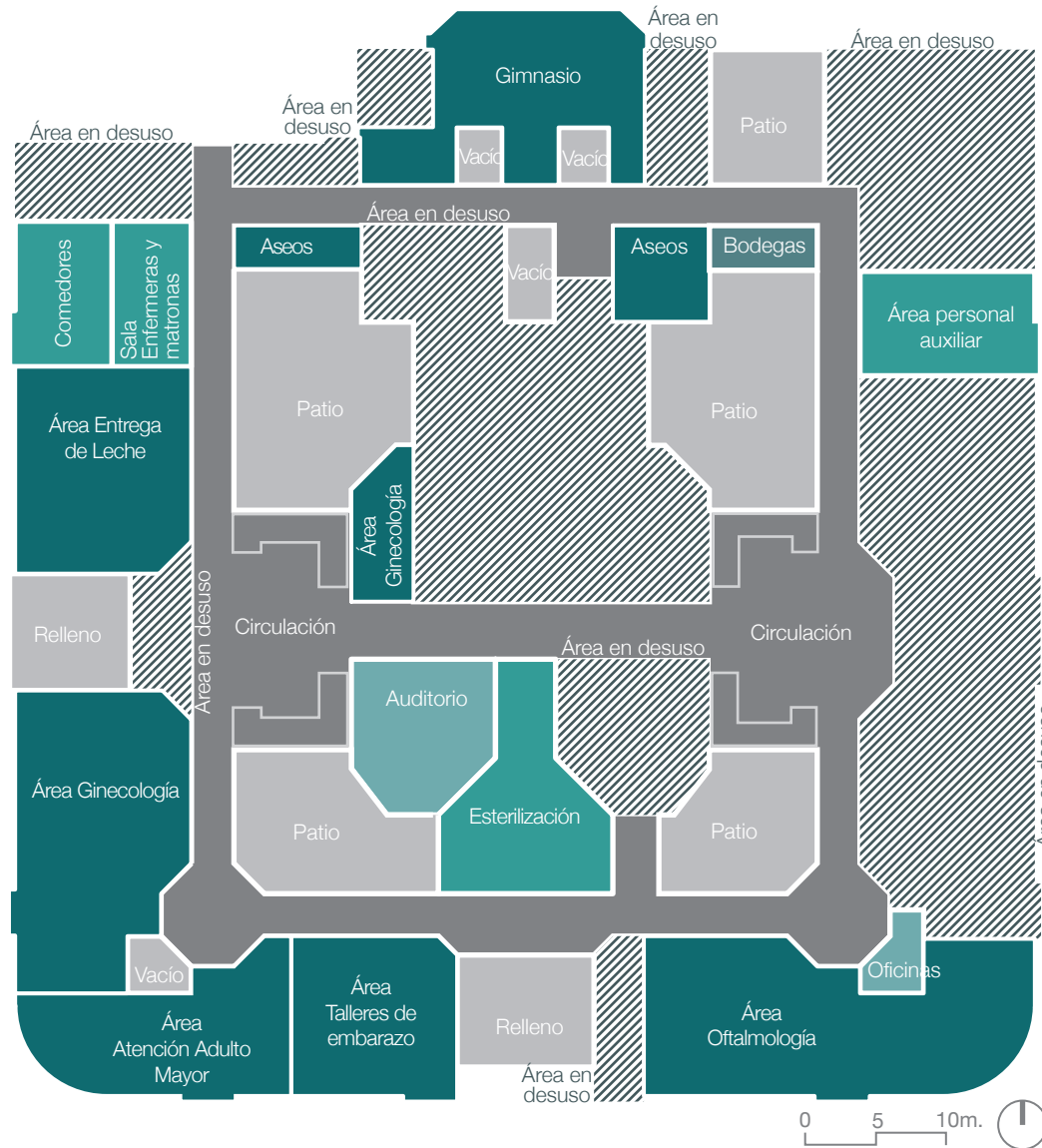
Planta Semi-sótano Original

Figura 4.64 El programa original en el nivel de semi-sótano tiene un uso dividido, entre espacios para el personal médico y para los pacientes. Se observa hacia la fachada este un predominio de espacios asociados al bienestar de los trabajadores, con lavandería, camarines, vestidores, dormitorios y espacios comunes; mientras que hacia el lado oeste se encuentra la farmacia y el área de urología, dedicados a la atención de pacientes. El sector de rayos se encuentra en el centro del núcleo, frente a la sala de situación, dedicada a la evaluación de la situación de la salud en el edificio.



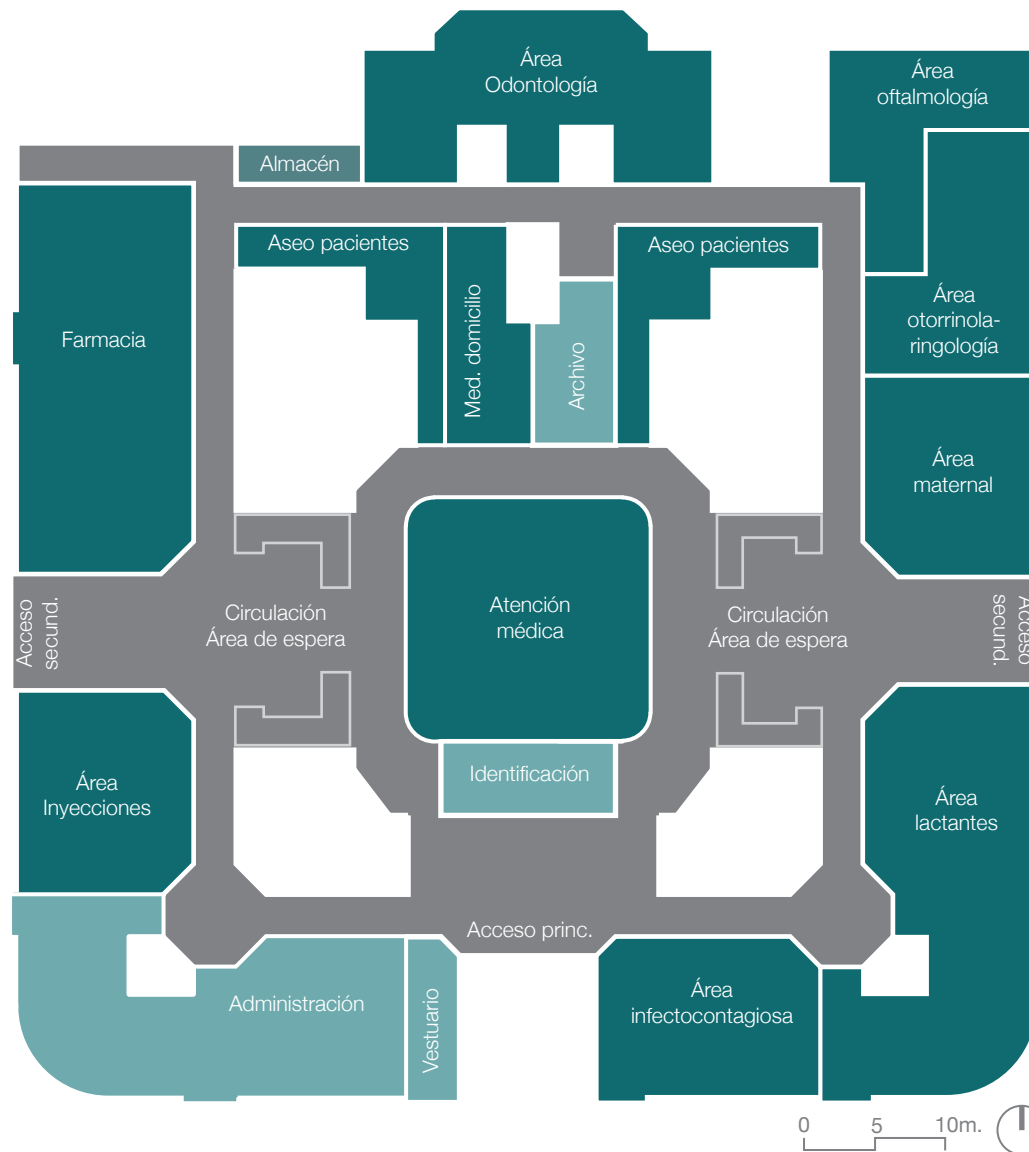
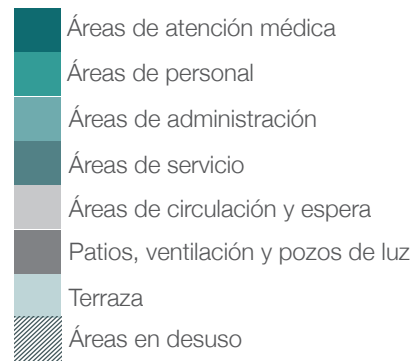
Planta Semi-sótano Actual

Figura 4.65 Este nivel mantiene muchas dependencias sin un uso claro, manteniéndose clausuradas o para almacenamiento (almacenes o bodegas), sin un destino claro. Se observan dos áreas vinculadas a la ginecología y dos áreas de asistencia, una para talleres de embarazo y otra para la atención de adultos mayores. Desde la creación del Servicio Nacional de Salud en la década de 1950, el Estado está obligado de proveer a la ciudadanía de leche en polvo, es por ello que se destina parte de la antigua área de farmacia a la entrega de este producto de forma gratuita. Junto a las áreas en desuso se encuentra la sección de oftalmología, mientras que los espacios para el personal se encuentran divididos.



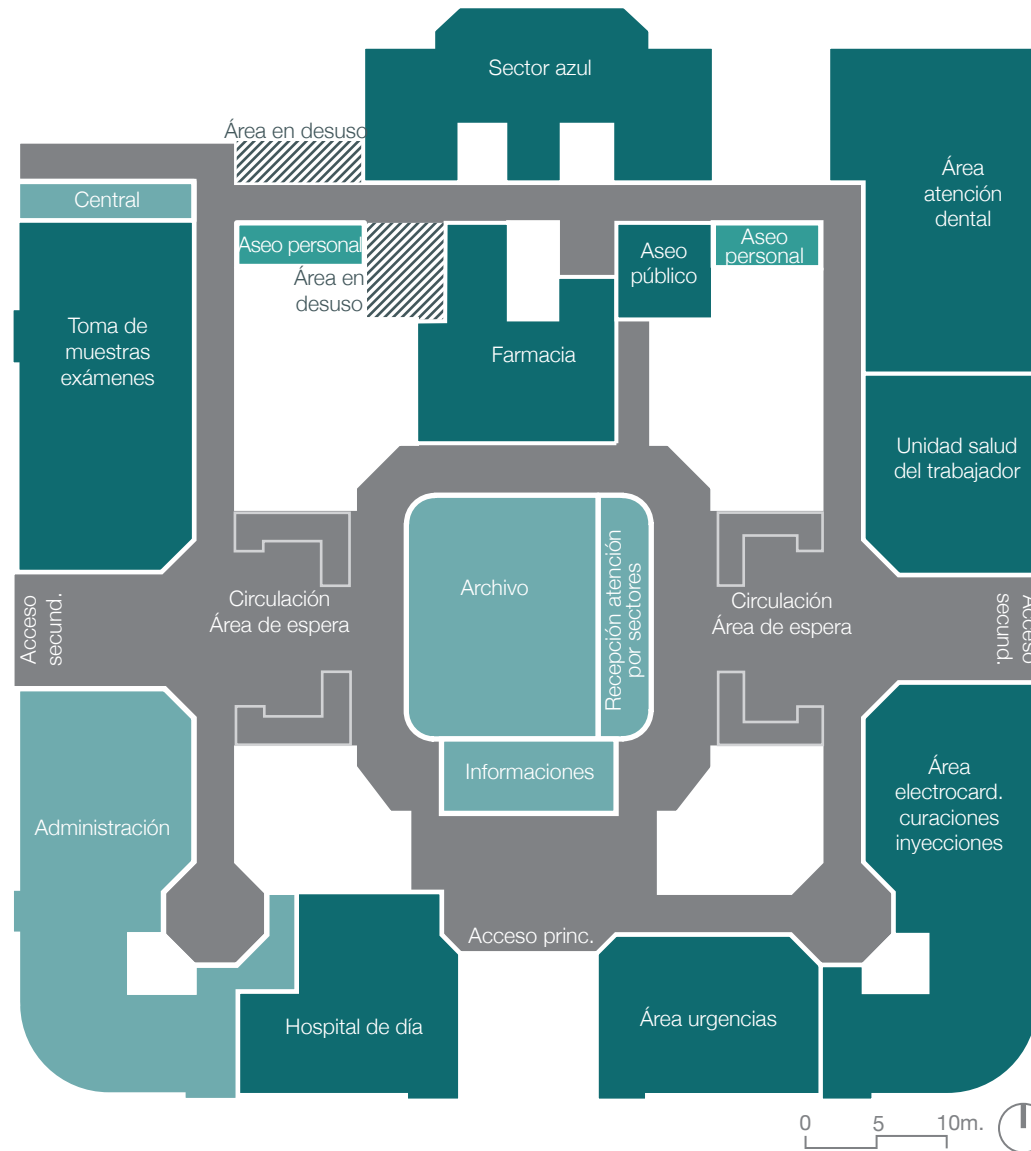
Planta Baja Original

Figura 4.66 Está dedicada a la atención médica, sin embargo se observan los espacios administrativos y de recepción (identificación) cerca del acceso principal. Las atenciones médicas ofrecidas eran de amplias áreas: oftalmología, tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, otorrinolaringología, área lactantes, área maternal y lactantes y una atención médica general, además de la continuación del sector de farmacia y un espacio para la coordinación de los médicos a domicilio.



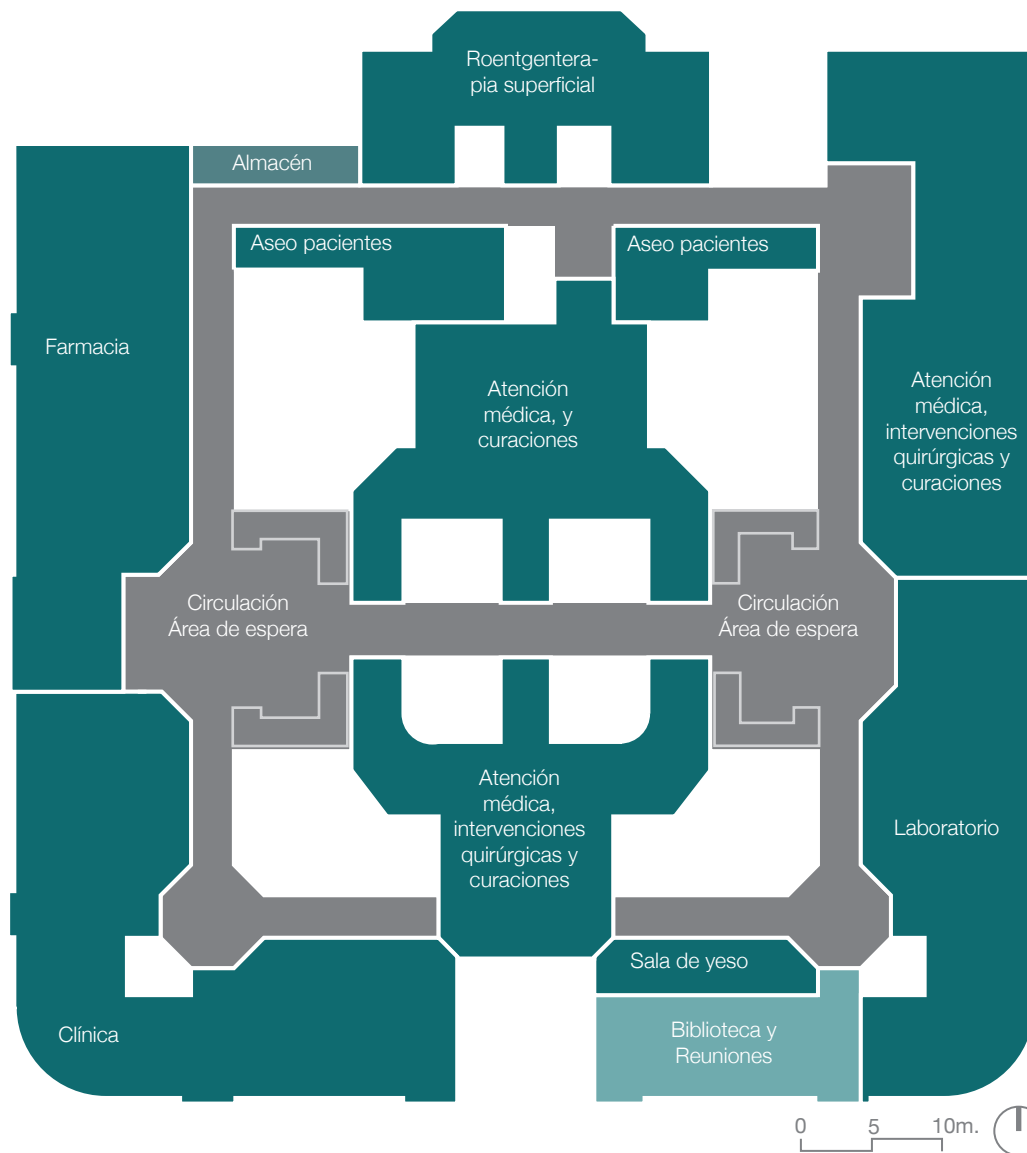
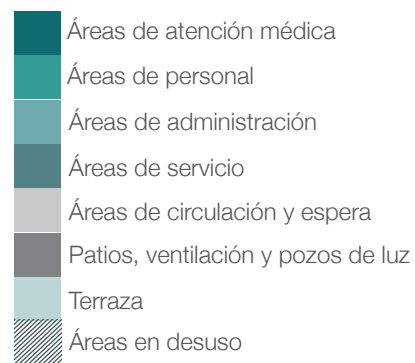
Planta Baja Actual

Figura 4.67 Se observa junto al acceso principal los recintos de mayor uso: la atención de urgencia y el hospital de día, dedicado a la asistencia y tratamiento ambulatorio de pacientes. En un área similar a la original se encuentra la Administración, que se complementa con el área de Recepción, informaciones y archivo que se encuentra en el núcleo central del edificio. Se observa una unidad de atención a trabajadores, atención dental, farmacia y toma de muestras, también cercana a uno de los accesos. Se observa también el "Sector Azul" como parte de la estructura del Centro de Atención Familiar.



