Índice

LISTA DE GRÁFICOS ..... **x**
LISTA DE TABLAS ..... **xi**
LISTA DE FOTOGRAFÍAS ..... **xii**
LISTA DE PLANIMETRÍAS ..... **xiii**

INTRODUCCIÓN **1**
ANTECEDENTES **3**
JUSTIFICACIÓN **3**
OBJETIVO GENERAL **4**
OBJETIVOS ESPECÍFICOS **5**
METODOLOGÍA **5**

CAPÍTULO 1: MORTALIDAD MATERNA **9**
1.1 La Tasa De Mortalidad Maternal En Ecuador y El Mundo **9**
1.2 Mortalidad Materno-Neonatal En La Provincia De Cotopaxi **9**
1.2.1 Red Estatal De Establecimientos De Salud En Cotopaxi **11**
1.2.2 Hospital Provincial General de Latacunga **12**
1.2.3 Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social **13**
1.3 Salud Sexual Y Reproductiva **14**

CAPITULO 2: LA MATERNIDAD **17**
2.1 Evolución de los Métodos de Atención Madres Gestantes **17**
2.1.1 Antiguas Civilizaciones **17**
2.1.2 En Otras Épocas **17**
2.2 Psicoprofilaxis **18**
2.3 La Respiración Autógena **19**
2.4 El Yoga **19**
2.5 Ejercicios prenatales **20**

2.5.1 El Método Bradley **20**
2.5.2 Método Lamaze **21**
2.5.3 El Método Frida Kaplan **22**
2.6 Historia de la Cesárea **24**
2.6.1 Su Significado **24**
2.6.2 Las Primeras Prácticas Exitosas **24**
2.7 Historia del Parto en el Agua **25**
2.7.1 Ventajas del parto en agua **26**
2.8 Practica Acuática **27**
2.9 UTPR (Unidad de Tratamiento, Parto y Recuperación) **28**
2.10 Conclusiones **30**

CAPÍTULO 3: ARQUITECTURA HOSPITALARIA **32**
3.1 Evolución tipológica **32**
3.1.1 Pabellonado **32**
3.1.2 Monoblock **32**
3.1.3 Sistémico **32**
3.1.4 Humanización espacial **33**
3.2 Proceso de Planificación **34**
3.3 Pautas de diseño **35**
3.4 Gestión del recurso físico **36**
3.5 Conclusiones **38**

CAPÍTULO 4. EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA ARQUITECTURA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD **40**
4.1. Biofília en la Arquitectura **40**
4.1.1. Efecto BIOFILIA **40**
4.2 El agua en la Salud **42**
4.3 Beneficios de la Naturaleza para la Salud **42**
4.3.1 Mejor Ánimo Y Autoestima **43**
4.3.2 Fomenta la Concentración **43**

4.3.3 Reduce Irritabilidad **43**
4.3.4 Alivio del Dolor y Facilidad de Recuperación **44**
4.3.5 Baja Niveles de Depresión y Ansiedad **45**
4.4 Jardines Terapéuticos **45**
4.5 Conclusiones **49**
5.1. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón – España **50**
5.2. José Rafael Moneo Vallés (Tudela, 26 de octubre de 1937) **51**
5.3. Análisis de planos de la Maternidad de O'Donnell **52**
5.4. Concepto **54**
5.5. Conclusiones **57**

CAPÍTULO 6: EL USUARIO **59**
6.1. Primeros acercamientos. **59**
6.2. El contacto prematuro Madre - Hijo " Piel a piel " **59**
6.3. La Mujer Embarazada y Su Médico **61**
6.4. La Relación Médico – Paciente **62**
6.5. Conclusiones **64**

CAPÍTULO 7. CRITERIOS DE CÁLCULO DE LOS RECURSOS **66**
7.1 Cálculo de las UTPR (Unidad de Tratamiento, Parto y Recuperación) **66**
7.2 Cálculo De Quirófanos **68**
7.3 Cálculo De Consultorios. **68**
7.3.1 Consultorios Gíneco-Obstétricos: **69**
7.4 Cálculo De Camas De Hospitalización **70**
7.5 Cálculo de Camas de Aislamiento: **71**
7.6 Cálculo de UCN- Unidad de Cuidados Neonatales **71**
7.7 Cálculo De Lavandería **72**
7.8 Conclusiones. **72**

CAPITULO 8. MATERNIDAD EN LA CIUDAD DE LATACUNGA **73**
8.1 Lugar de Estudio **75**

8.2 El terreno **76**
8.2.1 Ubicación **76**
8.2.2 Accesibilidad **76**
8.2.3 Vistas **77**
8.3 Criterio de Emplazamiento **80**
8.4 Idea Fuerza **81**
8.5 Intenciones de Diseño **82**
8.6 Conceptualización del Proyecto **85**
8.7 Programa Arquitectónico **86**
8.8 Implantación **111**
8.9 Cortes Arquitectónicos **112**
8.10 Fachadas Arquitectónicas **112**
8.11 Presupuesto **114**
8.12 Conclusiones **124**

Bibliografía **125**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasa de Mortalidad neonatal*1.000 n v, acumulada por días de vida, en Cotopaxi y Ecuador.....10
Gráfico 2: Área de Salud de la Provincia de Cotopaxi.....11
Gráfico 3: Propuesta Sustentable.....84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Establecimientos de Salud por Habitantes....12
Tabla 2: Prestaciones De Servicio Y Casos Atendidos 13
Tabla 3: Prestaciones De Servicio Y Casos Atendidos 14
Tabla 4: Salud Reproductiva....15
Tabla 5: Atención Génico – Obstetricia....16
Tabla 6: Nacidos Vivos en Latacunga 16
Tabla 7: Análisis de Áreas Planta Baja....89
Tabla 8: Análisis de Áreas Primera Planta Alta....94
Tabla 9: Análisis de Áreas Segunda Planta Alta 98
Tabla 10: Análisis de Áreas Tercera Planta Alta 102
Tabla 11: Análisis de Áreas Cuarta Planta Alta....106
Tabla 12: Análisis de Áreas Subsuelo 1 108
Tabla 13: Análisis de Áreas Subsuelo 2 110

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1:Legacy Emanuel Hospital 46
Fotografía 2: Hospital San Vicente Providence 47
Fotografía 3: Hospital infanta Leonor 47
Fotografía 4: USP Hospital de Marbella 48
Fotografía 5: Entrada Principal a la Maternidad 50
Fotografía 6: Analisis de terreno a Intervenir y su Radio de Accción 75
Fotografía 7: Vista hacia el Norte 78
Fotografía 8: Vista hacia el Sur 78
Fotografía 9: Vista hacia el Este 79
Fotografía 10: Vista hacia el Oeste 79
Fotografía 11: Idea Fuerza 82

LISTA DE PLANIMETRÍAS

Planimetría 1: Planta Baja Hospital Gregorio Marañon - España 53
Planimetría 2: Planta Alta Hospital Gregorio Marañon - España.....54
Planimetría 3: Análisis Exterior 3d.....55
Planimetría 4: Análisis de Zonificación 3D.....55
Planimetría 5: Modelo de Ordenamiento Territorial de la Ciudad de Latacunga.....74
Planimetría 6: Terreno a Intervenir 77
Planimetría 7: El terreno y sus alrededores.....80
Planimetría 8: Intenciones de Diseño 84
Planimetría 9: Modulo Bidimensional y Tridimensional.....85
Planimetría 10: Planta Baja.....89
Planimetría 11: Primera Planta Alta 94
Planimetría 12: Segunda Planta Alta 98
Planimetría 13: Tercera Planta Alta.....102
Planimetría 14: Cuarta Planta Alta 105
Planimetría 15: Subsuelo 1 107
Planimetría 16: Subsuelo 2 110
Planimetría 17: Implantación.....111
Planimetría 18: Corte Longitudinal 112
Planimetría 19: Corte Transverzal 112
Planimetría 20: Fachada Principal 113
Planimetría 21: Fachada Postenor.....113
Planimetría 22: Fachada Lateral Derecha 113
Planimetría 23: Fachada Lateral Izquierda 114

INTRODUCCIÓN

EL CAPÍTULO 1: MORTALIDAD MATERNA.- En este capítulo se analizan la mortalidad materna en el mundo, como esto también está presente en el Ecuador y cuál es la provincia más afectada en el aspecto de mortalidad materna.

EL CAPÍTULO 2: LA MATERNIDAD.-Explica la historia de cómo se dieron los primeros partos y cómo ahora a lo largo del tiempo este ha ido cambiando y se han logrado nuevas formas de parto, llegando a las unidades UTPR (unidades de tratamiento de parto y recuperación).

EL CAPÍTULO 3: ARQUITECTURA HOSPITALARIA.-Habla específicamente de cómo los hospitales evolucionaron a lo largo de la historia en el ámbito de la arquitectura y cómo este análisis puede ayudar a la génesis de mi proyecto.

EL CAPÍTULO 4. EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA ARQUITECTURA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.-Habla de cómo las personas necesitan o están con esa necesidad inminente de estar relacionadas con otras formas de vida.

EL CAPÍTULO 5. PROYECTOS REFERENCIALES.-Se analizan proyectos arquitectónicos, destacando los aspectos más importantes, con un breve análisis de planos en planta, en corte, en fachada, implantación y cuál fue el concepto usado para cada proyecto.

EL CAPÍTULO 6. EL USUARIO.- En este capítulo se analizan los miedos, tradiciones, creencias de los usuarios objetivos, cómo son la madre y el niño, acompañados del padre y de la familia, analizando sus psicologías para poder diseñar espacios familiares, además, un análisis de las diferentes personas que acompañan en este gran acontecimiento como médicos, enfermeras, personal de servicio, etc.

EL CAPÍTULO 7. CRITERIOS DE CÁLCULO DE LOS RECURSOS.- Se define en este capítulo el número correspondiente de salas T.P.R. (tratamiento-parto y recuperación), el cálculo correspondiente de quirófanos, número de camas de hospitalización y cada uno de los espacios que se necesitarán para el correcto funcionamiento de la Maternidad.

EL CAPITULO 8. MATERNIDAD EN LA CIUDAD DE LATACUNGA Se concibe el programa de la maternidad, después de revisar normas, visitar centros hospitalarios, entrevistas y revisar documentos, con el fin de aportar espacios acordes con los estándares de sanidad que a la vez resulten familiares para los pacientes, además se analiza el lugar en todos los sentidos, accesibilidad, topografía, entorno natural, etc. Se define la idea fuerza que tiene para llegar al proceso del diseño, conceptos, las intenciones de diseño, apoyado en planos cartesianos, gráficos, fotografías, plantas, cortes, etc. para la elaboración del TFC.

ANTECEDENTES

La arquitectura hospitalaria en el Ecuador no brinda servicios adecuados, tiene mala infraestructura, ambientes fríos para la estancia de las pacientes, sin la eficiente ocupación de los materiales con los cuales un arquitecto debería diseñar. Otra razón para desarrollar el proyecto por la cual se escogió este tema, es el tener una hermana que casi muere por deficiencia de infraestructura hospitalaria, esto hizo que pensara y eligiera este tema.

Este tema de arquitectura para la salud, al alumno de arquitectura le puede abrir muchas puertas en su vida profesional, no es un proyecto nada sencillo pero si se puede realizar con la ayuda de los profesionales de arquitectura y médicos e incluso con los pacientes que están interesados e inmersos en el problema.

Alentado por este problema de mala calidad hospitalaria fue con el objetivo de pensar en un título de cuarto nivel en esta especialidad que después de este TFC se pensara fielmente en arreglar la calidad de vida de cada uno de esos pacientes que están moribundos en los hospitales públicos, consecuencias de salud no garantizados por parte del gobierno central y de los arquitectos que diseñaron esos ambientes inhumanos.

JUSTIFICACIÓN

El problema principal radica que la atención materno-neonatal en el Ecuador es de mala calidad provocando así altos índices de mortalidad[1] en este campo, en la provincia de Cotopaxi se tiene aproximadamente un 40% de mortalidad en mujeres que perdieron la vida intentando dar vida a su hijo/a, de igual manera el neonato ha muerto por complicaciones.

[1] Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinado

Actualmente, la mayoría de los centros que ofrecen servicios de atención a la madre y al neonato, son deficientes en infraestructura, equipamiento, programación administrativa, suministros, recursos humanos, normatización, etc. La calidad de vida de la madre y el niño, antes, durante y después del parto radica muchas veces en la atención médica adecuada a la que las pacientes acceden. Obviamente, el índice de natalidad y morbilidad varía de acuerdo a los estratos sociales, ya que como es lógico las clases con mayor poder adquisitivo conocen la importancia y les es más accesible un buen control durante todo el embarazo.

Hoy, el Hospital General Latacunga junto con el hospital del IESS son los hospitales con mayor porcentaje de atenciones médicas en este campo de la salud reproductiva de la mujer. Sin embargo, no se da abasto para todas las atenciones que implica la población del Cantón Latacunga, sino también la de cantones cercanos como Salcedo, Saquisilí, Pujilí, etc.

Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2009 – 2013) tienen entre sus metas “Reducir en un 35% la muerte materna y neonatal.”

Por ello, el problema surge por la necesidad de contar con un centro hospitalario especializado en la atención materno-neonatal, capaz de atender las complicaciones de las madres gestantes y de los niños durante y después del embarazo para reducir así las tasas de mortalidad del binomio madre-neonato

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un proyecto arquitectónico como TFC destinado para la Madre y el Neonato. De manera que sea un diseño moderno en cuanto satisfaga las necesidades y requerimientos actuales de una maternidad y logre a través de un tratamiento adecuado de los espacios, contribuir al óptimo desarrollo de las relaciones afectivas entre la madre y el niño en su adaptación al medio hospitalario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Crear un espacio hospitalario que exprese arquitectónicamente un tipo de lenguaje apropiado para el usuario materno-neonatal, motivando su tranquilidad anímica y su actitud de colaboración con la práctica médica y hospitalaria.

2. Se tomara en cuenta el entorno en donde se va emplazar el proyecto y los efectos terapéuticos de la luz natural, el agua y los beneficios del arbolado en espacios hospitalarios.