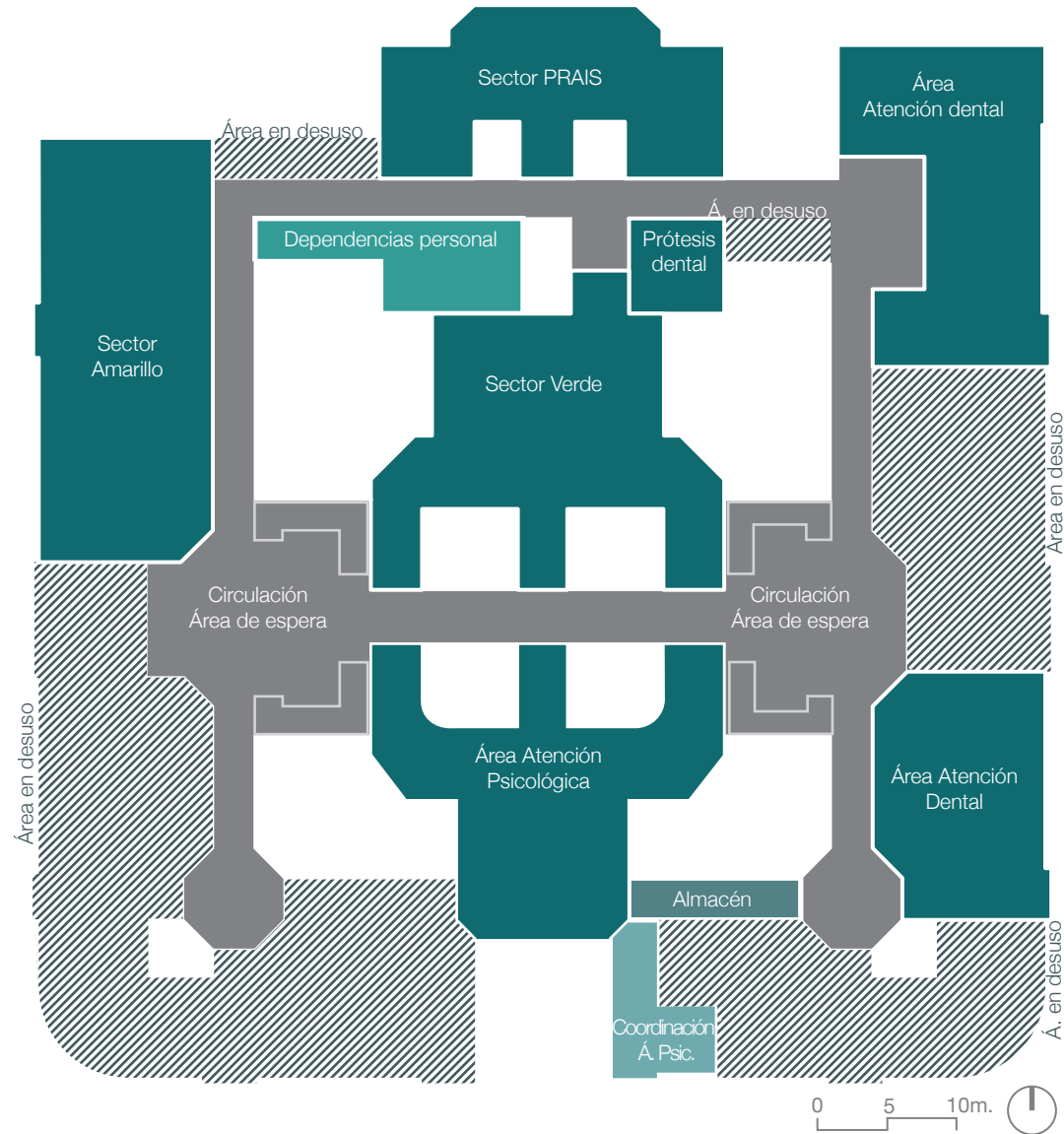
Planta Primer Nivel Original

Figura 4.68 Este nivel –salvo la sala de reuniones- está dedicado exclusivamente a la atención de los pacientes, pero de carácter más reservado. Están las áreas de procedimientos y curaciones, la sala de yeso, el laboratorio y un área clínica, dedicada a la labor docente del consultorio, recibiendo a residentes de medicina para que adquieran experiencia. Se observa al final de la planta, en la fachada norte- un área llamada “Roentgenerapia superficial”, similar a la radiología, de baja toxicidad, dedicado a la curación de lesiones superficiales.



Planta Primer Nivel Actual

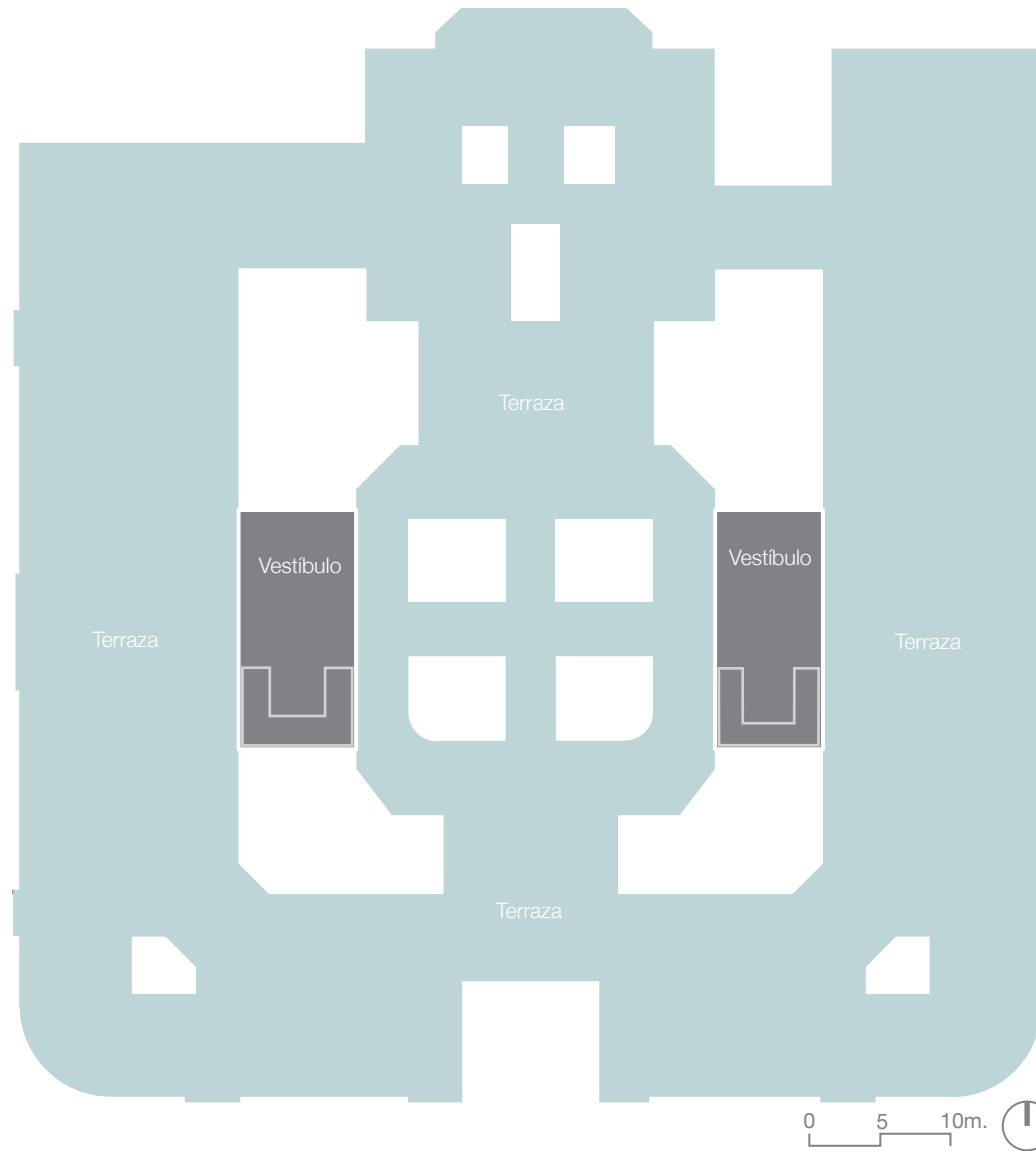
Figura 4.69 Este nivel, al igual que el semi-sótano, está caracterizado por los numerosos recintos en desuso. Destacan los espacios de atención dental, que incluyen una sala de prótesis; los sectores amarillo y verde, cuyas funciones son idénticas a las del sector azul y un área de atención psicológica, enfocado a las psicoterapias y asistencia social. A este programa es necesario mencionar también el área de PRAIS (Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos), dedicado a la atención de todas las personas víctimas (o familiares de víctimas) de las violaciones a los derechos humanos ocurridas durante la Dictadura Militar, como un compromiso del Estado por velar por su bienestar durante los próximos años.



Planta Terraza Original

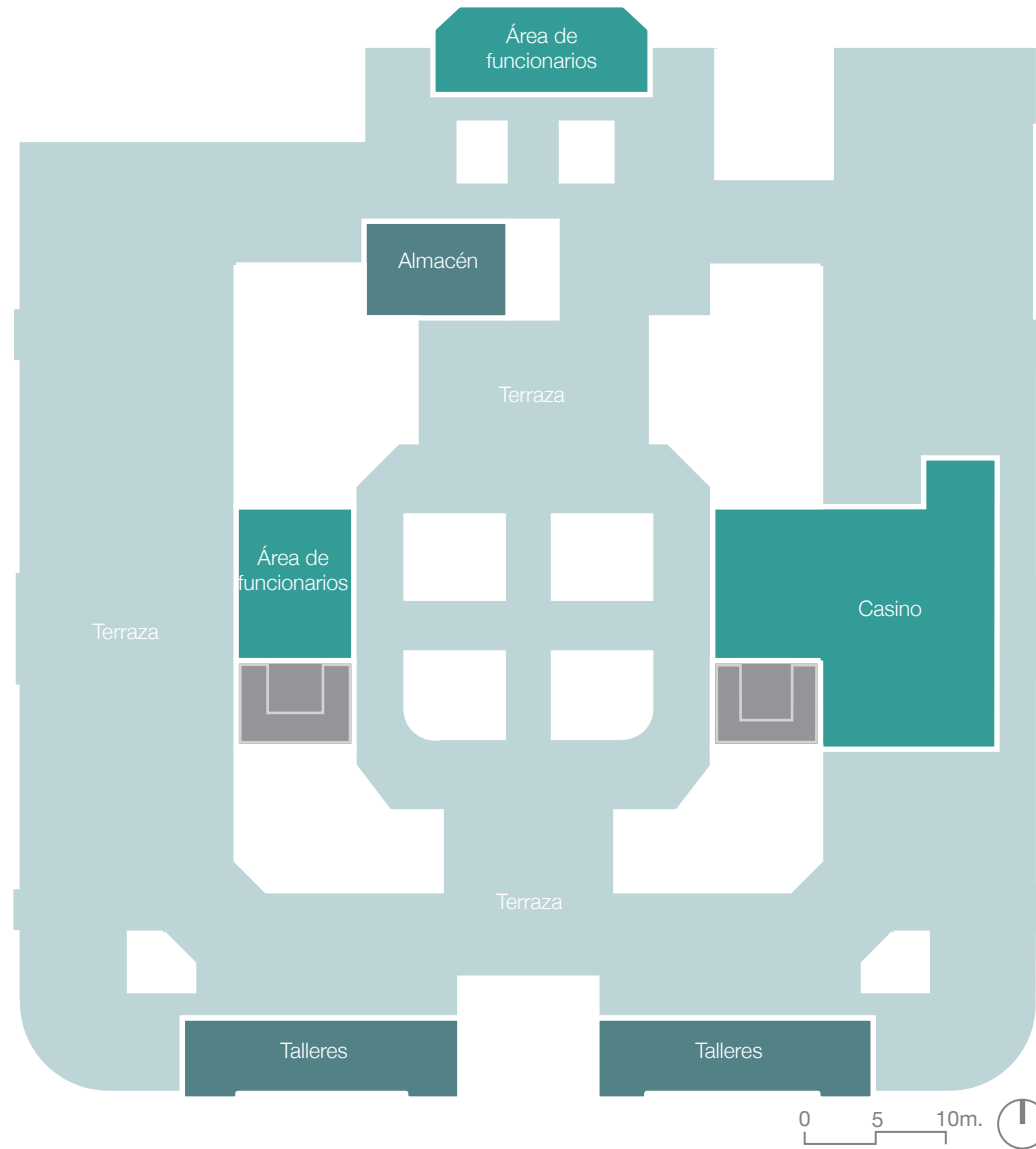
Figura 4.70 Este nivel sólo contiene un vestíbulo para el ingreso a la terraza desde el interior y la conservación de los pozos de luz y la conservación de los pozos de luz. No se tiene certeza de los usuarios de este espacio, pero si se podría considerar como un área de esparcimiento de los trabajadores o espera de pacientes en relación a las actividades que se realizaban en el interior.

- Áreas de atención médica
- Áreas de personal
- Áreas de administración
- Áreas de servicio
- Áreas de circulación y espera
- Pacios, ventilación y pozos de luz
- Terraza
- Áreas en desuso



Planta Terraza Actual

Figura 4.71 El último nivel ha sido utilizado para ampliar los recintos del edificio, construyendo un área de casino y dos recintos adicionales para los funcionarios, además de un almacén.



4.4.2 Análisis comparativo

A partir de los esquemas de programa de ambas épocas, es posible concluir el preocupante estado en que se encuentra el Consultorio actualmente (Fig. 4.72 - 73). La cantidad de espacios en desuso dan cuenta del bajo presupuesto que se maneja y cómo éste ha debido llevar un edificio que está sobredimensionado para las actividades que realiza.

De los espacios en uso actualmente, se observa una renovación del uso de algunos recintos, adaptándose a las nuevas necesidades que van surgiendo. Es así como se encuentra un sector dedicado al PRAIS y una importante área dedicada a la atención psicosocial, primordial en espacios de atención primaria actualmente.

Sin embargo, a nivel general existe una mala distribución de programa, con áreas únicas de atención subdivididas, separación de las salas de personal, un cambio en el uso de los servicios higiénicos, que si bien antes eran exclusivamente para pacientes, ahora son para personal autorizado. Con respecto a esto se observa una notoria disminución de los espacios dedicados a la atención médica, un aumento de las áreas de administración y una dispersión de las áreas de personal, dando cuenta de una falta de lógica a la hora de distribuir espacios, así como una necesidad de programa cuyo fin sea la atención y el bienestar de la comunidad.



Figura 4.72 Zona espera entre escaleras, Planta segundo piso.



Figura 4.73 Pasillo que conecta con uno de los patios, Planta segundo piso.

Observaciones parciales

A partir de los antecedentes recopilados es posible realizar el árbol de problemas y el de objetivos que permita aclarar y organizar la fundamentación del futuro proyecto (Boni *et. al*, 2005) (Fig. 4.74 y 75).

El Consultorio N°1 tiene una problemática que es evidente: los cambios en el sistema de salud chileno han repercutido con el desuso de numerosos espacios dentro del recinto, que a su vez provoca efectos que no sólo se resienten en la infraestructura, si no también en la población que lo rodea. La tercerización y sustracción de actividades, el desinterés de la población y las autoridades por reconocer el valor del edificio y un mal enfoque en la mantención del edificio (un edificio de gran volumen genera gastos de mantención, pero no están bien aprovechados debido a que sólo se utiliza una parte de él), han ido generando este abandono, como fiel reflejo de la falta de políticas de seguridad social que el Estado tiene con parte de la sociedad, que paradójicamente, es la que más utiliza este servicio, debido a la imposibilidad económica de financiar uno privado.

El modelo económico ha debilitado el sistema público de salud. Sin duda el servicio que se ofrece actualmente es mejorable, tal como lo aseguran sus pacientes (González, 2014), condición que contribuye a un distanciamiento de la comunidad con el edificio, provocando una pérdida del aprecio y la identificación por el lugar, cuando éstas debiesen ser condiciones fundamentales para la puesta en valor, si consideramos los atributos patrimoniales recientemente reconocidos. Estas causas van generando un deterioro progresivo del inmueble, que se traduce en una falta de aprecio por la institución sanitaria, el olvido del valor patrimonial. Edificaciones con estas características se transforman en referentes urbanos para un segmento de la sociedad que generalmente no está representado dentro del discurso patrimonial común y que necesita identificación, arraigo y apropiación de su entorno, para así valorarlo.

Por otra parte, el entorno que rodea el edificio se observa una población homogénea pero con un factor común, su vulnerabilidad y su perfil obrero, que si bien, ayuda a mantener la identidad y el aprecio por el barrio, por otro hace mayor aún la responsabilidad del consultorio de velar por la salud de la población.

A partir de los antecedentes analizados se propone una reorganización y la reutilización de los espacios en desuso, a partir de un reinterpretación del concepto de la atención primaria, la integración de nuevas actividades, con un programa que proteja los valores patrimoniales definidos, reavive el interés y el aprecio por el edificio, conserve la vocación sanitaria e integre a la comunidad, para así contribuir a la vigencia de este edificio que así lo requiere, basándose en las características y las necesidades de la población que lo rodea.

Esta propuesta debe basarse en estrategias de trabajo, coherentes con el perfil del edificio y los valores patrimoniales que proyecta: una estrategia educativa, que busque retomar la apropiación del edificio; una estrategia sanitaria, que busque un aporte a la salud de la población y una estrategia de participación, que convoque a una comunidad proactiva que se identifique.

Árbol de problemas

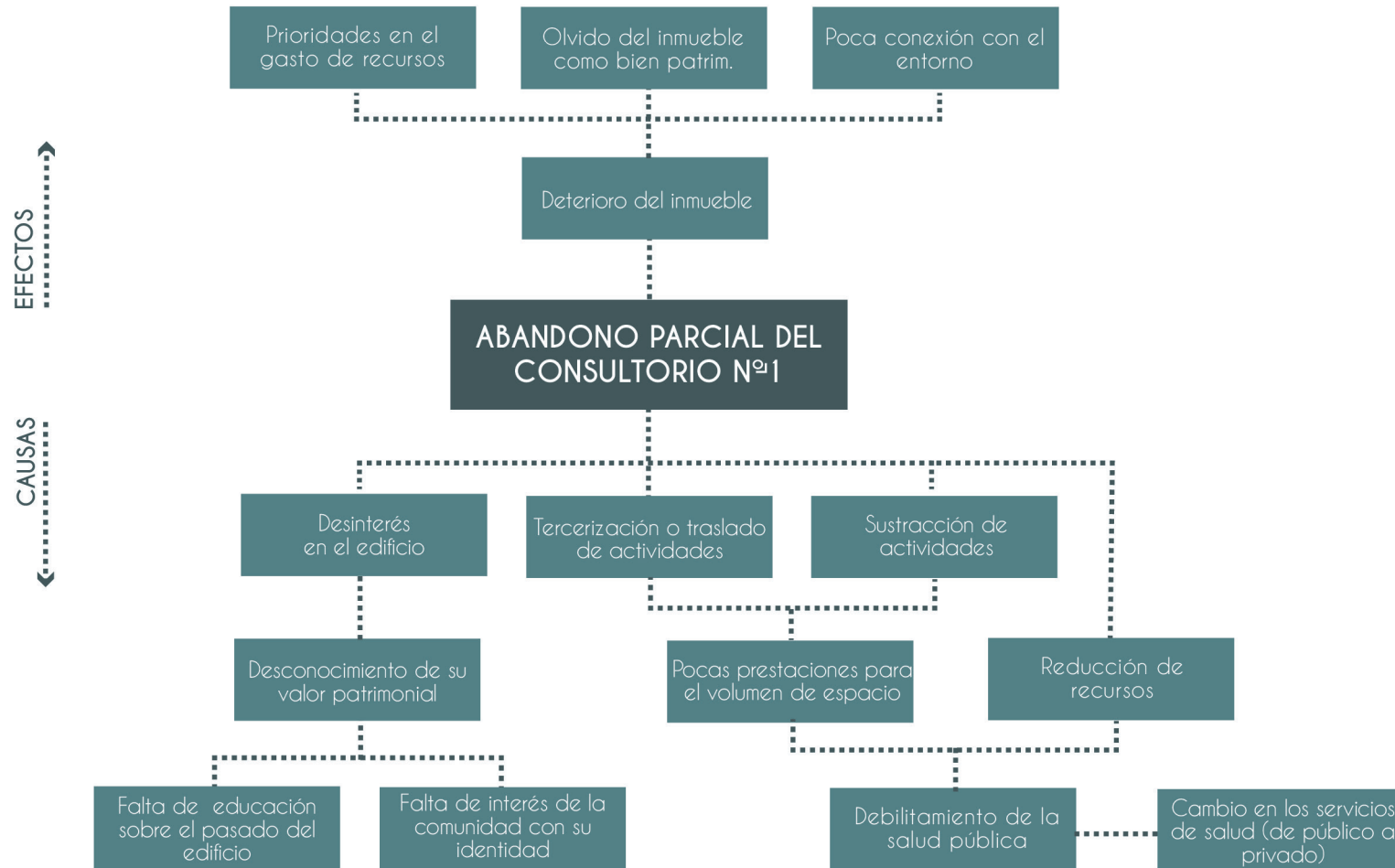


Figura 4.74 Árbol de problemas. Se desprenden las principales causas y objetivos.

Árbol de objetivos

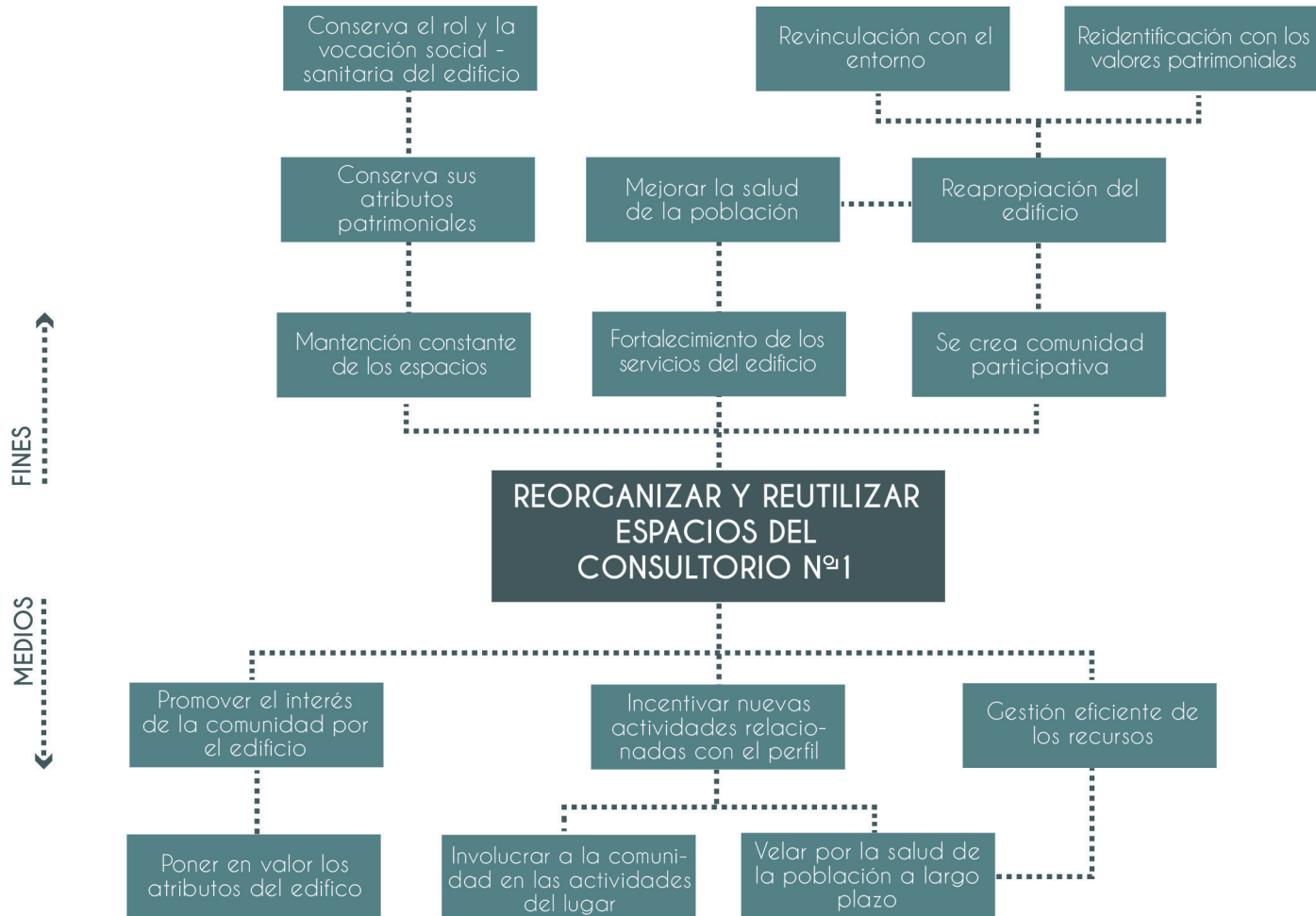
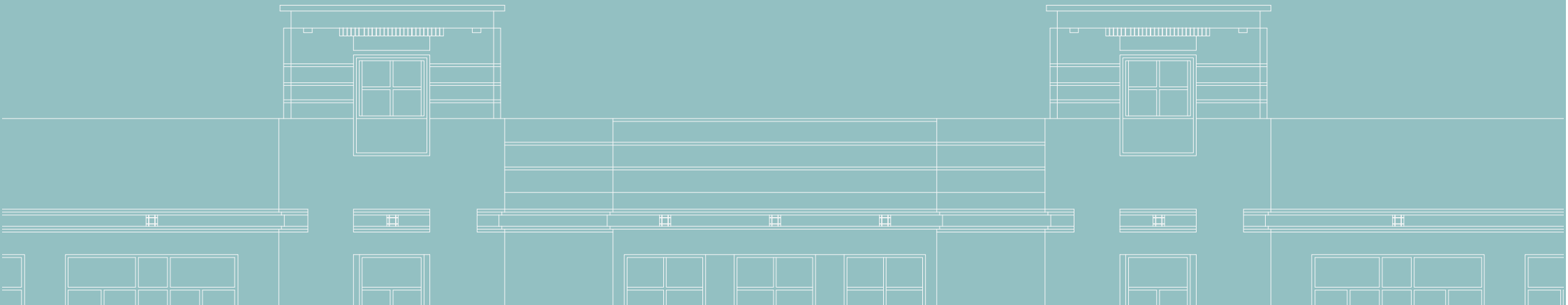


Figura 4.75 Árbol de objetivos. Se desprenden estrategias para abordar el problema.

Capítulo 5

Propuesta de reutilización del edificio

Los capítulos anteriormente descritos, proporcionaron antecedentes que permiten evidenciar la necesidad de reutilizar el espacio, a partir de la búsqueda de un programa actualizado, acorde al funcionamiento actual del edificio y a las necesidades de su entorno, tal como se desarrolla a continuación.



5.1 Fundamentación

Para la elaboración de un programa para el Consultorio acorde a las necesidades de la población y a la vida en comunidad, es necesario determinar cuáles son los problemas de salud que presenta la población. Para de este modo, determinar la mejor estrategia, capaz de aportar al edificio, al entorno y a las personas que lo habitan (Fig. 5.1).

Según los datos analizados anteriormente, la población envejece progresivamente debido al aumento de la esperanza de vida,

“disminuyendo significativamente el porcentaje de población entre 0 y 14 años, asociado a un aumento del tramo entre 15 y 64 años y mayores de 65 años. Es así como hacia el año 2020, el porcentaje de población mayor de 65 años será alrededor de un 20%” (Trincado, 2010).

Este crecimiento vegetativo, conlleva un deterioro progresivo de la salud que, en contextos vulnerables como el chileno con un bajo nivel de pensiones, hace más grave aún el problema y busca con urgencia soluciones para controlarlo. La población mayor de 65 años

Sedentarismo, presión arterial elevada, **obesidad**, **excesivo consumo de sal**, **bajo consumo de frutas y verduras**, **pesca**do y **productos integrales**, hipotiroidismo, riesgo cardiovascular, **síntomas depresivos**, **excesivo consumo de alcohol y tabaco**.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UN MAL ESTILO DE VIDA

Hipertensión arterial, Infartos, colesterol elevado, diabetes, cáncer, entre otras

Educación a la población para así mejorar los hábitos de vida y disminuir los factores de riesgo.

Figura 5.1 Esquema de ideas generales asociadas a los problemas de salud más comunes de la población.

“presenta cifras tensionales catalogadas como hipertensión arterial (78,8%) y colesterol elevado (54%)” (Trincado, 2010).

Por otra parte, muchos de estos problemas se extienden a la población en general. En relación a otros factores de riesgo, se observa un problema de carácter nutricional que viene afectando a la población durante décadas y que ha redundado en programas que con dificultad intentan generar cambios en la alimentación de la población: alto nivel de sedentarismo, presión arterial elevada, obesidad, excesivo consumo de sal, bajo consumo de pescado, bajo consumo de harinas integrales, bajo consumo de frutas y verduras, hipotiroidismo, síntomas depresivos, entre otros (Ministerio de Salud, 2009). Estas afecciones son inversamente proporcionales al nivel educacional de la población, a menor nivel educacional, mayor porcentaje de población con problemas. Eso quiere decir que en contextos vulnerables como el caso de estudio, estas condicionantes están presentes y el Consultorio N°1 debiese hacerse cargo de ello.

La combinación del envejecimiento, la vulnerabilidad y el aumento de los factores de riesgo dejan en evidencia la necesidad de controlar el gasto público que se realiza en salud, sobretodo si se considera que gran parte de los problemas de salud antes descritos pueden evitarse, si se mantuviera un estilo de vida saludable.

“En EE.UU. está calculado que si la mortalidad disminuyera en un 1%, los beneficios en el producto interno bruto (PIB) serían aproxima-

mente de un 6%. En Chile, la disminución de la mortalidad por cáncer de 5,3 a 5,1 por mil determinaría un incremento aproximado de un 3,5% del PIB. Esta tendencia se puede observar en intervenciones en patologías específicas como diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y cáncer de vesícula biliar” (Trincado, 2010).

Es así como se percibe que la mala calidad de vida incide en factores de riesgo que terminarán en enfermedades que pueden evitarse. Sin embargo, estos *“son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que interceptan la historia natural de la enfermedad en que participan”* (Arzamendia, 2011). A partir de ello se propone la creación de un espacio de promoción de la salud, con base en la atención primaria que busque la activa participación comunitaria (Berríos Carrasola, 1994), con el objetivo de no sólo mejorar la salud de la población, si no también recuperar la vocación social que le da los atributos patrimoniales al Consultorio N°1.

5.2 Descripción general

Se propone la creación de un **Centro de Día para la Promoción de la Salud** (en adelante, CPS), un espacio independiente pero complementario a las actividades cotidianas del Consultorio N°1, que busque educar y fomentar buenas prácticas para la calidad de vida, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo y prevenir enfermedades (Fig. 5.2 y 5.3). Las actividades que allí se promuevan buscan crear un vínculo con el entorno social y urbano del edificio, poniendo en valor sus atributos patrimoniales, como un espacio históricamente vinculado a la salud pública. Esto generaría una apropiación del espacio, una puesta en valor del mismo, se crearía una comunidad proactiva y se reforzaría el vínculo de asistencia permanente que se espera generar en los actuales centros de salud primaria (ahora CESFAM).

Hay que recalcar que el objetivo del CPS no es el tratamiento de una enfermedad, debido a que ya es labor del Consultorio, sino más bien busca la prevención de las enfermedades mediante la formación, mejorando las condiciones de vida de la población.

5.2.1 Referente programático

Los siguientes ejemplos de este tipo de recintos, buscan ejemplificar la efectividad de este tipo de instituciones, las cuales han conseguido consolidar el modelo preventivo en un contexto de salud pública primordial para su éxito.

Centro Municipal de Promoción de la Salud, Zaragoza (Fig. 5.4): Institución pública enfocada en la difusión de información en temas relacionados con Salud Sexual-Reproductiva y Salud Mental, especialmente para fomentar la buena salud de los jóvenes del municipio. Se divide en distintos programas, enfocados en las problemáticas más urgentes de este segmento: Educación Materno-Infantil; Educación sexo-afectiva con población escolarizada y talleres sociolaborales; Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual; Formación a Mediadores de Jóvenes en Educación Sexual; Promoción de Salud Mental para Jóvenes, entre otros.



Figura 5.2 Actividades físicas de prevención que se podrían realizar.



Figura 5.3 Actividades de educación especial para niños

Centro Madrid Salud (Fig. 5.5 y 5.6): Corresponde a una red de treinta centros de Salud enfocados en la prevención de las enfermedades y otros problemas de salud. Se concentra en impartir una asistencia multidisciplinar, basada en el análisis del tipo de usuario del sector donde se sitúa, para así proponer los programas de prevención (Segura del Pozo *et al.*, s.f.). Las actividades se centran en tres grupos, consultas individuales, actividades en grupo y actividades de barrio, donde se busca mejorar las condiciones de vida en un entorno comunitario.



Figura 5.4 (der. arriba) Actividades de educación a jóvenes que realizan en el Centro de Promoción de la Salud en Zaragoza.

Figura 5.5 (izq. abajo) Actividades de asistencia a la comunidad dentro del Centro Madrid Salud.

Figura 5.6 (der. abajo) Eventos masivos de ejercicios para el adulto mayor al aire libre gestionadas por el Centro Madrid Salud.



5.3 Implementación

5.3.1 Principios fundamentales y líneas estratégicas

La propuesta se basa en unos principios fundamentales, todos centrados en la visión de hacer de este espacio patrimonial un lugar de integración social que promueva una mejor calidad de vida de las personas de su entorno, rol históricamente dado:

1. Promover hábitos saludables que busquen mejorar la calidad de vida de las personas, controlando los factores de riesgo de enfermedades en la comunidad.
2. Ser una institución de apoyo y contacto permanente con la población.
3. Construir un espacio de aprendizaje, apertura, colaboración y retroalimentación de las buenas prácticas entre la comunidad.

Las líneas de actuación se definen como las áreas donde se desarrollarán los principios fundamentales (Fig. 5.7), se basan en ellos y a partir de allí se puede estruc-

turar un organigrama de gestión que sienta las bases del desarrollo. Para el caso del CPS se dividen en tres áreas:

Educación: Se crearán espacios para la promoción de las buenas prácticas, entregando lecciones teóricas que ayuden al mejoramiento de la calidad de vida.

Prevención: Se entregarán los espacios para el desarrollo de actividades saludables y preventivas, que permitan un control y seguimiento de quienes asistan.

Difusión y participación: Se incentivarán los espacios de interacción de la comunidad, vinculando el espacio patrimonial con los usuarios, consolidando el rol social y asistencial que el Consultorio N°1 siempre ha tenido y debiese conservar.



Figura 5.7 Líneas estratégicas

5.3.2 Definición de actividades

El Centro de Día para la Promoción de la Salud centrará sus actividades en tres áreas según su periodicidad, actividades permanentes, periódicas y esporádicas, que se presentan a continuación y de manera resumida en la Figura 5.8.

Actividades permanentes (todos los días)

Acondicionamiento físico: Se podrán realizar actividades físicas en un espacio abierto permanentemente durante los horarios de funcionamiento del recinto. Estará equipado con material complementario para realizar ejercicios, bajo la supervisión de un entrenador personal que irá guiando durante el proceso.

Espacios de recreación: Se habilitarán espacios para la conversación, el ocio y la recreación de los usuarios de uso permanente, que permitan la interacción libre de la comunidad. Allí los usuarios se podrán reunir, recrearse en partidas de juegos de mesa, viendo televisión, etc.

Atención preventiva: Se habilitará un espacio de atención personalizada, donde un paramédico controlará los factores de riesgo más comunes de todo usuario que solicite su atención: presión arterial, sobrepeso, entre otros, aconsejando sobre cómo

mejorar sus hábitos de vida.

Actividades periódicas (1, 2 ó 3 veces a la semana)

Clases colectivas de acondicionamiento físico:

Se ofrecerán clases de acondicionamiento físico colectivo, a cargo de un instructor certificado en la disciplina, quien impartirá lecciones (ej. Yoga, Pilates, Tai Chi, Zumba, etc.) de 1 hora durante las mañanas. Se planean tres lecciones semanales de la misma disciplina. No se descarta crear sesiones especiales para distintos grupos como clases especiales para la tercera edad o embarazadas, dependiendo de la demanda.

Cursos teóricos y prácticos:

Se ofrecerán cursos teóricos y prácticos mensuales para recibir consejos sobre mejoramiento de la calidad de vida (ej. Cursos de cocina para diabéticos, técnicas de primeros auxilios, etc.). Estos cursos tendrán una duración de 16 horas, es decir, se realizarán lecciones de 2 ó 4 horas diarias en las mañanas, 1 ó 2 veces a la semana durante un mes.

Terapias complementarias:

Se ofrecerán consultas personalizadas para terapias complementarias, (ej. acupuntura, masajes terapéuticos, etc.), una vez por semana previa solicitud de cita. El terapeuta asistirá durante una mañana completa una vez a la semana.

Medicina Mapuche: De igual forma que las terapias complementarias, se ofrecerán consultas personalizadas con un(a) “machi”, encargado(a) de proporcionar hierbas medicinales bajo los conocimientos de la cultura mapuche. Hay que destacar que tanto las terapias complementarias y la medicina mapuche no reemplazarán la medicina convencional, sólo proporcionarán atención desde la perspectiva de la prevención.

Actividades esporádicas (se realizan 1 ó 2 veces al mes, o según necesidad)

Charlas, Foros de debate: Asistir a charlas con destacados invitados, quienes tratarán temas relevantes acerca del mejoramiento de la calidad de vida, el rol de la salud pública y el valor que tiene el edificio para la comunidad. Las charlas se realizarán durante las tardes, horarios a convenir y se realizarán en una sola jornada, donde los asistentes (en algunos casos) podrán debatir sobre las temáticas involucradas.

Reuniones con la comunidad: Generar instancias de conversación entre la comunidad para tratar temáticas locales que los afectan. Se organizarán las reuniones en conjunto con la Junta Vecinal, donde podrán asistir autoridades comunales, y se discutirán problemáticas y se buscarán soluciones.

Visitas guiadas: Se realizarán visitas guiadas por el edificio a particulares, grupos de personas y escuelas, quienes quieran conocer el valor de este edificio como institución histórica al servicio de la salud pública. Las visitas las realizarán voluntarios, en lo posible personas que habiten la zona, y se realizarán de forma ininterrumpida el último domingo de cada mes, para todos quienes quieran asistir, así como también se ofrecerán estas visitas a escuelas, quienes podrán concertar un día durante la mañana donde los niños puedan asistir.

No se descarta crear convenios de colaboración con el Consultorio N°1, que permitan la atención de médicos a quienes utilicen las instalaciones y no estén inscritos en las prestaciones del Centro de Salud. De ser factible, se podría considerar la visita de un geriatra a evaluar el estado de los adultos mayores que asisten al lugar.

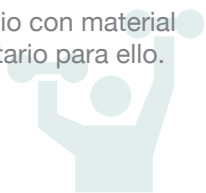
CENTRO DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD

Actividades que pueden realizar los usuarios

ACTIVIDADES PERMANENTES (Todos los días)

Acondicionamiento físico

Realizar actividades físicas en un espacio con material complementario para ello.



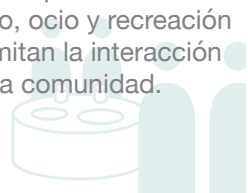
Atención preventiva

Asistir a consultas personalizadas de un paramédico que controle factores de riesgo comunes.



Espacios de recreación

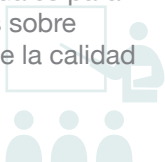
Acceso a espacios de descanso, ocio y recreación que permitan la interacción libre de la comunidad.



ACTIVIDADES PERIÓDICAS (2 o 3 veces por semana)

Cursos teóricos y prácticos

Realizar cursos teóricos y prácticos mensuales para recibir consejos sobre mejoramiento de la calidad de vida.



Terapias complementarias

Asistir a consultas de terapias complementarias.



Medicina Mapuche

Asistir a consulta personalizada con una "machi", que realizará los preparados de hierbas necesarios para el tratamiento.



Clases colectivas de acondicionamiento físico

Asistir a clases de acondicionamiento físico en grupo.



ACTIVIDADES ESPORÁDICAS (1 o 2 veces al mes o según necesidad)

Charlas, Foros de debate

Asistir a charlas con destacados invitados.



Reuniones con la comunidad

Generar instancias de conversación entre la comunidad.



Visitas guiadas

Ofrecer visitas guiadas a particulares, grupos de personas y escuelas.



Figura 5.8 Descripción de actividades que se realizarán en el edificio.

5.3.3 Usuarios

El CPS tendrá 4 tipos de usuarios (Fig. 5.9), que si bien algunos pueden formar parte de más de un grupo, las labores de estos van cambiando.

Funcionarios: Tal como se detalla en el organigrama de funcionamiento, su labor es mantener la gestión y mantenimiento del CPS, además de coordinar atribuciones con el Consultorio N°1, ya que compartirán espacio.

Terapeutas y profesores: Participantes del CPS a tiempo parcial, son los encargados de entregar las el conocimiento y la atención preventiva a todo aquel que lo requiera.