METODOLOGÍA

El taller profesional está a cargo del Arq. Osvaldo Paladines el cual tiene una buena metodología de enseñanza hacia sus alumnos, para identificar las habilidades y destrezas de cada uno de los alumnos/as se elabora un **Primer Ejercicio** enfocado en escoger un artista, pintor, poeta, músico, etc. Mismo que se pareciera en cierta manera a la aptitud, a la forma de ser de cada estudiante, luego se hace una casa para este ilustre personaje. En este proyecto se mostrara las habilidades para crear un proyecto y demostrar lo aprendido a lo largo de la estancia en la universidad. En este proyecto como resultado obtuve una casa exhibicionista en donde la casa puede abrirse o cerrarse dependiendo del genio en el cual esté el pintor, Egon Schiele no tiene escenario para sus obras, por lo que su casa no es su taller de pintura sino solamente un espacio donde él desde dentro puede estar relacionado con la naturaleza, el cielo, la tierra, todo está creado en base a sus necesidades y su forma de ser. Luego el docente a cargo evaluará el tipo de arquitectura que hace cada alumno y así calificará también sus gustos, sus disgustos, el arquetipo de cada uno de las personas.

El **Segundo Ejercicio** es el de encontrar un Problema en la Arquitectura, basado en el mayor de los problemas que haya tenido el estudiante. El problema que yo como estudiante de arquitectura es no saber la forma del proyecto, por qué es cuadrado y no redondo.

Se basa la arquitectura del siglo XX. Como resultado de esto junto con el docente se toma como tema esencial la **Morfogénesis en Arquitectura.**

La Morfogénesis es uno de los procesos típicos para la vida de los organismos. Estos procesos incluyen crecimiento, reparo, adaptación y envejecimiento.

Transfiriendo sabiduría a estos procesos dentro del diseño puede ser productivo, especialmente si relacionamos las estructuras arquitectónicas con las capacidades dinámicas de la naturaleza.

Para algunos arquitectos entrenados en la certeza de la geometría Euclediana (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004) la emergencia de formas curvilíneas se hace inevitable pero con considerables dificultades La arquitectura digital está cambiando profundamente el proceso de diseño y construcción.

En la ausencia de una apropiada estética en este tipo de formas, a menudo parecen formas totalmente esotéricas o especialmente dificultosas de comprender y luego son descartadas como justamente otra arquitectura de MODA.

Como conclusión se encuentra que la arquitectura debe basarse en identificar para quien está dirigida, la función que va alojar y como los usuarios se sentirán dentro de esta.

Siguiendo una metodología eficaz y dando responsabilidades directas al alumno se realiza un **Tercer Ejercicio** el cual está enfocado en encontrar tres lugares a los cuales el alumno piense que le hace falta algo, que piense en una arquitectura que pueda cambiar esa zona, ese barrio, etc. Para este ejercicio se escoge tres lugares en la ciudad de Latacunga, debido a que se observa la posibilidad de desarrollar el proyecto, al hacer un análisis gracias a mapeos, fotografías, entrevistas se llega a la

conclusión que en los tres lugares se puedan crear proyectos que cambiaran de tipo económico, social e inclusive de tipo político a la Ciudad de Latacunga

Del Tercer Ejercicio habría que invertir este y crear un **Cuarto Ejercicio**, analizar tres temas o proyectos que sean clave con relación a la ciudad. La pregunta va de la mano de… ¿Que hace falta en la ciudad de Latacunga?. Este ejercicio es el pionero y esencial para tener una pauta de cuál puede ser el tema para desarrollar en la investigación para el TFC, este fue el **Quinto Ejercicio,** pero la elección del tema no estará marcada por este ejercicio sino a libre elección del alumno, un problema por el mismo, el estudiante se sienta motivado a lo largo de todo el desarrollo del TFC.

El tema que se escogió para el TFC es un servidor para la salud, por medio de investigaciones se logró realizar una propuesta arquitectónica para desarrollar la MATERNIDAD ubicada en la Ciudad de Latacunga. La investigación realizada parte de plantear no solo las motivaciones en cuanto a la elección del tema y determinar la problemática que surgen en torno a éste. En base a ello, se fijan los objetivos, los alcances y condiciones del proyecto. Se realiza un estudio de la evolución de los hospitales y maternidades así como un análisis de campo de proyectos referenciales tanto nacionales como internacionales con el fin de comprender el pasado y evolución de estos centros de salud, su situación actual en el Ecuador y en el mundo y lo que éstos podrían llegar a ser si se aplican nuevos métodos de maternidad. Resulta fundamental para la propuesta arquitectónica conocer y hacer un análisis del usuario antes, durante y después del embarazo, para determinar sus requerimientos y su relación con los espacios que habitan, tomando en cuenta las experiencias de mujeres que ya han pasado por esta etapa.

Finalmente, se hace un análisis del contexto urbano, el levantamiento y el estudio del terreno y su entorno inmediato. Esto permite ubicar el proyecto y los diferentes programas funcionales en el lugar ideal para lograr una adecuada circulación interna y externa de los diferentes usuarios.

LA MATERNIDAD EN LA CIUDAD DE LATACUNGA busca ser un proyecto que cumpla con los aspectos funcionales necesarios y adecuados de un centro materno-neonatal de salud pero proponiendo una tipología nueva y diferente a las que vemos tradicionalmente para las maternidades y hospitales en general. Se busca no sólo el beneficio físico de las pacientes y demás usuarios del hospital sino también el EMOCIONAL Y PSICOLÓGICO de estos.

CAPÍTULO 1: MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que perece, muchas más sufrirán lesiones, infecciones y trastornos como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mortalidad y trastornos maternos pueden evitarse con intervenciones sanitarias apropiadas. (MEASURE COMMUNICATION, 2000)

1.1 La Tasa De Mortalidad Maternal En Ecuador y El Mundo

Más de 500.000 mujeres y niñas mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo como lo es el Ecuador (MNPI, 2000)

A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente los cálculos obtenidos en Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo. Cada año, de unas 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto y por cada mujer o niña que muere a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo, habrá de unas 20 a 30 más que desarrollen trastornos a corto y largo plazo.

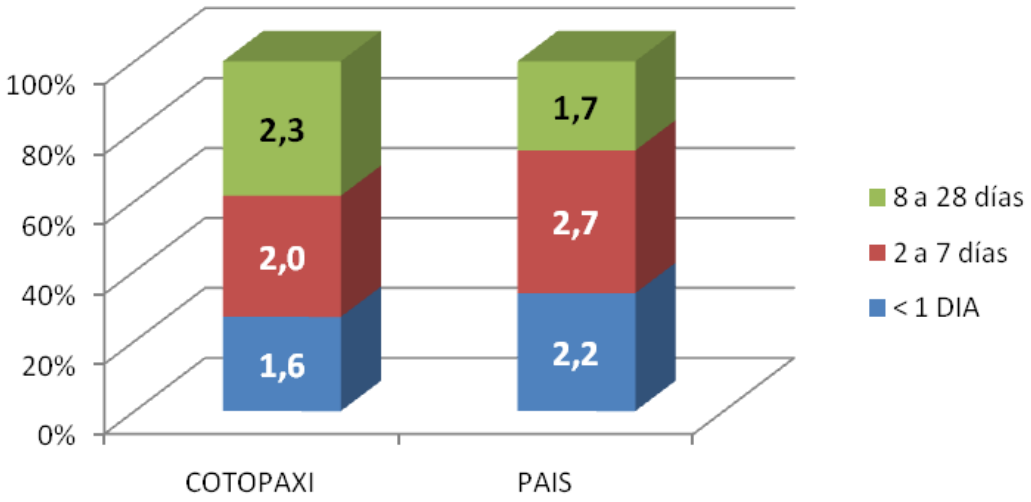
1.2 Mortalidad Materno-Neonatal En La Provincia De Cotopaxi

Según los registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC 2009) señalan aspectos particulares en la provincia de Cotopaxi, dado que la mayor proporción de mortalidad en la etapa neonatal se produciría durante la etapa neonatal tardía (8 a 28 días), lo que lo que difiere de la generalidad del país que tiene similar comportamiento a las referencias internacionales.

Cabe mencionar que la mortalidad neonatal es más alta en los primeros días de vida del neonato y progresivamente disminuye hasta estabilizarse en niveles más bajos a partir de la segunda semana de vida (día 8 en adelante). En Cotopaxi esta alteración crea interrogantes relacionadas con un registro inadecuado, o peor aún el no registrar la mortalidad neonatal en los primeros inicios de vida (Ver Gráfico # 1).

Gráfico 1:

Tasa de Mortalidad neonatal*1.000 n v, acumulada por días de vida, en Cotopaxi y Ecuador



Fuente: Registro de defunciones INEC Ecuador 2009. Realizado por Jaramillo E. & Hinojosa MA

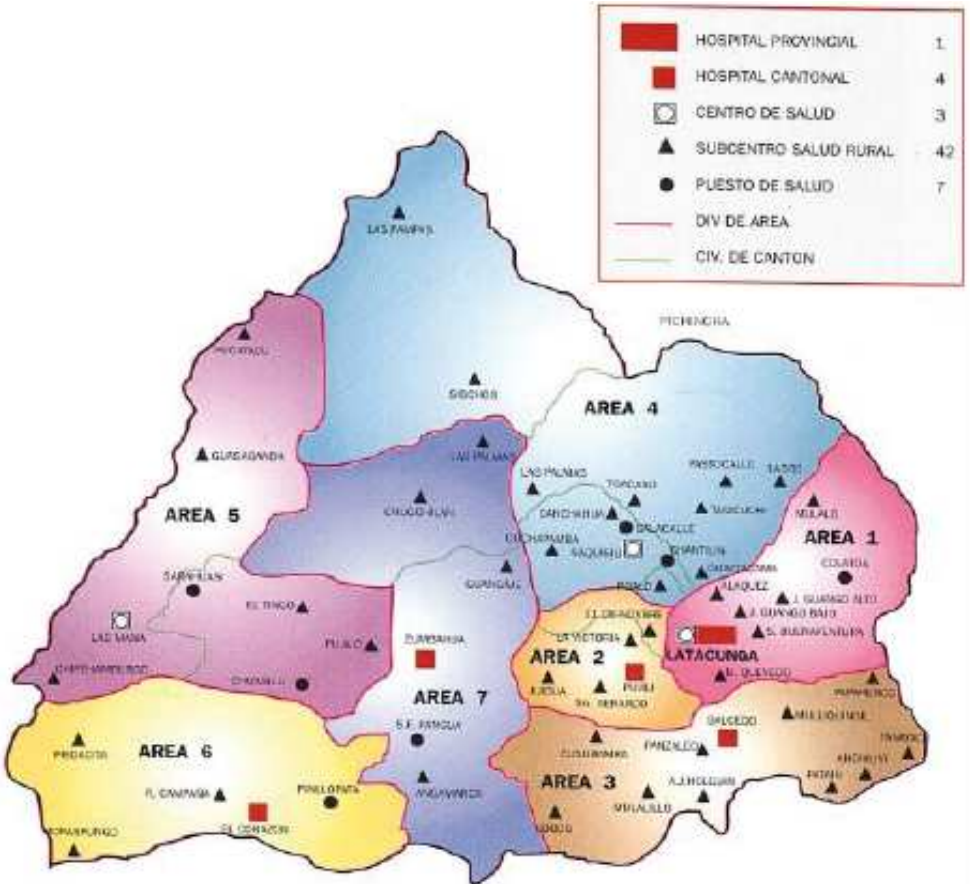
La mortalidad materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi continúa siendo preocupante hasta el día de hoy ya que en el año 2010, 7 mujeres perdieron la vida intentando dar vida a su hijo y 52 niños murieron antes de cumplir un mes de vida. (LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD Y CENTER FOR HUMAN SERVICES, 2011), estos indices aumentaran si no se crea espacios habilitados o unidades de parto integrales donde se tenga un buen equipamiento para reducir estos indices acelerados de muerte materno-neonatal.

1.2.1 Red Estatal De Establecimientos De Salud En Cotopaxi

La cobertura de salud estatal en el cantón, está estructurada por la regionalización de los Servicios de Salud, que es una manera de cumplir con la obligación de realizar las prestaciones de salud con criterio fundamentalmente social y universal, que asegura el acceso a todos/as en los ámbitos geográfico, tecnológico y económico, garantizando eficiencia y aprovechamiento de los recursos. Según la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, a partir del año 2001, la provincia de Cotopaxi tiene 6 Áreas de Salud. (Ver Gráfico # 2). (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004).

Gráfico 2:

Área de Salud de la Provincia de Cotopaxi



Fuente: Ministerio de Salud Publica Del Ecuador.

Correspondiendo al cantón Latacunga, el Área 1, que cuenta con las siguientes unidades de Salud: 1 Centro de Salud ubicado en Latacunga, 15 Subcentros ubicados en el área urbana y rural y 1 Hospital Provincial localizado en Latacunga urbana. (Direccion Provincial de Salud de Cotopaxi-IESS Cotopaxi, 2009) (Ver tabla # 1).

Tabla 1:

Establecimientos de Salud por Habitantes

Cantón	Hospital	Centro de Salud - Hospital	Centro de Salud	Subcentro de Salud	Dispensarios IEES	Clínicas	TOTAL	Población	Habitantes / establecimiento
Latacunga	2*	1		15	4	5	**27**	170.489	6.314
La Maná			1	3	5	5	**14**	27.060	1.933
Pangua		1		4	3		**8**	17.572	2.197
Pujilí		2		8	8		**18**	57.999	3.222
Salcedo		1		10	11	2	**24**	49.896	2.079
Saquisilí			1	4	2		**7**	15.768	2.253
Sigchos				6	2		**8**	18.523	2.315
TOTAL	**2**	**4**	**3**	**50**	**35**	**12**	**106**	**303.488**	

Fuente: Direccion Provincial de Salud de Cotopaxi-IESS Cotopaxi, 2009
Elaboracion: Equipo Tecnico del PPDPC

1.2.2 Hospital Provincial General de Latacunga

Un problema crucial que enfrenta el Hospital Provincial General de Latacunga, es el haber alcanzado su vida útil, a lo cual se encuentra ya con miras entre el gobierno central y el gobierno local para establecer una estrategia que enfrente esta situación. (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004). Las prestaciones de servicios y los casos atendidos que ofrece el Hospital Provincial de Latacunga son (Ver tabla # 2):

Tabla 2:

Prestaciones De Servicio Y Casos Atendidos

Consulta Externa	Casos atendidos
Medicina interna	5,691
Cirugía	3,078
Traumatología	1,859
Cardiología	1,127
Neurología	811
Otorrinolaringología	149
Ginecología	3,468
Oftalmología	2,677
Pediatría	5,365
Obstetricia	4,564
Emergencia	13,735
Total	**42,524**

Fuente: Hospital Provincial General Latacunga, 2004

Elaboración: CEDEAL

1.2.3 Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El Hospital del IESS, es la Unidad Medica de referencia provincial al Sistema Zonal IV, que administra una red de referencias y contra referencias de las Unidades Médicas del IESS, localizadas en las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Tungurahua. Las prestaciones de salud que ofrece el Hospital del IESS y los casos atendidos en el cantón son (Ver tabla # 3).