Voluntarios: Encargados de poner en valor el edificio como guías de patrimonio, protectores, moderadores y colaboradores de las actividades del edificio, velando por su buen uso, el cuidado y la educación del público general.

Comunidad inscrita en el Consultorio N°1: Grupo más importante, se caracteriza por su heterogeneidad, entre la que destaca el grupo de adultos mayores, los de mayor vulnerabilidad en el sector. Ellos serán los que utilizarán los espacios de servicio del edificio, asistirán a los cursos y generarán convivencia en el lugar. También podrán ser parte del grupo de voluntarios del CPS.

Público General: Todo aquel que no forme parte del Consultorio podrá asistir de igual forma al CPS y hacer uso de sus dependencias.



Figura 5.9 Esquema de usuarios del proyecto.

5.3.4 Régimen de Uso

El CPS organizará estas actividades bajo la misma estructura definida anteriormente: permanentes, periódicas y esporádicas, en jornadas de mañana y tarde, con el objetivo de optimizar los espacios al momento de realizar la estructura de programa arquitectónico.

Horario de funcionamiento del Centro de Día: de 9:00 a 19:00

Directivos y funcionarios

Jornada laboral de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 (con 1 hora para comer).

Actividades permanentes

Acondicionamiento físico y espacios de recreación

Uso libre entre las 9:00 y 20:00

Consultas preventivas

Disponibilidad de atención durante toda la jornada laboral (9:00 a 19:00) por cita previa, los 5 días de la semana

Actividades periódicas

Cursos teóricos y prácticos (de 16 horas)

Duración máxima de 1 mes, en sesiones de 1 o 2 veces a la semana (martes y/o jueves) entre las 9:00 y las 13:00.

Terapias complementarias y medicina mapuche

Atención durante las mañanas, de 9:00 a 14:00. Cada terapeuta atenderá una vez por semana, organizado por cita previa.

Clases colectivas de acondicionamiento físico

Clases diarias de 2 horas cada una organizadas según franjas horarias y programación mensual.

Actividades esporádicas

Charlas, foros de discusión y reuniones con la comunidad

Según necesidad, en sesiones de 2 horas de preferencia durante las tardes (entre las 15 y las 19hrs.)

Visitas guiadas

Todos los últimos domingos de cada mes se realizará una visita para el público general

Durante la semana, los días martes y jueves entre 9 a 14 horas se podrán realizar visitas para escuelas, previa solicitud.

Figura 5.10 Régimen de uso del CPS.

Así también se configura una propuesta de organización de actividades dentro del recinto durante la semana (Fig. 5.11), para así organizar actividades simultáneas y determinar los espacios que se necesitarán. Se determina que la mayor cantidad de actividades (Terapias y cursos mensuales) se realizará por las mañanas, al igual que las posibles visitas guiadas a colegios que así lo requieran. Por la tarde se realizarán las actividades de integración, reuniones con la comunidad, foros, charlas, y se permitirá el alquiler de algunas dependencias para personas externas.

Propuesta de Programación Semanal de Actividades*													
Día	Lunes				Martes				Miércoles				
Jornada			Sala 1	Sala 2			Sala 1	Sala 2			Sala 1	Sala 2	
9:00 a 11:00	Consultas preventivas (cita previa)	Terapia complement. (cita previa)	Clase Colectiva (Thai Chi)**	Clase colectiva (Pilates)	Consultas preventivas (cita previa)	Terapia complement. (cita previa)	Disponible para charlas de visitas guiadas	Curso mensual (Cocina naturista)	Consultas preventivas (cita previa)	Terapia complement. (cita previa)	Clase Colectiva (Thai Chi)	Clase colectiva (Pilates)	
11:00 a 13:00			Clase Colectiva (Thai Chi)	Clase colectiva (Pilates)							Clase Colectiva (Thai Chi)	Clase colectiva (Pilates)	
13:00 a 14:00													
14:00 a 15:00	Hora de comida												
15:00 a 17:00	Consultas preventivas (cita previa)		Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)	Consultas preventivas (cita previa)		Sala disponible para alquiler	Charlas, reuniones y foros de discusión	Consultas preventivas (cita previa)		Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)	
17:00 a 19:00			Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)							Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)	
Día	Jueves				Viernes				Sábado	Domingo			
Jornada			Sala 1	Sala 2			Sala 1	Sala 2					
9:00 a 11:00	Consultas preventivas (cita previa)	Terapia complement. (cita previa)	Disponible para charlas de visitas guiadas	Curso mensual (Cocina naturista)	Consultas preventivas (cita previa)	Terapia complement. (cita previa)	Clase Colectiva (Thai Chi)	Clase colectiva (Pilates)	/	/	/	/	
11:00 a 13:00							Clase Colectiva (Thai Chi)	Clase colectiva (Pilates)					Visita guiada (último domingo del mes)
13:00 a 14:00													
14:00 a 15:00	Hora de comida												
15:00 a 17:00	Consultas preventivas (cita previa)		Sala disponible para alquiler	Charlas, reuniones y foros de discusión	Consultas preventivas (cita previa)		Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)	/	/	/	/	
17:00 a 19:00							Clase Colectiva (Yoga)	Clase Colectiva (Zumba)					

* Se excluyen las actividades permanentes de libre disposición como acondicionamiento físico y el uso de la sala de recreación, que estarán disponibles entre las 9 y las 19 horas.

** Los cursos propuestos (como Tai Chi, Yoga o cocina naturista) son referenciales.

Figura 5.11 Propuesta de actividades semanales.

5.3.5 Modelo de Gestión

El Centro de Día para la Promoción de la Salud (CPS) centra su gestión en el modelo de Fundación (o Corporación), definido como personas Jurídicas de derecho privado y sin fines de lucro, formada mediante “*la afectación de bienes a un determinado fin de interés general*” (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2011). Su régimen jurídico se remite al Título XXXIII del Libro I del Código Civil; la Ley 20.500 [1] del año 2011; la voluntad del fundador y los estatutos aprobados de forma interna por su dirección: la Asamblea General o Directorio, conformado por personas naturales o representantes de diversas organizaciones públicas y privadas interesadas en llevar a cabo la misión.

Para constituir una Fundación es necesario realizar los siguientes trámites:

1) Realizar los estatutos para posteriormente convocar a una Asamblea General (o Directorio) donde todos los interesados aprueben dicho documento y además se designen a las personas encargadas de dirigir en primera instancia esta nueva asociación.

2) Realización de la Escritura Pública ante notario, registro civil o funcionario municipal autorizado por el alcalde, según lo estipulado en el Título XXXIII del Libro I del Código Civil, en el que se conforme la Persona Jurídica.

3) Registrar la nueva fundación en el Registro de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro. Sin este paso

será imposible recibir donaciones, tal como se explicará en el apartado de financiamiento.

Para efectos de control, el Servicio de Impuestos Internos es el encargado de controlar las finanzas de la institución. Sin embargo esto no se da en todos los casos, tal como se explica a continuación:

“las fundaciones que realizan actividades que no están afectas con impuestos no tienen la obligación de llevar contabilidad para fines tributarios. Independiente de ello, pueden implementar sistemas contables que permitan controlar ingresos y gastos propios de una institución sin fines de lucro.”

Si alguna de estas instituciones obtiene rentas afectas a los impuestos anuales a la Renta o generen operaciones afectas al Impuesto al Valor Agregado (IVA), estarán obligadas, como todo contribuyente, entre otros, a llevar libros contables, libros auxiliares, a realizar declaraciones de impuesto y emitir documentos” (Servicio de Impuestos Internos, 2015).

A partir de ello se define el organigrama de funciones que llevará la institución, tal como se esquematiza a continuación (Fig. 5.12), y se describe en detalle en el apartado siguiente:

[1] Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.

Organigrama de funciones del Centro de día para la Promoción de la Salud

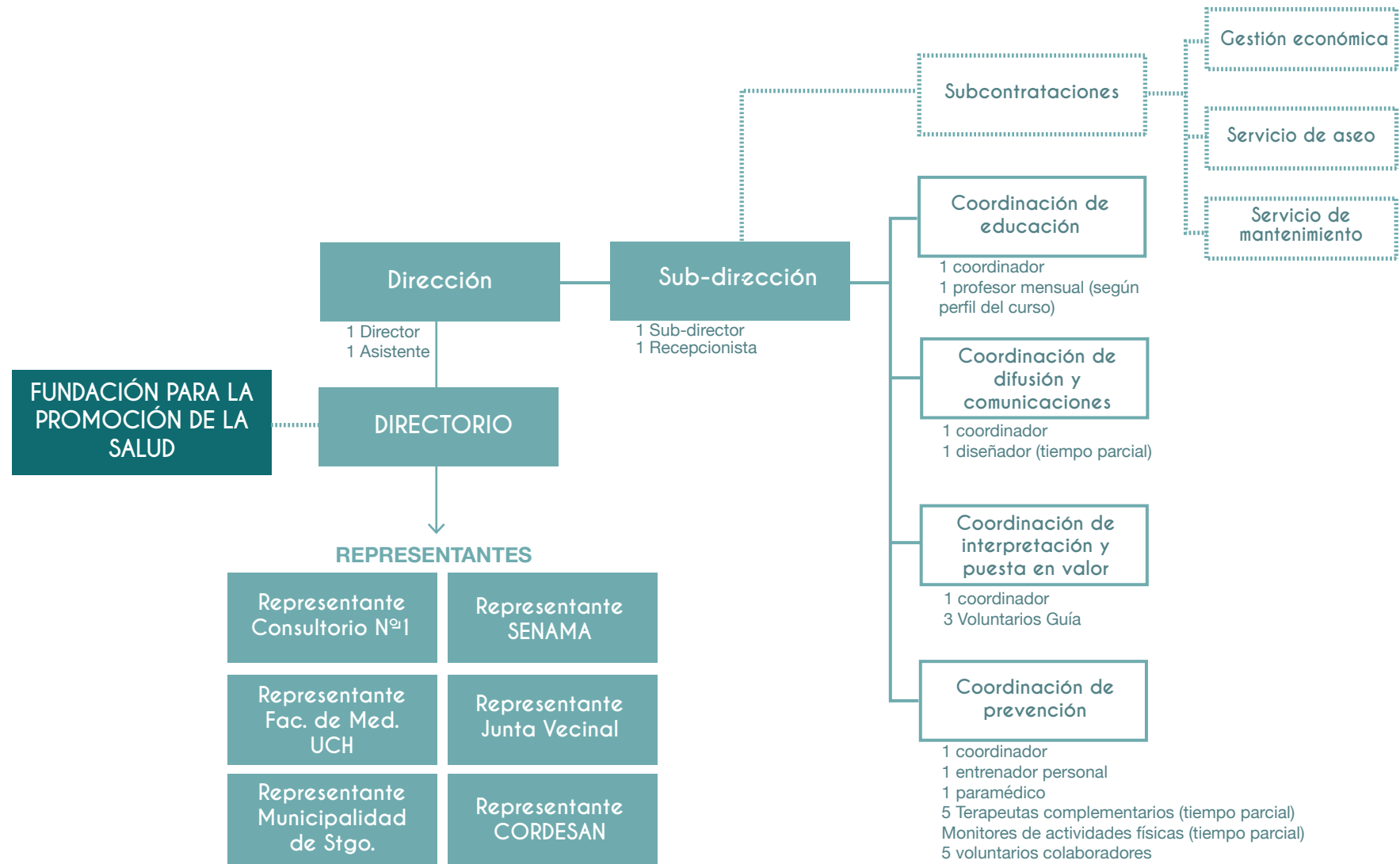


Figura 5.12 Organigrama del modelo de gestión propuesto

5.3.6 Estructura del modelo

En este apartado se desarrollará la descripción de cada uno de los agentes involucrados en el modelo de gestión, incluyendo el equipo técnico y los perfiles de cada uno de ellos.

Directorio

Estará conformado por los representantes de entidades relacionadas con el edificio de forma directa y con temáticas de salud pública en general, cuya presencia podrá ser un aporte al desarrollo del proyecto: Director(a) del Consultorio N°1 o un representante de éste; Representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Representante del Servicio Nacional del Adulto Mayor; Presidente de la Junta Vecinal; Representante de la Ilustre Municipalidad de Santiago.

Los miembros del directorio trabajarán sin remuneración por esta labor, se reunirán de forma cuatrimestral y será el encargado de realizar las siguientes funciones:

1. Controlar el cumplimiento de los estatutos de la Fundación
2. Aprobar el presupuesto anual
3. Nombrar al Director, como nexo entre el Directorio y los trabajadores del CPS

Dirección

Es la responsable de la organización general del CPS. Sus funciones quedan establecidas en los Estatutos de la Fundación y se centran en coordinar con el directorio las políticas de desarrollo, sus planteamientos estratégicos, proyección y alianzas externas (convenios de colaboración).

La Dirección estará a cargo de un Director, cuya elección estará a cargo del Directorio, en un llamado a concurso público, donde el perfil de contratación debe ser:

- Grado académico de licenciado o superior
- Experiencia en gestión de proyectos de desarrollo social
- Capacidad de liderazgo en grandes equipos
- Capacidad de conciliar distintas posturas

Como parte de la Dirección y la Sub-Dirección, ambas secciones contarán con el apoyo de un(a) asistente, con estudios de secretariado, cuyas labores se centrarán en la coordinación de reuniones, atención de visitas, tramitar expedientes, archivar documentos, entre otras funciones.

Sub-Dirección

Coordina las distintas áreas técnicas del CPS. Se responsabiliza el control de gestión estratégico. Estas áreas técnicas son las encargadas del correcto funcionamiento se estructuran en base a las Líneas Estratégicas antes de-

finidas, coordinación y finanzas, cuyas funciones, si bien quedarán establecidas y especificadas en los Estatutos, se resumen de la siguiente manera:

1. Coordinar el proceso de selección y la contratación del personal de planta.
2. Gestionar y controlar la las subcontrataciones de aseo y contabilidad.
3. Administrar y coordinar el mantenimiento de las instalaciones del edificio.

Estará a cargo de un sub-director, quien cuyo perfil de contratación debe ser:

- Grado académico de licenciado o superior, de preferencia en las áreas de control de gestión o similares.
- Experiencia en gestión de proyectos de desarrollo social
- Experiencia en economía, administración y contratos laborales.
- Capacidad de liderazgo en grandes equipos.

A su cargo tendrá a un(a) asistente, descrita anteriormente; a un(a) recepcionista, quien se encargará de ser el nexo directo entre los usuarios y la administración, guiando y coordinando las actividades, además de las inscripciones al CPS, cursos, charlas, etc; y las subcontrataciones de aseo, mantenimiento y contabilidad.

Coordinación de educación

Encargada de planificar y gestionar todas las actividades de formación para la comunidad, encabezada por un coordinador de área, cuyas funciones se centran en la creación y coordinación de cursos, charlas y talleres de formación y prevención para la comunidad, que eduquen acerca de mecanismos para mejorar la calidad de vida (ej. Curso de cocina para diabéticos). El perfil de contratación del coordinador debe ser:

- Experiencia laboral en coordinación y gestión de proyectos de formación (cursos y jornadas de aprendizaje)
- Conocimientos básicos sobre medicina.

La coordinación tiene a su cargo también la elección de profesores para los cursos, cuyas labores serán temporales (máximo un mes) y variarán según necesidad.

Coordinación de prevención

Encargada del mantenimiento de todas las actividades permanentes del CPS para la comunidad. La encabeza un coordinador de área, cuyas funciones son las siguientes:

1. Mantenimiento de los recintos de actividad física.
2. Coordinación de los seguimientos de prevención personalizados de la comunidad.
3. Coordinación y gestión de las atenciones de medicina complementaria.

El perfil de contratación del coordinador debiese considerar los siguientes requisitos:

- Conocimientos básicos sobre medicina.
- Experiencia laboral en coordinación y gestión.

El coordinador tiene a su cargo a las siguientes personas:

- Un monitor de educación física, encargado de controlar la sala de ejercicio permanente y dar lecciones de ejercicios para los asistentes (entrenador personal).
- Un paramédico, encargado de realizar el seguimiento médico de los pacientes que asistan de forma permanente al CPS.
- Terapeutas complementarios y profesores de acondicionamiento físico (ej. acupuntura, pilates, yoga, etc.), encargados de asistir de forma parcial al CPS y proporcionar terapias inocuas o actividades físicas constantes que mejoren la calidad de vida.
- Un(a) machi, terapeuta herbolario de medicina mapuche. Práctica ancestral para mantener el bienestar de la comunidad. Estas terapias se realizan con hierbas naturales, acompañada con ritos de la cultura.

- Un equipo de 5 voluntarios colaboradores, de preferencia estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud o trabajo social que puedan convalidar esta labor como una práctica profesional (con créditos asociados), que tendrán la misión de asistir a los usuarios en las diversas actividades, ya sea monitorizando actividades en la sala de recreación, conviviendo con los adultos mayores, ejerciendo de moderador en las reuniones de la comunidad, preparando los implementos de las salas multiuso para los distintos cursos. No se descarta realizar convenios de colaboración con instituciones de educación superior para así asegurar un número de voluntarios permanente.

Coordinación de difusión y participación

Es la encargada de las actividades de vinculación con el exterior, en particular con la comunidad. Además de las labores de difusión y el posicionamiento del CPS. La encabeza un coordinador de área, cuyas funciones se describen a continuación:

1. Difundir las actividades que se realizan en el CPS, coordinar las inscripciones a cursos y sesiones de consulta personalizadas.
2. Crear instancias de interacción entre los asistentes al CPS, creando foros de debate donde se discutan temáticas de la comunidad.
3. Hacerse cargo de la imagen corporativa, página web y promoción en los medios de comuni-

cación. Para ello tiene a su cargo a un diseñador 5 días de la semana a tiempo parcial, quien se encarga del diseño y actualización de los contenidos de la página web, además de la gestión de posicionamiento a través de redes sociales.

El perfil de contratación del coordinador debiese considerar los siguientes requisitos:

- Experiencia en el área de comunicación social
- Experiencia en marketing estratégico y publicidad.

Coordinación de Puesta en Valor del Patrimonio

Encargada de la puesta en valor del Consultorio N°1, con el objetivo de resguardar sus valores. Está a cargo un coordinador del área, cuyas funciones se describen a continuación,

1. Conocer el inmueble, a partir de la recopilación de información histórica que se vaya obteniendo.
2. Controlar las acciones de los usuarios sobre el edificio, con el objetivo que evitar daño antrópico.
3. Difundir el valor del edificio en la comunidad, creando actividades que promuevan sus atributos.

El perfil de contratación del coordinador debiese considerar los siguientes requisitos:

- Experiencia en Gestión del Patrimonio Cultural
- Proactividad
- Capacidad de liderar equipos de trabajo

El coordinador tendrá a su cargo un grupo de voluntarios. Su labor será ser guías de las visitas patrimoniales que se realizarán, además de ser los encargados de velar por el buen uso de las instalaciones, teniendo en cuenta que es un inmueble patrimonial reconocido. El perfil que deben tener estos voluntarios es:

- Universitarios procedentes de titulaciones como Historia, Historia del Arte, Restauración o Arquitectura o ser usuarios permanentes del CPS y residentes del sector.
- Capacidad de hablar en público, transmitir emociones y ser proactivos.

5.3.7 Programa Arquitectónico

A partir de las actividades que se determinan en el CPS, se define el programa arquitectónico que albergará el edificio, agrupado en 3 áreas: Áreas de uso público, Áreas administrativas y Áreas de servicio (Fig. 5.13 y 5.14). Junto a ello se determinan las superficies por persona admisibles para el uso que se les vaya dar, basado en la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 1992). Este antecedente será útil para el cálculo de capacidad de carga y así determinar cuántas personas podrán hacer uso de estos espacios.



Figura 5.13 (izq) Áreas generales de programa, desde donde nacen los recintos a proponer.

Figura 5.14 (der.) Programa del CPS, con sus capacidad de carga y superficie.