Adicional a los servicios brindados por la red estatal y del IESS, existen cinco clínicas privadas, teniendo veinte y cinco establecimientos de salud a nivel cantonal. (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004). Según el Sistema de Indicadores Sociales, la oferta de salud alcanza al 49.8% de la población del cantón, con 31.6 de personal médico por cada 10.000 habitantes.

Tabla 3:

Prestaciones De Servicio Y Casos Atendidos

Consulta Externa	Casos atendidos
Medicina general	9,516
Obstetricia	3,402
Pediatría	1,426
Traumatología	1,176
Medicina preventiva	1,713
Cardiología	1,781
Cirugía	3,095
Gastroenterología	1,424
Ginegología	5,170
Medicina interna	1,810
Medicina Física Rehab.	1,516
Psiquiatía	331
Total	**32,360**

Fuente: Hospital Provincial General Latacunga, 2003
Elaboración: CEDEAL

1.3 Salud Sexual Y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, es un tema todavía poco tratado en el cantón Latacunga. La carencia de una educación sexual adecuada es porque existe poca información sobre métodos anticonceptivos, debido a tabús y el desconocimiento de los mismos en la mayoría de adolescentes y jóvenes que inician con relaciones sexuales antes de los 20 años produciendo embarazos no deseados.

Situación igual en la población adulta en edad fértil, tanto hombres como mujeres, la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil, que corresponden aproximadamente a 50.400 (35%) (INEC 2011) de la población total, y que deberían recibir educación, atención en salud para poder disfrutar de una vida sexual y reproductiva plena, muestra que son las que menos atención reciben de los servicios de salud.

Las cifras de atenciones en consulta indican que tanto en el Hospital Provincial como en el del IESS se ha cubierto 8.983 casos, durante el año 2009. Las atenciones en

consulta de salud reproductiva para las mujeres en el Hospital General al año 2009 alcanzan a 8.693 casos, de los cuales bajo el Programa de Ley de Maternidad Gratuita, se ha atendido con radiografías y ecosonografías el 56% del total de los casos atendidos. (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004) En atención de partos normales se ha cubierto al 23%, y con cesárea el 8% de casos atendidos. Una cifra importante de resaltar es el número de despachos registrados en farmacia bajo este mismo programa que registra la cifra de 73.248 despachos. (Ver tabla # 4).

Tabla 4:

Salud Reproductiva

Atenciones en Consulta		Casos atendidos
Radiografías	Mamografías	279
	Maternidad gratuita	3,089
Ecosonogramas	Maternidad gratuita	1794
Gineco - obstetricia	Partos normales	1,986
	Cesáreas	662
	Abortos	291
Partos en adolescencia	Normales	404
	Cesáreas	133
	Abortos	55
Total casos atendidos		8693

Nota: En despachos de farmacia, programa Maternidad Gratuita 73.248 casos

Fuente: Hospital Provincial General Latacunga, 2003

Elaboracion: CEDEAL

Respecto a la salud sexual y reproductiva de adolescentes en el año 2003, a nivel de partos normales el Hospital General ha cubierto 404 casos, cesáreas 133 y, atenciones de abortos 55 casos. La estadística acumulada muestra la cifra de 1.982 partos, 662 cesáreas, 51 atenciones de posparto, y 291 abortos. (Ver tabla # 4)

En el Hospital del IESS, se tiene un total de 290 casos, con 178 partos normales, 67 cesáreas y 45 abortos atendidos a sus afiliadas. (Ver tabla # 5) (I. MUNICIPIO DE LATACUNGA - ATCC - LLAKTAKUNKA - FONDO AGIL - CODENPE, 2004)

Tabla 5:

Atención Génico – Obstetricia

Atenciones en Consulta		Casos atendidos
Gineco - obstetricia	Partos normales	178
	Cesáreas	67
	Abortos	45
Total casos atendidos		290

Fuente: Hospital IESS. Hospital Provincial General Latacunga, 2003
Elaboración: CEDEAL

En el Hospital Provincial y en el Hospital del Seguro en el año 2003, se tiene 2.885 recién nacidos. (Ver tabla # 6)

Tabla 6:

Nacidos Vivos en Latacunga

Hospital Provincial	2,642
Hospital IESS	243
Total	2,885

Fuente: Hospital IESS. Hospital Provincial General Latacunga, 2003
Elaboración: CEDEAL

En los talleres realizados con el sector mujer, en relación a la salud, se ha señalado problemas como el desconocimiento de los procesos sexuales y reproductivos, e indican que se ha incrementado el número de atenciones con malformaciones fetales y embarazos, especialmente en las mujeres que trabajan en las florícolas.

CAPITULO 2: LA MATERNIDAD

Desde el principio de los tiempos existió una gran expectativa en torno a la mujer en el trance de ser madre. Quizás no siempre fuera por dar atención a la madre sino por lo que el nacimiento de un ser tendría en un sentido social, económico, religioso o de preponderancia de género, ligado a los usos y costumbres de cada etapa cultural o histórica, según el tiempo en que se desarrollaron las distintas civilizaciones.

El papel que ejerció la religión, en el desarrollo de los pueblos y civilizaciones, se puede deducir al estudiar las normas de conducta respecto al trato a la mujer, en determinados ciclos de su vida reproductiva, lo que sentaba bases de atención de salud, como puede leerse en el Corán o en la Biblia. (INFANTAS, 2004)

2.1 Evolución de los Métodos de Atención Madres Gestantes

2.1.1 Antiguas Civilizaciones

Entre los antiguos pobladores de Egipto, Grecia y Roma, las mujeres contaban con personas que las atendían durante el parto. En Grecia, la medicina era ejercida por los hombres, pero la matrona Agnodice, en el deseo de obtener una mejor preparación para atender a las mujeres de Atenas, que por pudor no se dejaban tocar por los hombres, vistió ropas de varón. Al ser descubierta y juzgada y al justificar sus actos, permitió que las mujeres pudieran prepararse para ser parteras.

2.1.2 En Otras Épocas

Francia, durante el siglo XVII, el Hotel Dieu de París fue la primera Escuela Obstétrica en el mundo y se convirtió en el centro de formación de las parteras, a pesar de sus malas condiciones de higiene. María Louise Lachapelle (1759-1821) fue la primera partera de París. En 1949, en un Congreso de Obstetricia celebrado en Moscú, se da a conocer la Psicoprofilaxis Obstétrica, y su metodología para el acondicionamiento de la mujer para el parto sin dolor. Por lo que en Suecia,

alrededor de los años 70, del siglo XX, las Matronas presentan al Servicio de Salud un Plan Piloto, en el que se incluía la Gimnasia en la atención de las gestantes.

2.2 Psicoprofilaxis

Los cursos de preparación al parto son relativamente recientes en la historia de la obstetricia. Su origen se remonta al año 1900 en Inglaterra. Hasta ese momento, la medicina oficial se había preocupado muy poco de la obstetricia, se daba a luz en casa, con ayuda de la comadrona y los consejos maternos. El parto era un acontecimiento frecuente, natural y, sobre todo, instintivo. Por una parte, la familia rodeaba a la mujer para reconfortarla y, por otra, una simple complicación no atendida a tiempo, podía poner en peligro la vida de la madre y de su hijo.

Cuando la medicina empezó a ocuparse un poco más del embarazo, se planteó el problema de la asistencia materno-fetal para aliviar los dolores del parto. La tasa de mortalidad, reducida a mínimos en Occidente, demostró el gran éxito obtenido en este campo. Sin embargo, las mujeres tuvieron que pagar el precio de este progreso, entre estas: dejar sus casas y acudir al hospital, estar en un lugar anónimo y sujeto al estricto control del personal sanitario, obligadas a adoptar una posición determinada para dar a luz. Toda una revolución. Es pues, en este momento que se plantea la idea de ofrecer a las mujeres la posibilidad de vivir la experiencia de traer al mundo a un pequeño ser como protagonista y en un clima sereno.

Por ello, en los cursos de preparación al parto se ofrece una ocasión excepcional de aprender las técnicas para hacer que el momento del parto sea percibido como un momento único, así también como conocer las técnicas para tratar los primeros cuidados al recién nacido y no como un momento para olvidar ya que el dolor es demasiado intenso.

Además a los futuros padres se les enseña a conocer más profundamente las preocupaciones de sus parejas y prepararles para presenciar el momento del parto y

ser de utilidad para la mujer. Existen diversos métodos, cada uno inspirado en una filosofía diferente, pero todos con el objetivo de proporcionar confianza y capacidad de auto control a la mujer para que afronte el parto sin demasiada ansiedad.

2.3 La Respiración Autógena

Es el método más extendido, fundado en técnicas de respiración y autosugestión, tiene por objetivo deshacerse de las tensiones emotivas y musculares que acompañan a las situaciones estresantes. A partir del séptimo mes de embarazo, las mujeres aprenden, mediante ejercicios repetitivos, a focalizar su atención en sensaciones placenteras y a controlar sus músculos con la ayuda de ejercicios de respiración amplios y profundos, parecidos a los del sueño.

Durante el parto, si los ejercicios están bien hechos, se revelan importantísimas ventajas para atenuar el dolor y coordinar el esfuerzo de expulsión.

2.4 El Yoga

El término deriva del sánscrito "yuj", que significa "unir", haciendo referencia a la integración perfecta entre el cuerpo y el espíritu de una persona adulta y estable. Su objetivo está definido ya por su nombre, y es que se trata de una actitud psicofísica, un arte anclado en la historia antigua del ascetismo indio.

Durante el transcurso del embarazo, las posturas de yoga sugeridas a partir del quinto mes, son útiles para tonificar toda la musculatura del esqueleto y, en particular, la zona dorsal y pélvica, lo que será muy útil en el momento del parto.

Los movimientos suaves y rítmicos de la respiración inducen la relajación del espíritu y el cuerpo de la mujer que se prepara para dar a luz. Su parto será más fácil y su recuperación menos difícil.

2.5 Ejercicios prenatales

Existen varios tipos de clases de parto para embarazadas., las filosofías más conocidas que respaldan estas clases son las de Lamaze y Bradley, sus creadores. Aunque existen otras (la técnica de Alexander, alumbramiento con hipnosis), utilizan elementos de ambas y alientan la participación del compañero durante el trabajo de parto y alumbramiento.

El hospital o centro de salud puede proporcionar diferentes tipos de cursos prenatales para la madre y su pareja. Estas clases ayudan a preparar a ambos en las múltiples decisiones que tendrán que tomar, por ejemplo: cómo saber si algo anda mal, si está bien hacer ejercicio o cómo reconocer cuando el trabajo de parto ha comenzado.
Aunque cada enfoque varía, el objetivo general de los cursos prenatales es proporcionarle a la madre el conocimiento necesario, y así disminuir sus temores y capacitarla para tomar decisiones fundamentadas. Muchos enfoques enseñan a la madre técnicas que no requieren anestésicos o drogas, como la respiración rítmica, a fin de minimizar el dolor y la incomodidad en la parte final del embarazo, trabajo de parto y parto.

2.5.1 El Método Bradley

Es un enfoque de educación que prepara a la madre para un parto que requiere un mínimo de anestésicos o drogas y promueve el rol de asistente para el padre. Este método lleva el nombre de su fundador, el médico Robert A. Bradley (1917-1998), a quien se les reconoce el haber enviado a los padres a la sala de partos.

Es un enfoque de parto natural que consiste en educación prenatal, técnicas de relajación, y participación de la pareja. La meta del entrenamiento en el método Bradley es asegurar un parto seguro con menos dolor y ansiedad. Alrededor del 90% de las parejas que usan el método Bradley tiene un parto natural, sin medicación.

Este método busca que tanto la madre y el padre estén preparados para el momento del parto, por lo tanto los capacita para:

- Nutrición prenatal.
- Cambios y molestias físicas asociadas con el embarazo.
- Técnicas naturales para minimizar las molestias y el dolor.
- Lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y parto.
- Técnicas de pujado.
- El asistente o el rol del padre.
- Planificación del parto.
- Complicaciones del embarazo.
- Formación de lazos afectivos con su bebé.
- Preparándose para su nueva familia.

2.5.2 Método Lamaze

Este método lleva el nombre de su fundador, el médico francés Fernand Lamaze (1890-1957). El método Lamaze, el cual motivaba tanto a las madres como a los padres a tomar parte activa en el nacimiento del bebé, se hizo popular en los Estados Unidos en la década de los 60. El método promovía técnicas de respiración, relajación y masaje que ayudaban a reducir el dolor y la ansiedad de la madre embarazada, minimizando así la necesidad de utilizar anestesia o drogas.

En la actualidad, aproximadamente una de cada cuatro madres embarazadas en los Estados Unidos participa en un curso Lamaze. El curso típico, que comienza en el tercer trimestre, proporciona por lo menos 12 horas de instrucción para la mujer embarazada y su asistente o pareja y cubre los siguientes temas:

- Trabajo de parto, parto y posparto normales.
- Técnicas de masaje para aliviar el dolor.
- Alivio durante el trabajo de parto.

- Destrezas de relajación y respiración
- Apoyo y asistencia para el trabajo de parto.
- Habilidades comunicativas.
- Posibles problemas durante el parto.
- Aspectos sobre lactancia materna y crianza de los hijos.