PROGRAMA Centro de Día para la Promoción de la Salud	Carga de Oc. (m2 por persona) (art. 4.2.4 OGUC)
Áreas de uso público	
Sala de ejercicios	4
Sala multiuso (2 recintos)	5
Sala de recreación	6
Consultas personalizadas (2 recintos)	3
Sala de paramédicos	6
Sala de proyecciones	1,5
Áreas administrativas	
Oficinas de administración	10
Recepción y secretaría	10
Sala de reuniones	1,5
Áreas de servicio	
Servicios higiénicos de uso público	3
Vestidores de uso público	3
Servicios higiénicos y vestidores pers.	3
Almacén	40
Circulaciones	-

El programa deberá ser inserto en el edificio de forma agrupada, para un eficiente uso de los espacios. Es por ello que previo a la distribución de los nuevos recintos, se deberá realizar un ajuste espacial de lo existente, trasladando actividades a otros niveles. Se propone ubicar el CPS en la primera planta, debido a que es un nivel con alto desuso y mejores condiciones de habitabilidad para las actividades que se desean realizar. Se liberan espacios en parte de este nivel, trasladándolos a los recintos vacíos del semi-sótano (Fig. 5.15), procurando mantener similares dimensiones. Así también se decide no intervenir la zona de atención dental (ver apartado 4.4), debido a la complejidad de sus instalaciones y al coste que significaría su retirada de este espacio, sin embargo se sugiere ampliar sus espacios para así conformar un área homogénea de esta especialidad y cubrir la demanda. Luego de este procedimiento se organiza el nuevo programa, donde en los espacios perimetrales se ubicará el programa recreativo y de uso público de carácter frecuente, mientras que hacia los espacios centrales se ubicará la administración (como espacio cerrado) y los espacios de baja frecuencia de uso, como la sala de proyecciones y las consultas terapéuticas (Fig. 5.16, 5.17 y 5.18).



Por frecuencia de uso (y nivel de privacidad)

ZONAS DE USO FRECUENTE	ZONAS DE BAJA FREC. USO Y PRIVADAS
Sala de ejercicios Sala multiuso Sala de recreación Sala de paramédicos	Sala de proyecciones Consultas terapias Dirección y coordinación

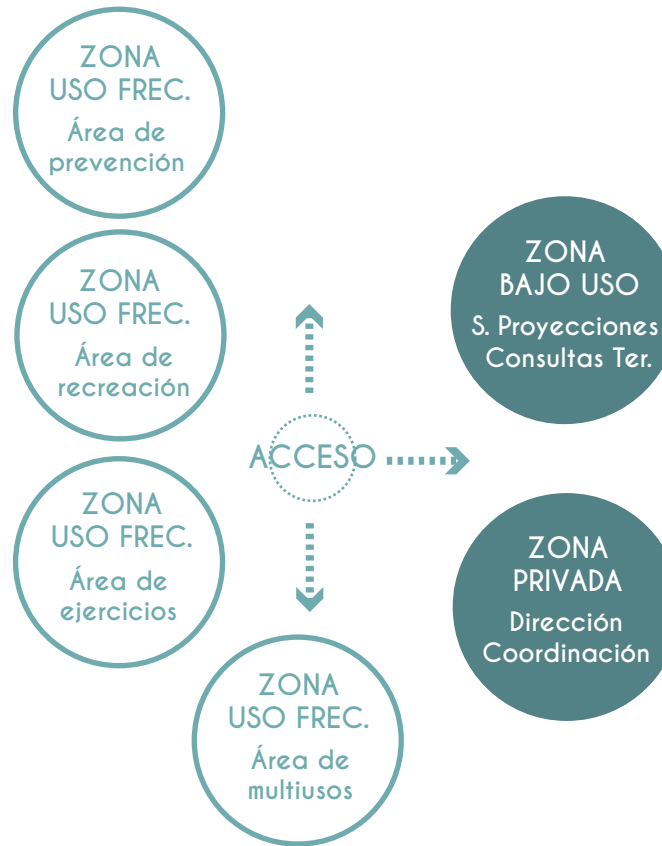


Figura 5.15 (izq) Esquema de sección del consultorio, donde se observa la ubicación del proyecto: planta primer nivel. Es por ello que parte del programa que ocupa esos espacios es trasladado a la zona de semisótano.

Figura 5.16 (der.) Organización de los espacios del CPS, los recintos estructurantes se clasifican en dos áreas según frecuencia, y a partir de ello se define la ubicación más apropiada.

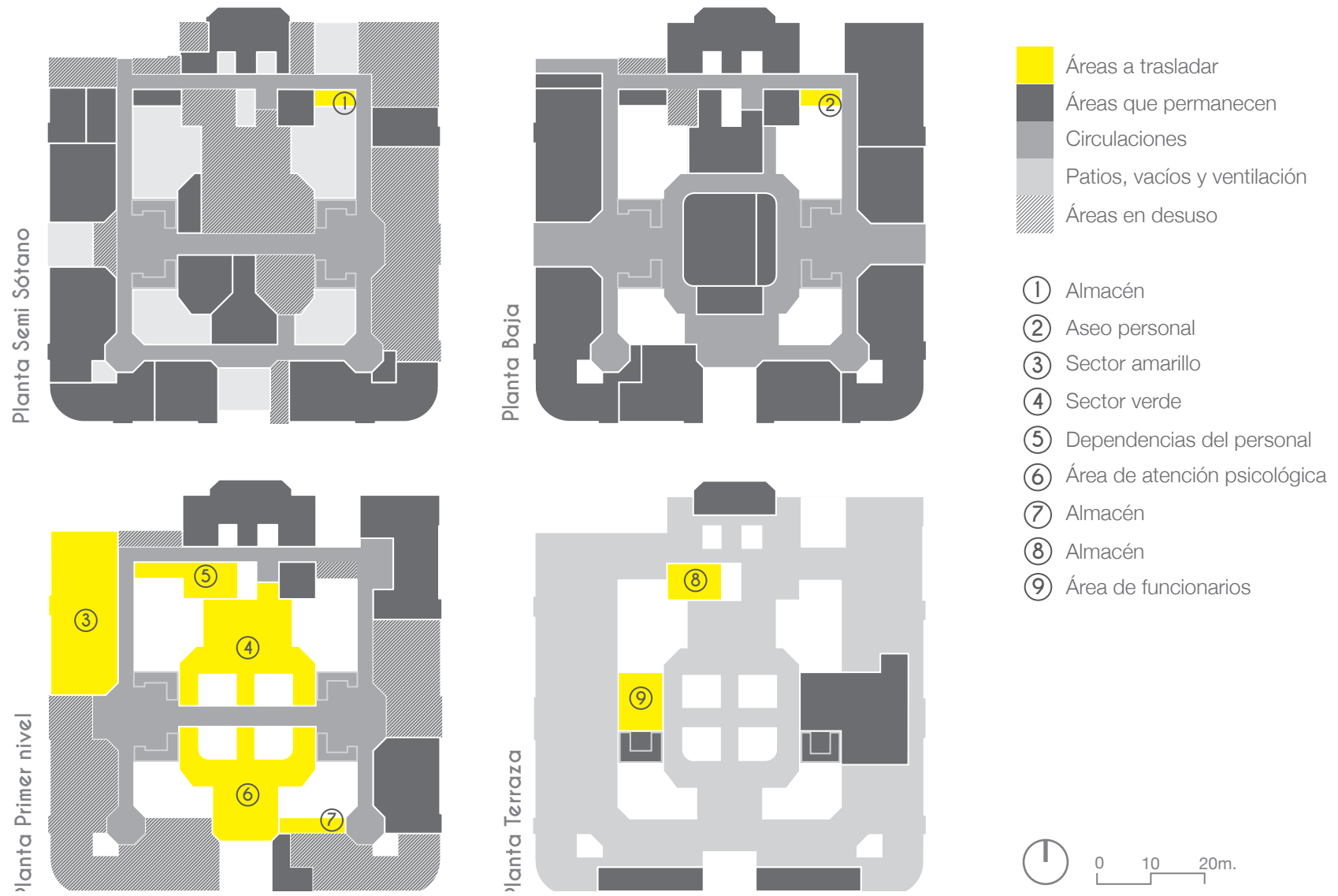


Figura 5.17 Plantas del Consultorio, donde se observan los recintos que se trasladarán

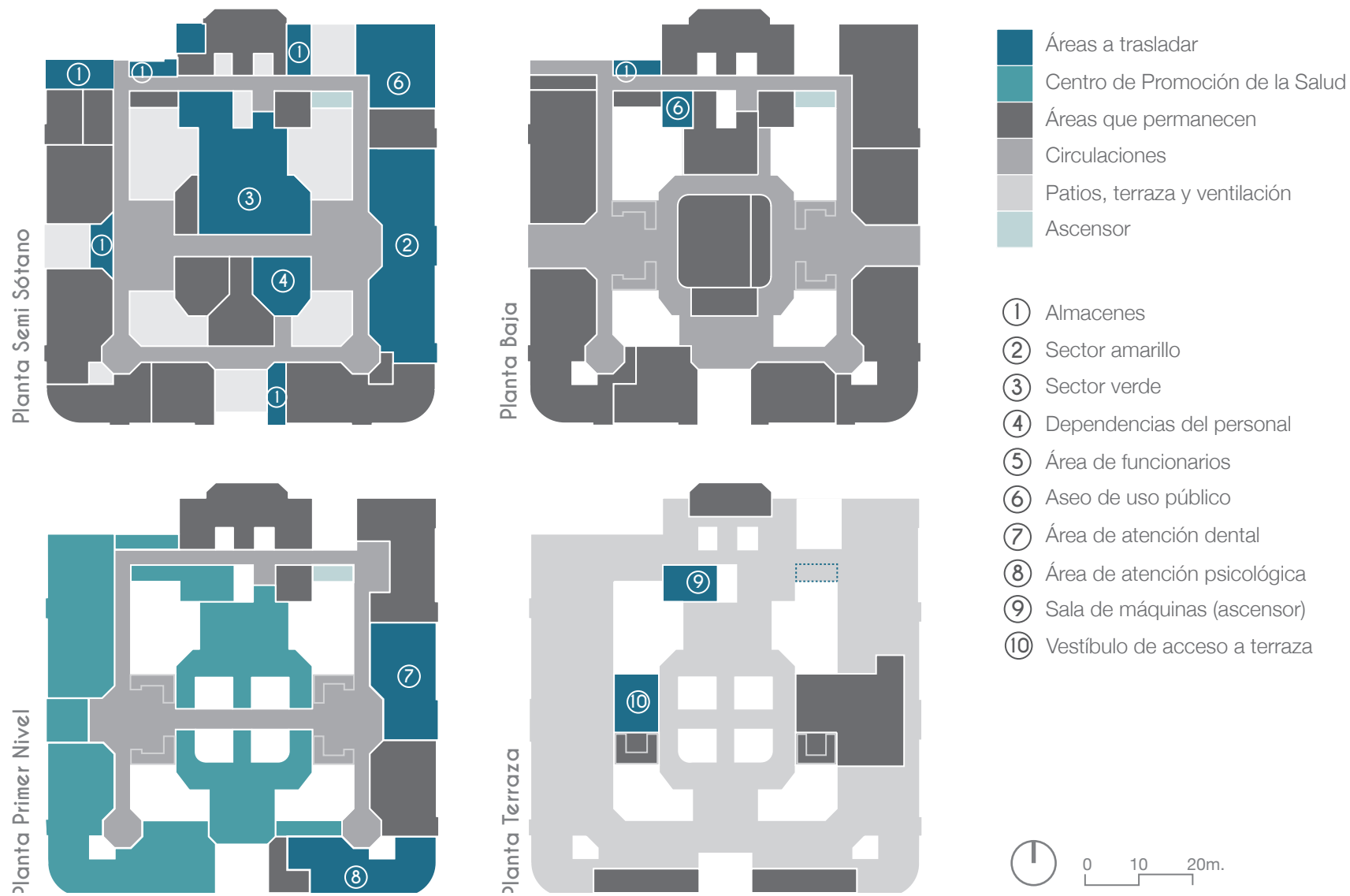


Figura 5.18 Plantas del Consultorio. Se observa el traslado de los recintos y la ubicación del Centro de Promoción de la Salud (CPS).

Planta Primer Nivel, propuesta del Centro de Promoción de la Salud

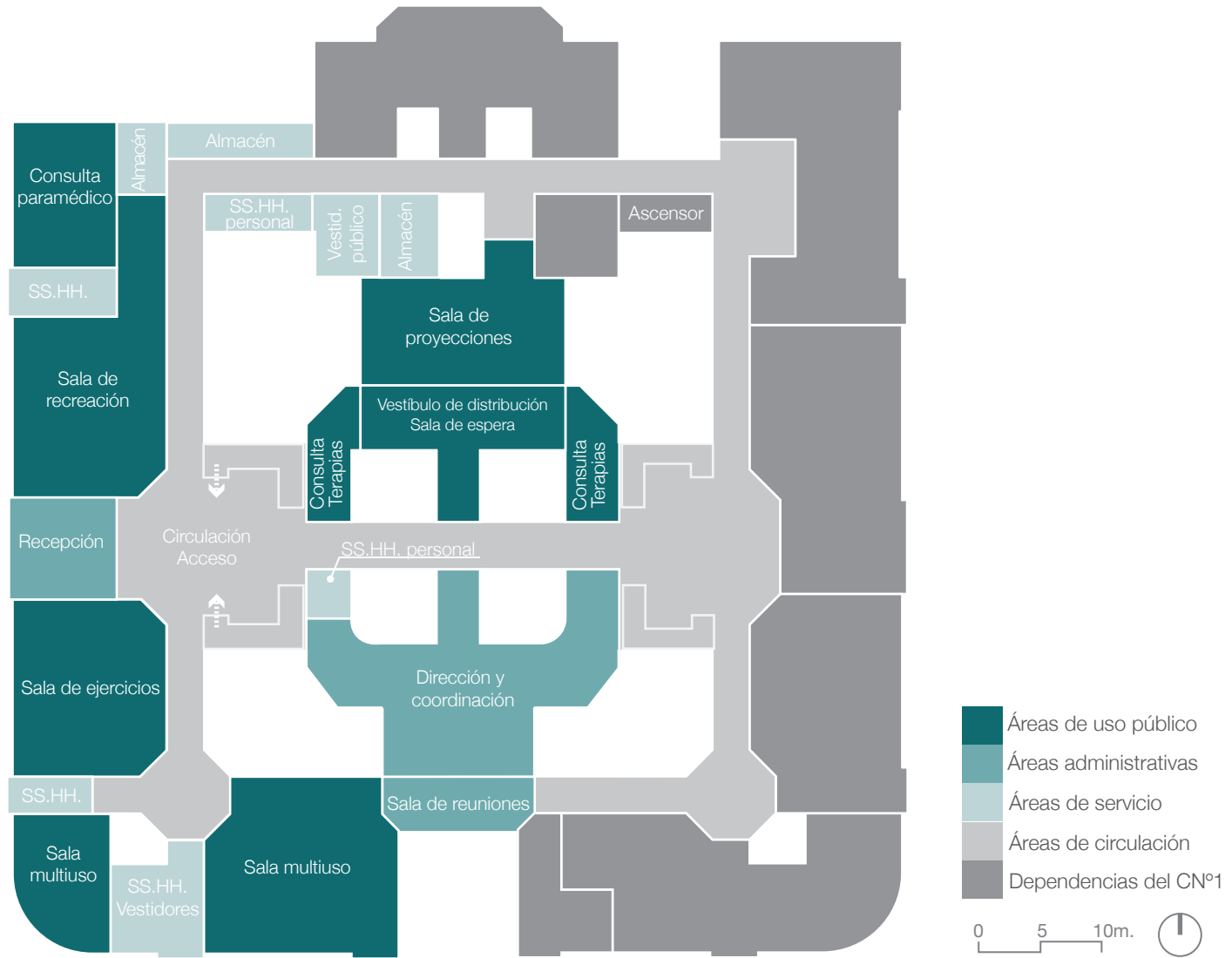


Figura 5.19 Planta primer nivel, se observa la distribución de los espacios propuestos para el Centro de Promoción de la Salud (CPS)

5.3.8 Programa de Uso Público

El programa de uso público tiene por objetivo garantizar el acceso universal al edificio por todo quien lo utilice periódicamente o lo visite de forma esporádica, para así tener una buena experiencia en su interior. Este programa se concentra sólo en los aspectos físicos del edificio como primer paso para su uso y puesta en valor, pero es necesario considerar que para su consolidación se debe realizar un estudio de accesibilidad intelectual, con un inventario y evaluación aplicada de recursos interpretativos donde se resalten los de mayor potencial y se genere una ruta interpretativa capaz de poner en valor estos atributos.

Accesibilidad física

El edificio, tal como fue descrito anteriormente, es de tipología monoblock, de 2 plantas, una terraza y un semi-sótano, que impide un apropiado desplazamiento para todo quien desee o necesite visitarlo. En Chile, la Ley N°19.284 del año 1994 establece normas para la integración social de personas con discapacidad, que fue actualizada en el año 2010, con la Ley 20.422 de Accesibilidad Universal, que además incluye el concepto de “*igualdad de oportunidades*”, estableciendo medidas contra la discriminación, integrando no sólo a personas con discapacidad, sino también con movilidad reducida. Esto ha generado un cambio en la normativa de construcción, que si bien existe desde el año 1980, su última actualización es de este año 2015. La norma actualmente obliga a una serie de edificios – edificios de uso público, viviendas, parques y jardines, entre otros- a adaptar los espacios, eliminando barreras arquitectónicas y obligan-

do a incorporar rutas accesibles (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2015).

El Consultorio N°1 posee actualmente acceso especial para personas con discapacidad sólo para la Planta de Semi - Sótano, a través de una rampa ubicada en el patio trasero de la parcela (Fig. 5.20, 5.21). El edificio no cuenta con ascensor ni plataformas elevadoras para el desplazamiento de estas personas de forma independiente y con comodidad, a pesar que la Ley lo obliga. Considerando que es un edificio dedicado a la salud, se debiesen tomar estas medidas con mayor seriedad. Es por ello que se proponen las siguientes medidas que no sólo facilitarán el acceso universal de las personas, si no que será de forma más cómoda y digna:

1) A pesar de que existe una rampa de acceso por el patio de servicio que lleva hacia el semi-sótano, se sugiere (como medida que dignifique la calidad de vida de las personas con discapacidad) la posibilidad de que ingresen por el acceso principal directamente a la Planta Baja (Fig. 5.22), a partir de una Plataforma elevadora salvaescalera (Fig. 5.23) que permita un fácil acceso para personas con movilidad reducida.

2) Se propone también la incorporación de un ascensor hidráulico (Fig. 5.24), ubicado en un sector que originalmente fue baño, pero que actualmente se utilizaba como almacén y zona en desuso (Fig. 5.25). Su ubicación y características permitiría la instalación de la sala de máquinas alejada del hueco escogido (Fig. 5.26), para así instalar la sala de máquinas en la zona de terraza superior.

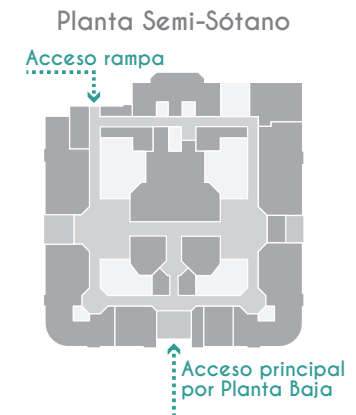


Figura 5.20 Accesos del edificio.

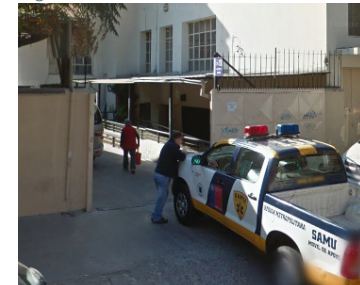


Figura 5.21 Acceso posterior, para vehículos y personas con discapacidad



Figura 5.22 Acceso principal al edificio por Planta Baja.