2.5.3 El Método Frida Kaplan

El Método Frida Kaplan surge a partir de la investigación por más de 10 años sobre trabajos corporales provenientes de la Eutonía y de su aplicación específica durante el embarazo y parto. (Alexander)

Estos trabajos hoy sistematizados en el Método Frida Kaplan, están destinados a mujeres y a parejas embarazadas interesadas en aprender a incrementar el contacto, ampliar la conciencia y aumentar la confianza en ellos mismos

El objetivo es facilitar el aprendizaje para favorecer:

- El contacto con uno mismo.
- El contacto con la pareja
- El contacto de ambos con el bebé
- El uso de la mirada interna
- La presencia del padre
- La toma de conciencia vivencial del espacio que habita él bebe y del espacio por donde pasará para nacer
- Aliviar zonas de dolor propias del embarazo
- Incorporar la emisión del sonido de la "o" que facilita la modificación del tono psico-físico.
- Aprender la dirección del pujo a través de la prolongación del cóxis
- Elevar el umbral del dolor

Es un hecho que la condición femenina lleva implícita la posibilidad de concebir, engendrar y parir. Nuestra anatomía está preparada para cumplir esa función. Saber qué hacer con el cuerpo aumenta la confianza en sí mismo permitiendo tanto al varón como a la mujer un mejor tránsito por el período de gestación y un mayor alejamiento de las situaciones de descontrol y desorientación durante el parto.

Cuando se realiza el trabajo de parto con la mirada externa muy alerta y pendiente de la opinión del médico, matrona, etc., se traslada la confianza a los demás. La inseguridad, el miedo, el descontrol, la parálisis, el "no sé", el "no puedo", entran a dominar a la mujer.

En cambio cuando la mirada interna está activa y despierta, aumenta el contacto con lo que está sucediendo, se prioriza el nacimiento del hijo y cuando eso sucede el dolor físico se convierte en un acontecer secundario. Además, permite realizar el trabajo de parto en contacto con la actividad que está realizando el hijo para nacer.

La mirada interna permite un mayor contacto con el verdadero conocimiento, con esa parte nuestra que sabe, y está comprobado que cuando se está en contacto con uno, con algo o con alguien surge creativamente lo que se debe hacer. (Eutonía - Embarazo y nacimiento eutónico) Estar en contacto nos lleva a establecer una relación viva. Sabemos que existe una vida prenatal, y, el “ser”, que en este período recibe el amor y la contención de sus padres tendrá una mejor calidad de vida. Vivir en contacto es poder vivir con amor.

El Dr. Thomas Verny y John Kelly explican, en el libro “La vida secreta del niño antes de nacer”, que el vínculo posterior al nacimiento es la continuación de un proceso vinculante que había comenzado mucho antes en el útero. El niño intrauterino lo único que quiere es un poco de amor y de atención, si los recibe todo lo demás, incluido el vínculo, se produce espontáneamente. (Eutonía - Embarazo y nacimiento eutónico)

2.6 Historia de la Cesárea

Aparece tempranamente en la cultura occidental formando parte de los mitos de la población, donde del resultado de este procedimiento nacían niños vivos de madres sanas.

Debe resaltarse lo incierto de los relatos, ya que no hay registros reales de mujeres que hayan sobrevivido a esta operación hasta el siglo XVI. En la mitología griega Asclepius o Esculapio, dios de las ciencias médicas, nace del abdomen de su madre. Existen referencias sobre esta operación en antiguos relatos de la cultura egipcia, india y china.

2.6.1 Su Significado

Muchos consideran como "oscuro" el origen de la palabra cesárea. Se atribuye erróneamente a Julio César el haber nacido por cesárea ya que se sabe que su madre, Aurelia, sobrevivió al nacimiento de su hijo. Durante la época romana sólo se practicaba una cesárea para intentar salvar al hijo. Otra posible fuente es del verbo latín "caedare" que significa cortar. Durante los últimos 2000 años la cesárea ha cambiado su significado para las distintas culturas así como sus indicaciones y frecuencia.

2.6.2 Las Primeras Prácticas Exitosas

Se practicaba muchas veces para separar al niño de su madre moribunda y poder enterrarlo y bautizarlo, como ordenaban los preceptos religiosos. El primer reporte de una cesárea donde sobreviven madre e hijo proviene de Suiza. Alrededor de 1500, el granjero Jacobo Nufer efectúa esta operación a su esposa, recurriendo a conocimientos de su experiencia con animales. Probablemente el ámbito rural haya favorecido la supervivencia de las primeras operaciones reduciendo la tasa de infecciones al alejarse de los contaminados hospitales de la antigüedad donde los médicos trabajaban sin guantes y sin lavarse las manos.

2.7 Historia del Parto en el Agua

A lo largo de la historia existen muy pocas pruebas concretas de que las culturas antiguas practicaran el parto en el agua a cualquier escala, pero se sabe que se ha usado en todas las culturas del mundo.

Hay leyendas que dicen que los antiguos egipcios daban a luz en el agua a ciertos bebés selectos. Estos bebés se convertían en sacerdotes y sacerdotisas.

Se dice que los antiguos súbditos del rey Minos en la isla de Creta usaban un templo sagrado para partos en el agua. El arte de los frescos en las ruinas de Minos representa delfines y su especial conexión con los humanos y el agua. Sólo se puede especular acerca de la conexión entre estas pinturas y sus creadores.

Los indios chumash de la costa central de California cuentan historias acerca de sus mujeres que pasan el trabajo de parto en los remansos de las mareas y ensenadas poco profundas a lo largo de la playa mientras los hombres de la tribu tocaban los tambores y cantaban.

El primer parto en el agua registrado en la modernidad, tuvo lugar en Francia en 1803. Una mujer que había estado en labor durante cuarenta y ocho horas encontró un alivio en su lento progreso sumergiéndose en el agua caliente. Después de estar breves instantes en el agua el bebé salió tan rápidamente que no tuvo tiempo de salir del agua para dar a luz a su bebé. Se han recogido informes posteriores sobre el parto en el agua hasta 1960, cuando comenzó a haber documentación sobre el mismo en le Unión Soviética.

Durante la misma época pero en Rusia, el Dr. Frederick Leboyer introdujo el concepto del baño caliente para el bebé después del parto. El bebé podía experimentar el agradable retorno al placer del mundo fluido que acababa de dejar.

Odent descubrió que cuando las contracciones de la mujer se vuelven más dolorosas y menos eficaces, el descansar en el agua caliente suele proporcionarles alivio, especialmente para las mujeres cuya dilatación no progresa más de cinco centímetros. En 1985 el Dr. Rosenthal abre un de los pocos centros de alumbramiento en Estados Unidos que ofrecía a las mujeres la misma atmósfera, el Centro de Alumbramiento Familiar en Upland, California.

2.7.1 Ventajas del parto en agua

Algunos médicos y clínicas u hospitales que practican partos en agua, lo llaman nacimiento humanizado y sin violencia por ser un proceso no invasivo.

Al bebe a nacer en partos en el agua pasa inmediatamente a los brazos de su madre y empieza el fenómeno del contacto prematuro Madre e Hijo “Piel a Piel”. Estudios en el Reino Unido y la experiencia clínica demuestran que niños nacidos en el agua mantienen una mejor relación psico-afectiva con la madre, atribuible a una mejor comunicación emocional de este hermoso encuentro tan pronto se nace. La primera hora que sigue al nacimiento es muy importante para el desarrollo de la capacidad de amar. Madres y bebés deben estar juntos tras el nacimiento, y en todo momento, y no se cérvix (cuello del útero) como de la vulva y acorta el tiempo de trabajo de parto y disminuye la probabilidad de sufrimiento fetal.

Él bebe que está habituado a la inmersión en el líquido amniótico, entra directamente en contacto con un medio que le resulta familiar, de una forma no violenta y sin traumas y por lo tanto los cambios son más suaves.

El parto en agua inhibe la secreción de adrenalina y catecolaminas (hormonas que prohíben el avance de la dilatación y el proceso en general), esto se ayuda y se contrapone en el agua debido a la relajación de la madre. En la selva, cuando una hembra está a punto de dar a luz y se da cuenta de que tiene un depredador cerca,

segrega adrenalina para poder defenderse y retrasa el parto hasta cuando se siente más segura.

En los partos en agua se incrementa la secreción de endorfinas (hormonas inhibidoras del dolor), debido a la mayor relajación de la madre, lo que complementa el proceso de manera natural. La facilidad para cambiar de posición dentro del agua evita que la madre se canse rápidamente y el movimiento ayuda a que el bebé se acomode.

Disminuye en un 98% la necesidad de realizar episiotomía, debido a la mayor relajación de la vulva. Disminuye la hipertensión arterial después de 10 a 15 minutos bajo el agua.

También existen antecedentes de un temprano desarrollo motriz en estos bebés, comparado con niños nacidos en partos fuera del agua con todo el peso de la gravedad.

2.8 Practica Acuática

La práctica acuática se centra en ejercicios de tonificación suaves, especialmente para el piso pelviano, el estómago y la espalda. Además de estos ejercicios se practica un período de relajación. (¿Qué es el Parto en el Agua ? ¿En que consiste el Parto en el Agua ? ¿Cómo se lleva a cabo el Parto en el Agua ? ¿En donde se practica el Parto en el Agua ? ¿Cuáles son los beneficios de el Parto en el Agua ? , 2007)

Madres y bebés deben estar juntos tras el nacimiento, y en todo momento, y no se justifica que un recién nacido sano sea apartado de su madre. Incluso los prematuros progresan mejor con el “método canguro” que con la incubadora, o al menos con un sistema mixto. La OMS recomienda iniciar la lactancia antes de abandonar la sala de partos. (Castillo, 2006)

El parto es un acontecimiento instintivo, llevado a cabo por nuestro cerebro mamífero, y en el que la participación de nuestra mente racional tiene un efecto contraproducente. El uso de oxitócica sintética, episiotomía, anestesia, fórceps o pinzas obstétricas y cesáreas, sustituyen un proceso natural sabio. (Trillo, 2012)

La relajación física favorece la relajación mental de la madre, lo que se convierte en círculo virtuoso y ayuda a la madre a relajarse más y como consecuencia se acelera el trabajo de parto. Además contrarresta la fuerza de la gravedad, relaja los músculos y reduce la estimulación sensorial, aumentando la producción de endorfinas, hormonas cerebrales que disminuyen la sensación de dolor y hacen olvidar el paso del tiempo.

En otras ocasiones, la mujer se halla tan relajada dentro del agua que realiza el expulsivo dentro de la bañera. En este caso el bebé, que está habituado a la inmersión en el líquido amniótico, entra directamente en contacto con un medio que le resulta familiar, de una forma no violenta y sin traumas. En segundos, se deja al bebé sobre el vientre de la madre para que ésta pueda darle un suave masaje mientras permanecen los dos dentro del agua. (As., 1999)

2.9 UTPR (Unidad de Tratamiento, Parto y Recuperación)

La concepción clásica se basa en la asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, el parto, o el puerperio.

Esta modalidad tiene muchas desventajas:

- Aísla a la embarazada de su grupo familiar y de su acompañante
- Se producen incómodos traslados entre los sectores involucrados
- Exige mayor cantidad de recursos humanos en la atención, sumados a la concentración en un solo sector
- Se produce un mayor consumo de ropa, insumos, materiales de limpieza y esterilización.

- Atemoriza a la futura madre por los reiterados cambios de espacios hospitalarios en la que se suma la ambientación de los locales a tal efecto.

Las salas T.P.R o T.P.R.P. (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio) nacen como alternativa a lo anterior respondiendo a los conceptos de parto humanizado o centrado en la familia.

En esta modalidad el parto no es considerado un acto médico quirúrgico sino un acontecimiento normal en la vida de una mujer, que admite la presencia de un acompañante o familiar, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo también la aplicación de la tecnología de apoyo en el momento requerido.

- Implica dificultosos e incómodos traslados en camillas de los sectores de Pre-parto, a los de Parto y luego a recuperación.
- Exige mayor cantidad de recursos humanos: enfermeras, camilleros, mucamas, etc., al no ser estos concentrados en un solo lugar.
- Condiciona mayor consumo de ropa y material, tareas de limpieza y esterilización.
- Asume el trabajo de Parto y Parto no como un evento natural sino quirúrgico, con mayor utilización de medicamentos y procedimientos invasivos.
- Atemoriza a la futura madre por los-cambios y la ambientación hospitalaria.
- Ahorra tiempo y número de personal y también ropa e insumos durante todo el turno, el personal de enfermería es mismo para la madre que realiza además, el trabajo parto y parto en una misma habitación decorada para reproducir una ambientación hogareña.
- La amplitud de la Sala T.P.R permite el ingreso de familiares y/o acompañante según indicaciones, médico obstetra u obstétrica.
- Como servicio tiene mejores posibilidades de aceptación por la comunidad y promociona a la Institución y a los Médicos de Cabecera.

Desde hace años existen publicaciones con propuestas alternativas que se resumen en la concentración de las funciones asistenciales en una sola sala con ambientación hogareña, en la cual la gestante realizará su Trabajo de Parto, Parto y Recuperación "T.P.R".

Estas Salas no renuncian a ninguno de los progresos médico-tecnológicos apropiados para garantizar el bienestar materno-feto-neonatal y el controlo tratamiento del dolor. Es decir que en las Salas T.P.R se pueden efectuar por ejemplo monitoreos, anestesia epidural u otras, y una correcta recepción - reanimación del Recién Nacido.

En las Salas T.P.R; todo el personal de salud puede participar activa y eficientemente en sus respectivas funciones: Médico Obstetra, Pediatra, Neonatólogo, Anestesista, Monitorista, Obstétrica y Enfermera. Además existe espacio suficiente para la presencia de familiares o acompañante si posible recomendable.

Luego de la recuperación inmediata, la madre en interacción precoz y continua con su hijo/a Recién Nacido, puede ser trasladada en silla de ruedas a los Sectores de Internación Conjunta.

2.10 Conclusiones

La mujer es el pilar básico de la familia y principal responsable de la reproducción biológica y en la que recae mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo.