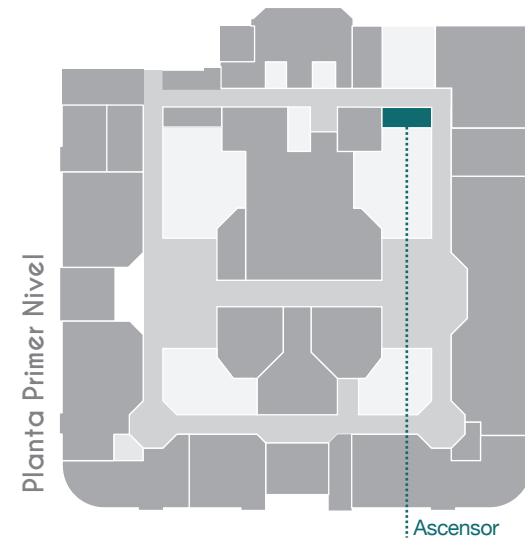
Figura 5.23 (izq. arriba) Ejemplo de plataforma salva escaleras que podría colocarse en la fachada principal.



Figura 5.24 (izq. bajo) Ascensor tipo que podría colocarse en el consultorio.

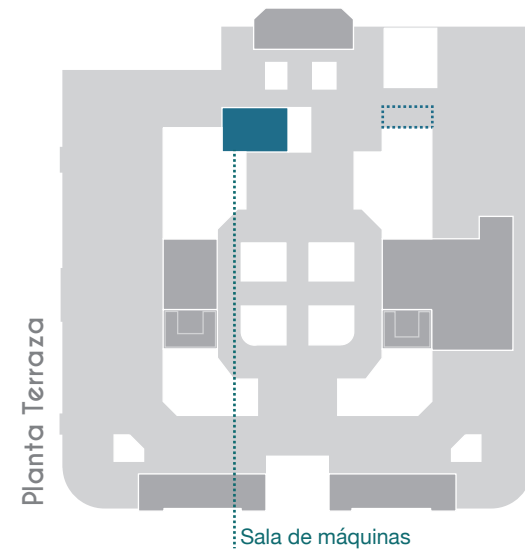


Figura 5.25 (der. arriba) Planta primer nivel con la ubicación del ascensor. Sus paradas serían semi-sótano, planta baja y primer nivel.



Planta Primer Nivel

Figura 5.26 (der. bajo) Planta terraza, se ubica la sala de máquinas.



Planta Terraza

Estudio de Capacidad de Carga Recreativa

“La Capacidad de Carga Recreativa se aplica a aquellos lugares destinados a desarrollar actividades de uso público” (Morant y Viñals, 2008). Es un estudio necesario para este tipo de proyectos y se realiza con el objetivo de garantizar la protección del inmueble, asegurando el confort de los usuarios al visitar el inmueble, es decir todo espacio del proyecto propuesto que implique un uso público, deberá ser calculado mediante este proceso.

Según M. Morant y M. J. Viñals (2008), la capacidad de carga se desarrolla en tres etapas (Fig. 5.27), en las que se van involucrando una serie de factores que van precisando el número exacto de usuarios que podrán hacer uso del lugar [1]:

1. Capacidad de Carga Física, se establece *“la relación entre el espacio disponible y la necesidad media de espacio por usuario/visitante y/o actividad”*. En el caso del Consultorio Nº1, este último factor vendrá determinado por la carga de ocupación en m² establecido por el Artículo 4.2.4 de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcción del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (1992) [2].

2. Capacidad de Carga Real, se determina a partir de la aplicación de *“factores de corrección /reducción que son particulares de cada sistema”*, sobre la Capacidad de Carga Física antes calculada. En el caso del Consultorio Nº1, estos factores se centrarán en las actividades específicas que se desarrollarán, debido a la capacidad que podrán tener los profesores de realizar su

clase en condiciones adecuadas, el confort psicológico que implica la atención en las consultas personalizadas.

Los factores a considerar dentro de la Capacidad de Carga Real quedan definidos de la siguiente manera:

- Debido a la capacidad que puede tener un profesor de realizar actividades pedagógicas de forma óptima, a las salas multiuso, de proyecciones y de ejercicios se les asignará un factor del 50% sobre la capacidad de carga física.

- Debido a la dedicación que deben ejercer terapeutas y paramédicos con los usuarios, para obtener mejores resultados, se le asigna un factor del 25% sobre estos espacios.

3. Capacidad de Carga Permisible, *“considera la capacidad de gestión de la administración responsable del sitio”*. En ese caso a nivel de gestión, la cantidad de personas es abordable, sin embargo al aplicar la normativa de construcción (Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 1992) el número de personas que albergue el espacio sea menor aun.

La norma de construcción establece que para las vías de evacuación es necesario considerar 0,5cm. por persona (con un mín. de 1.10m.). En el caso del edificio, con vías de circulación que en su ancho mínimo son de 200 cm. da una capacidad de carga general de 400 personas en los niveles sobre terreno natural. Del número total de personas, se determinará una proporción en base a la superficie ocupada como el CPS.

[1]Es necesario considerar que el cálculo de la capacidad de carga recreativa es sólo para los recintos de uso público (salas multiuso, de ejercicios, de recreación y de proyecciones), los demás recintos sólo serán calculados con capacidad de carga física, ya que por sus características no necesitan mayor análisis.

[2] La Ordenanza determina una serie de recintos con la carga mínima de ocupación, bajo las siguientes condicionantes: *“Los destinos no considerados en la tabla deberán asimilarse a los allí señalados. (...) En caso de edificaciones con dos o más destinos se calculará la carga de ocupación correspondiente a cada sector según su destino. Cuando en un mismo sector se contemplen usos alternados deberá considerarse la carga de ocupación más exigente”*.

CAPACIDAD DE CARGA RECREATIVA

$$\begin{array}{l} \text{Carga de} \\ \text{ocupación} \\ \text{(Art. 4.2.4 OGUC)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Superficie} \\ \text{de recintos} \\ \text{(m}^2\text{)} \end{array} = \text{Capacidad de} \\ \text{carga física}$$

$$\begin{array}{l} \text{Cap. de} \\ \text{carga física} \\ \text{(Recién calculada)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Factor} \\ \text{asociado} \\ \text{(ej. \% capacidad de} \\ \text{atención para terapias)} \end{array} = \text{Capacidad de} \\ \text{carga real}$$

$$\begin{array}{l} \text{Cap. de} \\ \text{carga real} \\ \text{(Recién calculada)} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Factor} \\ \text{asociado} \\ \text{(ej. \% de uso} \\ \text{no continuo)} \end{array} = \text{Capacidad de} \\ \text{carga permisible}$$

Figura 5.27 Fórmulas asociadas a la capacidad de carga recreativa, aplicada a los recintos de uso público definidos en el proyecto.

[3] El Artículo 5.1.12 de la Ordenanza (1992) menciona que para la aplicación del coeficiente de constructibilidad de las edificaciones contará el cálculo de superficie edificada sobre el terreno natural, no bajo el terreno, ya que esta superficie conlleva otro tipo de cálculos y normas aplicadas.

Actualmente el edificio tiene sobre terreno natural 9.379 m² [3], de los cuales 2.320 m² están destinados a proyecto, lo que corresponde aproximadamente al 25% de la superficie total. Este porcentaje, llevado a la carga de ocupación del edificio, da como resultado que la capacidad del CPS debe ser de 100 personas simultáneamente. Esto implica que la ocupación de las salas y administración no debiese superar esa capacidad.

A partir de ello se ajustan los recintos de administración, disminuyendo el número de personal en base al modelo de gestión antes descrito, donde el personal

necesario de forma permanente no superaría las 10 personas, mientras que la sala de reuniones no necesitaría amplia capacidad, ya que para ello es posible utilizar la sala de proyecciones.

Se determina que los recintos públicos de uso semanal (salas multiusos, de recreación y de ejercicios) se les aplicará un factor de 90%, correspondiente al uso no continuo de las instalaciones. Se excluye de este cálculo todos los recintos que tengan capacidad para menos de 10 personas y la sala de proyecciones, por su uso esporádico.

A partir de la aplicación de todos estos factores, a continuación se observa el esquema de capacidad de carga recreativa que tendrá el edificio, dividido según recintos.

Sin embargo, es necesario considerar el total de inscritos que podrá tener el CPS. Según los cálculos realizados, se determina que el total de usuarios que permanecerán simultáneamente en el edificio es de 80 personas. De esa cifra, se estima que 30% corresponderá a personas (en su mayoría adultos mayores) que permanecerán en el edificio durante toda la jornada, ya sea realizando ejercicios o en la sala de recreación conviviendo con otras personas. Mientras que el 70% restante corresponde a población flotante que asistirá a cursos y no permanecerá más de 2 horas en el recinto. Basado en ello se estima que la cantidad de inscritos en el CPS asciende a 250 personas.

PROGRAMA Centro de Día para la Promoción de la Salud	Carga de Oc. (m2 por persona) (art. 4.2.4 OGUC)	Superficie total (m ²)	Cap. Carga Fis. (Nº de personas)	Cap. Carga Real		Cap. Carga Permissible	
				Cap. pedag. 50%	Cap. terapia 25%	Gestión personal (aprox.)*	Uso no continuo 90%
Áreas de uso público							
Sala de ejercicios	4	180	45	22	-	-	20
Sala multiuso (2 recintos)	5	220,4 / 83,30	44 / 16	22 / 8	-	-	20 / 8
Sala de recreación	6	226,3	37	-	-	-	34
Consultas personalizadas (2 recintos)	3	40 / 44	13 / 14	-	3 / 3	-	-
Sala de paramédicos	6	100	16	-	4	-	-
Sala de proyecciones	1,5	162	108	54	-	-	-
Áreas administrativas							
Oficinas de administración	10	258	25	-	-	15	-
Recepción y secretaría	10	74,1	7	-	-	3	-
Sala de reuniones	1,5	54,1	36	-	-	20	-
Áreas de servicio							
Servicios higiénicos	3	125,58	41	-	-	-	-
Vestidores públicos	3	64	21	-	-	-	-
Servicios higiénicos y vestidores	3	43,7	14	-	-	-	-
Almacén	40	92,45	2	-	-	-	-
Circulaciones	-	600,4		-	-	-	-

* Cálculo aproximado basado en la cantidad de personal necesario, considerando una posible ampliación de recursos humanos, definido en el apartado de modelo de Gestión.

Figura 5.28 Cuadro de capacidad de carga recreativa para los recintos. En algunos casos sólo se llega a la capacidad física o real, debido a que las características de los recintos no implican la necesidad de aplicar factores de reducción.

5.4 Viabilidad

La viabilidad del proyecto de reutilización es una herramienta muy importante para poder ajustar detalles que permitan el éxito de un proyecto. Se parte de supuestos, estimaciones y pronósticos a nivel técnico, económico, entre otros, que permitan determinar qué tan factible es la realización de el proyecto de forma exitosa (Santos Santos, 2008), de lo contrario será necesaria la postergación o el rechazo, en la búsqueda de una alternativa mejor.

5.4.1 Viabilidad técnica

Está referida a las características tecnológicas y naturales involucradas en el proyecto (EVT, 2011). En el caso del proyecto propuesto, este análisis va en relación a las características constructivas que supondrían la reutilización.

El edificio que alberga el Consultorio N°1 se encuentra en funcionamiento, antecedente que hace suponer -en primera instancia- que la instalación de nuevo programa no implicaría un proyecto de rehabilitación de alta complejidad. Se estima la realización de reparacio-

nes menores, habilitación de espacios para las nuevas funciones, e especial para los servicios higiénicos.

También es necesario destacar que se buscó que el traslado de funciones (como el área de psicología) para ajustar el programa a las nuevas necesidades no implicara un proceso complejo, en cuanto a instalaciones especializadas. Es esta la razón por la que se decide no intervenir el área de atención dental, debido a sus numerosas instalaciones de maquinaria especializada.

Sin embargo, es necesario realizar los estudios mucho más profundos para una correcta fundamentación. La falta de mantenimiento y los numerosos terremotos a los que ha sobrevivido, hacen suponer que existe daño en el inmueble que es necesario identificar y reparar.

Para el desarrollo de la viabilidad técnica, se propone la realización –en primera instancia- de un análisis patológico del inmueble, con la elaboración de fichas, donde se identifique el daño, la causa y la posible estrategia de reparación. Una vez realizada esta labor, se dará paso al proyecto de diseño y construcción que habilitará los espacios para su reutilización.

[1] FONDART: Fondo Nacional para el Desarrollo Cultural y las Artes, administrado por el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, a partir de la Ley N° 19.891 del año 1992, cuyo objetivo es promover “el desarrollo de las artes, la difusión de la cultura y la conservación del patrimonio cultural de Chile” (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2016). Estos fondos se obtienen mediante la postulación de un proyecto durante los meses de junio-julio, acorde a alguna de las líneas de trabajo que se promueven y que tienen como fin último: “estimular la formación profesional, la creación artística, la mediación cultural y la conservación patrimonial” (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2016). Tienen como duración máxima 12 meses de trabajo.

5.4.2 Viabilidad económica

La viabilidad económica asociada al gasto se debe dividir en tres apartados (Fig. 5.29): 1) un presupuesto inicial de diagnóstico detallado del estado del edificio, 2) un presupuesto para la rehabilitación, correspondiente al proceso de adecuación del edificio - que no podrán ser calculados debido a que no se tiene certeza de las actuaciones que se deben realizar-; 3) uno de gestión de mantenimiento, correspondiente al gasto anual que supondrá el edificio, que deberá ser solventado con los ingresos anuales que reciba la fundación.

1) Presupuesto para los estudios iniciales

Se pretende solventar a partir de la obtención de recursos estatales provenientes del Fondos de Cultura (FONDART)

[1], en la línea de Patrimonio Material, que financian estudios iniciales de estas características. Se centrarán en la elaboración de informes de análisis de conservación asociados a patología estructural, factibilidad en la instalación de climatización, seguridad contra incendios, entre otros.

2) Presupuesto para el proyecto de intervención

Una vez definida la etapa de análisis, se definen las actuaciones a realizar en el edificio y se debe elaborar un presupuesto para la reutilización y habilitación de los espacios. La financiación para esta etapa, independiente del valor que sea, se obtendrá a través de la Ley N° 18.985, de Donaciones con Fines Culturales (Ley Valdés),



Figura 5.29 Esquema de financiación para las distintas etapas del proyecto.

“mecanismo que estimula el apoyo privado de empresas o personas naturales en el financiamiento de proyectos artísticos y culturales. Apoya a promover el desarrollo cultural del país, poner a disposición de la cultura nuevas fuentes de financiamiento y a fomentar el acceso a la ciudadanía de proyectos artísticos, patrimoniales y culturales”. Estos aportes, gestionados por el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes a través de su “Banco de Proyectos” generan beneficios tributarios a los donantes: un 50% de la donación puede ser rebajada del impuesto a pagar por las empresas de forma anual.

3) Presupuesto de mantenimiento anual del proyecto

Los gastos en la gestión de mantenimiento (Fig. 5.30) se dividen en cuatro áreas: gastos de funcionarios, sub-contrataciones, suministros básicos y materiales. El uso de los espacios pertenecientes al Consultorio se gestionarán a partir de una “cesión gratuita” por 5 años inicialmente, a partir de la cual el Estado entrega el derecho de uso y goce sobre este espacio a la entidad gestora del proyecto (en este caso la Fundación propuesta) para el cumplimiento de un fin específico, que debe ser debidamente justificado [2].

Los valores que aparecen están calculados en pesos chilenos (CLP), cuyo costo total equivaldría a 268.160 euros [3], que serán solventados de diversas formas, basados en lo analizado en apartado de Régimen de Uso antes descrito y la capacidad de carga re-creativa que albergará el espacio.

Tal como se explicó en el apartado de Capacidad de carga, se determinará que del total de inscritos que

PRESUPUESTO DE MANTENCIÓN		
Gastos	Coste mensual	Coste anual
Funcionarios		
Director(a)	CLP 1.800.000	CLP 21.600.000
Sub-director(a)	CLP 1.800.000	CLP 21.600.000
4 coordinadores	CLP 4.800.000	CLP 57.600.000
2 asistentes (repcionista y secretario(a))	CLP 1.600.000	CLP 19.200.000
4 profesores de acond. físico (48h. al mes)	CLP 480.000	CLP 5.760.000
12 profesores (1 prof. mensual 16h. al mes)	CLP 240.000	CLP 2.880.000
4 terapeutas + machi (atención c/u: 5h./semana)	CLP 750.000	CLP 9.000.000
Voluntarios colaboradores		CLP 0
Voluntarios guías		CLP 0
Subcontrataciones		
Limpieza	CLP 3.125.000	CLP 37.500.000
Mantenimiento	CLP 350.000	CLP 4.200.000
Contabilidad	CLP 600.000	CLP 7.200.000
Suministros básicos		
Agua	CLP 300.000	CLP 3.600.000
Luz	CLP 500.000	CLP 6.000.000
Teléfono / Internet	CLP 50.000	CLP 600.000
Materiales		
Insumos médicos	CLP 125.000	CLP 1.500.000
Insumos de materiales de ejercicio	CLP 80.000	CLP 960.000
Papelería, elementos auxiliares, etc.	CLP 160.000	CLP 1.920.000
PRESUPUESTO TOTAL	CLP 16.760.000	CLP 201.120.000

Figura 5.30 Esquema de financiación para las distintas etapas del proyecto.

[2] Las concesiones gratuitas deben ir enfocadas a los siguientes temas: Para desarrollar proyectos productivos, científicos y/o de conservación ambiental; para fines sociales o de desarrollo comunitario; y consolidación de dominio (Ministerio de Bienes Nacionales, n.d.)

[3] Considerando que 1 euro = 750 pesos chilenos (CLP) aproximadamente.

INGRESOS		
Ingresos	Coste mensual	Coste anual
Mensualidad a particulares (50 máx.)	CLP 500.000	CLP 6.000.000
Alquiler de espacios		
Sala multiuso grande	CLP 640.000	CLP 7.680.000
Sala multiuso pequeña	CLP 240.000	CLP 2.880.000
Sala de proyecciones	CLP 9.000.000	CLP 108.000.000
% de no ocupación (30%)		-CLP 35.568.000
Donaciones (Ley N°18.985)		CLP 150.000.000
INGRESOS TOTALES	CLP 10.380.000	CLP 238.992.000

Figura 5.31 Cuadro de ingresos anuales para el CPS.

puede albergar el centro es de 250 personas en total, de las cuales el 80% corresponderá a usuarios del Consultorio N°1 [4] y los restantes a personas particulares. La comunidad usuaria del Consultorio N°1, no pagará costos de matrícula y tendrá la posibilidad de asistir a las distintas actividades públicas, así también el uso de los recintos permanentes (de recreación y ejercicios). A partir de estas condicionantes, se determinan los siguientes ingresos financieros:

a) Ingresos por pago de mensualidad: La comunidad que no pertenezca al Consultorio N°1 como usuaria permanente, podrá hacer uso de las instalaciones previo pago de una mensualidad. Se estima que el número de personas que harán uso de esta modalidad será del 20% del total de usuarios.

[4] Para hacer uso de las diversas prestaciones que ofrece el Consultorio N°1, es necesario residir en la comuna, específicamente cerca de una zona delimitada por el Servicio de Salud Metropolitano.

b) Ingresos por alquiler de espacios: Se alquilarán a cualquier persona externa al CPS, las salas multiuso y la sala de proyecciones. Las primeras se estima el alquiler mensual por su uso una vez por semana durante 4 horas durante las tardes, mientras que la segunda se estima un alquiler dos veces por semana por 12 horas.

c) Ingreso por Donaciones: Al igual que la Ley de Donaciones Culturales, la Ley N° 20.316 de Donaciones con Fines Sociales, permite que personas naturales o empresas donen directamente a organizaciones con fines de ayuda social o bien, a un Fondo Mixto, cuyos recursos son repartidos a través de un concurso público dirigido por el Ministerio de Desarrollo Social (Ministerio de Hacienda, 2009), con beneficios tributarios para los donantes de características similares al sistema antes descrito. A partir de ello se buscará financiación entre empresas, con el objetivo de cubrir el presupuesto restante para sustentar el proyecto.