Naturalmente será cada mujer la que elegirá el método más conveniente siguiendo las indicaciones de su ginecólogo, ya que pueden existir ciertas contra indicaciones y que explicará claramente los beneficios de cada uno de los métodos. Para que el alumbramiento sea un éxito total, debe consagrar un poco de tiempo cada día a los ejercicios aprendidos en las terapias post-natales.

Además existen otros métodos como la gimnasia en el agua, el parto activo o la hipnosis, que tienen por objetivo la restitución de los movimientos instintivos de la mujer y sus posturas naturales. En cualquier caso, será en la sala de partos en la que la verdad saldrá a relucir: el miedo, la angustia, la inseguridad, la percepción lenta del tiempo, la débil capacidad de escuchar las indicaciones del médico. Pero, quien ha sabido vivir el embarazo con confianza y responsabilidad, con los cuidados y la atención de su pareja y en un ambiente sereno, será capaz de apretar los dientes y vivir con toda alegría un momento único y maravilloso.

La más idónea luego de analizar las distintas formas de parto es llevar a cabo el parto bajo el agua, el agua es un elemento que siempre ha estado ligado a la fertilidad y por ende a la maternidad. Donde hay una gota de agua hay vida. El humano desde su concepción permanece nueve meses en un elemento llamado líquido amniótico, que no es nada más que agua, dentro del útero de la madre.

El parto bajo el agua contribuye a relajar los músculos y disminuye la sensación de dolor, no es necesario usar analgésico ni anestésicos, y luego de esto promover el contacto prematuro Madre e Hijo “Piel a Piel” en una única sala de partos.

Si queremos cambiar al mundo debemos cambiar la forma de nacer, debemos nacer en partos acuáticos. Para un mundo sin violencia propiciemos que los bebes experimenten un nacimiento sin violencia, y para ello las madres necesitan vivir partos sin violencia evitando manipulaciones médicas innecesarias.

Cuando el proceso del nacimiento se vea como un período de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar de los humanos, ocurrirá la revolución pacífica que pondrá fin a la violencia y a las guerras.

Cuando todos los gobiernos del mundo financien e implementen los partos en agua daremos el primer paso evolutivo de la MATERNIDAD HUMANIZADA.

CAPÍTULO 3: ARQUITECTURA HOSPITALARIA

Los edificios para la salud han evolucionado a través del tiempo. Siguen los paradigmas planteados por las innovaciones médicas y los avances acontecidos en la arquitectura y la tecnología.

3.1 Evolución tipológica

Del análisis tipológico plantearemos cuatro casos: Pabellonado, Monoblock, Sistémico y Humanización espacial.

3.1.1 Pabellonado

Toma como modelo el Hospital perfecto Francés de principios del siglo XIX, que planteaba el aislamiento social y sanitario, era organizado por órdenes religiosas o instituciones mutuales. Su tipología edilicia eran pabellones separados por jardines con servicios de apoyo descentralizados. (Comando)

3.1.2 Monoblock

Surgen a partir del desarrollo de las estructuras de acero y hormigón armado a comienzos del siglo XX, del empleo de la energía eléctrica, del uso del ascensor, de la ingeniería sanitaria y otros desarrollos tecnologías que caracterizaron la arquitectura del movimiento moderno. El Monoblock en peine extendido en altura contaba con servicios intermedios y de apoyo centralizados.

3.1.3 Sistémico

El paradigma del periodo del siglo XX es que el proyecto de la institución hospitalaria debe ser indeterminado. El modelo de atención médica es continuo, el hospital ya no es un prestador aislado, se desarrollan los sistemas de atención de salud y los cuidados

progresivos. La superficie hospitalaria modular y flexible y se desarrollan dos circulaciones diferenciadas: Técnica - Pública.

3.1.4 Humanización espacial

El foco está en el paciente y la calidad de la atención médica. Ante el avance de la tecnología surge la necesidad de crear espacios humanizados que contengan al usuario y lo referencia a su entorno. Se busca el confort y la sustentabilidad. La creciente demanda y dinámica de cambio llevó a repensar los espacios flexibles que permitieran adaptarse. La complejidad producida por la incorporación indiscriminada de funciones, superficies y equipos trasladó a muchas Instituciones a rever su visión a través de un plan estratégico que le permitiera cumplir su misión mediante la programación de un plan maestro que accediera a la reorganización espacial.

En la actualidad, el sector Salud es un abanico de contrastes en lo referente a las características, cantidad, accesibilidad y calidad de su recurso físico y tecnológico, esta discrepancia nos compromete a replantear cuáles son las mejores respuestas ante las necesidades y demandas crecientes de la población que no siempre son sinónimos.

Estas soluciones deben ser contempladas teniendo en cuenta la escasez de recursos y que mayor inversión no necesariamente significa mejor gestión y mejor calidad de vida. Debiendo superar los desafíos para mantener su vigencia espacial, funcional y técnica, que implican:

- La adaptación de los edificios de salud a los cambios de las instituciones.
- La incorporación de las innovaciones tecnológicas y de gestión.
- La racionalización y flexibilidad de los espacios físicos.
- La coordinación de equipos de trabajo interdisciplinario y la sistematización del control y asignación de recursos.

Los cambios generan incertidumbre ante la aparición de nuevos paradigmas que surgen de las nuevas modalidades de atención, los criterios de humanización de la atención y la sustentabilidad, el respecto por el medio ambiente y garantizar la seguridad del paciente y el equipo de salud.

3.2 Proceso de Planificación

Por tal motivo y ante la complejidad del tema debe planificarse el proceso. En el mismo podemos reconocer cinco etapas para la planificación del diseño del recurso físico en Salud. Una herramienta importante en este proceso es el "feedback" que realicemos en cada etapa, lo cual nos permitirá corregir distorsiones y evitar alcanzar los objetivos propuestos. Es fundamental para alcanzar un buen resultado el trabajo interdisciplinario.

Dentro de este proceso la Organización Panamericana de la Salud incorpora el término de Tecnología: como el conjunto de métodos, técnicas, procedimientos, equipos e instrumentos derivados de la aplicación del conocimiento científico.
En el concepto de Tecnología interactúan las siguientes variables que nos permitirán diseñar cada una de las diferentes áreas que componen el programa de nuestro establecimiento: Operación - Recurso Humano - Recurso Físico - Recurso Financiero.

Las etapas del proceso son:

Formulación: es la etapa en la que se detecta la necesidad de la creación o modificación del recurso; en la cual se fijan los términos de referencia para la realización del proyecto. (Comando)

Programación: es la etapa en la que se define el rol del establecimiento y su política operacional, teniendo en cuenta su relación con la red existente a nivel nacional, regional y/o local. También se define a nivel del establecimiento los programas

médico arquitectónico, el de instalaciones, equipamiento, mantenimiento integral además del financiero. (Comando)

Proyecto: es la etapa en la que se realizan los proyectos de arquitectura, instalaciones, equipamiento integral y financiero.

Ejecución: es la etapa correspondiente al período concreto de obra, se realiza la construcción y se adquiere e instala el equipamiento con los ajustes necesarios hasta el funcionamiento total del mismo.

Operación: la etapa de operación es la correspondiente al funcionamiento pleno del hospital.

3.3 Pautas de diseño

Podemos enumerar algunas de las pautas de diseño que deben tenerse en cuenta al proyectar un edificio para la salud: (Comando)

Plan Maestro: es una visión integral del establecimiento teniendo en cuenta el desarrollo en corto, mediano y largo plazo. Se analizan y organizan las áreas funcionales, áreas de apoyo, circulaciones y accesos. Nuevos programas surgidos de las actuales modalidades de atención médica: cirugía ambulatoria, cirugía robótica, atención ambulatoria y domiciliaria, las cuales incorporan tecnología que permite una disminución de las camas de internación, un aumento de las camas de terapia y un desarrollo y crecimiento de las áreas de diagnóstico y tratamiento. (Comando)

Innovación tecnológica: la incorporación de la informática y las comunicaciones están modificando los procesos y la gestión por lo tanto se modificará también la respuesta arquitectónica aunque todavía no somos conscientes de cuan profundo será esta transformación. (Comando)

Humanización espacial: generando espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y con orientación del paciente.

Flexibilidad: espacial que permitan los cambios programáticos y de instalaciones que incluyan los avances tecnológicos, teniendo en cuenta la relación eficiencia y eficacia en los costos. (Comando)

Sustentabilidad: implica el ahorro enérgico reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visuales y espacios verdes, reduciendo la generación de residuos. (Comando)

Respeto al Medio Ambiente: evitando su contaminación sonora y visual. Realizando el adecuado tratamiento de los residuos sólidos, líquidos y gaseosos. Considerando las características del entorno urbano o rural, el impacto que generara la inclusión del hospital en el lugar. (Comando)

Trabajo Interdisciplinario: el equipo de salud está conformado por un número creciente de profesionales que no solo responden al área asistencial sino incluyen la administración del mismo, la pedagogía, las ciencias sociales entre otras. (Comando)

3.4 Gestión del recurso físico

Los cambios en Salud se producen cuando cambia la tecnología o el entorno. La presión para el cambio procede habitualmente desde fuera de la organización, pero la fuerza para cambiar tiene que generase en el interior de las propias organizaciones.

Para lograrlo es fundamental comprender y modificar la "Cultura organizacional" de la Institución la cual consiste en el contexto social que influye en la forma cómo la gente se comporta y se relaciona. Es la "personalidad" de la organización, un conjunto de conductas, creencias, suposiciones y comportamientos aprendidos y adquiridos a

través del tiempo, que comparte un grupo de personas, y las trasmiten sistemáticamente y de igual manera a todos los miembros de la organización.
La cultura procede de dos tipos de fuentes: una es el entorno general donde actúa la organización; y la otra se refiere a los valores, normas y creencias conscientes que proceden del interior de una organización, lo que es su filosofía. (Comando)

En este sentido se debe sustentar los cambios del recurso físico en una gestión estratégica, basada en la gestión integral de procesos en salud que implica una visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud.

El monitoreo de los procesos permitirá introducir las mejoras en el recurso físico para aumentar la satisfacción del usuario interno y externo.

La importancia de la planificación de las acciones que se realicen sobre el recurso físico, y la implementación mediante herramientas de gestión e instrumentos adecuados, permitirán ahorrar costos, mejorar la calidad de atención, y brindar una imagen de institución competitiva y de excelencia médica. (Comando)

La gestión de calidad es un concepto subjetivo que demanda unos puntos de referencia (estándares) para hacer comparaciones: estos indicadores reflejaran un consenso y una valoración social sobre el modo de obtener mayores beneficios para un paciente o toda la población.

Por ello es necesario implementar herramientas para evaluar y ajustar procesos y estrategias, que permitirán establecer comparaciones, siendo fundamental que todos usen el mismo lenguaje, ya que es imposible realizar alguna actividad sin una comunicación adecuada.

Para la toma de decisiones se debe contar con información. Es importante tener en cuenta que si no se puede medir, no se tendrán datos, sin datos no se puede controlar,

ni generar información, ni tomar decisiones. La información es inútil si no se usa en cambios positivos o para evitar consecuencias negativas.

Por tal motivo es necesario desarrollar indicadores para el área de logística. En las instituciones de salud la logística incluye: la provisión de los servicios (agua, gas, energía eléctrica, gases medicinales, aire acondicionado), el mantenimiento de los recintos de uso médico, la readecuación y/o cambio de modalidades médicas, la incorporación y el funcionamiento del equipamiento médico, el suministro de ropa lavada, la limpieza, el manejo de los residuos, la operación del edificio, la vigilancia.

Se podría seguir enumerando funciones, pero de nada sirve ser eficiente en cada una de ellas en forma aislada, debe existir el roll integrador de la "logística" que las agrupa y permite la regulación de los flujos de operación y abastecimiento en los tiempos y en las formas, para cumplir con el objetivo primario que es garantizar la calidad de atención. (Comando)

3.5 Conclusiones

Los cambios no son sólo cuestión de tecnología, depende, fundamentalmente, de aptitud y la actitud de las personas. Un mayor gasto no significa necesariamente un mejor servicio. Hay que atender mejor las necesidades y los deseos del usuario y los objetivos organizacionales utilizando de mejor manera los recursos.

La incorporación de tecnología por sí sola no garantiza una mejor atención de la salud. Si los establecimientos de salud quieren permanecer y crecer en el mercado deberán no sólo trabajar sobre las áreas responsables de sus productos finales sino también sobre sus áreas de apoyo.

Debemos analizar las variables a tener en cuenta ante los nuevos requerimientos del diseño y la tecnología dentro de un plan maestro basado en la gestión estratégica diseñada para desarrollar los objetivos del proyecto

Es esencial señalar que ya nadie discute la necesidad de programar los recursos públicos y privados en función de las demandas y necesidades de asistencia sanitaria de la población con el objetivo de garantizar la eficiencia, la eficacia, la equidad y la accesibilidad a esos recursos por parte de toda la población. Lo que se debería resolver es la coordinación entre los sectores público, privado y obra social para evitar la superposición y duplicación de los efectores que genera un mal uso de los recursos físicos y económicos.

El edificio hospital entendido en su sentido primitivo, de ser el lugar de asistencia del desprotegido, del enfermo, sigue teniendo un fuerte significado cultural, y social, por lo tanto transciende las necesidades prácticas y económicas al decir de Chistian Norberg Schulz para transformarse en un hito, un referente de la comunidad que lo genera. Las alegrías y las tristezas de nuestras vidas se entrelazan en sus muros: el nacimiento, la enfermedad, la curación y hasta la muerte. La seguridad de las personas, del edificio y del medio ambiente debe estar enmarcada en una concepción sustentable desde lo social, económico y ambiental.

El foco dentro de las organizaciones de salud "debería" estar no solo en curar, sino en evitar que la gente se enferme. Brindando confort y satisfacción a sus usuarios, también se contribuye a mantener la salud.

Aquí podríamos citar al Dr. Ramón Carrillo cuando dijo: "El punto de partida es muy simple, elemental diría. Porque la arquitectura, como la medicina, tiende a un fin: el bienestar y la protección del hombre. Con la vivienda se protege al ser; con el hospital se protege la salud del ser". El desafío de hoy es poder resolver esta problemática, de construir día a día un lugar, un país y un mundo mejor y más equitativo para todos sus habitantes. (Comando)

CAPÍTULO 4. EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA ARQUITECTURA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la calidad de vida como la percepción de un individuo de su existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus vínculos sociales y su relación con los elementos de su entorno.