A partir de ello se define el cuadro de ingresos (Fig. 5.31). Se presupuesta una recaudación mayor de los gastos propuestos, con el objetivo de generar ahorros que permitan el desarrollo de más actividades y el mejoramiento de las instalaciones.

5.5 Evaluación del proyecto

Todo proyecto de estas características necesita tener una evaluación a lo largo del proceso (Fig. 5.32), que permita a través de ella dar seguimiento y observar si se logran o no los objetivos, cómo se han realizado las actividades y cuál ha sido el impacto de la intervención. “La evaluación no es un fin en sí mismo sino una herramienta que apoya el buen desarrollo del proyecto” (Camacho y Leiva, 2011).

Según A. Camacho y F. Leiva, la evaluación se centra en cuatro elementos fundamentales: 1) Análisis del desarrollo de los objetivos y actividades que se comprometieron en la elaboración del proyecto; 2) La generación de información de cada una de las etapas del proyecto; 3) la valoración de cumplimientos; 4) La entrega de recomendaciones para la toma de decisiones.

En el caso de estudio, la evaluación se centra en el impacto que generará un proyecto de estas características para el cumplimiento del objetivo general y los específicos, enfocados en el reforzamiento de las actividades de la comunidad y la salud de las personas que asisten al recinto. Los criterios para generar la evaluación y sus respectivos indicadores se describen a continuación (Fig.

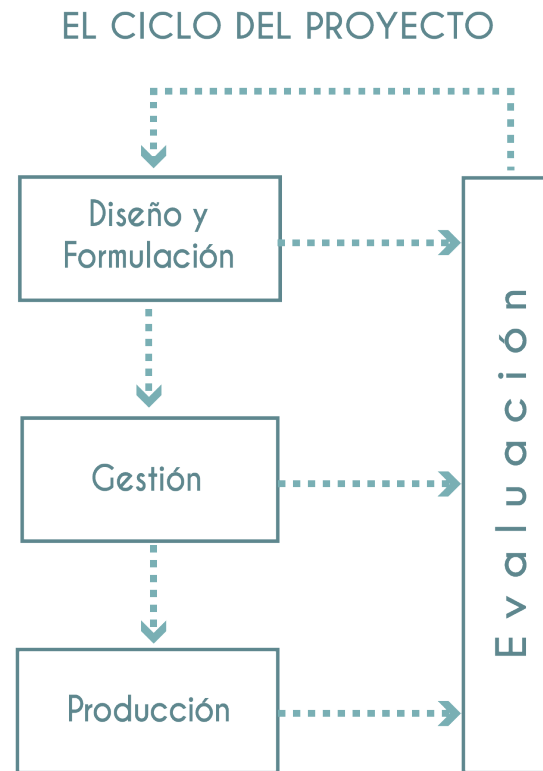


Figura 5.32 Esquema del ciclo de proyecto y su permanente evaluación.



Figura 5.33 Criterios para la evaluación de proyecto.

5.33), lo que no excluye que puedan añadirse más al momento de ejecutar el Plan de Evaluación:

Evaluación de eficacia, se concentrará en los resultados a corto plazo, enfocados mayormente en el análisis del cumplimiento de los objetivos de proyecto. Se basa en los siguientes indicadores: cantidad de personas inscritas al año, % de asistencia de los inscritos a las distintas actividades disponibles, % de asistencia a las charlas y reuniones comunitarias, número de asistentes a cada una de las visitas guiadas.

Evaluación de eficiencia, se concentrará en el análisis financiero, de recursos humanos y de material técnico, para la búsqueda de la optimización de los recursos utilizados. Se basa en los siguientes indicadores: Análisis de rentabilidad anual, percepción de los usuarios que asisten a las distintas actividades, percepción de los usuarios que asisten a las visitas guiadas.

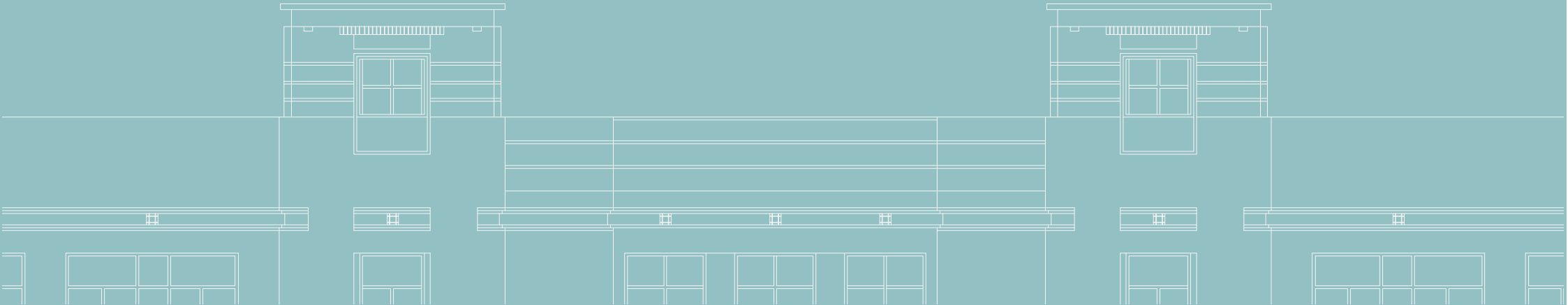
Evaluación de impacto, a los 3 años se evaluará el nivel de impacto en la comunidad. Se basa en los siguientes indicadores: comparativa de la cantidad de consultas médicas solicitadas por los usuarios permanentes del CPE, número de personas que asiste a las reuniones de la comunidad y tipo de actividades que se generan dentro del recinto.

Evaluación de sostenibilidad, se concentrará en el análisis de la proyección del proyecto, a partir de la búsqueda de diversificación de fuentes de financiamiento y nuevas estrategias de mejora de proyecto. Se analizará el

número de donantes, en la búsquedas de nuevas formas de financiación que amplíen los recursos y convenios de cooperación con empresas, universidades, entre otros.

Conclusiones

Finales



Conclusiones

La elaboración de propuestas de este tipo confirman la factibilidad de hacer uso de los espacios históricos para hacer nuevas actividades, pero también recalcan la necesidad de no olvidar el pasado y la identidad que alguna vez lo caracterizaron. A través de este estudio de reutilización se ha podido elaborar una estrategia que rescata los valores del edificio y los pone al servicio de la comunidad, sin perder el rol sanitario que siempre ha tenido. Esta labor marca las directrices generales de una futura consolidación integral de sus atributos para una puesta en valor del edificio y posiblemente abre las opciones para abordar la gestión del patrimonio cultural en un área poco convencional como es la arquitectura hospitalaria

El Consultorio N°1 es un edificio particular. Su condición de edificio público en funcionamiento obliga a generar propuestas que sean compatibles con su otrora rol y también con el actual, generando un desafío que va mucho más allá de la reutilización de espacios físicos; involucra actividades, acciones y personas que diariamente hacen uso del inmueble y que lo van sintiendo como propio.

Al mismo tiempo el edificio, en su nueva condición de Monumento Histórico, excede su rol tradicional asociado sólo a las prestaciones de salud, ya que adquiere un perfil histórico-cultural que no estaba reconocido, ampliando sus posibilidades de significación en la comunidad y dando pie a nuevas actividades, tal como se desarrolló en el presente trabajo, todo ello considerando que este posible programa se encuentra en sintonía con los intereses del Ministerio de Salud, cuando en el año 2000 creó la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, reconociendo (por parte del Estado Chileno) la existencia de bienes patrimoniales sanitarios de importancia que se deben proteger y al mismo tiempo, seguir sirviendo a la comunidad, integrándolos a la utilidad cotidiana de los núcleos urbanos.

La gestión de espacios en edificios patrimoniales de servicio público como el objeto de estudio, refuerzan la identidad de las personas que lo rodean y lo utilizan, sobre todo en contextos sociales donde antiguamente el discurso del patrimonio no los involucraba. El reconocimiento de este tipo de patrimonio no sólo conserva los valores íntegros del edificio, sino también refuerza la per-

tenencia y la identidad de la comunidad frente a un hito urbano representativo en sus vidas cotidianas.

Como complemento a ello, es necesario considerar a este tipo de arquitectura de inicios del siglo XX como un exponente arquitectónico de la funcionalidad y el higienismo, características que pasan inadvertidas para gran parte de la población que aun no la considera relevante como patrimonio cultural, a pesar de contener una carga histórica importante, que se destaca sobre todo por su carácter social y democrata, representando un cambio en el paradigma del patrimonio más reconocido: academicista, ornamentado y exclusivo de estratos sociales altos. Gran avance ha sido su declaratoria como Monumento Histórico, pero este reconocimiento aún no se ve reflejado en las acciones que las autoridades o la misma población debiese reconocer.

Por otra parte, una propuesta de reutilización de este consultorio abre variadas líneas de investigación que podrían desarrollarse en un futuro próximo. En primer lugar, y como complemento a la labor realizada, es necesario crear un estudio de interpretación, con un catastro de elementos relevantes, para así generar una ruta interpretativa que destaque los aspectos más importantes del inmueble, logrando así la accesibilidad intelectual necesaria para un apropiado programa de uso público y su correspondiente puesta en valor.

El Consultorio también podría ser abordado desde el área de la Intervención, analizando su estado constructivo y estructural (fichas de patología) y proponiendo

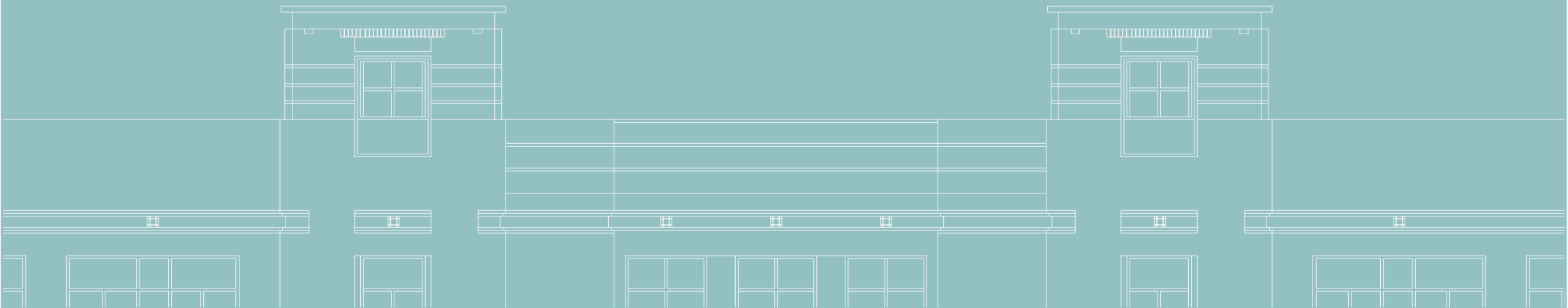
alternativas para su reparación. Este campo sugiere un estudio más acabado acerca de los daños más comunes en las estructuras de hormigón de principios del siglo XX, debido al poco reconocimiento que se tiene de esta arquitectura como inmueble patrimonial, sumado a la variable sísmica a la que Chile se encuentra expuesto permanentemente.

Finalmente es posible abordar –bajo la misma metodología- estrategias de reutilización de otros edificios sanitarios, como es el caso del Consultorio N°2, cuyo Decreto para su declaratoria como Monumento Nacional se encuentra en proceso. Esto obligará a sus autoridades -en un futuro próximo- a plantear estrategias para su puesta en valor.

A nivel personal, la elaboración de un proyecto de gestión patrimonial supuso un desafío, debido a que se sale del campo habitual de la arquitectura -área de la que provengo-, e integra variables desconocidas pero a la vez muy necesarias para un proyecto de gestión. En ese sentido el Máster entrega las herramientas para desarrollar distintas competencias de carácter transversal, que han permitido resolver muchas de las variables que era necesario analizar. Esto abre un amplio espectro de posibilidades de desarrollo profesional, reconociendo habilidades de gestión y puesta en valor que se pueden complementar a las labores de diseño y construcción adquiridas durante los estudios de arquitectura y en la vida profesional. Sin duda la elaboración de este Trabajo Final es el comienzo de un área de trabajo, que desde cualquier punto de vista es interesante de abordar.

Bibliografía referenciada

Listado de figuras y Anexos



Bibliografía referenciada

Anónimo (1900). *Grupo de obreros con banderas*. Archivo de Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-67900.html>

Anónimo. (1920). *Interior de un conventillo en Santiago, 1920*. Archivo de Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-74973.html>

Architectours. (s.f.). *Madrid - Madrid Río y Matadero Madrid*. Recuperado de: http://www.architectours.com/index.php?option=com_tours&view=tour&id=85&lang=fr

Arquibus (2013). *Consultorio N°1*. Recuperado de: http://www.arquibus.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/229_Consultorio-N%C2%BA1_4692.jpg

Arzamendia, G. (2011). Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. *Eureka (Asunción) En Línea*, 8(2), 278–290.

Asesoría Urbana - Ilustre Municipalidad de Santiago. *Plan regulador comunal de Santiago* (2016). Santiago, Chile.

Asociación de Canalistas (1997). *Sociedad del Canal del Maipo: 170 años*. Santiago, Chile: La Asociación.

Ayuntamiento de Madrid. (2012). *Actividades del Programa Madrid Salud*. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/>

Balaguer, S. (2011). *El antiguo hospital General de Valencia*. Recuperado de: http://mupart.uv.es/obra/ver/id/260/El_antiguo_hospital_General_de_Valencia.html

Ballart, J. (1997). *El patrimonio histórico y arqueológico: valor y uso*. Barcelona: Ariel

Basaez , P., y Campos, A. (2010). *Consultorio de Salud No1*. Expediente de impostación para Monumento Nacional. Proyecto de Investigación no publicado. Santiago: Universidad de Chile.

Berrios, X. (1994). La prevención de las Enfermedades Crónicas no transmisibles del adulto. *Boletín Escuela de Medicina*, PUC, (23), 53–60. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_13.html

Biblioteca Nacional de Chile (s.f.). *La salud pública en Chile (1910-1950)*. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html>

Boni, A., Peris, J., Monterde, R., Calabuig, C.; Baselga, M. P., y Ferrero, G. (2005). *Identificación y formulación de proyectos de cooperación para el desarrollo : gestión del ciclo del proyecto y enfoque del marco lógico*. Valencia: Editorial UPV.

Camacho, A., y Leiva, F. (2011). *Guía Introducción a la Gestión e Infraestructura de un Centro Cultural Comunal*. (F. Leiva Cañete, Ed.) (2o ed.). Valparaíso, Chile: Consejo de la Cultura y Las Artes, Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2013/04/guia-para-la-gestion-de-proyectos-culturales.pdf>

Campos, A., y Basáez, P. (2011). Edificios públicos y espacio público. El caso del Consultorio de Salud Metropolitano No1; una reflexión acerca de sus recintos en desuso y uso potencial de espacio de público para la comunidad local. *Revista De Arquitectura*, 17(24), 56–59.

Campos, A., y Basáez, P. (2014). *Red de consultorios de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio*. (Universidad de Chile, Ed.). Santiago, Chile: Gráfica LOM.

Camus, P., y Zúñiga, F. (2007). La Salud Pública en la Historia de Chile. *Anales Chilenos de La Historia de La Medicina*, 17(2), 155–175.

Cárdenas, E. (2007). *Arquitecturas Transformadas: Reutilización adaptativa de Edificaciones en Lisboa 1980-2002. Los Antiguos Conventos*. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña.

Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (2014). *Estudio y diagnóstico del colectivo de migrantes residentes en la comuna de Santiago*. Santiago, Chile.

CICA Internacional S.A.S. (s.f.). *Ascensor para Clínicas y Hospitales*. Recuperado de: <http://cica.co/elevacion/index.php/component/virtuemart/ascensores/ascensor-para-clinicas-y-hospitales-detail?Itemid=0>

Cockcroft, J. (2001). *América Latina y Estados Unidos: historia y política país por país*. D.F., México: Siglo XXI Editores.

Consejo de Monumentos Nacionales (2013). *CMN aprueba solicitud de declaratoria del Consultorio N°1*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.monumentos.cl/consejo/606/w3-article-21769.html>

Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. (2016). *Fondo Nacional para el Desarrollo Cultural y las Artes*, Descripción. Recuperado de: <http://www.fondosdecultura.cl/>

Cuidor. (2016). *Los 10 mejores hospitales de la Ciudad de México*. Recuperado de: <http://cuidor.com/blog/author/admin/>

Cruz-Coke, R. (1995). Historia de la Medicina Chilena. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Editorial). Santiago, Chile: Impresores Alfabetá.

Cruz Roja Chilena. (1927). *Presentación de la Cruz Roja exponiendo su labor*. Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-127039.html>

Dirección de Patrimonio Cultural. (s.f.). *Habana Patrimonial, Oficina del Historiador de La Habana*. Recuperado de: <http://www.ohch.cu/oficina-del-historiador/>

Douglas, J. (2006). *Building adaptation* (2nd ed.). Oxford, United Kingdom: Butterworth-Heinemann.

Duval, H., y Boza, C. (1982). *Inventario de una arquitectura anónima*. Santiago, Chile: Lord Cochrane.

Espinoza, A. (2015). De la beneficencia a la salud pública. *Revista de Estudios Cotidianos*, 3(1), 207–236. Recuperado de: <http://www.estudioscotidianos.com/index.php/estudioscotidianos1/article/view/JV-1005>

EVT (2011). *Planteamiento del problema. Viabilidad de la investigación*. Recuperado de: <http://goo.gl/oPhNvI>

Gómez-Ferrer Lozano, M. (1998). *Arquitectura en la Valencia del siglo XVI. El Hospital General y sus artífices*. Valencia: Albatros.

González, D. (2014). *Consultorio N° 1 “Dr. Ramón Corbalán Melgarejo.”* Santiago de Chile. Recuperado de: <http://consultoriomelgarejo.blogspot.com.es/2014/06/imagenes-del-consultorio-n1-dr-ramon.html>

González Ginouves, I. (2012). La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile. Publicado En El Artículo ¿Cómo Leer Un Hospital? De *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(3), 256–263.

González-Varas, I. (2006). *Conervación de Bienes Culturales. Teoría, historia, principios y normas*. (5o ed.). Madrid: Ediciones Cátedra.

Grogg, P. (2010). *Envejecer en la Habana Vieja*. Recuperado de: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=100334>

Guerrero, L. F., y Soria, F. J. (2016). El proyecto de reutilización arquitectónica: hacia una valoración ampliada del patrimonio edificado. *Academia XXII - UNAM*, 7(13), 127–143.

Heritage Office New South Wales. (2008). *New Uses For Heritage Places: A guide for the adaptation of historic buildings and sites*. Sidney: NSW Department of Planning; Royal Australian Institute of Architects NSW Chapter.

ICOMOS (1931). *Carta de Atenas*. Atenas: Autor. Recuperado de: <http://www.icomoscr.org/doc/teoria/VARIOS.1931.carta.atenas.restauracion.monumentos.historicos.pdf>

ICOMOS (1999). *Carta de Burra*. Burra: Autor. Recuperado de: <http://australia.icomos.org/wp-content/uploads/Carta-de-Burra-Burra-Charter-in-Spanish.pdf>

ICOMOS (1987). *Carta de Washington*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de: http://www.icomos.org/charters/towns_sp.pdf

IHMC Public Cmaps. (s.f.). *Basilica Massenzio*. Recuperado de: <http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1KH4DHB-JN-WK3RLB-18H/ARTE ROMANA>

INER. (s.f.). *Acerca del Instituto*. Recuperado de: <http://www.iner.salud.gob.mx/principales/instituto/acerca-del-instituto/misi%C3%B3n-visi%C3%B3n.aspx>

Jacobs, J. (1973). *Muerte y vida de las grandes ciudades* (2a. ed.). Barcelona: Península.

Legrand, C. (2014). *Art Decó District*. Recuperado de: <http://www.therussiancode.com/2014/08/art-deco-district/>

López - Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(1), 1–9. Recuperado de: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>

López, M. L., y Lanuza, T. (2007). *Los Estudios Históricos sobre el Hospital General de Valencia*. Valencia, España: Fundació Hospital Reial i General. Recuperado de: <http://chguv.san.gva.es/documents/10184/26456/los+estudios-hgv.pdf/c58a8aa3-af8e-4f44-a0da-0c882d03deeb>

Margarit, D., y Bijit, K. (2014). Barrios y población inmigrantes: el caso de la comuna de Santiago. *Revista INVI*, 29(81), 19–77. Santiago de Chile: UCH.

Mayorga, V. A., y Soria, F. J. (2015). La reutilización urbano-arquitectónica como alternativa de diseño sustentable. En *Investigación y diseño* 1, 201 – 250. Ciudad de México: UAM-X, CSH.

Ministerio de Bienes Nacionales. (s.f.). *Concesiones Gratuitas*. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.bienes-nacionales.cl/?page_id=2016

Ministerio de Educación (2014). *Decreto N°291: Declara Monumento Nacional en la Categoría de Monumento Histórico al Consultorio N°1 Doctor Ramón Corbalán Mergarejo*. Chile. Recuperado de: http://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=yidNorma=1065096

Ministerio de Educación Pública (1970). *Ley N° 17.288 de Monumentos Nacionales*. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://bcn.cl/1v9ov>

Ministerio de Hacienda (2003) *Ley N° 20.316 de Donaciones con Fines Sociales*. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://bcn.cl/1vbqf>

Ministerio de Salud (2013). *Historia de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud*. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://patrimonio2.redsalud.gob.cl/?page_id=18

Ministerio de Salud (2009). *Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010*. Santiago: Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b-64dfe040010165012d23.pdf>

Ministerio Secretaría General de Gobierno (2011). *Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y participación ciudadana en la Gestión Pública*. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143ybuscar=20500>

Ministerio de Vivienda y Urbanismo (1975). *Decreto N° 458: Ley General de Urbanismo y Construcciones*. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://bcn.cl/1uuhi>

Ministerio de Vivienda y Urbanismo (1992). *Ordenanza General de Urbanismo Y Construcciones*. Gobierno de Chile: Última actualización: Marzo 2016.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo. (2015). *Decreto Supremo N°50 sobre Accesibilidad Universal*. División de Desarrollo Urbano, Gobierno de Chile.

Molina, C. (2004). Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile: 1889-1938. *Polis Revista Latinoamericana*, (9).

Molina, C. (2007). *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*. Tesis de magíster no publicada. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades. Recuperado de: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>

Morant, M., y Viñals, M. J. (2008). La capacidad de carga recreativa en la gestión de los visitantes. El caso del Parque Natural Carrascal de la Font Roja. *Revista de Análisis Turístico*, (22), 66–74. Recuperado de: <http://www.aecit.org/journal/index.php/AECIT/article/view/42/37>

Mosciatti, E. (2009). Patrimonio e institucionalidad. *Revista CA - Colegio de Arquitectos de Chile*, (142), 22 – 25.

Muñoz, S. (2003). *Teoría contemporánea de la restauración*. Madrid: Síntesis.

Orrego Luco, A. (1884). *La Cuestión Social*. Santiago de Chile: Imprenta Barcelona.

Ortúzar, D. (2013). Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 – 1940. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Recuperado de: <https://nuevomundo.revues.org/66007?lang=en#quotation>

Pérez-Padilla, J. R. (2010). Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas: 75 años de servicio.

Neumol Cir Torax, 69(4), 191–194. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt104b.pdf>

Querol, M. Á. (2012). *Manual de gestión del Patrimonio Cultural*. Colaboración del Instituto de Patrimonio Cultural de España. Madrid: Akal.

RAPPS - Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud. (2012). *Promoción de la salud en jóvenes de Zaragoza*. Recuperado de: http://redaragonesaproyectospromocionsalud.blogspot.com.es/2012/02/promocion-de-la-salud-en-jovenes-de_17.html

Romero, M. (2013). La inédita disyuntiva del Consultorio N°1, “a punto” de ser declarado Monumento Histórico. *Diario La Segunda*. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2013/02/821993/la-inedita-disyuntiva-del-consultorio-n1-a-punto-de-ser-declarado-monumento-historico>

Sainz, M., y Juárez, A. (2014). La reutilización para la conservación del patrimonio edificado. En *XI Foro Académico: Resultados de la Formación Profesional*. Guadalajara (México): Escuela de Conservación y Restauración de Occidente. Recuperado de: www.ecro.edu.mx/foro2014

Sambricio, C., y Segre, R. (2000). *Arquitectura en la ciudad de La Habana: primera modernidad*. (J. E. De Balbín Berhmann, Ed.). Madrid: Electa España.

Santos, T. (2008). Estudio de Factibilidad de un proyecto de inversión: Etapas en su estudio. *Contribuciones a La Economía*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/ce/2008b/tss.htm>

Savaria - Lift Delta. (s.f.). *Elevador de escalera para discapacitados*. Recuperado de: <http://goo.gl/l3FkGL>

Segura, J., Martínez, M., Pla, A., Gil, M., Vivas, F., y Miguel, A. (s.f.). El proceso de Reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Experiencias*, 23–26.

Servicio de Impuestos Internos (2015). Contribuyentes: Organizaciones Sin Fines de Lucro. Recuperado de: http://www.sii.cl/contribuyentes/actividades_especiales/organizaciones_sin_fines_de_lucro.pdf

Servicio de Salud Metropolitano Central (2013). *Centros de Atención Primaria*. Recuperado de: <http://www.ssmc.cl/centros-de-salud/dap-aps/>

Soria, J., Meraz, L., y Guerrero, L. F. (2007). En torno al concepto de reutilización arquitectónica. *Bitácora*, Universidad Nacional Autónoma de México, (17), 32–39. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/bitacora/article/viewFile/26228/24659>

Suárez, B. (2015). *Lecciones del fracaso del modelo chilenos de pensiones (privadas)*. Recuperado de: <http://agendapublica.es/lecciones-del-fracaso-del-modelo-chileno-de-pensiones-privadas/>

Torres, I. (1986). Los conventillos en Santiago. *Cuadernos de Historia N°6*, (6), 67–85. Recuperado de: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/123000>

Trincado, P. (2010). Visión Global de la Medicina Preventiva en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(5), 669–

673. Recuperado de: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_21_5/669_673_Dr_Trincado.pdf

Universidad Politécnica de Madrid (2006). *Desarrollo Integral del Centro Histórico de La Habana Vieja (Cuba)*. Madrid: Escuela Técnica Superior de Arquitectura, UPM. Recuperado de: <http://habitat.aq.upm.es/bpal/onu06/bp1315.html>

Urbatorivm. (2007). *El edificio del Seguro Obrero: La Torre de la Sangre*. Recuperado de: <http://urbatorium.blogspot.com.es/2007/09/el-edificio-del-seguro-obrero-la-torre.html>

Valenzuela, V. (2012). La arquitectura moderna en Iquique entre 1930 a 1970. *AUS*, (11), 4–9.

Vicuña Mackenna, B. (1872). *La transformación de Santiago*. Santiago: Imprenta de la Librería del Mercurio.

Listado de figuras

Capítulo 1 | Presentación del tema

Fig. 1.1 Mapamundi con la ubicación de Chile. Elaboración propia.

Fig. 1.2 Ubicación del objeto de estudio. Elaboración propia. Imagen aérea recuperada de Google Earth, 2016.

Fig. 1.3 Fachada principal del Consultorio N°1, 2014. Archivo personal de A. Campos.

Fig. 1.4 Acceso principal al Consultorio. (Romero, 2013)

Capítulo 2 | Marco teórico

Fig. 2.1 Basílica de Majencio. (IHMC Public Cmaps, s.f.).

Fig. 2.2 Mezquita de Córdoba, 2016. Foto de autora.

Fig. 2.3 Madrid, Madrid Río y Matadero Madrid. (Architectours, s.f.)

Fig. 2.4 Art Deco District. (Legrand, 2014)

Fig. 2.5 Fachada exterior del Convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén en La Habana, 2012. Archivo personal de M. P. Urrutia.

Fig. 2.6 Inst. Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER, s.f.)

Fig. 2.7 Biblioteca Pública de Valencia 2016. Archivo personal de P. Bértolo.

Fig. 2.8 a 2.10 Interior del convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén, La Habana, 2012. Archivo personal de M. P. Urrutia.

Fig. 2.11 El Sanatorio de Huipulco poco antes de su inauguración (Pérez-Padilla, 2010).

Fig. 2.12 Imagen satelital. Recuperado de: Google Earth, 2016.

Fig. 2.13 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Cuidor, 2016).

Fig. 2.14 y 2.15 Biblioteca Pública de Valencia (2015). Foto de autora.

Fig. 2.16 Plaza del Antiguo Hospital (2016). Foto de autora.

Capítulo 3 | Marco Normativo

Fig. 3.1 Tabla comparativa sobre Patrimonio entre Ley 17.288 de Monumentos Nacionales y Artículo 60 de la Ley General de Urbanismo y Construcciones (Mosciatti, 2009).

Capítulo 4 | Objeto de estudio

Fig. 4.1 Elaboración propia.

Fig. 4.2 Grupos de obreros con banderas. (Anónimo, 1900)

Fig. 4.3 Interior de un conventillo, Santiago. (Anónimo, 1920)

Fig. 4.4 Biblioteca Nacional de Chile (1927) Presentación de la Cruz Roja exponiendo su labor en la conmemoración del Decreto Amunátegui. (Cruz Roja Chilena, 1927)

Fig. 4.5 Edificio de la Caja de Seguro Obrero, construido en la década de 1930. (Urbatorivm, 2007)

Fig. 4.6 Ubicación de Red de Consultorios de la CSO en Santiago de Chile a 1952. (Campos y Basáez, 2014)

Fig. 4.7 Fachada principal del Consultorio N° 1 durante el año 2010 (Campos y Basáez, 2010).

Fig. 4.8 Fachada principal Consultorio N° 2. Foto de autora.

Fig. 4.9 Hospital de Beneficencia de Iquique, construido entre (1936-1942) (Valenzuela, 2012).

Fig. 4.10 a 4.13 Planimetría del Consultorio N°1 del año 1930.

Obtenida en el archivo técnico de Aguas Andinas, empresa chilena de servicios sanitarios.

Fig. 4.14 Ubicación del Consultorio N°1. Elaboración propia.

Fig. 4.15 Esquema de relación entre Río Mapocho, Canal San Carlos y Canal San Miguel. Google Earth 2016 y elaboración propia.

Fig. 4.16 Entorno del Consultorio N°1 en el año 1810. Elaboración propia con información extraída de Tháyer Ojeda, Luis (1810) Santiago en 1810, publicado en Libro Oficial del 4° Centenario de Santiago.

Fig. 4.17 Entorno del Consultorio N°1 en el año 1864. Elaboración propia con información extraída de Mostardi - Fioretti (1864). Plano Topográfico de la Ciudad de Santiago de Chile.

Fig. 4.18 Entorno del Consultorio N°1 en el año 1894. Elaboración propia con información extraída de Plano de Santiago 1894. Litografía Hipólito Cadot, Santiago.

Fig. 4.19 Entorno del Consultorio N°1 en el año 1958. Elaboración propia con información extraída de Plano de Santiago, Instituto Geográfico Militar, 1958.

Fig. 4.20 Entorno del Consultorio N°1 en el año 2016. Elaboración propia con información extraída de Plano de Santiago, Ilustre Municipalidad de Santiago.

Fig. 4.21 Barrio Matta Sur. (Espinoza, 2015)

Fig. 4.22 y 4.23 Sector de emplazamiento del Consultorio y su normativa urbana (Plan Regulador Comunal), con Zonificación Especial y General (Asesoría Urbana - Ilustre Municipalidad de Santiago, 2016).

Fig. 4.24 a 4.26 Tipología de viviendas obreras contemporáneas a la construcción del Consultorio y edificación en altura. Google Street View, 2016.

Fig. 4.27 a 4.35 Estadísticas de población comunal. Elaboración propia en base a la información entregada por el Plan de Desarrollo Comunal de Santiago y al Censo 2002.

Fig. 4.36 Esquema. Elaboración propia.

Fig. 4.37, 4.38, 4.40, 4.44 Fachada del Consultorio, 2014. Archivo personal de A. Campos.

Fig. 4.39 Esquema. Elaboración propia.

Fig. 4.41 Vista aérea del área de emplazamiento del Consultorio. Google Earth, 2016.

Fig. 4.42 Esquema. Elaboración propia.

Fig. 4.43 Fachada secundaria del Consultorio. (ArquiBus, 2013).

Fig. 4.45, 4.47, 4.49, 4.51, 4.52, 4.54, 4.56 Esquema. Elaboración propia.

Fig. 4.46, 4.48, 4.50, 4.53, 4.55, 4.57, 4.63, 4.72, 4.73 Interior del Consultorio, 2014. Archivo personal de A. Campos.

Fig. 4.58 a 4.62 Planimetría actual del Consultorio N°1. Levantamiento en el lugar realizado por el equipo de investigación de la Universidad de Chile sobre la Red de Consultorios de la CSO, dirigido por Patricio Basáez y Alicia Campos.

Fig. 4.64 a 4.71 Esquemas de análisis comparativos del programa del consultorio, originales y actuales. Elaboración propia.

Fig. 4.74 y 4.75 Árboles de problemas. Elaboración propia.

Capítulo 5 | Propuesta de reutilización del edificio

Fig. 5.1 Esquema de problemática de salud. Elaboración propia.

Fig. 5.2 Interior del convento e Iglesia Nuestra Señora del Belén. Archivo personal de M. P. Urrutia.

Fig. 5.3 y 5.4 Promoción de la salud en jóvenes de Zaragoza (RAPPs, 2012)

Fig. 5.5 y 5-6 Actividades del Programa Madrid Salud. (Ayuntamiento de Madrid, 2012)

Fig. 5.7 a 5.20 Esquemas de estructura de propuesta. Elaboración propia.

Fig. 5.21 y 5.22 Accesos al Consultorio. Google Earth 2014.

Fig. 5.23 Elevador de escalera para discapacitados. (Savaria - Lift Delta, s.f.)

Fig. 5.24 Ascensor para clínicas y hospitales. (CICA Internacional S.A.S, s.f.)

Fig. 5.25 a 5.33 Esquemas de estructura de propuesta. Elaboración propia.

Anexos

Cuadro de normas y usos de suelo para Monumentos Históricos, según Ordenanza local de la I. Municipalidad de Santiago

1) Condicionantes de subdivisión y edificación:

Cuadro de normas para los Monumentos Históricos:							
Zona de emplazamiento	Superficie subdivisión predial mínima (m2)	Altura máxima (m)	Sistema de agrupamiento	Coeficiente máximo de ocupación del suelo		Coeficiente máximo de constructibilidad	Densidad máxima (Hab/Há)
				Vivienda y/o educación superior	otros usos		
ZONA E	300	Altura del inmueble	Existente	0,7	1.0	No se contempla	No se contempla

2) Usos de suelo:

CUS 1: Cuadro de usos de suelo para los MH			
USOS PERMITIDOS	USOS PROHIBIDOS	OBSERVACION	
Residencial	Vivienda		
Equipamiento	Científico		
	Comercio	Ferías libres	
		Venta de vehículos motorizados y/o venta de partes, repuestos, piezas y accesorios de vehículos motorizados y/o similares.	
		Compra y/o venta de reciclaje de partes, piezas y accesorios de vehículos automotores (desarmaduría),	
		Venta de maquinarias, partes de ellas, motores y/o sus repuestos.	Excepto las de uso doméstico y oficina.
	Venta de materiales de construcción, barracas de fierro, aluminio y madera.		
	Venta de casas prefabricadas y rodantes.		

Discoteca, salón de baile o similar	Excepto peñas folclóricas
Casas de remate y/o consignaciones.	
Cafés y/o Cibercafé, Locutorios y/o similares.	Excepto si cumplen con las siguientes condiciones: vitrinas y/o ventanales y accesos 100% transparentes, sin elementos que disminuyan o impidan la visión del interior del local desde el espacio de uso público; independientemente que se encuentre al interior de mall, galerías comerciales o que enfrente la vía pública
Supermercados	Salvo si cumplen con las siguientes condiciones: superficie predial máxima de 1.000 m ² , estacionamientos subterráneos, carga y descarga al interior del predio y superficie total edificada de 2.000m ² como máximo. Podrán admitirse excepciones a las condiciones anteriores, cuando el recinto destinado a supermercado (incluido sus estacionamientos), no supere el 20% de la superficie total construida del inmueble.
Compra, venta y/o reciclaje de: papeles, cartones, fierros, latas, plásticos, botellas y/o envases de cualquier tipo.	
Estacionamiento comercial edificado y no edificado.	Excepto los construidos en subterráneos
Establecimientos de venta minorista de combustibles líquidos, incluidas las estaciones de servicio, servicentros y/o centros de servicio automotriz.	
Usos asimilados por la OGUC artículo 2.1.28	
Terminales de servicio de locomoción colectiva urbana, de tipo Terminal de vehículos, Depósitos de vehículos y Estaciones de intercambio modal.	Asimilación de la OGUC artículos 4.13.7 y 4.13.12 OGUC
Culto	
Cultura	

Deporte	Equipamiento Mediano y Mayor		
Educación			
Esparcimiento	Zoológicos		
	Circos y/o parques de entreteniones		
	Locales de apuesta hípica		
	Casinos de juegos		
	Establecimientos de juegos de azar		
	Quintas de recreo		
	Maquinas de juegos computacionales, video, electrónicos o mecánicos.		
	Maquinas de juegos de habilidad o destreza como pin ball, cascada, ruleta y/o similares.		
Salón de pool y/o billar			
Salud	Cementerios		
	Morgues	Exceptuándose las complementarias a hospitales	
	Crematorios y/o cinerarios		
Seguridad	Bases militares, cuarteles, cárceles y/o centros de detención.		
Servicios	Terminales de servicio de locomoción colectiva urbana, de tipo Terminal de vehículos, Depósitos de vehículos y Estaciones de intercambio modal.	Asimilación de la OGUC artículos 4.13.7 y 4.13.12 OGUC	
	Usos asimilados por la OGUC artículo 2.1.28		
Social			
	Terminales de servicio de locomoción colectiva urbana, de tipo Terminal externo, para todos los tipos de equipamiento.	Asimilación de la OGUC artículo 4.13.10 OGUC	
Actividades Productivas	Taller artesanal del listado de giros CIU 1.	Taller Industria Actividades de Servicio de Carácter Similar al Industrial	Los MH o ICH, con permiso original de edificación de algún tipo de actividad productiva, se considerarán como uso permitido.
		Terminales de servicio de locomoción colectiva urbana, de tipo Terminal de vehículos, Depósitos de vehículos y Terminal externo	Asimilación de la OGUC artículos 4.13.7 y 4.13.10 OGUC

Infraestructura	Transporte	Planta de revisión técnica	
		Terminales y/o depósito de transporte terrestre interprovincial, regional e internacional.	
		Estaciones de intercambio modal	
	Sanitaria	Vertedero y/o botadero de basura, rellenos sanitarios y estaciones de transferencia de residuos.	
Plantas de captación, distribución o tratamiento de agua potable o de aguas servidas, aguas lluvias.			
	Energética	Centrales o subestaciones de generación o distribución de energía tales como: nuclear, gas, eléctrica y telecomunicaciones.	
		Contenedor de equipos técnicos de telecomunicaciones.	
		Subestaciones eléctricas a nivel de transmisión y sub transmisión (patio de alta)	
		Terminales de servicio de locomoción colectiva urbana de tipo Terminal de vehículos, Depósitos de vehículos y Terminal externo.	Asimilación de la OGUC artículos 4.13.7 y 4.13.10 OGUC
Áreas verdes			



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



MASTER OFICIAL EN
CONSERVACIÓN DEL
PATRIMONIO ARQ.