"La arquitectura despierta sentimientos en el hombre. Por ello, el deber del arquitecto es precisar ese sentimiento…" (Loos, 1993) Cuando encontramos en el bosque una elevación de seis pies de alto por tres pies de ancho, moldeada con una pala en forma piramidal, nos ponemos serios y algo dentro de nosotros nos dice: aquí ha sido enterrado alguien. Eso es arquitectura.

4.1. Biofília en la Arquitectura

4.1.1. Efecto BIOFILIA

Los poetas y los filósofos han sostenido durante mucho tiempo que la exposición a ambientes naturales produce beneficios restauradores en la salud. En las últimas décadas, esta afirmación ha sido probado empíricamente y, de hecho, parece ser que la exposición a la naturaleza confiere beneficios emocionales, cognitivos y físicamente. (Praeger Press, 1982)

El Prof. Edward Wilson, biólogo de la Universidad de Harvard definió por primera vez el concepto de "biophilia" en 1984, como el estudio de la relación entre el ser humano y su entorno natural. Se determinó que existe una conexión emocional innata entre los seres humanos y la naturaleza, y que nuestra salud -incluso nuestro estado

emocional-está influenciado por ella. Pudiese decirse que nuestra "programación genética" exige el contacto con el verde. (ADN)

Existen evidencias de que el ambiente influye en la percepción que el paciente tiene de su dolor y en su recuperación, más aún cuando está hospitalizado y en un lugar en cierto modo hostil. En Estados Unidos se presta especial atención a la evidencia basada en el diseño de ambientes con poder curativo, como podría ser el caso de jardines, el uso de la luz o la disposición de las habitaciones.

Roger Ulrich, profesor de la Universidad A&M de Texas, ha dirigido varios estudios para constatar el efecto de la naturaleza en la recuperación de los pacientes. Para ello analizaron el efecto de las vistas a una zona verde tras una cirugía, y la influencia del entorno en el pronóstico de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Los internos que desde su ventana contemplaban jardines permanecieron menos tiempo en el hospital y tuvieron menos complicaciones postquirúrgicas. Así, el entorno agradable reduce el estrés de trabajadores, pacientes y familiares, e influye en la calidad de vida de enfermos crónicos y terminales. "Los jardines en las instituciones de salud no son un lujo, sino una mejora en la calidad de vida y en la eficiencia en el uso de los recursos de un sistema, con una sostenibilidad difícil", afirman Carmen Lasarte y Karin Palmlöf, paisajistas

El verde de la naturaleza, gracias a la antigua conexión emocional, juega un rol fundamental en contra del estrés en las urbes y nos permite de estar conectados con los ritmos fundamentales de la vida también en el ambiente construido. El estrés provocado por la vida urbana puede reflejarse en intolerancia, agresión, actos de violencia y depresión en los ciudadanos. (ADN)

Stephen Kellert, profesor de ecología social de la universidad Yale, investigador del concepto de la biophilia opina lo mismo. En su libro "Building for Life" afirma que la actual crisis ambiental de las ciudades es causado fundamentalmente por las deficiencias del diseño urbano, que ha convertido las mismas en vastas áreas

homogéneas de superficie impermeable, que consumen el 40 por ciento de los recursos energéticos y el 30 por ciento de los recursos naturales de la Tierra, mientras generan el 35 por ciento de los contaminantes del aire y de las aguas, y el 25 por ciento de los desechos sólidos.

4.2 El agua en la Salud

Para entender la importancia del agua dentro de la arquitectura, primero hay que entender el agua dentro de la naturaleza, como un elemento que trabaja de manera unilateral y que de ser ignorada puede crear cambios radicales en esta. En la actualidad nuestra actitud hacia del agua es un tanto de indiferencia, por lo que únicamente se ve como elemento recreativo y de ornamentación en los diseños, pero gracias a nuevos postulados y técnicas de análisis para el paisaje está emergiendo una idea de plantación que maneja en una unidad a la arquitectura, el paisaje y el agua, y poco a poco desplaza el eslogan que se tiene de conservación en contra de desarrollo.

El agua en nuestra época es un mineral preciado, ya que la población mundial necesita de él y no se posee en la cantidad que se desearía, por eso, como lo cita el libro “Water and Landscape” es necesario que para cualquier desarrollo de ciudades.

El agua en el paisaje al mismo tiempo de ornamentar y crear sensaciones, tiene un poder único, siendo un elemento climático que puede modificar el entorno. “Al trabajar el paisajismo pensando siempre en el agua se pueden lograr más de los objetivos que se persiguen inicialmente debido a que su naturaleza es la de dar vida a todas las especies y conservar el hábitat.” (McGraw-Hill, 1979)

4.3 Beneficios de la Naturaleza para la Salud

La revista Observer, de la Asociación para la Ciencia Sicológica de Estados Unidos, revisó una serie de estudios que demuestran cómo el contacto con entornos naturales reportan una gama de beneficios para nuestra salud, entre estos:

4.3.1 Mejor Ánimo Y Autoestima

No es necesario tomar fármacos ni pasar por una consulta para mejorar la sensación de bienestar personal, según un estudio de la Sociedad Química Americana, publicado en el año 2012 en la revista Environmental Science & Technology . Tras estudiar a 1.252 personas los investigadores constataron que basta realizar cinco minutos de alguna actividad física en cualquier lugar que tenga un entorno natural para mejorar el ánimo y la autoestima en un 50% y 41%, respectivamente (en ambos sexos e independiente de su estado de salud mental). Los cambios de salud más grandes se observaron en los jóvenes y personas con problemas de salud mental, aunque los beneficios fueron generales. Todos los entornos, incluyendo parques urbanos, reportaron beneficios. (FELIZ Y SALUDABLE)

4.3.2 Fomenta la Concentración

Una serie de estudios realizados por el sicólogo Stephen Kaplan y sus colaboradores de la Universidad de Michigan, en Estados Unidos, demostraron, por primera vez, que la exposición a escenarios naturales tenía un profundo efecto restaurador en la capacidad del cerebro de concentrarse. Uno de los últimos estudios publicado en 2008 en la revista Psychological Science, demuestra cómo basta un breve paseo por un entorno natural para que la atención se potencie. (FELIZ Y SALUDABLE)

Los expertos pidieron a 38 estudiantes voluntarios que realizaran tareas que requerían un alto nivel de concentración, pero antes dividieron al grupo en dos y le pidieron a uno que se dieran un paseo por la ciudad y al otro por una arboleda. ¿Resultado? El segundo grupo puntuó más alto que el primero en las pruebas realizadas.

4.3.3 Reduce Irritabilidad

Los investigadores William Sullivan y Frances Kuo, de la Universidad de Illinois, en EE.UU. analizaron la relación entre la ausencia de un entorno natural y la irritabilidad y agresividad.

Para ello estudiaron a 145 mujeres que vivían en edificios con vistas a zonas verdes, mientras que otras habitaban en lugares donde sólo se veía hormigón. Los resultados demostraron niveles significativamente más bajos de agresividad y de violencia entre las residentes de departamentos cercanos a la naturaleza, que entre las otras.

El resultado se repitió en otra investigación, pero con 169 niñas que vivían en un mismo barrio, pero sólo algunas podían ver la plaza desde las ventanas o patios de sus casas. Las que tenían vistas "verdes" no sólo tenían un mayor rendimiento en tareas relacionadas con la disciplina que las otras niñas, sino que también mejores pruebas de concentración, de inhibición de la impulsividad y de capacidad de retrasar la gratificación. (FELIZ Y SALUDABLE)

4.3.4 Alivio del Dolor y Facilidad de Recuperación

El verde tiene la capacidad de alterar la actividad eléctrica del cerebro, reducir el nivel de las hormonas que causan estrés y atenuar la tensión muscular. La célebre investigación de Roger Ulrich, psicólogo ambiental y profesor de paisajismo, confirma el potencial del verde de aliviar el dolor. Se encontró que los enfermos en estado post-cirugía necesitaban solamente 35 por ciento de los analgésicos respecto al grupo de control (uno en vez de dos dosis y media) para el dolor. Y se restablecían en tiempos más breves, redujo el tiempo de recuperación (de cinco a dos días), cuando les hospedaban en habitaciones con vista al verde. (ADN)

Los pacientes con enfermedades mentales son más sociables y menos estresados ante la presencia del verde. Prisioneros en celdas con vista a la naturaleza presentan menos síntomas del estrés. Otras investigaciones arrojan que el comportamiento de niños con desorden de déficit de atención también mejora en entornos naturales. También gracias a estas investigaciones, hoy día los jardines terapéuticos son considerados parte importante de los hospitales.

4.3.5 Baja Niveles de Depresión y Ansiedad

Perder media hora de nuestras vidas en un parque o paseo comercial no es lo mismo para nuestra salud. Investigadores de la Universidad de Essex compararon el efecto de una caminata en ambos escenarios y descubrieron que el 71% de las personas que pasearon por el parque o espacios verdes reportaron menores niveles de depresión y ansiedad después de su caminata. Entre quienes caminaron por el mall un 45% se sintió menos deprimido, pero un 22% dijo sentirse más triste, y un 50% reportó estar más tenso. (FELIZ Y SALUDABLE)

Los mismos autores preguntaron a 108 personas con variados problemas de salud mental sobre su sensación tras estar en entornos naturales. El 94% dijo que las actividades en contacto con la naturaleza habían beneficiado su salud mental y reducida su depresión, mientras que el 90% dijo que lograron el mayor efecto combinando ejercicio con paseos campestres o salidas a parques o espacios verdes.

4.4 Jardines Terapéuticos

En Estados Unidos el Hospital Infantil Emmanuel de Legacy, en Portland, cuenta con una zona verde con paseos en la que se realizan sesiones de fisioterapia, y programas de horticultura. (Ver Fotografía # 1)

En el Hospital San Vicente Providence han diseñado un jardín alrededor del servicio de urgencias, y harán lo mismo en el Centro de Cáncer que están construyendo con madera y piedra, y donde el estampado de las telas será de hojas y árboles. (Ver Fotografía # 2)

Crear entornos agradables es más que una moda: "Ahora los arquitectos trabajamos siempre con paisajistas", explica Ramón Araujo, uno de los artífices del Hospital Infanta Leonor, de Madrid. (Ver Fotografía # 3)

Este centro se planteó como una ruptura con los cánones tradicionales de la arquitectura hospitalaria de tipo herreriana[2], basada en grandes edificios con patios interiores. Maike Hübner, compañera de Araujo, explica que "al tratarse de un centro estructurado en pabellones era importante dar sentido a las zonas entre ellos".

También se aprovecharon los techos, siguiendo una tendencia que arrasa en Centroeuropa y que no es sólo estética: Los edificios que se construyen ahora consumen hasta 4 ó 5 veces menos energía que los antiguos, y ajardinar el techo resuelve la mitad del problema. Pero Ecuador está atrasadísimo en este ámbito porque hacer algo así encarece el presupuesto inicial, y no se piensa que ese gasto se recupera a largo plazo. Basta con imaginar lo que se ahorra en refrigeración si en lugar de un techo convencional y una fachada de hormigón a pleno sol se tiene un jardín que refresque el edificio y unos árboles que le den sombra.

Fotografía 1:

Legacy Emanuel Hospital



Fuente: http://www.oregonlive.com/business/index.ssf/2008/09/

[2] La arquitectura herreriana, se caracteriza por su rigor geométrico, la relación matemática entre los distintos elementos arquitectónicos, los volúmenes limpios, el predominio del muro sobre el vano y por la ausencia casi total de decoración. http://es.wikipedia.org/wiki/Herreriano

Fotografía 2:

Hospital San Vicente Providence



Fuente:http://oregon.providence.org/patients/facilities/providence-st-vincent-medical-center/pages/default.aspx

Fotografía 3:

Hospital Infanta Leonor, de Madrid



Fuente:http://www.espormadrid.es/2008/02/abierto-al-pblico-el-hospital-infanta.html

Fotografía 4:

USP Hospital de Marbella



Fuente: http://www.uspmarbella.com/web/hospital-usp-marbella/inicio

En la línea del hospital terapéutico algunos centros tratan de normalizar al máximo la vida de pacientes y familiares entre sus paredes. USP Hospital de Marbella ha implantado el marketing olfativo.

Mercedes Mengibar, gerente del centro, explica que "se trata de una ciencia que consiste en utilizar aromas específicos para suscitar emociones e influir positivamente en el ánimo de empleados y de pacientes". De momento, "se ha utilizado olor a talco para el área de urgencias pediátricas y pediatría, un olor que recuerda a la infancia. Para los controles de enfermería y los pasillos se ha elegido un olor más a maderado con notas de melocotón, más atemporal y más neutro", y en las nuevas consultas externas huele a bambú.

En el Hospital Niño Jesús, de Madrid se realizan actividades de teatro, de marionetas y espectáculos con magos, explica Marcelino Cucarella, director médico del centro. "Se trata de organizar actividades lúdicas y educativas, supeditadas al ejercicio

asistencial. Funciona como adyuvante para la recuperación del niño", que continúa su tratamiento a la vez que se desdramatiza su situación.

4.5 Conclusiones

Aunque esté de moda, la idea de que los jardines curan no es nueva. De hecho, debe su nacimiento a una función curativa en sentido estricto: "Las monjas que atendían en las casas de salud tenían espacios con plantas medicinales que usaban para tratar a los enfermos", como describe el arquitecto Hübner. Esas plantas siguen siendo recomendables en los alrededores de los hospitales. Por sus propiedades curativas y por su aroma. El olor que desprenden la lavanda, el espliego o el tomillo crean un entorno más agradable que el de un piso de hormigón, la idea es ocupar este recurso en los lugares más estresantes del hospital, dándole un mejor ambiente tanto a pacientes, familiares y trabajadores.

En la sociedad moderna se han obviado enseñanzas y hábitos tradicionales que eran adecuados para la vida del hombre. Cuestiones tan sencillas como enriquecedoras para la convivencia como la luz, los colores, los sonidos, los ruidos, los materiales de construcción y el diseño del espacio.

La existencia de zonas verdes, los paseos en el jardín, la luz natural, el olor, las actividades de entretenimiento, y la disposición de las habitaciones deben tenerse en cuenta al diseñar y construir un hospital, ya que todas ellas colaboran en mejorar la calidad de vida de los pacientes, familiares y trabajadores. No sólo eso, sino que un entorno agradable en un centro sanitario pueden reducir gastos. En otros países, como Estados Unidos, o el Norte de Europa, estos conceptos están a la orden del día; en Ecuador aún queda mucho por mejorar.

Afortunadamente en Ecuador Y en especial Latacunga está rodeada de valles, montañas y ríos, donde se debe practicar lo que nos recomiendan los estudios citados.

CAPÍTULO 5. PROYECTOS REFERENCIALES

5.1. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón – España

El edificio del Hospital Materno Infantil de Madrid, más conocido coloquialmente por la Maternidad de O'Donnell, es obra de los arquitectos españoles **Rafael Moneo y José María de la Mata.** (PEDRILLO, 2006)

Fotografía 5:

Entrada Principal a la Maternidad



Fuente: http://secip.blogspot.com/2008_11_01_archive.html

Integra en un único edificio 2 hospitales diferentes, la Maternidad y el Hospital Infantil, cada uno con sus propias características. Las circulaciones internas están divididas, pero comparten algunas áreas asistenciales. Las entradas están separadas, ubicadas en esquinas opuestas de la manzana en la que se encuentra ubicado el edificio. (PEDRILLO, 2006)

El interior del edificio ofrece un ambiente cálido y ordenado, nada que ver con el resto de los hospitales de la capital (y la mayoría de los del resto de España). Todas

las plantas del nuevo hospital están iluminadas desde 8 patios interiores, convirtiendo la luz natural en protagonista de los espacios y pasillos del edificio.

El exterior tiene un aspecto vítreo y metalizado, ofreciendo una imagen higiénica y sofisticada alejada de los estándares hospitalarios. Un edificio sin desentonos que a pesar de su aparente simplicidad consigue agradar a quien dedica unos minutos a observarlo más detenidamente. (PEDRILLO, 2006)

5.2. José Rafael Moneo Vallés (Tudela, 26 de octubre de 1937)

"Cuando observo un determinado contexto, escucho el murmullo del lugar, que incluye la topografía, las huellas de la historia y las aspiraciones de hoy en día...."
(Rafael Moneo)

Moneo está profundamente comprometido con los rasgos particulares de cada emplazamiento y programa, con ello aspira a alcanzar lo general y lo típico. Sensible a los temblores de un espíritu de época, reniega de todo determinismo. Se inspira en el pasado, oscila entre la experiencia directa de lo existente y tiene un modo de reflexión más erudito y académico.

Rafael Moneo es un ardiente defensor de la idea de que cada uno de sus edificios representa una respuesta singular a las condiciones en las que se enfrenta y suele evitar cualquier insinuación que esté formulando un lenguaje arquitectónico sistemático. (BARREDA RÁZURI, 2010)

Piensa que sus obras se revelan como eslabones de una cadena de experiencias en los que se usan elementos recurrentes. Su arquitectura actúa en varios niveles, fundiendo en un todo los conceptos y formas. La producción real de Moneo, atestigua que bastante a menudo escoge un "tema" o un "tipo" y luego re investiga en distintos contextos y combinaciones.

La estrategia de diseño de Moneo consiste en encontrar una idea generadora que responda a múltiples aspectos del cometido y del entorno, y que establezca también una serie de directrices que haya que respetarse de ahí en adelante. A menudo da forma a estas ideas mediante croquis, a veces, éstos son indicaciones bastante esquemáticas de la planta o la sección, otras veces anticipan una vista en particular.

Rafael Moneo ha hecho alusión a un método dialéctico y esto parece bastante apropiado, en donde la analogía y el razonamiento no se llevan demasiado lejos, y es que esta dialéctica trabaja con el pensamiento visual, con la imaginación espacial y con la intuición de las relaciones y su objetivo consiste en formar una totalidad compleja en la que las partes interactúen al tiempo que contribuyen a crear un sentido de unidad.

Desconfía de los planteamientos minimalistas de diseño porque cree que pueden simplificar en exceso los problemas.

La arquitectura de Moneo, revela varios niveles de respuesta, incluyendo reacciones a temas que son contemporáneos entre reacciones que se inscriben a una escala histórica mucho mayor. (BARREDA RÁZURI, 2010)

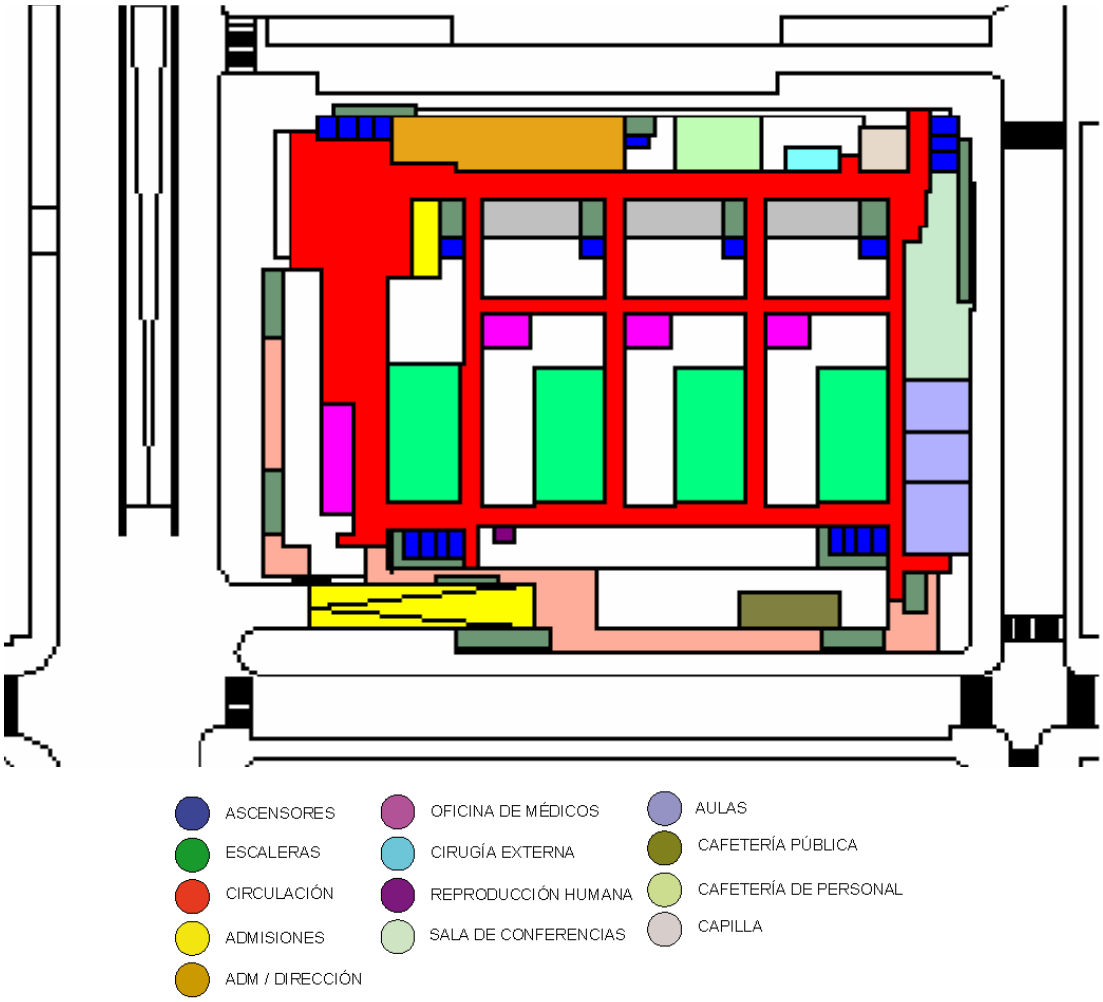
Está fielmente comprometido con la idea de que la arquitectura está ahí para perdurar y que debería materializar los valores y conservarlos.

5.3. Análisis de planos de la Maternidad de O'Donnell

En la planta baja se encuentran los servicios generales de acceso público que sirve como enlace entre el área de consultas y el de hospitalización.

Planimetría 1:

Planta Baja Hospital Gregorio Marañon - España



Elaborado por: Barreda Rázuri, Zuleika H.

Modificado por: Diego Rueda

La agrupación de las habitaciones junto con los puestos de enfermería, constituyen las unidades de hospitalización volcadas a los patios, proporcionando el aislamiento y tranquilidad buscados.

Planimetría 2:

Planta Alta Hospital Gregorio Marañon - España



Elaborado por: Barreda Rázuri, Zuleika H.

Modificado por: Diego Rueda

5.4. Concepto

El Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón es uno de los proyectos más importantes del Gobierno de la Comunidad de Madrid. Un hospital de tercer nivel, dotado de personal calificado y tecnología de vanguardia, donde el paciente es el eje fundamental alrededor del cual se ha diseñado toda la actividad hospitalaria.

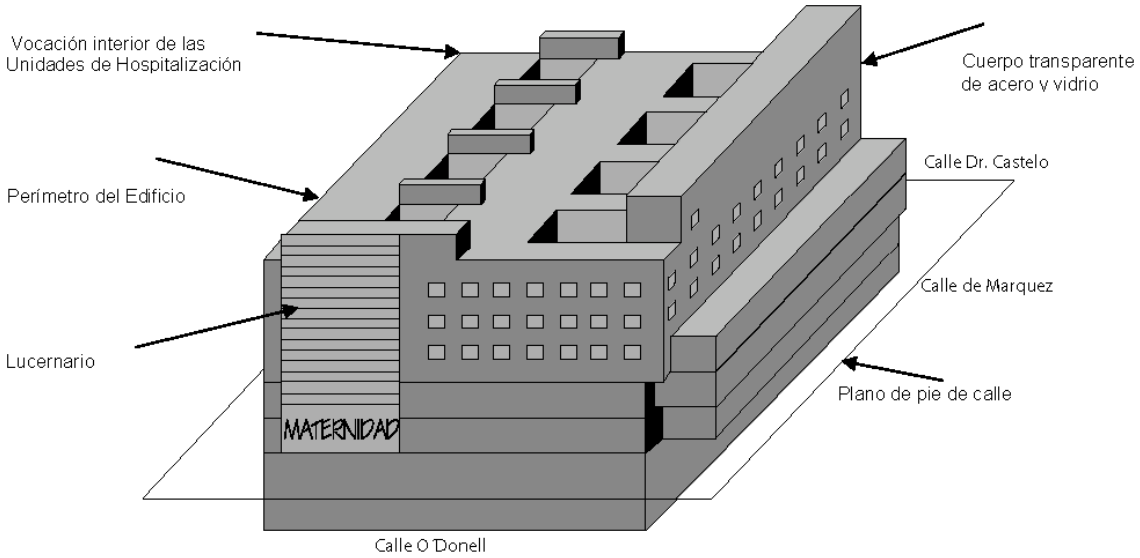
El nuevo centro brindará una atención integral a las mujeres y niños del Área Sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid, ofertando una amplia cartera de servicios que aporta junto a las especialidades clásicas, programas asistenciales innovadores.

Un edificio singular que integra en una sola estructura las peculiaridades históricas la antigua Maternidad de O' Donell y el Hospital Infantil en una construcción de 9 plantas iluminadas desde los patios interiores, donde se ofrece una cálida atmósfera de reposo y privacidad a los pacientes y familiares. (MARAÑON)

Un nuevo hospital que es centro de referencia dentro y fuera de esta comunidad en las especialidades de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, servicios asistenciales que tendrán mayor auge en este siglo.

Planimetría 3:

Análisis Exterior 3d



Elaborado por: Barreda Rázuri, Zuleika H.

Modificado por: Diego Rueda

-Vocación interior de las Unidades de Hospitalización: Tranquilidad de los pacientes. La luz entra a través de los amplios patios de luz.

-Perímetro del Edificio: Locales de apoyo a la actividad médica y asistencial, que actúan como aislantes de la tranquilidad interior.

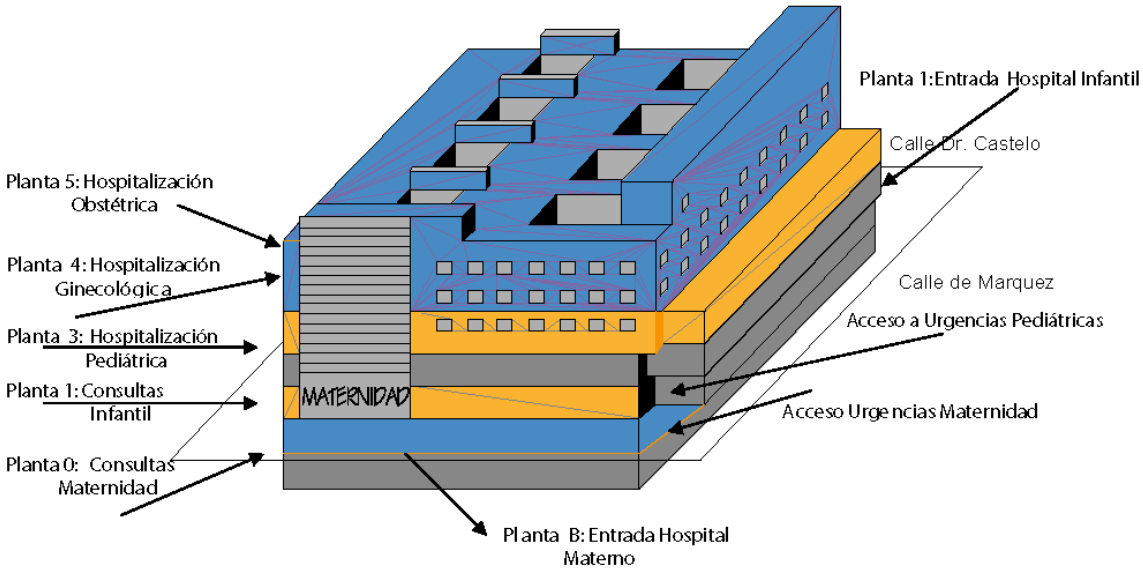
-Lucernario: Zona acristalada donde se ubican amplias de sala espera.

-Cuerpo transparente de acero y vidrio: Material vítreo capaz de disolver el reflejo de la imagen, manteniéndose intacto el de la luz.

-Plano de pié de calle: Se aprovecha el desnivel del terreno para separar los accesos a nivel de calle y sistemas de circulación de los dos hospitales: acceso a la Maternidad por calle O´Donell y acceso al Hospital Infantil por la calle Dr. Castelo. (BARREDA RÁZURI, 2010)

Planimetría 4:

Análisis de Zonificación 3D



Elaborado por: Barreda Rázuri, Zuleika H.

Modificado por: Diego Rueda

Planta 0:

Consultas Maternidad: Administración, Admisión, Docencia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Actividad Ambulatoria Materna (Reproducción Humana, Seguimiento de Embarazo, Ginecología, Oncoginecología, Patología Cervical y Colposcopia).

Planta 1:

Consultas Infantil, Admisión, Consultas Externas, Pruebas Funcionales, Hospitales de Día (Cirugía, Pediatría, Nefrología y Oncohematología).

Planta B:

Acceso a Urgencias Pediátricas, Urgencias de maternidad.

Planta 3:

Hospitalización Pediátrica

Hospitalización Pediátrica, Cirugía y Traumatología Pediátrica, Oncohematología y Nefrología).

Planta 4:

Hospitalización Ginecológica: Obstetricia, Ginecología y Oncoginecología.

Planta 5:

Hospitalización Obstétrica: Madre y recién nacido.

5.5. Conclusiones

El Hospital pertenece al complejo hospitalario Gregorio Marañón, forma parte de una intervención mayor consistente en la ordenación del conjunto formado por la agrupación de tres “manzanas tipo” del barrio en el que se inserta. (BARREDA RÁZURI, 2010)

Una gran plaza sirve de conexión entre las antiguas y nuevas construcciones de la manzana. El hospital tiene en la vía de mayor tamaño y afluencia, su ingreso más

representativo. Para ello, se mantiene respecto de su alineación y forma un cuerpo transparente de acero y vidrio que recoge tanto el acceso a la maternidad a nivel de la calle como las salas de espera de las plantas superiores.

En este proyecto se observa que el entorno condiciona el diseño del hospital, ya que la agresividad del entorno urbano determina la vocación interior de las unidades de hospitalización, generadoras de la estructura formal de unas plantas que acaban mostrándose densas y compactas.

El planteamiento integral del hospital responde a la exigencia interior de aportar luz natural tanto a las habitaciones como a la circulación. En cuanto a la estructura del hospital, es de estructura portante de concreto armado en las losas como en los paramentos verticales que favorecen el aislamiento acústico deseado. Esta obra de Rafael Moneo, se distingue por su racionalidad formal, conceptual y funcional, producto de las condiciones propias del entorno y el encargo, su gran corpulencia cúbica responde al orden cuadricular en la zona. Sus fachadas coinciden con la retícula urbana formando así un tejido básico y ortogonal que da uniformidad, claridad y consistencia a todo el vecindario.

CAPÍTULO 6: EL USUARIO

Los clientes de la maternidad para efectos de esta investigación se podrían diferenciar en dos grupos: El cliente externo quien es el usuario principal que es la MADRE y el NIÑO, además todos los implicados: padres, familiares, amigos. El cliente externo que son los profesionales y personal de apoyo, que estos al estar bien valorados y motivados pueden dar un servicio excepcional al paciente.

Para poder dar un servicio de calidad al cliente externo, la regla básica es dar un servicio excelente al cliente interno.

6.1. Primeros acercamientos.

Algunas madres muestran dificultades a la hora de asumir su maternidad y, delegan toda responsabilidad en el médico o en el personal paramédico; hay otras que tienden a asumir todas las cargas, olvidando incluso los detalles útiles para una correcta asistencia sanitaria. A menudo se sienten atormentadas por una sensación de insuficiencia con respecto al prototipo sociocultural de atención materna y alguna madre teme incluso no poseer instinto maternal, porque siente a su hijo como si fuese un desconocido.

Al margen de inútiles luchas sobre el tipo de lactancia o sobre el estilo correcto de maternidad, la atención a las preocupaciones y la reformulación de las ansiedades permitirá a la madre "novata" recuperar rápidamente la tranquilidad; será necesario hallar soluciones que no denoten preferencia unas veces por el niño y otras por la madre, sino que al actuar sobre su relación, desarrollen una correcta acción preventiva en relación a la salud mental del nuevo ser y a su derecho inalienable a ser él mismo.

6.2. El contacto prematuro Madre - Hijo “ Piel a piel ”

La perinatología ha logrado importantes avances en los últimos años gracias a los conocimientos adquiridos sobre la fisiología y fisiopatología de la gestación, las

características de los cambios adaptativos a la vida extrauterina y los grandes avances tecnológicos para el mejor control y cuidado del recién nacido en las unidades de Cuidados Intensivos.

El íntimo contacto físico entre la madre y el recién nacido, ha sido ampliamente demostrado, es muy beneficioso para el desarrollo orgánico y emocional del recién nacido así como para la estimulación de un sólido vínculo entre ambos.

En los recién nacidos prematuros, este íntimo contacto es interrumpido por la necesidad de ser atendidos en Unidades de Cuidados intensivos en donde incubadoras, catéteres, termistores se interponen entre ellos. Varias formas de estimulación suplementaria han sido propuestas a las unidades de Neonatología pero el ingreso de los padres y su mayor participación en la atención de estos niños es uno de los avances más importantes.

La estimulación táctil y kinestésica han contribuido a que recién nacidos prematuros tengan mejor peso, estén más alertas, desarrollen una mayor actividad motora y más resultados.

El contacto madre-hijo piel a piel fuera de la incubadora es una propuesta que ha comenzado a ser considerada con mayor atención en varios países.

BENEFICIOS:

- Estabilidad del Sistema Nervioso Autónomo. Memoria Prenatal.
- Al ser colocado sobre el tórax de su madre se estimula el recuerdo de experiencias de su vida prenatal que lo tranquilizarán, disminuirán su estado de hipersensibilidad y las descargas del sistema nervioso.
- Estabilización de los estados de Conciencia. Maduración Neurológica.
- Se incrementa el sueño profundo, disminuye la actividad motora, incrementa el estado de alerta reposado y se reduce el llanto del niño y la ansiedad materna.

- Estimulación cutáneo-hormonal o Somato Sensorial. Anabolismo.
- Se inicia la estimulación Somato-Sensorial.

La posibilidad de desarrollar un contacto precoz íntimo y emotivo con su hijo estimula el apego y la interacción madre-hijo, pero fundamentalmente estimula la confianza de los padres en el niño, al no verlo tan frágil, y la confianza en sí mismos para cuidarlos. La estimulación más antigua del ser humano ha sido redescubierta: El contacto piel a piel con su madre, y tiene ya en la actualidad fundamentos para ingresar a las unidades de asistencia neonatal, ya que no modifican la estabilidad fisiológica del niño.

6.3. La Mujer Embarazada y Su Médico

Es posible que muchas relaciones en la vida de la mujer se vean afectadas por el aumento de su sensibilidad. Una de ellas tal vez sea la relación con su médico. Muchas mujeres sienten que le cuesta comunicarse con él y que les gustaría que le dedicara más atención y tiempo. Sin embargo, el establecer un buen vínculo con el doctor es muy importante, y ayudará a recibir un buen cuidado prenatal y a sentirse preparada para dar la mejor bienvenida al bebé.

Muchas futuras mamás el día de la primera consulta, se sienten contentas y nerviosas, con un poco de miedo, no saben qué preguntarle al doctor. Algunas sienten un trato frío e impersonal por parte del médico y se sienten parte de una historia médica más. Esto influye mucho en la psicología de la madre ya que muchas optan por dejar los controles prenatales por el mal trato recibido.

El cuidado prenatal no sólo es esencial para asegurar que un bebé nazca saludable, sino que es también el medio que permite a los médicos detectar a tiempo enfermedades que son tratables antes de que nazca el bebé. La solución, entonces, no es dejar de ir al médico sino tratar de aprender a comunicarse con él. El lazo de confianza que se debe establecer desde un principio entre la mujer

embarazada y su doctor es tan importante como cualquier otro cuidado que se deba seguir durante los meses de gestación.

Como las consultas son rápidas, las preguntas deben ser claras y directas, por ello, las mujeres deben indicar todo sobre el estado general de su salud, los síntomas que ha experimentado, los medicamentos, remedios caseros que ha tomado y mencionar los cambios importantes que se han registrado en el trabajo o en el hogar. La mujer no debe de sentirse ignorante por hacer tantas preguntas, ninguna pregunta está demás en el embarazo. Las preguntas más comunes son qué tipo de anestesia se usará durante el alumbramiento, qué clase de nutrición y ejercicio debe seguir, cuáles son las señales de peligro en un embarazo, qué medicinas se pueden tomar, dónde recibir clases de preparación para el parto, etc. Si la mujer embarazada no llegar sentir ningún vínculo con su médico, es mejor buscar otro.

6.4. La Relación Médico – Paciente

La relación médico-paciente ha experimentado un importante cambio en los últimos años. Esta relación ha pasado de basarse en la ética del paternalismo, es decir del "doctor, haga usted lo que crea conveniente", a la ética de la autonomía por parte del enfermo, que una vez informado por el médico, tiene la posibilidad de elegir entre las distintas alternativas que éste le plantea. Si bien es cierto que se ha pasado del paternalismo a la autonomía, cuando el paciente realmente necesita del médico en momentos críticos o situaciones irreversibles, suele renegar de esa autonomía, tanto él como sus familiares.

La práctica médica habitual necesita medios diagnósticos y terapéuticos cada vez más caros, más complejos, y a veces, con más riesgo y con un beneficio marginal, por lo tanto, el patrón de la práctica médica debe tener muy en cuenta el riesgo - beneficio y el costo/beneficio, que no siempre es aceptado por parte de la sociedad, e incluso, por los propios médicos. Es imprescindible un cambio en la actitud del

médico: la práctica médica se ha transformado de una forma impresionante, basándose en los avances científicos y tecnológicos, en la demanda de la población, en la evolución de la economía, a aspectos éticos y jurídicos, en los medios de comunicación, etc.

Los cambios que ha experimentado la actitud del médico hacen referencia al paso de conocimientos limitados a ilimitados, de realizar el trabajo en solitario a realizarlo en equipo, de la información que sólo disponía el médico a la información que ahora tiene el paciente, incluso a veces mayor que la del médico, de la ética de la beneficencia a la ética de la autonomía; del gasto sin problemas al control del gasto, de la demanda de alivio a la demanda de calidad de curación, de la no judicialización a la judicialización de la Medicina y del prestigio del médico en particular al prestigio de la Medicina en general.

En referencia a esa gran cantidad de información de la que puede disponer el paciente, el Internet puede llegar a ser una amenaza para el médico, ya que el enfermo está adquiriendo una enorme capacidad para comparar, elegir, y por supuesto, exigir.

Los medios son conscientes de este apetito de la población, y la información que se publica es cada vez mayor. Pero la calidad de estas informaciones dista en muchos casos de ser la ideal, de hecho los errores son muy frecuentes.

¿Cuál debe ser el tipo de relación entre las personas principalmente implicadas en el acto médico, es decir, el profesional y el paciente?

Desde el frío guardapolvo blanco, distante y aséptico, hasta la cercanía excesiva que confunde los roles, existe una actitud que hace posible el respeto y la dignidad en la relación médico-paciente: la empatía. Ésta no consiste en "querer" al otro, no estamos obligados a ello, pero sí ponerse en su lugar, sentir con su piel, ver con sus ojos. Es necesario personalizar al otro, al paciente. La cómoda actitud pseudo-

profesional de tratar al paciente como un "objeto médico" tiende a codificarlo. Si lo despersonalizo, me despersonalizo: si niego al otro, desaparece el yo. También se encuentra la tendencia a super-subjetivizar, actitud de excesiva responsabilidad, capaz de llenar de angustia al profesional, interfiriendo en su buen juicio.

Una relación digna y respetuosa se basa además en la aceptación del enfermo, más allá de aquello que el enfermo "hace". Muchas patologías cargan al paciente de ciertos antivalores a los ojos de la sociedad, de la cual el profesional es un miembro irrenunciable. El paciente vale y debe ser valorado por lo que es, una persona, un sujeto, y no por lo que hace. El médico debe ser justo, sin ser juez.
La actitud moralizante de algunos profesionales no tiene fundamento en las ciencias de la salud, cuyo objetivo es prevenir y curar las enfermedades, y no juzgar actitudes morales. (www.latinsalud.com)

6.5. Conclusiones

Actualmente la recuperación de un paciente, que es el principal objetivo de todo establecimiento de Salud, depende en gran medida de las características físicas del ambiente donde se encuentre, de la facilidad de acceso de amigos y familiares, de la existencia o no de elementos perturbadores, del grado de privacidad. Es decir, de lo bien que pueda sentirse el paciente dentro del hospital.

El estudio del usuario y sus características ayudan a establecer la mejor manera de influir positivamente en su estado emocional a través de la arquitectura.

Todo establecimiento de Salud cuenta con tres usuarios básicos, el paciente, el profesional y el visitante. En el caso de la Maternidad en la Ciudad de Latacunga, el paciente es la mujer en edad fértil y el niño, ambos son los principales protagonistas. Además, los familiares y amigos también serán tomados en cuenta de manera de no perder el factor de comunicación entre los usuarios y entre la arquitectura.

Habrá espacios como Salas de Espera, Salas de Juegos o Zonas de Relajación, Lugares de Meditación y reflexión, salas de charla, de confort del personal para los padres como para los demás usuarios, con un lenguaje arquitectónico apropiado para cada usuario.

En este capítulo se ve la importancia del factor emocional para la madre, el padre, los niños, el personal. Es este factor el que puede ser manejado por medio de la arquitectura y que permitirá que sea una maternidad más humana y abierta a la ciudad.